医京報都

No.2194
令和３年４月１日

4.1
2021
April

毎月２回（１日・15日）発行　購読料・年6,000円

KYOTO

令和３年度介護報酬改定について

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り扱いについて

京都医報

KYOTO

目　次

2　地区医師会との懇談会「綴喜」

6　地区医師会との懇談会「下京東部」

8　地区医師会との懇談会「左京」

10　Web 版　臨床研修医向け事業を展開

13　令和２年度公衆衛生事業功労者厚生労働大臣表彰

14　委員会だより

16　令和２年度救急医療功労者厚生労働大臣表彰

16　令和２年度産科医療功労者厚生労働大臣表彰

17　医療事故調査制度『相談窓口』のお知らせ

18　府医ドクターバンクのご案内

20　地区だより

23　集いの部屋　・医師テニス

24　地区庶務担当理事連絡協議会

26　おしらせ

・日本医師会代議員・予備代議員補欠選挙における当選人について（告示）

・京都府からのお知らせ　産婦健康診査助成事業の実施について

・消費税転嫁対策特別措置法失効について

・令和３年経済センサス－活動調査の実施について

・中小企業庁
「緊急事態宣言の影響緩和に係る一時支援金」について

32　会員消息

33　理事会だより

付　録

保険だより

1　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り扱いについて　初診料・再診料に５点，入院料に 10 点の加算が可能

2　新型コロナウイルス抗原検出検査等に係るＱ＆Ａについて

3　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り扱いについて

3　南山城村の子育て支援医療費助成制度㊺の拡充について

4　令和２年度診療報酬改定において経過措置が設けられた施設基準等の取り扱いについて再延長が決定

5　薬価基準の一部改正等について　２月 18 日から

6　材料価格基準の一部改正等について　３月１日から

17　京都市国保におけるオンライン資格確認導入後の被保険者証等の取り扱いについて

18　生活保護における紙おむつ代の基準額の改定について　４月から

18　向精神薬の処方を強く希望する患者にご注意

19　被保険者証の更新について

19　被保険者証の無効通知について

保険医療部通信

1　基金からの審査情報の提供について

地域医療部通信

1　京都市肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査について

6　京都府乳がん検診管外受診制度に係る新規協力個別実施医療機関募集のお知らせ

9　（京都市からのお知らせ）
京都市における風しんの追加的対策　クーポン券の有効期限の延長について

介護保険ニュース

1　令和３年度介護報酬改定について

18　介護報酬にかかる「科学的介護情報システム（LIFE)」の活用等について

20　介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修について

21　退院患者の介護施設における適切な受入等について（一部改正）

「介護保険主治医意見書作成における要望」，「新型コロナウイルス感染症の情報開示」，「厚労省におけるワクチンの品質チェック機構」について議論

綴喜医師会と府医執行部との懇談会が 12 月 12 日(土)，Web で開催され，綴喜医師会から 10 名，府医から９名が出席。「介護保険主治医意見書作成における要望」，「新型コロナウイルス感染症の情報開示」，「厚労省におけるワクチンの品質チェック機構」をテーマに活発な議論が行われた。

〈注：この記事の内容は 12 月 12 日現在のものであり，現在の状況とは異なる部分がございますのでお含みおきください〉

介護保険主治医意見書作成における要望について

～要介護認定における主治医意見書の実態把握と地域差の要因分析に関する調査研究事業報告書から見る主治医意見書における現状～

主治医意見書の作成にあたり，意思疎通が困難かつ身寄りがないなど情報収集が困難な患者が増加傾向にある。その際に前回作成された主治医意見書が必要となるが，行政に開示請求をしても，ほぼ許可が下りない。

三菱UFJリサーチ＆コンサルティングが要介護認定における主治医意見書のあるべき姿を検討するために作成した「要介護認定における主治医意見書の実態把握と地域差の要因分析に関する調査研究事業報告書」によれば，ひと月あたりの主治医意見書の作成件数は，「５～６件」が558件，「10～11件」が547件と多く，また，「30件以上」も120件あったことから，医師への負担が大きいことが明らかとなった。

さらに，主治医意見書作成のための生活状況に係る情報収集について，「家族から聞き取った情報」が93.4%，「本人から聞き取った情報」が84.2%であったことから，独居者や意思疎通が困難な患者の情報聴取が大変困難であると言える。

～現状の課題に対する府医の見解～

主治医意見書の情報開示請求の権限を持つ者は，ケアマネジャー，被保険者本人，親族，法定代理人に限られており，多くの自治体は主治医を対象としておらず，一部の自治体で，「作成した医師の同意を得られた場合のみ」という条件が満たされた場合に開示されるのみである。京都市でも第３者への情報開示は基本的に許可していない。

府医としてもケアマネジャーが容易に主治医意見書の開示請求ができるにもかかわらず，主治医ができない現状を問題視しており，改善していく必要があると考えている。

また，主治医意見書の様式は全国一律で同様の様式を活用することが求められており，改善まで時間がかかることが予想されるが，すでに日本精神科病院協会が令和元年９月に「要介護認定における認定調査・主治医意見書に関する要望書」を厚労省へ提出している。

府医としても，必要に応じて府医会員からの意見を集約した上で，京都府に働きかけていきたいと考えている。

新型コロナウイルス感染症の情報開示について

～府医と行政での情報共有について～

新型コロナウイルス感染症の発生状況について，毎日，京都府から公開されているが，発生地域は保健所管轄内ごとであり，どの市町村で発生したのかは不明である。本来であれば，行政には感染者が発生した事業所名や市町村名の情報を医療機関に公表してほしいが，現状は困難である。

府医としては，各医療機関で情報を共有できるよう「京かぜマップ」，「京いんふるマップ」，「京ころなマップ」といったシステムを構築しているが，経過など不足している情報もあるといった課題もある。

～府医での取組みについて～

行政に情報提供を求める以外の手段として，地区ごとに情報共有について協議し，地区内での情報共有に取組んでいただくのも１つの方法と考えている。

府医では，京都市内の地区医に対して情報共有の体制を構築するよう求める依頼文を発出した。学校や幼稚園で新型コロナウイルス感染症が発生しても，校医･園医に連絡がない場合もあるため，校医・園医への情報伝達や逆に情報を入手した際は，風評被害を考慮した上で，地区内に情報を公開するよう求めている。

G-MIS（新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム）が厚労省から提供されているが，現状，公開されているのは地域ごとの医療資源情報のみであり，新型コロナウイルス感染症の発生状況は公開されていない。これが公開されれば，リアルタイムでの公開が可能となるので，今後とも注視していきたい。

～質疑応答～

◇「幼稚園・学校等での情報共有については，発生した学校・幼稚園等からメールで情報発信があった。また，教育委員会では，学校等欠席者・感染症情報システムがあり，新型コロナウイルス感染症が報告項目としてある。こういった情報共有について府医で把握しているのか」という質問が出された。

学校等欠席者･感染症情報システムについて，京都市以外の情報が掲載されており，参考になるため地区医内で共有できるようID･パスワードの発行を行政に依頼することも有益である。また，校医・園医からの情報はいずれにせよ必要であると考えられるので，情報共有の体制構築に取組むことについて検討してほしい。

厚労省におけるワクチンの品質チェック機構について

～ワクチンが出荷されるまで～

ワクチンは非臨床試験と臨床試験を通して，品質，安全性，有効性を確認することとなっている。新型コロナウイルス感染症のワクチンについては，イギリスやアメリカですでに両試験が実施され，有効性が有害作用を上回ったことが実証されたため，接種が始まっている。

一度，承認されると，承認規格として生物学的製剤基準と検定基準が設置され，これらの基準を満たしたロットが出荷される（ロットリリース）。

～ロットリリースまでの課題について～

ワクチンは他の薬剤と違い，健常者に打ち，健康を守る役割があることから，高い品質と安全性が求められる。自家検定と国家検定によるダブルチェックが行われるが，まれにロットリリース時に国家検定に落ちて，供給不足に陥ることがある。

また，ワクチンの有害性が分かるまでには，多くの時間を要する。例えば，新型コロナウイルス感染症の各種ワクチンについては，短期的な有害作用は分かっているものの，中長期にわたる有害作用は分かっていないため，懸念事項が残っていると言える。

さらに，ワクチンは製造の過程だけでなく，試験においても生物を活用するバイオアッセイが用いられる。製造の過程においては，ある程度の製造数の変動は避けられず，試験においても，精度管理が大変困難である。

～ワクチン承認までの試験・検定方法～

ロットリリースについては，日本，欧州，WHOが示すガイドラインでそれぞれやり方が微妙に違うが，基本的にプロトコール（治験実施計画書)・レビューを全ロットに行うことが一般的である。

また，ロットごとの製造および試験の記録等を要約した書類（製造・試験記録等要約書；Summary Lot Protocol；以降，SLP）の審査が行われる。日本においては製造・販売会社の自家試験の結果だけ精査していたが，現在ではSLP審査も義務付けられるようになった。

承認審査については，平成16年から設置された「独立行政法人　医薬品医療機器総合機構（以降，PMDA)」が中心となって行う。

PMDAでは，医薬品の副作用または生物由来製品を介した感染等による健康被害の迅速な救済を図り，ならびに医薬品等の品質，有効性および安全性について治験前から承認前まで一貫した指導や安全対策を行っている。

検定業務の流れとして，製造業者から製造所がある都道府県の薬務主幹に検定申請が提出され，それを国立感染症研究所で試験実施が行われた後，合否判定がある。そこで問題事象が報告されると，厚労省医薬食品局の指導対象となるか，PMDAの査察を受けることになる。

同研究所では試験（検定試験，自家試験）について，複数ロットの結果を時系列に並べて，数値の変動に一定の傾向が無いかどうか分析するトレンド分析を行うことで安全性の担保を行い，未然に健康被害を防ぐことに取組んでいる。

～府医から京都府への要望～

ワクチンの問題は多岐にわたり，特にワクチン自体の流通が滞ることが毎年のように起こっている。今後，IT化が進歩すれば，流通経路や在庫管理の把握が期待できるため，現在，その体制づ

くりを京都府が行い，厚労省に提案するよう求めている。

～質疑応答～

◇新型コロナウイルス感染症のワクチンについて，接種体制やワクチンの種類などの詳細について質問があった。

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会から新型コロナウイルス感染症のワクチンに関する詳細が通知された。

それぞれのワクチンの違いについては下記表のとおり。

現在のところ，どのようなワクチンがどの程度入ってきて，どのように流通させるか未定であるが，どのワクチンを活用するかによって接種体制に影響があると考えている。すでにアストラゼネカ社が他２社と違い，国内で生産することを国と契約しているため，将来は，安定的に供給ができる可能性が高い同社のワクチンが主流になると考えている。

2020 年，日医で行われた研修会で川崎市がコロナワクチンの接種について，シミュレーションを行った結果，65 歳以上の高齢者への接種を終えるのに３か月を要する見込みと報告していた。京都市は，川崎市との規模に差が少ないが，先進的な川崎市より相当時間かかると考えられる。京都市はまだ，具体的に動き始めていないが，今後，府医は接種医師を確保し，行政は場所を確保する必要がある。

◇「ヒブに関して，100 本中３本もの破損事例があり，PMDA や製造元に訴えたものの，具体的に改善に取組む様子は見られなかった。世の中に一定数の不良品が出回っていないのか，そういった報告されていない破損事例がどの程度あるのかアンケートをしてはどうか」という意見があった。

◇「HPV ワクチンについて，有害事象が多すぎることを懸念している。数十万分の１まで削減し，情報提供に努めなければ，保護者の理解を得ることは難しいのではないか。また，接種機会を逃した接種対象者に対して，年齢に関係なく公費接種を受けられるようにしていただきたい」との意見があった。

有害事象の重症性は接種医が決めることとなっているが，HPV ワクチンが日本で初めての筋肉注射だったため，接種部位を間違えた事例や直接，ワクチンとの因果関係が考えにくい事例も一定数あった。

このような情報伝達を怠った国にも責任があると考えている。

また，昨年，MSD 株式会社が日本で初めて，従来は認められていなかった男子への適用拡大を厚労省に承認申請したことで男子への適用拡大もあり得ることから，今後の国の動向に注視していきたい。

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。

	ファイザー社	モデルナ社	アストラゼネカ社
ワクチンの種類	mRNA ワクチン	mRNA ワクチン	ウイルスベクターワクチン
接種回数（接種間隔）	２回（21 日間隔）	２回（28 日間隔）	２回（28 日間隔）
保管温度	－75℃±15℃	－20℃±５℃	２～８℃
開封後の保管条件	室温に溶解後生理食塩液で希釈。希釈後室温で６時間	室温（２～25℃）で６時間。希釈不要。	室温で６時間。 ２～８℃で 48 時間。 希釈不要。
医療機関での保管	・超低温冷凍庫 ・ドライアイスで 10 日以内	冷凍庫（－20℃±５℃）	冷蔵庫

「冬場の発熱患者への対応」，「消毒液・感染防護具などの医療資材の確保」，「オンライン診療」について議論

下京東部医師会と府医執行部との懇談会が 12 月 16 日（水），Web で開催され，下京東部医師会から 16 名，府医から８名が出席。「冬場の発熱患者への対応」，「消毒液・感染防護具などの医療資材の確保」，「オンライン診療」をテーマに活発な議論が行われた。

〈注：この記事の内容は 12 月 16 日現在のものであり，現在の状況とは異なる部分がございますのでお含みおきください〉

冬場の発熱患者への対応について

冬場の発熱患者への対応について概要を説明。
（本誌３月１日号Ｐ２～３参照）

～質疑応答～

◇「かかりつけ医がいない発熱患者がセンターに相談しても，結局たらい回しや逆流が起こっている。また，新体制でのセンターでも同じような対応で，改善されておらず困っている。きちんと対応してほしい」と要望が出された。

他の会員からも同様の苦情が寄せられている。センターは府・市の一本化になったが，現在も以前のコールセンターの機能がまだ残っている状態である。また，新体制ではそのような

対応をしていないと聞いていたので，強く申し入れをしていくと回答した。

◇「診療・検査医療機関は原則，非公表とのことだが，これに関して地区における情報共有についてどのような方法がよいか」と質問が出された。

山科・伏見医師会ではすでに実施している。山科医師会ではアンケートを実施し，情報共有のシステムを構築した。各地区で事情も異なるため，地区で検討していただきたいと回答した。

◇「産業医の研修会は出席必須だが，Web での開催はできないか」と質問が出された。

産業医については日医が Web での研修会を認めていない。府医では関連機関と連携しながら，府医会館で実施の場合は人数を制限し，回数は減らさないように開催していく。今回の意見は日医に伝えていくと回答した。

消毒液・感染防護具などの医療資材の確保について

新型コロナウイルス感染症陽性者の増加にともない，医療機関が有する医療資材の不足が生じたことから，京都府は４月に医療資材コントロールセンター（以下，「センター」という）設置。京都府が有する資材の調達・管理・配布や不足する資材の代用品等の検証・開発依頼等がセンターの役割・機能である。

12 月４日時点で，手袋は不足気味であるが，消毒液・マスク・ガウンは発足時に比べて安定しているとのことである。

診療・検査医療機関は，12 月７日より G-MIS で資材の状況が入力可能になり，不足時に緊急配布要請を行うと，府から確認後，配布される流れになっている。それ以外の医療機関については，通常の納入業者からの購入が必要である。アルコール・手袋については，府庁および保健所で無償配布しており，配布の情報については，センターから連絡があり次第，FAX 情報や会員 ML で知らせている。

府医の資材備蓄量については，費用面，保管スペース面で限りがあり，緊急時にはセンターに連絡をお願いするとともに，適切な利用を求めた。

オンライン診療について

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受けて，厚労省は時限的・特例的に初診からの電話や情報通院機器を用いたオンライン診療を可能とする旨の事務連絡を発出した。また，これについて３か月ごとに見直しのための検討会が開催され，オンライン診療での疾患・症状・処方薬等の適切性について検証が行われている。

～オンライン診療の実施状況，患者の背景～

10 月末時点で，電話・オンライン診療実施を可能とする医療機関は，全医療機関中 15%，うち初診可の登録数は 6.9%である。京都府の実施状況は 101 件で，大阪 863 件，兵庫 600 件，滋賀 100 件の近畿他府県と比べても少ない。

受診者の年齢は，０～ 10 歳（30%超），21 ～ 30 歳（約 20%）の利用が多く，主な疾患は，上気道炎，気管支炎，発熱などで，診療科は内科，小児科が圧倒的に多い。

～初診のオンライン診療の原則解禁を検討～

厚労省は検討会の中で，今後のオンライン診療のあり方として，安全性と信頼性をベースに，初診も含めたオンライン診療を原則解禁することについて検討。また，電話ではなく映像があることを原則とするとした。

初診の場合にも安全性・信頼性を担保するためには，医師が患者の医学的情報を把握していることや医師－患者間の関係性が重要である。この「医師・患者関係」は過去の受診歴がベースとなる。この考え方を基本に，患者の過去の受診歴を軸に４つのケースに分けて議論された。この中で日医の今村副会長は「過去の受診歴がなく，診療情報の提供もない患者のオンライン診療は危険ではないか」と指摘している。

他にも「地理的な観点」，「医療の質」，「診断・治療等の診療における観点」，「医師の技術・研修」，

「オンライン診療のさらなる活用と課題」,「地域におけるオンライン診療の提供体制」,「システム提供者およびセキュリティ」,「高齢者への対応」などが議論されており，厚労省は，これらの議論が十分なされた上で,「安全性」,「信頼性」に関してそれぞれルールを設け，初診オンライン診療の実施へ向けてさらに検討していくとしている。

現在，府医から出務しているコロナの宿泊療養所では,対面ではなくオンラインで診療しており，このようなケースではメリットがある一方，想定されるデメリットとして，オンライン診療での見落としで誤診と言われて訴訟に巻き込まれる可能性，営利目的のオンライン診療専門の医療機関による制度の悪用，また，オンライン診療をしない地方の診療所等が淘汰され，地域の医療提供が損なわれる等を挙げ，そのようなことが無いよう今後も注視していくとした。

■ 左京医師会との懇談会　　1.16 Web 開催

「各種研修会のオンライン参加による単位付与」,「定期予防接種の期限」,「個人防護具の供給」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 16 日(土)，Web で開催され，左京医師会から 24 名，府医から 10 名が出席。「各種研修会のオンライン参加による単位付与」,「定期予防接種の期限」,「個人防護具の供給」をテーマに活発な議論が行われた。

〈注：この記事の内容は 1 月 16 日現在のものであり，現在の状況とは異なる部分がございますのでお含みおきください〉

各種研修会のオンライン参加による単位付与について

コロナ感染拡大を受け，従来の集合形式による各種研修会の開催が困難な状況の中，府医ではWebおよび現地とのハイブリッド形式での開催等により積極的に対応してきた。

日医生涯教育講座の単位取得については，Webで受講者の参加確認ができればオンライン参加でも単位・カリキュラムコード付与が可能である。これは令和３年３月31日までの時限措置であるが，日医に確認したところ，延長も視野に入れて検討中との回答を得ている。また，専門医の共通講習，日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修についても，日医で出席，理解の状況が確認できるシステム（簡単なテスト実施等）を検討，構築中である。

～産業医研修の実施状況～

産業医は現在，対面研修が必須であり，府医と京都産業保健総合支援センターの共催研修については感染対策を講じた上で昨年６月から再開された。しかし，感染状況や緊急事態宣言発出の見込みから１月の対面研修を中止とし，２月以降は現状を見ながら検討することとなった。

以前より北部や南部の先生から市内の研修会に参加するのが難しく改善を求める声があったため，今年３月に予定している産業医部会総会については昨年１ヶ所であったサテライト会場を５ヶ所に増やして開催する予定である。

日医に対しては，コロナ以前よりICTを用いた研修について要望していたが，依然として慎重な姿勢であった。しかし，このコロナ禍により検討が始められているようである。また，２月に近医連で，個人のリモートでの研修参加，ｅ-ラーニングによるWeb研修等についての意見交換を行った後，近医連から日医に働きかける方針である。

定期予防接種の期限について

肺炎球菌ワクチンの供給不足や子宮頸がんワクチンの案内リーフレットの配布遅延により，定期接種が期限に間に合わない事態となっていることについて，府医でも問題視し，感染症対策委員会にて意見交換を行ってきた。

～行政の対応～

過去にも様々なワクチンの供給不足があり，府医ではその都度，府・市と定期接種の時期を逸した場合に延長を要請してきた。しかし，国の方針に従うのみであった。すでに子宮頸がんワクチン，肺炎球菌ワクチンについても協議してきたが，同様の対応しか得られなかった。

～肺炎球菌ワクチンの供給見通し～

ニューモバックスがバイアル製剤からシリンジ液に変更のため，出荷調整が行われた。供給量の総量は昨年と変わらないが，世界的に需要が大幅増加のため，MSDから卸売業者への出荷調整は継続している。入手はしやすくなっているので卸売販売に問い合わせるよう求めた。

～子宮頸がんワクチン接種～

京都市では高校１年生を対象に新リーフレットを配布したが，厚労省からの配布開始が昨年10月と遅れた影響を受けている。2013年当時，有害事象や副反応の報告が多数あったため，厚労省がワクチン接種の積極的勧奨を差し控えているものの，定期接種としては継続しており，2005年の日本脳炎の時と同様の救済措置が取られるかは不明である。

各種データの検証により，産婦人科医会では２回の接種でも効果があるとの意見も出ている。対象年齢を超過している場合，３回目については被接種者・保護者・接種医とで検討し，任意接種するかを決めることになる。

個人防護具の供給について

京都府における医療資材の対応について説明。

（本誌４月１日号Ｐ８参照）

Web版 臨床研修医向け事業を展開

Web会議システムを活用して「臨床研修屋根瓦塾KYOTO」，「研修医ワークショップ in Kyoto」，「アドリブ症例検討会」を開催

府医では，例年，研修医，若手勤務医を対象とした研修会，勉強会に傾注し，里親精神でサポートに努めている。

恒例となっている研修３事業については，日常の臨床現場で使える内容で大変好評を得ており，全国的にも類を見ないユニークな取組みだ。

また，アドリブ症例検討会についても，「症例を提供した人だけが解答を知っている」という大きな特徴を持ち，参加者全員で鑑別診断を行い，徐々に絞り込んでいくスタイルになっていることから，明日の臨床の場で役立つ内容となっている。

ただ，昨年の新研修医総合オリエンテーションについては，新型コロナウイルスの影響から参加者の安全を考慮し，中止を余儀なくされた。

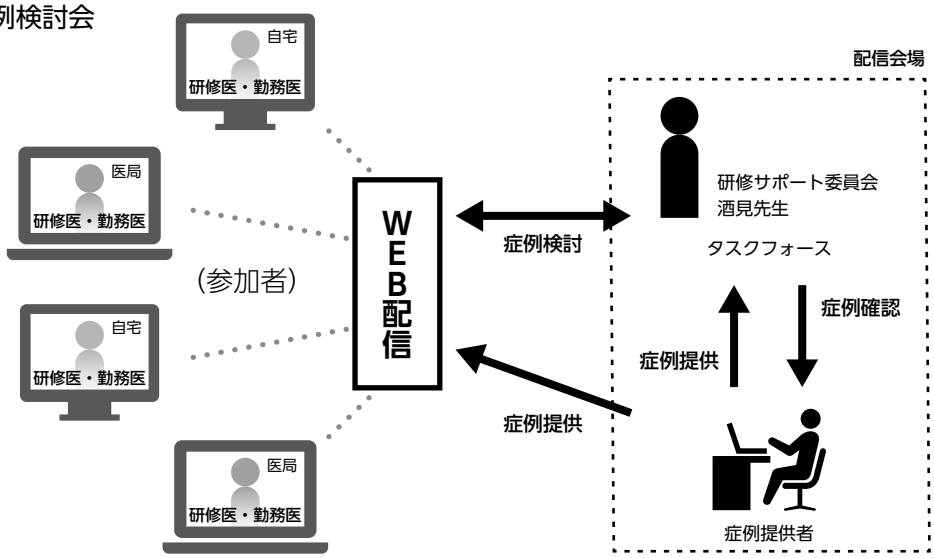
これに限らず，今年度は軒並み研修医，若手勤務医の研鑽の場が奪われており，レベルアップ，スキルアップ，ネットワークの構築ができない状況が続いている。

このことから，府医では，研鑽の場を設けるべくWEB会議システムを用いた研修医，若手勤務医向けの取組みを考案し，展開してきた。

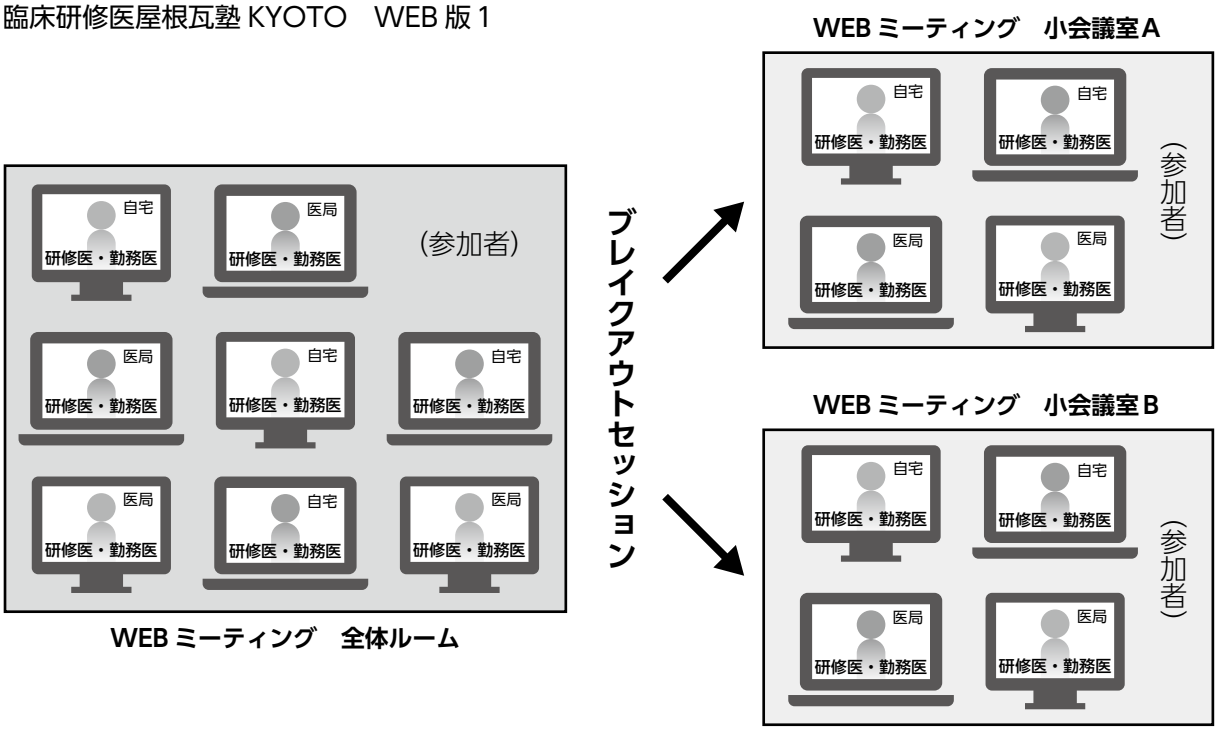
まず，アドリブ症例検討会は昨年10月，本年２月の２回にわたって開催。１回目，２回目ともタスクフォースを洛和会音羽病院副院長で府医の

アドリブ症例検討会

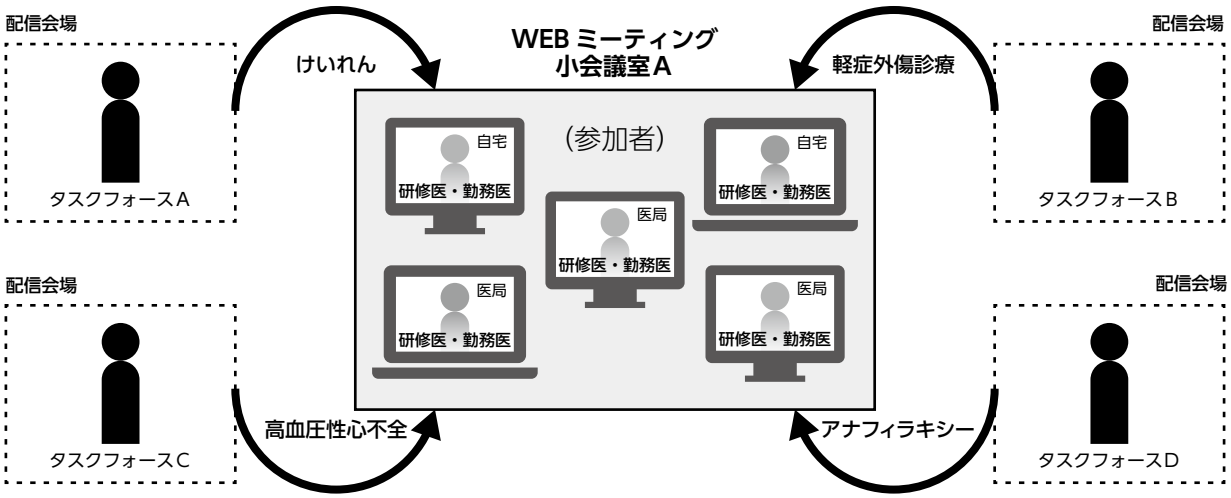
■ アドリブ症例検討会



■ 臨床研修医屋根瓦塾 KYOTO　WEB 版 1



■ 臨床研修医屋根瓦塾 KYOTO　WEB 版 2



研修サポート委員会委員である酒見英太氏に務めていただいた。本症例検討会は，前述のとおりのスタイルになっていることから比較的，WEB 会議システムを用いての開催のハードルが低く，効果的な症例の提供が可能であった。

１回目の症例は「虫刺されがひどいんです　急性骨髄性白血病（M１）虫刺症にともなう皮膚過剰反応（Hypersensitivity to insect bite)」として医仁会武田総合病院総合診療科研修医の上松優奈氏に，「したが痛いんです・・骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（ARONJ）＋舌・口腔底膿瘍　」として京都医療センター総合内科専攻医の澤田好江氏に提供いただいた。

また，２回目は「透析導入患者の持続する炎症反応　～結核性腹膜炎～」として，京都府立医科大学附属病院 研修医 山本 慎大氏に，「背水の陣：背水（背部痛）の陣（腎）　→　決戦（血栓）　～腎盂腎炎による持続的な菌血症の結果として化膿性仙腸関節炎，血栓性静脈炎に至った例」として国立病院機構京都医療センター総合内科研修医

中前 拓也氏に症例提供をいただいた。

参加者は酒見氏とのカメラを通したやり取りでも，フィジカルアセスメントから鑑別診断をつけていくとともに，当該症例にかかるレクチャーを受けることで，レベルアップに努めていた。

このほか，府医では WEB 会議システムを利用して,「臨床研修屋根瓦塾 KYOTO」,「研修医ワークショップ in Kyoto」を 2 月 28 日に同日開催した。

「臨床研修屋根瓦塾 KYOTO」は，通常であれば，研修医が所属病院，性別，年数の異なるチームを組んで，タスクが待つ府医会館の会議室に施されたブースを回ることで，多くの知識，技術を身に着けることができる試みである。Web 上では一定の制約はあったものの，Web 会議システムの機能を十二分に利活用し，ブレイクアウトセッション機能（全体から小会議室への移動）をブースに見立てて展開することができた。

今回のブースの症例テーマとしては，４人のタスクフォースから「軽症外傷診療」,「アナフィラキシー」,「けいれん」,「高血圧性心不全」が掲げられた。

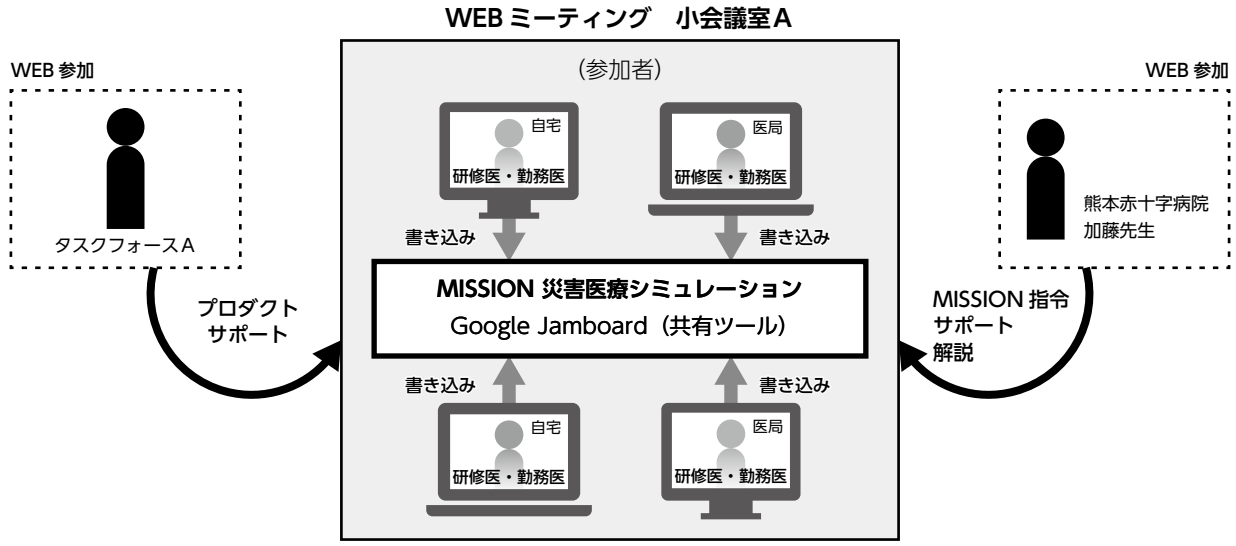
後段に行われた「研修医ワークショップ in Kyoto」では，通常開催であれば，こちらも府医の会議室に一堂に会し，チームを組んで災害医療で遭遇する問題をシミュレーションし，様々な「MISSION」として盛り込むことで，日常では滅多に体験することができない，大変貴重な研鑽を積む場を得ることができる取組みある。

しかしながら，こちらについても WEB での展開を余儀なくされた。ただ,「Web 臨床研修屋根瓦塾 KYOTO」と同様にブレイクアウトセッション機能を用いることで，例えインターネットを介していても，チームワークを持って取組むことができることを証明した。今回の災害医療シミュレーションでは，ブレイクアウトセッション機能のほか Google の Jamboard を使い，チーム内の意思疎通の円滑化を向上させることで，とても WEB 上とは思えない多角的なプロダクトが生み出された。

Web 臨床研修医，若手勤務医向け事業に積極的にご参画いただいた，タスク各位には多大なる敬意を表すとともに，深く御礼申し上げる。

府医では，このコロナ禍においても，極力，研修医，若手医師の研鑽の場を確保するべく，工夫を凝らしながら開催方法を検討し，Web であっても「スキルアップ」,「レベルアップ」,「ネットワークの構築」が可能な取組みを模索していきたいと考えている。

■ 研修医ワークショップ in Kyoto　WEB 版



令和２年度公衆衛生事業功労者厚生労働大臣表彰

岡田　純 氏(左京)，北川　靖 氏(左京)，鴻巣　寛 氏(綾部) が受賞

この度，岡田純氏（左京），北川靖氏（左京），鴻巣寛氏（綾部）が公衆衛生事業功労者厚生労働大臣表彰を受賞されました。

先生のご受賞を心からお喜び申し上げますとともに，今後ますますのご活躍を祈念いたします。

令和３年度 特定健診

◆ 京都市特定健診は４月 26 日(月) から開始－開始日前の受診は不可－

令和３年度の京都市特定健診(国保, 後期高齢, 生活保護, 青年期)の開始日は４月 26 日(月)からとなります。

実施医療機関各位には４月中旬頃，令和３年度用の『京都市特定健診等実施の手引き』等をお送りいたします。令和３年度から一部処理等に変更がございます。必ず手引きをご確認いただきますようお願いいたします。

また，京都市在住の後期高齢者健診の対象者には受診券が発行されないため，４月 26 日を待たず来院される可能性があります。４月 26 日前には受診できませんのでご注意いただきたく，来院があった場合は４月 26 日以降に受診するようご指示ください。

◆ 被用者保険被扶養者等特定健診は４月１日(木) から開始

令和３年度被用者保険被扶養者等特定健診については４月１日(木) から開始となります。

実施医療機関各位には３月下旬に，令和３年度用の『実施の手引き』等をお送りしております。令和３年度から一部処理等に変更がございます。必ず手引きをご確認いただきますようお願いいたします。

地域ケア委員会＜中間報告＞

新型コロナウイルス蔓延期の在宅医療に関する提言書

2020年春，新型コロナウイルスの感染拡大を受けて在宅医療現場は混乱を来しておりました。７月に再開された地域ケア委員会では新型コロナウイルス蔓延期の在宅医療現場における様々な問題について議論を開始しました。各委員からのご意見に加え，宇治久世医療介護連携センターのアンケート調査の結果や府医が実施した「地区医師会意見調査」の結果をもとに現場での様々な課題の抽出を行いました。議論には府医感染症担当理事の禹先生や京都府入院医療コントロールセンターの髙階先生にも加わっていただきました。計６回の委員会の議論を経て，現時点での在宅医療現場における行動目標や解決すべき課題を提言としてまとめました（次頁参照）。この提言書が新型コロナウイルス感染蔓延期に在宅医療現場で奮闘されている医療・介護従事者の一助になることを願っております。また，現在，緊急事態宣言が京都でも発出されており（2021年２月９日現在），今後，新型コロナウイルス感染患者を在宅で診療しなければならない可能性も出てきております。この提言書も感染状況に応じて順次改訂していきます。

京都府医師会　地域ケア委員会

松井府医会長（左）に答申書を提出する西委員長（右）と
北川府医副会長（中央左），田村府医理事（中央右）

■ 在宅医療に従事する医師へのお願い

1．医師自身が新型コロナウイルスに感染しないために行うべきこと

・診療以外の生活を含めて，マスクの着用，手指消毒の徹底，三密の回避，会食の自粛

2．訪問診療において互いに濃厚接触者にならないために行うべきこと

・訪問前の情報収集
・標準予防策と手指消毒の徹底
・訪問時の患者，家族のマスクの着用，換気
・診療が 15 分を超えないようにする
・「新型コロナウイルス蔓延期に在宅療養をされている患者さんとご家族へのお願い」のチラシの活用（府医・地域ケア委員会編／京都医報 2020 年 10 月 1 日号同封）
府医 HP →「新型コロナウイルス関連特設サイト」→「医療機関向け資料」
https://www.kyoto.med.or.jp/covid19/pdf/09.pdf

3．医師が濃厚接触者になった場合の診療

・基本的には保健所の指示に従う
・14 日間，対面診療を控えることが最も確実

4．医師が新型コロナウイルスに感染した時に行うべきこと

・地区医や在宅医療・介護連携支援センターへの報告とバックアップの要請
・在宅患者リストの作成
・終末期患者，医療処置が必要な患者の診療情報提供書作成
・過去３日間の外来患者リストを保健所に提出

■ 地区医，在宅医療・介護連携支援センターへのお願い

・医師が感染した場合のバックアップ体制の構築の検討
・在宅患者や介護施設利用者で感染者が発生した場合の情報共有の仕組み作り
・サービス担当者会議のオンライン化のサポート
・地域における発熱患者の診療体制の確立

■ 病院へのお願い

・退院時カンファレンスのオンライン化
・介護者が感染もしくは濃厚接触者になった要介護者のレスパイト入院

※受け入れの可否については，最終的に病院の判断となるため，個々の病院との事前調整は必要。

令和２年度救急医療功労者厚生労働大臣表彰

香 川　惠 造 氏（福知山）が受賞

この度，香川惠造氏（福知山）が救急医療功労者厚生労働大臣表彰を受賞されました。

先生のご受賞を心からお喜び申し上げますとともに，今後ますますのご活躍を祈念いたします。

令和２年度産科医療功労者厚生労働大臣表彰

小 西　郁 生 氏（伏見）が受賞

この度，小西郁生氏（伏見）が産科医療功労者厚生労働大臣表彰を受賞されました。

先生のご受賞を心からお喜び申し上げますとともに，今後ますますのご活躍を祈念いたします。

令和３年７月発足分「一人医師医療法人」の申請受付

令和３年４月26日(月）までに「事前概要書」の提出を

『令和３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３年７月発足の申請をされる方は，令和３年４月26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。

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
  ⑴外部委員の派遣
  ⑵報告書作成支援
  ⑶解剖・Ai実施支援

京都府医師会
ドクターバンクのご案内

京都府医師会ドクターバンクは京都府内の医療機関に対して，登録医師を紹介する制度です。
★利用料はいただきません。　★対象は医師（常勤・非常勤）です。
※求人・求職（雇用形態等）に関するお問合せにつきましては，京都府医師会ドクターバンク（TEL 075－354－6104 FAX 075－354－6074）までご連絡ください。直接医療機関へ連絡することはご遠慮ください。

医師バンク

○は新規掲載医療機関です

＜京都市＞

医療機関名	所在地	募集科目
京都鞍馬口医療センター	京都市北区小山下総町 27	内・神内・救急
京都博愛会病院	京都市北区上賀茂ケシ山 1	リハ・整外・神内
冨田病院	京都市北区小山下内河原町 56	循内・整外・他
京都からすま病院	京都市北区小山北上総町 14	消内・神内・外
北山武田病院	京都市北区上賀茂岩ヶ垣内町 99 番地	内・形外
堀川病院	京都市上京区堀川通今出川上ル北舟橋町 865	呼内・消内・腎内
京都回生病院	京都市下京区中堂寺庄ノ内町 8－1	内・外・整外
明石病院	京都市下京区西七条南衣田町 93	内・外
康生会武田病院	京都市下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町841－5	内・救急
たなか睡眠クリニック	京都市下京区四条通柳馬場西入立売中之町 99 四条 SET ビル 5 階	内・呼内・循内・精・耳
医療法人社団恵心会京都武田病院	京都市下京区西七条南衣田町 11 番地	消内・泌・外
医道会十条武田リハビリテーション病院	京都市南区吉祥院八反田町 32 番地	循内・整外・リハ
光仁病院	京都市南区四ツ塚町 75	内・皮
京都民医連中央病院	京都市右京区太秦土本町 2－1	内・リハ・外
嵯峨野病院	京都市右京区鳴滝宇多野谷 9	内・呼内・老年
京都市立京北病院	京都市右京区京北下中町鳥谷 3	内・外・整外
国立病院機構宇多野病院	京都市右京区鳴滝音戸山町 8	消内・脳外・リハ
京都双岡病院	京都市右京区常盤古御所町 2	内・神内・精
吉川病院	京都市左京区聖護院山王町 1	内・整外
くみこクリニック	京都市左京区下鴨南野々神町 2－9	皮・美外
京都大原記念病院	京都市左京区大原井出町 164	内・神内・脳外・整外
京都近衛リハビリテーション病院	京都市左京区吉田近衛町 26	内・神内・脳外・整外
洛西ニュータウン病院	京都市西京区大枝東新林町 3－6	内・整外
京都桂病院	京都市西京区山田平尾町 17 番	内（一般）・麻・救急
育生会京都久野病院	京都市東山区本町 22 丁目 500 番地	整外・救急・内・外・リハ
鈴木形成外科	京都市東山区大橋町 89－1	アレ・皮
洛和会音羽病院	京都市山科区音羽珍事町 2	内・救急・麻
洛和会音羽リハビリテーション病院	京都市山科区小山北溝町 32－1	内・リハ
洛和会音羽記念病院	京都市山科区小山鎮守町 29－1	内・腎内
京都東山老年サナトリウム	京都市山科区日ノ岡夷谷町 11	内・精・リハ
蘇生会総合病院	京都市伏見区下鳥羽広長町 101	内・呼内・脳外
老健施設あじさいガーデン伏見	京都市伏見区向島二ノ丸町 151－81	内
医仁会武田総合病院	京都市伏見区石田森南町 28－1	内・産婦・救急
伏見桃山総合病院	京都市伏見区下油掛町 895	腎内・神内・内
介護老人保健施設京しみず	京都市伏見区羽束師古川町 177	内・呼内・循内
京都府赤十字血液センター	京都市伏見区中島北ノ口町 26	

＜宇治市・城陽市・久御山町・八幡市・京田辺市・相楽郡＞

	医療機関名	所在地	募集科目
	宇治武田病院	宇治市宇治里尻 36－26	循内・眼・放
	京都工場保健会宇治支所	宇治市広野町成田１番地７	内・循内・婦
	六地蔵総合病院	宇治市六地蔵奈良町９番地	内・整外・リハ
	宇治病院	宇治市五ヶ庄芝ノ東 54－２	内・整外・消内・呼・放
	宇治徳洲会病院	宇治市槇島町石橋 145	腎内・児・麻
	京都岡本記念病院	久御山町佐山西ノ口 100	内・外・麻
	ほうゆう病院	城陽市寺田垣内後 43－４	内・消内・糖内
	男山病院	八幡市男山泉 19	内・消内・整外
○	八幡中央病院	八幡市八幡五反田 39－１	内・神内・消内・循内・リハ
	石鎚会京都田辺中央病院	京田辺市田辺中央６丁目１番地６	内・救急
	石鎚会京都田辺記念病院	京田辺市田辺戸絶１番地	リハ
	不動園診療所	宇治市白川東山 15 番地	精神・外
	学研都市病院	相楽郡精華町精華台７丁目４－１	内・循内
○	精華町国民健康保険病院	相楽郡精華町祝園砂子田７番地	内

＜亀岡市・南丹市・船井郡・綴喜郡＞

	医療機関名	所在地	募集科目
	亀岡病院	亀岡市古世町３丁目 21 番１号	内
	亀岡シミズ病院	亀岡市篠町広田１丁目 32－15	消内
	明治国際医療大学附属病院	南丹市日吉町保野田ヒノ谷６－１	内・神内・外・麻
	国保京丹波町病院	船井郡京丹波町和田大下 28 番地	内
○	国保京丹波町病院和知診療所	船井郡京丹波町本庄今福５番地	整外
	特別養護老人ホームいでの里	綴喜郡井手町井手弥勒１－１	内

＜綾部市・福知山市・舞鶴市＞

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

＜宮津市・京丹後市・伊根町・与謝野町＞

	医療機関名	所在地	募集科目
	宮津武田病院	宮津市鶴賀 2059－１	内・外
○	介護老人保健施設リハ・ヴィラなぎさ苑	宮津市字須津 2668 番地１	内
	京丹後市立弥栄病院	京丹後市弥栄町溝谷 3452－１	内・外・児・産
	京丹後市立久美浜病院	京丹後市久美浜町 161	内・整外・眼
○	丹後ふるさと病院	京丹後市網野町小浜 673	内・消内・皮

診療所継承

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

行政区	伏見区	診療科	外・整外・肛・内
概　要	譲渡または賃貸，土地（約 460㎡）， 建物２階建て，一部３階と地階（計約 480㎡）		

行政区	山科区	診療科	眼
概　要	譲渡，土地（36.74㎡），建物（105.05㎡）		

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

行政区	長岡京市	診療科	内・児
概　要	賃貸，土地（約 240㎡），建物（約 130㎡）		

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

行政区	北区	診療科	整外
概　要	賃貸，土地（約 60 坪），建物（110㎡）		

行政区	北区	診療科	耳
概　要	賃貸，土地（104.07㎡），診療所面積（67.12㎡） ※受け渡しは９/20 以降		

◆運用について

※登録情報につきましては，厳重に管理し，登録者の個人情報の保護に努めます。
※求職登録につきましては，いただいた求職票を京都府医師会ドクターバンクで保管しますが，ホームページには公開しません。
　府医でも参照は関係者のみとし，限定的に取り扱いをさせていただきます。

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

下京西部医師会

会報担当理事　大内 景子

京都府医師会の会員の先生方におかれましては、このコロナ禍での診療および医師会活動の状況が大きく変化している現在、心身ともにお疲れのことと存じます。まずは医師会の活動に積極的に取組んでおられる先生方に心より感謝申し上げます。

さて、今回の地区だより、下京西部医師会の活動状況についての執筆を小笠原宏行会長からのご指名により会報担当理事のわたくしが紹介させていただくことになりました。現在どの地区も、いや日本中、世界中がコロナウイルス感染拡大により、この約１年、これまでの活発な医師会活動は通常どおりできず、ただひたすら感染防止策に追われた１年を過ごされたことでしょう。

現在当医師会は 2021 年３月現在Ａ会員 136 名、Ｂ会員 204 名、Ｃ会員４名、Ｄ会員 25 名の総数 369 名で 10 の班に分けております。11 の委員会を構成し種々の活動をしております。救急指定病院も多数あり病診連携がしっかりと構築されています。また、病院や診療所の数、会員数が多いことに加え勉強熱心な先生方が非常に多いと感じてます。まずは当医師会が勉強熱心だと感じる学術の活動状況について触れさせていただきます。

・下京西部医師会生涯教育講演会：

病診連携講演会も含めほぼ毎月開催しております。各科の専門医の先生をお招きして近くのホテルの会場にて講演していただいておりました（現在はほぼ京都府医師会館での WEB 開催中です）。

・プライマリ・ケア教育の会：

コロナ拡大前は下西の事務所にて診察後、夜に開催しておりました。お弁当を申し込むと食事しながら参加できます。先生方のもつ症例などを発表していただ

令和２年度総会（ハイブリッド開催）

き意見を交換する勉強会でしたがこれも現在はオンラインとなってしまいました。しかしオンラインのおかげで他府県の先生にもご講演いただく貴重な機会も頂戴できるようになり幅が広がっています。

・下西集談会：

一昨年まで毎年ホテルの会場にて大規模に開催しておりました。医師だけでなく下西地域の病院、診療所の医療従事者すべてが参加、発表できる場で毎年多くの演題があつまります。これにより多職種の医療現場での活動状況を詳しく知ることができます。本年度は初のオンライン開催となりましたが無事に終了しました。その他、最近ではコロナ対策として休日に WEB 講習会も開催いたしました。次に、交流の場としては家族同伴での納涼会、職員や家族も参加の忘年会、医師新年会などの行事も一昨年まで実行してまいりました。検診業務として今年度は癌検診のみとなってしまいましたが通常は特定健診に力を注いでおります。その他紹介しきれませんが、市民公開講座、フォーラム、健康教室、まつり行事などをこれまで毎年開催し地域住民とのふれあいや交流に大変力を注いでおります。現在はこれらの沢山の活動がいつすべて通常どおり再開できるかの目途も立っておりませんが，今後も他の地区医師会の先生方、京都府医師会ともさらに交流を深めながらさらに発展することを願っております。そのためにも１日も早いコロナ終息を願うばかりです。

京都＆下西地域でのコロナ対策 WEB 講習会

最後に、現在の下京西部医師会の発展の背景には歴代会長の大変なご尽力と特別優秀かつ医師会に関することなら何でも即答できる物知り博士のような事務員の方々の存在があります。この場をお借りして心より感謝申し上げます。

第 33 回下西集談会

一般社団法人 下京西部医師会
〒601－8452
京都市南区唐橋堂ノ前町 15－９
エステート南ビル３Ｆ
ＴＥＬ：075－693－3900　ＦＡＸ：075－693－3911
Ｈ　Ｐ：https://www.ishikai.or.jp/
e-mail：shimonishi@ishikai.or.jp
会　長：小笠原　宏行
会員数：369 人（2021. ３現在）

京都府医師会　府民向け広報誌

「京の医・食・住」のご案内

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

さらに「医療を支える女性たち」では，子育て中の医療従事者に，仕事と家庭の両立方法などを取材し，子育ての環境や工夫していることなどを掲載することで，読者に役に立つコーナーを目指しています。また，テーマに即した女性医療従事者を取り上げることで，職業紹介の側面も併せ持つコーナーとしております。

これまで，以下のとおり全 12 号を発刊しており，非常に好評をいただいております。患者さんの読み物として医療機関の待合室などに置いていただき，診療の一助を担えれば幸いに存じます。

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

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

第３号「人と住まいの幸福な関係」
株式会社 坂田基禎建築研究所　坂田 基禎

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

第５号「スポーツが育んでくれる『人生の恵み』」
朝原　宣治
奥野　史子

第６号「地方生活の“今”と“これから”」
タレント　太川　陽介

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

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

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

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

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

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

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

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

第８号

第９号

第 10 号

第 11 号

第 12 号

集いの部屋

倶楽部・サークル

Tennis
医師テニス

第69回 京都府医師会 地区対抗テニス大会のご案内

と　き	令和3年5月30日(日) 午前8時45分～
ところ	HOS向島テニスコート
参加費	3,000円（昼食は各自でご用意お願いします）
参加資格	府医会員ならびにそのご家族

参加申し込み

4月30日(金）までに各地区医福祉担当理事または地区医事務局へお申し込みください

※予備日6月20日(日）になります。
あわせて予備日の参加可否についても，ご記載ください。

※2018年より，HOS向島テニスコートの駐車場台数減少により，入庫できず遅刻される方がみられます。近隣に有料駐車場があります。当日時間に余裕を持ってお集まりください。

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
TEL：075－222－0316　FAX：075－222－0528
e-ナースセンターURL　https://www.nurse-center.net/nccs/

第9回 地区庶務担当理事連絡協議会

（令和３年２月24日開催）

△報告ならびに協議事項

１．新型コロナウイルスワクチン接種について

新型コロナウイルスワクチン接種について，医療従事者の優先接種を基本型接種施設の医療機関で一定期間内に集団的に接種するという方策は，病院側の負担が大きく，また，開業医がワクチン接種のため，基本型接種施設に予約するのは現実的ではないことから，京都府では厚労省の推奨する集団接種よりも，個別接種を主体として推進したいとの考えを示した。

さらに，集合契約の手続きを行わなければ，自院での接種ができないため，自院の医療従事者に対して接種を行う場合には，集合契約への参加を呼びかけた。

ワクチンの配布について，医療従事者への接種分は京都府，高齢者・一般住民接種分は市町村が担当しており，京都市の場合は，医療機関の負担軽減のために，ワクチンの配送体制を構築〔「京都市ワクチン配送センター（仮称）」を設置〕する予定であることを説明した。

２．最近の中央情勢について

１月下旬から２月中旬にかけての社会・医療保険状況について，オンライン資格確認の進捗，社会保障審議会・医療部会における医療法改正案の審議状況等を中心に説明した。

３．学術講演会の今後の予定について

３月に予定している府医学術講演会を紹介し，参加を依頼した。

４．その他

地区より，新型コロナワクチンの接種について，副反応が起こると聞いているが，自院で接種した患者が，その副反応で再診にきた場合，処置への適用は，保険適用かそれとも副反応報告とした方がよいのかとの質問が出された。

再診された場合は保険適用が可能であり，ワクチン接種後，15 ～ 30分後にアナフィラキシー副反応が起こるとされているが，アナフィラキシーへの処置をした場合も，ワクチンとは別で保険適用。重篤な健康被害が起こった場合には，予防接種に基づく救済（医療費・障害年金の給付等）が受けられると補足した。

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。

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95号まで発行しております。

右記のバックナンバーにつきましては在庫がございますので必要な方は

府医：総務課
(TEL 075－354－6102)

までご連絡ください。

28号▶子どもの発熱
38号▶エイズ患者・ＨＩＶ感染者 今のま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
69号▶ PM2.5と呼吸器疾患
70号▶ BRCAについて
73号▶不妊症
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
92号▶知っておきたいたばこの事実
93号▶白内障
94号▶ロコモ
95号▶子宮頸がん

京医選管発第 24 号
令和 3 年 3 月 13 日

日本医師会会員　各位

京都府医師会選挙管理委員会
委員長　　松本　任司

日本医師会代議員・予備代議員補欠選挙における当選人について（告示）

標記選挙については，いずれも定数を超えなかったため，府医における日本医師会代議員・予備代議員選挙規定第 14 条に基づき，投票を行わず，当選人と定め，３月 13 日開催の府医第 205 回臨時代議員会において報告するとともに，同規定第 15 条第 2 項により告示します。

記

【代議員当選人】
畑　　雅之（綾　　部）

【予備代議員当選人】
角水　正道（乙　　訓）

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。

京都府からのお知らせ
産婦健康診査助成事業の実施について

産後うつ予防や新生児等への虐待未然防止を図るため，産後２週間，１箇月など産後間もない時期の産婦に対する産婦健康診査（以下，「産婦健診」という）について，京都府内の 14 市町が実施していたところですが，令和３年４月から新たに５市町村が費用の助成を開始しました。

産婦健診において支援が必要と判断した場合は，医療機関から居住地の各市町村の母子保健担当課へ情報提供していただき，産後の初期段階で産後うつ等心身に不調のある母親が産後ケア事業や保健師等専門職による訪問支援等の必要な支援が受けられるよう，育児サポート体制を強化いたします。事業内容は以下のとおりです。

１．令和３年度新たに助成を開始する市町村

市町村名	担当課（TEL）	健診結果の情報提供および請求書送付先	開始時期
宇 治 市	保健推進課 （0774－22－3141）	〒 611－8501　宇治市宇治琵琶 33 宇治市福祉こども部保健推進課	Ｒ３．４．１
木津川市	健康推進課 （0774－75－1219）	〒 619－0286　木津川市木津南垣外 110 番地９ 木津川市健康福祉部健康推進課保健予防係	Ｒ３．４．１
和 束 町	福祉課 （0774－78－3006）	〒 619－1295　相楽郡和束町大字釜塚小字生水 14－２ 和束町福祉課健康係	Ｒ３．４．１
精 華 町	健康推進課 （0774－95－1905）	〒 619－0285　相楽郡精華町大字南稲八妻小字北尻 70 精華町健康福祉環境部健康推進課保健予防係	Ｒ３．４．１
南山城村	保健医療課 （0743－93－0294）	〒 619－1411　相楽郡南山城村大字北大河原小字大稲葉４－10 南山城村保健医療課保健係	Ｒ３．４．１

２．令和２年度以前から実施している市町村

京都市，八幡市，京田辺市，宇治田原町，笠置町，南丹市，京丹波町，福知山市，綾部市，舞鶴市，宮津市，京丹後市，伊根町，与謝野町

３．産婦健康診査助成事業

（１）対　象　者　　事業を開始する市町村に居住するすべての産婦

（２）助成対象となる健診内容

《時期・回数》出産後，おおむね２週間，１箇月頃の２回以内

《健 診 項 目》問診，診察，体重･血圧測定，尿検査（蛋白･糖），エジンバラ産後うつ質問票（EPDS）

（３）費用助成額　１回あたり 5,000 円

４．医療機関における対応の流れ

健診において，支援が必要と判断された場合には，各市町村の母子保健担当課に速やかに情報提供いただきますようよろしくお願いします（詳細は次頁「産婦健診医療機関対応の流れ」を参照）。

※標準的な産婦健診について記載しております。詳細は各市町村からの通知をご確認ください。

―― 産婦健診受診券の標準的な取り扱いについて ――

産婦健診受診券を受付

・受診券（裏）のこころの健康状態チェック（エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS））の記載確認

↓

産婦健診の実施

（産後２週間，産後１か月など出産後間もない時期）

・健診項目　問診，診察，体重・血圧測定，尿検査
こころの健康状態チェック（エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS））

・支援の必要性を判断

- □ チェックシートの合計点数が９点以上
- □ チェックシートの質問 10「自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた」が１点以上（医師等が支援が必要と判断した場合のみ）
- □ その他，医師等が支援が必要と判断

↓

委託料の請求

（翌月 10 日〆）

産婦健康診査費請求書と受診券を実施市町村に送付

支援が必要と判断した場合
（上記の判断基準に１つ以上該当）

↓

居住地の市町村に速やかに情報提供

電話連絡の上，情報提供書を送付。

※医療機関から希望があれば，情報結果報告書を実施市町村からお送りします。

↓

市町村から産婦への支援

・家庭訪問　・心身ケア　・育児サポート　等

消費税転嫁対策特別措置法失効について

今般，厚労省医政局総務課より，標記について，事務連絡が発出されましたので，お知らせいたします。

平成 25 年 10 月に施行された消費税転嫁対策特別措置法により，令和３年３月 31 日までは，一定の場合には総額表示（税込価格の表示）を要しないこととする時限特例が設けられておりましたが，４月以降は，総額表示（税込価格の表示）が義務化となります。

医療機関においては，人間ドックや室料差額その他の消費税が課税される売上取引の料金を価格表等において提示する場合等が対象となります。

（参考資料）

財務省 HP　消費税の総額表示義務と転嫁対策に関する資料

https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/consumption/d03.htm

令和３年経済センサス－活動調査の実施について

総務省，経済産業省では，令和３年６月１日を調査期日として，全国のすべての事業所・企業と対象とした「令和３年経済センサス－活動調査」を実施されます。

本調査は，全産業分野の売上（収入）金額や費用などの経理項目を同一時点で網羅的に把握し，我が国における事業所・企業の経済活動を全国的および地域別に明らかにすることを目的とする政府の重要な調査であり，統計法に基づく報告義務のある調査として５年ごとに実施されています。

調査結果は，地方税法に基づく地方消費税の清算の際に利用される他，国および地方公共団体における各種政策の立案，実施のための基礎資料としての利活用や，経営の参考資料として事業者の方々にも幅広く活用されています。

各事業所には調査書類が令和３年５月下旬までに配布されますが，インターネットによる回答もできますので，ご協力いただきますようお願い申し上げます。

【令和３年経済センサス－活動調査キャンペーンサイト】

https://www.e-census2021.go.jp/

中小企業庁
「緊急事態宣言の影響緩和に係る一時支援金」について

今般，中小企業庁より「緊急事態宣言の影響緩和に係る一時支援金」の支給について発表がありましたので，お知らせいたします。

本支援金は，①緊急事態宣言の再発令にともない，緊急事態宣言の発令地域（以下「宣言地域」という。一度発令された緊急事態宣言が解除された地域を含みます）の飲食店と直接・間接の取引があること，または，宣言地域における不要不急の外出・移動の自粛による直接的な影響を受けていること，②売上について，平成31年比または令和２年比で，令和３年の１月，２月または３月の売上が50%以上減少していること等を主な要件して，中小法人等に60万円を上限，個人事業者等に30万円を上限として給付するものです。

詳細については，以下のサイトでご確認ください。また，要件に合致する限り，医療法人または個人立医療機関についても対象になり得ます。

申請受付期間は，令和３年３月８日から５月31日までとなっております。

【一時支援金に関する申請要領等】

（経済産業省 Web サイト）

https://www.meti.go.jp/covid-19/ichiji_shien/index.html

（一時支援金事務局ホームページ）

https://ichijishienkin.go.jp/

【問い合わせ】

一時支援金事務局相談窓口（申請者専用）

電話番号：0120－211－240

IP 電話等からのお問い合わせ先：03－6629－0479（通話料がかかります）

午前８時30分～午後７時00分（土日，祝日含む全日対応）

「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）までででお願いいたします。**原稿の採否は，府医広報委員会の協議により決定します。場合によっては，本文の訂正・加筆，削除，分載等をお願いすることがありますので**，あらかじめご了承ください。

また，**同じ著者の投稿は原則として1年間に1編**とします。

【原稿送付先・お問い合わせ先】

〒604－8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町6　京都府医師会総務課「京都医報」係
TEL 075－354－6102　　FAX 075－354－6074　　e-mail　kma26@kyoto.med.or.jp

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

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

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

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

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。

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。ぜひご活用ください。

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。

会員消息

（1/21，1/28 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
松木　正史	A	左　京	左京区岩倉南河原町 151－1 松木整形外科クリニック	整外・リハ
山田　侑子	B 1	西　陣	北区北野東紅梅町 6 聖ヨゼフ医療福祉センター	児
但吉　民江	B 1	宇　久	宇治市宇治里尻 36－26 宇治武田病院	耳
泉　貞言	B 1	綴　喜	八幡市川口別所 61 京都八幡病院	外
村井　隆太	B 1	北　丹	京丹後市峰山町杉谷 158－1 丹後中央病院	呼内
狩野友花里	C	上　東	上京区釜座通丸太町上ル春帯町 355－5 京都第二赤十字病院	研修

異　動

氏　名	会員区分	地　区	医　療　機　関	診療科目
中村　智宏	B1→B1	山科→下西	南区西九条南田町 1 洛和会東寺南病院	外・腎内
末原　洋	B1→B1	中西→右京	右京区太秦上ノ段町 16 河端病院	整外
宮田　健	A→D	山科→山科	－	
衣川　磐	A→D	与謝→与謝	－	

※D会員は住所がご自宅となるため，掲載しておりません。

退　会

氏　名	会員区分	地　区	氏　名	会員区分	地　区	氏　名	会員区分	地　区
橋本　欣也	A	左　京	餅　忠雄	B 1	伏　見	菊川　玲子	B 1	左　京
大石　嘉恭	B 1	伏　見	小松　仁史	B 1	伏　見	湊　博史	B 1	綴　喜

訃　報

大原　道郎氏／宇久地区：第８班／１月10日ご逝去／86歳
佃　　光雄氏／京都北地区：紫竹班／１月10日ご逝去／92歳
早川　征生氏／中東地区：竹・柳班／１月15日ご逝去／81歳
舞鶴　寛子氏／中東地区：富・銅班／１月16日ご逝去／92歳
鳥井　剛司氏／舞鶴地区：西部班／１月24日ご逝去／74歳
謹んでお悔やみ申し上げます。

第37回 定例理事会（１月21日）

報　告

１．会員の逝去
２．伏見医師会，相楽医師会および宇治久世医師会と府医との懇談会の状況
３．第７回基金・国保審査委員会連絡会の状況
４．第10回感染症対策委員会の状況
５．地区感染症対策担当理事連絡協議会の状況
６．第７回スポーツ医学委員会の状況
７．第11回救急・災害委員会の状況
８．１月度学術・会員業務・養成担当部会の状況
９．第15回医事紛争相談室の状況
10．日医社会保険診療報酬検討委員会の状況

議　事

11．京都府・京都市等外部審議会委員等の推薦ならびに推薦替えを可決
12．会員の入会・異動・退会10件を可決
13．常任委員会の開催を可決
14．第８回基金・国保審査委員会連絡会の開催を可決
15．新型コロナウイルス感染症への感染が疑われる患者への処方箋の交付を可決
16．地域医療セミナー“コロナ時代の心肺蘇生のあり方とプレホスピタルケア”の共催（名義使用と広報協力）を可決
17．令和２年度日医母子保健講習会への出席（オンライン）を可決
18．急病診療所における業務災害総合保険の契約更新を可決
19．日医生涯教育講座の認定を可決

第38回 定例理事会（1月28日）

報　告

1．会員の逝去
2．西京医師会と府医との懇談会の状況
3．第７回広報委員会の状況
4．第13回地域ケア委員会の状況
5．第７回学校保健委員会の状況
6．第10回研修サポート委員会の状況
7．第17回指導医のための教育ワークショップの状況
8．日医理事会の状況
9．令和２年度第３回都道府県医会長会議の状況
10．令和２年度第２回医療関係者検討委員会の状況
11．十四大都市医師会連絡協議会「会長会議」の状況

議　事

12．京都府・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
13．会員の入会・異動・退会11件を可決
14．常任委員会の開催を可決
15．広報誌「Be Well」Vol.95の作成を可決
16．第４回近医連保険担当理事連絡協議会への出席を可決
17．令和２年度京都府リハビリテーション連絡協議会作業部会の開催を可決
18．令和３年度特定健診受診者用パンフレット「健康読本（高齢者フレイル版）」の発注を可決
19．府医学術講演会の開催を可決
20．令和２年度生涯教育事業（地区医実施分）への共催を可決
21．看護専門学校専任教員の本採用を可決

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。特に土曜日午後は急病診療所の診療時間内でもあり，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留意ください。

「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。

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。

～　４月度請求書（３月診療分）　提 出 期 限　～

▷基金　**10日(土)**　午後５時 30 分まで
▷国保　**10日(土)**　午後５時まで
▷労災　**12日(月)**　午後５時まで
☆オンライン請求は 10 日(土)

☆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感染症に係る診療報酬上の臨時的な取り扱いについて
初診料・再診料に5点，入院料に10点の加算が可能

前号でも既報のとおり，新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえ，臨時的な診療報酬の取り扱い（その35／２月26日付）が示され，医療機関において「特に必要な感染症対策」を講じた上で診療を実施した場合，４月診療分から「医科外来等感染症対策実施加算（５点)」,「入院感染症対策実施加算（10点)」が算定できることとされていますのであらためてお知らせします。Q＆Aは前号をご覧ください。

なお，６歳未満の乳幼児に対する乳幼児感染予防対策加算は９月診療分まで引続き100点が算定できます（10月診療分からは50点の予定)。

４月度請求書（３月診療分）
提　出　期　限
▷基金　10日(土)
午後５時30分まで
▷国保　10日(土)
午後５時まで
▷労災　12日(月)
午後５時まで
※オンライン請求は10日(土)
☆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。

▷各医療機関等における感染症対策に係る評価

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い，全ての患者及び利用者の診療等については，特に手厚い感染症対策を要することを勘案し，特に必要な感染症対策を講じた上で診療等を実施した場合，令和３年４月診療分から９月診療分まで以下の取扱いとする。

なお，その診療等に当たっては，患者及び利用者又はその家族等に対して，院内感染防止等に留意した対応を行っている旨を十分に説明すること。

（１）外来診療等及び在宅医療における評価

①　特に必要な感染予防策を講じた上で診療を行い，下記の点数を算定する場合，「医科外来等感染症対策実施加算（５点)」をさらに算定できることとする。(ただし，★印については，アからウまでに該当する点数と併算定しない場合に限る)。

ア　初診料　　イ　再診料（電話等による再診を除く）　　ウ　外来診療料
エ　小児科外来診療料　　オ　外来リハビリテーション診療料　　カ　外来放射線照射診療料
キ　地域包括診療料　　ク　認知症地域包括診療料　　ケ　小児かかりつけ診療料
コ　★救急救命管理料　　サ　★退院後訪問指導料　　シ　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）
ス　★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
セ　★在宅患者訪問点滴注射管理指導料　　ソ　★在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
タ　★在宅患者訪問薬剤管理指導料　　チ　★在宅患者訪問栄養食事指導料
ツ　在宅患者緊急時等カンファレンス料　　テ　★精神科訪問看護・指導料

②　特に必要な感染予防策を講じた上で訪問看護を行い，訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の次に掲げる費用を算定する場合，30回の算定につき「訪問看護感染症対策実施加算」(1500円）をさらに算定できることとすること。

ア　訪問看護基本療養費　　イ　精神科訪問看護基本療養費

（２）入院診療における評価

特に必要な感染予防策を講じた上で診療を行い，下記の点数を算定する場合，１日につき「入院感染症対策実施加算」(10点）をさらに算定できることとすること。

ア　医科点数表の第１章第２部第１節に規定する入院基本料
イ　医科点数表の第１章第２部第３節に規定する特定入院料
ウ　医科点数表の第１章第２部第４節に規定する短期滞在手術等基本料

新型コロナウイルス抗原検出検査等に係る Ｑ＆Ａについて

◇厚生労働省疑義解釈資料（令和２年度診療報酬改定その59・60・61 ／３月２日・12日・17日付）

【SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出】

問１　令和２年５月13日付けで保険適用されたSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施する際に用いるものとして，「SARS-CoV-2抗原の検出（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，①令和３年３月２日付けで薬事承認された「クイック チェイサー Auto SARS-CoV-2」（株式会社ミズホメディー）及び「富士ドライケム IMMUNO AG カートリッジ COVID-19 Ag」（株式会社ミズホメディー），②令和３年３月12日付けで薬事承認された「アルソニック COVID － 19 Ag」（アルフレッサ ファーマ株式会社），③令和３年３月17日付けで薬事承認された「KBM ラインチェック nCoV（スティックタイプ）」（コージンバイオ株式会社）はいつから保険適用となるのか。

（答）　①令和３年３月２日より保険適用となる。
②令和３年３月12日より保険適用となる。
③令和３年３月17日より保険適用となる。

【SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出】

問２　令和２年11月11日付けで保険適用されたSARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出を実施する際に用いるものとして，「SARS-CoV-2及びインフルエンザウイルスの核酸検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品」とあるが，令和３年３月12日付けで薬事承認された「コバス Liat SARS-CoV-2 ＆ Flu Ａ／Ｂ」（ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社）はいつから保険適用となるのか。

（答）　令和３年３月12日より保険適用となる。

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り扱いについて

新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえ，臨時的な診療報酬の取り扱い（その37／３月８日付）が示されましたのでお知らせします。

問１　令和３年１月８日付事務連絡「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32)」問１において，新型コロナウイルス感染症患者を特定入院料を算定する病棟に入院させた場合には，「医療法上の病床種別と当該入院料が施設基準上求めている看護配置等により算定する入院基本料を判断の上，当該入院基本料を算定することとして差し支えない。」とされているが，新型コロナウイルス感染症患者を，精神療養病棟入院料を算定する病棟に入院させた場合について，どのように考えれば良いか。

（答）　精神病棟入院基本料における特別入院基本料を算定することとしてよい。なお，入院料の変更等の届出は不要である。

南山城村の子育て支援医療費助成制度㊺の拡充について

南山城村の子育て支援医療費助成制度（いわゆる㊺）について，市町単独分として，下記のとおり，４月診療分から**太枠で囲った部分**が拡充されますので，お知らせします。

今回の拡充により，中学校卒業から18歳における外来および入院に係る一部負担金が現物給付され，窓口での徴収は不要となります。なお対象者にはさくら色の受給者証が新たに発行されています。

		入　院　外		入　　院	
		負 担 金	給付方法	負 担 金	給付方法
南山城村	０～３歳未満	負担なし	（※１）	負担なし	（※１）
	３～中３	負担なし	さくら色の受給者証：45261633	負担なし	（※１）
	中学卒業～18歳（※２）	負担なし	さくら色の受給者証：45261633	負担なし	さくら色の受給者証：45261633

※１　京都府制度の受給者証（白色）に一部負担金を支払う必要がない旨のシール（黄色）が貼付されている。

※２　18歳到達後最初の３月31日まで。

令和２年度診療報酬改定において経過措置が設けられた施設基準等の取り扱いについて再延長が決定

令和２年度診療報酬改定により要件が見直されたことなどにより，令和２年９月30日を期限とする経過措置が設けられていた項目について，新型コロナウイルス感染症への対策による影響を受けていると想定されるものの，その把握が困難であることを踏まえ，経過措置期間が令和３年３月31日まで延長されていたところです。

今般，その期限をさらに令和３年９月30日まで延長することが中医協総会で決定し，あらためて通知等の改正を行う予定であることが示されましたので，お知らせします。

なお，経過措置の期限延長の対象となる事項については下記のとおりです。

また，医療機関等の実情を適切に把握する観点から，新たに，医療機関等において実績を記録することを求めた上で，該当入院料等が下がる場合や基準を満たさなくなる等の場合には，実績の届出を求めることも決定し，その取り扱いにつきましても，あらためて事務連絡等で示される予定ですのでご留意ください。

（令和３年３月10日 中央社会保険医療協議会資料（総－２－３）抜粋（一部改変））

項　目	経　過　措　置
重症度，医療・看護必要度の施設基準	令和２年３月31日時点で，急性期一般入院基本料，７対１入院基本料（結核，特定（一般病棟），専門），看護必要度加算（特定，専門），総合入院体制加算，急性期看護補助体制加算，看護職員夜間配置加算，看護補助加算１，地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注７を算定している病棟又は病室については，令和３年３月31日までの間に限り，「重症度，医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
入退院支援加算３	令和２年３月31日時点で，入退院支援加算３の届出を行っている保険医療機関は，同時点で配置されている「入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については，令和３年３月31日までの間に限り，「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の施設基準を満たしているものとする。
回復期リハビリテーション病棟入院料１・３	令和２年３月31日時点で，回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟については，令和３年３月31日までの間に限り,「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」「管理栄養士の配置」（１に限る）に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月31日時点で，地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については，令和３年３月31日までの間に限り，入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月31日時点で,地域包括ケア病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟又は病室については，令和３年３月31日までの間に限り，診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。
機能強化型訪問看護管理療養費	令和２年３月31日時点で，機能強化型訪問看護管理療養費１，２又は３を届け出ている訪問看護ステーションについては，令和３年３月31日までの間に限り，看護職員割合に係る基準を満たすものとみなす。

薬価基準の一部改正等について
2月18日から

2月17日付厚生労働省告示第45号をもって薬価基準等が改正され，2月18日より適用されましたので，その概要を下記のとおりお知らせします。

記

▷新たに収載されたもの（2月18日から適用）

＜注　射　薬＞

品　　名	規格・単位	薬価（円）
ラスビック点滴静注キット150mg	150mg 1キット（希釈液付）	4,034

＜外　用　薬＞

品　　名	規格・単位	薬価（円）
テリルジー200エリプタ14吸入用	14吸入1キット	4,764.50
テリルジー200エリプタ30吸入用	30吸入1キット	10,098.90

▷薬価基準の一部改正にともなう留意事項について

（1）ラスビック点滴静注キット150mg

本製剤の重要な基本的注意において，「本剤の使用にあたっては，耐性菌の発現等を防ぐため，原則として感受性を確認し，疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。」と記載されているので，使用に当たっては十分留意すること。

（2）テリルジー200エリプタ14吸入用及び同エリプタ30吸入用

本製剤は，既に薬価収載後1年以上を経過しているテリルジー100エリプタ14吸入用及び同エリプタ30吸入用（以下「既収載品」）と有効成分が同一であり，今般，既収載品において気管支喘息（吸入ステロイド剤，長時間作用性吸入抗コリン剤及び長時間作用性吸入β2刺激剤の併用が必要な場合）に係る効能・効果及び用法・用量が追加されたことに合わせ，当該用法・用量に必要となる製剤として承認された医薬品であることから，新医薬品に係る投薬期間制限（14日間を限度）は適用されないものであること。

材料価格基準の一部改正等について
3月1日から

２月26日付厚生労働省告示第57号をもって材料価格基準の一部が改正されるとともに，２月26日付保医発0226第２号厚生労働省保険局医療課長通知をもって「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）等の一部が改正され，３月１日から適用されましたので，お知らせします。

今回の改正は，医療機器が区分B2，C1およびC2として保険適用されたこと等によるものです。

記

▷新たに機能区分及び保険償還価格が設定された医療機器等（３月１日適用）

１．バルーン拡張式弁形成術用カテーテル

【販売名】　TMP PEDバルーンカテーテル（株式会社東海メディカルプロダクツ）

〔決定区分〕　区分B2（既存機能区分・変更あり）

〔保険償還価格〕　151,000円

〔決定機能区分〕　130　心臓手術用カテーテル　（５）弁拡張用カテーテル

〔主な使用目的〕

乳幼児，小児の狭窄した心臓弁（肺動脈弁，大動脈弁）を拡張するための弁形成術に使用する。また，心房間交通が必要な先天性心疾患（大血管転位，左心低形成症候群，右室低形成など）および後天性心疾患（肺高血圧など）を対象とし，閉鎖または狭小化した心房間交通をStatic balloon atrial septostomy（Static BAS）を用いて経皮的に拡大することで，心房中隔欠損を作成することを目的に使用する。

※下線部の適応拡大

＜関連する告示・通知の改正＞

（１）「特定保険医療材料の定義について」（令和２年３月５日付保医発0305第12号）の一部改正（令和３年２月26日付保医発0226第２号）

「特定保険医療材料の定義について」の別表Ⅱを次のように改める。　（改正箇所下線部）

改　正　前	改　正　後
130　心臓手術用カテーテル （１）～（５）（略） （６）弁拡張用カテーテル 定義 次のいずれにも該当すること。 ①　薬事承認又は認証上，類別が「機械器具（51）医療用嘴管及び体液誘導管」であって，一般的名称が「バルーン拡張式弁形成術用カテーテル」であること。 ②　狭窄した肺動脈弁，大動脈弁又は僧帽弁を拡張するため，又は経皮的大動脈弁置換術における後拡張に使用する	130　心臓手術用カテーテル （１）～（５）（略） （６）弁拡張用カテーテル 定義 次のいずれにも該当すること。 ①　薬事承認又は認証上，類別が「機械器具（51）医療用嘴管及び体液誘導管」であって，一般的名称が「バルーン拡張式弁形成術用カテーテル」又は「中隔開口用カテーテル」であること。 ②　以下のどちらかに該当すること。 ア　狭窄した肺動脈弁，大動脈弁又は僧帽弁を拡張するため，又は経皮的

ためのバルーンカテーテルであること。 （新設） （７）（略）	大動脈弁置換術における後拡張に使用するためのバルーンカテーテルであること。 **イ　心房間交通が必要な心疾患に対し，閉鎖または狭小化した心房間交通をバルーンにて経皮的に拡張することを目的とするバルーンカテーテルであること。** （７）（略）

２．ヘパリン使用人工血管

【販売名】 ゴアプロパテンバスキュラーグラフト（日本ゴア合同会社）

〔決定区分〕 区分C1（新機能）

〔保険償還価格〕 84,100円

〔決定機能区分〕 134 人工血管 （３）短期使用型

〔主な使用目的〕

本品は人工血管として使用することを目的としたもので，閉塞性疾患や動脈瘤の患者や血管の置換を要する外傷患者に対する置換術またはバイパス術，透析アクセス，各種の血管手技に適応する。

＜関連する告示・通知の改正＞

（１）「材料価格基準」（平成20年３月５日付厚生労働省告示第59号）の一部改正（令和３年２月26日厚生労働省告示第57号）

「材料価格基準」の別表Ⅱの区分134を次のように改める。
134 人工血管 （１）・（２）（略） **（３）短期使用型 84,100円** （改正箇所下線部）

（２）「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」（令和２年３月５日保医発0305第９号）の一部改正（令和３年２月26日付保医発0226第２号）

「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に次を加える。 （改正箇所下線部）
134 人工血管 **短期使用型は，16歳未満の患者に対し，血行動態の一時的改善又は血中酸素濃度の是正のために使用した場合に算定できる。ただし，16歳以上の患者に対して使用した場合は，レセプトの摘要欄にその医学的理由を記載すること。**

（３）「特定保険医療材料の定義について」（令和２年３月５日付保医発0305第12号）の一部改正（令和３年２月26日付保医発0226第２号）

「特定保険医療材料の定義について」の別表Ⅱを次のように改める （改正箇所下線部）	
改 正 前	**改 正 後**
134 人工血管 （１）（略）	134 人工血管 （１）（略）

（２）機能区分の考え方 使用目的により永久留置型及び一時留置型に大別し，使用部位，構造及び材質により大血管用（８区分），小血管用（８区分）及び一時留置型（１区分）の合計17区分に区分する。 （３）機能区分の定義 ①～⑰　（略） （新設）	（２）機能区分の考え方 使用目的により永久留置型，一時留置型及び短期使用型に大別し，使用部位，構造及び材質により大血管用（８区分），小血管用（８区分），一時留置型（１区分）及び短期使用型（１区分）の合計18区分に区分する。 （３）機能区分の定義 ①～⑰　（略） ⑱　短期使用型 次のいずれにも該当すること。 ア　先天性心疾患を有する小児への使用を目的とし，短期に使用されるものであること。 イ　血液接触面にヘパリンが共有結合によりコーティングされていること。 ウ　①から⑰までに該当しないこと。

３．インスリン皮下投与用針付注射筒

【販売名】　インスリンセーフティシリンジ（株式会社ICST）

〔決定区分〕　区分C1（新機能）

〔保険償還価格〕　17円

〔決定機能区分〕

001　インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器　（２）針刺し事故防止機構付加型

〔主な使用目的〕

本品は，注射針付注射筒と押子等から成り，インスリンを皮下投与（注入）するために用いられるインスリン皮下投与用針付注射筒である。

＜関連する告示・通知の改正＞

（１）「材料価格基準」（平成20年３月５日付厚生労働省告示第59号）の一部改正（令和３年２月26日厚生労働省告示第57号）

「材料価格基準」の別表Ⅷの区分001を次のように改める。　（改正箇所下線部）	
改　正　前	改　正　後
001　インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器　17円	001　インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器 （１）標準型　17円 （２）針刺し事故防止機構付加型　17円

（2）「特定保険医療材料の定義について」（令和２年３月５日付保医発0305第12号）の一部改正（令和３年２月26日付保医発0226第２号）

「特定保険医療材料の定義について」の別表Ⅷを次のように改める。 （改正箇所下線部）	
改　正　前	改　正　後
001　インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器 （１）薬事承認又は認証上，類別が「機械器具（48）注射筒」であって，一般的名称が「インスリン皮下投与用針付注射筒」であること。 （２）インスリン製剤の注射を目的として使用される器具であること。 （新設） （新設）	001　インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器 （１）定義 次のいずれにも該当すること。 ①　薬事承認又は認証上，類別が「機械器具（48）注射筒」であって，一般的名称が「インスリン皮下投与用針付注射筒」であること。 ②　インスリン製剤の注射を目的として使用される器具であること。 （２）機能区分の考え方 構造により，標準型及び針刺し事故防止機構付加型の合計２区分に区分する。 （３）機能区分の定義 ①　標準型 ②に該当しないこと。 ②　針刺し事故防止機構付加型 針刺し事故を防止する目的で，針が外部に露出することなく破棄できる構造となっていること。

４．患者管理無痛法用輸液ポンプ

【販売名】 クーデックエイミーPCA（大研医器株式会社）

〔決定区分〕 区分C1（新機能）

〔保険償還価格〕 3,240円

〔決定機能区分〕

007　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ （４）特殊型

019　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ （４）特殊型

008　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ （４）特殊型

〔主な使用目的〕

本品は，医薬品又は溶液を患者に注入することを目的とし，あらかじめ設定された投与速度又は投与量に従って連続（持続）注入，非連続（間欠）注入又はボーラスを制御するポンプである。また必要時に患者による追加投与が可能なPCAスイッチを組み合わせて使用することができる。

＜関連する告示・通知の改正＞

（１）「材料価格基準」（平成20年３月５日付厚生労働省告示第59号）の一部改正（令和３年２月26日厚生労働省告示第57号）

「材料価格基準」を次のように改める。
別表Ⅰ 007　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ （１）～（３）（略）

（４）特殊型　3,240円
別表Ⅱ
019　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ
（１）～（３）（略）
（４）特殊型　3,240円
別表Ⅷ
008　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ
（１）～（３）（略）
（４）特殊型　3,240円

（改正箇所下線部）

（２）「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」（令和２年３月５日保医発0305第９号）の一部改正（令和３年２月26日付保医発0226第２号）

「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を次のように改める。

（改正箇所下線部）

改　正　前	改　正　後
019　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ PCA型は，注射又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入若しくは神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入の際に，PCA（Patient Controlled Analgesia）のために用いた場合に算定できる。なお，当該材料を算定する場合には，第６部注射の通則第４号に規定する精密持続点滴注射加算又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できない。 （新設）	019　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ （１）PCA型は，注射又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入若しくは神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入の際に，PCA（Patient Controlled Analgesia）のために用いた場合に算定できる。なお，当該材料を算定する場合には，第６部注射の通則第４号に規定する精密持続点滴注射加算又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できない。 （２）特殊型については，PCAスイッチを組み合わせて使用した場合は，第６部注射の通則第４号に規定する精密持続点滴注射加算又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できない。

（3）「特定保険医療材料の定義について」（令和２年３月５日付保医発0305第12号）の一部改正（令和３年２月26日付保医発0226第２号）

「特定保険医療材料の定義について」を次のように改める　（改正箇所下線部）

改　正　前	改　正　後
別表Ⅰ 007　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ （１）定義 次のいずれにも該当すること。 ①　薬事承認又は認証上，類別が「機械器具（74）医薬品注入器」であって，一般的名称が「加圧式医薬品注入器」であること。 ②　（略） （２）機能区分の考え方 構造により，化学療法用（１区分），標準型（１区分）及びPCA型（１区分）の合計３区分に区分する。 （３）機能区分の定義 ①～③　（略） （新設）	別表Ⅰ 007　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ （１）定義 次のいずれにも該当すること。 ①　薬事承認又は認証上，類別が「機械器具（74）医薬品注入器」であって，一般的名称が「加圧式医薬品注入器」**又は「患者管理無痛法用輸液ポンプ」**であること。 ②　（略） （２）機能区分の考え方 構造により，化学療法用（１区分），標準型（１区分），PCA型（１区分）**及び特殊型（１区分）**の合計**４**区分に区分する。 （３）機能区分の定義 ①～③　（略） **④　特殊型** **次のいずれにも該当すること。** **ア　マイクロポンプを駆動源とし，あらかじめ設定された投与速度又は投与量に従って連続（持続）注入，非連続（間欠）注入又はボーラスを制御するポンプであること。** **イ　抗悪性腫瘍剤等，揮発性の高い医薬品を使用するための気密性を保持し，簡単に溶液が取り出せない構造の工夫がなされていること。** **ウ　PCA機能が使用可能であること。**
別表Ⅱ 019　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ （１）定義 次のいずれにも該当すること。 ①　薬事承認又は認証上，類別が「機械器具（74）医薬品注入器」であって，一般的名称が「加圧式医薬品注入器」であること。 ②　（略）	別表Ⅱ 019　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ （１）定義 次のいずれにも該当すること。 ①　薬事承認又は認証上，類別が「機械器具（74）医薬品注入器」であって，一般的名称が「加圧式医薬品注入器」**又は「患者管理無痛法用輸液ポンプ」**であること。 ②　（略）

（２）機能区分の考え方 構造により，化学療法用（１区分），標準型（１区分）及び PCA 型（１区分）の合計３区分に区分する。 （３）機能区分の定義 ①～③　（略） （新設）	（２）機能区分の考え方 構造により，化学療法用（１区分），標準型（１区分），PCA 型（１区分）及び特殊型（１区分）の合計４区分に区分する。 （３）機能区分の定義 ①～③　（略） ④　特殊型 次のいずれにも該当すること。 ア　マイクロポンプを駆動源とし，あらかじめ設定された投与速度又は投与量に従って連続（持続）注入，非連続（間欠）注入又はボーラスを制御するポンプであること。 イ　抗悪性腫瘍剤等，揮発性の高い医薬品を使用するための気密性を保持し，簡単に溶液が取り出せない構造の工夫がなされていること。 ウ　PCA 機能が使用可能であること。

５．経カテーテルウシ心のう膜弁

【販売名】　エドワーズ サピエン３（エドワーズライフサイエンス株式会社）

〔決定区分〕　区分 C2（新機能・新技術）

〔保険償還価格〕　4,510,000 円

〔決定機能区分〕　182　経カテーテル人工生体弁セット　（１）バルーン拡張型人工生体弁セット

〔主な使用目的〕

本品は，経皮的心臓弁留置に用いるバルーン拡張型人工心臓弁（ウシ心のう膜弁）システムであり，以下の患者に使用することを目的とする。ただし，慢性透析患者を除く。

- 自己大動脈弁弁尖の硬化変性に起因する症候性の重度大動脈弁狭窄を有し，又は外科的に留置した大動脈生体弁の機能不全（狭窄，閉鎖不全又はその複合）による症候性の弁膜症を有し，かつ外科的手術を施行することができず，本品による治療が当該患者にとって最善であると判断された患者。
- 先天性心疾患手術において植え込まれた右室流出路心外導管又は肺動脈弁位に外科的に留置した生体弁の機能不全（狭窄，閉鎖不全又はその複合）を有し，かつ外科的手術を施行することができず，本品による治療が最善であると判断された患者。ただし，本品留置部位にステントが留置されている又は留置が必要な場合を除く。

＜関連する告示・通知の改正＞

（１）「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和２年３月５日付保医発 0305 第１号）の一部改正（令和３年２月 26 日付保医発 0226 第２号）

「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」の別添１　第２章 特掲診療料　第 10 部 手術　第１節 手術料　第８款 心・脈管に次を加える。　（改正箇所下線部）	
改　正　前	改　正　後
K555-2　経カテーテル大動脈弁置換術 経カテーテル大動脈弁置換術は，経カ	K555-2　経カテーテル大動脈弁置換術 （１）経カテーテル大動脈弁置換術は，経

テーテル人工生体弁セットを用いて大動脈弁置換術を実施した場合に算定する。	カテーテル人工生体弁セットを用いて大動脈弁置換術を実施した場合に算定する。
(新設)	(2) 経カテーテル人工生体弁セットを用いて肺動脈弁置換術を実施した場合は，本区分の「2」経皮的大動脈弁置換術の所定点数を準用して算定する。
(新設)	(3) 経カテーテル人工生体弁セットを用いて肺動脈弁置換術を実施する場合は，関連学会の定める適正使用基準に従って使用する場合に限り算定できる。
(新設)	(4) 経カテーテル人工生体弁セットを用いて肺動脈弁置換術を実施する場合は，関連学会より認定された保険医療機関で使用した場合に限り算定できる。なお，関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写しをレセプトに添付すること。
(新設)	(5) 経カテーテル人工生体弁セットを用いて肺動脈弁置換術を実施する場合は，本区分に係る施設基準の規定は適用しない。

(2) 「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」(令和2年3月5日保医発0305第9号) の一部改正 (令和3年2月26日付保医発0226第2号)

「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を次のように改める。

(改正箇所下線部)

改 正 前	改 正 後
182 経カテーテル人工生体弁セット	182 経カテーテル人工生体弁セット 経カテーテル人工生体弁セットは，下記のいずれかの場合に算定できる。
自己大動脈弁弁尖の硬化変性に起因する症候性の重度大動脈弁狭窄又は外科的に留置した大動脈生体弁の機能不全による症候性の弁膜症を有し，かつ，外科的手術を施行することができず，経カテーテル人工生体弁セットによる治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に使用する場合	(1) 自己大動脈弁弁尖の硬化変性に起因する症候性の重度大動脈弁狭窄又は外科的に留置した大動脈生体弁の機能不全による症候性の弁膜症を有し，かつ，外科的手術を施行することができず，経カテーテル人工生体弁セットによる治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に使用する場合
(新設)	(2) 先天性心疾患手術において植え込まれた右室流出路心外導管又は肺動脈弁位に外科的に留置した生体弁の機能不全(狭窄，閉鎖不全又はその複合)を有し，かつ外科的手術を施行することができず，本品による治療が最善であると判断された患者に使用する場合

（3）「特定保険医療材料の定義について」（令和２年３月５日付保医発 0305 第 12 号）の一部改正（令和３年２月 26 日付保医発 0226 第２号）

「特定保険医療材料の定義について」の別表Ⅱを次のように改める。　（改正箇所下線部）	
改　正　前	改　正　後
182　経カテーテル人工生体弁セット （１）定義 次のいずれにも該当すること。 ①　（略） ②　狭窄した自己心臓弁又は機能不全に陥った外科的に留置した大動脈生体弁に対し，経皮的又は経心尖的に人工弁を留置することを目的とした人工生体弁セットであること。 （２）・（３）（略）	182　経カテーテル人工生体弁セット （１）定義 次のいずれにも該当すること。 ①　（略） ②　狭窄した自己心臓弁又は機能不全に陥った外科的に留置した<u>生体弁及び右室流出路心外導管</u>に対し，経皮的又は経心尖的に人工弁を留置することを目的とした人工生体弁セットであること。 （２）・（３）（略）

６．単回使用陰圧創傷治療システム

【販売名】 PREVENA 切開創管理システム（ケーシーアイ株式会社）

〔決定区分〕　区分 C2（新機能・新技術）

〔保険償還価格〕

特定保険医療材料ではなく，新規技術料にて評価する。

準用技術料

J003　局所陰圧閉鎖処置（入院）１　100 平方センチメートル未満

注１　初回加算　1,690 点

注２　持続洗浄加算　500 点

K938　体外衝撃波消耗性電極加算　3,000 点

合計 5,190 点

〔主な使用目的〕

手術部位感染（Surgical Site Infection：SSI）によるリスクの高い患者の縫合創に対して閉鎖環境を維持し，管理された陰圧を付加し滲出液を除去することで，SSI リスクを軽減することを目的とする。

＜関連する告示・通知の改正＞

（１）「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和２年３月５日付保医発 0305 第１号）の一部改正（令和３年２月 26 日付保医発 0226 第２号）

「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」の別添１　第２章 特掲診療料　第 10 部 手術　第３節 手術医療機器等加算を次のように改める。　（改正箇所下線部）
改　正　後
K938　体外衝撃波消耗性電極加算 <u>（１）</u>消耗性電極とは，１回又は２回以上の使用により消耗し，交換が必要となる電極をいう。なお，この加算は一連の手術について１回のみ算定する。 <u>（２）滲出液を持続的に除去し，切開創手術部位感染のリスクを低減させる目的のみで薬事承認されている局所陰圧閉鎖処置用材料を CDC 手術創クラスⅢ以上に相当する術後縫合層に対して使用した場合は，「K938」体外衝撃波消耗性電極加算及び「J003」局所陰圧閉鎖処置（入院）の「１」100 平方センチメートル未満の「注１」初回加算並びに「注２」持続洗浄加算を合算した点数を準用して算定する。</u>

ア 「A301」特定集中治療室管理料，「A301－3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料，「A301－4」小児特定集中治療室管理料，「A302」新生児特定集中治療室管理料又は「A303」総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者であって，次に掲げる患者に対して使用した場合に限り算定できる。その際，次に掲げる患者のいずれに該当するかをレセプトの摘要欄に詳細に記載すること。

（イ）BMIが30以上の肥満症の患者

（ロ）糖尿病患者のうち，ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者

（ハ）ステロイド療法を受けている患者

（ニ）慢性維持透析患者

（ホ）免疫不全状態にある患者

（ヘ）低栄養状態にある患者

（ト）創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患もしくは皮膚の血流障害を有する患者

（チ）手術の既往がある者に対して，同一部位に再手術を行う患者

イ ア以外の患者に対して使用する場合には，手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減させる目的で使用する局所陰圧閉鎖処置に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれる。

ウ 「K938」体外衝撃波消耗性電極加算の「注」に定める規定は適用しない。

7．吸着型血液浄化器

【販売名】 レオカーナ（株式会社カネカ）

〔決定区分〕 区分C2（新機能・新技術）

〔保険償還価格〕 91,600円

〔決定機能区分〕 209 吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）

〔主な使用目的〕

本品は，血行再建術不適応な閉塞性動脈硬化症における潰瘍の改善を目的に使用する。

＜関連する告示・通知の改正＞

（1）「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月5日付け保医発0305第1号）の一部改正（令和3年2月26日付保医発0226第2号）

「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」の別添1 第2章 特掲診療料 第10部 手術 第1節 手術料 第1款 皮膚・皮下組織を次のように改める。

（改正箇所下線部）

K000 創傷処理，K000-2 小児創傷処理

（1）～（6）（略）

（7）次のいずれにも該当する閉塞性動脈硬化症の患者に対して，吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）を使用して治療を行った場合には，本区分の「2」筋肉，臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）の所定点数を準用して算定する。なお，当該療法の実施回数は，原則として一連につき3月間に限って24回を限度として算定する。

ア フォンテイン分類Ⅳ度の症状を呈する者

イ 膝下動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療又は血管内治療が困難で，かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者

（8）閉塞性動脈硬化症の患者に対して吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）を使用して治療を行った場合は，レセプトの摘要欄に当該治療を行う医学的必要性を記載すること。

（2）「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」（令和２年３月５日保医発 0305 第９号）の一部改正（令和３年２月 26 日付保医発 0226 第２号）

「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に次を加える。（改正箇所下線部）
209　吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用） （１）回路は別に算定できない。 （２）吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）は，潰瘍を有する，血行再建術不適応又は不応答な閉塞性動脈硬化症に対して使用した場合に算定できる。 （３）吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）を使用するに当たっては，関連学会の定める適正使用指針を遵守すること。

（3）「特定保険医療材料の定義について」（令和２年３月５日付保医発 0305 第 12 号）の一部改正（令和３年２月 26 日付保医発 0226 第２号）

「特定保険医療材料の定義について」の別表Ⅱに次を加える。（改正箇所下線部）
209　吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用） 定義 次のいずれにも該当すること。 （１）薬事承認又は認証上，類別が「機械器具（７）内臓機能代用器」であって，一般的名称が「吸着型血液浄化器」であること。 （２）吸着式血液浄化法を実施する際に，血液から低密度リポ蛋白（LDL）及びフィブリノーゲンを選択的に吸着除去することを目的に使用する浄化器であること。

８．超音波骨密度測定装置

【販売名】　超音波骨密度測定装置 EchoS システム（東洋メディック株式会社）

〔決定区分〕　区分 C2（新機能・新技術）

〔保険償還価格〕

特定保険医療材料ではなく，新規技術料にて評価する。

準用技術料

D217　骨塩定量検査２　MD 法，SEXA 法　　140 点

K216　残尿測定検査１　超音波検査によるもの　　55 点

〔主な使用目的〕

骨の性状の診断のために，骨から反射した超音波パルスを計測して骨密度推定値を解析すること。

＜関連する告示・通知の改正＞

（1）「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和２年３月５日付保医発 0305 第１号）の一部改正（令和３年２月 26 日付保医発 0226 第２号）

「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」の別添１　第２章 特掲診療料　第３部 検査　第３節 生体検査料を次のように改める。（改正箇所下線部）
D217　骨塩定量検査 （１）～（４）（略） （５）REMS 法（Radiofrequency Echographic Multi − spectrometry）による腰椎の骨塩定量検査を実施した場合は，本区分の「２」MD 法，SEXA 法等を準用して算定する。また，同一日に REMS 法により大腿骨の骨塩定量検査を行った場合には，大腿骨同時検査加算として，「D216-2」残尿測定検査の「１」超音波検査によるものを準用し所定点数に加算する。

京都市国保におけるオンライン資格確認導入後の被保険者証等の取り扱いについて

京都市国保では，３月からのオンライン資格確認の導入にともない，４月１日以降に交付される被保険者証等の各種証の様式が下記のとおり一部変更されますので，お知らせします。なお，他の保険者についても，同様の変更が見込まれますので，ご留意ください。

記

○各種証への枝番の追加について

令和３年４月１日以降に交付する各種証から，随時，２桁の枝番を印字し交付する予定。そのため，当面の間は，従前どおりの各種証と２桁の枝番が印字された各種証が混在することになります。

■記号番号に加え（枝番）が追加される。

※枝番の上の１桁数字はチェックデジット（レセプトへの記載は不要）。

■４月以降に交付する２桁の枝番入りの被保険者証についても，色は現在と同じ「薄い桃色」。

○オンライン資格確認システムにより資格情報等の確認ができない場合の対応

保険者からオンライン資格確認システムへの被保険者情報等の連携については，被保険者の異動等に伴う各種情報の変更が即時反映される仕様とはなっておらず，システムへの情報反映までに一定のタイムラグ等が発生する見込みとの情報があります。

オンライン資格確認システムにより資格情報等の確認ができない場合は，従前どおりの取扱い（各種証の提示）により被保険者資格等の確認を行ってください。

生活保護における紙おむつ代の基準額の改定について
４月から

生活保護における紙おむつ代の基準額が４月から下記のとおり改定されますのでお知らせします。中国残留邦人等支援法による医療支援給付を受けている方についても同様の取り扱いとなりますので，ご留意ください。

記

生活保護及び中国残留邦人等支援給付における紙おむつ代の基準（上限）額

令和３年３月まで	⇒	令和３年４月から
２０，９００円以内		２１，２００円以内

上記金額は，１箇月の上限です。一律に上限額が認められるものではありませんので，ご留意ください。

向精神薬の処方を強く希望する患者にご注意

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

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

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

記

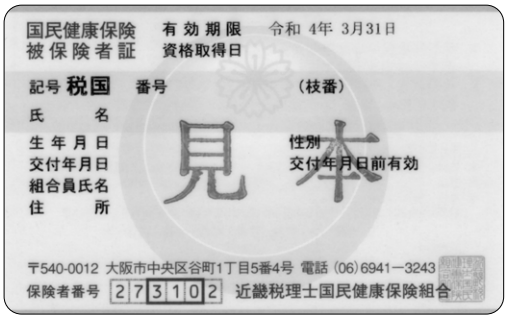
①昭和38年８月８日生まれの57歳男性と昭和41年11月７日生まれの54歳女性の夫婦
②健保組合の患者。
③睡眠導入剤（サイレース）等の処方を強く希望している模様。

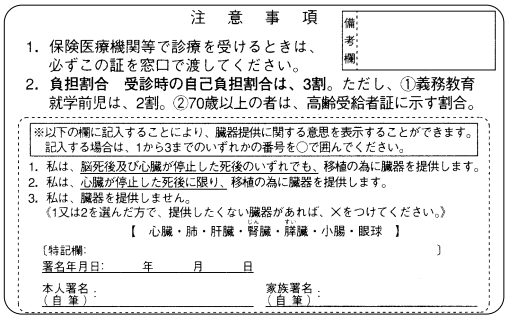
被保険者証の更新について

現行の近畿税理士国保（保険者番号：273102）被保険者証が，令和３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すので，お知らせします。

記

更新期日	令和３年４月１日
有効期限	令和４年３月31日
新証の色	みどり色





被保険者証の無効通知について

次のとおり保険者より無効通知が送付されましたので，ご留意ください。

〔厚生労働省第二共済組合南京都病院所属所〕

保険者番号	31260193
記号番号	51908827
氏名	佐々木 彩恵子
生年月日	−
無効事由	紛失
無効年月日	令３．３．１

〔厚生労働省共済組合岩手労働局支部〕

保険者番号	31030141
記号番号	1300716
氏名	−
生年月日	−
無効事由	紛失
無効年月日	令３．３．５

保険医療部通信

(第339報)

基金からの審査情報の提供について

審査支払機関における診療報酬請求に関する審査は，健康保険法および国民健康保険法，療養担当規則，診療報酬点数表および関係諸通知等を踏まえ各審査委員会の医学的見解に基づいて行われています。

今般，審査の透明性を高め，審査の公平・公正性に期するため，審査上の一般的な取り扱いに係る下記の事例について，情報提供が行われましたので，お知らせします。

なお，下記に示す取り扱いについては，療養担当規則等に照らし，当該診療行為の必要性，用法・用量の妥当性，類似する検査等の併施の有用性などに係る医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としているため，本提供事例に示された適否が，すべての個別診療内容に係る審査において，画一的あるいは一律的に適用されるものではないことにご留意ください。

過去の審査情報提供事例については，京都医報付録保険医療部通信（令和２年12月１日号）をご参照ください。

［新　規］

＜薬剤＞

番号	薬剤	標榜薬効	使用例	審査上認める根拠	留意事項	日　付
346	ミドドリン塩酸塩（小児科58）	血管収縮剤（216）	原則として，「ミドドリン塩酸塩【内服薬】」を「起立性調節障害」に対して処方した場合，当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	当該使用例の用法・用量 成人にはミドドリン塩酸塩として，通常１日４mgを２回に分けて経口投与する。なお，症状により適宜増減する。ただし，重症の場合は１日８mgまで増量できる。 小児にはミドドリン塩酸塩として，通常１日４mgを２回に分けて経口投与する。なお，症状により適宜増減するが，１日最高量は６mgとする。	令和３年２月22日

番号	薬剤	標榜薬効	使用例	審査上認める根拠	留意事項	日　付
347	アザチオプリン(神経28)	他に分類されない代謝性医薬品(399)	原則として，「アザチオプリン【内服薬】」を「視神経脊髄炎」に対して処方した場合，当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される	(1)　当該使用例の用法・用量 通常，成人及び小児には，1日量としてアザチオプリン1～2mg/kg相当量（通常，成人には50～100mg）を経口投与する。 (2)　Nudix hydrolase 15(NUDT15) Arg139Cys遺伝子多型を有する患者では，本剤投与後に白血球減少等の発現の可能性が高くなるとの報告があるので，他の薬剤の使用を考慮する等，投与には十分に注意する。	令和3年2月22日

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２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	822,487件	105.6%	90.5%	925,625件	104.1%	94.9%
歯　　科	229,517件	108.1%	103.1%	186,406件	104.2%	95.5%
調剤報酬	425,859件	106.4%	90.5%	514,416件	106.7%	97.6%
訪問看護	4,438件	97.9%	110.3%	6,191件	100.9%	113.7%
医科歯科計	1,482,301件	106.2%	92.3%	1,632,638件	104.9%	95.9%

※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（２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	10.9日	1.5日	68,564.6点	1,777.3点	6,306.3点	1,151.7点
	7割	9.1日	1.5日	59,300.1点	1,864.6点	6,541.2点	1,257.6点
本人		8.2日	1.4日	57,733.5点	1,302.9点	7,081.2点	959.4点
家族	7割	9.6日	1.4日	52,273.8点	1,160.0点	5,429.2点	842.4点
	8割	7.0日	1.4日	60,621.7点	998.9点	8,697.8点	690.7点
生保		17.6日	2.0日	55,764.4点	1,967.5点	3,165.9点	1,007.4点

（2）国保分（２年11月診療分）

	1件当たり日数		1件当たりの平均点数		1日当たりの平均点数	
	入　院	入院外	入　　院	入院外	入　　院	入院外
一般	13.7日	1.5日	62,093.7点	1,684.8点	4,545.3点	1,114.1点
退職	30.0日	1.3日	79,657.0点	865.7点	2,655.2点	665.9点
後期	16.5日	1.8日	61,922.9点	1,919.4点	3,744.3点	1,090.7点
平均	15.7日	1.6日	61,974.5点	1,810.6点	3,953.1点	1,100.6点

3．国保連合会における診療科別平均点数

（1）国保一般（2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	12.5日	1.4日	65,138.9点	2,089.6点	5,227.5点	1,460.8点
精　神　科	26.5日	1.6日	39,508.2点	1,095.8点	1,491.6点	702.8点
神　経　科	29.0日	1.8日	38,329.7点	1,549.9点	1,323.4点	841.5点
呼 吸 器 科	0.0日	1.3日	0.0点	994.1点	0.0点	755.4点
消 化 器 科	0.0日	1.4日	0.0点	1,169.6点	0.0点	847.4点
胃　腸　科	28.9日	1.5日	48,271.8点	1,004.8点	1,671.7点	686.1点
循 環 器 科	0.0日	1.3日	0.0点	1,312.6点	0.0点	994.0点
小　児　科	27.6日	1.4日	55,963.6点	930.1点	2,029.8点	683.1点
外　　科	14.2日	1.6日	51,955.8点	1,444.5点	3,648.9点	904.9点
整 形 外 科	19.9日	2.6日	73,343.2点	1,176.9点	3,693.4点	455.1点
形 成 外 科	26.4日	1.4日	57,809.0点	1,059.8点	2,191.8点	782.5点
脳　外　科	20.3日	1.6日	64,899.1点	1,385.9点	3,202.3点	846.8点
皮　膚　科	0.0日	1.2日	0.0点	557.4点	0.0点	452.2点
泌 尿 器 科	6.3日	2.0日	43,778.0点	3,404.6点	6,971.0点	1,745.7点
肛　門　科	2.2日	1.5日	6,605.4点	1,078.4点	3,002.5点	736.6点
産 婦 人 科	4.3日	1.5日	13,560.4点	1,103.8点	3,125.1点	749.0点
眼　　科	2.8日	1.2日	33,553.8点	1,152.5点	11,930.3点	980.8点
耳鼻咽喉科	1.9日	1.5日	69,086.2点	779.1点	35,924.8点	519.2点
放 射 線 科	0.0日	1.1日	0.0点	4,242.2点	0.0点	3,929.6点
麻　酔　科	0.0日	1.8日	0.0点	1,213.6点	0.0点	680.1点

※各科名は第1標榜科目。

（2）国保後期（2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	15.7日	1.6日	63,468.8点	2,170.0点	4,033.7点	1,331.3点
精　神　科	27.5日	1.6日	36,530.2点	1,288.3点	1,327.3点	804.8点
神　経　科	27.9日	1.9日	35,298.3点	1,615.2点	1,264.1点	834.5点
呼 吸 器 科	0.0日	1.6日	0.0点	1,294.5点	0.0点	792.6点
消 化 器 科	0.0日	1.7日	0.0点	1,477.6点	0.0点	856.0点
胃　腸　科	29.3日	1.8日	54,662.5点	1,254.3点	1,867.4点	680.4点
循 環 器 科	0.0日	1.5日	0.0点	1,725.3点	0.0点	1,128.3点
小　児　科	0.0日	1.4日	0.0点	1,308.9点	0.0点	959.8点
外　　科	20.0日	2.0日	61,113.5点	1,534.3点	3,061.8点	757.8点
整 形 外 科	18.0日	3.1日	69,688.5点	1,407.7点	3,871.8点	450.2点
形 成 外 科	27.4日	1.8日	59,966.0点	1,525.1点	2,185.8点	856.4点
脳　外　科	22.9日	1.8日	58,804.2点	1,449.7点	2,572.0点	825.3点
皮　膚　科	0.0日	1.3日	0.0点	608.4点	0.0点	473.7点
泌 尿 器 科	10.7日	2.2日	52,525.8点	4,088.6点	4,924.3点	1,870.2点
肛　門　科	2.5日	1.4日	7,750.0点	865.5点	3,100.0点	630.3点
産 婦 人 科	0.0日	1.3日	0.0点	846.3点	0.0点	637.3点
眼　　科	2.4日	1.2日	30,334.1点	1,292.8点	12,501.3点	1,086.2点
耳鼻咽喉科	2.0日	1.8日	4,854.0点	845.1点	2,427.0点	478.4点
放 射 線 科	0.0日	1.1日	0.0点	4,786.9点	0.0点	4,344.9点
麻　酔　科	0.0日	1.8日	0.0点	1,369.3点	0.0点	742.5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２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 ※上段 7割 下段 未就学者			高齢受給者 ※上段 一般 下段 7割		
		点／件	日／件	点／日	点／件	日／件	点／日	点／件	日／件	点／日
総合計		1,243	1.4	917	1,110	1.4	812	1,590	1.5	1,070
					889	1.4	646	1,653	1.4	1,141
病院計		2,441	1.4	1,787	2,279	1.4	1,627	2,902	1.5	1,962
					1,592	1.3	1,191	2,975	1.5	2,039
経営主体	国公立病院	2,844	1.3	2,122	2,458	1.3	1,827	3,446	1.5	2,367
					1,670	1.3	1,288	3,621	1.4	2,497
	大学病院	4,044	1.3	3,084	3,230	1.3	2,492	4,481	1.4	3,215
					2,256	1.2	1,849	4,279	1.4	3,060
	法人病院	1,808	1.4	1,297	1,785	1.5	1,200	2,178	1.5	1,440
					1,240	1.4	865	2,163	1.5	1,457
	個人病院	1,414	1.4	1,014	1,509	1.4	1,055	1,543	1.6	945
					1,092	1.6	690	1,378	1.5	928
診療所計		907	1.4	671	808	1.4	595	1,112	1.5	747
					758	1.4	547	1,131	1.4	783
診療科別	内科	1,044	1.2	836	1,011	1.3	776	1,176	1.3	903
					841	1.3	633	1,199	1.3	932
	小児科	774	1.2	634	867	1.3	687	915	1.2	734
					848	1.4	587	825	1.3	649
	外科	1,131	1.4	785	1,144	1.5	770	1,173	1.7	703
					873	1.5	564	1,238	1.6	771
	整形外科	967	2.1	457	1,050	2.1	504	1,080	2.6	413
					1,113	1.5	735	1,070	2.6	417
	皮膚科	498	1.2	403	475	1.3	369	520	1.3	395
					488	1.3	389	516	1.3	397
	産婦人科	969	1.4	669	918	1.5	631	778	1.3	596
					656	1.3	493	812	1.4	593
	眼科	732	1.1	656	626	1.1	558	1,187	1.2	981
					629	1.2	542	1,230	1.2	1,013
	耳鼻咽喉科	707	1.3	536	621	1.3	476	696	1.5	451
					711	1.5	478	730	1.5	486
	その他	1,027	1.3	763	991	1.4	728	1,202	1.3	907
					962	1.4	705	1,243	1.3	952

（2）経営主体別・診療科別２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		49,738	7.9	6,290	48,164	10.1	4,785	61,461	11.7	5,240
					48,604	6.5	7,481	63,896	9.7	6,570
病院計		53,175	8.2	6,470	51,578	10.6	4,876	62,358	11.9	5,262
					56,367	7.1	7,984	64,728	9.8	6,598
経営主体	国公立病院	53,599	7.9	6,819	51,121	9.0	5,666	62,681	10.0	6,268
					57,409	7.1	8,053	65,517	9.1	7,206
	大学病院	65,566	8.1	8,074	63,584	8.3	7,692	71,968	9.1	7,881
					83,762	8.7	9,575	73,390	8.4	8,711
	法人病院	47,335	8.6	5,489	46,696	13.2	3,532	59,077	14.3	4,132
					30,299	5.4	5,561	59,831	11.2	5,362
	個人病院	31,064	7.8	4,005	37,263	15.1	2,467	46,947	18.4	2,553
					7,843	3.2	2,453	28,359	12.3	2,308
診療所計		16,261	4.9	3,340	15,197	5.1	2,975	33,192	7.9	4,191
					4,124	3.3	1,262	32,773	6.5	5,035
診療科別	内科	18,137	4.2	4,307	19,572	6.9	2,849	28,695	10.6	2,700
					4,538	2.4	1,887	34,393	7.6	4,497
	小児科	11,000	5.5	1,985	6,654	4.8	1,397	-	-	-
					5,802	2.9	2,017	-	-	-
	外科	19,215	4.3	4,457	24,594	5.1	4,784	25,127	7.5	3,333
					-	-	-	24,896	5.4	4,610
	整形外科	46,101	9.8	4,707	46,350	8.9	5,198	52,882	13.0	4,062
					43,879	8.8	4,967	58,799	13.8	4,254
	皮膚科	10,261	6.0	1,710	35,176	31.0	1,135	42,730	31.0	1,378
					-	-	-	-	-	-
	産婦人科	11,182	4.8	2,338	11,022	4.8	2,299	-	-	-
					4,015	3.3	1,223	45,503	5.0	9,101
	眼科	25,502	2.6	9,883	26,143	2.6	10,041	24,624	2.4	10,473
					23,280	2.0	11,640	23,577	2.0	11,697
	耳鼻咽喉科	38,098	2.2	17,219	49,071	2.3	21,280	33,132	2.7	12,425
					17,017	2.1	8,008	39,338	2.0	19,669
	その他	19,458	4.7	4,114	23,756	5.9	3,997	35,610	7.5	4,719
					23,977	3.0	7,992	20,173	5.0	4,013

地域医療部通信

令和３年度
京都市肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査について

日頃は，京都市政にご理解，ご協力をいただき，誠にありがとうございます。

京都市において，公費で実施している肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査につきまして，令和３年度も引続き，下記のとおり実施いたします。

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いただいた上で，京都府医師会地域医療３課宛（FAX 075－354－6097）までご提出いただきますようご理解，ご協力をよろしくお願いいたします。

なお，すでにご登録いただきました医療機関各位におかれましては，ご辞退のお申し出がない限り，本年度も協力医療機関としてお取り扱いさせていただきますので，ご了承ください。

記

１　実施期間　　令和３年４月１日(木)～令和４年３月31日(木)

２　概　　要

（１）　対象者　　検査日現在，京都市民で当該肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査を希望する方

（２）　検査方法

次の検査を実施し，陽性者には京都市ウイルス性肝炎患者等フォローアップ事業※について，説明する。

＜Ｂ型肝炎ウイルス検査＞

・HBs抗原検査

＜Ｃ型肝炎ウイルス検査＞

・HCV抗体検査

・HCV核酸増幅検査（HCV抗体検査で中力価および低力価と判定された場合）

※　陽性者に対して，相談や検査受診状況の確認をすることにより，早期治療に繋げ，重症化予防を図るための事業。フォローアップ事業に同意された方は，初回精密検査および定期検査の費用助成制度が受けられます（ただし，京都府指定の「京都府肝疾患専門医療機関」（京都府ホームページ参照）で受検した場合のみ助成対象となります。）。

（３）　受検者の自己負担　　なし（無料）

（４）　委託単価

種類	委託単価／回
HBs抗原・HCV抗体検査	5,852円
HCV核酸増幅検査	5,343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

京都府国民健康保険団体連合会に請求する。

≪お問い合わせ先≫

京都市保健福祉局医療衛生企画課　感染症企画第二担当　　電話：075－222－4421

京　都　市

京都府医師会 地域医療３課宛 FAX（075－354－6097）宛て

承　諾　書

京都市肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査に協力することを承諾いたします。

年　　月　　日

医療機関名	
医療機関所在地	〒　　－
電話／ＦＡＸ番号	電話　　－　　－ ＦＡＸ　　－　　－
承諾医師名 （署名・捺印） ※承諾医師が複数の場合，すべての医師名をご記入ください。	
医療機関名の公表 （どちらかに〇をしてください）	公表に同意する　・　公表に同意しない

参考

医療機関における肝炎ウイルス検査の流れ

医療機関

①医療機関で肝炎ウイルス検査を受検

検査の実施

検査受付
- 対象者の確認
- フォローアップ事業の説明

※陽性となった場合のフォローアップ事業への同意を促す。

採　血

結果説明

＜陽性の場合＞
- 再度フォローアップ事業の説明
- 精密検査受検勧奨

＜陰性の場合＞
- 今後，自覚症状等が出現した場合の検査を勧奨

費用請求
- 必要書類を府国保連に送付

京都市

②フォローアップ対象者の把握

- 京都市は，医療機関が府国保連に提出する書類（申込書等）により陽性者を把握する。
- 京都市ウイルス性肝炎患者等フォローアップ事業への同意ありの場合のみ③④を行う。

③京都市ウイルス性肝炎患者等フォローアップ事業※

- 初回は受検の６箇月後に，その後は年１回調査票を送付(受診状況の確認)
- 随時，必要な相談支援や情報提供を行う。

④初回精密検査・定期検査の費用助成※の案内・受付

- 京都府が指定する京都府肝炎疾患専門医療機関での検査費用のうち，初回精密検査費用・定期検査費用について，一定条件で助成が受けられることの案内と申請受付を行う。

※別紙参照

京都市肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査公費負担の手引（協力医療機関向け）

１　事業概要

（１）対象者

検査日現在，**京都市民で当該肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査を希望する者**

（２）実施期間

通年実施

（３）自己負担金及び委託料

被検査者の自己負担金		０円
医療機関への委託単価	ＨＢｓ抗原・ＨＣＶ抗体検査	５，８５２円
	ＨＣＶ核酸増幅検査	５，３４３円

（４）検査方法

原則として，以下の検査方法で行ってください。ただし，**Ｂ型及びＣ型はセットで検査を行う**ものとします。

＜ＨＢｓ抗原検査＞

凝集法等による定性的な判断のできる検査方法を用いること。

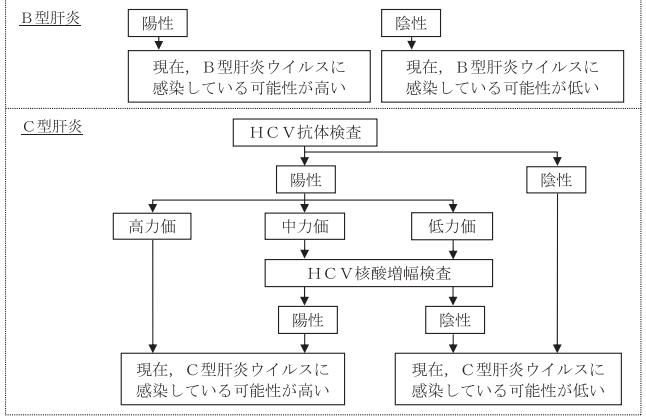
＜ＨＣＶ抗体検査＞

ＨＣＶ抗体検査として体外診断用医薬品の承認を受けた測定範囲が広く，高力価群，中力価群及び低力価群に適切に分類することのできるＨＣＶ抗体測定系を用いること。

＜ＨＣＶ核酸増幅検査＞

ＨＣＶ抗体検査により中力価及び低力価とされた検体に対して行うこと。

※　検査の流れ（ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業実施要領参考）



R3.3

【参考】検査依頼方法　※　具体的な検査依頼方法については，各検査業者にお問合せください。

（１）容器（２本提出）
　１本目　ＨＢｓ抗原検査，ＨＣＶ抗体検査
　２本目　ＨＣＶ核酸増幅検査

（２）検査用紙
　ＨＣＶ抗体検査で中力価及び低力価と判定された場合，自動的にＨＣＶ核酸増幅検査（定量）を実施する旨の指示を依頼書に記載する。

２　検査の実施

（１）申込み
　検査を希望する者は，事前に協力医療機関に予約をします。
　検査の際には次の書類を持参しますので，必ず確認してください。

【持参する書類】
　本人の住所が確認できるもの
　（健康保険証（住所の記載があるもの）や運転免許証等）

（２）対象者の確認
　持参書類等で必ず確認してください。

京都市民以外は，本事業の対象にはなりません。
（他都市の方については，住所地の自治体に肝炎検査の実施状況を問い合わせるよう御助言ください。）

（３）事前説明
　検査を希望する者に，「**京都市肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査申込書**」に必要事項を記入するよう説明してください。
　受検者全員に，京都市ウイルス性肝炎患者等フォローアップ事業※について説明し，**陽性となった場合の事業への参加に係る同意の有無を確認してください。**
　なお，同意はなしでも検査は受検できます。

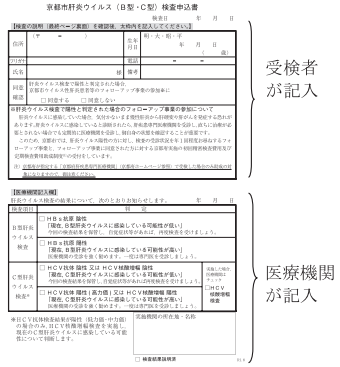
※ 京都市ウイルス性肝炎患者等フォローアップ事業【別紙参照】
　陽性者に対して，相談や検査受診状況の確認をすることにより，早期治療に繋げ，重症化予防を図るための事業。フォローアップ事業に同意された方は，京都府が指定する「京都府肝疾患専門医療機関（京都府ホームページ参照）」で，初回精密検査及び定期検査を受けた場合，検査費用助成制度が受けられます（条件あり）。

（４）検査結果の説明
　医師は，検査を実施した結果，**陽性の場合は，再度「京都市ウイルス性肝炎患者等フォローアップ事業」を説明するとともに，精密検査を受けるよう勧奨してください。**
　陰性の場合は，今後，自覚症状等が出現した場合の検査を勧奨してください。

結果説明後，検査申込書の医療機関記入欄の最下段に，説明済のチェックをしてください。

申込書は３枚複写になっています。
１枚目：医療機関控
２枚目：本市提出用
３枚目：受検者結果返却用

＜参考＞申込書について



３　委託料の請求手続及び支払方法

（１）　各医療機関は，月ごとに，検査結果が判明した月の翌月１０日までに京都府国民健康保険団体連合会（以下「府国保連」といいます。）に必要書類を送付してください。

【必要書類】
①京都市肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査請求書
②京都市肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査申込書（京都市提出用）

（２）　各医療機関から送付された書類は，府国保連において審査・取りまとめのうえ，一括して京都市に請求されます。

（３）　請求を受けた京都市は，再度内容の確認を行ったうえ，一括して府国保連へ支払を行います。

（４）　府国保連は，口座振込により各医療機関へ委託料の支払を行います。

お問合せ

京都市保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課感染症企画第二担当
電話　０７５－２２２－４４２１
又は
一般社団法人京都府医師会地域医療３課
電話　０７５－３５４－６１３４

京都市肝炎ウイルス（Ｂ型・Ｃ型）検査受託報酬請求書

年　　月　　日

（宛先）

京都市長

コード番号

（医療機関）

所在地

名　称

氏　名　　印

次のとおり請求します。

年　　月分　　請求金額　　円

区　分		件　数	単　価	金　額
HBs 抗原・HCV 抗体検査	1		5,852 円	
HBs 抗原・HCV 抗体検査・HCV 核酸増幅検査	2		11,195 円	

令和３年度 京都府乳がん検診管外受診制度に係る 新規協力個別実施医療機関募集のお知らせ

京都府内の市町村が実施する乳がん検診（個別検診）について，既存の実施体制のほか，新たに，居住する市町村以外の医療機関で受診できる制度（京都府乳がん検診管外受診制度）を会員医療機関のご協力を得まして実施しております。

この制度にかかる実施機関の募集，契約等の事務については，府医が窓口となります。

つきましては，以下の実施要領に基づき，ご協力いただける新規医療機関を募集いたしますので，対応可能な医療機関は是非ご応募ください。

※現在ご登録いただいている医療機関につきましては更新手続き書類を送付しております。

１．概　　要

【委託料金（税込）】

・１方向デジタル　5,632 円
・２方向デジタル　8,690 円

【応募資格（条件）】

①乳房エックス線撮影を実施するのに適確な撮影装置（原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たし，線量及び画質について，日本乳がん検診精度管理中央機構等の第三者による外部評価を受けているもの）を備えるものとする。

②乳房エックス線撮影の撮影技師は，日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する乳房エックス線検査に関する講習会またはこれに準ずる講習会を修了している者とする。

③乳房エックス線写真の読影は，十分な経験を有する医師２人による二重読影を行うものとし，日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会を修了し，このうち２次読影を行う医師は，その評価試験の結果がＡである者（マンモグラフィ更新講習会試験評価票等のコピー提出要）とする。

④その他，「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」（国立がん研究センターおよび厚生労働省研究班作成）の精度管理等の実施体制が整っていることを基本とする。

【検診に係る費用の請求】

検診費用は，受診者が持参した請求書様式または検診結果の報告を受けた市町村が受託医療機関へ送付する請求書様式により当該費用を請求するものとする。

※実施件数に応じた金額を支払い。受診者から自己負担金を徴収した場合は自己負担金を差引いた額とする。

【実施要領】

（１）内　容

◇対　象　者：各市町村が発行する「京都府乳がん検診管外受診票」（以下「受診票」）を持参した者
◇実 施 期 間：2021 年４月１日～ 2022 年３月 31 日
◇自己負担金：受診票に記載された自己負担額（各市町村で決定）
◇検 査 方 法：問診と乳房エックス線検査（マンモグラフィ）
◇全体の流れ：①各市町村が検診について広報し，受診者に検診案内をする。

②受診希望者は，検診の申し込みを該当の市町村にする。
③各市町村は「受診券」「受診票」「請求書」「返信用封筒」を受診者に送付する。
④検診受診を協力医療機関に申し出る。受診希望者が必要事項を記入。
⑤協力医療機関は，「受診票」に記入漏れがないかチェックし，検診を実施。
⑥協力医療機関は，結果報告の「受診票（府医師会用・市町村用)」，を市町村へ３週間以内に返信用封筒で提出。
⑦市町村は受診者に結果通知書を送付する。
⑧市町村は協力医療機関に費用を支払う。
⑨市町村は府医に結果報告をする。

２．協力医療機関の実施内容

①受付
受診希望者からの予約を受付，検診日当日，受診者の持参した受診票により当該制度の対象者であることを確認し，受付を行う。

②問診
受診者が持参する所定の受診票に基づき必要事項を聴取する。

③乳房エックス線検査（マンモグラフィ）
・40歳以上50歳未満の対象者については２方向（内外斜位方向，頭尾方向）
・50歳以上の対象者については１方向（内外斜位方向）
・１次，２次読影を行う。乳房エックス線写真の読影は，十分な経験を有する医師２人による二重読影を行うものとし，日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会を修了し，このうち**２次読影を行う医師は**，その**評価試験の結果がＡである者**とする。

④再検査
撮影不良・機械の故障等，受託医療機関に起因する検査不良の場合は，受託医療機関の責任において再検査を実施するものとする。この場合，受診者及び市町村の経費負担はないものとする。

⑤保健指導
受診者に定期検診の必要性および自己検診の方法等指導する。また，検診の結果，異常所見を認めた者に対して，必要な保健指導を行う。

⑥総合判定
問診，およびマンモグラフィの結果から，「精密検査不要」または「要精密検査」の判定を行う。

⑦検診記録の保存
マンモグラフィ読影後，当該年度終了から５年間はデータを保存する。

⑧結果報告
検診終了後３週間以内に市町村に検診結果を報告する。

⑨精密検査結果の報告
精密検査の実施又は結果を把握した場合は，市町村に報告する。

３．協力医療機関の申込方法

京都府乳がん管外受診制度の実施を希望する医療機関は次頁の申込書に必要事項を明記し，**４月９日(金）までに**FAXまたは郵送にて京都府医師会地域医療２課までお申し込みください。

４．問い合わせ先

〒604－8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町６
京都府医師会地域医療２課　乳がん検診係
TEL：075－354－6113　　FAX：075－354－6097

送付先：地域医療２課（FAX 075－354－6097）or 郵送

令和３年度京都府乳がん検診管外受診制度協力医療機関申込書

①乳房エックス線撮影を実施するのに適確な撮影装置（原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たし，線量及び画質について，日本乳がん検診精度管理中央機構等の第三者による外部評価を受けているもの）を備えるものとする。

画像評価日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　評価：＿＿＿＿＿＿

②乳房エックス線撮影の撮影技師は，日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了している者とする。

受講技師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③乳房エックス線写真の読影は，十分な経験を有する医師２人による二重読影を行うものとし，日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会を修了し，このうち２次読影を行う医師は，その評価試験の結果がＡである者（マンモグラフィ更新講習会試験評価票等のコピー提出要）とする。

読影医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のうちＡ判定医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の①～③条件を満たし京都府乳がん検診管外受診制度協力医療機関として申し込みます。

年　　月　　日

医療機関コード：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医 療 機 関 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地：〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX 番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（京都市からのお知らせ）

京都市における風しんの追加的対策
クーポン券の有効期限の延長について

日頃は，本市保健衛生の推進に格別のご理解，ご協力をいただき，誠にありがとうございます。

平成31年３月から開始している風しんの追加的対策につきましては，昭和37年４月２日から昭和54年４月１日生まれの男性を対象に，クーポン券を送付し，協力医療機関において，抗体検査および抗体価が低い方に予防接種を実施しています。

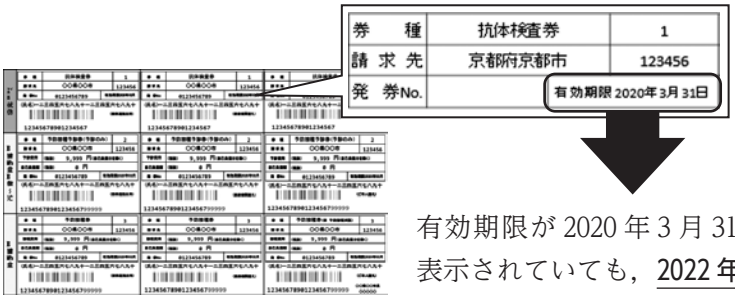
令和３年度が実施最終年度となりますので，対象となる方への勧奨等，ご協力いただきますようお願いいたします。

１　クーポン券有効期限の延長について

本市では，以下のとおり，対象者の年齢層を３段階に分けて，クーポン券を送付しています。

送付対象者	送付月	有効期限
昭和47年４月２日～昭和54年４月１日生まれ	令和元年８月	令和２年３月31日※
昭和41年４月２日～昭和47年４月１日生まれ	令和２年４月	令和３年３月31日※
昭和37年４月２日～昭和41年４月１日生まれ	令和３年３月	令和４年３月31日

※有効期限を令和４年３月31日まで延長いたします。これにより，有効期限切れのクーポン券であっても，そのままご使用いただくことが可能となります。



有効期限が2020年３月31日，2021年３月31日と表示されていても，**2022年３月まで使えます**。

２　勧奨はがきの発送について

令和３年３月15日に，京都市在住の昭和41年４月２日～昭和54年４月１日生れの男性のうち，風しん抗体検査および予防接種をされていない方に対して，勧奨はがきを送付し，有効期限の延長についてお知らせしております。

勧奨はがきの提示では，受検できませんので，クーポン券の再発行が必要な方は，本市問い合わせ先をご案内ください。

3　抗体検査実施における注意点について

抗体検査につきましては，本制度以外にも，妊娠希望の女性等を対象にした抗体検査を実施していますが，**風しん予防接種の対象となる基準が異なります**ので，ご注意ください。

抗体検査の種類	風しん追加的対策	京都市風しん抗体検査 （風しん任意予防接種用）
対象者	昭和 37 年４月２日 ～昭和 54 年４月１日生まれの男性	妊娠を希望する女性 風しん抗体価が低い妊婦の同居者
検査料	無料（クーポン券が必要）	無料
検査方法	HI 法，EIA 法，ELFA 法 LTI 法，CLEIA 法，FIA 法	原則 HI 法のみ
予防接種対象となる 風しん抗体価	**HI 法　８倍以下** EIA 法　6.0（EIA 価）未満	**HI 法　　16 倍以下** EIA 法　8.0（EIA 価）未満
接種料	無料（クーポン券が必要）	3,500 円

（詳細につきましては，４月にお送りします実施の手引をご確認ください。）

4　問い合わせ先

ご質問等がございましたら，次の問い合わせ先までご連絡いただきますよう，よろしくお願いいたします。

（風しんの追加的対策に関するお問い合わせ先）
◆京都市保健福祉局医療衛生推進室
　医療衛生企画課　感染症企画第一担当
　電話：075－222－4421

（協力医療機関，集合契約に関すること）
◆京都府医師会地域医療３課
　電話：075－354－6134

介護保険ニュース

令和３年度介護報酬改定ついて

令和３年４月の介護報酬改定について，日医等が作成した資料を抜粋してお知らせします。全体版は府医ホームページ「介護保険情報」に掲載しています。当該ページには，告示・通知，Ｑ＆Ａなども掲載していますのであわせてご参照ください。

主なものとして，居宅療養管理指導費（医師が行う場合）につきましては，今回の改定で「利用者の社会生活面の課題にも目を向け，地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し，関連する情報をケアマネジャー等に提供するよう努めることとする」とされ，算定要件であるケアマネジャーに情報提供すべき事項に，「社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等」が追加されました。

また，情報提供の方法について，「ケアプランの策定等に必要な情報提供は，サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする（必ずしも文書等による必要はない）。当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては，「情報提供すべき事項」について，別紙様式１等（メール，FAX 等でも可）により，ケアマネジャーに対して情報提供を行うことで足りるものとする。」とされ（※下線部が改定による変更箇所），今回の改定で，文書で行う場合の様式が厚労省より示されましたので，４月以降はＰ17 の別紙様式１をご使用いただくようお願いします。

居宅介護支援では，ケアマネジャーが利用者の受診時に同席し，医師に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い，医師から利用者に関する情報提供を受けた場合に算定できる加算が新設されました。

さらに，訪問リハビリ事業所とは別の医療機関の医師の診察による情報提供を受けて訪問リハビリを実施する場合の減算が 20 単位から 50 単位に改定されました。ただし，別の医療機関の医師に求められる「適切な研修の修了」（日医かかりつけ医機能研修）について，適用猶予措置期間が３年間延長され，令和６年３月 31 日までとなりました。

なお，居宅療養管理指導，訪問看護，訪問リハビリ・通所リハビリなど，特に医療機関に関係する項目をまとめた「みなし指定医療機関　介護報酬算定の手引き」は５月１日号京都医報付録にてＡ会員あてに送付する予定です。

令和３年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：＋０．７０％　※うち、新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ感染症に対応するための特例的な評価　０．０５％（令和３年９月末までの間）

１．感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■**感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築**

○**日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進**
・感染症対策の強化　・業務継続に向けた取組の強化　・災害への地域と連携した対応の強化　・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

２．地域包括ケアシステムの推進

■**住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進**

○**認知症への対応力向上に向けた取組の推進**
・認知症専門ケア加算の訪問ｻｰﾋﾞｽへの拡充　・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○**看取りへの対応の充実**　・ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝの取組推進　・施設等における評価の充実

○**医療と介護の連携の推進**　・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○**在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化**
・訪問看護や訪問入浴の充実　・緊急時の宿泊対応の充実　・個室ﾕﾆｯﾄの定員上限の明確化

○**ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保**
・事務の効率化による逓減制の緩和　・医療機関との情報連携強化　・介護予防支援の充実

○**地域の特性に応じたサービスの確保**　・過疎地域等への対応（地方分権提案）

３．自立支援・重度化防止の取組の推進

■**制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進**

○**リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化**
・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化　・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○**介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進**
・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充

○**寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進**
・施設での日中生活支援の評価　・褥瘡ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ、排せつ支援の強化

４．介護人材の確保・介護現場の革新

■**喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応**

○**介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進**
・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・職員の継職防止・定着に資する取組の推進
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における両立支援への配慮　・ハラスメント対策の強化

○**テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進**
・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の兼務等の緩和・３ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○**文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進**　・署名・押印の見直し　・電磁的記録による保存等　・運営規程の掲示の柔軟化

５．制度の安定性・持続可能性の確保

■**必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る**

○**評価の適正化・重点化**
・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し　・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し　・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し　・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○**報酬体系の簡素化**
・月額報酬化（療養通所介護）　・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

６．その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進　・基準費用額（食費）の見直し
・基本報酬の見直し

16/210

基本報酬の見直し

基本報酬の見直し

■**改定率については、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、全体で＋０．７０％（うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、0.05%（令和３年９月末まで））。これを踏まえて、**

- **全てのサービスの基本報酬を引き上げる**
  ※　別途の観点から適正化を行った結果、引き下げとなっているものもある
- **全てのサービスについて、令和３年４月から９月末までの間、基本報酬に0.1%上乗せする**【告示改正】

令和３年度介護報酬改定に関する「大臣折衝事項」（令和２年12月17日）（抄）

令和３年度介護報酬改定については、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、改定率は全体で＋0.70%とする。給付の適正化を行う一方で、感染症等への対応力強化やＩＣＴ化の促進を行うなどメリハリのある対応を行うとともに、次のとおり対応する。

・新型コロナウイルス感染症に対応するため、かかり増しの経費が必要となること等を踏まえ、令和３年９月末までの間、報酬に対する特例的な評価を行うこととし、上記＋0.70%のうち＋0.05%相当分を確保する。
同年10月以降については、この措置を延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域における介護の実態等を踏まえ、必要に応じ柔軟に対応する。

・介護職員の処遇改善に向け、令和元年10月に導入した特定処遇改善加算の取得率が６割に留まっていることを踏まえ、取得拡大の方策を推進するとともに、今回の改定による効果を活用する。特定処遇改善加算や今回の改定の効果が、介護職員の処遇改善に与える影響について実態を把握し、それを踏まえ、処遇改善の在り方について検討する。

17/210

新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価

概要

○新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、全てのサービスについて、令和３年９月末までの間、基本報酬に0.1%上乗せする。

28/210

2．地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

（1）認知症への対応力向上に向けた取組の推進

○ 介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、**訪問系サービスについて、認知症専門ケア加算**を新たに創設する。

○ 緊急時の宿泊ニーズに対応する観点から、**多機能系サービスについて、認知症行動・心理症状緊急対応加算**を新たに創設する。

○ 介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、**介護に直接携わる職員が認知症介護基礎研修を受講するための措置を義務づける。**
（※３年の経過措置期間を設ける）

（2）看取りへの対応の充実

○ 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、**「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。**

○特養、老健施設や介護付きホーム、認知症GHの**看取りに係る加算**について、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、**それ以前の一定期間の対応について、新たに評価**する。介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に新たに評価する。

○ 看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、**訪問介護に係る２時間ルール**（２時間未満の間隔のサービス提供は所要時間を合算すること）**を弾力化**し、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

（3）医療と介護の連携の推進

○医師等による**居宅療養管理指導**において、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、関連する情報をケアマネジャー等に提供するよう努めることとする。

○ **短期療養**について、基本報酬の評価を見直すとともに、医療ニーズのある利用者の受入促進の観点から、**総合的な医学的管理を評価**する。

○**老健施設**において、適切な医療を提供する観点から、**所定疾患施設療養費**について、検査の実施の明確化や算定日数の延長、対象疾患の追加を行う。**かかりつけ医連携薬剤調整加算**について、かかりつけ医との連携を推進し、**継続的な薬物治療を提供する観点から見直し**を行う。

○ **介護医療院**について、長期療養・生活施設の機能の充実の観点から、長期入院患者の受入れ・サービス提供を新たに評価する。
介護療養型医療施設について、**令和５年度末の廃止期限までの円滑な移行**に向けて、一定期間ごとに移行の検討状況の報告を求める。

（4）在宅サービスの機能と連携の強化　（5）介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化　※(1)(2)(3)も参照

○ **訪問介護**の**通院等乗降介助**について、利用者の負担軽減の観点から、居宅が始点又は終点となる場合の**目的地間の移送についても算定可能**とする。

○ **訪問入浴介護**について、**新規利用者への初回サービス提供前の利用の調整を新たに評価**する。清拭・部分浴を実施した場合の**減算幅を見直す**。

○ **訪問看護**について、主治の医師が必要と認める場合に**退院・退所当日の算定を可能**とする。**看護体制強化加算**の要件や評価を見直す。

○ **認知症GH、短期療養、多機能系サービス**において、**緊急時の宿泊ニーズに対応**する観点から、緊急時短期利用の受入日数や人数の要件等を見直す。

○ **個室ﾕﾆｯﾄ型施設の１ﾕﾆｯﾄの定員**を、実態を勘案した職員配置に努めることを求めつつ、「原則として概ね10人以下とし**15人を超えないもの**」とする。

（6）ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

○ **特定事業所加算**において、**事業所間連携**により体制確保や対応等を行う事業所を**新たに評価**する。

○適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、**逓減制**において、**ICT活用又は事務職員の配置を行っている場合 の適用件数を見直す**（逓減制の適用を40件以上から45件以上とする）。

○ 利用者が**医療機関で診察を受ける際に同席し、医師等と情報連携**を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを**新たに評価**する。

○ **介護予防支援**について、地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、**居宅介護支援事業者との情報連携等を新たに評価**する。

（7）地域の特性に応じたサービスの確保

○ **夜間、認デイ、多機能系ｻｰﾋﾞｽ**について、**中山間地域等に係る加算**の対象とする。**認知症GH**について、ﾕﾆｯﾄ数を弾力化、**ｻﾃﾗｲﾄ型事業所**を創設する。

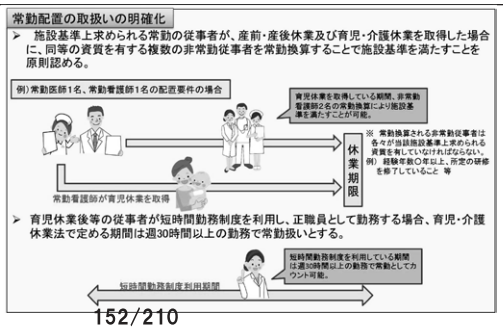
○**令和元年地方分権提案**を踏まえ、**多機能系ｻｰﾋﾞｽ**について、市町村が認めた場合に過疎地域等において**登録定員を超過した場合の報酬減算を 一定の期間行わないことを可能**とする。令和２年提案を踏まえ、**小多機**の登録定員等の基準を「従うべき基準」から「**標準基準**」に見直す。

4.（1）⑥ 人員配置基準における両立支援への配慮

概要　【全サービス★】

○介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定について、以下の見直しを行う。【通知改正】
・「常勤」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加えて、介護の短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。
・「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も１（常勤）と扱うことを認める。
・人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。
　この場合において、常勤職員の割合を要件とするサービス提供体制強化加算等の加算について、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合、当該職員についても常勤職員の割合に含めることを認める。

（参考）医療従事者の 負担軽減・人材確保について（平成28年度診療報酬改定）



4.（1）⑦ ハラスメント対策の強化

概要　【全サービス★】

○　介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、全ての介護サービス事業者に、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策を求めることとする。【省令改正】 R3.1.13諮問・答申済

基準

○　運営基準（省令）において、以下を規定（※訪問介護の例）
「指定訪問介護事業者は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。」

※併せて、留意事項通知において、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じることも推奨する。

（参考）ハラスメント対策に関する事業主への義務付けの状況

・職場におけるセクシュアルハラスメントについては男女雇用機会均等法において、職場におけるパワーハラスメントについては労働施策総合推進法において、事業主に対して、事業主の方針等の明確化や相談体制の整備等の雇用管理上の措置を講じることを義務付けている。（パワーハラスメントの義務付けについて、大企業は令和２年６月1日、中小企業は令和４年４月１日から施行（それまでは努力義務））
・　職場関係者以外のサービス利用者等からのハラスメントに関しては、
　①　セクシュアルハラスメントについては、指針において、男女雇用機会均等法（昭和47年法律第113号）において事業主に対して義務付けている雇用管理上の措置義務の対象に含まれることが明確化された（令和２年６月１日より）。
　②　パワーハラスメントについては、法律による事業主の雇用管理上の措置義務の対象ではないものの、指針において、事業主が雇用管理上行うことが「望ましい取組」のとして防止対策を記載している（令和２年６月１日より）。
※職場におけるセクシュアルハラスメント
　＝　職場において行われる性的な言動に対する労働者の対応により当該労働者がその労働条件につき不利益を受けるもの又は当該性的な言動により労働者の就業環境が害されるもの。
※職場におけるパワーハラスメント
　＝　職場において行われるⅰ優越的な関係を背景とした言動であって、ⅱ業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、ⅲ労働者の就業環境が害されるものであり、ⅰからⅲまでの要素を全て満たすもの。

4.(2)テクノロジーの活用や人員・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進(その3)

会議や他職種連携におけるICTの活用

一部R3.1.13諮問・答申済

■　運営基準や加算の要件等における各種会議等の実施について、感染防止や多職種連携促進の観点から、テレビ電話等を活用しての実施を認める。　【省令改正、告示改正】

全サービス

○　**利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するもの**について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。

○　**利用者等が参加して実施するもの**について、上記に加えて、**利用者等の同意を得た上で**、テレビ電話等を活用しての実施を認める。

（※）利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く。

薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価

■薬剤師による居宅療養管理指導について、診療報酬の例も踏まえて、情報通信機器を用いた服薬指導を新たに評価する。【告示改正】

居宅療養管理指導

○居宅療養管理指導（薬局の薬剤師が行う場合）

情報通信機器を用いた場合　45単位／回（新設）　※月１回まで算定可能

〔算定要件〕
・対象利用者：在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された利用者
　　居宅療養管理指導費が月１回算定されている利用者
・薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
・訪問診療を行った医師に対して、情報通信機器を用いた服薬指導の結果について必要な情報提供を行うこと

4．（3）文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

署名・押印の見直し、電磁的記録による保存等【全サービス】

R3.1.13諮問・答申済

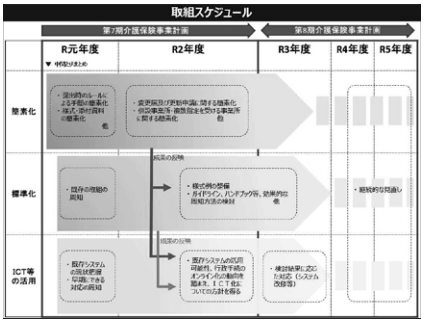
■利用者等への説明・同意について、電磁的な対応を原則認める。署名・押印を求めないことが可能であることや代替手段を明示する。【省令改正】
■　諸記録の保存・交付等について、電磁的な対応を原則認める。【省令改正】

運営規程の掲示の柔軟化【全サービス】

R3.1.13諮問・答申済

■　運営規程等の重要事項の掲示について、事業所の掲示だけでなく、閲覧可能な形でファイル等で備え置くこと等を可能とする。【省令改正】

（参考）介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会での文書負担軽減に関する取組



5．制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

（1）評価の適正化・重点化

○　**通所系、多機能系サービス**について、利用者の公平性の観点から、**同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の見直し**を行う。
○**夜間対応型訪問介護**について、月に一度も訪問サービスを受けていない利用者が存在するなどの実態を踏まえて、**定額オペレーションサービス部分の評価の適正化**を行う。
○**訪問看護及び介護予防訪問看護**について、機能強化を図る観点から、**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるサービス提供に係る評価や 提供回数等の見直し**を行う。
○　**介護予防**サービスにおける**リハビリテーション**について、**長期利用の場合の評価の見直し**を行う。
○　**居宅療養管理指導**について、サービス提供の状況や移動・滞在時間等の効率性を勘案し、**単一建物居住者の人数に応じた評価の見直し**を行う。
○　**介護療養型医療施設**について、令和５年度末の廃止期限までに介護医療院への移行等を進める観点から、**基本報酬の見直し**を行う。
○　**介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）**について、上位区分の算定が進んでいることを踏まえ、**廃止**する。（※１年の経過措置期間を設ける）
○　**生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプラン**について、事務負担にも配慮して、**検証の仕方や届出頻度の見直し**を行う。区分支給限度基準額の利用割合が高く訪問介護が大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業者を対象とした**点検・検証の仕組み**を導入する。
○**サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供を確保**する観点から、**事業所指定の際の条件付け**（利用者の一定割合以上を併設 集合住宅以外の利用者とする等）や**家賃・ケアプランの確認**などを通じて、自治体による更なる指導の徹底を図る。

（2）報酬体系の簡素化

○　**療養通所介護**について、中重度の要介護者の状態にあわせた柔軟なサービス提供を図る観点から、日単位報酬体系から、**月単位包括報酬**とする。
○リハサービスのリハマネ加算（Ⅰ）、施設系サービスの口腔衛生管理体制加算、栄養マネジメント加算について廃止し、基本報酬で評価する。処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）、移行定着支援加算（介護医療院）を廃止する。個別機能訓練加算（通所介護）について体系整理を行う。（再掲）

6．その他の事項

○介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応（**リスクマネジメント**）**を推進**する観点から、**事故報告様式を作成・周知**する。**施設系サービス**において、**安全対策担当者を定めること**を義務づける（※）。事故発生の防止等のための措置が講じられていない場合に基本報酬 を減算する（※）。**組織的な安全対策体制の整備を新たに評価**する。（※６月の経過措置期間を設ける）

○障害福祉サービスにおける対応も踏まえ、全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生・再発 を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。（※３年の経過措置期間を設ける）

○**介護保険施設における食費の基準費用額**について、令和２年度介護事業経営実態調査結果から算出した額との差の状況を踏まえ、利用者負担へ の影響も勘案しつつ、**必要な対応**を行う。

5．（1）評価の適正化・重点化（その1）

区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し

■**通所系、多機能系サービスについて、利用者の公平性の観点から、同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の見直しを行う。**【告示改正】

通所系サービス、多機能系サービス

○　訪問系サービスの同一建物減算に関する取扱いを参考に、以下の対応を行う。

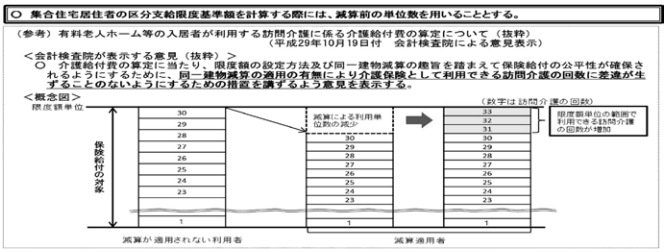
＜同一建物減算等＞

・通所系サービス、多機能系サービスの、同一建物減算等の適用を受ける利用者の区分支給限度基準額の管理については、当該減算を受ける者と受けない者との公平性の観点から、**減算の適用前（同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合）の単位数を用いる**こととする。

＜規模別の基本報酬＞

・通所介護、通所リハビリテーションの、大規模型を利用する者の区分支給限度基準額の管理については、通常規模型を利用する者との公平性の観点から、**通常規模型の単位数を用いる**こととする。

（参考）【平成30年度介護報酬改定】集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等



訪問看護　基本報酬

単位数

	訪問看護 ＜現行＞	訪問看護 ＜改定後＞	介護予防訪問看護 ＜現行＞	介護予防訪問看護 ＜改定後＞
○指定訪問看護ステーションの場合				
・20分未満	312単位	313単位	301単位	302単位
・30分未満	469単位	470単位	449単位	450単位
・30分以上１時間未満	819単位	821単位	790単位	792単位
・１時間以上１時間30分未満	1,122単位	1,125単位	1,084単位	1,087単位
・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合	297単位	293単位	287単位	283単位
	※１日３回以上の場合は90/100		※１日３回以上の場合は50/100	
○病院又は診療所の場合				
・20分未満	264単位	265単位	254単位	255単位
・30分未満	397単位	398単位	380単位	381単位
・30分以上１時間未満	571単位	573単位	550単位	552単位
・１時間以上１時間30分未満	839単位	842単位	810単位	812単位
○定期巡回・随時対応訪問介護看護事業所と連携する場合（1月につき）	2,945単位	2,954単位		

訪問リハビリテーション　基本報酬

単位数

○訪問リハビリテーション

＜現行＞
基本報酬　292単位／回

＜改定後＞
基本報酬　307単位／回

○介護予防訪問リハビリテーション

＜現行＞
基本報酬　292単位／回

＜改定後＞
基本報酬　307単位／回

居宅療養管理指導　基本報酬

単位数　※以下の単位数はすべて1回あたり　※介護予防も同じ

	＜現行＞		＜改定後＞	
○医師が行う場合				
(1)居宅療養管理指導(Ⅰ) (Ⅱ以外の場合に算定)	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	509単位 485単位 444単位	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	514単位 486単位 445単位
(2)居宅療養管理指導(Ⅱ) (在宅時医学総合管理料等を算定する利用者を対象とする場合に算定)	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	295単位 285単位 261単位	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	298単位 286単位 259単位
○歯科医師が行う場合	＜現行＞		＜改定後＞	
	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	509単位 485単位 444単位	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	516単位 486単位 440単位
○薬剤師が行う場合	＜現行＞		＜改定後＞	
(1)病院又は診療所の薬剤師	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	560単位 415単位 379単位	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	565単位 416単位 379単位
(2)薬局の薬剤師	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	509単位 377単位 345単位	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	517単位 378単位 341単位
○管理栄養士が行う場合	＜現行＞		＜改定後＞	
(1)当該事業所の管理栄養士	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	539単位 485単位 444単位	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	544単位 486単位 443単位
(2)当該事業所以外の管理栄養士	（新設）		単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	524単位 466単位 423単位
○歯科衛生士が行う場合	＜現行＞		＜改定後＞	
	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	356単位 324単位 296単位	単一建物居住者が１人 単一建物居住者が２～９人 単一建物居住者が１０人以上	

通所リハビリテーション　基本報酬

単位数

○通所リハビリテーション

【例】要介護３、通常規模型の場合

＜現行＞		＜改定後＞	
１時間以上２時間未満	390単位／回	１時間以上２時間未満	426単位／回
２時間以上３時間未満	457単位／回	２時間以上３時間未満	494単位／回
３時間以上４時間未満	599単位／回	３時間以上４時間未満	638単位／回
４時間以上５時間未満	684単位／回	４時間以上５時間未満	725単位／回
５時間以上６時間未満	803単位／回	５時間以上６時間未満	846単位／回
６時間以上７時間未満	929単位／回	６時間以上７時間未満	974単位／回
７時間以上８時間未満	993単位／回	７時間以上８時間未満	1,039単位／回

【例】要介護３、大規模の事業所（Ⅱ）の場合

＜現行＞		＜改定後＞	
１時間以上２時間未満	375単位／回	１時間以上２時間未満	411単位／回
２時間以上３時間未満	439単位／回	２時間以上３時間未満	477単位／回
３時間以上４時間未満	576単位／回	３時間以上４時間未満	616単位／回
４時間以上５時間未満	648単位／回	４時間以上５時間未満	689単位／回
５時間以上６時間未満	750単位／回	５時間以上６時間未満	793単位／回
６時間以上７時間未満	874単位／回	６時間以上７時間未満	919単位／回
７時間以上８時間未満	927単位／回	７時間以上８時間未満	973単位／回

○介護予防通所リハビリテーション

＜現行＞		＜改定後＞	
要支援１	1,721単位／月	要支援１	2,053単位／月
要支援２	3,634単位／月	要支援２	3,999単位／月

短期入所療養介護（病院）基本報酬

単位数　※以下の単位数はすべて1日あたり

○病院療養病床（介護予防）短期入所療養介護(Ⅰ)(v)(多床室)(療養機能強化型Ａ)(看護6：1、介護4：1)

	＜現行＞	＜改定後＞
要支援１	614単位	626単位
要支援２	769単位	784単位
要介護１	831単位	849単位
要介護２	939単位	960単位
要介護３	1,173単位	1,199単位
要介護４	1,272単位	1,300単位
要介護５	1,361単位	1,391単位

○病院療養病床（介護予防）短期入所療養介護(Ⅰ)(vi)(多床室)(療養機能強化型Ｂ)(看護6：1、介護4：1)

	＜現行＞	＜改定後＞
要支援１	602単位	614単位
要支援２	757単位	772単位
要介護１	819単位	837単位
要介護２	926単位	946単位
要介護３	1,156単位	1,181単位
要介護４	1,253単位	1,280単位
要介護５	1,341単位	1,370単位

居宅介護支援・介護予防支援 基本報酬

単位数

居宅介護支援費（Ⅰ）
・居宅介護支援費（Ⅱ）を算定していない事業所

○居宅介護支援（ⅰ）
・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が40未満である場合又は40以上である場合において、40未満の部分

	＜現行＞		＜改定後＞
(一)要介護１又２	1,057単位／月	➡	1,076単位／月
(二)要介護３、４又は５	1,373単位／月	➡	1,398単位／月

○居宅介護支援（ⅱ）
・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分

(一)要介護１又は２	529単位／月	➡	539単位／月
(二)要介護３、４又は５	686単位／月	➡	698単位／月

○居宅介護支援（ⅲ）
・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分

(一)要介護１又は２	317単位／月	➡	323単位／月
(二)要介護３、４又は５	411単位／月	➡	418単位／月

居宅介護支援費（Ⅱ）【新区分】
・一定の情報通信機器（人工知能関連技術を活用したものを含む。）の活用又は事務職員の配置を行っている事業所

○居宅介護支援（ⅰ）
・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が45未満である場合又は45以上である場合において、45未満の部分

	＜現行＞		＜改定後＞
(一)要介護１又２	新規	➡	1,076単位／月
(二)要介護３、４又は５	新規	➡	1,398単位／月

○居宅介護支援（ⅱ）
・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が45以上である場合において、45以上60未満の部分

(一)要介護１又２	新規	➡	522単位／月
(二)要介護３、４又は５	新規	➡	677単位／月

○居宅介護支援（ⅲ）
・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が45以上である場合において、60以上の部分

(一)要介護１又は２	新規	➡	313単位／月
(二)要介護３、４又は５	新規	➡	406単位／月

介護予防支援費	＜現行＞		＜改定後＞
	431単位／月	➡	438単位／月

24/210

介護療養型医療施設 基本報酬

単位数　※以下の単位数はすべて1日あたり

	＜現行＞		＜改定後＞
○療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)(ⅳ)(多床室)(療養機能強化型Ａ)(看護6：1、介護4：1)			
要介護１	783単位	➡	717単位
要介護２	891単位	➡	815単位
要介護３	1,126単位	➡	1,026単位
要介護４	1,225単位	➡	1,117単位
要介護５	1,315単位	➡	1,198単位
○療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)(ⅳ)(多床室)(療養機能強化型Ｂ)(看護6：1、介護4：1)			
要介護１	770単位	➡	705単位
要介護２	878単位	➡	803単位
要介護３	1,108単位	➡	1,010単位
要介護４	1,206単位	➡	1,099単位
要介護５	1,295単位	➡	1,180単位
○ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)(ユニット型個室)(療養機能強化型Ａ)			
要介護１	800単位	➡	732単位
要介護２	908単位	➡	830単位
要介護３	1,143単位	➡	1,042単位
要介護４	1,242単位	➡	1,132単位
要介護５	1,332単位	➡	1,213単位
○ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)(ユニット型個室)(療養機能強化型Ｂ)			
要介護１	790単位	➡	723単位
要介護２	896単位	➡	819単位
要介護３	1,128単位	➡	1,028単位
要介護４	1,225単位	➡	1,117単位
要介護５	1,314単位	➡	1,197単位

26/210

介護医療院 基本報酬

単位数　※以下の単位数はすべて1日あたり

	＜現行＞		＜改定後＞
○Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)(ⅱ)(多床室)			
要介護１	808単位	➡	825単位
要介護２	916単位	➡	934単位
要介護３	1,151単位	➡	1,171単位
要介護４	1,250単位	➡	1,271単位
要介護５	1,340単位	➡	1,362単位
○Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)(ⅱ)(多床室)			
要介護１	762単位	➡	779単位
要介護２	857単位	➡	875単位
要介護３	1,062単位	➡	1,082単位
要介護４	1,150単位	➡	1,170単位
要介護５	1,228単位	➡	1,249単位
○ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)(ⅰ)(ユニット型個室)			
要介護１	825単位	➡	842単位
要介護２	933単位	➡	951単位
要介護３	1,168単位	➡	1,188単位
要介護４	1,267単位	➡	1,288単位
要介護５	1,357単位	➡	1,379単位
○ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)(ⅰ)(ユニット型個室)			
要介護１	824単位	➡	841単位
要介護２	924単位	➡	942単位
要介護３	1,142単位	➡	1,162単位
要介護４	1,234単位	➡	1,255単位
要介護５	1,318単位	➡	1,340単位

27/210

2．（3）医療と介護の連携の推進（その1）

基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進

■医師等による居宅療養管理指導において、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、関連する情報をケアマネジャー等に提供するよう努めることとする。

居宅療養管理指導

○　**医師・歯科医師**が居宅療養管理指導を行う際には、必要に応じて、**居宅要介護者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意**し、また、**関連する情報**については、**介護支援専門員等に提供するよう努める**ことを明示する。【通知改正】

○　**薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士**が居宅療養管理指導を行う際には、必要に応じて、これらの支援につながる情報を把握し、また、関連する情報を医師・歯科医師に提供するよう努めることを明示する。【通知改正】

○　多職種間での情報共有促進の観点から、**薬剤師**の居宅療養管理指導の算定要件とされている介護支援専門員等への情報提供について、明確化する。【省令改正】　R3.1.13諮問・答申済

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)（抄）
(基本方針)
第八十四条　指定居宅サービスに該当する居宅療養管理指導(以下「指定居宅療養管理指導」という。)の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士(歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。以下この章において同じ。)又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない。

短期入所療養介護における医学的管理の評価の充実

■短期療養について、基本報酬の評価を見直すとともに、医療ニーズのある利用者の受入促進の観点から、総合的な医学的管理を評価する。【告示改正】

短期入所療養介護（介護老人保健施設が提供する場合に限る）

総合医学管理加算　275単位／日（新設）※1回の短期入所につき7日に限る

〔算定要件〕
・　治療管理を目的とした利用者に対して、診療方針を定め、投薬、検査、注射、処置等を行い、利用者の主治の医師に対して、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

（※）基本報酬の評価を併せて見直し

5．（1）評価の適正化・重点化（その3）

長期間利用の介護予防リハの評価の見直し

■　介護予防サービスにおけるリハビリテーションについて、長期利用の場合の評価の見直しを行う。【告示改正】

介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション

【介護予防訪問リハビリテーション】
利用開始日の属する月から12月超　5単位／回減算（新設）

【介護予防通所リハビリテーション】
利用開始日の属する月から12月超　要支援1の場合　20単位／月減算（新設）
　　要支援2の場合　40単位／月減算（新設）

居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し

■居宅療養管理指導について、サービス提供の状況や移動・滞在時間等の効率性を勘案し、単一建物居住者の人数に応じた評価の見直しを行う。【告示改正】

居宅療養管理指導

（例）薬局の薬剤師が行う場合

	＜現行＞		＜改定後＞
単一建物居住者が1人	509単位／回	→	517単位／回
単一建物居住者が2～9人	377単位／回	→	378単位／回
単一建物居住者が10人以上	345単位／回	→	341単位／回

介護療養型医療施設の基本報酬の見直し

■介護療養型医療施設について、令和5年度末の廃止期限までに介護医療院への移行等を進める観点から、基本報酬の見直しを行う。【告示改正】

介護療養型医療施設

（例）基本報酬（療養型介護療養施設サービス費）（多床室、看護6：1・介護4：1、療養機能強化型Aの場合）

	＜現行＞		＜改定後＞
要介護4	1,225単位／日	→	1,117単位／日
要介護5	1,315単位／日	→	1,198単位／日

5.（1）⑥ 居宅療養管理指導における通院が困難なものの取扱いの明確化

概要　【居宅療養管理指導★】

○居宅療養管理指導について、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して行うサービスであることを踏まえ、適切なサービスの提供を進める観点から、診療報酬の例を参考に、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、これらの者については算定できないことを明確化する。【通知改正】

算定要件等

○　以下を明確化する。
・居宅療養管理指導は、定期的に訪問して管理・指導を行った場合の評価であり、継続的な管理・指導の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならず、例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できないこと。

2．（4）在宅サービスの機能と連携の強化（その2）

訪問看護の充実

■訪問看護について、主治の医師が必要と認める場合に退院・退所当日の算定を可能とする。看護体制強化加算の要件や評価を見直す。

訪問看護

【退院当日の訪問看護】

○ 利用者のニーズに対応し在宅での療養環境を早期に整える観点から、退院・退所当日の訪問看護について、現行の特別管理加算の対象に該当する者に加えて、**主治の医師が必要と認める場合**は算定を可能とする。【通知改正】

訪問看護

【看護体制強化加算の見直し】

○ 看護体制強化加算について、医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える環境を整える観点や訪問看護の機能強化を図る観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】

〔算定要件〕

・算定日が属する月の前6月間において、利用者の総数のうち、**特別管理加算を算定した利用者の占める割合**

（現行）100分の30以上 → **（改定後）100分の20以上**

・**（介護予防）訪問看護の提供に当たる従業者の総数に占める看護職員の割合が6割以上であること**（新設）

（※）2年の経過措置期間を設ける。また、令和5年3月31日時点で看護体制強化加算を算定している事業所であって、急な看護職員の退職等により看護職員6割以上の要件を満たせなくなった場合においては、指定権者に定期的に採用計画を提出することで、採用がなされるまでの間は同要件の適用を猶予する。

（※）算定月の前6月間における利用者総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した割合が50%以上の要件（Ⅰ・Ⅱ共通）及び算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者数の要件（Ⅰ：5人以上、Ⅱ：1人以上）は変更なし。

〔単位数〕	＜現行＞		＜改定後＞
（訪問看護）			
看護体制強化加算（Ⅰ）	600単位/月		**看護体制強化加算（Ⅰ）550単位/月**
看護体制強化加算（Ⅱ）	300単位/月	→	**看護体制強化加算（Ⅱ）200単位/月**
（介護予防訪問看護）			
看護体制強化加算	300単位/月		**看護体制強化加算 100単位/月**

5．（1）評価の適正化・重点化（その2）

夜間対応型訪問介護の基本報酬

■夜間対応型訪問介護について、月に一度も訪問サービスを受けていない利用者が存在するなどの実態を踏まえて、定額オペレーションサービス部分の評価の適正化を行う。【告示改正】

夜間対応型訪問介護

＜現行＞

夜間対応型訪問介護（Ⅰ）【定額】＋【出来高】

基本夜間対応型訪問介護費【定額】
（オペレーションサービス部分） → **見直し**

訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し

■訪問看護及び介護予防訪問看護について、機能強化を図る観点から、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるサービス提供に係る評価や提供回数等の見直しを行う。【告示改正】

訪問看護、介護予防訪問看護

【報酬】	＜現行＞		＜改定後＞
＜訪問看護＞			
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問	297単位／回	→	**293単位／回**
＜介護予防訪問看護＞			
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問	287単位／回	→	**283単位／回**
理学療法士等が1日に2回を超えて指定介護予防訪問看護を行った場合	1回につき100分の90に相当する単位数を算定	→	1回につき**100分の50**に相当する単位数を算定

理学療法士等が利用開始日の属する月から12月超の利用者に指定介護予防訪問看護を行った場合は、1回につき5単位を減算する（新設）

〔算定要件〕

・理学療法士等が行う訪問看護については、その実施した内容を訪問看護報告書に添付することとする。

・対象者の範囲について、理学療法士等が行う訪問看護については、訪問リハビリテーションと同様に「通所リハのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合」を追加する。

3．自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

（1）リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

○ 加算等の算定要件とされている**計画作成や会議**について、**リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士**が必要に応じて**参加することを明確化**する。

○ 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪リハ・通リハの**リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）を廃止**し、**基本報酬の算定要件**とする。**VISIT**へデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する取組を**老健施設等に拡充**する。

○ 週6回を限度とする**訪問リハ**について、退院・退所直後のリハの充実を図る観点から、**退院・退所日から3月以内は週12回まで**算定可能とする。

○**通所介護や特養等**における外部のリハ専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護を図る**生活機能向上連携加算**について、訪問介護等と同様に、**ICTの活用等**により外部のリハ専門職等が事業所を訪問せずに利用者の状態を把握・助言する場合の**評価区分を新たに設ける。**

○ **通所介護の個別機能訓練加算**について、より利用者の自立支援等に資する機能訓練の提供を促進する観点から、**加算区分や要件の見直し**を行う。

○ **通所介護、通リハの入浴介助加算**について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、**個別の入浴計画に基づく入浴介助を新たに評価**する。

○ **施設系サービス**について、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、**口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理の実施**を求める。（※3年の経過措置期間を設ける）

○**施設系サービス**について、栄養マネジメント加算は廃止し、現行の栄養士に加えて**管理栄養士の配置を位置付ける**とともに、基本サービスとして**状態に応じた栄養管理の計画的な実施**を求める（※3年の経過措置期間を設ける）。**入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する 加算を新設**し、低栄養リスク改善加算は廃止する。

○**通所系サービス等**について、介護職員等による**口腔スクリーニング**の実施を新たに評価する。管理栄養士と介護職員等の連携による**栄養アセスメントの取組を新たに評価**する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。

○ **認知症GH**について、管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を行い**栄養改善のための体制づくりを進めることを新たに評価**する。

（2）介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

○ **CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用**により**PDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組**を推進する。

・施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、**事業所の全ての利用者に係るデータ**（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）**をCHASEに提出**してフィードバックを受け、**事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組**を推進することを新たに評価。

・**既存の加算等**において、**利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組**に加えて、**CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。**

・**全ての事業者**に、**CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。**

○**ADL維持等加算**について、通所介護に加えて、**認デイ、介護付きホーム、特養に対象を拡充**する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、**要件の見直しを**行う。**ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価**する評価区分を新たに設ける。

○ **老健施設の在宅復帰・在宅療養支援等評価指標**について、在宅復帰等を更に推進する観点から、**見直し**を行う。（※6月の経過措置期間を設ける）

（3）寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

○**施設系サービス**について、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基づく**日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づくケアの実施を新たに評価**する。

○ 施設系サービスにおける**褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算**について、**状態改善等（アウトカム）を新たに評価**する等の見直しを行う。

３．（１）リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化（その１）

計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
【訪問リハビリテーション、通所系サービス、短期入所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス、施設系サービス】

■加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。【通知改正】

（※）このほか、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式も作成。

退院退所直後のリハの充実【訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション】

■週６回を限度とする訪問リハについて、退院・退所直後のリハの充実を図る観点から、退院・退所日から３月以内は週12回まで算定可能とする。【通知改正】

通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進

■通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護を図る生活機能向上連携加算について、訪問介護等と同様に、ICTの活用等により外部のリハ専門職等が事業所を訪問せずに利用者の状態を把握・助言する場合の評価区分を新たに設ける。【告示改正】

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症グループホーム、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設

＜現行＞
生活機能向上連携加算　200単位／月　→

＜改定後＞
生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位／月（新設）※3月に1回を限度
生活機能向上連携加算（Ⅱ）200単位／月（※現行と同じ）
※（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。

〔算定要件〕※訪問介護等の加算と同様
＜**生活機能向上連携加算**（Ⅰ）＞
・訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては許可病床数が200床未満のもの 又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しない場合に限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。
・　理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

３．（１）リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化（その２）

リハビリテーションマネジメントの強化

■自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪リハ・通リハのリハビリテーション マネジメント加算（Ⅰ）を廃止し、基本報酬の算定要件とする。VISITへデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する取組を老健施設等に拡充する。【告示改正】

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

【訪問リハビリテーション】

＜現行＞			＜改定後＞	
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅰ)	230単位／月	→	**廃止**	
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅱ)	280単位／月	→	**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)イ**	**180単位／月**
			ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)ロ	**213単位／月**（新設）
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅲ)	320単位／月	→	**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)イ**	**450単位／月**
			ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)ロ	**483単位／月**
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅳ)	420単位／月	→	**廃止**（加算(B)ロに組み替え）	

〔算定要件〕
＜**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)イ**＞※現行のﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅱ)と同様
①医師はﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること。
②ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ会議（ﾃﾚﾋﾞ会議可（新設））を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること。
③3月に1回以上、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ介護を開催し、利用者の状態の変化に応じ、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ計画書を見直すこと。
④PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
⑤PT、OT又はSTが（指定居宅ｻｰﾋﾞｽの従業者と）利用者の居宅を訪問し、その家族（当該従業者）に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
⑥ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。
⑦上記に適合することを確認し、記録すること。
＜**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)ロ**＞
・加算(A)イの要件に適合すること。
・利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。（CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用）
＜**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)イ**＞　※現行のﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅲ)と同様
・加算(A)イの①～⑤の要件に適合すること。
・ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ計画について、医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること。
・上記に適合することを確認し、記録すること。
＜**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)ロ**＞　※現行のﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算（Ⅳ）と同様
・加算(B)イの要件に適合すること。
・ 利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。（CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用）

（※）CHASE・VISITへの入力負担の軽減やフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ計画書の項目について、データ提供する場合の必須項目と任意項目を設定。【通知改正】

３．（１）リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化（その３）

リハビリテーションマネジメントの強化（続き）

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

【通所リハビリテーション】

＜現行＞			＜改定後＞	
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅰ)	330単位／月	→	（廃止）	
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅱ)		→	**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)イ**	
同意日の属する月から6月以内	850単位／月		**同意日の属する月から6月以内**	**560単位／月**
同意日の属する月から6月超	530単位／月		**同意日の属する月から6月超**	**240単位／月**
			ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)ロ（新設）	
			同意日の属する月から6月以内	**593単位／月**
			同意日の属する月から6月超	**273単位／月**
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅲ)		→	**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)イ**	
同意日の属する月から6月以内	1,120単位／月		**同意日の属する月から6月以内**	**830単位／月**
同意日の属する月から6月超	800単位／月		**同意日の属する月から6月超**	**510単位／月**
			ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)ロ	
			同意日の属する月から6月以内	**863単位／月**
			同意日の属する月から6月超	**543単位／月**
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅳ)		→	（廃止）（加算(B)ロに組み替え）	
同意日の属する月から6月以内	1,220単位／月			
同意日の属する月から6月超	900単位／月			
（3月に1回を限度）				

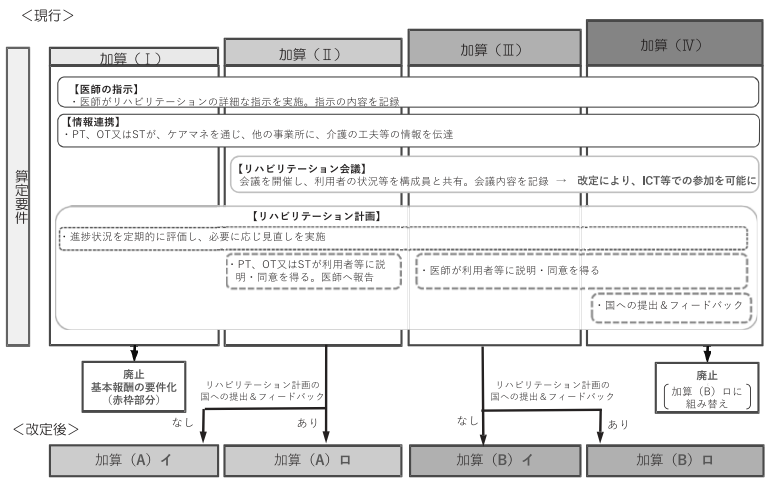
〔算定要件〕訪問リハビリテーションと同じ

介護老人保健施設、介護医療院

【老健】　ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ計画書情報加算　33単位／月（新設）
【医療院】理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算　33単位／月（新設）

〔算定要件〕
・医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が協働し、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施計画を入所者又はその家族に説明し、継続的にﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの質を管理していること。
・入所者ごとのﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの提供に当たって、当該情報その他ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること（CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用）

訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の見直しイメージ



86/210

3.(1)⑤ 社会参加支援加算の見直し

概要 【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

○社会参加支援加算について、算定要件である「社会参加への移行状況」の達成状況等を踏まえ、利用者に対する適時・適切なリハビリテーションの提供を一層促進する観点から見直しを行う。【告示改正】

単位数

	＜現行＞		＜改定後＞
【訪問リハビリテーション】	社会参加支援加算 17単位／日	⇒	移行支援加算（※単位数は変更なし）
【通所リハビリテーション】	社会参加支援加算 12単位／日	⇒	移行支援加算（※単位数は変更なし）

算定要件等

○ 加算の趣旨や内容を踏まえて、加算の名称を「移行支援加算」とする。
○ 以下を要件とする。（下線部が見直し箇所）

【訪問リハビリテーション】（現行と同様）
・評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100分の5を超えていること。
・リハビリテーションの利用の回転率 $\frac{12月}{平均利用延月数}$ ≧ 25% であること。

【通所リハビリテーション】
・評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100分の3を超えていること。
・リハビリテーションの利用の回転率 $\frac{12月}{平均利用延月数}$ ≧ 27% であること。

【訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション共通】
・評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、リハビリテーション終了者に対して、電話等により、指定通所介護等の実施状況を確認し、記録すること。
・リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。

94/210

3.(1)⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し

概要 【通所リハビリテーション★】

○生活行為向上リハビリテーション実施加算について、廃用症候群や急性増悪等によって生活機能が低下した利用者に対する、適時適切なリハビリテーションの提供を一層促進する観点から、事業所の加算を取得しない理由等も踏まえ、見直しを行う。【告示改正】

単位数

【通所リハビリテーション】

＜現行＞			＜改定後＞	
3月以内	2,000単位／月	⇒	6月以内	1,250単位／月
3月超、6月以内	1,000単位／月			
※ 当該加算によるリハビリテーションを終えた後に継続する場合、当該翌月から6月以内の間所定単位数を15／100減算		⇒	廃止	

【介護予防通所リハビリテーション】

＜現行＞			＜改定後＞	
3月以内	900単位／月	⇒	6月以内	562単位／月
3月超、6月以内	450単位／月			
※ 当該加算によるリハビリテーションを終えた後に継続する場合、当該翌月から6月以内の間所定単位数を15／100減算		⇒	廃止	

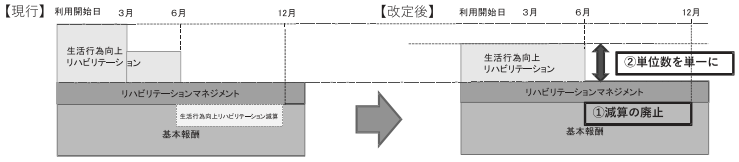
98/210

3.（1）⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し

算定要件等　※下線部が見直し箇所

○生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験を有する作業療法士、生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士、言語聴覚士が配置されていること
○生活行為の内容の充実を図るための目標や、目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所等が記載されたリハビリテーション実施計画を定めて、リハビリテーションを提供すること。
○当該計画で定めたリハビリテーションの実施期間中及びリハビリテーションの提供終了日前１月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標の達成状況を報告すること。
○リハビリテーションマネジメント加算（A)・（B)のいずれかを算定していること（通所リハビリテーションのみ）。
○指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね１月に１回以上実施すること（新規）。

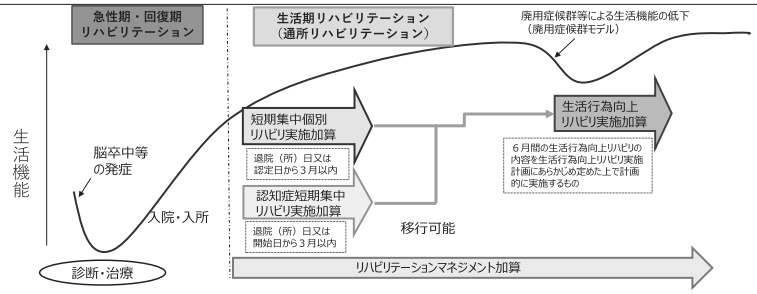
【生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し（イメージ）】



通所リハビリテーションにおける各種加算のイメージ

社保審ー介護給付費分科会
第188回（R2.10.15）　資料3

○　短期集中個別リハビリテーション実施加算は退院・退所直後に集中的なリハビリテーションを実施することを目的としている。
○　生活行為向上リハビリテーション実施加算は、加齢や廃用症候群等により生活機能の１つである活動をするための機能が低下した利用者を対象に実施することを目的としている。



	留意事項通知における記載
短期集中リハビリテーション実施加算*	短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施するものであること。 （＊平成27年度の介護報酬改定において、退院（所）後間もない者に対する身体機能の回復を目的と、短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算は統合され、短期集中個別リハビリテーション実施加算として見直されている。）
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力（生活環境または家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。）を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の１つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた６月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。

リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式の見直し

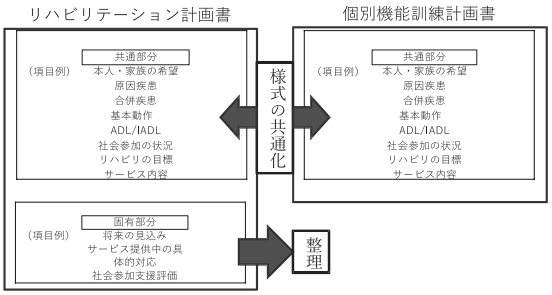
概要　【訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★】

○業務効率化の観点から、リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の項目の共通化を行うとともに、リハビリテーション計画書の固有の項目について、整理簡素化を図る。

算定要件等

○　リハビリテーション計画書及び個別機能訓練計画書の様式を見直す。

＜見直しのイメージ＞



3.（1）⑪ 通所リハビリテーションの入浴介助加算の見直し

概要 【通所リハビリテーション】

○ 通所リハビリテーションにおける入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】

ア 利用者が自宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や医師・理学療法士・作業療法士・介護支援専門員等（以下、「医師等」という。）が訪問により把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、同計画に基づき事業所において個別の入浴介助を行うことを評価する新たな区分を設ける。

イ 現行相当の加算区分については、現行の入浴介助加算は多くの事業所で算定されていることを踏まえ、また、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。

単位数

＜現行＞
入浴介助加算 50単位／日 ⇒

＜改定後＞
入浴介助加算（Ⅰ） 40単位／日
入浴介助加算（Ⅱ） 60単位／日（新設） ※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可

算定要件等

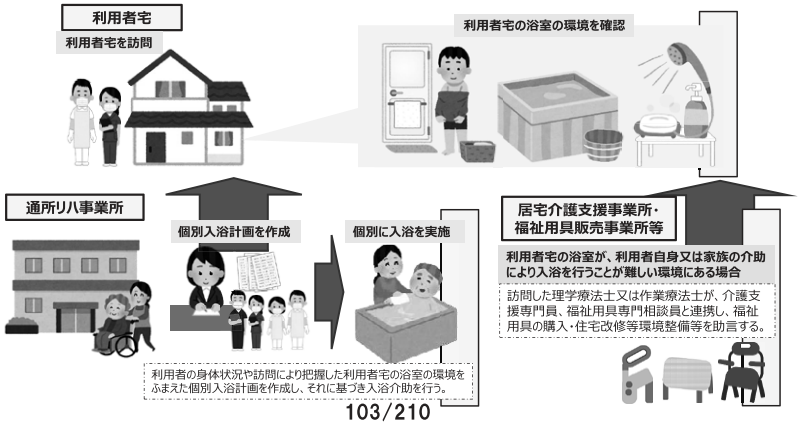
＜入浴介助加算（Ⅰ）＞(現行の入浴介助加算と同要件)
○ 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。

＜入浴介助加算（Ⅱ）＞(上記の要件に加えて)
○医師等が当該利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該利用者の居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。
○当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。
○ 上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。

102/210

通所リハビリテーション 入浴介助加算（新たな加算）のイメージ

○ 現行の入浴介助加算に加え、利用者が利用者宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、
・医師・理学療法士・作業療法士が利用者宅を訪問し、浴室の環境を確認する
※ 利用者宅の浴室が、利用者自身又は家族の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、環境整備を行う。
・通所リハビリテーション事業所において、多職種連携のもと、利用者の心身の状況や居宅訪問により把握した利用者宅の浴室の環境をふまえた個別入浴計画を作成する
・計画に基づき、個別に入浴介助を行う ことを要件とする加算を新設してはどうか。



103/210

3.（1）リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化（その5）

介護保険施設における口腔衛生の管理や栄養ケア・マネジメントの強化

■**施設系サービスについて、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理の実施を求める。**【省令改正、告示改正】（※３年の経過措置期間を設ける）

■ **施設系サービスについて、栄養マネジメント加算を廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める**（※３年の経過措置期間を設ける）。**入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。**【省令改正、告示改正】

一部R3.1.13諮問・答申済

施設系サービス

【基準】
運営基準（省令）に以下を規定する。（※3年の経過措置期間を設ける）
○**入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うこと。**（新設）
○ **入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行うこと。**（新設）
○（現行）栄養士を１以上配置→ **（改定後）栄養士又は管理栄養士を１以上配置**

【報酬】

＜現行＞			＜改定後＞
口腔衛生管理体制加算	30単位／月	→	（廃止）
栄養マネジメント加算	14単位／日	→	（廃止）
			栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位／日減算（※3年の経過措置期間を設ける）
なし		→	**栄養マネジメント強化加算 11単位／日**（新設）
低栄養リスク改善加算	300単位／月	→	（廃止）

〔算定要件〕
＜**栄養マネジメント強化加算**＞
・管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を１人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置すること
・低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、
医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週３回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
入所者が、退所する場合において、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと
・低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
・入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）

104/210

３．（１）リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化（その６）

通所介護等における口腔衛生管理や栄養ケア・マネジメントの強化

■ 通所系サービス等について、介護職員等による口腔スクリーニングの実施を新たに評価する。管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を新たに評価する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。【告示改正】

■　認知症グループホームについて、管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を行い栄養改善のための体制づくりを進めることを新たに評価する。

通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

＜現行＞
栄養スクリーニング加算　５単位／回
（※６月に１回算定可）

→

＜改定後＞
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）　20単位／回（新設）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）　5単位／回（新設）

〔算定要件〕
加算(Ⅰ)は①及び②に、加算(Ⅱ)は①又は②に適合すること。（加算(Ⅱ)は併算定の関係で加算(Ⅰ)が取得できない場合に限り取得可能）
① 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
② 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

通所系サービス、看護小規模多機能型居宅介護

＜現行＞
栄養改善加算　150単位／回
（※１月に２回を限度）

→

＜改定後＞
栄養アセスメント加算　50単位／月（新設）
栄養改善加算　200単位／回　※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える

〔算定要件〕
＜**栄養アセスメント加算**＞　※口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）及び栄養改善加算との併算定は不可
・当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置していること
・利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること
・利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）
＜**栄養改善加算**＞（**追加要件**）栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求める。

認知症グループホーム

栄養管理体制加算　30単位／月（新設）

〔算定要件〕
・管理栄養士（外部との連携含む）が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと。

３．（２）介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進（その１）

CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

■　CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
・　施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。【告示改正】
・　既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。【告示改正】
・　全ての事業者に、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。【省令改正】　R3.1.13諮問・答申済

施設系サービス（介護療養型医療施設を除く）、通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

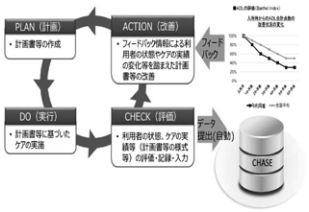
＜施設系サービス＞
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）　40単位／月（新設）
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）　60単位／月（新設）
（※加算（Ⅱ）について、服薬情報の提供を求めない特養・地密特養については、50単位／月）

＜通所系・多機能系・居住系サービス＞
科学的介護推進体制加算　40単位／月（新設）

〔算定要件〕
イ　入所者・利用者ごとの心身の状況等（加算（Ⅱ）については心身、疾病の状況等）の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
ロ　サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

【全体像】

【PDCAサイクルの推進（イメージ）】



（※　加算等による評価の有無に関わらず、すべてのサービスにおいてCHASEによるデータの利活用を求める。）
※ 令和３年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と深化を図る観点から、以下の統一した名称を用いる予定。
科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）

３.（２）① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進②

単位数（ア・イ）

ア　＜現行＞
・施設系サービス
　なし　⇒

＜改定後＞
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)　40単位／月（新設）
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)　60単位／月（新設）
（※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は50単位/月）

・通所系・居住系・多機能系サービス
　なし　⇒　科学的介護推進体制加算　40単位（新設）

イ　＜現行＞
・認知症対応型通所介護
　個別機能訓練加算　27単位／日　⇒

＜改定後＞
個別機能訓練加算（Ⅰ）　27単位／日（現行と同じ）
個別機能訓練加算（Ⅱ）　20単位／月（新設）
※（Ⅰ）・（Ⅱ）は併算定可。

算定要件等（ア・イ）

ア＜科学的介護推進体制加算＞
○　加算の対象は以下とする。

施設系サービス	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院
通所系・居住系・多機能系サービス	通所介護、通所リハビリテーション（※）、認知症対応型通所介護（※）、地域密着型通所介護、特定施設入居者生活介護（※）、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（※）、小規模多機能型居宅介護（※）、看護小規模多機能型居宅介護　※予防サービスを含む

○　以下のいずれの要件も満たすことを求める。
・入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報（科学的介護推進体制加算（Ⅱ）では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報）を、厚生労働省に提出していること。
※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設については服薬情報の提出を求めない。
・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

イ＜個別機能訓練加算(Ⅱ)（認知症対応型通所介護）＞
○個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している利用者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。

4.(1)③ サービス提供体制強化加算の見直し

概要

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護★、訪問看護★、訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

○サービス提供体制強化加算について、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを一層推進する観点から、見直しを行う。【告示改正】

単位数・算定要件等

	資格・勤続年数要件			単位数
	加算Ⅰ（新たな最上位区分）	加算Ⅱ（改正前の加算Ⅰイ相当）	加算Ⅲ（改正前の加算Ⅰロ、加算Ⅱ、加算Ⅲ相当）	
訪問入浴介護 夜間対応型訪問介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士60%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上 ②勤続7年以上の者が30%以上	（訪問入浴）（夜間訪問） Ⅰ 44単位/回 Ⅰ 22単位/回 Ⅱ 36単位/回 Ⅱ 18単位/回 Ⅲ 12単位/回 Ⅲ 6単位/回
訪問看護 療養通所介護	—	—	(イ) 勤続7年以上の者が30%以上 (ロ) 勤続3年以上の者が30%以上	（訪看・訪リハ）（療養通所） (イ)6単位/回（イ）48単位/月 (ロ)3単位/回（ロ）24単位/月
訪問リハビリテーション	—	—	(イ) 勤続7年以上の者が1人以上 (ロ) 勤続3年以上の者が1人以上	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士60%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上 ② 常勤職員60%以上 ③ 勤続7年以上の者が30%以上	Ⅰ 750単位/月 Ⅱ 640単位/月 Ⅲ 350単位/月
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②常勤職員60%以上 ③勤続7年以上の者が30%以上	Ⅰ 750単位/月 Ⅱ 640単位/月 Ⅲ 350単位/月
通所介護、通所リハビリテーション 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士40%以上 ② 勤続7年以上30%以上	（予防通リハ以外） Ⅰ 22単位/回(日) Ⅱ 18単位/回(日) Ⅲ 6単位/回(日) （予防通リハ） Ⅰ 176単位/月 Ⅱ 144単位/月 Ⅲ 48単位/月
特定施設入居者生活介護※ 地域密着型特定施設入居者生活介護※ 認知症対応型共同生活介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上 ※印のサービスは、上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	介護福祉士60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士50%以上 ② 常勤職員75%以上 ③ 勤続7年以上30%以上	
短期入所生活介護、短期入所療養介護 介護老人福祉施設※ 地域密着型介護老人福祉施設※ 介護老人保健施設、介護医療院※ 介護療養型医療施設※	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士80%以上 ②勤続10年以上介護福祉士35%以上 ※印のサービスは、上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	介護福祉士60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士50%以上 ② 常勤職員75%以上 ③ 勤続7年以上30%以上	

（注1）表中、複数の単位が設定されているものについては、いずれか1つのみを算定することができる。
（注2）介護福祉士に係る要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年（一部3年）以上勤続職員の割合」である。

サービス提供体制強化加算の見直し（イメージ）

	資格・勤続年数要件			サービスの質の向上に資する取組	研修実施会議開催	健康診断実施	定員超過人員欠如減算適用無し
	Ⅰ（新たな最上位区分）	Ⅱ（現行の加算Ⅰイ相当）	Ⅲ（現行の加算Ⅰロ、加算Ⅱ、加算Ⅲ相当）				
訪問入浴介護	介護福祉士60%以上又は勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者が60%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者が50%以上 ロ 勤続7年以上30%以上		○	○	
訪問看護	—	—	イ 勤続7年以上30%以上 ロ 勤続3年以上30%以上		○	○	
訪問リハ	—	—	イ 勤続7年以上1人以上 ロ 勤続3年以上1人以上				
定期巡回	介護福祉士60%以上又は勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者が60%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者が50%以上 ロ 常勤職員60%以上 ハ 勤続7年以上30%以上		○	○	
夜間訪問	介護福祉士60%以上又は勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者が60%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者が50%以上 ロ 勤続7年以上30%以上		○	○	
小多機 看多機	介護福祉士70%以上又は勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士40%以上 ロ 常勤職員60%以上 ハ 勤続7年以上30%以上		○		○
通所介護、通リハ 認デイ	介護福祉士70%以上又は勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士40%以上 ロ 勤続7年以上30%以上				○
特定施設 認知症GH	介護福祉士70%以上又は勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士60%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士50%以上 ロ 常勤職員75%以上 ハ 勤続7年以上30%以上	※ 特定 （Ⅰのみ）			○
短期入所、特養、 老健、療養型 医療院	介護福祉士80%以上又は勤続10年以上介護福祉士35%以上	介護福祉士60%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士50%以上 ロ 常勤職員75%以上 ハ 勤続7年以上30%以上	※ （Ⅰのみ）			○

処遇改善加算で求められる項目と同趣旨の要件等は廃止を検討

5.(1)⑤ 事業所医師が診療しない場合の減算（未実施減算）の強化

概要 【訪問リハビリテーション★】

○訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成にあたって事業所医師が診療せずに「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療等した場合に適正化（減算）した単位数で評価を行う診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から、以下の見直しを行う。【告示、通知改正】
- 事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和３年３月31日までとされている適用猶予措置期間を３年間延長する。
- 未実施減算の単位数の見直しを行う。

単位数

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

＜現行＞		＜改定後＞
20単位／回減算	⇒	50単位／回減算

算定要件等

○事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として以下を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとされているが、要件にある「適切な研修の修了等」について、適用猶予措置期間を令和６年３月31日まで延長。
- 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること
- 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
- 当該情報の提供を受けた指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。

２．（３）医療と介護の連携の推進（その３）

長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

■介護医療院について、長期療養・生活施設の機能の充実の観点から、長期入院患者の受入れ・サービス提供を新たに評価する。【告示改正】

介護医療院

長期療養生活移行加算　60単位/日（新設）※入所した日から90日間に限り算定可能

〔算定要件〕
- 入所者が療養病床に１年間以上入院していた患者であること。
- 入所にあたり、入所者及び家族等に生活施設としての取組について説明を行うこと。
- 入所者及び家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。

介護療養型医療施設の円滑な移行

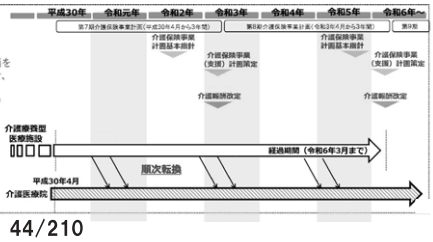
■介護療養型医療施設について、令和５年度末の廃止期限までの円滑な移行等に向けて、より早期の意思決定を促す観点から、事業者に、一定期間ごとに移行等に係る検討の状況について指定権者に報告を求め、期限までに報告されない場合には、次の期限までの間、基本報酬を減算する。【告示改正】

介護療養型医療施設

移行計画未提出減算　10%/日減算（新設）

〔算定要件〕
- 厚生労働省が示す様式を用いて、令和６年４月１日までの移行計画を半年ごとに許可権者に提出することを求める。これを満たさない場合、基本報酬から所定単位数を減算。
（※）最初の提出期限は令和３年９月３０日とし、以後、半年後を次の提出期限とする。
（※）減算期間は、次の提出期限までとする。

＜介護療養型医療施設等に関するスケジュール＞



2.（6）② 逓減制の見直し

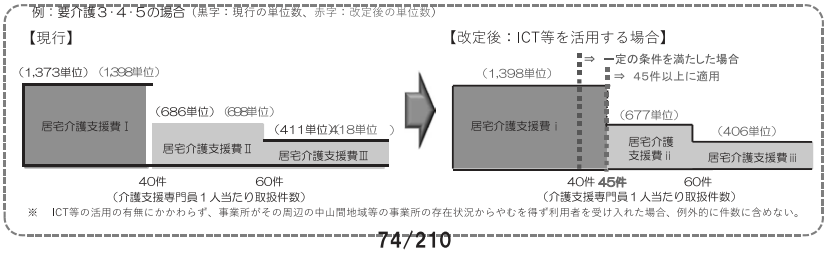
概要　【居宅介護支援】

○適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、介護支援専門員１人当たりの取扱件数が40件以上の場合40件目から、60件以上の場合60件目からそれぞれ評価が低くなる（40件未満は居宅介護支援費（Ⅰ）、40件以上60件未満の部分は同（Ⅱ）、60件以上の場合は同（Ⅲ）が適用される）逓減制において、一定のICT（AIを含む）の活用又は事務職員の配置を行っている事業者については、逓減制の適用（居宅介護支援費（Ⅱ）の適用）を45件以上の部分からとする見直しを行う。その際、この取扱いを行う場合の逓減率（居宅介護支援（Ⅱ）及び（Ⅲ）の単位数）について、メリハリをつけた設定とする見直しを行う。【告示改正】

※特定事業所加算における「介護支援専門員１人当たりの受け入れ可能な利用者数」について、この取扱いを踏まえた見直しを行う。（２（６）①参照）

○逓減制における介護支援専門員１人当たりの取扱件数の計算に当たり、現在、事業所が自然災害や感染症等による突発的な対応で利用者を受け入れた場合は、例外的に件数に含めないこととしているが、地域の実情を踏まえ、事業所がその周辺の中山間地域等の事業所の存在状況からやむを得ず利用者を受け入れた場合についても例外的に件数に含めない見直しを行う。【告示改正】

例：要介護３・４・５の場合（黒字：現行の単位数、赤字：改定後の単位数）



※　ICT等の活用の有無にかかわらず、事業所がその周辺の中山間地域等の事業所の存在状況からやむを得ず利用者を受け入れた場合、例外的に件数に含めない。

２．（６）ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保（その２）

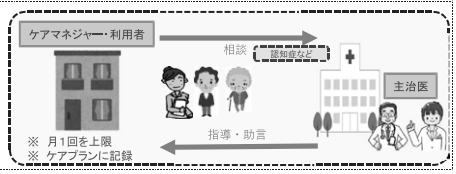
医療機関との情報連携強化

■利用者が医療機関で診察を受ける際に同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを新たに評価する。【告示改正】

居宅介護支援

通院時情報連携加算　50単位/月（新設）
※利用者１人につき、１月に１回の算定を限度とする。

〔算定要件〕
- 利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合。

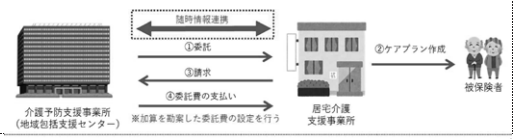


介護予防支援の充実

■介護予防支援について、地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業者との情報連携等を新たに評価する。【告示改正】

介護予防支援

委託連携加算　300単位/月（新設）
※利用者１人につき指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定。



別紙様式1

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

令和　　年　　月　　日

情報提供先事業所
担当　　殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX番号
医師氏名

基本情報

利用者氏名	（ふりがな） 明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）	男・女	〒　　－ 連絡先　　（　　）

利用者の病状、経過等

（1）診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日	
1.	発症年月日　（昭和・平成・令和　　年　　月　　日頃）
2.	発症年月日　（昭和・平成・令和　　年　　月　　日頃）
3.	発症年月日　（昭和・平成・令和　　年　　月　　日頃）
（2）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕	
（3）日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

（1）現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針 □尿失禁 □転倒・骨折　□移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下　□閉じこもり　□意欲低下　□徘徊 □低栄養 □摂食・嚥下機能低下　□脱水 □易感染性　□がん等による疼痛　□その他（　　） →　対処方針　（　　）
（2）サービス利用による生活機能の維持･改善の見通し □期待できる　□期待できない　□不明
（3）サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。） □訪問診療　□訪問看護　□訪問歯科診療　□訪問薬剤管理指導 □訪問リハビリテーション　□短期入所療養介護　□訪問歯科衛生指導　□訪問栄養食事指導 □通所リハビリテーション　□その他の医療系サービス（　　）
（4）サービス提供時における医学的観点からの留意事項 ・血圧 □特になし □あり（　　）・移動 □特になし □あり（　　） ・摂食 □特になし □あり（　　）・運動 □特になし □あり（　　） ・嚥下 □特になし □あり（　　）・その他（　　）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

（1）利用者の日常生活上の留意事項
（2）社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 □特になし □あり （　　） →　必要な支援（　　）
（2）特記事項

介護報酬にかかる「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について

厚生労働省では，平成28年度より通所･訪問リハビリテーションデータ収集システム（VISIT），令和２年５月より高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム（CHASE）を運用しており，令和３年４月１日からは，これらの一体的な運用を開始するとともに，科学的介護の理解と浸透を図る観点から，名称を「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence；LIFE ライフ）（以下，「LIFE」という）」とされました。

また，令和３年度介護報酬改定において，科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし，LIFE を用いた厚生労働省へのデータ提出とフィードバックの活用による，PDCA サイクル・ケアの質の向上を図る取組みが推進されることになり，介護報酬上の評価として，科学的介護推進加算を始めとし，LIFE の活用等が要件に含まれる加算が設けられました。

今般，厚生労働省より，LIFE の活用等が算定要件に含まれる加算の算定に必要な対応等が示されましたので抜粋してお知らせします。全文は府医ホームページ「介護保険情報」のページをご参照ください。

１．LIFE の活用等が算定要件に含まれる加算について

令和３年度介護報酬改定において，科学的介護推進加算を始めとし，LIFE の活用等が要件に含まれる加算が設けられます（次ページ参照）。詳細な要件等については，別に発出された通知・事務連絡等をご確認ください。

２．加算の算定に必要な対応等について

１の加算を算定するためには，LIFE へのデータ提出とフィードバック機能の活用による PDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることが求められます。介護事業所等においては，具体的には，LIFE への①利用申請手続き，②データ入力およびフィードバック機能の利用が必要です。

①利用申請手続きについて

LIFE は web システムであるため，インターネットに接続できる環境が必要です。また，利用するためには，以下の web サイトから利用申請を行い，ID・パスワードの発行を受けることが必要です。

利用申請後，事業所にパスワード等が記載された圧着はがきが，簡易書留で送付されます。時期については，通常，毎月25日までに利用申請があったものについて，翌月の上旬にはがきが発送されます。

また，令和３年３月までに CHASE または VISIT のいずれかを利用している場合は，ご利用の ID・パスワードを４月以降，引続き利用することができます。なお，CHASE および VISIT の両方を利用している場合は，４月以降，CHASE の ID・パスワードを引き続き利用することができます（VISIT の ID･パスワードについては，CHASE の ID･パスワードに統一されます。）。両システムのデータ等は LIFE に引き継がれます。

○ CHASE（LIFE）の利用申請の URL（https：//chase.mhlw.go.jp）
※令和３年４月以降は，以下の URL に切り替わる予定です。
https://life.mhlw.go.jp

○ CHASE の操作マニュアル等の web サイト（https：//chase.mhlw.go.jp/help）
※令和３年４月以降は，以下の URL に切り替わる予定です。
https://life.mhlw.go.jp/manual.html

その他，データ提出の方法など詳細は本文をご参照ください。
また，LIFE の機能全般利用申請に関するご質問は，下記の E-mail 宛にお問い合わせください。

【ヘルプデスク 連絡先】
E-mail：chase@toshiba-sol.co.jp

LIFEの活用等が要件として含まれる加算一覧（施設・サービス別）　別添1

	科学的介護推進加算（Ⅰ）科学的介護推進加算（Ⅱ）	個別機能訓練加算（Ⅱ）	ADL維持等加算（Ⅰ）ADL維持等加算（Ⅱ）	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	褥瘡対策指導管理（Ⅱ）	排せつ支援加算（Ⅰ）排せつ支援加算（Ⅱ）排せつ支援加算（Ⅲ）	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	口腔衛生管理加算（Ⅱ）
介護老人福祉施設	○	○	○			○		○	○			○	○
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	○	○			○		○	○			○	○
介護老人保健施設	○			○		○		○	○	○		○	○
介護医療院	○				○		○	○	○		○	○	○

	科学的介護推進加算	個別機能訓練加算（Ⅱ）	ADL維持等加算（Ⅰ）ADL維持等加算（Ⅱ）	リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	排せつ支援加算（Ⅰ）排せつ支援加算（Ⅱ）排せつ支援加算（Ⅲ）	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算（Ⅱ）
通所介護	○	○	○				○	○
地域密着型通所介護	○	○	○				○	○
認知症対応型通所介護（予防含む）	○	○	○（予防を除く）				○	○
特定施設入居者生活介護（予防含む）	○	○	○（予防を除く）					
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	○	○					
認知症対応型共同生活介護（予防を含む）	○							
小規模多機能型居宅介護（予防含む）	○							
看護小規模多機能型居宅介護	○				○	○	○	○
通所リハビリテーション（予防含む）	○			○（予防を除く）			○	○
訪問リハビリテーション				○（予防を除く）				

介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修について

感染症や自然災害が発生した場合であっても，介護サービスが安定的・継続的に提供されることが重要であることから，介護施設･事業所における業務継続計画（BCP）の作成を支援するため，「介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等について」（令和 2 年 12 月 14 日付厚生労働省老健局高齢者支援課長ほか連名通知）において，BCP 作成に向けたポイント等をまとめた，介護施設･事業所における業務継続ガイドライン等が示されているところです。

今般，厚労省が，業務継続ガイドライン等を活用し，BCP の作成や見直しに資するよう，研修動画を作成し，公開しましたのでお知らせします。

記

1．研修概要

○目的：介護施設・事業所が，新型コロナウイルス感染症及び自然災害発生時における BCP の重要性や作成のポイントを理解すること。

○対象：施設長，管理者，災害対策や感染症対策を担当する者

○プログラム構成

① BCP とは【新型コロナウイルス感染症編】　②共通事項　③入所系　④通所系
⑤訪問系【自然災害編】　⑥共通事項（概要編）　⑦共通事項　⑧通所サービス固有事項
⑨訪問サービス固有事項　⑩居宅介護支援サービス固有事項

2．利用方法以下のサイトよりアクセスしてください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00002.html

QR コード

3．その他

上記研修サイト内において，研修を受講した方へ向けたアンケートを実施しておりますので，今後の研修の充実等のために，是非ご協力ください。

アンケート実施期間：令和 3 年 3 月 15 日まで

退院患者の介護施設における適切な受入等について（一部改正）

退院患者の介護施設における適切な受入等については，「退院患者の介護施設における適切な受入等について」(令和2年12月25日付厚生労働省健康局結核感染症課ほか連名事務連絡)(以下,「受入事務連絡」という）において,退院基準,人員基準等の柔軟な取り扱い等について示されています。

今般，新型コロナウイルス感染症患者の退院基準について，本年2月18日の第24回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードにおける議論等を踏まえ，「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)」の改正があり，有症状者のうち，人工呼吸器等による治療を行った患者の取り扱いが変わりましたので，下記のとおりお知らせします。

記

1．感染者等の退院患者の施設での受入について

○ 新型コロナウイルス感染症患者の退院に関する基準については，現時点で得られている国内外の知見に基づき，以下のとおりとされている。

【有症状者の場合】

（1）人工呼吸器等による治療を行わなかった場合

次の①又は②に該当する場合

①発症日から10日間経過し，かつ，症状軽快後72時間経過した場合

②発症日から10日間経過以前に症状軽快した場合に，症状軽快後24時間経過した後に核酸増幅法又は抗原定量検査（以下「核酸増幅法等」という。）の検査を行い，陰性が確認され，その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い，陰性が確認された場合

（2）人工呼吸器等による治療を行った場合

以下の③又は④に該当する場合

③発症日から15日間経過し，かつ，症状軽快後72時間経過した場合

④発症日から20日間経過以前に症状軽快した場合に，症状軽快後24時間経過した後に核酸増幅法等の検査を行い，陰性が確認され，その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い，陰性が確認された場合

※ただし，③の場合は，発症日から20日間経過するまでは退院後も適切な感染予防策を講じるものとする。

【無症状病原体保有者の場合】

以下の⑤又は⑥に該当する場合

⑤発症日から10日間経過した場合

⑥発症日から6日間経過した後に核酸増幅法等の検査を行い，陰性が確認され，その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い，陰性が確認された場合

（「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３年２月 25 日健感発 0225 第１号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）参照。なお，変異株等の患者の退院基準は「新型コロナウイルス変異株流行国・地域に滞在歴がある入国者の方々の健康フォローアップ及び SARS-CoV-2 陽性と判定された方の情報及び検体送付の徹底について」（令和２年 12 月 23 日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡。令和３年２月４日最終改正。）等を別途参照。）

○　上記の有症状者の①及び③の場合並びに無症状病原体保有者の⑤の場合については，検査は不要とされている。国内外の知見によると，人工呼吸器等による治療を必要としなかった患者については，発熱等の症状が出てから７日～ 10 日程度経つと，新型コロナウイルス感染者の感染性は急激に低下し，PCR 検査で検出される場合でも感染性は極めて低いことがわかっており（これらの症例のうち，症状消失後も PCR 検査で陽性になる例や，退院後に再度陽性となった症例からの二次感染を認める報告は現時点で認められていない。），発症日から 10 日間経過し，かつ，症状軽快後 72 時間経過した場合には検査結果によらず退院可能であり，退院に当たって検査の実施は必要ないとされている。（「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及び無症状病原体保有者の退院の取扱いに関する質疑応答集（Q＆A）の一部改正について」（令和３年２月 25 日付厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）

（参考）　発症からの感染可能期間と再陽性症例における感染性・二次感染リスクに関するエビデンスのまとめ（令和３年２月 18 日国立感染症研究所感染症疫学センター）
https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2484-idsc/10174-covid19-37.html

○　人工呼吸器または体外式心肺補助（ECMO）による治療を行った患者の一部では，発症後 15 日程度まで感染性を有する可能性があるとされているため，これらの患者の退院基準は「発症日から 15 日間経過し，かつ，症状軽快後 72 時間経過した場合」等とされている。（この場合，発症日から 20 日間経過するまでは退院後も適切な感染予防策を講じる。）

（参考）　上記の有症状者の③の場合に係る「適切な感染予防策」については，下記とされている。（「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及び無症状病原体保有者の退院の取扱いに関する質疑応答集（Q＆A）の一部改正について」（令和３年２月 25 日付厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）

問19　人工呼吸器等による治療を行った患者における発症日からの日数等による退院基準について，「発症日から 20 日経過するまでは退院後も適切な感染予防策を講じるものとする。」としていますが，この「適切な感染予防策」とは何を指しますか。

（答）　人工呼吸器等による治療を行った患者についても，大多数の場合は，発症日から 15 日間経過し，かつ，症状軽快後 72 時間経過した時点で感染性を有しないと考えられますが，こうした患者の一部で発症日から 20 日間まで感染性を有する場合があることを示唆する報告もあるため，退院基準を満たして退院した後も，発症日から 20 日間経過するまでは，念のため以下の感染予防策を講じてください。

・自宅退院の場合は，生活上必要な外出を除き不要不急の外出は控え，同居の方

がいる場合は,「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る自宅療養の実施に関する留意事項（第５版)」（令和３年２月12日改訂）別添２内の「４．療養中の注意事項について（感染拡大防止のために)」に記載の注意事項の遵守に努めること。

・退院後他の医療機関へ入院または高齢者施設に入所する場合は，個室の使用を原則とした上で，標準予防策に加え接触予防策及び飛沫予防策，目の防護具の使用等を行い，さらに抜管等エアロゾルが発生する可能性のある手技を実施する場合はN95マスクの使用等の対策を行うこと。

・医療機関を受診する場合には，原則として入院していた医療機関又は新型コロナウイルス感染症の診療・検査医療機関を受診すること。

○ 上記の退院基準については,新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令(令和２年政令第11号）第３条において準用する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）第22条の「病原体を保有していないことが確認されたときは，当該入院している患者を退院させなければならない」ことに関する基準であり，上記事務連絡でもお示ししたとおり，これらを満たした場合は，感染性が極めて低いため，退院可能としているものである。

○ 以上のとおり，検査が実施されなくとも退院基準を満たす場合があり，そのような場合を含め，退院基準を満たす場合には，介護施設において適切な受け入れを行うこと。

○ 「高齢者施設における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応等について」（令和２年６月30日付厚生労働省健康局結核感染症課ほか連名事務連絡）５において示しているとおり，施設系及び居住系サービス事業所において，本退院基準を満たし退院をした者について，新型コロナウイルス感染症の疑いがあるとして入所を断ることは，受入を拒否する正当な理由には該当しないこと。当該退院者の病状等その他の理由により適切なサービスを提供することが困難な場合は，個別に調整を行うこと。

○ ただし，人工呼吸器等による治療を行った患者については，上記のとおり「発症日から20日経過するまでは退院後も適切な感染予防策を講じる」とされており，退院基準を満たした場合であって，発症日から20日経過するまでの間は，新型コロナウイルス感染症の疑いがあるとして入所を断ることは，受入を拒否する正当な理由には該当しないが，個室がない場合等は，適切なサービスを提供することが困難な場合と考えられるため，個別に調整を行うこと。

○ なお，新型コロナウイルス感染症に感染していない患者が退院した場合に，施設系及び居住系サービス事業所において，新型コロナウイルス感染症の疑いがあるという理由で入所を断ることも，受入を拒否する正当な理由には該当しないこと。当該退院者の病状等その他の理由により適切なサービスを提供することが困難な場合は，個別に調整を行うこと。

２．人員基準等の柔軟な取扱いについて

○ 感染拡大に伴う入院患者増加に対応するため，感染流行時に自治体の要請等に基づき，新型コロナウイルス感染症患者受け入れ医療機関（受け入れ予定の医療機関を含む）から退院患者を受け入れた場合は，定員超過減算を適用しないこと。(「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（第17報)」（令和２年12月25日付

厚生労働省高齢者支援課ほか連名事務連絡））

○ また，指定等基準，基本サービス費及び加算に係る施設基準については，当面の間，当該入所者を除いて算出することができる等柔軟な取扱いを可能とすること。（「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（第17報）」（令和２年12月25日付厚生労働省高齢者支援課ほか連名事務連絡））

３．要介護認定の取扱いについて

○ 要介護認定の新規申請の取扱いについては，「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の取扱いについて」（令和２年４月27日付厚生労働省老健局老人保健課連名事務連絡）１において示しているところであるが，要介護認定申請中であっても，必要に応じ暫定ケアプランの活用が可能であり，認定結果が出る前に，介護サービスの利用が可能であること。

４．介護報酬上の特例的な評価について

○ 介護保険施設において，医療機関から，新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした患者（当該介護保険施設から入院した者を除く。）を受け入れた場合には，当該者について，退所前連携加算（500単位）を入所した日から起算して30日を限度として算定することが可能であること。（「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（第18報）」（令和３年２月16日付厚生労働省高齢者支援課ほか連名事務連絡））

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りますので代理店にご連絡ください。

※各タイプの補償内容はパンフレットをご覧ください。

※ご加入者数により，保険料の引き上げ等の変更をさせていただくことがありますので，予めご了承ください。

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

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

【契　約　者】　一般社団法人 京都府医師会

【取扱代理店】　東京海上日動代理店　有限会社 ケーエムエー（京都府医師会出資会社）

〒604－8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町６　京都府医師会館内

TEL 075－354－6117　　FAX 075－354－6497

【引受保険会社】　東京海上日動火災保険株式会社　担当課：京都支店営業課

〒600－8570　京都市下京区四条富小路角

2021年３月１日作成 20-TC09948

京都医報 No.2194

発行日　令和３年４月１日

発行所　京都医報社

〒604-8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町６

TEL 075-354-6101

E-mail　kma26@kyoto.med.or.jp

ホームページ　https://www.kyoto.med.or.jp

発行人　松井　道宣

編集人　飯田　明男

印刷所　株式会社ティ・プラス

発行所　京都医報社

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

発行人　松井道宣　　編集人　飯田明男