

医京

No.2171

令和2年4月15日

報都

毎月2回（1日・15日）発行 購読料・年6,000円

4.15
2020
April

K Y O T O

新型コロナウイルスの感染拡大防止策としての電話等を用いた診療等の臨時的・特例的な取り扱いについて（その2）

令和2年4月診療報酬改定に関する「Q&A」（その1）

新型コロナウイルス感染症情報
府医ホームページにて公開



目次

- 2 府医第 203 回 臨時代議員会を開催
 - 4 地区医師会との懇談会「右京」
 - 7 地区医師会との懇談会「亀岡市・船井」
 - 11 地区医師会との懇談会「左京」
 - 14 冬の参与会 開催
 - 18 京都府医療トレーニングセンター
 - 21 日医医賠償特約保険
 - 24 医療事故調査制度『相談窓口』のお知らせ
 - 26 勤務医通信
 - 28 京都医学史研究会 医学史コーナー
 - 31 お知らせ
 - ・第 33 期支部長・副支部長の選任
ならびに組合会議員の選出について（公示）
 - ・日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会開催のご案内
 - 35 会員消息
 - 35 理事会だより
-

付 録

保険だより

- 1 新型コロナウイルスの感染拡大防止策としての電話等を用いた診療等の臨時的・特例的な取り扱いについて（その2）
- 5 新型コロナウイルス核酸検出検査に係るQ&Aについて
- 6 診療報酬改定関連通知等の一部訂正について（抜粋）
- 21 「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（抜粋）
- 32 「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（抜粋）
- 33 「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について
- 34 「オンライン資格確認」の概要について
- 42 アルカリホスファターゼ（ALP）および乳酸脱水素酵素（LD）の測定法の変更に係る対応について
- 43 診療報酬点数改定にかかる記載要領等説明会の中止について
- 43 小児慢性特定疾病医療支援の給付に係る新たな公費負担者番号および受給者番号の設定等について
- 44 被保険者証の更新について
- 44 被爆者健康手帳の無効通知について

保険医療部通信

- 1 令和2年4月診療報酬改定について
令和2年4月診療報酬改定に関する「Q&A」（その1）

地域医療部通信

- 1 妊婦健診の公費負担単価の改定について
- 3 京都府・京都市風しん抗体検査（妊娠希望者等対象）の公費負担について
～協力医療機関募集のお知らせ～
- 5 京都市風しん任意予防接種（妊娠希望者等対象）の一部公費負担の実施について
～協力医療機関募集のお知らせ～
- 7 京都市新生児聴覚検査費用助成事業の実施について

京都市（乙訓2市1町）病院群輪番編成表

介護保険ニュース

- 1 新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取り扱いについて
- 3 新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取り扱いについて（その3）
- 4 「要介護認定等の実施について」の一部改正およびQ&Aについて
- 7 「老人福祉法施行規則等の一部を改正する省令」の公布等について
- 8 介護職員処遇改善加算および介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方ならびに事務処理手順および様式例の提示について

医療安全通信

- 1 令和元年度 第2回医療安全講演会より症例紹介（第2回）

府医第203回 臨時代議員会を開催

新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、府医では多人数の集まる会議等を自粛し、標記代議員会についても、3月14日(土)から19日(木)に日程変更し、正副議長ならびに府医役員の出席の上、可能な限り書面による議決権行使をもって議案の決議を行うこととし開催した。代議員数108名のうち103名より書面による議決権行使書の提出があった。

冒頭、挨拶に立った松井府医会長は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、会員の安全を最優先すべく、変則的な開催にご理解をいただいたことに感謝を述べた。

次に、新型コロナウイルス感染症の現状に触れ、PCRの陽性患者は府内で21例(3月19日現在)であり、学校の休校措置等の自粛が成果に結びついているものの、ウイルス自体の病原性が高くないので、表に出てきていない感染者はたくさんいるのではないかと考えを示した。

府医としては、感染はすでに蔓延期に移行していると認識しており、予防や対策の焦点は、「重症化する人をいかに適切に早く見出すか」、「重症化した人を適切な医療に結び付けること」の2点であるとした。また、感染予防策の衛生資材(マスク、グローブ、エプロン、手指用消毒薬等)の不足を問題点として挙げ、衛生資材がなければ、医療機関で安全に診療はできないと衛生資材確保の重要性を指摘した。

PCR検査をもっとすべきという意見もある一方で、キャパシティの点から、症状のある方に対して、かかりつけ医のレベルで検査の適否の判断と患者に対する指導を行うことが重要であると、政府の方針に従って、「軽い風邪症状の患者からの相談に対しては、原則自宅療養を勧める」、「37.5度以上の発熱が4日以上続く場合(高齢者や基礎疾患等のある患者は2日程度)、または倦怠感、呼吸困難がある場合には、帰国者・接触者相談センターに連絡する」を徹底する方針を改め

て示した。さらに、帰国者・接触者外来においても防護資材が無ければ、さらなる感染者の拡大には対応できないので、衛生資材の確保を引き続き行政へ申し入れるとともに、今回しっかりと検証した上で、今後のために備蓄等の準備をできるように対応をしていきたいとの意向を示した。

続いて議事に移り、第1号議案「2020年度京都府医師会費の賦課徴収および減免に関する件」が上程され、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16条第3項および第4項」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。府医の代議員・予備代議員の定員は7名であるものの、「本選挙規定第7条」により松井府医会長は無投票で日医代議員とすることが定められていることから、代議員6名、予備代議員7名について立候補を求めたことを報告。締切日に候補者が定数を超えなかったため、「本選挙規定第14条」により投票を行わず、日医代議員に北川府医副会長、濱島府医副会長、小野府医副会長、内田府医理事、谷口府医理事、西村代議員会議長の6名が、日医予備代議員に禹府医理事、神田府医理事、畑府医理事、松田府医理事、上田府医理事、山下府医理事、武田府医理事の7名がそれぞれ当選した。

2020年度 京都府医師会費割当表

○賦課割合 A = 100 : B 1 = 18 : B 2 = 4 : C = 0 : D = 4
A会員以外の会員の会費月額 100 円未満は四捨五入

A会員	1名月額	17,500円	(年額 210,000円)
B 1 会員	1名月額	3,200円	(年額 38,400円)
B 2 会員	1名月額	700円	(年額 8,400円)
C会員	1名月額	0円	(年額 0円)
D会員	1名月額	700円	(年額 8,400円)
高齢者A会員	1名月額	7,000円	(年額 84,000円)
高齢者B 1, B 2, D会員	1名月額	0円	(年額 0円)

○減免額

A会員減免①	1名月額	12,300円	(年額 147,600円)
A会員減免②	1名月額	7,000円	(年額 84,000円)
高齢者A会員	1名月額	0円	(年額 0円)

<参考>

会費賦課徴収規定第8条第3項

医業収入が一定額以下かつ医業所得が一定額以下のA会員については、その理由を具した申請により、理事会の議を経てこれを減免することができる。

会費賦課徴収規定第8条第4項

満80歳に達したA会員（高齢者A会員）については、その翌月より会費を減免する。

会費賦課徴収規定第9条第1項

満80歳に達したB 1 会員, B 2 会員及びD会員については、その翌月より会費を免除する。

会費賦課徴収規定第9条第2項

前条第4項の会員のうち、医業収入が一定額未満の者については、その理由を具した申請により、理事会の議を経てこれを免除することができる。

「災害医療における地区医師会の役割」, 「地域医療構想と 医師偏在対策にかかわる諸問題」, 「令和時代の医師会のあり方, 存在意義」 について議論

右京医師会と府医執行部との懇談会が12月20日(金), 右京医師会館で開催され, 右京医師会から10名, 府医から7名が出席。「災害医療における地区医師会の役割」, 「地域医療構想と医師偏在対策にかかわる諸問題」, 「令和時代の医師会のあり方, 存在意義」について, 活発な議論が行われた。



災害医療における地区医の役割

～右京医師会の取組み～

右京医師会では災害対策委員会を年4回程度開催。災害時の対応について議論, 準備が進められている。委員会には区担当者も参画し, LINEでの連絡体制を構築中である。また, 2020年にはEMIS運用を想定した災害時連携運用訓練を医師会, 区役所および地域病院で実施予定である。

～医師会の災害医療対策～

災害時の対策として以下の項目が医師会には求められる。

1. 医師会の組織力, ネットワークを最大限に活用して, 医療支援を行う
2. 災害発生前の段階, 災害発生直後から地域医療の復興まで支援を行う
3. 災害発生時は, 被災地の都道府県医が管内の被害状況を把握するとともに, 行政の対策本部に参画する

日医の災害支援の最終目標は, 被災地に地域医療を取り戻すことであり, 行政, 多職種との連携が重要である。

～災害時の医療体制(京都府)～

府医は保健医療調整本部(行政)に入り, コーディネーターの役割を果たす。

地区医は、その下の地域保健医療調整本部（被災地の保健所）に入り活動、また JMAT・DMAT・日赤等の各保健医療チームと連携する（厚労省通達より）。

～災害時の医療体制（京都市）～

府医は市災害対策本部（行政）と連携し、地区医はその下の市救急医療調整班（行政）の地域医療コーディネーターとしての役割が求められる。

～地区医に求められること～

災害時：地域の医師の安否、診療所の被災状況の報告

平時：システムの整備やBCP(事業継続計画)の作成（例：電話やインターネットが繋がらなくなった場合の対応等）

現在、京都府では災害拠点病院だけでなく、二次救急医療機関も含めてBCPを作成しており、今後はその他の病院・診療所にもBCP作成の要請があると思われる。また、年3回、BCP作成を内容とした災害対応力強化研修を実施している。

令和元年9・10月に発生した台風15・19号による千葉での停電時は電話・インターネットとも不通になり、想定以上の事態が起きている。そのような場合に、EMISの情報を基に、自転車または徒歩で病院に医師が集結し、必要な場所に医師を振り分ける等を想定、検討する必要がある。

大阪で南海（トラフ）地震が発生の場合、京都は被災小に分類されてJMAT・DMATが来ないと想定すると、被災後3日のみならず、1～2週間を地域の診療所で対応しなければならない。さらに、被災者対応だけでなく、日常の診療の継続（薬の供給等）も考える必要がある。災害時の薬に関して地区からは、行政を通すと停滞するため、民間で融通できないか、また、府医が事前に協定してもらえればスムーズに動ける、等の意見が出された。

～質疑応答～

◇「右京区に災害拠点病院はなく、災害時には市立病院が拠点病院として最も近いと考えられる。内部体制は取れているのか」と質問が出さ

れた。

体制は取れているはずだが、市立のため、定期的に人事異動があり、対応に慣れた事務方が定着しないという課題がある。医師、看護師に関しては長期勤務のため、問題はないとの認識を示した。

◇「行政も交えたEMISの運用訓練は地区医も交えて行う計画はあるか」と質問が出された。

現在、二次医療機関に対して基幹災害拠点病院研修会にてEMIS訓練を行っており、医師会、災害拠点病院以外の医師の参加も可能である。但しEMISにはID、PWが必要であり、現在地区医には付与されていない。今後、運用方法等の検討が必要であると説明した。

地域医療構想と

医師偏在対策にかかわる諸問題

平成31年4月1日の医療法・医師法改正の趣旨・概要を説明。今回の改正で医療計画に新たに「医師確保計画」および「外来医療」に関する事項の記載が求められることになった。また、京都府の医師確保計画（中間案）の内容、京都市域地域医療構想調整会議4ブロック意見交換会の開催状況等も併せて説明した。

～概要～

<医師確保計画（中間案）>

1. 厚労省公表の医師偏在指標を基に、府内二次医療圏の医師少数区域、医師多数区域を設定
2. 二次医療圏ごとに医師確保方針を定め、目標医師数を設定
3. 「2.」の目標医師数を達成するための施策を定める
4. 産科および小児科に限定した医師確保計画についても定める

<外来医療に係る医療提供体制の確保>

1. 府内二次医療圏ごとに外来医師偏在指標を定め、外来医師多数区域を設定
2. 外来医師多数区域で開設する新規開業者に対して地域で不足する外来医療機能を担う

ことを求め、外来医療計画に明示

3. 二次医療圏単位の外来医療機能について、区域に不足する機能、医療機関の所在地等の情報も外来医療計画に明示

厚労省は上記に基づいて、「医師確保計画」を策定するよう都道府県に求めているが、京都府としては、厚労省が示した医師偏在指標が、地域の実態に即していない点を問題視し、「京都式医師偏在指標」を算出し、可能な限り地域の実情に応じた内容とすべく協議が行われた。また、中間案では、医師少数区域の丹後、南丹を医師確保の重点区域とし、医師確保のための短期的、長期的施策の方針を策定。

外来医療についても、①診療所の充足状況等を可視化し情報提供、②府医をはじめとする関係団体が開催する在宅医療等の研修情報を提供するなど、独自の取組みを策定。

～平成 30 年度京都市域地域医療構想調整会議 (4 ブロック意見交換会) の開催状況～

開催状況、各ブロックにおける主な議論のテーマ、今後病床機能等の変更予定の病院を説明。また 2040 年の医療提供体制の展望を見据え、まずは 5 年後の 2025 年までに①地域医療構想の実現、②医師・医療従事者の働き方改革、③実効性のある医師偏在対策、を推進していくとした。

～質疑応答～

◇「外来医師多数区域での新規開業希望者に対して多数区域以外へ誘導、また地域で不足する医療機能について協力を求める等の記載があり違和感がある。地域で不足する医療機能は新規開業者に押し付けるのではなく、医師会全体で担うべき」と意見が出された。

在宅医療等、地区のニーズは増えていくため、新規開業医にのみ押し付けるのではなく、既存の開業医にも在宅医療等の研修と一緒に受けてほしいと要望した。

◇「先日、厚労省より再編統合の候補となる全国の公立・公的病院が発表され、右京区内の病院

も名指しされた。この病院は地域にとって不可欠の医療機関である。地域の状況を把握せず唐突に発表し、患者を不安に陥れたことは、地区医としても受け入れられるものではない」と意見が出された。

令和時代の医師会のあり方、存在意義

入会率を維持し、財政的に安定した運営を図るため、入会費や会費などをどのように考えるか。専門のクリニックが増える中、かかりつけ医は不足している。学校医、産業医の負担は増え、欠員の補充が難しくなっている。活気があり、様々な課題に対応できる医師会を作るためにはどのようにすればよいか等についての議論が行われた。

◇「医師会に入会してもらっても、学校医、産業医や医師会の活動等に参加してもらえない、また、活動に参加したくないため、医師会に入会しない医師もあり、学校医が高齢化、世襲化し、負担が増えて悪循環である。国で強制できないか」との質問が出された。

国で強制することは開業制限につながる。慎重な議論が必要であるとし、府医としてはコミュニケーションを取りつつ、徐々に活動に参加してもらえる方向に誘導できればと回答した。また、研修医の間に教育を行い、将来、府医に戻ってもらえる仕組みづくりに取り組んでいることを補足した。

◇「医師会に入会しない医師はコンサルタントに相談している。医師会がコンサル業務をしたらどうか」との意見が出された。

開業融資斡旋、市場調査、コンサルタントが過剰な請求をしていないかの判定は可能であるとした。

◇「地区医師会は 24 も存在しており、多いと思う。統合の可能性はないのか」と質問が出された。

過去に統合の話はあったものの、地区ごとで入会金、会費、財政状況等が異なるため、実現は難しいのではないかと回答した。

「このままどんどんジェネリックを増やしていく方向だけでよいのか」、 「実効性のある医師偏在対策はあるのか?」、 「医薬品の安定供給と適正使用」について議論

亀岡市・船井医師会と府医執行部との懇談会が1月11日(土)、ガレリアかめおかで開催され、亀岡市医師会から10名、船井医師会から7名、府医から5名が出席。「このままどんどんジェネリックを増やしていく方向だけでよいのか」、「実効性のある医師偏在対策はあるのか?」、「医薬品の安定供給と適正使用」について、活発な議論が行われた。



このままどんどんジェネリックを増やしていく方向だけでよいのか

～推進の意義・目的～（厚労省の視点）

後発医薬品（ジェネリック医薬品）は、先発医薬品と治療学的に同等であり、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて低価格である。

後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであり、ひいては限られた医療資源の有効活用を図り、国民医療を守ることにつながる。

～国の取組み～

厚労省は、ジェネリック医薬品の数量シェア増の目標達成に向け、平成19年10月に「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を発表。①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項の5項目について国および関係者が取組むよう策定。さらに、平成25年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を公表し、上記アクションプログラムの5項目に加え、⑥ロードマップの実施状況のモニタリングを策定し、この結果に応じて追加施策を講じるという流れになっている。また、⑤の一環として、平成30年度診療報酬改定では、ジェネリッ

ク医薬品の使用促進に一定の効果があるとして、後発医薬品使用体制加算等の見直しと点数引上げを実施。薬局においても同様に診療報酬を改定した。

～現状～

上記施策の効果もあり、後発医薬品の数量シェアは年々増加（2019年9月：72.6%）しているが、諸外国と比較するとその割合は少ない。厚労省は2020年9月までに数量シェア80%達成の目標を掲げている。

<厚労省の調査結果（H29.6）>

- ・外来後発医薬品使用体制加算の算定状況
(加算1と2を合算)
院内処方診療所：22.4%
院内処方率が80%以上の診療所：28.2%
- ・医療機関が後発医薬品を採用の際に最も重視することは、①メーカーの品質への情報開示、②先発医薬品と同一の適応症、③十分な在庫確保ーが多数を占めている。
- ・院外処方せん発行の施設では、後発医薬品を「積極的に処方する」、「薬の種類によって積極的に処方する」、「患者によって積極的に処方する」の3つを合わせると80%超。
- ・一方で「後発医薬品を積極的に処方しない」と回答した医師（約9%）の85%以上がその理由の一つに「品質に疑問がある」と回答した。
- ・後発医薬品に不信感を抱いたきっかけとして、「先発医薬品との効果・副作用の違い」、「処方していた後発医薬品の品切・製造中止」との回答が多数あった。

～安全性の問題～

昨年のラニチジンの発がん物質混入の件やセファゾリンの製造国、供給欠損の問題について、地区から、情報の少なさや安全性への疑問等、意見が出された。これについて府医は日医の見解を次のように述べ、今後も安全性の担保について厳しく追及していくと説明。

- ① 後発医薬品の品質有効性、安全性は先発医薬品と同等という説明を受けて日医は促進政策に協力してきた。しかし今回のように品質や

患者の安全が担保されない状況においては、安心して医療が行えない。

- ② 厚労省の医薬品医療機器統制会議と制度部会において、引続き患者の安全を守る視点で新薬から製剤まで医薬品の製造・流通に関係する企業の責任についても厳しく議論を行っていく方針である。

実効性のある医師偏在対策はあるのか？

平成31年4月1日の医療法・医師法改正で医療計画に新たに「医師確保計画」および「外来医療」に関する事項の記載が求められることになったとして、京都府の医師確保計画（中間案）と、日医・地域医療対策委員会中間答申の概要を説明した。

～京都府医師確保計画（中間案）～

国が示した医師確保計画策定ガイドラインに基づき、京都府が医師確保計画（中間案）を策定。医師少数区域の丹後医療圏、南丹医療圏を医師確保の重点区域とするとともに、中丹医療圏、南丹医療圏のへき地診療所の周辺地域を医師少数スポットとして指定。これらの区域の医師確保のための短期的、長期的施策の方向性を定めた。

外来医療についても、①診療所の充足状況等を可視化し情報提供、②在宅医療等の研修を実施ーなど医師偏在対策への取組みを策定した。

京都府では、他府県と比べて比較的医師会の意見が取り入れられている。2月開催予定の医療審議会でも最終審議→府議会で最終答申→策定となる。

～日医・地域医療対策委員会中間答申～

平成30年11月の第1回委員会以来、検討を重ねた結果を各地域の現状を踏まえて取りまとめられており、「医師確保計画策定ガイドライン」、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」に関する要望書を提出。概要は以下のとおりである。

「医師偏在指標」、「外来医師偏在指標」は制約のある条件下で策定されたものであり、その「指標」に基づいて都道府県が画一的、機械的に医師

確保計画を立てることは地域の実情にそぐわない懸念がある。結果的に現在の医療提供体制を後退させかねない。

「医師偏在指標」ならびに「外来医師偏在指標」はあくまでも参考値であることを改めて確認し、それぞれの地域の取組みを制限するものではないことの明記を要望する。

～質疑応答～

◇「地域枠で府内の大学に入学しても、制限をかけないと研修時のマッチングで他府県へ流出し、医師不足地域には医師を確保できないのではないか」と質問が出された。

今後の策として緩やかな制限をかけるのか、効果的な誘導策（学費等）を検討するか、今後の医師確保計画に盛り込まれていくと考えられる。少数スポットへの医師確保は、大学個々でなく京都全体で集約して検討すべきであると回答した。

◇「全国の病院を統合する政策が断行されようとしており、京都府内で3つ、市内で1つの病院が名指しされている。医師偏在対策と逆行しており、郡部の在宅医療は守られるのか」と意見が出された。

日医は猛反発しており京都府知事も反対の立場を取っているが、国は計画を進める方針であり、法律等制定されれば従わざるを得ない。そうならないように医政活動が重要であるとした。

医薬品の安定供給と適正使用について

医薬品（静注抗菌薬、解熱鎮痛剤、ワクチン等）の供給が不安定な状態が続いており、現在府医で実施している対策を説明。また、経口抗菌薬の適正使用や、外用薬のヒルドイド等の保険適用外使用や適正使用量の問題について説明した。

～医薬品の安定供給対策～

ワクチンに関しては、年一回のワクチン確保検討会で京都府、メーカー、卸業者と議論しているが、ワクチンの供給不足は毎年議題に取り上げら

れている。本年度はB型肝炎ワクチン、インフルエンザワクチン、MRワクチンの供給不足について議論。特にB型肝炎ワクチンについては厚労省の見積もりが甘く、定期接種以外にも任意接種（実習生、病院職員など）があり、定期接種用が不足している。これらの現状に対して、府医はメーカーと京都府に不安のない供給計画とワクチンの確保を要望するとともに、京都府に対して定期接種の期間延長を要請中であると説明した。

解熱剤、抗生物質の薬剤に関しては、確保検討会は現在未開催であるが、アセトアミノフェンのような供給停止の問題は絶対に避けねばならない。このようなケースが増えれば開催も検討するので、事例があれば報告してほしいと要望した。

～医薬品の適正使用について～

経口抗菌薬の不適切な使用等を背景として、薬剤耐性菌が増加。耐性菌による死亡者は年8,000人以上に上っている。厚労省では2016年に「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」を立ち上げ、医療機関に対しては適正使用への対策が求められている。

アクションプランの成果指標である抗菌薬販売量（DID）は減少傾向だが、2020年度の目標達成にはさらなる対策が必要である。メチシリン耐性黄色ブドウ球菌、フルオロキノロン耐性大腸菌の分離率も目標値達成は厳しく、これらの菌の誘導には特に経口薬のセファロスポリン、キノロン、マクロライドの使用が関与している。また、日本で使用される抗菌薬の約9割が経口薬であり、そのうちこれら3つの薬剤の使用割合が極めて高い。

外来での抗菌薬適正使用への取組みとして、「抗微生物薬適正使用の手引き」を改訂し、乳幼児への項目が追加された。また平成30年度診療報酬改定において、小児抗菌薬適正使用支援加算の新設と、かかりつけ医機能を評価した管理料等の要件に、上記の手引きを用いて抗菌薬の適正使用の普及・啓発を行うことが追加された。

府医ではアンケートを実施し、外来での「かぜ診療」での抗菌薬への意識や使用状況等を調査。結果集計後、感染症対策委員会等で具体的な対策を検討する意向を示した。

～外用薬の保険適用外使用～

以前から中医協でもヒルドイド等の美容目的での使用や適正使用量について議論されており、「保険適用除外にすべき」との意見も出ている。前回の中医協委員会でも問題になっていたが、ヘパリン類の保険適用は継続、処方量の制限も見送りになった。

どの程度の量が美容目的になるかは、最終的には審査に委ねられているが、現在の処方量の上限は、都道府県によって開きがある。美容目的での処方が散見される状況が続くと、保険適用除外になる可能性もあり、本当に必要な患者に必要な量が処方できなくなる。適正使用は地域全体で取り組む必要があると説明した。

～質疑応答～

◇「兵庫県の急病診療所では、複数の医師が同じ診療に対する採用薬を制限したり、医師ごとの薬の使用状況を調査、フィードバックして、医

師間で共有している。京都市の急病診療所で同様の取組みはあるのか」と質問が出された。

休日診療の抗菌薬処方量の総量、内容の把握等は可能だが、薬の規制まではしていないとして、多剤の処方には確かに問題もあるので、今後検討すると回答した。

保険医療懇談会

支払基金と国保連合会双方における審査の平準化をはかるために開催している「基金・国保審査委員会連絡会」の状況について解説するとともに、個別指導における主な指摘事項についての資料を提供した。

また、療養費同意書交付（マッサージ、はり・きゅう）に関する留意点を解説し、慎重な判断と適切な同意書発行に理解と協力を求めた。

救急蘇生訓練人形等の貸出について

府医では、地区医・京都市消防局・京都府各消防本部の協力により、救急蘇生訓練の啓発を推進しております。

下記の救急蘇生訓練人形等について、医療機関内または地域での救急講習会等で会員の皆様にご利用いただきたく存じますので、貸し出しご希望の方は、事前に府医地域医療一課救急係（TEL 075-354-6109）までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

・救急蘇生訓練人形（成人用）〔人工呼吸・心マッサージ可〕	3体
・救急蘇生訓練人形（小児用）〔人工呼吸・心マッサージ可〕	2体
・救急蘇生訓練人形（乳児用）〔人工呼吸・心マッサージ可〕	2体
・救急蘇生訓練人形（成人用上半身）〔人工呼吸・心マッサージ可〕	5体
・気道管理トレーナー	1台
・AED（自動体外式除細動器）トレーニングユニット〔訓練用〕	2台

「商業施設内での診療所開設」、 「乳がん検診と特定健診の出務医師」、 「診療報酬改定の見通し」について議論

左京医師会と府医執行部との懇談会が1月18日(土)、ウェスティン都ホテル京都で開催され、左京医師会から32名、府医から8名が出席。「商業施設内での診療所開設」、「乳がん検診と特定健診の出務医師」、「診療報酬改定の見通し」について、活発な議論が行われた。



商業施設内での診療所開設について

～商業施設内での診療所開設に係る課題と対策～

商業施設や医療モールなどでの医療機関の新規開業については、医療機関の経営コンサルタント(デベロッパー)、金融機関、事業主(地主)の思惑が先行して、建物などが先にでき上がるため、地区医へ入会希望の医師が出てきて初めて知ることとなる状況は府医でも同様で、仮にイオンモールなどの大型ショッピングモールであったとしても、事前の情報入手は厳しいと現状を説明。

平成28年度以降、開業医の府医入会率が約70%という事実は、開業に際して医師会には入会しなくてもよいという指導を行っているコンサルタントが相当数いるのではないかと考えを示した。

結果として、過大な投資による経営困難や、不適切な名称による地域医療の混乱などを招く懸念があるため、周囲に開業を考える医師がいる場合には、必ず事前に地区医に相談がなされることが望ましい。また、府医では融資の斡旋、個人医療機関の行政手続き代行などの開業支援を行っていると、府医、日医にも入会するよう適切なアドバイスを依頼した。

～商業施設内での感染症対策～

大型ショッピングセンターや医療モールでは、常に不特定多数の利用者が訪れるため、感染症対策の重要性は高いとしつつも、自由開業性の原則の下、不特定多数の人が利用する施設での開業規制はできないと回答した。

大型ショッピングセンターや医療モールでも、基本的な感染症対策の講じ方は同じであり、各医

療機関で院内感染対策マニュアル作成など必要な対策を講じるなど適切な対応を依頼した。

～質疑応答～

地区からは、大型商業施設内に医療機関があるために一般客の他に、感染症患者が出入りすることで、感染症が拡大することに対し危惧する声が挙がった。また、同施設内でパンデミックが起これば、施設閉鎖となれば、医療機関が経営困難に陥る危険性が高く、医療機関に対して責任転嫁された場合には今後同地での開業が難しくなるのではないかと意見が出された。

府医からは、商業施設内だけでなく、医療機関内での感染症対策も同様に検討していきたいとの考えを示した。

乳がん検診と特定健診の 出務医師について

左京区花脊、鞍馬、広河原、久多地区における乳がん検診と特定健診の出務医を1名で兼ねることについて、先生方の負担を考えると大きな問題と認識しており、京都市に対応を求めてきたと説明。

放射線技師法に医師の立会いが義務付けられているが、京都市から厚労省へ検査種別ごとに1名必要かと問い合わせた結果、「体制までは定めない。特定健診、乳がん検診を実施する上で問題がないのであれば可能」との回答があった。

それを受け、京都市（乳がん検診担当：健康長寿企画課、特定健診担当：保険年金課）で検討され、要望があれば1名の出務で可とするとの回答を得たと報告した。

～意見交換～

地区から、「先日、京大の防災訓練に参加し、院内のBCPがメインであったが、災害時には、京都大学、左京区、左京医師会が協力しなければならない。防災面でも京都市に動いてもらえるよう依頼してほしい」と要望が出された。

府市協調で様々な検討が進められているものの、他の政令都市でも同様であるが役割分担の問題では、災害発生時の人的被害に対する救済支援

は都道府県が担い、公衆衛生は市町村が担うので、訓練にどこまで行政の関わりが得られるかは難しいと回答した。

また、熊本地震の際は、熊本市が政令指定都市になったばかりという理由はあったが、熊本県が先導していたので、災害に境界線はないため、広域で京都府が全体を見ながら対応するのが望ましいとの見解を示した。

診療報酬改定の見通しについて

～改定率は診療報酬本体+0.55%で決着～

令和元年12月17日、政府は、令和2年度の診療報酬について、改定率を診療報酬本体+0.55%、うち0.08%は救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応とすることを決定。本体0.08%分の公費約126億円とは別に地域医療介護総合確保基金から公費約143億円が充てられる。薬価・材料価格は▲1.01%（薬価▲0.99%、材料価格▲0.02%）とされ、全体ではマイナス改定となった。

～診療報酬改定の基本方針～

基本認識として、①健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現、②患者・国民に身近な医療の実現、③どこに住んでも適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進、④社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和を掲げ、基本的視点には「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」を重点課題に位置付けた。

具体的方向性では、医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組みの評価のほか、かかりつけ医の機能の評価や地域包括ケアシステム推進のための取組みなどが示されている。

～これまでの議論の整理～

議論の整理は、上記の基本方針に即して項目立てされ、①では、救急医療体制における重要な機能を担う医療機関への新たな評価や医師等の勤務環境改善に向けた常勤配置に係る要件・専従要件

の見直しなどが挙げられている。

②では、かかりつけ医機能の評価として、「地域包括診療加算」や「小児かかりつけ診療料」に係る要件見直しのほか、紹介元医療機関、学校医への情報提供を新たに評価することなどが挙げられている。特に遺伝性乳がん卵巣がん症候群の症状である乳がんや卵巣・卵管がんを発症している患者における BRCA 遺伝子検査、遺伝カウンセリング、乳房切除および卵巣・卵管切除について評価するなど、予防的な評価がされるのは初めてである。

③では、複数の医療機関が連携して行う訪問診療料の6か月制限の緩和や電話等による再診時に救急医療機関の受診を指示した際の必要な情報提供について「診療情報提供料」の算定可能などが挙げられている。

④では、後発医薬品使用体制加算等の要件・評価の見直しや一般名処方加算の評価見直しのほか、ポジトロン断層撮影を受けるための他医療機関の受診の評価の見直しなどが挙げられている。特に超音波検査について、胸腹部の断層撮影法で

対象となる臓器や領域により検査の内容が異なるので実態把握のために要件見直しがなされ、主な所見等を報告書または診療録に記載するよう要件が見直されるので注視が必要である。

中医協ではこれらの項目に基づいた議論を経て、2月中旬を目途に答申予定である。

～意見交換～

地区から、「妊婦加算が廃止されたが、在宅医療の補助金のように診療報酬以外で手当てをして患者負担が増えないような施策はいかがか」と意見が出された。

妊婦加算については、ルールを無視した廃止であると苦言を呈し、小児の医療費と同じように妊婦についても公的な補助で対応を行っているところもあり、何らかの手当ては付けるべきであり、今後は必要ところがきちんと手当てされるようメリハリを付けることがポイントであるとし、負担と給付の議論は避けて通れないとの考えを示した。

令和2年7月 発 足 分 「一人医師医療法人」の申請受付

令和2年4月27日(月)までに「事前概要書」の提出を

『令和2年7月発足に向けての一人医師医療法人の設立申請書』の受付を下記の要領で行います。

<受付要領>

- ①令和2年7月発足の申請をされる方は、令和2年4月27日(月)までに事前概要書を府医事務局総務課までご提出ください。
- ②事前概要書にもとづいて、京都府医療課によるヒアリング(原則2回)が行われ、その後、本申請書(正本・副本各一部ずつ)を京都府医療課へご提出いただくこととなります。
- ③一人医師医療法人の事前概要書ならびに各申請書式はデータでお渡しします。府医事務局総務課(075-354-6102)までご連絡ください。

冬の参与会 開催

毎年恒例の「冬の参与会」が、1月25日(土) 京都ブライトンホテルにおいて開催され、参与24名、府医から27名が出席した。

府医からのテーマとして「医師確保計画中間案」、「これからの医療を考えるためのアンケートの集計結果」、「新型コロナウイルス」について報告を行った後、船井医師会から「府医における児童虐待への対応」について意見・要望が出され、約2時間にわたり活発な意見交換が行われた。



協議事項

(1) 医師確保計画中間案について

(京都府健康福祉部 医療課長
丸毛 信樹 氏)

～医師確保計画策定までの経緯～

近年、医師数は増加傾向にあるものの、過疎地域から都市部への偏在拡大が見受けられるだけでなく、外科や産婦人科など一部の診療科の医師数は減少傾向にある。

昨年4月1日の改正医療法・医師法施行にともない、都道府県は医師偏在対策に取り組むための「医師確保計画」を令和元年度内に策定することが求められている。

法改正の趣旨は、「地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の決定権限および



研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる」こととされている。

次に、地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応については、「外来医療機能に関する情報の可視化」、「新規開業者等への情報提供」、「外来医療に関する協議の場の設置」の3点が求められており、その協議の場として、地域医療構想調整会議が例示されている。

～京都府医師確保計画(中間案)の方向性～

ガイドラインに基づき京都府内の現状を反映した上で、医療ニーズ、医療の仕事量、地理的条件を加味し、「京都市医師偏在指標」を設定。

この指標により、医療圏ごとの医師確保の重みを順位付けし、局所的にへき地医療等を担う地域を「医師少数スポット」に指定。

京都府における医師確保の考え方は以下のとおり。

- ① 医師を重点的に確保する地域：丹後
→他の地域からの医師の確保をはじめ、地域枠等医師の配置等、重点的に背策を進める。

② 医師を確保する地域：

中丹，南丹，山城北，山城南
→圏内の局所的に不足する地域への医師確保のため，必要に応じて地域枠等医師を配置。

③ 医師を派遣：京都・乙訓

→必要に応じ，医師の派遣等により他の地域を支援する。

また，下記のとおり二次医療圏にとらわれず対応が必要な疾患・ハイリスク分娩等は，府内一円で必要な医療提供体制を構築する。

- 脳血管疾患のうち外科手術を必要とするもの
 - 心疾患のうち外科手術を必要とするもの
 - ハイリスク分娩等，緊急対応が必要なもの
- 外来医療については，医師会や関係団体と連携し，新規開業者への医療に係る研修参加への誘導を検討している。

～意見交換～

府医および参与からの意見は下記のとおり。

〈府医〉

- 京都大学と京都府立医科大学の担う役割が重要である。両大学や行政とも連携しながら，若手医師へのキャリア支援の仕組み作りが必要である。
- 若手医師をローテーションさせることで，北部で仕事をするチャンスを作り，実際に経験してもらえることが必要ではないか。その中で地域の良さが分かると定着につながる。

〈参与〉

- 丹後地域での開業が少ない理由（教育の問題等）も含めて検討していく必要があり，若手医師に地域の実情を理解してもらえるよう，丹後地域等での開業に魅力を持ってもらえるような取り組みが必要ではないか。
- 京都式医師偏在指標は非常に良いと思うが，問題は専攻医の



シーリングの話で，国にこの指標が認められるかどうかである。昨年は，府医会長・府知事・市長の連名で嘆願書を提出いただいたがゼロ回答であった。今年，厚労省と専門医機構に京都式を認められるよう依頼したい。

- 京都府立医大では，地域枠は順調に機能している。理由は学生の頃から色々なプログラムでエクスポージャーしているからである。

大きく言えば地域医療は医療だけでは解決できず，基本は教育である。過疎地に教育センターが作れないかも含め検討する時期に来ている。進学校があれば家族で移動できる。両大学は医師を派遣する立場にあるが，子どものいる家族は必ず単身赴任であり，教育のために家族を残している。地域に派遣することは，家庭崩壊することに等しい。

多大な犠牲を払って，地域医療を支える立場にあり，長くは続かないので，生活から支えるような教育中心の基盤を府全体で検討してほしい。



(2) 「これからの医療を考えるためのアンケート」の集計結果について (北川府医副会長)

～アンケートの概要について～

各医療圏における医療提供体制の実情を把握し，地域医療構想調整会議での協議における参考データとすることを目的に診療所A会員（1,964人）を対象として「これからの医療を考えるためのアンケート」を実施（回答率：25.2%）。

集計結果から，75歳以上の外来通院中または

訪問診療中の患者に入院が必要となった場合の病院の受け入れ状況については同じ医療圏でも、疾患によって相違があった。

特に、「がん患者の苦痛の増強」、「認知症患者の身体合併症」、「認知症患者のBPSD増悪」において受け入れ先の確保に苦労している傾向が見られた。

～今後の課題～

アンケートの自由記載欄では、丹後ブロックから高齢者の数に大きな変化はないものの総人口は3割以上減少しており、働き手の確保が困難になるとの記載があり、このような地域でしか分からないデータを基に検討する必要があるとの考えを示した。

(3) 新型コロナウイルスについて

(京都府健康福祉部 部長
松村 淳子 氏)

～新型コロナウイルス発生状況(京都府)～

中国では1月25日時点で患者1,287人、死者41人まで感染が拡大している。コロナウイルスは大変変異しやすいウイルスであり、SARSやMERSもコロナウイルスの一種で、新型も変異し、重篤化すれば、行政として緊急的に様々な対応が必要になるとした。現在、国内でも3例報告されているが、重篤ではなく治癒された方もいると聞き及んでいる。人から人による飛沫感染が最も深刻な感染原因となっており、1月24日には「新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する関係閣僚会議」も開催され、国を挙げて対策に取り組んでいるところである。



～行政の対応について～

中国あるいは武漢市からの渡航者が、医療機関を受診された場合に、基本的に入院が必要なものについては、感染症指定医療機関での入院となる。行政としては土曜日・日曜日でも緊急的に感染症

指定医療機関と連絡を取れるように連携しているとし、疑い例があれば各保健所に連絡するよう求めた。また、医療機関に対しアルコール消毒の徹底や手袋・マスクの装着を促すよう協力を求めた。

新型コロナウイルスの検体検査は国立感染症研究所のみであるが、同研究所で簡易検査キットを開発中であると付け加えた。

～府医の対応について(禹府医理事)～

万一の事態に備え、行政機関とより一層の連携を図るべく、地区感染症対策担当者連絡協議会を2月6日(木)午後2時30分より開催することを報告。

また、日々データが更新されるため、府医会員ML・FAX情報に注意するよう呼びかけたものの、参与からは、府医からの広報協力要請が多すぎることで、テレビでの報道の方が先なので会員は情報を得ていると思うが、どれを優先的に広報すべきか判断が難しいと意見が出された。京都府からは、主に医療機関での対応が最重要であるため、国立感染症研究所が発出している院内感染対策の通知を優先的に広報するよう求めた。

地区医(参与)からのご意見・ご要望

(1) 府医における児童虐待への対応

(船井医師会)(松田府医理事)

～各市町村要保護児童対策地域協議会における各地区医の参画状況～

現在、すべての地区医が代表者会議には参画しているものの、実務者会議および個別ケース会議への参画は中丹地区のみである。

参与からの意見は下記のとおり。

- 児童虐待に関する研修医向けの研修会を府医主催で行ってはどうか。
- 認知症の高齢者への虐待が増加傾向にあると感じており、深刻化するのではない



かと危惧しているが、児童虐待ほど表面化されていないため、今後、注視していく必要がある。

～府医での対応～

府医としては、「京都市要保護児童対策地域協議会」に参画している。

京都市では、平成24年度より体制が変わり、「京都市児童相談所」、「京都市第二児童相談所」の二ヶ所に対応している。

個別ケースについては医師会に連絡はなく、各

地区による対応差があることも考えられるので、現在、乳幼児保健委員会で要保護児童虐待に対する対応を各地区でどの程度できるのかについてアンケート調査を準備しているとし、各地区での結果を見て、関係諸団体と協議の上、積極的に取り組んでいきたいと説明。また、月1回での会議に参加することは負担となるため、テレビ会議などICTを活用した会議やリアルタイムの情報連携について行政に申し入れしていきたいと付け加えた。

京都府医師会事務局の業務時間について

府医事務局の業務時間は以下のとおりです。

曜 日	業 務 時 間
月 ～ 金	午前9時30分～午後5時30分
土	午前9時30分～午後1時30分 ・第一土曜日は休館日で会館は閉鎖しています。 ・第一土曜日以外の土曜日は会議等の終了時（おおむね午後5時頃）までは、事務局当番がいます。
日 ・ 祝	休館日

※駐車場に限りがありますので、ご来館時にはなるべく公共交通機関をご利用ください。特に、急病診療所の診療時間内である土曜日午後、日曜日・祝日は、多くの患者の来館が見込まれますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

※会館駐車場をご利用の際は、駐車券を3階事務局までお持ちください。割引処理をいたしますが、割引後も有料となりますのでご注意ください。

※5月2日(土)から5月6日(水)のゴールデンウィーク期間中は、府医事務局を休務いたしますので、ご了承のほどお願いいたします。



京都府医師会 京都府医療トレーニングセンター

第 15 回 小児救急初療 T & A コース ～小児救急の初期対応を学ぶ～ 開催のお知らせ

令和 2 年
6 月 28 日
(日)

「第 15 回小児救急初療 T & A コース」を令和 2 年 6 月 28 日(日)に京都府医療トレーニングセンターにて開催いたします。

多数のご応募お待ちしております。

と き

令和 2 年 6 月 28 日(日)

午前 9 時 30 分～午後 5 時 30 分 (予定)

と ころ

京都府医師会館 5 階

「京都府医療トレーニングセンター」

対 象 医師およびメディカルスタッフ

定 員 15 名

受講料等

14,000 円 (※府医非会員は 18,000 円)

※府医に入会している先生がお申し込みの場合は、会員価格となりますが、会員が所属する施設の医療従事者(他職種)の方は非会員価格となりますので、ご注意ください。

※受講料は前払いとし、WEB 申し込み時に入金いただきます。

振込先は WEB 申し込み時の自動返信メールに記載しております。

※キャンセルの場合はキャンセル等の欄をご確認ください。

※ご入金後は必ず「入金連絡」をメールにて行ってください。

振込期限：5 月 18 日(月) 厳守

コース内容

小児 T & A とは、小児診療において見逃してはいけない疾患を想定し、見た目や全身状態から緊急度や重症度が高い患児をトリアージして適切な処置を施しながら小児科に相談・連絡できる能力を身につけることを目的としたワークショップです(T & A はトリアージ & アクションの略)。シミュレーションとレクチャーを通して「こどものみかた」を楽しく学びます♪

コースプログラム (予定)

- ◇トリアージレクチャー (講義+デモ)
- ◇トリアージ (ロールプレイ)
- ◇発熱 (講義+ロールプレイ)
- ◇熱性けいれん (講義+ロールプレイ)
- ◇喘鳴 (講義+ロールプレイ)
- ◇腹痛 (講義+ロールプレイ)
- ◇嘔吐・下痢 (講義+ロールプレイ)
- ◇アンケート・まとめ

募集期間

令和 2 年 5 月 18 日(月) まで

※受講決定につきましては、募集期間終了後、詳細を郵送で連絡いたします。

※先着順ではございません。

申し込み方法

京都府医療トレーニングセンターのホームページにあります「開催予定コース」のページにてお申し込みいただけます。下記の申込先フォームの URL を直接入力していただいてもお申し込みいただけます。

○京都府医療トレーニングセンター URL

<https://www.kyoto.med.or.jp/tracen/>

○申込先フォーム URL

(パソコン)

[https://ssl.formman.com/form/pc/](https://ssl.formman.com/form/pc/iIyzfabijmYBjRb0/)

[iIyzfabijmYBjRb0/](https://ssl.formman.com/form/pc/iIyzfabijmYBjRb0/)

(携帯)

[https://ssl.formman.com/](https://ssl.formman.com/form/i/iIyzfabijmYBjRb0/)

[form/i/iIyzfabijmYBjRb0/](https://ssl.formman.com/form/i/iIyzfabijmYBjRb0/)



キャンセル等

お申し込み後に、やむを得ない理由によりキャンセルされる場合は、お問い合わせ先までご連絡ください。

申し込んだ研修をキャンセルされる場合は、下記キャンセル料が発生いたします。申し込み前に必ずご確認ください。

【キャンセル料】

◇当日および連絡なしの不参加：

受講料の 100%

◇開催 1 日前（前日）のキャンセル：

受講料の 50%

◇それ以前のキャンセル：無料

※府医事務局よりテキスト送付後のキャンセルについては、テキスト代+事務手数料(1,000 円)を差し引いて受講料を返却いたします。

※開催日の前日が土日祝の場合は、開催日の直近の平日を前日とみなします。

【開催中止について】

府医都合により講座を中止する場合は、府医事務局よりメールまたは電話にてご連絡いたします。受講料は全額返金いたします。

なお、府医より日時の変更または中止のご連絡を行わない限り、天候などの事由によりキャンセルをされる場合にも受講生都合でのキャンセルとなり、キャンセル料の対象となります。あらかじめご了承ください。

お問い合わせ

所在地：〒 604-8585

京都市中京区西ノ京東梅尾町 6

T E L : 075-354-6711

M a i l : fui-toresen@kyoto.med.or.jp

※申し込み者多数の場合は、地域や病院でバランスに配慮して選考させていただきます。

※当日は、動きやすい服装でお越しください。

※昼食は近隣の飲食店をご利用ください。

※当日は急病診療所が開設されており、駐車場は患者の利用を優先しますので、必ず公共交通機関をご利用ください。万が一、府医会館に駐車された場合、割引処理はできませんのでご了承ください。

研修医・若手医師のための情報誌「Arzt vol.10」 発刊のご案内

府医では「京都府全体で次代の良医を育てる」という基本理念のもと、臨床研修制度が円滑に運営されるよう、積極的に各種研修医事業を展開するとともに、研修医会員会費無料化など、様々な取組みを進めています。

その一貫として、府医の「研修サポート委員会」の下部組織である「若手医師ワーキンググループ」の協力を得て、「研修医同士のつながりを強化」や「研修医の先生方の“日常診療”や“今後の進路”の一助」を目的に、研修医・若手医師のための情報誌「Arzt（アルツ）」を発刊しましたので、本誌に同封いたします。

是非ともご一読ください。



CONTENTS

研修医 REAL INTERVIEW

研修医1年目を終えて見えてきたものとは？

若手医師アンケート

「みんなの Life & Work Style」

▶バックナンバー

- vol. 1 『経験と研鑽を日々積み重ね中。研修医のリアルに大接近 !!』
- vol. 2 『少し道が見えてきた、専攻医2年目のリアルな日常。』
- vol. 3 『何もできなくて当たり前。日々、リアルな現場を学びたい。』
- vol. 4 『京都府北部ならではの結束力意欲と熱意と一体感をもって臨床の現場を学ぶ』
- vol. 5 『臨床心理士から救急医へ。人生を大きく転換させた、その理由は？』
- vol. 6 『医師の仕事と出産、子育て。両立のリアルライフは、どんな日々？』
- vol. 7 『自分の将来像を描き、一歩ずつ前進したい』
- vol. 8 『総合診療科に感じる“これからの医療”のあり方とは？』
- vol. 9 『研修医が語る 臨床で役立つ学び』

バックナンバーの送付を希望される場合は府医学術生涯研修課（TEL：075-354-6104）までご連絡ください。



vol. 5



vol. 6



vol. 7



vol. 8



vol. 9

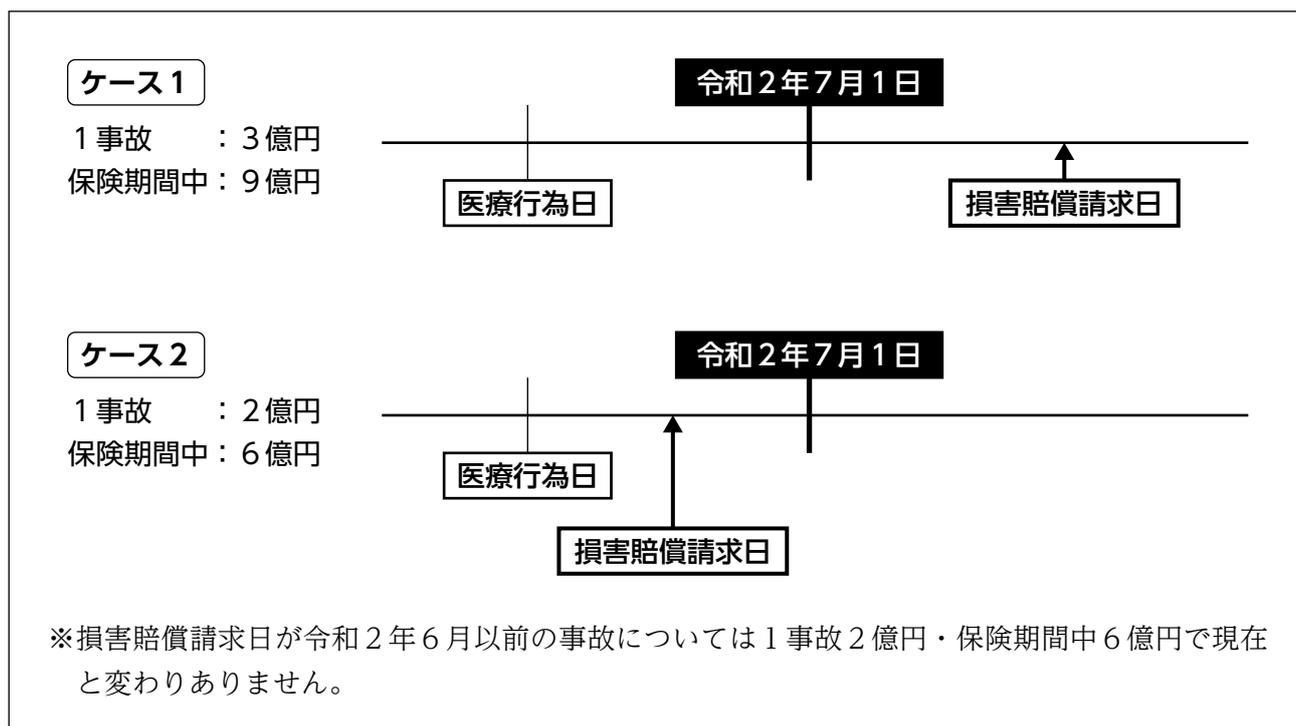
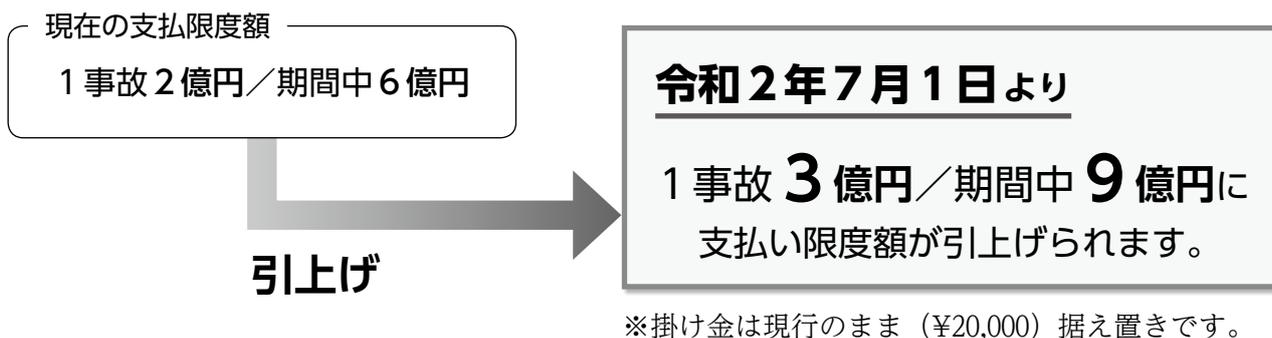
日医医賠償特約保険 加入のおすすめ

6月11日までに京都府医師会に申込みを

診療所，A2会員の掛金，¥20,000／年

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『日医医賠償特約保険』を創設して，加入の促進をはかっております。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月より日医医賠償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いたします。

※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）



【加入を検討される方へ】

すでに日医A会員に加入している会員は、個人の行為責任については日医医賠償保険で1億円まではカバーされていますが(免責金額:100万円)、今回、特約保険への加入を検討される際、以下の項目に該当する日医A会員においては十分ご検討ください。加入手続きに関しては、日医医賠償特約保険担当までご連絡いただきますようお願いいたします。

- (1) パート、アルバイト、ローテーションの医師らを含めた、いわゆる非A会員が起こした医療事故について、開設者・管理者としての責任部分の賠償にも備えたいA会員
- (2) 法人(99床以下の法人立病院、診療所および定員99名以下の介護医療院のみ加入可)の責任部分の賠償にも備えたいA会員
- (3) 高額賠償の支払い(1事故3億円まで、保険期間中9億円まで)に備えたいA会員

※勤務医師である日医A2会員については、1億円を超す高額賠償請求に備えたいという場合にのみご検討ください。

※日医医賠償保険の免責部分(100万円)に備えたいという場合は、府医医師賠償責任保険(100万円保険)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」(一枚目が黄色のもの)に記入、捺印の上、府医の日医医賠償保険特約担当に提出してください。**提出期限は6月11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2年7月1日から令和3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：次ページ掛金表をご参照ください。
- 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、日医医賠償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。

【特約保険の概要】

現行の日医医賠償保険の上乗せ方式で、日医A会員が任意で加入する保険。

- ①被保険者：A会員及びA会員が理事である法人またはA会員が管理者である医療施設を開設する法人で
 (1) 診療所(有床・無床) (2) 個人立病院 (3) 99床以下の法人立病院
- ②てん補限度額：日医医賠償保険と合算して1事故(同一医療事故につき)3億円(年間9億円)
- ③免責金額：1事故(同一医療事故につき)100万円
- ④その他：医療施設事故は不担保

◆ 日医医賠償保険と「特約保険」との関係



特約保険の1年間の掛金

①診療所, 介護医療院(19名以下)	20,000円																	
②A2会員 * 1	20,000円																	
③病院, 介護医療院(20名以上)	掛金 =	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>* 2</td> <td>1病床または 定員1名あたり掛金</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">補償対象の 病院等に常 勤するA2 会員数</td> <td>在籍なし</td> <td>13,800円</td> <td rowspan="3">×</td> </tr> <tr> <td>1~2名</td> <td>13,100円</td> </tr> <tr> <td>3名以上</td> <td>12,400円</td> </tr> </table>		* 2	1病床または 定員1名あたり掛金		補償対象の 病院等に常 勤するA2 会員数	在籍なし	13,800円	×	1~2名	13,100円	3名以上	12,400円	<table border="1"> <tr> <td>* 3 一般・療養 病床の許可 病床数また は定員数</td> <td>-</td> <td>40,000円</td> </tr> </table>	* 3 一般・療養 病床の許可 病床数また は定員数	-	40,000円
	* 2	1病床または 定員1名あたり掛金																
補償対象の 病院等に常 勤するA2 会員数	在籍なし	13,800円	×															
	1~2名	13,100円																
	3名以上	12,400円																
* 3 一般・療養 病床の許可 病床数また は定員数	-	40,000円																

* 1 A2会員とは、A2(B)会員およびA2(C)会員をいいます。

* 2 病院、介護医療院(20名以上)については、常勤A2会員の在籍数により、掛金区分が異なります。

* 3 一般・療養病床数は、医療法に規定する一般病床と療養病床の総計許可病床数です。

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

医療事故調査制度『相談窓口』のお知らせ

平成 26 年 6 月の医療法の一部改正により平成 27 年 10 月 1 日から「医療事故調査制度」が施行されています。今回の制度においては①医療事故の判断②院内医療事故調査委員会の実施③支援センターへの報告④遺族への説明等、管理者としての判断・責任が非常に大きくなっています。また、中立性、公平性の担保という観点からも、外部からの支援を受けることが求められています。

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。

府医では、医療機関における『初期対応マニュアル（第 4 版）』『初期対応チェックリスト』を作成していますので、是非、ご活用ください（京都府医療事故調査等支援団体連絡協議会 WEB サイトよりダウンロードできます）。

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
 - メールアドレス chuo.anzen@medsafe.or.jp
 - 対応時間 24 時間 365 日対応
 - URL <http://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 平日 午前 9 時～午後 6 時 土曜日 午前 9 時～午後 1 時
（※休日・夜間については、医療事故調査・支援センターで対応）
 - メールアドレス jikocho@kyoto.med.or.jp
 - URL <https://www.kyoto.med.or.jp/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

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91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せんので必要な方は

府医：総務課
(TEL 075-354-6102)

までご連絡ください。

- 28号▶子どもの発熱
- 38号▶エイズ患者・H I V感染者
今のみまでは増え続けます
- 41号▶食育—生涯を通して、健康で
豊かな生活を送るために—
- 42号▶男性の更年期障害
- 47号▶一酸化炭素中毒
- 54号▶子宮がん
- 55号▶ヒブワクチンと小児用肺炎
球菌ワクチン
- 60号▶過敏性腸症候群
- 65号▶感染症罹患時の登園（校）
停止基準と登園届
- 66号▶前立腺がん検診
- 67号▶COPD とは？
- 68号▶脳卒中
- 69号▶PM2.5 と呼吸器疾患
- 70号▶BRCA について
- 71号▶サルコペニアって何ですか？
- 73号▶不妊症
- 74号▶高血圧ガイドライン
- 75号▶食中毒の予防
- 76号▶RS ウイルス感染症、ヒトメ
タニューモウイルス感染症
- 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
- 80号▶難聴
- 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
- 86号▶動脈硬化
- 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

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。

診療録の今・昔

— 電子カルテにまつわる指導医の悩み —

京都第一赤十字病院 副院長 リウマチ内科
福田 亙

昔のカルテは・・・

われわれが研修医の頃（1983年卒）には、内科ではすでにドイツ語を使うことはほぼなく、英語での記載が一般的でした。英語といっても「英語カナ混じり文」みたいな感じで、医学用語と定型句のみ英語で後は日本語という、今から考えるとおかしな言語で書かれており、書いた本人と同僚の医師以外にはほぼ理解できない、悪筆であれば同僚ですら理解できないようなものでした。今の研修医に n.p. (nothing particular) なんていっても誰にもわからないでしょう。また、私より上の年代の先生では POS や SOAP というカルテ記載のルールは一般的でなかったため、1日の記載が数行～数文字という先生も珍しくなかったと記憶しております。しかし、それはその時代の先生方がいい加減に医療をやっていたという意味ではありません。私が血液内科の専攻医をしていた頃、急性白血病の再発で入院となった患者さんの主治医になって、入院時に外来カルテを開いても、ほぼ毎回ドイツ語で数行しか書かれていないカルテで経過がわからずに外来を担当していた部長に聞きに行ったところ、発症からの経過をきわめて詳細に説明していただきびっくりしたことを覚えています。

電子カルテが診療を変えた

当院では、2006年よりオーダリング・電子カルテを稼働させました。15年が経過して、電子カルテは院内にすっかり

定着し、院内の医師も「紙カルテを知らない世代」が、むしろ多数派となっています。そんな中で、外来や病棟における「カルテ＝診療録」というものの姿は大きく変わり、それはわれわれの診療のやり方、内容まで大きく変えました。その最大の功績は、「みんなが読める」ことであり、現代のチーム医療や医学教育の進歩に大きく貢献していると思います。すなわち、どこでも、いつでも端末さえあれば日本語で POS に則ったカルテが参照でき、また記載できることにより、主治医の考え、検査の進捗、治療方針などは、研修医をふくむすべてのチームスタッフが遅滞なく共有できます。また、オーダリングシステムにより、いつでも、どこでも指示が出せることや画像検査や病理検査がクリック数回で参照できることなども診療の利便性を格段に向上させています。一方で、数年間私が頭を悩ませているのは、「正しい電子カルテの書き方は？」ということであり、象徴的なのがカルテ記載のコピー＆ペースト（C&P）に関する問題です。

C&Pは電子カルテに必要か？

指導医として研修医のカルテをチェックする機会が多くありますが、彼らのカルテの多くには際立った特徴が見られます。それは SOAP に則ってしっかり記載されているのですが、SP に比べて、OA が大変長いということです。いうまでもなく Subjective（S）な訴えや状態と Objective（O）な所見から、

診療の Plan (P) を立案するために Assessment (A) は、診療記録の中で最も重要な部分の1つです。そして、最近の研修医の記載するカルテのOとAは非常に長いのです。一見これはよいことのように思いますが、よくみるとそこに書かれているOは検査結果画面のC&Pや画像のC&Pで、Aでは前日のプロブレムリストのC&Pであり、そのアセスメントのC&Pがほとんどです。ところどころ、前日から変化している部分を書き変えてありますが、8~9割がたは前日と同じです。電子カルテを多職種の情報共有ツールと考えた場合、このような重複の多いカルテは読むのに時間がかかるわりに情報量が少なく「読みにくい」カルテと言わざるを得ません。せっかく前日のアセスメントを一部書き変えても、C&Pの中に埋められると読み飛ばされてしまうかもしれません。したがって、私はしばしば研修医に「C&Pは多用せず、新規所見・陽性所見を中心に記載するように」と指導しますが、この「カルテのかさ増し」行動は、なかなか減ることがありません。見た目がきれいでボリュームのあるカルテを残すことが何らかの達成感・自己満足につながっているのかもしれない。電子カルテがもたらしたC&Pの功罪はほかにもいくつかありますが、紙面の都合で割愛します。電子カルテが定着したこの時代、そろそろC&Pの使用を含めた診療録やオーダリングの作法を整理して指導したいと頭を悩ますこの頃です。

Information

病 院 名 京都第一赤十字病院
住 所 京都市東山区本町 15-749
電話番号 075-561-1121 (代表)
ホームページ <http://www.kyoto1-jrc.org/>

京都府ナースセンター 『e-ナースセンター』 のご紹介

京都府ナースセンター（公益社団法人京都府看護協会）では、看護師、准看護師、助産師の無料職業紹介を行っています。看護職の人材をお探しの医療機関におかれましては『e-ナースセンター』のWEBサイトをご確認ください。なお、紹介にあたっては登録が必要ですが、無料で登録・利用できます。

京都府ナースセンター

T E L : 075 - 222 - 0316

F A X : 075 - 222 - 0528

e-ナースセンター URL

<https://www.nurse-center.net/nccs/>



京都医学史研究会

医学史コーナー

醫の歴史

— 医師と医学 その11 —

○室町時代の医療（4）

〈天正4年の明智光秀と医師曲直瀬道三〉

日本の歴史を中世から近世へと揺り動かした事件の一つが、「本能寺の変」であることはどなたも異存がないと思います。その片やの主人公「明智光秀」(1526～1582、これとうひゅうがのかみ惟任日向守、惟日)は美濃の斎藤道三、越前の朝倉義景に仕え、永禄11年(1568)頃、40歳を過ぎて尾張の織田信長(1534～1582)に巡りあい、仕えることになります。それから約10年、天正4年(1576)、信長は岐阜城を息子信忠に譲り、新たに都に近い近江安土に築城しました。

光秀はと言いますと秀吉と違って信長の子飼の家臣ではなく、謂わば中途採用組でしたが、既に信長を支える重臣の一人に引き立てられていました。光秀は天正3年(1575)、信長の命で越前攻略平定した後、引き続き丹後攻めで出陣し敗北しますが、年明け4年(1576)4月に細川藤孝と共に「本願寺攻め」を命じられます。この本願寺とは、今大阪城がある場所にあった一向宗(浄土真宗)の本山で「石山本願寺」と呼ばれ信長の統一を阻んでいました。5月3日と4日の激戦で光秀軍は苦戦をしいられ敗北します、そこで信長は7日に自ら出陣「うまのこく午刻天王寺表へ御出勢之所、いしやまほんがんじ大坂衆即時敗北、二千余討捕云々」(『兼見卿かねみきょう記』)と敵方を蹴散らしたことが記されています(この兼見卿とは都の吉田神社の祠官吉田兼見(1535～1610)のことで神官ながら武将の光秀とは親しい間柄です)。そこで朝廷としても今や財政の大パトロンとなった信長を慰問するため、5月12日公家衆を戦地摂津へ派遣することにしました。兼見も同道し、13日に光秀の陣所も訪れています。ところが23日、光秀に「もってのほか惟日以外

しょうりょうにより依所勞帰陣、在京也、罷向、道三療治云々」の事態が発生します。光秀が陣所で所勞(病)により都に戻され、医師曲直瀬道三(1507～1594)の治療を受けたというのです。案の定、6月12日「一、明智十兵衛号惟任、久風痢煩、明曉死去、坂本へ行云々」(『言継卿記』)という忌々しい知らせが公家山科言継(1507～1594)に届きます。「死去」はデマでしたが、「ふうり風痢」を久しく患っていたようですから、5月に道三が診察した病の延長と考えられます。恐らく5月6月(現7月8月)の暑い盛りの戦場という過酷な環境で、強大な大将(信長)に仕える有能な家臣(光秀)が陥るストレス型過敏性腸炎(痢病)の類いと推察され、鬱的傾向もあったように思われます。坂本の自城で療養する光秀を兼見が7月14日に見舞っています。一方の信長軍は翌15日の大坂海上戦で本願寺共同軍に大敗します。そして夏が過ぎ9月19日に山科言継(70歳)が曲直瀬道三(同じく70歳)を訪ねたところ、またまた道三は甥で後継者となる曲直瀬玄朔(1549～1631)を同道して坂本に光秀の往診に出かけていました。その後、光秀は平癒して10月下旬には上洛して戦列復帰を果たしていますが、治癒までの長丁場を類推すると肉体的にも精神的にも頑健とは言い難い。しかし、光秀は主君信長に矢継ぎ早で過度な戦果を求められるというパワハラに翻弄されながらも信長の全国制覇の野望を実現させるために粉骨砕身の努力を惜しまぬ武将でありました、天正10年6月2日、拭逆の時がくるまでは!

(京都医学史研究会 葉山美知子)

京都府医師会ホームページを ご利用ください！



府医ホームページでは、府医の活動を会員に迅速に伝達するコンテンツを用意しています。ぜひご利用ください。

府医ホームページ URL <https://www.kyoto.med.or.jp/>

- 京都医報
<https://www.kyoto.med.or.jp/member/report/index.shtml>
- 府医トレセン
<https://www.kyoto.med.or.jp/tracen/>
- 府医在宅医療・地域包括ケアサポートセンター
<http://kyoto-zaitaku-med.or.jp>

新型コロナウイルス（COVID-19）感染症情報は、府医ホームページ「新型コロナウイルス情報」をご覧ください。



● 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」（以下、ML）を運用しております。

MLでは、府医から感染症情報なども適宜発信しております。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）<https://ssl.formman.com/form/pc/JpJfpmjNSAt4OKE3/>

（携帯）<https://ssl.formman.com/form/i/JpJfpmjNSAt4OKE3/>



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、確認メール（件名：「Welcome to kyoto-med mailing list」）にて、順次、直接通知いたします。

「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（仮）」「開業医奮闘記」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梅尾町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。

開業医奮闘記 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。



＝ 医 師 国 保 ＝

公 示 第 364 号
令 和 2 年 4 月 15 日

組 合 員 各 位

京 都 府 医 師 国 民 健 康 保 険 組 合
理 事 長 立 入 克 敏

第 33 期 支 部 長 ・ 副 支 部 長 の 選 任 な ら び に 組 合 会 議 員 の 選 出 に つ い て (公 示)

標 記 の 件 に つ き ま し て , 別 表 の と お り 支 部 長 ・ 副 支 部 長 が 選 任 さ れ , ま た , 組 合 会 議 員 に つ き ま し て も 選 出 さ れ ま し た の で , お 知 ら せ い た し ま す 。

任 期 は 支 部 長 ・ 副 支 部 長 , 組 合 会 議 員 と も 令 和 2 年 4 月 1 日 か ら 令 和 4 年 3 月 31 日 ま で と な り ま す 。

支 部 長 ・ 副 支 部 長 ・ 組 合 会 議 員 名 簿

任 期 : 令 和 2 年 4 月 1 日 ~ 令 和 4 年 3 月 31 日

支 部 名	支 部 長 氏 名	副 支 部 長 氏 名	組 合 会 議 員	
北	角 田 裕 明	小 仲 良 平	角 田 裕 明	
上 京 東 部	菅 野 達 也	飯 田 明 男	内 田 秀 一	
西 陣	水 谷 正 太	渡 邊 賢 治	水 谷 正 太	渡 邊 賢 治
中 京 東 部	柴 田 安 宅	市 岡 健 太 郎	高 岡 隆	
中 京 西 部	柴 垣 一 夫	川 口 毅	川 口 毅	柴 垣 一 夫
下 京 東 部	佐 々 木 敏 之	小 山 秀 樹	佐 々 木 敏 之	
下 京 西 部	上 田 尚 司	田 中 裕 子	上 田 尚 司	渡 辺 寛
左 京	川 勝 秀 一	米 田 武 史	松 下 匡 孝	三 嶋 隆 之
右 京	齊 藤 憲 治	小 室 元	竹 迫 俊 行	平 杉 嘉 平 太

支 部 名	支部長氏名	副支部長氏名	組 合 会 議 員	
西 京	福 本 和 生	塚 本 忠 司	宮 地 芳 樹	矢 野 信 吾
東 山	安 住 有 史	後 藤 武 近	岩 崎 淳	
山 科	鈴 木 学	戎 井 浩 二	鈴 木 学	戎 井 浩 二
伏 見	高 謙一郎	西 村 康 孝	辻 幸 子	辻 光
乙 訓	平 井 幹 二	鈴 木 博 雄	平 井 幹 二	鈴 木 博 雄
宇 治 久 世	伊 勢 村 卓 司	堀 内 房 成	伊 勢 村 卓 司	堀 内 房 成
綴 喜	森 岡 稔 勝	村 上 匡 孝	芳 野 二 郎	
相 楽	小 堤 國 廣	小 澤 勝	小 堤 國 廣	
亀 岡	佐 藤 英 夫	井 上 功	佐 藤 讓	
船 井	廣 野 良 定	高 屋 和 志	廣 野 良 定	
綾 部	白 波 瀬 均	米 谷 博 夫	白 波 瀬 均	
福 知 山	吉 河 正 人	小 山 尚 志	吉 河 正 人	
舞 鶴	指 宿 昌 彦	田 中 寛 之	隅 山 充 樹	
与 謝	岡 所 明 良	西 原 毅	岡 所 明 良	
北 丹	齊 藤 治 人	新 谷 繫 之	齊 藤 治 人	

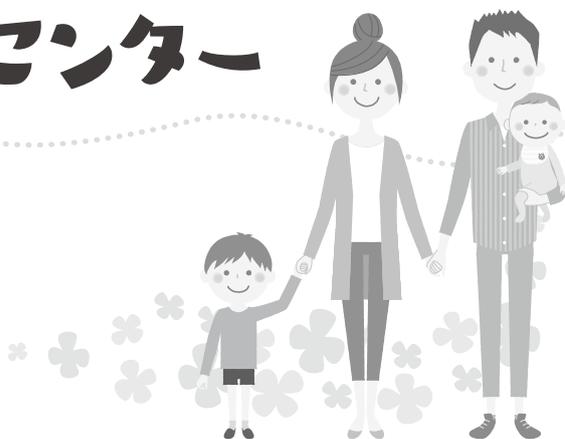
京都府医師会

子育てサポートセンター

京都府医師会は、
子育て中の先生方を応援します。



詳細はホームページを
ご覧ください。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会開催のご案内

今年度の「日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会」が、令和2年5月24日(日)に日医会館にて開催される旨の通知がありました。

府医では本研修会を TV 会議システムにて府医会館、福知山・舞鶴・与謝医師会へ中継し、サテライト会場として応用研修会を開催いたします。

また、舞鶴会場では舞鶴医師会様のご厚意により、他地区の先生方の受講が可能となっております。

受講希望の方は、3月15日号付録または府医 HP よりダウンロードできる申込用紙にて学術生涯研修課 (FAX:075-354-6074) へ、5月8日(金)までにお申し込みください。

当日は入退室を記録し、受講された講義の単位のみ付与いたしますのでご注意ください。

記

と き 令和2年5月24日(日) 午前10時～午後5時15分

と ころ **【市内会場】** 京都府医師会館 (京都市中京区西ノ京東柊尾町6)

【福知山会場】 福知山医師会館 (福知山市天田35-1)

【舞鶴会場】 舞鶴メディカルセンター (舞鶴市北吸1055-3)

【与謝会場】 与謝医師会館 (宮津市宇鶴賀2109-3)

※福知山・与謝会場は原則、当該地区医師会員のみ受講可能です。

プログラム 3月15日号付録または府医 HP 参照

申し込み方法 3月15日号付録または府医 HP よりダウンロードできる申込用紙にて学術生涯研修課 (FAX:075-354-6074) までお申し込みください。

申し込み締切 5月8日(金) 厳守

取得可能単位 (カリキュラムコードおよび応用研修単位の詳細はプログラムをご参照ください)

日医生涯教育単位 7カリキュラムコード:計6単位

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修単位【第2期】 6項目:各1単位

専門医共通講習-①医療倫理(必修):1単位が取得できます

その他 (各会場共通)

昼食等の用意はありませんので、各自でご用意ください。

地区医非会員の方は受講料(10,000円)が必要です。(事前振込制)

その他（市内会場）

当日は急病診療所が開設されており、駐車場は患者の利用を優先しますので、必ず公共交通機関をご利用ください。万が一、府医会館に駐車された場合、割引処理はできませんのでご了承ください。

当日は託児ルームを設置いたしますので、ご利用される場合は申込用紙に○を付けてください。

また、年齢制限がありますのでご了承ください。（生後6ヶ月～12歳）

※申し込み締切：4月27日(月)

注 意 各演題、遅刻・早退があった場合は単位を付与することができませんのでご注意ください。受講決定通知の送付はございませんので、府医からの受講お断りの連絡がない限りは、受講可能です。

【介護保険の訪問リハビリにおける「適切な研修」について】

介護保険の訪問リハビリにおいて、例外的に事業所とは別の医療機関の医師が利用者を診察し、その情報提供を基にリハビリを提供する場合、その医師に対して「適切な研修」として、「日医かかりつけ医機能研修制度」を修了する要件が設けられておりますが、本研修にはその要件に規定されている「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際」に関する講義が含まれております。さらに、本研修会を全講義（応用研修6単位）受講いただけましたら、当該「適切な研修」を修了したこととみなされます。

会員消息

(2/27, 3/5 定例理事会承認分)

入 会

氏 名	会員区分	地 区	医 療 機 関	診療科目
竹村 嘉人	A	山 科	山科区榎辻草海道町 15-1 イオンタウン山科榎辻 2F たけむら内科消化器クリニック	内・消内・ 内視内
濱田 哲司	C	東 山	東山区本町 15 丁目 749 京都第一赤十字病院	研修

異 動

氏 名	会員区分	地 区	医 療 機 関	診療科目
西野 泰典	A→D	宇久→宇久	—	

※D会員は住所がご自宅となるため、掲載していません。

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
棚野 博文	B 1	乙 訓	戸田真太郎	B 1	西 京	上田 哲也	D	相 楽

第42回 定例理事会 (2月27日)

報 告

- 山科医師会との懇談会の状況
- 第4回医師のワークライフバランス委員会の状況
- 第4回基金・国保審査委員会連絡会の状況
- 第5回社会保険研究委員会の状況
- 日医医療政策シンポジウムの状況
- 令和元年度学校医研修会の状況
- 第4回乳幼児保健委員会の状況
- 産業医研修会の状況
- 近医連産業保健担当理事連絡協議会の状況
- 令和元年度日医母子保健講習会の状況
- 令和元年度「第3回京都在宅医療塾Ⅰ～探究編～」の状況
- 地域連携パス運営会議（第50回大腿骨近位部骨折および第46回脳卒中地域連携パス運営会議）の状況
- 令和元年度研修医ワークショップ in KYOTO の状況
- 令和元年度「第2回医療安全講演会」の状況

15. 第5回医療安全対策委員会の状況

議 事

16. 京都府・京都市等外部審議会委員の推薦ならびに推薦替えを可決
17. 会員の入会・異動・退会4件を可決
18. 常任委員会の開催を可決
19. 委員会・研修会等の中止を可決
20. 府医第203回臨時代議員会の運営を可決
21. 第5回基金・国保審査委員会連絡会の開催を可決

22. 地域連携パス運営会議（第51回大腿骨近位部骨折および第47回脳卒中地域連携パス運営会議）の開催を可決

23. 産業医研修会の開催を可決
24. 令和元年度救急医療助成金の支払いを可決
25. 救急告示医療機関の指定申請を可決
26. 府医学術講演会の開催を可決
27. 日医生涯教育講座の認定を可決
28. 研修医・若手医師向け情報誌「Arzt」の発刊を可決

第43回 定例理事会（3月5日）

議 事

1. 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
2. 会員の入会・退会2件を可決
3. 令和2年4月診療報酬改定点数説明会の中止を可決
4. 予防接種後健康状況調査事業実施機関の推薦を可決
5. がん実態調査報告書（2016年）の作成を可決

6. 令和元年度母体保護法指定医師研修会の開催日程等変更を可決
7. 令和元年度第27期救急救命士養成課程閉講式への出席を可決
8. 令和2年度新研修医総合オリエンテーションの中止を可決
9. 第9回医事紛争相談室の日程変更を可決
10. 看護専門学校の人事を可決

～ 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 —****新型コロナウイルスの感染拡大防止策
としての電話等を用いた診療等の臨時的・
特例的な取り扱いについて(その2)**

3月15日号にて既報のとおり、慢性疾患等を有する定期受診患者等が継続的な医療・投薬を必要とする場合の電話等を用いた診療や処方箋の取り扱いに関する通知が示されているところですが、今般、臨時的・特例的な取り扱い(その2)が示されましたのでお知らせします。

慢性疾患等を有する定期受診患者等に対する診療については、対面診療が原則であるところ、医師が来院による感染の危険性や当該患者の疾患の状態等を考慮した上で治療上必要と判断した場合、発症が容易に予測される症状の変化に対して、医療計画や診療録への記載等の要件のもと、電話等を用いた診療により処方することが可能とされています。

あわせて関連する診療報酬の取り扱いのQ&Aも示され、特定疾患等の患者に対して電話再診した際に、診療計画などに基づき療養上の管理を行った場合、特定疾患療養管理料等の「情報通信機器を用いた場合」の点数(100点)を準用して算定できることとするものです。オンライン診療料の届け出をしていない医療機関でも算定できます。

なお、これらの取り扱いは、今後の流行状況の変化等を踏まえ、変更・廃止される際には、厚労省からその旨の連絡がされる予定です。

◇臨時的・特例的な取扱いについて(3月19日厚労省事務連絡)

1. 慢性疾患等を有する定期受診患者等に対する診療等について

(1) これまでも処方されていた慢性疾患治療薬の処方について

既に診断されている慢性疾患等について、これまでも処方されていた慢性疾患治療薬を電話や情報通信機器を用いた診療により処方する場合は、2月28日事務連絡(3月15日号参照)で示した留意点に沿って実施すること。

(2) 発症が容易に予測される症状の変化に対する処方について

既に診断され治療中の慢性疾患等を有する患者について、当該患者が複数回以上受診しているかかりつけ医等が来院による新型コロナウイルスへの感染の危険性や当該患者の疾患の状態等を考慮した上で治療上必要と判断した場合に限り、当該患者の原疾患により発症が容易に予測される症状の変化に対して、これまで処方されていない慢性疾患治療薬を電話や情報通信機器を用いた診療により処方することは、可能であること。ただし、次に掲げる場合に依りて、それぞれ次に掲げる要件を満たす必要があること。

①既に当該患者に対して定期的なオンライン診療を行っている場合

オンライン診療を行う前に作成していた診療計画に、発症が容易に予測される症状の変化を新たに追記するとともに、当該診療計画の変更について患者の合意を得ておくこと。なお、上記により追記を行う場合においては、オンライン診療により十分な医学的評価を行い、そ

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。

の評価に基づいて追記を行うこと。また、本事務連絡の取扱いの廃止後においては、直接の対面診療を行うこと。

- ②これまで当該患者に対して定期的なオンライン診療を行っていない場合（既に当該患者に対して（1）により電話や情報通信機器を用いた診療を行っている場合を含む。）

電話や情報通信機器を用いた診療により生じるおそれのある不利益、発症が容易に予測される症状の変化、処方する医薬品等について、患者に説明し、合意を得ておくこと。また、その説明内容について診療録に記載すること。なお、本事務連絡の取扱いの廃止後においては、直接の対面診療を行うこと。

- (3) 処方箋の送付や薬局における調剤、服薬指導の取扱いについて

上記（2）の場合における処方箋の送付や薬局における調剤、服薬指導の取扱いについては、上記（1）の場合と同様に、2月28日事務連絡で示した留意点に沿って実施すること。なお、処方箋には、本事務連絡に基づく処方であることを明記すること。

2. 新型コロナウイルスへの感染を疑う患者に対する診療等について

- (1) 新型コロナウイルスへの感染を疑う患者の診療について

継続した発熱等、新型コロナウイルスへの感染を疑う患者の診療については、2月28日事務連絡においても示したとおり、「視診」や「問診」だけでは正確な診断や重症度の評価が困難であり、初診から電話や情報通信機器を用いて診療を行った場合、重症化のおそれや他の疾患を見逃すおそれもあることから、初診で電話や情報通信機器を用いた診療を行うことが許容される場合には該当せず、直接の対面による診療を行うこと。

- (2) 新型コロナウイルスへの感染を疑う患者に対する健康医療相談や受診勧奨について

新型コロナウイルスへの感染を疑う患者からの求めに応じて、電話や情報通信機器を用いて、対面を要しない健康医療相談や受診勧奨を行うことは可能であること。（遠隔健康医療相談やオンライン受診勧奨の定義等については、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月厚生労働省策定）に記載のとおり）

- (3) 感染が拡大した場合の症状が無い感染症患者等に対する在宅での経過観察について

現行では、新型コロナウイルス感染症と診断された場合は、原則として、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に基づき入院措置を行って治療することとされているが、今後の感染拡大により、入院を要する患者が増大し、重症者や重症化するおそれが高い者に対する入院医療の提供に支障をきたすと判断される場合、PCR検査の結果が陽性の患者であっても、高齢者や基礎疾患を有する方等に該当せず、症状が無い又は医学的に症状が軽い患者については、在宅での安静・療養とすることも想定される。

新型コロナウイルス感染症の診断や治療が直接の対面診療により行われた患者に対して、在宅での安静・療養が必要な期間中に、在宅での経過観察結果を受けて、当該患者の診断を行った医師又は、かかりつけ医等からの紹介に基づき新型コロナウイルス感染症の診断や治療を行った医師から情報提供を受けた当該かかりつけ医は、患者の求めに応じて診療を行う場合は、その医師が必要と判断した場合に限り、電話や情報通信機器を用いた診療により、それぞれの疾患について発症が容易に予測される症状の変化に対して必要な薬剤を処方して差し支えないこと。

◇新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その6およびその7)

問1 オンライン診療料の留意事項では、「診療計画に基づかない他の傷病に対する診療は、対面診療で行うことが原則」とされているが、3月19日事務連絡の「1(2)①」にあるように、慢性疾患等を有する定期受診患者等に対する診療等について、既に当該患者に対して定期的なオンライン診療を行っている場合であって、発症が容易に予測される症状の変化に対する処方を行うとき、診療報酬の算定に当たっては、どのようにすればよいか。

(答) 通常のオンライン診療料と同様の取扱いとして差し支えない。

問2 3月19日事務連絡の「1(2)②」にあるように、慢性疾患等を有する定期受診患者等に対する診療等について、これまで当該患者に対して定期的なオンライン診療を行っていない場合であって、発症が容易に予測される症状の変化に対する処方を行うとき、診療報酬の算定に当たっては、どのようにすればよいか。

(答) 「新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話や情報通信機器を用いた診療や処方箋の取扱いについて」(2月28日事務連絡)に関連する臨時的な診療報酬の取扱いと同様の取扱いとして差し支えない。

問3 3月19日事務連絡の「1(2)」の場合について、ファクシミリ等により処方箋情報を受け付けた保険薬局において、当該処方箋情報に基づく調剤を行った場合、調剤報酬の算定に当たっては、どのようにすればよいか。

(答) 2月28日事務連絡に関連する臨時的な診療報酬の取扱いと同様の取扱いとして差し支えない。

問4 3月19日事務連絡の「2(3)」の場合について、新型コロナウイルス感染症の診断や治療が直接の対面診療により行われた患者に対して、在宅での安静・療養が必要な期間中に、在宅での経過観察結果を受けて、当該患者の診断を行った医師又は、かかりつけ医等からの紹介に基づき新型コロナウイルス感染症の診断や治療を行った医師から情報提供を受けた当該かかりつけ医が、患者の求めに応じて、電話や情報通信機器を用いて、それぞれの疾患について発症が容易に予測される症状の変化に対して必要な薬剤を処方した場合に、診療報酬等の算定に当たっては、どのようにすればよいか。

(答) 2月28日事務連絡に関連する臨時的な診療報酬の取扱いと同様の取扱いとして差し支えない。

問5 A001再診料の地域包括診療加算及びB001-2-9地域包括診療料の施設基準に規定する慢性疾患の指導に係る適切な研修について、2年毎の届出が必要とされているが、新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、当該研修が中止される等のやむを得ない事情により、研修に係る施設基準を満たせない場合においても、届出を辞退する必要があるか。

(答) 届出を辞退する必要はなく、引き続き算定可能である。ただし、研修が受けられるようになった場合には、速やかに研修を受講し、遅滞なく届出を行うこと。

問6 A234医療安全対策加算の医療安全対策地域連携加算及びA234-2感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算の施設基準に規定する年1回程度の評価について、新型コロナウイルスの感染拡大防止のため実施できない場合においても、届出を辞退する必要があるか。

(答) 届出を辞退する必要はない。ただし、実施できるようになった場合には、速やかに評価を実施すること。

問7 事務連絡により、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行うことが可能とされた。この場合であって、当該患者に対し、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行っており、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行った場合、どのような取扱いとなるか。

(答) 電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、当該管理料等の注に規定する「情報通信機器を用いた場合」の点数を算定できる。

なお、当該管理を行う場合、対面診療の際の診療計画等については、必要な見直しを行うこと。

問8 問7における「管理料等」とは、何を指すのか。

(答) 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料を指す。

問9 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診又は訪問診療(以下、「往診等」という。)については、当該保険医療機関からの往診等を必要とする絶対的な理由がある場合には認められることとされており(「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2年3月5日保医発0305第1号)), 具体的には、①患家の所在地から半径16キロメートル以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合、②患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などが考えられる(「疑義解釈資料の送付について(その7)」(平成19年4月20日付医療課事務連絡))とされている。例えば、自宅で療養する新型コロナウイルス感染症患者に往診等が必要な場合であって、対応可能な医療機関が近隣に存在しない場合や対応可能な医療機関が近隣に存在していても往診等を行っていない場合は、「16キロメートルを超える往診等を必要とする絶対的な理由」に含まれるか。

(答) ご指摘の事例は、「絶対的な理由」に含まれる。

新型コロナウイルス核酸検出検査に係る Q&Aについて

◇厚生労働省疑義解釈資料（その21 / 令和2年3月9日～その25 / 令和2年3月27日付）

問1 令和2年3月6日付けで保険適用された SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出を実施する際に用いるものとして、「国立感染症研究所が作成した「病原体検出マニュアル 2019-nCoV」に記載されたもの若しくはそれに準じたもの」とあるが、以下のものは該当するか。

○日本臨床微生物学会の「日本臨床微生物学会提言 新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の核酸検出検査の臨床活用」に記載された、「BD MAX™ ExK™ TNA-3セット及びBD MAX™ PCRCartridges の組み合わせ」

○国立感染症研究所のホームページに掲載された「臨床検体を用いた評価結果が取得された 2019-nCoV 遺伝子検査方法について」（厚生労働省健康局結核感染症課・国立感染症研究所）に記載された、「LightMixR Modular SARS and Wuhan CoV E-gene, LightMixR Modular SARS and Wuhan CoV N-gene」, 「LightMixR Modular SARS and Wuhan CoV E-gene」, 「新型コロナウイルス検出 RT-qPCR キット」, 「Loopamp 2019-nCoV 検出試薬キット」, 「SARS-CoV-2 GeneSoC ER 杏林」, 「FLUOROSEARCH™ Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) Detection Kit」, 「SmartAmp 2019 新型コロナウイルス検出試薬」, 「新型コロナウイルス RNA 検出試薬 GenelyzerKIT」

(答) 該当する

問2 令和2年3月6日付けで保険適用された SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出を実施する際に用いるものとして、「体外診断用医薬品のうち、使用目的又は効果として、SARS-CoV-2 の検出（COVID-19 の診断又は診断の補助）を目的として薬事承認又は認証を得ているもの」とあるが、令和2年3月27日付けで薬事承認された「新 2019-nCoV 検出蛍光リアルタイム RT-PCR キット」はいつから保険適用となるのか。

(答) 令和2年3月27日より保険適用となる。

令和2年度診療報酬改定関連通知等の 一部訂正について(抜粋)

厚生労働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お知らせします。
なお、本内容については、日医ホームページ、厚労省ホームページからもダウンロードできますので、届出用紙の変更など詳細はそちらをご参照ください。

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2年3月5日保医発0305第1号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1部 初・再診料

第1節 初診料

A000 初診料

(8) 許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。)のうち、前年度1年間の紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関の取扱いについては、(7)と同様であること。

第2節 再診料

A003 オンライン診療料

(7) オンライン診療を行う医師は、オンライン診療料の対象となる管理料等を算定する際に診療を行った医師、在宅自己注射指導管理料を算定する際に診療を行った医師又は頭痛患者に対する対面診療を行った医師と同一のものに限る。

(14) オンライン診療料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、該当するオンライン診療料の対象となる管理料等の名称及び算定を開始した年月日、在宅自己注射指導管理料の算定を開始した年月日又は頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日を記載すること。

第2部 入院料等

第2節 入院基本料等加算

A205 救急医療管理加算

(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でもなくとも算定できる。

A250 薬剤総合評価調整加算

(1) 「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬薬剤が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。

ア (略)

イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用法及び用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への

変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。

ウ (略)

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。

- (9) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、薬効の重複する薬剤の減少又は合剤への変更等により、退院時に処方される内服薬が減少したことを評価したものである。

第3節 特定入院料

A303 総合周産期特定集中治療室管理料

- (5) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、(2)のアからカまで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。「2」の新生児集中治療室管理料を算定する場合は、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまで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。

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料

- (2) 新生児治療回復室入院医療管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあって、医師保険医が入院医療管理が必要であると認めたと認めた者である。

アからス (略)

A311 精神科救急入院料

- (3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。

イ ア以外の患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

- (18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料

- (4) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。

イ ア以外の患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

- (11) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(4)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟す

る以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(4)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

A311-3 精神科救急・合併症入院料

(3) (1)のエに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合には、以下の取扱いとする。

ア クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。

イ ア以外の患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

(12) (1)のエに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のエに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

第1部 医学管理等

B005-1-2 介護支援等連携指導料

(8) 当該共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関の医療関係職種と介護支援専門員又は相談支援専門員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。この場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

B013 療養費同意書交付料

(1) 療養費同意書交付料は、当該疾病について現に診察している原則として当該疾病に係る主治の医師（緊急その他やむを得ない場合は主治の医師に限らない。）が、当該診察に基づき、(2)から(4)までの療養費の支給対象に該当する療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）を交付した場合に算定する。

(5) 患者が同意書等により療養費の支給可能な期間（初療又は同意の日から6月。3月（変形徒手矯正術に係るものについては1月）を超えて経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、医師が当該患者に対し同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。

(6) 同意書等を再度交付する場合、前回の交付年月日が月の15日以前の場合は当該月の4ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日までの交付については算定できない。ただし、変形徒手矯正術については、前回の交付年月日から起算して1ヶ月以内の交付については1回に限り算定できる。

(76) 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、2度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

第2部 在宅医療

第2節 在宅療養指導管理料

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C152-2 持続血糖測定器加算

(1) 入院中の患者以外の患者であって次に掲げる者に対して、持続的に測定した血糖値に基づく指導を行うために持続血糖測定器を使用した場合に算定する。

ア (略)

イ 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

(イ) 急性発症若しくは劇症1型糖尿病患者又は膵全摘後の患者であって、皮下インスリン注入療法を行っている者。

(ロ) 内因性インスリン分泌の欠乏(空腹時血清Cペプチドが0.5nmg/ml未満を示すものに限る。)を認め、低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、皮下インスリン注入療法を行っている者。

(7) 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合には、次のいずれも満たす場合に算定できる。

ア・イ (略)

ウ 次のいずれかに掲げる者が、患者又は患者家族等に対し、持続血糖測定器の使用法の十分な説明や持続血糖測定器の結果に基づく低血糖及び高血糖への対応等、必要な指導を行っていること。

(イ) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の医師。

(ロ) 糖尿病の治療に関し、治療持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師。なお、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

エ ウの(イ)及び(ロ)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

(イ)① 医療関係団体が主催する研修であること。

(ロ)② 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

第3節 薬剤料

C200 薬剤

(2) 上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

ア・イ (略)

ウ 30日分を限度に投与することができるもの

ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤

第3部 検査

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

D004-2 悪性腫瘍組織検査

(5) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「1」の「イ」処理が容易なものと「1」の「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、「注1」及び「注2」の規定に基づき、それぞれの検査の項目数に応じた点数所定点数を合算した点数により算定する。

D006-21 血液粘弾性検査(一連につき)

(1) 血液粘弾性検査は、心臓血管手術開心術(人工心肺を用いたものに限る。)を行う患者に対して、血液製剤等の投与の必要性の判断又は血液製剤等の投与後の評価を目的として行った場

合に算定できる。

D023 微生物核酸同定・定量検査

(17) SARS-CoV-2(新型コロナウイルスをいう。以下同じ。)核酸検出は、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液又は鼻腔拭い液からの検体を用いて、国立感染症研究所が作成した「病原体検出マニュアル 2019-nCoV」に記載されたもの若しくはそれに準じたもの又は体外診断用医薬品のうち、使用目的又は効果として、SARS-CoV-2の検出(COVID-19の診断又は診断の補助)を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19(新型コロナウイルス感染症をいう。以下同じ。)の患者であることが疑われる者に対しCOVID-19の診断を目的として行った場合又はCOVID-19の治療を目的として入院している者に対し退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合に限り算定できる。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。

採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、本区分の「14H2」SARS-CoV-2核酸検出の所定点数4回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は、同点数3回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を1回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、ない場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて(一部改正)」(令和2年2月18日健感発0218第3号)の「第1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第3節 生体検査料

D285 認知機能検査その他の心理検査

(5) 区分番号「D283」発達及び知能検査の「2」とは、MCC ベビーテスト、PBT ピクチャ・ブロック知能検査、新版K式発達検査、WPPSI 知能診断検査、WPPSI-III 知能診断検査、全訂版田中ビネー知能検査、田中ビネー知能検査V、鈴木ビネー式知能検査、WISC-R 知能検査、WAIS-R 成人知能検査(WAISを含む。)、大脇式盲人用知能検査、ベイリー発達検査及びVineland-II 日本版のことをいう。

(10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」の簡易なものとは、MAS 不安尺度、MEDE 多面的初期認知症判定検査、AQ 日本語版、日本語版LSAS-J、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール及びMMSEのことをいい、「ロ」のその他のものとは、CAS 不安測定検査、SDS うつ性自己評価尺度、(中略)SIB、Coghealth(医師、看護師又は公認心理師臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。)、NPI、BEHAVE-AD、(以下略)

(15) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I002 通院・在宅精神療法

(21) 「注8」に規定する療養生活環境整備指導加算は、通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者について、精神病棟当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号「B015」精神科退院時共同指導料の「1」精神科退院時共同指導料1を算定した患者であって、退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診したもの又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に月1回に限り算定できる。(以下略)

I016 精神科在宅患者支援管理料

(16) 令和2年3月31日時点で、現に精神科在宅患者支援管理料「1」のハを算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定できる。

第9部 処置

J038-2 持続緩徐式血液濾過

(2) 持続緩徐式血液濾過は、次のアからケまでに掲げるいずれかの状態の患者に算定できる。ただし、キ及びクの場合にあっては一連につき概ね8回を限度とし、ケの場合にあっては一連につき月10回を限度として3月間に限って算定する。

ア・イ (略)

ウ 急性腎障害と診断された薬物中毒の患者

エからケまで (略)

J039 血漿交換療法

(17) 当該療法の対象となる家族性高コレステロール血症については、次のいずれかに該当する者のうち、黄色腫を伴い、負荷心電図及び血管撮影により冠状動脈硬化が明らかな場合であり、維持療法としての当該療法の実施回数は週1回を限度として算定する。

ア 空腹時定常状態の血清LDLコレステロール値が370mg/dLを超えるホモ接合体の者

イ 食事療法及び薬物療法を行っても血清LDLコレステロール値が170mg/dL以下に下がらないヘテロ接合体の者

第10部 手術

第1節 手術料

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

K086 断端形成術（軟部形成のみもの）

手指又は足趾の切断術を行った場合は、区分番号「K086」の「1」に掲げる断端形成術（軟部形成のみもの）指（手、足）又は区分番号「K087」の「1」に掲げる断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定する。

K087 断端形成術（骨形成を要するもの）

手指又は足趾の切断術を行った場合は、区分番号「K086」の「1」に掲げる断端形成術（軟部形成のみもの）指（手、足）又は区分番号「K087」の「1」に掲げる断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定する。

第8款 心・脈管

K546 経皮的冠動脈形成術

(1) 一方向から造影して区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

K547 経皮的冠動脈粥腫切除術

(1) 一方向から造影して区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄

病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

K549 経皮的冠動脈ステント留置術

- (1) 一方向から造影して区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

第9款 腹部

K716 小腸切除術

「1」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるもの又は悪性腫瘍に対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。

K716-2 腹腔鏡下小腸切除術

「1」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるもの又は悪性腫瘍に対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。

K726 人工肛門造設術

区分番号「K740」直腸切除・切除術の「5-4」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

K732 人工肛門閉鎖術

「2」の「イ」直腸切除術後のものについては、悪性腫瘍に対する直腸切除術(ハルトマン手術)の際に造設した人工肛門に対して、人工肛門閉鎖術を行った場合に算定する。

第10款 尿路系・副腎

K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)

- (1) 過活動性膀胱又は神経因性膀胱排尿筋過活動の患者であって、行動療法、各種抗コリン薬及びβ3作動薬を含む薬物療法を単独又は併用療法として、少なくとも12週間の継続治療を行っても効果が得られない又は継続が困難と医師が判断したものに対して行った場合に限り、算定できる。

第3節 手術医療機器等加算

K936 自動縫合器加算

- (1) 区分番号「K514-3」,「K5145-5」,「K552」,「K552-2」,「K674」,「K674-2」,「K675」の「2」から「K675」の「5」まで,「K677」,「K677-2」,「K680」,「K684-2」,「K696」,「K705」,「K706」,「K716-3」及び「K716-5」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (令和2年3月5日保医発0305第2号)

第2 届出に関する手続き

第4 経過措置等

表2 施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの(抜粋)

医師事務作業補助体制加算(許可病床が全て一般病床である保険医療機関を除く。)

データ提出加算

精神科救急入院料(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

精神科急性期治療病棟入院料(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

精神科救急・合併症入院料（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 表3 施設基準等の名称が変更されたが、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

排尿自立指導料	→	排尿自立支援加算
---------	---	----------

初・再診料の施設基準等

第2の6 オンライン診療料

1 オンライン診療料に関する施設基準

- (2) 当該保険医療機関内に脳神経外科若しくは又は脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は頭痛患者に対する情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していること（頭痛患者に対して情報通信機器を用いた診療を行う場合に限る。）。

入院基本料等加算の施設基準等

2 総合入院体制加算2に関する施設基準等

- (5) 内科，精神科，小児科，外科，整形外科，脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し，当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし，地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から，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に限り，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ない場合であっても，施設基準を満たしているものとする。なお，精神科については，24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が，速やかに診療に対応できる体制を含む。）があれば，必ずしも標榜し，入院医療を行う体制を必要としないものであるが，この場合であっても，以下のいずれも満たすものであること。

ア・イ（略）

3 総合入院体制加算3に関する施設基準等

- (3) 上記と同様の訂正

第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

- (8) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち，4項目以上を満たしていること。ただし，当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は，ア及びウからコまでのうち，4項目以上を満たしていること。なお，各項目の留意点については，別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

アからクまで（略）

ケ 当該保険医療機関において，夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており，夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。を設置していること。

コ（略）

第14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (5) (1)のア，及びイ，オ及びカに掲げる医師のうち，悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には，以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また，末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には，ア，イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお，後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和

ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

アからウまで (略)

- (8) (1)のア、及びイ、オ及びカに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。

第21 感染防止対策加算

1 感染防止対策加算1の施設基準

- (8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たす場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(以下「ビデオ通話」という。)が可能な機器を用いて実施参加することができる。

アからウまで (略)

- (9) 当該保険医療機関又は感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関が「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)の場合は、以下のア及びイを満たすときはに限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施参加することができる。

ア・イ (略)

2 感染防止対策加算2の施設基準

- (8)および(9) 上記と同様の訂正

4 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

- (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

ア (略)

イ 感染症治療の早期モニタリングにおいて、アで設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を診療録等に記載する。

第26の2 後発医薬品使用体制加算

2 届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない

第26の4 データ提出加算

4 届出に関する事項

- (6) 基本診療料の施設基準等第十一の十一に掲げる、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

特定入院料の施設基準等

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

1 通則

- (6) 2の(4)及び(5)又は3の(5)において日常生活機能評価による測定を行う場合にあっては、当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価については、別添6の別紙21を用いて測

定すること。(以下略)

- (7) 2の(4)及び(5)又は3の(5)において日常生活機能評価による測定を行う場合にあつては、毎年7月において、1年間(前年7月から6月までの間。)に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添7の様式49の4により地方厚生(支)局長に報告を行うこと。(以下略)

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2年3月5日保医発0305第3号)

第2 届出に関する手続き

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

- (3) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料，長期脳波ビデオ同時記録検査1，光トポグラフィー，終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合)(安全精度管理下で行うもの)，筋電図検査(単線維筋電図(一連につき))，骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家培養軟骨移植術)，後縦靱帯骨化症手術(前方進入によるもの)，脳腫瘍覚醒下マッピング加算，網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)，人工中耳植込術，人工内耳植込術，植込型骨導補聴器移植術，植込型骨導補聴器交換術，鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)，鏡視下喉頭悪性腫瘍手術，乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))，胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)，(中略)腹腔鏡下仙骨腔固定術，腹腔鏡下仙骨腔固定術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)，腹腔鏡下腔式子宮全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)，腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)，腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに限る。)，腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合)，高エネルギー放射線治療，1回線量増加加算，並びに強度変調放射線治療(IMRT)，腎代替療法指導管理料並びに導入期加算1及び2に係る年間実施件数

第4 経過措置等

- 表1 新たに施設基準が創設されたことにより、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの(抜粋)

夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算1

子宮附属器腫瘍摘出術(遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮附属器腫瘍摘出術乳房切除術に限る。)

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合)

- 表2 施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの(抜粋)

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

調剤基本料の注5に掲げる地域支援体制加算(調剤基本料1を算定している保険薬局で、令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

- 表3 施設基準等の名称が変更されたが、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

排尿自立指導料	→	外来排尿自立指導料
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算	→	夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算2
「胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）」	→	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）」
植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術	→	植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極除去術に関する施設基準

第1の6 外来栄養食事指導料

1 外来栄養食事指導料の注2に規定する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有し、外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が1人以上配置されていること。

第4 糖尿病合併症管理料

2 届出に関する事項

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の2様式5を用いること。

第4の2 がん性疼痛緩和指導管理料

2 届出に関する事項

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の2様式5の2を用いること。

第4の8 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

2 届出に関する事項

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準に係る届出は、別添2の2様式5の9を用いること。

第4の10 腎代替療法指導管理料

1 腎代替療法指導管理料に関する施設基準

- (1) 以下の要件を満たしていること。

ア・イ（略）

ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

第8 開放型病院共同指導料

1 開放型病院共同指導料に関する施設基準

- (2) 次のア又はイのいずれかに該当していること。

ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係にない）1020以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。

イ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない）105以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。（なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。）

第11の5 肝炎インターフェロン治療計画料

1 肝炎インターフェロン治療計画料に関する施設基準

- (1) 肝疾患に関する専門的な知識を持つ常勤の医師による診断(活動度及び病期を含む。)と治療方針の決定が行われていること。

第16の11 持続血糖測定器加算

1 持続血糖測定器加算に関する施設基準

(2) 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

ア 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の医師が1名以上配置されていること。

イ 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

ウ 糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師が1名以上配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

エ ア及びウに掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

(イ) 医療関係団体が主催する研修であること。

(ロ) 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

第18の1の2 遺伝学的検査

1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患

「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2年平成30年3月5日保医発0305第1号)の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4遺伝学的検査(1)のエ又はオに掲げる疾患

第22の3 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト

2 届出に関する事項

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出については、別添2の様式24の6及び様式52を用いること。

第22の4 胎児心エコー法

2 届出に関する事項

胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添2の様式24の3及び様式52を用いること。

第22の5 ヘッドアップティルト試験

2 届出に関する事項

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出については、別添2の様式24の7及び様式52を用いること。

第26の1の2 終夜睡眠ポリグラフィー

1 安全精度管理下で行うものに関する施設基準

(3) 終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1及び2以外の場合を年間50症例以上及び反復睡眠潜時試験(MSLT)検査を年間5件以上実施していること。

2 届出に関する事項

終夜睡眠ポリグラフィーの安全精度管理下で行うものの施設基準に係る届出は、別添2の様式27の2の2及び様式52を用いること。

第35の2 血流予備量比コンピューター断層撮影

2 届出に関する事項

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式37の2及び様式52を用いること。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)

3 届出に関する事項

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第46 難病患者リハビリテーション料, 第47の2 がん患者リハビリテーション料, 第47の3 認知症患者リハビリテーション料

2 届出に関する事項

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第49 精神科ショート・ケア「大規模なもの」「小規模なもの」

2 届出に関する事項

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第55の2 精神科在宅患者支援管理料

3 届出に関する事項

(2) 精神科在宅患者支援管理料「3」の施設基準に係る届出は別添2の-2を用いること。

第57の2 人工腎臓

2 導入期加算の施設基準

(2) 導入期加算2の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア・イ (略)

ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

第57の8 皮膚悪性腫瘍切除術(センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。)

2 届出に関する事項

(1) 皮膚悪性腫瘍切除術(センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。)の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の4及び様式52を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第61の2の2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)

2 届出に関する事項

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)に係る届出は、別添2の様式別添56の7及び様式52を用いること。

第61の7 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

1 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準

(1) 呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

(2) 以下のアからエまでの手術を術者として、合わせて5±0例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

ア 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

イ 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

ウ 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

エ 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

(3)から(9)まで(略)

第75の4 腹腔鏡下腭頭部腫瘍切除術

3 届出に関する事項

- (3) ~~外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を、別添2の様式4により提出すること。~~

第76の2 同種死体腭島移植術

1 同種死体腭島移植術に関する施設基準

- (1)~(3) (略)

(4) 同種死体腭島移植術を行うに当たり医療関係団体より認定された施設であること。

- (54) 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ること。

(65) 同種死体腭島移植術の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。

2 届出に関する事項

- (1) 同種死体腭島移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式57の2を用いること。
- (2) 医療関係団体関連学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- (3) (略)

第77の2 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4の2腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の6 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4の2腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。第77の8 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4の2腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第78の2 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は第72の4の2腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第78の4 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の3を用いること。
- (2) 医師が経験した当該手術の症例数が分かる書類を添付すること。
- (23) 倫理委員会の開催要綱(運営規定等)の写しを添付すること。

厚生労働省告示(診療報酬の算定方法の一部を改正する件)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B001 特定疾患治療管理料

12 心臓ペースメーカー指導管理料

注5 ロ又はハを算定する患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前回受診月の翌月から今回受診月の

前月前日までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、それぞれ260点又は480点に当該期間の月数(当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I002 通院・在宅精神療法(1回につき)

注8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

第9部 処置

J044 救命のための気管内挿管 500480点

J044-2 体表面ペースング法又は食道ペースング法(1日につき) 480400点

特掲診療料の施設基準等

別表第十の二の二 がん患者リハビリテーション料の対象患者

- 一 がん患者であって、がんの治療のために入院している間に手術、化学療法(骨髄抑制が見込まれるものに限る)、放射線治療若しくは造血幹細胞移植食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、大腸がん又は膵臓がんと診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間に閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの
- 二 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頸部リンパ節郭清を必要とするがんと診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの
- 三 乳がんと診断された患者であって、乳がんの治療のために入院している間にリンパ節郭清を伴う乳腺悪性腫瘍手術が行われる予定のもの又は行われたもの
- 四 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移と診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間にこれらの部位に対する手術、化学療法若しくは放射線治療が行われる予定のもの又は行われたもの
- 五 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍と診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間に手術若しくは放射線治療が行われる予定のもの又は行われたもの
- 六 血液腫瘍と診断された患者であって、血液腫瘍の治療のために入院している間に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定のもの又は行われたもの
- 七 がんと診断された患者であって、がんの治療のために入院している間に化学療法(骨髄抑制が見込まれるものに限る。)が行われる予定のもの又は行われたもの
- 二六 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

「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（抜粋）

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お知らせします。

第4 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

- 1 介護医療院に入所中の患者に対する診療の基本的な考え方は、第2の6の(1)、(2)及び(4)の例によること。
- 2 介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療が必要となった場合には、保険医療機関において当該診療に係る費用を算定できる。算定できる費用については介護調整告示によるものとし、別紙2を参照のこと。
- 3 医療療養病床及び介護療養病床が混在する病棟の一部を介護医療院に転換した場合、夜間勤務等の体制については、第2の2の(3)の例によること。

[参考] 第2の2の(3)

- (3) 夜間勤務等の体制については、病棟ごとに届出を行うことが可能であるが、1病棟を医療療養病床と介護療養病床とに分ける場合には、各保険適用の病床ごとに、1病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる夜間勤務等の体制を採用するものとする。

第5 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

12 人工腎臓等に関する留意事項について

介護老人保健施設は入所者について、人工腎臓の「1」から「3」を算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）の取扱いは、介護老人保健施設の入所者以外の場合と同様であり、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン、ダルベポエチン及びエポエチンベータペゴルの費用は人工腎臓の所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

(変更箇所下線部)

「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

(別紙1)

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を除く。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	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を受けている患者を除く。)*1	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。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟に限る。)	介護老人保健施設(介護予防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)
初・再診料	○	○	—	×	×	×
入院料等	×	×	○	○	○	○
B001の10 入院栄養食事指導料	—	—	○	×	×	×
B001の24 外来緩和ケア管理料	○	—	—	×	×	×
B001の25 移転後患者指導管理料	○	—	—	×	×	×
B001の26 補込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○	—	—	×	×	×
B001の27 類症透析予防指導管理料	○	—	—	×	×	×
B001-2-5 院内トリアージ実施料	○	—	—	×	×	×
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学生理料	○	—	—	×	×	×
B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	○	—	—	×	×	×
B001-2-8 外来放射線照射診療料	○	—	—	×	×	×
B004 通院時共同指導料1	—	—	○	×	×	×
B005 通院時共同指導料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	○	—	—	×	×	×
B005-7 認知症専門診断管理料	○	—	○	×	×	×
B005-7-2 認知症養護指導料	○	—	○	×	×	×
B005-8 肝炎-インターフェロン治療計画料	○	—	○	×	×	×
B007 通院前訪問指導料	—	—	○	×	×	×
B007-2 通院後訪問指導料	○	—	—	×	×	×

医療管理等

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設へ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	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 域療養型特定施設及び指定介護予 防特定施設に限る。)	介護療養型医療 施設(短期入所 療養介護又は介護 予防介護を受けて いる患者を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟 の病棟を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟 の病棟に限る。)
B008 薬剤管理指導料		○	○	○	○	○
B008-2 薬剤総合評価調整管理料		○	○	○	○	○
B009 診療情報提供料 (I)		○	○	○	○	○
注1		○	○	○	○	○
注2	(同一月において、居宅療養管理指導料又は介護予防居宅療養管理指導料が算定されている場合を除く。)	○	○	○	○	○
注3	(同一月において、居宅療養管理指導料又は介護予防居宅療養管理指導料(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(肝炎インフルエンザエロ 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 電子的診療情報提供料		○	○	○	○	○
B010 診療情報提供料 (II)		○	○	○	○	○
B010-2 診療情報提供共有料		○	○	○	○	○
B011 診療情報提供料 (III)		○	○	○	○	○
B014 遠隔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		○	○	○	○	○
C000 往診料		○	○	○	○	○

医療管理等

介護

(配置医師が行う場合を除く。)

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設へ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	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型指定介護予防施設)のうち、外部サービス利用者又は外部サービス利用者(指定介護予防施設)を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設(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。)	介護療養型医療施設(認知症病棟)のうち、介護療養型医療施設(認知症病棟)を除く。	介護療養型医療施設(認知症病棟)のうち、介護療養型医療施設(認知症病棟)を除く。	介護老人保健施設(介護老人保健施設)のうち、併設介護療養型医療施設(併設介護療養型医療施設)を除く。	介護老人保健施設(介護老人保健施設)のうち、併設介護療養型医療施設(併設介護療養型医療施設)を除く。	地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設、介護予防短期入所生活介護を受けている患者
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、看取り介護は看取り介護は算定できない。) 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、看取り介護は看取り介護は算定できない。) イ:○ ※10	
C002 在宅時医学総合管理料	○ ※10	○	—	—	×	×	×	—	
C002-2 施設入居時等医学総合管理料	○	○	○	—	×	×	×	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、看取り介護は看取り介護は算定できない。) イ:○ ※10	
C003 在宅がん医療総合診療料	○ ※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、看取り介護は看取り介護は算定できない。) イ:○ ※10	
C004 救急搬送診療料	○	○	○	—	×	×	×	—	
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	○ ※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 (同一建物において、介護保険のターミナルケア加算を算定していない場合に限り、在宅ターミナルケア加算を算定する。)	○ ※2 ※2及び※11 (同一建物において、介護保険のターミナルケア加算を算定していない場合に限り、在宅ターミナルケア加算を算定する。)	○ ※2 ※2及び※11 (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。)	○ ※2 ※2 (同一建物において、介護保険のターミナルケア加算を算定していない場合に限り、在宅ターミナルケア加算を算定する。)	—	×	×	×	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	

在宅医療

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設へ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(短所入所生活介護、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	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、指定地域療養型特定施設及び指定介護予防型指定介護施設に限る。) うち、外部サービス利用者指定施設又は外部サービス利用者指定介護施設生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床(介護予防短期入所療養介護又は介護療養型医療施設を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病床の病床を除く。) イ、短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病床の病床を除く。) ア、介護療養型医療施設(認知症病床の病床に限る。)	介護老人保健施設 イ、短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)	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
	○	○ ※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		×		—	×	×	—
その他の加算	○ ※2	○ ※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
C005-2 在宅患者訪問リハビリテーション指導	○	○ ※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 (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。)	—	×	×	○ (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)	○	○	○	—	×	×	—
C007 訪問看護指示料	○	○	○	—	×	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C007-2 介護職員専従吸引等指示料	○	○	○	—	×	×	—
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)	○	○	○	—	×	×	—
C009 在宅患者訪問看護食事指導料 (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)	○	○	○	—	×	×	—
C013 在宅患者訪問看護管理指導料	○	○	○	—	×	×	—
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理材料	○	○	○	—	×	×	○ ※1
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料	○	○	○	—	×	○	○

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、社会福祉施設等（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）又は介護予防型共同生活介護）のうち、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）又は介護予防型共同生活介護）のうち、外部サービス利用者型指定特定施設及び指定介護予防型指定特定施設及び指定介護予防型指定特定施設に入居する者	介護療養型医療施設（認知症病棟）の病棟を除く。）	介護療養型医療施設（認知症病棟）の病棟を除く。）	介護療養型医療施設（認知症病棟）の病棟を除く。）	介護療養型医療施設（認知症病棟）の病棟を除く。）	介護老人保健施設（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者	介護老人保健施設（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者
検査			○	○	×	○	○	○
画像診断			○	○	○	○	○	○
投薬			○	○	○	○	○	○
注射			○	○	○	○	○	○
リハビリテーション			○	○	○	○	○	○
1002 通院・在宅精神療法（1通院精神療法に限る。）			○	○	○	○	○	○
1002 通院・在宅精神療法（2在宅精神療法に限る。）			○	○	○	○	○	○
1003-2 認知療法・認知行動療法			○	○	○	○	○	○
1005 入院集団精神療法			○	○	○	○	○	○
1007 精神科作業療法			○	○	○	○	○	○
1008 入院生活技能訓練療法			○	○	○	○	○	○
1008-2 精神ショート・ケア			○	○	○	○	○	○
注5			○	○	○	○	○	○

精神科専門療法
 ○ (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）)
 ○ ※1
 ○ ※2
 ○ ※3
 ○ ※4
 ○ ※5
 ○ ※6
 ○ ※7
 ○ ※8
 ○ ※9
 ○ ※10
 ○ ※11
 ○ ※12
 ○ ※13
 ○ ※14
 ○ ※15
 ○ ※16
 ○ ※17
 ○ ※18
 ○ ※19
 ○ ※20
 ○ ※21
 ○ ※22
 ○ ※23
 ○ ※24
 ○ ※25
 ○ ※26
 ○ ※27
 ○ ※28
 ○ ※29
 ○ ※30
 ○ ※31
 ○ ※32
 ○ ※33
 ○ ※34
 ○ ※35
 ○ ※36
 ○ ※37
 ○ ※38
 ○ ※39
 ○ ※40
 ○ ※41
 ○ ※42
 ○ ※43
 ○ ※44
 ○ ※45
 ○ ※46
 ○ ※47
 ○ ※48
 ○ ※49
 ○ ※50
 ○ ※51
 ○ ※52
 ○ ※53
 ○ ※54
 ○ ※55
 ○ ※56
 ○ ※57
 ○ ※58
 ○ ※59
 ○ ※60
 ○ ※61
 ○ ※62
 ○ ※63
 ○ ※64
 ○ ※65
 ○ ※66
 ○ ※67
 ○ ※68
 ○ ※69
 ○ ※70
 ○ ※71
 ○ ※72
 ○ ※73
 ○ ※74
 ○ ※75
 ○ ※76
 ○ ※77
 ○ ※78
 ○ ※79
 ○ ※80
 ○ ※81
 ○ ※82
 ○ ※83
 ○ ※84
 ○ ※85
 ○ ※86
 ○ ※87
 ○ ※88
 ○ ※89
 ○ ※90
 ○ ※91
 ○ ※92
 ○ ※93
 ○ ※94
 ○ ※95
 ○ ※96
 ○ ※97
 ○ ※98
 ○ ※99
 ○ ※100
 ○ ※101
 ○ ※102
 ○ ※103
 ○ ※104
 ○ ※105
 ○ ※106
 ○ ※107
 ○ ※108
 ○ ※109
 ○ ※110
 ○ ※111
 ○ ※112
 ○ ※113
 ○ ※114
 ○ ※115
 ○ ※116
 ○ ※117
 ○ ※118
 ○ ※119
 ○ ※120
 ○ ※121
 ○ ※122
 ○ ※123
 ○ ※124
 ○ ※125
 ○ ※126
 ○ ※127
 ○ ※128
 ○ ※129
 ○ ※130
 ○ ※131
 ○ ※132
 ○ ※133
 ○ ※134
 ○ ※135
 ○ ※136
 ○ ※137
 ○ ※138
 ○ ※139
 ○ ※140
 ○ ※141
 ○ ※142
 ○ ※143
 ○ ※144
 ○ ※145
 ○ ※146
 ○ ※147
 ○ ※148
 ○ ※149
 ○ ※150
 ○ ※151
 ○ ※152
 ○ ※153
 ○ ※154
 ○ ※155
 ○ ※156
 ○ ※157
 ○ ※158
 ○ ※159
 ○ ※160
 ○ ※161
 ○ ※162
 ○ ※163
 ○ ※164
 ○ ※165
 ○ ※166
 ○ ※167
 ○ ※168
 ○ ※169
 ○ ※170
 ○ ※171
 ○ ※172
 ○ ※173
 ○ ※174
 ○ ※175
 ○ ※176
 ○ ※177
 ○ ※178
 ○ ※179
 ○ ※180
 ○ ※181
 ○ ※182
 ○ ※183
 ○ ※184
 ○ ※185
 ○ ※186
 ○ ※187
 ○ ※188
 ○ ※189
 ○ ※190
 ○ ※191
 ○ ※192
 ○ ※193
 ○ ※194
 ○ ※195
 ○ ※196
 ○ ※197
 ○ ※198
 ○ ※199
 ○ ※200

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、30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	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)	特設施設(指定特定施設、指定特定施設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)のうち、外部サービス利用者又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者(宿泊サービスに限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟)の病棟を除く。 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又は認知症病棟の病棟に受け付けている患者)	介護療養型医療施設(認知症病棟)の病棟を除く。 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。)	介護療養型医療施設(認知症病棟)の病棟を除く。 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。)	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。)	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
009 精神科デイ・ケア	○ (認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションの日を算定可)	○ (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又は通所リハビリテーションを算定した場合を算定不可)	○ (外部サービス利用者又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者(宿泊サービスに限る。))	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	×	○ (精神科通院指導料を算定した場合に限る。)	○
注6									
1010 精神科ナイト・ケア 1010-2 精神科デイ・ナイト・ケア	○ (認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションの日を算定可)	○ (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又は通所リハビリテーションを算定した場合を算定不可)	○ (外部サービス利用者又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者(宿泊サービスに限る。))	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	×	○ (精神科通院指導料を算定した場合に限る。)	○
1011 精神科通院指導料 1011-2 精神科通院前訪問指導料	○ (認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションの日を算定可)	○ (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又は通所リハビリテーションを算定した場合を算定不可)	○ (外部サービス利用者又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者(宿泊サービスに限る。))	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	×	○ (精神科通院指導料を算定した場合に限る。)	○
1012 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。)	○ (認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションの日を算定可)	○ (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又は通所リハビリテーションを算定した場合を算定不可)	○ (外部サービス利用者又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者(宿泊サービスに限る。))	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	×	○ (精神科通院指導料を算定した場合に限る。)	○
看護・介護職員連携強化加算	○	×	○	○	○	○	×	○	○
1012-2 精神科訪問看護指示料	○	○	○	○	○	○	×	○	○
1015 重度認知症患者デイ・ケア料	○ (認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションの日を算定可)	○ (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又は通所リハビリテーションを算定した場合を算定不可)	○ (外部サービス利用者又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者(宿泊サービスに限る。))	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	○ (精神科通院指導料又は地域移行機能強化費を算定したものに限る。)	×	○ (精神科通院指導料を算定した場合に限る。)	○
1016 精神科在宅患者支援管理料	○	○	○	○	○	○	×	○	○
上記以外	○	○	○	○	○	○	×	○	○
処置	○	○	○	○	○	○	×	○	○
手術	○	○	○	○	○	○	×	○	○
麻酔	○	○	○	○	○	○	×	○	○
放射線治療	○	○	○	○	○	○	×	○	○
病理診断	○	○	○	○	○	○	×	○	○

(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 一：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。）
 - ・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。
 - ・エルロソロエチン（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。）
 - ・エポエチンベータタパゴール（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
 - ・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。）
- ※5 次に掲げる費用に限る。
 - ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体抗原性複合体
 - ・外来化学療法加算
 - ・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及び外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・動脈内注射（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（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・肝動脈塞栓に伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来化学療法加算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及び外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・中心動脈注射（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（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・エルロソロエチン（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
 - ・エポエチンベータタパゴール（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。）の費用
 - ・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
 - ・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
- ※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。）、暗蓋吸引、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、陰洗浄、眼処置、耳処置、尿管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ブライザー、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、特掲診療料の施設基準（平成20年厚生労働省告示第63号）別表第12の第1号、第2号、第3号、第4号又は第5号に掲げるものを除く。
- ※8 死亡日かそのばつて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 当該患者を除く。（ただし、精神科在宅患者支援管理料を算定する患者にあつ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日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護料、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。）が診察した場合には、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護料、在宅患者訪問看護料を算定することができる。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、当該サービスの利用を開始した日から当該サービスの利用開始後30日までの間に限る。）
- ※11 当該患者によるサービスの利用前30日以内に患者を訪問し、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・指導を実施した患者以外のおいては、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つて、当該患者によるサービスの利用前30日以内に患者を訪問し、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は、在宅患者訪問看護・指導料を算定することができる。
- ※13 末期の悪性腫瘍の患者であつて、当該患者によるサービスの利用開始後30日以内に患者を訪問し、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は、在宅患者訪問看護・指導料を算定することができる。

「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

(別紙2)

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	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外
初・再診料	×	○	○	○	○	○
入院料等	×	○	○	○	○	○
B001の1 ウイルス疾患指導料						(A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)
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						
B001の11 集団栄養食事指導料						(栄養マネジメント加算を算定しない場合に限る。)
B001の12 心臓ペースメーカー指導管理料						(栄養マネジメント加算を算定しない場合に限る。)
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						
B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	×	○	○	○	×	○
B001-2-5 院内トリージ実施料	×	○	○	○	×	○
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	×	○	○	○	×	○
B001-2-8 外来放射線照射診療料						
B001-3 生活習慣病管理料						(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					×	○
B001-7 リンパ浮腫指導管理料(注2の場合に限る。)						○

医学管理費

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	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
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 肝炎インテグレーション治療計画料			○	
B009 診療情報提供料(1)				
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(精神科医療機関連携加算)				
注13加算(肝炎インテグレーション治療連携加算)				
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)				
B009-2 電子的診療情報提供料	×	○		×
B010-2 診療情報連携共有料	×	○		×
B011 診療情報提供料(Ⅱ)			○	
B011-3 薬剤情報提供料		×		○
B012 傷病手当金意見書交付料			○	
上記以外			×	
C000 往診料	×	○		×
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				
投薬				
注射				
リハビリテーション				
1000 精神科電気療養療法		×		○
1000-2 経頭蓋磁気刺激療法		×		○
1002 通院・在宅精神療法		×		○
1003-2 認知療法・認知行動療法		×		○

医学管理等

在宅医療

精神科専門療法

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マン費用(362単位)を算定しない日の場合	介護医療院サービスマン費用のうち、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
1006 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。)
1007 精神科作業療法	×	×	×	○
1008-2 精神科ショート・ケア(注5の場合を除く。)	×	×	×	○
1009 精神科デイ・ケア(注6の場合を除く。)	×	×	×	○
1015 重度認知症患者デイ・ケア料	×	×	×	○
上記以外		×		
処置	○			○
手術	※3			
麻酔		○		
放射線治療		○		
病理診断		○		

- ※1 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
 - ・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。)
 - ・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が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。)
- ※2 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。)
 - ・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
 - ・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が有するものに限る。)
 - ・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果が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。)
 - ・血小板の治癒に際する血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体
- ※3 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、腫洗浄、眼処置、耳処置、尿管処置、鼻処置、口腔、咽喉処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者縛着等処置を除く。

「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 (抜粋)

厚生労働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お知らせします。

- 1 保険医が、次の(1)から(6)までのいずれかに該当する医師(以下「配置医師」という。)である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療(特別の必要があつて行う診療を除く。)については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付(以下「他給付」という。)において評価されているため、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)区分番号A000の初診料、医科点数表区分番号A001の再診料、医科点数表区分番号A002の外来診療料、医科点数表区分番号A003のオンライン診療料、医科点数表区分番号B001-2の小児科外来診療料及び医科点数表区分番号C000の往診料を算定できない。

(1)～(6) 略

- 2 保険医が次の表の左欄に掲げる医師に該当する場合は、それぞれ当該保険医(併設医療機関の医師を含む。)の配置されている施設に入所している患者に対する一部の診療については他給付で評価されていることから、同表の右欄に掲げる診療報酬を算定できない。

保険医	診療報酬
・配置医師(全施設共通。)	・医科点数表区分番号B000の特定疾患療養管理料(略) ・医科点数表区分番号C116の在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料 ・ <u>医科点数表区分番号C117の在宅経腸投薬指導管理料</u> ・ <u>医科点数表区分番号C118の在宅腫瘍治療電場療法指導管理料</u> ・ <u>医科点数表区分番号C119の在宅経肛門的自己洗腸指導管理料</u> ・ <u>医科点数表区分番号C120の在宅中耳加圧療法指導管理料</u>

(以下表略)

- 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63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。

- ・医科点数表区分番号B001の9の外来栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号B001の11の集団栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号B001の13の在宅療養指導料
- ・医科点数表区分番号B001-2-3の乳幼児育児栄養指導料
- ・医科点数表区分番号B004の退院時共同指導料1
- ・医科点数表区分番号B009の診療情報提供料(I)(注2、注4及び注16に該当する場合に限る。)

(略)

(変更箇所下線部)

「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」 の一部改正について

今般、標記の一部が下記のとおり改正されましたのでお知らせします。

記

現 行	改 正 後
<p>2 療養の給付と直接関係ないサービス等 (1)～(4) (略) (5) その他</p> <p>ア 保険薬局における<u>患家</u>への調剤した医薬品の持参料 (新設)</p> <p>イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料</p> <p>ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代</p> <p>エ 院内併設プールで行うマタニティースイミングに係る費用</p> <p>オ 患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用(現に生じた物品等に係る損害の範囲内に限る。なお、検査の予約等に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。)</p> <p>カ 院内託児所・託児サービス等の利用料</p> <p>キ 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等</p> <p>ク 有床義歯等の名入れ(刻印・プレートの挿入等) 等</p> <p>ケ 画像・動画情報の提供に係る費用(「B010」診療情報提供料(Ⅱ)を算定するべき場合を除く。)</p> <p>コ 公的な手続き等の代行に係る費用 等</p>	<p>2 療養の給付と直接関係ないサービス等 (1)～(4) (略) (5) その他</p> <p>ア 保険薬局における<u>患家等</u>への<u>薬剤</u>の持参料及び郵送代</p> <p>イ 保険医療機関における患家等への<u>処方箋</u>及び<u>薬剤</u>の郵送代</p> <p>ウ 日本語を理解できない患者に対する通訳料</p> <p>エ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代</p> <p>オ 院内併設プールで行うマタニティースイミングに係る費用</p> <p>カ 患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用(現に生じた物品等に係る損害の範囲内に限る。なお、検査の予約等に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。)</p> <p>キ 院内託児所・託児サービス等の利用料</p> <p>ク 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等</p> <p>ケ 有床義歯等の名入れ(刻印・プレートの挿入等)</p> <p>コ 画像・動画情報の提供に係る費用(「B010」診療情報提供料(Ⅱ)を算定するべき場合を除く。)</p> <p>サ 公的な手続き等の代行に係る費用 等</p>

「オンライン資格確認」の概要について

令和元年5月22日に公布された「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」において、マイナンバーカードを健康保険証としても利用できることとされ、令和3年3月から「オンライン資格確認」が開始される予定です。

それにともない、医療機関等のシステム整備などを支援する医療情報化支援基金が造設され、今般、医療機関などに対する具体的な補助の内容等が示されましたので、その概要をお知らせします。

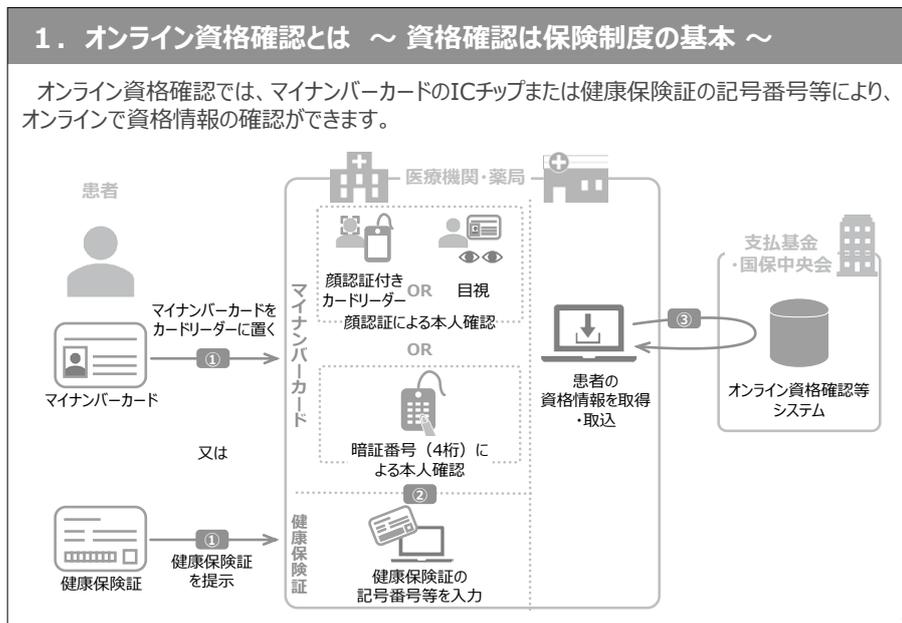
なお、「オンライン資格確認」が開始される令和3年3月以降も、被保険者証の提示による資格確認は従来どおり有効であることに変わりはありません。

また、内閣府がマイナンバーカードの取得および利活用の促進に係る広報素材を作成しましたので併せてご確認ください。

オンライン資格確認の導入に向けた補助金申請やカードリーダーの申し込み方法などは、詳細が分かり次第、改めてお知らせします。

記

▷ オンライン資格確認の概要



2. 医療機関・薬局で変わること①

資格の確認を確実にすることは、保険制度の基本です。オンラインで資格を確認することにより、医療機関・薬局の窓口で、直ちに資格確認が出来るようになります。

保険診療を受けることが出来る患者かどうかを即時に確認することが可能となり、レセプトの返戻も減ります。また、窓口の入力の手間が減ります。



※ 資格確認の対象となる証類は、健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証等の被保険者がシステム管理している証類です。自治体が管理している公費負担・地方単独事業に伴う証類は令和3年3月時点では対象にならず、引き続き検討することとしています。

2. 医療機関・薬局で変わること②

常時、支払基金・国保中央会とオンラインで接続されるため、支払基金・国保中央会の情報を医療機関・薬局に提供することが出来るようになります。

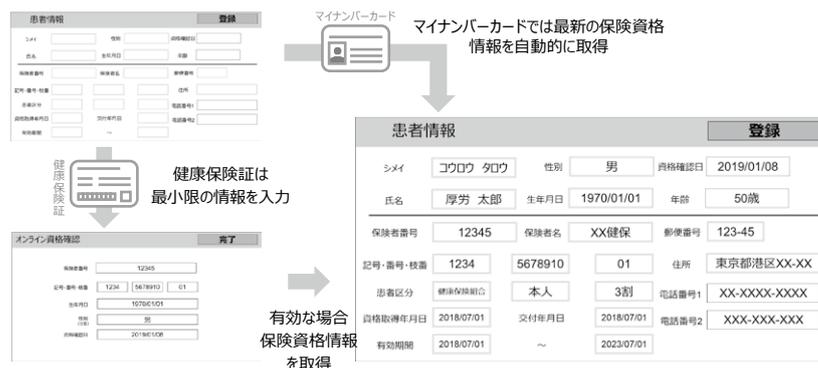


※薬剤情報は、レセプトから抽出された情報となります。
 ※特定健診情報は、医療機関（病院・診療所）のみ閲覧可能となります。

メリット：保険証の入力の手間削減

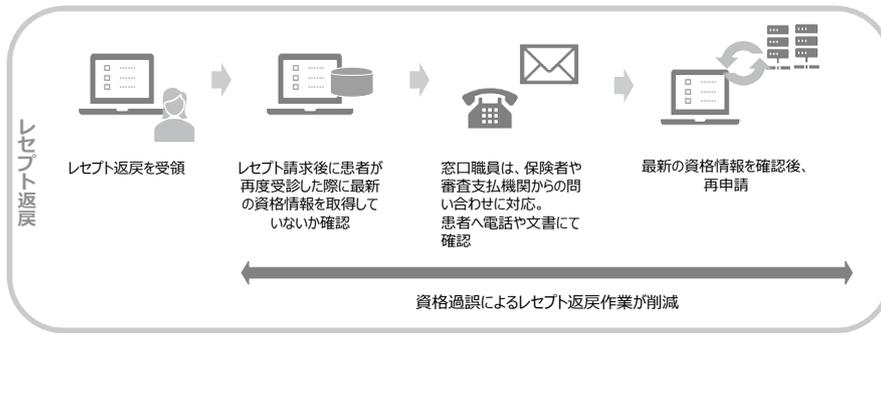
今までは受付で健康保険証を受け取り、保険証記号番号、氏名、生年月日、住所等を医療機関システムに入力する必要がありました。

オンライン資格確認を導入いただければ、マイナンバーカードでは最新の保険資格情報を自動的に医療機関システムで取り込むことができます。保険証でも、最小限の入力は必要ですが、有効であれば同様に資格情報を取り込むことができます。



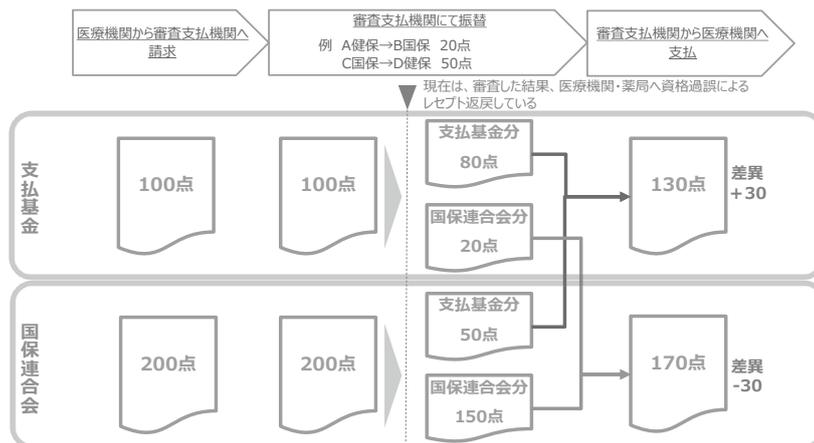
メリット：資格過誤によるレセプト返戻の作業削減①

オンライン資格確認を導入いただければ、患者の保険資格がその場で確認できるようになるため、資格過誤によるレセプト返戻が減り、窓口業務が削減されます。



メリット：資格過誤によるレセプト返戻の作業削減②

審査支払機関にて加入者の資格情報の有効性を確認し、受診日・調剤日時点の資格情報に基づいてレセプト請求先を振替・分割を行います。

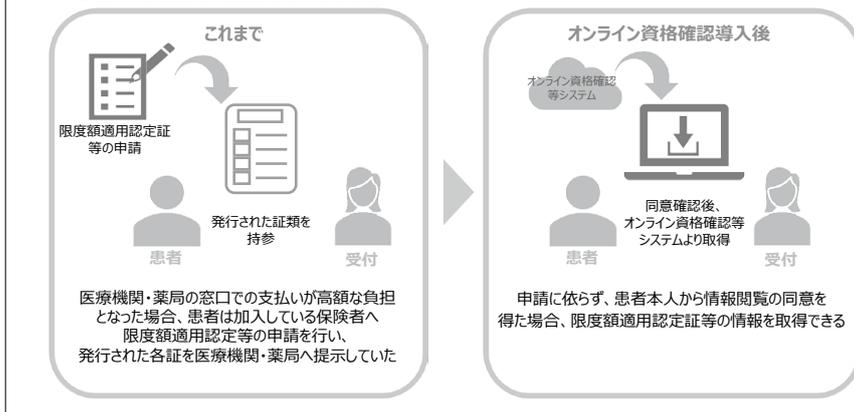


6

メリット：限度額適用認定証等の連携①

これまで限度額適用認定証等は加入者（患者）が保険者へ必要となった際に申請を行わなければ、発行されませんでした。

オンライン資格確認を導入いただければ、加入者（患者）から保険者への申請がなくても、オンライン資格確認等システムから限度額情報を取得でき、加入者（患者）は限度額以上の医療費を窓口で支払う必要がなくなります。



メリット：限度額適用認定証等の連携②

限度額適用認定証および限度額適用・標準負担額減額認定証の情報取得する際は、マイナンバーカードもしくは健康保険証のいずれでも取得可能です。
 特定疾病療養受療証は、マイナンバーカードによりオンライン資格確認で本人確認し、本人が同意した場合にのみ、情報取得可能です。

<イメージ>

患者情報			登録		
シメイ	コウロウ タロウ	性別	男	資格確認日	2019/11/01
氏名	厚労 太郎	生年月日	1970/01/01	年齢	49歳
限度額適用・標準負担額減額認定証情報					
交付年月日	2019/07/01	発行年月日	2019/07/01		
区分	イ	有効期限	2020/04/30		

例) 区分イ(標準報酬月額53万~79万円の方) :
 自己負担上限額 = 167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%

3. 医療機関・薬局への補助

- 顔認証付きカードリーダーについては、今国会で提出予定の「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案」が成立することにより、支払基金で一括調達し、医療機関及び薬局に配布(無償)とすることを予定しています。 ※ 現行法では下記の条件による補助とする整理
- それ以外の費用(①マイナンバーカードの読取・資格確認等のソフトウェア・機器の導入、②ネットワーク環境の整備、③レセコン、電子カルテ等の既存システムの改修等)は、以下の上限額と割合で補助します。

(補助の対象となる事業)

- ・ オンライン資格確認の導入に必要な資格確認端末の購入・導入
- ・ 導入
- ・ レセコンピューター、電子カルテ等のアプリケーションに組み込むパッケージソフトの購入・導入
- ・ オンライン資格確認に必要なオンライン請求回線の導入、既存のオンライン請求回線の増強
- ・ オンライン資格確認の導入に必要なレセコンピューター、電子カルテシステム等の既存システムの改修 等
- ※ 電子カルテシステムの改修は、資格確認だけでなく、薬剤情報及び特定健診情報の閲覧のための改修を含みます。

	病院			大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が 月4万回以上の薬局)	診療所 薬局(大型チェーン 薬局以外)
顔認証付き カードリーダー ※現行法の内容	1台導入する場合 9.9万円を上限に補助	2台導入する場合 19.8万円を上限に補助	3台導入する場合 29.7万円を上限に補助	1台 9.9万円を上限に補助	1台 9.9万円を上限に補助
補助の内容	105万円を上限に 補助 ※事業額の210.1万円を 上限に、その1/2を補助	100.1万円を上限に 補助 ※事業額の200.2万円を 上限に、その1/2を補助	95.1万円を上限に 補助 ※事業額の190.3万円を 上限に、その1/2を補助	21.4万円を上限に 補助 ※事業額の42.9万円を 上限に、その1/2を補助	32.1万円を上限に 補助 ※事業額の42.9万円を 上限に、その3/4を補助

※ 消費税分(10%)も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額です。

4. 利用開始に向けたスケジュール

オンライン資格確認や特定健診情報の閲覧は令和3年3月から、薬剤情報の閲覧は令和3年10月から開始されます。

オンライン資格確認を円滑に導入するため、医療機関・薬局での初期導入経費(システム改修等)については、医療情報化支援基金による補助金を活用できます。

6月頃、支払基金が開設予定の医療機関・薬局向け専用ポータルサイトにて、顔認証付きカードリーダーの申込、オンライン資格確認等システムの利用申請及び医療情報化支援基金の補助申請の受付を行う事を予定しています。

具体的な補助申請手続き等については、4月以降に支払基金より全医療機関等に周知することを予定しています。

年度	令和2年度												令和3年度											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
スケジュール	▼顔認証付きカードリーダー申込受付開始																							
	▼オンライン資格確認申請 受付開始(予定)																							
▼補助申請 受付開始(予定)												▼オンライン資格確認開始												
												▼特定健診情報閲覧開始												
システムベンダ による準備作業												▼薬剤情報等閲覧開始												
医療機関・薬局における導入作業												マイナンバーカードの健康保険証利用の運用												

5. Q&A

<1. オンライン資格確認とは>

Question	Answer
Q. オンライン資格確認を導入したら、患者はマイナンバーカードがないと受診できないのですか？	A. 健康保険証でも受診できます。健康保険証とマイナンバーカードのどちらでもオンラインで資格確認ができるようになりますが、健康保険証の場合は記号番号等の入力が必要となります。
Q. 医療機関・薬局では患者のマイナンバー（12桁の番号）を取り扱うのですか？	A. 医療機関・薬局において患者のマイナンバー（12桁の番号）を取り扱うことはありません。オンライン資格確認では、マイナンバーではなく、マイナンバーカードのICチップ内の利用者証明用電子証明書を利用します。
Q. 医療機関・薬局内のレセプトコンピュータ等の情報を支払基金・国保中央会が閲覧できるようになるのですか？	A. オンライン資格確認は、支払基金・国保中央会から資格情報等を提供する仕組みです。支払基金・国保中央会が、医療機関・薬局の診療情報等を閲覧したり、取得することはできません。

13

5. Q&A

<1. オンライン資格確認とは>

Question	Answer
Q. オンライン資格確認は必ず導入しなければいけませんか？	A. 導入は義務ではありませんが、資格の確認を確実に行うことは保険制度の基本です。また、オンライン資格確認を行うことにより、受付、診療・調剤・服薬指導、診療報酬請求について効率化が図られるため、導入の検討をお願いします。オンライン資格確認を導入した医療機関・薬局ではマイナンバーカードを健康保険証として利用できるようになります。
Q. 患者はマイナンバーカードを持っていればすぐに健康保険証として利用できるのでしょうか？	A. マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、あらかじめ患者がマイナポータルで初回登録をすることが必要です。なお、初回登録をしていない患者が受診した場合でも、医療機関・薬局の窓口において、顔認証付きカードリーダーによる認証または暗証番号（4桁）による認証を行うことで、初回登録ができます。

14

5. Q&A

<2. 医療機関・薬局で変わること>

Question	Answer
Q. マイナンバーカードの取扱いで気をつけるべきことはありますか？	A. 医療機関・薬局の窓口ではマイナンバーカードは預かりません。患者においては、顔認証付きカードリーダーの場合はカードリーダーに置いていただく、汎用カードリーダーの場合はカードリーダーにかざすとともに受付職員に見せていただきます。
Q. 患者がマイナンバーカードを忘れたらどのようにしたらよいですか？	A. 現行の健康保険証を忘れた場合の取扱いと同様になります。もし、患者が健康保険証を持参していれば、健康保険証によるオンライン資格確認を実施してください。
Q. 医療機関・薬局でマイナンバーカードが健康保険証として使えることを、どのように患者さんに伝えたいですか？	A. マイナンバーカードでのオンライン資格確認が利用できることのポスター等を準備する予定です。医療機関・薬局への具体的な提供方法は別途掲載します。

15

5. Q&A	
＜3. 利用開始に向けたスケジュール＞	
Question	Answer
Q. オンライン資格確認はいつから始まりますか？	A. 令和3年3月から始まります。
Q. いつから準備を始めればよいですか？	A. 令和2年8月頃から導入作業を実施いただければ、令和3年3月のオンライン資格確認の開始に間に合います。ご担当のシステムベンダ等にご相談ください。
Q. オンライン資格確認を利用するための手続きは、何が必要ですか？	A. 支払基金に利用の申込みをしていただく必要があります。手続きの内容・方法については、令和2年8月頃にお示しする予定です。

16

5. Q&A	
＜4. 利用開始に向けてご対応いただきたいこと/必要な費用目安＞	
Question	Answer
Q. オンライン資格確認を始めるには、まず何をすればよいですか？	A. ご利用のシステムやネットワークの状況によって詳細が異なりますので、まずご担当のシステムベンダやネットワークベンダにご相談ください。
Q. オンライン資格確認のためのシステム改修に関して、補助申請を行う時期はいつ頃ですか？	A. システム改修後、オンライン資格確認の導入準備が完了した後に、支払基金に補助申請を行っていただくこととなりますので、医療機関・薬局における導入作業後である11月以降となります。(事前申請ではなく、精算払いとなります。)
Q. オンライン資格確認のための補助の詳細や手続きはいつ示されるでしょうか？	A. 補助の詳細については厚生労働省から、また、補助申請の手続きについては支払基金から4月以降にお示しする予定です。
Q. レセプトのオンライン請求を利用していませんが、オンライン資格確認を始めることはできますか？	A. オンライン請求の回線環境を導入することで、オンライン資格確認を始めることが可能です。オンライン資格確認を行うために回線環境の導入をした場合にも、医療情報化支援基金の補助対象とすることを想定しています。

17

▷医療提供体制設備整備交付金実施要領（抜粋）

第1 趣旨

令和元年度医療提供体制設備整備交付金交付要綱（以下「交付要綱」という。）2の規定に基づき、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）が、国から医療提供体制設備整備交付金の交付を受け、医療機関等情報化補助業務に要する費用に充てるために医療情報化支援基金（以下単に「基金」という。）を造成し、当該基金を活用して、医療情報化支援基金管理運営要領（以下「管理運営要領」という。）3の事業を行うために必要な手続等について、定めるものとする。

第2 補助金の交付対象事業

1 管理運営要領3（1）の交付対象事業は、次のとおりとする。

- (1) オンライン資格確認の導入に必要となる顔認証付きカードリーダー（厚生労働省が示した仕様書の基準を満たす製品に限る。）等の購入に係る事業（保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）第86条第1項に規定する「保険医療機関等」をいう。以下同じ。）において、オンライン資格確認の導入に必要となる資格確認端末を購入する場合に限る。)

(2) 保険医療機関等において、オンライン資格確認を導入することを前提に、オンライン資格確認の導入に必要となる資格確認端末(電子証明書を含む。)の購入等、レセプトコンピューターに組み込むパッケージソフトの購入(基礎的費用以外のカスタマイズ費用は除く。)、オンライン請求回線初期導入(回線の帯域増強やISDNからの切り替えを含み、レセプトのオンライン請求システムが未対応である保険医療機関等に限る。)、既存のオンライン請求回線の帯域増強及びオンライン資格確認の導入に必要となるレセプトコンピューター、電子カルテシステム等の既存システムの改修(ネットワーク整備等に係る経費及び電子カルテシステムの薬剤情報及び特定健診情報の閲覧のための改修に係る経費を含む。)等に係る事業

2 管理運営要領3(2)の交付対象事業は、管理運営要領3(1)の実施に附帯する支払基金における事務費(報酬、給与、職員手当等、社会保険料、賃金、報償費、旅費、需用費、役務費、委託料、使用料及び賃借料並びに備品購入費をいう。)、事務の簡素合理化を図るための電子情報処理組織の導入等に伴う費用及びこれらのシステム改善等に要する費用、その他厚生労働大臣が必要と認めるものとする。

第3 補助率及び補助限度額

1 健康保険法第63条第3項各号に掲げる病院における第2の1に係る補助率及び補助限度額は、別表1-1から別表1-3のとおりとする。

2 健康保険法第63条第3項各号に掲げる薬局のうち、大型チェーン薬局(グループで処方箋の受付が月4万回以上の薬局をいう。以下同じ。)における第2の1に係る補助率及び補助限度額は、別表2のとおりとする。

3 健康保険法第63条第3項各号に掲げる診療所又は2に規定する大型チェーン薬局以外の薬局における第2の1に係る補助率及び補助限度額は、別表3のとおりとする。

4 第2の1(1)の補助金額は、第2の1(1)に係る総事業費と、別表1-1から別表3の「3. 補助限度額」を比較して少ない額とする。

5 第2の1(2)の補助金額は、次の順で算定するものとする。

(1) 第2の1(2)に係る総事業費に、別表1-1から別表3の「2. 補助率」に定める率を乗じた額を算定する。

(2) (1)の額と、別表1-1から別表3の「3. 補助限度額」を比較して少ない額とする。(1,000円未満切り捨て)

6 4及び5の合計額を交付額とする。

第4~第6 (略)

第7 申請手続き

第2の1に係る補助金の交付の申請は、別紙様式2による申請書を、第15で定める申請期間に、原則として、電磁的方法(支払基金の使用に係る電子計算機と申請書等の提出を行う保険医療機関等とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用して提出する方法をいう。以下同じ。)により支払基金に提出して行うものとする。ただし、保険医療機関等がやむを得ない事情により、当該申請方法によることができない場合は、書面による申請でも差し支えないものとする。

第8~第14 (略)

第15 補助事業の申請期間

第2の1の補助事業の申請期間は、令和2年11月1日から令和5年6月30日まで(令和5年3月31日までに補助事業が完了しているものに限る。)とする。ただし、当該期間について、医療介護連携政策課長は、支払基金の理事長と協議して変更することができるものとする。

(別表1-1) 病院(顔認証付きカードリーダーを1台購入する場合)

1. 対象事業	2. 補助率	3. 補助限度額
第2の1(1)	10/10	9.9万円まで
第2の1(2)	1/2	105万円まで (210.1万円に左欄の補助率を乗じた額)

(別表1-2) 病院(顔認証付きカードリーダーを2台購入する場合)

1. 対象事業	2. 補助率	3. 補助限度額
第2の1(1)	10/10	19.8万円まで(1台あたり9.9万円まで)
第2の1(2)	1/2	100.1万円まで (200.2万円に左欄の補助率を乗じた額)

(別表1-3) 病院(顔認証付きカードリーダーを3台購入する場合)

1. 対象事業	2. 補助率	3. 補助限度額
第2の1(1)	10/10	29.7万円まで(1台あたり9.9万円まで)
第2の1(2)	1/2	95.1万円まで (190.3万円に左欄の補助率を乗じた額)

(別表2) 大型チェーン薬局(略)

(別表3) 診療所又は大型チェーン薬局以外の薬局

1. 対象事業	2. 補助率	3. 補助限度額
第2の1(1)	10/10	1台あたり9.9万円まで (1施設あたり1台まで)
第2の1(2)	3/4	32.1万円まで (42.9万円に左欄の補助率を乗じた額)

※別表の金額はいずれも税込み。

▷マイナンバーカードの取得及び利活用の促進について

内閣府が提供する広報素材

内閣府が提供するマイナンバーカードに関するチラシ・ポスター・リーフレット等について、適宜ご活用ください。

(ポスター・リーフレット掲載先:

<https://www.cao.go.jp/bangouseido/ad/file.html#contents/>)

- ・チラシ「メリットいっぱい、マイナンバーカード」
- ・ポスター「これからは手放せない！マイナンバーカード」
- ・リーフレット「持ち歩いても大丈夫！マイナンバーカードの安全性」
- ・リーフレット「つくってみよう！マイナンバーカード」
- ・リーフレット「こんなときあってよかった！マイナンバーカード」
- ・リーフレット「マイナンバーカードの健康保険証としての利用」

アルカリホスファターゼ (ALP) および 乳酸脱水素酵素 (LD) の測定法の変更に係る対応について

生化学的検査の測定項目であるアルカリホスファターゼ（以下、「ALP」という）および乳酸脱水素酵素（以下、「LD」という）の測定法については、国内では一般社団法人日本臨床化学会（Japanese Society of Clinical Chemistry）が定めた測定法（以下、「JSCC法」という）が一般に用いられていますが、本年4月1日より、準備の整った施設から順次、諸外国で広く用いられている国際臨床化学連合（International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine）の測定法（以下、「IFCC法」という）への切り替えが実施されますので、下記のとおりお知らせします。

記

○新たな測定法となる IFCC 法の特徴

- ・ ALP については、測定値及び基準値の範囲が JSCC 法の 1/3 程度になる
- ・ LD については、測定値及び基準値の範囲に変更はないものの、肝疾患などでは JSCC 法に比べ低値傾向になる

○本件に係る留意点

- ・ 院内で検査を行っている場合にあっては、体外診断用医薬品及び分析装置において必要となる対応を行い、当面の間、ALP 又は LD の測定項目の名称の語尾に「IFCC」又は「IF」等の略称を付記する等、IFCC 法の測定結果であることを明示すること
- ・ 検査を衛生検査所に委託している場合にあっては、測定法の変更時期や測定法変更後の表記について、衛生検査所との十分な情報共有をすること
- ・ 院内への周知に当たっては、医療安全に係る安全管理のための委員会の関係者、医療安全管理者、医療機器の安全使用のための責任者等に対しても周知し、診療に際して誤認のないようにすること

令和2年度診療報酬点数改定にかかる 記載要領等説明会の中止について

3月15日号でご案内いたしました点数改定にともなうレセプトの記載要領等の説明会は、新型コロナウイルス感染症への対応を考慮し、中止することといたしました。

なお、記載要領の一部改正の内容をまとめた京都医報臨時増刊号は従前どおり4月下旬には郵送いたしますのでご参照ください。

記

日 時 4月24日(金) 午後2時～4時

会 場 ①：京都府医師会館

②：舞鶴市商王観光センター

※①京都府医師会館と②舞鶴市商王観光センターは同時開催とし、舞鶴市商王観光センターは、TV会議システムによる中継となります。

小児慢性特定疾病医療支援の給付に係る 新たな公費負担者番号および受給者番号の設定等について

令和2年4月1日より茨城県水戸市および大阪府吹田市が新たに中核市へ移行すること、ならびに4月1日より東京都世田谷区および江戸川区が、7月1日より荒川区が児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市に制定されることにともない、同市区に新たな公費負担者番号、受給者番号および指定医番号が設定されますので、お知らせします。

なお、同日より小児慢性特定疾病医療支援に係る事務を同市区が行うことになるため、同市区に勤務されている医師および所在する医療機関においては、指定医および指定医療機関に関する申請書類の提出先が都道府県から同市区へ変更となります。

被保険者証の更新について

現行の全国土木建築国保（保険者番号：133033）被保険者証が、令和2年3月31日で有効期限切れとなるため、4月1日より下記のとおり更新されましたので、お知らせします。

記

更新期日	令和2年4月1日
有効期限	令和4年3月31日
新証の色	サーモンピンク色

国民健康保険（組合員）被保険者証 有効期限 令和4年3月31日

記号 71-1505 番号 481

氏名 大山昇

生年月日 昭和40年1月14日 性別 男

資格取得年月日 平成12年3月1日

交付年月日 令和2年4月1日

組合員氏名 大山昇

住所 東京都渋谷区恵比寿111

事業所名 八重洲建設株式会社

全国土木建築国民健康保険組合 保険者番号 133033

見本



注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。

お問い合わせは 全国土木建築国民健康保険組合 関東事務所
〒102-8532 東京都千代田区麹町3丁目2番地 TEL03-5210-4380(代)

備考 (変更後の住所等)

※以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思表示をすることができます。
記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

〈1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。〉
【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】

(特記欄)
署名年月日： 年 月 日
本人署名(白筆)： 家族署名(白筆)：

被爆者健康手帳の無効通知について

次のとおり京都府健康福祉部長より無効通知が送付されましたので、ご注意ください。

受給者番号	0007393
氏名	辻元裕子
生年月日	—
無効事由	紛失
無効年月日	令2.3.17

保険医療部通信

(第322報)

令和2年4月診療報酬改定について

令和2年4月診療報酬改定に関する「Q & A」(その1)

◇厚生労働省疑義解釈資料(その1/令和2年3月31日付)

質問・未確定事項等	回 答
〔再診料(電話等による再診)〕	
<p>Q1 「A001」再診料のうち、注9に規定する電話等による再診について、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に必要な診療情報を文書等で提供した場合は、「B009」診療情報提供料(I)を算定できるとあるが、例えば、夜間に患者から連絡を受けて当該指示を行い、診療情報の提供を行うまでに日付が変わった場合は算定できないか。</p>	<p>A1 診療情報の提供は、受診の指示を行った後、速やかに行う必要があるが、診療時間外に患者等から連絡を受けて当該指示を行い、翌日の診療を開始するまでの間に診療情報の提供を行った場合は算定できる。</p>
〔オンライン診療料〕	
<p>Q2 「A003」オンライン診療料について、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、当該疾患について毎月対面診療を行う医師は、オンライン診療を行う医師と同一のものに限られるか。</p>	<p>A2 そのとおり。</p>
<p>Q3 「A003」オンライン診療料について、「日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者」とあるが、現に通院又は訪問を行っている患者であれば、通院又は訪問に一定の時間を要する場合であっても対象としてよいか。</p>	<p>A3 その場合も対象としてよいが、当該要件における「日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者」とは、目安としては、概ね30分以内に通院又は訪問が可能な患者を想定している。</p>
<p>Q4 「A003」オンライン診療料について、算定可能な対象に「一次性頭痛であると診断」された患者とあるが、当該頭痛にはどのような疾患が含まれるか。</p>	<p>A4 片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛等が含まれる。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q5 「A003」オンライン診療料の注3について、「当該報酬の請求については、診療情報の提供を行った保険医療機関で行う」とあるが、当該請求を行うに当たって、請求に必要な事項をどのように把握するのか。</p>	<p>A5 「A003」の注3の規定によりオンライン診療を行った場合、オンライン診療を行った保険医療機関において、診療情報の提供を行った保険医療機関に対して、行った診療の内容や処方等の情報を文書等（ファクシミリ又は電子メールを含む。）で提供することにより、診療情報の提供を行った保険医療機関は請求に必要な事項を把握すること。</p> <p>なお、留意事項通知別添1のA003の(9)に基づきオンライン診療を行い、医療資源の少ない地域等に所在する保険医療機関等が診療報酬を請求する場合についても、同様の取扱いとする。</p>
<p>【重症度、医療・看護必要度】</p>	
<p>Q6 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者の割合について、令和2年9月30日又は令和3年3月31日までの経過措置が設けられている入院料については、令和2年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価をいつから行う必要があるか。</p>	<p>A6 経過措置が令和2年9月30日までの入院料は少なくとも令和2年7月1日から、経過措置が令和3年3月31日までの入院料は少なくとも令和3年1月1日から、令和2年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価を行う必要がある。</p>
<p>Q7 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目について、レセプト電算処理システム用コード一覧に記載のない薬剤であって、当該薬剤の類似薬又は先発品が一覧に記載されている場合は、記載のある薬剤に準じて評価してよいか。</p>	<p>A7 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象となる薬剤は、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和2年3月5日保医発0305第2号）のレセプト電算処理システム用コード一覧に記載のある薬剤に限る。</p> <p>これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その5）」（平成30年7月10日付け事務連絡）Q13及び「疑義解釈資料の送付について（その8）」（平成30年10月9日付け事務連絡）Q1は廃止する。</p> <p>なお、当該一覧については、定期的な見直しを行っていくものであること。</p>
<p>Q8 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。）及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価となったが、必要度Ⅱと同様に評価してよいか。</p>	<p>A8 よい。</p>

質問・未確定事項等	回 答
〔療養病棟入院基本料〕	
<p>Q9 「A101」療養病棟入院基本料の施設基準において策定が求められている「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」について、参考にすべきものはあるか。</p>	<p>A9 「医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き」(平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金「医療機関における感染制御に関する研究」)の「カテーテル関連血流感染対策」等を参考とすること。なお、他の院内感染対策のための指針と併せて策定しても差し支えない。</p>
〔療養病棟入院基本料, 地域包括ケア病棟入院料, 特定一般病棟入院料〕	
<p>Q10 「A101」療養病棟入院基本料, 「A308-3」地域包括ケア病棟入院料及び「A317」特定一般病棟入院料の注7について、保険医療機関が定める必要がある「適切な意思決定支援に関する指針」とは、令和2年3月31日以前の旧医科点数表における当該入院料等の施設基準の規定により保険医療機関が既に定めている「適切な看取りに対する指針」で差し支えないか。</p>	<p>A10 当該指針に適切な意思決定支援に関する内容が含まれていれば差し支えない。</p>
〔夜間看護体制加算, 看護職員夜間配置加算〕	
<p>Q11 夜間看護体制加算(「A106」障害者施設等入院基本料の注10, 「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3, 「A214」看護補助加算の注3), 「A207-4」看護職員夜間配置加算, 看護職員夜間配置加算(「A311」精神科救急入院料の注5, 「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5)の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、例えば、4月1日の18時から24時を越えて夜勤を行った場合には、4月3日に暦日の休日を確保するということか。</p>	<p>A11 そのとおり。</p>
<p>Q12 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること」について、どのような勤務体制がとられていれば要件を満たすか。</p>	<p>A12 深夜や早朝における患者の状態等に対応する業務量を把握した上で、早出や遅出等を組み合わせた勤務体制をとること。なお、勤務者の希望を加味した上で、1か月の間に10日以上、早出や遅出等の活用実績があることが望ましい。また、早出及び遅出の勤務時間には、各保険医療機関が定めた夜勤時間帯(午後10時から午前5時までの時間を含めた連続する16時間)のうち少なくとも2時間を含むこと。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q13 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること」について、どの程度の利用実績があればよいか。</p> <p>Q14 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「ICT, AI, IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること」について、</p> <p>① 具体的にはどのようなものを活用することが想定されるか。</p> <p>② 1年に1回以上実施する看護要員による評価の方法に関する規定はあるのか。</p>	<p>A13 少なくとも月に1人は利用実績があること。また、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)のQ49の①は廃止する。</p> <p>A14① 看護記録の音声入力, AIを活用したリスクアセスメント, ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等が例として挙げられる。単にナースコール, 心電図又はSpO2モニター, 電子カルテ等を用いていること等は該当しない。</p> <p>② 看護要員の業務負担軽減に資するものとなっているかどうかを評価し, それをもとに活用方法等を検討することが可能であれば, 具体的な手法については定めていない。</p>
【夜間看護体制加算】	
<p>Q15 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること」について、「5割以上」とは、各看護補助者の業務量でみるのか、もしくは、全看護補助者の業務をあわせて考えるのか。</p>	<p>A15 各看護補助者の業務において、5割以上である必要がある。ただし、「主として事務的業務を行う看護補助者」は除いてよい。</p>
【総合入院体制加算】	
<p>Q16 「A200」総合入院体制加算の施設基準における「保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減」について、「保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修」には、どのようなものがあるか。</p>	<p>A16 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修のうち、いずれの区分であってでも該当する。また、領域別パッケージ研修も該当する。</p>
<p>Q17 「A200」総合入院体制加算の施設基準における「保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減」について、当該看護師の勤務時間や特定行為の実施状況等といった活動実績に係る要件はあるか。</p>	<p>A17 特定行為研修を修了した看護師について、活動実績に係る要件はない。ただし、当該医療機関において、当該看護師の特定行為研修修了者として果たす役割について、位置づけを明確にしておくこと。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q18 「A200」総合入院体制加算の施設基準における「院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減」について、院内助産や助産師外来の開設に係る要件や、妊産褥婦の受入れ実績に係る要件はあるか。</p> <p>Q19 「A200」総合入院体制加算について、「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。</p>	<p>A18 開設及び実績に係る要件はないが、「院内助産・助産師外来ガイドライン 2018（平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業）」を参考として開設し、当該医療機関の院内助産又は助産師外来における医師と助産師との役割分担を明確にしておくこと。</p> <p>A19 構想区域において、複数の保険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、保険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、当該保険医療機関のうち、現に総合入院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。</p>
【救急医療管理加算】	
<p>Q20 「A205」救急医療管理加算について、「当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの」を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとあるが、主要なものとはどのようなものか。</p> <p>Q21 「A205」救急医療管理加算について、「診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること」とあるが、施設基準の届出に際し、当該対応を行う医療従事者（医師を含む。）の氏名等を届け出る必要があるか。</p>	<p>A20 主要なものとは、例えば、当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した診療行為のうち、最も人的又は物的医療資源を投入したものを指す。</p> <p>A21 重症救急患者の受入れに対応する医療従事者（通常の当直を行う医師とは別の医師を含む。）の氏名等について届け出る必要はないが、院内のいずれの医師が当該対応を行うかについて、医療機関内でわかるようにしておくこと。</p>
【医療安全対策加算（医療安全対策地域連携加算）】	
<p>Q22 「A234」医療安全対策加算の医療安全対策地域連携加算2を届け出ている医療機関について、連携先の医療機関が、医療安全対策加算1に係る要件を満たしていないことがわかった場合、どの時点で、医療安全対策地域連携加算2の変更の届出を行う必要があるか。</p>	<p>A22 連携先の医療機関が、医療安全対策加算1に係る要件を満たしていないことがわかった時点で遅滞なく変更の届出を行うこと。なお、医療安全対策地域連携加算1及び感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算についても同様の取扱いである。</p>

質問・未確定事項等	回 答
〔感染防止対策加算（抗菌薬適正使用支援加算）〕	
<p>Q23 「A234-2」の注3の抗菌薬適正使用支援加算について、抗菌薬適正使用支援チームの業務として「外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する」とあるが、令和2年7月の報告は、令和2年4月以降に把握した3月間の実績でよいか。</p>	<p>A23 令和2年7月の報告に限り、令和2年4月以降の3月間の実績を報告することで差し支えない。</p>
〔データ提出加算〕	
<p>Q24 「A245」データ提出加算について、例えば、療養病棟入院基本料を届け出る病棟に入院する患者の場合、入院初日にデータ提出加算1又は2を算定し、当該病棟における入院期間が90日を超えるごとにデータ提出加算3又は4を算定するのか。</p>	<p>A24 そのとおり。</p>
<p>Q25 「A245」データ提出加算3及び4について、例えば、「A100」急性期一般入院基本料1を届け出る病棟に入院し、「A101」療養病棟入院基本料1を届け出る病棟に転棟した場合、データ提出加算3又は4に係る入院期間の起算日は、転棟した日となるのか。</p>	<p>A25 そのとおり。</p>
<p>Q26 「A245」データ提出加算1及び2について、令和2年3月31日以前より入院を継続している場合、データ提出加算1及び2の算定期間はいつか。 また、その場合のデータ提出加算3及び4に係る入院期間の起算日はいつか。</p>	<p>A26 令和2年3月31日にデータ提出加算1又は2を算定すること。ただし、同一入院中にデータ提出加算1又は2を算定していない場合に限る。 また、データ提出加算3又は4に係る入院期間の起算日は、令和2年3月31日以前の入院日となる。</p>
<p>Q27 「A245」データ提出加算について、医科点数表の第1章第2部「通則5」の規定により入院期間が通算される再入院の場合の取扱いはどのようになるか。</p> <p>① 「A100」急性期一般入院基本料1を届け出る病棟に入院し、入院初日にデータ提出加算1を算定した患者が、同病棟を退院後に、「A101」療養病棟入院基本料1を届け出る病棟に再入院（入院期間が通算される再入院に該当）した場合</p> <p>② 「A101」療養病棟入院基本料1を届け出る病棟に入院し、入院初日にデータ提出加算1を算定した患者が、同病棟を退院後に、同病棟に再入院（入院期間が通算される再入院に該当）した場合</p>	<p>A27 それぞれ、以下の取扱いとなる。</p> <p>① 再入院の初日にデータ提出加算1は算定できない。データ提出加算3は再入院した日から起算し90日を超えるごとに1回算定する。</p> <p>② 再入院の初日にデータ提出加算1は算定できない。データ提出加算3は初回の入院日から起算し入院期間が90日を超えるごとに1回算定する。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q28 新たに「A245」データ提出加算に係る届出を行った場合、データ提出加算の算定方法はどのようになるか。 例えば、10月1日からデータ提出加算1及び3が算定可能となる医療機関において、9月15日に「A101」療養病棟入院基本料1を届け出る病棟に入院し、10月1日を超えて継続して入院している患者について、どのように算定するのか。</p> <p>Q29 「A245」データ提出加算3及び4について、令和2年3月31日において現にデータ提出加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関が令和2年4月以降にデータ提出加算3又は4を算定するに当たり、様式40の7を再度提出する必要があるか。</p>	<p>A28 データ提出加算1は算定できない。データ提出加算3は10月1日以降に、9月15日から起算して90日を超えるごとに1回算定する。</p> <p>A29 提出の必要はない。</p>
【入退院支援加算】	
<p>Q30 「A246」入退院支援加算3の施設基準で求める「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」には、どのようなものがあるか。</p> <p>Q31 「A246」入退院支援加算及び入院時支援加算について、非常勤の看護師又は社会福祉士を2名以上組み合わせて専従の看護師又は社会福祉士の配置基準を満たす場合、例えば、専従の看護師1名の代わりに、非常勤看護師1名と非常勤社会福祉士1名を組み合わせて配置してもよいか。</p>	<p>A30 現時点では、以下のいずれかの研修である。 ① 日本看護協会「小児在宅移行支援指導者育成試行事業研修」 ② 日本看護協会「2019年度小児在宅移行支援指導者育成研修」 ③ 日本看護協会「小児在宅移行支援指導者育成研修」</p> <p>A31 不可。</p>
【入退院支援加算（入院時支援加算）】	
<p>Q32 「A246」の注7の入院時支援加算について、「患者の入院前」とは、入院当日を含むか。</p>	<p>A32 入院時支援加算を算定するに当たっては、療養支援計画書の作成及び入院予定先の病棟職員への共有は入院前に、当該計画書の患者又はその家族等への説明及び交付は入院前又は入院当日に行うこととしており、この場合の入院前には入院当日は含まれない。</p>
【入退院支援加算（総合機能評価加算）】	
<p>Q33 「A246」の注8の総合機能評価加算について、「総合的な機能評価に係る適切な研修」及び「関係学会より示されているガイドライン」とは、令和2年3月31日以前の旧医科点数表における「A240」総合評価加算の要件を満たす研修及びガイドラインで差し支えないか。</p>	<p>A33 当該研修及びガイドラインに基づいて患者の総合機能評価を行い、結果を踏まえて入退院支援を行うことができる内容であれば差し支えない。</p>

質問・未確定事項等	回 答
〔認知症ケア加算〕	
<p>Q34 「A247」認知症ケア加算1の施設基準において、「認知症ケアチーム」の専任の常勤看護師は、「原則週16時間以上」当該チームの業務に従事することとされているが、夏季休暇や病休等により週16時間以上の業務を行えない週があった場合には、施設基準を満たさないこととなるか。</p>	<p>A34 夏季休暇や病休等により、当該看護師が認知症ケアチームの業務を週16時間以上行えない場合は、当該週の前後の週を含めた連続した3週間について、平均業務時間数が週16時間以上であれば施設基準を満たすものであること。ただし、当該看護師が不在の間は、当該チームの他の構成員によりチームの業務を適切に行うこと。</p>
<p>Q35 「A247」認知症ケア加算2の施設基準における「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師」のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。</p>	<p>A35 認知症ケア加算1と同様である。 「疑義解釈の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)のQ67を参照のこと。</p>
<p>Q36 「A247」認知症ケア加算2の施設基準における「認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。</p>	<p>A36 認知症ケア加算1と同様である。 「疑義解釈の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)のQ68を参照のこと。</p>
<p>Q37 「A247」認知症ケア加算2の施設基準における「認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。</p>	<p>A37 認知症ケア加算3(令和2年度診療報酬改定前の認知症ケア加算2)と同様である。 「疑義解釈の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)のQ69を参照のこと。</p>
<p>Q38 「A247」認知症ケア加算2の施設基準の(4)及び認知症ケア加算3の施設基準の(1)における「認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る院内研修」について、</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 当該院内研修の具体的な内容や時間は決められているか。 ② 当該院内研修は、認知症ケア加算2の施設基準(7)又は認知症ケア加算3の施設基準(3)で示されている「研修や事例検討会等」でもよいか。 ③ 認知症ケア加算2の場合は、施設基準の(1)に掲げる「認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」が実施しても差し支えないか。 	<p>A38 それぞれ以下のとおり。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 具体的な内容や時間についての特段の規定はないが、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、知識・技術を得ることが可能な内容とすること。 ② 認知症患者のアセスメントや看護方法等について知識・技術を得ることが可能な内容を含む研修や事例検討会等であればよい。 ③ よい。

質問・未確定事項等	回 答
〔せん妄ハイリスク患者ケア加算〕	
<p>Q39 「A247-2」せん妄ハイリスク患者ケア加算について、「せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策は、各保険医療機関において作成したチェックリストに基づいて行うこと」とあるが、医療機関において従来よりせん妄対策のためのアセスメントシート等を作成している場合は、それを用いて対応してもよいか。</p>	<p>A39 各保険医療機関が従来よりせん妄対策のためのアセスメントシート等を作成している場合は、当該アセスメントシート等を用いて対応してもよい。ただし、当該アセスメントシート等は、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策に係る内容として、留意事項通知の別紙様式7の3に示す事項を含む必要があること。</p>
〔精神科急性期医師配置加算〕	
<p>Q40 「A249」精神科急性期医師配置加算の「1」又は「3」において求められているクロザピンの年間新規導入実績の「年間」とは、直近1年間を指すのか。</p>	<p>A40 そのとおり。</p>
〔精神科急性期医師配置加算，精神科救急入院料，精神科急性期治療病棟入院料，精神科救急・合併症入院料〕	
<p>Q41 「A249」精神科急性期医師配置加算，「A311」精神科救急入院料，「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は「A311-3」精神科救急・合併症入院料について、「クロザピンを新規に導入する」とは、当該病棟においてクロザピンを新規に投与開始したことを指すのか。</p>	<p>A41 そのとおり。</p>
<p>Q42 「A249」精神科急性期医師配置加算，「A311」精神科救急入院料，「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は「A311-3」精神科救急・合併症入院料の施設基準において、「(略)クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち、4割(6割)以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること」とあるが、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者とは、当該保険医療機関の他の病棟から転棟した患者のみを指すのか。</p>	<p>A42 転棟かどうかにかかわらず、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者を指す。</p>
〔薬剤総合評価調整加算〕	
<p>Q43 「A250」薬剤総合評価調整加算について、「入院前に6種類以上の内服薬(特に規定するものは除く。)が処方されている患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合」等に算定できるとされているが、どのような場合が「処方の内容を変更」に該当するのか。</p>	<p>A43 次のようなものが該当する。なお、作用機序が同一である院内の採用薬への変更は、「処方の内容を変更」には該当しない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内服薬の種類数の変更 ・内服薬の削減又は追加 ・内服薬の用量の変更 ・作用機序が異なる同一効能効果の内服薬への変更

質問・未確定事項等	回 答
〔排尿自立支援加算〕	
Q44 「A251」排尿自立支援加算について、尿道カテーテルを抜去後に、尿道カテーテルを再留置した場合であっても、初回の算定から12週間以内であれば算定可能か。	A44 算定可能。
Q45 「A251」排尿自立支援加算の施設基準で求める医師の「排尿ケアに係る適切な研修」及び看護師の「所定の研修」には、どのようなものがあるか。	A45 令和2年度診療報酬改定前の「B005-9」排尿自立指導料と同様である。「疑義解釈の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)のQ97を参照のこと。
Q46 「A251」排尿自立支援加算の「包括的排尿ケアの計画を策定する」とあるが、リハビリテーション実施計画書、またはリハビリテーション総合実施計画書の作成をもって併用することは可能か。	A46 包括的排尿ケアの計画の内容が、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書に明記されていれば、併用しても差し支えない。
Q47 「A251」排尿自立支援加算の排尿ケアチームに構成されている職員は病棟専従者等を兼務しても差し支えないか。	A47 病棟業務に専従することとされている職員については、専従する業務の範囲に「排尿ケアチーム」の業務が含まれないと想定されるため、兼務することはできない。
〔特定集中治療室管理料〕	
Q48 「A301」特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「専任の常勤看護師」の配置について、当該看護師を2名組み合わせ週20時間以上配置する場合、3名以上の組み合わせでも可能か。	A48 不可。
〔特定集中治療室管理料(早期栄養介入管理加算)〕	
Q49 「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、48時間以内の経腸栄養の開始に関して、必要な栄養量の全てを経腸栄養でまかなう必要があるのか。	A49 必要な栄養量の一部が経腸栄養であれば、全ての栄養量を経腸栄養でまかなう必要はない。
Q50 「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、施設基準にある管理栄養士は、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有した後に、特定集中治療室における栄養管理に係る3年以上の経験を積む必要があるのか。	A50 栄養サポートチームの経験期間と特定集中治療室の経験は、同一期間で差し支えない。
Q51 「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、特定集中治療室での3年の経験には、どのような内容の業務が含まれるのか。	A51 特定集中治療室に入室中の患者に対する栄養管理計画に基づいた栄養管理やNSTでの栄養管理に係る業務が含まれる。

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q52 「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、施設基準に「特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。」とあるが、どのように算出するのか。</p>	<p>A52 「直近1か月間の特定集中治療室に入室した患者の数の和の1日平均」を基に算出する。</p>
<p>Q53 「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、早期栄養介入管理加算を算定するに当たり、複数の管理栄養士を配置する場合は、配置された全ての管理栄養士が、施設基準において求めている経験を有している必要があるのか。</p>	<p>A53 原則として、経験を有する管理栄養士が行うこととなる。ただし、特定集中治療室の入室患者の平均が10名を超える場合は、特定集中治療室に経験を有する管理栄養士が1名配置されていれば、経験を有していない別の管理栄養士と連携して行っても差し支えない。</p>
<p>Q54 「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、48時間以内に経腸栄養ではなく経口摂取を開始した場合、算定可能か。</p>	<p>A54 48時間以内に経口摂取または、経腸栄養を開始すれば、算定できる。</p>
<p>Q55 「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、48時間以内に経腸栄養を開始し、2日間行ったが状態の変化により3日間中止し開始より6日目から再開した場合、中止している間の加算、再開後の加算は算定できるのか。</p>	<p>A55 48時間以内に経腸栄養を開始し、1日に3回以上のモニタリングを継続している場合には、経腸栄養を中断した場合であっても算定は可能。</p>
<p>Q56 「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、管理栄養士の栄養サポートチームでの3年以上の経験は、栄養サポートチーム加算届出医療機関における栄養サポートチームでの経験が必要になるのか。</p>	<p>A56 管理栄養士の栄養サポートチームの3年の経験について、「A233-2」栄養サポートチーム加算を算定している施設における経験である必要はない。</p>
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p>	
<p>Q57 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料について、「回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明すること。なお、患者の求めがあった場合には、作成したリハビリテーション実施計画書を交付すること。」とあるが、回復期リハビリテーション病棟入棟時のリハビリテーション実施計画書は疾患別リハビリテーションで求められるリハビリテーション実施計画書とは異なるものか。</p>	<p>A57 同様の内容で差し支えない。なお、その際、ADLの項目として、FIMを記載すること。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q58 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料について、急変などにより同一医療機関内の一般病床にて治療が必要となり、その後状態が安定し同一医療機関内の回復期リハビリテーション病棟に再度入院した場合もリハビリテーション実施計画書が新たに必要となるか。</p>	<p>A58 当該患者の、回復期リハビリテーションを要する状態に変わりがない場合については、新たに作成する必要はない。なお、その場合においても、実施する疾患別リハビリテーションに係る要件について留意すること。</p>
<p>〔回復期リハビリテーション病棟入院料，地域包括ケア病棟入院料〕</p>	
<p>Q59 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準における「他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者」や、「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準における「在宅等に退院するもの」には、介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用する者を含むか。</p>	<p>A59 含む。</p>
<p>〔地域包括ケア病棟入院料〕</p>	
<p>Q60 「A308-3」地域包括ケア病棟入院料について、「当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること」とあるが、当該部門及び部門に配置される看護師及び社会福祉士は、「A246」入退院支援加算の施設基準に規定される「入退院支援及び地域連携業務を担う部門」と同一の部門でよいか。</p>	<p>A60 よい。</p>
<p>Q61 「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、「リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又は、家族に説明すること。」とあるが、</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 地域包括ケア病棟に入棟した全ての患者（リハビリテーション実施の有無に関わらず）にADL等の評価が必要か。 ② ADL等の評価とは具体的にどのような評価となるか。 ③ リハビリテーションを実施する必要がない患者に対しても、リハビリテーションの必要性について、説明することが必要か。 ④ リハビリテーションの必要性を説明する者は、医師以外に理学療法士でもよいか。 ⑤ 「患者又はその家族等に説明」については、書面による同意を得る必要があるか。また、その規定の書式はあるか。 ⑥ リハビリテーションを提供する患者については、疾患別リハビリテーションの規定のとおり実施計画書の作成及び説明等を行うことでよいか。 	<p>A61 それぞれ以下のとおり。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 必要。 ② 例えば、入棟時に測定が必須のADLスコア（内容はBIと同等）を用いることを想定。 ③ 判断の結果について、診療録に記載及び患者又はその家族等に説明を行うこと。 ④ 医師の指示を受けた理学療法士等が行ってもよい。 ⑤ 書面による同意は不要。 ⑥ よい。

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q62 「A308-3」地域包括ケア病棟入院料について、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が、同一の保険医療機関内の他の病棟における地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室する場合に、転室後の診療報酬はどのように算定すればよいか。</p>	<p>A62 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が、同一の保険医療機関内の他の病棟における地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室（以下、地域包括ケア病室という。）に転室する場合の算定方法は、なお従前のとおり。</p> <p>具体的には、同一の保険医療機関内の他の「一般病棟」における地域包括ケア病室に転室する場合は、診断群分類点数表に定められた期間Ⅲまでの間、診断群分類点数表に従って算定し、同一の保険医療機関内の「療養病棟」における地域包括ケア病室に転室する場合は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する。</p>
<p>【精神科救急入院料，精神科急性期治療病棟入院料，精神科救急・合併症入院料】</p>	
<p>Q63 「A311」精神科救急入院料，「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は「A311-3」精神科救急・合併症入院料におけるクロザピンの新規導入を目的とした転棟患者に対するクロザピンの投与後に投与を中止した場合について、「クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症」とあるが、具体的にはどのような場合か。</p>	<p>A63 「クロザピンの使用にあたっての留意事項について」（平成21年4月22日薬食審査発第0422001号）において、流通管理の基本として規定されている「クロザリル患者モニタリングサービス運用手順」における「投与を中止する基準」が該当する。</p>
<p>【精神療養病棟入院料】</p>	
<p>Q64 「A312」精神療養病棟入院料を算定する病棟に配置されている作業療法士が、当該保険医療機関における疾患別リハビリテーションの専従の常勤作業療法士を兼ねることはできるか。</p>	<p>A64 不可。</p>
<p>【外来栄養食事指導料】</p>	
<p>Q65 「B001」の「9」外来栄養食事指導料の注2の外来化学療法加算を算定している患者に対しての栄養食事指導について、指導時間の決まりはあるのか。</p>	<p>A65 注2については、月2回以上の指導を行った場合を評価するものであり、指導時間は定めていない。ただし、指導内容の要点及び指導時間を栄養指導記録に記載すること。</p>
<p>Q66 「B001」の「9」外来栄養食事指導料の注2の外来化学療法加算について、患者の状態により、これまで通り、20分以上の指導ができた場合は、注1を算定できるのか。</p>	<p>A66 注1の要件を満たしている場合は、算定可能である。ただし、同一月に注1と注2の両方を算定することはできない。</p>
<p>Q67 「B001」の「9」外来栄養食事指導料の注3の電話又は情報通信機器等を使用した場合の栄養食事指導について、メールを使用した場合も算定が可能か。</p>	<p>A67 メールのみを使用した指導では算定できない。なお、必要な資料等をメールで送付することは差し支えない。</p>

質問・未確定事項等	回 答
【入院栄養食事指導料】	
<p>Q68 「B001」の「10」入院栄養食事指導料の注3の栄養情報提供加算の患者の栄養に関する情報として示している「栄養管理に係る経過」とは具体的にどのようなものか。</p>	<p>A68 入院中の患者の治療の経過に伴い提供している食事の内容や形態を含めた経過のことである。</p>
【がん患者指導管理料】	
<p>Q69 「B001」の「23」がん患者指導管理料ニの算定にあたり、「説明した結果、「D006-18」の「2」のBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施し、「D026」検体検査判断料の注6の遺伝カウンセリング加算を算定する場合は、がん患者指導管理料ニの所定点数は算定できない。」とは具体的にどのような場合を指すのか。</p>	<p>A69 説明から検査の実施までが一連であった場合を指す。例えば、検査の必要性を説明した結果、患者が検査しないことを決めた後に改めて検査を希望し、その際に遺伝カウンセリングを行った場合は該当しない。</p>
【婦人科特定疾患治療管理料】	
<p>Q70 「B001」の「30」婦人科特定疾患治療管理料の施設基準について、 1 器質性月経困難症の治療に係る適切な研修とは何を指すのか。 2 施設基準通知において、「(1)に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。ただし、研修を受講していない場合にあっては、令和2年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。」とあるが、受講予定で届出た場合は、令和2年9月30日までに再届出が必要か。</p>	<p>A70 それぞれ以下のとおり。 1 現時点では、以下のいずれかの研修である。 ① 日本産科婦人科学会の主催する器質性月経困難症に対する適正なホルモン療法等に係る研修 ② 日本産婦人科医会の主催する器質性月経困難症に対する適正なホルモン療法等に係る研修 2 必要。なお、施設基準を満たさなくなった場合は、速やかに届出を取り下げること。</p>
【腎代替療法指導管理料】	
<p>Q71 「B001」の「31」腎代替療法指導管理料について、移植に向けた手続きを行った患者の数に他の医療機関に紹介して紹介先医療機関で腎臓移植ネットワークに登録された患者は対象に含めてよいか。</p>	<p>A71 含めてよい。</p>
<p>Q72 「B001」の「31」腎代替療法指導管理料の施設基準における「関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料」とは具体的に何を指すのか。</p>	<p>A72 現時点では、日本腎臓学会・日本透析医学会・日本移植学会・日本臨床腎移植学会・日本腹膜透析医学会により作成された「腎不全 治療選択とその実際」を指す。</p>
<p>Q73 「B001」の「31」腎代替療法指導管理料について、施設基準通知において、「腎臓病教室を定期的実施すること。」とあるが、定期的とはどの程度の頻度か。</p>	<p>A73 腎臓病教室は年に1回以上の開催が必要。</p>

質問・未確定事項等	回答
〔夜間休日救急搬送医学管理料(救急搬送看護体制加算)〕	
<p>Q74 「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料の注3の救急搬送看護体制加算1について、対応が必要な救急患者が1名しかおらず、専任の看護師複数名による対応が必要でない場合にも、複数名の看護師により対応する必要があるか。</p>	<p>A74 看護師複数名による対応が必要である場合にすぐに対応可能な体制がとられていればよく、複数名による対応が不要場合には他の業務に従事していても差し支えない。なお、複数名による対応の必要性の有無については、救急患者の人数や状態等に応じ、必要な看護が提供できるよう、各医療機関において適切に判断いただきたい。</p>
<p>Q75 「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料の注3の救急搬送看護体制加算1及び2について、病棟において夜間の看護配置の必要数を超えて配置されている看護師や、外来業務を行っている看護師が、当番制により夜間・休日の救急患者の受入に対応している場合は、当該看護師全員を専任として届け出ていれば当該加算の算定が可能か。</p>	<p>A75 専任の看護師であれば算定可能であるので、届出時点の専任の看護師を全て記載し、届出を行うこと(ただし、当該施設基準を満たさなくなった場合又は届出区分が変更となった場合でなければ、届出時点の看護師から変更があった場合であっても変更の届出は不要である。)</p>
<p>Q76 「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料の注3の救急搬送看護体制加算1及び2の施設基準で求める「救急搬送件数」について、 ① 「年間」とは届出前1年間のことを指すか。 ② 届出受理後は、当該件数について毎月確認をした上で、件数が施設基準を下回った場合には、届出の辞退が必要か。</p>	<p>A76① そのとおり。 ② そのとおり。</p>
〔外来リハビリテーション診療料〕	
<p>Q77 「B001-2-7」リハビリテーションスタッフからの報告については、口頭での報告でもよいか。</p>	<p>A77 報告そのものは口頭でも差し支えないが、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録等に記載することが必要である。</p>
〔ニコチン依存症管理料〕	
<p>Q78 「B001-3-2」ニコチン依存症管理料について、患者ごとに「1」を算定する患者と「2」を算定する患者とに分けることは可能か。</p>	<p>A78 可能である。</p>
<p>Q79 「B001-3-2」ニコチン依存症管理料2について、2回目以降の指導予定日に患者の都合により受診しなかった場合にどのような対応が必要か。</p>	<p>A79 当該患者に対して電話等によって受診を指示すること。また、当該患者が受診を中断する場合には、その理由を聴取し、診療録等に記載すること。なお、医師以外が理由を聴取し、記載しても差し支えない。また、初回指導時に算定した費用については、特段の対応は不要である。</p>

質問・未確定事項等	回 答
Q80 「B001-3-2」ニコチン依存症管理料2について、患者が2回目以降の指導予定日に受診しなかった場合に、患者と連絡が取れなかったときは、診療録等に何を記載すべきか。	A80 患者と連絡が取れなかった旨を診療録等に記載すること。
〔療養・就労両立支援指導料〕	
Q81 「B001-9」療養・就労両立支援指導料の相談支援加算の施設基準で求める「厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修」とあるが、当該研修にはどのようなものがあるか。	A81 現時点では、独立行政法人労働者健康安全機構の実施する両立支援コーディネーター基礎研修及び応用研修が該当する。
〔外来排尿自立指導料〕	
Q82 「B005-9」外来排尿自立指導料について、尿道カテーテルを抜去後に、尿道カテーテルを再留置した場合であっても、排尿自立支援加算の初回の算定から12週間以内であれば算定可能か。	A82 算定可能。
Q83 「B005-9」外来排尿自立指導料について、「排尿ケアチーム」の医師が、「当該患者の診療を担う医師」と同一である場合でも算定可能か。	A83 算定可能。ただし、算定に当たっては、排尿ケアチームとして、当該患者の状況を評価する等の関与を行う必要がある。
Q84 「B005-9」外来排尿自立指導料の施設基準で求める医師の「排尿ケアに係る適切な研修」及び看護師の「所定の研修」には、どのようなものがあるか。	A84 令和2年度診療報酬改定前の「B005-9」排尿自立指導料と同様である。 「疑義解釈の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡) Q97を参照のこと。
〔診療情報提供料(Ⅰ)〕	
Q85 「B009」診療情報提供料(Ⅰ)の注7の情報提供先である「学校医等」について、「当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るため委嘱する医師をいう。」とされているが、定期的に学校に赴き健康診断等を行う保険医療機関の医師は該当するか。	A85 以下のいずれかであれば「学校医等」に該当する。 ・学校保健安全法(昭和33年法律第56号)第23条において学校に置くこととされている「学校医」として、任命又は委嘱されている医師。 ・「学校における医療的ケアの今後の対応について」(平成31年3月20日付け30文部科学省初第1769号初等中等教育局長通知)に示されている、医療的ケアについて助言や指導を得るための医師(医療的ケア指導医)として教育委員会等から委嘱されている医師。
〔診療情報提供料(Ⅲ)〕	
Q86 「B011」診療情報提供料(Ⅲ)について、紹介元の医療機関に対して単に受診した旨を記載した文書を提供した場合には算定できないか。	A86 単に受診した旨のみを記載した文書を提供した場合は算定不可。

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q87 「B011」診療情報提供料(Ⅲ)について、紹介された患者が、紹介元の医療機関への受診する予定が明らかでない場合についても、算定可能か。</p> <p>Q88 「B011」診療情報提供料(Ⅲ)について、予約した次回受診日に患者が受診しなかった場合又は予約した次回受診日を変更した場合についても、算定可能か。</p>	<p>A87 算定不可。</p> <p>A88 算定可能。</p>
<p>【精神科退院時共同指導料】</p>	
<p>Q89 「B015」精神科退院時共同指導料を算定するにあたり、共同指導に参加する必要があるのはどの職種か。</p>	<p>A89 それぞれ以下のとおり。</p> <p>① 「1」の「イ」については、以下のアからウまでの3職種が必要。</p> <p>ア 退院後の外来又は在宅療養を担う保険医療機関の精神科の担当医</p> <p>イ 退院後の外来又は在宅療養を担う保険医療機関の保健師又は看護師(以下、「看護師等」という。)</p> <p>ウ 退院後の外来又は在宅療養を担う保険医療機関の精神保健福祉士</p> <p>② 「1」の「ロ」については、以下のア及びイの2職種が必要。</p> <p>ア 退院後の外来又は在宅療養を担う保険医療機関の精神科の担当医又は看護師等</p> <p>イ 退院後の外来又は在宅療養を担う保険医療機関の精神保健福祉士</p> <p>③ 「2」については、以下のアからウまでの3職種が必要。</p> <p>ア 入院中の保険医療機関の精神科の担当医</p> <p>イ 入院中の保険医療機関の看護師等</p> <p>ウ 入院中の保険医療機関の精神保健福祉士</p> <p>したがって、「1」の「イ」の対象患者について共同指導を実施する場合は、①の3職種及び③の3職種の少なくとも6職種が参加している必要がある。また、「1」の「ロ」の対象患者について共同指導を実施する場合は、②の2職種及び③の3職種の少なくとも5職種が参加している必要がある。</p>
<p>【在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料】</p>	
<p>Q90 「C005」在宅患者訪問看護・指導料3及び「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料3(専門性の高い看護師による訪問看護・指導)について、「人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症」にはどのようなものが含まれるか。</p>	<p>A90 ストーマ装具の工夫によって排泄物の漏出を解消することが可能な、ストーマ陥凹、ストーマ脱出、傍ストーマヘルニア、ストーマ粘膜皮膚離開等が含まれる。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q91 「C005」在宅患者訪問看護・指導料3及び「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料3（専門性の高い看護師による訪問看護・指導）について、「それぞれ月1回に限り算定」とは、1人の患者に対して、緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケアをそれぞれ月1回ずつ、最大計3回算定できるということか。</p> <p>Q92 「C005」在宅患者訪問看護・指導料の注15の訪問看護・指導体制充実加算（「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。）の施設基準で求める「24時間訪問看護の提供が可能な体制」の確保について、当該保険医療機関が訪問看護ステーションと連携することにより体制を確保する場合、連携する訪問看護ステーションは、訪問看護管理療養費における24時間対応体制加算の届出を行っている必要があるか。</p>	<p>A91 そのとおり。ただし、専門性の高い看護師が同一の場合は、当該看護師による算定は月1回までとする。</p> <p>A92 連携する訪問看護ステーションについて、24時間対応体制加算の届出は不要である。</p>
<p>〔在宅患者訪問看護・指導料，同一建物居住者訪問看護・指導料，精神科訪問看護・指導料〕</p>	
<p>Q93 「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算又は「I012」精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算の算定対象である患者に対して、90分を超えて連続して訪問看護・指導を行った場合は、当該加算を算定することができるか。</p>	<p>A93 1回の訪問であるため、当該加算の算定はできない。ただし、要件を満たせば、長時間訪問看護・指導加算又は長時間精神科訪問看護・指導加算は算定可能である。</p>
<p>〔同一建物居住者訪問看護・指導料，精神科訪問看護・指導料〕</p>	
<p>Q94 「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算及び「I012」精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算について、同一建物に居住するA、B、C3人の患者に、同一の保険医療機関が、以下の①から③の例のような訪問を行った場合には、同一建物居住者に係るいずれの区分を算定することとなるか。</p> <p>① A：1日に2回の訪問看護・指導 B：1日に2回の訪問看護・指導 C：1日に2回の訪問看護・指導</p> <p>② A：1日に2回の訪問看護・指導 B：1日に2回の訪問看護・指導 C：1日に3回の訪問看護・指導</p> <p>③ A：1日に2回の訪問看護・指導 B：1日に2回の訪問看護・指導 C：1日に2回の精神科訪問看護・指導</p>	<p>A94 それぞれ以下のとおり。</p> <p>① A、B、Cいずれも、難病等複数回訪問加算の「1日に2回の場合」「同一建物内3人以上」を算定。</p> <p>② A及びBは、難病等複数回訪問加算の「1日に2回の場合」「同一建物内2人」を算定。Cは、難病等複数回訪問加算の「1日に3回以上の場合」「同一建物内1人」を算定。</p> <p>③ A及びBは、難病等複数回訪問加算の「1日に2回の場合」「同一建物内3人以上」を算定。Cは、精神科複数回訪問加算の「1日に2回の場合」「同一建物内3人以上」を算定。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q95 「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算及び「I012」精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算について、同一建物に居住するA, B, C3人の患者に、同一の保険医療機関が、以下のような訪問を行った場合には、同一建物居住者に係るいずれの区分を算定することとなるか。</p> <p>① A：他の看護師との訪問看護・指導 B：他の看護師との訪問看護・指導 C：他の助産師との訪問看護・指導</p> <p>② A：他の看護師との訪問看護・指導 B：他の看護師との訪問看護・指導 C：他の看護補助者との訪問看護・指導（「ニ」の1日に1回）</p> <p>③ A：他の看護補助者との訪問看護・指導（「ニ」の1日に1回） B：他の看護補助者との訪問看護・指導（「ニ」の1日に1回） C：他の看護補助者との精神科訪問看護・指導</p> <p>④ A：他の看護補助者との訪問看護・指導（「ニ」の1日に2回） B：他の看護補助者との訪問看護・指導（「ニ」の1日に2回） C：他の看護補助者との精神科訪問看護・指導</p>	<p>A95 それぞれ以下のとおり。</p> <p>① A, B, Cいずれも、複数名訪問看護・指導加算の「看護師等」「同一建物内3人以上」を算定。</p> <p>② A及びBは、複数名訪問看護・指導加算の「看護師等」「同一建物内2人」を算定。Cは、複数名訪問看護・指導加算の「看護補助者（ニ）」「1日に1回の場合」「同一建物内1人」を算定。</p> <p>③ A及びBは、複数名訪問看護・指導加算の「看護補助者（ニ）」「1日に1回の場合」「同一建物内3人以上」を算定。Cは、複数名精神科訪問看護・指導加算の「看護補助者」「同一建物内3人以上」を算定。</p> <p>④ A及びBは、複数名訪問看護・指導加算の「看護補助者（ニ）」「1日に2回の場合」「同一建物内2人」を算定。Cは、複数名精神科訪問看護・指導加算の「看護補助者」「同一建物内1人」を算定。</p>
〔在宅自己注射指導管理料〕	
<p>Q96 「C101」在宅自己注射指導管理料を算定している患者が、緊急時に受診し、在宅自己注射指導管理に係る注射薬を投与した場合、「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、「G001」静脈内注射を行った場合の費用及び当該注射に使用した当該患者が在宅自己注射を行うに当たり医師が投与を行っている特掲診療料の施設基準等の別表第九に掲げる注射薬の費用は算定可能か。</p>	<p>A96 算定可能。</p>
<p>Q97 「C101」在宅自己注射指導管理料のバイオ後続品導入初期加算について、バイオ後続品から先行バイオ医薬品が同一である別のバイオ後続品に変更した場合、再度算定可能か。</p>	<p>A97 算定不可。</p>
〔在宅妊娠糖尿病患者指導管理料〕	
<p>Q98 「C101-3」在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2について、「分娩後における血糖管理」とは、血糖測定器を使用して血糖自己測定を行う必要がある場合に限定されるか。</p>	<p>A98 血糖自己測定の必要の有無は問わない。</p>

質問・未確定事項等	回 答
〔在宅自己導尿指導管理料，在宅経肛門的自己洗腸指導管理料〕	
<p>Q99 「C106」在宅自己導尿指導管理料及び「C119」在宅経肛門的自己洗腸指導管理料について、「平成32年3月31日までの間に限り、「C106」在宅自己導尿指導管理料及び「C119」在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者につき行った場合は、それぞれ月1回に限り所定点数を算定する。」となっていたが、令和2年4月1日以降は主たる指導管理の所定点数を算定するのか。</p>	<p>A99 その通り。なお、在宅指導管理材料加算はそれぞれ算定できる。</p>
〔持続血糖測定器加算〕	
<p>Q100 「C150」持続血糖測定器加算の「2」間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合における「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。</p> <p>Q101 「C150」持続血糖測定器加算の「2」間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合における「持続血糖測定器に係る適切な研修」とは何を指すのか。</p>	<p>A100 日本糖尿病学会のリアルタイムCGM適正使用指針を指す。</p> <p>A101 現時点では、日本糖尿病学会が主催するリアルタイムCGM適正使用のためのeラーニングを指す。</p>
〔特殊カテーテル加算〕	
<p>Q102 「C163」特殊カテーテル加算の「2」の「イ」親水性コーティングを有するものについて、親水性コーティングを有するもの以外のカテーテルを合わせて用いた場合にも算定できるのか。</p>	<p>A102 親水性コーティングを有するものを1月あたり60本以上使用した場合は、主たるものの所定点数を算定できる。</p>
〔在宅経肛門的自己洗腸用材料加算〕	
<p>Q103 「C172」在宅経肛門的自己洗腸用材料加算について経肛門的自己洗腸が必要な患者とはどういった患者を指すのか。</p>	<p>A103 「C119」在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の対象となる患者を指す。</p>
〔BRCA1／2遺伝子検査〕	
<p>Q104 「D006-18」BRCA1／2遺伝子検査に関する施設基準に「ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており」とあるが、連携体制とは何を指すのか。</p> <p>Q105 「D006-18」BRCA1／2遺伝子検査に関する施設基準に「産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。」とあるが、当該専門的な研修とは何を指すのか。</p>	<p>A104 遺伝カウンセリングが必要な患者を紹介先に紹介できるよう事前に医療機関同士で合意がとれている状態を指す。</p> <p>A105 産婦人科の専門的な研修施設での臨床経験及び婦人科腫瘍の専門的な研修施設での臨床経験を指す。</p>

質問・未確定事項等	回 答
Q106 「D006-18」BRCA1 / 2 遺伝子検査に関する施設基準に「乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。」とあるが、当該専門的な研修とは何を指すのか。	A106 乳腺外科の専門的な研修施設での臨床経験を指す。
〔がんゲノムプロファイリング検査〕	
Q107 「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準に「(2) 次世代シーケンシングを用いた検査に係る適切な第三者認定を受けていること。」とあるが、第三者認定とは具体的に何を指すのか。	A107 遺伝子関連検査のうち、特にシーケンサーシステムを用いた検査の精度管理に係る認定をもつ第三者認定である必要があり、現時点ではISO15189又は米国病理医協会(CAP)の第三者認定が該当する。
〔血液化学検査〕	
Q108 「D007」血液化学検査の「26」フェリチン半定量、フェリチン定量について、成人Still病の診断又は経過観察を目的として実施した場合にも算定できるか。	A108 算定できる。
〔内分泌学的検査〕	
Q109 「D008」内分泌学的検査の「50」遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画における「関連学会が定める指針」とは、具体的には何を指すのか。	A109 日本内分泌学会の褐色細胞腫・パラグングリオーマ診療ガイドラインを指す。
〔超音波検査〕	
Q110 「D215」超音波検査について、往診時に患家等で超音波検査の断層撮影法を行った場合は「イ 訪問診療時に行った場合」と「ロ その他の場合」はどちらを算定するのか。	A110 往診時には「ロ その他の場合」を算定する。
〔終夜睡眠ポリグラフィー〕	
Q111 「D237」終夜睡眠ポリグラフィーに係る安全精度管理下で行うものに関する施設基準における「日本睡眠学会等が主催する研修会」とは具体的にどのようなものか。	A111 現時点では、日本睡眠学会による「睡眠検査適正化促進セミナー」が該当する。
Q112 「D237」終夜睡眠ポリグラフィーについて、「心疾患、神経筋疾患(脳血管障害を含む。)又は呼吸器疾患(継続的に治療を行っている場合に限る。)」とは具体的にどのような患者を指すか。	A112 例えば、複数の治療薬や酸素療法を行っている患者、冠動脈治療後の冠動脈疾患の患者、確定診断されている神経筋疾患の患者であって何らかの症状を有する者(この場合は、必ずしも内服治療や呼吸管理を行っている必要はなく、継続的な通院及び管理がなされていればよいものとする。)等、安全精度管理下に当該検査を実施する医学的必要性が認められるものが該当する。 なお、高血圧のみの患者や、内服治療を受けているが無症状の脳血管障害の患者等、当該検査の医学的必要性が認められない場合は該当しない。

質問・未確定事項等	回 答
〔コンピューター断層撮影診断料通則〕	
<p>Q113 医科点数表第2章第4部画像診断第3節コンピューター断層撮影診断料の通則4の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算について関連学会が定めるガイドラインとは、どのようなガイドラインを指すのか。</p>	<p>A113 日本医学放射線学会の画像診断ガイドラインを指す。</p>
〔磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影)〕	
<p>Q114 医科点数表第2章第4部通則4の画像診断管理加算3、「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) の注8の頭部MRI撮影加算又は「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) の注9の全身MRI撮影加算の施設基準において、「検査前の画像診断管理を行っていること」とあるが、具体的にはどのようなことを行えばよいか。</p>	<p>A114 検査依頼を受けた放射線科医が、臨床情報、被ばく管理情報又は臨床検査データ値等を参考に、その適応を判断し、CTやMRI等の適切な撮像法や撮像プロトコルについて、事前に確認及び決定すること。なお、当該医師は、当該管理を行ったことについて、口頭等で指示をした場合も含め、診療録に記載すること。</p>
<p>Q115 医科点数表第2章第4部通則4の画像診断管理加算3、「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) の注8の頭部MRI撮影加算又は「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) の注9の全身MRI撮影加算の施設基準において、「関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること」とあるが、「関連学会の定める指針」とは具体的には何を指すのか。</p>	<p>A115 日本医学放射線学会の엑스線 CT 被ばく線量管理指針等を指す。</p>
<p>Q116 「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) の注9の全身MRI撮影加算における「関連学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。</p>	<p>A116 日本医学放射線学会・日本磁気共鳴医学会の前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の指針を指す。</p>
〔リハビリテーション通則〕	
<p>Q117 留意事項通知の通則において、「署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。」とされているが、リハビリテーション実施計画書も当該取扱いの対象となるのか。</p>	<p>A117 そのとおり。</p>
<p>Q118 留意事項通知において、リハビリテーション実施計画書の作成は、疾患別リハビリテーションの算定開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内に行うことになったが、例えば、入院期間が5日の場合は、この入院期間中にリハビリテーション実施計画書を作成することでよいか。</p>	<p>A118 そのとおり。</p>

質問・未確定事項等	回 答
Q119 リハビリテーション実施計画書の作成について、術前にリハビリテーションを実施する場合は、術後、手術日を起算日として新たにリハビリテーション実施計画書を作成する必要があるか。	A119 手術日を起算日として新たに疾患別リハビリテーション料を算定する場合は、新たにリハビリテーション実施計画書を作成する必要がある。 「疑義解釈資料の送付について(その15)」(平成25年8月6日事務連絡)のQ6を参照のこと。
Q120 リハビリテーション総合実施計画書を作成した場合は、リハビリテーション実施計画書として取り扱うことでよいか。	A120 従前のとおり、作成したリハビリテーション総合実施計画書については、リハビリテーション実施計画書として取り扱うこととして差し支えない。
Q121 多職種協働で作成しリハビリテーション実施計画書の説明に関して、理学療法士等のリハスタッフが患者や家族に説明を行い、同意を得ることでよいか。	A121 医師による説明が必要である。
Q122 留意事項通知において、実施計画書の作成は、現時点では、開始時とその後3か月に1回以上の実施となっているが、例えば、1月1日に疾患別リハビリテーションを開始した場合、4月1日までの作成となるのか、1月、2月、3月の3か月で、3月中に作成となるのか。	A122 暦月で、3ヶ月に1回以上の作成及び説明等が必要であるため、当該事例においては、4月末日までに作成する必要がある。
Q123 例えば、1月31日にリハビリテーションが開始となり、2月7日にリハビリテーション実施計画書を作成した場合、リハビリテーション実施計画書の作成は、いつまでに必要となるのか。	A123 疾患別リハビリテーションを開始した日を起算日とするため、2回目のリハビリテーション実施計画書の作成及び説明等は、4月末日までに実施する必要がある。
Q124 留意事項通知において、「医師の具体的な指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。」となったが、具体的な指示の内容として想定しているものはなにか。	A124 具体的な指示は、医学的判断によるが、例えば、リハビリテーションの必要量及び内容、リハビリテーションを実施するに当たっての禁忌事項等が含まれる。
Q125 リハビリテーション総合実施計画書を作成した際に、患者の状況に大きな変更がない場合に限り、リハビリテーション実施計画書に該当する1枚目の新規作成は省略しても差し支えないか。	A125 差し支えない。なお、その場合においても、3ヶ月に1回以上、リハビリテーション実施計画書の作成及び説明等が必要である。
Q126 「A301」の注4の早期離床リハビリテーション加算を算定していない日に、疾患別リハビリテーションを実施する場合、「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料を算定することは可能か。	A126 リハビリテーション総合計画評価料の算定要件を満たしていれば、算定可能。
Q127 「H002」運動器リハビリテーション料を算定する患者が、入院中に誤嚥性肺炎を生じた場合、運動器リハビリテーション料とは別に言語聴覚士が「H003」呼吸器リハビリテーション料を別に算定してよいか。	A127 算定可能。留意事項通知第7部リハビリテーション通則8を参照のこと。

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q128 要介護被保険者の場合であっても、当該患者が標準的算定日数の期間内の場合、介護保険におけるリハビリテーションではなく、いわゆる医療保険におけるリハビリテーションとして通院による疾患別リハビリテーションを実施してよいか。</p> <p>Q129 要介護被保険者が、標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを算定する場合、その患者が別に厚生労働大臣が定める別表九の九に該当する場合は、標準的算定日数の期間内と同様に疾患別リハビリテーションを算定して良いか。</p>	<p>A128 そのとおり。</p> <p>A129 そのとおり。</p>
【脳血管疾患等リハビリテーション料】	
<p>Q130 言語聴覚療法のみを実施する場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を算定する基準施設であっても脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）として算定するのか。</p> <p>Q131 「言語聴覚療法のみを実施する場合」とは、当該患者が言語聴覚療法のみを実施することを示すのか、もしくは、当該医療機関が言語聴覚療法のみを実施する場合を示すのか。</p>	<p>A130 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準を満たす医療機関において実施される言語聴覚療法については、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を算定できる。</p> <p>A131 当該医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーションのうち言語聴覚療法のみを実施する場合を示す。</p>
【呼吸器リハビリテーション料】	
<p>Q132 誤嚥性肺炎等、呼吸器疾患で言語聴覚士による呼吸訓練とともに摂食嚥下訓練（嚥下評価・食形態、姿勢、量等の記載）を併せて行なった場合、「H003」呼吸器リハビリテーション料を算定してよいか。</p>	<p>A132 呼吸器リハビリテーション料の算定要件を満たす場合において、算定可能。</p>
【リハビリテーション総合計画評価料】	
<p>Q133 運動量増加機器加算について、「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料の中に「運動量増加機器」が示されたが、これは具体的にどのような機器が含まれるのか。</p>	<p>A133 「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（令和2年3月5日保医発0305第11号）に掲げる定義に適合する医療機器が該当する。</p>
【摂食機能療法（摂食嚥下支援加算）】	
<p>Q134 「H004」摂食機能療法の注3の摂食嚥下支援加算の施設基準で求める「摂食嚥下障害看護に係る適切な研修」には、どのようなものがあるか。</p>	<p>A134 現時点では、以下の研修である。 ・日本看護協会の認定看護師教育課程「摂食・嚥下障害看護」</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q135 「H004」摂食機能療法の注3の摂食嚥下支援加算を算定するに当たり、摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて「摂食嚥下支援計画書」を作成する必要があるが、「摂食嚥下支援計画書」は別に指定する様式があるか。また、リハビリテーション総合実施計画書でよいか。</p> <p>Q136 摂食嚥下支援チームに構成されている職員は病棟専従者等を兼務しても差し支えないか。</p>	<p>A135 摂食嚥下支援チームにおいて作成する「摂食嚥下支援計画書」については、様式を定めていない。必要な事項が記載されていれば、リハビリテーション総合実施計画書を用いても差し支えない。なお、摂食嚥下支援加算の算定に当たっては、算定対象となる患者の、入院時及び退院時におけるFOISを含む事項について報告する必要があるため、留意されたい。詳細は、「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」別添2様式43の6を参照のこと。</p> <p>A136 病棟業務に専従することとされている職員については、専従する業務の範囲に「摂食嚥下支援チーム」の業務が含まれないと想定されるため、兼務することはできない。</p>
<p>【障害児（者）リハビリテーション料】</p>	
<p>Q137 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準について「当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。」となったが、他の業務には疾患別リハビリテーション料の他、（介護保険を含む）訪問リハビリテーションや障害福祉サービス等で実施するサービスの提供も差し支えないか。</p>	<p>A137 所定労働時間に満たない時間に限り、他の業務に従事することは差し支えない。なお、「他の業務」の範囲については、特段の規定を設けていない。</p>
<p>【リンパ浮腫複合的治療料】</p>	
<p>Q138 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準の（1）ウについて、「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日付け事務連絡）別添1のQ23で「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」にかかる要件を満たす研修として示したものの以外に、以下の研修（平成30年度に実施されたものに限る）を修了した者は、「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」にかかる要件を満たすものと考えてよいか。（座学部分のみ要件を満たす研修として）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般財団法人ライフ・プランニング・センターによる「新リンパ浮腫研修」 ・特定非営利活動法人日本医療リンパドレナージ協会による「医師対象理論講習会」 	<p>A138 よい。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>(実習部分のみ要件を満たす研修として)</p> <ul style="list-style-type: none">・フランシラナチュラルセラピストスクール日本校による「認定「リンパ浮腫セラピスト」実技コース」・一般社団法人ICAAによる「一般社団法人ICAA認定リンパ浮腫専門医療従事者資格取得コース」・一般社団法人日本浮腫緩和療法協会による「日本浮腫緩和療法協会定期実技講座全コース課程」・特定非営利活動法人日本リンパドレナージスト協会による「リンパ浮腫セラピスト養成講座」実技105時間コース・日本DLM技術者会による「リンパ浮腫セラピスト「DVTM研修」(新リンパ浮腫研修対応コース)」・特定非営利活動法人日本医療リンパドレナージ協会による「新リンパ浮腫研修修了者対象実技講習会」・学校法人呉竹学園東京医療専門学校による「リンパ浮腫治療講習会A：リンパ浮腫治療・実技コース」・MLDトレーニングセンターによる「Dr. Vodder'sMLDリンパ浮腫治療専科課程(セラピー2&3)」・公益社団法人日本理学療法士協会及び一般社団法人日本作業療法士協会の共催による「リンパ浮腫複合的治療料実技研修会」・一般社団法人THAC医療従事者研究会による「リンパ浮腫セラピスト育成講座」 <p>(座学部分, 実習とも要件を満たす研修として)</p> <ul style="list-style-type: none">・公益財団法人がん研究会有明病院による「リンパ浮腫セラピスト養成講習会」・日本DLM技術者会による「リンパ浮腫セラピスト「DVTM研修」(年間コース)」・特定非営利活動法人日本リンパドレナージスト協会による「リンパ浮腫セラピスト養成講座」座学45時間, 実技105時間コース・学校法人呉竹学園東京医療専門学校による「リンパ浮腫治療講習会B：リンパ浮腫治療・座学実技コース」・特定非営利活動法人日本医療リンパドレナージ協会による「医療リンパドレナージセラピスト養成講習会」	

質問・未確定事項等	回 答
Q139 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準の(1)ウについて、「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」にかかる要件を満たす研修とは何か。	A139 関連学会・団体等による「リンパ浮腫研修運営委員会」が規定する基準を満たす研修をいう。
〔通院・在宅精神療法〕	
Q140 「I002」通院・在宅精神療法の注8に規定する療養生活環境整備指導加算は、在宅精神療法を算定している患者に対して療養生活環境を整備するための指導を行った場合は算定可能か。	A140 算定不可。
〔依存症集団療法〕	
Q141 「I006-2」依存症集団療法の「2 ギャンブル依存症の場合」の施設基準における依存症専門医療機関とは、何を指すのか。	A141 「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」(平成29年6月13日障発0613第4号)の別紙「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関 選定基準」に基づき都道府県等に選定された依存症専門医療機関をいう。
Q142 「I006-2」依存症集団療法の「2 ギャンブル依存症の場合」の施設基準におけるギャンブル依存症に対する適切な研修とは何を指すのか。	A142 現時点では、以下の研修である。 ・独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターの主催するギャンブル障害の標準的治療プログラム研修
〔精神科訪問看護・指導料〕	
Q143 「I012」精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)におけるGAF尺度による判定について、月の初日の訪問看護・指導が家族に対するものであり、当該月に患者本人への訪問看護・指導を行わなかった場合には、判定の必要はあるか。	A143 GAF尺度による判定は必要ない。ただし、家族への訪問看護・指導でありGAF尺度による判定が行えなかった旨を訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に記録すること。
Q144 「I012」精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)におけるGAF尺度による判定について、月の初日の訪問看護・指導が家族に対するものであり、患者本人には月の2回目以降に訪問看護・指導を行った場合には、いつの時点でGAF尺度による判定を行えばよいか。	A144 当該月において、患者本人に訪問看護・指導を行った初日に判定することで差し支えない。
〔精神科訪問看護指示料〕	
Q145 「I012-2」精神科訪問看護指示料について、「複数名訪問看護の必要性」について精神科訪問看護指示書に理由を記載するように変更されたところであるが、すでに交付している当該指示書について、令和2年4月1日から改めてこの様式の指示書に変更する必要があるか。	A145 令和2年3月31日以前に指示書を交付している場合については、改定後の様式による指示書の再交付は不要である。

質問・未確定事項等	回 答
〔静脈圧迫処置〕	
Q146 「J001-10」 静脈圧迫処置の施設基準における常勤医師の所定の研修とは具体的にどのようなものか。	A146 現時点では、日本静脈学会による「弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター講習会」及び「弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター講習会・静脈圧迫処置追加講習会」が該当する。
〔多血小板血漿処置〕	
Q147 「J003-4」 多血小板血漿処置の施設基準における関係学会等から示されている指針とは何を指すのか。	A147 現時点では、日本皮膚科学会の「多血小板血漿 (PRP) を用いた難治性皮膚潰瘍の治療について」又は多血小板血漿 (PRP) 療法研究会の「手順書:多血小板血漿 (PRP) を用いた難治性皮膚潰瘍の治療」を指す。
〔血漿交換療法〕	
Q148 「J039」 血漿交換療法について、家族性高コレステロール血症に対する血漿交換療法について、空腹時定常状態の血清 LDL コレステロール値が 370mg/dL を超えるホモ接合体で、PCSK9 阻害薬や MTP 阻害薬等の薬物療法の開始により血清 LDL コレステロール値が 370mg/dL 以下に下がった者は、当該療法の対象となるのか。	A148 家族性高コレステロール血症診療ガイドラインに記載されている LDL コレステロール管理目標値を踏まえ、血漿交換療法と薬物療法の併用が必要と判断される場合には、対象となる。
〔吸着式血液浄化法〕	
Q149 「日本救急医学会急性期 DIC 診断基準が4点以上の場合又はこれに準ずる場合。」とあるが、準ずる場合とは具体的に何を指すのか。	A149 医学的判断による。
〔経会陰的放射線治療用材料局所注入〕	
Q150 入院中の患者に対する放射線治療を行うにあたり、ハイドロゲル型の放射線治療用合成吸収性材料を使用した場合について、「J043-7」 経会陰的放射線治療用材料局所注入を放射線治療の一連として行った場合、ハイドロゲル型の放射線治療用合成吸収性材料を「M200」 特定保険医療材料として算定するのか	A150 算定する。
〔心不全に対する遠赤外線温熱療法〕	
Q151 「J047-3」 心不全に対する遠赤外線温熱療法に関する施設基準における医師の所定の研修とは具体的にどのようなものか。	A151 現時点では、和温療法研修センターによる「和温療法研修会」が該当する。

質問・未確定事項等	回答
〔手術通則〕	
<p>Q152 施設基準において、手術の実績件数に係る要件について、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合にも算定できるとされている手術については、内視鏡を用いて行った実績と内視鏡手術用支援機器を用いて行った実績とを合算して届け出てよいか。</p> <p>例 「K657-2」腹腔鏡下胃全摘術について、腹腔鏡を用いた実績が5例、内視鏡手術用支援機器を用いた実績が5例の場合は、腹腔鏡下胃全摘術及び腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る実績はどのように計算すればよいか。</p> <p>Q153 医科点数表第2章第10部手術の通則の19に関する施設基準に「当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。」とあるが、この研修とは具体的に何を指すのか。</p>	<p>A152 別に規定する場合を除き、内視鏡を用いて行った実績と内視鏡手術用支援機器を用いて行った実績とを合算してよい。ただし、「内視鏡手術用支援機器を用いる場合」に係る実績については、当該手術の実績のみで届け出ること。</p> <p>例の場合については、腹腔鏡下胃全摘術に係る実績は10例、腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る実績は5例とする。</p> <p>A153 現時点では、日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構が行う教育セミナーを指す。</p>
〔椎間板内酵素注入療法〕	
<p>Q154 「K134-4」椎間板内酵素注入療法に関する施設基準における関係学会より認定された施設とは具体的にどの学会が認定した施設なのか。</p>	<p>A154 現時点では、日本脊椎脊髄病学会及び日本脊髄外科学会が認定した施設を指す。</p>
〔頭蓋内電極植込術〕	
<p>Q155 「K181-6」頭蓋内電極植込術に関する施設基準における医師の所定の研修とは具体的にどのようなものか。</p>	<p>A155 現時点では、当該手術に係る医療機器の製造販売業者による「定位手術ロボット技術講習会」が該当する。</p>
〔顎関節人工関節全置換術〕	
<p>Q156 「K445-2」顎関節人工関節全置換術の施設基準における所定の研修とは何が該当するのか。</p>	<p>A156 現時点では、日本口腔外科学会、日本顎関節学会が作成した顎関節人工全置換術の適正臨床指針に定められたものを指す。</p>
〔不整脈手術〕	
<p>Q157 「K594」不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）に関する施設基準に「関係学会より認定された施設」とあるが、具体的には何を指すのか。また、「関係学会より示されている指針」とあるが、具体的には何を指すのか。</p>	<p>A157 当該手術を行うにあたって日本循環器学会が定める「左心耳閉鎖システムに関する適正使用指針」に示されている実施施設基準を満たしているものとして日本循環器学会より認定された施設を指す。また、「関係学会より示されている指針」は日本循環器学会が定める「左心耳閉鎖システムに関する適正使用指針」を指す。</p>

質問・未確定事項等	回 答
〔両心室ペースメーカー移植術〕	
Q158 「K598」両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び「K598-2」両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）に関する施設基準における医師の所定の研修とは具体的にどのようなものか。	A158 現時点では、日本不整脈心電学会による「ICD / CRT 合同研修セミナー」が該当する。
〔植込型除細動器移植術〕	
Q159 「K599」植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び「K599-2」植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）に関する施設基準における医師の所定の研修とは具体的にどのようなものか。	A159 現時点では、日本不整脈心電学会による「ICD / CRT 合同研修セミナー」が該当する。
〔両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術〕	
Q160 「K599-3」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）に関する施設基準における医師の所定の研修とは具体的にどのようなものか。	A160 現時点では、日本不整脈心電学会による「ICD / CRT 合同研修セミナー」が該当する。
〔経皮的シャント拡張術・血栓除去術〕	
Q161 「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3か月に3回以上実施した場合、3回目以降の手術に伴う薬剤料又は特定保険医療材料料は算定できるか。	A161 算定できない。
〔経皮的下肢動脈形成術〕	
Q162 「K616-6」経皮的下肢動脈形成術に係る施設基準の「日本IVR学会、日本心血管インターベンション治療学会又は日本血管外科学会により認定された施設」とはどのような施設か。	A162 日本IVR学会の専門医修練施設として認定された施設、日本心血管インターベンション治療学会の学会認定研修施設及び研修関連施設又は日本血管外科学会の心臓血管外科専門医認定機構認定修練施設として認定された施設を指す。
〔下肢静脈瘤血管内焼灼術〕	
Q163 「K617-4」下肢静脈瘤血管内焼灼術について、留意事項通知に「関係学会が示しているガイドライン」とあるが、具体的に何を指すのか。	A163 現時点では、日本静脈学会により作成された「下肢静脈瘤に対する血管内焼灼術のガイドライン2019」を指す。
〔同種死体臍島移植術〕	
Q164 「K709-6」同種死体臍島移植術の施設基準における「医療関係団体より認定された施設」とは、具体的には何を指すのか。	A164 現時点では、日本臍・臍島移植研究会により臍島分離・移植施設として認定された施設を指す。
Q165 「K709-6」同種死体臍島移植術に用いる健臍の採取については、「K709-2」移植用臍採取術（死体）を算定するのか。	A165 そのとおり。

質問・未確定事項等	回答
〔経尿道的尿管ステント留置術, 経尿道的尿管ステント抜去術〕	
Q166 既に留置された尿管ステントについて、内視鏡を用いて交換のみを行う場合はどのように算定すればよいか。	A166 尿管ステントの交換に当たり、「K783-2」経尿道的尿管ステント留置術と「K783-3」経尿道的尿管ステント抜去術を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。
〔経尿道的尿管ステント抜去術〕	
Q167 既に留置された尿管ステントについて、内視鏡を用いて抜去のみを行う場合はどのように算定すればよいか。	A167 「K783-3」経尿道的尿管ステント抜去術を算定する。
〔自動縫合器加算〕	
Q168 「K552」冠動脈、大動脈バイパス移植術及び「K552-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）について、「K936」自動縫合器加算の注1及び2の加算を併せて算定できるか。	A168 注に掲げる加算は、主たるもののみ算定する。
〔麻酔管理料（Ⅱ）〕	
Q169 「L010」麻酔管理料（Ⅱ）の施設基準で求める「麻酔中の患者の看護に係る適切な研修」には、どのようなものがあるか。	A169 現時点では、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下のいずれかの研修である。 ① 「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「動脈血液ガス分析関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「術後疼痛管理関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」の6区分の研修 ② 「術中麻酔管理領域パッケージ研修」 なお、①については、6区分全ての研修が修了した場合に該当する。
Q170 「L010」麻酔管理料（Ⅱ）について、担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合、当該行為に係る手順書は、麻酔科標榜医又は担当医師が作成する必要があるのか。	A170 そのとおり。
Q171 「L010」麻酔管理料（Ⅱ）について、担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合、具体的にどのような行為を実施できるのか。	A171 医師又は歯科医師が患者の病状や当該看護師の能力を勘案し、指示した診療の補助行為である。なお、Q169に示した研修に係る区分又は行為について実施する場合には、手順書に基づいて実施する必要がある。

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q172 「L010」麻酔管理料（Ⅱ）について、担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合には、「麻酔科標榜医又は担当医師と連携することが可能な体制が確保されていること」とされているが、具体的にはどのような体制を確保すればよいのか。</p>	<p>A172 特定行為研修修了者は、「看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲」「診療の補助の内容」「当該手順書に係る特定行為の対象となる患者」「特定行為を行うときに確認すべき事項」「医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制」「特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法」が記載された手順書に基づき特定行為を実施することとされており、麻酔科標榜医等との連携は当該手順書に基づき実施されていれば満たされるものである。</p>
<p>〔遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、画像誘導密封小線源治療加算〕</p>	
<p>Q173 遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に掲げる「その他の技術者」とは、具体的に何を指すのか。</p>	<p>A173 医学物理士等を指す。</p>
<p>〔横断的事項〕</p>	
<p>Q174 週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算による配置が可能である項目について、週3日以上かつ週22時間以上の隔週勤務者を組み合わせてもよいか。</p>	<p>A174 隔週勤務者は常勤換算の対象にならない。</p>
<p>Q175 安全管理の責任者等で構成される委員会、院内感染防止対策委員会及び医療安全対策加算に規定するカンファレンスについて、対面によらない方法でも開催可能とするとされたが、具体的にはどのような実施方法が可能か。</p>	<p>A175 例えば、書面による会議や、予め議事事項を配布しメール等で採決をとる方法、電子掲示板を利用する方法が可能である。ただし、議事について、構成員が閲覧したことを確認でき、かつ、構成員の間で意見を共有できる方法であること。</p>
<p>〔特定保険医療材料〕</p>	
<p>Q176 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」のⅠの3の031「腎瘻又は膀胱瘻用材料」の（4）について、医学的な必要性から経皮的腎瘻造設・膀胱瘻造設キットを用いた場合はどのように算定するのか。</p>	<p>A176 腎瘻又は膀胱瘻用材料については、いずれも原則として1個を限度として算定するが、医学的な必要性からキットを用いた場合等、2個以上算定するときは、その詳細な理由及び使用したキットの名称を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p>
<p>〔入院時食事療養費〕</p>	
<p>Q177 入院時食事療養費に係る検食は、医師、管理栄養士、栄養士のいずれかが実施すれば、よいのか。</p>	<p>A177 そのとおり。</p>

質問・未確定事項等	回 答
【給付調整】	
<p>Q178 療養病棟療養環境加算の施設基準である食堂等の床面積について、介護医療院と共用する食堂等の床面積を算入しても良いか。</p>	<p>A178 算入して差し支えない。</p>
【入院基本料に係る掲示】	
<p>Q179 看護要員の対患者割合や看護要員の構成について、「A101」療養病棟入院基本料の注12の夜間看護加算及び「A106」障害者施設等入院基本料の注9の看護補助加算に係る内容も掲示する必要があるか。</p>	<p>A179 掲示していなくても差し支えない。</p>
【初・再診時の特別の料金】	
<p>Q180 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の対象範囲の拡大について、定額負担を徴収しなかった場合の「特別の料金を徴収した患者数並びに特別の料金を徴収しなかった場合における当該患者数及びその理由」について、記録し毎年の定例報告の際に厚生局へ報告することとなったが、当該記録及び報告については、令和2年4月1日以降に来院した患者が対象となるのか。</p>	<p>A180 そのとおり。なお、当該記録及び報告の対象となる保険医療機関は、初診又は再診に係る特別の料金を徴収するものとして地方厚生（支）局長に報告した一般病床数が200床以上の保険医療機関である。 また、令和2年7月の報告に限り、令和2年4月以降の3月間の実績を報告するものとする。</p>
【白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給】	
<p>Q181 「白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給」について、関係学会から示されている指針に基づき適切に実施するとあるが、「関係学会等から示されている指針」とは何を指すのか。</p>	<p>A181 日本眼科学会の「多焦点眼内レンズに係る選定療養に関する指針」を指す。</p>
<p>Q182 「白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給」に必要な検査に係る費用について、特別の料金として患者から徴収可能とあるが、「必要な検査」とは何を指すのか。</p>	<p>A182 「D263-2」コントラスト感度検査及び「D265-2」角膜形状解析検査を指す。なお、医科点数表に規定する当該検査の算定要件に合致する患者に対して、当該検査を実施する場合には、予め定めた特別の料金から当該検査に係る費用を控除した額を患者から徴収し、医科点数表の規定に従って当該検査を算定すること。</p>

質問・未確定事項等	回 答
Q183 「白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給」に係る特別の料金については、保険医療機関が自由に設定して良いか。	A183 特別の料金は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの費用から医科点数表に規定する水晶体再建術において使用する眼内レンズ（その他のものに限る。）の費用を控除した額及び眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に必要な検査に係る費用を合算したものを標準として、社会的にみて妥当適切な範囲の額を保険医療機関が独自に設定できる。 なお、特別の料金を徴収しようとする保険医療機関は、地方厚生（支）局長への報告が必要である。

DPC 関係

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。
〔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による算定か、医科点数表による算定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。
Q2-3 午前0時をまたがる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 算定の対象外となる病棟から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、厚生労働大臣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が、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。

質問・未確定事項等	回 答
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、その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 保険適用となる以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。
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、医療保険を使用す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対象病院において「A400」短期滞在手術等基本料2又は3の対象手術等を実施した患者については、どのような算定となるのか。	A2-15 DPC対象病院においては、DPC／PDPSによる算定を行う病床に限らず全ての病床において当該点数は算定できない。

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q2-16 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引きにおいて「DPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。」とあるが、例えば短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を実施して入院から4日目に退院した患者であって、当該期間中に短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を複数実施した場合も対象から除外されるのか。</p>	<p>A2-16 除外されない。基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件に準じて、短期滞在手術等基本料2又3が算定できない場合は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から除外されない。</p>
<p>〔3. 診断群分類区分の適用の考え方について〕</p>	
<p>〔「医療資源を最も投入した傷病名」について〕</p>	
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>A3-1-2 そのとおり。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>A3-1-4 そのとおり。</p>
<p>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。</p>	<p>A3-1-5 あり得る。</p>
<p>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「〇〇骨折」でよいか。</p>	<p>A3-1-6 「〇〇骨折」でよい。</p>
<p>Q3-1-7 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するにあたり、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。</p>	<p>A3-1-7 含めることはできない。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q3-1-8 「疑い病名」により、診断群分類区分を決定してよいのか。</p> <p>Q3-1-9 医療資源を最も投入した傷病名として「U07.1 COVID-19」を選択した患者については、どのような算定となるか。</p>	<p>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。</p> <p>A3-1-9 医科点数表により算定する。診療報酬明細書の摘要欄に「U07.1」と記載すること。</p>
<p>〔「手術」について〕</p>	
<p>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のか。</p> <p>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。</p> <p>Q3-2-3 「K678」体外衝撃波胆石破碎術（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。</p> <p>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。</p> <p>Q3-2-5 手術の有無による分岐の決定において、「K920-2」輸血管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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>A3-2-2 選択することができる。</p> <p>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」体外衝撃波胆石破碎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」欄に記載する必要がある。</p> <p>A3-2-4 「手術あり」を選択する。ただし、「K920-2」輸血管管理料のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。</p> <p>A3-2-5 そのとおり。</p> <p>A3-2-6 そのとおり。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>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」として選択すべきか。</p> <p>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。</p>	<p>A3-2-7 そのとおり。</p> <p>A3-2-8 そのとおり。</p>
<p>〔「手術・処置等1・2」について〕</p>	
<p>Q3-3-1 「D291-2」小児食物アレルギー負荷検査を9歳以上の患者に対して行った場合、食物アレルギー（診断群分類080270）の「手術・処置等1」は「あり」を選択するのか。</p>	<p>A3-3-1 「なし」を選択する。</p>
<p>Q3-3-2 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 1 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）神経根ブロック」には、他に医科点数表に示されている「トータルスピナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。</p>	<p>A3-3-2 含まれない。「L100 2 神経ブロック 腰部硬膜外ブロック」「L100 5 神経ブロック 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。</p>
<p>Q3-3-3 手術に伴った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）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。</p>	<p>A3-3-3 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。</p>
<p>Q3-3-4 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。</p>	<p>A3-3-4 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。</p>
<p>Q3-3-5 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。</p>	<p>A3-3-5 選択することができる。</p>
<p>Q3-3-6 診断群分類区分の決定にあたり、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。</p>	<p>A3-3-6 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、在宅医療での処方含まれていない。</p>
<p>Q3-3-7 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。</p>	<p>A3-3-7 化学療法に含まれない。</p>

質問・未確定事項等	回答
<p>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。</p>	<p>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。質問の例では、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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。)</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>Q3-3-13 肺の悪性腫瘍(040040)において「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、「手術・処置等2」において、どの分岐の区分を選択するのか。</p>	<p>A3-3-13 肺の悪性腫瘍(040040)の場合、「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「手術・処置等2」欄中、「カルボプラチン+パクリタキセルあり」を選択する。</p>
<p>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。</p>	<p>A3-3-14 そのとおり。その際は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。</p>

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」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」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」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」となるということか。	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、治療の有無に係わらず「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 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、4月1日以前から入院している患者については、4月1日から5月31日までの2か月間は医科点数表により算定し、6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 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、改定前の4月1日以前から入院している患者が4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。
【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る。また、機能評価係数Ⅱは毎年度(4月1日)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。
Q5-4 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。	A5-4 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(臨床研修病院入院診療加算及びデータ提出加算に係るものは除く。)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。

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q5-5 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)</p>	<p>A5-5 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。</p>
<p>Q5-6 「A204-2」臨床研修病院入院診療加算について「実際に臨床研修を実施している月に限り加算できる」とあるが、臨床研修を実施している月と実施していない月で係数が異なることになるのか。</p>	<p>A5-6 そのとおり。</p>
<p>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。</p>	<p>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出来る。ただし、入院日Ⅲを超えた日の前日の属する週また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。</p>
<p>Q5-8 第2部入院料等の通則8に掲げる栄養管理体制に係る減算に該当する場合、入院日Ⅲまでの期間は当該機能評価係数Iを合算して包括算定するが、入院日Ⅲを超えた日以降は医科点数表に基づき1日につき40点を減じて算定するのか。</p>	<p>A5-8 そのとおり。</p>
<p>Q5-9 「A245」データ提出加算の算定日が入院中1回(原則として退院時)から、入院初日に変更となったが、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。</p>	<p>A5-9 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。</p>
<p>Q5-10 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。また、②DPC算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、③DPC算定病棟(包括評価の対象外)にお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。</p>	<p>A5-10 いずれの場合も、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。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q5-11 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か。また、②DPC算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、データ提出加算3又は4はどのように算定するか。</p>	<p>A5-11 いずれの場合も、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、令和2年4月1日以降、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。</p>
<p>〔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〕</p>	
<p>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、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)</p>	<p>A6-1 算定することができない。</p>
<p>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)</p>	<p>A6-2 算定することができる。</p>
<p>Q6-3 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。</p>	<p>A6-3 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。</p>
<p>Q6-4 医科点数表の「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。</p>	<p>A6-4 「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。</p>
<p>Q6-5 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則1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。</p>	<p>A6-5 算定することができる。</p>
<p>Q6-6 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則3に定める当該保険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。</p>	<p>A6-6 算定することができる。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q6-7 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。</p>	<p>A6-7 合算した点数を算定することができる。</p>
<p>Q6-8 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。</p>	<p>A6-8 算定することができない。</p>
<p>Q6-9 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。</p>	<p>A6-9 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。</p>
<p>Q6-10 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。</p>	<p>A6-10 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。</p>
<p>Q6-11 「D206」心臓カテーテル法による諸検査の注8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。</p>	<p>A6-11 算定することができない。</p>
<p>Q6-12 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。</p>	<p>A6-12 算定することができない。</p>
<p>Q6-13 包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注書き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はできるか。</p>	<p>A6-13 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。</p>
<p>Q6-14 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。</p>	<p>A6-14 算定することができない。</p>
<p>Q6-15 入院を必要とする侵襲的処置を含む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。</p>	<p>A6-15 「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。</p>

質問・未確定事項等	回 答
Q6-16 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。	A6-16 そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。
Q6-17 第9部処置の通則に規定された休日加算、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きの後であっても算定できるとされているが、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。	A6-17 算定することができる。
Q6-18 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などの処置料に係る加算点数を算定することができるか。	A6-18 算定することができる。
Q6-19 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か。	A6-19 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。
Q6-20 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できないのか。	A6-20 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。
Q6-21 「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か。	A6-21 「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。
Q6-22 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。	A6-22 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。
Q6-23 「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を実施した場合、注7に掲げる加算は算定できるのか。	A6-23 算定することができる。
Q6-24 「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。	A6-24 そのとおり。
Q6-25 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。	A6-25 含まれない。

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q6-26 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。</p>	<p>A6-26 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。</p>
<p>Q6-27 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「血液凝固第Ⅶ因子製剤(エプタコグアルファ(活性型)(遺伝子組換え))」は出来高で算定することができるのか。</p>	<p>A6-27 算定できる。</p>
<p>〔7. 特定入院料の取扱いについて〕</p>	
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>Q7-2 「A301」特定集中治療室管理料を14日算定していた患者が引き続き「A301」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。</p>	<p>A7-2 そのとおり。</p>
<p>Q7-3 一度目の入院時に「A300」救命救急入院料を限度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7日以内に再入院した場合で「救命救急入院料」算定可能病室に入室した際、限度日数までの「A300」救命救急入院料は算定可能となるのか。</p>	<p>A7-3 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。</p>
<p>Q7-4 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、退院期間中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している場合、退院期間中の日数は「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。</p>	<p>A7-4 そのとおり。</p>
<p>Q7-5 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。</p>	<p>A7-5 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。なお、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。</p>

質問・未確定事項等	回答
〔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〕	
<p>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。</p>	<p>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も算定することができない。</p>
<p>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。</p>	<p>A8-2 算定することができる。</p>
<p>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。</p>	<p>A8-3 算定することができる。</p>
<p>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。</p>	<p>A8-4 算定することができる。</p>
〔9. 同一傷病での再入院の取扱いについて〕	
<p>Q9-1 包括評価の対象患者が退院日同日に同一保険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」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。</p>	<p>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をする場合など、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場合の再入院については、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数表により包括される点数は算定できないものとする。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p>
<p>Q9-3 再入院の際の「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、または診断群分類180040に定義されたICDコードを選択した場合、7日以内の再入院では、ICD10コードが異なっても「一連」とみなすのか。</p>	<p>A9-3 そのとおり。</p>
<p>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良いか。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>A9-6 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。</p>
<p>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。</p>	<p>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で転棟日から起算して7日以内に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。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>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</p> <p>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、030011唾液腺の悪性腫瘍、030012上咽頭の悪性腫瘍のように、診断群分類の上6桁が03001xとして同一となる場合は、同一として一連の入院として取り扱うか。</p>	<p>A9-8 そのとおり。</p> <p>A9-9 一連の入院として取り扱う。</p>
<p>〔10. 退院時処方取扱いについて〕</p>	
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>Q10-4 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日もしく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。</p> <p>Q10-5 「フォルテオ皮下注キット600μg」について、入院中に薬剤料を算定する場合は、フォルテオ皮下注キット600μgの薬価を28(日分)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされているが、入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600μgについて、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事は可能か。</p>	<p>A10-1 算定することができない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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は取り下げる事。</p> <p>A10-5 入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600μg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、退院時に処方したものとして差し支えない。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q10-6 Q10-5で入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600μg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。</p> <p>Q10-7 介護老人福祉施設に退院する場合、退院時処方の薬剤料は別に算定することができるのか。</p>	<p>A10-6 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。</p> <p>A10-7 算定することができる。</p>
<p>【11. 対診・他医療機関受診の取扱いについて】</p>	
<p>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。</p> <p>Q11-2 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険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、入院中の保険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。</p> <p>Q11-3 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険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、入院中の保険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。</p> <p>Q11-4 DPC算定病棟に入院中の患者が、他の保険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、他の保険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いるがよいか。</p>	<p>A11-1 DPC算定病棟に入院している患者が、他の保険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・再診料及び往診料は除く。)は、当該保険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で算定していても)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。</p> <p>A11-2 算定することができる。ただし、この場合、診断群分類区分の選定については他の保険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。</p> <p>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、他の保険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。</p> <p>A11-4 よい。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>Q11-5 DPC 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険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保険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。</p>	<p>A11-5 算定することができる。また、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険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。</p>
<p>Q11-6 DPC 算定病棟に入院中の患者が他の保険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保険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。</p>	<p>A11-6 算定することができない。</p>
<p>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、入院中の保険医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。</p>	<p>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。</p>
<p>Q11-8 DPC 算定病棟に入院中の患者に対し診を実施した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険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保険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。</p>	<p>A11-8 算定することができない。</p>
<p>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。</p>	<p>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）。</p> <p>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。）</p>
<p>〔12. データ提出加算について〕</p>	
<p>Q12-1 「DPC 導入の影響評価に係る調査」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。</p>	<p>A12-1 「DPC 導入の影響評価に係る調査」の提出（データの再照会に係る提出も含む。）で提出方法不備、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。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>〔13. 診療報酬の調整等について〕</p>	
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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毎に確定するため、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。</p>
<p>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。</p>	<p>A13-4 そのとおり。</p>
<p>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。</p>	<p>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、当該入院すべてを医科点数表に基づき再請求をする。</p>
<p>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。</p>	<p>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、前月分を当該診断群分類区分により再請求する。</p>
<p>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。</p>	<p>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すべてを医科点数表に基づき算定をする。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>

質問・未確定事項等	回 答
<p>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。</p> <p>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によいか。</p>	<p>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。</p> <p>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、退院時までには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。</p>
<p>〔14. 令和2年度改定に係る経過措置について〕</p>	
<p>Q14-1 改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定後そうではなくなり、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。</p> <p>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するのか。</p> <p>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3月中に実施した場合で4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。</p> <p>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、4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) 2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4月分の請求。 (例2) 2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4月分の請求。</p>	<p>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、診断群分類区分をツリー図上の分岐の区分に従い決定する。改定後も引き続き告示が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。</p> <p>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。</p> <p>A14-3 選択することができる。</p> <p>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。</p>

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4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3月31日で終了しているため、4月1日以降の診療報酬から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」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が対象となるのか。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 保険者毎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、3月診療分DPCレセプトの「今回退院年月日」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3月31日で実施するが、入院しているため「今回退院年月日」及び「転帰」欄は空白(記載不要)とする。
Q15-11 令和2年3月以前から継続して入院している患者で、3月に分岐に係る手術等を行った場合、4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 3月に実施した手術等について、4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、3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あたり、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の加算に該当するため、造血幹細胞採取にあ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の点数に当該薬剤の点数を加算する。

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 ―― 令和元年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	909,061 件	104.4%	103.7%	974,944 件	101.4%	101.6%
歯 科	222,719 件	104.4%	103.7%	195,247 件	102.5%	104.6%
調 剤 報 酬	470,822 件	104.6%	106.1%	526,974 件	102.8%	103.5%
訪 問 看 護	4,025 件	98.4%	114.4%	5,444 件	102.1%	116.6%
医 科 歯 科 計	1,606,627 件	104.4%	104.4%	1,702,609 件	102.0%	102.6%

※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（元年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	11.3 日	1.6 日	69,740.5 点	1,690.5 点	6,164.8 点	1,054.8 点
	7割	10.6 日	1.5 日	72,815.6 点	1,727.6 点	6,850.8 点	1,152.0 点
本人		8.7 日	1.4 日	56,086.7 点	1,235.1 点	6,442.7 点	896.8 点
家族	7割	10.2 日	1.4 日	52,530.9 点	1,088.9 点	5,138.2 点	777.1 点
	8割	6.5 日	1.5 日	44,774.0 点	933.8 点	6,861.4 点	615.9 点
生保		17.7 日	2.0 日	53,395.7 点	1,913.1 点	3,020.6 点	937.4 点

(2) 国保分（元年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		14.0 日	1.6 日	62,745.4 点	1,627.3 点	4,489.4 点	1,045.5 点
退職		－（※）	1.5 日	60,887.0 点	1,687.9 点	－（※）	1,143.2 点
後期		16.8 日	1.8 日	60,756.1 点	1,904.1 点	3,622.8 点	1,032.0 点
平均		15.9 日	1.7 日	61,365.1 点	1,772.6 点	3,856.6 点	1,037.9 点

※「退職」の入院日数が過誤調整により0以下となったため算出不能

3. 国保連合会における診療科別平均点数

(1) 国保一般(元年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	12.8日	1.5日	65,863.5点	1,994.9点	5,128.3点	1,358.2点
精神科	27.1日	1.7日	38,335.7点	1,159.7点	1,414.8点	699.0点
神経科	28.3日	1.9日	35,613.1点	1,545.1点	1,259.6点	815.0点
呼吸器科	0.0日	1.4日	0.0点	1,078.1点	0.0点	750.7点
消化器科	0.0日	1.5日	0.0点	1,247.8点	0.0点	843.9点
胃腸科	19.2日	1.5日	38,135.8点	1,043.5点	1,986.2点	701.3点
循環器科	0.0日	1.4日	0.0点	1,277.8点	0.0点	917.0点
小児科	30.0日	1.4日	59,904.7点	839.7点	1,996.8点	585.9点
外科	13.2日	1.7日	62,165.1点	1,477.8点	4,725.9点	868.8点
整形外科	18.1日	2.7日	78,068.7点	1,216.4点	4,309.8点	448.2点
形成外科	30.0日	1.3日	64,310.9点	1,178.6点	2,143.7点	879.5点
脳外科	16.6日	1.7日	58,906.5点	1,298.2点	3,548.1点	773.1点
皮膚科	0.0日	1.2日	0.0点	550.0点	0.0点	443.0点
泌尿器科	9.8日	2.0日	58,712.0点	3,448.8点	5,983.4点	1,749.8点
肛門科	2.4日	1.5日	5,569.0点	1,097.1点	2,344.8点	736.5点
産婦人科	4.2日	1.5日	14,192.8点	1,065.5点	3,363.7点	719.7点
眼科	2.4日	1.2日	26,661.6点	1,070.2点	11,180.7点	908.9点
耳鼻咽喉科	2.0日	1.6日	54,806.1点	797.8点	27,403.0点	504.8点
放射線科	0.0日	1.0日	0.0点	4,028.3点	0.0点	3,908.6点
麻酔科	0.0日	1.7日	0.0点	1,076.3点	0.0点	638.7点

※各科名は第1標榜科目。

(2) 国保後期(元年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	15.9日	1.7日	62,355.5点	2,130.0点	3,911.6点	1,253.6点
精神科	27.9日	1.7日	36,320.4点	1,384.1点	1,302.8点	806.6点
神経科	29.3日	1.8日	35,187.8点	1,547.6点	1,202.9点	872.9点
呼吸器科	0.0日	1.7日	0.0点	1,445.3点	0.0点	830.7点
消化器科	0.0日	1.9日	0.0点	1,578.6点	0.0点	829.7点
胃腸科	24.6日	1.9日	49,498.4点	1,295.7点	2,009.0点	674.8点
循環器科	0.0日	1.7日	0.0点	1,836.6点	0.0点	1,092.0点
小児科	0.0日	1.4日	0.0点	1,190.7点	0.0点	825.4点
外科	19.0日	2.2日	55,435.3点	1,595.1点	2,919.2点	733.6点
整形外科	19.2日	3.4日	73,003.5点	1,477.1点	3,795.3点	439.0点
形成外科	27.4日	1.8日	59,252.9点	1,461.7点	2,163.7点	794.1点
脳外科	22.5日	1.8日	55,414.8点	1,496.5点	2,461.4点	832.5点
皮膚科	0.0日	1.3日	0.0点	618.2点	0.0点	468.5点
泌尿器科	11.0日	2.2日	54,466.3点	4,076.1点	4,931.7点	1,835.9点
肛門科	1.3日	1.5日	8,794.0点	1,042.2点	7,035.2点	673.2点
産婦人科	0.0日	1.5日	0.0点	1,185.9点	0.0点	793.3点
眼科	2.9日	1.2日	28,730.3点	1,301.4点	9,945.1点	1,078.3点
耳鼻咽喉科	2.0日	1.9日	5,244.0点	872.9点	2,622.0点	456.3点
放射線科	0.0日	1.1日	0.0点	4,480.5点	0.0点	4,227.1点
麻酔科	0.0日	2.0日	0.0点	1,394.9点	0.0点	701.1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・診療科別元年8月診療分平均点数(外来)

医療機関別		医療保険								
		本人			家族 <small>※上段 7割 下段 未就学者</small>			高齢受給者 <small>※上段 一般 下段 7割</small>		
		点/件	日/件	点/日	点/件	日/件	点/日	点/件	日/件	点/日
総合計		1,204	1.4	885	1,081	1.4	781	1,576	1.5	1,031
病院計		2,294	1.4	1,667	849	1.5	578	1,653	1.5	1,118
経営主体					2,135	1.4	1,500	2,766	1.5	1,834
経営主体	国公立病院	2,683	1.4	1,984	1,371	1.4	985	2,907	1.5	1,950
					2,301	1.4	1,683	3,234	1.5	2,195
	大学病院	3,731	1.3	2,813	1,441	1.3	1,069	3,489	1.5	2,375
					2,984	1.3	2,253	4,151	1.4	2,897
	法人病院	1,703	1.4	1,215	1,964	1.3	1,555	4,038	1.4	2,832
					1,692	1.5	1,121	2,127	1.5	1,374
個人病院	1,384	1.4	983	1,110	1.5	747	2,157	1.5	1,414	
				1,474	1.4	1,020	1,568	1.6	975	
診療所計		883	1.4	652	891	1.5	593	1,507	1.6	967
診療科別					787	1.4	573	1,115	1.5	725
診療科別	内科	999	1.3	793	749	1.5	505	1,126	1.5	764
					951	1.3	725	1,193	1.4	883
	小児科	715	1.2	586	791	1.4	570	1,206	1.3	911
					785	1.3	615	801	1.3	632
	外科	1,117	1.4	770	818	1.6	525	812	1.3	623
					1,121	1.5	750	1,226	1.7	702
	整形外科	939	2.1	450	817	1.6	527	1,218	1.6	756
					1,008	2.1	483	1,087	2.7	404
	皮膚科	499	1.2	403	1,007	1.5	666	1,044	2.6	405
					475	1.3	369	525	1.3	395
	産婦人科	945	1.5	641	484	1.3	384	519	1.3	398
					898	1.5	602	777	1.3	583
	眼科	693	1.1	621	666	1.4	472	891	1.4	622
					586	1.1	523	1,122	1.2	924
	耳鼻咽喉科	676	1.3	511	619	1.2	522	1,204	1.2	982
					607	1.3	451	693	1.6	429
	その他	1,027	1.4	755	733	1.7	441	730	1.6	466
					993	1.4	717	1,214	1.4	886
					879	1.4	629	1,241	1.3	942

(2) 経営主体別・診療科別元年8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		51,154	8.4	6,093	48,642	10.4	4,698	61,804	12.4	4,988
					42,698	6.4	6,697	62,525	10.2	6,139
病院計		54,808	8.7	6,269	52,150	10.9	4,792	62,976	12.5	5,026
					47,680	6.8	7,041	63,755	10.3	6,178
経営主体	国公立病院	54,984	8.3	6,604	50,869	9.2	5,503	63,403	10.7	5,945
					46,371	6.6	6,977	64,070	9.4	6,847
	大学病院	70,883	9.1	7,830	67,934	9.0	7,533	74,121	10.3	7,227
					80,248	9.1	8,781	75,559	9.6	7,846
	法人病院	48,011	9.0	5,314	46,654	13.4	3,469	59,559	14.8	4,024
					28,676	5.5	5,247	57,963	11.5	5,033
	個人病院	29,747	8.1	3,670	34,732	14.4	2,407	35,907	16.0	2,243
					9,885	4.4	2,256	41,051	15.5	2,642
診療所計		15,913	5.0	3,154	15,361	5.3	2,874	27,702	8.3	3,348
					3,939	3.3	1,197	27,551	6.3	4,347
診療科別	内科	15,474	4.2	3,705	19,621	7.4	2,666	26,060	10.1	2,591
					4,785	2.9	1,664	29,396	7.3	4,047
	小児科	7,597	6.2	1,219	7,181	5.5	1,310	-	-	-
					7,559	3.6	2,084	-	-	-
	外科	18,894	4.8	3,943	25,927	5.4	4,822	21,833	8.7	2,500
					54,886	5.0	10,977	12,833	4.4	2,922
	整形外科	41,975	10.4	4,031	46,525	8.8	5,289	42,156	13.2	3,187
					19,472	11.4	1,704	47,836	13.7	3,504
	皮膚科	18,376	13.0	1,414	28,514	31.0	920	20,036	11.5	1,742
					-	-	-	-	-	-
	産婦人科	11,322	5.0	2,284	10,819	5.0	2,178	6,913	1.6	4,321
					3,765	3.3	1,143	-	-	-
	眼科	22,012	2.7	8,164	21,538	2.6	8,189	20,543	2.5	8,197
					11,251	2.0	5,626	21,128	2.9	7,403
	耳鼻咽喉科	31,542	2.4	12,961	45,922	2.7	16,766	38,299	3.3	11,784
					13,719	1.7	7,953	50,668	2.0	25,334
その他	19,131	4.6	4,160	23,882	6.5	3,649	26,660	8.1	3,311	
				21,090	2.8	7,669	25,768	6.5	3,987	

地域医療部通信

妊婦健診の公費負担単価の改定について

京都府内の市町村より受託しております妊婦健康診査の単価について、令和2年の診療報酬改定を踏まえた価格が以下のように決まっております。本健診の実施並びに請求に際してはご注意ください。

また、本年度の4月より多胎妊婦健康診査支援事業が開始されます。これは多胎妊婦が単胎にくらべ早産等のリスクが高く、基準(14回)を超える健診(20回)が必要とされることから、追加で受診する6回分の健診費用を公費負担とするものです。令和2年度において多胎妊婦健診事業を実施する市町村は下記のとおりです。

妊婦健康診査、産婦健康診査の
実施状況等について

	各健診の実施予定状況	
	契約区分	多胎妊婦(4/1)
京都市	妊産婦	実施
向日市	妊婦	実施
長岡京市	妊婦	実施
大山崎町	妊婦	実施
宇治市	妊婦	実施
城陽市	妊婦	実施
久御山町	妊婦	実施
八幡市	妊婦	(R2年度内実施)
京田辺市	妊産婦	実施
井手町	妊婦	実施
宇治田原町	妊産婦	実施
木津川市	妊婦	実施
笠置町	妊産婦	実施

	各健診の実施予定状況	
	契約区分	多胎妊婦(4/1)
和束町	妊婦	(R2年度内実施)
精華町	妊婦	実施
南山城村	妊婦	—
亀岡市	妊婦	実施
南丹市	妊産婦	実施
京丹波町	妊産婦	実施
福知山市	妊産婦	実施
舞鶴市	妊産婦	実施
綾部市	妊産婦	実施
宮津市	妊産婦	実施
京丹後市	妊産婦	実施
伊根町	妊産婦	実施
与謝野町	妊産婦	実施

令和2年度 京都府・京都市 風しん抗体検査(妊娠希望者等対象)の公費負担について ～協力医療機関募集のお知らせ～

京都府・京都市では平成26年4月から公費で実施している風しん抗体検査(妊娠希望者等対象)を令和2年度においても下記のとおり実施します。

ご協力いただける医療機関におかれましては、承諾書(次頁)に必要事項をご記入・ご捺印の上、地域医療3課(FAX:075-354-6097)までご送信くださいますようお願いいたします。

なお、平成26年度以降、既に承諾書を御提出いただいております、引き続きご協力いただける場合は、あらためて承諾書をご提出いただく必要はありません。

記

1 事業実施期間

令和2年4月1日～令和3年3月31日

2 事業の概要

(1) 公費負担の対象者

京都府民(京都市民を含む)で、次のいずれかに該当する者

①主として妊娠を希望する女性

②風しん抗体価が低い妊婦の同居者(配偶者等)

※ただし明らかに風しんの予防接種歴(2回以上)がある者、もしくは検査で確定診断を受けた風しんの既往歴のある者は除く。

(2) 検査方法

原則として赤血球凝集抑制法(HI法)

(3) 自己負担額

なし(無料)

(4) 委託単価

検査費用1件あたり6,567円

(5) その他

本事業にご協力いただける医療機関には別途必要書類を送付します。

3 請求方法

(1) 検査対象者が京都市民の場合は、国保連合会に請求。

(2) 検査対象者が京都市民以外の京都府民の場合は、請求書および報告書(京都府所定の様式)を京都府健康対策課に直接郵送。

【本件に関するお問い合わせ先】

京都府健康対策課 TEL:075-414-4734

京都市医療衛生企画課 TEL:075-222-4421

京都府医師会地域医療3課 TEL:075-354-6134

地域医療3課宛て (FAX: 075-354-6097)

承 諾 書

京都府・京都市風しん抗体検査(妊娠希望者等対象)に協力することを承諾いたします。

令和 年 月 日

医療機関名	
医療機関所在地	〒
電話番号	TEL — —
FAX番号	FAX — —
管理者名 (署名・押印)	①

※ 医療機関名を公表することに 同意する ・ 同意しない

(どちらかをご選択いただき、○で囲んでください。)

令和2年度京都市風しん任意予防接種(妊娠希望者等対象)の一部公費負担の実施について ～協力医療機関募集のお知らせ～

京都市では、令和2年度においても、平成25年7月1日から臨時的措置として実施している風しん任意予防接種(妊娠希望者等対象)の一部公費負担を、下記のとおり実施します。

ご協力いただける医療機関におかれましては、承諾書に必要事項をご記入の上、地域医療3課(FAX:075-354-6097)までご送信くださいますようお願いいたします。

なお、平成25年度以降の実施において既に承諾書をご提出いただいております、引き続きご協力いただける場合は、あらためて承諾書をご提出いただく必要はありません。

1 事業実施期間

令和2年4月1日～令和3年3月31日

2 事業の概要

(1) 公費負担の対象者

京都市民で、次のいずれかに該当する者

- ① 主として妊娠を希望する女性のうち、抗体価の低い者等
- ② 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者等のうち、抗体価の低い者等

(2) 接種ワクチン

MR ワクチン

(3) 自己負担額

3,500円

(4) 接種費用および委託単価

接種費用1件あたり10,500円

(うち委託単価7,000円 自己負担額3,500円 ワクチン代等を含む。)

(5) その他

本事業にご協力いただける医療機関には、別途必要書類を送付します。

【留意事項】

専用の予診票を使用してください。請求については、月ごとに「予防接種受託報酬請求書」および「予防接種券」を、接種を行った月の翌月の10日までに京都府国民健康保険団体連合会へ送付してください。

【お問い合わせ先】

京都市医療衛生企画課

TEL:075-222-4421

京都府医師会地域医療3課

TEL:075-354-6134

地域医療3課宛て (FAX: 075-354-6097)

承 諾 書

京都市風しん任意予防接種(妊娠希望者等対象)に協力することを承諾いたします。

令和 年 月 日

京 都 市 長 様

医 療 機 関 名	
医 療 機 関 所 在 地	〒
電 話 / FAX 番 号	TEL - - FAX - -
承 諾 医 師 名 (署名・押印)	④
※ 承諾医師が複数の場合、すべての医師名をご記入いただき、あわせて押印いただきますようお願いいたします。	

※ 医療機関名を公表することに 同意する ・ 同意しない

(どちらかをご選択いただき、○で囲んでください。)

京都市

新生児聴覚検査費用助成事業の実施について

京都市では、新生児聴覚検査の受検を通じて、すべての子どもたちが健全に成長できるよう、令和2年4月1日以降に出生した新生児を対象に、新生児聴覚検査の費用の一部について公費負担を行う「新生児聴覚検査費用助成事業」を開始します。

1 新生児聴覚検査費用助成事業

(1) 対象者

令和2年4月1日以降に出生した京都市内に住民票を有する(予定を含む)生後28日以内の新生児。(※被保護世帯を除く)

ただし、長期入院等の理由で、やむを得ず生後28日以内に新生児聴覚検査が受検できない場合は、この限りではありません。

(※ 生活保護を受給されている方については、検査費用が生活保護費(出産扶助)から支給されるため、本事業の対象にはなりません。生活保護を受給されている方の検査費用については、お住まいの区・支所の生活福祉課にご請求ください。)

(2) 公費負担の対象となる検査、公費負担上限額・回数

- ・ ABRまたはAABR … 4,020円/回・人
- ・ OAE … 1,500円/回・人

※ 新生児1人につき、上記いずれかの検査1回(初回検査)が公費負担の対象です。

※ 確認検査については、全額自己負担となります。

(3) 新生児聴覚検査の実施

① 子どもはぐくみ室での母子健康手帳交付時に、妊婦に対し、妊産婦健康診査受診券とあわせて、新生児聴覚検査受診券を交付します。(令和2年3月31日以前に母子健康手帳の交付を受けた方については、子どもはぐくみ室に母子健康手帳を持参することにより、新生児聴覚検査受診券の交付を受けることができます。)

② 医療機関は、保護者から新生児聴覚検査受診券の提示を受け、新生児聴覚検査を実施。
(受診券の<医療機関等記入>欄へのご記入をお願いします。受診券裏面の【検査結果】の記入についても、ご協力をお願いいたします。)

③ 利用した受診券を請求書に添付し、京都市子ども家庭支援課へご送付ください。

(※ 令和2年9月までの検査実施分については、京都市子ども家庭支援課へ送付をお願いします。令和2年10月以降の検査実施分については、京都府国民健康保健団体連合会へ送付していただきますが、切り替え時期については別途お知らせします。)

(4) 償還払い

令和2年3月31日以前に母子健康手帳の交付を受け、新生児聴覚検査受診券の交付を受けずに新生児聴覚検査を受検した方については、京都市に申請いただくことにより、検査費用のうち、公費負担上限額まで助成を受けることができます(償還払い)。

受診券の交付を受けずに新生児聴覚検査を受けられた方については、償還払いの申請により、費用助成が受けられることをご説明ください。(申請方法については、京都市ホームページもしくは、京都市子ども家庭支援課へ。)

2 お問い合わせ先

京都市子ども若者はぐくみ局子ども若者未来部子ども家庭支援課 母子保健担当

TEL: 075-746-7625 FAX: 075-251-1133

2020年 5月 京都市(乙訓2市1町)病院群輪番編成表

太字の病院は小児科の当番病院です。

日	曜	Aブロック	Bブロック	Cブロック	Dブロック
1	金	愛寿会同仁	洛西シミズ	相馬	医仁会武田
2	土	バプテスト	シミズ	京都市立	愛生会山科
③	日	大原記念 バプテスト	向日回生 京都桂	京都市立 洛和会丸太町	伏見桃山 大島
④	月	洛陽 洛陽	三菱京都 洛西シミズ	相馬 京都九条	大島 医仁会武田
⑤	火	バプテスト バプテスト	河端 千春会	堀川 京都回生	愛生会山科 医仁会武田
⑥	水	室町 室町	済生会 洛ニュータウン西	十条 洛和会丸太町	蘇生会 洛和会音羽
7	木	バプテスト	泉谷	吉祥院	共和
8	金	バプテスト	内田	明石	医仁会武田
9	土	賀茂	京都桂	武田	原田
⑩	日	富田 バプテスト	洛ニュータウン西 京都桂	京都市立 新京都南	なぎ辻 大島
11	月	バプテスト	太秦	がくさい	洛和会音羽
12	火	民医連あすかい	民医連中央	十条	蘇生会
13	水	京都下鴨	三菱京都	京都武田	洛和会音羽
14	木	西陣	千春会	武田	医仁会武田
15	金	バプテスト	京都桂	明石	京都久野
16	土	バプテスト	シミズ	京都回生	医仁会武田
⑰	日	西陣 バプテスト	長岡京 京都桂	京都市立 京都九条	金井 金井
18	月	富田	向日回生	京都武田	医仁会武田
19	火	室町	西京都	武田	なぎ辻
20	水	洛陽	泉谷	堀川	洛和会音羽
21	木	バプテスト	民医連中央	西京	伏見桃山
22	金	大原記念	洛西シミズ	がくさい	医仁会武田
23	土	京都からすま	千春会	十条	洛和会音羽
⑳	日	京都下鴨 京都下鴨	長岡京 三菱京都	京都市立 洛和会丸太町	むかいじま 伏見桃山
25	月	バプテスト	太秦	明石	京都久野
26	火	京都博愛会	洛西ニュータウン	西京	医仁会武田
27	水	愛寿会同仁	新河端	武田	洛和会音羽
28	木	バプテスト	シミズ	吉川	共和
29	金	バプテスト	千春会	吉祥院	医仁会武田
30	土	賀茂	向日回生	京都市立	原田
㉑	日	民医連あすかい バプテスト	河端 洛西シミズ	京都市立 新京都南	洛和会音羽 むかいじま

病院群輪番協力医療機関一覧(五十音順)

A ブ ロ ッ ク		B ブ ロ ッ ク		C ブ ロ ッ ク		D ブ ロ ッ ク	
病 院 名	電話番号	病 院 名	電話番号	病 院 名	電話番号	病 院 名	電話番号
愛寿会同仁病院	431-3300	泉 谷 病 院	801-0111	明 石 病 院	313-1453	愛生会山科病院	594-2323
賀 茂 病 院	493-3330	太 秦 病 院	871-0505	が く さ い 病 院	754-7111	医仁会武田総合病院	572-6331
京都大原記念病院	744-3121	内 田 病 院	882-6666	吉 祥 院 病 院	672-1331	大 島 病 院	622-0701
京都からすま病院	491-8559	河 端 病 院	861-1131	京 都 回 生 病 院	311-5121	金 井 病 院	631-1215
京都下鴨病院	781-1158	京 都 桂 病 院	391-5811	京 都 九 条 病 院	691-7121	京都医療センター	641-9161
京都博愛会病院	781-1131	京都民医連中央病院	822-2777	京 都 市 立 病 院	311-5311	京 都 久 野 病 院	541-3136
京都民医連あすかい病院	701-6111	済生会京都府病院	955-0111	京 都 武 田 病 院	312-7001	共 和 病 院	573-2122
富 田 病 院	491-3241	シ ミ ズ 病 院	381-5161	京 都 南 病 院	312-7361	蘇生会総合病院	621-3101
西 陣 病 院	461-8800	新 河 端 病 院	954-3136	西 京 病 院	313-0721	な ぎ 辻 病 院	591-1131
日本パプテスト病院	781-5191	千 春 会 病 院	954-2175	十 条 武 田 リ ハ ビ リ 病 院	671-2351	原 田 病 院	551-5668
室 町 病 院	441-5859	長 岡 京 病 院	955-1151	新 京 都 南 病 院	322-3344	伏見桃山総合病院	621-1111
洛 陽 病 院	781-7151	西 京 都 病 院	381-5166	相 馬 病 院	463-4301	む かい じ ま 病 院	612-3101
		三 菱 京 都 病 院	381-2111	武 田 病 院	361-1351	洛和会音羽病院	593-4111
		向 日 回 生 病 院	934-6881	堀 川 病 院	441-8181		
		洛 西 シ ミ ズ 病 院	331-8778	吉 川 病 院	761-0316		
		洛 西 ニ ュ ー タ ウ ン 病 院	332-0123	洛和会丸太町病院	801-0351		

〔留意事項〕

- ①病院群の輪番制度は、あくまでも補完的な施策であることから、最終的なよりどころとしてご利用ください。最寄りあるいは知り合いの病院で処理し得る時は、できるだけ処理していただくこと。困ったときのみ利用してください。
- ②当番病院を利用される場合は、必ず事前に当番病院に電話連絡をし、原則として当番病院の医師の了解を得た上で後送してください。さらにできれば、患者に診療情報提供書を持たせてください。
- ③ **太字** の病院は小児科専用の当番病院で、全域を対象とします。この他は一般(内科, 外科)の後送病院です。
- ④休日・日曜日の当番日に、1ブロックに2つの病院名もしくは同一病院名が左右に分けて書かれておりますが、左側が昼間(8:00～18:00)で右側は夜間(18:00～翌朝8:00)の当番病院です。
- ⑤当番病院の診療応需時間(原則として)
- ・休 日 ア. 午前8時～午後6時
 - イ. 午後6時～翌朝午前8時
 - ・休日以外 午後6時～翌朝午前8時
- なお休日とは、日曜日・祝日・振替休日および年末年始(12月29日～1月3日)をいいます。

太字 の病院は小児科のみの当番病院です(対象=全域)。ご注意ください。

京 都 府 医 師 会 長・松 井 道 宣
 京 都 府 病 院 協 会 長・森 本 泰 介
 京 都 私 立 病 院 協 会 長・清 水 鴻 一 郎

介護保険ニュース

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の 人員基準等の臨時的な取り扱いについて

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取り扱いにつきましては、京都医報4月1日号介護保険ニュースにてお知らせしたところですが、今般、厚生労働省より、当該臨時的な取り扱いに関する続報が発出されましたのでお知らせします。

当該通知においては、今般の新型コロナウイルス感染症の影響により、介護老人保健施設が休業を行った際の報酬算定に関する内容や、居宅介護支援事業所における加算の取り扱い等に関する内容が示されています。

問1 都道府県等が、公衆衛生対策の観点から入所又は退所の一時停止、併設サービスの事業の全部又は一部の休業等を要請した場合、介護老人保健施設の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る施設基準において、「算定日が属する月の前6月間」等の指標の算出に当たって使用する月数に、その期間を含む月は含めないとする取扱いが可能か。

(答) 可能である。

問2 介護老人保健施設が感染拡大防止の観点から特に必要と考えられることから、自主的に入所又は退所の一時停止、併設サービスの事業の全部又は一部の休業を行った場合、問1と同様の考え方でよいか。

(答) 貴見のとおり。ただし、入退所を一時停止する期間及び休業する理由を事前に許可権者に伝えるとともに、記録しておくこと。

なお、新型コロナウイルス感染の疑いや濃厚接触の疑いがない者の入退所については、地域の感染状況も踏まえながら従前どおり行うよう努めること。

問3 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業について、市町村の判断により、「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」(令和2年2月17日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡)等で示されている、訪問介護や通所介護等に関する臨時的な取扱いと同様の取扱いとすることは可能か。

(答) 可能である。なお、一般介護予防事業として、例えば、電話による健康状態の確認や助言等の活動を実施することも可能であり、介護予防・生活支援サービス事業によるサービスの提供が困難である場合には、一般介護予防事業による支援も適宜検討されたい。

問4 居宅介護支援の退院・退所加算や(地域密着型)特定施設入居者生活介護の退院・退所時連携加算について、どのような取扱いが可能か。

(答) 感染拡大防止の観点から、やむを得ない理由がある場合については、病院等の職員との面談以外での情報収集や電話・メールなどを活用するなどにより、算定することが可能である。

問5 特定(介護予防)福祉用具販売について、年度内に福祉用具を購入しようとしたものの、新型コロナウイルス感染症の発生の影響により福祉用具の調達が困難であることを理由に、年度内購入ができない場合にも、柔軟な取扱いは可能か。

(答) 新型コロナウイルス感染症の発生の影響により福祉用具の購入ができなかった場合において、実際の購入が次年度であったとしても、特定(介護予防)福祉用具販売計画などで年度内の購入意思が確認されたときには、年度内の限度額として保険給付することが可能である。

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の 臨時的な取り扱いについて (その3)

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取り扱いについて、厚労省より新たなQ & Aが発出されましたのでお知らせします。

記

Q1 令和2年3月10日に「新型コロナウイルス感染症への対応に伴う国民健康保険、後期高齢者医療制度及び介護保険関係事務の取扱いについて」が発出されたところであるが、転入してきた被保険者が、新型コロナウイルス感染症の影響により被保険者資格の取得から15日目以降に要介護認定又は要支援認定の申請があった場合、どのように運用すべきか。

A1 今般の新型コロナウイルス感染症に関しては、その感染拡大を十分に防止することが求められていること等も踏まえ、やむを得ない理由により、被保険者資格の取得から15日目以降に要介護認定又は要支援認定の申請があった場合は、当該申請が14日以内にあったものとみなして取り扱って差し支えない。

(参考) 令和2年3月10日付厚労省事務連絡 (抜粋)

新型コロナウイルス感染症への対応に伴う国民健康保険、後期高齢者医療制度及び介護保険関係事務の取扱いについて

1. 届出・申告期間を経過した者の取扱い

国民健康保険、後期高齢者医療制度及び介護保険の資格取得、資格喪失、住所変更等の届出・申告については、国民健康保険法施行規則(昭和33年厚生省令第53号)、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則(平成19年厚生労働省令第129号)又は介護保険法施行規則(平成2年厚生省令第36号)等の規定に基づき、これらの届出の事由が生じた日から14日以内に届出を行わなければならないこと等とされているが、今般の新型コロナウイルス感染症に関しては、その感染拡大を十分に防止することが求められていること等も踏まえ、やむを得ない理由による届出等の遅延を認めるなど、柔軟に運営いただきたいこと。

「要介護認定等の実施について」の 一部改正およびQ&Aについて

今般、「要介護認定等の実施について」(平成21年9月30日老発0930第5号)が下記のとおり一部改正され、4月1日より、市町村が指定市町村事務受託法人に要介護認定における認定調査を委託した場合に、認定調査を行うことができる者として、新たに「保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者」が規定されましたのでお知らせします。

なお、京都医報3月1日号の介護保険ニュースでお知らせしたとおり、2月3日付け厚生労働省老健局老人保険課の事務連絡においては、留意事項として、改正後であっても認定調査は介護支援専門員が行うことを原則とし、下記の要件に該当する者による認定調査はあくまで補完的に可能とするものであることや、各市町村における公平・公正かつ適切な認定調査に資する取組み事例(認定調査を直接雇用の職員のみが実施する体制の整備、経験年数が長い職員による認定調査への同行、定期的な研修の実施等)を参考に、認定調査員として任用した後も認定調査の質の確保について留意することが示されています。

また、要介護認定に係るQ&Aも発出されましたので併せてお知らせします。

<改正内容>

◇「要介護認定等の実施について」(平成21年9月30日老発0930第5号)(抄)

※下線部は改正箇所

2 要介護認定に係る調査の実施者

(1) (略)

(2) 指定市町村事務受託法人への委託

市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に受託することができる。なお、指定市町村事務受託法人における認定調査は介護支援専門員が行うことを基本とする。

(3) (略)

(4) 認定調査員

市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人に所属する介護支援専門員その他の保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知(「認定調査員等研修事業の実施について」(平成20年6月4日老発第0604001号)により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修(認定調査員研修)を修了した者(以下「認定調査員」という。)が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添2に示す認定調査票を用いて認定調査の対象者(以下「認定対象者」という。)に関する認定調査を実施する。ただし、調査対象者に対して3に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。

介護支援専門員以外の保健、医療、福祉に関する専門的知識を有する者は、以下の①又は②のいずれかに該当する者とする。

① 規則第113条の2第1号又は第2号に規定される者であって、介護に係る実務の経験が5年以上である者

② 認定調査に従事した経験が1年以上である者

◇ 要介護認定に係るQ&Aについて

Q1 要介護認定の有効期間は介護認定審査会が個々の高齢者の状態等に応じて定めるものと承知しているが、要介護認定の更新にあたり要介護度が変わらない場合など一定の要件を定めた上で、何ヶ月の有効期間を基本とする等の基本的な考え方を予め定めておくことは差し支えないか。

A1 差し支えない。一方、策定に当たっては、介護認定審査会の意見を踏まえる必要があるとともに、要介護認定においては個々の高齢者の状態等を踏まえ判断することが重要であることから、指針の設定により、こうした判断を妨げることがないように留意されたい。

Q2 48ヶ月まで有効期間の設定を可能にすることだが、具体的にどのような状態の者が対象となるのか。

A2 48ヶ月までの長期の有効期間とすることができる状態については、要介護認定においては個々の高齢者の状態等を踏まえ判断する必要があることから、具体的に提示することは困難である。

なお、現行の制度においては、別紙の通り、全国の更新認定の50%以上が最長の有効期間としている。

Q3 「令和2年4月からの要介護認定制度の改正案について」(令和2年2月3日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡)において、指定市町村事務受託法人で認定調査を行える者として、「介護保険法施行規則第113条の2第一項及び第二項に規定される者であって、介護に係る実務の経験が5年以上の者」ということが示されたが、高齢者の診療を行う保険医療機関に看護師として従事していた経験がある場合も、介護に係る実務経験に含めて考えて差し支えないか。

A3 差し支えない。

Q4 平成11年9月17日の全国介護保険担当課長会議において、適用除外施設に入所している者(被保険者以外の者)の要介護認定申請については、退所して被保険者となる3ヶ月前から受け付けることが適当とされているが、退所後に速やかに介護サービスの利用が必要となる時に、3ヶ月では利用調整が困難な場合がある。適用除外施設から介護保険施設に入所する必要があるなど、早期に要介護認定を行う必要がある場合には、3ヶ月より前から認定申請を受け付けるなどの対応が認められないか。また、刑務所等矯正施設に入所している者に対し、同様の対応を行うことは認められるか。

A4 適用除外施設や刑務所等矯正施設に入所している者について、退所に当たって、退所後の介護サービスの利用調整を行う上で、早期に要介護認定を行う必要があると市町村が認める場合には、3ヶ月より前に要介護認定申請を受け付けることも差し支えない。

なお、施設等に入所している間に認定調査を行った場合、退所後の環境で生じる介護の手間は、認定調査時と変わることが想定されるため、有効期間を定める際には、その点も十分に勘案されたい。

Q5 厚生労働省が行っている「要介護認定適正化事業」では、「技術的助言事業」として、介護認定審査会の傍聴や傍聴後に意見交換等を行っているが、これも参考にした取組を、市町村内の合議体間や市町村間で実施することは、「介護認定審査会の運営について」(平成21年9月30日老発0930第6号)において介護認定審査会を原則非公開とするこの例外として捉えてよいか。

A5 差し支えない。なお、傍聴される市町村の介護認定審査会の承諾を得るとともに、傍聴を認めた場合であっても、介護認定審査会の審査判定が適切にされるよう配慮されたい。

要介護度別／申請区分別の有効期間の状況

	6カ月未満	6カ月	7～11カ月	12ヶ月	13～23カ月	24ヶ月	25～35カ月	36ヶ月
新規	0.1%	9.6%	0.0%	90.2%				
更新	0.0%	1.8%	0.0%	16.2%	0.1%	27.4%	0.0%	54.4%
変更	0.1%	7.5%	0.0%	92.4%				

(要介護度別内訳)

要支援1	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月	要支援2	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規	5.3%	94.7%			新規	5.7%	94.3%		
更新	0.2%	18.5%	32.1%	49.2%	更新	0.1%	18.8%	31.6%	49.4%
変更	9.0%	91.0%			変更	4.3%	95.7%		
要介護1	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月	要介護2	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規	18.2%	81.8%			新規	8.1%	91.9%		
更新	8.0%	24.1%	26.4%	41.6%	更新	0.1%	16.1%	29.0%	54.7%
変更	19.6%	80.4%			変更	5.1%	94.9%		
要介護3	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月	要介護4	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規	9.9%	90.1%			新規	10.3%	89.7%		
更新	0.2%	14.7%	29.0%	56.0%	更新	0.4%	10.8%	25.6%	63.2%
変更	5.4%	94.6%			変更	5.9%	94.1%		
要介護5	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月					
新規	8.4%	91.6%							
更新	0.3%	5.5%	19.1%	75.1%					
変更	5.3%	94.7%							

※ 出典：介護保険総合データベース。平成31年3月に有効期間がある認定データについて、要介護度別／申請区分別に有効期間を集計（令和元年10月集計）。
 ※ 小数点第二位を四捨五入しており、合計が100%にならない場合があり、0.0%の表記となっている内訳にも実数がある。

「老人福祉法施行規則等の一部を改正する省令」の 公布等について

老人福祉法施行規則等の一部を改正する省令（令和2年厚生労働省令第64号）が公布され、順次施行されることとなりましたので、お知らせします。

<改正省令の概要>

1 老人福祉法施行規則（昭和38年厚生省令第28号）等の一部改正

※内容省略

2 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）の一部改正

(1) 介護分野における文書負担軽減の観点から、介護医療院の開設許可申請につき、以下の対応を行う。

ア 介護療養型医療施設及び介護医療院の施設等の基準の一部において、同一の基準を設けていることに鑑み、介護療養型医療施設から移行して介護医療院を開設する場合の許可申請であって、下記に示す事項について、介護療養型医療施設の指定申請時、更新時又は変更届提出時等に、既に当該許可申請に係る施設の開設の場所を管轄する都道府県知事等に提出しているものから変更がないときは、これらに係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができることとする。

(ア) 併設する施設がある場合にあっては、当該併設する施設の概要

(イ) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに施設及び構造設備の概要

(ウ) 施設の管理者の氏名、生年月日及び住所

(エ) 入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

(オ) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

イ なお、本取扱いは、介護療養型医療施設からの移行における取扱いであり、その他の病床（医療療養病床等）又は介護保険施設（介護療養型老人保健施設を含む）からの移行は対象とならない。また、本取扱いは、介護療養型医療施設の全部を廃止するとともに介護医療院を開設する場合の取扱いであり、移行後の当該医療機関に介護保険適用の療養病床を有している場合は対象とならない。

ウ 留意事項

(ア) 既に当該都道府県知事等に提出しているものから変更が無い場合であっても、介護医療院において追加で求められる基準に関して確認する必要がある場合等、介護医療院の基準を満たすことを確認するために必要な資料（平面図等）については提出の必要がある場合があること。

(イ) 本取扱いにより一部資料の提出を省略させた場合は、省略させた旨及び省略させた資料がわかるよう都道府県等において記録しておくこと。

エ 施行期日：令和2年7月1日

(2) 要介護認定及び要支援認定に係る認定調査を指定市町村事務受託法人に委託する場合において、認定調査を行う者に、保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者を追加する。

※施行期日：令和2年4月1日

介護職員処遇改善加算および介護職員等 特定処遇改善加算に関する基本的考え方 ならびに事務処理手順および様式例の提示について

介護報酬の介護職員処遇改善加算については、3月1日号京都医報介護保険ニュースにて、介護報酬の加算取得に関する業務簡素化の観点から、「介護職員処遇改善加算」と「介護職員等特定処遇改善加算」の計画書等の様式の統合が予定されている旨、お知らせしました。今般、厚生労働省老健局長より、当該加算に関する基本的な考え方等が示されましたので、下記のとおりお知らせします。

なお、下記文中の「別紙様式○-○」等、統合された新様式につきましては、日医ホームページのメンバーズルーム内の「介護報酬改定に関する情報 <令和元年(2019年)10月>」(下記URL)に掲載されていますのでご参照ください。様式のExcel版もダウンロードできますので申し添えます。

<https://www.med.or.jp/japanese/members/kaigo/31kaitei/index.html>

記

1 基本的考え方

介護職員処遇改善加算(以下「処遇改善加算」という。)は、平成23年度まで実施されていた介護職員処遇改善交付金(以下「交付金」という。)による賃金改善の効果を継続する観点から、平成24年度から交付金を円滑に介護報酬に移行し、交付金の対象であった介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたものである。

このため、当該交付金の交付を受けていた介護サービス事業者又は介護保険施設(以下「介護サービス事業者等」という。)は、原則として交付金による賃金改善の水準を維持することが求められる。

平成27年度の介護報酬改定においては、事業主が介護職員の資質向上や雇用管理の改善をより一層推進し、介護職員が積極的に資質向上やキャリア形成を行うことができる労働環境を整備するとともに、介護職員自身が研修等を積極的に活用することにより、介護職員の社会的・経済的な評価が高まっていく好循環を生み出していくことが重要であることを踏まえ、事業主の取組がより一層促進されるよう処遇改善加算を拡充したものである。

平成29年度の介護報酬改定においては、介護人材の職場定着の必要性、介護福祉士に期待される役割の増大、介護サービス事業者等による昇給や評価を含む賃金制度の整備・運用状況などを踏まえ、事業者による、昇給と結びついた形でのキャリアアップの仕組みの構築を促すため、更なる処遇改善加算の拡充を行ったものである。

平成30年度の介護報酬改定においては、処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)について、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での処遇改善加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、一定の経過措置期間を設け、これを廃止するとともに、処遇改善加算の対象となるサービスに、介護医療院サービス(及び介護医療院が行う(介護予防)短期入所療養介護)を加えることとした。

2019年度の介護報酬改定においては、介護職員の確保・定着につなげていくため、処遇改善加算に加え、介護職員等特定処遇改善加算(以下「特定加算」という。)を創設し、経験・技能

のある介護職員に重点化しつつ、介護職員の更なる処遇改善という趣旨を損なわない程度において、一定程度他の職種の処遇改善も行うことができる柔軟な運用を認めることとし、更なる処遇改善を行ったところである。

なお、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与並びに介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防福祉用具貸与並びに居宅介護支援及び介護予防支援については、処遇改善加算及び特定加算（以下「処遇改善加算等」という。）の算定対象外とする。

2 処遇改善加算等の仕組みと賃金改善の実施等

(1) 処遇改善加算等の仕組み

介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算は、サービス別の基本サービス費に各種加算減算（処遇改善加算等を除く。）を加えた1月当たりの総単位数に別紙1別表1のサービス別加算率を乗じて単位数を算定する。なお、処遇改善加算等は、区分支給限度基準額の算定対象から除外される。

(2) 処遇改善加算等の算定額に相当する賃金改善の実施

① 賃金改善の考え方について

介護サービス事業者等は、処遇改善加算等の算定額に相当する介護職員の賃金（基本給、手当、賞与等（退職手当を除く。以下同じ。）を含む。）の改善（以下「賃金改善」という。）を実施しなければならない。

賃金改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うものとする。この場合、7（2）の届出を行う場合を除き、特定した賃金項目を含め、賃金水準（賃金の高さの水準をいう。以下同じ。）を低下させてはならない。また、安定的な処遇改善が重要であることから、基本給による賃金改善が望ましい。

具体的には、賃金改善は、処遇改善加算と特定加算による賃金改善とを区別した上で、介護サービス事業者等における処遇改善加算等を取得し実施される賃金改善額及び各介護サービス事業者の独自の賃金改善額を除いた賃金の水準と、各介護サービス事業者の独自の賃金改善額を含む処遇改善加算等を取得し実施される賃金の水準との差分により判断する。

② 賃金改善に係る留意点

処遇改善加算等を取得した介護サービス事業者等は、処遇改善加算等の算定額に相当する賃金改善の実施と併せて、取得する加算に応じた基準を満たす必要がある。なお、当該基準の達成に向けて取り組む費用については、算定要件における賃金改善の実施に要する費用に含まれないものであることに留意すること。

a 処遇改善加算

算定基準第4号イ（7）（以下「キャリアパス要件」という。）又はイ（8）（以下「職場環境等要件」という。）（以下「キャリアパス要件等」という。）

b 特定加算

特定加算の算定額に相当する賃金改善の実施、算定基準第4号の2イ（5）（以下「介護福祉士の配置要件」という。）、イ（6）（以下「処遇改善加算要件」という。）、イ（7）（以下「職場環境等要件」という。）又はイ（8）（以下「見える化要件」という。）

3 計画書の作成

(1) 介護職員処遇改善加算

① 賃金改善計画の記載

処遇改善加算を取得しようとする介護サービス事業者等は、算定基準第4号イ(2)に定める介護職員処遇改善計画書を、次の一から四までに掲げる事項について、別紙様式2-1及び別紙様式2-2により作成すること。

一 処遇改善加算の見込額(別紙様式2-1の2(1)③)

(処遇改善加算の見込額の計算)

処遇改善加算の見込額 = $a \times b \times c \times d$ (1円未満の端数切り捨て)

a 一月当たりの介護報酬総単位数

処遇改善加算を取得する前年の1月から12月までの12か月間の介護報酬総単位数(基本報酬サービス費に各種加算減算(処遇改善加算等を除く。)を加えた単位数)を12で除したもの。なお、これにより難い合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により一月あたり介護報酬総単位数を推定するものとする。

b サービス別加算率(別紙1表1)(1単位未満の端数四捨五入)

c 1単位の単価

d 賃金改善実施期間

二 賃金改善の見込額(別紙様式2-1の2(1)④)

各介護サービス事業者等において賃金改善実施期間における賃金改善に要する見込額(当該賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分を含むことができる。)の総額(aの額からbの額を差し引いた額をいう。)であって、一の額を上回る額をいう。

a 処遇改善加算を取得し実施される賃金の改善見込額を加えた介護職員の賃金の総額(特定加算を取得し実施される賃金の改善見込額を除く)

b 前年度の介護職員の賃金の総額

処遇改善加算を取得する前年の1月から12月までの12か月間の介護職員の賃金の総額(処遇改善加算等を取得し実施される賃金改善額及び各介護サービス事業者等の独自の賃金改善額を除く)。なお、これにより難い合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により前年度の介護職員の賃金の総額を推定するものとする。

三 賃金改善実施期間(別紙様式2-1の2(1)⑤)

原則4月(年度の途中で加算を取得する場合、当該加算を取得した月)から翌年の3月までの期間をいう。

四 賃金改善を行う賃金項目及び方法(別紙様式2-1の2(3))

賃金改善を行う賃金項目(増額若しくは新設した又はする予定である給与の項目の種類(基本給、手当、賞与等)等)、賃金改善の実施時期や対象職員、一人当たりの平均賃金改善見込額をいい、当該事項について可能な限り具体的に記載すること。また、処遇改善加算等を取得し実施される賃金改善の他に、各介護サービス事業者等の独自の賃金改善を行っている場合には、その内容を記載すること。

② キャリアパス要件等に係る記載

キャリアパス要件等については、取得する処遇改善加算の区分に応じた事項を介護職員処遇改善計画書に記載すること。

(キャリアパス要件I)

次のイ、ロ及びハを満たすこと。

イ 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。

ロ イに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払わ

れるものを除く。)について定めていること。

ハ イ及びロの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

(キャリアパス要件Ⅱ)

次のイ及びロを満たすこと。

イ 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び一又は二に掲げる事項に関する具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

一 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施(OJT、OFF-JT等)するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。

二 資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用(交通費、受講料等)の援助等)を実施すること。

ロ イについて、全ての介護職員に周知していること。

(キャリアパス要件Ⅲ)

次のイ及びロを満たすこと。

イ 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次の一から三までのいずれかに該当する仕組みであること。

一 経験に応じて昇給する仕組み

「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること。

二 資格等に応じて昇給する仕組み

「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること。ただし、介護福祉士資格を有して当該事業者や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。

三 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み

「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。

ロ イの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

(職場環境等要件)

取得する処遇改善加算の区分に応じて、いずれかを満たすこと。

イ 処遇改善加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)

平成27年4月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善(賃金改善を除く。)の内容(別紙1表4参照)を全ての介護職員に周知していること。

ロ 処遇改善加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)

平成20年10月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善(賃金改善を除く。)の内容(別紙1表4参照)を全ての介護職員に周知していること。

(処遇改善加算の算定要件)

取得する処遇改善加算の区分に応じた要件を満たすこと。

イ 処遇改善加算(Ⅰ)については、キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、キャリアパス要件Ⅲ及び職場環境等要件の全てを満たすこと。

ロ 処遇改善加算(Ⅱ)については、キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件の全てを満たすこと。

ハ 処遇改善加算(Ⅲ)については、キャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱのいずれかを満たすことに加え、職場環境等要件を満たすこと。

ニ 処遇改善加算(Ⅳ)については、キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ又は職場

環境等要件のいずれかの要件を満たすこと。

ホ 処遇改善加算（V）については、キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件のいずれの要件も満たさないこと。

(2) 介護職員等特定処遇改善加算

① 配分対象と配分方法

一 賃金改善の対象となるグループ

特定加算による賃金改善を行うに当たり、経験・技能のある介護職員を定義した上で、介護サービス事業所等に従事する全ての職員を以下のグループに割り振ること。

a 経験・技能のある介護職員

介護福祉士であって、経験・技能を有する介護職員と認められる者をいう。具体的には、介護福祉士の資格を有するとともに、所属する法人等における勤続年数10年以上の介護職員を基本としつつ、他の法人における経験や、当該職員の業務や技能等を踏まえ、各事業者の裁量で設定することとする。

b その他の介護職員

経験・技能のある介護職員を除く介護職員をいう。

c その他の職種

介護職員以外の職員をいう。

二 事業所における配分方法

実際の配分に当たっては、一 a～c それぞれにおける平均賃金改善額等について、以下のとおりとすること。この場合、二 a～c 内での一人ひとりの賃金改善額は、柔軟な設定が可能であること。

a 経験・技能のある介護職員のうち1人以上は、賃金改善に要する費用の見込額が月額平均8万円（賃金改善実施期間における平均とする。以下同じ。）以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること（現に賃金が年額440万円以上の者がいる場合にはこの限りでない）。ただし、以下の場合など例外的に当該賃金改善が困難な場合は、合理的な説明を求めるとすること。

- ・ 小規模事業所等で加算額全体が少額である場合
- ・ 職員全体の賃金水準が低い事業所などで、直ちに一人の賃金を引き上げることが困難な場合
- ・ 8万円等の賃金改善を行うに当たり、これまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力や処遇を明確化することが必要になるため、規程の整備や研修・実務経験の蓄積などに一定期間を要する場合

b 当該事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。

c その他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、その他の職種の賃金改善に要する費用の見込額の2倍以上であること。ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額の見込額を上回らない場合はこの限りでないこと。

d その他の職種の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと（賃金改善前の賃金がすでに年額440万円を上回る場合には、当該職員は特定加算による賃金改善の対象とならない）。

② 賃金改善計画の記載

特定加算を取得しようとする介護サービス事業者等は、算定基準第4号の2イ（2）に定める介護職員等特定処遇改善計画書を、次の一から六までに掲げる事項について、別紙様式2-1及び別紙様式2-3により作成すること。

一 特定加算の見込額（別紙様式2-1の2（2）⑤）

3（1）①一の規定を準用する。

二 賃金改善の見込額(別紙様式2-1の2(2)⑥)

各介護サービス事業者等において賃金改善実施期間における賃金改善に要する見込額(当該賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分を含むことができる。)の総額(aの額からbの額を差し引いた額をいう。)とし、一の額を上回る額でなければならない。

- a 特定加算を取得し実施される賃金の改善見込額を加えた賃金の総額(処遇改善加算を取得し実施される賃金改善額を除く。)
- b 前年度の賃金の総額

特定加算を取得する前年の1月から12月までの12か月間の賃金の総額(処遇改善加算等を取得し実施される賃金改善額及び各介護サービス事業者等の独自の賃金改善額を除く。)。なお、これにより難い合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により前年度の賃金の総額を推定するものとする。

三 グループ毎の平均賃金改善額(別紙様式2-1の2(2)⑦)

各介護サービス事業者等において賃金改善実施期間における賃金改善に要する見込額のグループ毎の平均額(aの額をb及び六の賃金改善実施期間で除して算出した額)をいう。

- a 一の特定加算の見込額
- b 前年度の一月当たり常勤換算職員数(小数点第2位以下切り捨て)(原則として、当該計画書を提出した前月の常勤換算職員数をいう。ただし、その他の職種については、常勤換算方法のほか、実人数による算出も可能とする。)

四 前年度のグループ毎の平均賃金額(月額)

特定加算を取得する前年度のグループ毎の平均賃金額(月額)(aの額をbで除した額)をいう。(実績報告書においてグループ毎の平均賃金改善額を確認するために用いるもの。)

- a 前年度の賃金の総額
加算を取得する前年の1月から12月までの12か月間の賃金の総額(処遇改善加算等を取得し実施される賃金改善額及び各介護サービス事業者等の独自の賃金改善額を除く。)
- b 前年度の常勤換算職員数(小数点第2位以下切り捨て)
加算を取得する前年の1月から12月までの12か月間の常勤換算職員数(その他の職種については、常勤換算方法のほか、実人数による算出も可能。)

五 「経験・技能のある介護職員」のうち、月額8万円の改善又は改善後の賃金が年額440万円以上となった者の見込数

六 賃金改善実施期間(別紙様式2-1の2(2)⑧)

3(1)①三の規定を準用する。

③ 賃金改善を行う賃金項目及び方法(別紙様式2-1の2(3))

賃金改善を行う賃金項目(増額若しくは新設した又はする予定である給与の項目の種類(基本給、手当、賞与等)等)、賃金改善の実施時期や対象職員、平均賃金改善見込額をいい、当該事項について可能な限り具体的に記載すること。なお、「経験・技能のある介護職員」の基準設定の考え方については、必ず記載すること。また、処遇改善加算等の他に、各介護サービス事業者等の独自の賃金改善を行っている場合には、その内容を記載すること。

④ 賃金改善以外の要件に係る記載

取得する特定加算の区分に応じ、次に掲げる要件について、加算の算定要件に応じて、介護職員等特定処遇改善計画書に記載すること。

(職場環境等要件)

平成20年10月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善(賃金

改善を除く。)の内容を全ての職員に周知していること。この処遇改善については、複数の取組を行っていることとし、別紙1表4の「資質の向上」,「労働環境・処遇の改善」及び「その他」の区分ごとに1以上の取組を行うこと。なお、処遇改善加算と特定加算において、異なる取組を行うことまでを求めるものではないこと。

(介護福祉士の配置等要件)

サービス提供体制強化加算の最も上位の区分(訪問介護にあっては特定事業所加算((Ⅰ)又は(Ⅱ),特定施設入居者生活介護等にあってはサービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ又は入居継続支援加算,夜間対応型訪問介護(夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)を算定する場合)にあってはサービス提供体制強化加算(Ⅱ)イ,地域密着型通所介護(療養通所介護費を算定する場合)にあってはサービス提供体制強化加算(Ⅲ),介護老人福祉施設等にあってはサービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ又は日常生活継続支援加算)を算定していること。

(処遇改善加算要件)

処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること(特定加算と同時に処遇改善加算にかかる計画書の届出を行い,算定される場合を含む)。

(見える化要件)

特定加算に基づく取組について,ホームページへの掲載等により公表していること。具体的には,介護サービスの情報公表制度を活用し,特定加算の取得状況を報告し,賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容を記載すること。

当該制度における報告の対象となっていない場合等には,各事業者のホームページを活用する等,外部から見える形で公表すること。

(特定加算の算定要件)

加算を取得するに当たっては,取得する処遇改善加算の区分に応じた要件を満たすこと。

イ 特定加算(Ⅰ)については,介護福祉士の配置等要件,処遇改善加算要件,職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たすこと。

ロ 特定加算(Ⅱ)については,処遇改善加算要件,職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たすこと。

4 実績報告書等の作成

(1) 介護職員処遇改善加算

処遇改善加算を取得した介護サービス事業者等は,算定基準第4号イ(4)の規定に基づき,各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日までに,都道府県知事等に対して,別紙様式3-1及び3-2の介護職員処遇改善実績報告書を提出し,2年間保存することとする。

一 処遇改善加算の総額(別紙様式3-1の2①)

二 賃金改善所要額(別紙様式3-1の2②)

各介護サービス事業所等において,賃金改善実施期間における賃金改善に要した費用(当該賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分に充当した場合は,その額を含む)の総額(aの額からbの額を差し引いた額をいう)であって,一の額以上の額を記載する。

a 介護職員に支給した賃金の総額(特定加算を取得し実施される賃金改善額を除く。)

b 前年度の賃金の総額(3(1)①二bの額)

(2) 介護職員等特定処遇改善加算

特定加算を取得した介護サービス事業者等は,算定基準第4号のニイ(4)の規定に基づき,各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日までに,都道府県知事等

に対して、別紙様式3-1及び3-2の介護職員等特定処遇改善実績報告書を提出し、2年間保存することとする。

一 特定加算の総額（別紙様式3-1の2①）

二 賃金改善所要額（別紙様式3-1の2②）

各介護サービス事業所等において、賃金改善実施期間における賃金改善に要した費用(当該賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分に充当した場合は、その額を含む。)の総額(aの額からbの額を差し引いた額をいう。)であって、一の額以上の額を記載する。

a 職員に支給した賃金の総額(処遇改善加算を取得し実施される賃金改善額を除く。)

b 前年度の賃金の総額(3(2)②二bの額)

三 グループ毎の平均賃金改善額（別紙様式3-1の2③）

各介護サービス事業者等において賃金改善実施期間における賃金改善に要するグループ毎の平均額(aの額をbで除したもの。)からcの額を差し引いたものをいう。

a 各グループにおける、職員に支給した賃金の総額(処遇改善加算を取得し実施される賃金改善額を除く。)

b 当該グループの対象人数(原則として常勤換算方法によるものとする。ただし、その他の職種については、常勤換算方法のほか、実人数による算出も可能とする。)

c 前年度のグループ毎の平均賃金額(月額)(3(2)②四の額)

四 「経験・技能のある介護職員」のうち、月額8万円の改善又は改善後の賃金が年額440万円以上となった者の数(当該者を設定できない場合はその理由)

5 届出内容を証明する資料の保管及び提示

処遇改善加算等を取得しようとする介護サービス事業者等は、計画書の提出に当たり、計画書のチェックリストを確認するとともに、記載内容の根拠となる資料及び以下の書類を適切に保管し、都道府県知事等から求めがあった場合には速やかに提示しなければならない。

イ 労働基準法(昭和22年法律第49号)第89条に規定する就業規則(賃金・退職手当・臨時の賃金等に関する規程, 3(1)②のうちキャリアパス要件Iに係る任用要件及び賃金体系に関する規程, 3(1)②のうちキャリアパス要件IIIに係る昇給の仕組みに関する規程を就業規則と別に作成している場合には、それらの規程を含む。以下「就業規則等」という。)

ロ 労働保険に加入していることが確認できる書類(労働保険関係成立届, 労働保険概算・確定保険料申告書等)

6 都道府県知事等への届出

(1) 処遇改善加算等の届出

処遇改善加算等を取得しようとする介護サービス事業者等は、処遇改善加算等を取得する月の前々月の末日までに、介護サービス事業所等ごとに、当該介護サービス事業所等の所在する都道府県知事等(当該介護サービス事業所等の指定等権者が都道府県知事である場合は都道府県知事とし、当該介護サービス事業所等の指定等権者が市町村長(特別区長を含む。以下同じ。)である場合は市町村長とする。以下同じ。)に提出するものとする。

(2) 複数の介護サービス事業所等を有する介護サービス事業者等の特例

別紙様式2-2又は2-3に含まれる介護サービス事業者等の指定権者である都道府県知事等に、別紙様式2-1から2-3を届け出なければならない。

7 都道府県知事等への変更等の届出

(1) 変更の届出

介護サービス事業者等は、処遇改善加算等を取得する際に提出した計画書に変更（次の①から⑥までのいずれかに該当する場合に限る。）があった場合には、次の①から⑥までに定める事項を記載した変更の届出を行う。

- ① 会社法（平成17年法律第86号）の規定による吸収合併、新設合併等により、計画書の作成単位が変更となる場合は、当該事実発生までの賃金改善の実績及び承継後の賃金改善に関する内容
- ② 複数の介護サービス事業所等について一括して申請を行う事業者において、当該申請に関係する介護サービス事業所等に増減（新規指定、廃止等の事由による。）があった場合
 - ・ 処遇改善加算については、別紙様式2-1の2（1）及び別紙様式2-2
 - ・ 特定加算については、別紙様式2-1の2（2）及び別紙様式2-3
- ③ 就業規則を改正（介護職員の処遇に関する内容に限る。）した場合は、当該改正の概要
- ④ キャリアパス要件等に関する適合状況に変更（該当する処遇改善加算の区分に変更が生じる場合又は処遇改善加算（Ⅲ）若しくは処遇改善加算（Ⅳ）を算定している場合におけるキャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件の要件間の変更が生じる場合に限る。）があった場合は、介護職員処遇改善計画書における賃金改善計画、キャリアパス要件等の変更に係る部分の内容
- ⑤ 介護福祉士の配置等要件に関する適合状況に変更があり、該当する加算の区分に変更が生じる場合は、介護職員等特定処遇改善計画書における賃金改善計画、介護福祉士の配置等要件の変更に係る部分の内容

なお、喀痰吸引を必要とする利用者の割合についての要件等を満たせないことにより、入居継続支援加算や日常生活継続支援加算を算定できない状況が常態化し、3か月以上継続した場合には、変更の届出を行うこと。
- ⑥ 別紙様式2-1の2（1）④ii）、2（2）⑥ii）、⑦ivの額に変更がある場合（上記①から⑤までのいずれかに該当する場合及び7（2）に該当する場合を除く。）

(2) 特別事情届出書

事業の継続を図るために、職員の賃金水準（加算による賃金改善分を除く。以下この7において同じ。）を引き下げた上で賃金改善を行う場合には、以下の①から④までの事項を記載した別紙様式4の特別な事情に係る届出書（以下「特別事情届出書」という。）を届け出ること。なお、年度を超えて介護職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度の処遇改善加算等を取得するために必要な届出を行う際に、特別事情届出書を再度提出する必要がある。

- ① 処遇改善加算等を取得している介護サービス事業所等の法人の収支（介護事業による収支に限る。）について、サービス利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し、一定期間にわたって収支が赤字である、資金繰りに支障が生じる等の状況にあることを示す内容
- ② 介護職員（特定加算を取得し、その他の職種を賃金改善の対象としている介護サービス事業所等については、その他の職種の職員を含む。（以下この7において同じ。））の賃金水準の引き下げの内容
- ③ 当該法人の経営及び介護職員の賃金水準の改善の見込み
- ④ 介護職員の賃金水準を引き下げることに適切に労使の合意を得ていること等の必要な手続きに関して、労使の合意の時期及び方法 等

8 処遇改善加算等の停止

都道府県知事等は、処遇改善加算等を取得する介護サービス事業者等が（１）又は（２）に該当する場合は、既に支給された処遇改善加算等の一部若しくは全部を不正受給として返還させること又は処遇改善加算等を取り消すことができる。

なお、複数の介護サービス事業所等を有する介護サービス事業者等（法人である場合に限る。）であって一括して計画書を作成している場合、当該介護サービス事業所等の指定権者間において協議し、必要に応じて監査等を連携して実施すること。指定権者間の協議に当たっては、都道府県が調整をすることが望ましい。

- （１） 処遇改善加算等の算定額に相当する賃金改善が行われていない、賃金水準の引き下げを行わずながら（２）の特別事情届出書の届出が行われていない等、算定要件を満たさない場合
- （２） 虚偽又は不正の手段により加算を受けた場合

9 処遇改善加算等の取得要件の周知・確認等について

都道府県等は、処遇改善加算等を算定している介護サービス事業所等が処遇改善加算等の取得要件を満たすことについて確認するとともに、適切な運用に努められたい。

- （１） 賃金改善方法の周知について

処遇改善加算等の届出を行った事業所は、当該事業所における賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知すること。

また、介護職員から処遇改善加算等に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について、書面を用いるなど分かりやすく回答すること。

- （２） 介護職員処遇改善計画書等について

都道府県等が介護サービス事業者等から計画書を受け取る際は処遇改善加算等の「見込額」と「賃金改善の見込額」を、実績報告書を受け取る際は処遇改善加算等の「加算総額」と「賃金改善所要額」を比較し、必ず「賃金改善の見込額」や「賃金改善所要額」が上回っていることを確認すること。特定加算については、グループごとの「平均賃金改善額」についても、同様に確認すること。

- （３） 労働法規の順守について

処遇改善加算等の目的や、算定基準第４号イ（５）を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

10 処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）の廃止について

「１ 基本的な考え方」で示したとおり、処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）は一定の経過措置期間の後、廃止することとなっている。経過措置期間については、現時点で未定であるが、都道府県等におかれては、処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）が今後、廃止されるものであることを介護サービス事業者等に対して周知されたい。特に、処遇改善加算（Ⅳ）又は（Ⅴ）を取得している介護サービス事業者等に対しては、「介護職員処遇改善加算の取得促進支援事業」等を活用することにより、当該事業者が、より上位の区分（処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までをいう。）の加算を取得できるように、積極的な働きかけを実施されたい。

11 その他

- （１） 介護分野の文書に係る負担軽減に関する取組について

「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」における議論や中間取りまとめの

趣旨を踏まえ、処遇改善加算等の様式の取扱いについては以下の通りとすること。

- ① 別紙様式は、原則として、都道府県等において変更を加えないこと。
- ② 計画書及び実績報告書の内容を証明する資料は、介護サービス事業者等が適切に保管していることを確認し、都道府県等からの求めがあった場合には速やかに提出することを要件として、届出時に全ての介護サービス事業者等から一律に添付を求めてはならないこと。
- ③ 別紙様式について押印は要しないこと。

(2) 処遇改善加算等の取得促進について

介護サービス事業者等における処遇改善加算等の新規取得や、より上位の区分の取得に向けた支援を行う「介護職員処遇改善加算の取得促進支援事業」を適宜活用されたい。

(3) 人材確保等支援助成金（介護・保育労働者雇用管理制度助成コース（うち介護事業主申請分））について

介護労働者が職場に定着し、安心して働き続けるようにするためには、将来を見通せるような賃金体系が明確になっていることが重要であることから、各都道府県労働局において、介護労働者のために賃金制度を整備し、離職率の低下に取り組む介護事業主に対する助成を実施している。処遇改善加算等の取得と併せて、本助成を活用できる場合があることから、介護サービス事業者等が処遇改善加算等を取得しようとする場合には、適宜案内されたい。

また、本助成金を受給するに当たっては、賃金制度の整備前に計画を作成し、管轄都道府県労働局の認定を受ける必要があり、それに関連して、賃金制度の整備等については、(公財)介護労働安定センターによる無料の相談援助が活用できる。そのため本助成金の活用を検討している介護サービス事業者等への助言をお願いする。

なお、介護サービス事業者等に対する集団指導の場において、(公財)介護労働安定センターから雇用管理改善に向けた支援策の説明等を行うことも可能であることを申し添える。

※人材確保等支援助成金（介護・保育労働者雇用管理制度助成コース）のご案内

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199292_00007.html

別紙1

表1 加算算定対象サービス

サービス区分	介護職員処遇改善加算					介護職員等 特定処遇改善加算	
	キャリアパス要件等の適合状況に応じた 加算率					サービス提供体制強化 加算等の算定状況に応 じた加算率	
	介護職 員処遇 改善加 算 (Ⅰ) に該当 (ア)	介護職 員処遇 改善加 算 (Ⅱ) に該当 (イ)	介護職 員処遇 改善加 算 (Ⅲ) に該当 (ウ)	介護職 員処遇 改善加 算 (Ⅳ) に該当 (エ)	介護職 員処遇 改善加 算 (Ⅴ) に該当 (オ)	介護職員 等特定処 遇改善加 算(Ⅰ) に該当	介護職員 等特定処 遇改善加 算(Ⅱ) に該当
訪問介護	13.7%	10.0%	5.5%	(ウ) により 算出し た単位 (一単位 未満の 端数四 捨五入) × 0.9	(ウ) により 算出し た単位 (一単位 未満の 端数四 捨五入) × 0.8	6.3%	4.2%
夜間対応型訪問介護	13.7%	10.0%	5.5%			6.3%	4.2%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	13.7%	10.0%	5.5%			6.3%	4.2%
(介護予防) 訪問入浴介護	5.8%	4.2%	2.3%			2.1%	1.5%
通所介護	5.9%	4.3%	2.3%			1.2%	1.0%
地域密着型通所介護	5.9%	4.3%	2.3%			1.2%	1.0%
(介護予防) 通所リハビリテーション	4.7%	3.4%	1.9%			2.0%	1.7%
(介護予防) 特定施設入居者生活介護	8.2%	6.0%	3.3%			1.8%	1.2%
地域密着型特定施設入居者生活介護	8.2%	6.0%	3.3%			1.8%	1.2%
(介護予防) 認知症対応型通所介護	10.4%	7.6%	4.2%			3.1%	2.4%
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	10.2%	7.4%	4.1%			1.5%	1.2%
看護小規模多機能型居宅介護	10.2%	7.4%	4.1%			1.5%	1.2%
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	11.1%	8.1%	4.5%			3.1%	2.3%
介護福祉施設サービス	8.3%	6.0%	3.3%			2.7%	2.3%
地域密着型介護老人福祉施設	8.3%	6.0%	3.3%			2.7%	2.3%
(介護予防) 短期入所生活介護	8.3%	6.0%	3.3%			2.7%	2.3%
介護保健施設サービス	3.9%	2.9%	1.6%			2.1%	1.7%
(介護予防) 短期入所療養介護 (老健)	3.9%	2.9%	1.6%			2.1%	1.7%
介護療養施設サービス	2.6%	1.9%	1.0%			1.5%	1.1%
(介護予防) 短期入所療養介護	2.6%	1.9%	1.0%			1.5%	1.1%
(病院等(老健以外))	2.6%	1.9%	1.0%	1.5%	1.1%		
介護医療院サービス	2.6%	1.9%	1.0%	1.5%	1.1%		
(介護予防) 短期入所療養介護(医療院)	2.6%	1.9%	1.0%	1.5%	1.1%		

表2 加算算定非対象サービス

サービス区分	加算率
(介護予防) 訪問看護、(介護予防) 訪問リハビリテーション、(介護予防) 福祉用具貸与、特定(介護予防) 福祉用具販売、(介護予防) 居宅療養管理指導、居宅介護支援、介護予防支援	0%

表3-1 キャリアパス要件等の適合状況に応じた区分く処遇改善加算>

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	3-(1)-②のキャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、キャリアパス要件Ⅲ、職場環境等要件の全てを満たす対象事業者
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	3-(1)-②のキャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件の全てを満たす対象事業者
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	3-(1)-②のキャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱのどちらかを満たすことに加え、職場環境等要件を満たす対象事業者
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	3-(1)-②のキャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ又は職場環境等要件のいずれかを満たす対象事業者
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	3-(1)-②のキャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たしていない対象事業者

表3-2 サービス提供体制強化加算等の算定状況に応じた加算率<特定加算>

介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	3-(2)-④の介護福祉士の配置等要件、処遇改善加算要件、職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たす対象事業者
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	3-(2)-④の処遇改善加算要件、職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たす対象事業者

表4 職場環境等要件

資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> 働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援(研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む) 研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 小規模事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築 キャリアパス要件に該当する事項(キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る) その他
労働環境・処遇の改善	<ul style="list-style-type: none"> 新人介護職員の早期離職防止のためのエルダー・メンター(新人指導担当者)制度等導入 雇用管理改善のため管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実 ICT活用(ケア内容や申し送り事項の共有(事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む)による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等)による業務省力化 介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入 子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備 ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善 事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化 健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備 その他
その他	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス情報公表制度の活用による経営・人材育成理念の見える化 中途採用者(他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等)に特化した人事制度の確立(勤務シフトの配慮、短時間正規職員制度の導入等) 障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮 地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上 非正規職員から正規職員への転換 職員の増員による業務負担の軽減 その他

医療安全通信

令和元年度 第2回医療安全講演会より症例紹介 (第2回)

府医では会員医療機関における医療安全対策の向上を目指して、医療安全にかかる様々な講演会・研修会を開催しております。令和2年2月15日に開催しました医療安全講演会「えっ、本当!?! 他科に学ぶ事故事例～日常外来診療で注意すべき疾患 PART 6～」では、演者より多くの示唆に富んだ8症例を紹介いただきましたので、毎月15日号へ2症例ずつ抄録を掲載いたします。また各発表者の抄録に続いて、医療安全担当理事(松村由美(京都大学医学部附属病院 医療安全管理部))からのコメントも併記いたしましたので、ご参照ください。

<発表3. 循環器内科> 「服薬の確認が重要だった症例」

京都市立病院循環器内科
部長 岡田 隆

(症 例)

60歳代の男性。ADLは自立しており、認知症の指摘もなし。礼節も保たれている。既往歴は高血圧、高脂血症があり、近医で投薬されていた。

X年3月に心不全にともなう多臓器不全で当院に入院。冠動脈狭窄が認められたため、冠動脈カテーテル治療を予定した。治療に際しては抗血小板製剤の内服継続が必須である。抗血小板製剤の忍容性を確認するのに5ヶ月を要した。8月末に再入院した。入院に際して薬剤師が服薬状況を確認した。残薬なく定期的な内服ができていた。主治医はカテーテル治療を実施した。特に合併症なく治療は終了。翌日に退院となった。

退院後5日目に全身倦怠感を訴えて、当院外来を予約外受診した。徒歩にて来院され病院の総合受付で手続きを取った。すぐには診察できないことを看護師が説明した。看護師が『元気が無い』と感じたため、外来担当医に報告した。

念のため、心電図計測を依頼した。心電図で胸部誘導でのST上昇を認め、急性心筋梗塞と診断した。この時点で救急対応として、緊急で冠動脈造影を実施した。前回治療した冠動脈が完全閉塞していた。カテーテル治療を実施して、再開通できた。集中治療室に入室となった。

看護師の聞き取りに対して、抗血小板製剤だけ意図的に内服しなかったことを供述した。

(ポイント)

- 1 カテーテル治療の必要性を説明してから5ヶ月間、定期的に外来通院され、病識をしっかり持っている患者と考えていたため、自己中断していることを把握できなかった。巧妙に怠薬していることを想定できなかった。服薬の確認は重要であるが、患者の潜在的な不安感にも注意することが大切なかもしれない
- 2 カテーテル治療後のステント血栓症は、突発的な冠動脈閉塞をきたすため、急性心筋梗塞と同じ病態を呈する。劇的な胸痛とともに救急車で来院する状況を思い浮かべることが多いが、我慢

強い患者では、救急搬送を依頼しない場合もある。今回は看護師の観察・機転により早期の対応ができたと感じている。コメディカルとの意思疎通はとても重要である。控え目な訴えで予約外受診される患者でもとりあえずは心電図計測が必要なかもしれない。

<医師会担当理事からのコメント>

この事例から私が学んだことは、<リスク情報の共有の難しさ>です。ステント血栓症のリスクの理解は難しいですし、同じように説明しても、患者さんによっても理解の程度も異なると思います。患者さんの安全は、患者さん自身の医療への参加が不可欠です。患者さんの医療への参加は、医療安全の領域では、リスクを減らすための重要な要素と考えられています。WHOでは、「患者安全のための患者の医療への参加」を促す啓発活動が行われています。

また、薬機法が改正され、患者の薬剤の使用状況の把握や服薬指導を行う義務が法制化されました(2019年12月4日公布)。今後、服薬状況の確認に薬剤師が関わっていけば、薬剤師には、「実は薬を飲んでいないのですが・・・」を伝えられるようになるのでしょうか。医師以外の職種が関わることで、服薬の状況が改善したらよいですね。



<発表4. 薬剤師>

「一過性の腎機能低下に伴うリチウム中毒が疑われた一症例」

のぞみ薬局京大病院前店 管理薬剤師
一般社団法人 京都府薬剤師会
理事 大垣 聡彦

(症 例)

60歳代男性。躁うつ病、糖尿病、腎機能低下、慢性腰痛症。

炭酸リチウムを低用量(200mg/日)で継続中。腎機能低下があるため、定期的に血中濃度測定が行われていた。電話にて「胃腸かぜで、下痢と37.5℃の発熱があり、足がだるい。手持ちの解熱剤があるが、定期薬との飲み合わせは大丈夫か?」との質問があり、服用中のトラムセット(2錠/日)にアセトアミノフェンが含まれるため、解熱剤は服用せず、症状が続く場合は早めに受診するよう返答した。

2週間後、腎臓内科の定期受診後来局。ケイキサレートが追加されており、処方せん記載の検査値より、カリウム値の上昇・腎機能の急激な低下を確認した。電話での訴えより、リチウム値高値のための症状を疑い、精神科の主治医にトレーシングレポートにてその旨を報告した。この時点では、下痢・発熱などの症状は回復しており、4日後の検査においてリチウム血中濃度は低値を示していた。

その後、患者の体調は完全に回復し、現在も精神科治療を継続中である。

(ポイント)

炭酸リチウムは治療域が狭く、定期的な血中濃度測定が必要な薬剤である。処方元の医療機関では腎機能低下を折り込み済みで炭酸リチウムの用量をコントロールしていた。しかし、後に把握した検査値より電話相談時の急激な腎機能低下が推測され、一過性の要因によるリチウム血中濃度の

上昇を念頭に置く必要があった。患者が胃腸かぜと訴える下痢・発熱はリチウム中毒の症状とも重なり、この時点で精神科主治医に相談するべきであった。

幸い、その後患者の症状は回復し、後の血中濃度測定ではリチウム値は低値であり、症状発現時の原因は不明であるが、その時点で主治医に情報提供することで、より質の高い医療を提供できたと考えられる。

他の領域においても治療域の狭い薬剤は多く、我々は腎機能のみならず様々な要因を念頭に置き、患者の訴えに耳を傾ける必要がある。

<医師会担当理事からのコメント>

院外薬局は、病院内の薬局と異なり、患者のカルテ情報を閲覧することはできません。分からないことがあれば、確認のために疑義照会する、というのは言うは易く行うは難し。疑義照会は、患者安全にとって非常に重要な行動ですが、薬剤師がこの行動をとれるかどうかは、医師の態度が鍵になります。医師が、疑義照会の電話に対し、「ありがとうございました」、「お手間をかけました」の一言を加えると、薬剤師をエンパワーし、患者安全につながると思います。数秒のわずかな言葉で、相手の印象を大きく変えます。すべての医師が参加できる<簡単に><価値ある>行動だと思います。

疑義照会をしていたら、患者は死亡しなかった、という事例も全国で発生しています。



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>

医師賠償責任保険制度(100万円保険)

【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

ご加入対象(被保険者)：京都府医師会会員である診療所の開設者個人(A1会員)、医師会会員を理事もしくは管理者として診療所を開設する法人
人格権侵害が補償されます。
(※医療施設賠償責任保険のみ)

加入タイプⅡ

ご加入対象(被保険者)：京都府医師会会員である勤務医師(A2会員)、法人病院の管理者である医師個人

※医療施設賠償責任保険は含みません。

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せんが、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(京都府医師会出資会社)
〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町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：京都支店営業課
〒600-8570 京都市下京区四条富小路角

2020年3月1日作成 19-TC07799

京都医報 No.2171

発行日 令和2年4月15日

発行所 京都医報社

〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町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栞尾町6 TEL 075-354-6101

発行人 松井道宣 編集人 飯田明男