医京報都

No.2316
令和8年5月1日

5.1
2026
May

毎月2回（1日・15日）発行　購読料・年6,000円

KYOTO

府医第 215 回臨時代議員会

第 161 回 日医臨時代議員会

令和 8 年度 新研修医総合オリエンテーション

診療報酬改定にともなう施設基準の届出について

京都医報
KYOTO

目　次

2　府医第 215 回臨時代議員会

8　医療事故調査制度『相談窓口』のお知らせ

9　第 161 回 日医臨時代議員会

13　新研修医総合オリエンテーションを開催

18　地区医師会との懇談会「府医大」

21　第 52 回 京都医学会（ハイブリッド開催）の演題募集について

22　京都医学会雑誌第 73 巻 2 号　原稿募集中

24　日医医賠責特約保険 加入のおすすめ

26　地区庶務担当理事連絡協議会

28　地区だより

30　勤務医通信

33　集いの部屋　・医師テニス

34　北山杉

35　おしらせ

・一般社団法人京都府医師会理事の補欠選挙について（予告）

・日本医師会員向けキャッシュレスサービスのクレジット決済料率引下げについて

38　府医ドクターバンクのご案内

41　会員消息

42　理事会だより

付　録

保険だより

1　診療報酬改定にともなう施設基準の届出について
―外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の届出漏れに注意!!―
2　診療報酬点数早見表（2026 年（令和８年）６月改定版）の追加販売について
2　令和８年度診療報酬改定関連通知等の一部訂正について
11　労災診療費算定基準の一部改定について
14　「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について
14　「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について
27　医療法等の一部を改正する法律の一部の施行等について（オンライン診療関係）
27　マイナ資格確認アプリにおけるスマートフォンのマイナ保険証の読み取り機能の追加について
28　長期収載品の処方等に係る選定療養の対象医薬品について
28　医薬品安定供給・流通確認システムの稼働開始について
30　薬価基準の一部改正等について
34　イフェクサー SR カプセル 37.5mg 等の医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更にともなう留意事項の一部改正等について
39　ジニイズ点滴静注 500mg に係る最適使用推進ガイドラインの策定にともなう留意事項の一部改正について
40　電子処方箋システムの必要最小限の基本機能の更新について
42　指定難病の診断基準および重症度分類等の改正等について
43　向精神薬の処方を強く希望する患者にご注意　お詫びと訂正

保険医療部通信

1　令和８年６月診療報酬改定について

地域医療部通信

1　第１回 JMAT 京都研修会開催のご案内

在宅医療・地域包括ケアサポートセンター通信

1　第１回「総合診療力向上講座」（Web 講習会）開催のご案内
2　第１回「京都在宅医療塾　探究編」（Web 講習会）開催のご案内

在宅医療・地域包括ケアサポートセンター 認知症対策通信

1　第１回認知症サポート医フォローアップ研修会　開催のご案内

介護保険ニュース

1　指定訪問看護事業者における医薬品の取り扱いについて
3　介護事業実態調査（介護事業経営実態調査）へのご協力依頼について
4　科学的介護情報システム（LIFE）の運営主体の移管について
5　介護保険法第五十一条の三第二項第二号に規定する居住費の負担限度額および同法第六十一条の三第二項第二号に規定する滞在費の負担限度額の一部を改正する件について
6　「事業主が職場における顧客等の言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」について

医療安全通信

1　医療メディエーター研修会「総論講義・実践基礎編」開催のご案内

府医第 215 回臨時代議員会

府医では，３月 14 日(土)，標記代議員会を Web 会議にて開催。議案の決議は書面による議決権行使をもって行われた。

松井府医会長の挨拶に続き，「令和７年度庶務および事業中間報告」，「令和８年度京都府医師会事業計画」，「令和８年度京都府医師会予算」が報告され，その後地区からの代表質問ならびにその答弁が行われた。

議事に移り，第１号議案「令和８年度京都府医師会費の賦課徴収および減免に関する件」は，事前に議決権行使書による採決が実施され，賛成多数で可決された。

日医代議員・予備代議員選挙は，「日本医師会定款第 16 条」ならびに「一般社団法人京都府医師会における日本医師会代議員・日本医師会予備代議員選挙規定」に基づいて行われた。府医からの代議員・予備代議員の定数は各７名であり，下記のとおり当選した（記載は届出順）。

続いての協議では，2040 年に向けて必要な医療を安定的かつ継続的に提供できる体制の確立に資する診療報酬体系の構築と，給付と負担のバランスについて政治的・社会的合意形成に向けた国民的議論の展開を求める決議が採択された（別掲）。

日本医師会 代議員	日本医師会 予備代議員
松井　道宣 (※)	小柳津治樹（宇治久世）
米林　功二（右　　京）	内田　寛治（京都市西陣）
谷口　洋子（伏　　見）	松田　義和（山　　科）
上田　朋宏（中京西部）	田村　耕一（京 都 北）
禹　　満（京都市西陣）	細田　哲也（中京西部）
武田　貞子（下京西部）	尾池　文隆（西　　京）
辻　　幸子（伏　　見）	市田　哲郎（左　　京）

※府医の日医代議員・予備代議員選挙規定第７条により，府医会長は無投票当選

松井府医会長　挨拶

冒頭，令和８年度の診療報酬改定では，約 30 年ぶりに 3.09% のプラス改定となったことについて触れ，物価の高騰，賃金の高騰に，公定価格である診療報酬がずっと置き去りにされてきた結果，医療機関の経営が危機的状況に追い込まれたことを日医が強く訴え，政府に働きかけた結果であり，高く評価されるものであるとの見解を示した。今後，インフレ基調に転ずる社会情勢の中で，他業種に後れを取らない賃上げの仕組みとして，現状のベースアップ評価料という方法の是非を含めて議論し，医療現場で働く人材の確保のための対応と，光熱費や医療材料費等の高騰を補填する仕組みが必要との認識を示し，引続き日医を通じて国に働きかけていく必要があるとした。

昨年 12 月の医療法の一部改正は，高齢化にともなう医療ニーズの変化と人口減少を見据え，地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築することを目的として，① 2040 年頃を見据えた地域医療構想の見直し，②医師偏在是正に向けた総合的な対策，③医療 DX の推進―の３つの柱で構成されていると説明。

2040 年を見据えた新たな地域医療構想は，これまでの地域医療構想が入院医療，病床の機能分化・連携が焦点であったのに対し，外来医療，在宅医療・介護の連携，さらには人材確保にまで広げ，医療提供体制全体の将来ビジョンへとアップグレードするもので，中長期的な人口構造の変化やそれにともなう医療ニーズの質・量の変化を見据え，今後どのような医療提供体制に見直していくかを検討する，「医療提供の将来像」を各医療圏で想定することが求められているとした。

また，本年１月からスタートした「かかりつけ医機能報告制度」については，地域の医療機関が担う役割が可視化され，それぞれの医療機関が協力し合って，面としてのかかりつけ医機能の充実に役立てられることに期待を示すと同時に，当該地域でどのような機能が不足し，補填が必要であるかの参考にもなるとして，医療圏ごとに必要な医療と提供可能な医療を検討し，将来像について議論を進める材料とすべきとの考えを示した。

医師偏在の解消に向けて，外来医師過多区域での新規開業に際して新たなルールが示されるとともに，京都・乙訓医療圏がその外来医師過多区域に指定されたことに言及し，外来医師が常態的に多い地域における無床診療所の新規開業を一律に禁止するものではなく，開業前に都道府県へ医療機能等を示して届け出た内容を踏まえて，都道府県から外来医療に係る協議の場への参加や地域で不足する外来機能の提供を要請できることがポイントであるとした。地域医療への協力や医師多数区域でも不足する機能への協力を求めるものであり，場合によっては，医療圏内あるいは別の医療圏への医師少数地域への応援も「地域医療への協力」に含めることができるのではないかとの見解を示した。

国は，全国医療情報プラットフォームの構築に向けて，マイナ保険証への一本化，電子カルテ情報の標準化，診療報酬改定 DX の実用化を内容とする医療 DX を推進しており，例えば，既往歴やアレルギー等の情報把握により，救急患者に対する迅速な処置が可能になることや重複投薬の防止が期待できること，出生時からの予防接種や検査結果等，生涯にわたる健康情報をパーソナルヘルスレコードとして個人で管理できること，さらには蓄積されたビッグデータを解析し，より精度の高い診断補助や創薬に利用すること―等が想定されると説明。方向性は明確であるものの，セキュリティの問題や現場の経済的負担，作業負担の問題など多くの課題があると指摘した上で，日医は，医療 DX を進めるにあたって，誰一人取り残すことなく，政策として進める以上は政府が経済的負担を担うべきと主張していることを紹介した。

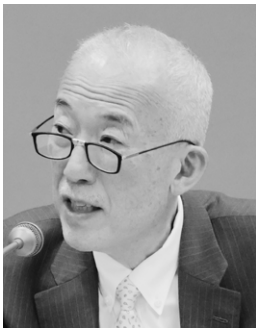
最後に，2040 年向けて少子高齢社会が一層加速していく中で，政府が矢継ぎ早に打ち出す様々な政策の意義を適切に捉え，需要に応じた医療提供体制をより具体的に構築していくことが急務であるとし，府医としても会員各位への迅速な情報提供と対策の共有に努める意向を示し，挨拶を締めくくった。

代　表　質　問

代表質問では，下京西部，上京東部，京都市西陣の３地区から代議員が質問に立ち，医療が抱える課題について質疑が行われた。質問内容および執行部の答弁（概要）は次のとおり。

◆中野 昌彦 代議員（下京西部）

〔災害対策について〕


中野 代議員

災害対策に関して，下京西部と下京東部の両医師会と下京区，南区の行政担当者との間で開催している災害担当理事連絡協議会において，京都駅周辺の膨大な数の被災者対応がしばしば議題に挙がる。宿泊の過半数を外国人が占める現状では，災害時医療におけるツーリスト対策を地区医と地域行政だけで論じるには難が大きい。

自然災害は，複数の市町村，行政区にわたる問題であり，特に京都市域や重点区域の準広域の災害医療に関しては,発災直後および以降において,対応可能な診療所や病院の把握，地域固有の医療課題への準備・対応，関連行政との折衝等について，府医が率先してガイドラインを策定することが望ましいと考える。

また，日進月歩で進化する通信ディバイスについて，現時点の最良手段を用い，府医主導で早急に取組む姿勢が大事と考える。

◇髙階府医理事

髙階 府医理事

自然災害は行政区または地区医の区域を越えて，広範囲に影響及ぼすものであり，府医としても地区単位のみで対応するには限界があることを認識している。また，各地区医と各行政区が現場レベルで協議を重ねていくことは極めて重要であり，府医はそれら全体を俯瞰し，調整していく役割を果たすべきと考えている。

府医では，令和７年１月に「京都府医師会防災業務計画」を策定し，京都府，京都市，また地区医との関係を連携させた災害医療支援体制という基本的な枠組みを整理するとともに，災害時には府医に災害対策本部を設置し，各地区医と連携しながら被災状況を確認すること，あるいはJMAT の派遣を行う体制の構築に取組んできた。

平時においても，府医の救急災害危機管理対策委員会および災害対策小委員会を開催し，地区医からの委員を増員して，地区医からの意見を反映できるように体制強化を図っている。

行政との連携・協働体制について，特に京都市域においては，地区医と行政の区分けが異なるという大きな課題が存在しているため，京都市が各区を横断的にまとめ，府医と実効性のある協働体制を構築していくことが重要であると同時に，各地区医においては，隣接する医師会との連携を一層強化していく必要があると考えている。府医としては，各地区の個別の活動を否定するものではなくて，それらを尊重した上で，広域的な視点から統合・調整を行うことを想定している。

京都駅周辺をはじめとする地域においては，観光客，外国人，いわゆる帰宅困難者の医療対応が大きな課題になっており，京都市では，清水・祇園地域および嵯峨・嵐山地域における「帰宅困難観光客避難誘導計画」を策定して大規模災害に備えているものの，医師会等の連携など医療分野については必ずしも十分とは言えない状況にある。この点は，各地区医と行政との間で，当該地域の問題として連携を深めていただきたいと考えている。

本日いただいたご指摘を踏まえ，府医では引続き災害対策小委員会において，都市型災害医療への対応，また地区医を超えた準広域的視点での災害医療体制の整備および医療連携，発災直後における医療機関の稼働状況の把握等を検討し，対応の強化に努める所存である。

最後に，通信機器について，情報共有手段は日進月歩で進化しており，機材選定に苦慮しているところである。スターリンクを基本として，さらに進んだものが来年度にかけて出てくる予定で，その中でどれを選択するかということである。それらを見据えて，遅きに失することのないよう対策していきたいと考えている。今後も各地区医のご意見を伺いながら，より実効性のある災害医療体制構築に取組んでいきたいと考えている。

◆任　書熹 代議員（上京東部）

〔今後の医師会活動の維持・発展に向けたビジョンについて〕

任 代議員

マイナ保険証やかかりつけ医機能報告制度の開始など，急激な制度変化に翻弄され，日常診療や医師会活動において対応すべき業務が増加している。地区医のマンパワーは不足し，多くの会員に何らかの役職を担っていただくことで，医師会業務を維持している状況である。

今般，京都・乙訓地域が外来医師過多区域に指定されたが，当地区においても，将来的にＡ会員のさらなる減少が危惧される。このような状況下において，今後，医師会活動を長期的に維持・発展させていくために，府医としてどのようなビジョンで対応していくのかを伺いたい。

◆金光 京石 代議員（京都市西陣）

〔外来医師過多区域における新規開業者への対応について〕

令和８年４月１日施行の改正医療法により，外来医師過多区域での新規開業に対する規制が強化されることとなり，京都・乙訓医療圏が候補区域として提示された。新規開業者に地域医療への協力を要請するということであるが，外来医師数は単純な人数指標に過ぎず，診療科目等の実態を反映していない等，様々な問題が山積している。

金光 代議員

地域医療への協力要請内容のうち，多くは地区医が担っている業務であり，新規開業者が医師会に入会の上，それらの業務を実施していただくことが理想的であるが，協力要請には応じるものの，医師会には入会しない新規開業者が出てくることが想定される。地区医として，新規開業者にどのように接し対応すべきか，現時点での府医の考えをお聞かせいただきたい。

◇禹府医副会長

禹 府医副会長

４月１日から施行される改正医療法に関して，厚生労働省から昨年 12 月 25 日付で「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が公表され，この中で，実効性のある総合的な医師偏在対策の推進が，医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針として位置づけられている。

医師偏在対策は，新たな地域医療構想と一体的に取組む必要があり，今回，全国の二次医療圏の中から国が指定する９か所の外来医師過多区域の候補区域の１つとして，京都市・乙訓医療圏が選定されたが，京都市・乙訓医療圏の中でも，医師数や診療科の偏在があるため，おしなべて「医師過多」とは言えないと考えている。

この改正医療法第 30 条 18 の６の第３項には，無床診療所の開設を希望する者は，開設日の６か月前までに，当該地域における地域外来医療の提供に関する意向などを都道府県知事に届け出なければならないとあり，同第４項には，この届出者が地域外来医療の提供をしない場合は，協議の場において，その理由の説明を求めることができるとしている。また，同第６項で都道府県知事は，理由等がやむを得ないものと認められない場合，期限を定めて当該区域における地域外来医療の提

供を要請することができるとしている。

具体的な流れとしては，新規開業希望者は開設６か月前までに事前届を出す際，都道府県に事前相談を行い，地域外来医療の提供に関する意向等を示した事前届出を提出する。これは，開業予定地域において，どのような医療機能を担ってもらうとバランスが取れるのかを判断するための情報提供であると言える。

当該地区医においては，例えば，学校医や産業医等の公衆衛生活動，各種検診事業への参加，感染症対応としての発熱外来への協力，在宅医療連携や地域によっては休日･夜間の輪番制への参加，また，当該地域における診療所および診療科の分布状況など，地域で求められるニーズの情報整理が求められる。学校医の場合は，学校名に加えて児童生徒数や年間の出務回数，業務内容など具体的な情報提供も必要となる。また，医師会の班会議や各種委員会への参加方法，地域における既存の連携ルート等の提示も必要であり，不足している機能を整理し，地域医療への参加の入り口を整備するのが地区医の役割になると考えている。

京都府が圏域ごとに設置する協議の場に地域代表として地区医が参加し，新規開業の届出内容の確認や地域で不足する医療提供の議論が行われる予定である。外来医師過多区域で新規開業希望者が出た場合，開業の許可・不許可，あるいは行政処分，勧告などの権限行使は基本的に都道府県の領域であり，地区医の役割はあくまで調整，合意形成，フォローが中心となる。

日医および府医は，自由開業制の堅持，フリーアクセスの確保のため，各地域における面としてのかかりつけ医機能を発揮することを重視している。診療科目にかかわらず，すべての診療所の医師はかかりつけ医としての機能を有しており，診療科目以外の診療科や専門領域以外については，地域あるいは地域外の診療所または病院への紹介・連携によって，その患者を地域で支えることになる。新規開業希望者にもかかりつけ医機能を発揮していただき，地域医療に協力していただけるようメニューを提示するためには，各地域のニーズの具体化が不可欠になる。協議の場において，地域医療への協力の意向確認，地域医療への参加の入り口整備が地区医の実務的な役割になると考えている。

今後も地区医の活動を維持するためのマンパワーが重要であることは言うまでもなく，医師会活動への参画についても，具体的な活動内容の整理とともに，参画を得るためには提示の仕方にも工夫が必要になると考える。良心的とは言えない開業コンサルタントや，いわゆるディベロッパーに言われるがまま，医師会に入会せず新規開業する事例は，これまでも各地区医から報告を受けており，地域医療がどのようなものであるのか，医師会がどのような役割を果たしているのかを十分に理解されていないのではないかと考えている。

今回の改正医療法で新規開業希望者に対する協議の場が設置されることは，新規開業希望者に対して医師会に関する説明の機会が与えられることになる。地区医からの十分な説明とアピールによって，医師会に入会することの意義を理解していただける良い機会となり，それにより医師会への入会者が増えることが期待できると考えている。

最後に，３月３日に開催された厚生労働省の地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において，2027 年度から始まる第８次後期の医師確保計画と外来医療計画の見直しに向けた取りまとめ案が大筋で了承された。この中で，地域で不足する医療機能などを提供するとした診療所が，実際にそれを提供しているかどうか，国は医療関係団体等と連携しながら確認するための方法を検討すると記載していることを申し添える。

決　議

令和８年度診療報酬の本体改定率はプラス 3.09％で決着した。医療機関の厳しい経営状況を踏まえ，改定の重点課題とされた物価高騰・賃金上昇に対処するため，30 年ぶりに３％を超えたことは評価できる。

今後，医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者を支えていくためには，地域包括ケアのさらなる深化・推進が必要であり，将来の人口減少と疾病構造の変化を考慮すると，医療機関の役割を明確化し，連携と機能分化の検討を進めていかなければならない。働き手世代が激減する中で地域完結型の医療提供体制を構築するには，必要である診療行為にかかる材料や設備などのコストと人件費が診療報酬で正当に評価されるべきであり，そのあり方について見直す必要がある。

一方，「骨太の方針 2025」において，現役世代の社会保険料負担の軽減は，持続可能な社会保障制度の重要な取組の一つとして位置付けられたが，OTC 類似薬の患者負担の引き上げをはじめとする一連の動きは，医療保険の給付範囲を縮小させ，国民皆保険制度の理念から外れるものである。皆保険制度は個人のリスクに備えるだけでなく相互扶助の機能を併せ持つことへの国民の理解が必要であり，給付と負担のバランスをとる政治的・社会的合意形成に向けた国民的議論こそが重要であると考える。

2040 年に向けて，必要な医療を安定的に届け続けられる体制の確立と現場の実情を十分に反映した診療報酬体系を構築するために，以下を強く要望する。

記

一，　物価高騰・賃金上昇を踏まえた積極的な財政支援に加え，地域包括ケアの深化・推進に資する診療報酬体系の構築を求める。

一，　必要な医療提供体制を将来にわたり守るため，世代間の公平性に配慮しつつ，給付と負担のバランスについて国民的議論の展開を求める。

以上

2026 年３月 14 日

京都府医師会　第 215 回臨時代議員会

医療事故調査制度『相談窓口』のお知らせ

各医療機関におかれましては，万が一，対象となる死亡事案が発生した際には，適切な対応をお願いするとともに，京都府医療事故調査等支援団体連絡協議会（窓口：府医）にご相談ください。

医療事故調査・支援センター（一社）日本医療安全調査機構

- 医療事故　相談専用ダイヤル　03－3434－1110
- 対応時間　午前９時～午後５時
- URL　https://www.medsafe.or.jp/

京都府医療事故調査等支援団体連絡協議会（一社）京都府医師会　医療安全課

- 専用電話　075－354－6355
- 対応日時　午前９時 30 分～午後５時 30 分
  （※休日・夜間については，医療事故調査・支援センターで対応）
- URL　https://www.kyoto.med.or.jp/medical-worker/ma
- 相談内容　①制度概要に関する相談
  ②事故判断への相談
  ③院内事故調査への技術的支援
  (1)外部委員の派遣　(2)報告書作成支援　(3)解剖・Ai 実施支援

京都府医師会医療事故調査支援団体連絡協議会
動画配信のご案内

協議会の WEB サイトにて，以下の動画を配信しています。

医療事故調査制度における疑問にお答えする形で，これまでに寄せられた質問を中心に，京都府医師会：松村由美理事が疑問にお答えします。是非，ご覧ください。

■ 内　容

1．対象事案かどうかの判断について
 (1)　医療事故調査制度が検討されたきっかけ
 (2)　“予期しない患者死亡事案”への２つの対応
 (3)　米国　ベン･コルブ君(７歳)死亡事例(1995 年)
2．事故発生時に対処しなければならない内容は
3．センターへの報告はどうすればよいか
4．センター報告後の自院での動きは
 (1)　調査報告書（案）前半部分を準備する
5．院内事故調査委員会の運営について
6．調査報告書の作成について
7．ご遺族への調査結果説明について
8．その他
9．他の医療機関はどうやって取組んでいるのだろう？

第 161 回 日医臨時代議員会

「診療報酬改定について ～残された課題への今後の日医の対応～」

～米林府医副会長が代表質問～

令和８年３月 29 日(日)，日医臨時代議員会が開催され，松本日医会長挨拶の後，令和８年度事業計画および予算について報告された。なお，同日の代表質問では，近畿ブロックを代表し，米林府医副会長が質問に立ち，診療報酬改定について～残された課題への今後の日医の対応～について日医の見解を求めた。

また，松本日医会長は，本臨時代議員会で，６月の日医次期会長選に向け，３期目を目指し出馬を表明した。

松本日医会長　挨拶

1．令和７年度補正予算・令和８年度診療報酬改定

松本 日医会長

令和７年度補正予算は，医療・介護分野で約1.4兆円規模となり，医療分だけでも１兆円を超える大規模な措置となった。これを受け，日医は，補正予算を診療報酬改定財源の先取りとするのではなく，インフレ下における賃金・物価上昇に対応したさらなる財源の上乗せが必要であると強く主張してきた。

その結果，令和８年度診療報酬改定は本体3.09％となり，賃上げ・物価対応のための財源が一定程度確保された。本改定は，厳しい経営環境に置かれてきた医療機関にとって，今後の方向性を示す重要なものとなっている。

なお，補正予算や改定の効果については今後の検証が必要だが，まずは経営の下支えとなり，持続可能な医療提供体制の確保に寄与することが期待される。

2．医療法等の改正

医療法等の一部改正法が令和７年12月に公布され，本年４月より順次施行される。

「新たな地域医療構想」に加えて，医師偏在対策では外来医師過多区域に関する新たな仕組みが導入される予定であり，日医では説明会や情報提供を通じて対応を進める。

今後も地域の実情に応じた医療提供体制の構築に向け，制度運用や必要な支援策について継続的に関与していく。

3．健康保険法等改正法案

健康保険法等の一部改正法案が閣議決定され，国会での審議が予定されている。主な論点は以下のとおりである。

・OTC医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等に関する一部保険外療養の創設
・出産費用の自己負担軽減と周産期医療体制の確保
・国民健康保険組合への国庫補助の見直し

特にいわゆるOTC類似薬については，保険適用除外は回避されたものの，患者負担の増加が懸念されており，引続き慎重な対応が求められる。

また，出産費用については「無償化」と「安全で質の高い周産期医療提供体制の確保」の両立が明確化されており，今後の給付水準の議論が重要となる。

4．組織強化と会費の有効活用

会員数は過去最高を更新している一方で，会員構成の変化を踏まえ，会費の有効活用が重要となっている。

その一環として，日医雑誌・ニュースの電子化推進やメール配信の活用，WEB会議のさらなる導入など，効率的・効果的な運営を進めていき，コスト削減と利便性向上を図り，医師会活動の充実につなげる。

5．かかりつけ医機能報告制度

令和７年４月より開始された「かかりつけ医機能報告制度」は，ほぼすべての医療機関が対象となっている。

１号機能は「日常的な診療を総合的かつ，継続的に行う機能」であり，ほぼすべての医療機関が有している機能となっており，本制度の適切な運用には正確な報告が不可欠であるが，操作の分かりにくさや誤報告の事例も指摘されている。

日医では上記の注意点や具体的な手順などについて説明会を開催し周知を図ってきたが，都道府県医等においても期限内の報告および修正への協力をお願いしたい。

代　表　質　問　（主な代表質問に対する回答を記載）

◇「診療報酬改定について～残された課題への今後の日医の対応～」について代表質問

米林府医副会長

米林 府医副会長

令和８年度診療報酬改定は，約 30 年ぶりとなる 3.09％のプラス改定となり，物価高騰や人件費上昇に直面する医療機関の経営に一定の配慮が示された。しかしながら，診療報酬と実コストの乖離はなお残されている。

少子高齢化と人口減少の進展により，医師偏在，働き方改革，地域医療構想の再構築といった課題が一層深刻化している中では，単なる人員配置の調整にとどまらず，医療資源の再配分や機能分化・連携の強化を通じた持続可能な医療提供体制の構築が求められる。

また，過去 30 年間の診療報酬改定は財源論が優先されてきた側面があり，必要な医療を提供することで経営が成り立たない事例が存在する。診療報酬は本来，医療に要するコストを適切に反映すべきものであり，人口構成や疾病構造の変化に対応した持続可能な医療提供体制を確保するための今後の診療報酬改定のあり方について，日医の見解を質問した。

茂松日医副会長

茂松 日医副会長

これに対し，茂松日医副会長は，令和８年度診療報酬改定について「30 年ぶりに３％を超えるプラス改定が実現した」と評価した上で，その背景には，地域の医療提供体制の存続に対する強い危機感のもと，医療界が一丸となって対応したことがあると述べた。

今回の改定は，①インフレ下における賃金・物価上昇への対応を別枠で確保したこと，②純粋に財源を上乗せする，いわゆる「真水」による対応としたこと，③令和７年度補正予算の土台を「発射台」としたこと，の３点が大きな柱であり，今後の指針となる重要な改定であるとした。

特に，物価対応料や外来・入院ベースアップ評価料については，令和８年度に加え，令和９年度にはその倍の点数設定を見込むなど，これまでにない対応が行われている点が特徴であると説明。

また，救急搬送件数や全身麻酔手術件数を評価指標に用いるなど，新たな地域医療構想に先行した内容も盛り込まれており，こうした動きが，これまで築かれてきた地域医療の役割分担や連携体制に与える影響については，今後も注視・検証し，必要に応じて見直しを行う必要があると答弁した。

◇日医かかりつけ医機能研修制度の研修修了申請時期の変更について

城守日医常任理事

城守 日医常任理事

日医のかかりつけ医機能研修制度は，基本研修・応用研修・実地研修の３区分で構成され，３年間ですべての要件を満たすことで修了となる。

基本研修の修了要件となる日医生涯教育認定証は 12 月１日付で発行され，修了申請の受付は原則として 12 月から翌年１月までの２カ月間とされている。一方，修了証の発行日は４月１日付であるため，実務上は各都道府県医において 12 月から３月までの間で申請受付が行われているのが現状である。

今後，修了申請時期については，各都道府県の

運用状況を踏まえ，必要に応じて柔軟な対応（申請期間の延長等）を検討する。

また，国のかかりつけ医機能報告制度では，「研修修了者の有無」が報告項目の一つとされており，これに対応するため日医は，2025 年度から従来とは別に新たな研修を設けている。

本制度は医療機能情報提供制度に追加され，G-MIS で報告される仕組みで，内容は院内掲示や診療領域等の「１号機能」と，時間外対応や在宅医療，介護連携等の「２号機能」の２区分。

目的は，各医療機関が機能や専門性を活かして連携し，地域に必要な医療機能を確保することであり，患者の受療制限や医療機関の格付けを行うものではないが，報告を行わない際の診療報酬の減算については，財務省が財政審で提案している。医療機関を区別し，登録制などにつなげる狙いがあることから，すべての医療機関が積極的に報告することが極めて重要である。名称が類似するため混乱もあるが，制度の趣旨が異なるため，正確な把握と対応に理解をお願いしたい。

松本日医会長

かかりつけ医の「制度化」と「機能報告制度」は別のものである。日医は，かかりつけ医の制度化については反対の立場をとっている。制度化が進めば，登録制・認定制・包括払いといった仕組みに傾く可能性があり，地域の実情に応じた柔軟な医療提供が損なわれかねない。

一方で，かかりつけ医の機能を報告する制度については，各医療機関が担う役割を可視化し，地域における医療提供体制を維持・強化する観点から重要であると考えている。

このように，制度化には反対しつつも，機能報告を通じて地域医療を守っていくという考え方であることをご理解いただきたい。

◇医療 DX の推進と現場とのギャップ

長島日医常任理事

長島 日医常任理事

医療介護総合確保推進法の改正（昨年 12 月のいわゆる医療法改正）において，政府は 2030 年末までに電子カルテ普及率「概ね 100％」の達成を掲げ，医療機関の業務における情報の電子化を推進する責務を明確化した。ここでいう普及率とは，「電子診療録等情報に係る電磁的記録を利用する体制を整備している医療機関の割合」と定義されている。

現在，政府が開発を進める「標準型電子カルテ（導入版）」は，紙カルテや既存の電子カルテを使用している医療機関であっても，電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスなどの医療 DX に係る電磁的記録の閲覧・共有・提供を可能とする機能を備えるとされており，この定義に合致するものと考えられる。

一方で，こうした DX 推進にともなうセキュリティ対策や維持管理費用に対する政府の具体的な支援策は，現時点では明らかではない。電子カルテの普及が法律上，政府の責務とされた以上，その費用は本来，国が全額負担すべきであるとの主張を，引続き強く求めていく。実際，オンライン資格確認におけるカードリーダー更新費用についても，昨年９月に三師会共同で全額補助を求める要望書が提出されている。

医療 DX の推進にあたっては，地域医療を守る観点から，すべての医師が現状の体制のままでも医療を継続できる環境を確保することが大前提である。

この他，「MAMIS について」，「ACP と DNAR の普及」など合わせて 19 の代表質問があり，活発な質疑応答が展開された。

令和８年度
新研修医総合オリエンテーションを開催

京都府内のすべての臨床研修指定病院から
新研修医 228 名（過去最多）が一堂に会す

府医は４月３日(金)，京都府内の臨床研修指定病院において，本年４月から初期研修を開始する新研修医を対象に，恒例の「新研修医総合オリエンテーション」を開催した。

本オリエンテーションは，府医で取組む研修医事業の柱となっており，新研修医としての心構えや研修医の「スキルアップ」,「レベルアップ」,病院の枠を超えた「ヨコの繋がり（ネットワークづくり）」の構築を目的としている。

昨年度に引続き集合形式で平日に開催し，京都府内のすべての臨床研修指定病院の新研修医約 228 名（過去最多）の参加があった。社会人として，そして医師として“１年目”の心構えを身につけようと，各講義では熱心に耳を傾けるとともに，研修医相互のコミュニケーションを図るプログラムではチーム内で積極的に交流する様子が見られた。

オール京都体制で研修をサポート

まず，京都府医師会・松井道宣会長，京都府・井原正裕健康福祉部長，京都府立医科大学附属病院・佐和貞治病院長，京都大学医学部附属病院・髙折晃史病院長がそれぞれ挨拶に立ち，出席した新研修医に対し医師国家試験合格の祝意を示した上で，晴れて社会人・医師となった研修医に対して激励の言葉を送るとともに，医師会，行政，大学，研修指定病院が協力して，研修医をサポートしていくことを約束した。

松井 府医会長

京都府　健康福祉部長
井原 氏

京都府立医科大学附属病院
病院長　佐和 氏

京都大学医学部附属病院
病院長　髙折 氏

グループワークで和やかな雰囲気に

プログラムのトップバッターは，屋根瓦ワーキングチームのメンバーで市立福知山市民病院の稲葉哲士氏によるグループワークで，初対面の研修医にとってのアイスブレーク的要素を大きく含んだ内容となっている。

若手指導医によるユニークなグループワークは府医オリエンテーションの特徴で，全 39 グループ，１グループあたり５～６名で構成し，初期研修を乗り切る上で重要となる３つのスキル「コミュニケーション力」，「検索力」，「チームワーク力」をグループワークを通して体感した。勤務先の異なる者同士でグループを組むことで，今後の臨床研修において必要な“初対面の人”（患者，ローテート先の上司，先輩，メディカルスタッフなど）とのコミュニケーションの取り方を学んだり，グループで協力して検索ツールを利用しながら臨床クイズに挑んだ。

最初は緊張した表情で取組んでいた研修医たちも，次第に笑顔が見られ，休憩時間に入ってもグループ内で交流が終わることなく続き，会場内は歓談の声や笑い声に包まれ，和やかな雰囲気となった。

市立福知山市民病院
稲葉 氏

グループワークの様子

「Physician-Patient Communication（Will Save Us from Replacement by AI）」，「虐待の対応」～医師としての自覚を～

順天堂大学医学部附属
順天堂医院総合診療科
特任教授
デシュパンデ・ゴータム 氏

講演会の様子

続いて，特別講演Ⅰでは，順天堂大学医学部附属順天堂医院総合診療科特任教授のデシュパンデ・ゴータム氏より「Physician-Patient Communication（Will Save Us from Replacement by AI）」と題して講義があった。デシュパンデ・ゴータム氏はAIが医療分野に与える影響や，AIに代替されないことについて，コミュニケーションの重要性を説いた。

特別講演Ⅱでは，京都府立医科大学小児科学教授の家原知子氏より「研修医が知っておくべき虐待の対応」について講義があった。臨床研修における必須項目である虐待について，医療機関に求められる早期発見につながる所見や徴候，関係機関との連携等について学ぶ貴重な機会となった。

京都府立医科大学
小児科学教授　家原 氏

「医師会活動」や「医師賠償責任保険」，「KMCC（京都府地域医療支援センター）」について紹介　～府医として手厚いサポートを約束～

加藤府医理事から府医の役割や，臨床研修屋根瓦塾KYOTO，Re－1グランプリなどの府医が取組んでいるユニークな研修医向け事業，ワークライフバランスのサポート体制等を紹介。また，医学生や研修医，若手医師の先生方とのつながりを継続できる仕組み「KMA.com」についても説明した上で，府医や日医では，臨床研修医（研修医1・2年目）の会費免除を実施していることから，この機会に医師会に加入し様々な取組みに触れていただきたいとした。

堀田府医理事からは，研修医の医師賠償保険加入状況の調査結果を用いながら，医師賠償責任保険の重要性などを説明。「日本医師会医師賠償責任保険」の特徴として，単に損害賠償等を求められた際の保険に留まらず，ちょっとした「相談」から手厚い「サポート」まで懇切丁寧な対応を実践していると紹介した。

このほか，KMCC（京都府地域医療支援センター）から，京都の研修に対する強固なサポート体制が示され，行政・医師会・研修指定病院が連携して研修をサポートすることを強調した。

加藤 府医理事

堀田 府医理事

引続き行われた懇親会でも，病院の垣根を越えて研修医や指導医らが交流し，様々なネットワークを築く機会となった。

終了後に実施したアンケートの結果では，大多数の参加者から高く評価されたほか，「この会がなかったら関わらなかったであろう他院の研修医と話すことができてよかった」や「知りたいことが知れた」等の感想が多く寄せられた。

また，入会者には府医オリジナルスクラブを進呈したところ，185 名（4/9 現在）の新研修医の入会を得ることができた。

上田 府医副会長

京都府保健医療対策監
奥田 氏

懇親会の様子

ご協力いただいた講師は以下のとおり（順不同）

■**特別講演Ⅰ**「Physician-Patient Communication（Will Save Us from Replacement by AI）」
順天堂大学医学部附属順天堂医院　総合診療科　特任教授
デシュパンデ・ゴータム 氏

■**特別講演Ⅱ**「研修医が知っておくべき虐待の対応」
京都府立医科大学小児科学　教授　家原　知子 氏

■**グループワーク**　京都府医師会屋根瓦ワーキングチーム／市立福知山市民病院
稲葉　哲士 氏

■**講　　義**　「研修医のうちに知っておきたい医師会の使い方
－京都府医師会が広げる医師のキャリアー」
京都府医師会　理事　加藤　則人 氏
「研修開始前に知っておきたい“自分の身を守る保険”」
京都府医師会　理事　堀田　祐馬 氏
「KMCC について」　京都府医療課　課長　古川　浩気 氏

「京都医報」へのご投稿について

府医では，会員の皆さまから「会員の声」「北山杉」「他山の石」「私の趣味」「診療奮闘記」の各種原稿を下記要領にて募集しております。是非ともご投稿ください。

なお，字数は原則として下記のとおりですが，最大でも3000字（医報2ページ分，写真・図表・カット（絵）等を含む）までをお願いいたします。**原稿の採否は，府医広報委員会の協議により決定します。場合によっては，本文の訂正・加筆，削除，分載等をお願いすることがあります**ので，あらかじめご了承ください。

また，**同じ著者の投稿は原則として1年間に1編**とします。

【原稿送付先・お問い合わせ先】

〒604－8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町6　京都府医師会総務課「京都医報」係

TEL 075－354－6102　　FAX 075－354－6074　　e-mail　kma26@kyoto.med.or.jp

会員の声　「会員の声」には，医療についての意見，医師会への要望・批判などを**1200字程度**にまとめてお寄せください。

北山杉　「北山杉」には，紀行文・エッセイなどを**1200字程度**でお寄せください。

他山の石　これまでに体験した「ヒヤリ・ハット」事例を**1200字程度**でお寄せください。特別な形式はありませんが，①事例内容　②発生要因　③その後の対策等－についてご紹介ください。**掲載にあたっては，原則「匿名」**とさせていただき，関係者などが特定できない形での掲載となります。

私の趣味　「自転車」「DIY（日曜大工）」「料理」「園芸」「旅行」「映画」「書籍（医学書以外）」「音楽」「演劇鑑賞」「ワイン（酒）」「登山日記」「鉄道」などについてジャンルは問いません。読者に知ってもらいたい，会員の先生方の深い造詣を**1200字程度**でご披露いただければ幸いです。

診療奮闘記　日常診療で尽力されている事柄や感じていること，出来事などについてのご投稿をいただくことで，会員の先生方の参考となればと思っております。こちらも**1200字程度**でお寄せください。

広報誌『Be Well』のバックナンバー紹介

ご好評をいただいております府医発行の府民・市民向け広報誌『Be Well』につきましては現在109号まで発行しております。

右記のバックナンバーにつきましては在庫がございますので必要な方は

府医：総務課
（TEL 075－354－6102）

までご連絡ください。

38号▶エイズ患者・ＨＩＶ感染者今のままでは増え続けます
42号▶男性の更年期障害
47号▶一酸化炭素中毒
55号▶ヒブワクチンと小児用肺炎球菌ワクチン
65号▶感染症罹患時の登園（校）停止基準と登園届
69号▶PM2.5と呼吸器疾患
70号▶BRCAについて
77号▶性感染症 STI
78号▶コンタクトレンズによる目の障害
79号▶肝炎・肝がん
81号▶爪のトラブル（巻き爪・爪白癬）
82号▶脳卒中
83号▶大人の便秘症
84号▶熱中症
85号▶毒虫
87号▶夜間の頻尿
88号▶認知症
89号▶CKD（慢性腎臓病）
90号▶急性心筋梗塞
91号▶消化器がんの予防と検診
92号▶知っておきたいたばこの事実
93号▶白内障
94号▶ロコモ
95号▶子宮頸がん
96号▶心房細動
97号▶糖尿病
98号▶アトピー性皮膚炎
99号▶甲状腺について
100号▶肺がん
101号▶不妊治療
102号▶骨粗鬆症
103号▶乳がん
104号▶心臓弁膜症
105号▶心肺蘇生法
106号▶尿路結石症
107号▶痛風・高尿酸血症
108号▶アイフレイル
109号▶帯状疱疹

「医療 DX による医師の働き方改革の実践」，「かかりつけ医機能報告制度と外来医師過多区域」について議論

京都府立医科大学医師会と府医執行部との懇談会が３月 12 日(木)，京都府立医科大学附属病院で開催され，京都府立医科大学医師会から９名，府医から 14 名が出席。「医療 DX による医師の働き方改革の実践」，「かかりつけ医機能報告制度と外来医師過多区域」をテーマに議論が行われた。

※この記事の内容は，開催日時点のものであり，現在の状況とは異なる場合があります。

医療 DX による医師の働き方改革の実践

京都府立医科大学医師会の佐和会長より，医療現場における AI を活用した働き方改革の実践例として，京都府立医科大学附属病院における取組みが紹介された。

質の高い医療の提供には，正確かつ膨大な記録業務が不可欠であるが，その業務負担は非常に大きく，医療現場の疲労と効率低下を招いており，2024 年度に施行された「医師の働き方改革」によって，業務効率化が急務になっていると説明。電子カルテ外の文書処理や看護サマリー等，文書作成の場面において AI による文章作成支援機能を活用することで，定量的な業務削減効果が期待できるとして，積極的に導入を進めていることが報告されるとともに，令和８年度には電子カルテ内に AI を導入し，入退院サマリーや紹介状の作成等，文書処理における省力化・効率化を図っていく意向が示された。

AI の中核技術である LLM（大規模言語モデル）には，「クラウド型」と「ローカル型」の２つの運用タイプがあり，それぞれの利点や特徴を紹介した上で，AI・LLM プラットフォームの構築にあたっては，これらを十分に認識した上で，クラウド LLM，ローカル LLM，電子カルテ LAN 内

の３つに分けて個別に設定する必要があるとした。

AI 活用の留意点としては，ハルシネーション（AI が誤認や論理矛盾を含む事象や事実とは異なる情報をもっともらしく生成してしまう現象）をいかに減らすかという課題を挙げ，ハルシネーション防止対策や低減技術についても併せて紹介された。

現在は，文章校正アシスタント，音声ファイルの書き出しや要約・議事録作成，文章翻訳，各種資料作り等に活用していることが報告され，今後，研修や患者説明の場面での活用を見据え，手術説明動画を作成して QR コードを発行し，事前に患者に観てもらえるようにするなど，多くの診療科において積極的に活用していく考えが示された。

最後に，実演として，未読の電子メール確認での活用例が紹介された他，AI 画像生成サーバーのワークフローを示した上で，「京都府立医科大学と京都府医師会の強力な協力･連携体制」をテーマに生成されたポンチ絵が提示された。今後も引続き「医師の働き方改革」の実践として，進化の著しい AI を，それぞれの特性を踏まえた上で適切に活用することで，業務の効率化と負担軽減を図り，より質の高い医療の提供につなげていく意向が示された。

かかりつけ医機能報告制度と外来医師過多区域について

◇かかりつけ医機能報告制度について

かかりつけ医機能報告制度は，地域の医療機関が担うかかりつけ医機能を可視化し，外来機能の把握することで，地域を面で支えるかかりつけ医機能の強化に繋げていくことを目的としており，多くの医療機関がそれぞれの担う役割を報告することが必要となる。

かかりつけ医機能報告制度の導入に至る議論は，骨太の方針 2015 に「かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する」と明記されて以来，かかりつけ医以外を受診した場合の受診時定額負担の提案や，かかりつけ医を定義化しようという流れが強く打ち出され，また，2020 年からのコロナ禍において，どこに受診したらよいかわからないとの報道等が行われた結果，かかりつけ医を制度化すべきとの議論がなされたものの，日医の提言により，結果として，かかりつけ医の制度化ではなく，かかりつけ医機能が発揮される制度整備という形で 2022 年の骨太の方針に記載されたものである。

その後の具体的な制度設計においても，財務省からは，かかりつけ医機能のハードルを高くし，報告の有無によって医療機関の分断を図るという，フリーアクセスの制限につながる提案がなされたものの，日医は，医療機関同士の連携を深めることにより，各医療機関がそれぞれの役割を理解し，機能を高め，相互に助け合って地域を面で支えることが重要であると主張し，最終的には診療科にかかわらずすべての医療機関が「かかりつけ医機能あり」と報告できる内容として，本年１月から報告が開始されている。

かかりつけ医機能報告制度では，国民や患者が自らのニーズに応じて，適切な医療機関を選択できるよう支援を行うため，2007 年に施行された医療機能情報提供制度における報告内容をわかりやすく刷新し，情報提供を強化する仕組みとなっている。

財務省の財政制度等審議会が昨年にとりまとめた「秋の建議」では，全人的なケアの実現に向けた「かかりつけ医機能の評価」の再構築を掲げ，かかりつけ医の登録制，診療報酬の包括評価につながる「かかりつけ医の制度化」に向けた検討を継続的に進めることを提案しており，重要なことは，５年後に同報告制度の見直しを検討することがすでに決められていることである。報告率が低く，地域のかかりつけ医機能が可視化されない場合，かかりつけ医機能を強化するために，かかりつけ医の制度化などの議論が再燃することが懸念される。

財務省の目論見を阻止するためには，かかりつけ医機能報告制度において，すべての医療機関が「かかりつけ医機能あり」と報告いただくことが何より重要となる。

◇外来医師過多区域について

医師偏在問題が全国的な課題となっていることを背景に,厚労省が令和６年 12 月に公表した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」では，これまでの医師偏在対策が地域枠や専攻医シーリングなど「若手医師の配置」に焦点が当てられてきたのに対し，全世代で対応していくための複数の対応策が打ち出されたことが特徴的である。

令和７年 12 月の医療法等の一部改正で，医師偏在対策に関する事項として，①重点的に医師を確保すべき区域を定めること，②外来医師過多区域の無床診療所への対応強化，③管理者要件の見直し―が盛り込まれ，本年４月１日に施行されることとなった。

外来医師過多区域における新規開業希望者の手続きフローとしては，厚労省が示した外来医師過多区域の候補区域の中から都道府県が外来医師過多区域を設定し，新規開業予定者に対して，①開業６か月前の届出，②不足する医療機能を提供しない場合に，協議の場への参加が必要，③不足する医療機能を提供しない場合で，やむを得ない理由がないときには，地域で不足する医療機能への協力要請を行う仕組みとしている。

協力要請に応じない場合には，①保険医療機関指定期間の短縮（６年→３年），②医療審議会での説明要請，③勧告・公表―等の措置が制度上規定されているが，今回の改正は，規制を強めるものではなく，地域医療をどう守るかを一緒に考える枠組みづくりと捉え，京都では情報提供と対話を中心とした運用を目指す考えである。

対象（候補）地域は，①「外来医師偏在指標が全国平均値＋標準偏差の 1.5 倍以上」，②「可住地面積当たりの診療所数が上位 10％」の２点を満たす二次医療圏として，全国９か所が候補区域に設定され,京都･乙訓医療圏が候補の一つとなったものである。あくまで指標上の候補となったものであり，圏域内にへき地的要素を持つエリアもあるため，一括りで考えることはできず，今後は高齢化率や交通事情等,地域ごとの実情を踏まえ，行政と府医，地区医が丁寧に協議を重ねながら運用を決めていくことになる。

開業医の先生方への影響については，既存の医療機関に新たな義務や強制的な役割を課すものではなく，新規開業の先生に対しても，これから検討する地域で不足する医療機能，例えば，在宅医療への関与や夜間休日の輪番，へき地へのスポット協力等の提供を求めるが，関わり方は多様と考える。なお,提供しない場合の「理由」について，やむを得ないか否かについては，協議の場で判断することとなっている。

地域で不足する医療機能等に関する医療提供の要請に理由なく応じなかった場合の不利益として，保険医療機関の指定期間が３年に短縮される他,「診療報酬上の対応」や「補助金の不交付」などが示されている。保険医療機関の指定期間については，再々指定時以降に勧告に従わない状態が続いた場合，３年から２年に短縮される見通しである。「診療報酬上の対応」については，中医協で議論され，機能強化加算や地域包括診療加算など地域医療提供体制への貢献に関する評価が含まれる診療報酬が算定不可とされる見通しである。

今後の制度運用にあたって,「開業規制」ではなく，地域の状況を共有する場を持つ制度としての運用を目指す方針である。現在，厚労省が示しているものが完成形ではなく，これから京都・乙訓医療圏内で運用していくにあたって，現場をよく知る地域の先生方の声がなければ実効性のある制度にはならないと考えている。区域の指定や，不足する機能について，地区医から率直な意見を伺いながら,行政とともに画一的な対応ではなく，柔軟に運用できるよう調整していく意向である。

また，開業後に，実際に不足する医療機能を提供しているか等の情報提供についても，地区医に協力を求めていくことになると考えている。

最後に，将来的な展望として，施行後３年を目途として，新たに開設された診療所の数が廃止された数を超えているか，医師偏在対策として機能しているか，地域医療の維持に一定の効果があるかなど，効果や影響を検証しながら制度を見直す方向性が示されている。

第 52 回 京都医学会(ハイブリッド開催)の演題募集について

府医では，生涯教育と会員相互の交流をはかる場として，「京都医学会」を毎年開催しており，昭和 50 年の第 1 回医学会開催以来，今年で 52 回目を迎えます。

本学会は，会場での発表と WEB 配信を併用したハイブリッド形式にて開催いたします。会員各位の積極的なご参加と一般演題・初期研修医セッションへのご応募をお願いいたします。例年どおり，WEB 上（https://kyotoigakukai.jp/endai/）で，幅広いテーマから演題を受け付けておりますので，奮ってご応募ください。

記

【演題募集内容】 ※詳細は京都医報 5 月 1 日号付録または京都医学会 HP をご確認ください。

形　　式　一般演題／初期研修医セッション
※口演発表のみ，WEB 配信あり（発表者は府医会館にお越しください）

募集期間　令和 8 年 5 月 7 日(木) ～ 7 月 1 日(水)

応募方法　京都医学会 HP の演題応募フォーム（https://kyotoigakukai.jp/endai/）よりご応募ください。

そ の 他　・発表時間 5 分間・質疑応答 2 分間（時間厳守）
・応募後のスケジュール
8 月上旬　演題採択通知　※学術・生涯教育委員会での決定後，通知します
9 月上旬～ 9 月 28 日(月) 発表データ提出　※データ提出先は別途ご案内します

【開催概要】 第 52 回京都医学会

会　　期　令和 8 年 10 月 4 日(日)　京都府医師会館（LIVE 配信有）
10 月 9 日(金) ～ 11 月 6 日(金)　アーカイブ配信

プログラム

◇特別講演 1　「医療制度・経営（仮）」
講師　慶應義塾大学大学院法務研究科（法科大学院） 教授・医学部外科教授（兼担）／参議院議員　古川　俊治 氏

◇特別講演 2　「がん治療・免疫（仮）」
講師　京都大学医生物学研究所　再生免疫学分野　教授　河本　宏 氏

◇活動報告

◇一般演題・初期研修医セッション（午後 1 時開始予定）

◇専門医会レクチャー

◇ Re－ 1 グランプリ 2026

お問い合わせは京都府医師会　学術生涯研修課まで
TEL 075－354－6104　FAX 075－354－6074

京都医学会雑誌第 73 巻 2 号　原稿募集中

令和 9 年度京都府医師会学術賞の選考対象になります

2026 年 10 月に発行予定の京都医学会雑誌第 73 巻 2 号の原稿を募集しております。掲載論文は「令和 9 年度京都府医師会学術賞」の選考対象になります。

また，研修医･専攻医（卒後 5 年以内）の方は，新人賞の対象となりますので，奮ってご応募ください。

掲載された論文のすべてが，投稿奨励賞の対象となります。

◇締　切

令和 8 年（2026 年）5 月 29 日(金）必着

※締切後に投稿された論文は，次号（74 巻 1 号）での受付となります。

◇字　数

総説・原著論文＝ 12,000 字以内（図・表を含む）

症例報告　　＝　6,000 字以内（図・表を含む）

注：図・表は 1 枚 300 字とみなします。

※字数を超えての投稿は原則，受け付けることができませんので，ご注意ください。

◇投稿先

〒 604－8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町 6

一般社団法人京都府医師会　学術生涯研修課

TEL：075－354－6104　　問い合わせ Mail：gakujyutu@kyoto.med.or.jp

◇投稿物

①原稿・・・原本 1 部 と データ（USB または CD）

※原稿の末尾には利益相反の有無を必ず記載ください

②自己申告における COI 報告書

③投稿チェックリスト

注：上記 3 点を必ずご送付ください。

不備がある場合は受付ができない場合があります。

【府医 HP】

◇投稿・編集規則

京都医報 4 月 15 日号付録または府医 HP よりダウンロードできる投稿・編集規則に則って論文をご執筆ください。

◇利益相反

京都医報４月 15 日号付録または府医 HP よりダウンロードできる別紙様式（京都医学会雑誌：自己申告による COI 報告書）にて申告し，掲載論文の末尾に利益相反の有無を記載してください。

＜記載例＞

（利益相反がない場合）本論文に関し，開示すべき利益相反状態はない。

（利益相反がある場合）この研究の○％は×××からの支援により行った。

◇倫理規定

倫理面に最大限配慮し，投稿ください。

◇投稿の際の注意点

①論文の種類

「総説」または「原著論文」,「症例報告」どれに該当するか明示してください。

②研修医・専攻医

研修医・専攻医（卒後５年以内）の方は，その旨を必ず記載してください。

◇京都府医師会学術賞

（１） 賞の種類

①原著論文賞＝原著論文の中から優秀な論文に与えられる賞。

②症例報告賞＝１～数例の報告論文が対象。
少数例の症例報告でも優秀な論文を評価するために設けられた賞。

③新　人　賞＝研修医・専攻医（卒後５年以内）が対象。
若手会員の論文発表を評価するために設けられた賞。

（２） 賞金総額：100 万円（予定）

必ず，投稿・編集規則に則ってご投稿ください（規則に則っていない論文は受け付けることができない場合がありますのでご了承ください）。
また，チェックリストにつきましても，投稿前に必ずチェックの上，原稿に同封してください。

日医医賠責特約保険　加入のおすすめ

5月29日までに京都府医師会に申込みを

日医医師賠償責任保険については，管理者責任の拡大および高額賠償請求に対応すべく，平成13年９月に『日医医賠責特約保険』を創設して，加入の促進を図っております。平成25年７月１日より，掛金が引下げとなり，ご加入しやすくなりました。また**平成30年４月より日医医賠責特約保険の補償対象施設に「介護医療院※」が追加**されました。つきましては，是非ともこの機会に本特約保険への加入をご検討くださいますようお願いします。

※介護医療院…医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設（平成30年４月より創設）

支払限度額　日医医賠責保険と合算して

１事故（同一医療行為につき）　**３億円**

保険期間中（年間）　**９億円**

（免責金額は１事故**100万**円）

【日医医賠責特約保険の概要】

- **保険契約者**　公益社団法人　日本医師会
- **加入資格**　日医Ａ会員（Ａ１会員，Ａ２Ｂ会員，Ａ２Ｃ会員）
- **被保険者**　①加入申込をした日医Ａ会員（「記名会員」という），②前記①の記名会員が理事である法人，または管理者である医療施設を開設する法人で，補償対象として加入依頼書に記名した法人
- **対象となる医療施設**

  ①診療所（個人立，法人立を問いません），②個人立病院・介護医療院（病床数・定員数の上限なし），③99床以下の法人立病院・定員99名以下の法人立介護医療院。ただし，病院については一般病床と療養病床が対象となります。
- **対象とならない医療施設**

  ①結核病床と感染症病床，②精神病床（ただし，一般病床を主として有する病院の中の精神病床は対象とします），③介護老人保健施設，④国，独立行政法人，国立大学法人，社会保険関係，会社が開設する医療機関および公的医療機関（いずれも，病院・診療所を含む）は対象外となります。
- **保険金の支払**　「日医医賠責特約保険」では，日医Ａ会員以外の医師に固有の責任がある場合でも被保険者に損害賠償請求がなされた際は「カット払い」を行わずに保険金を支払います。ただし，その医師が一般の医賠責保険を付保している場合には，日医医賠責保険及び日医医賠責特約保険と保険金の支払いについて責任分担を行います。

加入をおすすめする日医Ａ会員

- 法人（法人立診療所，99 床以下の法人立病院および定員 99 名以下の介護医療院）の責任部分の賠償にも備えたい日医Ａ会員
- 日医Ａ会員以外の医師が起こした医療事故に対する，開設者・管理者としての賠償にも備えたい日医Ａ会員
- 高額賠償の支払（１事故３億円，保険期間中９億円まで）に備えたい日医Ａ会員

※日医医賠責保険の免責部分（100 万円）に備えたいという場合は，医師賠償責任保険（日医医賠責保険免責補償プラン）のご加入をご検討ください。（巻末の案内をご参照ください）

【特約保険への加入手続き】

①加入手続き　加入を希望する日医Ａ会員は「加入依頼書」に記入の上，府医の日医医賠責保険特約担当に提出してください。提出期限は５月 29 日まで。
加入依頼書は府医に完備しております。

②保 険 期 間　令和８年７月１日から令和９年７月１日までの１年間（今後１年間契約となります）。

③掛金（１年間）

①診療所・介護医療院（19 名以下）	**20,000 円**
②Ａ２会員	**20,000 円**
③病院・介護医療院（20 名以上） 掛金 ＝ **12,400 円** × 一般・療養病床の許可病床または定員	**－ 40,000 円**

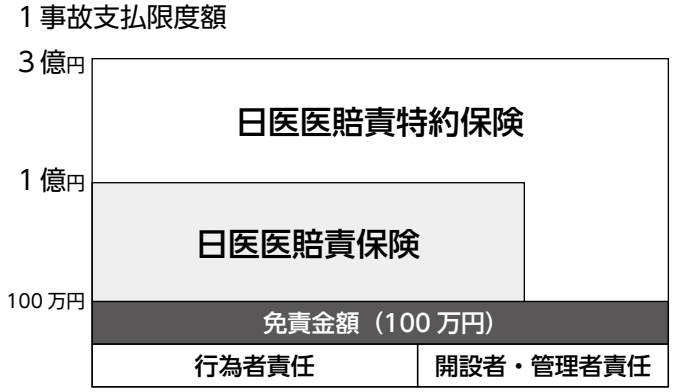
④掛金の納入　都道府県医師会を通じて集金いたします。

⑤被保険者証の交付　日医より日医Ａ会員に直送いたします。

⑥その他留意事項　次年度以降は加入条件に変更がない限り自動継続いたします。

※中途加入も可能です。中途加入月の前月の 15 日までに，日医医賠責特約保険担当までお申し込みください。中途加入の場合は，１年間の掛金を月割で徴収させていただきます。

日医医賠責特約保険と日医医賠責保険の関係



問い合わせ先　日医医賠責特約保険担当　TEL 075－354－6117　FAX 075－354－6497

第10回 地区庶務担当理事連絡協議会

（令和８年３月 25 日開催）

△報告ならびに協議事項

１．最近の中央情勢について

令和８年２月下旬から令和８年３月中旬にかけての社会・医療保険の状況について，◆高市首相は施政方針演説において「攻めの予防医療」を掲げ，少子高齢化・人口減少への対応として「健康寿命の延伸を図り，社会保障制度を含めた社会の支え手となるようにする」と述べた。あわせて，出産費用の負担軽減を進めるほか，給付付き税額控除を柱とする税・社会保障一体改革を検討し，当面は食料品の消費税ゼロも視野に入れる考えを示した。◆片山財務相は財政演説において，2026 年度予算について「診療報酬改定・介護報酬改定をはじめ，予算全体において経済・物価動向等を適切に反映した」と述べた。また，診療報酬改定による物価・賃上げ対応や，介護報酬改定，障害福祉サービス等報酬改定による処遇改善について，「経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算している」と強調した。◆松本日医会長は高市首相と面会し，出産無償化について「出産する方に大きなメリットが生まれるとともに，産科医療機関が経営を維持し地域からなくならないよう，十分な手当てが必要である」と求めた。◆政府は 26 日，社会保障と税の一体改革を議論する「社会保障国民会議」の初会合を首相官邸で開催した。高市首相は「給付と負担のあり方について，全世代が納得できる社会保障制度の構築に向け，国民的議論を進める必要がある」と述べた。◆上野厚生労働相は３日の衆院予算委員会において，OTC 類似薬を含む薬剤自己負担および高額療養費制度の見直しによる保険料への影響について，「機械的に算出すると，加入者１人あたり年平均約 2,200 円の減少を見込む」と述べた。また，健保組合加入者については年約 4,500 円の減少を見込むとした。◆厚労省は，2026 年度診療報酬改定について，物価高騰や賃金上昇，人口および医療従事者の減少といった環境変化の中で実施する，従来とは異なる改定であるとの認識を示した。改定内容として，入院料体系を病棟単位から病院機能単位へ再編し，急性期は「急性期病院Ａ・Ｂ」の選択制とすることで，地域ニーズに応じた機能を評価する仕組みへ見直した。また，回復期リハビリテーション病棟については，実績指数の基準引上げおよび対象拡大により，量から質重視への転換を図った。◆かかりつけ医機能については，答申書の付帯意見において，「改定の影響の調査・検証を行うとともに，かかりつけ医機能報告制度の施行状況等を踏まえ，評価の在り方を検討する」と明記されたことに対し，１月の中医協総会では支払い側委員から「報告制度を踏まえた体系的な見直しには至っておらず，踏み込みが不十分である」と指摘された。◆厚労省は，2026 年度診療報酬改定を官報告示し，ベースアップ評価料に関して「継続的に賃上げを実施している医療機関」に該当する要件を明確化した。外来・在宅医療については，賃上げの継続実施の有無に応じて点数差を設けるとした。また，2026 年３月 31 日時点でベースアップ評価料を届け出ている施設に加え，同時点で未届けであっても，2026 年度以降に報酬上担保された水準に相当する賃上げを行う場合は対象とする取り扱いを示した。◆国立大学病院長会議は，2026 年度診療報酬改定により，44 の国立大学病院合計で年間 443 億円以上の増収となる見通しを公表し，2025 年度の赤字分は十分に補填可能であるとの認識を示した。

２．かかりつけ医機能報告制度について

１月に開始後，３月 18 日時点で報告済（報告作業中を含む）が 60％であることを報告した。本制度は新たな取組みではなく，日常診療をあり

のままに報告し，地域の機能を見える化するものであると説明。報告数が少なければ財務省が目論む「登録制や定額制」の議論につながる恐れがあるとして，報告を呼びかけた。

また，新規 ID の付与が遅れている件については，府医からも京都府に確認し新たな情報があれば周知していくとした。

３．日医生涯教育制度一括申告について

府医では，2025 年度（2025 年４月１日～ 2026 年３月 31 日）の生涯教育講座受講実績について，日医へ一括申告を行うと連絡。追加申告がある場合は，出席証明書（参加証等）の写しを添付の上，所定の申告用紙により５月 29 日（金）必着で提出を求めた（郵送・FAX）。追加がない場合は手続き不要となるとした。

追加申告の対象は，他府県医主催の研修会や各種学会参加のほか，医師国家試験問題作成，研修指導，体験学習，論文・著書執筆等とし，いずれも所定の単位基準および証明書類が必要であるが，府医または地区医が主催･認定した講演会や，日医が管理するｅラーニング等については，申告の必要はない旨を説明した。

また，MAMIS 研修管理機能により，マイページから単位確認や受講証明書の出力が可能であることについても併せて呼びかけた。

４．府医主・共催学術講演会実施予定について

令和８年４月に予定している府医学術講演会を紹介し，参加を呼びかけた。

５．その他

・令和８年度からの定期予防接種について

令和８年４月から予防接種制度の一部が変更される旨を説明。高齢者肺炎球菌ワクチンについては，定期接種で使用するワクチンが PPSV23（ニューモバックス NP）から PCV20（プレベナー 20）へ変更され，ニューモバックス NP は同年３月 31 日をもって対象外となるとした。対象者は従来どおり，満 65 歳の者および 60 ～ 64 歳で一定の基礎疾患を有する者とされていることを説明した。また，HPV ワクチンについては，同年４月１日以降は９価ワクチン（シルガード９）のみが定期接種の対象となり，すでに２価または４価ワクチンで接種を開始している者についても９価ワクチンへの切り替えが可能とされているので再度，会員への周知に協力を依頼した。また，全国でも麻疹が流行しているとの注意喚起に加え，早期のワクチン接種を併せて呼びかけた。

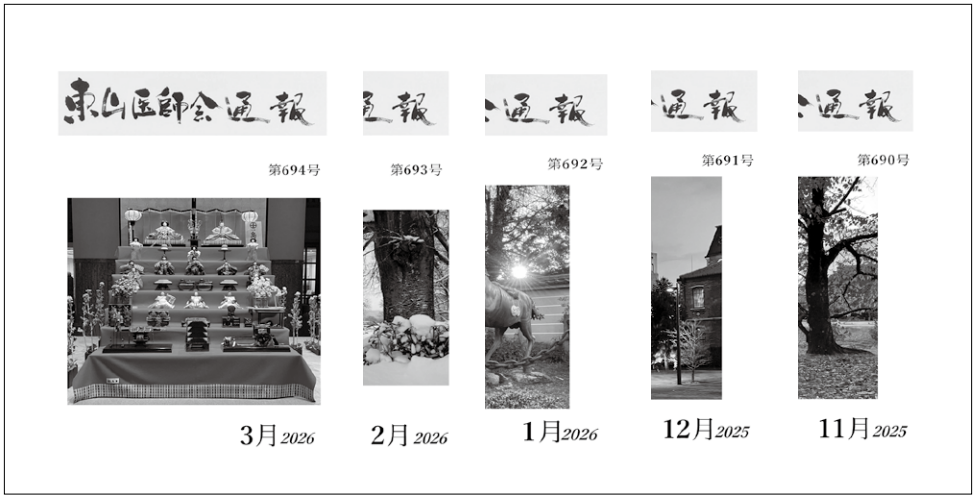
東山医師会

広報担当理事　横井 桂子

東山区は、京都市の東部に位置し、西に鴨川、東に東山連邦を望み、北は三条通、南は十条通から稲荷山北麓に囲まれる南北に長い区域で、鴨川から東山連峰に向かってゆるやかに傾斜した土地に、南北に細長く市街地が広がっています。この市街地東部の山麓に沿って世界文化遺産の清水寺をはじめ、国宝、重要文化財に指定される、東福寺、泉涌寺、智積院、建仁寺、知恩院など、宗派をとりまとめる総本山といわれる社寺が点在し、青蓮院、妙法院といった天皇家とゆかりの深い門跡寺院、祇園祭を祭礼とする八坂神社などがあり、伝統的建造物群保存地区に指定されている、産寧坂地区や祇園新橋地区の美しい街並みが残されています。そのほかにも、三十三間堂、六波羅蜜寺、高台寺など、有名な観光地をあげると枚挙にいとまがありません。自ずと、国内外からの観光客は年々増加し、宿泊施設も増えています。景観規制や用途制限の厳しいエリアであることから、新築よりも再生・転用を中心とした開発が多く、少子化で廃校となった小学校の建て替えや古いビルの改装により、世界の富裕層をターゲットにした高級ホテルが続けて開業する一方、古民家を小規模宿泊施設に転用して、長期滞在、高付加価値型施設とするものも増えています。

このように、観光地としての色彩がますます色濃くなる中、診療所にも、外国人観光客の来院が増えています。それに反して、東山区の人口は、現在約 3.5 万人と京都市 11 区の中で最も少なく、少子高齢化も進んで、高齢化率は 30% を超えています。その結果、来院患者さんの多くは高齢者で、最近は、そこに外国人観光客の患者さんが頻繁に訪れるという、特有な状況となっています。また、高齢者が徐々に診療所に足を運べなくなることが増え、これが、足腰が悪くなったという理由だけではなく、観光客が多すぎて家の前まで車が呼べない、観光客で一杯のバスに乗れないので通院できないなどという話も耳にします。

このような地域の状況に対応し、よりよい医療を提供すべく、東山医師会は活動しています。高齢や在宅の多くの患者さんに対応すべく、下京区・南区と合同で、在宅医療・介護連携支援センターを運営するとともに、コメディカル在宅医療推進協議会を開催し、多職種で在宅医療の連携を強化する取組みを行っています。がん検診、特定健診を行い、地域の健康管理に努め、毎月、ハイブリッドで理事会を開催し、東山医師会通報を Web で配信し、会員の先生方への情報発信に努め、定期的な学術講演会や京都第一赤十字病院との合同学術講演会を開催するなど、知識のアップデートを図っています。当地区の基幹病院である京都第一赤十字病院には、学術以外にも多方面でご協力をいただいており、病診連携は



東山医師会通報

非常に密なものがあります。

当医師会は、昭和 22 年の設立から 79 年を迎え、現在、会員数は 128 名で、Ａ会員 40 名、Ｂ会員 45 名、Ｃ会員 30 名、Ｄ会員 13 名と、Ａ会員が少なく、多くの会員が医師会の役割を担当しており、お互いに顔が見える風通しの良い中で活動をしています。小規模ながら、刻々と変わる医療情勢、社会の変化に対応し、地域医療の充実に努めていこうと思います。

東山医師会

〒 605－0004
京都市東山区大和大路三条下ル東入ル若松町 393
元有済小学校内
ＴＥＬ：075－551－2231　ＦＡＸ：075－551－2232
Ｈ　Ｐ：https://www.higashiyama.kyoto.med.or.jp/
e-mail：m6589dq555e@asahi-net.or.jp
会　長：手越　久敬
会員数：128 人（2026. 3 現在）

京都府医師会　会費減免についてのお知らせ

京都府医師会では，傷病，不慮の災害，産前・産後休暇・育児休業，その他特別の事由による，会費減免制度がございます。

詳細については府医・経理課（075－354－6103）までお問い合わせください。

勤務医通信

病院経営の危機

康生会武田病院　呼吸器内科部長
永田 一洋

府医の皆様，平素より大変お世話になっております。康生会武田病院の永田と申します。今回「勤務医通信」への寄稿の機会をいただきありがとうございました。

最近，新聞紙上では「公立病院の約８割が赤字を記録」などが紙面を飾ることもあり，病院の経営危機は全国的な広がりを見せています。赤字が続けば，当然職員の労働環境や患者へのサービス提供に深刻な影響が出てしまいます。京都府内でも公立病院など大病院での巨額の赤字や，看護師不足など人材確保困難で病棟閉鎖，病院の閉鎖など厳しい状況が顕在化しています。病床数の減少により患者の受け入れ先が無くなったり，地域住民の受診機会が減少したりすることは認められません。

直近の政府の対応で 2026 年度の診療報酬改定では，深刻な物価高騰や医療従事者の賃上げ対策として本体部分のプラス改定が行われましたが，多少の改善は見込まれるものの，今後の見通しは依然として厳しい状況が続くと思われます。

病院生き残りのため，地域に根差した選択と集中の戦略が必要となります。具体的には自院が急性期，回復期，慢性期のどの役割に特化するのかを明確にすること，人手不足を補い，業務を効率化するためのデジタルトランスフォーメーションの推進，タスクシェア，労働時間の短縮などの働き方改革と，人材確保にいかに取組むかがカギになります。

私たち康生会武田病院でも厳しい経営環境を強いられています。連日ベッドの稼働状況が発表され，入院患者の確保への取組みが強化されていますが，なかなか改善には向かないようです。

当院の特徴として多くの年間 6,000 人の救急患者の受け入れを行ってきましたが，ここ数年，救急搬入患者の減少による病床確保の困難が頻繁に起こっております。安定した救急患者の受け入れのため「断らない医療」のさらなる推進，循環器センター，脳卒中センターの充実による循環器疾患，脳卒中に対して迅速かつ高度な治療を提供できる体制を整え 24 時間体制の受け入れにこたえています。

救急受け入れの入り口となる消防署と定期的に懇談会を行い，課題共有や連携強化をはかっています。かかりつけ医との連携強化については患者サポートセンターを窓口とする紹介，逆紹介をスムーズに行うシステムを構築しています。

京都駅前という場所がら，当院には多くの外国人患者さんが来院されており，外国人患者様の受け入れにも力を入れています。多言語による診療案内や異文化・宗教に配慮した対応を行っています。国際医療支援室を設置し，英語・中国語などに対する専任の通訳者の配置も行い外

国人患者さんが安心・安全な医療サービスを享受できる体制を提供しています。

私たち勤務医にできることは質の高い医療レベルを患者に届け，いつでも受け入れる環境を整えていくことです。そのために病診連携と病病連携は地域で切れ目のない医療を提供し，患者が最適な医療を受けていくために地域全体で支えていくことが重要です。地域医療の主体はかかりつけ医の先生方です。病状の悪化や専門領域については病院が精査や治療を担当し，患者さんにはまた地域の先生に戻って療養していただくことが大事だと考えています。

Information

病 院 名　康生会武田病院
住　　所　京都市下京区塩小路通西洞院東入
　　東塩小路町 841－5
電話番号　075－361－1351
ホームページ　https://www.takedahp.or.jp/koseikai/

子育てサポートセンター

京都府医師会では，京都府内で働いている医師を対象に，お子さまの一時預かりサービスを行っております。医師会館内の保育ルームにて専属保育士がお子さまをお預かりいたします。

子育てサポートセンターのホームページから，WEB にて利用予約が可能です。

また，新規登録された方やお知り合いをご紹介してくださった方へ体験保育（4時間まで保育無料）も実施しておりますので，是非子育てサポートセンターをご利用ください。

詳細はホームページをご覧ください。
◀ https://kosapo.jp/

京都府医師会　府民向け広報誌

「京の医・食・住」のご案内

府医では「府医の存在」を広く府民に知ってもらうことを目的に「京の医･食･住」を発刊しています。この「京の医・食・住」はタイトルのとおり，京都に特化し，様々なライフスタイルを取り上げ，著名人や各方面のスペシャリストなどとの対談「医心伝心」を目玉企画として巻頭に設けています。

また，テーマに即した医療従事者を取り上げ，職業紹介の側面も併せ持つコーナーとしてインタビュー記事を掲載しております。

これまで，以下のとおり全 17 号を発刊しており，非常に好評をいただいております。患者さんの読み物として医療機関の待合室などに置いていただき，診療の一助を担えれば幸いです。

創刊号「日本人にとって和食とは？
日本の食文化の現在・過去・未来」
京料理 萬重 若主人　田村 圭吾
山ばな 平八茶屋 代表取締役社長　園部 晋吾
奈良女子大学 名誉教授
NPO 法人日本料理アカデミー 理事
的場 輝佳

第２号「運動と医療の関係」
元阪神タイガーズ選手（現　野球解説者）
桧山 進次郎

第３号「人と住まいの幸福な関係」
株式会社 坂田基禎建築研究所　坂田 基禎

第４号「守るべきもの，変わるべきもの」
藤井絞株式会社 代表取締役社長　藤井 浩一

第５号「スポーツが育んでくれる『人生の恵み』」
朝原 宣治　奥野 史子

第６号「地方生活の“今”と“これから”」
タレント　太川 陽介

第７号「京都と水，大地の豊かな関係」
京都府立大学 生命環境科学研究科
環境科学専攻／生命環境学部 環境デザイン学科
松田 法子

第８号「氷上で輝くトップスケーターの体をつくる食と運動」
フィギュアスケーター　宮原 知子

第９号「心が華やぐ，コミュニケーションが生まれる“生活の質”を高める器」
陶芸家　森野 彰人

第10号「吉岡里帆が故郷を語る　ステキな“まち・こと・ひと”吉岡的 素顔の京都」
女優　吉岡 里帆

第11号「気鋭の書家，川尾朋子が語る　人の心を開き，豊かにする　書のチカラ」
書家　川尾 朋子

第12号「ギャル曽根さんが食べて・語る　もっと楽しく，健やかに「食」は語りかける」
タレント　ギャル曽根

第13号「兄弟漫才コンビ「ミキ」
“好き”に一生懸命だから楽しい！
笑いが生みだす「元気のもと」」
タレント　ミキ

第14号「理想があるから前に進める
世界が注目するカーデザイナーが語る
デザインの力」
カーデザイナー　前田 育男

第15号「競馬界のレジェンド　武豊が語る
勝利への情熱を支えるもの」
騎手　武 豊

第16号「佐々木蔵之介　特別インタビュー
しなやかに貫く力」
俳優　佐々木 蔵之介

第17号「尾崎亜美　特別インタビュー
豊かな明日をつむぐ」
シンガーソングライター　尾崎 亜美

つきましては，発刊時に，本誌に同封してお送りいたしておりますが，これらのバックナンバーにつきまして，**追加送付を希望される会員がおられましたら府医総務課（TEL：075-354-6102）までご連絡ください。**

在庫に限りがございますので，お送りする冊数を調整させていただく場合がございます。予めご了承ください。

第 13 号

第 14 号

第 15 号

第 16 号

第 17 号

集いの部屋

倶楽部・サークル

Tennis
医師テニス

第 74 回 京都府医師会　地区対抗テニス大会のご案内

と　　き　令和８年５月 24 日(日)　午前９時（集合：８時 45 分）

と こ ろ　HOS 向島テニスコート

参 加 費　3,000 円（昼食は各自でご用意お願いします）

参加資格　府医会員ならびにそのご家族

参加申し込み　５月 15 日(金) までに各地区医福祉担当理事または地区医事務局へお申し込みください

※予備日：令和８年 11 月８日(日) になります。
予備日の参加可否についても併せてご記載ください。

日本医師会 スマホ・パソコンで簡単手続き

医師年金

加入資格は日本医師会会員で 64 歳 6 カ月未満の方です
（申込みは、満 64 歳 3 カ月までにお願いします。）医師年金 検索

医師年金HP画面

アニメーションで仕組みを確認

シミュレーションで受給額や保険料を試算

一括払専用加入申込書プリントアウトで
申込み（保険料のお支払いは後日ご案内します）

20220401S23

お問い合わせ先

日本医師会 年金福祉課　☎03-3942-6487（直通）（平日 9 時半～17 時）

投稿
エッセイ
北山杉

私の故郷堺

木村内科クリニック院長　木村　進

私の生まれは宇治市小倉町であり，父が同地で国民皆保険もない時代に開業した。父は軍医であり中国大陸において少尉として終戦を迎えた。その後，父の従兄弟にあたる，京都府立医科大学の講師を務めている方から勧誘を受け，同内科の研究科に在籍した。その後，学位を取り同内科の有給助手となった。その後，小倉町で私たちを育てながら開業した。しかしその開業地は当時十分な患者さんを獲得する地域ではなかった。従って父は異母兄弟である兄を連れて堺市に開業地を設けた。そこはすでに地方都市であり，十分な患者さんを獲得する場所であったと思われる。私は，その堺市の堺区に住み，小中高と学業を進めた。小学校６年の頃から父は私立大学医学部入学には一切金は出さぬと公言していた。よって私は小学校時代から国公立の医学部を目指すことになる。しかし私は遅咲きであり，中学頃から並み以上の成績を得ることになる。それまでは両親はかなり心配していたようだ。兄は阪大医学部に進み卒業し和歌山の紀南病院に就職する。その後兄嫁の出身地福井県小浜の市立小浜病院の内科医長として勤務し，その後，小浜市で開業する。以後開業歴を重ね，小浜市医師会会長になる。その兄の長男は京都府立医科大学に進学し消化器内科を専攻し，臨床教授になり現在，兄の後を継いでいる。兄はほぼ１年前 87 歳で死亡した。私は高校を現地の元女子高にあたる学校に入学し，その後，当時としては群を抜く勢いで大阪市立大学医学部に合格する。その後，父の旧友である堺の開業医から準硬式野球部に息子さんがおられるからと勧誘され準硬式野球部に入部する。入部後上級生から学年末試験の経過や講義内容，傾向対策を次々と我々にいただくことになる。しかし体調を崩し十分な勉学に至らず長期の大学生活を送る。しかし，ある教授が言うに「どうです，免疫学をやってみては？」と言われ大学院に入学する。大学院は面白く，私にとって勉学の熱量が再び戻った感じで図書館と研究室と病室を行き来しながら４年かかる大学院を２年少しで博士論文を２題提出する。教授の前で私はどちらを選びますか，と言った。選ばれた博士論文はそのまま受理され臨床の教室にすすむことになる。しかしそこに現れたのは当時助手である渡米帰りの医師であり，彼はその教室を牛耳っていた。その彼の影響により，私は十分に内科を習得することができず，大阪府内の慢性期病院に勤務を移す。その後病院では老健施設の施設長や診療所の所長を歴任し，開業への経過をたどる。そこに現れた開業ブローカーが今の京都府与謝野町にある診療所を継承物件として提示する。その後，私は家族と相談し，家族の了解を得てその地に赴く。その後開業は順調に立ち上がり地域の信頼を得る。私は勤務医よりは開業医の方が向いているなと感じた。その後 2013 年に国家的アプローチであるプライマリケアに関する専門医制度の案ができる。私はまだ十分な臨床医ではないと感じ，その専門医を目指す。今現在，総合診療専門医は国家的プロジェクトであり国にとって重要な意味を持つ専門医である。しかし従来の開業医にとってその専門医は本来あった臓器別専門医とは違った医師の思考を展開する必要があり難しい専門医だと感ずる。また従来持っている開業医の制度そのものを改革する意味があり，国，行政，学会にとって重要な国家的プロジェクトになる。

京医選管発第２号
令和８年５月１日

会員各位

京都府医師会選挙管理委員会
委員長　　齊ノ内　良平

一般社団法人京都府医師会理事の補欠選挙について（予告）

今般，府医理事１名の辞任がありました。つきましては，府医定款第 20 条第１項および第２項ならびに府医選挙規定第 93 条により，次のとおり補欠選挙を実施しますので，府医選挙規定第 74 条により予告します。

＜告　示　日＞　　５月 20 日(水)

＜立候補締切＞　　５月 22 日(金) 午後５時締切

＜投　票　日＞　　６月 20 日(土) 午後２時 30 分～４時

＜投票・開票所＞　　一般社団法人京都府医師会第 216 回定時代議員会議場

＜定　　数＞　　理事　１名

日本医師会員向けキャッシュレスサービスの クレジット決済料率引下げについて

日本医師会 ORCA 管理機構株式会社（以下,「ORCA 管理機構」という）による日医会員向けキャッシュレスサービスは，令和３年７月より正式に提供が開始され，現在約 5,000 施設で利用されているところです。

今回，ご利用中の医療機関のさらなる利便性の向上とさらに多くの施設でご利用いただくことを目的に決済料率の引下げが実施されましたのでお知らせします。

記

【決済料率引き下げ】

６月１日よりクレジットカード決済手数料を下記の通り引き下げます。

JCB，Amex，Diners，Discover　1.39%（非課税）

現在ご利用中の医療機関（加盟店）様も６月１日より料率が引下げとなります。

＊ Visa，Mastercard，現行 1.45%（非課税）は変更ありません。

【お申込み方法】

下記サイトの最下行にある「申込み」ボタンからお申込みください。

日本医師会 ORCA 管理機構 日本医師会員向けキャッシュレスサービス
https://www.orcamo.co.jp/products/cashless.html

既にご利用中の医療機関には，登録メールアドレス宛に，ORCA 管理機構から本件の先行案内を行っておりますので，ご確認ください。

【お問合せ先】

日本医師会 ORCA 管理機構株式会社　営業企画部　キャッシュレス担当
電話：03－5981－9337　メール：orca-cashless@pm.orcamo.co.jp

【日本医師会員向けキャッシュレスサービス　サービス内容】

・決済手数料（日医会員）

Visa，Mastercard	1.45%（非課税）	
JCB，Amex，Diners，Discover	1.49%（非課税）→（６/１より）1.39%（非課税）	
電子マネー（オプション）	2.18%～2.53%（税込）	
コード決済（オプション）	2.53%～3.08%（税込）	

・利用料

基本サービス	無料	
電子マネー読取（オプション）	初期費用　無料	月額　550 円（税込）(※1)
コード決済（オプション）	初期費用　22,000 円（税込）	月額　無料 (※1)

・端末費用　　1台目無償（4年間保守料込み）
　　2台目以降の追加や買い替えは有償。
　　（シャープ社製　UA-P10NA　165,000円（税込）4年間保守料込み※2）
・振込手数料　　220円（税込）（月1回or 2回の振込時のご負担）
・消耗品　　無償提供（レシート印刷用ロール紙）

（※1）オプションは申込後の追加，削除はできません。
（※2）パナソニック社製JT-C31から端末故障により買い替える場合　143,000円（税込）

【据置型決済端末】シャープ社製UA-P10NA【日本製】

クレジットカード決済や電子マネー決済，QRコード決済など，さまざまな決済手段に対応可能な端末です。スタッフ側と顧客側とが分かれたセパレートタイプの端末で，スタッフ側端末は6インチの大型ディスプレイを搭載しながらコンパクトサイズを実現。

また，スマートフォン「AQUOS」の開発で培った基板やアンテナ設計などの通信技術を応用。顧客側端末には，のぞき見を抑制するシャープ独自のベールビュー技術も採用しています。さらに，高性能なCPUを搭載し，QRコード決済では，端末にQRコードをかざしてから，わずか0.7秒での認識が可能です。これらの技術により快適な決済処理を実現しました。（通信環境によっては認識速度が異なる可能性があります。）

【サイズ】

スタッフ側　W 94 × D161 × H87mm
患者様側　W117 × D 82 × H49mm

【その他】

サービス紹介資料
https://www.orcamo.co.jp/doc/cashless_20251226.pdf

良くあるご質問
https://www.orcamo.co.jp/doc/cashless_FAQ_v2_9.pdf

京都府医師会
ドクターバンクのご案内

京都府医師会ドクターバンクは，京都府内の医療機関に対して登録医師を紹介する制度です。
★利用料は無料です。
★対象は医師（常勤・非常勤）です。求人・求職（雇用形態等）に関するお問い合わせにつきましては，京都府医師会事務局（TEL 075－354－6104 ／ FAX 075－354－6074）へご連絡ください。なお，掲載内容に関して医療機関へ直接の連絡はご遠慮ください。

＜運用について＞
登録情報は，京都府医師会ホームページには掲載いたしません。京都府医師会事務局内での参照も関係者のみとし，限定的な取扱いとするなど，厳重に管理し，登録者の個人情報保護に努めます。

医師バンク

○は新規掲載医療機関です

＜京都市＞

	医療機関名	所在地	募集科目
1	京都博愛会病院	北区上賀茂ケシ山 1	神内・精・整外・リハ・外・消外
2	冨田病院	北区小山下内河原町 56	循内・外・整外・訪・消内
3	京都からすま病院	北区小山北上総町 14	内・呼内・循内・神内・代内・整外
4	介護老人保健施設がくさい	北区鷹峯土天井町 54 番地	
5	京都鞍馬口医療センター	北区小山下総町 27 番地	リハ・放
6	任医院	中京区西ノ京東中合町 18	皮・美外
7	京都回生病院	下京区中堂寺庄ノ内町８－１	内・外・整外
8	明石病院	下京区西七条南衣田町 93	内・外・循内・消内・訪
9	康生会武田病院	下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町841－５	内・救急・消内
10	たなか睡眠クリニック	下京区四条通柳馬場西入立売中之町 99 四条 SET ビル５階	内・呼内・循内・精・耳
11	医療法人社団恵心会京都武田病院	下京区西七条南衣田町 11 番地	内・消内・脳外
12	十条武田リハビリテーション病院	南区吉祥院八反田町 32 番地	内・消内・代内・リハ・訪
13	光仁病院	南区四ツ塚町 75	内・皮・リウ・整外・リハ
14	介護老人保健施設マムクオーレ	南区吉祥院南落合町40－３	
15	くみこクリニック	左京区下鴨南野々神町２－９	皮・美外
16	京都大原記念病院	左京区大原井出町 164	内・神内・脳外・整外
17	京都近衛リハビリテーション病院	左京区吉田近衛町 26	内・神内・脳外・整外
18	京都民医連あすかい病院	左京区田中飛鳥井町89	内・精
19	日本バプテスト病院	左京区北白川山ノ元町47	外・整外
20	京都民医連中央病院	右京区太秦土本町２－１	内・外・呼内・神内・消外・救急
21	京都市立京北病院	右京区京北下中町鳥谷３	内・外・整外
22	国立病院機構宇多野病院	右京区鳴滝音戸山町８	循内・児・整外
23	京都ならびがおか病院	右京区常盤古御所町２	精
24	介護老人保健施設　リーベン嵯峨野	右京区常盤東ノ町 22 番５	
25	西京都病院	西京区桂畑ヶ田町 175 番地	消内・整外・訪・リハ・婦
26	育生会京都久野病院	東山区本町 22 丁目 500 番地	内・外・整外・救急・訪
27	鈴木形成外科小児科	東山区大橋町 89－１	内・皮・アレ・児
28	なごみクリニック	東山区本町１－52	内
29	洛和会音羽病院	山科区音羽珍事町２	消内・麻・救急
30	洛和会音羽リハビリテーション病院	山科区小山北溝町 32－１	内・循内・訪
31	京都東山老年サナトリウム	山科区日ノ岡夷谷町 11	内・精・リハ・神内
32	蘇生会総合病院	伏見区下鳥羽広長町 101	内・呼内・脳外
33	医仁会武田総合病院	伏見区石田森南町 28－１	腎内・婦・救急
34	伏見桃山総合病院	伏見区下油掛町 895	消内・救急
35	共和病院	伏見区醍醐川久保町30	呼内・整外

＜長岡京市＞

	医療機関名	所在地	募集科目
36	介護老人保健施設マムフローラ	長岡京市奥海印寺奥ノ院 25－２	

＜宇治市・城陽市・久御山町・八幡市・京田辺市・木津川市・相楽郡・綴喜郡＞

		医療機関名	所在地	募集科目
	37	宇治武田病院	宇治市宇治里尻 36－26	循内・消内・代内・呼内
	38	京都工場保健会宇治支所	宇治市広野町成田１番地７	内・循内・婦
	39	六地蔵総合病院	宇治市六地蔵奈良町９番地	消内・整外
	40	宇治病院	宇治市五ヶ庄芝ノ東 54－2	内
	41	宇治徳洲会病院	宇治市槇島町石橋 145	腎内・児・麻
○	42	あそかビハーラ病院	城陽市奈島下ノ畔３－３	緩内
○	43	南京都病院	城陽市中芦原 11 番地	呼内
	44	京都岡本記念病院	久御山町佐山西ノ口 100	内・外・麻
	45	宇治脳卒中リハビリテーション病院	宇治市大久保町井ノ尻 43－1	内・リハ
	46	男山病院	八幡市男山泉 19	循内・リハ・放
	47	八幡中央病院	八幡市八幡五反田 39－1	内・循内・消内・神内・リハ
	48	石鎚会京都田辺中央病院	京田辺市田辺中央６丁目１番地６	内・救急
	49	京都山城総合医療センター	木津川市木津駅前一丁目 27 番地	内・救急
○	50	あこ診療所	木津川市相楽城西 69－2	内・神内・精・心内
	51	学研都市病院	相楽郡精華町精華台７丁目４－1	内・循内

＜亀岡市・南丹市・船井郡＞

	医療機関名	所在地	募集科目
52	亀岡市立病院	亀岡市篠町篠野田１番地１	内・児
53	亀岡病院	亀岡市古世町３丁目 21 番１号	内
54	亀岡シミズ病院	亀岡市篠町広田１丁目 32－15	内
55	明治国際医療大学附属病院	南丹市日吉町保野田ヒノ谷６－1	内・神内・外・麻
56	国保京丹波町病院	船井郡京丹波町和田大下 28 番地	内
57	国保京丹波町病院和知診療所	船井郡京丹波町本庄今福５番地	内

＜綾部市・福知山市・舞鶴市＞

	医療機関名	所在地	募集科目
58	京都協立病院	綾部市高津町三反田１	内・消内・リハ
59	綾部ルネス病院	綾部市大島町二反田７－16	内・外・脳外・消内・神内
60	静寿会渡辺病院	福知山市宇牧 1616－1	内・リハ・消内
61	松本病院	福知山市土師宮町２丁目 173 番地	内・循内・消内
62	舞鶴赤十字病院	舞鶴市字倉谷 427	内・消内・神内
63	舞鶴共済病院	舞鶴市字浜 1035	消内
64	医誠会東舞鶴医誠会病院	舞鶴市大波下小字前田 765－16	内・神内・精
65	介護老人保健施設エスペラル東舞鶴	舞鶴市大波下小字前田 765－16	
66	市立舞鶴市民病院	舞鶴市字倉谷 1350－11	内

＜宮津市・京丹後市・伊根町・与謝野町＞

	医療機関名	所在地	募集科目
67	京丹後市立弥栄病院	京丹後市弥栄町溝谷 3452－1	内・消内・児・整外・産婦・麻
68	京丹後市立久美浜病院	京丹後市久美浜町 161	内
69	丹後中央病院	京丹後市峰山町杉谷 158 番地の１	泌・透析
70	丹後ふるさと病院	京丹後市網野町小浜 673	内・呼内
○ 71	京丹後市やさか老人保健施設ふくじゅ	京丹後市峰山町杉谷 889 番地	

診療所継承

＊詳細情報は来館でのみ閲覧可能です。ご希望の際はドクターバンク係までご連絡ください。

行政区	北区	診療科	内・児
概　要	賃貸，土地（141.73㎡），建物（138.56㎡） ※引き渡しについての詳細はお問い合わせください		

○

行政区	北区	診療科	整外
概　要	賃貸，土地（254.54㎡），建物（217.61㎡）※２階は居住用に使用可		

行政区	左京区	診療科	内科，外科
概　要	賃貸（テナント 105.74㎡）　マンション１階		

行政区	左京区	診療科	眼
概　要	賃貸（テナント 60㎡）　※柔軟な応談可		

行政区	左京区	診療科	整外（肛も可能）
概　要	賃貸，土地（493.92㎡），建物（500.17㎡）		

行政区	左京区	診療科	眼
概　要	譲渡，土地（約 90 坪），建物（約 110㎡）		

行政区	山科区	診療科	内
概　要	売却希望（賃貸可），土地（253.6㎡），建物（140㎡）		

○

行政区	長岡京市	診療科	整外
概　要	賃貸，土地（496.42㎡，建物（１階 144.68㎡，２階 145.30㎡）		

行政区	相楽郡精華町	診療科	内・アレ・リハ・(児)
概　要	賃貸，土地（約 32 坪），建物延（約 180㎡）		

府医ドクターバンクホームページ　https://www.kyoto.med.or.jp/member/bank/index.html

サイバーセキュリティのことなら「サイ窓」へご相談ください！

日本医師会サイバーセキュリティ対応相談窓口
TEL 0120－179－066　年中無休・対応時間：６時～ 21 時

サイバーセキュリティに関連する日常の些細なものからランサムウェアへの感染トラブルまで幅広く相談できる相談窓口です。

日医Ａ①会員のいる医療機関であれば，勤務医の方や事務員からの相談も可能です。

＊サイバー攻撃を受けた場合など，情報セキュリティ・インシデント発生時の緊急連絡先

京都府警察サイバー対策本部
サイバー企画課　TEL 075－451－9111（代表）
（平日午前９時～午後５時 45 分）

※休日・夜間は京都府警察本部　サイバー当直が対応

京都府医師会・会員メーリングリストにご登録ください

府医では，会員の先生方の迅速な意見交換，情報交換の場として「府医・会員メーリングリスト」を運用しております。

Gmail と PC アドレスなどを複数ご登録いただくことも可能です。すでにご登録いただいている会員の先生方も，スマホやタブレットなどでご確認いただくために，登録アドレスを見直しませんか。下記登録方法にてお申し込みください。

『京都府医師会・会員メーリングリスト利用規約』
https://www.kyoto.med.or.jp/doctor/ml-kiyaku.pdf

『京都府医師会・会員メーリングリスト運用ガイドライン』
https://www.kyoto.med.or.jp/doctor/ml-unyougaido.pdf

登録方法　以下の申込先フォーム URL よりご登録をお願いいたします。
アドレスは２つまでご登録いただけます。

（パソコン・携帯）
https://www.kyoto.med.or.jp/member/maillist/index.shtml

上記の方法によりご登録できない場合は，FAX でのお申し込みを受け付けます。

必要事項（①地区医師会名　②医療機関名　③氏名　④メールアドレス）をご記入の上，総務課（FAX：075－354－6074）まで送信してください。

※お申し込みいただいた会員の先生方には，府医事務局においてアドレスを登録します。

会員消息

（2/5，2/12定例理事会承認分）

異　動

氏　名	会員区分	地　区	医　療　機　関	診療科目
滝本　見吾	A→A	山科→山科	山科区大塚野溝町86－2 たきもと内科クリニック ※法人化にともなう異動	内・消内・糖内
久野　貞子	B1→B1	宇久→下西	下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町841－5 武田病院	神内
齊藤　隼一	B1→B2	船井→府医大	上京区河原町通広小路上ル梶井町465 京都府立医科大学附属病院	内
目片　秀祀	A→D	伏見→伏見	－	

※D会員は住所がご自宅となるため，掲載しておりません。

退　会

氏　名	会員区分	地　区	氏　名	会員区分	地　区	氏　名	会員区分	地　区
今林　伸康	B1	乙　訓	小池　和広	B1	乙　訓	尾嵜　　博	B1	船　井
森下　　茂	D	中　東	都田　慶一	D	西　京			

訃　報

奥沢　康正氏／地区：西京・桂西部班／令和7年12月22日ご逝去／85歳

清水　達夫氏／地区：左京・第三錦班／令和8年1月30日ご逝去／83歳

謹んでお悔やみ申し上げます。

第39回 定例理事会（2月5日）

報　告

1．２月１日現在の会員数
　１月１日現在 4,508 名（日医 3,398 名）
　２月１日現在 4,505 名（日医 3,394 名）
2．会員の逝去
3．産業医研修会の状況
4．令和７年度第３回「総合診療力向上講座」の状況
5．京都大学医学部附属病院「地域連携の集い」の状況
6．第２回健康スポーツ委員会の状況
7．＜京都市＞糖尿病重症化予防地域戦略会議の状況
8．＜京都市＞令和７年度第４回京都市新型インフルエンザ等対策有識者会議の状況
9．母体保護法指定医師研修会の状況
10．第３回医療安全対策委員会の状況
11．第 11 回ワークショップ「会員の倫理・資質向上をめざして―ケーススタディから学ぶ医の倫理―」の状況
12．２月度学術・会員業務担当部会の状況

議　事

13．京都府・京都市等外部審議会委員等の推薦ならびに推薦替えを可決
14．会員の異動・退会９件を可決
15．常任委員会の開催を可決
16．＜日医＞第 20 回男女共同参画フォーラムへの出席を可決
17．令和７年度第３回京都在宅医療戦略会議の開催を可決
18．認定産業医制度「基礎前期研修会」の開催を可決
19．産業医研修会集中講座の開催を可決
20．産業医研修会の開催を可決
21．消化器がん検診委員会委員の委嘱替えを可決
22．「第 17 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会」の後援を可決
23．勤務医部会幹事の委嘱替えを可決
24．令和７年度京都府医療相談窓口担当者研修会の共催を可決
25．令和７年度都道府県医医療事故調査制度担当理事連絡協議会への出席を可決

第40回 定例理事会（2月12日）

報　告

1．会員の逝去
2．西京医師会との懇談会の状況
3．第８回地区庶務担当理事連絡協議会の状況
4．京都市への令和８年度予算要望に対する回答
5．２月度保険医療担当部会の状況
6．第４回近医連保険担当理事連絡協議会の状況
7．第 28 回京都府高度救急業務推進協議会の状況
8．令和７年度 第２回家族介護者向け医療的ケア・口腔ケア実践講習会についてのワーキングの状況
9．２月度地域医療担当部会の状況
10．近医連常任委員会の状況

議　事

11. 京都府・京都市等外部審議会委員等の推薦ならびに推薦替えを可決
12. 会員の異動・退会２件を可決
13. ＜府医＞新型インフルエンザ等対策業務計画の策定を可決
14. ＜近医連＞令和７年度近医連救急災害医療担当理事連絡協議会の出席を可決
15. ＜日医＞「第３回在宅医療シンポジウム」の出席を可決
16. 令和７年度京都府糖尿病重症化予防対策研修会（多職種向け）の開催を可決
17. ＜京都腎臓病総合対策推進協議会＞世界腎臓デー記念イベントの後援を可決
18. 京都市急病診療所の診療業務に従事する薬剤師派遣委託契約を可決
19. 京都市急病診療所眼科，耳鼻咽喉科後送患者受入れの覚書締結を可決
20. 学術講演会への共催および日医生涯教育講座の認定を可決
21. 近医連常任委員会への出席を可決
22. 福知山医師会看護高等専修学校への実習補助金の増額を可決

京都医報を スマートフォン，タブレットで 快適に閲覧

「京都医報」は，印刷物やホームページのほか，スマートフォン，タブレットでも快適に閲覧していただけます。

最新号はもちろんのこと，バックナンバーもすぐに検索可能で，それぞれの端末に合わせてレイアウトが切り替わるレスポンシブ機能を採用していますので，ストレスなくご覧いただけます。

設定方法，操作方法については以下をご参照いただき，ぜひホーム画面にアイコン設定して毎号ご覧ください。

例年，ログイン用の ID とパスワードについては京都医報７月 15 日号にてお知らせしていましたが，昨年４月の京都府医師会ホームページのリニューアルにともない，ホームページの会員専用ページと共通のログイン ID・パスワードで閲覧が可能となりました。

※ログイン ID・パスワードについては，４月１日号同封の別紙をご確認ください。

閲覧はこちら

トップ画面

記事画面

府医会館会議室の利用について

府医会館会議室の利用を希望される場合は，府医総務課に予約状況等を直接ご確認ください。追って申込用紙（使用許可願）を送付いたします。

※・盆休み（８月 15 日・16 日），年末年始（12 月 29 日～１月４日）は休館日となり，ご利用できません。
・土曜日ならびに日曜日は，少人数の事務局職員が出務しております。各種手続きやお問い合わせに一部対応できない場合がありますので，ご了承ください。
・会議室の利用可能時間は，午前９時 30 分～午後５時までです。
・土・日曜日の利用料金は，平日料金の 30％割増しとなります。
・土・日曜日の会議室利用の際は，急病診療所の診療時間内であるため，駐車場のご利用を控えていただいております。来館時には公共交通機関をご利用ください。
特に日曜日，祝日については駐車券の割引処理もできませんので，ご留意ください。

問い合わせ先：京都府医師会　総務課
TEL：075－354－6102　FAX：075－354－6074
Mail：soumu@kyoto.med.or.jp

～ ５月度請求書（４月診療分） 提 出 期 限 ～

▷基金　**10日(日)**　午後５時 30 分まで
▷国保　**10日(日)**　午後５時まで
▷労災　**11日(月)**　午後５時まで
☆オンライン請求は 10 日(日)

☆提出期限にかかわらず，お早めにご提出ください。
☆保険だより３月 15 日号に半年分の基金・国保の提出期限を掲載していますので併せてご参照ください。

保険だより

― 必　　読 ―

診療報酬改定にともなう施設基準の届出について　―外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の届出漏れに注意‼―

５月度請求書（４月診療分）
提　出　期　限
▷基金　10日（日）
　　午後５時30分まで
▷国保　10日（日）
　　午後５時まで
▷労災　11日（月）
　　午後５時まで
※オンライン請求は10日（日）
☆提出期限にかかわらず，お早めにご提出ください。
☆保険だより3月15日号に半年分の基金・国保の提出期限を掲載していますので併せてご参照ください。

令和８年６月の診療報酬改定により，一部の施設基準が変更されており，改めて近畿厚生局京都事務所への届出が必要なものがありますので，経過措置による届出期限等も含め，診療所に関する主なものを一部抜粋してお知らせします。また，新設された点数の施設基準および変更された施設基準のうち経過措置のないものについて６月改定当初から算定するための届出期間は，５月７日から６月１日(必着）までの間となっていますので，十分ご留意ください。

なお，届出直し等が必要な施設基準については厚生労働省が作成予定の施設基準届出チェックリスト（【病院】【診療所用】を含む）を必ずご参照ください（厚生労働省HPに掲載予定）。

今回改定で新設された点数の施設基準（一部抜粋）

- **初診料（医科）の注16，再診料（医科）の注19及び外来診療料の注10に規定する電子的診療情報連携体制整備加算**（医療DX推進体制整備加算，医療情報取得加算の後継点数）
- **在宅療養支援診療所（別添１の第９の１の（２）のア）**（連携型機能強化型の減算回避）
- **在宅医療充実体制加算**（在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の後継点数）
- **地域支援・外来医薬品供給対応体制加算**（外来後発医薬品使用体制加算の後継点数）
- **通院・在宅精神療法の注13の施設基準**（非精神保健指定医の減算回避）

施設基準の変更のため届出直しが必要なもの（診療所のみ，一部抜粋）

施設基準	届出期限	備考（変更点等）
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	令和８年６月１日	「月２回訪問診療」時の減算回避 様式19を提出
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	令和８年６月１日	様式95（誓約書）を提出※
外来腫瘍化学療法診療料１	令和８年10月１日	患者急変時等の対応指針の整備
機能強化加算	令和９年６月１日	BCP策定
在宅療養支援診療所	令和９年６月１日	BCP策定

※外来・在宅ベースアップ評価料については，同封の完全別紙をご参照ください。

診療報酬点数早見表（2026年（令和８年）６月改定版）の追加販売について

診療報酬点数早見表（2026年（令和８年）６月改定版）については，本号に同封してＡ会員，Ｂ１会員宛てに各１部送付していますが,会員医療機関向けに追加販売（１部800円(税込)）を行っていますので，お知らせします。年々複雑化する診療報酬点数を独自レイアウトで見やすく簡潔にまとめ，基本的な算定ルールをほぼ網羅しています。追加購入をご希望の場合は，府医保険医療課（TEL：075－354－6107）までご連絡ください。

令和８年度診療報酬改定関連通知等の一部訂正について

厚労省から診療報酬改定関連の一部訂正通知等が示されましたので抜粋してお知らせします。

全文は，府医ホームページまたは厚労省ホームページからご覧いただけますので，届出用紙の変更など詳細はそちらをご参照ください。

記

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８年３月５日保医発0305第６号）

医科診療報酬点数表に関する事項

第１章　基本診療料

第２部　入院料等

第３節　特定入院料

A306　特殊疾患入院医療管理料

⑺　平成28年３月31日時点で，継続して６か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって，引き続き同病室に入院しているもの，令和４年３月31日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者，筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって，引き続き同病棟に入院しているもの，令和６年３月31日時点で特殊疾患入院医療管理料を算定している病棟に入院している患者であって，「J038」人工腎臓，「J038－2」持続緩徐式血液濾過，「J039」血漿交換療法又は「J042」腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（重度の意識障害者,筋ジストロフィー患者,難病患者等及び「注４」又は「注６」に規定する点数を算定する患者を除く。）であり，引き続き当該病棟に入院しているもの及び令和８年３月31日時点で廃用症候群により ~~障害者施設等入院基本料~~ 特殊疾患入院医療管理料を算定する ~~病棟~~ 病室に入院している患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者，重度の意識障害者，筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって，引き続き当該病棟に入院しているものについては，医療区分３に相当するものとみなす。

なお，脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって，その疾患及び状態等が医療区分３に規定する疾患及び状態等に相当するものについては，注４によらず，特殊疾患入院医療管理料に規定する所

定点数を算定すること。

A309　特殊疾患病棟入院料

⑺　平成28年3月31日時点で，継続して6か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって，引き続き同病棟に入院しているもの，令和4年3月31日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者，筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって，引き続き同病棟に入院しているもの，令和6年3月31日時点で特殊疾患病棟入院料を算定している病棟に入院している患者であって，「J038」人工腎臓，「J038－2」持続緩徐式血液濾過，「J039」血漿交換療法又は「J042」腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（重度の肢体不自由児（者），脊髄損傷等の重度障害者，重度の意識障害者，筋ジストロフィー患者，難病患者等及び「注4」若しくは「注6」に規定する点数を算定する患者を除く。）であり，引き続き当該病棟に入院しているもの及び令和8年3月31日時点で廃用症候群により ~~障害者施設等入院基本料~~ 特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者，重度の意識障害者，筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって，引き続き当該病棟に入院しているものについては，医療区分3に相当するものとみなす。なお，脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって，その疾患及び状態等が医療区分3に規定する疾患及び状態等に相当するものについては，注4によらず，特殊疾患病棟入院料に規定する所定点数を算定すること。

第2章　特掲診療料

第2部　在宅医療

第2節　在宅療養指導管理料

第1款　在宅療養指導管理料

C107－3　在宅ハイフローセラピー指導管理料

⑷　在宅ハイフローセラピー指導管理料2の対象となる患者は，以下のいずれも満たす重度の低酸素血症の患者であって，在宅で高濃度の酸素吸入（~~吸入酸素濃度（F_IO_2）60％以上~~ 酸素流量6L/分以上）を伴うハイフローセラピー（以下この項において「高濃度酸素ハイフローセラピー」という。）を行うことが適当と医師が認めた者とする。

ア　間質性肺炎，急性呼吸窮迫症候群，重症肺炎等の呼吸器疾患に対し，入院による適切な治療が行われたにもかかわらず，常時，高濃度の酸素吸入（~~吸入酸素濃度（F_IO_2）60％以上~~ 酸素流量6L/分以上）を要する重度の低酸素血症が持続していること。

イ　在宅において高濃度酸素ハイフローセラピーを開始する直前まで，低酸素血症の原疾患に対する治療目的に入院しており，当該入院中に高濃度の酸素吸入を伴う「J026－4」ハイフローセラピーが開始され，離脱が困難であること。

ウ　適切な治療にかかわらず，原疾患の改善が見込めない状態であること。

エ　アからウまでの状態を十分に理解したうえで，患者本人が気管挿管又は気管切開による呼吸管理を希望せず，在宅における療養を希望していること。

第3部　検査

＜通則＞

18　初診，再診又は在宅医療において，患者の診療を担う保険医の指示に基づき，当該保険医の診療日以外の日 ~~又は当該医療機関が訪問看護遠隔診療補助料を算定する日~~ に，訪問看護ステーション等の看護師等が，当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合又は看護師等という患者に対する情報通信機器を用いた診療において，当該患者の診療を担う保険医が所属する医療機関が訪問看護遠隔診療補助料を算定する日若しくは訪問看護ステーションが訪問看護を行う日に，訪問看護ステーションの看護師等が，当該保険医の指示に基

づき，当該訪問看護の一環として，当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は，当該医療機関において，第1節第1款検体検査実施料を算定するとともに，検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。なお，当該保険医の診療日以外の日に実施する場合にあっては，当該検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

19 「通則7」に規定する看護師等遠隔診療検査実施料は，看護師又は准看護師といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって，患者の診療を担う医療機関の保険医の指示に基づき，当該医療機関又は訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が，第3節及び第4節の検査を実施した場合に，当該検査の所定点数に代えて算定する。当該検査に際して使用した薬剤の費用については第5節薬剤料により，特定保険医療材料の費用については第6節特定保険医療材料料により，患者の診療を担う医療機関において算定し，検査に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。この場合にあっては，当該検査の区分番号を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第1節　検体検査料

第2款　検体検査判断料

D026　検体検査判断料

⑹ 「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査，「D004－3」DNAメチル化検出検査，「D006－2」造血器腫瘍遺伝子検査から「D006－9」WT1 mRNAまで，「D006－11」FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査から「D006－20」角膜ジストロフィー遺伝子検査まで及び「D006－22」RAS遺伝子検査（血漿）から「D006－31」IDH1遺伝子検査までに掲げる検査に係る判断料は，遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし，尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

第7部　リハビリテーション

第1節　リハビリテーション料

H002　運動器リハビリテーション料

⑰ 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は，当該施設における運動器疾患に対する発症，手術又は急性増悪後切れ目のないリハビリテーションの実施について評価したものであり，入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって，当該医療機関を退院したもの又は他の医療機関を退院したもの（「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」，「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。なお，特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については，手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き，「注5」に規定する加算は算定できない。

H003　呼吸器リハビリテーション料

⑾ 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は，当該施設における呼吸器疾患の発症，手術，急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後切れ目のないリハビリテーションの実施について評価したものであり，入院中の患者に対して休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」，「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。なお，特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については，急性増悪したものを除き，「注5」に規定する加算は算定できない。

H003－2　リハビリテーション総合計画評価料

⑷ リハビリテーション総合実施計画書は，別紙様式21又はこれに準じた様式とする（令和8年度改定前の「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6年3月5日保医発0305第4号）の別紙様式21の6又は別紙様式23（当該様式を参考としたものを含む。）を使用して差し支えない。）。記載内容は，リハビリテーションに関する実施計画に不足がないよう留意した上で，患者又はその家族等の理解に資する記載

になるよう，十分配慮すること。

第8部　精神科専門療法

第1節　精神科専門療法料

I012　精神科訪問看護・指導料

⑿「注13」に規定する特別地域訪問看護加算は，次のいずれかに該当する精神科訪問看護・指導を行った場合に，精神科訪問看護・指導料の所定点数（注に規定する加算は含まない。）の100分の50に相当する点数を加算する。

ア　特別地域訪問看護加算のイの場合とは，当該医療機関の所在地から患家までの訪問につき，最も合理的な通常の経路及び方法で片道1時間以上要する患者に対して，特別地域に所在する医療機関の保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合又は特別地域外に所在する医療機関の保健師等が，特別地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行った場合である。なお，交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道1時間以上となった場合は該当しない。

イ　特別地域訪問看護加算のロの場合とは，当該医療機関の所在地から患家までの訪問につき，最も合理的な通常の経路及び方法で片道30分以上要する患者に対して，特別地域に所在する医療機関の保健師等が特別地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行った場合で，かつ，精神科訪問看護・指導のため保健師等が当該医療機関の所在地から患家までの往復及び精神科訪問看護・指導を実施した時間の合計が2時間30分以上であった場合である。なお，交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道30分以上となった場合は該当しない。

ウ　特別地域訪問看護加算を算定する医療機関は，その所在地又は患家の所在地が特別地域に該当するか否かについては，地方厚生（支）局に確認すること。

第10部　手術

第1節　手術料

第7款　胸部

K476－4　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）

⑴　乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術，先天性乳房形成不全，先天性乳房欠損又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術にゲル充填人工乳房を用いた場合に限り算定できる。

⑵　乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術，先天性乳房形成不全，先天性乳房欠損又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で，次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際，次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　一次一期的再建の場合

大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例又は先天性乳房形成不全若しくは先天性乳房欠損の症例。ただし，乳腺悪性腫瘍術後の場合においては，術前診断において早期乳癌（Stage0-IIIA）で，皮膚浸潤，大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ　一次二期的再建の場合

乳腺全摘術時又は先天性乳房形成不全若しくは先天性乳房欠損の症例に対し組織拡張器が挿入され，十分に皮膚が拡張されている症例。

ウ　二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており，初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか，皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている，あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし，放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

官報掲載事項の一部訂正

【令和８年３月５日(号外第46号)】

○　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第69号）

該当箇所	誤	正
別表第一 A304　地域包括医療病棟入院料（１日につき） 注２	２　入院料１については，緊急入院の患者であって，入院時の主傷病に対して入院中に手術（第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）を実施しないもの，入院料２については，緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの，入院料３については予定された入院の患者であって，入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。	２　入院料１については，緊急入院の患者であって，入院時の主傷病に対して入院中に手術（第２章第10部第１節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）を実施しないもの，入院料２については，緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの，入院料３については予定された入院の患者であって，入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。
別表第一 A307　小児入院医療管理料（１日につき） 注11	11　診療に係る費用（注２，注３及び注５から注10までに規定する加算，当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（B011－５に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。），（以下略）	11　診療に係る費用（注２，注３及び注５から注10までに規定する加算，当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（B011－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。），（以下略）
別表第一 A307　小児入院医療管理料（１日につき） 注12	12　診療に係る費用（注２から注７まで，注９（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）及び注10（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）に規定する加算，当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（B011－５に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。），（以下略）	12　診療に係る費用（注２から注７まで，注９（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）及び注10（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）に規定する加算，当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（B011－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。），（以下略）

別表第一 A307　小児入院医療管理料（1日につき） 注13	13　診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算，当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等（B011－5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。），第2部第2節在宅療養指導管理料，第3節薬剤料，第4節特定保険医療材料料，第3部検査（D006－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。），（以下略）	13　診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算，当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等（B011－5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。），第2部第2節在宅療養指導管理料，第3節薬剤料，第4節特定保険医療材料料，第3部検査（D006－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。），（以下略）
別表第一 B001－2－9　地域包括診療料（月1回） 注2	2　地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びにA001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注19に規定する加算，通則第3号から第6号までに規定する加算，B001－2－2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料，B001－10に掲げる心不全再入院予防管理料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る。），（以下略）	2　地域包括診療を受けている患者に対して行った注3及び注4に規定する加算並びにA001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注19に規定する加算，通則第3号から第6号までに規定する加算，B001－2－2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料，B001－10に掲げる心不全再入院予防継続管理料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る。），（以下略）
別表第一 C107－2　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 注4	4　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医療機関において，在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は，2の所定点数に代えて，218点を算定する。	4　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医療機関において，在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は，2の所定点数に代えて，209点を算定する。
別表第一 D026　検体検査判断料 注3	3　D004－2の1，D006－2からD006－9まで，D006－11からD006－20まで及びD006－22からD006－31までに掲げる検査は，遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし，尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。	3　D004－2の1，D004－3，D006－2からD006－9まで，D006－11からD006－20まで及びD006－22からD006－31までに掲げる検査は，遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし，尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

別表第一 H004　摂食機能療法（1日につき） 注3	3　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医療機関において，摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は，摂食嚥下機能回復体制加算として，当該基準に係る区分に従い，患者（ハについては，療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）	3　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医療機関において，摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は，摂食嚥下機能回復体制加算として，当該基準に係る区分に従い，患者（ハについては，療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。
別表第一 K076－3　肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術（関節鏡下を伴うもの））	K076－3　肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術（関節鏡下を伴うもの））	K076－3　肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術を伴うもの）
別表第一 K586　単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	3　心室中隔造成術　81,350点	3　心室中隔造成術　181,350点
別表第一 第4章　経過措置	（新設）	3　第1章第2部第1節の規定にかかわらず，令和8年3月31日において現に総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている病棟については，令和9年5月31日までの間に限り，一般病棟入院基本料を算定する病棟において急性期総合体制加算を算定できるものとする。

○　基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第70号）

該当箇所	誤	正
第九　特定入院料の施設基準等 十九　特定一般病棟入院料の施設基準等 (5)のロの⑤	6　退院時共同指導料２を前三月間において六回以上算定している医療機関であること。	6　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定している医療機関であること。
第十二　経過措置 四	四　令和八年三月三十一日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については，当分の間，第九の１の(5)に定める基準に該当するものとみなす。	四　令和八年三月三十一日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については，当分の間，第九の一の(5)に定める基準に該当するものとみなす。
第十二　経過措置 二十二	二十二　（略） (1)　精神病棟入院料（十五対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの③の３ (2)　精神病棟入院料（十八対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの④の３ (3)　精神病棟入院料（二十対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの⑤の３	二十二　（略） (1)　精神病棟入院基本料（十五対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの③の３ (2)　精神病棟入院基本料（十八対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの④の３ (3)　精神病棟入院基本料（二十対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの⑤の３
第十二　経過措置 二十三	二十三　令和八年三月三十一日において現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について，急性期病院一般入院基本料，急性期一般入院基本料，特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。），専門病院入院基本料（十三対一入院基本料を除く。），地域包括医療病棟入院料，回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない医療機関であって，地域一般入院基本料，療養病棟入院料１若しくは２，療養病棟入院基本料の注11，専門病院入院基本料（十三対一入院基本料に限る。），（以下略）	二十三　令和八年三月三十一日において現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について，急性期病院一般入院基本料，急性期一般入院基本料，特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。），専門病院入院基本料（十三対一入院基本料を除く。），地域包括医療病棟入院料，回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない医療機関であって，地域一般入院基本料，療養病棟入院料１若しくは２，専門病院入院基本料（十三対一入院基本料に限る。），（以下略）

第十二　経過措置 二十四	二十四　(略) (1)　精神病棟入院料（十対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの①の５ (2)　精神病棟入院料（十三対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの②の６ (3)　精神病棟入院料（十五対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの③の３ (4)　精神病棟入院料（十八対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの④の３ (5)　精神病棟入院料（二十対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの⑤の３ (6)・(7)　(略)	二十四　(略) (1)　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの①の５ (2)　精神病棟入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの②の６ (3)　精神病棟入院基本料（十五対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの③の３ (4)　精神病棟入院基本料（十八対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの④の３ (5)　精神病棟入院基本料（二十対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)のロの⑤の３ (6)・(7)　(略)

令和８年度労災診療費算定基準の一部改定について

健康保険診療報酬点数表等の改定が，６月１日に実施されることにともない，労災診療費算定基準における健康保険準拠項目および労災特掲項目が一部改定されましたので，主な項目をお知らせします。

また，自賠責保険診療費算定基準（自賠責新基準）の取り扱いについても，改定後の労災診療費算定基準に準じた算定方法により請求することになります。　（下線が改定箇所）

※労災電子化加算のみ４月１日から実施

	改　定　前	改　定　後（令8．6．1～）
１　再診料 （金額引き上げ）	（４）　再診料　1,420円 ア　（略） イ　健保点数表（医科に限る。）の再診料の注３に該当する場合については，710円を算定できる。 ウ　歯科，歯科口腔外科の再診について，他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して，文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず，当該医療機関を受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は，1,020円とする。	（４）　再診料　1,430円 ア　（略） イ　健保点数表（医科に限る。）の再診料の注３に該当する場合については，720円を算定できる。 ウ　歯科，歯科口腔外科の再診について，他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して，文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず，当該医療機関を受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は，1,030円とする。
２　療養の給付請求取扱料 （金額の引き上げ）	（18）　療養の給付請求取扱料　2,000円 労災保険指定医療機関等において，「療養（補償）等給付たる療養の給付請求書（告示様式第５号又は第16号の３）」を取り扱った場合（再発を除く。）に算定できる。	（18）　療養の給付請求取扱料　2,200円 労災保険指定医療機関等において，「療養（補償）等給付たる療養の給付請求書（告示様式第５号又は第16号の３）」を取り扱った場合（再発を除く。）に算定できる。
３　職場復帰支援・療養指導料 （加算の新設）	（32）職場復帰支援・療養指導料 ①　精神疾患を主たる傷病とする場合　初回900点 ２回目　560点 ３回目　450点 ４回目　330点 ②　その他の疾患の場合　初回680点 ２回目　420点 ３回目　330点 ４回目　250点	（32）　職場復帰支援・療養指導料 ①　精神疾患を主たる傷病とする場合　初回900点 ２回目　560点 ３回目　450点 ４回目　330点 ②　その他の疾患の場合　初回680点 ２回目　420点 ３回目　330点 ４回目　250点

	ア　傷病労働者（入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を２か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者。下記イからエについて同じ。）に対し，当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員，理学療法士，作業療法士，公認心理師若しくはソーシャルワーカーが，就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式１～４）」を当該労働者に交付し，職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に月１回に限り算定できるものとする。	ア　傷病労働者（入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を２か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者。下記イからエについて同じ。）に対し，当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員，理学療法士，作業療法士，**言語聴覚士，**公認心理師若しくはソーシャルワーカーが，就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式１～４）」を当該労働者に交付し，職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に月１回に限り算定できるものとする。**また，高年齢被災労働者（60歳以上）に対して，就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式３の２又は４の２）」を交付した場合には150点を加算できるものとする。**
４　社会復帰支援指導料 （加算の新設）	(33)　社会復帰支援指導料　130点 ３か月以上の療養を行っている傷病労働者に対して，治ゆが見込まれる時期及び治ゆ後における日常生活（就労を含む。）上の注意事項等について，医師が指導を行い，診療費請求内訳書の摘要欄に，指導年月日及び治ゆが見込まれる時期を記載した場合に，同一傷病労働者につき，１回に限り算定できるものとする。当該指導は，別紙様式６の指導項目に基づいて行うこととし，算定にあたっては，別紙様式６に必要事項を記載して診療録に添付することとする。	(33)　社会復帰支援指導料　130点 ３か月以上の療養を行っている傷病労働者に対して，治ゆが見込まれる時期及び治ゆ後における日常生活（就労を含む。）上の注意事項等について，医師が指導を行い，診療費請求内訳書の摘要欄に，指導年月日及び治ゆが見込まれる時期を記載した場合に，同一傷病労働者につき，１回に限り算定できるものとする。**また，高年齢被災労働者（60歳以上）に対して，別紙様式６の２の指導項目に基づき，個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえた具体的な指導等を行った場合に100点を加算できるものとする。** 当該指導は，別紙様式６又は６の２の指導項目に基づいて行うこととし，算定にあたっては，別紙様式６又は６の２に必要事項を記載して診療録に添付することとする。

5　労災電子化加算 (継続)	(31)　労災電子化加算　5点 電子情報処理組織の使用による労災診療費請求又は光ディスク等を用いた労災診療費請求を行った場合，当該診療費請求内訳書1件につき5点を算定できるものとする。	(継続) **注意）令和8年4月1日より実施** ※令和10年3月診療分までの延長
6　入院時食事療養費 (金額引き上げ)	4　入院時の食事に係る療養の給付に要する費用については，平成18年3月6日厚生労働省告示第99号(最終改正：令和7年2月20日）別表食事療養及び生活療養の費用額算定表の第一食事療養に定める金額の1.2倍により算定するものとする。なお，10円未満の端数については四捨五入すること。	4　入院時の食事に係る療養の給付に要する費用については，平成18年3月6日厚生労働省告示第99号**(最終改正：令和8年3月5日)** 別表食事療養及び生活療養の費用額算定表の第一食事療養に定める金額の1.2倍により算定するものとする。なお，10円未満の端数については四捨五入すること。 ＜参　考＞ 【入院時食事療養（Ⅰ）1食につき】 ア　イ以外の食事療養を行う場合 830円→**880円** イ　流動食のみを提供する場合 750円→**800円** 【入院時食事療養（Ⅱ）1食につき】 ア　イ以外の食事療養を行う場合 670円→**720円** イ　流動食のみを提供する場合 610円→**660円**

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について

厚労省から標記の取り扱いについて，一部改正通知が示されましたので，変更箇所を抜粋してお知らせします。

（変更箇所下線部）

４　特別養護老人ホーム等に入所している患者については，次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

なお，介護保険法（平成９年法律第123号）第62条に規定する要介護被保険者等に対する診療報酬の取扱いについて，この通知に特に記載がないものについては，「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年４月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の取扱いに従うこと。

（中略）

・医科点数表区分番号B007－3の退院後訪問栄養食事指導料

（中略）

・医科点数表区分番号C005－1－3の訪問看護遠隔診療補助料

（中略）

・医科点数表区分番号C012－2の訪問診療薬剤師同時指導料

（以下略）

５　指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）のうち，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員，設備及び運営に関する基準について（平成19年1月26日障発0126001号）第三の1により医師を配置しない取扱いとしている場合における当該施設に入所している者に対して行った診療については，１及び４による取扱いの対象としない。ただし，次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

（中略）

・医科点数表区分番号C005－1－3の訪問看護遠隔診療補助料

（以下略）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

厚労省から標記の取り扱いについて，一部改正通知が示されましたので，変更箇所を抜粋してお知らせします。

（変更箇所下線部）

第３　介護医療院に入所中の患者の医療保険における保険医療機関への受診等について

４　療養病棟（令和６年３月31日限り廃止された介護保険適用の療養病床を含む。）の一部を介

護医療院に転換した場合において，１病棟を医療療養病床と介護医療院とに分けた場合には，当該病棟の医療療養病床と介護医療院が全体で一体性を確保できていると認められ，患者又は入所者に対する医療又は介護サービスの提供に支障がない場合であって，（１）から（３）までを満たす場合には，１病棟全てを各保険適用の病床又は療養床とみなした場合に，各保険適用の病床又は療養床としての基準を満たす夜勤体制を採用できること。

（１） 転換前の療養病棟の数が２以下の保険医療機関であること。

（２） 転換後の介護医療院の療養床数は転換病床数以下であること。

（３） 転換後の保険医療機関の療養病床数と介護医療院の療養床数の合計が転換前の保険医療機関の療養病床数以下であること。

第４ 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

10 リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは，同一の疾患等について，医療保険における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又は呼吸器リハビリテーション料(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。)を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後，介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション(以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）の利用開始日を含む月の翌月以降は，当該リハビリテーションに係る疾患等について，手術，急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き，医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし，医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には，一定期間，医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから，介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで，併用が可能であること。併用する場合には，診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより，同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし，当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は１月７単位までとする。

なお，医療保険における疾患別リハビリテーション料（心大血管疾患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除く。）の算定中に介護保険におけるリハビリテーションの案内等が行われ，当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で，同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーションを行った日以外に１月に５日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は，３か月以内に限り，診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はなく，医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとはみなさない。

（別紙１）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区　分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）					2．入院中の患者		3．入所中の患者		
		自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
初・再診料		○					—	×	×	○ （入院に係るものを除く。）	○ （配置医師が行う場合を除く。）
	看護師等遠隔診療補助加算	○	×	×	×	×	—	×	×		×
入院料等		×					○	×	×		—
医学管理等	通則第3号　外来感染対策向上加算	○					—	—	○ （B001-2-8 外来放射線照射診療料又は B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	通則第3号ただし書　発熱患者等対応加算	○					—	—	○ （B001-2-8 外来放射線照射診療料又は B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	通則第4号　連携強化加算	○					—	—	○ （B001-2-8 外来放射線照射診療料又は B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	通則第5号　サーベイランス強化加算	○					—	—	○ （B001-2-8 外来放射線照射診療料又は B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	通則第6号　抗菌薬適正使用体制加算	○					—	—	○ （B001-2-8 外来放射線照射診療料又は B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	通則第7号　遠隔電子処方箋活用加算	○					○	○ ※3	○ ※3		○
	通則第8号　医療提供機能連携確保加算	○					○	○	○		○
	B001 の 10　入院栄養食事指導料	—					○	×	×		—
	B001 の 22　がん性疼痛緩和指導管理料	○					○	○	○		○
	B001 の 24　外来緩和ケア管理料	○					—	—	○ （悪性腫瘍の患者に限る。）		○
	B001 の 25　移植後患者指導管理料	○					—	—	×		○
	B001 の 26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○					—	—	×		○
	B001 の 27　糖尿病透析予防指導管理料	○					—	—	×		○
	B001 の 32　一般不妊治療管理料	○					—	—	×		○
	B001 の 33　生殖補助医療管理料	○					—	—	×		○
	B001 の 34　ハ　二次性骨折予防継続管理料3	○					—	—	×		○
	B001 の 37　慢性腎臓病透析予防指導管理料	○					—	—	×		○
	B001-2-6　救急外来医学管理料	○					—	—	×	○	○
	B001-2-7　外来リハビリテーション診療料	○					—	—	×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	B001-2-8　外来放射線照射診療料	○					—	—	○		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	B001-2-12　外来腫瘍化学療法診療料	○					—	—	○		○
	B001-10　3　心不全再入院予防継続管理料3	○					—	—	×		○
	B001-11　遺伝性疾患療養指導管理料	○					○	×	×		○

区分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
		自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
医学管理等	B004　退院時共同指導料1	—				○	×	×		—
	B005　退院時共同指導料2	—				○	×	×		—
	B005-1-2　介護支援等連携指導料	—				○	×	×		—
	B005-6　がん治療連携計画策定料	○				○	×	×		—
	B005-6-2　がん治療連携指導料	○				—	×	×		○
	B005-6-4　外来がん患者在宅連携指導料	○				—	×	×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	B005-7　認知症専門診断管理料	○				○ （療養病棟に入院中の者に限る。）	×	×		○
	B005-7-2　認知症療養指導料	○				○ （療養病棟に入院中の者に限る。）	×	×		○
	B005-8　肝炎インターフェロン治療計画料	○				○	×	×		○
	B005-12　こころの連携指導料（Ⅰ）	○				—	—	×		○
	B005-13　こころの連携指導料（Ⅱ）	○				—	—	×		○
	B007　退院前訪問指導料	—				○	×	×		—
	B007-2　退院後訪問指導料	○				—	×	×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	B007-3　退院後訪問栄養食事指導料	○ （同一月において，居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（管理栄養士が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				—	×	○ （管理栄養士が配置されている場合を除く。）		○ （管理栄養士が配置されている場合を除く。）
	B008　薬剤管理指導料	—				○	×	×		—
	B008-2　薬剤総合評価調整管理料	○				—	×	×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	B009　診療情報提供料（Ⅰ）									
	注1	○				○	×	×		○
	注2	○ （同一月において，居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				○	○	×		—
	注3	○ （同一月において，居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				—	×	×		○ （同一月において，居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）
	注4	○				○	×	×	○	—
	注5及び注6	○				○	○	×		○
	注8加算及び注9加算	○				○	×	×		○
	注10加算（認知症専門医療機関紹介加算）	○				○	○	×		○
	注11加算（認知症専門医療機関連携加算） 注12加算（精神科医連携加算） 注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算）	○				—	×	×		○

区　分			1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
			自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
医学管理等		注14加算（歯科医療機関連携加算1） 注15加算（歯科医療機関連携加算2）	○ （同一月において，居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				○ （同一月において，居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）	×	×		○ （同一月において，居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）
		注16加算（地域連携診療計画加算）	○				—	×	×		—
		注17加算（療養情報提供加算）	○				—	×	×		○
		注18加算（検査・画像情報提供加算）	○				○	×	×		○
	B009-2	電子的診療情報評価料	○				○	×	×		○
	B010	診療情報提供料（Ⅱ）	○				○	×	×		○
	B010-2	診療情報連携共有料	○				○	○	×		○
	B011	連携強化診療情報提供料	○				○	×	×		○
	B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料	○				○	×	×		○
	B011-6	栄養情報連携料	—				○	×	×		—
	B014	退院時薬剤情報管理指導料	—				○	×	×		—
	B015	精神科退院時共同指導料	—				○	×	×		—
	上記以外		○				○	○	×		○ ※1
在宅医療	C000	往診料	○				—	×	×	○	○ （配置医師が行う場合を除く。）
	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ） （同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定）	○	○ ※10	○		—	×	×		ア：○　※8 （死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし，看取り介護加算（Ⅱ）を算定している場合には看取り加算は算定できない。） イ：○　※10
	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	○	○ ※10	○		—	×	×		ア：○　※8 （死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし，看取り介護加算（Ⅱ）を算定している場合には看取り加算は算定できない。） イ：○　※10
	C002	在宅時医学総合管理料	○ （養護老人ホーム，軽費老人ホームA型，特別養護老人ホーム，有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者を除く。）	○ ※10	—		—	×	×		—

区　分			1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）					2．入院中の患者		3．入所中の患者		
			自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
在宅医療	C002-2　施設入居時等医学総合管理料		○ （定員 110 名以下の養護老人ホーム，軽費老人ホームA型，有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者並びに特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍のものに限る。）に限る。）	—	○			—	×	×		ア：○　※8 （死亡日からさかのぼって 30 日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※ 10
	C003　在宅がん医療総合診療料		○	○ ※ 10	○	×	○	—	×	×		—
	C004　救急搬送診療料		○					—	×	×		○
	C004-2　救急患者連携搬送料		○					○	○	○		○
	C005　在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2　同一建物居住者訪問看護・指導料 （同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定）		○ ※2	○ ※2及び※ 11	○ ※2			—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※ 12
		在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者ターミナルケア加算	○ ※2 （同一月において，介護保険のターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定していない場合に限る。）	○ ※2及び※ 11 （同一月において，介護保険のターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定していない場合に限る。）	○ ※2 （ただし，看取り介護加算を算定している場合には，在宅ターミナルケア加算の口又は同一建物居住者ターミナルケア加算の口を算定する。）			—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし，看取り介護加算を算定している場合には，在宅ターミナルケア加算の口又は同一建物居住者ターミナルケア加算の口を算定する。） イ：○　※ 12
		在宅移行管理加算	○ ※2 （同一月において，介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※2及び※ 11 （同一月において，介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※2 （同一月において，介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）			—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※ 12
		看護・介護職員連携強化加算	○	×				—	×	×		—
		専門管理加算	○ ※2 （同一月において，介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※2及び※ 11 （同一月において，介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※2 （同一月において，介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。）			—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※ 12
		遠隔死亡診断補助加算	○ ※2 （同一月において，介護保険のターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定していない場合に限る。）	○ ※2及び※ 11 （同一月において，介護保険のターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定していない場合に限る。）	○ （ただし，看取り介護加算を算定している場合には，在宅ターミナルケア加算の口又は同一建物居住者ターミナルケア加算の口を算定する。）			—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※ 12
		その他の加算	○ ※2	○ ※2及び※ 11	○ ※2			—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※ 12
	C005-1-3　訪問看護遠隔診療補助料		○ ※ 18	○ ※ 18	○ ※ 18			—	×	×		×

区　分			1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
			自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
在宅医療	C005-2　在宅患者訪問点滴注射管理指導料		○	○ ※2	○ ※2		—	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	C006　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 （同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定）		○ （急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。）				—	×	×		—
	C007　訪問看護指示料		○				—	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	C007-2　介護職員等喀痰吸引等指示料		○				—	×	×		—
	C008　在宅患者訪問薬剤管理指導料 （当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等により該当する区分を算定）		×				—	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	C009　在宅患者訪問栄養食事指導料 （当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等により該当する区分を算定）		×				—	×	×		—
	C010　在宅患者連携指導料		×				—	×	×		—
	C011　在宅患者緊急時等カンファレンス料		○				—	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	C012　在宅患者共同診療料の1		○				—	×	×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	C012　在宅患者共同診療料の2 C012　在宅患者共同診療料の3 （同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定）		○	×	○		—	×	×		—
	C012-2　訪問診療薬剤師同時指導料		○ （養護老人ホーム，軽費老人ホームA型，特別養護老人ホーム，有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者を除く。）	○ ※10	—		—	×	×		—
	C013　在宅患者訪問褥瘡管理指導料		○				—	×	×		—
	C014　外来在宅共同指導料		○	—			—	—	—		—
	第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料	C116　在宅補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	○				—	×	○		○ ※1
		その他の指導管理料	○				—	×	×		○ ※1
	第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算		○				—	×	○		○
	上記以外		○				—	×	○		○ ※1
検査			○				○	×	○ ※7		○

区　分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
		自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
画像診断		○				○	○ （単純撮影に係るものを除く。）	○		○
投薬		○				○	○ （第3節及び第5節に限る。） ※3	○ （第3節及び第5節に限る。） ※3		○
注射		○				○	○ （第2節に限る。） ※4	○ ※5		○
リハビリテーション		○ （同一の疾患等について，介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は算定不可 （ただし，別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合には，利用開始月の3月目以降は算定不可））				○	○ （H005 視能訓練及び H006 難病患者リハビリテーション料に限る。）	○ ※7		○ （同一の疾患等について，介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は算定不可（ただし，別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合には，利用開始月の3月目以降は算定不可））
精神科専門療法	I002　通院・在宅精神療法（1通院精神療法に限る。）	○				—	×	×		○ ※1
精神科専門療法	I002　通院・在宅精神療法（2在宅精神療法に限る。）	○				—	×	×		○ （ただし，往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。）
精神科専門療法	I003-2　認知療法・認知行動療法	○				—	×	×		○ （ただし，往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。）
精神科専門療法	I005　入院集団精神療法	—				○	×	×		—
精神科専門療法	I007　精神科作業療法	○				○	×	×		○
精神科専門療法	I008　入院生活技能訓練療法	—				○	×	×		—
精神科専門療法	I008-2　精神科ショート・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において，認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）		○ （精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。）	×	×		○
精神科専門療法	注5	—				○	○	×		—
精神科専門療法	I009　精神科デイ・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において，認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）		○ （精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。）	×	×		○
精神科専門療法	注6	—				○	○	×		—
精神科専門療法	I010　精神科ナイト・ケア I010-2　精神科デイ・ナイト・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において，認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）		—	—	×		○

区　分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
		自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
精神科専門療法	I011　精神科退院指導料 I011-2　精神科退院前訪問指導料	―				○	○	×		―
	I012　精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）（同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）（看護・介護職員連携強化加算以外の加算を含む。）	○ ※9	○ ※9及び※13	○ ※9		―	×	×		ア：○ （認知症患者を除く。） イ：○　※13 （認知症患者を除く。）
	看護・介護職員連携強化加算	○	×			―	×	×		―
	I012-2　精神科訪問看護指示料	○				―	―	×		○ （認知症患者を除く。）
	I015　重度認知症患者デイ・ケア料	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMのものに限る。）	○ （重度認知症患者デイ・ケアを行っている期間内において，認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）	―	―	×		○
	I016　精神科在宅患者支援管理料	○				―	×	×		○ （精神科在宅患者支援管理料1のハを算定する場合を除く。）
	上記以外	○				○	○	×		○ ※1
処置		○				○	○ ※6	○ ※7		○
手術		○				○	○	○ ※7		○
麻酔		○				○	○	○ ※7		○
放射線治療		○				○	○	○		○
病理診断		○				○	×	○		○
その他	O000　看護職員処遇改善評価料	―				○	×	―		―
	O001　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	○				―	―	○		○
	O002　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	○				―	―	○		○
	O003　入院ベースアップ評価料	―				○	×	―		―
	O100　1　外来・在宅物価対応料	○				―	―	○		○
	O100　2　入院物価対応料	―				○	×	―		―

注）　○：要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成20年厚生労働省告示第128号）の規定により算定されるべき療養としているもの
×：診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）第6号の規定により算定できないもの
－：診療報酬の算定方法の算定要件を満たし得ないもの

※1　社会福祉施設，身体障害者施設等，養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については，「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）に特段の規定がある場合には，当該規定が適用されるものであること。

※2　末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

※3　次に掲げる薬剤の薬剤料及び当該薬剤の処方に係る遠隔電子処方箋活用加算及び処方箋料に限る。
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
・HIF-PH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・JAK阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており，他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

※4　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。

・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており，他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は HIV 感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
・血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

※５　次に掲げる費用に限る。
・外来腫瘍化学療法診療料の１のイ，２のイ又は３のイ
・外来化学療法加算
・皮内，皮下及び筋肉内注射（がん性疼痛緩和指導管理料又は外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）を算定するものに限る。）
・静脈内注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又はがん性疼痛緩和指導管理料，外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。），外来腫瘍化学療法診療料の１のイ，２のイ若しくは３のイ若しくは外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・動脈注射（外来腫瘍化学療法診療料の１のイ，２のイ若しくは３のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・抗悪性腫瘍剤局所持続注入（外来腫瘍化学療法診療料の１のイ，２のイ又は３のイを算定するものに限る。）
・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来腫瘍化学療法診療料の１のイ，２のイ又はは３のイを算定するものに限る。）
・点滴注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又はがん性疼痛緩和指導管理料，外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。），外来腫瘍化学療法診療料の１のイ，２のイ若しくは３のイ若しくは外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・中心静脈注射（がん性疼痛緩和指導管理料，外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。），外来腫瘍化学療法診療料の１のイ，２のイ若しくは３のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・植込型カテーテルによる中心静脈注射（がん性疼痛緩和指導管理料，外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。），外来腫瘍化学療法診療料の１のイ，２のイ若しくは３のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・HIF-PH 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用
・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
・生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており，他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は HIV 感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
・血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

※６　創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。），喀痰吸引，摘便，酸素吸入，酸素テント，皮膚科軟膏処置，膀胱洗浄，留置カテーテル設置，導尿，膣洗浄，眼処置，耳処置，耳管処置，鼻処置，口腔，咽頭処置，間接喉頭鏡下喉頭処置，ネブライザ，超音波ネブライザ，介達牽引，消炎鎮痛等処置，鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。

※７　検査，リハビリテーション，処置，手術又は麻酔について，それぞれ要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合別表第四に掲げるものを除く。

※８　死亡日からさかのぼって 30 日以内の患者については，当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。）に限る。

※９　認知症患者を除く。（ただし，精神科在宅患者支援管理料を算定する患者にあってはこの限りではない。）

※10　当該患者によるサービス利用前 30 日以内に患家を訪問し，在宅患者訪問診療料，在宅時医学総合管理料，施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料（以下「在宅患者訪問診療料等」という。）を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く。）が診察した場合に限り，算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては，利用開始後 30 日までの間に限る。）。
また，保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については，当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず，退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては，利用開始後 30 日までの間に限る。）。

※11　当該患者によるサービス利用前 30 日以内に患家を訪問し，在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り，算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては，利用開始後 30 日までの間に限る。）。

※12　末期の悪性腫瘍の患者であって，当該患者によるサービス利用前 30 日以内に患家を訪問し，在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り，算定することができる。

※13　当該患者によるサービス利用前 30 日以内に患家を訪問し，精神科訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り，利用開始後 30 日までの間，算定することができる。

（別紙２）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区　分		ア．介護医療院に入所中の患者 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
初・再診料		×	○	○	
	看護師等遠隔診療補助加算	×			
入院料等		×		○ （A400の1　短期滞在手術等基本料1に限る。）	
医学管理等	通則の３　外来感染対策向上加算	○			
	通則の４　連携強化加算	○			
	通則の５　サーベイランス強化加算	○			
	通則の６　抗菌薬適正使用体制加算	○			
	通則第７号　遠隔電子処方箋活用加算	○ ※2		○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	
	通則第８号　医療提供機能連携確保加算	○			
	Ｂ001の１　ウイルス疾患指導料	○			
	Ｂ001の２　特定薬剤治療管理料	○			
	Ｂ001の３　悪性腫瘍特異物質治療管理料	○			
	Ｂ001の６　てんかん指導料	○			
	Ｂ001の７　難病外来指導管理料	○			
	Ｂ001の８　皮膚科特定疾患指導管理料	○			
	Ｂ001の９　外来栄養食事指導料	○ ※1			
	Ｂ001の11　集団栄養食事指導料	○ ※1			
	Ｂ001の12　心臓ペースメーカー指導管理料	○			
	Ｂ001の14　高度難聴指導管理料	○			
	Ｂ001の15　慢性維持透析患者外来医学管理料	○			
	Ｂ001の16　喘息治療管理料	○			
	Ｂ001の20　糖尿病合併症管理料	×		○	
	Ｂ001の22　がん性疼痛緩和指導管理料	○			
	Ｂ001の23　がん患者指導管理料	○			
	Ｂ001の24　外来緩和ケア管理料	○			
	Ｂ001の25　移植後患者指導管理料	○			
	Ｂ001の26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○			
	Ｂ001の27　糖尿病透析予防指導管理料	×		○	
	Ｂ001の32　一般不妊治療管理料	○			
	Ｂ001の33　生殖補助医療管理料	○			
	Ｂ001の34　ハ　二次性骨折予防継続管理料３	○			
	Ｂ001の35　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	○			
	Ｂ001の36　下肢創傷処置管理料	×		○	
	Ｂ001の37　慢性腎臓病透析予防指導管理料	×		○	
	Ｂ001-2-4　地域連携夜間・休日診療料	×	○	×	○
	Ｂ001-2-6　救急外来医学管理料	×	○	×	○
	Ｂ001-2-8　外来放射線照射診療料	○			
	Ｂ001-2-12　外来腫瘍化学療法診療料	○			
	Ｂ001-3　生活習慣病管理料（Ⅰ）	○ （注3に規定する加算に限る。）			
	Ｂ001-3-2　ニコチン依存症管理料	×		○	

区分		ア．介護医療院に入所中の患者 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
医学管理等	B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）	○ （注3に規定する加算に限る。）			
	B001-7 リンパ浮腫指導管理料（注2の場合に限る。）	○			
	B001-10 3 心不全再入院予防継続管理料3	○			
	B001-11 遺伝性疾患療養指導管理料	×		○	
	B005-6 がん治療連携計画策定料	○			
	B005-6-2 がん治療連携指導料	○			
	B005-6-3 がん治療連携管理料	○			
	B005-7 認知症専門診断管理料	○			
	B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	○			
	B007-3 退院後訪問栄養食事指導料	○（管理栄養士が配置されている場合を除く。）			
	B009 診療情報提供料（Ⅰ）				
	注1 注6 注8 加算 注10 加算（認知症専門医療機関紹介加算） 注11 加算（認知症専門医療機関連携加算） 注12 加算（精神科医連携加算） 注13 加算（肝炎インターフェロン治療連携加算） 注14 加算（歯科医療機関連携加算1） 注15 加算（歯科医療機関連携加算2） 注18 加算（検査・画像情報提供加算）	○ （注14,15については，同一月において，居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）			
	B009-2 電子的診療情報評価料	×	○	×	○
	B010-2 診療情報連携共有料	×	○	×	○
	B011 連携強化診療情報提供料	○			
	B011-3 薬剤情報提供料	×		×	○
	B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料	×		○	
	B012 傷病手当金意見書交付料	○			
	上記以外	×			
在宅医療	C000 往診料	×	○	×	○
	C004-2 救急患者連携搬送料	○			
	C116 在宅補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	○			
	第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	○			
	上記以外	×			
検査		×		○	
画像診断		○ （単純撮影に係るものを除く。）		○	
投薬		○ （第3節及び第5節に限る。）※2		○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	
注射		○ ※3		○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	
リハビリテーション		○ （H005視能訓練及びH006難病患者リハビリテーション料に限る。）			
精神科専門療法	I000 精神科電気痙攣療法	×		○	
	I000-2 経頭蓋磁気刺激療法	×		○	
	I002 通院・在宅精神療法	×		○	
	I003-2 認知療法・認知行動療法	×		○	
	I006 通院集団精神療法	×		×	○ （同一日において，特別診療費を算定する場合を除く。）
	I007 精神科作業療法	×		×	○
	I008-2 精神科ショート・ケア（注5の場合を除く。）	×		×	○
	I009 精神科デイ・ケア（注6の場合を除く。）	×		×	○
	I015 重度認知症患者デイ・ケア料	×		×	○
	上記以外	×			

区　分		ア．介護医療院に入所中の患者 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
処置		○ ※4		○	
手術		○			
麻酔		○			
放射線治療		○			
病理診断		○			
その他	O001　外来・在宅ベースアップ評価料（I）	×	○	○	
	O002　外来・在宅ベースアップ評価料（II）	×	○	○	
	O100　1　外来・在宅物価対応料	×	○	○	
	上記以外	×			

※１　介護報酬において，指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）の別表（指定施設サービス等介護給付費単位数表）の４のイからへまでの注５に掲げる減算を算定した場合に限る。

※２　次に掲げる薬剤の薬剤料と当該薬剤の処方に係る遠隔電子処方箋活用加算及び処方箋料に限る。
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
・HIF-PH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・JAK阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており，他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

※３　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており，他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
・血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

※４　創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。），喀痰吸引，摘便，酸素吸入，酸素テント，皮膚科軟膏処置，膀胱洗浄，留置カテーテル設置，導尿，膣洗浄，眼処置，耳処置，耳管処置，鼻処置，口腔，咽頭処置，間接喉頭鏡下喉頭処置，ネブライザ，超音波ネブライザ，介達牽引，消炎鎮痛等処置，鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。

医療法等の一部を改正する法律の一部の施行等について（オンライン診療関係）

令和７年12月12日に公布された医療法等の一部を改正する法律のうち医療法のオンライン診療関係に関する部分が，令和８年４月１日付で施行されました。

これまでオンライン診療については，「オンライン診療の適切な実施に関する指針」等の法令の解釈運用により，その実施が図られてきましたが，改正法では，「① 医療法上の医療提供施設の一つとして，患者がオンライン診療を受ける施設である「オンライン診療受診施設」を位置づけ，診療所と比較して簡素な要件・手続等のもとでの整備を可能とすること」，「② オンライン診療指針の内容を省令に引き上げることで，違反に対しては都道府県知事等（保健所設置市長・区長を含む）の是正命令等を可能とすること」等を内容とする改正が行われています。

なお，改正法において，オンライン診療は「オンライン診療の適切な実施に関する基準」に従って行われなければならないとされ，当該基準については，オンライン診療指針の「最低限遵守する事項」を基本として規定し，その施行にあたっては，同指針や「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』に関するＱ＆Ａ」を参照することとされています。

さらに，オンライン診療基準等の遵守の確認をするためのチェックリストの見直しが行われ活用することとされています。

詳細は厚労省ホームページ「オンライン診療について」をご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_0024_00004.html

マイナ資格確認アプリにおけるスマートフォンのマイナ保険証の読み取り機能の追加について

訪問診療や訪問看護を行う施設等で，顔認証付きカードリーダーではなくモバイル端末等に搭載されたマイナ資格確認アプリを利用している場合も，３月23日より，アプリをアップデートすることにより，患者のスマートフォンに追加されたマイナンバーカードの読み取りが可能となりましたので，お知らせします。

当該追加機能のマイナ資格確認アプリの利用方法については，医療機関等向け総合ポータルサイトに掲載の概要資料をご確認ください。

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0012687

長期収載品の処方等に係る選定療養の対象医薬品について

今般,「厚生労働大臣の定める評価療養,患者申出療養及び選定療養等の一部を改正する告示」（令和８年厚生労働省告示第116 号）が公布され，令和８年６月１日より適用されることとなったことにともない，長期収載品の処方等または調剤に係る選定療養の対象医薬品のリストに関する事務連絡が発出されましたので，お知らせします。

リストの掲載先は下記のとおりですので，ご参照ください。

掲載先：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

医薬品安定供給・流通確認システムの稼働開始について

医薬品の供給状況は，現在は厚生労働省ホームページにおいてExcelの一覧形式で公表されていますが，当該サイトと並行して，今後は情報提供サイト上で医薬品の供給状況を確認することが可能となりましたのでお知らせします。

同システムの詳細は，操作手順書をご参照ください。また，出荷状況の変更時に通知を受けるためのGビズIDアカウントの申請については，別紙をご確認ください。

「医薬品安定供給・流通確認システム」

https://iyakuhin-kyokyu.mhlw.go.jp/public/supply-status-list

操作手順書

https://www.kyoto.med.or.jp/cms/wp-content/uploads/2026/04/pssdc-system-manual202604.pdf

「医療用医薬品供給状況報告」（従来のもの）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/kouhatu-iyaku/04_00003.html

別紙

GビズIDアカウントの確認・作成（詳細）

【手順①】
GビズIDアカウント（「プライムアカウント」「メンバーアカウント」）を作成済みかどうか、以下のご確認をお願いします。
なお、1.2が難しい場合は3にてご確認をお願いします。

1. 社内でGビズアカウントの取得状況を確認する
2. Gビズ公式サイトに掲載されている「**アカウント登録確認（セルフチェック）**」機能を利用し、メールアドレス等を入力して登録有無を確認する
3. 上記セルフチェックを実施しても登録有無が判別できない場合やご担当部署が判然としない場合等は、GビズIDヘルプデスクへ問い合わせを行う（問い合わせ先は**GビズID｜ご意見・お問合せ**）

【手順②】
アカウントを作成していない場合、以下のマニュアルをご参照の上、まずは「プライムアカウント」を作成するための申請をお願いします。（なお、郵送申請ではなくオンライン申請の場合、代表者様のマイナンバーカードが必要となります。）

作成パターン	GビズIDが公開しているマニュアル
プライムアカウントを新規作成する場合	QuickManual_Prime_corporation.pdf

【手順③】
「プライムアカウント」の作成が完了した場合、以下のマニュアルをご参照の上、「メンバーアカウント」の作成をお願いします。（作成されたアカウントは、管理権限がなく、「一般」メンバーアカウントとなります。）

作成パターン	GビズIDが公開しているマニュアル	該当ページ（参照箇所）	主な作業者
一般メンバーアカウントを新規作成する場合	Manual_gbiz-id_mypage.pdf	P117～128	プライムアカウント所有者 または 第一管理者メンバーアカウント所有者
エントリーアカウントの所持者を一般メンバーアカウントに変更する場合	Manual_gbiz-id_mypage.pdf	P101～116	プライムアカウント所有者 または 第一管理者メンバーアカウント所有者

© 2025 NTT DATA Japan Corporation

NTT DATA

GビズIDアカウントの確認・作成（詳細）

【手順④】
プライムアカウントは、各社の代表者様が利用されるケースが多いと想定されますが、代表者様のアカウントを日常的に使用しない運用としたい場合には、「一般」メンバーアカウントに管理者権限を付与することが可能です。
管理者権限を付与されたメンバーは、プライムアカウントに代わって、組織およびメンバーの管理を行うことができます。
本マニュアルでは、当該アカウントを「第一管理者」メンバーアカウントと記載しています。
「第一管理者」メンバーアカウントを作成する場合は、以下のマニュアルをご参照のうえ、作成をお願いします。

担当者のGビズIDアカウント取得状況	参照マニュアル	該当ページ（参照箇所）	主な作業者
一般メンバーアカウントの所有者を第一管理者メンバーアカウントに変更する場合	Manual_gbiz-id_branch-role.pdf	P19～38	プライムアカウント所有者 または 第一管理者メンバーアカウント所有者
一般メンバーアカウントの所有者がプライムアカウントまたは第一管理者メンバーアカウントの所有者に対して権限付与の依頼をする場合	Manual_gbiz-id_branch-role.pdf	P39～59	一般メンバーアカウント所有者

「第一管理者」の考え方については、上記マニュアルのP9～10、P17～18をご参照ください。
また、アカウント申請についての疑問があれば、以下のGビズIDサイトからお問い合わせください。
GビズID｜ご意見・お問合せ

<その他参考資料>

- ●各種マニュアル
  GビズID｜ご利用ガイド
- ●プライムアカウント作成手順動画
  GビズID紹介動画（法人向けオンライン作成編）
- ●質問集
  GビズID｜よくある質問

© 2025 NTT DATA Japan Corporation

NTT DATA

薬価基準の一部改正等について

3月17日付厚生労働省告示第89号，第90号および第91号をもって薬価基準等の一部が改正され，3月18日から適用されました（ただし，厚生労働省告示第89号の改正規定は，4月1日または6月1日から適用）ので，概要を下記のとおりお知らせします。

記

▷新たに収載されたもの（令和8年4月1日から適用）

＜内　用　薬＞

品　　名	規格・単位	薬価（円）	診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品
イセルティ錠100mg	100mg 1錠	429.10	
エクテリー錠300mg	300mg 1錠	344,822.10	
オプスミット小児用分散錠1mg	1mg 1錠	1,496.90	
オプスミット小児用分散錠2.5mg	2.5mg 1錠	3,712.20	
ザズベイカプセル30mg	30mg 1カプセル	646.80	
セピエンス顆粒分包250mg	250mg 1包	16,989.40	
セピエンス顆粒分包1000mg	1,000mg 1包	67,957.10	
プリミーフォート経腸用液CF	10mL 1瓶	14,079.50	
プリミーフォート経腸用液 6	15mL 1瓶	29,171.30	
プリミーフォート経腸用液 6	30mL 1瓶	58,199.30	
プリミーフォート経腸用液 8	40mL 1瓶	77,580.50	
ボラニゴ錠10mg	10mL 1瓶	31,791.80	

＜注　射　薬＞

品　　名	規格・単位	薬価（円）	診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品
エルゾンリス点滴静注1000μg	1,000μg 1mL 1瓶	3,607,878	
ジニイズ点滴静注500mg	500mg20mL 1瓶	611,671	
ブーレンレップ点滴静注用100mg	100mg 1瓶	1,284,052	
ミンジュビ点滴静注用200mg	200mg 1瓶	125,201	
リブロファズ配合皮下注	10mg 1瓶	480,046	
ルンスミオ皮下注5mg	5mg0.5mL 1瓶	266,843	
ルンスミオ皮下注45mg	45mg 1mL 1瓶	2,327,787	

＜外　用　薬＞

品　　名	規格・単位	薬価（円）	診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品
アバレプト懸濁性点眼液0.3%	0.3% 5mL 1瓶	577.50	

▷費用対効果評価結果に基づき価格調整されたもの（令和８年６月１日から適用）

＜内　用　薬＞

品　　名	規格・単位	薬価（円）
トルカプ錠160mg	160mg 1錠	9,930.50
トルカプ錠200mg	200mg 1錠	12,053.90

▷掲示事項等告示の一部改正について

（１） アパダムターゼ アルファ・シナキサダムターゼ アルファ製剤及びオリプダーゼ アルファ製剤について，掲示事項等告示第10第1号の「療担規則第20条第２号ト及び療担基準第20条第３号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬」として定めたものであること。

（２） 新医薬品（医薬品医療機器等法第14条の４第１項第１号に規定する新医薬品をいう。）については，掲示事項等告示第10第２号（１）に規定する新医薬品に係る投薬期間制限（14日分を限度とする。）が適用されるが，新たに当該制限の例外とした新医薬品は，次のとおりであること。
・ボラニゴ錠10mg（１回の投薬量が30日分以内である場合に限る。）

▷特掲診療料告示の一部改正について

アパダムターゼ アルファ・シナキサダムターゼ アルファ製剤及びオリプダーゼ アルファ製剤について，特掲診療料の施設基準等別表第９「在宅自己注射指導管理料，間歇注入シリンジポンプ加算，持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬」として定めたものであること。

▷薬価基準の一部改正にともなう留意事項について

（１） ザズベイカプセル30mg

① 本製剤の効能及び効果に関連する注意において，「本剤は，抑うつ症状が認められる患者の急性期治療に用いること。抑うつ症状が寛解又は回復した患者における再燃・再発の予防を目的とした投与は行わないこと。」とされていることから，うつ病・うつ状態の診断及び治療に精通した医師のもとで，本剤の投与が適切と判断される症例に使用すること。

② 本製剤の用法又は用量に関連する注意において，「薬物依存を生じるおそれがあるので，用法・用量を遵守するとともに，本剤による治療を再度行う場合には，治療上の必要性を十分に検討すること。」，「本剤を14日間投与し，抑うつ症状が寛解又は回復した後に再燃・再発が認められ，本剤による治療を再度選択する場合には，必ず本剤投与終了から６週間以上の間隔をあけること。本剤による治療を繰り返し行っても再燃・再発する場合には，他の治療法を検討し，漫然と本剤による治療を繰り返さないこと。」及び「本剤14日間投与後に抑うつ症状の改善が認められない場合や，本剤投与終了から６週間未満に抑うつ症状が悪化し薬物療法を行う必要がある場合には，本剤による治療を再度行わずに他の抗うつ薬による治療を行うなど，他の治療法を検討すること。」とされているので，本製剤を14日間投与した後に本製剤による治療を再度行う場合，再投与開始に当たっては，次の事項をレセプトの摘要欄に記載すること。

ア　これまでに実施した本製剤による治療の回数

イ　前回の本製剤投与終了からの期間

ウ　前回の本製剤による治療効果も含め，本製剤による再度の治療が必要と判断した理由

③ 本製剤の用法又は用量に関連する注意において，「他の抗うつ薬への本剤の上乗せ効果は示されていないため，他の抗うつ薬で治療中の患者への急性期治療としては，本剤単剤による治療を行うことを検討すること。」とされているので，本製剤は原則，他の抗うつ薬と併用せずに使用すること。

（2） オプスミット小児用分散錠1mg及び同小児用分散錠2.5mg

① 本製剤の効能又は効果に関連する注意において,「本剤の使用にあたっては,「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し，臨床試験に組み入れられた患者の背景（PAHの臨床分類，WHO機能分類，年齢等）を十分に理解した上で，最新の治療ガイドライン等を参考に投与の要否を検討すること。」とされているので，使用に当たっては十分留意すること。

② 本製剤は,既に薬価収載後1年以上経過している「オプスミット錠10mg」（以下「既収載品」という。）と有効成分が同一であり，今般，既収載品において小児における用法・用量が追加されたことに伴い，当該用法･用量に必要となる製剤として承認された医薬品であることから，掲示事項等告示第10第2号（一）に規定する新医薬品に係る投薬期間制限（14日間を限度とする。）は適用されないものであること。

（3） プリミーフォート経腸用液 6，同経腸用液 8及び同経腸用液 CF

① 本製剤の効能又は効果は,「極低出生体重児等の体重増加不全を呈する新生児及び乳児の栄養管理」とされており，効能又は効果に関連する注意において「本剤は，極低出生体重児の他，特に下記の状態で体重増加不全が認められる場合に使用を検討すること。先天性胃腸障害又は先天性心疾患を有する場合，消化管術後」及び「児の在胎期間，体重，症状，栄養状態に加え，本剤の組成は極低出生体重児における推奨栄養量に基づき設計されていることも考慮して，本剤投与の適否を判断すること。なお，本剤投与の適否の判断においては，最新のガイドライン等を参考にすること。」とされているので，本製剤は原則，極低出生体重児の新生児及び乳児の栄養管理を目的に使用し，極低出生体重児以外の体重増加不全を呈する新生児及び乳児の栄養管理を目的に使用する場合は，最新のガイドライン等を参考に，その必要性を適切に判断し，本製剤の投与が必要と判断した理由をレセプトの摘要欄に記載すること。

② 本製剤の「17. 臨床成績」において,「修正34週1日から3日以上かけて標準栄養に徐々に切り替えることとされた」とされているので，本製剤を修正34週以後も継続して使用する場合は，最新のガイドライン等を参考に，その必要性を適切に判断し，本製剤の投与が必要と判断した理由をレセプトの摘要欄に記載すること。

（4） セピエンス顆粒分包250mg及び同顆粒分包1000mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において「BH_4欠損症に対する本剤の有効性及び安全性は確立していない。」とされており，用法及び用量に関連する注意において「フェニルアラニン水酸化酵素の残存活性の程度等によっては本剤に対する反応性を示さない場合がある。本剤による血中フェニルアラニン濃度の低下作用は，通常，投与開始から2～4週間程度で認められるため，投与開始後2～4週間を目処に血中フェニルアラニン濃度を確認し，低下しない場合は本剤の投与を中止すること。」とされているので，使用に当たっては十分留意すること。

（5） ボラニゴ錠10mg

① 本製剤は，新医薬品に係る投与期間制限の例外とされたことを踏まえ，令和8年4月1日から起算して1年を経過していない間は，概ね1カ月に1回の頻度で診察を行うとともに，概ね2週間に1回の頻度で診察又は電話等により患者の状態や服薬の状況等を確認すること。また，その間，本剤処方時には前回処方時以降の当該診察又は電話等による確認の実施年月日をレセプトの摘要欄に記載すること。

② 本製剤の効能又は効果に関連する注意において,「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により，*IDH1*又は*IDH2*遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので，*IDH1*又は*IDH2*遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日をレセプトに記載すること。

なお，当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし，本剤の初回投与に当

たっては，必ず当該検査の実施年月日を記載すること。

③ 本製剤の効能又は効果に関連する注意において，「手術（生検術を含む）後の患者であり，直ちに放射線療法又はアルキル化剤を含む化学療法を実施する必要がない患者を対象とすること。」及び「臨床試験に組み入れられた患者の病理組織型，組織学的悪性度，病変の画像所見等について，「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し，本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で，適応患者の選択を行うこと。」とされているので，使用に当たっては十分留意すること。

（6） エルゾンリス点滴静注 1000μg

本製剤の使用に当たっての留意事項については，「タグラキソフスプ（遺伝子組換え）製剤の使用にあたっての留意事項について」（令和7年12月22日付け医薬薬審発1222第3号・医薬安発1222第1号厚生労働省医薬局医薬品審査管理課長及び医薬安全対策課長連名通知）により通知されたところであるので，十分留意すること。

（7） ブーレンレップ点滴静注用 100mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において，「本剤による治療は，少なくとも1つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した患者を対象とすること。」及び「臨床試験に組み入れられた患者の前治療歴等について，「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し，本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で，適応患者の選択を行うこと。」とされているので，使用に当たっては十分留意すること。

（8） ミンジュビ点滴静注用 200mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において，「十分な経験を有する病理医により，Grade1～3Aと診断された患者に投与すること。」とされているので，使用に当たっては十分留意すること。

（9） リブロファズ配合皮下注

① 本製剤を「*EGFR* 遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」に用いる場合，本製剤の効能又は効果に関連する注意において，「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により，*EGFR* 遺伝子エクソン20挿入変異が確認された患者に投与すること。」とされているので，*EGFR* 遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日をレセプトの摘要欄に記載すること。

なお，当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし，本剤の初回投与に当たっては，必ず当該検査の実施年月日を記載すること。

② 本製剤を「*EGFR* 遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」に用いる場合，本製剤の効能又は効果に関連する注意において，「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により，*EGFR* 遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）が確認された患者に投与すること。」とされているので，*EGFR* 遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日をレセプトの摘要欄に記載すること。

なお，当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし，本剤の初回投与に当たっては，必ず当該検査の実施年月日を記載すること。

(10) ルンスミオ皮下注5mg及び同皮下注 45mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において，「本剤による治療は，抗CD20モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも2つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した患者を対象とすること。」及び「十分な経験を有する病理医により，Grade1～3Aと診断された患者に投与すること。」とされているので，使用に当たっては十分留意すること。

▷掲示事項等告示の一部改正に伴う留意事項について

（1） アジンマ静注用1500

① 本製剤はアパダムターゼ アルファ・シナキサダムターゼ アルファ製剤であり，本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は，「C101」在宅自己注射指導管理料を算定できるものであること。

② 本製剤は注入器付の製品であるため，「C101」在宅自己注射指導管理料を算定する場合，「C151」注入器加算は算定できないものであること。

▷関係通知の一部改正について

（1）「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６年３月５日付け保医発0305第４号）の一部を次のように改正する。

① 別添1第2章第2部第3節C200（1）中「及びパロペグテリパラチド製剤」を「，パロペグテリパラチド製剤，アパダムターゼ アルファ・シナキサダムターゼ アルファ製剤及びオリプダーゼ アルファ製剤」に改める。

② 別添1別紙36「抗うつ薬」中「ボルチオキセチン臭化水素酸塩」の次に「ズラノロン」を加える。

イフェクサーSRカプセル37.5mg等の医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更にともなう留意事項の一部改正等について

3月23日付厚生労働省保険局医療課長通知により，「イフェクサーSRカプセル37.5mg及び同SRカプセル75mg」，「ニュベクオ錠300mg」，「ポライビー点滴静注用30mg及び同点滴静注用140mg」，「デュピクセント皮下注300mgシリンジ及び同皮下注300mgペン」，「エンハーツ点滴静注用100mg」，「トロデルビ点滴静注用200mg」，「ルンスミオ皮下注５mg及び同皮下注45mg」及び「フィブリノゲンHT静注用1g「JB」」等の保険適用上の取り扱いに関する留意事項が一部改正されましたので，お知らせします。

記

1．効能・効果等の一部変更承認に伴う留意事項について

（1） イフェクサーSRカプセル37.5mg及び同SRカプセル75mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において，「全般不安症の診断は，DSM等の適切な診断基準に基づき慎重に実施し，基準を満たす場合にのみ投与すること。」と記載されているので，使用に当たっては十分留意すること。

（2） ニュベクオ錠300mg

本製剤を「アンドロゲン受容体陽性の根治切除不能な進行･再発の唾液腺癌」に用いる場合は，効能又は効果に関連する注意において「アンドロゲン受容体陽性の検査は，十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」とされているので，アンドロゲン受容体陽性を確認した検査の実施年月日をレセプトの摘要欄に記載すること。

なお，当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし，本剤の初回投与に当たっては，必ず当該検査の実施年月日を記載すること。

(3) ポライビー点滴静注用30mg及び同点滴静注用140mg

本製剤を「再発又は難治性の濾胞性リンパ腫」に用いる場合は，効能又は効果に関連する注意において「十分な経験を有する病理医により，Grade3Bと診断された患者に投与すること。」とされているので，使用にあたっては十分留意すること。

2．効能・効果等の一部変更承認に伴う留意事項の一部改正について

(1)「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（令和5年3月14日付け保医発第0314号第4号）の記の4の(3)

(傍線部分は改正部分)

改　正　前	改　正　後
4　薬価基準の一部改正に伴う留意事項について (3)　ゾコーバ錠125mg ①　本製剤の効能又は効果に関連する注意において，「本剤の投与対象については最新のガイドラインを参考にすること。」及び「「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し，本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で，本剤の使用の必要性を慎重に検討すること。」とされており，本通知発出時点における最新のガイドラインである「COVID-19に対する薬物治療の考え方第15.1版」において，「一般に，重症化リスク因子のない軽症例の多くは自然に改善することを念頭に，対症療法で経過を見ることができる」，本製剤の投与時の注意点として，「高熱・強い咳症状・強い咽頭痛などの臨床症状がある者に処方を検討すること。」及び「一般に，重症化リスク因子のない軽症例では薬物治療は慎重に判断すべきということに留意して使用すること。」とされているので，使用に当たっては十分留意し，本製剤の投与が必要な患者に限り投与すること。 ②・③　(略)	4　薬価基準の一部改正に伴う留意事項について (3)　ゾコーバ錠125mg ①　**本製剤については，SARS-CoV-2による感染症の発症後の治療を目的とした場合に限り算定できるものであること。また，**本製剤の効能又は効果に関連する注意において，「本剤の投与対象については最新のガイドラインを参考にすること。」及び「「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し，本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で，本剤の使用の必要性を慎重に検討すること。」とされており，本通知発出時点における最新のガイドラインである「COVID-19に対する薬物治療の考え方第15.1版」において，「一般に，重症化リスク因子のない軽症例の多くは自然に改善することを念頭に，対症療法で経過を見ることができる」，本製剤の投与時の注意点として，「高熱・強い咳症状・強い咽頭痛などの臨床症状がある者に処方を検討すること。」及び「一般に，重症化リスク因子のない軽症例では薬物治療は慎重に判断すべきということに留意して使用すること。」とされているので，使用に当たっては十分留意し，本製剤の投与が必要な患者に限り投与すること。 ②・③　(略)

(2)「医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正等について」（令和5年6月26日付け保医発0626第1号）の記の1の(1)

(傍線部分は改正部分)

改　正　後
1　効能・効果等の一部変更承認に伴う留意事項について (1)　デュピクセント皮下注300mgシリンジ及び同皮下注300mgペン ①・②　(略)

③ 本製剤を「中等症から重症の水疱性類天疱瘡」に用いる場合は，本製剤の警告において，「本剤の投与は，適応疾患の治療に精通している医師のもとで行うこと。」とされていることから，水疱性類天疱瘡の診断及び治療に精通した医師のもとで，本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであること。

④ 本製剤を「中等症から重症の水疱性類天疱瘡」に用いる場合は，効能又は効果に関連する注意において，「最新の国内診療ガイドラインを参考に，全身性ステロイド薬の投与が必要な中等症から重症の水疱性類天疱瘡患者に対して本剤を投与すること。」及び「本剤の適用に先立ち，全身性ステロイド薬単独による治療の実施も考慮すること。患者の症状や状態に応じて，全身性ステロイド薬単独による治療を行わず，本剤と全身性ステロイド薬の併用による治療を開始する場合は，最新の国内診療ガイドライン等を参照の上で，本剤の投与の必要性を慎重に判断すること。」，用法及び用量に関連する注意において「本剤は全身性ステロイド薬と併用で投与を開始すること。」とされているので，本製剤の投与開始に当たっては，次の事項をレセプトの摘要欄に記載すること。

ア 疾患重症度

イ 本製剤の適用に先立ち実施した全身性ステロイド薬の品名（全身性ステロイド薬単独による治療を行わず，本製剤と全身性ステロイド薬の併用による治療を開始する場合は，その理由）

ウ 本製剤と併用する全身性ステロイド薬の品名

（3）「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（令和2年5月19日付け保医発0519第3号）の記の4の（9） （傍線部分は改正部分）

改　正　後
4　薬価基準の一部改正に伴う留意事項について （9） エンハーツ点滴静注用100mg ① （略） ② がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌 本製剤の効能又は効果に関連する注意に，「トラスツズマブ（遺伝子組換え）を含む化学療法による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」及び「本剤の一次治療 ~~及び二次治療~~ における有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので，一次治療 ~~及び二次治療~~ の治療歴を有し，かつ，トラスツズマブ（遺伝子組換え）を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし，一次治療 ~~及び二次治療~~ で実施した化学療法をレセプトに記載すること。 ③～⑤ （略） ⑥ HER2陽性の進行・再発の固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る） 本製剤の効能又は効果に関連する注意に，「HER2陽性の定義について，「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し，十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により，HER2陽性が確認された患者に投与すること。」と記載されているので，HER2陽性を確認した検査の実施年月日をレセプトの摘要欄に記載すること。 なお，当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし，本剤の初回投与に当たっては，必ず当該検査の実施年月日を記載すること。

（4）「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（令和６年11月19日付け保医発1119第11号）の記の４の（11）　（傍線部分は改正部分）

改　正　後
４　薬価基準の一部改正に伴う留意事項について （11）　トロデルビ点滴静注用200mg ①　本製剤の効能又は効果は「化学療法歴のあるホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから，~~ホルモン受容体陰性及び~~HER2陰性を確認した検査の実施年月日をレセプトの摘要欄に記載すること。 なお，当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし，本剤の初回投与に当たっては，必ず当該検査の実施年月日を記載すること。 ~~②　本剤の効能又は効果に関連する注意において，「タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のある患者を対象とすること。」とされているので，過去に実施したタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（5）「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（令和６年４月16日付け保医発0416第21号）の記の４の（２）　（傍線部分は改正部分）

改　正　後
４　薬価基準の一部改正に伴う留意事項について （２）　ターゼナカプセル0.1mg，同カプセル0.25mg及び同カプセル1mg ~~①　*BRCA*遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌~~ ~~本製剤を「*BRCA*遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌」に用いる場合は，効能又は効果に関連する注意において，「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により，*BRCA*遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので，*BRCA*遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。~~ ~~なお，当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし，本剤の初回投与に当たっては，必ず当該検査の実施年月日を記載すること。~~ ①　がん化学療法歴のある*BRCA*遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌 本製剤を「がん化学療法歴のある*BRCA*遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」に用いる場合は，効能又は効果に関連する注意において，「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により，生殖細胞系列の*BRCA*遺伝子変異（病的変異又は病的変異疑い）を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので，*BRCA*遺伝子変異を確認した検査の実施年月日をレセプトの摘要欄に記入すること。 なお，当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし，本剤の初回投与に当たっては，必ず当該検査の実施年月日を記載すること。

（6）「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（令和８年３月17日付け保医発0317第４号）の記の４の（10）

（傍線部分は改正部分）

改　正　後
４　薬価基準の一部改正に伴う留意事項について （10）　ルンスミオ皮下注５mg及び同皮下注45mg ①　本製剤を「再発又は難治性の濾胞性リンパ腫」のGrade1～3Aに用いる場合は，効能又は効果に関連する注意において「本剤による治療は，抗CD20モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも２つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した患者を対象とすること。」~~及び「十分な経験を有する病理医により，Grade1～3Aと診断された患者に投与すること。」~~とされているので，使用にあたっては十分留意すること。 ②　本製剤を「再発又は難治性の大細胞型Ｂ細胞リンパ腫（びまん性大細胞型Ｂ細胞リンパ腫，高悪性度Ｂ細胞リンパ腫）」又は「再発又は難治性の濾胞性リンパ腫」のGrade3Bに用いる場合は，効能又は効果に関連する注意において「臨床試験に組み入れられた患者の背景等について，「17．臨床成績」の項の内容を熟知し，本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で，適応患者の選択を行うこと。」とされているので，使用にあたっては十分留意すること。

（7）「医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正等について」（令和４年３月28日付け保医発0328第１号）の記の１

（傍線部分は改正部分）

改　正　後
１　効能・効果等の一部変更承認に伴う留意事項について フィブリノゲンHT静注用１g「JB」 （１）　本製剤を「後天性低フィブリノゲン血症」に用いる場合は，効能又は効果に関連する注意において，「後天性低フィブリノゲン血症とは血中フィブリノゲン値が150mg/dLを下回る状態であることに注意し，本剤投与の適否を判断すること。」，「本剤投与直前の血中フィブリノゲン値を必ず測定し，基本的に血中フィブリノゲン値の測定結果を確認した上で投与を開始すること。」及び「本剤投与の適否や投与開始時期の判断にあたっては，関連学会のガイドライン等，最新の情報を参考とすること。」とされているので，使用に当たっては十分留意すること。 （２）　本製剤を「後天性低フィブリノゲン血症」に用いる場合は，用法及び用量に関連する注意において，「出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症が改善されない場合における本剤の追加投与の適否は，フィブリノゲン以外の因子の出血への関与の可能性及び血栓塞栓症等のリスクも考慮して慎重に判断し，本剤を漫然と必要以上に投与しないこと。なお，本剤の追加投与の適否の判断にあたっては，関連学会のガイドライン等，最新の情報を参考とすること。」とされているので，使用に当たっては十分留意すること。 （３）　本製剤を「心臓血管外科手術における出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症」に用いる場合は，効能又は効果に関連する注意において，「人工心肺を用いた手術における出血に伴う後天性低フィブリノゲン血症に限り本剤の投与を考慮すること。」とされているので，使用に当たっては十分留意すること。 （４）　後天性低フィブリノゲン血症における本製剤の使用に当たっての留意事項については，別添のとおり，「後天性低フィブリノゲン血症における乾燥人フィブリノゲンの使用に当たっての留意事項について」（令和８年３月23日付け医薬薬審発0323第５号・医薬安発0323第１号・医薬血発0323第１号厚生労働省医薬局医薬品審査管理課長，医薬安全対策課長及び血液対策課長連名通知）により通知されたところであるので，使用に当たっては十分留意すること。

ジニイズ点滴静注500mgに係る最適使用推進ガイドラインの策定にともなう留意事項の一部改正について

レチファンリマブ（遺伝子組換え）製剤（販売名：ジニイズ点滴静注500mg）に関して，最適使用推進ガイドラインが策定されたことにともない，本製剤に係る留意事項が改正されましたのでお知らせします。

記

（1） ジニイズ点滴静注500mgについては，最適使用推進ガイドラインにともない，有効性および安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間，本製品の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに，副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するよう十分留意すること。

（2） 本製剤を切除不能な進行・再発の肛門管扁平上皮癌の治療に用いる場合は，次の事項をレセプトの摘要欄に記載すること。

1） 次に掲げる施設のうち，該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）

ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院，地域がん診療連携拠点病院，地域がん診療病院など）

イ 特定機能病院

ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院，がん診療連携協力病院，がん診療連携推進病院など）

エ 外来化学療法室を設置し，外来腫瘍化学療法診療料1，外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設

オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

2） 次に掲げる医師の要件のうち，本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）

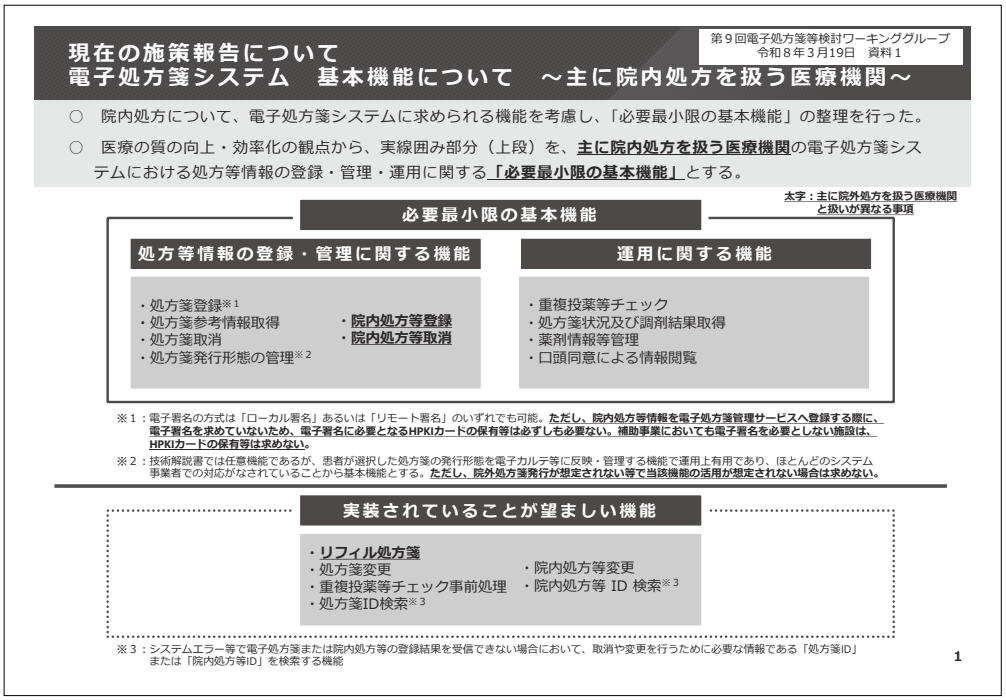
ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち，2年以上は，がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。

イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に，消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。

ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち，3年以上は，消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。

電子処方箋システムの必要最小限の基本機能の更新について

令和８年４月１日からの電子処方箋システムの院内処方等機能の本格運用開始にともない，同年３月19日に開催された第９回電子処方箋等検討ワーキンググループにおいて，以下のとおり，主に院内処方を扱う医療機関の必要最小限の基本機能が新たに示されました。また，これまで示されていた電子処方箋システムの必要最小限の基本機能については，主に院外処方を扱う医療機関等を対象とした上で，実施されていることが望ましい機能に院内処方等情報に関する事項が追加されましたので，お知らせします。



第９回電子処方箋等検討ワーキンググループ
令和８年３月19日　資料１

現在の施策報告について
電子処方箋システム　基本機能について　～主に院内処方を扱う医療機関～

○　院内処方について、電子処方箋システムに求められる機能を考慮し、「必要最小限の基本機能」の整理を行った。

○　医療の質の向上・効率化の観点から、実線囲み部分（上段）を、**主に院内処方を扱う医療機関**の電子処方箋システムにおける処方等情報の登録・管理・運用に関する**「必要最小限の基本機能」**とする。

太字：主に院外処方を扱う医療機関と扱いが異なる事項

必要最小限の基本機能

処方等情報の登録・管理に関する機能

・処方箋登録※1
・処方箋参考情報取得
・処方箋取消
・処方箋発行形態の管理※2
・**院内処方等登録**
・**院内処方等取消**

運用に関する機能

・重複投薬等チェック
・処方箋状況及び調剤結果取得
・薬剤情報等管理
・口頭同意による情報閲覧

※1：電子署名の方式は「ローカル署名」あるいは「リモート署名」のいずれでも可能。**ただし、院内処方等情報を電子処方箋管理サービスへ登録する際に、電子署名を求めていないため、電子署名に必要となるHPKIカードの保有等は必ずしも必要ない。補助事業においても電子署名を必要としない施設は、HPKIカードの保有等は求めない。**

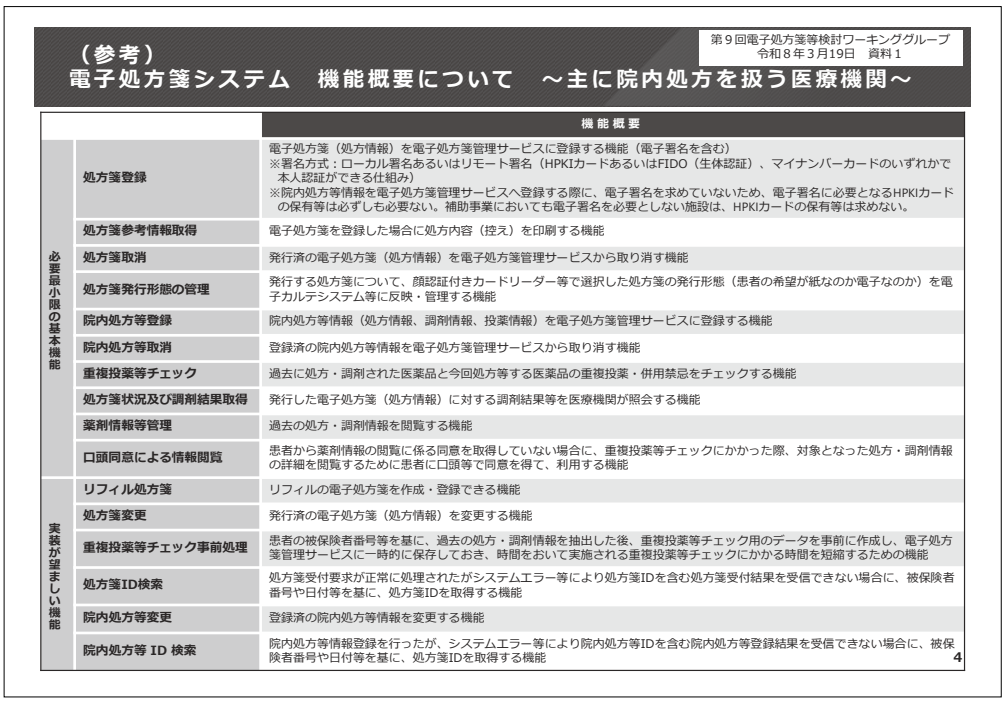
※2：技術解説書では任意機能であるが、患者が選択した処方箋の発行形態を電子カルテ等に反映・管理する機能で運用上有用であり、ほとんどのシステム事業者での対応がなされていることから基本機能とする。**ただし、院外処方箋発行が想定されない等で当該機能の活用が想定されない場合は求めない。**

実装されていることが望ましい機能

・**リフィル処方箋**
・処方箋変更
・重複投薬等チェック事前処理
・処方箋ID検索※3
・院内処方等変更
・院内処方等 ID 検索※3

※3：システムエラー等で電子処方箋または院内処方等の登録結果を受信できない場合において、取消や変更を行うために必要な情報である「処方箋ID」または「院内処方等ID」を検索する機能

1



第９回電子処方箋等検討ワーキンググループ
令和８年３月19日　資料１

（参考）
電子処方箋システム　機能概要について　～主に院内処方を扱う医療機関～

		機能概要
必要最小限の基本機能	処方箋登録	電子処方箋（処方情報）を電子処方箋管理サービスに登録する機能（電子署名を含む） ※署名方式：ローカル署名あるいはリモート署名（HPKIカードあるいはFIDO（生体認証）、マイナンバーカードのいずれかで本人認証ができる仕組み） ※院内処方等情報を電子処方箋管理サービスへ登録する際に、電子署名を求めていないため、電子署名に必要となるHPKIカードの保有等は必ずしも必要ない。補助事業においても電子署名を必要としない施設は、HPKIカードの保有等は求めない。
	処方箋参考情報取得	電子処方箋を登録した場合に処方内容（控え）を印刷する機能
	処方箋取消	発行済の電子処方箋（処方情報）を電子処方箋管理サービスから取り消す機能
	処方箋発行形態の管理	発行する処方箋について、顔認証付きカードリーダー等で選択した処方箋の発行形態（患者の希望が紙なのか電子なのか）を電子カルテシステム等に反映・管理する機能
	院内処方等登録	院内処方等情報（処方情報、調剤情報、投薬情報）を電子処方箋管理サービスに登録する機能
	院内処方等取消	登録済の院内処方等情報を電子処方箋管理サービスから取り消す機能
	重複投薬等チェック	過去に処方・調剤された医薬品と今回処方等する医薬品の重複投薬・併用禁忌をチェックする機能
	処方箋状況及び調剤結果取得	発行した電子処方箋（処方情報）に対する調剤結果等を医療機関が照会する機能
	薬剤情報等管理	過去の処方・調剤情報を閲覧する機能
	口頭同意による情報閲覧	患者から薬剤情報の閲覧に係る同意を取得していない場合に、重複投薬等チェックにかかった際、対象となった処方・調剤情報の詳細を閲覧するために患者に口頭等で同意を得て、利用する機能
実装が望ましい機能	リフィル処方箋	リフィルの電子処方箋を作成・登録できる機能
	処方箋変更	発行済の電子処方箋（処方情報）を変更する機能
	重複投薬等チェック事前処理	患者の被保険者番号等を基に、過去の処方・調剤情報を抽出した後、重複投薬等チェック用のデータを事前に作成し、電子処方箋管理サービスに一時的に保存しておき、時間をおいて実施される重複投薬等チェックにかかる時間を短縮するための機能
	処方箋ID検索	処方箋受付要求が正常に処理されたがシステムエラー等により処方箋IDを含む処方箋受付結果を受信できない場合に、被保険者番号や日付等を基に、処方箋IDを取得する機能
	院内処方等変更	登録済の院内処方等情報を変更する機能
	院内処方等 ID 検索	院内処方等情報登録を行ったが、システムエラー等により院内処方等IDを含む院内処方等登録結果を受信できない場合に、被保険者番号や日付等を基に、処方箋IDを取得する機能

4

第９回電子処方箋等検討ワーキンググループ
令和８年３月19日　資料１

現在の施策報告について
電子処方箋システム　基本機能について　～主に院外処方を扱う医療機関～

○　医療の質の向上・効率化の観点から、実線囲み部分（上段）を、**主に院外処方を扱う医療機関**の電子処方箋システムにおける電子処方箋の発行・運用に関する**「必要最小限の基本機能」**とする。

赤字：院内処方機能に関する変更点

必要最小限の基本機能

電子処方箋の発行に関する機能

- 処方箋登録※1
- 処方箋参考情報取得
- 処方箋取消
- リフィル処方箋
- 処方箋発行形態の管理※2

電子処方箋の運用に関する機能

- 重複投薬等チェック
- 処方箋状況及び調剤結果取得
- 薬剤情報等管理※3
- 口頭同意による情報閲覧

※１：電子署名の方式は「ローカル署名」あるいは「リモート署名」のいずれでも可能

※２：技術解説書では任意機能であるが、患者が選択した処方箋の発行形態を電子カルテ等に反映・管理する機能で運用上有用であり、ほとんどのシステム事業者での対応がなされていることから基本機能とする

※３：院内処方等情報に関するものは除く

実装されていることが望ましい機能

- 処方箋変更
- 重複投薬等チェック事前処理
- 処方箋ID検索※4
- 薬剤情報等管理※5
- 院内処方等登録
- 院内処方等取消
- 院内処方等変更
- 院内処方等 ID 検索※4

※４：システムエラー等で電子処方箋または院内処方等の登録結果を受信できない場合において、取消や変更を行うために必要な情報である「処方箋ID」または「院内処方等ID」を検索する機能

※５：院内処方等情報に関するものに限る

2

第９回電子処方箋等検討ワーキンググループ
令和８年３月19日　資料１

（参考）
電子処方箋システム　機能概要について　～主に院外処方を扱う医療機関～

		機能概要
必要最小限の基本機能	処方箋登録	電子処方箋（処方情報）を電子処方箋管理サービスに登録する機能（電子署名を含む） ※署名方式：ローカル署名あるいはリモート署名（HPKIカードあるいはFIDO（生体認証）、マイナンバーカードのいずれかで本人認証ができる仕組み）
	処方箋参考情報取得	電子処方箋を登録した場合に処方内容（控え）を印刷する機能
	処方箋取消	発行済の電子処方箋（処方情報）を電子処方箋管理サービスから取り消す機能
	リフィル処方箋	リフィルの電子処方箋を作成・登録できる機能
	処方箋発行形態の管理	発行する処方箋について、顔認証付きカードリーダー等で選択した処方箋の発行形態（患者の希望が紙なのか電子なのか）を電子カルテシステム等に反映・管理する機能
	重複投薬等チェック	過去に処方・調剤された医薬品と今回処方等する医薬品の重複投薬・併用禁忌をチェックする機能
	処方箋状況及び調剤結果取得	発行した電子処方箋（処方情報）に対する調剤結果等を医療機関が照会する機能
	薬剤情報等管理	過去の処方・調剤情報を閲覧する機能 ※院内処方等情報に関するものは除く
	口頭同意による情報閲覧	患者から薬剤情報の閲覧に係る同意を取得していない場合に、重複投薬等チェックにかかった際、対象となった処方・調剤情報の詳細を閲覧するために患者に口頭等で同意を得て、利用する機能
実装が望ましい機能	処方箋変更	発行済の電子処方箋（処方情報）を変更する機能
	重複投薬等チェック事前処理	患者の被保険者番号等を基に、過去の処方・調剤情報を抽出した後、重複投薬等チェック用のデータを事前に作成し、電子処方箋管理サービスに一時的に保存しておき、時間をおいて実施される重複投薬等チェックにかかる時間を短縮するための機能
	処方箋ID検索	処方箋受付要求が正常に処理されたが、システムエラー等により処方箋IDを含む処方箋受付結果を受信できない場合に、被保険者番号や日付等を基に、処方箋IDを取得する機能
	薬剤情報等管理	過去の処方・調剤情報を閲覧する機能 ※院内処方等情報に関するもので、その特有項目を薬局システムで表示するにはその対応が必要。ただし、PDF形式では追加対応なしに既存の用法名称にて、登録時点、投与手技（方法）のみ閲覧可能。
	院内処方等登録	院内処方等情報（処方情報、調剤情報、投薬情報）を電子処方箋管理サービスに登録する機能
	院内処方等取消	登録済の院内処方等情報を電子処方箋管理サービスから取り消す機能
	院内処方等変更	登録済の院内処方等情報を変更する機能
	院内処方等 ID 検索	院内処方等情報登録を行ったが、システムエラー等により院内処方等IDを含む院内処方等登録結果を受信できない場合に、被保険者番号や日付等を基に、処方箋IDを取得する機能

5

指定難病の診断基準および重症度分類等の改正等について

今般，難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく医療費助成の対象疾病について，最新の研究成果等を踏まえ，３疾病（38 スティーヴンス・ジョンソン症候群，39 中毒性表皮壊死症，116 アトピー性脊髄炎）の診断基準および重症度分類等がアップデートされ，令和８年４月１日より適用されましたので，お知らせします。

また，令和９年４月１日より，83 疾病の診断基準および重症度分類等がアップデートされ，臨床調査個人票等が改定されますのでご了知ください。

1．臨床調査個人票の改正について

令和８年４月１日付で臨個票が改正されました。改正された臨個票については，下記の厚労省ホームページ「指定難病」に掲載されています。

リンク先：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html

通し番号	告示番号	告示病名	主な改正箇所
1	38	スティーヴンス・ジョンソン症候群	・診断基準に関する事項中，医薬品副作用被害救済制度の項目を変更。
2	39	中毒性表皮壊死症	・診断基準に関する事項中，医薬品副作用被害救済制度の項目を変更。
3	116	アトピー性脊髄炎	・診断基準に関する事項中，Ａ．絶対基準に「（４）脊髄 MRI で３椎体異常の長大病変を認めない」，Ｃ．相対基準に「抗 plexin D1 抗体が陽性」を追記。

２．令和８年４月１日以降の新規申請時の取り扱いについて

１．の臨個票改正にともない，令和８年４月１日以降のスティーヴンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の特定医療費の支給認定の新規申請患者については，以下の点にご留意の上，必要な対応をしていただくようお願いいたします。

（１） 医薬品副作用被害救済制度に該当する可能性があると判断した場合

スティーヴンス・ジョンソン症候群または中毒性表皮壊死症の患者のうち，医薬品の副作用に起因する可能性があると主治医が判断した場合は，当該患者に対し，医薬品副作用被害救済制度を案内ください（医薬品副作用被害救済制度の申請に必要な診断書は，臨個票とは別様式になることにご留意ください）。

※なお，医薬品副作用被害救済制度へ請求した結果不認定となり，指定難病の特定医療費の申請を行う場合は，当該患者は，医薬品副作用被害救済制度の不支給決定通知書（写しも可）を添えて申請を行うこととなります。医薬品副作用被害救済制度に請求済み（または請求予定）であり，かつ，指定難病の医療費助成の申請を行う予定の患者については，その状況を聞き取り，臨個票の②欄に必要事項を記入してください。

（２） 医薬品副作用被害救済制度に該当する可能性がないと判断した場合

（１）に該当しない場合は，臨個票の「「③ ①で「２．いいえ」の場合，その理由」の欄に判断の理由（「薬剤使用歴がない」など）を記入し，当該患者に対し，指定難病の特定医療費助成制度をご案内ください。

３．令和８年３月31日以前にすでに認定を受けている者に係る更新時の取り扱いについて

令和８年３月31日以前にすでに指定難病の医療費助成の認定を受けているスティーヴンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の患者の更新申請については，改正後の臨個票のうち，「①医薬品副作用被害救済制度による支給歴はあるか」の欄に，必要に応じて患者にも聞き取りの上，該当する項目にチェックを入れていただくよう，お願いいたします。

※なお，同一疾患において医薬品副作用被害救済制度による医療費の支給歴がある場合は，指定難病の特定医療費の対象外となります。

４．医薬品副作用被害救済制度について

医薬品副作用被害救済制度の請求に関し照会が必要な場合は，独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下，「PMDA」という）に直接問い合わせるよう，患者にご案内ください。

※ただし，指定難病の医療費助成制度の内容に関することや，本件事務連絡に係る経緯等はPMDAの担当外であることにご留意ください。

(PMDA健康被害救済部救済制度相談窓口)

電話：0120－149－931（フリーダイヤル）

受付時間：午前９時～午後５時／月～金（祝日・年末年始を除く）

Ｅメール：kyufu@pmda.go.jp

※請求に必要な書類は，PMDAのホームページからダウンロードすることが可能。
https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0004.html

向精神薬の処方を強く希望する患者にご注意
お詫びと訂正

前号にてお知らせしました標記内容につきまして，年齢と性別に誤りがございました。お詫び申し上げますとともに，訂正しあらためて掲載いたします。

下記の患者が，上京区等の医療機関を受診し，向精神薬の処方を要望されています。多量に服用している可能性も考えられることから，各医療機関におかれましては，十分ご注意ください。

向精神薬は，ご承知のとおり，中枢神経系に作用し精神機能に影響を及ぼすことからその誤用や乱用による保健衛生上の危害を防止するため，麻薬および向精神薬取締法に基づき流通が規制されています。

この件に限らず，薬物中毒と思われる患者が受診された場合には，情報収集し，注意喚起いたしますので，府医保険医療課（ダイヤルイン：075－354－6107）までご連絡ください。

記

① 昭和48年7月14日生まれの52歳男性
② 京都市職員共済組合の患者
③ 入眠剤（マイスリー，ハルシオン），安定剤（メイラックス）の処方を希望している模様

保険医療部通信

(第414報)

令和８年６月診療報酬改定について

令和８年６月診療報酬改定に関する「Q＆A」（その２）

◇厚生労働省疑義解釈資料（その２／４月１日付）

質問・未確定事項等	回　　答
〔電子的診療情報連携体制整備加算〕	
Q１　「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において，「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」とされているが，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に係る要件を満たす場合について，どのように考えればよいか。	Ａ１　電子的診療情報連携体制整備加算１に関する施設基準のうち，(11）のイ及びウを満たす場合には，「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」を満たすものとみなす。
〔急性期病院一般入院基本料〕	
Q２　急性期病院一般入院基本料の救急搬送及び全身麻酔の実績について，届出を行うに当たり，直近１年の実績で届出を行うのか。	Ａ２　前年度の４月から３月までの直近１年間のデータで届出を行うこと。
Q３　急性期病院一般入院基本料及び急性期総合体制加算の施設基準の全身麻酔による手術件数について，医科歯科併設の医療機関において，歯科医師が全身麻酔を用いて医科点数表と歯科点数表に共通の手術である抜歯手術を実施した場合，実績件数に含めてよいか。	Ａ３　歯科医師が，歯科点数表に基づき当該手術を実施した場合は，全身麻酔による手術件数に含めることはできない。
〔一般病棟用の重症度，医療・看護必要度〕	
Q４　救急患者応需係数の計算は直近の12か月で毎月計算する必要があるのか。	Ａ４　前年度の４月から３月までの直近１年間のデータで算出すること。
〔重症度，医療・看護必要度〕	
Q５　重症度，医療・看護必要度の救急患者応需係数について，「病床当たり年間救急搬送受入件数」の救急搬送受入件数は，入院症例だけでなく，外来症例も含むか。	Ａ５　そのとおり。

質問・未確定事項等	回　　答
Ｑ６　重症度，医療・看護必要度の救急患者応需係数の施設基準について救急患者応需係数を用いた割合指数の対象となる入院料及び入院基本料等加算はどの範囲か。	Ａ６　割合指数の対象となる入院料は急性期病院一般入院基本料，急性期一般入院基本料（急性期一般入院料６を除く），特定機能病院入院基本料（一般病棟の７対１入院基本料に限る）及び地域包括医療病棟入院料である。また，割合指数の対象となる入院基本料等加算は看護・多職種協働加算及び急性期総合体制加算である。
〔急性期総合体制加算〕	
Ｑ７「放射線治療（体外照射法）」が200症例以上との記載があるが，ここでいう症例とは,実患者数での計算になるのか。または，同一部位で照射方法等が変更となり，新たな計画が策定された場合（放射線治療管理料を新たに算定した場合等）については，同一患者でも複数として計算するのか。	Ａ７　同一疾病の一連の放射線治療については，途中で計画が変更された場合であっても１例として計算する。一方で，一連の放射線治療が終了後，再発等により新たな放射線治療が行われる場合には，同一患者であっても複数として計算する。
Ｑ８　急性期総合体制加算について，「医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合」とあるが，具体的にどのような場合か。	Ａ８　構想区域において，複数の医療機関がそれぞれに小児科，産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っている場合であって，地域医療構想調整会議において，医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて合意を得た結果，当該医療機関のうち，現に急性期総合体制加算の届出を行っているもののいずれかが，当該診療科の標榜又は当該診療科に係る入院医療の提供を中止する場合を指す。 　なお，急性期総合体制加算の届出以前に総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出を行っており，既に地域医療構想調整会議で合意を得た場合も，上記に含むものとする。
Ｑ９　各種実績において，例えば「消化管内視鏡手術」600件以上の計算方法について，内視鏡を用いて一度に行われる一連の手技で，急性期総合体制加算の施設基準通知の１の（２）のカに規定する手術の複数の項目に該当する場合は，該当手術の数を計上するのか。	Ａ９　１回としてカウントする。

質問・未確定事項等	回　　答
〔外科医療確保特別加算〕	
Q10　外科医療確保特別加算を算定する診療科については，地域医療体制確保加算２の２の（３）に規定する特定診療科であることとあるが，地域医療体制確保加算２を届出ている必要があるか。	A10　原則として地域医療体制確保加算２を届け出ている必要がある。ただし，特定機能病院において，地域医療体制確保加算の施設基準通知の１の（３）及び（４）に規定する病院勤務医の負担軽減・処遇改善等に資する体制に係る基準並びに２の（３）及び（４）に規定する特定診療科に係る基準を満たす場合には，地域医療体制確保加算２を届け出ていなくても，「地域医療体制確保加算２の２の（３）に規定する特定診療科である」の要件を満たすこととする。
〔医師事務作業補助体制加算〕	
Q11 「A207－2」医師事務作業補助体制加算の施設基準において，「①（生成AIを活用した文書作成補助システム）を含むものを当該医療機関内で組織的に導入し，当該医療機関に勤務する大半の医師及び医師事務作業補助者が日常的に活用すること」等とあるが，具体的にどのようなことを指すか。	A11　①の生成AIを活用した文書作成補助システム及び②の医療文書用の音声入力システムについては，医師又は医師事務作業補助者の過半数が当該システムを少なくとも毎週使用していること。③のRPAについては，診療サマリーやデータベースへの入力等の医師事務作業補助者が行うことのできる業務のうち，５業務以上に活用され，毎年追加されていること。また，④の10種類以上の患者向け説明動画については，１日当たりの使用回数が，外来を含めて一般病床数の概ね15％（療養病床，精神病床にあっては５％）以上であることを目安とする。
Q12　10種類以上の患者向け説明動画とは，入退院時の説明，検査・処置，麻酔・鎮静，手術，インフォームド・コンセント及び医療安全・感染対策等の各領域について，領域の異なる動画が10種類以上必要になるのか。	A12　少なくとも３つの領域の説明動画が合計10種類以上用意されていること。
Q13 「A207－2」医師事務作業補助体制加算の施設基準において，「当該医療機関において導入し，活用しているとして届け出たものについて，当該医療機関に配置される全ての医師事務作業補助者に対し，操作方法及び生成AIの適切な利用に関する研修を実施」とあるが，生成AIの適切な利用に関する研修とは，どのような研修が該当するのか。	A13　当該研修は，以下に掲げる生成AIの活用に係る事項を満たす必要がある。 ・医療分野における生成AIの特徴や利用時のリスク（ディープフェイク，正確性・信頼性，バイアス・公平性，透明性・説明責任等）とその対策例，生成AIの利用者が特に注意すべきポイント等を示していること。その際，生成AIを提供する事業者の協力のもと，当該医療機関の使用する生成AIの特性に即した事項を含むことが望ましい。 ・年１回程度定期的に開催するほか，必要に応じて開催すること。

質問・未確定事項等	回　　答
	・当該医療機関の医師事務作業補助者及び当該生成AIを活用する医師等は，原則として，研修を受講したことがあること。やむを得ず受講できなかった場合には，その後の開催時に受講するよう努めること。 ・研修の実施内容（開催又は受講日時，出席者，研修項目）について記録すること。 　なお，研修の実施に際して，非営利法人 医療AIプラットフォーム技術研究組合が公開している「医療・ヘルスケア分野における生成AI利用ガイドライン（第２版）」の資料（※）を活用することとして差し支えない。 ※ https://haip-cip.org/assets/documents/nr_20250711.pdf
Q14　ICT機器を活用する場合の，医師事務作業補助者の配置人数の算入方法を用いる場合，医師事務作業補助体制加算１の施設基準「当該医療機関において３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が，それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。」を満たすにあたって，どのように考えればよいか。	A14　医師事務作業補助者の配置基準に基づく必要数に対して，ICT機器を活用する場合の配置人数の算入方法で算出した配置数の５割以上が「当該医療機関において３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者」であること。
〔地域医療体制確保加算〕	
Q15　地域医療体制確保加算２の施設基準に定める消化器外科，心臓血管外科，小児外科及び循環器内科とは，どのような診療科があてはまるのか。	A15　消化器外科とは，消化器に係る手術等の外科的治療を，心臓血管外科とは循環器に係る手術等の外科的治療を，小児外科とは15歳未満の手術等の外科的治療を，循環器内科とは循環器に係る内科的治療（カテーテル治療等を含む。）を主として行っており，各特定診療科において，原則として当該特定診療科以外の診療科の診療を実施していないこと。ただし，希少な部位の手術等を併せて担当しており当該分野の手術等が全体の１割未満の場合，当直等において臨時に他科の診療に従事する場合，臨床研修終了後概ね10年以内の若手医師が他の診療科の修練を合わせて行う場合は差し支えない。 　また，特定診療科における診療内容，当該特定診療科の所属医師とその専門医資格（専門研修医の場合は当該専門研修プログラム名）及び主たる診療内容を病院ホームページに公開していること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q16　例えば，消化器外科，乳腺外科及び甲状腺外科の複数の外科系診療科が外科として診療を実施している場合，消化器外科ではなく，外科系診療科全体として特定する必要があるか。	A16　外科系診療科全体として特定することができるのは，当該診療科を他の外科系診療科と区別することが困難な場合に限られる。消化器外科，乳腺外科及び甲状腺外科の複数の分野の外科系診療科が1つの診療科として呼称されている場合（以下単に「外科」という。）であっても,実態として，外科において，消化器外科に専ら従事している常勤医師が特定可能であり，消化器外科として，「A252」地域医療体制確保加算の施設基準2の（3）及び（4）満たし，かつ，原則として消化器外科以外の診療科の診療を実施していない場合（希少な部位の手術等を併せて担当しており当該分野の手術等が全体の1割未満の場合，当直等において臨時に他科の診療に従事する場合，臨床研修終了後概ね10年以内の若手医師が他の診療科の修練を合わせて行う場合を含む。）には，外科のうち消化器外科を特定診療科として特定して差支えない。 　その際，消化器外科における診療内容，当該消化器外科の所属医師とその専門医資格（専門研修医の場合は当該専門研修プログラム名）及び主たる診療内容を病院ホームページに公開していること。
Q17 「全国的に若手の医師数が減少傾向にある消化器外科，心臓血管外科，小児外科及び循環器内科のうち，地域でも医師の確保が特に必要な診療科を3つ以内で特定」と記載されているが4つ（全ての診療科）では基準を満たさないということか。	A17　特に配慮すべき診療科を3つ以内で特定し届出する必要がある。ただし,届出を行っていない4つ目の診療科についても，同様に，勤務環境・処遇改善等についてそれ以外の診療科と異なる配慮を実施していても差支えない。
Q18　処置及び手術の休日・時間外・深夜加算1並びに地域医療体制確保加算2において，チーム制を導入する場合には，「休日，時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において，2名以上（当該診療科に配置されている医師の数が5名未満の場合は1名以上）の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。」とされているが，チーム制に参加している医師のうち，1名が病院長等で緊急呼出し当番を行っていない場合や，非常勤医師である場合は，当該診療科に配置されている医師1名としてカウントされるか。	A18　処置及び手術の休日・時間外・深夜加算1並びに地域医療体制確保加算2を届け出る診療科においてチーム制を導入する場合には，原則，所属医師全員がチーム制に参加している必要があり，当直等の回数にかかわらず，所属診療科の常勤医師を全てカウントする必要がある。また，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医師については常勤換算し常勤医師数に算入すること。なお，その上で，個々の医師の緊急呼出し当番や当直の回数等については，実態に応じた方法でよく，緊急呼出し当番を行わない医師がいることは差し支えない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q19 「外科系診療科全体を２診療科として特定した」場合，チーム制における２名以上の緊急呼出当番を担う医師を置いていることについては２診療科分の４名を置く必要があるのか。	A19　外科医系診療科全体を特定した場合，当該外科系診療科全体としてチーム制を導入している必要があるため，２名以上の緊急呼び出し当番（当該外科系診療科全体で医師の数が５名未満の場合は１名）を置くことで差し支えない。
〔医療提供機能連携確保加算〕	
Q20 「A254」医療提供機能連携確保加算の「外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。）の実績」については，当該加算を算定する医療機関が所在する二次医療圏において満たす必要があるか。	A20　必ずしも当該加算を算定する医療機関が所在する二次医療圏において満たすことは要しない。なお，施設基準通知（１）のアからエまでに規定する「当該地域」とは，「人口の少ない地域」を指し，アからエまでのいずれかのうち２つ以上を，人口の少ない地域に該当する同一の二次医療圏において満たす必要があり，その上で（２）を満たす必要があることに留意されたい。
Q21 「A254」医療提供機能連携確保加算の施設基準における「巡回診療」とはどのような診療を指すのか。	A21　当該加算における「巡回診療」とは，「巡回診療の医療法上の取り扱いについて」（昭和37年6月20日付け医発第554号厚生省医務局長通知）に基づき，当該加算を算定する病院の事業として行われる診療（保険診療として行うものに限る。）を指す。
〔入院料等〕	
Q22　第２部入院料等の通則５（２）において，「短期滞在手術等基本料３，医学管理等（診療情報提供料を除く。），在宅医療，投薬，注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き，処方料，処方箋料及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は算定できない。」とあるが，この「診療情報提供料」は何を指すのか。	A22 「B009」診療情報提供料（Ⅰ），「B010」診療情報提供料（Ⅱ）及び「B011」連携強化診療情報提供料を指す。
〔入院診療計画の基準〕	
Q23　入院診療計画書については，患者等に交付した文書の写しを診療録に添付することとされているが，電磁的方法により診療情報の記録及び保存を行っている場合には，診療録に患者等に交付したものと同じ内容の文書が電子媒体で保存されており，その文書を用いて説明を行った日及び説明者が記載されていることでよいか。	A23　そのとおり。

質問・未確定事項等	回　　答
〔入退院支援加算〕	
Q24 「A246」入退院支援加算において，退院困難な要因の中に「患者の意思決定支援や退院後の生活に向けた調整を行うに当たって,家族や親族との連絡が困難であること」が加わったが,具体的にどのような場合か。	A24　患者との意思疎通が困難であり患者の治療方針等に関する意思決定支援のために家族や親族との連絡を行う必要がある場合又は患者の退院後の生活に向けた調整を行うために家族や親族との連絡を行う必要がある場合であって，患者本人への確認や患者が入院前に利用していた医療・介護・福祉サービスの事業者，行政機関等への照会を行う等によって家族や親族を特定する努力を行ったにもかかわらず，家族や親族が特定できない場合や，家族や親族への相談を本人や当該家族・親族が拒んでいる場合を指す。なお，こうした場合であっても，必要に応じて，家族や親族以外で治療方針等に関する意思決定や退院の支援を行う者を特定して連絡する等，適切な対応を行うこと。
〔看護補助・患者ケア体制充実加算〕	
Q25　名称変更された「看護補助・患者ケア体制充実加算」の施設基準における所定の研修は，従来の看護補助体制充実加算に係る研修と同様と考えてとよいか。	A25　よい。名称が変更されたのみであり，研修内容には特段の変更は生じない。したがって，従来，認められていた研修については，継続して施設基準に係る研修であることが認められる。なお,「看護補助・患者ケア体制充実加算」の施設基準に係る研修を引き続き実施するに当たり，過去に実施した研修を含めて，施設基準に係る研修として認められていることを周知の際に明記する場合には，再度，研修内容の確認を要すこと。
Q26 「A101」療養病棟入院基本料及び「A106」障害者施設等入院基本料の看護補助・患者ケア体制加算１の施設基準において,「当該医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が,５割以上配置されていること。」とあるが,当該加算の届出を行っている病棟の看護補助者の必要数の５割以上を当該病棟に配置することでよいか。	A26　そのとおり。
〔電子的診療情報連携体制整備加算〕	
Q27 「A205－7」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において,「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し，その一部はネットワークから切り離したオフラインで保管していること。」とあるが,「非常時に備えた医療情報システム」とは，何を指すか。	A27　ここでいう医療情報システムは，非常時において継続して診療が行えるために最低限必要なシステムを想定しており，電子カルテシステム，オーダーリングシステムやレセプト電算処理システムを指す。

質問・未確定事項等	回　　答
Q28 「A205－7」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において，「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し，その一部はネットワークから切り離したオフラインで保管していること。」とあるが，「バックアップを複数の方式で確保」とは具体的にどのようなものを指すか。	A28　例えば，HDD と RDX（Removable Disk Exchange system），クラウドサービスと NAS（Network Attached Storage）など複数の媒体でバックアップを保存することなどが考えられる。
Q29　問 28 における「バックアップ」について，例えば，クラウドサービスにおいてオンラインでデータを保存するとともに，オフラインのバックアップを取っている場合について，どのように考えればよいか。	A29　クラウドサービスを利用したバックアップの考え方については，以下の考え方に基づき，対応すること。 ①　クラウドサービスから，専用アプリを用い抽出したデータを，RDX など別の媒体で保管している場合には要件を満たしているとされるが，この場合においても世代管理も十分に行うことに留意されたい。 ②　クラウドサービスから外部の記録媒体（NAS 等）に自動でデータが転送される場合であって，常時（データ転送の際を除く。）ネットワークから切り離した状態でのバックアップを行っている場合には要件を満たしているとされる。 ③　クラウドサービスから，当該クラウドサービス内の他の論理的に切り離されている領域にバックアップ（いわゆるオフサイトバックアップ）を取っている場合であって，災害時等に速やかにデータ復旧が可能な状態にある場合には，要件を満たしているとされる。 なお，ネットワークから切り離したオフラインで保管していることについては，医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているかについても十分に確認されたい。
Q30　問 28 において，例えば，電子カルテなどのオンラインのサーバからインターネットを介して別の媒体である RDX，NAS 等にバックアップを取った場合は要件を満たしているといえるか。	A30　単にバックアップを取るだけではなく，当該媒体が常時ネットワークから切り離された状態（データ転送の際を除く。）であって，データ転送にてバックアップが取得された後に，ネットワークと完全に切り離された状態であることを十分に確認し，バックアップデータを適切に保存した場合に限り要件を満たす。 したがって，媒体がネットワークから切り離されたオフラインでのバックアップがされていない場合やネットワークと完全に切り離されている状態であることを確認することができない状態である場合は要件を満たさない。

質問・未確定事項等	回　　答
	なお，常時ネットワークから切り離したオフラインで保管が可能な状態であるかについては，医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているかについても十分に確認されたい。
Q31 「A205－7」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において，「例えば，日次でバックアップを行う場合，数世代（少なくとも３世代）確保する等の対策を行うこと。」とあるが，世代管理について，日次のバックアップは，差分のバックアップでよいのか。また，週次，月次のバックアップはどのように考えればよいか。	A31　週次や月次の世代管理・方法については，病院の規模やバックアップの方式等によって異なることから一概に示すことが難しいが，緊急時に備えるために適した方法でリスクを低減する対策を講じること。
〔包括期充実体制加算〕	
Q32 「A204－4」包括期充実体制加算の施設基準のうち，令和８年度診療報酬改定で新設された介護支援等連携指導料２は令和８年５月以前は算定することができないが，同年６月から届け出るための実績としては，退院時共同指導料２のみで満たす必要があるのか。	A32　令和８年８月以前に届け出るために，５月以前の期間が実績の算出対象期間となる場合には，同年５月以前に算定された改定前の医科点数表の「B005－1－2」介護支援等連携指導料の算定回数を実績に含めて差し支えない。ただし，届出以降に毎月実績を算出する際には，６月以降の実績については介護支援等連携指導料１の実績は用いず，退院時共同指導料２及び介護支援等連携指導料２のみで算出する必要があり，それにより施設基準を満たさなくなった場合は届出を取り下げること。
〔包括期充実体制加算〕	
Q33 「A204－4」包括期充実体制加算の施設基準において，「当該医療機関で受入が可能な疾患や病態について，地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行っていること。協議を踏まえ，連携する他の医療機関における救急患者の転院体制に係る受入先の候補としてリストに掲載されていることが望ましい。」とあるが，地域のメディカルコントロール協議会に必ず参加する必要があるのか。	A33　以下のような場合は，必ずしもメディカルコントロール協議会への参加を要しない。 ①　在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場，複数の病院が参加する地域の医療体制に係る会議又は連絡体等，高齢者の緊急患者等の搬送ルールについて話し合う場において，当該医療機関が受入可能な疾患や病態について，定期的に情報発信がなされている ②　近隣の医療機関と定期的に情報共有を行い，当該医療機関が受入可能な疾患や病態について，情報提供している なお，これらの取組の例として，例えば「傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」等において，適切な病態の搬送先病院リストに入っていることや，連携先の病院と個別に下り搬送についての申し合わせがなされていることなどが考えられる。

質問・未確定事項等	回　　答
〔情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務効率化の施設基準〕	
Q34 「A207－2」医師事務作業補助体制加算において「生成 AI その他の AI 技術を用いる製品・サービスについては，経済産業省及び総務省が公表する「AI 事業者ガイドライン」に基づき，適切なリスク対策等を講じている事業者が提供しているものであること。」とされているが，情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務効率化の施設基準において AI 技術を用いる場合も同様か。	A34　そのとおり。
Q35 「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 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 7 号）別添 2 の第 2 の 19（1）で規定する「アからウまでに掲げる ICT，AI，IoT の機器等（以下「ICT 機器等」という。）を全て導入しており，当該病棟の看護職員等が広く使用していること」とはどのような場合か。	A35　アの見守りにおける業務の効率化に資する ICT 機器等については，「患者の状態や，患者又はその家族等の意向に応じ，一部の患者に当該機器を使用せず個別に見守りを行うこと又は当該機器の使用を一時的に停止することは差し支えない。」としていることから，適切に患者の状態を判断した上で，1 月当たりの平均で当該病棟の入院患者の概ね 2 割以上が当該機器を使用していること。 　イの看護記録の作成等の効率化に資する ICT 機器等については，概ね全ての看護職員が週に 1 回程度当該機器を使用していること。 　ウの医療従事者間の情報共有の効率化に資する ICT 機器等については，当該日に勤務する概ね全ての看護職員が当該機器を使用していること。
〔看護・多職種協働加算〕	
Q36 「A215」看護・多職種協働加算においては看護職員，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを 25 対 1 で配置することとなっているが，看護職員のみの配置で他職種を配置しなくても算定できるのか。	A36　算定可能。
〔地域支援・医薬品供給対応体制加算及び地域支援・外来医薬品供給対応体制加算〕	
Q37 「A243」地域支援・医薬品供給対応体制加算及び「F100」処方料の「注 8」地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の施設基準における「単品単価交渉」とは何を指すのか。	A37 「単品単価交渉」とは，他の医薬品の価格の影響を受けず，地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ，取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。なお，取引先と個別品目ごとに取引価格を決めていたとしても，例えば，次に掲げる交渉については，単品単価交渉に該当しない。 ア　総価値引率を用いた交渉（総価交渉や総価交渉除外有りを含む。）

質問・未確定事項等	回　　答
	イ　全国最低価格に類する価格をベンチマークとして用いた交渉 ウ　ベンチマークを用いた交渉のうち，配送コストなどの地域差及び購入金額，支払条件，返品，急配等の取引条件を考慮していない単価をベンチマークとし，当該価格で決定する一方的な交渉 エ　法人格・個人事業主が異なる加盟施設との取引価格の交渉を一括して受託する業者の価格交渉について，加盟施設ごとの地域差や取引条件等を考慮しない取引価格での交渉や加盟施設の確認が行われない交渉
〔特定集中治療室管理料〕	
Q38　「A301」特定集中治療室管理料1の施設基準における「特定集中治療の経験を5年以上有し，特定集中治療に係る適切な研修を修了した医師」とはどのような医師を指すのか。	A38　以下の①から③までのすべてを満たす医師を指す。 ①　集中治療部門での勤務経験を5年以上有している。 ②　特定集中治療に係る専門医試験における研修を修了している。 ③　日本集中治療医学会等の関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講している。 ③の講習会については，実講義時間として合計30時間以上（講師としての参加を含む。）であり，下記の内容を含むものとする。届出に当たっては，研修を修了していることが確認できる文書を提出すること。 ・呼吸管理（気道確保，呼吸不全，重症肺疾患） ・循環管理（モニタリング，不整脈，心不全，ショック，急性冠症候群） ・脳神経管理（脳卒中，心停止後症候群，痙攣性疾患） ・感染症管理（敗血症，重症感染症，抗菌薬，感染予防） ・体液･電解質･栄養管理,血液凝固管理(播種性血管内凝固,塞栓血栓症,輸血療法) ・外因性救急疾患管理（外傷，熱傷，急性体温異常，中毒） ・その他の集中治療管理(体外式心肺補助,急性血液浄化，鎮静／鎮痛／せん妄) ・生命倫理・終末期医療・医療安全 なお，③については，現時点では以下に示す講習会が該当する。 ・敗血症セミナー ・リフレッシャーセミナー

質問・未確定事項等	回　　答
	・終末期医療における臨床倫理問題に関する教育講座 ・FCCS（Fundamental Critical Care Support）セミナー ・JICECセミナー ・MCCRC（Multiprofessional Critical Care Review Course）in JAPAN
〔リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算〕	
Q39 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の専従の理学療法士等及び専任の管理栄養士が病棟で従事する時間を，看護・多職種協働加算の勤務実績の時間に算入し様式9に記載することは可能か。	A39　不可。
Q40　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（連携加算）は病棟ごとに異なる区分の届出が可能か。	A40　病棟ごとに異なる区分の届出が可能。
〔リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算，リハビリテーション・栄養・口腔連携加算〕	
Q41 「A308－3」地域包括ケア病棟入院料についてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定が可能となったが，「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算や「A304」地域包括医療病棟の注11に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する病棟から，同一医療機関内のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する地域包括ケア病棟へ患者が転棟した場合，リハビリテーション・栄養・口腔連携加算は引き続き算定できるのか。	A41　同一医療機関内の別の入院料を算定する病棟で既にリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算又はリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定していた場合，転棟後の病棟では，当該加算の算定開始日から14日以内であっても，リハビリテーション・栄養・口腔連携加算は算定できない。ただし，ADL，栄養状態，口腔状態についての評価及び評価に基づく計画は，転棟前のものを引き継いで差し支えない。この場合においても，リスクに応じた期間で定期的な再評価を行うこと。
Q42　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(連携加算)の施設基準において，「当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお，当該専任の管理栄養士として配置される病棟は，1名につき1病棟に限る。」とあるが，例えば1つの病棟で「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する病室と「A308－3」地域包括ケア病棟入院医療管理料の「注14」リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する病室が混在する病棟は，当該1病棟に専任の常勤の管理栄養士を1名配置することで差し支えないか。	A42　差し支えない。

質問・未確定事項等	回　　答
〔認知症ケア加算，身体的拘束最小化推進体制加算〕	
Q43 「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８年３月５日保医発0305第７号）別添２の第１の７に掲げる身体的拘束最小化の基準における（６）のウ及び（７）のイの（ハ）の研修について，「A247」認知症ケア加算に係る研修に身体的拘束最小化の内容を兼ねるものとした場合には，当該研修で，身体的拘束最小化の基準と認知症ケア加算の施設基準における研修の基準をいずれも満たすものと考えてよいか。	A43 当該研修が通則の身体的拘束最小化の基準に規定する研修内容を含むものである場合には，満たすものとすることができる。ただし，身体的拘束最小化の基準については，「認知症患者に係わる職員」だけでなく，「入院患者に係わる職員」が対象であることに留意すること。
〔回復期リハビリテーション病棟入院料〕	
Q44 「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８年３月５日保医発0305第７号）別添４の第11の１の（13）のウに規定する「介護保険によるリハビリテーション」とは，具体的にどのようなリハビリテーションを指すのか。	A44 介護保険による訪問リハビリテーション，通所リハビリテーション，介護予防訪問リハビリテーション，介護予防通所リハビリテーション又は介護保険施設で，医師，理学療法士，作業療法士又は言語聴覚士により行われるリハビリテーションであって，高次脳機能障害者に適したものを指す。
Q45 「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８年３月５日保医発0305第７号）別添４の第11の１の（13）のウにおいて，高次脳機能障害を有する患者が退院後に利用する予定の医療機関又は生活介護等を提供する事業所若しくは施設に対し，リハビリテーション総合実施計画書等を文書にて提供することとされているが，「利用する予定」とはリハビリテーションの利用だけでなく，単に受診する予定やケアプランの作成を受ける予定等を含むのか。	A45 医療保険，介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションを利用する場合のみを指し，単に受診する予定やケアプランの作成を受ける予定等は含まれず，単に受診する別の医療機関や担当の介護支援専門員が所属する居宅介護支援事業所等は文書の提供先に含まない。
Q46 「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８年３月５日保医発0305第６号）の「A308　回復期リハビリテーション病棟入院料」の(13)のイの①において，リハビリテーション実績指数の算出にあたっては，「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点が５点以下から６点以上に上がった場合，退棟時又は退室時のFIM運動項目の得点から，入棟時又は入室時のFIM運動項目の得点を控除したものに１点加えることとされているが，２項目のいずれも該当する必要があるのか。あるいは，どちらか１項目が該当する場合でも，１点を加えるのか。	A46 それぞれの項目が「入棟時又は入室時に５点以下，かつ，退棟時又は退室時に６点以上だった場合」にそれぞれ１点を加え，どちらか１項目の得点のみが入棟時又は入室時に５点以下，かつ，退棟時又は退室時に６点以上に該当する場合であっても，退棟時又は退室時のFIM運動項目の得点から，入棟時又は入室時のFIM運動項目の得点を控除したものに１点を加える。

質問・未確定事項等	回　　答
Q47　重症の患者の対象である「高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。)」には，基本診療料の施設基準等別表第九に標準的算定日数が 180 日となる対象として示されている高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害のみでなく，高次脳機能障害を伴った頭部外傷，脳腫瘍，脳炎，急性脳症も含まれるか。	A47　含まれる。
Q48　令和８年度診療報酬改定において，実績指数の計算方法，除外対象及び基準が見直されたが，令和８年７月以降にリハビリテーション実績指数を求めるに当たって，算出方法や除外対象患者をどのように考えればよいか。	A48　リハビリテーション実績指数の計算の除外対象及び除外割合については，入棟時の基準が適用されるため，それぞれ令和８年５月 31 日までに入棟又は入室した患者の入棟又は入室月においては，令和８年度診療報酬改定前の基準を用いてよい。なお，入棟時の FIM 運動項目の得点が 20 点以下で，退棟又は退室までの疾患別リハビリテーション料の１日あたり平均実施単位数が６単位を超えた場合に，除外患者とできなくなる取り扱いは，令和８年５月 31 日までに入棟又は入室した患者については，同年６月１日以降に退棟又は退室した場合であっても適用しなくてよい。 　なお，FIM 運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」が入棟時５点以下から退棟時６点以上に上昇したものの場合に各項目につき１点加点する計算方法については，リハビリテーション実績指数を令和８年７月以降に算出する場合には，算出対象となる期間の全ての患者に適用して差し支えない。
Q49　回復期リハビリテーション強化体制加算の届出は，実績指数の算出月にしか行えないのか。それとも令和８年６月１日から算定するための届出期間内に，直近６か月の実績を算出して届出を行ってよいのか。この場合，実績指数の算出対象期間はどうなるか。また，退院前訪問指導料はこれまで回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されていたが，当該指導料の算定回数ではなく，退院前訪問指導を実施した実績により届出を行ってよいのか。	A49　回復期リハビリテーション強化体制加算の届出にあたっては，リハビリテーション実績指数の算出月以外であっても，届出を行う前月までの６か月間を算出期間としたリハビリテーション実績指数を算出した上で届け出ることができる。この場合においては，問 48 に関わらず，対象期間の全ての患者について，令和８年度診療報酬改定後の基準で実績指数の計算を行うこと。 　なお，算出期間に退院した患者が入棟した月について，実績指数の算出から除外した入棟患者のうち，次の患者を算出対象に加え，各月の除外患者の割合が 100 分の 20 を超えないようにすること。(この場合に限り，入棟時に除外対象とした患者であっても，退院後に実績指数の算出対象に加えることができる。)

質問・未確定事項等	回　　答
	・改定後の除外対象の要件を満たさない患者 ・除外患者の割合が100分の20を超える場合は，改定後の除外対象の要件を満たす患者 また，退院前訪問指導の実施に係る施設基準については，実施した実績により届け出ること。
〔回復期リハビリテーション強化体制加算〕	
Q50　回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準である自宅退院患者に対する退院前訪問指導の実施割合の算出に当たっては，「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８年３月５日保医発0305第６号）の「B007」退院前訪問指導料の（２）に基づき，１人の患者に入院後早期と退院前の２回の訪問指導を行った場合であっても，分子となる患者数は１人として算出するのか。	A50　そのとおり。
Q51　回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準において，退院前訪問指導の実施割合の計算対象となる「直近６か月間に自宅へ退院した患者」について，「自宅」とは患者の自宅のみを指すのか。	A51　自宅とは，高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅を含むが，「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８年３月５日保医発0305第６号）の「C002－2」施設入居時等医学総合管理料（３）のアに規定する施設のうち（ホ）以外並びに障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設，事業所及び福祉ホームはいずれも「自宅」に含まず，これらに退院する患者については，割合を算出する際の分子・分母のいずれにも含めないこと。
Q52　回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準である退院前訪問指導の実施割合の算出にあたって，同一医療機関内の他病棟で退院前訪問指導を実施した後に回復期リハビリテーション病棟へ転棟し自宅に退院した患者については，計算に含めるのか。	A52　実施割合の算出にあたり，退院前訪問指導を実施した患者として分子に含めて計算できる。
〔短期滞在手術等基本料３〕	
Q53　令和８年５月31日以前からDPC対象病院に入院している患者に対して，短期滞在手術等基本料３の対象手術等を実施し，当該患者が同年６月１日以降に退院した場合，短期滞在手術等基本料３を算定できるか。	A53　令和８年５月31日以前からDPC対象病院に入院している患者については，短期滞在手術等基本料３は算定しない。

質問・未確定事項等	回　　答
〔心不全再入院予防継続管理料〕	
Q54 「B001－10」の心不全再入院予防継続管理料における「関係学会より示されているガイドライン」とは，具体的には何を指すのか。	A54 現時点では，日本循環器学会及び日本心不全学会の「心不全診療ガイドライン」を指す。
Q55 「B001－10」心不全再入院予防継続管理料について，心不全再入院予防継続管理料１又は２の届出を行っている医療機関は，心不全再入院予防継続管理料３を届出できるか。	A55 届出できない。
Q56 「B001－10」の「１」心不全再入院予防継続管理料１の施設基準において，「一般病棟入院基本料，７対１入院基本料，10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている医療機関の病棟であること。」とされているが，特別入院基本料を算定する病棟は対象に含まれるか。	A56 含まれない。
Q57 心不全再入院予防継続管理料の施設基準における医師，看護師，保健師及び管理栄養士のそれぞれの経験は，過去に複数の施設での経験を合算して満たすことでもよいか。	A57 よい。
Q58 「B001－10」の「１」心不全再入院予防継続管理料１及び「２」心不全再入院予防継続管理料２の施設基準における医師，看護師又は保健師及び管理栄養士の「心不全の予防指導に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A58 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。

質問・未確定事項等	回　　答
〔遺伝性疾患療養指導管理料〕	
Q59　令和８年度診療報酬改定において，検体検査判断料の「遺伝カウンセリング加算」等が廃止され，第１部医学管理等に「B001－11 遺伝性疾患療養指導管理料」が新設されたが，その趣旨如何。	A59　関係学会による医療技術評価の提案を契機とし，質の高いゲノム医療を推進する観点から，遺伝カウンセリング及び遺伝学的な情報に基づく療養指導に係る評価について議論され，見直しが行われたもの。 　これにより，遺伝学的検査等の実施時だけではなく，必要な場面において，適切な時期に，質の高い医学管理が実施されることが期待される。
〔遠隔連携診療料〕	
Q60 「B005－11」遠隔連携診療料の「注１」及び「注３」について，対象患者として，難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病の患者とあるが，指定難病の患者とは，同法第７条第４項に規定する医療受給者証が交付されている患者（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）を指すのか。	A60　医療受給者証の交付の有無にかかわらず，指定難病と診断されていれば対象となる。
〔退院後訪問栄養食事指導料〕	
Q61 「B007－3」退院後訪問栄養食事指導料について，医療機関の管理栄養士が，患者等の同意を得た上で，同一の医療機関又は特別の関係にある訪問看護ステーションの看護師に同行して患家等を訪問し，栄養管理に係る指導等を行った場合は，「B007－2」退院後訪問指導料又は「C005」在宅患者訪問看護・指導料等と同日に算定できるか。	A61　各指導料に規定する指導等の時間が重複しない場合は，算定できる。
〔第３部検査 第１節検体検査料 第１款検体検査実施料〕	
Q62 「C005」在宅患者訪問看護・指導料，「C005－1－2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は「C005－1－3」訪問看護遠隔診療補助料の算定日に，看護師又は准看護師といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって，患者の診療を担う保険医の指示に基づき，当該医療機関の看護師又は准看護師が，当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は，第１節第１款検体検査実施料を算定することが可能か。	A62　可能。

質問・未確定事項等	回　　答
〔コンピューター断層撮影（CT撮影）〕	
Q63 「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）において「128列以上のマルチスライス型の機器による場合」とあるが，ここでいう「128列以上」とは，X線管球1回転当たりに体軸方向に128列以上又は複数のX線管球の装置においては合わせて128列以上のデータ収集機構によるものと考えてよいか。	A63　そのとおり。
〔血流予備量比コンピューター断層撮影解析〕	
Q64 「E200－2」血流予備量比コンピューター断層撮影解析について，項目名及び算定要件が変更されたが，令和8年5月31日以前に「E200－2」血流予備量比コンピューター断層撮影として算定していた診療行為については，同年6月1日以降は「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき），同「注4」の冠動脈CT撮影加算及び「E200－2」血流予備量比コンピューター断層撮影解析を算定するのか。	A64　そのとおり。
〔処方料〕	
Q65　第2部在宅医療第1節又は第2節の所定点数を算定し，在宅において患者が自己注射を行う薬剤について院内処方を行った場合に，「F000」調剤料，「F100」処方料，「F200」薬剤及び「F500」調剤技術基本料は算定できるのか。	A65　当該薬剤のみを処方する場合には，算定不可。当該薬剤の費用については，「C200」薬剤により算定する。なお，当該薬剤以外を併せて処方する場合においては，それぞれ「F000」調剤料，「F100」処方料，「F200」薬剤及び「F500」調剤技術基本料の算定要件等に従い，別途算定できる。
〔処方箋料〕	
Q66　第2部在宅医療第1節又は第2節の所定点数を算定し，在宅において患者が自己注射を行う薬剤について，保険薬局で保険調剤を受けさせるために，患者に院外処方箋を交付した場合に，「F400」処方箋料は算定できるのか。	A66 「C002」在宅時医学総合管理料等の，投薬の費用が所定点数に含まれている管理料等を算定する場合を除き，「F400」処方箋料を算定可能。 ただし，注射器，注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

質問・未確定事項等	回　　答
〔疾患別リハビリテーション〕	
Q67　令和８年度診療報酬改定において，疾患別リハビリテーションについて，ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者については，「特定の患者」として取り扱うこととなったが，１単位の中で，訓練の一部にベッド上におけるポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練が含まれるが，それ以外の訓練が適切に行われる場合は「特定の患者」に該当しないと考えてよいか。	A67　そのとおり。
Q68　特掲診療料の施設基準等の別表第九の三のうち，脳血管疾患等の患者について，「脳血管疾患等の患者のうち発症日，手術日又は急性増悪の日から六十日以内のもの」に改定されたが，対象患者は「疑義解釈資料の送付について（その３）」（平成18年３月31日医療課事務連絡）別添１の問96と同様と考えてよいか。また，回復期リハビリテーション病棟において運動器リハビリテーション料を算定する患者が，当該項目に該当する場合，１日９単位を算定することができるのか。	A68　いずれもそのとおり。なお，手術は対象疾患に関連する手術であることに留意すること。これに伴い，「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和６年３月28日事務連絡）別添１の問112は廃止する。
Q69　令和８年度診療報酬改定において，心大血管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，運動器疾患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それぞれについて「離床を伴わないリハビリテーション」が新設されたが，以下のような事例は減算及び単位数制限の対象となる「特定の患者」に該当するか。 ①　最初の１単位はベッド上で他動的な訓練を行い，２単位目の途中から車椅子移乗した上で，計６単位のリハビリテーションを行った場合 ②　肺炎を発症したため，訓練室に移動せず，ベッド上で自ら膝の曲げ伸ばし等の運動や排痰を促す訓練を行った場合。 ③　ベッド上でギャッジアップし，高次脳機能障害や構音障害等に係る言語療法を行った場合	A69　それぞれ以下のとおり。「特定の患者」に該当しない場合は，離床を伴わないリハビリテーションではなく，各個別療法の例により算定すること。 ①　車椅子に移乗しているため「ベッド上のみ」で訓練したわけではなく，また内容としても「拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練のみ」を行ったわけではないため，特定の患者には該当しない。 ②　「ベッド上のみ」であるが，「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため，特定の患者に該当しない。 ③　「ベッド上のみ」であるが，「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため，特定の患者に該当しない。

質問・未確定事項等	回　　答
④　起立性低血圧を有する患者について，離床を目指して，耐久性向上のために観察しながら臥位から座位に移行し座位を保持する訓練を進めたが，結果的に端坐位に至らず終了した場合 ⑤　車椅子に移乗したうえで訓練室に移動し，訓練室のベッド上で他動的な関節可動域訓練のみを行った場合 ⑥　ベッド上で主に拘縮予防や褥瘡予防を目的とした他動的な関節可動域訓練やポジショニングのみを行った場合。	④「ベッド上のみ」であるが，「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため，特定の患者に該当しない。 ⑤　車椅子に移乗しており「ベッド上のみ」ではないため，特定の患者に該当しない。 ⑥「ベッド上のみ」で「拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練のみ」を行っているため，特定の患者に該当し，100分の90の点数による2単位までの算定の対象となる。
〔早期リハビリテーション加算〕	
Q70　令和８年度診療報酬改定において，早期リハビリテーション加算の起算日の要件及び算定期間が変更となったが，令和８年５月31日以前に入院した患者の起算日及び算定可能日数については，以下のそれぞれについて具体的にどのように考えればよいか。 ①　５月中に早期リハビリテーション加算の算定が開始され，６月１日時点で起算日から14日以内である場合 （例）　令和８年５月21日に慢性心不全の急性増悪を生じ，自宅療養したが改善しないため５月29日に入院し治療開始，同31日から心大血管疾患リハビリテーション料及び早期リハビリテーション加算の算定を開始した患者	A70　令和８年５月31日以前に早期リハビリテーション加算を既に算定している患者については，改定後も起算日を変更しない。なお，同年６月１日以降の算定期間は起算日から14日間となるため，６月１日時点で15日目以降であった場合は，６月１日以降は当該加算を算定することはできない。 ただし，６月１日時点で早期リハビリテーション加算の算定を開始していない場合は，改定後の基準により入院日を起算日とする。 ①　改定前後で起算日が異なる場合であっても，改定前の起算日に基づき，改定後に引き続いて起算日から14日目までが算定可能期間となる。 例示の場合は，改定前の基準に基づき，急性増悪を生じた日から７日目の日と治療開始日とを比較して，早いほうの５月27日を起算日として，５月31日までは改定前の早期リハビリテーション加算として25点が算定可能である。６月１日以降も起算日を変更せず，６月１日から９日までは改定後の早期リハビリテーション加算（４日目以降14日以内）として１単位につき25点が算定可能である。

質問・未確定事項等	回　　答
②　5月中に早期リハビリテーション加算の算定が開始され，6月1日時点で起算日から15日目以降である場合 （例）　令和8年5月4日に慢性心不全の急性増悪を生じ，自宅療養したが改善しないため5月12日に入院し治療開始，5月14日から心大血管疾患等リハビリテーション料及び早期リハビリテーション加算の算定を開始した患者 ③　6月1日時点で早期リハビリテーション加算の算定を開始しておらず，改定前の基準と改定後の基準で起算日が異なる場合。 （例）　令和8年5月23日に慢性心不全の急性増悪を生じ，自宅療養したが改善しないため5月31日に入院し治療開始，6月2日より心大血管疾患リハビリテーション料及び早期リハビリテーション加算の算定を開始した患者	②　改定前の起算日に基づき，6月1日時点で起算日から15日目以降である場合には，6月1日以降は早期リハビリテーション加算は算定できない。 例示の場合は，急性増悪を生じた日から7日目の日と治療開始日とを比較して，早いほうの5月10日を起算日として，5月31日までは改定前の早期リハビリテーション加算として25点が算定可能である。6月1日以降は，起算日は5月10日であり，既に起算日から23日目であり14日間を超えているため，早期リハビリテーション加算は算定できない。 ③　6月1日時点で早期リハビリテーション加算の算定を開始していない場合は，改定後の基準により入院日を起算日として算定可能である。 例示の場合は，改定後の基準に基づき，入院日である5月31日を起算日として，疾患別リハビリテーションを開始した6月2日から起算日の14日目にあたる6月13日まで，早期リハビリテーション加算として1単位につき6月2日は60点（1日目から3日目まで），6月3日から13日は25点（4日目以降14日以内）が算定可能である。
〔リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書〕	
Q71　「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8年3月5日保医発0305第6号）の第7部通則の4の4に「情報通信機器等を用いる場合を含む。」とあるが，医師の指示を受けた理学療法士等が説明する場合にも情報通信機器等を用いてよいか。	A71　よい。
〔リハビリテーション総合計画評価料〕	
Q72　「疑義解釈資料の送付について(その1)」（令和6年3月28日事務連絡）別添1の問195において，リハビリテーション総合計画評価料は，リハビリテーション総合実施計画書を作成し，計画書に基づいて行ったリハビリテーションの効果，実施方法等について多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能となるとされているが，リハビリテーション総合実施計画書の作成と多職種による評価を行った月が異なる場合は，評価を行った月に算定すればよいのか。	A72　そのとおり。

質問・未確定事項等	回　　答
Q73　令和８年度診療報酬改定において，リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の説明について，回復期リハビリテーション病棟以外では「医師の指示を受けた看護師，理学療法士，作業療法士若しくは言語聴覚士」が実施することが可能となったが，医師の指示はどのように受ければよいか。医師の指示について診療録への記載が必要か。	A73　リハビリテーション実施計画書（総合実施計画書）を作成した医師が他の職種による説明が可能と判断した症例については，当該医師が文書又は口頭で，計画書の内容を医師以外が行ってよい旨の指示を行うこと。なお，当該指示について必ずしも診療録への記載は要しない。 　これに伴い，「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和４年３月31日事務連絡）別添１の問201及び「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和２年３月31日）別添１の問121は廃止する。
〔精神科慢性身体合併症管理加算〕	
Q74 「A230－5」精神科慢性身体合併症管理加算について，「この場合において，A230－3に掲げる精神科身体合併症管理加算は別に算定できない。」とあるが，精神科慢性身体合併症管理加算に係る診察に併せて精神科身体合併症管理加算に係る診療を行った場合，「精神科身体合併症管理加算」は算定できるのか。	A74　算定できない。なお，「精神科慢性身体合併症管理加算」に係る診察を行った日とは別の日に「精神科身体合併症管理加算」に係る診療を行った場合は，「精神科身体合併症管理加算」を算定できる。
〔精神科急性期医師配置加算〕	
Q75 「A249」精神科急性期医師配置加算１の施設基準において，「入院又は外来においてクロザピンを使用する患者数が年間に６人以上であること。」とあるが，入院及び外来でクロザピンを使用する１人の患者は，当該要件において２人とカウントすることは可能か。	A75　不可。なお，精神科急性期医師配置加算３の施設基準においても同様の取扱いである。
〔精神科地域密着多機能体制加算〕	
Q76 「A255」精神科地域密着多機能体制加算の施設基準において，「当該医療機関の開設者が，当該医療機関の所在する市区町村内または，当該医療機関から半径10キロメートル以内に，障害福祉サービス事業所等を開設していること。」，「当該医療機関の代表者が，当該医療機関の所在する市区町村内または，当該医療機関から半径10キロメートル以内に所在する障害福祉サービス事業所等の代表者を務めていること。」とあるが，「障害福祉サービス事業所等」の「等」には何が含まれるのか。	A76　相談支援事業所及び地域活動支援センターが含まれる。

質問・未確定事項等	回　　答
Q77 「A255」精神科地域密着多機能体制加算の施設基準において，精神病床数の許可病床数に係る要件があるが，「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律)」に係る病床（以下「医療観察法病床」という。）の取扱い如何。	A77 ○　通則における以下の要件においては，当該医療機関における許可病床数及び精神病床の許可病床数に，医療観察法病床数は含める。 ・「当該医療機関における許可病床数が350床以下であること。」 ・「当該医療機関における許可病床数に占める精神病床の割合が，６割５分以上であること。」 ○　以下の要件における精神病床の許可病床数については，医療観察法病床数は含めない。 ・当該加算1の要件である「当該医療機関における精神病床の許可病床数が100床以下であること。」 ・当該加算2の要件である「当該医療機関における精神病床の許可病床数が101床以上150床以下であること。」及び「当該医療機関における精神病床の許可病床数が151床以上250床以下であり，以下を全て満たすこと。」 ・当該加算3の要件である「当該医療機関における精神病床の許可病床数が250床以下であり，以下を全て満たすこと。」
Q78 「A255」精神科地域密着多機能体制加算の施設基準において，「当該医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。」とあるが，どのような勤務を常勤とするのか。	A78 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31時間以上であることをいう。ただし，正職員として勤務する者について，育児・介護休業法第23条第1項，同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ，当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては，所定労働時間が週30時間以上であることをいう。
〔認知療法・認知行動療法〕	
Q79　認知行動療法3の施設基準における認知療法・認知行動療法についての研修とは，具体的にどのようなものがあるか。	A79　現時点では，以下の研修が該当する。 ・厚生労働省認知行動療法研修事業による２日間の「認知療法・認知行動療法ワークショップ」（平成24年度に国立精神・神経医療研究センター，滋賀医科大学において実施したもの及び平成25年度以降に一般社団法人認知行動療法研修開発センター，国立精神・神経医療研究センターにおいて実施したものに限る。） ・日本精神科病院協会による2日間の「認知行動療法研修会」（平成29年度以降に実施されたものに限る。） ・一般財団法人公認心理師試験研修センターによる2日間の公認心理師を対象とする認知療法・認知行動療法研修会

質問・未確定事項等	回　　答
〔精神科救急急性期医療入院料〕	
Q80 「A311」精神科救急急性期医療入院料の施設基準において，「当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が，「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において３点以上のものであること。」とあるが，年間の取扱い如何。	A80 届出時は，届出前直近１年間を指す。それ以降は，毎年８月に，前年８月から７月までの12か月の実績を算出し基準を満たす必要がある。なお，「A311－3」精神科救急・合併症入院料の施設基準通知（13）においても同様の取扱いとする。
〔精神科救急急性期医療入院料等〕	
Q81 「A311」精神科救急急性期医療入院料及び「A311－3」精神科救急・合併症入院料の施設基準において，算定を行う病棟に常勤の精神保健福祉士を２名以上配置すること，また，「A311－2」精神科急性期治療病棟入院料の施設基準において，算定を行う病棟に精神保健福祉士が常勤していることとされているが，当該精神保健福祉士は，配置されている又は常時勤務している病棟に係る業務以外の業務を行うことはできるか。	A81 当該病棟における業務に従事した上で，当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば，他病棟及び外来における業務等のそれ以外の業務に従事することは可能。
〔精神科急性期治療病棟入院料〕	
Q82 「A311－2」精神科急性期治療病棟入院料の施設基準において，「同一医療機関内に精神科急性期治療病棟入院料１を算定すべき病棟と精神科急性期治療病棟入院料２を算定すべき病棟が混在することはできない。」とあるが，精神科急性期治療病棟入院料１を届け出る病棟を有する医療機関において，令和８年３月31日において現に令和８年度診療報酬改定前の医科点数表における精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟が，精神科急性期治療病棟入院料２を届け出ることは可能か。	A82 令和８年９月30日までの間に限り可能。
〔精神療養病棟入院料〕	
Q83 重症者加算１について，様式55の２は毎年提出する必要があるのか。	A83 不要。なお，これに伴い，「疑義解釈の送付について（その13）」（平成25年３月28日）の別添の問３は廃止する。

質問・未確定事項等	回　　答
〔通院・在宅精神療法〕	
Q84 「I002」通院・在宅精神療法の「注12」について，算定留意事項において，「再診においてオンライン精神療法を行う場合には，当該患者に対して，情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該医療機関の精神科を担当する医師が，同一の疾病に対して，過去1年以内の期間に，対面診療又は「注12」に定める情報通信機器を用いた精神療法（キの要件を満たす初診のものに限る）を行っていること。」とあるが，対面診療又は「注12」に定める情報通信機器を用いた精神療法（キの要件を満たす初診のものに限る）のいずれかを過去1年以内の期間に行っている必要があるということか。	A84　そのとおり。
〔通院・在宅精神療法〕	
Q85 「I002」通院・在宅精神療法の「注13」に関する施設基準において，「令和８年５月31日時点において，精神医療に20年以上従事していること。」とあるが，具体的にはどのようなものが「精神医療に従事していること」に該当するか。	A85　常態として，以下の業務に従事している期間が該当する。 ・医療機関において主として精神科の診療業務を行っている ・精神保健福祉センター等の行政機関において主として精神保健医療にかかる業務に従事している ・これらの業務と精神保健医療に関する教育・研究等の業務を兼務している
〔認知療法・認知行動療法〕	
Q86 「I003-2」認知療法・認知行動療法の留意事項通知の（11）に定める不眠症に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たって参考にすることとしている，関係学会の定めるマニュアルとは，具体的に何を指すのか。	A86　現時点では，「不眠症に対する認知行動療法マニュアル」（日本睡眠学会教育委員会編）を指す。
Q87 「I003-2」認知療法・認知行動療法について，うつ病又は不安障害を合併した不眠症の患者に対して，不眠症に対する認知療法・認知行動療法と併存症に対する認知療法・認知行動療法の両者を実施した場合，どのように算定するのか。	A87　両者の実施が医学的に妥当であると判断した場合に限り，それぞれの上限回数を限度として算定できる。
〔在宅療養支援診療所・病院〕	
Q88 「患家の求めに応じて，24時間往診が可能な体制を確保し，往診担当医の氏名，担当日等を文書により患家に提供していること。」とあるが，氏名を明らかにせずに説明することは可能か。	A88　不可。当該医療機関（連携型機能強化型在宅療養支援診療所・病院の場合は連携体制を構築するいずれかの医療機関）において雇用契約のない医師を当該文書に掲載することも認められない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q89 「やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては，当該往診医は往診日以前に当該医療機関において当該医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い，診療方針等の共有を行っている者に限るもの」によって往診体制を確保することとされているが，面談はどのように実施すればよいか。	A89 往診担当日の前日以前に，往診医が当該医療機関に直接訪問することによる対面での面談又は当該医療機関が開催若しくは参画するカンファレンスへの対面での出席により，実施すること。 なお，カンファレンスには，連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院の施設基準に「当該在宅支援連携体制を構築する医療機関間において，診療を行う患者の診療情報の共有を図るため，月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。」として定めるカンファレンスを含む。
Q90 「やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては，当該往診医は往診日以前に当該医療機関において当該医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い，診療方針等の共有を行っている者に限るもの」によって往診体制を確保することとされているが，診療方針等の共有とは具体的にどのような情報を共有するのか。	A90 以下を含むものであること。 ・当該医療機関が訪問診療を実施している患者の診療情報（特に直近の訪問診療日に増悪があった患者や往診担当日に急変の可能性のある患者については，その詳細）や今後の診療方針等 ・緊急時の入院医療機関の連絡先等，地域ごとの医療提供体制に関する特有の情報 ・当該医療機関における物品（医療材料等）や電子カルテの使用方法等，診療を実施する上で必要な事項
Q91 「当該診療所において，患家の求めに応じて，24時間往診が可能な体制を確保し，往診担当医の氏名，担当日等を文書により患家に提供していること。（中略）なお，やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては，当該往診医は往診日以前に当該医療機関において当該医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い，診療方針等の共有を行っている者に限るものとし，それ以外の者が往診をすることは，往診が可能な体制の確保には該当しない。また，患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合，当該医師は常時1人以下であること。」とあるが，患家に文書で提供している往診担当医についても，事前の面談は必要か。	A91 往診担当医が当該医療機関において訪問診療等に従事している，又は訪問診療等に従事している医師と同じ医療機関内で日常的に対話をしている医師以外の医師の場合は，面談が必要。面談の実施方法及び共有すべき内容については，患家に事前に氏名を提供していない往診医の場合（問89及び問90）と同様とする。

質問・未確定事項等	回　　答
〔連携型在宅療養支援診療所・病院〕	
Q92　特掲診療料の施設基準通知第9の1の（2）のアの③に定める，連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の24時間往診体制の要件における「往診担当日の前日又はそれ以前において当該医療機関の診療録を閲覧できる医師であって，必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している，当該医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師」が往診を担当する場合，診療方針等の共有とは具体的にどのような情報を共有するのか。	A92　以下を含むものであること。 ・当該医療機関が訪問診療を実施している患者の診療情報（特に直近の訪問診療日に増悪があった患者や往診担当日に急変の可能性のある患者については，その詳細）や今後の診療方針等 ・緊急時の入院医療機関の連絡先等，地域ごとの医療提供体制に関する特有の情報 ・当該医療機関における物品（医療材料等）や電子カルテの使用方法等，診療を実施する上で必要な事項
〔緩和ケア診療加算等〕	
Q93 「A226－2」緩和ケア診療加算等の届出において緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書を添付することとされているが，「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」の修了証書には厚生労働省健康・生活衛生局長の印が必要か。	A93 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（令和7年11月27日一部改正）様式2のとおり，公印省略として構わない。 なお，これに伴い，「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成22年3月29日事務連絡）別添1の問54は廃止する。
〔腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術〕	
Q94 「K879－2」腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準について，「関係学会の定める診療に関する指針」とは具体的に何か。	A94　現時点では，日本産科婦人科学会の，「婦人科領域におけるロボット手術に関する指針」を指す。
〔無菌的分割製剤作成加算〕	
Q95 「K920」輸血の「注13」に規定する無菌的分割製剤作成加算について，赤血球製剤及び血小板製剤をそれぞれ無菌的に分割した場合，当該加算はそれぞれ算定できるか。	A95　算定可能。
〔輸血料〕	
Q96 「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成31年3月25日付け薬生発第0325第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）及び「「輸血療法の実施に関する指針」の一部改正について」（令和2年3月31日付け薬生発0331第31号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）で示されている「血液製剤の使用指針」及び「輸血療法の実施に関する指針」が廃止されるが，代わりとなる指針等はあるか。	A96　日本輸血・細胞治療学会の「輸血療法実践ガイド」を参照すること。

質問・未確定事項等	回　　答
〔体外照射〕	
Q97 「M001」体外照射の「３」強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準にある「関係学会の定めるガイドライン」とは具体的に何か。	A97 現時点では，日本放射線腫瘍学会の「放射線治療計画ガイドライン」及び「遠隔放射線治療計画ガイドライン」並びに日本医学物理学会・日本放射線技術学会・日本放射線腫瘍学会の「強度変調放射線治療における物理技術ガイドライン」を指す。
Q98 「M001」体外照射の「２」高エネルギー放射線治療の「イ」乳癌に対する全乳房照射の場合及び「３」強度変調放射線治療（IMRT）の「イ」前立腺癌に対する前立腺照射の場合について,「注４」及び「注７」に規定する治療を中止した等の場合において,「注10」に規定する画像誘導放射線治療加算及び「注11」に規定する呼吸性移動対策加算は算定できるか。	A98 要件を満たす場合には,「注10」のイからハまで(一連による評価を除く。)及び「注11」（一連による評価を除く。）に規定する加算を算定する。
Q99 「M001」体外照射の「２」高エネルギー放射線治療の「イ」乳癌に対する全乳房照射を実施後，腫瘍床に対するブースト照射を実施する場合は,「M001」体外照射の「２」高エネルギー放射線治療の「ロ」その他の場合を追加で算定できるか。	A99 算定できる。
Q100 全乳房照射と鎖骨上リンパ節等の領域リンパ節への体外照射を同日に実施する場合は，「M001」体外照射の「２」高エネルギー放射線治療の「ロ」その他の場合を別に算定できるか。	A100 原則として算定できないが，鎖骨上リンパ節に対して照射する場合には,「M001」の「２」の「ロ」((２）及び（４）に限る。）を算定できる。
Q101 両側の乳癌に対する全乳房照射を同日に照射する場合において，どのように算定すればよいか。	A101 片側に対して「M001」の「２」の「イ」を算定したうえで，対則については,「M001」の「２」の「ロ」((２）又は（４）に限る。）を算定する。
〔特殊染色加算〕	
Q102 「N000」病理組織標本作成の「注」及び「N004」細胞診の「注３」に規定する特殊染色加算について,「特殊染色」とは具体的に何か。	A102 アザン染色，鉄染色，グロコット染色，チール・ネルゼン染色，グラム染色，パム染色，パス染色，ギムザ染色等が該当する。
〔国際標準病理診断管理加算〕	
Q103 「N006」病理診断料の「注６」に規定する国際標準病理診断管理加算の施設基準に「国際標準化機構が定めた病理診断に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること」とあるが，どのような認定が必要なのか。	A103 ISO15189に基づく臨床検査室の認定について,「病理学的検査」を対象として認定を取得することが必要。

質問・未確定事項等	回　　答
〔複数手術〕	
Q104　複数手術に係る費用の特例（平成30年厚生労働省告示第72号）別表第一に掲げる「K514－2」胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術と「K504－2」胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術との組合せ及び「K514－2」胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術と「K513－2」胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術の組合せについて，内視鏡手術用支援機器を用いた場合についても適用されるか。	A104　適用される。
〔画像診断管理加算〕	
Q105　既に画像診断管理加算2の施設基準の届出を行っている医療機関において，画像診断管理加算2（一部委託を行う場合）を算定する場合，改めて画像診断管理加算2の施設基準の届出を行う必要があるか。	A105　改めて画像診断管理加算2の施設基準の届出を行う必要はない。なお，遠隔画像診断を行う場合は，遠隔画像診断の施設基準の届出を行う必要がある。
〔迅速フィブリノゲン測定加算〕	
Q106 「D006」出血・凝固検査の「4」フィブリノゲン半定量，フィブリノゲン定量，クリオフィブリノゲンの「注」について，「検査の実施に当たっては，関係学会の定める指針を遵守すること」とあるが，「関係学会の定める指針」とは具体的に何を指すか。	A106　現時点では，日本産科婦人科学会，日本産婦人科医会，日本周産期・新生児医学会，日本麻酔科学会，日本輸血・細胞治療学会及び日本IVR学会の「産科危機的出血への対応指針 2022」並びに日本心臓血管外科学会の「フィブリノゲン製剤の適正使用指針」を指す。
〔血管内近赤外線分光法検査加算〕	
Q107 「D206」心臓カテーテル法による諸検査の「注3」血管内近赤外線分光法検査加算における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A107　現時点では，日本心血管インターベンション治療学会の「TVC NIRSカテーテルの適正使用指針」を指す。
〔赤痢アメーバ抗体定性〕	
Q108 「D012」感染症免疫学的検査の「52」赤痢アメーバ抗体半定量，赤痢アメーバ抗原定性，赤痢アメーバ抗体定性における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A108　現時点では，日本エイズ学会，日本寄生虫学会，日本熱帯医学会，日本感染症学会，日本臨床微生物学会の「血清赤痢アメーバ抗体検査薬の適正使用について」を指す。
〔エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法〕	
Q109 「J041」血球成分除去療法について，敗血症と診断され，集学的治療が必要な患者に対して病態の改善を図ることを目的として実施した場合における，「関連学会の定める適正使用指針」とは具体的に何を指すのか。	A109　現時点では，日本集中治療医学会の「敗血症に対する血球細胞除去用浄化器の適正使用について」を指す。

質問・未確定事項等	回　　答
〔胸骨下植込型リードを用いた植込型除細動器移植術〕	
Q110 「K599」植込型除細動器移植術の「４」胸骨下植込型リードを用いるものにおける「関連学会の定める基準等」とは，具体的に何を指すのか。	A110　現時点では，日本不整脈心電学会の「Extra-vascular ICD（EV-ICD）の適応・施設要件・術者要件に関するステートメント」を指す。
〔経頸動脈的頸動脈ステント留置術〕	
Q111 「K609－3」経頸動脈的頸動脈ステント留置術における「関連学会の定める基準等」とは，具体的に何を指すのか。	A111　現時点では，日本脳卒中学会，日本脳神経外科学会，日本脳神経血管内治療学会，日本血管外科学会の「経頚動脈ステント留置システム　適正使用指針」を指す。
〔超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術〕	
Q112 「K682－5」超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A112　現時点では，日本消化器内視鏡学会，日本消化器病学会，日本膵臓学会の「医療機器「Hot AXIOS システム」の適正使用指針」を指す。
〔腎神経焼灼術〕	
Q113 「K613－2」腎神経焼灼術における「関連学会の定める「腎デナベーションシステムの適正使用指針」」とは，具体的に何を指すのか。	A113　現時点では，日本高血圧学会，日本心血管インターベンション治療学会，日本循環器学会の「腎デナベーションシステムの適正使用指針」を指す。
〔腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）〕	
Q114 「K773－4」腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A114　現時点では，日本泌尿器科学会，日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会，日本インターベンショナルラジオロジー学会，日本結節性硬化症学会の「TSC-AML に対する凍結療法の適正使用指針」を指す。
〔骨悪性腫瘍，類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）〕	
Q115 「K053－3」悪性腫瘍，類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A115　現時点では，日本癌治療学会，日本臨床腫瘍学会，日本緩和医療学会，日本 IVR 学会の「経皮的凍結療法適応拡大適正使用指針」を指す。
〔肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）〕	
Q116 「K514－8」肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A116　現時点では，日本癌治療学会，日本臨床腫瘍学会，日本緩和医療学会，日本 IVR 学会の「経皮的凍結療法適応拡大適正使用指針」を指す。
〔骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）〕	
Q117 「K645－4」骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A117　現時点では，日本癌治療学会，日本臨床腫瘍学会，日本緩和医療学会，日本 IVR 学会の「経皮的凍結療法適応拡大適正使用指針」を指す。

質問・未確定事項等	回　　答
〔肝悪性腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）〕	
Q118 「K697－8」肝悪性腫瘍凝固･焼灼術（冷凍凝固によるもの）における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A118 現時点では，日本癌治療学会，日本臨床腫瘍学会，日本緩和医療学会，日本IVR学会の「経皮的凍結療法適応拡大適正使用指針」を指す。
〔人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）〕	
Q119 「K082」人工関節置換術「１」人工肩関節置換術「ロ」腱移行を伴うものにおける「関連学会の定める「リバース型人工肩関節全置換術適正使用基準」とは，具体的に何を指すのか。	A119 現時点では，日本整形外科学会が定める「リバース型人工肩関節全置換術適正使用基準」を指す。
〔人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）〕	
Q120 「K082－8」人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）における「術中に光学的に計測した術野及び手術器具の位置関係をリアルタイムに表示し，寛骨臼及び大腿骨の切削を支援する手術支援装置」には何が含まれるか。	A120 「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（令和８年３月５日保医発0305第３号）に規定する定義に適合する医療機器が該当する。
〔経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術〕	
Q121 「K559－4」経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A121 現時点では，人工弁周囲逆流研究会の「弁周囲逆流閉鎖セット適正使用指針」を指す。
〔腸骨静脈及び大腿静脈ステント留置術〕	
Q122 「K619－3」腸骨静脈及び大腿静脈ステント留置術における「関連学会の定める適正使用指針」とは,具体的に何を指すのか。	A122 現時点では，日本静脈学会，日本インターベンショナルラジオロジー学会，日本心血管インターベンション治療学会，日本血管外科学会，日本脈管学会の「静脈ステント適正使用指針」を指す。
〔画像等手術支援加算･実物大臓器立体モデルによるもの（複雑先天性心疾患の患者に行う場合）〕	
Q123 「K939」画像等手術支援加算の「２」の「イ」複雑先天性心疾患の患者に行う場合における「関連学会の定める対象疾患の選定指針」とは，具体的に何を指すのか。	A123 現時点では,日本小児循環器学会の「軟質実物大３D心臓モデル（MedipreX）の適正使用指針」を指す。
〔培養ヒト角膜内皮細胞・調整・移植キット〕	
Q124 特定保険医療材料の機能区分「228」培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キットにおける「関連学会が定める適正使用指針」とは，具体的には何を指すのか。	A124 現時点では，日本眼科学会，日本角膜移植学会の「ネルテペンドセル使用要件等基準（第２版)」を指す。
〔弁周囲欠損孔閉鎖セット〕	
Q125 特定保険医療材料の機能区分「229」弁周囲欠損孔閉鎖セットにおける「関連学会が定める適正使用指針」とは，具体的には何を指すのか。	A125 現時点では，人工弁周囲逆流研究会の「弁周囲逆流閉鎖セット適正使用指針」を指す。

質問・未確定事項等	回　　答
〔体表面用電場電極〕	
Q126　特定保険医療材料の機能区分「016」体表面用電場電極（在宅医療の部）及び「195」体表面用電場電極（在宅医療の部以外）の「（２）　非小細胞肺癌用」の算定留意事項における「関連学会の定める診療に関する指針」とは，具体的には何を指すのか。	A126　現時点では，日本呼吸器学会，日本呼吸器外科学会，日本肺癌学会，日本臨床腫瘍学会の「オプチューンルア適正使用指針第１版」を指す。
〔アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリ〕	
Q127　特定保険医療材料の機能区分「235」アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリにおける「アルコール依存症に係る適切な研修」とは，具体的には何を指すのか。	A127　現時点では，一般社団法人日本アルコール・アディクション医学会及び一般社団法人日本肝臓学会が主催する「アルコール依存症の診断と治療に関するｅ－ラーニング研修」及び独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが主催する「アルコール依存症臨床医等研修」を指す。
〔アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリ〕	
Q128　特定保険医療材料の機能区分「235」アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリにおける「関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針」とは，具体的には何を指すのか。	A128　現時点では，日本アルコール・アディクション医学会，日本アルコール関連問題学会の「飲酒量低減治療補助アプリ適正使用指針（第１版）」を指す。
〔消化器用瘻孔形成ドレナージステント〕	
Q129　特定保険医療材料の機能区分「231」消化器用瘻孔形成ドレナージステントにおける「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A129　現時点では，日本消化器内視鏡学会，日本消化器病学会，日本膵臓学会の「医療機器「Hot AXIOS システム」の適正使用指針」を指す。
〔薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント〕	
Q130　特定保険医療材料の機能区分「234」薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステントにおける「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A130　現時点では，日本鼻科学会の「Propel™鼻腔内ステントに関する適正使用指針」を指す。
〔軟骨修復材〕	
Q131　特定保険医療材料の機能区分「237」軟骨修復材における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A131　現時点では，日本スポーツ整形外科学会の「医療機器「軟骨修復材 モチジェル」の適正使用に関して」を指す。
〔腎神経焼灼術用カテーテル〕	
Q132　特定保険医療材料の機能区分「239」腎神経焼灼術用カテーテルにおける「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A132　現時点では，日本高血圧学会，日本心血管インターベンション治療学，日本循環器学会の「腎デナベーションシステムの適正使用指針」を指す。

質問・未確定事項等	回　　答
〔経皮的三尖弁クリップシステム〕	
Q133　特定保険医療材料の機能区分「240」経皮的三尖弁クリップシステムにおける「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A133　現時点では，日本心不全学会，日本心臓病学会，日本心エコー図学会，日本心血管インターベンション治療学会，日本心臓血管外科学会，日本循環器学会の「弁尖間クリッピング式の経皮的三尖弁接合不全修復システムに関する適正使用指針」を指す。
〔鉱物由来非吸収性局所止血材〕	
Q134　特定保険医療材料の機能区分「212」消化器内視鏡用止血材」の鉱物由来非吸収性局所止血材における「関連学会の定める適正使用指針」とは,具体的に何を指すのか。	A134　現時点では，日本消化器内視鏡学会の「「COOK Hemospray 内視鏡的非吸収性止血材」の適正使用指針」を指す。
〔椎体形成用材料セット〕	
Q135　特定保険医療材料の機能区分「164」椎体形成用材料セットにおける「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A135　現時点では，日本脊椎脊髄病学会・日本脊髄外科学会合同椎体形成術ワーキンググループの「経皮的後弯矯正術（BKP, VBS）適正使用指針（第1版)」を指す。
〔ガイディングカテーテル（脳血管用・自己拡張型)〕	
Q136　特定保険医療材料の機能区分「132」ガイディングカテーテルの脳血管用・自己拡張型における「関連学会が定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A136　現時点では，日本脳神経血管内治療学会の「脳血管内用機器誘導補助器具　適正使用指針」を指す。
〔血管内血栓異物除去用留置カテーテル（頸動脈用ステント併用型・経頸動脈型)〕	
Q137　特定保険医療材料の機能区分「133」血管内手術用カテーテルの血管内血栓異物除去用留置カテーテル（頸動脈用ステント併用型・経頸動脈型）における「関連学会が定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A137　現時点では，日本脳卒中学会，日本脳神経外科学会,日本脳神経血管内治療学会,日本血管外科学会の「経頚動脈ステント留置システム　適正使用指針」を指す。
〔大動脈分岐部用フィルターセット〕	
Q138　特定保険医療材料の機能区分「133」血管内手術用カテーテルの大動脈分岐部用フィルターセットにおける「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A138　現時点では，経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会の「脳塞栓保護システムの適正使用に係る指針」を指す。
〔血栓除去用カテーテル（分離捕捉型)〕	
Q139　特定保険医療材料の機能区分「133」血管内手術用カテーテルの血栓除去用カテーテル（分離捕捉型）における「関係学会の定める実施基準」とは，具体的に何を指すのか。	A139　現時点では，日本インターベンショナルラジオロジー学会，日本心血管インターベンション治療学会，日本血管外科学会,日本静脈学会の「深部静脈血栓症血栓除去デバイス適正使用指針」を指す。

質問・未確定事項等	回　　答
〔自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合)〕	
Q140　特定保険医療材料の機能区分「150」ヒト自家移植組織の自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）における「関連学会が定める適正使用指針」とは，具体的に何を指すのか。	A140　現時点では，日本白斑学会の「「メラノサイト含有ヒト（自己）表皮由来細胞シート（販売名ジャスミン)」適正使用に向けた指針」を指す。
〔胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型〕	
Q141　特定保険医療材料の機能区分「146」大動脈用ステントグラフトの胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型における「日本ステントグラフト実施基準管理委員会の定める実施基準」とは何を指すのか。	A141　現時点では，日本ステントグラフト実施基準管理委員会の「胸部大動脈瘤ステントグラフト　実施基準」を指す。
〔腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型〕	
Q142　特定保険医療材料の機能区分「146」大動脈用ステントグラフトの腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）・分枝血管部分連結型を使用するに当たって参照すべき基準はあるか。	A142　現時点では，日本ステントグラフト実施基準管理委員会の「腹部大動脈瘤ステントグラフト　実施基準」が該当する。
〔入院時食事療養等に係る特別食加算（嚥下調整食)〕	
Q143　特別食加算（嚥下調整食）の施設基準の責任者要件に係る「嚥下調整食のテクスチャーや調理方法等に関する実習を伴う適切な研修（嚥下調整食に関する専門的な知識及び技術を有する管理栄養士が，研修内容に関与している場合に限る。)」とは，具体的にどのようなものがあるか。	A143　現時点では，日本摂食嚥下リハビリテーション学会及び日本栄養士会が共同して認定している「摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士」に係る研修が該当する。 　また，上記のほかに，嚥下調整食に関する専門的な知識・技術を有する管理栄養士を養成することを目的とした10時間以上の研修であり，以下の（1）から（3）までの要件を全て満たすものが該当する。 （1）　嚥下調整食に関する一定の知識と経験を有する管理栄養士を対象としていること （2）　研修内容の監修や講師として，摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士が関与していること （3）　下記の内容を含む実習を5時間以上行うこと ①　嚥下調整食のテクスチャーを学ぶための実食 ②　おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食の調理方法（調理実習については，参加者ごとに実施するものであること） ③　自施設で提供している嚥下調整食の振り返り

質問・未確定事項等	回　　答
Q144　特別食加算（嚥下調整食）の施設基準において，「嚥下調整食に関わる調理師等についても同様の研修を修了しておくことが望ましい。」とあるが，具体的にどのようなものがあるか。	A144　嚥下調整食に関する知識・技術を有する調理師等を養成することを目的とした５時間以上の研修であり，以下の（１）から（３）までの要件を全て満たすものが該当する。 （１）　嚥下調整食に関わる調理師等を対象としていること （２）　研修内容の監修として，摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士が関与していること。なお，講師としても，摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士が関与することが望ましいが，一定の嚥下調整食に関する知識・技術を有する管理栄養士でも差し支えない。 （３）　下記の内容を含む実習を２時間以上行うこと ①　嚥下調整食のテクスチャーを学ぶための実食 ②　おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食の調理方法（調理実習については，参加者ごとに実施するものであること）
〔先進医療〕	
Q145　陽子線治療及び重粒子線治療について，令和８年６月１日から保険診療において実施可能となる腫瘍に係る治療を，同年５月31日以前に開始した患者に対して，同年６月１日以降も当該治療を継続する場合の治療に係る費用は，保険診療として請求可能か。	A145　不可。令和８年５月31日以前に先進医療による治療を開始した患者については，同年６月１日以降の治療についても先進医療の枠組みにおいて実施し，費用の請求を行うこと。なお，同年５月31日時点において，先進医療による治療に係る同意を取得しているが，一連の治療を開始していない患者が，同年６月１日以降に保険診療による治療を開始することを希望する場合には，改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで，保険診療に切り替えて治療を開始して差し支えない。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

質問・未確定事項等	回　　答
〔ベースアップ評価料〕	
Ｑ１　「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８年３月５日保医発0305第８号）における，外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注５，外来･在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注５及び注６，歯科外来･在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注５，歯科外来･在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注５及び注６に関する施設基準並びに「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和８年３月５日保医発0305第９号）における訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注３及び訪問看護・ベースアップ評価料（Ⅱ）の注７及び注８に関する施設基準において，「令和８年３月31日時点において評価料を届け出ていた医療機関（訪問診療ステーション）」とあるが，令和８年３月から算定を開始する医療機関又は令和８年４月から算定を開始する医療機関（訪問看護ステーション）は含まれるのか。	Ａ１　令和８年３月31日時点で当該評価料を算定している必要があることから，同年４月以降に算定を開始する医療機関（訪問看護ステーション）は含まれない。
Ｑ２　看護職員処遇改善評価料を用いた賃金の改善措置の対象者及びベースアップ評価料の対象職員には，派遣職員など，当該医療機関又は当該訪問看護ステーション等に直接雇用されていないものも含むのか。	Ａ２　以下の要件を満たす医療機関等（訪問看護ステーション，保険薬局）については，派遣職員（「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律」（昭和60年法律第88号）の第２条第２項に該当する職員をいう。）に限り対象とすることを可能とする。なお，業務委託職員（請負業務を行う職員）については対象外とする。 ・当該派遣職員について，派遣元と相談・協力した上で，当該医療機関に勤務する職員と同程度以上の賃金改善を行う。 ・外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ），入院ベースアップ評価料，歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）における区分計算に当たって，当該派遣職員についても対象職員に含めて計算を行う。なお，「月額賃金総額」の算出に当たって，原則として派遣元から派遣職員の賃金に関する情報提供を受けることとし，派遣元に支払う費用を月額賃金としてそのまま記載することはできない。

質問・未確定事項等	回　　答
	・看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料を用いて当該派遣職員の賃金改善を実施した場合,その実績については,「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」に当該派遣職員を含めて作成,提出すること。 なお,報告書の作成に当たっては,派遣元と相談した上で,派遣元から実際の賃金の改善額等の報告書の記載に必要な情報の提供を受けること。 これに伴い,「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添2の問12及び「疑義解釈資料の送付について(その3)」(令和6年4月26日事務連絡)別添2の問7は廃止する。
Q3　新設した医療機関,保険薬局又は訪問看護ステーションにおいて,「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)における「O001」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ),「O002」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び「O003」入院ベースアップ評価料,「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。)における「P001」歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ),「P002」歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び「P003」入院ベースアップ評価料,「診療報酬の算定方法」別表第三調剤診療報酬点数表(以下「調剤点数表」という。)における「40」調剤ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料(以下単に「ベースアップ評価料」という。)の届出を行うに当たって,対象職員に対する給与の支払い実績は必要か。	A3　必要。ベースアップ評価料の種類に応じて,給与の支払い実績として必要な期間は以下のとおりである。 ○　外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ),歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ),調剤ベースアップ評価料,訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)については届出前の1月における給与の支払い実績が必要。 ○　外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ),歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ),入院ベースアップ評価料,訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)については,届出前の3月における給与の支払い実績が必要。 なお,これに伴い,「疑義解釈資料の送付について(その3)」(令和6年4月26日事務連絡)別添2の問1については廃止する。
Q4　外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)について「1日につき」という文言が令和8年度診療報酬改定で削除されたが,その趣旨如何。	A4　同一の医療機関内において同一日に他の傷病について,新たに別の診療科を初診として受診した場合並びに再診料の「注3」及び外来診療料の「注5」に規定する同一医療機関において,同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の2つ目の診療科についても,外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)を算定可能とする趣旨である。

質問・未確定事項等	回　　答
Ｑ５　ベースアップ評価料について，賃金の改善は算定開始月から実施する必要があるか。	Ａ５　原則として算定開始月から賃金改善を実施し，算定する月においては継続する必要がある。なお，６月から翌年５月の１年間に算定した当該評価料による収入を，当該年の４月から翌年３月の賃金改善に充当することは差し支えない。 ただし，条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は，同年度末までに算定開始月（又は当該年の４月）まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り，算定開始月（又は当該年の４月）から賃金改善を実施したものとみなすことができる。 なお，これに伴い，「疑義解釈資料の送付について（その14)」（令和６年11月５日事務連絡）別添２の問４については，廃止する。
Ｑ６　令和８年度診療報酬改定において，翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合に係る要件が削除されたが，看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料等で得られた収入を翌年度の賃金改善に用いるために繰り越すことは認められないのか。	Ａ６　令和８年度診療報酬改定においては，令和８年度及び令和９年度において段階的にベースアップ評価料により得られる収入を引き上げる措置が講じられていることから，令和８年６月から令和９年５月までに得られた収入については，原則として，令和９年５月までの賃金改善に用いる必要がある。令和９年度についても同様である。 ただし，それまでの患者数等に基づいてベースアップ評価料による収入額及び賃金改善額を見積もったにもかかわらず，患者数等の変動により，当該評価料収入額が確定した後にやむを得ず残余が生じた場合については，該当年度の実績報告書を提出する８月までの対象職員への賃金改善分に充当し，当該充当分を含めて報告することとして差し支えない。
Ｑ７　令和８年度診療報酬改定において，令和８年度及び令和９年度にそれぞれ3.2%分のベースアップ実現を支援するための措置（看護補助者及び事務職員についてはそれぞれ5.7%）が講じられたところ，ベースアップ評価料を算定しても3.2%及び5.7%のベースアップを達成できない場合であっても，ベースアップ評価料は算定できるのか。	Ａ７　可能。ただし，施設基準に定めるとおり，当該評価料により得られる収入は，全て，対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ及びそれに伴う賞与，時間外手当，法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いること。

質問・未確定事項等	回　　答
〔調剤ベースアップ評価料〕	
Q８　当該評価料の収入を用いた賃金改善の対象職員からは，「事業主，使用者，開設者，管理者，40歳以上の薬剤師及び業務委託により勤務する者を除く」とのことであるが，管理薬剤師は対象となるか。	Ａ８　対象とならない。
Q９　特掲施設基準通知に「当該保険薬局における調剤業務等に直接従事していない管理的業務に専従する者（本部職員，エリアマネージャー等）は，対象職員に含めない。」とあるが，保険薬局における調剤業務や保険請求事務等を主として実施しつつ，本部やエリアの管理業務を兼務する者については対象職員として取り扱ってよいか。	Ａ９　よい。ただし，主として保険薬局の調剤業務等に直接従事した実績のある月のみ当該保険薬局の対象職員として取り扱うことと。なお，１人の本部職員やエリアマネージャー等が複数の保険薬局で調剤業務等に直接従事した場合においては，重複して対象職員として取り扱ってはならない。
〔調剤ベースアップ評価料〕	
Q10　特掲施設基準通知の第109調剤ベースアップ評価料について，出向元が賃金を支払って出向先の保険薬局に勤務する対象職員の賃金改善を実施するに当たり，どのように賃金改善報告書を作成すればよいか。	A10　出向先の保険薬局が出向元と協議して，当該対象職員の賃金及び賃金改善の額を把握し，出向先における賃金改善の実績に含めてよい。なお，出向先がベースアップ評価料で得た収入については，出向先から出向元に支払うなど，合議で適切に精算することとなる。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

質問・未確定事項等	回　　答
〔１．DPC対象病院の基準について〕	
Ｑ１－１　診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。	Ａ１－１　診療情報の管理，入院患者についての疾病統計におけるICD10コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。
Ｑ１－２　DPC対象病院の基準として，「調査期間１月当たりのデータ数が90以上であること」とあるが，短期滞在手術等基本料３の対象手術等を実施する患者はデータ数に含まれるのか。	Ａ１－２　含まれる。
〔２．DPC対象患者について〕	
Ｑ２－１　DPC対象患者は，自らの意志で診断群分類点数表と医科点数表のいずれにより算定するかを選択することができるのか。	Ａ２－１　選択できない。
Ｑ２－２　同一日に入退院する，いわゆる「１日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいか。	Ａ２－２　包括評価の対象と考えてよい。

質問・未確定事項等	回　　答
Q２－３　午前０時をまたぐ１泊２日の入院についても，入院した時刻から24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。	Ａ２－３　包括評価の対象外となる。
Q２－４　DPC算定の対象外である病棟からDPC算定の対象病棟に転棟したが，転棟後24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。	Ａ２－４　包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後24時間以内に死亡した」患者であり，転棟後24時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。
Q２－５　包括評価の対象外となる臓器移植患者は，DPC算定告示に定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。	Ａ２－５　そのとおり。
Q２－６　DPC対象病院において，回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院している者のうち，当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。	Ａ２－６　入院している病棟（床）で判断するため，包括評価の対象とならない。
Q２－７　分娩のために入院中の患者が，合併症等に罹患して保険給付が開始された場合には包括評価の対象となるのか。	Ａ２－７　保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。なお，包括評価の対象となる場合には，保険給付が開始された日を入院の起算日とする。
Q２－８　治験，臓器移植，先進医療を行った患者等，包括評価の対象外となる患者がいったん退院し，同じ病院に再入院した場合は，包括評価の対象患者として算定してよいか。	Ａ２－８　医学的に一連の診療として判断される場合は，医科点数表により算定すること(包括評価の対象患者とはならない。)。
Q２－９　外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合，当該患者は包括評価の対象となるのか。	Ａ２－９　入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。
Q２－10　先進医療として認められている技術が，医療機器の保険収載等の理由により，途中で保険適用となった場合，該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。	Ａ２－10　保険適用となる前に当該技術による治療を受けた入院の場合には包括評価の対象外となる。保険適用後に当該技術による治療を受けた患者については包括評価の対象となる。
Q２－11　厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが，告示されていない診断群分類区分が適用される場合，その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。	Ａ２－11　当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず，包括評価の対象となる（薬剤名と対象診断群分類区分が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。)。
Q２－12　主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。	Ａ２－12　包括評価の対象外となる。

質問・未確定事項等	回　　答
Q２－13　労災又は公災が適用される入院患者が，他科受診において医療保険が適用される場合は,医科点数表により算定するのか。	A２－13　医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。
Q２－14　交通事故による患者も，医療保険が適用される場合には包括評価の対象となるのか。	A２－14　包括評価の対象となる。
Q２－15　DPC/PDPSによる算定を行う病床において「A400」短期滞在手術等基本料３の対象手術等を実施した患者については，どのように算定するのか。	A２－15　短期滞在手術等基本料３の算定要件を満たし，入院後５日以内に退院する場合にあっては，短期滞在手術等基本料３により算定する。それ以外の場合にあっては，診断群分類点数表により算定する。
〔３．診断群分類区分の適用の考え方について〕	
〔「医療資源を最も投入した傷病」について〕	
Q３－１－１　「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。	A３－１－１　「医療資源を最も投入した傷病」は，入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医がICD10コードにより選択する。
Q３－１－２　「一連」の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも,「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。	A３－１－２　そのとおり。
Q３－１－３　「医療資源を最も投入した傷病」については，DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。	A３－１－３　含めない。DPC算定病床に入院していた期間において,「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。
Q３－１－４　合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に，合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。	A３－１－４　そのとおり。
Q３－１－５　「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。	A３－１－５　あり得る。
Q３－１－６　抜釘目的のみで入院したが,「医療資源を最も投入した傷病」は「○○骨折」でよいか。	A３－１－６　「○○骨折」でよい。
Q３－１－７　「医療資源を最も投入した傷病」を決定するに当たり，医療資源に退院時処方に係る薬剤料や手術で使用した薬剤料を含めることができるか。	A３－１－７　含めることはできない。
Q３－１－８　いわゆる疑い病名により，診断群分類区分を決定してよいのか。	A３－１－８　原則として入院期間中に診断を確定し，確定した病名で診断群分類区分を決定すること。ただし，検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては，疑い病名により診断群分類区分を決定することができる。

質問・未確定事項等	回　　答
Q３－１－９　「医療資源を最も投入した傷病」として「R798　遺伝性乳癌卵巣癌症候群」が選択されうる患者については，どのようにすればよいのか。 ①　遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して「K888」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）を行う場合 ②　遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して「K475」乳房切除術を行う場合	Ａ３－１－９　実施した手術等に基づき，卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）又は乳房の悪性腫瘍（090010）に該当するICD10コードを選択する。問の例の場合については以下のとおり。 ①　卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）に該当するICD10コードを選択し，「子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）等あり」を選択する。 ②　乳房の悪性腫瘍（090010）に該当するICD10コードを選択し，「その他の手術あり」を選択する。 なお，いずれの場合においても「傷病情報」欄の「入院時併存傷病名」に「R798遺伝性乳癌卵巣癌症候群」を記載する。
Q３－１－10　「医療資源を最も投入した傷病」として，異なる診断群分類区分上６桁に該当する複数のICD10コードが選択されうる以下の場合については，どのようにすればよいのか。 ①　慢性維持透析を行っている慢性腎臓病患者の透析シャント病変に対して，「K608－3」内シャント血栓除去術，「K616－4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術又は「K616－7」ステントグラフト内挿術（シャント）を行う場合 ②　人工股関節置換術後の人工関節周囲骨折（外傷によるもの）に対して，「K046－2」骨折観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）の「１」，「２」又は「３」を行う場合	Ａ３－１－10　それぞれ以下のとおり。 ①　原則として，慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全（110280）に該当するICD10コードを選択する。 ②　原則として，関節・大腿近位の骨折（160800）に該当するICD10コードを選択する。
〔「手術」について〕	
Q３－２－１　手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても，入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定をしてよいか。	Ａ３－２－１　入院診療計画等に手術を実施することが記載されており，かつ，患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。
Q３－２－２　同一手術野又は同一病巣につき，２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は，原則として，主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが，算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合，当該手術に係る分岐を選択することができるのか。	Ａ３－２－２　選択することができる。ただし，算定しなかった手術の区分番号，名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載すること。

質問・未確定事項等	回　　答
Ｑ３－２－３　「K678」体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）のように一連の治療につき１回しか算定できない手術について，算定できない２回目以降の手術に係る入院についても「手術あり」で算定することができるのか。	Ａ３－２－３　「手術あり」で算定することができる（２回目の入院で「K678」体外衝撃波胆石破砕術を再び行った場合，手術料は算定することができないが，診療行為として行われているため，「手術あり」として取り扱う。）。ただし，その区分番号，名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載すること。
Ｑ３－２－４　診断群分類区分を決定するにあたり，医科点数表第２章第10部手術に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。	Ａ３－２－４　「手術あり」を選択する。ただし，第13款に掲げる手術等管理料又は「K920－2」輸血管理料のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。
Ｑ３－２－５　手術の有無による分岐の決定において，第13款に掲げる手術等管理料又は「K920－2」輸血管理料のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。	Ａ３－２－５　そのとおり。
Ｑ３－２－６　他院において手術の実施後に自院に転院した患者については，自院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。	Ａ３－２－６　そのとおり。
Ｑ３－２－７　入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も，診断群分類区分は「手術あり」として選択するのか。	Ａ３－２－７　そのとおり。
Ｑ３－２－８　手術の「Ｋ○○○」において，「●●術は「Ｋ△△△の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合，診断群分類区分を決定する際は「準用元の手術で判断すること」となっているが，これは「Ｋ○○○」で判断するということか。	Ａ３－２－８　そのとおり。
Ｑ３－２－９　翼状片患者に対して，「K224」翼状片手術（弁の移植を要するもの）及び「注」に規定する羊膜移植術を行った場合，診断群分類として結膜の障害（020250）を選択する患者における「手術」としては，「K224＋K260－2」（翼状片手術（弁の移植を要するもの）＋羊膜移植術）を選択するのか。	Ａ３－２－９　そのとおり。

質問・未確定事項等	回　　答
〔「手術・処置等１・２」について〕	
Ｑ３－３－１　DPC留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について，例えば「L100」神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）の「１」神経根ブロックには，他に医科点数表に示されている「トータルスパイナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。	Ａ３－３－１　含まれない。「L100」の「２」腰部硬膜外ブロック及び「L100」の「５」仙骨部硬膜外ブロックについても，同様に明示された手技に限る。
Ｑ３－３－２　手術に伴う人工呼吸は，医科点数表では「手術当日に，手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は，術前，術後にかかわらず算定できない。」とされているが，DPCについても同様の取扱いか。	Ａ３－３－２　手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については，術前・術後にかかわらず「人工呼吸なし」の診断群分類区分を選択する。
Ｑ３－３－３　診断群分類が胃の悪性腫瘍(060020）等であり，一入院中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術・処置等２」は「２（放射線療法）あり」を選択することとなるのか。	Ａ３－３－３　そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合，化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。
Ｑ３－３－４　化学療法の「レジメン別分岐」は，分岐の対象となっている薬剤に加えて，他の薬剤を併用しても選択することができるのか。	Ａ３－３－４　選択することができる。
Ｑ３－３－５　診断群分類区分の決定に当たり，手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。	Ａ３－３－５　選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用，外来・退院時，在宅医療での処方は含まれていない。
Ｑ３－３－６　診断群分類区分の決定に当たり，手術中に使用した薬剤のみをもって「手術・処置等２」の特定の薬剤名（成分名）での分岐を選択することができるか。	Ａ３－３－６　選択することはできない。特定の薬剤名での分岐には手術中の使用，外来・退院時，在宅医療での処方は含まれていない。
Ｑ３－３－７　活性NK細胞療法は，化学療法に含まれるか。	Ａ３－３－７　化学療法に含まれない。
Ｑ３－３－８　化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが，高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合，ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。	Ａ３－３－８　抗腫瘍効果を有する薬剤が，悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。問の例では，高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は，当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし，抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。

質問・未確定事項等	回　　答
Q３－３－９　「手術・処置等２」に特定の薬剤名（成分名）での分岐がある場合，その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。	Ａ３－３－９　選択することができる（薬剤による診断群分類の分岐の指定については，原則として成分名で行っており，先発品か後発品かは問わない。）。
Q３－３－10　「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射を実施した場合，「手術・処置等２」の分岐の区分で「G005」中心静脈注射を選択することができるのか。	Ａ３－３－10　選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。
Q３－３－11　手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は，医科点数表では「手術当日に，手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は，術前，術後にかかわらず算定できない。」とされているが，診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。	Ａ３－３－11　手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については，術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。
Q３－３－12　閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は，「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが，診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。	Ａ３－３－12　閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は，「なし」の診断群分類区分を選択する。
Q３－３－13　肺の悪性腫瘍（040040），小腸の悪性腫瘍，腹膜の悪性腫瘍（060030）及び卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）の「手術・処置等２」において「カルボプラチン＋パクリタキセル」が定義されているが，「カルボプラチン」と「パクリタキセル（アルブミン懸濁型）」を併用した場合には，どの分岐の区分を選択するのか。	Ａ３－３－13　「カルボプラチン＋パクリタキセルあり」を選択する。
Q３－３－14　「K740」直腸切除・切断術及び「K740－2」腹腔鏡下直腸切除・切断術を実施し人工肛門造設術を併せて実施した場合に算定する「人工肛門造設加算」について，当該加算を算定する術式及び人工肛門造設術を実施した場合，診断群分類における手術・処置等１の「K726」人工肛門造設術又は「K726－2」腹腔鏡下人工肛門造設術を実施したとして，手術・処置等１「あり」を選択してよいか。	Ａ３－３－14　そのとおり。なお，レセプトの「診療関連情報」欄に，「K726」人工肛門造設術又は「K726－2」腹腔鏡下人工肛門造設術を記載すること。
Q３－３－15　放射線療法の定義として「医科点数表第２章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。」とあるが，「放射線治療」の部において評価される特定保険医療材料のみを使用した場合，診断群分類区分は「放射線療法あり」又は「なし」どちらを選択するのか。	Ａ３－３－15　「なし」の診断群分類区分を選択する。

質問・未確定事項等	回　　答
〔「その他（定義副傷病名等）」について〕	
Ｑ３－４－１　網膜剥離（020160）については，「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが，いずれの診断群分類区分に該当するかは，一手術で判断するのか，一入院で判断するのか。	Ａ３－４－１　一入院で判断する。
Ｑ３－４－２　白内障，水晶体の疾患（020110）について，一入院中において，片眼に白内障の手術を，もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合，重症度等は，「両眼」を選択するのか。	Ａ３－４－２　「片眼」を選択する。
Ｑ３－４－３　網膜剥離（020160）について，一入院中において，片眼に「K275」網膜復位術を実施し，もう一方の片眼に「K2761」網膜光凝固術（通常のもの）を実施した場合，重症度は「両眼」を選択するのか。	Ａ３－４－３　「両眼」を選択する。 診断群分類区分上６桁が同一の疾患について，定義テーブルの「手術」又は「手術・処置等１」に掲げられた同一対応コードに含まれる複数の手術（フラグ97「その他のＫコード」を除く。）を左眼，右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。
Ｑ３－４－４　他の医療機関において出生した場合も，出生時の体重により診断群分類区分を決定するのか。また，出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。	Ａ３－４－４　他の医療機関において出生した場合も，出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また，出生時の体重が不明である場合には，最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し，診療報酬明細書には「出生時体重不明」と記載する。
Ｑ３－４－５　定義副傷病の有無については，いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」と判断してよいか。	Ａ３－４－５　確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には，「定義副傷病なし」と判断する。
Ｑ３－４－６　定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類区分上６桁の分類が記載されているが，その疾患の傷病名欄に記載されたICD10コードに該当する場合に「定義副傷病あり」になるということか。	Ａ３－４－６　そのとおり。
Ｑ３－４－７　定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。	Ａ３－４－７　医療資源の投入量に影響を与えているのであれば，治療の有無にかかわらず「定義副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。
〔４．診療報酬の算定について〕	
Ｑ４－１　６月１日から新規にDPC対象病院となる場合，同日以前から入院している患者については，同日から７月31日までの２か月間は医科点数表により算定し，８月１日より包括評価の算定となるのか。	Ａ４－１　そのとおり。なお，入院期間の起算日は入院日とする。
Ｑ４－２　外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。	Ａ４－２　そのとおり。

質問・未確定事項等	回　　答
Q４－３　入院日Ⅲを超えた日以降に，医科点数表に基づき算定する場合，入院基本料はどの入院料を算定すればよいのか。	Ａ４－３　医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。
Q４－４　DPC算定の対象となる病床から「A308－3」地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は，どのように算定するのか。	Ａ４－４　転室前に算定していた診断群分類区分によって，当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない。）。また，入院日Ⅲを超えた日以降は，地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。
Q４－５　DPC算定の対象となる病床から「A308－3」地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合は，どのように算定するのか。	Ａ４－５　転棟前に算定していた診断群分類区分によって，当該診断群分類区分における入院日Ⅱまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア病棟入院料は算定できない。）。また，入院日Ⅱを超えた日以降は，地域包括ケア病棟入院料を算定すること。
Q４－６　６月１日から新規にDPC対象病院となる場合，同日６月１日以前から入院している患者が同月以降に退院（入院Ａ）し，その後同一傷病により７日以内に再入院した場合（入院Ｂ），入院Ａおよび入院Ｂはどのように算定するのか。	Ａ４－６　入院Ａについては医科点数表により算定する。また，入院Ｂについては，診断群分類点数表によって算定することとし，起算日は当該再入院した日とする。
Q４－７　医科点数表第１章第２部入院料等の通則第９号の規定による栄養管理体制に係る減算，通則第10号の規定による身体的拘束最小化に係る減算又は通則第11号の規定による継続的な賃上げに係る取組の実施に係る減算に該当する場合，医科点数表に基づき所定点数を減じて算定するのか。	Ａ４－７　そのとおり。
〔５．医療機関別係数について〕	
Q５－１　医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。	Ａ５－１　医療機関別係数のうち，機能評価係数Ⅰは施設基準の届出の変更に伴い変更されうる。また，機能評価係数Ⅱ及び救急補正係数は毎年度に実績を踏まえ変更される。
Q５－２　検体検査管理加算の届出を複数行っている場合（例：ⅠとⅣ），医療機関別係数は両方の機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。	Ａ５－２　両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。
Q５－３　検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算することができるか。	Ａ５－３　検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは，その体制を評価するものであり，検体検査の実施の有無にかかわらず，医療機関別係数に合算することができる。

質問・未確定事項等	回　　答
Ｑ５－４　地域医療支援病院であって，紹介受診重点医療機関として公表された病院において，医療機関別係数は「A204」地域医療支援病院入院診療加算及び「A204－3」紹介受診重点医療機関入院診療加算に係る機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。	Ａ５－４　両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を機能評価係数Ⅰに合算すること。
Ｑ５－５　機能評価係数Ⅰに関連した施設基準を新たに取得した場合，医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に，何か特別な届出が必要か。	Ａ５－５　医科点数表に基づく届出のみでよい。なお，機能評価係数Ⅰ（データ提出加算に係るものを除く。）は，算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。
Ｑ５－６　入院基本料等加算を算定することができない病棟（床）にDPC対象患者が入院している場合，当該入院基本料等加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算することができるか。（例：DPC対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数Ⅰ）	Ａ５－６　機能評価係数Ⅰは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため，医療機関が施設基準を満たすこと等により，算定することができるのであれば，全てのDPC対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。
Ｑ５－７　「A244」病棟薬剤業務実施加算（1病棟薬剤業務実施加算1）を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。	Ａ５－７　「A244」病棟薬剤業務実施加算（1病棟薬剤業務実施加算1）のように，機能評価係数Ⅰで評価される項目のうち，医科点数表において週1回または月1回算定できることとされているものについては，入院日Ⅲを超えた場合，医科点数表に基づき算定することができる。ただし，入院日Ⅲを超えた日の前日の属する週又は月は算定することができない。なお，「週」，「月」とは，それぞれ日曜日から土曜日までの1週間，月の初日から月の末日までの1か月をいう。
Ｑ５－８　「A245」データ提出加算について，DPC対象病院において，DPC算定病棟（包括評価の対象）に入院している患者はデータ提出加算1又は2を算定することができるか。	Ａ５－８　機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。
Ｑ５－９　①DPC算定病棟（包括評価の対象）→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟（包括評価の対象外）と転棟した事例について，データ提出加算1又は2を算定することはできるのか。	Ａ５－９　①DPC算定病床（包括評価の対象）において機能評価係数Ⅰで既に評価されているため，算定することができない。
Ｑ５－10　①DPC算定病棟（包括評価の対象）→②DPC算定病棟以外の病棟に転棟した事例について，データ提出加算3又は4はどのように算定するのか。	Ａ５－10　②の病棟がデータ提出加算3又は4の算定対象病棟の場合のみ，転棟した日から起算して90日を超えるごとにデータ提出加算3又は4を算定する。

質問・未確定事項等	回　　答
〔6．診断群分類点数表等により算定される診療報酬について〕	
Q6－1　診断群分類点数表による算定を行った患者が退院した場合，退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）	A6－1　算定することができない。
Q6－2　外来で月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を算定した後，同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に，入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）	A6－2　算定することができる。
Q6－3　問6－1及び問6－2において，「月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）」とあるが，医科点数表において，月1回のみ算定することとなっている点数であって，診断群分類点数表により包括されるすべての点数を指すのか。	A6－3　そのとおり。
Q6－4　問6－1及び問6－2において，「月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）」とあるが，医科点数表において，例えば3月に1回算定することとなっている点数は含まれるのか。	A6－4　当該解釈は，「月1回のみ算定することとなっている点数」に限られ，例示のように3月に1回算定することとなっている点数等については，診断群分類点数表による算定の有無により外来における算定の可否が変わるものではない。
Q6－5　外来受診した後，直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また，この場合，外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。	A6－5　初診料を算定することはできるが，再診料又は外来診療料（時間外加算等を除く。）については算定することはできない。また，検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており，別に医科点数表に基づき算定することはできない。
Q6－6　医科点数表第2章第2部在宅医療に定める「薬剤料」は，包括評価の範囲に含まれるのか。	A6－6　「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため，「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。
Q6－7　医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則第1号に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は，別に医科点数表に基づき算定することができるか。	A6－7　算定することができる。

質問・未確定事項等	回　　答
Ｑ６－８　医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則第３号に定める当該医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は，別に医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－８　算定することができる。
Ｑ６－９　コロンブラッシュ法については，「D311」直腸鏡検査の所定点数に，沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は「N004」細胞診の所定点数を，また，包埋し組織切片標本を作製し検鏡する場合は「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製の所定点数を合算した点数を算定するが，合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－９　合算した点数を算定することができる。
Ｑ６－10　医科点数表の「検査（内視鏡検査）」については，写真診断を行った場合は使用フィルム代を10円で除して得た点数を加算して算定するが，本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－10　算定することができない。
Ｑ６－11　心臓カテーテル法による諸検査，内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料，特定保険医療材料料は，包括評価の範囲に含まれるか。また，新生児加算等の加算は算定することができるのか。	Ａ６－11　そのとおり。また，新生児加算等の加算は算定することができる。
Ｑ６－12　月の前半が包括評価，月の後半が医科点数表に基づく評価（又は外来）の場合で，月の前半と後半に１回ずつ「D208」心電図検査を実施した場合，心電図検査の費用は全額算定してよいか。また，その他の生体検査やCT，MRI等についても同様の取扱いとしてよいか。	Ａ６－12　いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上，算定することとなる。
Ｑ６－13　「D206」心臓カテーテル法による諸検査の注９に定められたフィルムの費用は，医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－13　算定することができない。
Ｑ６－14　包括評価の対象患者について，手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。	Ａ６－14　算定することができない。
Ｑ６－15　包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において，医科点数表の注で定められている加算点数については，別に医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－15　フィルム代，薬剤料等に係る加算を除き，算定することができる。

質問・未確定事項等	回　　答
Q６－16　経皮経肝胆管造影における「E003」造影剤注入手技は，「D314」腹腔鏡検査に準じて算定することとされているが，医科点数表に基づき別に算定することができるか。	A６－16　算定することができない。
Q６－17　入院を必要とする侵襲的処置を含む医科点数表第２章第４部画像診断に係る費用は，別に医科点数表に基づき算定することができるか。	A６－17　「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており，別に医科点数表に基づき算定することはできない。
Q６－18　核医学検査（核医学診断）に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。	A６－18　そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。
Q６－19　医科点数表第２章第９部処置の通則に規定する休日加算，時間外加算及び深夜加算は，当該処置の開始時間が入院手続の後であっても算定できることとされているが，包括評価の範囲に含まれない処置料について，本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。	A６－19　算定することができる。
Q６－20　包括評価の範囲に含まれない処置料については，人工腎臓の導入期加算等の処置料に係る加算点数を算定することができるか。	A６－20　算定することができる。
Q６－21　医科点数表に基づき算定するギプスの項目について，100分の20等の例により，ギプスシャーレ，ギプスシーネ，ギプス除去料，ギプス修理料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。	A６－21　ギプスの項目の基本点数が1,000点以上であっても，ギプスシャーレ，ギプスシーネ，ギプス除去料，ギプス修理料等を100分の20等の例により算定した結果，1,000点未満の処置に該当する場合，包括範囲に含まれ，算定することができない。
Q６－22　診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については，「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。	A６－22　診断群分類区分の内容にかかわらず，「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。
Q６－23　「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また，輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A６－23　「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また，輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち，「手術」の部において評価されるものについては，別に医科点数表により算定することができる。
Q６－24　包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。	A６－24　医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。
Q６－25　「L008」声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を実施した場合，注７に規定する加算は算定できるのか。	A６－25　算定することができる。

質問・未確定事項等	回　　答
Q６－26 「L100」及び「L101」神経ブロックは別に医科点数表に基づき算定するのか。また，神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。	A６－26　そのとおり。
Q６－27　出来高算定可能な抗HIV薬には，「後天性免疫不全症候群（エイズ）患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。	A６－27　含まれない。
Q６－28　手術に伴い，術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤，術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は，手術に係る費用として別途算定することが可能か。	A６－28　手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は，当該手術の術中に用いたものに限られ，それ以外の薬剤については別途算定できない。
Q６－29　問６－28において，手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は，当該手術の術中に用いたものに限ることとされているが，「注射用レザフィリン100mg」，「アラベル内用剤1.5g」及び「アラグリオ顆粒剤分包1.5g」についても同様の取扱いとなるか。	A６－29　いずれも術前に使用する薬剤であり，別途算定できない。なお，いずれの薬剤も包括評価部分において評価されていることに留意されたい。
Q６－30　グランツマン血小板無力症患者(GPⅡb－Ⅲa及び／又はHLAに対する抗体を保有し，血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの）に使用する「遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤」は出来高で算定することができるのか。	A６－30　算定できる。
Q６－31　von Willebrand病患者に使用する「遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤」は出来高で算定することができるのか。	A６－31　算定できる。
〔７．特定入院料の取扱いについて〕	
Q７－１　１日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。	A７－１　従来どおり，医科点数表，基本診療料の施設基準等に基づき，所定の手続を行う。
Q７－２ 「A301」特定集中治療室管理料を14日間算定していた患者が，引き続き「A301－2」ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病床に転床した場合，21日目まで「15日以上21日以内の期間」の点数を算定するのか。	A７－２　そのとおり。

質問・未確定事項等	回　　答
Ｑ７－３　急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者が，「A301－2」ハイケアユニット入院医療管理料を21日間算定した後に「A301」特定集中治療室管理料を算定する病床に転床した場合，25日目まで「15日以上30日以内の期間」の点数を算定するのか。	Ａ７－３　そのとおり。
Ｑ７－４　一度目の入院時に「A300」救命救急入院料を上限日数に満たない日数分算定し，診断群分類区分上２桁が同一である傷病名で退院後７日以内に再入院した場合において，「救命救急入院料」の算定可能病室に入室した際，上限日数まで「A300」救命救急入院料を算定可能か。	Ａ７－４　１回の入院期間とみなし，算定することができない。特定入院料の算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。
Ｑ７－５　診断群分類区分上２桁が同一である傷病名で７日以内に再入院した場合は，退院してから再入院するまでの期間の日数は入院期間として算入しないが，「A307」小児入院医療管理料を継続して算定する場合，当該期間中の日数は「A307」小児入院医療管理料に係る期間として算入しないのか。	Ａ７－５　そのとおり。
Ｑ７－６　包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定している期間においては，その期間中に実施した心臓カテーテル法による諸検査，内視鏡検査，診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。	Ａ７－６　心臓カテーテル法による諸検査，内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料については，診断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれていないため算定することができる。また，包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算については，特定入院料に係る加算の種類により算定できる範囲が異なるため注意すること。
Ｑ７－７　特定入院料の注に規定する加算のうち，医科点数表において併算定できない診療報酬項目が示されているものについて，DPC算定においても同様に取り扱うのか。	Ａ７－７　そのとおり。
〔８．入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて〕	
Ｑ８－１　悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合，化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬剤料（制吐剤等）は算定することができるのか。	Ａ８－１　算定することができる。ただし，特定の薬剤名で分岐されている診断群分類区分に該当する場合には，当該薬剤と同時に併用される薬剤（併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限る。）に係る薬剤料については算定することができない。また，生理食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料についても算定することができない。

質問・未確定事項等	回　　答
Ｑ８－２　入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患者について，入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。	Ａ８－２　算定することができる。
Ｑ８－３　悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合であって，手術･処置等２の分岐が「２放射線療法」「３化学療法ありかつ放射線療法なし」となっているDPCコードについて，化学療法と放射線療法を実施したため，分岐２を選択した場合は，抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。	Ａ８－３　算定することができる。
Ｑ８－４　悪性腫瘍患者等以外の患者について，例えば「D206」心臓カテーテル法による諸検査ありを手術・処置等１の分岐で選択している場合であって，当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は，「D206」心臓カテーテル法による諸検査に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。	Ａ８－４　算定することができる。
〔９．同一傷病での再入院の取扱いについて〕	
Ｑ９－１　包括評価の対象患者が退院日同日に同一医療機関に再入院し，当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病名」が前回入院時と異なる場合，どのように取り扱うのか。	Ａ９－１　例えば，胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が，退院した日に事故に遭い再入院する場合など，退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない再入院については，新規の入院として取り扱い，当該再入院を入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について，再入院日の所定診断群分類点表により包括される点数は算定できないものとする。
Ｑ９－２　「一連」の入院とみなす７日以内の再入院は，「診断群分類区分の上２桁が同一の場合」とされているが，再入院時の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に「一連」か否かを判断することになるのか。	Ａ９－２　以下のような７日以内の再入院については「一連」とみなす。 ①　再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類区分上２桁と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類区分上２桁が一致する場合 ②　再入院時と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類区分上６桁が一致する場合 ③　再入院時の「入院の契機となった傷病名」に，定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコード又は診断群分類手術・処置等の合併症（180040）に定義されるICDコードを選択した場合

質問・未確定事項等	回　　答
Q９－３　①DPC算定病棟（診断群分類点数表により算定）→②地域包括ケア病棟入院料１から４まで又は地域包括ケア入院医療管理料１から４までのいずれかを算定する病棟又は病床に転棟又は転室（引き続き診断群分類点数表により算定）→③退院→④DPC算定病棟に再入院した事例において，どの時点を起算日として，「７日以内」の再入院であるかを判断することになるのか。	Ａ９－３　②において，引き続き診断群分類点数表により算定していることから，退院日の翌日から起算して７日以内かどうかで判断する。
Q９－４　一度目の入院期間中に，入院日Ⅲを超えて退院した後，診断群分類区分上２桁が同一である傷病名で７日以内に再入院した場合，どのように算定すればよいか。	Ａ９－４　「一連」の入院とみなし，傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。
Q９－５　DPC対象病院から特別の関係であるDPC対象病院に診断群分類区分上２桁が同一の傷病で転院した場合又は７日以内に再入院した場合は「一連」の入院とみなすのか。	Ａ９－５　そのとおり。なお，この場合は，診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。また，診療報酬明細書の今回入院日欄に「一連」の入院とみなした入院年月日を記載し，摘要欄に「特別」と記載すること。
Q９－６　一度目のDPC算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後，DPC算定対象とならない病棟へ転棟し，診断群分類区分上２桁が同一である傷病名で再度DPC算定対象となる病棟に転棟した場合，どのように算定するのか。	Ａ９－６　再転棟までの期間にかかわらず,「一連」の入院とみなし，傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。
Q９－７　一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し，その後，一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には，入院期間の起算日は入院日とするのか。	Ａ９－７　DPC算定病棟以外の病棟からDPC算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし，診断群分類区分上２桁が同一である傷病等でDPC算定病棟へ再転棟した場合には，前回入院日を起算日とし，一入院とする。
Q９－８　同一傷病に該当するか否かは，前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類区分上２桁が同一であるかによって判断することとされているが，次の事例も一連とみなすのか。（例）半月板損傷（160620）にて入退院後，７日以内に上腕骨骨折（160730）にて入院	Ａ９－８　そのとおり。
Q９－９　７日以内の再入院であって，前回の入院と今回の入院の「医療資源を最も投入した傷病名」がそれぞれ，唾液腺の悪性腫瘍（030011），上咽頭の悪性腫瘍（030012）のように，診断群分類区分の上６桁が03001xとして同一となる場合は，「一連」の入院として取り扱うか。	Ａ９－９　「一連」の入院として取り扱う。

質問・未確定事項等	回　　答
〔10. 退院時処方の取扱いについて〕	
Q10－1　退院時処方は，「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが，転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。	A10－1　算定することができない。
Q10－2　診断群分類区分上2桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して7日以内に再入院した場合は，前回入院の退院時処方を算定することができるか。	A10－2　退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし，退院日当日に診断群分類区分上2桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。
Q10－3　入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合，在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。	A10－3　残薬に相当する処方を中止した後に，改めて退院時処方として処方することで算定することができる。
Q10－4　退院の予定が決まっている患者に対して，退院日の前日又は前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合，退院時処方として算定することができるか。	A10－4　土曜日・日曜日の退院で，退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし，予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定を取り下げること。
Q10－5　「フォルテオ皮下注キット600μg」及び「テリパラチドBS皮下注キット600μg「モチダ」」は，内容量が600μg，1回の使用量が20μgであるが，28日用の製剤として薬価収載されている。入院時に1回分のみ使用する場合，フォルテオ皮下注キット600μg及びテリパラチドBS皮下注キット600μg「モチダ」の算定方法はどのようになるか。	A10－5　フォルテオ皮下注キット600μg及びテリパラチドBS皮下注キット600μg「モチダ」は28日用製剤であるため，それぞれの薬価を28（日分）で除したものを1日分（1回分）の薬剤料とする。
Q10－6　「オスタバロ皮下注カートリッジ1.5mg」は，内容量が1.5mg，1回の使用量が80μgであるが，14日用の製剤として薬価収載されている。入院時に1回分のみ使用する場合，オスタバロ皮下注カートリッジ1.5mgの算定方法はどのようになるか。	A10－6　オスタバロ皮下注カートリッジ1.5mgは14日用製剤であるため，オスタバロ皮下注カートリッジ1.5mgの薬価を14（日分）で除したものを1日分（1回分）の薬剤料とする。
Q10－7　薬価を使用可能日数（回数）で除したものを1日分（1回分）の薬剤料として算定することとされている薬剤（「フォルテオ皮下注キット600μg」，「テリパラチドBS皮下注キット600μg「モチダ」」及び「オスタバロ皮下注カートリッジ1.5mg」）を，入院中に処方した場合，入院中に使用しなかった分については，それに相当する日数分を退院時に処方したものとすることは可能か。	A10－7　入院中に使用しなかった分については，引き続き在宅で使用する分に限り，退院時に処方したものとして差し支えない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q10－8　薬価を使用可能日数（回数）で除したものを1日分（1回分）の薬剤料として算定することとされている薬剤について，入院中に使用しなかった分については，引き続き在宅で使用する分に限り，それに相当する日数分を退院時に処方したものとして差し支えないこととされているが，インスリン製剤や点眼薬等についても，同様の取扱いとなるのか。	A10－8　当該取扱いは薬価を使用可能日数（回数）で除したものを1日分（1回分）の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。
Q10－9　退院後に介護老人福祉施設に入所する場合，退院時処方の薬剤料は別に算定することができるのか。	A10－9　算定することができる。
〔11. 対診・他医療機関受診の取扱いについて〕	
Q11－1　DPC算定病棟に入院しているが，医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合，どのような取扱いとなるのか。	A11－1　DPC算定病棟に入院している患者が，他の医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く。）は，当該医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い，当該医療機関において算定する。なお，この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。DPC算定病棟に入院している患者については，算定方法にかかわらず（診断群分類点数表・医科点数表のいずれにより算定していても）同じ取扱いである。また，DPC算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床（例：地域包括ケア入院医療管理料）に入院している患者についても同じ取扱いである。
Q11－2　DPC算定病棟に入院中の患者が他の医療機関を受診した場合，他の医療機関で行われたDPCの包括対象外となる診療行為については，入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A11－2　算定することができる。なお，この場合，診断群分類区分の選定については，他の医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また，当該診療行為に係る費用の分配については，医療機関間の合議に委ねるものとする。
Q11－3　DPC算定病棟に入院中の患者が他の医療機関を受診した場合，他の医療機関で行われたDPCの包括範囲内の診療行為については，入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A11－3　算定することができない。ただし，この場合，診断群分類区分の選定については，他の医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また，当該診療行為に係る費用については，医療機関間の合議に委ねるものとする。
Q11－4　DPC算定病棟に入院中の患者が，他の医療機関に依頼して検査・画像診断（PET・MRI等）のみを行った場合の診療報酬については，他の医療機関では算定できず，合議の上で精算することとしてよいか。	A11－4　よい。

質問・未確定事項等	回　　答
Q11－5　DPC算定病棟に入院中の患者が他の医療機関を受診した場合であって，入院中の医療機関において施設基準の届出を行っていないが，当該他の医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為が行われた場合は，入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A11－5　算定することができる。なお，この場合，診断群分類区分の選定については，他の医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また，当該診療行為に係る費用の分配については，医療機関間の合議に委ねるものとする。
Q11－6　DPC算定病棟に入院中の患者が他の医療機関を受診した場合，外来でしか算定できない診療行為について入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A11－6　算定することができない。
Q11－7　DPC算定病棟に入院中の患者が他医療機関を受診し先進医療を受けた場合について，入院中の医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。	A11－7　他医療機関で実施した診療行為に係る費用のうち，保険給付の対象となるものは合議にて精算するが，保険外の費用は合議の対象とはならない。なお，先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。
Q11－8　DPC算定病棟に入院中の患者に対診を実施した場合，入院中の医療機関において施設基準の届出を行っていないが，他の医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A11－8　算定することができない。
Q11－9　DPC算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり，当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は，入院医療機関において請求し，この場合の医療機関間での診療報酬の分配は，相互の合議に委ねるものとされているが，当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。	A11－9　健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は，消費税が非課税となる（消費税法第６条）。 　質問のケースの場合，他医療機関が行う診療にあっては，社会保険診療であるから，当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。（当該合議により得る収入については，診療報酬に照らして妥当であればよく，必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。）
〔12. データ提出加算について〕	
Q12－1　「DPCの評価・検証等に係る調査」の退院患者調査に準拠したデータの提出について，提出方法不備，提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも，「A245」データ提出加算を算定することができるのか。	A12－1　データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）において提出方法不備，提出期限超過，未到着及び媒体内容不備等があった場合は，データ提出月の翌々月の１か月分については「A245」データ提出加算は算定できない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q12－2　データ提出に遅延等が認められたため，1か月「A245」データ提出加算を算定できなくなった場合，当該1か月の診療分はどのように算定するのか。	A12－2　包括評価対象分については，当該月診療分の「A245」データ提出加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算せずに算定すること。 　また，包括評価対象外の患者については，当該月の診療分において，医科点数表に基づき，「A245」データ提出加算を算定することができない。
〔13. 診療報酬の調整等について〕	
Q13－1　退院時に診断群分類区分が確定した時に，差額を調整する必要が生じた場合の一部負担金はどのように算定するのか。	A13－1　差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため，その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。
Q13－2　包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。	A13－2　高額療養費の額は，従来どおり，各月の請求点数に応じて算定する。
Q13－3　診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は，請求済みの診療報酬明細書の返戻，高額療養費の再計算等は必要か。	A13－3　診断群分類点数表のみで算定する場合は，診断群分類点数表による請求額も月ごとに確定するため，請求済みの診療報酬明細書の返戻，高額療養費の再計算等は必要ない。
Q13－4　切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後，自費で分娩を行った患者が，分娩後に引き続き，分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において，診断群分類点数表による算定の起算日は，分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。	A13－4　そのとおり。
Q13－5　入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合，包括評価の対象外となる時期はいつか。また，その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。	A13－5　診療報酬の請求方法は，患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため，当該入院全てを医科点数表に基づき再請求する。
Q13－6　臓器移植や治験等の実施を予定して入院し，前月は医科点数表により請求していたが，患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には，どのように算定するのか。	A13－6　診療報酬の請求方法は，患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため，退院時に診断群分類区分に該当する場合には，当該入院全てを当該診断群分類区分により再請求する。
Q13－7　入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を，当該入院中に投与する場合，どの時点から包括評価の対象外となるのか。	A13－7　診療報酬の請求方法は，患者の退院時に決定された請求方法をもって一つの入院期間において統一するため，投与時点で高額薬剤として告示されている場合は，入院期間全てを医科点数表に基づき算定をする。

質問・未確定事項等	回　　答
Q13－８　入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は，再度包括評価の対象となるのか。	A13－８　診療報酬の請求方法は，患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため，再度包括評価の対象となる。
Q13－９　診療報酬の請求方法は，患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが，退院時に決定された診断群分類区分において，入院日Ⅲを超えて医科点数表による算定を行っている場合はどのように請求するのか。	A13－９　入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は，診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。
Q13－10　診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが，月をまたいで入院する場合は，各月の請求時に一旦，診断群分類区分の決定を行い請求することでよいか。	A13－10　そのとおり。 なお，手術等が行われていない場合であっても，予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが，退院時までに予定された手術が行われなかった結果，退院時に決定された請求方法が異なる場合は，請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐により再請求をする。
〔14. 令和８年度改定に係る経過措置について〕	
Q14－１　改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が，改定により高額薬剤から除外され，かつ，「手術・処置等２」に分岐がない場合，当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。	A14－１　当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない）ことから，ツリー図上の分岐の区分に従い診断群分類区分を決定する。改定後も引き続き告示されている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。
Q14－２　改定を挟んで７日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどのようになるのか。	A14－２　診断群分類点数表が改正されるため，入院日の起算日は再入院した日とする。
Q14－３　改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を５月中に実施した場合であって，６月に診断群分類区分を決定する場合，新たに追加された分岐を選択することができるのか。	A14－３　選択することができる。
Q14－４　改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について，６月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。 （例１）　４月16日に入院し，改定前は入院日Ⅲが60日で改定後は入院日Ⅲが30日となっている診断群分類区分が適用される患者の６月分の請求 （例２）　４月16日に入院し，改定前は入院日Ⅲが30日で改定後は入院日Ⅲが60日となっている診断群分類区分が適用される患者の６月分の請求	A14－４　例１の場合は医科点数表に基づき算定し，例２の場合は診断群分類点数表に基づき算定する。

質問・未確定事項等	回　　答
Q14－5　改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合，改定後の診断群分類区分は６月１日から適用となるが，改定前の診断群分類区分による差額調整は５月31日で終了しているため，６月１日以降の診療報酬からが調整の対象となるのか。	A14－5　そのとおり。
〔15．診療報酬明細書関連について〕	
Q15－1　入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合，「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。また，退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。	A15－1　医科点数表に従い，記載する必要がある。
Q15－2　診療報酬明細書の「副傷病名」欄には，該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。	A15－2　そのとおり。
Q15－3　該当する定義告示上の定義副傷病名が複数存在する患者については，診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した定義副傷病名を記載するのか。	A15－3　そのとおり。
Q15－4　傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。	A15－4　記載する必要はない。
Q15－5　診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し，ICD10コードを記入するのか。	A15－5　そのとおり。
Q15－6　入院中に処置を複数回実施した場合は，処置の実施日をどのように記載するのか。	A15－6　初回の実施日を記載する。
Q15－7　分娩のために入院中の患者が合併症等に罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合，診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また，「今回退院年月日」欄には保険給付が終了した日を記入するのか。	A15－7　そのとおり。
Q15－8　審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書はどのようなものか。特に，医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。	A15－8　DPCの診療報酬明細書のうち，請求点数が38万点以上のものが対象となる。このため，医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q15－9　入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。	A15－9　保険者ごとに診療報酬明細書を作成して請求する。変更前及び変更後の診療報酬明細書に医療保険等が変更された旨を記載するとともに，変更後の診療報酬明細書に変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお，診断群分類区分の変更があった場合であっても，退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため，従前の保険者への請求額は変更されない。
Q15－10　診療報酬改定をまたいで入院している場合，5月診療分DPCレセプトの「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄はどう記載するのか。	A15－10　改定前の診断群分類区分による差額調整は5月31日に実施するが，入院中であるため「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄は空白（記載不要）とする。
Q15－11　令和8年5月以前から継続して入院している患者で，5月に分岐に係る手術等を行った場合，6月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は，どのように記載するのか。	A15－11　5月に実施した手術等について，6月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお，5月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。
Q15－12　「K921」造血幹細胞採取を行うに当たり，造血幹細胞の末梢血中への動員のためにG-CSF製剤やプレリキサホルを投与するが，「K921」造血幹細胞採取を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について，DPCレセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。	A15－12　本件は，「K921」造血幹細胞採取の注2の規定による加算に該当するため，造血幹細胞採取に当たって当該薬剤を使用した場合についても，「K921」造血幹細胞採取を算定する日に「K921」造血幹細胞採取の所定点数に当該薬剤の点数を加算する。
Q15－13　播種性血管内凝固症候群（130100）等によって請求する際は，診療報酬明細書の摘要欄に，厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）によるDICスコアを記載することとされているところ，急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）について見直しが行われたが，摘要欄へのDICスコアの記載に当たっては，見直し後の診断基準（JAAM-2 DIC診断基準）に基づいて記載する必要があるか。	A15－13　そのとおり。なお，当分の間は，見直し前の診断基準（JAAM DIC診断基準）を用いても差し支えない。

基金・国保への提出件数・平均点数等

1．京都府基金・国保における請求明細書提出状況 ―― 令和７年12月診療分

	基金			国保		
	提出件数	前月比	前年同月比	提出件数	前月比	前年同月比
医科	891,007件	92.4%	96.3%	890,795件	93.5%	107.0%
歯科	243,515件	93.9%	106.4%	191,554件	94.0%	107.0%
調剤報酬	538,096件	92.0%	98.0%	546,957件	93.6%	100.5%
訪問看護	8,231件	100.7%	112.3%	9,424件	101.8%	96.8%
医科歯科計	1,680,849件	92.6%	98.3%	1,638,730件	93.6%	111.1%

※件数は入院・外来のレセプト枚数（月遅れ分を含む）の合計

2．平均点数等について

（1）基金分（７年11月診療分）

		1件当たり日数		1件当たりの平均点数		1日当たりの平均点数	
		入院	入院外	入院	入院外	入院	入院外
高齢受給者	一般	11.1日	1.5日	75,168.7点	1,747.6点	6,782.6点	1,187.6点
	７割	9.7日	1.4日	74,125.3点	1,680.3点	7,631.3点	1,204.2点
本人		8.3日	1.3日	65,673.5点	1,325.9点	7,951.7点	1,013.0点
家族	７割	9.7日	1.3日	60,778.5点	1,130.2点	6,266.1点	867.8点
	８割	6.2日	1.4日	46,109.7点	947.4点	7,433.9点	663.5点
生保		7.0日	1.3日	197,108.7点	798.5点	28,158.4点	638.8点

（2）国保分（７年11月診療分）

	1件当たり日数		1件当たりの平均点数		1日当たりの平均点数	
	入院	入院外	入院	入院外	入院	入院外
一般	13.9日	1.4日	64,640.3点	1,864.8点	4,634.7点	1,302.6点
退職	0.0日	0.0日	0.0点	0.0点	0.0点	0.0点
後期	16.1日	1.6日	68,220.9点	1,928.9点	4,235.3点	1,188.1点
平均	15.6日	1.5日	68,886.9点	1,836.9点	4,416.3点	1,187.0点

3．国保連合会における診療科別平均点数

（1）国保一般（7年11月診療分）

	1件当たり日数		1件当たりの平均点数		1日当たりの平均点数	
	入　院	入院外	入　　院	入 院 外	入　　院	入 院 外
内　　科	12.3日	1.4日	76,757.9点	2,167.3点	6,241.1点	1,579.1点
精　神　科	26.7日	1.5日	41,844.6点	1,036.2点	1,566.3点	707.3点
神　経　科	27.2日	1.5日	35,640.4点	1,291.7点	1,310.8点	840.2点
呼吸器科	0.0日	1.3日	0.0点	941.1点	0.0点	746.2点
消化器科	0.0日	1.3日	0.0点	1,275.9点	0.0点	992.9点
胃　腸　科	30.0日	1.4日	60,387.7点	920.5点	2,012.9点	661.2点
循環器科	0.0日	1.3日	0.0点	1,274.9点	0.0点	1,011.2点
小　児　科	27.8日	1.3日	72,113.8点	857.9点	2,594.0点	650.9点
外　　科	12.4日	1.5日	65,486.2点	1,351.8点	5,285.6点	927.2点
整形外科	18.4日	2.3日	74,962.4点	1,127.1点	4,070.7点	488.5点
形成外科	23.0日	1.4日	50,604.8点	1,329.4点	2,200.2点	961.9点
脳　外　科	18.1日	1.5日	61,658.8点	1,353.5点	3,407.3点	903.5点
皮　膚　科	0.0日	1.2日	0.0点	569.5点	0.0点	472.1点
泌尿器科	5.5日	2.0日	37,161.1点	3,659.8点	6,724.4点	1,854.4点
肛　門　科	0.0日	1.7日	0.0点	1,534.7点	0.0点	910.9点
産婦人科	3.8日	1.4日	13,900.9点	1,357.4点	3,615.6点	959.5点
眼　　科	2.6日	1.2日	68,575.9点	1,251.0点	25,947.6点	1,049.9点
耳鼻咽喉科	1.9日	1.3日	51,178.9点	886.3点	27,011.1点	674.4点
放射線科	0.0日	1.0日	0.0点	3,773.7点	0.0点	3,638.1点
麻　酔　科	0.0日	1.7日	0.0点	1,286.1点	0.0点	773.6点

※各科名は第1標榜科目。

（2）国保後期 7年11月診療分）

	1件当たり日数		1件当たりの平均点数		1日当たりの平均点数	
	入　院	入院外	入　　院	入 院 外	入　　院	入 院 外
内　　科	15.2日	1.5日	70,796.4点	2,206.2点	4,667.1点	1,451.2点
精　神　科	27.6日	1.6日	38,001.1点	1,257.5点	1,377.7点	800.1点
神　経　科	28.4日	1.4日	33,993.6点	1,182.5点	1,195.1点	822.3点
呼 吸 器 科	0.0日	1.5日	0.0点	1,090.9点	0.0点	729.8点
消 化 器 科	0.0日	1.4日	0.0点	1,234.2点	0.0点	854.9点
胃　腸　科	28.5日	1.6日	58,228.7点	1,015.6点	2,040.4点	637.1点
循 環 器 科	0.0日	1.4日	0.0点	1,463.6点	0.0点	1,067.9点
小　児　科	0.0日	1.3日	0.0点	1,118.6点	0.0点	837.1点
外　　科	18.0日	1.8日	60,814.1点	1,463.3点	3,373.4点	826.6点
整 形 外 科	19.4日	2.7日	76,935.1点	1,301.9点	3,959.5点	476.1点
形 成 外 科	26.3日	1.7日	57,228.0点	1,529.8点	2,180.1点	901.7点
脳　外　科	19.5日	1.7日	58,408.6点	1,479.8点	2,989.6点	870.4点
皮　膚　科	0.0日	1.3日	0.0点	583.1点	0.0点	466.4点
泌 尿 器 科	9.1日	2.0日	44,056.4点	3,915.2点	4,819.5点	1,934.7点
肛　門　科	0.0日	1.6日	0.0点	1,065.2点	0.0点	647.7点
産 婦 人 科	0.0日	1.2日	0.0点	794.9点	0.0点	636.7点
眼　　科	2.8日	1.2日	59,228.7点	1,492.1点	21,059.1点	1,225.6点
耳鼻咽喉科	0.0日	1.5日	0.0点	817.9点	0.0点	544.7点
放 射 線 科	0.0日	1.0日	0.0点	4,013.8点	0.0点	3,925.4点
麻　酔　科	0.0日	1.7日	0.0点	1,499.5点	0.0点	879.7点

※各科名は第1標榜科目。

4．支払基金における診療科別等平均点数（全国計）

（1）経営主体別･診療科別　7年11月診療分平均点数（外来）

医療機関別		医療保険								
		本人			家族 ※上段 7割 下段 未就学者			高齢受給者 ※上段 一般 下段 7割		
		点／件	日／件	点／日	点／件	日／件	点／日	点／件	日／件	点／日
総合計		1,283	1.3	987	1,128	1.3	857	1,623	1.4	1,137
					954	1.4	667	1,696	1.4	1,222
病院計		2,719	1.3	2,081	2,504	1.3	1,861	3,162	1.4	2,252
					1,516	1.3	1,151	3,279	1.4	2,355
経営主体	国公立病院	3,201	1.3	2,493	2,740	1.3	2,108	3,804	1.4	2,758
					1,572	1.3	1,234	3,905	1.4	2,857
	大学病院	5,017	1.3	3,960	4,433	1.3	3,463	5,396	1.3	4,002
					2,235	1.2	1,882	5,341	1.4	3,953
	法人病院	1,840	1.3	1,383	1,754	1.4	1,253	2,207	1.4	1,539
					1,198	1.4	845	2,258	1.4	1,588
	個人病院	1,427	1.3	1,136	1,463	1.3	1,165	1,592	1.5	1,085
					1,032	1.5	688	1,499	1.4	1,096
診療所計		964	1.3	742	878	1.3	670	1,109	1.4	773
					871	1.4	602	1,129	1.4	814
診療科別	内科	1,018	1.2	852	985	1.2	804	1,115	1.2	899
					929	1.3	694	1,141	1.2	928
	小児科	771	1.2	653	860	1.3	670	762	1.2	617
					930	1.5	613	781	1.3	620
	外科	1,157	1.3	882	1,139	1.3	862	1,153	1.5	773
					1,068	1.4	745	1,185	1.4	849
	整形外科	987	2.0	485	1,095	2.0	543	1,087	2.5	443
					1,147	1.5	784	1,088	2.4	460
	皮膚科	530	1.2	431	516	1.3	411	534	1.3	408
					506	1.2	422	558	1.3	431
	産婦人科	1,596	1.4	1,112	1,307	1.4	946	768	1.3	614
					708	1.4	519	759	1.2	609
	眼科	870	1.1	776	717	1.1	638	1,462	1.2	1,187
					638	1.2	550	1,496	1.2	1,218
	耳鼻咽喉科	745	1.2	598	680	1.3	537	717	1.4	518
					836	1.6	536	762	1.4	560
	その他	989	1.3	777	957	1.3	756	1,176	1.3	935
					1,171	1.3	891	1,198	1.2	976

（2）経営主体別・診療科別７年11月診療分平均点数（入院）

医療機関別		医療保険								
		本人			家族 ※上段 7割 下段 未就学者			高齢受給者 ※上段 一般 下段 7割		
		点／件	日／件	点／日	点／件	日／件	点／日	点／件	日／件	点／日
総合計		59,907	8.0	7,450	57,571	10.7	5,394	72,528	11.1	6,512
					50,812	6.4	7,932	73,453	9.8	7,472
病院計		64,598	8.4	7,663	60,593	11.1	5,452	73,796	11.3	6,526
					56,522	6.8	8,301	74,611	10.0	7,483
経営主体	国公立病院	64,885	7.9	8,174	59,396	9.4	6,339	74,074	9.8	7,571
					55,519	6.7	8,286	77,028	9.2	8,384
	大学病院	84,504	8.7	9,740	80,636	9.2	8,753	94,375	9.9	9,562
					87,532	8.8	9,988	87,324	8.9	9,846
	法人病院	55,033	8.8	6,251	53,030	13.7	3,862	66,540	13.2	5,047
					31,621	5.4	5,900	66,631	11.2	5,958
	個人病院	38,232	7.4	5,156	40,761	15.0	2,713	58,439	17.5	3,342
					12,662	3.9	3,276	72,241	11.3	6,374
診療所計		17,213	4.5	3,820	17,077	4.8	3,570	34,913	6.1	5,746
					4,203	3.1	1,348	34,127	5.1	6,705
診療科別	内科	15,791	3.2	4,861	16,402	5.0	3,284	31,984	6.9	4,640
					6,054	2.3	2,622	24,499	5.9	4,169
	小児科	10,333	4.5	2,310	8,979	4.1	2,186	28,925	15.5	1,866
					7,447	2.9	2,539	-	-	-
	外科	21,629	4.0	5,353	23,477	4.8	4,942	27,766	6.1	4,584
					-	-	-	22,236	4.9	4,573
	整形外科	55,717	8.7	6,394	56,589	8.2	6,873	58,335	10.8	5,425
					19,714	16.5	1,195	61,533	8.8	6,983
	皮膚科	-	-	-	-	-	-	-	-	-
					-	-	-	-	-	-
	産婦人科	11,655	4.6	2,558	11,493	4.5	2,560	27,403	6.0	4,567
					4,089	3.1	1,306	-	-	-
	眼科	25,591	2.6	10,027	25,064	2.4	10,314	25,560	2.6	9,795
					-	-	-	23,700	2.9	8,300
	耳鼻咽喉科	38,660	2.2	17,635	44,274	2.3	18,875	35,383	2.0	17,692
					15,089	1.3	11,856	50,996	2.5	20,399
	その他	20,342	4.4	4,608	22,013	5.4	4,052	29,747	5.4	5,532
					21,587	2.3	9,444	37,153	4.2	8,831

地域医療部通信

令和８年度
第１回 JMAT 京都研修会開催のご案内

府医では，災害医療対策の一環として『JMAT 京都』を立ち上げ，災害医療支援チームの体制構築に取組んでおります。この度，令和８年度　第１回 JMAT 京都研修会の日程が確定いたしましたので，皆様にご案内いたします。

日医災害医療チーム（JMAT：Japan Medical Association Team）は，主に災害急性期以降における避難所・救護所等での医療や健康管理，被災地病院・診療所への支援，さらに医療提供という直接的な活動にとどまらず，避難所の公衆衛生，被災者の栄養状態や派遣先地域の医療ニーズの把握と対処から，被災地の医療機関への円滑な引き継ぎまで，多様かつ広範囲におよぶと日医では定義されております。

本年度は，計３回の研修会を予定しており，支援・受援体制のあり方について受講者に考えていただけるような内容を予定しております。是非とも,ご参加くださいますようお願い申し上げます。

お申し込み方法につきましては，下記 URL にアクセスいただき，参加フォームにてお申し込みください。

記

１．開催日時

令和８年６月13日(土)　午後２時～午後４時30分

２．開催内容

場　所　京都府医師会館　３Ｆ　310会議室（Web 配信と参集型のハイブリッド開催）

テーマ　**「災害時の支援・受援体制について」**

講　演　京都第一赤十字病院　基幹災害医療センター長／統括 DMAT　高階謙一郎 氏　他

３．参加対象者

京都府医師会，京都府歯科医師会，京都府薬剤師会，京都府看護協会，その他関係団体の会員

４．申し込み

以下の URL もしくは二次元コードからお申し込みください。

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_ikcz3OTkTc2TpzyDtu1b6g

【お問い合わせ先】

京都府医師会　地域医療１課　TEL：075－354－6109　FAX：075－354－6097

京都府医師会
在宅医療・地域包括ケアサポートセンター通信

令和８年度
第１回「総合診療力向上講座」(Web 講習会)
開催のご案内

「総合診療力向上講座」は，開業医，勤務医～研修医までの幅広い年齢層を対象とした総合的な診療力の向上に資する研修で，総合診療のトピックスや入院，外来診療そして在宅医療にも役立つエビデンスに基づく診断について，座学を中心とした形式で開催しております。

今年度，第１回「総合診療力向上講座」では，洛和会丸太町病院 副病院長 上田　剛士 氏に「観るだけで解るショック」というテーマでご講演いただきます。

在宅医療のみならず臨床の場でも役立つ内容のご講演となっております。

是非，お申し込みの上，ご参加ください。

第１回「総合診療力向上講座」(Web 講習会)

と　　き　令和８年６月13日(土)　午後３時～４時30分

と こ ろ　府医会館より配信　※ Web 会議システム　ZOOM を用います。

テ ー マ　「観るだけで解るショック」

対　　象　医師

講　　師　洛和会丸太町病院　副病院長　　上田　剛士 氏

参 加 費　無料

申し込み　右記二次元コードよりお申し込みください。
当センターホームページ申込みフォームからもお申し込みできます。

締　　切　研修会の前日６月12日(金）までにお申し込みください。

日医生涯教育カリキュラムコード：16. ショック（1.5単位）
なお，開始早々の退出や30分未満の参加については，単位付与されませんのでご了承ください。
※受講確認のため，１人１台の通信端末（PC 等）でご参加ください。

問い合わせ　京都府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター
（TEL：075－354－6079／FAX：075－354－6097／Mail：zaitaku@kyoto.med.or.jp）

京都府医師会

在宅医療･地域包括ケアサポートセンター通信

令和８年度
第１回「京都在宅医療塾　探究編」(Web 講習会)
開催のご案内

今年度，第１回「京都在宅医療塾 探究編」は，昨年度に続き，京都府医師会 理事／一般財団法人 療道協会 西山病院 院長　西村 幸秀 氏を講師に迎え，「在宅医療におけるストレスケアの重要性～訪問する医師・看護師・多職種の皆さま，疲弊していませんか～」というテーマで，ご講演いただきます。メンタルヘルスケアの重要性が学べる内容となっております。

是非，お申し込みの上，ご参加ください。

第１回「京都在宅医療塾　探究編」(Web 講習会)

と　　き　令和８年６月６日(土)　午後３時～午後４時 30 分

と こ ろ　府医会館より配信　※ Web 会議システム　ZOOM を用います。

テ ー マ　「在宅医療におけるストレスケアの重要性
～訪問する医師・看護師・多職種の皆さま，疲弊していませんか～」

対　　象　医師・看護師・多職種

講　　師　京都府医師会　理事／一般財団法人 療道協会　西山病院　院長　　西村　幸秀 氏

内　　容　座学

申し込み　右記二次元コードよりお申し込みください。
当センターホームページ申込みフォームからもお申し込みできます。

締　　切　研修会の前日６月５日(金) までにお申し込みください。

日医生涯教育カリキュラムコード：５．心理社会的アプローチ（1.5 単位）
開始早々の退出や 30 分未満の参加については，単位付与されませんのでご了承ください。
※受講確認のため，１人１台の通信端末（PC 等）でご参加ください。

問い合わせ　京都府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター
(TEL：075－354－6079／FAX：075－354－6097／Mail：zaitaku@kyoto.med.or.jp)

京都府医師会
在宅医療･地域包括ケアサポートセンター
認知症対策通信

令和８年度
第１回認知症サポート医フォローアップ研修会
開催のご案内

この研修会は，認知症サポート医をはじめ認知症診療にかかわる医師等が認知症の診断・治療・ケア等に関する研修を通じて地域における認知症の人への支援体制の充実･強化を図ること，また，地域における認知症サポート医等の連携強化を図ることを目的に開催しております。多数ご参加くださいますようご案内申し上げます。

と　き　令和８年５月９日(土)　午後３時30分～午後５時
（認知症サポート医連絡会に引続き開催）

ところ　京都府医師会館310会議室（Web配信と参集型のハイブリッド開催）

テーマ　「おさえておきたい認知症診療の今
～認知症の早期治療の現状・課題とBPSDへの新たな対応指針～」
講師　筑波大学附属病院精神神経科　教授　新井　哲明 氏
座長　京都府立医科大学大学院　医学研究科
精神機能病態学　教授（認知症サポート医幹事）　成本　迅 氏

対　象　府医会員，会員医療機関の医師，かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者，認知症サポート医，精神科・神経内科医，その他多職種等

参加費　無料

申し込み　申込フォームからのみとなります。

主　催　京都府医師会

問い合わせ　京都府医師会　在宅医療・地域包括ケアサポートセンター
（TEL：075－354－6079 ／ FAX：075－354－6097）

その他　Web参加の方は受講確認のため，１人１台の通信端末（PC等）で参加いただく必要がございます。またネット環境が整った場所でご覧くださいますよう，何卒よろしくお願い申し上げます。

◆日医生涯教育カリキュラムコード

29. 認知能の障害：1.5単位

※「地域包括診療加算」および「地域包括診療料」の施設基準である「慢性疾患の指導に係る研修」の1つ（それぞれ1時間以上の受講が必要）になります。

■申し込み方法について

右記画像をお持ちのスマートフォンのバーコードリーダーで読み取ると，申込フォームが表示されます。または，検索エンジンにて「京都　在宅医療」で検索し，在宅医療・地域包括ケアサポートセンターホームページからもお申し込みできます。

ご不明な点がございましたら当センターまで，ご連絡ください。

京都府医師会　在宅医療・地域包括ケアサポートセンター
TEL：075-354-6079

介護保険ニュース

指定訪問看護事業者における医薬品の取り扱いについて

無薬局地域や夜間・休日など地域や日時にかかわらず，在宅患者に円滑に薬物治療を提供できる環境を実現するため講ずる措置として，指定訪問看護事業者（健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者ならびに介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法に規定する訪問看護を行う者に限る）および同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る）をいう。以下同じ）における医薬品の取り扱いが，下記のとおり定められ，3月1日から適用開始されていますので，お知らせします。

記

第1　指定訪問看護事業者における医薬品の取扱いについて

1　医薬品を使用する各患者の在宅療養を担う医師，薬剤師及び訪問看護を行う看護師等（以下単に「看護師等」という。）（以下「医師等」という。）が協議し，検討した上での臨時的な対応として事前に容認していれば，指定訪問看護事業所が運営する訪問看護ステーションにおいて，輸液（等張性電解質輸液製剤及び低張性電解質輸液製剤（ただし，開始液及び脱水補水液に限る。））（以下「対象となる輸液」という。）を配備することは差し支えないこと。ただし，以下の（1）～（5）に掲げる要件を満たす場合に限ること。

（1）　医師等による協議において，事前に以下の対応が検討された上で，臨時的な対応を実施する必要があるとされたものであること。

①　薬剤師の関与による円滑な薬剤提供を実施できるようにするため，通常対応している薬局が対応出来ない場合に，当該薬局と連携して薬剤提供を行える薬局を確保すること，患者宅にある経口補水液の活用を検討することなど，臨時的な対応以外の対応ができないかも併せて検討されたこと。

②　これまで薬剤師が訪問して対応していない患者の場合，薬剤師の訪問可否やその有用性等（訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導の対象にする等の調整を含む。）について検討されたこと。また，地域の薬剤師会（地域の薬剤師会がない場合には，都道府県の薬剤師会を含む。）にも事前に相談がなされたものであること。

③　地域の医師会等の関係団体（以下「地域の関係団体等」という。）に事前に情報提供が行われたものであること。

（2）　対象となる輸液は，以下により用いられるものであること。

①　在宅療養中の患者の急な状態の変化（在宅療養を継続する程度の状態の変化であって，医師ではなく看護師等であっても明確に判断できるような変化に限る。）時に用いられること。

②　実際に医師の診療により当該輸液が必要となり，他に当該輸液を円滑に入手する手段がない場合に，看護師等が，医師の指示に基づき，当該医師又は薬剤師に確認した後に患者への投薬又は当該輸液の使用を伴う処置に用いられること。

（3） 対象となる輸液を指定訪問看護ステーションの中で管理するにあたっては，適切な保管条件を遵守すること。特に，以下の条件を遵守すること。また，対応の開始前には臨時的な対応をするにあたっての協議先の薬剤師に保管条件の確認を受け，またおおよそ半年ごとに保管状況の適切性についても確認を受けていること。

① 換気が十分であり，かつ，清潔であること。

② 室温（１～30℃）での管理ができる設備で管理されること。

③ 当該医薬品の保管について管理者を明確にすること。

④ 当該医薬品の貯蔵設備を取り扱える者を特定すること。

⑤ 空調等による室温での管理の実施，使用期限･在庫数等の確認及びこれらにかかる記録等，当該医薬品の適正な管理のためのルールを文書化し，それに従った管理を日常的に実施すること。

（4）臨時的な対応については，継続して実施することを想定したものではなく，在宅患者に円滑に薬剤を提供する体制が構築・強化されるまでのものであり，医師等により改善策についての検討が併せて行われていること。

（5）協議を行った医師等により，地域の関係団体等に，臨時的な対応を行うことが報告されていること。

2　臨時的な対応として指定訪問看護ステーションに配備することができる医薬品を対象となる輸液とした理由として，指定訪問看護事業者は自らの判断で医薬品の処方又は調剤を行うことが想定されておらず，取り扱える医薬品の基本的な考え方として以下の条件を全て満たすものであると整理したためであり，これらに留意すること。

① 在宅療養中の患者において，在宅療養を継続する程度の事前に想定されなかった状態の変化が生じた場合に，医師の指示により処置又は投薬で対応する際に必要と考えられる医薬品であること。

② 事前の処方又は調剤による患者宅への配置が馴染まない医薬品であること。

③ 対応できる一般用医薬品がない効能・効果を有する医薬品であること。

④ 特別な保管及び管理が必要である医薬品ではないこと。

第２　第１に関する実施報告

1　臨時的な対応を実施する指定訪問看護事業者は，厚生労働省に，当該対応を開始する前，当該対応の終了時及び令和９年以降の毎年３月末までに，その実施状況等について以下の厚生労働省HPに設けた報告用WEBサイトを介して報告すること。

掲載場所：https：//www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/00001.html

なお，当該対応を行う指定訪問看護ステーションについては，同厚生労働省HPにも公表予定であり，同HPには第１に掲げる内容についての一連の流れを示す参考資料等も掲載されているので参考にされたいこと。

2　都道府県の薬事担当部局には，厚生労働省から，臨時的な対応を行う指定訪問看護ステーションに係る情報を共有するので，同自治体の医療・介護等の関係部局や地域の関係団体等にも必要に応じて共有すること。自治体及び地域の関係団体等は，臨時的な対応について報告を受けた際には，当該情報を活用して地域の実情に応じた医薬品提供体制の構築に向けた具体的な検討の参考とすること。

第３　適用期日

1　地域の関係団体等の準備期間等も考慮し，本通知は令和８年３月１日から適用すること。

第４　関連通知の改正等

１　適用期日を以て「薬事法の一部を改正する法律等の施行等についての一部改正について」(平成21年５月８日付け薬食発0508003厚生労働省医薬食品局長通知)を別紙のとおり改正すること。

具体的には，医薬品卸売販売業者が指定訪問看護事業者に販売又は授与することのできる医薬品として，対象となる輸液を追加すること。ただし，当該医薬品を販売又は授与する場合には，臨時的な対応を行う指定訪問看護ステーションを運営する指定訪問看護事業者であることを確認した上で行うことを規定すること。

第５　その他

１　卸売販売業者は，臨時的な対応を行う指定訪問看護ステーションの情報を把握するにあたり，厚生労働省 HP に公表されたデータも参照されたいこと。

２　対象となる輸液投与に必要な留置針，点滴ルート等の医療機器について，現行制度においても指定訪問看護ステーションにおいてあらかじめ保管することができること。

令和８年度介護事業実態調査（介護事業経営実態調査）へのご協力依頼について

今般，令和８年度介護事業実態調査（介護事業経営実態調査）により多くの介護サービス施設・事業所のご協力をいただきたいとのことで，厚生労働省より調査協力の依頼がありました。

当該調査は，介護サービス施設・事業所の経営状況を把握し，次期介護保険制度の改正および介護報酬の改定に必要な基礎資料を得ることを目的に実施されるものです。

調査客体は層化無作為に抽出され，令和７年度の決算額が調査されます。調査実施時期は令和８年５月，オンラインによる回答は７月７日，紙での回答は６月 30 日までとなっています。

令和９年度介護報酬改定のための基礎資料等として活用される大変重要な統計調査ですので，調査の対象となった事業所においてはご協力をお願いします。

科学的介護情報システム（LIFE）の運営主体の移管について

令和３年度より稼働している「科学的介護情報システム（LIFE）」（以下,「LIFE」という）について，令和８年４月から介護情報基盤が稼働することにともない，５月 11 日より，LIFE の運営主体を厚生労働省から公益社団法人国民健康保険中央会（以下,「国保中央会」という）に移管し，国保中央会が運用する LIFE（以下,「国保中央会運用 LIFE」という）としてサービスの提供が開始される予定となり，稼働に係る事業所・施設における必要な作業，スケジュールが示されましたので，お知らせします。

LIFE 関連加算を継続して算定するためには事業所・施設において必要な作業を期限内に行っていただく必要がありますので，ご留意ください。

国保中央会運用 LIFE の稼働開始スケジュールについて

○国保中央会の運営により，介護情報基盤が令和８年４月１日から稼働開始。
○上記にともない，LIFE についても，国保中央会へ移管することとし，令和８年５月 11 日から，国保中央会運用 LIFE として新たに稼働開始予定。
○令和８年４月 24 日から，厚労省運用 LIFE への新規利用申請，事業所サービスおよび利用者情報の削除不可となる。
○厚労省運用 LIFE は，令和８年９月１日にサービス停止予定。

事業所・施設に必要な事前準備および作業等について

○現在，厚労省運用 LIFE を利用している各事業所・施設において，LIFE 関連加算を継続して算定するためには，令和８年５月 11 日から令和８年７月 31 日までの間に国保中央会運用 LIFE への移行作業が必要。
○現在，実施可能な事前準備としては，電子証明書の取得作業がある。時間を要する場合もあるため，移行作業が始まる前に対応することを推奨。
○電子証明書の取得以降の作業については，具体的な作業内容等を記載した「移行ガイド」が，令和８年４月頃に厚生労働省 HP の「科学的介護情報システム（LIFE）について」のページ，厚労省運用 LIFE，国保中央会運用 LIFE 等にて配布予定。
○国保中央会運用 LIFE では,「フィードバック参照」機能の集計対象は，国保中央会運用 LIFE に登録された各事業所・施設のデータのみであり，厚労省運用 LIFE に登録されているデータは集計対象外となる。厚労省運用 LIFE のサービス停止以降も過去のフィードバックが必要な場合，令和８年４月頃に配布予定の「移行ガイド」を参考に，事前にフィードバック画面より PDF 等にて出力・保存が必要となる。

【お問い合わせ先】
・厚労省運用 LIFE　ヘルプデスクの「お問い合わせフォーム」からご連絡をお願いします。
https://life-web.mhlw.go.jp/common-inquiry

介護保険法第五十一条の三第二項第二号に規定する居住費の負担限度額および同法第六十一条の三第二項第二号に規定する滞在費の負担限度額の一部を改正する件について

今般，負担能力に応じた負担を図る観点から，介護保険施設等における居住費または滞在費に対して支給される特定入所者介護（予防）サービス費（補足給付）について，支給額の見直しを行うため，所要の告示改正を行い，８月１日に施行されることが厚生労働省から通知されましたので，お知らせします。

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み　（令和８年８月～）

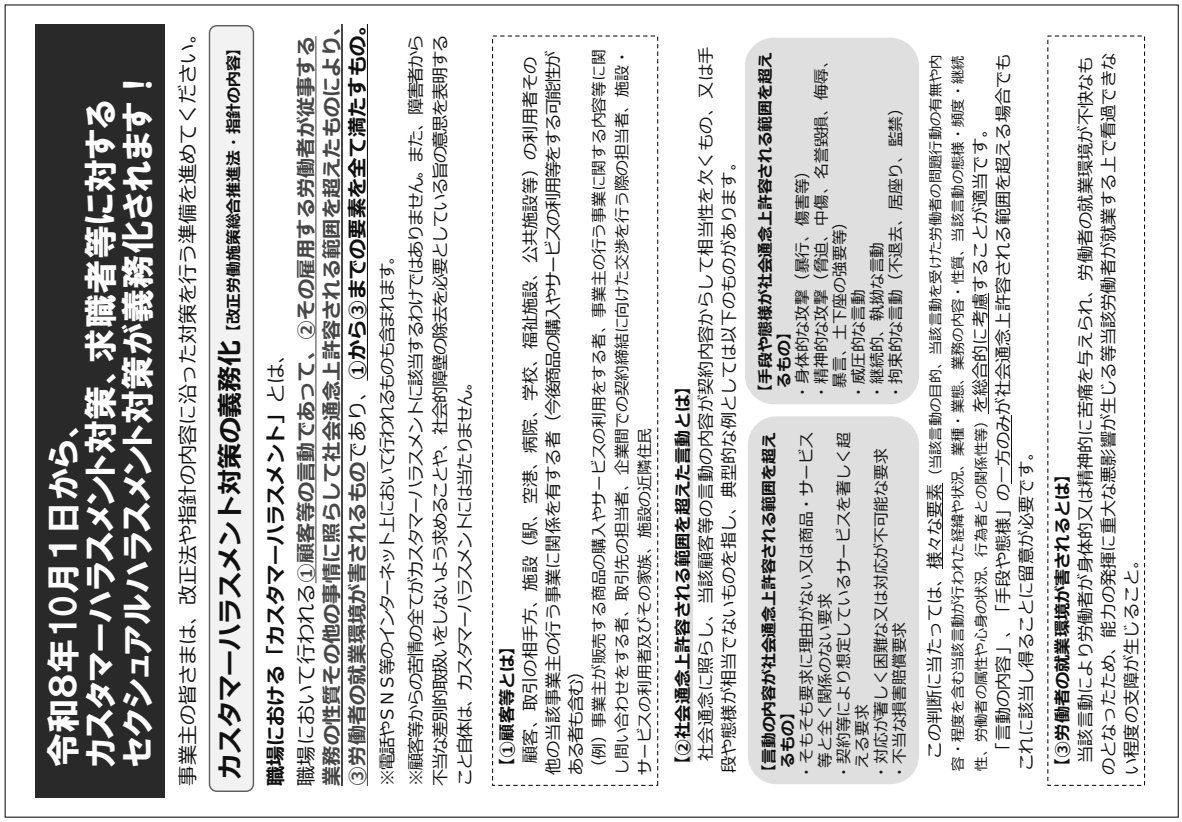
○　食費・居住費について、利用者負担第１～第３段階②の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
○　**標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額**を、介護保険から特定入所者介護（予防）サービス費として給付。

	利用者負担段階	主な対象者		※ 平成28年８月以降は、非課税年金も含む。 預貯金額（夫婦の場合）（※）
負担軽減の対象となる低所得者	第1段階	・生活保護受給者		要件なし
		・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者		1,000万円（2,000万円）以下
	第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税	年金収入金額（※）＋合計所得金額が82.65万円以下	650万円（1,650万円）以下
	第3段階①		年金収入金額（※）＋合計所得金額が82.65万円超～120万円以下	550万円（1,550万円）以下
	第3段階②		年金収入金額（※）＋合計所得金額が120万円超	500万円（1,500万円）以下
	第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		

			基準費用額（日額（月額））	負担限度額　（日額（月額））※短期入所生活介護等（日額）【】はショートステイの場合			
				第１段階	第２段階	第３段階①	第３段階②
食費			1,545円　(4.7万円)	300円　(0.9万円) 【300円】	390円　(1.2万円) 【600円（1.8万円）】	680円　(2.1万円) 【1,030円（3.1万円）】	1,420円（4.3万円） 【1,360円（4.1万円）】
居住費	多床室	特養等	915円　(2.8万円)	0円　(　0万円)	430円　(1.3万円)	430円　(1.3万円)	530円　(1.6万円)
		老健・医療院（室料を徴収する場合）	697円　(2.1万円)	0円　(　0万円)	430円　(1.3万円)	430円　(1.3万円)	530円　(1.6万円)
		老健・医療院等（室料を徴収しない場合）	437円　(1.3万円)	0円　(　0万円)	430円　(1.3万円)	430円　(1.3万円)	430円　(1.3万円)
	従来型個室	特養等	1,231円　(3.7万円)	380円　(1.2万円)	480円　(1.5万円)	880円　(2.7万円)	980円　(3.0万円)
		老健・医療院等	1,728円　(5.3万円)	550円　(1.7万円)	550円　(1.7万円)	1,370円　(4.2万円)	1,470円　(4.5万円)
	ユニット型個室的多床室		1,728円　(5.3万円)	550円　(1.7万円)	550円　(1.7万円)	1,370円　(4.2万円)	1,470円　(4.5万円)
	ユニット型個室		2,066円　(6.3万円)	880円　(2.6万円)	880円　(2.6万円)	1,370円　(4.2万円)	1,470円　(4.5万円)

「事業主が職場における顧客等の言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」について

「労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律」の規定に基づき，事業主が職場における顧客等の言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針が定められ，10月1日から適用されることになりましたので，お知らせします。



カスタマーハラスメントの防止のために講ずべき措置（義務）

事業主は、**以下の措置を必ず講じなければなりません**。
（太字は、他のハラスメントで講ずべき措置とは異なる内容のものです。）

◆事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

①カスタマーハラスメントには**毅然とした態度で対応し、労働者を保護する**旨の方針を明確化し、労働者に周知・啓発する
②カスタマーハラスメントの内容及び**あらかじめ定めた対処の内容**（※）を、労働者に周知する
（※）管理監督者にその場の対応の方針について指示を仰ぐ、可能な限り労働者を一人で対応させない、犯罪に該当し得る言動は警察へ通報する、本社・本部等へ情報共有を行い指示を仰ぐ　等

◆相談体制の整備

③相談窓口をあらかじめ定め、労働者に周知する
④相談窓口担当者が、適切に対応できるようにする

◆事後の迅速かつ適切な対応

⑤事実関係を迅速かつ正確に確認する
⑥被害者に対する配慮のための措置を適正に行う
⑦再発防止に向けた措置を講ずる

◆対応の実効性を確保するために必要なカスタマーハラスメントの抑止のための措置

⑧**特に悪質と考えられるカスタマーハラスメントへの対処の方針をあらかじめ定め、労働者に周知し、当該対処を行うことができる体制を整備する**

◆そのほか併せて講ずべき措置

⑨相談者等のプライバシーを保護するために必要な措置を講じ、労働者に周知する
⑩相談したこと等を理由として不利益な取扱いをされない旨を定め、労働者に周知・啓発する

※対策を講ずる際には、消費者の権利や、障害者差別解消法における、障害を理由とする不当な差別的取扱いの禁止や合理的配慮の提供義務に留意する必要があります。

以下の事項に努めることが、事業主・労働者の責務です

【事業主の責務】

- ■　カスタマーハラスメントを行ってはならないことその他カスタマーハラスメントに起因する問題（以下「カスタマーハラスメント問題」という。）に対する労働者の関心と理解を深めること
- ■　労働者が他の事業主が雇用する労働者に対する言動に必要な注意を払うよう、研修の実施その他の必要な配慮をすること
- ■　事業主自身がカスタマーハラスメント問題に対する関心と理解を深め、他の事業主が雇用する労働者に対する言動に必要な注意を払うこと

【労働者の責務】

- ■　カスタマーハラスメント問題に対する関心と理解を深め、他の事業主が雇用する労働者に対する言動に必要な注意を払うこと
- ■　事業主の講ずる雇用管理上の措置に協力すること

他の事業主の講ずる雇用管理上の措置の実施に関する協力

事業主は、カスタマーハラスメントに関し、他の事業主から、事実関係の確認等の雇用管理上の措置の実施に関し必要な協力を求められた場合には、**これに応ずるよう努めなければなりません**。

- ◆　協力を求められたことを理由として、他の事業主に対し、契約を解除する等の不利益な取扱いを行うことは望ましくありません。
- ◆　事実関係の確認等に協力した労働者に対して、解雇その他不利益な取扱いを行わない旨を定め、労働者に周知・啓発することが望ましいです。
- ◆　事実が確認できた場合は、事業主は、就業規則等に基づき、行為者に対して必要な懲戒その他の措置を講ずることが望ましいです。

カスタマーハラスメントを防止するための望ましい取組

事業主は、カスタマーハラスメントを防止するため、次の取組を行うことが**望ましい**です。

- ◆　カスタマーハラスメントの原因や背景となる要因を解消するための取組
  - ・労働者が自社の商品やサービスをよく理解し、顧客等への対応力の向上を図るための研修等
  - ・労働者が顧客等への理解を深めるための必要な取組
- ◆　労働者や労働組合等の参画を得つつ、雇用管理上の措置の運用状況の的確な把握や必要な見直しの検討等に努めること
- ◆　業種・業態等の状況に応じた必要な取組を進めること
- ◆　他の事業主が雇用する労働者に対してカスタマーハラスメントを行ってはならない旨の方針を示すこと

自らの雇用する労働者以外の者に対する顧客等の言動に関し行うことが望ましい取組

- ◆　カスタマーハラスメントには毅然とした態度で対応し、労働者を保護する旨の方針の明確化等を行う際に、職場における当該事業主が雇用する労働者以外の者（他の事業主が雇用する労働者、個人事業主等）に対する顧客等の言動についても、同様の方針を併せて示すこと
- ◆　これらの者からカスタマーハラスメントに類すると考えられる相談があった場合には、雇用管理上の措置も参考にしつつ、必要に応じて適切な対応を行うように努めること

※例えば、小売店において、商品のメーカーに雇用されている労働者（当該小売店に雇用されている労働者ではない）が商品販売のために勤務している場合などが該当します。

求職者等に対するセクシュアルハラスメント対策の義務化

【改正男女雇用機会均等法・指針の内容】

求職者等に対するセクシュアルハラスメントとは、
事業主が雇用する労働者による**「性的な言動」**により**求職者等による求職活動等**が阻害されるものをいいます。

【求職者等とは】

- ■　求職者（企業の求人に応募する者）
- ■　求職者以外の者であって、
  - ・　事業主の実施する労働者の採用に資する活動に参加する者や、
  - ・　教育実習、看護実習その他の実習を受ける者

【求職活動等とは】

求職者が行う求職活動や求職者に類する者が行う職業の選択に資する活動を指し、例えば以下のものが含まれます。なお、**ＳＮＳ等のオンラインを介したものやオンライン上で行われるもの**も含まれます。

（例）企業の採用面接への参加、企業の就職説明会への参加、企業の雇用する労働者への訪問、インターンシップへの参加、教育実習、看護実習等の実習の受講

性的な言動とは

性的な内容の発言及び性的な行動を指し、それぞれ以下が含まれます。

「性的な内容の発言」
- ・　性的な事実関係を尋ねること
- ・　性的な内容の情報を意図的に流布すること　等

「性的な行動」
- ・　性的な関係を強要すること
- ・　必要なく身体に触ること
- ・　わいせつな図画を配布すること　等

求職者等に対するセクシュアルハラスメントの例

- ・　インターンシップにおいて、労働者が求職者等に対して性的な冗談やからかいを意図的かつ継続的に行ったため、当該求職者等が苦痛に感じてインターンシップ中の活動が手につかないこと
- ・　求職者等が労働者への訪問を行った際、当該労働者に性的な関係を求められ、当該求職者等が苦痛に感じてその求職活動等の意欲が低下していること
- ・　インターンシップ中に労働者が求職者等を執拗に私的な食事に誘い、当該求職者等が苦痛に感じてその求職活動等の意欲が低下していること

○　求職者等に対するセクシュアルハラスメントは、男性も女性も、加害者にも被害者にもなり得る問題です。
異性に対するものだけではなく、同性に対するものも該当します。

○　また、求職者等に対するセクシュアルハラスメントは、相手の性的指向（※１）又はジェンダーアイデンティティ（※２）にかかわらず、該当することがあり得ます。
（※１）恋愛又は性愛がいずれの性別を対象とするか／（※２）自己の性別についての認識

求職者等に対するセクシュアルハラスメントの防止のために講ずべき措置

事業主は、**以下の措置を必ず講じなければなりません。**
（太字は、他のハラスメントで講ずべき措置とは異なる内容のものです。）

◆事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

①求職者等に対するセクシュアルハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、労働者に周知・啓発する

②求職者等に対するセクシュアルハラスメントを行った者については、厳正に対処する旨の方針及び対処の内容を、労働者に周知・啓発する

③**求職活動等に関するルール**（※）**をあらかじめ明確化**し、労働者及び**求職者等**に周知・啓発する

※　例えば、面談時間及び場所の指定、実施体制、やり取りに用いるＳＮＳの種類の指定等、面談等を行う際の規則など

◆相談体制の整備

④相談窓口をあらかじめ定め、**求職者**に周知する

⑤相談窓口担当者（※）が、適切に対応できるようにする

※　人事担当者以外を相談窓口担当者とすることも考えられる。

◆事後の迅速かつ適切な対応

⑥事実関係を迅速かつ正確に確認する

⑦被害者に対する配慮のための措置を行う

⑧行為者に対する措置を適正に行う

⑨再発防止に向けた措置を講ずる

◆そのほか併せて講ずべき措置

⑩相談者等のプライバシーを保護するために必要な措置を講じ、労働者及び求職者等に周知する

⑪労働者が事実関係の確認等に協力したこと等を理由として、解雇その他不利益な取扱いをされない旨を定め、労働者に周知・啓発する

以下の事項に努めることが、事業主・労働者の責務です

【事業主の責務】

- ■　求職者等に対するセクシュアルハラスメントを行ってはならないことその他求職者等に対するセクシュアルハラスメントに起因する問題（以下「求職者等に対するセクシュアルハラスメント問題」という。）に対するその雇用する労働者の関心と理解を深めること
- ■　その雇用する労働者が求職者等に対する言動に必要な注意を払うよう、研修の実施その他の必要な配慮をすること
- ■　事業主自身が求職者等に対するセクシュアルハラスメント問題に対する関心と理解を深め、他の事業主が雇用する労働者に対する言動に必要な注意を払うこと

【労働者の責務】

- ■　求職者等に対するセクシュアルハラスメント問題に対する関心と理解を深め、求職者等に対する言動に必要な注意を払うこと
- ■　事業主の講ずる雇用管理上の措置に協力すること

求職者等に対するセクシュアルハラスメントを防止するための望ましい取組

事業主は、求職者等に対するセクシュアルハラスメントを防止するため、次の取組を行うことが**望ましい**です。

- ◆ 大学等のキャリアセンター等の求職者等の関係者から求職者等に対するセクシュアルハラスメントに係る相談に関する情報提供があった場合に、連携し、適切な対応を行うこと
- ◆ 求職者等から、インターンシップの際など、顧客等による求職者等に対するセクシュアルハラスメントに類すると考えられる相談があった場合には、その内容を踏まえて、求職者等に対するセクシュアルハラスメントの防止措置も参考にしつつ、必要に応じて適切な対応を行うように努めること

求職者等に対するパワーハラスメントに類する行為等に関し行うことが望ましい取組

求職者等に対するパワーハラスメントに類する行為等に関する望ましい取組

◆ 事業主及び労働者の責務の趣旨に関連し、求職者等に対するパワーハラスメントに類する行為等（※）について、労働者による求職者等に対する言動についても必要な注意を払うよう配慮するとともに、事業主自らと労働者も、求職者等に対する言動について必要な注意を払うよう努めること

（※）求職者等に対するパワーハラスメントに類する行為、求職者等に対する妊娠、出産等に関するハラスメントに類する行為、求職者等に対する育児休業等に関するハラスメントに類する行為

◆ 求職者等に対するセクシュアルハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化等を行う際に、求職者等に対するパワーハラスメントに類する行為等についても、同様の方針を併せて示すこと

◆ 求職者等から、求職者等に対するパワーハラスメントに類する行為等に関すると考えられる相談があった場合には、その内容を踏まえて、求職者等に対するセクシュアルハラスメントの防止措置も参考にしつつ、必要に応じて適切な対応を行うように努めること

求職者等に対するカスタマーハラスメントに類する行為に関する望ましい取組

◆ 求職者等から、顧客等による求職者等に対するカスタマーハラスメントに類すると考えられる相談があった場合には、その内容を踏まえて、求職者等に対するセクシュアルハラスメントの防止措置も参考にしつつ、必要に応じて適切な対応を行うように努めること

お問い合わせは　都道府県労働局雇用環境・均等部（室）へ
受付時間８時30分～17時15分（土・日・祝日・年末年始を除く）

都道府県	電話番号	都道府県	電話番号	都道府県	電話番号	都道府県	電話番号
北海道	011-709-2715	東　京	03-3512-1611	滋　賀	077-523-1190	香　川	087-811-8924
青　森	017-734-4211	神奈川	045-211-7380	京　都	075-241-3212	愛　媛	089-935-5222
岩　手	019-604-3010	新　潟	025-288-3511	大　阪	06-6941-8940	高　知	088-885-6041
宮　城	022-299-8844	富　山	076-432-2740	兵　庫	078-367-0820	福　岡	092-411-4894
秋　田	018-862-6684	石　川	076-265-4429	奈　良	0742-32-0210	佐　賀	0952-32-7218
山　形	023-624-8228	福　井	0776-22-3947	和歌山	073-488-1170	長　崎	095-801-0050
福　島	024-536-4609	山　梨	055-225-2851	鳥　取	0857-29-1709	熊　本	096-352-3865
茨　城	029-277-8295	長　野	026-227-0125	島　根	0852-31-1161	大　分	097-532-4025
栃　木	028-633-2795	岐　阜	058-245-1550	岡　山	086-225-2017	宮　崎	0985-38-8821
群　馬	027-896-4739	静　岡	054-252-5310	広　島	082-221-9247	鹿児島	099-223-8239
埼　玉	048-600-6269	愛　知	052-857-0312	山　口	083-995-0390	沖　縄	098-868-4380
千　葉	043-221-2307	三　重	059-226-2318	徳　島	088-652-2718		

医療安全通信

令和８年度　医療メディエーター研修会
「総論講義・実践基礎編」開催のご案内

府医では今年度も医療メディエーター研修会を開催いたします。開催名が変更となりましたが，開催内容に変更はございません。お申し込みの際は必ず下記をご確認ください。

＜開催概要＞

１．総論講義編（元：導入編）

と　き　令和８年７月25日(土)　午後１時15分～午後５時15分
開催方法　ウェブ開催（Zoom）
内　容　医療安全対策の基礎的な知識を学ぶ
講　師　直川　匡晴 先生（のうがわ内科・血液内科クリニック）
対　象　京都府医師会員および会員医療機関に所属する医療関係者
定　員　最大　50名
参加費　5,000円（資料代含む）／１名
修　了　修了者に発行する受講証明書には「総論講義編（４時間)」と記載いたします

２．実践基礎編（元：基礎編）

と　き　令和８年９月20日(日)・21日(月・祝)　午前９時15分～午後５時30分
開催方法　現地開催（会場：京都府医師会館）
内　容　コンフリクトマネジメントやメディエーションの理論と技法をロールプレイ形式で学ぶ
講　師　直川　匡晴 先生（のうがわ内科・血液内科クリニック）
　　遠藤　栄理 先生（和歌山ろうさい病院　副看護部長）
対　象　京都府医師会員および会員医療機関に所属する医療関係者
定　員　最大　30名
参加費　30,000円（資料代含む）／１名
修　了　修了者に発行する受講証明書には「実践基礎編（16時間)」と記載いたします
その他　府医（KMA）の医師賠償責任保険契約病院は受講費補助あり

なお，患者サポート体制充実加算に関しては，医療有資格者以外の者に必要な研修期間が通算して「20時間以上」とされている点，申し添えます。

＜申し込み方法＞

次項の参加申込書もしくは，府医ホームページに申し込み用紙を掲載しておりますのでFAX（075－354－6074）にて**６月22日(月)までに**お申し込みください。なお，**両講座申し込み多数で定員を超えた場合は１医療機関１名を優先し，受講者を調整いたします。**受講の可否は６月下旬を目処に通知します。

参加費の支払いは，各医療機関へ請求書をお送りいたします。発送時期は，総論講義編終了後にを予定しておりますので，どうぞよろしくお願いします。

送付先：府医 医療安全課　FAX 075－354－6074

令和８年度　医療メディエーター研修会
参 加 申 込 書

＜受講区分＞

□　導入編〔7月25日(土)〕

□　基礎編〔9月20日(日)，21日(月・祝)〕

※両区分受講される場合はどちらにもチェックください

ふりがな					
氏　　名					
所　　属 医 療 機 関					
部　　署		職　　種			
郵便物送付先	（選択→ □所属医療機関　□自宅　□その他）				
〒　　－					
連　絡　先	電　話　　FAX				
メ　ー　ル	＠				
年　　齢	歳	卒 後 年 数	年	医療安全部門 経 験 年 数	年
基 礎 研 修 の 受 講 履 歴	（　平成　・　令和　）　　年　　月に受講　・　初受講				

申　込　日：令和　8　年　　月　　日

担　当　者(※)：

担当連絡先(※)：

※担当者は，同一医療機関で申込多数で受講者調整が必要な場合，調整いただける窓口担当者をご記入ください

【問い合わせ先】京都府医師会 医療安全課　TEL 075－354－6505

京都府医師会会員の皆様へ　～ぜひ お問い合わせください～

＜中途加入も可能です＞

日医医賠責保険免責補償プラン

【医師賠償責任保険・医療施設賠償責任保険】

本保険制度は，日本医師会医師賠償責任保険および特約保険の免責金額である 100 万円部分の補償ならびに施設に関わる賠償責任をカバーする医療施設賠償責任保険が付帯されたもので，日本医師会医師賠償責任保険制度を補完することを目的として発足いたしました。

加入タイプⅠ（医師賠償責任保険，医療施設賠償責任保険）	
【加入者】	京都府医師会会員である医師
【被保険者*（医師賠償責任保険）】	① 京都府医師会会員である診療所の開設者個人 ② 理事長もしくは管理者が京都府医師会会員である医療法人
【被保険者*（医療施設賠償責任保険）】	① 京都府医師会会員である診療所の開設者個人 ② 理事長もしくは管理者が京都府医師会会員である医療法人 ③ ①，②の使用人その他業務の補助者

加入タイプⅡ（医師賠償責任保険）	
【加入者（被保険者*）】	京都府医師会会員である勤務医師

*対象事故が起こった場合に保険の補償を受けることができる方を被保険者と言います。

年間保険料

加入タイプⅠ…6,980 円・加入タイプⅡ…4,010 円ですが，
中途加入の場合は保険料が変わりますので代理店にご連絡ください。

※各タイプの補償内容はパンフレットをご覧ください。
※ご加入者数により，保険料の引き上げ等の変更をさせていただくことがありますので，予めご了承ください。

医師賠償責任保険に個人を被保険者としてご加入の場合，刑事弁護士費用担保特約が付帯されます。

このご案内は，医師賠償責任保険，医療施設賠償責任保険の概要についてご紹介したものです。保険の内容はパンフレットをご覧ください。詳細は契約者である団体の代表者の方にお渡ししてあります保険約款によりますが，ご不明な点がありましたら代理店または保険会社におたずねください。

【契　約　者】　一般社団法人 京都府医師会

【取 扱 代 理 店】　東京海上日動代理店　有限会社 ケーエムエー
〒604－8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町６　京都府医師会館内
TEL 075－354－6117　　FAX 075－354－6497

【引受保険会社】　東京海上日動火災保険株式会社　担当課：京都本部 京都開発課
〒600－8570　京都市下京区四条富小路角

25TC-006090　2026年３月作成

京 都 医 報 No.2316

発 行 日　令和８年５月１日
発 行 所　京都医報社
〒 604-8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町 6
TEL　075-354-6101
E-mail　　kma26@kyoto.med.or.jp
ホームページ　https://www.kyoto.med.or.jp
発 行 人　松井　道宣
編 集 人　飯田　明男
印 刷 所　株式会社ティ・プラス

発行所　京都医報社

〒604-8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町6　TEL 075-354-6101

発行人　松井道宣　　編集人　飯田明男