医京報都

No.2219
令和４年４月15日

4.15
2022
April

毎月２回（１日・15日）発行　購読料・年6,000円

KYOTO

府医第 207 回臨時代議員会

令和４年４月診療報酬改定に関する「Q & A」（その１）

京都医報

目　次

2　府医第 207 回臨時代議員会

10　地区医師会との懇談会「宇治久世」

11　地区医師会との懇談会「東山」

13　地区医師会との懇談会「亀岡市・船井」

15　地区医師会との懇談会「京都市西陣」

17　地区医師会との懇談会「下京東部」

18　地区医師会との懇談会「綾部」

20　地区医師会との懇談会「中京東部」

22　地区医師会との懇談会「西京」

24　日医医賠責特約保険

27　医療事故調査制度『相談窓口』のお知らせ

28　京都医学会雑誌 69 巻 2 号　原稿募集中

30　TOPICS　京都府医師会看護専門学校

32　おしらせ

・第 34 期支部長・副支部長の選任ならびに組合会議員の選出について（公示）

・2021 年度　日医生涯教育一括申告について

35　京都医学史研究会　医学史コーナー

36　集いの部屋　・医師テニス

39　会員消息

40　理事会だより

KYOTO

付　録

保険だより

1　「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（抜粋）
12　「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について（抜粋）
12　医療用医薬品の供給不足解消に向けた製薬団体の取組みについて
13　公知申請に係る事前評価が終了した医薬品の保険上の取り扱いについて
17　キイトルーダ点滴静注に係る最適使用推進ガイドラインの策定にともなう留意事項の一部改正について
18　新型コロナウイルス検査等に係るＱ＆Ａについて
18　「療養費の支給対象となる既製品の治療用装具について」の一部改正について　４月１日から
19　指定難病・小児慢性特定疾病データベースの更改内容に関する情報提供について
21　小児慢性特定疾病指定医の指定等の一部改正について
22　オンライン資格確認等システムにおける「緊急時医療情報・資格確認機能」のアクティブ化について
23　診療報酬点数早見表　2022 年（令和４年）４月改定版　訂正
24　被保険者証の無効通知について
24　被爆者健康手帳の無効通知について

保険医療部通信

1　令和４年４月診療報酬改定について
令和４年４月診療報酬改定に関する「Ｑ＆Ａ」（その１）
105　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
3　妊婦健康診査の公費負担単価の改定について
5　京都府医師会・京都府立医科大学附属病院・京都大学医学部附属病院共催
「京都地域医療連携の会―緩和ケアの現状と展望―」開催のご案内

京都市（乙訓２市１町）病院群輪番編成表

介護保険ニュース

1　「介護職員処遇改善支援補助金に関するＱ＆Ａ（Vol. 3）（令和４年３月 23 日）」について
4　令和４年度介護報酬改定（介護職員の処遇改善）に関する諮問等について
5　介護従事者である濃厚接触者に対する外出自粛要請への対応について
6　「要介護認定等の実施について」の一部改正について

府医第 207 回臨時代議員会

府医では，３月 19 日(土)，標記代議員会を新型コロナウイルス感染拡大によるまん延防止等重点措置適用下であることを鑑み，Web 会議の形式で開催した。議案の決議は書面による議決権行使をもって行うこととし，代議員 110 名のうち 93 名より議決権行使書の提出があった。当日は Web 会議システムによる配信を行い，代議員 48 名の参加を得た。

松井府医会長の挨拶に続き，「令和３年度庶務および事業中間報告」，「令和４年度京都府医師会事業計画」，「令和４年度京都府医師会予算」が報告され，その後地区からの代表質問ならびにその答弁が行われた。

続いて議事に移り，第１号議案「令和３年度京都府医師会費の賦課徴収および減免に関する件」は，事前に議決権行使書による採決が実施され，賛成多数で可決したことが報告された。

日医代議員・予備代議員選挙は，「日本医師会定款第 16 条」ならびに「一般社団法人京都府医師会における日本医師会代議員・日本医師会予備代議員選挙規定」に基づいて行われた。府医からの代議員・予備代議員の定数は各７名であるが，本選挙規定第７条により府医会長は無投票当選で日医代議員とすることが定められていることから，代議員６名，予備代議員７名について立候補を求めたことを報告。締切日に候補者が定数を超えなかったため，「本選挙規定第 14 条」により投票を行わず，日医代議員に内田府医理事，北川府医副会長，濱島府医副会長，谷口府医副会長，小野府医副会長，西村代議員会議長の６名が，日医予備代議員に角水府医理事，小柳津府医理事，松田府医理事，禹府医理事，畑府医理事，上田府医理事，武田府医理事の７名がそれぞれ当選した(記載は届出順)。

続く協議では，今期の診療報酬改定において，経済財政諮問会議や規制改革推進会議等の外部の会議体からの要求に応じて経済効率のみを優先し，中医協で十分な議論が行われないまま初診か

内田 府医理事

畑 府医理事

らのオンライン診療やリフィル処方箋が導入決定されたことを受けて，政府に対し，「公的保険医療には，エビデンスに基づいた有効性と安全性を第一に議論・導入すべきであり，厚生労働省内での医学的審議内容を最優先すべきである」ことを求める決議が採択された（決議文は別掲）。

松井府医会長　挨拶

松井 府医会長

新型コロナウイルス感染症の第６波もようやく減少傾向に入り，延長されていた「まん延防止等重点措置」も３月21日で終了する見通しであるが，感染者数が直近の７日間平均で1,000人を超える現在の状況で同措置が解除されることにより，感染の再拡大が懸念されるとともに，オミクロン株の新たな変異種BA.2も報告されており，ウイルスが変異を続けながら市中に存在することから，終息までには引続き警戒が必要であるとの見方を示した。

診療・検査医療機関，宿泊療養者および自宅療養者の健康観察，ワクチン接種に対する協力に謝意を述べた上で，今，我々がすべきことは，引続き感染症対応の医療体制を維持しつつ，できるだけ早くに３回目のワクチン接種を特に高齢者ならびに基礎疾患を有する人に完了することであるとして，引続きの協力を依頼した。

2022年度の診療報酬改定では，本体の改定率が0.43%になったことと併せて，２月９日の中医協からの答申を受けて明らかになったその内容について触れ，今回新たに追加された不妊治療の保険適応は，2020年12月に全世代型社会保障検討会議がとりまとめた「全世代型社会保障改革の方針」に盛り込まれた施策が菅前内閣において閣議決定され，今回の診療報酬改定で実現したものであると説明。同じく，岸田内閣で取組んでいる看護・介護・保育における処遇改善の一環として看護職員の処遇改善の方針が示されるとともに，感染症対策の継続に加え，リフィル処方箋の導入や初診解禁を含めたオンライン診療の利用促進が盛り込まれたことを報告した。

不妊治療，看護師の処遇改善にはそれぞれ診療報酬の0.2%相当の財源が必要とされており，仮にその埋め合わせのために患者の利便性や負担減を理由としてリフィル処方箋やオンライン診療の促進が進められているのであれば，必要な医療とその財源の確保について，本当に国民の健康を守るという目的のために検討されているのかと疑問を呈し，会員各位には改めて，利便性や負担減ということに流されることなく，リフィル処方箋の発行やオンライン診療の実施に際しては，本当に当該患者にとって最良の診療方法なのか，また，安全性の確保に十分留意した上で実施していただくよう呼びかけた。

今回の改定は新型コロナウイルス感染拡大下という特殊な状況で行われたが，団塊の世代が75歳を超える2025年が目前に迫る中で，人口減少，少子高齢化とそれによる疾病構造の変化に応じた医療体制とその裏付けになる財源の確保という医療制度の抜本的見直しが必要であると指摘した。

さらに，この間，議論が止まっていた地域医療構想については，目標年である2025年まであと３年となる中，新型コロナウイルス感染症を経験し，地域医療における医療機関の役割分担と連携推進の必要性を実感したと述べた上で，既存病床の削減という視点ではなく，それぞれの医療圏で必要な医療機能とその量，つまり病床数を含む医療資源をどうするか，高度医療とそれを支えるための役割分担と連携をどう進めるかの議論を早急に再開すべきとの考えを示し，中でも，かかりつけ医の役割は大きく，その一層の機能強化を取組むべき課題の一つに挙げた。

大病院志向を改め，かかりつけ医に高度医療へのゲートキーパーの役割をさせようという国の方針は言うまでもなく医療費の削減が目的であると指摘。単なるゲートキーパーではなく，「健康に関することを何でも相談でき，必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる

かかりつけ医」として，必要な人が必要な医療を受けられるよう役割を果たすことこそが国民の期待するところであるとの考えを示し，医療を取り巻く環境がどのように変化しようとも，医師としての矜持を忘れず，患者の利益を最優先して地域住民の健康維持・増進に努めることを改めて確認した。

最後に，府医は今後も「必要な人が必要な医療を受けることのできる」医療体制を維持することを目的に，会内において広く先生方と協議を行い，提言に繋げていくとした上で，それを実現するための原動力は医政活動であり，その重要性について改めて理解と協力を求め，挨拶を締めくくった。

代　表　質　問

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

◆中野 昌彦 代議員（下京西部）

〔「京都府医師会の組織率」，「精神疾患に対する救急応需体制」について〕

中野 代議員

①国民に良質な医療を提供するために，日本で医療に従事するすべての医師が医師会に加入することが理想であるが，府医の組織率は全国平均および他の都道府県と比較してどのような状況か。

◇北川府医副会長

北川 府医副会長

日医の医師会組織強化検討委員会が令和３年９月に公表した令和２年度の都道府県別医師会入会率のデータにおいて，三師統計を基にした京都府の医師総数は 8,847 名，うち府医会員数は 4,396 名で，組織率は 49.6％となっており，全国平均（58.2％）より低い状況であることを紹介した。

また，日医への入会率は 36.2％で全国平均（52.9％）を下回り，地区医への入会率は 62.2％で全国平均（62.7％）と同程度であるとともに，勤務医，研修医の組織率では，日医のデータと府医会員の実態には若干の差異があるものの，京都府の勤務医の総数が三師統計で 6,912 名，うち府医会員数は 2,006 名で組織率は 29.0％となっており，全国平均（41％）を大幅に下回っていることを報告した。

府医では以前より，医師の８割弱を占める勤務医の入会率が低いことが組織率の低さの要因となっている状況が続いており，大きな課題として捉えているとの認識を示した上で，近年は関連委員会にご参画の先生方のご尽力や担当役員の努力等により，勤務医の先生方に府医についての理解を得ることや，各事業への参加・協力，子育てサポートセンター等の勤務医をサポートする事業等，多様な取組みを展開したことで，府医Ｂ会員（勤務医）の会員数が十年前に比べると 200 名以上増加していることから，引続き現在の方針・方向性で着実に対策を進めていくと回答した。

さらに，府医では，新研修医総会オリエンテーション，屋根瓦塾，研修医ワークショップなど研修医向け事業の充実を図ると同時に，平成 28 年に初期研修医の会費を無料化し，研修終了後の継続加入を促すために医籍登録 10 年以内のＢ１会員の会費減額を実施した結果，平成 23 年度には６名であった研修医の入会が，近年では毎年 60 ～ 100 名程度に増加し，先の日医報告書においても，平成 30 年度と令和元年度のマッチング数の合計が 503 名，このうち府医会員となっている研修医は 207 名で組織率は 41.1％となり，全国平均

（35.6％）を上回っていると説明した。令和４年度には，研修医向けの新規事業も企画しており，今後も継続的に若手医師，研修医に開かれた取組みを実施し，長期的な視点で入会数の増加につなげていく考えを示し，今後も地区医の協力が不可欠であるとして一層の理解と支援を依頼した。

②多くの救急告示病院が精神科救急への対応に苦慮している現状から，京都（特に京都市内）の精神科病院の救急応需体制の状況と，身体疾患・精神疾患の合併症例が一般の救急告示病院に搬入された後，オンライン等で精神科医のアドバイスが得られるような体制を構築できないか。

◇谷口府医副会長

谷口 府医副会長

京都府・京都市における精神科救急の現状と概要について，まず，京都府における精神科救急医療圏は，京丹波町以北を「北部」，南丹市以南を「南部」として分けた２つの医療圏で構成されており，それぞれにおいて適宜，医療・行政・消防・警察等の関係機関によって構成される「精神科救急医療システム連絡調整会議」が開催され，課題の共有と対応について検討されていることを説明した。

精神科救急については，平日・日中の相談を保健所・保健福祉センターが，夜間・休日の相談については一般社団法人京都精神保健福祉協会が運営する「精神科救急情報センター」が対応しており，相談内容によって，保健所・保健福祉センターと精神科救急情報センターによる情報共有が行われることと併せて，夜間・休日の患者受入については，北部は舞鶴医療センター，南部は府立洛南病院を基幹病院として，北部・南部それぞれで複数の精神科病院による輪番制が組まれていることを紹介した。

精神病床を有する総合病院の入院患者を対象とした厚生労働科学研究において，身体疾患，精神疾患ともに入院治療を要する患者が発生する割合は人口 10 万対年間 25 件と推計されており，京都府では当該患者について，大学病院等，精神科と内科・外科等の診療科とを併せ持つ病院での受入れを推進し，特に大学病院については，がん・白血病等の高度かつ専門的な医療が必要な身体疾患を合併する精神疾患患者の受入れが進められていることを報告した。

また，山城北，山城南を含めた山城圏域において展開されている身体合併症対策，自殺未遂者対策として，一般科病院と精神科病院とが連携し，必要に応じて電話相談や転院調整，事例検討会等を実施する「精神科救急医療連携強化事業」について触れ，同事業は京都府が宇治おうばく病院に委託し，府立洛南病院を協力病院として，二次・三次の一般科救急病院からの支援依頼に応じて，宇治おうばく病院の精神科医による電話相談や対診等が行われており，令和２年度の夜間・休日における実績は電話相談が 21 件，対診が２件であったことを報告。この連携強化事業により，一般科救急医と精神科医との溝も狭まり，平日・日中においてもスムースな相談や，一般科と精神科の間での転院が行われるようになっていると説明するとともに，他の地域においても，京都府としての事業ではないものの，精神科病院・一般科病院の連絡会を通じて問題解決が図られていることを紹介した。

一方で，消防隊や救急告示病院に対する調査では，「受入先の調整に時間を要する」，「家族や関係機関との連絡」，「待機時間の対応に困る」といった問題が根強く挙げられていることから，「オンライン等を活用した精神科救急医療連携の強化」も含め，一部の病院に過重な負担がかからない体制づくりを京都府・京都市に強く働きかけていく考えを示した。

その上で，令和４年度診療報酬改定においては，精神科救急医療の入院に関して，手厚い救急急性期医療体制，緊急の患者に対応する体制や医師の配置に係る評価が見直され，特に身体合併症対応医療機関への評価，加算を明確化し，都道府県の「精神科救急体制整備事業による指定」を施設基準に盛り込むなど，診療報酬による政策誘導が見てとれると述べ，京都府では年度内にこの指定が行われる予定のため，精神科病院においては，診療報酬改定の情報とともに，京都府からの情報に

も留意するよう呼びかけた。

府医としても，病院長会議等を通じて，救急告示病院と精神科病院による連携強化に寄与するとともに，行政に対しては，保健医療計画，地域医療構想等に関する協議の場において，地域の実情に応じた柔軟かつ適切な議論，政策立案が行われるよう積極的に働きかけていくと回答した。

◆小林 雅夫 代議員（上京東部）

［医療機関における キャッシュレス決済について］

小林 代議員

キャッシュレス決済を導入してほしい施設に，病院，調剤薬局が上位に挙げられるなど，医療機関におけるクレジットカード支払いやキャッシュレス決済のニーズが高まっているが，実際の導入率はクレジットカードが 16.5%，電子マネー決済 1.9%，QR コード決済は 0.2% と低率にとどまっている。日医においても会員向けにキャッシュレスサービスの案内がされているが，キャッシュレス決済に対する府医の考えをお聞きしたい。

◇小野府医副会長

小野 府医副会長

コロナ禍の影響もあり，日本においてもキャッシュレス決済の普及が加速し，決済方法としても，従来はクレジットカードの利用が主流であったが，電子マネーや QR コードによる決済も急速に拡大しつつある中，医療機関におけるキャッシュレス決済の導入状況は，依然として低く，厚労省の調査によると病院においてはクレジットカードが 49%，電子マネーが 2.1% にとどまるほか，一般診療所ではさらに低い水準にとどまっていることを紹介。一方で，キャッシュレス決済に係る複数の調査において，導入を希望する場所として医療機関が上位を占めるという報告もみられることを報告した。

政府の動きとしては，2020 年 7 月に閣議決定された「経済成長フォローアップ」において，2025 年 6 月までにキャッシュレス決済の利用率を 4 割程度まで引上げることが目標とされるなど，国内におけるキャッシュレス決済の普及促進を進めており，今般のコロナ禍において，その動きが加速しているとの現状認識を示した。

また，医師会の動きとして，日医は，医療機関におけるキャッシュレス決済は医療機関の負担を最小限にした上で，希望する医療機関への普及を推進すべきとの見解を示しており，保険診療そのものに関わる協議・判断において，有効性，安全性よりも利便性を優先するかのような傾向が見られることには重大な懸念があるものの，キャッシュレス決済については利便性とコスト負担に係る判断が求められる課題であるとの考えを示した。

日医においても，会員のコスト負担の軽減のため，ORCA 管理機構を通じて日医会員限定で手数料負担の低減を図る取組みを開始していることを紹介した上で，各医療機関においてキャッシュレス決済への対応をどのように進めるかは，医療機関の体制，患者のニーズが多岐にわたる状況を考慮すると，最終的には各医療機関の判断に委ねられるものであると回答し，府医として引続き適切な情報提供に努めていくとした。

◆水谷 正太 代議員（京都市西陣）

［リフィル処方箋の導入について］

水谷 代議員

リフィル処方箋について，現時点で決まっていることと，それを施行する際には新たな医学管理料等の創設はあるのかをお聞きしたい。

また，結果的に受診抑制に繋がることが懸念されるリフィル処方箋の導入について，府医としては，どういう立場で対応されるのか伺いたい。

◇濱島府医副会長

濱島 府医副会長

今回の診療報酬改定において，リフィル処方箋によるインセンティブ等はないとした上で，リフィル処方の結果として，受診抑制や受診回数の減少に繋がるという懸念は当然のことと同調しつつ，現時点で今後の患者の受診行動にどの程度影響を及ぼすのか，その予測は困難であるとした。一部の患者は受診の手間が減るという理由でリフィル処方箋を求めることが想定されるが，長期投薬により受診回数が減ることで起こりうるデメリットを医師が患者に十分説明して理解を得ることが重要であると指摘し，リフィル処方箋に限らず，すべての処方箋は医師のみの裁量で発行されるものであり，従来どおり，しっかりと患者を診察し，予見できる範囲で処方日数を決めるという診療方針を貫くことに尽きると回答した。

府医として，リフィル処方箋の制度には反対の立場を表明し，最大の理由として，安全性よりも利便性が優先されてしまう懸念があるという点を挙げた。厚労省が発出した留意事項には，運用において調剤薬剤師が不適切と判断した場合にはリフィル調剤を中止し，医師への受診を勧奨することと明記されているが，そもそも病状の経過詳細はもとより，病名さえも把握できていない薬剤師が何をもって「不適切」と判断するのかが曖昧であり，「受診を勧奨する」ではなく，本来であれば「強く再診を指示する」とするのが適切であると指摘した。

また，元来，保険収載される医療は，科学的に有効性と安全性が確認されたもの以外は認めないのが国際的にも共通のコンセンサスであり，例えば，先進医療を保険医療に組み込む際の評価療養制度では非常に厳格な審査過程を経て保険収載されるが，今回のリフィル処方箋の導入においては，そういった当然とも考えられる検証手続きをほとんど経ることなく収載されており，その導入過程に大きな問題があると訴えた。このことは保険診療の汚点となる可能性もあると述べ，このような事態が二度と生じることがないよう強く政府に訴えかけていく意向を示した。

一方で，リフィル処方箋に何もインセンティブがない，ということは，ある意味で厚生労働省として決してリフィル処方箋の推進に積極的でないことの表れであるとも言えるとの見解を示し，これは財務・経産関係からの強い要望に対し，大臣折衝で厚労省側が折れたということを如実に物語っているのではないかと推察した。

令和４年度　京都府医師会費割当表

○賦課割合　　Ａ＝100　：　Ｂ１＝18　：　Ｂ２＝４　：　Ｃ＝０　：　Ｄ＝４

Ａ会員以外の会員の会費月額100円未満は四捨五入

Ａ会員	１名月額	17,500円	（年額　210,000円）
Ｂ１会員	１名月額	3,200円	（年額　38,400円）
Ｂ２会員	１名月額	700円	（年額　8,400円）
Ｃ会員	１名月額	０円	（年額　０円）
Ｄ会員	１名月額	700円	（年額　8,400円）
高齢者Ａ会員	１名月額	7,000円	（年額　84,000円）
高齢者Ｂ１，Ｂ２，Ｄ会員	１名月額	０円	（年額　０円）

○減免額

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

＜参考＞

会費賦課徴収規定第８条第３項

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

会費賦課徴収規定第８条第４項

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

会費賦課徴収規定第９条第１項

満80歳に達したＢ１会員、Ｂ２会員およびＤ会員については、その翌月より会費を免除する。

会費賦課徴収規定第９条第２項

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

決　議

いまだに続いている COVID-19 蔓延下，多くの医療機関は通常診療に加え発熱外来，コロナ患者への対応，ワクチン接種等に忙殺されている。

その最中に令和４年度診療報酬改定が発表された。本体の改定率はプラス 0.43% であったが実質は 0.94% のマイナス改定となった。

診療報酬改定は，社会保障審議会が基本方針を策定，中医協がその方針に基づき個別の診療報酬点数や算定要件を審議するというプロセスで進められてきた。しかし今期の改定では，経済財政諮問会議や規制改革推進会議等の会議体から要求された内容が中医協での適切な議論なしに保険診療に導入された。その一つがオンライン診療である。これは本来コロナ禍での時限措置であったが規制改革推進会議の意向で初診から算定が認められた。オンライン診療は質や安全性において対面診療に及ばないことは周知の事実であり，あくまで対面診療の補完である。例外的に離島や医療過疎地に住む患者など医療の安定的な継続が困難な患者にのみに認められるべきで，患者の利便性を優先し，しかも初診から認めるのは非常に危険である。また，リフィル処方の導入については中医協での十分な議論なく大臣折衝で決定したが，これも利便性を強調することで医療費削減を目論んでいることは明らかである。

有効性と安全性が科学的に確認されたもののみが公的保険に導入されるべきである。しかし近年，経済効率のみを優先する外部の会議体からの要求が中医協などで科学的議論なく導入決定されている。

我々はこのような現状を見過ごすわけにはいかない。そのため政府に対して以下を要求する。

記

一　公的保険医療には，エビデンスに基づいた有効性と安全性を第一に議論・導入すべきものであり，厚生労働省内での医学的審議内容を最優先すべきである。

以上，決議する。

令和４年３月 19 日

京都府医師会　第 207 回臨時代議員会

「COVID-19 対策における府医と地区医の連携」，「学校医のなり手不足の現状とその対策」等について議論

宇治久世医師会と府医執行部との懇談会が令和３年 12 月８日(水)，Web で開催され，宇治久世医師会から 30 名，府医から９名が出席。「COVID-19 対策における府医と地区医の連携」，「学校医のなり手不足の現状とその対策」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８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〉

COVID-19 対策における府医と地区医の連携について

新型コロナウイルス感染症への対応については，懇談会開催時点において収束傾向にあった第５波の状況と第６波に向けた対策について，特に▽保健所との連携による自宅療養者の健康観察，▽中和抗体薬と経口内服薬，▽３回目の追加接種―等を中心に意見交換が行われた。

学校医のなり手不足の現状とその対策について

学校医のなり手不足の問題について，現状と今後の対策について意見交換が行われた。

府内の一部地域において，医師の高齢化となり手不足により，学校医の配置が困難であるとの報告が上がっており，府医としても深刻な問題であると認識していることを示した上で，従来，学校医の配置は，地区医ごとに手挙げ制や学校保健担当理事による調整，事前に順番を決めて調整するなど様々な方法で協力を得ている状況であり，学校医の複数配置については内科，小児科に加えて外科系の先生の協力を得て，地区を跨いで調整を行っているものの，それでもなり手がなく，やむを得ず地区医の役員が複数校兼務している地区もあると説明。府医としても，健診業務について，複数校を集約して実施することや，従来の内科学校医だけでは脊柱側弯等を含む運動器検診の実施が難しいとの声もあることから，健診時に整形外科医等が出務すること等を教育委員会に提案していることを報告した。

学校保健安全法の条文には，「学校には学校医を置くものとする」との一文しか記載がなく，推薦にあたって地区医がどこまで責任を負うかという問題もあるとした上で，医師会としては，地域の学校保健について一定の社会的責任を負っているとの認識を示し，もともとマンパワーが不足している地域では今後も配置が難しい状況が見込まれることから，この現状を教育委員会に伝え，地域行政とも協力し，地域全体の共通課題として認識してもらうことが第一歩だと指摘した。すぐに具体的解決策を示すことは難しいが，これは日本のすべての地域における問題であり，今後も各地域の動向を注視しつつ，可能な方策を検討していくとした。

■ 東山医師会との懇談会　12. 10 Web 開催

「インフルエンザ予防接種」，「新型コロナワクチン接種」，「特定健診『集団健診』の再開」，「DNAR」等について議論

東山医師会との懇談会が 12 月 10 日(金)，Web で開催され，東山医師会から 12 名，府医から８名が出席。「インフルエンザ予防接種」，「コロナワクチン接種」，「特定健診『集団健診』の再開」，「DNAR」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 10 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〉

インフルエンザ予防接種と発熱患者の診療について

インフルエンザワクチン供給量の見通しや，発熱患者の診断および投薬について意見交換を行った。

発熱患者に対しては，検査以外の臨床所見によりインフルエンザと診断し，抗インフルエンザ薬の処方も可とする厚労省通知が現在も適用されていることを確認した上で，コロナ下における発熱患者への検査にあたっては，医療従事者はワクチン接種済であるものの，ブレークスルー感染の可能性もあるため，唾液の PCR 検査と患者が自己採取する場合を除いて，検体採取時には PPE をフル装備した上で実施する必要があると説明した。

発熱患者診察時には，患者のマスク着用と，医師・看護師も適切な PPE 着用の上，15 分以内の診療を目指し，消毒と手指衛生を励行することで，患者が新型コロナ陽性であっても診察医とスタッフは濃厚接触者に該当しないことに留意して対応することを呼びかけた。

新型コロナワクチン接種について

地区からは，３回目の接種に関しては職域接種を実施しない企業が複数あることから，１・２回目を職域接種，集団接種で受けた人たちをすべて個別接種で対応することは難しいとして，集団接種の必要性が指摘された。

府医としても，各医療機関で職域接種から流れてくる分を想定してワクチンを手配することが難しい上，モデルナワクチンの場合は一度に 20 人程度集めて実施する必要があるため，個別接種では対応が難しいとの考えを示した。また，ファイザーワクチンの供給量の見通しから，モデルナワクチンを使用して実施せざるを得ない状況となることについて触れ，１，２回目をファイザーワクチンで接種した人が，３回目をモデルナワクチンで接種することをうまく受け入れてもらえるかがポイントであるとした。

特定健診『集団健診』の再開について

特定健診について，京都市内の集団健診は新型コロナウイルス感染症の感染拡大にともない，令和２・３年度は中止となったが，京都市との協議により，令和４年度の実施が決定したことを報告。実施計画では，予約・定員制を設けた上で，区役所・支所を会場として，市内の受診者数が従来の約半数となる１万人程度となる見込みであると説明した。

また，各地区からの意見・要望に対して京都市からは，①区役所・支所を会場に設定したことについて，アクセス，利便性の面で賛否はあるものの，これまで会場としていた小学校で感染対策を徹底することが難しいこと，また，会場を区役所に集約することにより運営経費削減に繋がるとの考えが示された，②委託費等の増額については，財政難のため単価等の増額は難しいが，新型コロナ感染症対策費用は必要であると認識しており，検討するとの回答を得た，③建物の構造，動線，人員配置については，今後，過去の実施経験を踏まえつつ，健診業者とも一緒に設営計画を立てた上で，各地区医，健診業者と各区役所の下見を調整中である―等の回答が示されたことが報告された。

DNAR について

DNAR オーダーとは「蘇生を試みない指示」という意味であるが，急変時ではなく，あくまでも心停止の際の蘇生を行わないという定義であるが，救急医療においては，救急要請した時点で救命処置がとられるため，かかりつけ医としてどう対応すべきか等について意見交換がなされた。

患者・家族が自分の最期をどのように迎えるのかを決めるにあたり，医師は知識や経験を踏まえて十分に情報提供し，ケアチームとともに繰り返し話し合いを行いながら意思決定を支援していく ACP（Advance Care Planning）が重要であるとの認識を示すとともに，本人に DNAR の意思があったとしても，救急要請があれば必要な応急

処置を継続して医療機関に搬送することが基本となるため，府民への啓発が課題であるとした。

救命処置後に蘇生できたとしても「集中治療する・しない」の決定，さらにその先に「集中治療をいつまで続けるのか」の期限についての選択もあり，患者のみならず，医療従事者にも少しずつ浸透させていく必要があると指摘した。

■ 亀岡市・船井医師会との懇談会　12.11 Web 開催

「COVID-19 診療 ～ワクチンブースター接種と冬季の診療～」，「産業医研修会のオンライン研修」，「ジェネリック医薬品推進の中での今回の医薬品不足」　等について議論

亀岡市医師会・船井医師会と府医執行部との懇談会が 12 月 11 日(土)，Web で開催され，亀岡市医師会から 17 名，船井医師会から 10 名，府医から６名が出席。「COVID-19 診療～ワクチンブースター接種と冬季の診療～」，「産業医研修会のオンライン研修」，「ジェネリック医薬品推進の中での今回の医薬品不足」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 11 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〉

COVID-19 診療～ワクチンブースター接種と冬季の診療について～

医療従事者，患者がともに安心して受診できるよう，引続き基本的な感染対策の継続とワクチン接種の積極的な勧奨を進めていくことが必要であるとした上で，ワクチン接種率が高まる中においては，感染していたとしても無症状または軽症で，患者が症状を自覚しない状態で来院することも想

定されるため，各医療機関における対応として，①発熱がある場合は事前に電話連絡の上，受診するよう院内掲示等で周知すること，②発熱以外の患者についても入口・受付で体温測定と症状の確認をすること，③時間的･空間的分離を行うこと，④症状の有無にかかわらず院内でマスク着用すること（ユニバーサルマスキング），⑤会話する際はマスク着用の上，１m以上の距離を保つこと，⑥受付カウンターにアクリル板や透明ビニールのパーティションを設置すること，⑦患者が触れたものはアルコール綿で拭くこと，⑧待合室の座席は間隔を離す工夫をすること―等の標準予防策の徹底を呼びかけた。

さらに，発熱患者診察時の留意点として，消毒と手指衛生の励行と併せて，患者のマスク着用と医師・看護師も適切に PPE を着用した上で，15分以内の診療であれば，患者が新型コロナ陽性であっても診察医とスタッフは濃厚接触者に該当しないことを念頭に診療を行うことが重要であるとした。

また，地区からは，３回目の追加接種では，京都府の集団接種が実施されない可能性があることや，職域接種の機会が減少することが予想される中，半数がモデルナワクチンとなることもあり，困難が予想されるとの意見が挙がった。

職域接種について，国は３回目接種の実施を要請しているものの強制力がなく，職域接種実施の判断が事業者に委ねられていること，および様々な経済活動が再開されている状況下において，１・２回目の接種時に使用していた集団接種の会場が使用できないという事象も生じていると説明。大きな集団接種会場を設定しない場合，その分が個別接種に流れることが予想され，各医療機関では自院で２回接種した分を想定して準備することはできるが，それ以上の対応が必要となれば大きな混乱が懸念されるとして，接種を希望する人にしっかり接種できるよう集団接種会場の設置について行政に求めていく考えを示した。

ファイザーとモデルナの２種類のワクチンとその用量の違い，さらに 11 歳以下のワクチン接種も開始されることで，各医療機関での対応に混乱が予想されることについては，接種ミスを防ぐための対策として，ワクチンの保管場所を変えておくことや，ファイザー，モデルナの両方を使用する場合，それぞれ使用する日，時間，曜日を分ける等の工夫が必要であるとした。

産業医研修会のオンライン研修について

新型コロナウイルスの感染拡大により，産業医研修が開催されず，産業医資格の新規取得，資格更新が困難な状況にある。日医が５月に稼働を目指すとしていたオンラインでの産業医研修（日医 Web 研修システム）の現況と，同システムが確立されるまでの間のｅラーニングの導入等，他の方法の検討状況についての報告と意見交換を行った。

～オンラインによる産業医研修会の現況について～

日医では，日医 Web 研修システムを用いた遠隔型産業医研修の検討が進められているが，Web での産業医研修会に必要な顔認証システム等の開発の都合上，完成までにもう少し時間を要することを報告。

産業医資格の更新に関しては，コロナ禍により有効期限内に必要な単位が充足できなかった場合も，当面の間は認定産業医とみなし，引続き認定産業医としての業務にあたることを可とする通知が発出されていることを紹介した。

京都産業保健総合支援センターが主催する産業医研修については，感染拡大状況を鑑み，感染対策の徹底や参加人数を制限した上で徐々に再開されており，地域産業保健センター主催の実地研修についても感染対策への対応により順次再開の見込みであるとした。

また，府医としても，日医に対してｅラーニングの必要性を訴えており，日医からは，厳格な運用が求められる認定産業医制度においてｅラーニングを導入することは制度の大幅な見直しとなるため慎重な検討が必要とした上で，法改正時等にｅラーニング等による研修を産業医に義務付けることは選択肢となり得ると，以前より前向きな回答を得たことを報告し，引続き日医に働きかけていく考えが示された。

ジェネリック医薬品推進の中での今回の医薬品不足について

ジェネリック医薬品を中心とした今回の医薬品の供給不安定について，厚生労働省，日医それぞれの対応と今後の対策について情報共有が行われた。

（※詳細は，京都医報４月１日号 No.2218 の７・８頁参照）

■ 京都市西陣医師会との懇談会　12. 14 Web 開催

「第６波における発熱患者の医療機関受診」，「ジェネリック医薬品の安全管理および供給に係る問題」，「マイナンバーカードの保険証利用」等について議論

京都市西陣医師会と府医執行部との懇談会が12月14日（火），Webで開催され，西陣医師会から10名，府医から９名が出席。「第６波における発熱患者の医療機関受診」，「ジェネリック医薬品問題（安全管理，供給）」，「マイナンバーカードの保険証利用」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 14 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〉

第６波における発熱患者の医療機関受診について

懇談会開催時点において収束傾向にあった第５波の状況を踏まえ，インフルエンザも含めた発熱患者への対応と第６波に向けた対策について意見交換が行われた。

現在は診療・検査医療機関が京都府等のホームページで公開されているため，発熱症状などがある場合には受診可能な医療機関を本人で探すことが可能であり，「きょうと新型コロナ医療相談センター」に相談があった場合も同様にホームページ掲載の診療・検査医療機関を紹介することが基本となることから，引続き診療・検査医療機関の拡充を図っていくことが必要との考えを示した。

地区からは，濃厚接触者については抗原検査やPCR 検査が陰性であった場合でも，数日後に発症して陽性になるケースがあることから，外出を控えるなどの自粛行動を促すような広報が必要であるとの要望が出され，府医としても引続き，人にうつさない行動と自分がうつらない行動を呼びかけていく意向が示された。

ジェネリック医薬品の安全管理および供給に係る問題について

今回の後発品を中心とした医薬品の供給不足について，厚労省および日医の対応について情報共有を行った。

この件に関して，日本ジェネリック製薬協会がコンプライアンス・ガバナンス・リスクマネジメントの強化，品質最優先体制の強化，安定確保の取組み，積極的な情報提供と開示，その他信頼回復のための方策を提案しているが，府医としても，京都府の後発医薬品に関する会議や日医，近医連等の会議において，改めて製薬企業に対する医薬品の適正な管理や品質管理の徹底，コンプライアンスの徹底等，信頼回復のための取組みを要望していくとした。

マイナンバーカードの保険証利用について

顔認証付きカードリーダーの全国における申し込み率は，10 月 20 日時点で対象機関の 56.3％と半数を超えているが，その内訳は薬局が 80.7％と特に高い一方で，医科診療所では 44％と半数に届いておらず，京都府においては全国平均を下回る申し込み率となっていることと併せて，10 月 17 日時点の京都府における準備完了施設数は，医科・歯科・薬局を合わせて 8.7％であると報告した。また，11 月 1 日時点の全国のマイナンバーカードの取得率は 39.12％で，マイナンバーカードに保険証を紐付けしているのは 4.65％であることが示された。

日医は，顔認証付きカードリーダーを申し込み，かつシステム事業者から納得のいく導入見積が提示されている医療機関については早期参加を前向きに検討するよう依頼するとともに，顔認証付きカードリーダーを申し込んでいない，あるいは申し込み済でもシステム事業者から納得のいく提案が出てこない医療機関については，日医から厚労省に対して追加支援策やシステム事業者への働きかけを要望しているため，焦らずに検討いただくよう通知していることを紹介し，府医としても，当該システムの導入は義務ではないため，各医療機関においてメリット・デメリットを踏まえ，十分に検討いただくよう依頼した。

「新型コロナワクチンの効果と副反応」，「昨今の後発医薬品の品質や安定供給に係る問題」等について議論

下京東部医師会との懇談会が 12 月 15 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。「新型コロナワクチンの効果と副反応」，「昨今の後発医薬品の品質や安定供給に係る問題」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 15 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〉

新型コロナワクチンの効果と副反応について

新型コロナワクチンの効果と副反応について，特に▽交互接種した場合のブースター効果，▽今後のワクチン供給の見込み，▽主な副反応の症状―等を中心に情報共有を行った。

昨今の後発医薬品の品質や安定供給に係る問題について

国内製薬企業の不祥事を契機として後発品を中心とした多くの医薬品が供給停止や出荷調整の対象となり，供給不足の状態が続いていることについて，厚労省および日医の対応を中心に情報共有と意見交換を行った。

意見交換の中で，地区からは後発医薬品促進に係る診療報酬の算定に影響が出ることへの懸念が示されたことに対して，2022 年度診療報酬改定における後発医薬品関連の評価のあり方をテーマ

に議論された中医協総会で，城守日医常任理事が診療側の意見として，製薬企業による不祥事を契機とした供給不足の影響で医師がやむを得ず銘柄を指定した場合に一般名処方加算を算定できないのは不合理であるとして改善を求めるとともに，一般名処方加算や後発医薬品使用体制加算等の評価の継続を求めたことが報告された。

また，日本では後発医薬品に対する治験が課されておらず，本当に先発品と同等のものか確証がないと指摘し，後発医薬品の製薬会社が乱立する中では，市場経済上もこのような事態が発生することは容易に予測できるとして，制度自体が揺らいでいるとの意見が挙がった。

後発医薬品のあり方については，日医も以前から，日本においても欧米のようにそれぞれの医薬品に対して効果を確認する必要があると主張してきたが，医療費削減の観点から，後発医薬品の促進に対してインセンティブが与えられるなど経済的な誘導が行われ，患者も後発医薬品を選ぶ状況になってきたと説明。この問題を認識しつつ容認してきたことを反省し，改めて医薬品の質を担保する観点から検証・対策の必要性を国に対して主張していく意向が示された。

■ 綾部医師会との懇談会　12. 18 Web 開催

「次期診療報酬の改定」，「医薬品の供給不足」，「今後の新型コロナウイルス感染症の対応」等について議論

綾部医師会と府医執行部との懇談会が 12 月 18 日(土)，Web で開催され，綾部医師会から８名，府医から９名が出席。「次期診療報酬の改定」，「医薬品の供給不足」，「今後のコロナウイルス感染症の対応」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 18 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〉

次期診療報酬の改定について

令和４年度の診療報酬改定の見通しについて，特に「かかりつけ医機能の評価」や「感染対策への評価」に係る中医協での議論を中心に情報共有を行った。

医薬品の供給不足について

国内製薬会社の不祥事を契機に，後発品を中心とした多くの医薬品の製造・供給停止や出荷調整により，供給不足の状態が続いていることについて，厚労省は医薬品の安定確保に向けて，切れ目のない医療提供のために特に配慮を要する「安定確保医薬品」を選定し，供給不安情報の事前報告等により早期対応に繋げる取組みが進められてきたものの，供給不足に陥った際に想定されている代替品の増産・出荷調整，迅速な承認審査，安定確保スキーム等の対応が実際に機能することは困難であるとの考えを示した。

日医は，供給再開時期や代替薬等に関する製薬企業からの情報提供が不十分であると認識しており，情報提供があった場合は速やかに情報公開するとしている一方で，医療機関に対しては，供給不安の生じた薬剤につき，処方にあたって患者の適格性，長期処方の見直し，処方の必要性の再検討を積極的に行うよう呼びかけていることを紹介した。

今後の新型コロナウイルス感染症の対応について

第６波に向けた対応と併せて，新型コロナワクチンの３回目の追加接種について情報共有を行った。

12 歳以上の小児の接種が開始された際に，文科省が学校での集団接種は実施しない意向を示したことから，厚労省としてもその意向を尊重し，今後，３回目の接種体制の調整を行う中で，小児の接種体制についても検討が必要となることから，行政との協議を繰り返しながら接種体制を構築していかなければならないとした。

救急蘇生訓練人形等の貸出について

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

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

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

「医師会における男女共同参画」，「医師のワークライフバランス」，「在宅医療・介護連携推進事業における問題点」等について議論

中京東部医師会との懇談会が 12 月 22 日(水)，Web で開催され，中京東部医師会から８名，府医から 10 名が出席。「医師会に『ガラスの天井』はあるか（医師会における男女共同参画)」，「医師のワークライフバランス」，「在宅医療・介護連携推進事業における問題点」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 22 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〉

医師会に「ガラスの天井」はあるか（医師会における男女共同参画）

地区から，世間は男女共同参画社会を目指しているが，医師会執行部等の男女比がアンバランスではないかとして，意見交換を行った。

～日本の男女格差の現状～

2021 年３月に世界経済フォーラムにおいて，「経済」，「政治」，「教育」，「健康」の４つの分野のデータを基に男女格差を測る「ジェンダーギャップ指数」が発表されたが，日本の順位は 156 か国中 120 位と先進国では最低レベルであり，アジア諸国の中でも韓国や中国，ASEAN 諸国より低い結果であったことを報告。

日本では，以前から男女共同参画の推進のため，1986 年に男女雇用機会均等法，1999 年には改正男女雇用機会均等法，改正労働法などの法整備が進められてきたが，近年では働き方改革にダイバーシティなど，性別にかかわらず働きやすい職場や社会形成への取組みが必要とされているとの認識を示した。

～医師会における男女比～

現在の府医執行部は女性役員が３名，割合は9.7％であるが，府医では初の女性副会長の就任もあり，全国の中でも女性医師の活躍に対して先進的に取組んでいるとの見解を示した。また，府医会員数に占める女性医師の割合が年々増加していることにともない，今後，医師会役員における女性医師の割合も増加が見込まれるとした。現在も，医師のワークライフバランス委員会をはじめ，各種委員会に多くの女性医師に参画いただいているが，引続き医師会活動に参画しやすい環境整備を目指して検討していく考えが示された。

地区からは，女性の割合が少ないことに対して違和感をきちんと認識することが重要であり，いずれ女性医師が50％になる時代が来ることを見据え，「京都は女性医師が働きやすいので，京都で働こう」と思えるような環境整備を進めていくことが要望された。

医師のワークライフバランスについて

医療従事者の健康や地域医療体制の確保を目的として進められている「医師の働き方改革」について，日医は，医師の時間外労働の上限規制を守るために大学病院が地域の病院から医師を引き揚げれば，地域の病院は医師を確保できず，診療の制限が起きかねないとの懸念を示していることと併せて，待遇格差による大学病院からの人材流出や産科医療への影響にも言及し，厚労省に医療現場の声を踏まえた柔軟な運用を求めていることを紹介した。

今回の新型コロナウイルス感染症のような非常時には，上限規制が足かせになることが懸念されるが，労基法第33条において，非常時には上限規制の枠外で時間外・休日労働をすることを容認しており，新型コロナウイルス感染症対応病院はこれに該当すると説明。日医は，同法第33条は安易に利用すべきではないとしつつも，それぞれの地域の病院で通常想定される以上の患者の集中が生じた場合には，患者の生命・健康を守るため適切に利用すべきであるとの見解を示していることを報告した。

医師の働き方改革は，地域医療構想，医師偏在対策と併せて一体的に議論していくことが不可欠であり，今後，このような地域の中核病院が必要な医師数を確保できるよう，国・都道府県・医療機関・医師会が一体となって支援していく必要があるとの考えを示した。また，働き方改革の実行には医師の増員が不可欠であり，診療報酬等で医師の報酬を増やさなければ各医療機関での対応も難しくなるとして，日医を通じて働きかけていく意向を示した。

地区からは，医師の自己犠牲によらず，多職種連携，チーム医療の中でどのように役割を分担していくかが課題であると指摘があり，「献身の搾取」は医師だけではなく，医療・介護全般に求められる傾向があるため，患者・利用者に影響が出ることへの懸念が示された。

在宅医療・介護連携推進事業における問題について

地区医が京都市からの委託を受けて運営している在宅医療・介護推進支援センター（以下，「連携支援センター」という）の業務における問題点について，意見交換と情報共有を行った。

地区からは，京都市から明確な方針やビジョンが示されないまま運営を委託されていることが問題であり，連携支援センターのコーディネーターにとっては非常にやりにくく，それぞれの事業に対する考え方に行き違いが生じていると指摘。京都市として，連携支援センターの方向性を整理すべき時期にきており，各区の保健福祉センターの地域包括ケア担当保健師にも連携支援センター業務への参画を促し，コーディネーターの相談支援や相互の連携を推進すべきとの要望が出された。

地域資源や中心となる人材の確保，関係機関との協力関係の構築，事業の評価が難しいといった課題と併せて，行政の意識や支援の不足が顕在化したことで府医としても重要な問題であると再認識し，課題解決に向けて行政を積極的に巻き込み，一緒になって取組んでいく必要があるとの考えを示した。

「新型コロナウイルス感染拡大期における自宅療養者への対応」，「特定健診等，地域住民の健康維持に係る施策の方向性」，「次期診療報酬改定」　　等について議論

西京医師会と府医執行部との懇談会が 12 月 24 日(金)，Web で開催され，西京医師会から 10 名，府医から 10 名が出席。「新型コロナウイルス感染拡大期における自宅療養者への対応」，「特定健診等，地域住民の健康維持に係る施策の方向性」，「次期診療報酬改定」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 24 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〉

新型コロナウイルス感染拡大期における自宅療養者への対応について

第３波から第５波では自宅待機者および自宅療養者が急増したことを受け，その対応について意見交換を行った。

国の基本的な考え方として，従来の保健所のみの対応を転換し，地域の医療機関等と連携してオンライン診療・往診，訪問看護等を行う体制を構築する方針が示されたことを説明するとともに，症状の変化に迅速に対応して必要な医療につなげ，また重症化を未然に防止する体制の確保が掲げられていることを紹介。現時点での課題として，感染者に関する保健所と医療機関との双方向の情報共有がないことや，病床逼迫状況下における自宅療養者の症状悪化時の対応，処方薬の配送，後遺症に対するフォロー等を挙げ，早期発見・早期治療を実現するための体制構築に向けて，行政に働きかけていく考えを示した。

特定健診等，地域住民の健康維持に係る施策の方向性について

京都市における特定健診の集団健診は，新型コ

ロナウイルス感染症流行のため，令和２年度・３年度は中止となったが，個別健診については令和２年度は例年通り，令和３年度は緊急事態宣言等の影響により，夏の受診者は少なかったものの，秋は昨年，一昨年に近い受診者数となったことを報告。また，令和４年度は事前予約による定員制を導入し，区役所・支所での集団健診の実施を予定しており，密を避ける目的で，対象者は例年の約半数にあたる１万人の予定であると説明した。

京都市のがん検診（胃・乳・肺・子宮・大腸・前立腺がん）の状況について，肺がん検診は特定健診が中止となった影響を受けて巡回健診も中止となったため，受検者数が激減しており，胃がん・乳がん検診も令和２年度は集団・個別健診ともに減少。また，子宮がん・前立腺がん検診の個別健診も減少，さらには大腸がん検診も感染対策として郵送による健診の中止が影響し，減少したことが報告された。集団健診が減少した分，個別健診に流れるとの予想に反して，特定健診と同様に個別健診もそれほど増加しておらず，今後進行した状態での発見が増えることが危惧されるとした。

厚労省の通知において，「緊急事態宣言の対象地域における各種健診・保健指導等であって，集団で実施するものについては，緊急事態宣言の期間において，原則として実施を延期すること。個別で実施するものについては，各自治体において，その実施時期や実施方法，実施の必要性や緊急性等を踏まえ，関係者や実施期間等と適宜相談の上で実施するかどうか判断する」とされているため，今後も特定健診については緊急事態宣言が出れば再度中止となるが，がん検診については，「がんによる死亡率を減少させる効果があることから，がん検診については不要不急の外出にはあたらないもの」とされていることから，引続き受診勧奨していく必要があるとした。

次期診療報酬改定について

令和４年度の改定率が＋0.43％に決定したことについて，看護の処遇改善および不妊治療の保険適用のための特例的な対応にそれぞれ＋0.2％を充てることとされている一方で，リフィル処方箋の導入や令和４年３月末での小児の感染防止対策に係る加算の終了により，これらを除く改定率は＋0.23％になると説明。中医協での議論を踏まえ，７対１入院基本料の評価の適正化やDPC制度の算定方法の見直し等のさらなる包括払いの推進，医師の働き方改革，外来医療の機能分化・連携，費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価，多店舗を有する薬局等の評価の適正化，湿布薬処方の適正化―等の改革を確実に進めることが示されていることを紹介した。

また，争点の１つである「かかりつけ医機能の評価」について，財務省はかかりつけ医の制度化を主張し，現行点数のゼロベースでの見直しや点数の包括化の他，患者の事前登録等，いわゆる「人頭割」を狙った提案をしているのに対し，城守日医常任理事は，「医療費抑制のために人頭割のようなフリーアクセスを制限する制度化ではなく，国民に社会保障や健康に関する教育・啓発などを行い，意識改革を促し，骨太の方針にも記載されているとおり，上手な医療のかかり方を広め，かかりつけ医を普及していくことが重要である」と主張していることを報告した。

また，感染対策への評価も強く要望しており，新型コロナの臨時的な取り扱いであった医科外来等感染症対策実施加算が令和３年９月末で廃止されたが，平時からの感染症対策が重要であり，診療所において継続した対応が求められることから，「現行の施設基準や算定要件を見直し，より多くの医療機関で取組みが進むようにすべき」として評価を求めていることを紹介した。

日医医賠責特約保険 加入のおすすめ

5月31日までに京都府医師会に申込みを

診療所，Ａ２会員の掛金，￥20,000／年

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

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

１事故３億円／期間中９億円

※自己負担額（免責額）100万円

【日医医賠責特約保険（日医特約保険）の概要】

保険契約者	公益社団法人 日本医師会
引受保険会社	下記の保険会社の共同保険によって，これを運営し，幹事会社が，契約及び紛争処理の事務を代表して行います。 ・東京海上日動火災保険株式会社（幹事会社） ・損害保険ジャパン株式会社 ・三井住友海上火災保険株式会社
被保険者	日本医師会Ａ会員のうち日医特約保険への加入を希望する者，及び当該会員を理事とする法人若しくは当該会員が管理者である病院・診療所・介護医療院を開設する法人
対象となる事故	医療行為によって生じた身体の障害につき損害賠償を請求され，その請求額が100万円を超えるもの
保険金	保険金は損害賠償金と争訟費用
支払限度額	損害賠償金の年間総支払限度額（最高限度額）は，日医医賠責保険の支払限度額と合算して１被保険者につき，１事故３億円，保険期間中９億円
免責金額	１事故100万円（同一医療行為につき）
保険期間	毎年７月１日より１年間（特別の事情がないかぎり，１年ごとに更新）

【加入を検討される方へ】

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

（1） パート，アルバイト，ローテーションの医師らを含めた，いわゆる非Ａ会員が起こした医療事故について，開設者・管理者としての責任部分の賠償にも備えたいＡ会員

（2） 法人（99 床以下の法人立病院，診療所および定員 99 名以下の介護医療院のみ加入可）の責任部分の賠償にも備えたいＡ会員

（3） 高額賠償の支払い（１事故３億円まで，保険期間中９億円まで）に備えたいＡ会員

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

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

【特約保険への加入手続き】

①加入手続き：加入を希望する日医Ａ会員は「加入依頼書」（一枚目が黄色のもの）に記入，捺印の上，府医の日医医賠責保険特約担当に提出してください。**提出期限は５月 31 日まで**。
加入依頼書は府医に完備しております。

②保険期間：令和４年７月１日から令和５年７月１日までの１年間（今後１年間契約となります）。

③掛金：次ページ掛金表をご参照ください。

④掛金の納入：都道府県医師会を通じて集金いたします。

⑤被保険者証の交付：日医より日医Ａ会員に直送いたします。

⑥その他留意事項
次年度以降は加入条件に変更がない限り自動継続いたします。

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

【特約保険の概要】

現行の日医医賠責保険の上乗せ方式で，日医Ａ会員が任意で加入する保険。

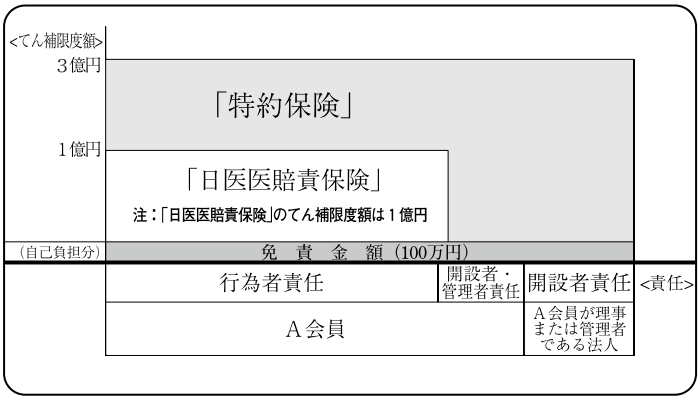
①被 保 険 者：Ａ会員及びＡ会員が理事である法人またはＡ会員が管理者である医療施設を開設する法人で
（１）診療所（有床・無床）　（２）個人立病院　（３）99 床以下の法人立病院

②てん補限度額：日医医賠責保険と合算して１事故（同一医療事故につき）３億円（年間９億円）

③免 責 金 額：１事故（同一医療事故につき）100 万円

④そ　の　他：医療施設事故は不担保

◆ 日医医賠責保険と「特約保険」との関係



特約保険の１年間の掛金

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

＊１　Ａ２会員とは，Ａ２（Ｂ）会員およびＡ２（Ｃ）会員をいいます。
＊２　病院，介護医療院（20 名以上）については，常勤Ａ２会員の在籍数により，掛金区分が異なります。
＊３　一般・療養病床数は，医療法に規定する一般病床と療養病床の総計許可病床数です。

問い合わせ先：京都府医師会医療安全課　日医医賠責特約保険担当
TEL 075－354－6505　FAX 075－354－6074

医療事故調査制度『相談窓口』のお知らせ

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

医療事故調査・支援センター（一社）日本医療安全調査機構

- 医療事故　相談専用ダイヤル　03－3434－1110
- 対応時間　午前７時～午後 11 時
- 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 12 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

京都府医師会医療事故調査支援団体連絡協議会
動画配信のご案内

協議会の WEB サイトにて，以下の動画を配信しています。

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

■ 内　容

1．対象事案かどうかの判断について
　⑴　医療事故調査制度が検討されたきっかけ
　⑵　“予期しない患者死亡事案”への２つの対応
　⑶　米国　ベン･コルブ君（７歳）死亡事例（1995 年）
2．事故発生時に対処しなければならない内容は
3．センターへの報告はどうすればよいか
4．センター報告後の自院での動きは
　⑴　調査報告書（案）前半部分を準備する
5．院内事故調査委員会の運営について
6．調査報告書の作成について
7．ご遺族への調査結果説明について
8．その他
9．他の医療機関はどうやって取組んでいるのだろう？

京都医学会雑誌 69 巻 2 号　原稿募集中

令和５年度京都府医師会学術賞の選考対象になります

2022 年 10 月に発行予定の京都医学会雑誌第 69 巻 2 号の原稿を募集しております。掲載論文は「令和５年度京都府医師会学術賞」の選考対象になります。

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

掲載された論文のすべてに，投稿奨励賞（図書カード 1 万円分）を差し上げます。

◇締切

令和４年（2022 年）５月 31 日(火）必着

※締切後に投稿された論文は，次号（70 巻 1 号）での受付となります。

◇字数

原著論文・総説＝ 12,000 字以内（図・表を含む）

症例報告　　＝　6,000 字以内（図・表を含む）　　注：図・表は 1 枚 300 字とみなします。

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

◇投稿先

〒 604－8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町６　一般社団法人京都府医師会　学術生涯研修課

◇投稿物

①原稿・・・原本 1 部とデータ（USB または CD）

※原稿の末尾には利益相反の有無を必ず記載ください

②自己申告における COI 報告書

③投稿チェックリスト

注：上記３点を必ずご投稿ください。不備がある場合は受付ができない場合があります。

◇投稿・編集規則

本号付録または府医 HP ＜https://www.kyoto.med.or.jp/medical_dissertation/index2022.html＞よりダウンロードできる投稿・編集規則に則って論文をご執筆ください。

◇利益相反

本号付録または府医 HP ＜https://www.kyoto.med.or.jp/medical_dissertation/index2022.html＞よりダウンロードできる別紙様式（京都医学会雑誌：自己申告による COI 報告書）にて申告し，掲載論文の末尾に利益相反の有無を記載してください。

＜記載例＞

（利益相反がない場合）本論文に関し，開示すべき利益相反状態はない。

（利益相反がある場合）この研究の○％は×××からの支援により行った。

◇倫理規定

倫理面に最大限配慮し，投稿ください。

◇投稿の際の注意点

論文の種類・・・「総説」または「原著論文」,「症例報告」どれに該当するか明示してください。
研修医・専攻医（卒後５年以内）の方は，その旨を必ず記載してください。

◇令和５年度京都府医師会学術賞

（1） 賞の種類

①原著論文賞＝原著論文の中から優秀な論文に与えられる賞。

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

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

（2） 賞金総額：100 万円（予定）

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

「京都医報」へのご投稿について

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

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

また，**同じ著者の投稿は原則として１年間に１編**とします。

【原稿送付先・お問い合わせ先】

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

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

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

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

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

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

TOPICS

京都府医師会看護専門学校

令和３年度国家試験等 合格者 146 名

助産師国家試験 21 名　看護師国家試験 102 名　准看護師資格試験 23 名

令和３年度の「助産師・看護師国家試験」ならびに「准看護師資格試験」において，本校新卒者 146 名が合格しました。内訳は次のとおりです。

■助産師国家試験

受験者数　21 名
合格者数　21 名
合 格 率　100%（全国平均 99.7%）

■看護師国家試験

受験者数　104 名
合格者数　102 名
合 格 率　98.1%（全国平均 96.5%）

・３年課程　受験者数　71 名
　　合格者数　69 名
　　合 格 率　97.2%

・２年課程　受験者数　33 名
　　合格者数　33 名
　　合 格 率　100%

■准看護師資格試験

受験者数　23 名
合格者数　23 名
合 格 率　100%（関西広域連合平均 93.6%）

今年度も全学科・課程 100%合格を目標に，模試結果等の分析に基づく個別の学習計画を策定するなど受験対策を進めました。コロナ禍での受験でしたが，学生たちの頑張りで看護師国家試験の 98.1%は一昨年に次ぐ非常に高い合格率となり，また３年課程を除く３学科が 100%を達成できたことは大きな成果と考えています。助産師国家試験は５年連続，２年課程も３年連続の 100%達成となり，特に閉科となる准看護科が見事に全員合格し，担当教員らの喜びもひとしおでした。今後とも，日々の授業の積み重ねを大切に，より効果的な「国家試験対策システム」の構築に向けて取組んでまいります。

令和４年７月発足分「一人医師医療法人」の申請受付

令和４年４月26日(火）までに「事前概要書」の提出を

『令和４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４年７月発足の申請をされる方は，令和４年４月26日(火）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。

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97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
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
96号▶心房細動
97号▶糖尿病

医　師　国　保

公 示 第 376 号
令和４年４月 15 日

組合員各位

京都府医師国民健康保険組合
理事長　　依田　純三

第 34 期支部長・副支部長の選任ならびに組合会議員の選出について（公示）

標記の件につきまして，別表のとおり支部長・副支部長が選任され，また，組合会議員につきましても選出されましたので，お知らせいたします。

任期は支部長・副支部長，組合会議員とも令和４年４月１日から令和６年３月 31 日までとなります。

支部長・副支部長・組合会議員名簿

任期：令和４年４月１日～令和６年３月31 日

支　部　名	支部長氏名	副支部長氏名	組合会議員	
北	小　仲　良　平	角　田　裕　明	小　仲　良　平	
上京東部	小　林　雅　夫	任　　書　熹	大　友　啓　資	
西　　陣	水　谷　正　太	渡　邉　賢　治	水　谷　正　太	渡　邉　賢　治
中京東部	安　野　哲　也	市　岡　健太郎	館　　雅　之	
中京西部	柴　垣　一　夫	川　口　　毅	川　口　　毅	柴　垣　一　夫
下京東部	佐々木　敏　之	垣　田　時　雄	佐々木　敏　之	
下京西部	上　田　尚　司	田　中　裕　子	上　田　尚　司	安　田　雄　司
左　　京	伊地智　俊　晴	塩　見　聡　史	松　下　匡　孝	米　田　武　史

支部名	支部長氏名	副支部長氏名	組合会議員	
右京	齊藤憲治	小室元	平杉嘉平太	安威俊秀
西京	土井たかし	松崎恒一	塚本忠司	矢野信吾
東山	安住有史	後藤武近	岩﨑淳	
山科	鈴木学	戎井浩二	鈴木学	戎井浩二
伏見	髙謙一郎	西村康孝	辻幸子	辻光
乙訓	齊ノ内良平	下尾和敏	齊ノ内良平	下尾和敏
宇治久世	堀内房成	幸道直樹	堀内房成	幸道直樹
綴喜	安田美希生	村上匡孝	芳野二郎	
相楽	小堤國廣	小澤勝	小堤國廣	
亀岡	佐藤英夫	井上功	佐藤譲	
船井	廣野良定	髙屋和志	廣野良定	
綾部	大槻匠	米谷博夫	大槻匠	
福知山	吉河正人	小山尚志	吉河正人	
舞鶴	田中寛之	長内清行	西村修一	
与謝	岡所明良	西原寛	岡所明良	
北丹	齊藤治人	新谷繁之	齊藤治人	

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関連特設サイト」をご覧ください。

2021年度　日医生涯教育一括申告について

本年度も日医生涯教育講座における各種講演会等への出席状況を府医から日医へ一括申告いたします。

つきましては，2021年度（対象期間：2021年4月1日～2022年3月31日）における追加申告がございましたら，本号に同封の申告用紙に追加する単位・カリキュラムコード（以下，CC）をご記入いただき，出席を証明する書類（参加証等）の写しを添付の上，FAXまたは郵送にて**5月30日(月) 必着**で府医学術生涯研修課までご提出ください。なお，追加等がない場合，お手続きは不要です。

また，府医で把握している先生方の受講一覧（取得単位・CC）をこれまで全会員にお送りしておりましたが，昨年度実施いたしましたアンケート調査の結果より，今年度は希望される会員にお送りするようにいたします。受講一覧をご希望の先生におかれましては，お手数ですが5月11日(水）までにFAXまたはメールにてお申し込みください。

【提出先・お問い合わせ先】

京都府医師会　学術生涯研修課
〒604－8585 京都市中京区西ノ京東栂尾町6
TEL：075－354－6104　　FAX：075－354－6074
E-mail：gakujyutu@kyoto.med.or.jp

子育てサポートセンター

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

子育てサポートセンターのホームページから，WEBにて利用予約が可能です。
また，新規登録された方やお知り合いをご紹介してくださった方へ体験保育（4時間まで保育無料）も実施しておりますので，是非子育てサポートセンターをご利用ください。

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

京都医学史研究会
医学史コーナー

醫の歴史
―医師と医学　その35―

○近代明治期の医療（５）

野口英世　その２

野口英世とノーベル賞

大正(1913)２年５月、ニューヨークの英世(37歳)は故郷・福島県猪苗代の高等小学校の恩師小林栄(1860~1940)先生に「多分、一両年のうちにノーベル賞金が私のもとに来るであろうとはアメリカやヨーロッパの医学界の噂です、小児麻痺・梅毒・狂犬病などの私の研究に対し、過般スウェーデン国皇帝アルフォンソ陛下より勲章をお贈りいただきました」と封書で近況報告をしてノーベル賞授賞の可能性を示唆(しさ)している。事実、英世は前評判でも医学・生理学ノーベル賞に最も近い医学者として認知されていた。翌大正(1914)３年ヨーロッパで第１次世界大戦が勃発(ぼっぱつ)したが、ノーベル賞主催国のスウェーデンは小国であり中立国としての立場から敢(あ)えて王立科学アカデミー・カロリンスカ研究所はこの年のノーベル賞授賞者を発表した。因みに生理学･医学賞はオーストリアのローベルト・バーラーニ(1876~1936)の「内耳の三半規管に関する生理学・病理学に関する研究」に対してであった。英世は1900(24歳)年に渡米して1904年からニューヨーク・マンハッタン島にあるロックフェラー医学研究所に在籍する。1911年には梅毒の病原体「梅毒スピロヘータを発見したと発表、13年には小児麻痺と狂犬病の病原体を発見、相次いでそれらの成果を発表したのである。この間の同ノーベル授賞者とその内容は

・1911(明治44)年：グルストランド(スウェーデン)、眼の屈折機能
・1912(大正1)年：カレル(フランス)、血管縫合及び臓器移植
・1913(大正2)年：リシュ(フランス)、アナフィラキシーの研究

であり、翌年1914年から1918年までノーベル賞の発表はなかった。大戦後は

・1919年：ボルデ(ベルギー)、免疫に関する諸発見
・1920年：クローグ(デンマーク)、毛細血管の調整機構

と続く。英世が前述しているようにノーベル賞授賞の可能性は高く、1914年・1915年・1920年の３度も候補にあげられている。

1914年度は候補者63人のうち、最終選考11人の１人に残った。1915(39歳)年度も候補者31人中、最終候補９人の１人に選ばれたが、この年からノーベル賞は大戦中の1918年まで中止されてしまった。

再開は1919(大正8)年で生理学医学賞はベルギー人のボルデ、1920年はその候補者57人に英世(44歳)は選ばれているが授賞したのはクローグであった。この年を最後に英世は候補者名簿から消え去るが、1910(34歳~43歳)年代の10年間に素晴らしい実績を積み上げていく。まずは20代から手がけていた「蛇毒」の研究に始まり、30代で英世の最も重要な功績と言われる「梅毒スピロヘータ」の純粋培養に成功(37歳(後に否定された))したことである。この２つの業績によりロックフェラー研究所、ペンシルベニア大学、京都帝国大学、東京帝国大学からは学位や博士号を授与され、スペイン・デンマーク・スウェーデン各国政府は英世に勲３等を叙勲した。そしてその勢いで1914(大正3)年には既述したノーベル賞候補の１人に挙げられるまでになったのである。一方、日本における英世は立志伝の人物として修身の教科書に登場し、唱歌でも「野口英世」という題で歌われる。２番の歌詞は「やさしく母を労(いたわ)って　昔の師をば敬(うやま)って　医学の道を踏(ふ)み究(きわ)め　世界にその名を挙げた人」であった。

―つづく―

（京都医学史研究会　葉山　美知子）

集いの部屋

倶楽部・サークル

Tennis
医師テニス

第 70 回 京都府医師会 地区対抗テニス大会のご案内

と　き　令和４年５月 29 日(日)
午前９時～

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 28 日(木) までに各地区医福利厚生担当理事または地区医事務局へお申し込みください。

※予備日は６月 19 日(日) になります。予備日の参加可否についても，あわせて各地区医福利厚生担当理事または地区医事務局までお知らせください。

※今年も新型コロナウイルスの蔓延状況・社会的状況により，急遽中止・延期する場合があります。

※ 2018 年以降，HOS 向島テニスコートの駐車場台数が減少したため，入庫できず遅刻される方がみられます。近隣に有料駐車場もありますので，当日時間に余裕を持ってお集まりください。

第 51 回 医師会コンサートのご案内

開催日時：2022 年 7 月 24 日(日) 午後 1 時開演（入場無料）

場　　所：京都コンサートホール小ホール ＜アンサンブルホールムラタ＞
京都市左京区下鴨半木町 1 番地の 26

出演申し込み締切：2022 年 5 月 2 日(月)
◎出演ご希望の方は府医（医芸クラブ担当）までご連絡ください。
申込用紙をお送りいたします。
連絡先：TEL 075－354－6071　FAX 075－354－6074

京都府医師会・会員メーリングリストにご登録ください

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

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

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

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

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

（パソコン）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ます。

京都医報を スマートフォン，タブレットで 快適に閲覧

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

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

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

トップ画面

記事画面

尚，閲覧にはベーシック認証の ID とパスワードが必要です。設定方法，操作方法については下記の QR コードからご確認ください。ログイン用の ID とパスワードは 1 年間で変更いたします。毎年，京都医報 7 月 15 日号にて変更 ID とパスワードをお知らせいたしますので，ご確認ください。

閲覧は こちら

操作方法は こちら

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。

会員消息

（1/20，1/27 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
横田　浩美	B 1	宇　久	宇治市槇島町石橋 145 宇治徳洲会病院	産婦
松本美智子	B 1	下　西	下京区西洞院通松原下ル永倉町 558 産科・婦人科松本クリニック	産婦
東前　伊織	B 1	伏　見	伏見区表町 589－2 東前医院	内・精
藤山　雅晴	D	伏　見		

異　動

氏　名	会員区分	地　区	医　療　機　関	診療科目
福岡　正平	A→A	右京→右京	右京区太秦北路町 10－1 ふくおかクリニック ※法人化にともなう異動	内・外・循内・漢内
立花　佑介	C→B2	府医大→府医大	上京区河原町通広小路上ル梶井町 465 京都府立医科大学附属病院	呼内
東　瑛人	C→B2	府医大→府医大	上京区河原町通広小路上ル梶井町 465 京都府立医科大学附属病院	消内
中村　政弥	A→D	上東→上東	－	

※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
村井　隆太	B 1	北　丹	山根　　忠	B 1	伏　見	萩本　　愛	B 2	京　大
柴田　　涼	C	府医大						

訃　報

竹田　彬一氏／宇久地区：第2班／1月9日ご逝去／77歳
西村　　康氏／綾部地区：西部班／1月14日ご逝去／61歳
謹んでお悔やみ申し上げます。

第36回 定例理事会（1月20日）

報　告

1．会員の逝去
2．子育てサポートセンターの運営状況
3．融資斡旋の状況
4．令和３年度かかりつけ医・産業医等うつ病対応力向上研修会の状況
5．第３回地域ケア委員会の状況
6．第３回京都府糖尿病対策推進事業委員会の状況
7．第２回子宮がん検診委員会の状況
8．第７回医事紛争相談室の状況

議　事

9．京都府・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
10．会員の入会・異動・退会８件を可決
11．常任委員会の開催を可決
12．第４回近医連保険担当理事連絡協議会への出席を可決
13．＜山形県医師会＞第２回外国人向け医療提供体制整備に係る研修会への講師の派遣を可決
14．第４回京都府糖尿病対策推進事業委員会の開催を可決
15．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
16．学術講演会への共催および日医生涯教育講座の認定を可決
17．日医生涯教育講座の認定を可決
18．第８回医事紛争相談室の開催を可決
19．看護専門学校非常勤講師の退職および退職慰労金の支給を可決

第37回 定例理事会（1月27日）

報　告

1．産業医研修会の状況
2．第２回産業医部会正副幹事長会の状況
3．第２回脳卒中登録事業委員会の状況
4．１月度学術・会員業務担当部会の状況
5．第２回研修サポート委員会の状況
6．第18回指導医のための教育ワークショップの状況
7．日医理事会の状況
8．令和３年度第３回都道府県医会長会議の状況

議　事

9．京都府・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
10．会員の入会・異動・退会７件を可決
11．＜京都府発達障害関係団体連絡会＞世界自閉症デー in 京都 2022 の後援を可決
12．第３回産業医部会正副幹事長会の開催を可決
13．学術講演会への共催および日医生涯教育講座の認定を可決
14．日医生涯教育講座の認定を可決

京都府医師会　府民向け広報誌

「京の医・食・住」のご案内

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

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

これまで，以下のとおり全 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です。

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

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

第３号「人と住まいの幸福な関係」
株式会社 坂田基禎建築研究所　坂田 基禎

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

第５号「スポーツが育んでくれる『人生の恵み』」
朝原　宣治
奥野　史子

第６号「地方生活の“今”と“これから”」
タレント　太川　陽介

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

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

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

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

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

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

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

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。

～ ５月度請求書（４月診療分） 提 出 期 限 ～

▷基金　**10日(火)**　午後５時 30 分まで
▷国保　**10日(火)**　午後５時まで
▷労災　**10日(火)**　午後５時まで

☆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 ―

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

厚労省から標記の取り扱いについて，一部改正通知が示されましたのでお知らせします。

第２　医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項について

６　介護療養型医療施設に入院中の患者の医療保険における他保険医療機関への受診について

（３）（２）にかかわらず，介護療養施設サービス費を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に限る）であって，当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において，次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。)は,当該患者について算定する介護療養施設サービス費に含まれる診療が当該他保険医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り，当該他保険医療機関において，当該診療に係る費用を算定できる。ただし，短期滞在手術等基本料~~2及び~~３，医学管理等，在宅医療，投薬，注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有の薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。（以下略）

第５　医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

12　人工腎臓等に関する留意事項について

介護老人保健施設の入所者について，人工腎臓の「１」から「３」までのいずれかを算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）の取扱いは，介護老人保健施設の入所者以外の者の場合と同様であり，透析液（灌流液），血液凝固阻止剤，生理食塩水，エリスロポエチン，ダルベポエチン，エポエチンベータペゴル及びHIF－PH阻害剤の費用は人工腎臓の所定点数に含まれており，別に算定できない。なお，生理食塩水には，回路の洗浄・充填，血圧低下時の補液，回収に使用されるもの等が含まれ，同様の目的で使用される電解質補液，ブドウ糖液等についても別に算定できない。また，HIF－PH阻害剤は，原則として人工腎臓を算定する保険医療機関において院内処方すること。

（変更箇所下線部）

５月度請求書（４月診療分）
提　出　期　限
▷基金　10日(火)
午後５時30分まで
▷国保　10日(火)
午後５時まで
▷労災　10日(火)
午後５時まで
☆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。

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

（別紙１）

区　分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）				2．入院中の患者					3．入所中の患者		
		自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
							介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
初・再診料		○				—	×	○	×	○	×	○ （入院に係るものを除く。）	○ （配置医師が行う場合を除く。）
入院料等		×				○	×	○ （A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。）	○ （A227精神科措置入院診療加算及びA227-2精神科措置入院退院支援加算に限る。）	○ （A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。）	×	—	—
医学管理等	B001の10　入院栄養食事指導料	—				○	×		×		×		—
	B001の24　外来緩和ケア管理料	○				—	—	×	×		×		○
	B001の25　移植後患者指導管理料	○				—	—	×	×		×		○
	B001の26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○				—	—	×	×		×		○
	B001の27　糖尿病透析予防指導管理料	○				—	—	×	×		×		○
	B001の32　一般不妊治療管理料	○				—	—	×	×		×		○
	B001の33　生殖補助医療管理料	○				—	—	×	×		×		○
	B001の34　ハ　二次性骨折予防継続管理料3	○				—	—	×	×		×		○
	B001-2-5　院内トリアージ実施料	○				—	—	×	×		×		○
	B001-2-6　夜間休日救急搬送医学管理料	○				—	—	×	×		×		○
	B001-2-7　外来リハビリテーション診療料	○				—	—	×	×		×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	B001-2-8　外来放射線照射診療料	○				—	—	×	×		×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	B001-2-12　外来腫瘍化学療法診療料	○				—	—	×	×		○		○
	B004　退院時共同指導料1	—				○	×		×		×		—
	B005　退院時共同指導料2	—				○	×		×		×		—
	B005-1-2　介護支援等連携指導料	—				○	×		×		×		—
	B005-6　がん治療連携計画策定料	○				○	×		×		×		—
	B005-6-2　がん治療連携指導料	○				—	×		×		×		○
	B005-6-4　外来がん患者在宅連携指導料	○				—	×		×		×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	B005-7　認知症専門診断管理料	○				○ （療養病棟に入院中の者に限る。）	×	○	×		×		○
	B005-7-2　認知症療養指導料	○				○ （療養病棟に入院中の者に限る。）	×		×		×		○

区　分		1．入院中の患者以外の患者 （次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）				2．入院中の患者						3．入所中の患者		
		自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
							介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
医学管理等	B005-8　肝炎インターフェロン治療計画料	○				○	×		×		×		○
	B005-12　こころの連携指導料（Ⅰ）	○				—	—	×	×		×		○
	B005-13　こころの連携指導料（Ⅱ）	○				—	—	×	×		×		○
	B007　退院前訪問指導料	—				○	×		×		×		—
	B007-2　退院後訪問指導料	○				—	×		×		×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	B008　薬剤管理指導料	—				○	×		×		×		—
	B008-2　薬剤総合評価調整管理料	○				—	×		×		×		○ （配置医師が行う場合を除く。）
	B009　診療情報提供料（Ⅰ）												
	注1	○				○	×		×		×		○
	注2	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）				○	○ （短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る。）	×	×		×		—
	注3	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				—	×		×		×		○
	注4	○				○	×		×		×	○	—
	注5及び注6	○				○	○	×	×		×		○
	注8加算及び注9加算	○				○	×		×		×		○
	注10加算（認知症専門医療機関紹介加算）	○				○	○	×	×		×		○
	注11加算（認知症専門医療機関連携加算） 注12加算（精神科医連携加算） 注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算）	○				—	×		×		×		○
	注14加算（歯科医療機関連携加算1） 注15加算（歯科医療機関連携加算2）	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				○	×		×		×		○
	注16加算（地域連携診療計画加算）	○				—	×		×		×		—
	注17加算（療養情報提供加算）	○				—	×		×		×		○
	注18加算（検査・画像情報提供加算）	○				○	×		×		×		○
	B009-2　電子的診療情報評価料	○				○	×		×		×		○
	B010　診療情報提供料（Ⅱ）	○				○	×		×		×		○
	B010-2　診療情報連携共有料	○				○	○		○		×		○
	B011　連携強化診療情報提供料	○				○	×		×		×		○
	B011-5　がんゲノムプロファイリング評価提供料	○				○	×	○	×	○	×		○
	B014　退院時薬剤情報管理指導料	—				○	×		×		×		—
	B015　精神科退院時共同指導料	—				○	×		×		×		—

区分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）					2．入院中の患者				3．入所中の患者		
		自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
								介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
	上記以外	○					○	○	×	×		×		○ ※1
在宅医療	C000　往診料	○					—	×		×		×	○	○ （配置医師が行う場合を除く。）
	C001　在宅患者訪問診療料（I） （同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定）	○	○ ※10	○			—	×		×		×		ア：○　※8 （死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算（II）を算定している場合には看取り加算は算定できない。） イ：○　※10
	C001-2　在宅患者訪問診療料（II）	○	○ ※10	○			—	×		×		×		ア：○　※8 （死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算（II）を算定している場合には看取り加算は算定できない。） イ：○　※10
	C002　在宅時医学総合管理料	○ （養護老人ホーム、軽費老人ホームA型、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者を除く。）	○ ※10	—			—	×		×		×		—
	C002-2　施設入居時等医学総合管理料	○ （定員110名以下の養護老人ホーム、軽費老人ホームA型、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者並びに特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍のものに限る。）に限る。）	—	○			—	×		×		×		ア：○　※8 （死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※10
	C003　在宅がん医療総合診療料	○	○ ※10	○	×	○	—	×		×		×		—
	C004　救急搬送診療料	○					—	×		×		×		○
	C005　在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2　同一建物居住者訪問看護・指導料 （同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定）	○ ※2	○ ※2及び※11	○ ※2			—	×		×		×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）イ：○　※12
	在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者ターミナルケア加算	○ ※2 （同一月において、介護保険のターミナルケア加算を算定していない場合に限る。）	○ ※2及び※11 （同一月において、介護保険のターミナルケア加算を算定していない場合に限る。）	○ ※2 （ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算の口又は同一建物居住者ターミナルケア加算の口を算定する。）			—	×		×		×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算の口又は同一建物居住者ターミナルケア加算の口を算定する。） イ：○　※12

<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="3">区　分</th><th colspan="3">1．入院中の患者以外の患者
（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）</th><th colspan="4">2．入院中の患者</th><th colspan="3">3．入所中の患者</th></tr>
<tr><th rowspan="2">自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1</th><th rowspan="2">認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）</th><th rowspan="2">特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）</th><th rowspan="2">介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）</th><th colspan="2">ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。）
イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者</th><th colspan="2">ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。）
イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者</th><th rowspan="2">ア．介護老人保健施設
イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者</th><th rowspan="2">ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設
イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者</th></tr>
<tr><th>うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）</th><th>うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設</th><th>介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合</th><th>介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合</th><th>介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合</th><th>介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合</th><th>併設保険医療機関</th><th>併設保険医療機関以外の保険医療機関</th></tr>
<tr><td rowspan="19">在宅医療</td><td rowspan="3"></td><td>在宅移行管理加算</td><td>○
※2
（同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）</td><td>○
※2及び※11
（同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）</td><td colspan="2">○
※2
（同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>ア：○
（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
イ：○　※12</td></tr>
<tr><td>看護・介護職員連携強化加算</td><td>○</td><td colspan="3">×</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>—</td></tr>
<tr><td>その他の加算</td><td>○
※2</td><td>○
※2及び※11</td><td colspan="2">○
※2</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>ア：○
（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
イ：○　※12</td></tr>
<tr><td colspan="2">C005-2　在宅患者訪問点滴注射管理指導料</td><td>○</td><td>○
※2</td><td colspan="2">○
※2</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>○
（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">C006　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
（同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定）</td><td colspan="4">○
（急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。）</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>—</td></tr>
<tr><td colspan="2">C007　訪問看護指示料</td><td colspan="4">○</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>○
（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">C007-2　介護職員等喀痰吸引等指示料</td><td colspan="4">○</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>—</td></tr>
<tr><td colspan="2">C008　在宅患者訪問薬剤管理指導料
（当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等により該当する区分を算定）</td><td colspan="4">×</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>○
（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">C009　在宅患者訪問栄養食事指導料
（当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等により該当する区分を算定）</td><td colspan="4">×</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>—</td></tr>
<tr><td colspan="2">C010　在宅患者連携指導料</td><td colspan="4">×</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>—</td></tr>
<tr><td colspan="2">C011　在宅患者緊急時等カンファレンス料</td><td colspan="4">○</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>○
（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">C012　在宅患者共同診療料の1</td><td colspan="4">○</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>○
（配置医師が行う場合を除く。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">C012　在宅患者共同診療料の2
C012　在宅患者共同診療料の3
（同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定）</td><td>○</td><td>×</td><td colspan="2">○</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>—</td></tr>
<tr><td colspan="2">C013　在宅患者訪問褥瘡管理指導料</td><td colspan="4">○</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>—</td></tr>
<tr><td colspan="2">C014　外来在宅共同指導料</td><td>○</td><td colspan="3">—</td><td>—</td><td colspan="2">—</td><td colspan="2">—</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td colspan="2">第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料</td><td colspan="4">○</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>○
※1</td></tr>
<tr><td colspan="2">第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算</td><td colspan="4">○</td><td>—</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td colspan="3">検査</td><td colspan="4">○</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>○
※7</td><td>○</td></tr>
</table>

区　分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）				2．入院中の患者					3．入所中の患者		
		自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
							介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
画像診断		○				○	○ （単純撮影に係るものを除く。）	○	×	○	○		○
投薬		○				○	○ （第3節に限る。） ※3	○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	○ （第3節に限る。） ※3	○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	○ ※3		○
注射		○				○	○ （第2節に限る。） ※4	○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	○ （第2節に限る。） ※4	○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	○ ※5		○
リハビリテーション		○ （同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は算定不可（ただし、別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合には、利用開始月の3月目以降は算定不可））				○	○ （H005 視能訓練及びH006 難病患者リハビリテーション料に限る。）	×	×		○ ※7		○ （同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は算定不可（ただし、別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合には、利用開始月の3月目以降は算定不可））
精神科専門療法	I002　通院・在宅精神療法（1通院精神療法に限る。）	○				—	×	○	×		×		○ ※1
	I002　通院・在宅精神療法（2在宅精神療法に限る。）	○				—	×	—	×		×		○ （ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。）
	I003-2　認知療法・認知行動療法	○				—	×	○	×		×		○ （ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。）
	I005　入院集団精神療法	—				○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）		○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）		×		—
	I007　精神科作業療法	○				○	×	○	×	○	×		○
	I008　入院生活技能訓練療法	—				○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）		○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）		×		—
	I008-2　精神科ショート・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定 可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）		○ （精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。）	×	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	×	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	×		○
	注5	—				○	○	—	○	—	×		—

区　分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み，3の患者を除く。）				2．入院中の患者					3．入所中の患者	
		自宅，社会福祉施設，身体障害者施設等（短期入所生活介護，介護予防短期入所生活介護，短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち，小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設，指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち，外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
精神科専門療法	I009　精神科デイ・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定 可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）		○ （精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。）	×	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	×	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	×	○
	注6	―				○	○	―	○	―	×	―
	I010　精神科ナイト・ケア I010-2　精神科デイ・ナイト・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定 可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）		―	―		―		×	○
	I011　精神科退院指導料 I011-2　精神科退院前訪問指導料	―				○	○	×	○	×	×	―
	I012　精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）（同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）（看護・介護職員連携強化加算以外の加算を含む。）	○ ※9	○ ※9及び※13	○ ※9		―	×	×	×	×	×	ア：○ （認知症患者を除く。） イ：○　※13 （認知症患者を除く。）
	看護・介護職員連携強化加算	○	×			―	×	×	×	×	×	―
	I012-2　精神科訪問看護指示料	○				―	―	―	―	―	×	○ （認知症患者を除く。）
	I015　重度認知症患者デイ・ケア料	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクＭのものに限る。）	○ （重度認知症患者デイ・ケアを行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）	―	―		―		×	○
	I016　精神科在宅患者支援管理料	○				―	×		×		×	○ （精神科在宅患者支援管理料１のハを算定する場合を除く。）
	上記以外	○				○	○		○		×	○ ※1
処置		○				○	○ ※6	○	×	○	○ ※7	○
手術		○				○	○		×	○	○ ※7	○
麻酔		○				○	○		×	○	○ ※7	○
放射線治療		○				○	○		×	○	○	○
病理診断		○				○	×	○	×	○	○	○

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

※1　社会福祉施設，身体障害者施設等，養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については，「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）に特段の規定がある場合には，当該規定が適用されるものであること。
※2　末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。
※3　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）
※4　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・HIF-PH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体
※5　次に掲げる費用に限る。
・外来腫瘍化学療法診療料の1のイ又は2のイ
・外来化学療法加算
・静脈内注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又は外来腫瘍化学療法診療料の1のイ若しくは2のイ若しくは外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・動脈注射（外来腫瘍化学療法診療料の1のイ若しくは2のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・抗悪性腫瘍剤局所持続注入（外来腫瘍化学療法診療料の1のイ又は2のイを算定するものに限る。）
・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来腫瘍化学療法診療料の1のイ又は2のイを算定するものに限る。）
・点滴注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又は外来腫瘍化学療法診療料の1のイ若しくは2のイ若しくは外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・中心静脈注射（外来腫瘍化学療法診療料の1のイ若しくは2のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・植込型カテーテルによる中心静脈注射（外来腫瘍化学療法診療料の1のイ若しくは2のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・HIF-PH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用
・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
・インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用
※6　創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。），喀痰吸引，摘便，酸素吸入，酸素テント，皮膚科軟膏処置，膀胱洗浄，留置カテーテル設置，導尿，膣洗浄，眼処置，耳処置，耳管処置，鼻処置，口腔，咽頭処置，間接喉頭鏡下喉頭処置，ネブライザ，超音波ネブライザ，介達牽引，消炎鎮痛等処置，鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。
※7　検査，リハビリテーション，処置，手術又は麻酔について，それぞれ，特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）別表第12第1号，第2号，第3号，第4号又は第5号に掲げるものを除く。
※8　死亡日からさかのぼって30日以内の患者については，当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。）に限る。
※9　認知症患者を除く。（ただし，精神科在宅患者支援管理料を算定する患者にあってはこの限りではない。）
※10　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し，在宅患者訪問診療料，在宅時医学総合管理料，施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料（以下「在宅患者訪問診療料等」という。）を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く。）が診察した場合に限り，算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては，利用開始後30日までの間に限る。）。
また，保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については，当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず，退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては，利用開始後30日までの間に限る。）。
※11　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し，在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り，算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては，利用開始後30日までの間に限る。）。
※12　末期の悪性腫瘍の患者であって，当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し，在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り，算定することができる。
※13　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し，精神科訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り，利用開始後30日までの間，算定することができる。

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

（別紙２）

区　分		ア．介護医療院に入所中の患者 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
初・再診料		×	○	○	
入院料等		×		○ （A400の１　短期滞在手術等基本料１に限る。）	
医学管理等	B001の１　ウイルス疾患指導料	○			
	B001の２　特定薬剤治療管理料	○			
	B001の３　悪性腫瘍特異物質治療管理料	○			
	B001の６　てんかん指導料	○			
	B001の７　難病外来指導管理料	○			
	B001の８　皮膚科特定疾患指導管理料	○			
	B001の９　外来栄養食事指導料	○ ※１			
	B001の11　集団栄養食事指導料	○ ※１			
	B001の12　心臓ペースメーカー指導管理料	○			
	B001の14　高度難聴指導管理料	○			
	B001の15　慢性維持透析患者外来医学管理料	○			
	B001の16　喘息治療管理料	○			
	B001の20　糖尿病合併症管理料	×		○	
	B001の22　がん性疼痛緩和指導管理料	○			
	B001の23　がん患者指導管理料	○			
	B001の24　外来緩和ケア管理料	○			
	B001の25　移植後患者指導管理料	○			
	B001の26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○			
	B001の27　糖尿病透析予防指導管理料	×		○	
	B001の32　一般不妊治療管理料	○			
	B001の33　生殖補助医療管理料	○			
	B001の34　ハ　二次性骨折予防継続管理料３	○			
	B001の35　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	○			
	B001の36　下肢創傷処置管理料	×		○	
	B001-2-4　地域連携夜間・休日診療料	×	○	×	○
	B001-2-5　院内トリアージ実施料	×	○	×	○
	B001-2-6　夜間休日救急搬送医学管理料	×	○	×	○
	B001-2-8　外来放射線照射診療料	○			

区　分		ア．介護医療院に入所中の患者 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
医学管理等	B001-2-12　外来腫瘍化学療法診療料	○			
	B001-3　生活習慣病管理料	○ （注３に規定する加算に限る。）			
	B001-3-2　ニコチン依存症管理料	×		○	
	B001-7　リンパ浮腫指導管理料（注２の場合に限る。）	○			
	B005-6　がん治療連携計画策定料	○			
	B005-6-2　がん治療連携指導料	○			
	B005-6-3　がん治療連携管理料	○			
	B005-7　認知症専門診断管理料	○			
	B005-8　肝炎インターフェロン治療計画料	○			
	B009　診療情報提供料（Ⅰ）				
	注１注６ 注８加算 注10加算（認知症専門医療機関紹介加算） 注11加算（認知症専門医療機関連携加算） 注12加算（精神科医連携加算） 注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算） 注14加算（歯科医療機関連携加算１） 注15加算（歯科医療機関連携加算２） 注18加算（検査・画像情報提供加算）	○			
	B009-2　電子的診療情報評価料	×	○	×	○
	B010-2　診療情報連携共有料	×	○	×	○
	B011　連携強化診療情報提供料	○			
	B011-3　薬剤情報提供料	×		×	○
	B011-5　がんゲノムプロファイリング評価提供料	×		○	
	B012　傷病手当金意見書交付料	○			
	上記以外	×			
在宅医療	C000　往診料	×	○	×	○
	C014　外来在宅共同指導料	－			
	第２節第２款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	○			
	上記以外	×			
検査		×		○	
画像診断		○ （単純撮影に係るものを除く。）		○	
投薬		○ ※２		○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	
注射		○ ※３		○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	

区　分		ア．介護医療院に入所中の患者 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362 単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち，他科受診時費用（362 単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
リハビリテーション		○ （H005 視能訓練及び H006 難病患者リハビリテーション料に限る。）			
精神科専門療法	I000　精神科電気痙攣療法	×		○	
	I000-2　経頭蓋磁気刺激療法	×		○	
	I002　通院・在宅精神療法	×		○	
	I003-2　認知療法・認知行動療法	×		○	
	I006　通院集団精神療法	×		×	○ （同一日において、特別診療費を算定する場合を除く。）
	I007　精神科作業療法	×		×	○
	I008-2　精神科ショート・ケア（注５の場合を除く。）	×		×	○
	I009　精神科デイ・ケア（注６の場合を除く。）	×		×	○
	I015　重度認知症患者デイ・ケア料	×		×	○
	上記以外	×			
処置		○ ※４		○	
手術		○			
麻酔		○			
放射線治療		○			
病理診断		○			

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

※２　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は HIV 感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

※３　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・HIF-PH 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は HIV 感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

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

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

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

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

保険医	診療報酬
・配置医師（全施設共通）	・B000の特定疾患療養管理料 （中略） ・C107-3の在宅ハイフローセラピー指導管理料 （中略） ・C110-5の在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 （中略） ・C112-2の在宅喉頭摘出患者指導管理料 （中略） ・C121の在宅抗菌薬吸入療法指導管理料

※下線部追加

医療用医薬品の供給不足解消に向けた製薬団体の取組みについて

後発医薬品をはじめとした医療用医薬品の供給不足が続き，医療提供に支障をきたしている状況を踏まえ，日医からは日本製薬団体連合会会長および日本製薬工業協会会長宛に文書にて，会員各社に引続き増産に努めていただくこと，医薬品供給の偏在防止およびきめ細やかな受注に早急に対応することを強く要望していたところです。

今般，これに対して，両団体会長より，日医からの要望内容を各社に周知徹底し，製薬企業各社の使命である安定供給確保に向けた最大限の対応を実施・継続するとの回答書が送付されましたので，お知らせします。

回答書では，すべての製薬企業が最大限の増産努力を実施することについて，両団体を通じて改めてこの努力をしっかりと継続することや，供給状況に関する情報提供のあり方等についても検討し，供給不安の早期解消を目指すことが示されています。

なお，日医では，今後も国および企業の取組みを注視し，継続的に進捗報告を求めるとともに，医薬品の供給状況の速やかな改善に向けて，国に対して提言していくこととしています。

公知申請に係る事前評価が終了した医薬品の保険上の取り扱いについて

医薬品は，原則として承認された効能・効果および用法・用量を前提に保険適用されていますが，保険適用を迅速に行うことでドラッグ・ラグを解消する観点から，一定の条件を満たした医薬品については，今後追加される予定の効能・効果および用法・用量についても保険適用を可能とする取り扱いが，中医協総会にて了承されています。

今般，２月25日に開催された薬食審第一部会において，不妊治療に関する医薬品として，下記７成分11品目についての事前評価が行われた結果，当該品目については公知申請を行っても差し支えないとの結論となりましたので，お知らせします。

▷４月１日から保険適用が可能となった医薬品

１．一般名：精製下垂体性性腺刺激ホルモン

販売名：①フォリルモンＰ注75，同注150

②uFSH注用75単位「あすか」，同注用150単位「あすか」

会社名：①富士製薬工業株式会社

②あすか製薬株式会社

追記される予定の効能・効果：

生殖補助医療における調節卵巣刺激

追記される予定の用法・用量：

通常，150又は225単位を１日１回皮下投与する。患者の反応に応じて１日450単位を超えない範囲で適宜用量を調節し，卵胞が十分に発育するまで継続する。

追記される予定の注意喚起

・投与開始時期は，組み合わせて使用する薬剤に応じて適切に判断すること。

・患者により卵巣の反応性は異なるので，開始用量は患者特性を考慮して決定（減量又は増量）すること。用量調節を行う場合には，超音波検査や血清エストラジオール濃度の測定により確認した患者の卵巣反応に応じて行うこと。用量調節は投与開始５日後から可能とし，増量幅は150単位以下とすること。

・超音波検査及び血清エストラジオール濃度の測定によって十分な卵胞の発育が確認されるまで投与を継続すること。最終投与後，最終的な卵胞成熟を誘起したうえで，採卵すること。

・本剤は，不妊治療に十分な知識と経験のある医師のもとで使用すること。本剤投与により予想されるリスク及び注意すべき症状について，あらかじめ患者に説明を行うこと。

・卵巣過剰刺激症候群の発症の兆候が認められた場合には，本薬の投与を中断し，少なくとも４日間は性交を控えるよう指導すること。

・本人及び家族の既往歴等の一般に血栓塞栓症発現リスクが高いと認められる女性に対する本薬の投与の可否については，本薬が血栓塞栓症の発現リスクを増加させることを考慮して判断すること。

・本剤の投与の適否は，患者及びパートナーの検査を十分に行った上で判断すること。原発性卵巣不全が認められる場合や妊娠不能な性器奇形又は妊娠に不適切な子宮筋腫の合併等の妊娠に不適当な場合には本剤を投与しないこと。また，甲状腺機能低下，副腎機能低下，高プロラクチン血症及び下垂体又は視床下部腫瘍等が認められた場合，当該疾患の治療を優先すること。

・在宅自己注射を行う場合は，患者に投与法及び安全な廃棄方法の指導を行うこと。
・自己投与の適用については，医師がその妥当性を慎重に検討し，十分な教育訓練を実施したのち，患者自ら確実に投与できることを確認した上で，医師の管理指導のもとで実施すること。また,溶解時や投与する際の操作方法を指導すること。適用後，本剤による副作用が疑われる場合や自己投与の継続が困難な場合には，直ちに自己投与を中止させるなど適切な処置を行うこと。
・使用済みの注射針あるいは注射器を再使用しないように患者に注意を促すこと。
・全ての器具の安全な廃棄方法について指導を徹底すること。同時に，使用済みの針及び注射器を廃棄する容器を提供することが望ましい。
・在宅自己注射を行う前に，本剤の取扱説明書を必ず読むよう指導すること。
※なお，本剤の自己注射の詳細については各社が作成する資材（取扱説明書）を参考とすること

2．一般名：セトロレリクス酢酸塩
販売名：セトロタイド注射用0.25mg
会社名：日本化薬株式会社
既承認効能・効果：
調節卵巣刺激下における早発排卵の防止
追記される予定の用法・用量：
卵巣の反応に応じて本剤を投与開始し，最終的な卵胞成熟の誘発当日まで，セトロレリクスとして0.25mgを1日1回腹部皮下に連日投与する。
追記される予定の注意喚起
・本薬の投与開始は，経腟超音波検査の所見等に基づき判断すること。

3．一般名：クロミフェンクエン酸塩
販売名：クロミッド錠50mg
会社名：富士製薬工業株式会社
追記される予定の効能・効果：
生殖補助医療における調節卵巣刺激
追記される予定の用法・用量：
通常，クロミフェンクエン酸塩として1日50mgを月経周期3日目から5日間投与する。効果不十分な場合は，次周期以降の用量を1日100mgに増量できる。
追記される予定の注意喚起
・本剤は，不妊治療に十分な知識と経験のある医師のもとで使用すること。本剤投与により予想されるリスク及び注意すべき症状について，あらかじめ患者に説明を行うこと。
・本剤の投与の適否は,患者及びパートナーの検査を十分に行った上で判断すること。原発性卵巣不全が認められる場合や妊娠不能な性器奇形又は妊娠に不適切な子宮筋腫の合併等の妊娠に不適当な場合には本剤を投与しないこと。また，甲状腺機能低下，副腎機能低下，高プロラクチン血症及び下垂体又は視床下部腫瘍等が認められた場合，当該疾患の治療を優先すること。

4．一般名：ジドロゲステロン
販売名：デュファストン錠5mg
会社名：マイランEPD合同会社
追記される予定の効能・効果：
生殖補助医療における黄体補充
追記される予定の用法・用量：
通常，ジドロゲステロンとして，1回10mgを1日3回経口投与する。

追記される予定の注意喚起

・通常，本薬の投与期間は，以下のいずれかとする。
・新鮮胚移植の場合は，本薬を採卵日から妊娠成立（妊娠４～７週）まで投与する。
・自然周期での凍結融解胚移植の場合は，本薬を排卵日から妊娠成立（妊娠４～７週）まで投与する。
・ホルモン補充周期での凍結融解胚移植の場合は，本薬を，卵胞ホルモン剤の投与により子宮内膜が十分な厚さになった時点から最長妊娠12週まで投与する。
・本剤は，不妊治療に十分な知識と経験のある医師のもとで使用すること。
・本剤投与により予想されるリスク及び注意すべき症状について，あらかじめ患者に説明を行うこと。

５．一般名：メトホルミン塩酸塩
販売名：メトグルコ錠250mg，同錠500mg
会社名：大日本住友製薬株式会社
追記される予定の効能・効果：
多嚢胞性卵巣症候群における排卵誘発
ただし，肥満，耐糖能異常，又はインスリン抵抗性のいずれかを呈する患者に限る。
追記される予定の用法・用量：
他の排卵誘発薬との併用で，通常，メトホルミン塩酸塩として500mgの1日1回経口投与より開始する。患者の忍容性を確認しながら，500mgの1日3回経口投与を超えない範囲で増量し，排卵までに中止する。
追記される予定の注意喚起
・ゴナドトロピン製剤を除く排卵誘発剤で十分な効果が得られない場合に併用を考慮すること。
・糖尿病を合併する多嚢胞性卵巣症候群の患者では糖尿病の治療を優先すること。
・本剤は，不妊治療に十分な知識と経験のある医師のもとで使用すること。
・本剤投与により予想されるリスク及び注意すべき症状について，あらかじめ患者に説明を行うこと。
・妊娠初期の投与を避けるため，以下の点に注意すること。
・患者に投与前少なくとも1カ月間及び治療期間中は基礎体温を必ず記録させること。
・本薬投与開始前及び次周期の投与前に妊娠していないことを確認すること。
・卵巣の刺激が過剰となった結果として多胎妊娠となる可能性があることをあらかじめ患者に説明すること。

６．一般名：メトホルミン塩酸塩
販売名：メトグルコ錠250mg，同錠500mg
会社名：大日本住友製薬株式会社
追記される予定の効能・効果：
多嚢胞性卵巣症候群の生殖補助医療における調節卵巣刺激
ただし，肥満，耐糖能異常，又はインスリン抵抗性のいずれかを呈する患者に限る。
追記される予定の用法・用量：
他の卵巣刺激薬との併用で，通常，メトホルミン塩酸塩として500mgの1日1回経口投与より開始する。患者の忍容性を確認しながら，500mgの1日3回経口投与を超えない範囲で増量し，採卵までに中止する。
追記される予定の注意喚起
・糖尿病を合併する多嚢胞性卵巣症候群の患者では糖尿病の治療を優先すること。
・本剤は，不妊治療に十分な知識と経験のある医師のもとで使用すること。

・本剤投与により予想されるリスクについて，あらかじめ患者に説明を行うこと。
・妊娠初期の投与を避けるため，以下の点に注意すること。
・本剤投与開始前及び次周期の投与前は妊娠していないことを確認すること。

7．一般名：レトロゾール
販売名：フェマーラ錠2.5mg
会社名：ノバルティスファーマ株式会社
追記される予定の効能・効果：
原因不明不妊における排卵誘発
追記される予定の用法・用量：
通常，レトロゾールとして1日1回2.5mgを月経周期3日目から5日間経口投与する。
十分な効果が得られない場合には，1回投与量を5mgに増量することができる。
追記される予定の注意喚起
・本剤は，不妊治療に十分な知識と経験のある医師のもとで使用すること。
・本剤投与により予想されるリスクについて，あらかじめ患者に説明を行うこと。
・妊娠初期の投与を避けるため，以下の点に注意すること。
・患者に，投与前少なくとも1カ月間及び治療期間中は基礎体温を必ず記録させること。
・本剤投与開始前及び次周期の投与前は妊娠していないことを確認すること。
・卵巣の刺激が過剰となった結果として多胎妊娠となる可能性があることをあらかじめ患者に説明すること。
・本薬を用いた周期を繰り返し行っても十分な効果が得られない場合には，患者の年齢等も考慮し，漫然と本薬を用いた周期を繰り返すのではなく，生殖補助医療を含め他の適切な治療を考慮すること。

8．一般名：カベルゴリン
販売名：カバサール錠0.25mg
会社名：ファイザー株式会社
追記される予定の効能・効果：
生殖補助医療に伴う卵巣過剰刺激症候群の発症抑制
追記される予定の用法・用量：
通常，成人にはカベルゴリンとして1日1回0.5mgを最終的な卵胞成熟の誘発日又は採卵日から7～8日間、就寝前に経口投与する。
追記される予定の注意喚起
・多嚢胞性卵巣症候群の有無、血清抗ミュラー管ホルモン濃度、血清エストラジオール濃度、卵胞数等に基づき、生殖補助医療に伴う卵巣過剰刺激症候群の発症リスクが高いと判断される患者に対してのみ、本薬を投与すること。

キイトルーダ点滴静注に係る最適使用推進ガイドラインの策定にともなう留意事項の一部改正について

今般,ペムブロリズマブ(遺伝子組換え)製剤(販売名:キイトルーダ点滴静注100mg)に関して,「高い腫瘍遺伝子変異量(TMB-High)を有する固形癌」の最適使用推進ガイドラインの策定等がされたことにともない,留意事項通知が下記のとおり改正されましたので,抜粋してお知らせします。

記

▷「抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項の一部改正について」(令和4年2月25日付保医発0225第4号)

1 (略)
2 キイトルーダ点滴静注100mg
(1)～(7)(略)
(8)根治切除不能又は転移性の腎細胞癌
1)・2)(略)
3)本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合,次に掲げる併用投与のうち,該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)
ア アキシチニブとの併用投与
イ レンバチニブとの併用投与
(9)～(12)(略)
(13)がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量(TMB-High)を有する進行・再発の固形癌(標準的な治療が困難な場合に限る)
本製剤をがん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量(TMB-High)を有する進行・再発の固形癌(標準的な治療が困難な場合に限る)の治療に用いる場合は,次の事項をレセプトの摘要欄に記載すること。
1)次に掲げる施設のうち,該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)
ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院,地域がん診療連携拠点病院,地域がん診療病院など)
イ 特定機能病院
ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院,がん診療連携協力病院,がん診療連携推進病院など)
エ 外来化学療法室を設置し,外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設
オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設
2)次に掲げる医師の要件のうち,本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)
ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち,2年以上は,がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。
イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち,3年以上は,対象となるがん種領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。
3)TMB-Highを確認した検査の実施年月日

新型コロナウイルス検査等に係る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100／３月17日付）

【インフルエンザウイルス抗原定性】

問１　「鼻咽頭ぬぐい液又は鼻腔ぬぐい液中のＡ型インフルエンザウイルス抗原及びＢ型インフルエンザウイルス抗原の検出」を使用目的として令和４年３月17日付けで薬事承認された「Exdia EKテストInfluenza Ａ＋Ｂ」(栄研化学株式会社)はいつから保険適用となるのか。

（答）　令和４年３月17日より保険適用となる。なお，当該検査を実施する場合は，「D012」感染症免疫学的検査の「22」インフルエンザウイルス抗原定性を算定すること。

【SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出（定性）】

問２　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（定性）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，令和４年３月17日付けで薬事承認された「HEALGEN COVID-19抗原迅速テスト」（タカラバイオ株式会社)，「イムノエースSARS-CoV-2 Saliva」（株式会社タウンズ）及び「キャピリアSARS-CoV-2 Saliva」（株式会社タウンズ）はいつから保険適用となるのか。

（答）　令和４年３月17日より保険適用となる。

「療養費の支給対象となる既製品の治療用装具について」の一部改正について４月１日から

今般，「療養費の支給対象となる既製品の治療用装具について」（平成28年９月23日保発0923第３号）へ既製品の対象品目の追加等が示されるとともに，リスト収載された製品について，療養費として支給する額については，基準価格（上限）の100分の106に相当する額を基準として算定する取り扱いが示され，令和４年４月１日からの適用となりましたので，お知らせします。

当該リスト収載された製品の一覧および基準価格については厚労省ホームページに掲載されている通知（https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken13/dl/220322_01.pdf）をご参照ください。

記

▷「療養費の支給対象となる既製品の治療用装具について」

記

１　リスト収載された製品であっても，療養費としての最終的な支給の可否は，個々の患者の状況に応じて，正当な利用目的，必要性の有無及び代替品の可否等に鑑みて，保険者において判断する。

２　リスト収載されていない製品であっても，個別の製品及び事例に応じて，保険者において，療養費としての支給の可否を判断する。

３　リスト収載された製品について，療養費として支給する額については，別紙の基準価格（上限）の100分の106に相当する額を基準として算定する。

※改正箇所下線部

指定難病・小児慢性特定疾病データベースの更改内容に関する情報提供について

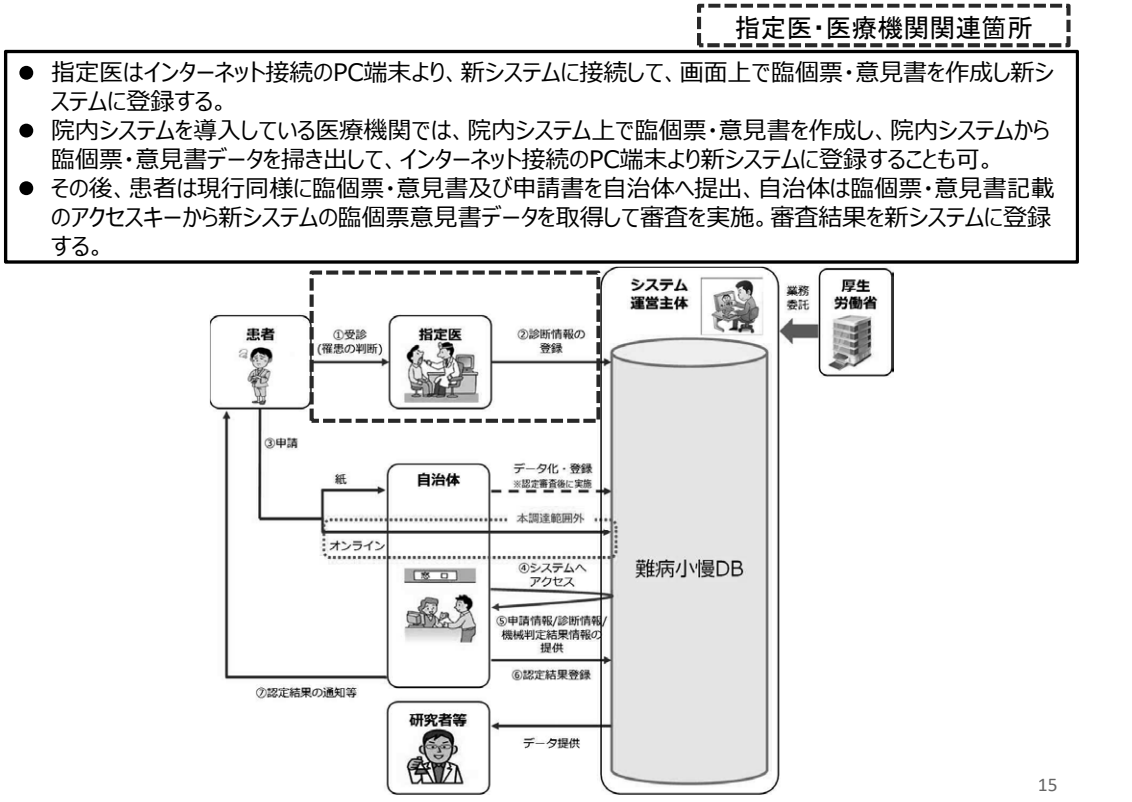
次期指定難病患者データベースおよび小児慢性特定疾病データベースについては，現在，厚労省においてリリースに向け準備が進められているところですが,今般,現段階における構築スケジュールおよび新システムの概要，医療機関のシステム改修の事項等の更改内容について，事前の情報提供がありましたので，お知らせします。

次期データベースシステムにおいては，指定医はインターネット接続のPC端末より新システムに接続し，画面上で臨床調査個人票および医療意見書を作成し登録することが可能となり，新システムによるオンライン登録の開始時期については，小慢が令和５年１月，難病が令和５年11月を予定しているとのことです。

それにともない，令和４年12月に医療意見書様式の変更，令和５年４月に臨床調査個人票様式の変更が予定されています。

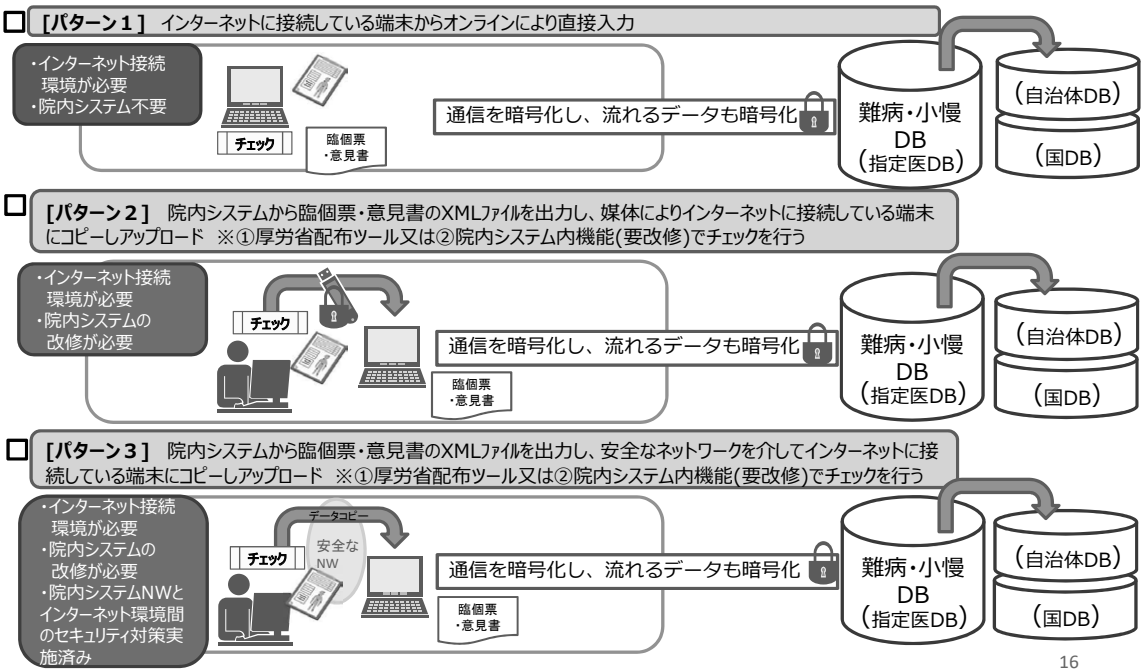
なお，次期データベースシステムの詳細については，今後，医療機関向け説明会が開催されることとなっており，厚労省より案内があり次第，改めてお知らせします。

難病・小慢DB 新システムの全体像



指定医の次期DBへの臨個票・意見書登録方法

- 新システムへの臨個票・意見書の登録方法は3種類ある。院内システムの無い医療機関ではパターン１を選択。院内システムのある医療機関では、パターン1,2,3いずれかを選択する想定。

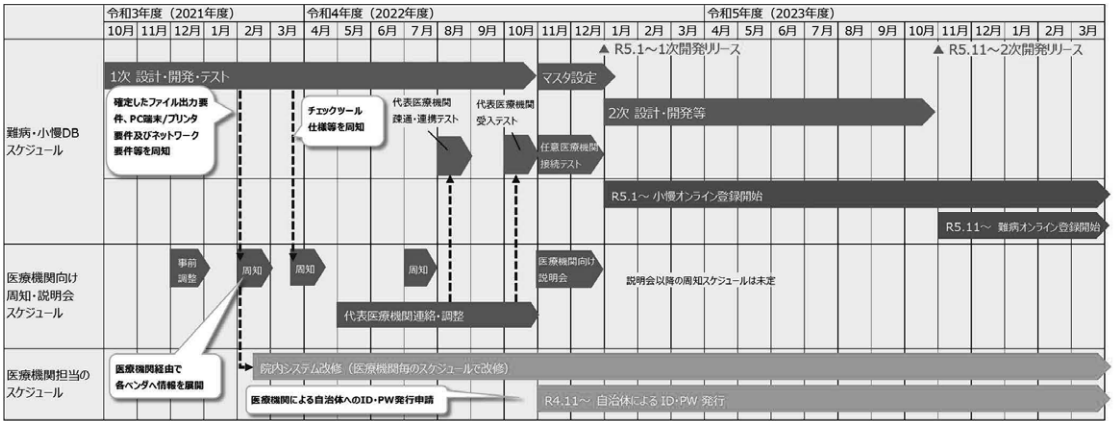


16

難病・小慢DBの構築スケジュール

- ○ 令和４年 8月～ 接続確認
- ○ 令和４年11月～ 自治体による医療機関ID・PW発行
- ○ 令和４年12月～ 新システム用教材の展開
- ○ 令和４年12月 意見書様式の変更
- ○ 令和５年 1月 新システム稼働開始、小慢のオンライン登録の開始
- ○ 令和５年 4月 臨個票様式の変更
- ○ 令和５年11月 難病のオンライン登録の開始

※ 医療機関毎に以下のご判断をしていただくことになります。
＊各医療機関で新システムの利用を開始する時期
＊院内システムを改修するかどうか、改修する場合の時期



※あくまで現在の目安であり、今後変更となる可能性があります。

医療機関にご対応頂く事項一覧

- 新システムの利用開始にあたり、ご対応頂く事項は以下の通りとなります。各事項の要件等は次頁以降に示します。

No.	ご対応事項	必要となるタイミング	備考
1	PC 端末・プリンタ用意	新システム利用開始時に必要	医療機関での必要台数をご用意ください PC：臨個票・意見書の登録に必要となります プリンタ：臨個票・意見書のプリントアウト時に必要となります
2	ネットワーク環境の整備	新システム利用開始時に必要	新システムへの接続に必要となります
3	院内システムからの出力機能の改修	登録方法パターン２及び３の利用開始時に必要	対応いただける場合，ご利用のベンダ様にご相談ください
4	院内システムのチェック機能の改修	登録方法パターン２及び３のうち，②院内システムチェック機能を導入する場合に必要	対応いただける場合，ご利用のベンダ様にご相談ください
5	臨個票意見書様式変更に伴う院内システムの改修	臨個票意見書変更後様式の公表から１年以内	新システムのリリースに伴い，臨個票意見書様式が変更となります。対応時期等については，ご利用のベンダ様にご確認ください （次期 DB の利用に関わらず改修が必要）
6	院内セキュリティポリシーの確認	新システム利用開始時に必要	院内ネットワーク⇔インターネット接続環境間のデータのやり取りのルールのご確認が必要となります インターネット環境からの脅威防御対策の実施が必要となります。
7	ID・PW の発行申請	新システム利用開始時に必要	新システムリリース前に最初の申請期間を設ける予定です。医療機関単位で各自治体へ申請頂くことになります。詳細は新システム設計開発事業者と協議し決定します。

小児慢性特定疾病指定医の指定等の一部改正について

今般，小児慢性特定疾病対策に係る通知が一部改正され，厚労省より事務連絡が発出されましたのでお知らせします。

具体的には，指定医の指定に係る申請書の提出先について，これまで複数の医療機関に勤務する場合であってその勤務地の都道府県等が異なる場合には，各々の都道府県知事等に提出することとされていましたが，令和４年４月１日より主たる勤務地の都道府県知事等への提出に一元化されました。その他，指定申請書の性別記載欄の廃止など諸般の改正が行われています。

オンライン資格確認等システムにおける「緊急時医療情報・資格確認機能」のアクティブ化について

オンライン資格確認等システムの機能の１つである，災害等発生時における「保険資格情報・医療情報の閲覧機能」をアクティブ化（有効化）について，お知らせします。

「保険資格情報・医療情報の閲覧機能」は，災害救助法（昭和22年法律第118号）が適用される災害等が発生した時に，同法が適用された市区町村を有する都道府県において，期間限定でアクティブ化される機能です。アクティブ化されている場合，「オンライン資格確認等システム利用規約」第21条２項に基づき，患者がマイナンバーカードを紛失等した場合であっても，医療機関･薬局は，口頭等で患者同意を取得することにより，オンライン資格確認等システムを通して保険資格情報・医療情報を閲覧することができます。

同機能の利用方法，利用における留意点については，下記の「医療情報を特例的に閲覧する場合に留意すべき点」をご参照ください。

記

▷「緊急時医療情報・資格確認機能」のアクティブ化対象範囲・期間

範囲：災害救助法が適用された市区町村を有する都道府県

期間：災害救助法の適用第一報から一週間（３月23日をもって終了しています）

▷医療情報を特例的に閲覧する場合に留意すべき点

○患者の薬剤情報・特定健診情報等（以下「医療情報」という。）を閲覧することは，患者に提供する医療サービスでの利用に限られます。利用目的外で患者の医療情報を閲覧することは認められません。

なお，医療機関･薬局において医療情報を閲覧した際，オンライン資格確認等システムにログ（通信記録）が保管される仕組みとなっております。

○「オンライン資格確認等システム利用規約」第21条２項に基づく医療情報の閲覧を行うに当たっては，以下の方法で患者の特定を行ってください。詳細については，「オンライン資格確認等システム操作マニュアル（災害時医療情報閲覧編）」（https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/download/docs/8dbd0b2ec9d9db553a661cea180a3523.pdf）をご参照ください。

１．医療機関等が，当該患者の被保険者番号を把握している場合

⑴ 患者から，医療情報を閲覧することについて口頭等で同意を取得する。

⑵ 資格確認端末から，当該患者の被保険者番号をキーに，オンライン資格確認等システムに照会する。

２．医療機関等が，当該患者の被保険者番号を把握していない場合

⑴ 患者から，医療情報を閲覧することについて口頭等で同意を取得する。

⑵ 当該患者の①氏名，②生年月日，③性別，④保険者名称又は患者の住所の一部を確認し，資格確認端末に入力。①～④の情報から，被保険者番号等を特定した上で，被保険者番号をキーに，オンライン資格確認等システムに照会する。

※なお，人の生命，身体又は財産の保護のために必要がある場合であって，本人の同意を得ることが困難な場合には，個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第17条第２項第２号に基づき，本人の同意は必要ありません。

この場合は，患者が所持する身分証明証や家族から提供された情報をもとに本人を特定し，オンライン資格確認等システムへの照会を行ってください。

診療報酬点数早見表
2022年（令和４年）４月改定版　訂正

診療報酬点数早見表（４月改定版）に以下の訂正がありますのでお知らせします。

○121ページ　I002 通院・在宅精神療法の表中

誤	正
精神保健指導医	精神保健指定医

○160ページ「２．発熱患者（新型コロナ疑い患者を含む）への対応に係る臨時的取扱い」表中「院内トリアージ実施料」の項の後に追加

二類感染症患者入院診療加算（外来診療）　250点（令和４年７月31日まで）
・診療・検査医療機関として，自治体HPで公表されている医療機関に限り，院内トリアージ実施料に併せて算定
・新型コロナ疑い患者が対象（確定患者は算定不可）

○160ページ「３．新型コロナウイルスの検査」対象項目の表

対象項目	SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託）	令和４年６月30日まで	850	微生物学的検査判断料	150
		令和４年７月１日以降	700		
	SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託以外）		700		
	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託）	令和４年６月30日まで	850		
		令和４年７月１日以降	700		
	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託以外）		700		
	SARS-CoV-2 抗原検出（定性）		300	免疫学的検査判断料	144
	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）		420		
	SARS-CoV-2 抗原検出（定量）		560		

○160ページ「４．自宅療養者への診療（公費対象）」表中の公費負担者番号

誤	正
公費負担者番号　20260602	公費負担者番号　28260602

○161ページ「４．自宅療養者への診療（公費対象）」表中「重点措置適用時の特例」の項に下記の記載を追加
・令和４年４月30日まで，まん延防止等重点措置解除後も算定可

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。

〔裁判所共済組合大阪支部〕

保険者番号	31270390
記号番号	121 230446
氏名	草部康司
生年月日	－
無効事由	紛失
無効年月日	令4．3．11

被爆者健康手帳の無効通知について

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

受給者番号	0001305
氏名	穂谷耕二
生年月日	－
無効事由	紛失
無効年月日	令4．3．23

保険医療部通信

(第355報)

令和４年４月診療報酬改定について

令和４年４月診療報酬改定に関する「Q＆A」（その１）

◇厚生労働省疑義解釈資料（その１／令和４年３月31日付）

質問・未確定事項等	回　　答
〔初診料（情報通信機器を用いた場合)〕	
Q１　「A000」初診料の注１のただし書に規定する情報通信機器を用いた初診を行った結果，医師が続けて対面診療を行う必要があると判断し，患者に来院して対面診療を受けるよう指示し，同日に当該医療機関において対面診療を行った場合の初診料の算定は，どのように考えればよいか。	Ａ１　「A000」初診料288点のみを算定すること。
〔初診料，外来診療料〕	
Q２　「A000」初診料の注２及び注３並びに「A002」外来診療料の注２及び注３における紹介割合及び逆紹介割合（以下単に「紹介割合及び逆紹介割合」という。）の計算等については令和５年４月１日から適用することとされているが，計算の対象となる期間及び地方厚生（支）局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。	Ａ２　令和５年４月１日までに，令和４年度中の任意の連続する６か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について，別添様式28により地方厚生（支）局長へ報告すること。なお，当該実績が基準に達していない場合にあっては，令和５年４月１日から令和６年３月31日までの間，「A000」初診料の注２若しくは注３又は「A002」外来診療料の注２若しくは注３の所定点数を算定すること。 　また，令和５年10月１日までに，令和４年度の年間の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について，別紙様式28により，地方厚生（支）局長へ報告すること。
Q３　Q２において，紹介割合及び逆紹介割合について「令和５年４月１日までに，令和４年度中の任意の連続する６か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について，別添様式28により地方厚生（支）局長へ報告すること」とされているが，令和４年10月１日までの報告については，どのように考えればよいか。	Ａ３　令和３年度の実績について，令和４年度診療報酬改定後の計算式を用いて紹介割合及び逆紹介割合等を計算し，報告を行うこと。ただし，令和３年度の実績について基準を満たさない場合であっても，令和５年３月31日までは初診料の注２及び注３並びに外来診療料の注２及び注３における紹介割合等が低い医療機関とはみなされない。なお，やむを得ない理由等により報告ができない場合は，その理由を記載した理由書を別添様式28に添付すること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q４　新たに紹介割合及び逆紹介割合等の報告が必要となる医療機関に該当する場合,「新規に対象となる医療機関については，届出前３か月間の実績を有していること」とされているが，紹介割合及び逆紹介割合等の計算の対象となる期間及び地方厚生（支）局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。	Ａ４　新たに紹介割合及び逆紹介割合等の報告が必要となる医療機関に該当する場合は，当該医療機関となった年度の，連続する少なくとも３か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について，翌年度の４月１日までに，別紙様式28により地方厚生（支）局長へ報告すること。なお，当該実績が基準に達していない場合にあっては，翌年度において，「A000」初診料の注２若しくは注３又は「A002」外来診療料の注２若しくは注３の所定点数を算定すること。
Q５　紹介割合及び逆紹介割合における初診の患者数，再診の患者数，紹介患者数，逆紹介患者数及び救急患者数は，延べ人数を使用するのか。	Ａ５　そのとおり。
Q６　紹介割合及び逆紹介割合における「初診の患者数」は,どのように考えればよいか。	Ａ６　初診の患者数とは,「A000」初診料の算定の有無に関わらず，患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた患者の数を指す。
〔機能強化加算〕	
Q７「A000」初診料の注10に規定する機能強化加算の施設基準において，地域におけるかかりつけ医機能として，必要に応じ実施する対応について,「ホームページ等に掲示する等の取組を行っていること」とされているが具体的にはどのようなことを指すのか。	Ａ７　例えば, ・当該医療機関のホームページへの掲載 ・自治体，地域医師会等のホームページ又は広報誌への掲載 ・医療機能情報提供制度等への掲載 等が該当する。
〔外来感染対策向上加算，感染対策向上加算〕	
Q８「A234－2」の「１」感染対策向上加算１の施設基準における「新興感染症の発生時等に，都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」について，具体的にはどのような医療機関が該当するか。	Ａ８　現時点では，新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関が該当する。
Q９「A234－2」の「２」感染対策向上加算２の施設基準における「新興感染症の発生時等に，都道府県等の要請を受けて…疑い患者を受け入れる体制」について，具体的にはどのような医療機関が該当するか。	Ａ９　現時点では，新型コロナウイルス感染症に係る協力医療機関が該当する。
Q10「A000」初診料の注11及び「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という。）並びに「A234－2」の「３」感染対策向上加算３の施設基準における「新興感染症の発生時等に，都道府県等の要請を受けて…発熱患者の診療等を実施する体制」について，具体的にはどのような医療機関が該当するか。	Ａ10　現時点では，新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関が該当する。

質問・未確定事項等	回　　答
Q11　外来感染対策向上加算及び「A234－2」感染対策向上加算の施設基準において,「新興感染症の発生時等に，都道府県等の要請を受けて（中略）診療等を実施する体制を有し，そのことを自治体のホームページにより公開していること」とされているが， ①「新興感染症の発生時等に，都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」等を有する医療機関について，現時点では新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関，協力医療機関及び診療・検査医療機関が該当することとされているが，自治体のホームページにおいて，それぞれどのような情報を公開する必要があるか。 ②　診療の体制を有しているにもかかわらず，自治体のホームページの更新がなされていない等の理由により，当該要件が満たせない場合について，どのように考えればよいか。	A11　それぞれ以下のとおり。 ①　重点医療機関及び協力医療機関については，少なくとも医療機関の名称，所在地及び確保病床数を，診療・検査医療機関については，少なくとも医療機関の名称，所在地，電話番号及び診療・検査医療機関として対応可能な日時を公開する必要がある。 ②　自治体のホームページにおいて公開されるまでの間，当該医療機関のホームページ等において公開していることをもって，当該要件を満たしているものとして差し支えない。
Q12「A234－2」感染対策向上加算について，感染対策向上加算１の届出を行っている医療機関において，連携する感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出を行っている医療機関が複数ある場合，それぞれの医療機関と個別にカンファレンスを開催する必要があるか。	A12　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出を行っている複数の医療機関と合同でカンファレンスを開催して差し支えない。
Q13「A234－2」感染対策向上加算について，感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出を行っている医療機関において，連携する感染対策向上加算１の届出を行っている医療機関が複数ある場合，これらの医療機関が主催するカンファレンス全てに参加する必要があるか。	A13　感染対策向上加算１の届出を行っている医療機関が複数ある場合でも，これらの医療機関が主催するカンファレンスに，それぞれ少なくとも年１回以上参加する必要があるが，これらの医療機関が合同でカンファレンスを主催している場合には，合同開催のカンファレンスに参加することをもって，それぞれの医療機関のカンファレンスに１回ずつ参加したこととして差し支えない。
Q14　外来感染対策向上加算及び「A234－2」感染対策向上加算におけるカンファレンスについて，書面により持ち回りで開催又は参加することは可能か。	A14　不可。
Q15　外来感染対策向上加算及び「A234－2」感染対策向上加算の届出医療機関間の連携について，以下の場合においては届出可能か。 ①　特別の関係にある医療機関と連携している場合 ②　医療圏や都道府県を越えて連携している場合	A15　それぞれ以下のとおり。 ①　可能。 ②　医療圏や都道府県を越えて所在する場合であっても，新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際に適切に連携することが可能である場合は，届出可能。

質問・未確定事項等	回　　答
Q16 「A234－2」感染対策向上加算について， ① 感染対策向上加算 2 及び感染対策向上加算 3 の施設基準において，「当該医療機関の一般病床の数が 300 床未満を標準とする」とされているが，300 床未満とは，医療法上の許可病床数をいうのか，診療報酬上の届出病床数をいうのか。 ② 一般病床の数が 300 床未満の医療機関が，感染対策向上加算 1 の届出を行うことは可能か。	A16 それぞれ以下のとおり。 ① 医療法上の許可病床数をいう。なお，300 床以上である場合であっても，感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 の施設基準を満たしていれば，届出を行って差し支えない。 ② 可能。
Q17 「A234－2」の「 1 」感染対策向上加算 1 の施設基準において，「他の医療機関（感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている医療機関に限る。）と連携し，少なくとも年 1 回程度，（中略）感染防止対策に関する評価を行い，当該医療機関にその内容を報告すること」とされているが， ① 複数の医療機関が，同一の医療機関の「感染防止対策に関する評価」を行うことは可能か。 ② 「感染防止対策に関する評価」は，当該加算に係る感染制御チームが行う必要があるか。 ③ 当該評価は対面で実施する必要があるか。	A17 それぞれ以下のとおり。 ① 可能。 ② 感染制御チームを構成する職種（医師，看護師，薬剤師及び臨床検査技師）のうち，医師及び看護師を含む 2 名以上が評価を行うこと。 ③ リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
Q18 外来感染対策向上加算及び「A234－2」感染対策向上加算の施設基準において，「感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあっては，院内感染管理者。以下本問において同じ。）により，職員を対象として，少なくとも年 2 回程度，定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが，当該研修は，必ず感染制御チームが講師として行わなければならないのか。	A18 感染制御チームが当該研修を主催している場合は，必ずしも感染制御チームが講師として行う必要はない。 ただし，当該研修は，以下に掲げる事項を満たすことが必要であり，最新の知見を共有することも求められるものであることに留意すること。 ・院内感染対策の基礎的考え方及び具体的方策について，当該医療機関の職員に周知徹底を行うことで，個々の職員の院内感染対策に対する意識を高め，業務を遂行する上での技能の向上等を図るものであること。 ・当該医療機関の実情に即した内容で，職種横断的な参加の下に行われるものであること。 ・医療機関全体に共通する院内感染対策に関する内容について，年 2 回程度定期的に開催するほか，必要に応じて開催すること。 ・研修の実施内容（開催又は受講日時，出席者，研修項目）について記録すること。 なお，研修の実施に際して，AMR 臨床リファレンスセンターが公開している医療従事者向けの資料（※）を活用することとして差し支えない。 ※http://amr.ncgm.go.jp/medics/2-8-1.html

質問・未確定事項等	回　　答
Q19　外来感染対策向上加算の施設基準において,「院内感染管理者により，職員を対象として，少なくとも年２回程度，定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが，医療機関外で開催される研修会への参加により，当該要件を満たすものとしてよいか。	A19　不可。
Q20 「A000」初診料の注13,「A001」再診料の注17及び「A234－2」感染対策向上加算の注４に規定するサーベイランス強化加算並びに「A234－2」の「１」感染対策向上加算１の施設基準において,「院内感染対策サーベイランス（JANIS)，感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等，地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが, ①　対象となるサーベイランスには，JANIS及びJ-SIPHE以外にどのようなものがあるか。 ②　JANISに参加する場合にあっては，JANISの一部の部門にのみ参加すればよいのか。	A20　それぞれ以下のとおり。 ①　現時点では，JANIS及びJ-SIPHEとするが，市区町村以上の規模でJANISの検査部門と同等のサーベイランスが実施されている場合については，当該サーベイランスがJANISと同等であることが分かる資料を添えて当局に内議されたい。 ②　少なくともJANISの検査部門に参加している必要がある。なお，診療所についてもJANISの検査部門への参加は可能である。
Q21　外来感染対策向上加算及び「A234－2」感染対策向上加算の施設基準において,「院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること」とされているが，具体的にはどのような事項について掲示すればよいか。	A21　以下の内容について掲示すること。 ・院内感染対策に係る基本的な考え方 ・院内感染対策に係る組織体制，業務内容 ・抗菌薬適正使用のための方策 ・他の医療機関等との連携体制
Q22 「A234－2」の「１」感染対策向上加算１の施設基準において求める看護師の「感染管理に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A22　現時点では，以下の研修が該当する。 ・日本看護協会の認定看護師教育課程「感染管理」 ・日本看護協会が認定している看護系大学院の「感染症看護」の専門看護師教育課程 ・東京医療保健大学感染制御学教育研究センターが行っている感染症防止対策に係る６か月研修「感染制御実践看護学講座」
Q23 「A234－2」の「２」感染対策向上加算２の施設基準において求める薬剤師及び臨床検査技師の「適切な研修」並びに「A234－2」の「３」感染対策向上加算３の施設基準において求める医師及び看護師の「適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A23　現時点では，厚生労働省の院内感染対策講習会③（受講証書が交付されるものに限る。）が該当する。なお，令和４年度の研修については，令和４年10月頃に配信される予定である。

質問・未確定事項等	回　　答
Q24 「A234－2」の「１」感染対策向上加算１の施設基準において，「抗菌薬適正使用支援チームを組織し，抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと」とされているが， ① 新たに抗菌薬適正使用支援チームに係る体制を整備する場合であっても届出可能か。 ② 抗菌薬適正使用支援チームの構成員は，感染制御チームの構成員と兼任することは可能か。 ③ 構成員のうち「３年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師」について，院内に細菌検査室がなく，微生物検査を院外に委託している医療機関においては，微生物検査に係る管理を行っている院内の専任の臨床検査技師は，「微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師」に該当すると考えてよいか。	A24 それぞれ以下のとおり。 ① 届出時点で当該体制が整備されていれば届出可能である。 ② 可能。ただし，いずれかのチームにおいて専従である者については，抗菌薬適正使用支援チームの業務又は感染制御チームの業務（第１章第２部入院料等の通則第７号に規定する院内感染防止対策に係る業務を含む。）のいずれかのみ実施可能であること。 ③ よい。
Q25 外来感染対策向上加算並びに「A234－2」の「２」感染対策向上加算２及び「３」感染対策向上加算３の施設基準において，「有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について，連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが， ① 「等」にはどのようなものが含まれるか。 ② 具体的には，どのようなことを協議するのか。また，協議した内容は記録する必要があるか。	A25 それぞれ以下のとおり。 ① 保健所や地域の医師会が含まれる。 ② 有事の際に速やかに連携できるよう，例えば，必要な情報やその共有方法について事前に協議し，協議した内容を記録する必要がある。
Q26 外来感染対策向上加算及び「A234－2」の「３」感染対策向上加算３の施設基準において，「院内の抗菌薬の適正使用について，連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること」とされているが，具体的にはどのようなことをいうのか。	A26 助言を受ける医療機関が，「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」における地域の感染管理専門家から，適切に助言を受けられるよう，感染対策向上加算１の届出を行っている医療機関や地域の医師会から，助言を受け，体制を整備しておくことをいう。
Q27 外来感染対策向上加算及び「A234－2」感染対策向上加算の施設基準において，「新興感染症の発生等を想定した訓練については，少なくとも年１回以上参加していること」とされているが，当該訓練とは，具体的にはどのようなものであるか。また，当該訓練は対面で実施する必要があるか。	A27 新興感染症患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係るものであり，例えば，個人防護具の着脱の訓練が該当する。また，当該訓練はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施して差し支えない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q28　Q８において，「A234－2」の「１」感染対策向上加算１の施設基準における「新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」を有する医療機関について，現時点では新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関が該当することとされているが，DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱの地域医療指数（体制評価指数）における「新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること」の評価が０ポイントの場合であっても，当該加算の届出は可能か。	A28　届出時点で新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関に該当している場合には届出可能である。
Q29　外来感染対策向上加算の施設基準において，「感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること」とされているが，当該カンファレンスの内容は，具体的にはどのようなものであればよいか。	A29　具体的な定めはないが，感染対策向上加算１の届出を行っている医療機関は，地域の医師会と連携することとされていることから，感染対策向上加算１の届出を行っている医療機関が主催するカンファレンスの内容を参考として差し支えない。なお，例えば，以下に掲げる事項に関する情報の共有及び意見交換を行い，最新の知見を共有することが考えられる。 （例） ・感染症患者の発生状況 ・薬剤耐性菌等の分離状況 ・院内感染対策の実施状況（手指消毒薬の使用量，感染経路別予防策の実施状況等） ・抗菌薬の使用状況
Q30　「A234－2」感染対策向上加算の注２に規定する指導強化加算の施設基準において，「過去１年間に４回以上，感染対策向上加算２，感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていること」とされているが， ①　「院内感染対策に関する助言」について，抗菌薬の適正使用に関する助言を行った場合も当該要件を満たすものとしてよいか。 ②　複数の医療機関と連携している場合，１施設につき１年間に４回以上助言を行う必要があるか。	A30　それぞれ以下のとおり。 ①　よい。 ②　複数の医療機関と連携している場合には，複数の医療機関に対して助言を行った数の合計が過去１年間に４回以上であれば当該要件を満たすこととして差し支えない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q31 「A000」初診料の注12,「A001」再診料の注16及び「A234－2」感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算の施設基準において,「過去1年間に4回以上，感染症の発生状況，抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること」とされているが，具体的にはどのような内容について，どのくらいの頻度で報告すればよいか。	A31　報告の内容やその頻度については，連携する感染対策向上加算1の届出を行っている医療機関との協議により決定することとするが，例えば，感染症法に係る感染症の発生件数，薬剤耐性菌の分離状況，抗菌薬の使用状況，手指消毒薬の使用量等について，3か月に1回報告することに加え，院内アウトブレイクの発生が疑われた際の対応状況等について適時報告することが求められる。
〔電子的保健医療情報活用加算〕	
Q32 「A000」初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算について，ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」とは，どのような場合が対象となるのか。	A32　当該加算は，医療機関においてオンライン資格確認等システムが開始され，診療情報等を取得し，当該情報を活用して診療等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから，オンライン資格確認等システムの運用を開始している医療機関であれば，実際に患者が個人番号カードを持参せず，診療情報等の取得が困難な場合であっても，ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。 　また，患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども，同様に該当する。
Q33 「A000」初診料の注14等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において,「当該情報を活用して診療等を実施できる体制を有していることについて，当該医療機関の見やすい場所に掲示していること」とされているが，医療機関の窓口や掲示板に「マイナ受付」のポスターやステッカーを掲示することでよいか。	A33　よい。
Q34 「A000」初診料の注14等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において,「電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること」とあるが，光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合であっても,当該基準を満たすか。	A34　光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合は,当該基準を満たさない。
〔外来管理加算〕	
Q35 「A001」再診料の注8に規定する外来管理加算について，注1に規定する情報通信機器を用いた再診を行った場合も算定可能か。	A35　外来管理加算の算定に当たっては，医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診，聴診，打診及び触診等）を行う必要があるため，算定不可。

質問・未確定事項等	回　　答
〔褥瘡対策〕	
Q36　第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する褥瘡対策の施設基準において，「褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については，当該患者の状態に応じて記載すること」とあるが，褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者について，「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第2号）別添6の別紙3「褥瘡対策に関する診療計画書」の＜薬学的管理に関する事項＞及び＜栄養管理に関する事項＞は，それぞれの対応が必要な場合に記載すればよいか。	A36　よい。
Q37　「褥瘡対策に関する診療計画書」の＜薬学的管理に関する事項＞における「薬剤滞留の問題」とは，具体的にはどのようなことを指すのか。	A37　例えば，創の状態や外用薬の基剤特性の不適合等により，薬剤が創内に滞留維持できていないこと等が想定される。
〔一般病棟用の重症度，医療・看護必要度〕	
Q38　「注射薬剤3種類以上」について，ビタミン剤を薬剤種類数の対象に含めることができるのは，患者の疾患又は症状等により医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合であるとされているが，具体的にはどのような場合か。	A38　具体的には，以下に掲げる場合が該当する。ただし，当該ビタミン剤が薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。 ・患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり，かつ，必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば，悪性貧血のビタミンB12の欠乏等，診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合） ・患者が妊産婦，乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり，診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合 ・患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され，かつ，必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合 ・重湯等の流動食及び軟食のうち，一分がゆ，三分がゆ又は五分がゆを食している場合 ・無菌食，フェニールケトン尿症食，楓糖尿症食，ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合 なお，「ビタミン剤」とは，ビタミンを含有する配合剤を含むものである。

質問・未確定事項等	回　　答
Q39　一般病棟用の重症度，医療・看護必要度に係る基準を満たす患者の割合について，令和４年９月30日までの経過措置が設けられている入院料等については，令和４年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価をいつから行う必要があるか。	A39　令和４年10月１日に届出を行うには，経過措置が令和４年９月30日までの入院料等については遅くとも令和４年７月１日から，令和４年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価を行う必要がある。
Q40　許可病床数が200床以上400床未満の医療機関であって急性期一般入院料１を算定する病棟における一般病棟用の重症度，医療･看護必要度Ⅱを用いた評価については，令和４年12月31日までの経過措置が設けられているが，一般病棟用の重症度，医療･看護必要度Ⅱによる評価をいつから行う必要があるか。	A40　令和５年１月１日に届出を行うには，遅くとも令和４年10月１日から，令和４年度診療報酬改定後の一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅱによる評価を行う必要がある。
Q41　一般病棟用の重症度，医療・看護必要度に係る入院料等の施設基準における該当患者割合の基準について，令和４年３月31日時点で現に届出を行っている病棟又は病室は，令和４年９月30日までの経過措置が設けられているが，当該病棟又は病室を有する医療機関が「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26)」（令和２年８月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「８月31日事務連絡」という。）の対象医療機関等に該当する場合，どのように考えればよいか。	A41　８月31日事務連絡の対象医療機関等に該当するか否かにかかわらず，令和４年３月31日時点で現に届出を行っている病棟又は病室は，令和４年９月30日までの経過措置の対象となる。
〔療養病棟入院基本料〕	
Q42 「A101」療養病棟入院基本料の注１について,「当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されている」とあるが，摂食機能又は嚥下機能の回復に係る実績を有している必要はあるか。	A42　必ずしも実績を有している必要はないが，中心静脈栄養を実施している患者については，嚥下機能に係る検査等の必要性等を定期的に確認すること。
Q43 「A101」療養病棟入院基本料の注11について，入院中の患者であって，「H000」心大血管疾患リハビリテーション料,「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料,「H001－2」廃用症候群リハビリテーション料,「H002」運動器リハビリテーション料又は「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下「疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するものに対して，１月に１回以上，FIMの測定を行っていない場合には，当該患者に係る疾患別リハビリテーション料のうち，一日につき２単位を超えるものは，当該入院基本料に含まれることとされているが，「１月に１回以上」とは，暦月に１回以上のことを指すのか。	A43　そのとおり。

質問・未確定事項等	回　　答
Q44 「A101」療養病棟入院基本料の注11に規定する点数を算定する患者について，疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う場合も，FIMの測定に係る規定は適用されるか。	A44 適用される。
Q45 「A101」療養病棟入院基本料の注11について，「診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第54号）による改正前の（中略）なお従前の例による」「令和4年3月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている医療機関については，令和4年9月30日までの間に限り，FIMの測定を行っているものとみなす」こととされているが，注11に規定する点数の適用について，どのように考えればよいか。	A45 令和4年4月1日より，改正後の点数（100分の75に相当する点数）を算定すること。
〔療養病棟入院基本料，回復期リハビリテーション病棟入院料〕	
Q46 「A101」療養病棟入院基本料及び「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料について，脳血管疾患等により療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院している患者が，令和2年3月31日以前から回復期リハビリテーションを要する状態に該当しており，令和2年4月1日以降に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟に転棟した場合においては，留意事項通知により「医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への移動が認められる」こととされているが，当該患者が脳血管疾患等を有することをもって，「医療上特に必要がある場合」に該当するものとして，再度療養病棟入院基本料を算定する病棟に当該患者を転棟させることは可能か。	A46 当該患者を同一医療機関の療養病棟に再度移動させることは，原則として認められない。
〔看護補助体制充実加算〕	
Q47 看護補助体制充実加算の施設基準における看護補助者及び看護職員の研修受講者の氏名について，届出の際に提出する必要があるか。	A47 必ずしも提出する必要はないが，求めに応じて提出できるよう医療機関内に控えておくこと。
Q48 看護補助体制充実加算の施設基準における看護職員に対して実施する院内研修について， ① 実施時間数や実施方法はどのようにすればよいか。 ② 常勤の看護職員及び非常勤の看護職員のいずれも受講する必要があるのか。	A48 それぞれ以下のとおり。 ① 日本看護協会「看護補助者との協働のための研修プログラム」（令和4年3月）を参考にされたい。 ② いずれも受講する必要がある。

質問・未確定事項等	回　　答
〔入院栄養管理体制加算〕	
Q49 「A104」特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算における栄養管理計画は，第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画をもって代えることはできるか。	A49 特定機能病院入院基本料を算定する病棟の専従の常勤管理栄養士が当該計画を作成した場合は，代えることができる。
Q50 「A104」特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算について，専従の常勤管理栄養士とは，雇用契約で定める所定労働時間に勤務する者でよいか。	A50 よい。
Q51 「A104」特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算について，特定機能病院入院基本料を算定する病棟に入院（当該病棟への転棟を含む。）した患者が，同一日に退院した場合（死亡退院を含む。）は，算定可能か。	A51 当該患者について，1回に限り算定可。
Q52 「A104」特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算について，集中治療室等から特定機能病院入院基本料を算定する病棟に転棟した患者については，当該加算は算定可能か。	A52 算定可。ただし，当該患者について，早期栄養介入管理加算又は周術期栄養管理実施加算を算定している場合は，算定不可。
〔入院基本料等の施設基準等〕	
Q53 施設基準通知において，「平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する医療機関については，一般病棟（一般病棟入院基本料，特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。），専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが，看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。」とされている。結核病床を構造上区分すること等医療法に規定する構造設備の基準を遵守した上で，当該一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とする病棟を複数有することは可能か。	A53 可能。
〔急性期充実体制加算〕	
Q54 「A200－2」急性期充実体制加算について，「入院した日とは，当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう」とあるが，急性期一般入院料1を算定する病棟に入院後，当該加算を算定できない病棟又は病室に転棟し，再度急性期一般入院料1を算定する病棟に転棟した場合，起算日についてどのように考えればよいか。	A54 急性期一般入院料1を算定する病棟に最初に入院した日を起算日とする。

質問・未確定事項等	回　　答
Q55 「A200－2」急性期充実体制加算の施設基準における「緊急手術」の定義について,「病状の急変により緊急に行われた手術をいう」とあるが, ① 「病状の急変」は入院外での急変に限定されるか。 ② 休日に行われる手術又はその開始時間が医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術に限定されるか。 ③ 病状の変化により手術予定日を早めた場合も対象になるか。	A55 それぞれ以下のとおり。 ① 限定されない。 ② 限定されない。手術の実施日及び開始時間にかかわらず，患者の病状の急変により緊急に行われた手術であれば，緊急手術に該当し，医療機関又は保険医の都合により行われた場合は該当しない。 ③ 各病院において「手術が緊急である」と判断される場合にあっては対象として差し支えないが，手術実施の判断から手術開始までの時間が24時間を超える場合は緊急手術に該当しない。
Q56 「A200－2」急性期充実体制加算の施設基準において,「承認され，登録されている全てのレジメンのうち，4割以上のレジメンが外来で実施可能であること」とされているが，外来で実施可能なレジメンについて,外来で実施されている実績は必要か。	A56 外来で実施可能なレジメンについては，必ずしも実施されている実績は必要ないが，外来で実施可能なレジメンの対象となる患者に対しては，外来での化学療法の実施方法についても説明を行うこと。 また，外来で実施可能なレジメンの一覧については，手術件数等と合わせて院内に掲示すること。
Q57 「A200－2」急性期充実体制加算の施設基準において,「急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟については，一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていること」とされているが,「A300」救命救急入院料,「A301」特定集中治療室管理料又は「A301－3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病棟又は病室についてはどのように考えればよいか。	A57 急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟以外の病棟については，一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅰ又は特定集中治療室用の重症度，医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行っても差し支えない。
Q58 許可病床数が200床以上400床未満の医療機関において，令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料1を届け出ている病棟については，令和4年12月31日までの間に限り，一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅱを用いた評価に係る基準を満たしているものとみなすこととされているが,「A200－2」急性期充実体制加算の施設基準における「一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていること」について，どのように考えればよいか。	A58 当該加算の届出を行う医療機関にあっては，届出時点において当該基準を満たしている必要がある。

質問・未確定事項等	回　　答
Q59 「A200－2」急性期充実体制加算の施設基準において求める「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「所定の研修」には，具体的にどのようなものがあるか。	A59 現時点では，以下の研修が該当する。 ① 一般社団法人日本集中治療医学会「Rapid Response System出動スタッフ養成コース（日本集中治療医学会認定ハンズオンセミナー）」 ② SCCM（米国集中治療医学会）「FCCS（Fundamental Critical Care Support）」 ③ 一般社団法人医療安全全国共同行動「RRSセミナー～急変時の迅速対応とRRS」
Q60 「A200－2」急性期充実体制加算の施設基準において「日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について第三者の評価を受けている病院」とあるが，「第三者の評価」には，以下に掲げるものは該当すると考えてよいか。 ① JCI（Joint Commission International）の「大学医療センター病院プログラム」又は「病院プログラム」 ② ISO（国際標準化機構）9001の認証	A60 よい。
Q61 「A200－2」急性期充実体制加算の施設基準における「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」とは，具体的にはどのようなことを指すのか。	A61 「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」ことについては，調剤点数表の特別調剤基本料における考え方と同様である。 具体的には，次の①から④までのいずれにも該当しない場合を指す。 ① 医療機関が当該保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合 ② 医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を当該保険薬局が利用して開局している場合 ③ 医療機関に対し，当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している場合 ④ 当該保険薬局が医療機関から開局時期の指定を受けて開局している場合 なお，①から④までの詳細については，調剤点数表の特別調剤基本料に係る規定を参照すること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q62 「A200－2」急性期充実体制加算の施設基準において,「毎年７月において，前年度における手術件数等を評価するため，別添７の様式14により届け出るとともに，院内に掲示すること」とされているが，具体的にはどのような内容を院内に掲示する必要があるか。	A62 別添７の様式14の「２」のうち，次に掲げる項目の実績及び体制等について，院内の見やすい場所に掲示する必要がある。 ・「１　手術等に係る実績」 ・「２　外来化学療法の実施を推進する体制」 ・「３　24時間の救急医療提供」 ・「９　入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」 ・「10　外来縮小体制」 ・「13　退院に係る状況等」 ・「14　禁煙の取扱い」
Q63 「A200－2」急性期充実体制加算の施設基準における「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「年２回程度の院内講習の開催」について,「A234」医療安全対策加算における医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修と併せて実施することは可能か。	A63 可能。
Q64 「A200－2」急性期充実体制加算の施設基準の手術等に係る実績において,「(イ)及び,(ロ)から(ヘ)までのうち４つ以上を満たしていること」とあるが,これは,(イ)を満たした上で,(イ)とは別に,(ロ)から(ヘ)までのうち４つ以上を満たしている必要があるのか。	A64 そのとおり。
〔救急医療管理加算〕	
Q65 「A205」救急医療管理加算の施設基準において,「診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること」とあるが，医療従事者間で連携し，当直体制に支障が出ないよう体制を整えている場合においては，当直医師が重症救急患者の受入れに係る診療を行うことは可能か。	A65 可能。ただし，当該医師の業務負担への配慮を十分に行うこと。
Q66 「A205」救急医療管理加算の対象患者の状態について,「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」とあるが，具体的にはどのような処置を指すのか。	A66 現時点では,「J034」イレウス用ロングチューブ挿入法,「J034－3」内視鏡的結腸軸捻転解除術を指す。

質問・未確定事項等	回　　答
〔医師事務作業補助体制加算〕	
Q67 「A207－2」医師事務作業補助体制加算の施設基準における「当該医療機関における３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が，それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること」について， ① 他の医療機関での勤務経験を通算することは可能か。 ② 雇用形態（常勤・非常勤等）にかかわらず，勤務経験を通算することは可能か。 ③ ５割以上の配置は，実配置数か，配置基準の数か。	A67 それぞれ以下のとおり。 ① 不可。 ② 可能。 ③ 配置基準の数である。なお，配置基準の数については，施設基準通知「第４の２ 医師事務作業補助体制加算」の１の（２）を参照すること。また，同通知別添７の様式18における「１」の「ニ」の「医師事務作業補助者のうち，自院における３年以上の勤務経験を有する者の割合が５割以上」の項目については，配置基準の数で判断すること。
Q68 「A207－2」医師事務作業補助体制加算について，病床種別の異なる病床を有する医療機関において，病床種別ごとに15対１，20対１等の異なる配置区分での届出は可能か。	A68 可能。ただし，同一医療機関が医師事務作業補助体制加算１の届出と医師事務作業補助体制加算２の届出を併せて行うことはできない。
Q69 「A207－2」医師事務作業補助体制加算について，同一病床種別の病床に関し，様式18における「50対１，75対１又は100対１に限り算定できる病床」とそれ以外の病床で，異なる配置区分での届出は可能か。	A69 可能。ただし，医師事務作業補助体制加算１の届出と医師事務作業補助体制加算２の届出を併せて行うことはできない。
〔小児療養環境特別加算〕	
Q70 「A221－2」小児療養環境特別加算の対象患者について，「麻疹等の感染症に罹患しており，他の患者への感染の危険性が高い患者」とあるが，具体的にはどのような者が該当するのか。	A70 結核，インフルエンザウイルス感染症，ロタウイルス感染症等の他の患者への感染の危険性が高い患者であり，保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認めた患者が該当する。
〔精神科リエゾンチーム加算〕	
Q71 「A230－4」精神科リエゾンチーム加算の施設基準において求める看護師の「精神看護関連領域に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A71 現時点では，以下の研修が該当する。 ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「認知症看護」 ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程 ③ 日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程 ④ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の区分の研修 なお，これに伴い，「疑義解釈資料の送付について（その１）」（平成24年３月30日事務連絡）別添１のQ39は廃止する。

質問・未確定事項等	回　　答
〔依存症入院医療管理加算〕	
Q72 「A231－3」依存症入院医療管理加算の施設基準において求める医師等の「薬物依存症に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A72 現時点では，以下の研修が該当する。 ・国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターが実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」 ・日本アルコール・アディクション医学会が実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」 なお，令和４年４月１日以降に実施される上記の研修については，入院医療に関する要点等が含まれ，これを履修する必要があるが，令和４年３月31日以前に上記のいずれかの研修を修了した者については，当該要点等について履修しているものとみなす。
〔摂食障害入院医療管理加算〕	
Q73 「A231－4」摂食障害入院医療管理加算の施設基準における「摂食障害の年間新規入院患者数」について,「新規入院患者」は，当該加算の対象となる「摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって，BMI（Body Mass Index）が15未満の患者」である必要があるか。	A73 そのとおり。
〔栄養サポートチーム加算〕	
Q74 「A233－2」栄養サポートチーム加算の施設基準において求める看護師の「所定の研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A74 現時点では，以下の研修が該当する。 ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「摂食嚥下障害看護※」又は「脳卒中看護※」 ② 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の３区分の研修を全て修了した場合に限る。） ・栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連 ・栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

質問・未確定事項等	回　　答
〔重症患者初期支援充実加算〕	
Q75 「A234－4」重症患者初期支援充実加算の施設基準において，入院時重症患者対応メディエーターは，「以下の（イ）に掲げる者については，医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましいこと」，「(イ）以外の者であって，医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し，かつ，当該支援に係る経験を有する者」であることとされているが， ① 「医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。 ② 令和5年3月31日までに当該研修を修了できなかった場合，重症患者初期支援充実加算の施設基準の届出を取り下げる必要があるか。 ③ 「当該支援に係る経験を有する」とは，具体的にはどのようなことを指すのか。	A75 それぞれ以下のとおり。 ① 現時点では，一般社団法人日本臨床救急医学会が実施する「入院時重症患者対応メディエーター講習会」が該当する。 ② 直ちに届出を取り下げる必要はないが，可能な限り速やかに研修を修了すること。 ③ 集中治療領域における特に重篤な患者及びその家族等に対する支援について，3年以上の経験を有することを指す。
Q76 「A234－4」重症患者初期支援充実加算について，当該加算を算定できる治療室を複数有している場合，全ての治療室にそれぞれ別の入院時重症患者対応メディエーターを配置する必要があるか。	A76 当該医療機関内に入院時重症患者対応メディエーターが配置されていればよく，必ずしも全ての治療室にそれぞれ別の担当者が配置されている必要はない。
Q77 「A234－4」重症患者初期支援充実加算について，「入院した日とは，当該患者が当該加算を算定できる治療室に入院又は転棟した日のことをいう」とあるが，当該加算を算定できる病室に入院後，当該加算を算定できない病棟又は病室に転棟し，再度当該加算を算定できる病室に入室した場合，起算日についてどのように考えればよいか。	A77 重症患者初期支援充実加算を算定できる病室に最初に入室した日を起算日とする。
〔報告書管理体制加算〕	
Q78 「A234－5」報告書管理体制加算の施設基準における「報告書管理の評価に係るカンファレンス」について，「A234」医療安全対策加算の施設基準におけるカンファレンスと兼ねることは可能か。	A78 当該カンファレンスに，報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて患者の診療を担う医師，画像診断を担当する医師，病理診断を担当する医師，看護師等が参加している場合に限り可能。ただし，医療安全対策加算の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には，その旨を記録に残すこと。

質問・未確定事項等	回　　答
Q79 「A234－5」報告書管理体制加算の施設基準における「医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備」とは，具体的にはどのようなことを指すのか。	A79 現時点では，公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していることを指す。
〔褥瘡ハイリスク患者ケア加算〕	
Q80 「A236」褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準において求める看護師の「褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A80 現時点では，以下の研修が該当する。 ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」 ② 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「創傷管理関連」の区分の研修
〔ハイリスク分娩等管理加算〕	
Q81 「A237」ハイリスク分娩等管理加算について，ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理を行った結果，死産だった場合，当該加算を算定できるか。	A81 ハイリスク分娩等管理加算の対象となる妊産婦（妊娠85日以降の場合に限る。）であって，医師がハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理が必要であると判断し，当該管理を行った者については算定できる。
〔地域連携分娩管理加算（ハイリスク分娩等管理加算）〕	
Q82 「A237」の「２」地域連携分娩管理加算の施設基準における「助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された助産師」とは，具体的には何を指すのか。	A82 現時点では，一般財団法人日本助産評価機構の認証を受けた「アドバンス助産師」を指す。
Q83 「A237」の「２」地域連携分娩管理加算の対象患者について，当該加算の届出を行っている医療機関と連携している総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターに当該患者を紹介した場合は，「B009」診療情報提供料（Ⅰ）は算定可能か。	A83 診療情報提供料（Ⅰ）の算定要件を満たす場合において，算定可。
Q84 「A237」の「２」地域連携分娩管理加算において，「ただし，ア～エに該当する妊産婦であっても，当該患者が複数の疾患等を有する場合においては，当該加算は算定できない」とあるが，「複数の疾患等を有する場合」とは具体的はどのような場合を指すのか。	A84 地域連携分娩管理加算の対象患者に係る疾患を複数有する場合又は地域連携分娩管理加算の対象患者に係る疾患に加え，ハイリスク分娩管理加算の対象患者に係る疾患等を有する場合を指す。
Q85 「A237」の「２」地域連携分娩管理加算の対象となる妊産婦について，総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターから連携している有床診療所に紹介された場合，当該患者を再度総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターに紹介し，受診させる必要はあるか。	A85 不要。

質問・未確定事項等	回　　答
〔呼吸ケアチーム加算〕	
Q86 「A242」呼吸ケアチーム加算の施設基準において求める看護師の「呼吸ケアに係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A86 現時点では，以下の研修が該当する。 ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア※」,「新生児集中ケア」,「小児プライマリケア※」又は「呼吸器疾患看護※」 ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程 ③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の2区分の研修を全て修了した場合に限る。） ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。 なお，これに伴い，「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成22年3月29日事務連絡）別添1のQ77及び「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成24年3月30日事務連絡）別添1のQ53は廃止する。
〔術後疼痛管理チーム加算〕	
Q87 「A242－2」術後疼痛管理チーム加算の施設基準において求める看護師の「術後疼痛管理に係る所定の研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A87 現時点では，以下の研修が該当する。 ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「手術看護」 ② 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「術後疼痛管理関連」の区分の研修 ③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下のいずれかの領域別パッケージ研修 ・外科術後病棟管理領域 ・術中麻酔管理領域 ・外科系基本領域 ④ 日本麻酔科学会「術後疼痛管理研修」 なお，④については，令和4年3月31日までに，日本麻酔科学会が定める従前のカリキュラムにおいて研修を修了し，修了証等が発行されている者については，次期更新までは，術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した者と判断して差し支えない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q88 「A242－2」術後疼痛管理チーム加算について，術後疼痛管理チームの麻酔に従事する常勤の医師が,「L009」麻酔管理料（Ⅰ）における麻酔後の診察を行うことと併せて必要な疼痛管理を行うことは可能か。	A88　可能。
〔病棟薬剤業務実施加算〕	
Q89 「A244」病棟薬剤業務実施加算における病棟薬剤業務の実施時間について,「L009」の注5及び「L010」の注2に規定する周術期薬剤管理加算に係る業務に要する時間を含めることは可能か。	A89　周術期薬剤管理加算における「専任の薬剤師」が行う周術期薬剤管理に係る業務に要する時間は病棟薬剤業務実施加算の病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできないが，周術期薬剤管理加算における「病棟薬剤師」が行う薬剤関連業務に要する時間は病棟薬剤業務実施加算の病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。
〔入退院支援加算〕	
Q90 「A246」入退院支援加算について，患者及びその家族等との病状や退院後の生活等に関する話合いをビデオ通話が可能な機器を用いて行うことは可能か。	A90　可能。
〔特定集中治療室用の重症度，医療・看護必要度〕	
Q91　一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅱが要件化されている急性期一般入院料を算定する病棟を有する場合，特定集中治療用の重症度，医療・看護必要度の測定についても，必要度Ⅱを用いた評価が要件となるのか。	A91　医療機関の実情に応じて，必要度Ⅰ又はⅡのいずれかを用いて評価を行ってよい。
Q92 「B　患者の状況等（B項目)」については，特定集中治療室用の重症度，医療・看護必要度に係る評価の基準の対象から除外されたが，特定集中治療室用の重症度，医療・看護必要度の評価票を用いて評価を継続する必要があるか。	A92　必要。
Q93　特定集中治療室用の重症度，医療・看護必要度ⅠからⅡへの評価方法の切替えを行う場合，届出時に，Ⅰ及びⅡのいずれの基準も満たしている必要があるか。	A93　届出を行う前月において，特定集中治療室用の重症度，医療・看護必要度Ⅱの基準を満たしていればよい。
〔救命救急入院料，特定集中治療室管理料〕	
Q94 「A300」救命救急入院料の注1,「A301」特定集中治療室管理料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準において,「当該治療室に入院する患者について，関連学会と連携の上，適切な管理等を行っていること」とあるが,「関連学会と連携」とは，具体的にはどのようなことを指すのか。	A94　日本集中治療医学会のデータベースであるJIPAD（Japanese Intensive care Patient Database）に症例を登録し，治療方針の決定及び集中治療管理を行っていることを指す。

質問・未確定事項等	回　　答
〔救命救急入院料，特定集中治療室管理料，小児特定集中治療室管理料，新生児特定集中治療室管理料，総合周産期特定集中治療室管理料〕	
Q95 「A300」救命救急入院料2及び4，「A301」特定集中治療室管理料，「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並びに「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準における「手術室と同程度の空気清浄度を有する個室」について，空気清浄度の具体的な基準はあるか。	A95　具体的な基準の定めはないが，「手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい」こととされている。
〔精神疾患診断治療初回加算〕	
Q96 「A300」救命救急入院料の注2に規定する精神疾患診断治療初回加算の「イ」の施設基準において求める医師の「自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A96　現時点では，以下の研修が該当する。 ①　厚生労働省自殺未遂者再企図防止事業（平成27～29年度）における「救命救急センターに搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントに関する研修会」 ②　一般社団法人日本自殺予防学会「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会」
〔救命救急入院料〕	
Q97 「A300」救命救急入院料を算定していた患者が，病状が安定し転棟したこと等により，退院時には他の入院料を算定している場合など，退院時に救命救急入院料を算定していない場合であっても，注10の規定による加算は算定可能か。	A97　算定可。
〔特定集中治療室管理料〕	
Q98 「A301」特定集中治療室管理料1及び2の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A98　現時点では，以下の研修が該当する。 ①　日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア※」，「新生児集中ケア」，「小児プライマリケア※」 ②　日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程 ③　特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の8区分の研修を全て修了した場合に限る。） ・「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」 ・「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」 ・「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」 ・「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」 ・「循環動態に係る薬剤投与関連」

質問・未確定事項等	回　　答
	・「術後疼痛管理関連」 ・「循環器関連」 ・「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」 ④　特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修 ・集中治療領域 ・救急領域 ・術中麻酔管理領域 ・外科術後病棟管理領域 ※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。 なお，これに伴い，「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成30年3月30日事務連絡）別添1のQ106は廃止する。
〔早期離床・リハビリテーション加算〕	
Q99　「A300」救命救急入院料の注8，「A301」特定集中治療室管理料の注4，「A301－2」ハイケアユニット入院医療管理料の注3，「A301－3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注3，「A301－4」小児特定集中治療室管理料の注3に規定する早期離床・リハビリテーション加算（以下単に「早期離床・リハビリテーション加算」という。）の施設基準における早期離床・リハビリテーションチームの専任の常勤理学療法士，常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士は，疾患別リハビリテーションの専従者が兼任してもよいか。	A99　疾患別リハビリテーション料（2名以上の専従の常勤理学療法士，専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士の配置を要件とするものに限る。）における専従の常勤理学療法士，専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士のうち1名については，早期離床・リハビリテーション加算における専任の常勤理学療法士，専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士と兼任して差し支えない。ただし，早期離床・リハビリテーション加算に係る業務と疾患別リハビリテーション料に係る業務に支障が生じない範囲で行うこと。 なお，これに伴い，「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成30年3月31日事務連絡）別添1のQ107は廃止する。
Q100　早期離床・リハビリテーション加算の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A100　現時点では，以下の研修が該当する。 ①　日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア※」，「新生児集中ケア」，「小児プライマリケア※」 ②　日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程 ③　特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の8区分の研修を全て修了した場合に限る。） ・「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」 ・「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」

質問・未確定事項等	回　　答
	・「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」 ・「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」 ・「循環動態に係る薬剤投与関連」 ・「術後疼痛関連」 ・「循環器関連」 ・「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」 ④　特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修 ・集中治療領域 ・救急領域 ・術後麻酔管理領域 ・外科術後病棟管理領域 ※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。
Q101　早期離床・リハビリテーション加算の施設基準における早期離床・リハビリテーションチームの専任の常勤看護師は，「A300」救命救急入院料の注11及び「A301」特定集中治療室管理料の注６に規定する重症患者対応体制強化加算（以下単に「重症患者対応体制強化加算」という。）の専従看護師が兼任しても差し支えないか。	A101　同一治療室内であれば，兼任して差し支えない。
Q102　重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従の常勤臨床工学技士は，早期離床・リハビリテーションに係る取組を行うことが可能か。	A102　可能。
〔早期栄養介入管理加算〕	
Q103 「A300」救命救急入院料の注９，「A301」特定集中治療室管理料の注５，「A301－2」ハイケアユニット入院医療管理料の注４，「A301－3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び「A301－4」小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算（以下単に「早期栄養介入管理加算」という。）の施設基準において求める管理栄養士の「集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る３年以上の経験」とは，具体的にはどのようなことをいうのか。	A103　早期栄養介入管理加算を算定できる治療室に入室した患者に対する栄養管理計画に基づく栄養管理の実施や，栄養サポートチームでの栄養管理業務に係る３年以上の経験をいう。

質問・未確定事項等	回　　答
Q104　早期栄養介入管理加算について，複数の治療室を有する医療機関においては，専任の管理栄養士は，複数の治療室を担当するものとして届出を行うことが可能か。	A104　可能。ただし，専任の管理栄養士が複数の治療室を担当している場合であっても，管理栄養士の数は，当該治療室の入院患者の数の合計数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。 なお，早期栄養介入管理加算又は「A233－2」栄養サポートチーム加算を算定する1日当たりの患者数は，専任の管理栄養士1名につき，合わせて15名以下であること。
Q105 「A104」特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算又は第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算を算定している患者が，早期栄養介入管理加算を算定できる治療室に入室した場合，当該加算は算定可能か。	A105　算定不可。
Q106　早期栄養介入管理加算を算定した場合には，「B001」の「10」入院栄養食事指導料は別に算定できないこととされているが，一連の入院期間中に早期栄養介入管理加算を算定した後，他の病棟に転棟し，別の入院料等を算定する場合は，入院栄養食事指導料は算定可能か。	A106　算定不可。
〔重症患者対応体制強化加算〕	
Q107　重症患者対応体制強化加算の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A107　現時点では，以下の研修が該当する。 ①　日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア※」，「新生児集中ケア」，「小児プライマリケア※」 ②　日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程 ③　特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の8区分の研修を全て修了した場合に限る。） ・「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」 ・「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」 ・「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」 ・「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」 ・「循環動態に係る薬剤投与関連」 ・「術後疼痛管理関連」 ・「循環器関連」 ・「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」

質問・未確定事項等	回　　答
	④　特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修 ・集中治療領域 ・救急領域 ・術中麻酔管理領域 ・外科術後病棟管理領域 ※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。
Q108　重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従の常勤看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修」及び常勤看護師のほか，集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修」はいずれも同じ研修である必要があるか。	A108　同じ研修である必要はない。
Q109　重症患者対応体制強化加算の施設基準における「専従の常勤看護師」を配置した場合，特定集中治療室管理料１及び２の施設基準における「適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の配置に係る基準を満たすこととしてよいか。	A109　よい。
Q110　重症患者対応体制強化加算の施設基準において，「常勤看護師のほか，集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師が当該治療室内に２名以上配置されていること」とされているが，当該治療室内に配置される者について，変更することは可能か。	A110　可能。なお，その場合，遅滞なく変更の届出を行うこと。
Q111　Q 110について，当該治療室内に配置される看護師２名以上は，「集中治療を必要とする患者の看護に関する（中略）研修を受講すること」とされているが，研修の受講が決定しているものの，当該研修が開始されていない場合，届出を行うことは可能か。	A111　届出を行う年度内に受講を開始する予定がある場合に限り届出可能。なお，届出時点で研修が開始されていない場合にあっては，届出時に受講開始予定日及び修了予定日を記載し，研修が開始された際に改めて当該看護師に係る届出を行うこと。
Q112　受講中の研修を中断することになった場合，届出を取り下げる必要があるか。	A112　遅延なく届出を取り下げる必要がある。
Q113　重症患者対応体制強化加算の施設基準において，「常勤看護師のほか，集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師」が，「当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合，勤務した治療室又は病棟の施設基準に係る看護師の数に含めないこと」とされているが，外来で勤務することは可能か。	A113　可能。ただし，外来における重症患者への対応又は重症患者への看護実践の向上に寄与する内容に従事すること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q114　重症患者対応体制強化加算の施設基準において，「常勤看護師のほか，集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師が当該治療室内に２名以上配置されていること」とされているが，当該治療室内に配置する看護師は非常勤の者でもよいか。	A114　不可。
Q115　重症患者対応体制強化加算の施設基準における「常勤看護師のほか，集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師」が，既に適切な研修を修了している場合，当該看護師が院内研修に講師として参加することが必要か。	A115　必要。
Q116　重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従の常勤臨床工学技士は，院内研修に講師として参加することが必要か。	A116　必ずしも必要ではないが，講師として参加しない場合においても，院内研修の講義及び演習等の内容が適切に実施されるよう，必要に応じて講師として参加する医師又は看護師と十分な連携を図ること。
Q117　重症患者対応体制強化加算は，「当該患者の入院期間に応じて算定する」こととされているが，入院期間の起算日は，当該医療機関に入院した日を指すか，当該加算を算定できる治療室に入室した日を指すか。	A117　当該治療室に入室した日を指す。
〔小児特定集中治療室管理料〕	
Q118 「A301－4」小児特定集中治療室管理料の注１における「手術を必要とする先天性心疾患の新生児」について， ①　心臓手術ハイリスク群又は左室低形成症候群であり，手術を必要とする新生児 ②　将来的には手術を必要とするが，当該入院期間中に手術を必要としない新生児は含まれるか。	A118　①は含まれる。②は含まれない。
〔成育連携支援加算〕	
Q119 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の注３に規定する成育連携支援加算について，出生後「胎児が重篤な状態」に該当しなかった場合であっても，当該加算は算定可能か。	A119　可能。
Q120 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の注３に規定する成育連携支援加算について，「妊婦とその家族等に対し，母胎の病状等の十分な説明を行うこと」とあるが，説明を行う際は，医師，助産師，看護師，社会福祉士及び公認心理師の全ての職種が同席する必要があるか。	A120　必ずしも全ての職種が同席する必要はないが，対象となる妊婦及びその家族等の状態に応じ，必要と考えられる者を同席させること。

質問・未確定事項等	回　　答
〔無菌治療管理加算〕	
Q121 「A307」小児入院医療管理料の注５に規定する無菌治療管理加算の算定開始日はいつか。	A121 造血幹細胞移植を行う患者に対して無菌治療室管理が開始された日である。
〔回復期リハビリテーション病棟入院料〕	
Q122 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料１及び３の施設基準における「第三者の評価」について，ISO（国際標準化機構）9001の認証は該当するか。	A122 該当する。
〔地域包括ケア病棟入院料〕	
Q123 「A308－3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において，「許可病床数が200未満の医療機関の一般病床において，地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては，ウ又はエについては，当該医療機関内に救急外来を有していること又は24時間の救急患者を受け入れていることにより当該基準を満たすものとみなすものであること」とあるが，「当該医療機関内に救急外来を有していること」とは，当該医療機関が「救急医療対策事業実施要項」（昭和52年７月６日医発第692号）に定める「救命救急センター」である必要があるということか。	A123 当該医療機関が「救命救急センター」である必要はなく，当該医療機関内に救急患者を受け入れる外来が設置されていればよい。
〔緩和ケア疼痛評価加算〕	
Q124 「A310」緩和ケア病棟入院料の注４に規定する緩和ケア疼痛評価加算について，疼痛を有する入院中の患者に対して，疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施した日に限り算定できるのか。	A124 そのとおり。
Q125 「A310」緩和ケア病棟入院料の注４に規定する緩和ケア疼痛評価加算について，疼痛の評価の結果をカルテに記録する必要があるか。	A125 疼痛の評価を実施した結果について患者又はその家族等に説明し，その内容をカルテ等に記載すること。
〔精神科救急医療体制加算〕	
Q126 「A311」精神科救急急性期医療入院料の注６に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準における「地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書」とは，具体的にはどのようなものか。	A126 当該加算の届出を行う医療機関が所在する都道府県等において，都道府県等精神科救急医療体制連絡調整委員会又は圏域ごとの精神科救急医療体制若しくは身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会（精神科救急医療体制整備事業）における意見を踏まえて当該医療機関が120床を超えて精神科救急医療に対応する病床数を確保することが必要であると認定された文書をいう。具体的には，以下の事項を含むものであること。

質問・未確定事項等	回　　答
	・地域において精神科救急医療体制を整備するに当たり，届出医療機関において，120床を超えた精神科救急医療に対応する病床が必要であること。 ・精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）等からの依頼を断らずに当該医療機関において患者を受け入れていること又は受け入れられない事例について，都道府県等精神科救急医療体制連絡調整委員会等に対して患者の受療調整状況及び事例の件数を報告していること。
〔特定機能病院リハビリテーション病棟入院料〕	
Q127 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料を算定していた患者が，医療上の必要があり，「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院した場合，特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数は，回復期リハビリテーション病棟入院料の算定を開始した日を起算日として考えればよいか。	A127　よい。
Q128 「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準における専従の常勤の管理栄養士の配置について，専従の非常勤の管理栄養士を２名以上配置して常勤換算することにより，当該基準の該当性を判断してよいか。	A128　不可。
Q129 「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準における専従の常勤医師の配置について，専従の非常勤医師を２名以上配置して常勤換算することにより，当該基準の該当性を判断してよいか。	A129　不可。
〔短期滞在手術等基本料〕	
Q130 「A400」短期滞在手術等基本料について，「術前に十分な説明を行った上で，別紙様式８を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること」とあるが，検査や放射線治療を行う場合においても，患者の同意を得ることが必要か。	A130　必要。
〔外来栄養食事指導料〕	
Q131 「B001」の「９」外来栄養食事指導料の注３に規定する施設基準における「悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了」とは，具体的にはどのようなことを指すのか。	A131　現時点では，日本病態栄養学会及び日本栄養士会が共同して認定している「がん病態栄養専門管理栄養士」に係る研修を修了し，認定証が発行されていることを指す。

質問・未確定事項等	回　　答
Q132 「B001」の「９」外来栄養食事指導料の注３について，指導時間及び指導回数の基準はないのか。	A132 一律の基準はないが，専門的な知識を有する管理栄養士が，患者の状態に合わせ，必要な指導時間及び指導回数を個別に設定すること。
Q133 「B001」の「９」外来栄養食事指導料について，注３に規定する専門的な知識を有する管理栄養士が，同一月に初回の指導を30分以上，２回目の指導を20分以上実施した場合は，どのように考えればよいか。	A133 注３の所定点数を算定すること。
Q134 「B001」の「９」外来栄養食事指導料の注３を算定する場合，対面で実施する必要があるのか。	A134 情報通信機器等を用いて実施しても差し支えない。なお，留意事項通知の（12）と同様の対応を行うこと。
Q135 「B001」の「９」外来栄養食事指導料について，入院中の患者が退院した後，初回外来時に外来栄養食事指導を実施する場合，情報通信機器等を用いて実施することは可能か。	A135 可能。
Q136 「B001」の「９」外来栄養食事指導料について，「初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は，当該指導までの間に指導計画を作成すること」とされているが，患者の入院中に退院後の外来栄養食事指導に係る指導計画を作成している場合であっても，当該患者が退院した後に改めて指導計画を作成する必要があるか。	A136 不要。
〔外来栄養食事指導料，入院栄養食事指導料〕	
Q137 「B001」の「９」外来栄養食事指導料及び「B001」の「10」入院栄養食事指導料について，栄養食事指導の実施に際し，患者本人が同席せず，患者の家族等に対して実施した場合であっても，当該指導料を算定できるか。	A137 原則として患者本人に対して実施する必要があるが，治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等にあっては，患者の家族等にのみ指導を実施した場合でも算定できる。
〔高度難聴指導管理料〕	
Q138 「B001」の「14」高度難聴指導管理料の施設基準における「補聴器に関する指導に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A138 現時点では，以下の研修が該当する。 ① 厚生労働省「補聴器適合判定医師研修会」 ② 一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会「「補聴器相談医」委嘱のための講習会（秋季大会，地方部会）」
〔小児運動器疾患指導管理料〕	
Q139 「B001」の「28」小児運動器疾患指導管理料について，20歳未満の患者が対象とされているが，当該患者が20歳に達する日の前日まで算定可能ということか。	A139 そのとおり。

質問・未確定事項等	回　　答
〔二次性骨折予防継続管理料〕	
Q140 「B001」の「34」二次性骨折予防継続管理料の施設基準において,「地域の医療機関等と連携し」とあるが,「地域の医療機関等」には,地域の保険薬局は含まれるか。	A140 含まれる。
Q141 「B001」の「34」二次性骨折予防継続管理料について,二次性骨折予防継続管理料1又は2の届出を行っている医療機関が,二次性骨折予防継続管理料3を算定しようとする場合は,新たに届出が必要か。	A141 必要。
Q142 「B001」の「34」の「イ」二次性骨折予防継続管理料1の施設基準において,「一般病棟入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている医療機関であること」とされているが,特別入院基本料を算定する病棟は対象に含まれるか。	A142 含まれない。
〔アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料〕	
Q143 「B001」の「35」アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料について,令和4年3月31日時点で既にアレルギー性鼻炎免疫療法を実施している患者についても算定可能か。	A143 令和4年3月31日時点でアレルギー性鼻炎免疫療法を実施中の患者については,「ロ　2月目以降」に限り算定可。
Q144 「B001」の「35」アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料について,既にアレルギー性鼻炎免疫療法を開始していた患者が,転居等により,紹介を受けて他の医療機関において治療を開始する場合,「イ1月目」の点数は算定可能か。	A144 算定不可。当該患者については,「ロ　2月目以降」に限り算定可。
〔下肢創傷処置管理料〕	
Q145 「B001」の「36」下肢創傷処置管理料の施設基準において求める医師の「下肢創傷処置に関する適切な研修」には,具体的にはどのようなものがあるか。	A145 現時点では,一般社団法人日本フットケア・足病医学会「日本フットケア足病医学会認定師講習会」のうち「Ver.2」が該当する。
〔小児科外来診療料〕	
Q146 小児科外来診療料を算定する医療機関において,「対象患者に対する診療報酬の請求については,原則として小児科外来診療料により行う」こととされているが,情報通信機器を用いた診療を行った場合は,どのように考えればよいか。	A146 情報通信機器を用いた診療を行った場合は,小児科外来診療料は算定できず,「A000」初診料の注1のただし書に規定する251点又は「A001」再診料の73点若しくは「A002」外来診療料の注1のただし書に規定する73点を算定すること。なお,初・再診料以外の診療料については,算定要件を満たす場合は算定可。

質問・未確定事項等	回　　答
〔外来腫瘍化学療法診療料〕	
Q147 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料における「関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針」とは，具体的には何を指すのか。	A147 日本がん看護学会・日本臨床腫瘍学会・日本臨床腫瘍薬学会の「がん薬物療法における職業性曝露対策ガイドライン」を指す。
Q148 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料において，「「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは，当該化学療法のレジメンの期間内とする」とあるが，副作用により化学療法の投与間隔の延長がみられた場合は，レジメンの期間内として差し支えないか。	A148 当該レジメンの継続が可能である場合に限り，レジメンの期間内として差し支えない。
Q149 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」については，「1のイ又は2のイを算定する日以外の日において，当該患者に対して，抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に，週1回に限り算定」できることとされているが，抗悪性腫瘍剤の投与が月3回を超える場合に，「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」は算定可能か。	A149 算定可。なお，外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」の算定は週1回に限る。
Q150 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料を算定する患者について，当該診療料を算定する日以外の日に当該医療機関を受診した場合は，初診料，再診料又は外来診療料は算定可能か。	A150 外来腫瘍化学療法診療料を算定しない場合は，算定可。
Q151 抗悪性腫瘍剤の初回投与を入院中に行い，退院後に2回目以降の投与を外来で行う場合，2回目以降の投与に係る診療において「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料は算定可能か。	A151 入院中に抗悪性腫瘍剤の初回投与を行っている場合は，当該初回投与のサイクル（クール，コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す。）の期間中は外来腫瘍化学療法診療料を算定することはできないが，2サイクル目以降に外来で抗悪性腫瘍剤の投与を開始する場合においては，2サイクル目以降の外来化学療法に係る診療について算定可。
Q152 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料又は第2章第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算の届出を行う場合，それぞれの施設基準における「外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室」及び「実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し，承認する委員会」については，外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを別に整備する必要があるか。	A152 いずれについても，外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを併せて整備して差し支えない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q153 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料1及び第2章第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算1における「実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し，承認する委員会」については，外来腫瘍化学療法診療料1又は外来化学療法加算1を算定する患者に係るレジメンのみを評価・承認することで差し支えないか。	A153 当該委員会においては，外来腫瘍化学療法診療料1又は外来化学療法加算1の算定の有無にかかわらず，当該医療機関で実施される全ての化学療法のレジメンの妥当性を評価・承認する必要がある。
Q154 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料について，令和4年3月31日以前から診療を継続している患者については，改定により自己負担額等が変更になる場合があるが，患者へ説明すべき事項として，自己負担額等が変更になる場合があることは含まれるか。	A154 含まれる。なお，請求前に説明を行うなど，当該患者の理解が得られるよう工夫すること。また，当該説明については必ずしも主治医が行う必要はないが，他の職員が説明を行う場合は，主治医と十分に連携して行うこと。
Q155 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が，外来化学療法を実施している悪性腫瘍以外の傷病について，当該診療料の算定に係る医療機関を受診した場合，外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」は算定可能か。	A155 外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用以外の傷病について受診した場合は算定不可。
Q156 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」については，「診察（視診，聴診，打診及び触診等の身体診察を含む）の上，必要に応じて速やかに検査，投薬等を行う体制を評価したものである」とあるが，検査，投薬等を行わない場合であっても算定可能か。	A156 算定可。ただし，診察（視診，聴診，打診及び触診等の身体診察を含む。）は必ず行うこと。
Q157 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料において，「専任の医師，看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され，本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」とあるが， ① 当該医師，看護師及び薬剤師は，化学療法の経験等を有している必要があるか。 ② 「院内に常時1人以上配置」における常時とは，24時間ということか。	A157 それぞれ以下のとおり。 ① 必ずしも化学療法の経験等を有している必要はないが，その場合であっても，当該医師等が緊急の相談等に適切に対応できるよう，状況に応じた対応方針等について，化学療法の経験を有する医師等を含めて協議し，あらかじめ定めておくこと。 ② そのとおり。
〔バイオ後続品導入初期加算〕	
Q158 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料の注7，「C101」在宅自己注射指導管理料の注4及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について，従前からバイオ後続品を使用している患者について，先行バイオ医薬品が同一である別のバイオ後続品に変更した場合，当該加算は算定可能か。	A158 算定不可。

質問・未確定事項等	回　　答
Q159 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料の注７，「C101」在宅自己注射指導管理料の注４及び第２章第６部注射の通則第７号に規定するバイオ後続品導入初期加算について，「バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して３月を限度として加算すること」とされているが，初回処方日から３月以内に転医し，転医先で同一のバイオ後続品を処方した場合に，当該加算は算定可能か。	A159　算定不可。
Q160 「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料の注７及び第２章第６部注射の通則第７号に規定するバイオ後続品導入初期加算について，「初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として，月１回に限り」加算することとされているが，入院中にバイオ後続品を初めて使用した患者であって，退院後においてもバイオ後続品を使用したものについて，入院中の使用から２月目以降に当該加算の要件を満たす場合は，当該加算を算定することは可能か。	A160　初回の使用日の属する月にバイオ後続品導入初期加算を算定していない者についても，２月目以降に要件を満たす場合は算定可。ただし，その場合であっても，初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として算定すること。
〔生活習慣病管理料〕	
Q161 「B001－3」生活習慣病管理料において，「当該治療計画に基づく総合的な治療管理は，看護師，薬剤師，管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない」とあるが，「多職種」には以下の職種の者は含まれるか。 ①　理学療法士 ②　保健所の職員又は他の医療機関の職員	A161　それぞれ以下のとおり。 ①　含まれる。 ②　含まれる。ただし，生活習慣に関する総合的な治療管理については，当該医療機関の医師が行う必要があり，保健所の職員又は他の医療機関の職員と連携する場合は，当該職員に対して指示した内容及び当該職員が実施した内容を，当該医療機関における療養計画書及びカルテに記録すること。
〔こころの連携指導料（Ⅰ）〕	
Q162 「B005－12」こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準において求める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A162　現時点では，以下の研修が該当する。 ・厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する自殺未遂者ケア研修(精神科救急版)又は自殺未遂者ケア研修（一般救急版） ・日本臨床救急医学会等が実施するPEECコース ・自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修
Q163 「B005－12」こころの連携指導料（Ⅰ）について，心療内科又は精神科を標榜する医療機関の心療内科又は精神科を担当する医師が，患者の病態を踏まえ，他の心療内科又は精神科に当該患者を紹介した場合，当該指導料は算定可能か。	A163　算定不可。

質問・未確定事項等	回　　答
Q164 「B005－12」こころの連携指導料（Ⅰ）において，心療内科又は精神科を標榜する医療機関の内科等を担当する医師が，患者の病態を踏まえ，他の心療内科又は精神科に当該患者を紹介した場合，当該指導料は算定可能か。	A164　他の算定要件を満たせば算定可能。
〔診療情報提供料（Ⅰ）〕	
Q165 「B009」診療情報提供料（Ⅰ）の注7について，以下の者に対して，アナフィラキシーの既往歴のある患者又は食物アレルギー患者に関する診療情報等を提供する場合は，どの様式を用いる必要があるか。 ①　幼稚園の学校医 ②　認定こども園の嘱託医	A165　それぞれ以下のとおり。 ①　適切な情報提供がなされるよう，患者の状況に応じて，別紙様式14の2と別紙様式14の3のいずれかを用いること。 ②　別紙様式14の2を用いること。
〔連携強化診療情報提供料〕	
Q166 「B011」連携強化診療情報提供料について，「当該患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じ」とあるが，他の医療機関からの求めについては，必ず文書で得る必要があるか。	A166　必ずしも文書で得る必要はないが，他の医療機関からの求めがあったことをカルテに記載すること（文書で得た場合は当該文書をカルテに添付することで差し支えない。）。
〔在宅療養支援病院〕	
Q167　機能強化型の在宅療養支援病院の施設基準における「在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること」について，特別の関係にある在宅療養支援診療所等からの要請による受入れについても，当該実績に含めてよいか。	A167　不可。
〔在宅時医学総合管理料，施設入居時等医学総合管理料〕	
Q168 「C002」在宅時医学総合管理料及び「C002－2」施設入居時等医学総合管理料について，月1回訪問診療を実施し，翌月に複数回の情報通信機器を用いた診療を行う在宅診療計画を策定した上で当該診療を実施した場合，在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の算定方法はどのようになるか。	A168 「月1回訪問診療等を行っている場合であって，2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合」の所定点数を算定する。
Q169 「C002」在宅時医学総合管理料及び「C002－2」施設入居時等医学総合管理料について，情報通信機器を用いた診療を行う在宅診療計画を策定し，当該診療を実施した場合，情報通信機器を用いた診療に係る基本診療料は別に算定できるか。	A169　当該診療に係る基本診療料については，在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に包括されており，別に算定できない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q170 「C002」在宅時医学総合管理料及び「C002－2」施設入居時等医学総合管理料について，在宅医療のみを実施する医療機関においても，情報通信機器を用いた診療に係る施設基準の届出を行うことは可能か。	A170 可能。ただし，オンライン指針に沿って診療を行う体制を有していること。
Q171 「C002」在宅時医学総合管理料及び「C002－2」施設入居時等医学総合管理料について，訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し，当該計画に基づき，隔月で訪問診療と情報通信機器を用いた診療を実施した場合の算定について，どのように考えればよいか。	A171 訪問診療を実施した月及び情報通信機器を用いた診療を実施した月のいずれにおいても，「月1回訪問診療等を行っている場合であって，2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合」の所定点数を算定すること。
Q172 「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002－2」施設入居時等医学総合管理料を算定する患者に対して，定期的に情報通信機器を用いた診療を行う場合は，それを踏まえた在宅診療計画を作成し，「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002－2」施設入居時等医学総合管理料の情報通信機器を用いた診療を行った場合の該当する区分の点数により算定するのか。	A172 そのとおり。
Q173 「C002」在宅時医学総合管理料及び「C002－2」施設入居時等医学総合管理料について，訪問診療（月1回以上）を実施する在宅診療計画を作成し，当該計画に基づき，訪問診療等を実施する予定であったが，患者の都合等により，訪問診療を実施せず，情報通信機器を用いた診療のみを実施した月が生じた場合，当月分における算定はどのように考えればよいか。	A173 「月1回訪問診療等を行っている場合であって，2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合」を算定してよい。ただし，このような状況が2回以上連続して生じるような場合には，在宅診療計画を変更すること。
Q174 「C002」在宅時医学総合管理料及び「C002－2」施設入居時等医学総合管理料について，「訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する」場合は，診療の組合せについてどのように考えればよいか。	A174 在宅医療を開始する場合は，初回の診療は訪問診療により実施するよう在宅診療計画の作成を行うこと。なお，原則として，2月連続で訪問診療を行わず，情報通信機器を用いた診療のみを実施することはできない。
〔重症患者搬送加算〕	
Q175 「C004」救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算の施設基準における「関係学会により認定された施設」とは，具体的には何を指すのか。	A175 日本集中治療医学会学会専門医研修施設を指す。
Q176 「C004」救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算における「日本集中治療医学会の定める指針等」とは，具体的には何を指すのか。	A176 現時点では，日本集中治療医学会が策定する「集中治療を要する重症患者の搬送に係る指針」を指す。

質問・未確定事項等	回　　答
Q177 「C004」救急搬送診療料の注４に規定する重症患者搬送加算の施設基準における重症患者搬送チームの看護師は，重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従看護師が兼ねることとしてよいか。	A177　不可。
Q178 「C004」救急搬送診療料の注４に規定する重症患者搬送加算の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A178　現時点では，以下の研修が該当する。 ①　日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア※」,「新生児集中ケア」,「小児プライマリケア※」 ②　日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程 ③　特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の８区分の研修を全て修了した場合に限る。） ・「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」 ・「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」 ・「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」 ・「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」 ・「循環動態に係る薬剤投与関連」 ・「術後疼痛関連」 ・「循環器関連」 ・「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」 ④　特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修 ・集中治療領域 ・救急領域 ・術後麻酔管理領域 ・外科術後病棟管理領域 ※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

質問・未確定事項等	回　　答
Q179 「A301」特定集中治療室管理料1及び2の施設基準における「特定集中治療の経験を5年以上有する医師」については,「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成26年3月31日事務連絡）別添1のQ43において,「集中治療部門での勤務経験を5年以上有しているほか，特定集中治療に習熟していることを証明する資料を提出すること」とされているが,「C004」救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算の施設基準における重症患者搬送チームの「集中治療の経験を5年以上有する医師」についても,「特定集中治療に習熟していることを証明する資料」を提出する必要があるか。	A179　不要。集中治療での勤務経験を5年以上有する医師であればよく，関係学会が行う特定集中治療に係る講習会の受講を証明する資料の提出を行う必要はない。
〔訪問看護指示料〕	
Q180 「C007」訪問看護指示料について,「退院時に1回算定できる」とあるが，訪問看護指示書を患者の退院日に交付する場合だけでなく，例えば，退院日に主治医が不在である等の理由により退院日前に訪問看護指示書を交付する場合においても，退院日に算定可能か。	A180　算定可。
〔外来在宅共同指導料〕	
Q181 「C014」外来在宅共同指導料について，患者の在宅療養を担う医師の初回の訪問時に，外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている医療機関の医師との共同指導を実施する必要があるか。	A181　必ずしも初回に実施する必要はない。
〔遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料，在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）〕	
Q182 「C103」在宅酸素療法指導管理料の注2及び「C107－2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に規定する遠隔モニタリング加算について，遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合，情報通信機器を用いた診療に係る基本診療料は別に算定できるか。	A182　当該診療に係る基本診療料については，遠隔モニタリング加算に包括されており，別に算定できない。
〔血糖自己測定器加算〕	
Q183 「C150」血糖自己測定器加算の「7」間歇スキャン式持続血糖測定器によるものについて，グルカゴン様ペプチド－1受容体アゴニストの自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回以上行っている者に対して，血糖自己測定値に基づく指導を行うために間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合は，算定可能か。	A183　算定不可。

質問・未確定事項等	回　　答
〔血中ケトン体自己測定器加算〕	
Q184 「C150」血糖自己測定器加算の注４に規定する血中ケトン体自己測定器加算について，「SGLT２阻害薬を服用している１型糖尿病の患者に対し，糖尿病性ケトアシドーシスのリスクを踏まえ，在宅で血中のケトン体濃度の自己測定を行うために血中ケトン体自己測定器を給付した場合に算定する。なお，血中ケトン体測定用電極及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における…」とあるが，実際の使用状況を踏まえ，血中ケトン体測定用電極を追加的に給付しなかった場合であっても，算定可能か。	A184　追加の給付の有無にかかわらず，血中ケトン体自己測定器を使用している患者であれば，算定可。
〔がんゲノムプロファイリング検査〕	
Q185　令和４年３月31日以前に旧医科点数表における「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査の「１」検体提出時を算定し，請求を終えた場合であって，これにより得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について，同年４月１日以降に当該検査結果を医学的に解釈するための多職種による検討会での検討を経た上で患者に提供し，治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合について，「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査の算定はどのように考えればよいか。	A185 「B011－5」がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に限り，令和４年３月31日以前に算定した旧医科点数表における「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査の「１」検体提出時の算定を取り下げた上で，「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査により再請求すること。
Q186 「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査の注２の規定による減算について，「他の検査」として，腫瘍細胞を検体とし，医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして，胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査，マイクロサテライト不安定性検査，NTRK融合遺伝子検査及び腫瘍遺伝子変異量検査をいずれも算定した場合であって，標準治療終了後に，「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査を算定する場合は，「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」の「(１)　医薬品の適応判定の補助等に用いるもの」2,500点（マイクロサテライト不安定性検査）と「１」の注２の「ロ　３項目以上」12,000点(FGFR2融合遺伝子検査，NTRK融合遺伝子検査及び腫瘍遺伝子変異量検査）を所定点数から減算するのか。	A186　そのとおり。

質問・未確定事項等	回　　答
Q187 「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査の注２の規定による減算について，診断時に，「がんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシング」以外の方法を用いて，「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」の「(１)医薬品の適応判定の補助等に用いるもの」等を算定した場合であって，標準治療終了後に，「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査を算定する場合は，所定点数から診断時に算定した検査の点数を減算するのか。	A187　減算しない。
Q188 「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査の注２の規定による減算について，他の医療機関において，「がんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシング」を用いて，抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を算定していた場合であっても，所定点数から当該検査の点数を減算するのか。	A188　そのとおり。
Q189 「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査及び「B011－5」がんゲノムプロファイリング評価提供料について，令和４年３月31日以前から診療を継続している患者については，改定により自己負担額等が変更になる場合があるが，患者へ説明すべき事項として，自己負担額等が変更になる場合があることは含まれるか。	A189　含まれる。なお，請求前に説明を行うなど，当該患者の理解が得られるよう工夫すること。また，当該説明については必ずしも主治医が行う必要はないが，他の職員が説明を行う場合は，主治医と十分に連携して行うこと。
〔染色体構造変異解析〕	
Q190 「D006－26」染色体構造変異解析における「関連学会が定める指針」とは，具体的には何を指すのか。	A190　現時点では，日本小児遺伝学会，日本先天異常学会，日本人類遺伝学会及び厚生労働省難治性疾患政策研究事業「先天異常症候群領域の指定難病等のQOLの向上を目指す包括的研究」研究班並びに「染色体微細欠失重複症候群の包括的診療体制の構築」研究班の「診療において実施するマイクロアレイ染色体検査のガイダンス」を指す。
〔レプチン〕	
Q191 「D008」内分泌学的検査の「53」レプチンにおける「関連学会が定める指針」とは，具体的には何を指すのか。	A191　現時点では，日本内分泌学会の「全身性脂肪萎縮症診断における血中レプチン検査の運用指針」を指す。

質問・未確定事項等	回　　答
〔百日咳菌抗原定性〕	
Q192 「D012」感染症免疫学的検査の「46」百日咳菌抗原定性における「関連学会が定める指針」とは,具体的には何を指すのか。	A192 現時点では，日本小児呼吸器学会及び日本小児感染症学会の「小児呼吸器感染症診療ガイドライン」を指す。
〔白癬菌抗原定性〕	
Q193 「D012」感染症免疫学的検査の「49」白癬菌抗原定性における「関連学会の定める指針」とは，具体的には何を指すのか。	A193 現時点では，日本皮膚科学会の「白癬菌抗原キット（販売名：デルマクイック爪白癬）の臨床活用に関して」を指す。
〔抗アデノ随伴ウイルス９型（AAV9）抗体〕	
Q194 「D012」感染症免疫学的検査の「61」抗アデノ随伴ウイルス９型（AAV9）抗体の施設基準における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的には何を指すのか。	A194 現時点では，日本小児神経学会の「ゾルゲンスマ適正使用指針」を指す。
〔循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査〕	
Q195 「D206」心臓カテーテル法による諸検査の注５に規定する冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）における「関連学会の定める指針」とは，具体的には何を指すのか。	A195 現時点では，日本循環器学会，日本医学放射線学会，日本核医学会，日本画像医学会，日本冠疾患学会，日本小児循環器学会，日本心エコー図学会，日本心血管インターベンション治療学会，日本心血管画像動態学会，日本心臓核医学会，日本心臓病学会，日本超音波医学会，日本動脈硬化学会，日本不整脈心電学会及び日本脈管学会の「慢性冠動脈疾患診断ガイドライン」を指す。
〔超音波減衰法検査〕	
Q196 「D215－4」超音波減衰法検査における「関係学会が定めるガイドライン」とは，具体的には何を指すのか。	A196 現時点では，日本消化器病学会・日本肝臓学会の「NAFLD／NASH診療ガイドライン」を指す。
〔内視鏡的留置術加算〕	
Q197 「D310」小腸内視鏡検査の注２及び「D313」大腸内視鏡検査の注４に規定する内視鏡的留置術加算における「関連学会が定めるガイドライン」とは，具体的には何を指すのか。	A197 現時点では，日本小児栄養消化器肝臓学会の「小児消化器内視鏡ガイドライン」を指す。
〔画像診断管理加算〕	
Q198 第２章第４部画像診断の通則第５号に規定する画像診断管理加算３の施設基準において,「関係学会の定める指針に基づいて，人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること」とあるが,「関係学会の定める指針」とは，具体的には何を指すのか。	A198 現時点では，公益社団法人日本医学放射線学会の「人工知能技術を活用した放射線画像診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する管理指針」を指す。

質問・未確定事項等	回　　答
〔ポジトロン断層撮影〕	
Q199 「E101－2」ポジトロン断層撮影における「放射性医薬品管理者」とは，どのような者をいうのか。	A199 日本核医学会，日本核医学技術学会，日本診療放射線技師会及び日本病院薬剤師会の「放射性医薬品取り扱いガイドライン」においては，「放射性医薬品管理者は，各医療機関の「医薬品の安全使用のための業務手順書」に従い放射性医薬品の安全確保に関する業務を総括するものとし，定期的に「医薬品安全管理責任者」に保管・使用状況，放射性医薬品の安全使用のための研修の実施及び放射性医薬品の品質について年1回以上報告し，放射性医薬品が廃棄されるまでの管理を行う」こととされている。
〔血流予備量比コンピューター断層撮影〕	
Q200 「E200－2」血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準において，「血流予備量比コンピューター断層撮影により冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず，経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上あること」とあるが，新たに届出を行う場合について，どのように考えればよいか。	A200 機能的虚血の評価を実施しているものとして，「D206」の注4に規定する冠動脈血流予備能測定検査加算，「D215」の「3」の「ホ」負荷心エコー法，「E101」の注3に規定する断層撮影負荷試験加算及び「E202」の注4に規定する心臓MRI撮影加算の前年の算定回数を当該症例の数に含めても差し支えない。
〔疾患別リハビリテーション料〕	
Q201 リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書について，「計画書に患者自ら署名することが困難であり，かつ，遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合には，（中略）家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で，説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨をカルテに記載することにより，患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし，その場合であっても，患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること」とあるが， ① この場合，医師が計画書の内容等の説明等を行う必要があるか。 ② カルテに計画書を添付することをもって，「説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨をカルテに記載すること」に代えることはできるか。 ③ 交付する計画書の署名欄はどのように取り扱えばよいか。	A201 それぞれ以下のとおり。 ① そのとおり。 ② 不可。家族等への説明を行った医師によるカルテへの記載が必要である。 ③ 当該計画書を作成した医師が，計画書の署名欄に，同意を取得した旨，同意を取得した家族等の氏名及びその日時を記載すること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q202　前問のリハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書の署名の取扱いに関し，「疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し，新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって，新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き」とあるが，他の医療機関から転院した患者であって，転院前から継続して疾患別リハビリテーションを実施するものについては，どのように考えればよいか。	A202　署名の取扱いについては，「疾患別リハビリテーションを初めて実施する場合」に該当するものとして取り扱うこと。
Q203　標準的算定日数を超えて，1月に13単位以内の疾患別リハビリテーションを行っている患者について，1月に1回以上FIMの測定を行う必要があるか。	A203　原則として測定を行う必要がある。
〔リハビリテーションデータ提出加算〕	
Q204 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の注5，「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の注7，「H001－2」廃用症候群リハビリテーション料の注7，「H002」運動器リハビリテーション料の注7及び「H003」呼吸器リハビリテーション料の注5に規定するリハビリテーションデータ提出加算について，疾患別リハビリテーション料を現に算定している患者であって，標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを実施しているものについても，当該加算の算定に当たってはデータの提出が必要か。	A204　そのとおり。
〔摂食嚥下機能回復体制加算〕	
Q205 「H004」の注3の「イ」摂食嚥下機能回復体制加算1について，経口摂取回復率に係る「栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者」とは，どのような患者を指すのか。	A205　1か月以上栄養方法が経口摂取のみである患者を指す。
Q206 「H004」の注3の「イ」摂食嚥下機能回復体制加算1及び「ロ」摂食嚥下機能回復体制加算2について，摂食嚥下支援チームを構成する必要な職種として示されていない職種（薬剤師，理学療法士，作業療法士等）の参加については，どのように考えればよいか。	A206　必要に応じて参加すること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q207 「H004」の注３に規定する摂食嚥下機能回復体制加算について，内視鏡下機能検査又は嚥下造影の実施については，当該医療機関における実施だけでなく，連携する他の医療機関における実施も含まれるか。	A207　含まれる。
Q208 「H004」の注３の「イ」摂食嚥下機能回復体制加算１及び「ロ」摂食嚥下機能回復体制加算２の施設基準において求める看護師の「摂食嚥下障害看護に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A208　現時点では，日本看護協会の認定看護教育課程「摂食嚥下障害看護※」又は「脳卒中看護※」が該当する。 ※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。
〔療養生活継続支援加算〕	
Q209 「I002」通院・在宅精神療法の注９に規定する療養生活継続支援加算の施設基準において求める看護師の「精神看護関連領域に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A209　現時点では，以下の研修が該当する。 ①　日本看護協会の認定看護師教育課程「認知症看護」 ②　日本看護協会が認定している看護系大学院の「老年看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程 ③　日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程
Q210 「I002」通院・在宅精神療法の注９に規定する療養生活継続支援加算について，患者１名に対し，複数の看護師又は精神保健福祉士が担当として支援等を行うことは可能か。	A210　不可。なお，複数の看護師又は精神保健福祉士がチームで対応することは可能であるが，その場合であっても，主たる担当者を定める必要があり，主たる担当者が交代する場合は，当該患者に対してその旨を説明すること。 　また，20分以上の面接等については，当該主たる担当者が実施することとし，他の看護師又は精神保健福祉士が同席することは差し支えないが，複数の者がそれぞれ実施して時間を合算することはできない。なお，支援計画書の作成や関係機関との連絡調整について，主たる担当者以外の者が補助することは可能である。
〔依存症集団療法（アルコール依存症の場合）〕	
Q211 「I006－2」依存症集団療法の「３」アルコール依存症の場合の施設基準における「アルコール依存症に対する集団療法に係る適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A211　現時点では，以下の研修が該当する。 ・独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが実施する「依存症入院管理加算（アルコール依存症の場合）に関する研修」 ・独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが実施する「アルコール依存症に対する集団療法研修」

質問・未確定事項等	回　　答
〔耳鼻咽喉科乳幼児処置加算〕	
Q212　第2章第9部処置の通則第7号に規定する耳鼻咽喉科乳幼児処置加算について,「J095からJ115－2までに掲げる処置を行った場合は,耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として,1日につき60点を所定点数に加算する」とあるが,「J095」耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）から「J115－2」排痰誘発法までに掲げる処置を行った日に限り,1日につき1回算定できるのか。	A212　そのとおり。
Q213　第2章第9部処置の通則第8号に規定する耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算について,「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成28年4月5日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称)」に係る活動に参加し,又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること」とあるが, ①「疑義解釈資料の送付について（その1)」（平成30年3月30日事務連絡）別添1のQ127及びQ128と同様の取扱いであると考えてよいか。 ②「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動や感染症に係る研修会等には,耳鼻咽喉科を担当する医師が参加する必要があるか。	A213　それぞれ以下のとおり。 ①　よい。 ②　耳鼻咽喉科を担当する医師が参加している必要がある。
〔人工腎臓〕	
Q214「J038」人工腎臓について,「「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については,HIF-PH阻害剤は当該医療機関において院内処方することが原則である」とあるが,欠品等のやむを得ない事情がある場合は,医療機関から保険薬局に対してHIF-PH阻害剤の供給を依頼し,患者に対して使用してよいか。	A214　差し支えない。なお,その場合,当該薬剤の費用については,医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。
〔導入期加算（人工腎臓)〕	
Q215「J038」人工腎臓の注2に規定する導入期加算の施設基準における「腎代替療法に係る所定の研修」には,具体的にはどのようなものがあるか。	A215　現時点では,日本腎代替療法医療専門職推進協会「腎代替療法専門指導士」の研修が該当する。
Q216「J038」人工腎臓の注2に規定する導入期加算について,「導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること」とあるが,「定期的に受講」とは,具体的にはどのくらいの頻度で受講する必要があるのか。	A216　年1回以上の受講が必要である。

質問・未確定事項等	回　　答
〔透析時運動指導等加算（人工腎臓）〕	
Q217 「J038」人工腎臓の注14に規定する透析時運動指導等加算について，他院で指導が行われていた患者を自院において引き続き指導する場合，透析時運動指導等加算は算定可能か。	A217 算定可。ただし，その場合，算定上限日数の起算日は他院での初回指導日となることに留意すること。
Q218 「B001」の「31」腎代替療法指導管理料並びに「J038」人工腎臓の注2に規定する導入期加算2及び3について，「腎移植に向けた手続きを行った患者とは，日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者，（中略）腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう」とあるが，腎臓移植希望者として日本臓器移植ネットワークに登録されてから1年以上経過した患者であって，当該登録を更新したものについても，「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれるか。	A218 含まれる。
〔透析時運動指導等加算（人工腎臓）〕	
Q219 「J038」人工腎臓の注14に規定する透析時運動指導等加算について，「医師に具体的指示を受けた」看護師が療養上必要な指導等を実施した場合に算定できることとされているが，ここでいう具体的指示とは，具体的にどのようなことか。	A219 個別の医学的判断による。なお，当該指示の内容については，指示を行った医師が適切にカルテに記載すること。
Q220 「J038」人工腎臓の注14に規定する透析時運動指導等加算について，「連続して20分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定できる」こととされているが， ① 1回の指導は同一の医師等が実施する必要があるか。 ② 「患者の病状及び療養環境等を踏まえ」た療養上必要な指導とは，具体的にはどのような指導か。	A220 それぞれ以下のとおり。 ① そのとおり。 ② 日本腎臓リハビリテーション学会の「腎臓リハビリテーションガイドライン」等の関係学会によるガイドラインを参照して実施するものであること。
Q221 「J038」人工腎臓の注14に規定する透析時運動指導等加算について，人工腎臓を算定している患者に対して，療養上必要な運動指導等を実施した日に限り算定できるのか。	A221 そのとおり。
〔人工呼吸〕	
Q222 「J045」人工呼吸の「3」5時間を超えた場合について，開始日からの日数に応じて評価が細分化されたが，令和4年3月31日以前に旧医科点数表における「3」5時間を超えた場合を算定していた患者であって，同年4月1日以降も当該処置を継続するものに係る起算日については，どのように考えればよいか。	A222 旧医科点数表における「J045」人工呼吸の算定を開始した日を起算日とする。

質問・未確定事項等	回　　答
〔ネブライザ〕	
Q223　副鼻腔内陰加圧ネブライザ，喉頭及び喉頭下ネブライザ及びアレルギー性鼻炎に対する鼻腔ネブライザを同一日に実施した場合，それぞれについて「J114」ネブライザを算定可能か。	A223　算定不可。主たるもののみについて算定すること。
〔治療用装具採型法〕	
Q224 「J129－3」治療用装具採寸法については，「既製品の治療用装具を処方した場合には，原則として算定できない」こととされているが，「J129－4」治療用装具採型法について，既製品の治療用装具を処方した場合は，算定可能か。	A224　算定不可。
〔周術期栄養管理実施加算〕	
Q225　第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について，専任の管理栄養士以外の者が栄養管理を行った場合であっても算定可能か。	A225　算定不可。
Q226　第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について，術前に行う栄養管理を，患者の入院前に外来において実施しても差し支えないか。	A226　差し支えない。
Q227　第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算の施設基準における常勤の管理栄養士は，「A233－2」栄養サポートチーム加算等における専任の常勤管理栄養士と兼務することは可能か。	A227　可能。
Q228　第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について，当該加算を算定する患者が，特定集中治療室管理料等を算定する治療室に入室した場合，早期栄養介入管理加算は算定可能か。	A228　算定不可。
Q229　第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について，患者が手術中に死亡し，術後の栄養管理が実施できなかった場合であっても算定可能か。	A229　術前の栄養管理を実施している場合であれば，算定可。
Q230　第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について，「A104」特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算及び早期栄養介入管理加算は別に算定できないこととされているが，「A233－2」栄養サポートチーム加算又は「B001」の「10」入院栄養食事指導料は算定可能か。	A230　算定可。

質問・未確定事項等	回　　答
Q231　第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について，「術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する」こととされているが，術前の栄養管理には，緊急手術を実施する当日に実施した栄養管理も含まれるのか。	A231　要件を満たす栄養管理を実施している場合は含まれる。
Q232　第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について，「周術期における栄養管理の計画」を作成することとされているが，第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画をもって代えることはできるか。	A232　当該栄養管理計画の作成に当たって，周術期栄養管理実施加算の留意事項通知において「静脈経腸栄養ガイドライン」等を参考として含めることとしている必要な項目を記載している場合は，「周術期における栄養管理の計画」を別に作成する必要はない。
Q233　第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について，術前に行う栄養管理を，患者の入院前に外来において実施する場合，外来における栄養管理と入院後の栄養管理を同一の管理栄養士が実施する必要があるか。	A233　同一の管理栄養士が実施する必要はないが，専任の管理栄養士が実施すること。
Q234　第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について，一連の入院期間中に，全身麻酔を伴う複数の手術を実施した場合，当該加算の算定はどのように考えればよいか。	A234　当該加算は，一連の入院期間中に実施された手術のうち主たるものについて，1回に限り算定すること。
〔緊急整復固定加算，緊急挿入加算〕	
Q235　「K046」骨折観血的手術の注に規定する緊急整復固定加算及び「K081」人工骨頭挿入術の注に規定する緊急挿入加算（以下単に「緊急整復固定加算及び緊急挿入加算」という。）の施設基準における「関係学会等と連携」とは，具体的にはどのようなことを指すのか。	A235　現時点では，日本脆弱性骨折ネットワークのレジストリに症例を登録することを指す。
Q236　緊急整復固定加算及び緊急挿入加算の施設基準における「多職種連携を目的とした，大腿骨近位部骨折患者に対する院内ガイドライン及びマニュアル」とは，具体的には何を指すのか。	A236　例えば， ・術後管理の観点から，整形外科以外の診療科の医師との連携 ・骨粗鬆症に対する薬物治療の観点から，薬剤師との連携 ・早期のリハビリテーションの実施の観点から，理学療法士との連携 ・誤嚥防止の観点から，看護師との連携 ・骨粗鬆症に対する栄養指導の観点から，管理栄養士との連携 ・退院又は転院支援の観点から，社会福祉士との連携 等を目的として作成されたものを指す。

質問・未確定事項等	回　　答
	なお,作成に当たっては,現時点では,「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」,「日本脆弱性骨折ネットワーク（FNN）クリニカルツールキット」等の内容を参照されたい。
Q237　緊急整復固定加算及び緊急挿入加算の施設基準における「速やかな術前評価を目的とした院内の内科受診基準を作成」とは,具体的にはどのようなことを指すのか。	A237　例えば, ・心機能に応じた循環器内科の受診基準 ・呼吸機能に応じた呼吸器内科の受診基準 ・腎機能に応じた腎臓内科の受診基準 ・耐糖能に応じた内分泌内科の受診基準 等をあらかじめ定めておくことを指す。
〔術中MRI撮影加算〕	
Q238 「K169」頭蓋内腫瘍摘出術の注3及び「K171－2」内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術の注に規定する術中MRI撮影加算における「関係学会の定めるガイドライン」とは,具体的には何を指すのか。	A238　現時点では，日本術中画像情報学会の「術中MRIガイドライン」を指す。
〔舌下神経電気刺激装置植込術〕	
Q239 「K190－8」舌下神経電気刺激装置植込術の施設基準における「関係学会から示されている指針」とは，具体的には何を指すのか。	A239　現時点では，日本循環器学会，日本耳鼻咽喉科学会，日本呼吸器学会及び日本睡眠学会の「舌下神経電気刺激装備適正使用指針」を指す。
〔網膜冷凍凝固術〕	
Q240 「K277」網膜冷凍凝固術について，網膜芽細胞腫，網膜血管腫，コーツ病，血管増殖性網膜腫瘍は対象となるか。	A240　対象となる。
〔植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術〕	
Q241 「K305－2」植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術における「関連学会の定める適応基準」とは,具体的には何を指すのか。	A241　現時点では，日本耳科学会の「骨導インプラントBONEBRIDGEの適応基準」を指す。
〔耳管用補綴材挿入術〕	
Q242 「K308－3」耳管用補綴材挿入術の施設基準における「関係学会」とは，具体的には何を指すのか。	A242　現時点では,「日本耳科学会」を指す。
〔頭頸部悪性腫瘍光線力学療法〕	
Q243 「K470－2」頭頸部悪性腫瘍光線力学療法の施設基準における「関係学会」とは,具体的には何を指すのか。	A243　現時点では,「日本頭頸部外科学会」を指す。
Q244 「K470－2」頭頸部悪性腫瘍光線力学療法において求める医師の「所定の研修」には，どのようなものがあるか。	A244　現時点では，当該療法に係る医療機器の製造販売業者が主催する「アキャルックスとレーザ光照射による治療講習会」が該当する。

質問・未確定事項等	回　　答
〔経カテーテル弁置換術〕	
Q245 「K555－2」経カテーテル弁置換術の「３」経皮的肺動脈弁置換術における「関連学会の定める適正使用基準」とは，具体的には何を指すのか。	A245 現時点では，経カテーテル人工生体弁セットを用いる場合，経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会の「サピエン３経カテーテル生体弁の経皮的肺動脈弁留置術適正使用基準」を指し，経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）を用いる場合，経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会の「Harmony経皮的肺動脈弁システム適正使用指針」及び「Harmony経皮的肺動脈弁システム実施施設・実施医基準」を指す。
〔副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法〕	
Q246 「K755－3」副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法における「関係学会の定める適正使用指針」とは，具体的には何を指すのか。	A246 現時点では，日本医学放射線学会，日本インターベンショナルラジオロジー学会，日本高血圧学会，日本内分泌学会，日本内分泌外科学会及び日本泌尿器科学会の「片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症を対象とした経皮的手術による副腎腺腫の凝固における実施施設ならびに施行医師資格の要件」を指す。
〔体外式膜型人工肺管理料〕	
Q247 「K916」体外式膜型人工肺管理料における管理を行う日数に応じた評価について，令和４年３月31日以前から，急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって，人工呼吸器で対応できない患者に対して，体外式膜型人工肺を使用し，同年４月１日以降も使用を継続する場合は，当該患者に係る起算日については，どのように考えればよいか。	A247 旧医科点数表における「K601」人工心肺の算定を開始した日を起算日とする。
〔周術期薬剤管理加算〕	
Q248 「L009」麻酔管理料（Ⅰ）の注５及び「L010」麻酔管理料（Ⅱ）の注２に規定する周術期薬剤管理加算について，当直の薬剤師が周術期に必要な薬学的管理を行った場合，当該加算は算定可能か。	A248 算定可。ただし，周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師と連携した上で実施すること。
Q249 「L009」麻酔管理料（Ⅰ）の注５及び「L010」麻酔管理料（Ⅱ）の注２に規定する周術期薬剤管理加算の施設基準における「周術期薬剤管理に関するプロトコル」と「薬剤の安全使用に関する手順書」は同一のものでよいか。	A249 「周術期薬剤管理」及び「医薬品の安全使用や，重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等」が盛り込まれた内容であれば同一のものでも差し支えない。

質問・未確定事項等	回　　答
〔一回線量増加加算〕	
Q250 「M001」体外照射の「３」強度変調放射線治療（IMRT）の注２に規定する一回線量増加加算について，令和４年３月31日以前に１回の線量が2.5Gy以上３Gy未満の前立腺照射を行った患者について，旧医科点数表における当該加算を算定した場合であって，同年４月１日以降においても当該患者の診療を継続し，１回の線量が2.5Gy以上３Gy未満の前立腺照射を行った場合は，当該加算は算定可能か。	A250　不可。
〔ホウ素中性子捕捉療法〕	
Q251 「M001－5」ホウ素中性子捕捉療法(注２に規定するホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及び注３に規定するホウ素中性子捕捉療法医学管理加算を含む。)の施設基準における「関連学会」とは，具体的には何を指すのか。	A251　現時点では，「日本中性子捕捉療法学会」を指す。
Q252 「M001－5」ホウ素中性子捕捉療法の施設基準における「関係学会から示されている指針」とは，具体的には何を指すのか。	A252　現時点では，日本中性子捕捉療法学会及び日本放射線腫瘍学会の「加速器BPA-BNCTに係るガイドブック」を指す。
〔横断的事項〕	
Q253　カンファレンス等の実施について，複数のカンファレンス等を同時に実施することは可能か。	A253　それぞれの要件を満たしていれば可能である。ただし，実施の記録の管理を適切に行うこと。
〔リフィル処方〕	
Q254　処方箋の交付について，リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合には，処方箋を分ける必要があるか。	A254　処方箋を分ける必要がある。
Q255　処方箋の交付について，リフィル処方により２種類以上の医薬品を投薬する場合であって，それぞれの医薬品に係るリフィル処方箋の１回の使用による投薬期間が異なる場合又はリフィル処方箋の使用回数の上限が異なる場合は，医薬品ごとに処方箋を分ける必要があるか。	A255　処方箋を分ける必要がある。
〔先進医療〕	
Q256　陽子線治療及び重粒子線治療について，令和４年４月１日から保険診療において実施可能となる腫瘍に係る治療を，同年３月31日以前に開始した患者に対して，同年４月１日以降も当該治療を継続する場合は，同日以降の治療に係る費用は，保険診療として請求可能か。	A256　不可。令和４年３月31日以前に先進医療による治療を開始した患者については，同年４月１日以降の治療についても先進医療の枠組みにおいて実施し，費用の請求を行うこと。なお，同年３月31日時点において，先進医療による治療に係る同意を取得しているが，一連の治療を開始していない患者が，同年４月１日以降に保険診療による治療を開始することを希望する場合には，改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで，保険診療に切り替えて治療を開始して差し支えない。

質問・未確定事項等	回　　答
〔横断的事項〕	
Q257　オンライン会議システムやe-learning形式等を活用し，研修を実施することは可能か。	A257　可能。なお，オンライン会議システム，動画配信やe-learning形式を活用して研修を実施する場合は，それぞれ以下の点に留意すること。 ＜オンライン会議システムを活用した実施に係る留意点＞ ○出席状況の確認 （例） ・受講生は原則として，カメラをオンにし，講義中，事務局がランダムな時間でスクリーンショットを実施し，出席状況を確認すること。 ・講義中，講師等がランダムにキーワードを表示し，受講生に研修終了後等にキーワードを事務局に提出させること。 ○双方向コミュニケーション・演習方法 （例） ・受講生からの質問等については，チャットシステムや音声発信を活用すること。 ・ブレイクアウトルーム機能を活用してグループごとに演習を実施後，全体の場に戻って受講生に検討内容を発表させること。 ○理解度の確認 （例） ・確認テストを実施し，課題を提出させること。 ＜動画配信又はe-learning形式による実施に係る留意点＞ ○研修時間の確保・進捗の管理 （例） ・主催者側が，受講生の学習時間，進捗状況，テスト結果を把握すること。 ・早送り再生を不可とし，全講義の動画を視聴しなければレポート提出ができないようにシステムを構築すること。 ○双方向コミュニケーション （例） ・質問を受け付け，適宜講師に回答を求めるとともに，質問・回答について講習会のWebページに掲載すること。 ・演習を要件とする研修については，オンライン会議システムと組み合わせて実施すること。 ○理解度の把握 （例） ・読み飛ばし防止と理解度の確認のため，講座ごとに知識習得確認テストを設定すること。

不妊治療関係

質問・未確定事項等	回　　答
〔一般不妊治療管理料〕	
1．基本的な算定要件	
Q1　不妊症の原因検索の検査や不妊症の原因疾病に対する治療等を実施する場合，一般不妊治療管理料は算定可能か。	A1　算定不可。一般不妊治療とは，いわゆるタイミング法及び人工授精をいい，一般不妊治療管理料は，不妊症と診断された患者に対して，当該患者の同意を得て，いわゆるタイミング法又は人工授精に係る計画的な医学管理を継続して行い，かつ，療養上必要な指導を行うなど，必要な要件を満たす場合に算定する。
Q2　「生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない」こととされているが，例えば，生殖補助医療管理料を算定したが，翌月に治療計画を見直し，一般不妊治療管理料に切り替えた場合は，当該月において一般不妊治療管理料は算定可能か。	A2　算定可。
Q3　Q2において，例えば，生殖補助医療を実施していたが，同一月に一般不妊治療に切り替えることとし，治療計画を作成し，一般不妊治療を開始した場合，当該月に生殖補助医療管理料と一般不妊治療管理料のいずれも算定可能か。	A3　主たるもののみ算定可。
Q4　タイミング法を実施するに当たり，勃起障害を伴う男性不妊症患者に対するホスホジエステラーゼ5阻害剤（以下「PDE5阻害剤」という。）の使用を伴う場合，当該患者に対して一般不妊治療管理料は算定可能か。	A4　算定可。
Q5　令和4年3月31日以前に一般不妊治療を開始した患者について，同年4月1日以降においても当該治療に係る診療が継続している場合，保険診療として実施することは可能か。	A5　令和4年4月1日以降に，一般不妊治療について改めて治療計画を作成し，その作成日から治療を開始する場合には保険診療として実施可能。
2．治療計画の説明・同意　※生殖補助医療管理料と共通（Q30参照）	
Q6　治療計画の同意の取得は，文書で行う必要があるか。また，その保存は必要か。	A6　文書により同意を取得し，当該文書をカルテに添付して保存する必要がある。
Q7　治療計画の文書交付に係る費用は，別に徴収してよいか。	A7　不可。

質問・未確定事項等	回　　答
Q８　一般不妊治療管理料の算定要件のうち，治療計画に係る患者及びそのパートナーへの説明・同意の取得については，両者が受診した上で行わなければならないのか。６月に１回以上行うこととされている「治療内容等に係る同意について確認」についても両者の受診が必要か。	Ａ８　初回の治療計画の説明に当たっては，原則として当該患者及びそのパートナーの同席の下で実施すること。ただし，同席が困難な場合には，その理由をカルテに記載するとともに，やむを得ない事情がある場合を除き同席ができなかった者に対しても以後の診療機会に説明を行い，同意を得ること。 後段の「治療内容等に係る同意について確認」については，同意について確認がとれればよい。
Q９　一般不妊治療管理料の算定要件のうち，治療計画に係る患者又はパートナーへの説明・同意の取得について，同席が困難な場合には，リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて説明を行った上で，同意の確認を行ってもよいか。	Ａ９　よい。この場合，身分証明書の提示等により確実に本人確認を行うとともに，文書による同意を得ること。この際，パートナーからの文書による同意の取得については，後日，同意を得た文書をカルテに添付することで差し支えない。なお，単にパートナーへの説明を行い，同意を取得することのみでは，当該パートナーに対する診療報酬は算定できない点に留意すること。
Q10　患者及びそのパートナーに対して一般不妊治療に関する治療計画の説明を行うに当たり，当該パートナーに対しては特段の診療を行わず，治療計画の説明及び同意の取得のみを行う場合には，当該パートナーに関して一般不妊治療管理料を算定することはできないということか。	A10　そのとおり。一般不妊治療管理料は，当該一般不妊治療を実施する患者について算定するものとし，単に患者及びそのパートナーに対して治療計画の説明及び同意の取得を行ったのみでは，患者及びそのパートナーそれぞれについて算定することはできない。
Q11　患者及びそのパートナーの両者に診療や必要な療養上の指導等を行った場合は，両者についてそれぞれ一般不妊治療管理料を算定することは可能か。	A11　可能。この場合，それぞれの診療についてカルテを作成し，実施した指導内容の要点をカルテに記載すること。
３．婚姻関係の確認等　※生殖補助医療管理料と共通（Q 30 参照）	
Q12　一般不妊治療管理料の初回算定時における婚姻関係等の具体的な確認方法如何。	A12　法律婚である場合はその事実関係を，法律婚以外の場合は患者及びそのパートナーが事実婚関係にある旨の申告を受けるとともに以下アからウまでの内容について，それぞれ確認を行うこと。その際の具体的な確認方法については，個別の事情に応じた医療機関の判断に委ねるが，例えば，患者及びそのパートナーの申告書による確認を行うことなどが考えられる。その際，確認した内容をカルテに記載し，申告書により確認を行った場合は当該申告書をカルテに添付すること。 ア　当該患者及びそのパートナーが重婚でない（両者がそれぞれ他人と法律婚でない）こと。

質問・未確定事項等	回　　答
	イ　当該患者及びそのパートナーが同一世帯であること。なお，同一世帯でない場合には，その理由について確認すること。 ウ　当該患者及びそのパートナーが，治療の結果，出生した子について認知を行う意向があること。
〔人工授精〕	
Q13　患者又はそのパートナー以外の第三者からの精子提供による人工授精（AID）は，保険診療で実施可能か。	A13　不可。
Q14　「K884－2」人工授精を一の月経周期内に複数回実施した場合の算定方法如何。	A14　一の月経周期（※）ごとに1回に限り算定可。 ※一般的に，「月経」とは，約1ヶ月の間隔で自発的に起こり，限られた日数で自然に止まる子宮内膜からの周期的出血であり，月経周期日数はおおよそ25～38日とされており，採卵術における「月経周期」とは，採卵を予定する直近の月経開始日から次の月経または破綻出血が起こるまでの期間と想定される。以下同じ。
Q15　複数の月経周期にわたり人工授精を実施することも考えられるが，人工授精の算定要件には，採卵術のように患者ごとの回数制限はないということか。	A15　そのとおり。ただし，医学的に妥当適切な範囲で実施すること。なお，治療が奏効しない場合には，治療計画の見直しを検討すること。
Q16　同一月の別の月経周期において，それぞれ人工授精を実施した場合（例えば，月初めと月末に計2回実施した場合）は，それぞれについて人工授精を算定可能か。	A16　算定可。その場合，同一月に算定する理由をレセプトの摘要欄に記載すること。なお，採卵術，体外受精・顕微授精管理料，受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料においても同様の取扱いであること。
〔生殖補助医療管理料〕	
1．基本的な算定要件	
Q17　生殖補助医療管理料について，例えば遠方から病院に通院している患者について，当該病院と当該患者の自宅近くの診療所といった複数の医療機関が治療管理を行っている場合には，それぞれの医療機関において当該管理料を算定できるか。	A17　当該患者に対して主として診療を行う医療機関においてのみ算定できる。
Q18　生殖補助医療管理料の施設基準における「他の保健医療サービス及び福祉サービス」とは，具体的には何を指すのか。	A18　都道府県等において実施されている不妊症・不育症に関する相談支援（令和4年度からは「性と健康の相談センター事業」）や，不妊症・不育症支援ネットワーク事業（※）等を指す。 ※不妊症・不育症支援ネットワーク事業（国庫補助事業） 都道府県等において，以下の(1)～(4)を実施することとされている。

質問・未確定事項等	回　　答
	⑴ 不妊症･不育症の診療を行う医療機関や，相談支援等を行う自治体，当事者団体等の関係者等で構成される協議会等の開催 ⑵ 当事者団体等によるピア・サポート活動などへの支援の実施 ⑶ 不妊症・不育症の心理社会的支援に係るカウンセラーを設置し，相談支援を実施 ⑷ 不妊症・不育症患者への里親制度・特別養子縁組制度の紹介の実施
Q19　一般不妊治療管理料については，「生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない」こととされているが，一般不妊治療管理料を算定したが，翌月に治療計画を見直し，生殖補助医療管理料に切り替えた場合は，当該月において生殖補助医療管理料は算定可能か。	A19　算定可。
Q20　Q 19において，例えば，一般不妊治療を実施していたが，同一月に生殖補助医療に切り替えることとし，治療計画を作成し，生殖補助医療を開始した場合，当該月に一般不妊治療管理料と生殖補助医療管理料のいずれも算定可能か。	A20　主たるもののみ算定可。
Q21　生殖補助医療と一連のものとして実施するカウンセリングに係る費用は，別に徴収してよいか。	A21　不可。生殖補助医療管理料の算定要件においては，「治療に当たっては，当該患者の状態に応じて，必要な心理的ケアや社会的支援について検討し，適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと」とされており，生殖補助医療と一連のものとして実施するカウンセリングは，生殖補助医療管理料において包括して評価されていることから，別途費用を徴収することは認められない。
Q22　患者又はそのパートナー以外の第三者からの精子・卵子・胚提供による不妊治療や代理懐胎は，保険診療で実施可能か。	A22　不可（不妊に悩む方への特定治療支援事業（以下「特定治療支援事業」という。）と同様の取扱い）。
Q23　令和４年４月１日より前に治療を開始した診療が同日以降も継続している場合，保険診療として実施することは可能か。	A23　年度をまたぐ「１回の治療」（※）に対して，特定治療支援事業の経過措置が設けられており，１回に限り助成金の活用が可能とされているため，当該事業をご活用いただきたい。 　なお，令和４年４月１日より前に凍結保存した胚については，一定の条件下で，保険診療において使用することを可能としている（具体的には，Q 78参照のこと。）。

質問・未確定事項等	回　　答
	※特定治療支援事業における「1回の治療」とは,「採卵準備のための「薬品投与」の開始等から,「妊娠の確認」等に至るまでの特定不妊治療の実施の一連の過程」とされている。また,融解凍結胚移植を実施する場合については,「以前に行った体外受精又は顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も1回とみなす」こととされている。詳細は,同事業の要領等をご参照いただきたい。
2．年齢制限	
Q24　生殖補助医療管理料の年齢制限の基準日である「当該生殖補助医療の開始日」とは,当該生殖補助医療に係る治療計画を作成した日を指すのか。	A24　そのとおり。
Q25　初診料を算定した日に生殖補助医療に係る治療計画を作成した場合,生殖補助医療管理料は算定できないが,このときも年齢制限の基準日は治療計画を策定した日（この場合,初診料を算定した日）となるのか。	A25　そのとおり。この場合,生殖補助医療管理料における治療計画の作成に係る算定要件は,当該治療計画を作成した日において満たしている必要があるため,初診料の算定日において,当該患者及びそのパートナーに交付した治療計画の文書や同意を得た文書をカルテに添付すること等を行うとともに,生殖補助医療管理料の請求に当たっては,レセプトの摘要欄に,治療計画を作成した日が初診料を算定した日である旨を記載すること。
Q26　治療計画を作成し,採卵より前に精巣内精子採取術等の男性不妊治療を行った場合であっても,生殖補助医療管理料における女性の年齢制限の基準日は,治療計画を作成した日となるのか。	A26　そのとおり（特定治療支援事業と同様の取扱い）。
Q27　年齢制限に係る年齢のカウントは,43歳の誕生日以降は保険診療での要件を満たさなくなるという理解でよいか。	A27　よい。年齢のカウントについては,誕生日を基準とすることとし,年齢計算に関する法律や民法上の解釈による誕生日の前日ではないことに留意すること（特定治療支援事業と同様の取扱い。）。 　なお,こうした年齢のカウント方法は,胚移植術の回数制限においても同様であること。
Q28　年齢制限の基準日において女性の年齢が43歳であるが,胚移植術の回数の上限を超えていないときには,保険診療として生殖補助医療を開始することは可能か。	A28　不可。特定治療支援事業と同様,胚移植術の回数の上限を超えていない場合であっても,生殖補助医療管理料の年齢制限の要件を満たさない場合には算定できない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q29　女性の年齢が年齢制限の基準日において 43 歳未満である場合に限るとされている。保険適用の施行当初は，例えば，医療機関において不妊治療を保険診療として実施する準備ができていないこと等も考えられるが，43 歳未満で治療を開始できず，43 歳で治療開始することになってしまった場合の取扱い如何。	A29　令和４年４月１日から同年９月 29 日までの間に 43 歳に達する女性（※）について，43 歳に達した日の翌日（43 歳の誕生日）以後に初回の治療を開始した場合であっても，同年９月 30 日までに治療を開始したのであれば，当該治療開始日を含む１回の治療（胚移植を目的とした治療計画に基づく一連の診療をいう。）に限り，年齢制限の基準日において生殖補助医療管理料の年齢に関する算定要件を満たすものとみなす。この場合，当該初回の治療を開始した年月日及び当該患者の生年月日をカルテ及びレセプトの摘要欄に記載すること。 ※令和４年４月１日に 43 歳に達する女性とは，同年４月２日が 43 歳の誕生日である者をいい，同年９月 29 日に 43 歳に達する女性とは，同年９月 30 日が 43 歳の誕生日である者をいう。
３．治療計画	
Q30　一般不妊治療管理料に係るＱ６からＱ 12 までの取扱いは，生殖補助医療管理料における治療計画や婚姻関係の確認等に係る取扱いに関しても同様と考えてよいか。	A30　よい。
Q31　治療計画の作成に当たって把握することとされている患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過等について，具体的な確認内容如何。	A31　患者及びそのパートナーについて，過去の不妊治療等の産婦人科・泌尿器科領域における治療歴（出産，流産，死産等の経過を含む。），保険診療／保険外の診療の別，保険診療における生殖補助医療の実施回数，過去に治療を実施した他の医療機関など，治療上又は算定要件上必要となる事項について申告を求め，可能な限り確認を行うこと。過去に治療を実施した他の医療機関がある場合には，当該医療機関に照会の上，治療歴の詳細や実施回数などを把握すること。 　なお，確認した内容についてカルテに記載（文書で確認した場合にあっては，当該文書をカルテに添付）すること。また，これらの確認を怠っている場合は，生殖補助医療管理料及び採卵術等の診療料の算定を行うことができないこと。

質問・未確定事項等	回　　答
	(参考) 生殖補助医療管理料の算定要件及び施設基準(抄) [算定要件] (4) 治療計画の作成に当たっては，当該患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過を把握すること。特に，治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で，カルテに記載するとともに，当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日をレセプトの摘要欄に記載すること。なお，確認に当たっては，患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認するとともに，必要に応じて，過去に治療を実施した他の医療機関又は保険者に照会すること。 [施設基準] (18) 胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制を有していること。また，当該医療機関において実施した胚移植術の実施回数について，他の医療機関から情報提供を求められた場合には，それに応じること。
Q32　2回目以降の胚移植の計画策定の際は，初回に確認した婚姻関係等の状況から変更がないことを確認すればよいか。	A32　よい。この場合においても，確認した方法について，カルテに記載するとともに，文書等が提出された場合には，当該文書等をカルテに添付すること。
Q33　治療計画に記載する一連の診療過程について，「採卵術（実施するための準備を含む。）から胚移植術（その結果の確認を含む。）までの診療過程を含めて作成すること」，「既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合には，当該胚移植術の準備から結果の確認までを含めて作成」とあるが，診療過程の始期と終期についてどのように考えればよいか。	A33　始期は治療計画を作成した日，終期は医学的に当該生殖補助医療が終了した日をいう。なお，採卵術を「実施するための準備」とは，採卵のための投薬や投薬を実施する時期を判断するための検査等を想定している。また，「胚移植術の準備」とは，胚移植のための投薬等を想定している。
Q34　治療計画は，「採卵術（実施するための準備を含む。）から胚移植術（その結果の確認を含む。）までの診療過程を含めて作成すること」とされている。治療開始日においては，胚移植までの診療過程全ての具体的な内容や診療日程を確定することが難しいことも想定されるが，具体的にはどの程度記載する必要があるか。	A34　具体的な記載内容は医師の判断による。採卵術から胚移植術までの診療過程を記載するなど，生殖補助医療管理料の算定要件における治療計画の記載事項を満たしていればよい。なお，治療計画の作成後，その見直しを行う場合にも，患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し，文書による同意を得ること。また，交付した文書の写し及び同意を得た文書をカルテに添付すること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q35　治療計画に基づき実施される一連の診療過程において，保険外の診療が含まれる場合には，算定要件を満たさないという理解でよいか。例えば，①治療計画に基づく保険診療の過程で保険適用外の検査（先進医療等の保険外併用療養に該当しないもの）を追加的に行う場合，②胚移植を保険外の診療で行うことを前提に採卵術を保険診療で実施する場合についてはどうか。	A35　よい。①及び②の場合については，いずれも算定要件を満たさない。
Q36　当該一連の診療において，年齢制限等の生殖補助医療管理料の算定要件を満たさない場合又は回数制限等の胚移植術の要件を満たさない場合には，治療計画に従って実施することとされている採卵術等の一連の算定要件も満たさないという理解でよいか。	A36　よい。生殖補助医療管理料の算定要件において作成することとされている治療計画に従って実施する必要があるため，年齢制限等の要件を満たしていない場合には，採卵術等も算定不可。また，回数制限を超えている場合は，治療計画の目的とする胚移植術がその算定要件を満たさないため，同管理料及び以降の採卵術等も算定不可。
Q37　生殖補助医療管理料の治療計画については，当該管理料を算定する医療機関において治療を完結させる必要があるのか。例えば，治療計画の作成等をA病院で行い，採卵準備等のための外来診療（頻度の高い投薬等）については患者のかかりつけのBクリニックで実施する場合，A病院は当該管理料を算定できるか。	A37　算定可。この場合，Bクリニックにおける治療の内容を含めて，治療計画に記載した上で，患者及びそのパートナーの同意を得ること。また，A病院においては，Bクリニックにおける診療内容について，患者から都度聴取し，必要に応じてBクリニックに照会すること。
Q38　Q37の場合において，A病院からBクリニックに対して，患者の同意を得て，診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合，A病院は診療情報提供料（Ⅰ）を算定することは可能か。	A38　要件を満たす場合には算定可。
Q39　患者との間で2回目以降の胚移植も念頭に置いて治療方針を決定している場合，胚移植に向けた2回目以降の一連の診療についても，初回の治療において作成する治療計画に記載する必要があるか。	A39　胚移植に向けた初回の一連の診療過程のみを記載すればよい。なお，2回目以降の胚移植に向けた診療過程をあわせて記載しても差し支えない。
Q40　初回の胚移植に向けた治療結果を踏まえて治療方針を見直し，改めて2回目の胚移植に向けた治療計画（採卵から胚移植までの一連の診療）を作成した場合，2回目の治療は初回の治療とは別の診療過程として取り扱ってよいか。	A40　初回の治療と一連をなさない場合には，それぞれ別の診療過程として取り扱ってよい。

質問・未確定事項等	回　　答
4．その他	
Q41　不妊症の診断がされていない者に対して，①将来子どもを出産することができる可能性を温存するための妊孕性温存療法及び②妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた不妊治療等（以下「温存後不妊治療」という。）を実施する場合，保険診療として実施可能か。	A41　不可。保険診療として実施する生殖補助医療は，患者及びそのパートナーが不妊症と診断されていることが算定要件となっている。 なお，「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」（厚生労働省健康局がん・疾病対策課）では，小児・AYA世代のがん患者で，妊孕性が低下することが見込まれる等の者を対象にした支援メニューが用意されているため，対象となる場合には当該事業をご活用いただきたい。
Q42　不妊症の診断がされていない者が，妊孕性温存療法の後にパートナーと共に不妊症と診断された後に，温存後不妊治療を実施した場合には，診断後に実施した温存後不妊治療は保険診療として実施可能か。	A42　不可。今般，保険適用された生殖補助医療に係る算定項目のうち，「胚移植術」に用いる初期胚及び胚盤胞は，保険診療において採取した卵子及び精子を用いて作成されたものでなければならないこととされている。 なお，「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」（厚生労働省健康局がん・疾病対策課）では，小児・AYA世代のがん患者で，妊孕性が低下することが見込まれる等の者を対象にした支援メニューが用意されているため，対象となる場合には当該事業をご活用いただきたい。
Q43　不妊症と診断された患者及びそのパートナーについて，がん等の他の疾患が発覚し，その治療を行うこととなった場合には，不妊治療を中断せざるを得ない場合がある。この場合において，以下を保険診療として実施してよいか。 ①　がん等の治療のため，不妊治療を中断するまでに実施した生殖補助医療（例えば，採卵，体外受精・顕微授精，受精卵・胚培養，胚凍結保存等の生殖補助医療を実施した場合） ②　がん等の治療の終了後，不妊治療を再開する場合における生殖補助医療	A43　いずれも可能。
〔採卵術〕	
Q44 「K890－4」採卵術について，採卵実施前に卵胞が消失していたこと等により，採卵が実施できなかった場合，採卵術の算定はどのような取扱いとなるか。	A44　採卵術は算定できない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q45　採卵術については，採取された卵子の数に応じて注に掲げる点数を所定点数に加算することとされているが，採卵の結果， ①　体外受精又は顕微授精を実施しても受精卵の作成が見込めない卵子が採取された場合 ②　未成熟な卵子であって，培養後に体外受精又は顕微授精を実施することにより受精卵の作成が見込めるものが採取された場合 には，どのような取扱いとなるか。	A45　それぞれ以下のとおり。 ①　当該卵子については，採取された卵子の数に含めない。当該卵子のみが採取された場合は，注の加算は算定できず，採卵術の所定点数を算定すること。 ②　当該卵子については，採取された卵子の数に含め，注の加算を算定してよい。 なお，当該卵子を培養し，体外受精又は顕微授精を実施した場合の培養に係る費用については，体外受精・顕微授精管理料に含まれ，別に算定できない。
Q46　一の月経周期内において，例えば， ①　同一日に2回採卵を実施した場合 ②　発育度合いが異なる卵胞について，初回の採卵の1週間後に2回目の採卵を実施した場合 のそれぞれについて採卵術の算定方法如何。	A46　①及び②のいずれの場合においても，一の月経周期ごとに1回に限り算定可。なお，同一月経周期内において採卵を複数回実施した場合における採取された卵子の数に応じた加算については，当該月経周期内において採取された卵子の合計の個数に応じて加算する。
Q47　複数の月経周期にわたり採卵を実施することも考えられるが，採卵術の算定要件として，一連の診療における採卵術の算定回数について制限はないという理解でよいか。	A47　よい。医学的な判断によるものであり，例えば，治療計画において，卵子が得られなかった場合，得られた卵子が少なかった場合等に複数回採卵術を行うことは可能であること。ただし，当該治療計画における採卵術は，あくまで保険診療として胚移植術を行うことを目的に実施されるべきものであり，患者の身体的な負担にも配慮しつつ，必要な範囲内で実施すべき点に留意すること。
Q48　初回の胚移植が終了した時点で凍結胚を保存している場合であっても，次の胚移植に向けた治療計画の作成を行う際に，採卵から開始する治療計画を作成し，採卵術を算定することは可能か。	A48　医学的に必要性が認められる場合には，算定可。
〔精巣内精子採取術〕	
Q49　「K838－2」精巣内精子採取術について，精巣上体精子採取術又は精管精子採取術を実施した場合の算定は，どのように考えればよいか。	A49　精巣内精子採取術の「1　単純なもの」を算定する。
〔体外受精・顕微授精管理料〕	
Q50　「K917」体外受精・顕微授精管理料について，採卵の結果，成熟した卵子が得られず，体外受精及び顕微授精のいずれも実施できなかった場合には，どのような取扱いとなるか。	A50　体外受精及び顕微授精のいずれも実施できなかった場合には，体外受精・顕微授精管理料は算定できない。

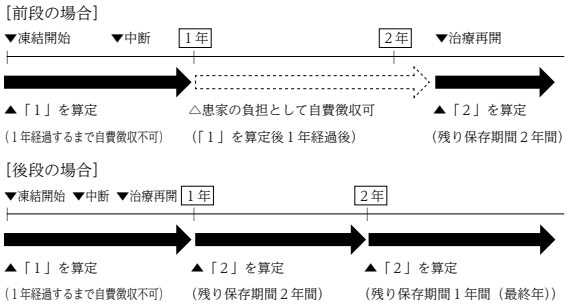
質問・未確定事項等	回　　答
Q51　体外受精又は顕微授精の実施前に精子を凍結した場合には，要した費用を請求できるか。	A51　体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は，体外受精・顕微授精管理料の所定点数に含まれ，別に算定できない。
Q52　顕微授精を実施したが，受精卵に至らなかった卵子の取扱いについては，どのように考えればよいか。	A52　顕微授精を実施した卵子の個数に含めてよい。
Q53　令和４年３月31日以前に精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて，同年４月１日以降に体外受精又は顕微授精を実施した場合には，体外受精・顕微授精管理料の注２に規定する採取精子調整加算は算定可能か。	A53　令和４年３月31日以前に実施した精巣内精子採取術の後に初めて「１　体外受精」又は「２　顕微授精」を算定する場合には，算定可。 ただし，この場合においては，以下の⑴から⑷までを全て満たす必要がある。また，これらを確認した方法等をカルテ及びレセプトの摘要欄に記載し，確認に当たって文書を用いた場合は，当該文書をカルテに添付すること。 ⑴　令和４年４月１日以降に，治療計画を作成し，生殖補助医療管理料を算定すること。 ⑵　以下のいずれかに該当すること。 ①　特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている又は日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設である医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合 ②　当該精巣内精子採取術により採取された精子を用いて生殖補助医療を実施する医師が，その採取・保存に関して，①の医療機関と同等の水準において実施されていたと判断できる場合 ⑶　保険診療に移行することについて患者の同意を得ること。 ⑷　令和４年４月１日以降に実施される不妊治療に係る費用について，同年３月31日以前に患者から徴収していないこと（同日以前に費用を徴収している場合にあっては，同年４月１日以降に実施される不妊治療に要する費用の返金を行っていること。）。
Q54　体外受精・顕微授精管理料を算定する医療機関以外の医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合，採取精子調整加算の算定はどのように考えればよいか。	A54　採取精子調整加算は体外受精・顕微授精管理料を算定する医療機関において算定する。なお，この場合の医療機関間での診療報酬の分配は，相互の合議に委ねるものとする。

質問・未確定事項等	回　　答
Q55　一の月経周期内において，例えば，①体外受精を複数回，それぞれ別日に実施した場合，②顕微授精を複数回，それぞれ別日に実施した場合について，それぞれ体外受精・顕微授精管理料の算定方法如何。	A55　①及び②のいずれの場合においても，一の月経周期ごとに1回に限り算定可。なお，②の場合においては，同一月経周期内において顕微授精を実施した卵子の合計の個数に応じて「2　顕微授精」の所定点数を算定する。
Q56　複数の月経周期にわたり体外受精・顕微授精を実施することも考えられるが，一連の診療における体外受精・顕微授精管理料の算定回数について制限はないという理解でよいか。	A56　よい。医学的な判断による。
Q57　採卵術，体外受精・顕微授精管理料，受精卵・胚培養管理料，胚凍結保存管理料及び胚移植術について，それぞれの算定日の考え方如何。	A57　個々の事例により異なる場合もあるものと考えられるが，取り扱う胚等の個数により算定すべき点数が異なること等も踏まえると，一般的には以下の算定方法が考えられる。 ・採卵術及び体外受精･顕微授精管理料は，採卵を実施した日に算定することが想定される（体外受精・顕微授精管理料を採卵日に算定しない場合には，下記の例2又は例3の受診日において算定することが想定される。）。 ・受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料は，胚培養を実施した後に，その結果報告及び今後の治療方針の確認のための受診日がある場合には，当該受診日に算定することが想定される。なお，採卵日以降，受診日がない場合には，胚移植を実施した日に算定することが想定される。 （参考）算定方法の例 例1） ①採卵時に受診：採卵術及び体外受精・顕微授精管理料を算定 ②胚培養後に受診：受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料を算定 ③胚移植時に受診：胚移植術を算定 例2） ①採卵時に受診：採卵術を算定 ②胚培養後に受診：体外受精・顕微授精管理料，受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料を算定 ③胚移植時に受診：胚移植術を算定 例3） ①採卵時に受診：採卵術を算定 ②胚移植時に受診：体外受精・顕微授精管理料，受精卵・胚培養管理料，胚凍結保存管理料及び胚移植術を算定

質問・未確定事項等	回　　答
〔受精卵・胚培養管理料〕	
Q58 「K917－2」受精卵・胚培養管理料について,前核期胚はどのような取扱いとなるか。	A58 初期胚と同様の取扱いとなる。
Q59 一の月経周期内における受精卵・胚培養管理料の算定数について制限はあるか。	A59 一の月経周期ごとに1回に限り算定可。なお，同一月経周期内において必要な医学管理を実施した受精卵及び胚の合計の個数に応じて算定する。
Q60 複数の月経周期にわたり体外受精・顕微授精を実施することも考えられるが，一連の診療過程における受精卵・胚培養管理料の算定回数について制限はないという理解でよいか。	A60 よい。医学的な判断による。
〔胚凍結保存管理料〕	
1．基本的な算定要件	
Q61 「K917－3」胚凍結保存管理料について，前核期胚はどのような取扱いとなるか。	A61 初期胚と同様の取扱いとなる。
Q62 「2　胚凍結保存維持管理料」について「1年に1回に限り算定する」こととされているが，具体的には，過去1年間に「1　胚凍結保存管理料（導入時)」又は「2　胚凍結保存維持管理料」を算定していない場合に算定可能という理解でよいか。	A62 よい。
Q63 「1　胚凍結保存管理料(導入時)」については,胚の凍結とその後1年間の凍結保存及び必要な医学管理に要する費用を評価するものであり,同管理料を算定してから1年を経過した後に,継続して胚凍結保存を実施する場合には,「2　胚凍結保存維持管理料」を算定することとなるという理解でよいか。	A63 よい。
Q64 「凍結保存の開始日から起算して3年を限度として」算定することとされているが,「1　胚凍結保存管理料(導入時)」及び「2　胚凍結保存維持管理料」に係る保存期間を通算して3年と考えればよいか。	A64 よい。
Q65 令和4年4月1日より前から凍結保存されている初期胚又は胚盤胞については,「1　胚凍結保存管理料（導入時)」と「2　胚凍結保存維持管理料」のいずれを算定すべきか。その際の算定年数の限度（3年）の起算点の考え方如何。	A65 「2　胚凍結保存維持管理料」を算定する。この場合，令和4年4月1日以降に算定した生殖補助医療管理料に係る治療計画に記載した場合には，当該治療計画を策定した日を起算点とすることとなるが，同日より前に凍結保存に関する費用を徴収している場合には，同日以降であってもその契約期間中は「2　胚凍結保存維持管理料」は算定できないこと。この場合において,例えば，同日より前の診療に係る当該契約を解消し，令和4年4月1日以降の保存に要する費用を患者に返金した上で，同日から「2　胚凍結保存維持管理料」を算定することは差し支えないこと。

質問・未確定事項等	回　　答
	いずれの場合においても，令和４年４月１日より前から不妊治療を実施している場合には，胚の凍結保存の費用負担の在り方を含め，保険適用の内容も踏まえつつ，今後の治療方針について患者及びそのパートナーに十分説明の上，同意を得て実施する必要がある点に留意すること。
Q66　Q 65について，保険適用前から胚の凍結保存に関する費用を徴収している場合において，令和４年４月１日以降，契約期間が終了した後に「２胚凍結保存維持管理料」を算定した場合，「凍結保存の開始日」は，令和４年４月１日ではなく「２　胚凍結保存維持管理料」を算定した日になるということか。	A66　そのとおり。
Q67　年齢制限や回数制限を超えた場合，それ以降の「２　胚凍結保存維持管理料」の算定は可能か。	A67　新たに「２　胚凍結保存維持管理料」を算定することはできない。また，「２　胚凍結保存維持管理料」を算定してから，１年を経過していない場合には，患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならないこと。
２．複数回凍結保存を行う場合の算定方法	
Q68　一連の診療過程において，複数回採卵を行う場合には，胚凍結保存を実施する回数も複数回に及ぶことになるが，その場合，「１　胚凍結保存管理料（導入時)」を複数回算定することができるか。また，その後，「２　胚凍結保存維持管理料」への算定に切り替わる時期についてどのように考えればよいか。	A68 「１　胚凍結保存管理料（導入時)」は，採卵と同様に一の月経周期ごとに１回に限り算定可。なお，同一月経周期内において胚凍結保存を複数回実施した場合における「１　胚凍結保存管理料（導入時)」の算定については，当該月経周期内において凍結保存した胚の合計の個数に応じて算定する。 後段については，「１　胚凍結保存管理料（導入時)」を複数回算定している場合には，当該管理料の直近の算定日から１年が経過するまでは，「２　胚凍結保存維持管理料」は算定できず，「２　胚凍結保存維持管理料」は，「１　胚凍結保存管理料(導入時)」を最後に算定した日から１年を経過した場合に算定する。 ※算定イメージ
Q69　複数の胚を凍結している場合，「２　胚凍結保存維持管理料」についても複数回算定可能か。	A69　算定不可。凍結保存する胚の個数にかかわらず，患者ごとに１年に１回算定する。

質問・未確定事項等	回　　答
Q70 「凍結保存の開始日から起算して３年を限度として」算定することとされているが，複数回「１　胚凍結保存管理料（導入時）」を算定した場合，その起算日は，それぞれの凍結胚ごとに当該管理料を算定した日となるのか。	A70　そのとおり。
Q71 「１　胚凍結保存管理料（導入時）」を複数回算定した場合，既に３年を超えて保存している凍結胚があったとしても，他の凍結胚の通算の保存期限が３年を超えていない場合には「２　胚凍結保存維持管理料」を算定可能か。	A71　算定可。
３．治療の中断	
Q72 「妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって，患者及びそのパートナーの希望により，凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には，その費用は患家の負担とする」こととされているが， ①　妊娠以外には，どのような場合に「治療が中断」したことになるのか。 ②　妊娠した場合はその時点から必ず治療が中断するのか。	A72　それぞれ以下のとおり。 ①　不妊症に係る治療の中断とは，例えば， ・不妊治療を実施している途中にがん等の他の疾患（合併症を含む。）が発覚し，その治療を行うこととなった場合 ・不妊治療の一連の診療過程が終了した後，次回の不妊治療の実施について，患者及びそのパートナーの意向が確認できていない場合 などが考えられる。 ②　妊娠による不妊治療の中断は，当該不妊治療に係る一連の診療過程の終了を意味し，その時点は医師の医学的な判断による。例えば，体外受精による妊娠判定後であっても，妊娠継続のため黄体ホルモンの補充を実施する必要があるなど医学的に不妊治療を継続する必要があると医師が判断する場合には，妊娠後も保険診療として不妊治療を継続することは想定される。
Q73　治療計画に基づく一連の診療過程の終了後，次の胚移植に向けた治療の予定が決まっていない場合においても，胚凍結保存管理料を算定することは可能か。	A73　患者及びそのパートナーについて，引き続き，不妊治療を実施する意向を確認しており，次の不妊治療に係る治療計画を作成している場合には算定可。 ただし，治療計画に基づく一連の診療過程の終了後，次回の不妊治療の実施について，患者及びそのパートナーの意向が確認できない場合には，不妊症に係る治療が中断されているものと考えられるため，胚凍結保存管理料の算定は認められない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q74　Q73において，「患者及びそのパートナーについて，引き続き，不妊治療を実施する意向を確認しており，次の不妊治療に係る治療計画を作成している場合」には，胚凍結保存管理料を算定可とされているが，妊娠等により当該生殖補助医療が終了した場合には，その時点において，次の胚移植に向けた具体的な診療日程等を含む治療計画を作成することは困難であると考えられる。この場合，治療計画には，次の不妊治療を実施することについて患者及びそのパートナーの意向がある旨や，そのとき記載可能な範囲で一連の診療過程を記載することで要件を満たすという理解でよいか。	A74　よい。なお，具体的な記載内容は医師の判断による。そのほか，生殖補助医療管理料に係るQ34の場合と同様の取扱いとなる。
Q75　不妊治療が1年間以上中断した後，次の妊娠に向けた治療を開始する場合における胚凍結保存管理料の算定方法如何。また，胚凍結保存管理料を算定してから1年を経過しない間に，治療を中断し，再開した場合はどうか。	A75　治療中断後，患者及びそのパートナーの次回の不妊治療に向けた意向を確認し，治療計画を作成して生殖補助医療の受診を開始した場合には，再度，算定要件を満たすこととなった時点から算定可。この場合，胚凍結保存の開始日（「1　胚凍結保存管理料（導入時）」又は「2　胚凍結保存維持管理料」を算定した日を言う。以下同じ。）から起算して1年間の胚凍結保存に係る費用については，既に当該管理料により評価が行われたこととなり，次の不妊治療の治療開始日から「2　胚凍結保存維持管理料」を算定することとなる。 　後段については，当該胚凍結保存の開始日から1年を経過するまでは「2　胚凍結保存維持管理料」を算定することはできない。なお，この場合において，当該管理料を算定してから1年を経過するまでは，治療を中断している時期があったとしても，当該期間において患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならない。 ※算定イメージ 

質問・未確定事項等	回　　答
〔胚移植術〕	
1．基本的な算定要件	
Q76 「K884－3」胚移植術について，凍結保存していた胚を融解したが，胚移植が実施できなかった場合は，どのような取扱いとなるか。	A76 胚移植術の「2　凍結・融解胚移植の場合」は算定できない。
Q77 胚移植術において用いる初期胚及び胚盤胞は，保険診療（先進医療等の保険外併用療養を含む。）において採取した卵子及び精子を用いて作成されたものでなければならないという理解でよいか。	A77 よい。
Q78 令和４年４月１日より前に凍結した胚を用いて保険診療を実施することは可能か。可能な場合，その留意事項如何。	A78 令和４年４月１日より前に不妊症と診断された患者及びそのパートナーに対して実施した生殖補助医療において作成された初期胚又は胚盤胞を用いて，同年４月１日以降に胚移植術を行う場合，以下の⑴～⑷の全てを満たす場合には保険給付の対象とする。この場合，これらの確認方法等をカルテ及びレセプトの摘要欄に記載し，確認に当たっての文書がある場合は，当該文書をカルテに添付すること。 ⑴ 令和４年４月１日以降に，治療計画を作成し，生殖補助医療管理料を算定すること。 ⑵ 以下のいずれかの場合に該当すること。 ① 特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている若しくは日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設である医療機関において作成・保存された初期胚若しくは胚盤胞である場合 ② 当該初期胚又は胚盤胞を用いた生殖補助医療を実施する医師が，その作成・保存に関して，①の医療機関と同等の水準で実施されていたと判断できる場合 ⑶ 保険診療に移行することについて患者の同意を得ること。 ⑷ 同年４月１日以降に実施される不妊治療に係る費用について，同年３月31日以前に患者から徴収していないこと（同日以前に当該費用を徴収している場合であって，同年４月１日以降の不妊治療に要する費用の返金を行ったときを含む。）。

質問・未確定事項等	回　　答
Q79　年度をまたぐ治療に係る特定治療支援事業の経過措置により助成を受ける場合において，令和４年４月１日以降に保険外の診療で凍結した胚についてはどう考えればよいか。	A79　Q 78と同様に，要件を満たす場合は保険給付の対象となる。この場合において，⑷は，「当該保険診療の治療開始日以降に実施される診療に係る費用を徴収していないこと。」と読み替えること。
Q80　Q 78及びQ 79に関して，精子又は卵子の凍結保存に関してはどうか。	A80　Q 78又はQ 79に示された要件を満たす場合には，保険給付の対象となる。この場合，体外受精・顕微授精管理料を算定することとなる。
２．回数制限	
Q81　回数は，保険診療における実施回数をカウントするものであり，保険外の診療で実施した回数は含まないという理解でよいか。	A81　よい。 なお，特定治療支援事業では，採卵したが卵子が得られない等の理由により中止した場合（同事業における移植に至らない区分Ｄ～Ｆに該当する場合）について支給対象とし，支給した場合には１回とカウントしていたが，保険診療において当該場合は胚移植術の実施回数に含まない。
Q82　令和４年４月１日より前に特定治療支援事業において実施された治療の回数は含まないという理解でよいか。また，同事業の経過措置により年度をまたいで令和４年４月１日以降に胚移植を実施し，同事業の助成金の支給を受ける場合はどうか。	A82　いずれの場合も，保険診療における胚移植術の実施回数に含まない。
Q83　患者及びそのパートナーについて初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢（以下「回数制限の基準日」という。）が40歳未満である場合は，患者１人につき６回に限り算定することとされている。保険適用の施行当初は，例えば，医療機関において不妊治療を保険診療として実施する準備ができていないこと等も考えられるが，40歳未満で初めての治療を開始できず，40歳で治療開始することになってしまった場合の取扱い如何。	A83　令和４年４月１日から同年９月29日までの間に40歳に達する女性（※）について，40歳に達した日の翌日(40歳の誕生日)以後に保険診療として初めて治療を開始した場合であっても，同年９月30日までに治療を開始したのであれば，回数制限の基準日において40歳未満で初めて治療を開始したものとみなし，当該患者１人につき胚移植術を６回に限り算定して差し支えない。この場合，当該初めての治療を開始した年月日及び当該患者の生年月日をカルテ及びレセプトの摘要欄に記載すること。 ※令和４年４月１日に40歳に達する女性とは，同年４月２日が40歳の誕生日である者をいい，同年９月29日に40歳に達する女性とは，同年９月30日が40歳の誕生日である者をいう。
Q84「次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合」の「次の児の妊娠」には，特定治療支援事業と同様に，直前の妊娠において出産に至った後の妊娠のほか，妊娠12週以降に死産に至った後の妊娠を含むという理解でよいか。	A84　よい。この場合，原則として，母子健康手帳等（死産の場合は診断書や医師の証明書を含む。）により，出生に至った事実等を確認すること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q85　保険診療において不妊治療を実施し，回数制限を超えた場合などにおいて，その後，保険外の診療で実施した不妊治療により妊娠・出産に至った後に，不妊治療を再開するときは，「次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合」に該当し，改めて保険診療において実施することが可能か。	A85　可能。この場合，原則として，母子健康手帳等（死産の場合は診断書や医師の証明書を含む。）により，出生に至った事実等を確認すること。
〔医薬品〕	
Q86　PDE５阻害剤の算定要件において，「本製剤を投与される患者又はそのパートナーのいずれかが，本製剤の投与日から遡って６か月以内に，医科点数表「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表「B001」の「33」生殖補助医療管理料に係る医学的管理を受けていること」とされているが，他の医療機関からの紹介を受けてPDE５阻害剤を処方する場合等であって，当該他の医療機関において当該患者について一般不妊治療管理料等を算定している場合にあっては，PDE５阻害剤を処方する医療機関において当該患者について一般不妊治療管理料等を算定していなくても，当該要件を満たすと考えてよいか。	A86　よい。
Q87　PDE５阻害剤の使用を伴う一般不妊治療又は生殖補助医療の治療計画を作成し，一般不妊治療管理料等を算定する医療機関が，PDE５阻害剤の処方を他の医療機関に依頼するため，患者の紹介を行う場合には，一般不妊治療管理料等を算定していることやその治療計画など，必要な診療情報の提供を行う必要があるか。	A87　そのとおり。
Q88　不妊治療での医薬品の使用に関して，「生殖医療ガイドライン」（日本生殖医学会編）において推奨されている以下の①から③までについては，「生殖医療ガイドライン」（日本生殖医学会編）における推奨度や，代替薬の有無等を考慮の上，「保険診療における医薬品の取扱いについて」（昭和55年９月３日保発第51号厚生省保険局長通知）を踏まえ，レセプトの摘要欄に記載されている投与の理由を参考に，個々の症例ごとの医学的判断により診療報酬の審査がなされると理解してよいか。 ①　modified natural cycle IVF，又は中等量までの卵胞刺激ホルモン（FSH）製剤とゴナドトロピン放出ホルモン（GnRH）アンタゴニストの投与に基づくmild IVFにおける，排卵抑制のためのジクロフェナク又はイブプロフェンの使用	A88　よい。

質問・未確定事項等	回　　答
②　卵巣過剰刺激症候群（OHSS）ハイリスク患者に対する，OHSS発症予防のためのレトロゾールの使用 ③　胚移植における黄体補充での，プロゲスチン製剤との併用におけるエストロゲン製剤の使用	
〔その他〕	
Q89　不妊症の患者とそのパートナーの属する保険者が異なる場合において，①一般不妊治療，②体外受精・顕微授精又は③精巣内精子採取術を経由する顕微授精のそれぞれについて請求方法如何。	A89 [①一般不妊治療] 個々の治療内容にもよるが，患者及びそのパートナーそれぞれに対して実施される診療の場合は，一般不妊治療管理料も含めそれぞれの保険者に対して請求することができる。この場合において，当該診療を実施する対象者が「患者」であり，男性及び女性のいずれにも診療を実施する場合には，双方が「患者」となること。 また，人工授精については，主に女性に対して医行為を行うものであるため，当該治療を受ける女性の属する保険者に請求すること。 [②体外受精・顕微授精] 個々の治療内容にもよるが，患者及びそのパートナーそれぞれに対して実施される診療の場合は，生殖補助医療管理料も含めそれぞれの保険者に対して請求することができる。この場合において，当該診療を実施する対象者が「患者」であり，男性及び女性のいずれにも診療を実施する場合には，双方が「患者」となること。 また，体外受精・顕微授精を含む生殖補助医療については，最終的には胚移植という女性に対する医行為を行うものであるため，採卵術，体外受精・顕微授精管理料，受精卵・胚培養管理料，胚凍結保存管理料及び胚移植術は，当該治療を受ける女性の属する保険者に請求すること。 [③精巣内精子採取術を経由する顕微授精] 精巣内精子採取術等の男性不妊治療については，当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求すること。その後，顕微授精に移行する場合は，②の考え方に基づき，顕微授精による治療の開始日以降は当該治療を受ける女性の属する保険者に請求すること。 この場合において，精巣内精子採取術における「患者」は男性となり，顕微授精に係る採卵術等における「患者」は女性となること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q90　託児室の使用料等の診療と直接関係ないサービスに係る料金を別途徴収してよいか。	A90 「療養の給付と直接関係ないサービス等の取り扱いについて」に沿って実施される場合には，よい。

DPC関係

質問・未確定事項等	回　　答
〔1．DPC対象病院の基準について〕	
Q1－1　診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。	A1－1　診療情報の管理，入院患者についての疾病統計におけるICD10コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。
〔2．DPC対象患者について〕	
Q2－1　DPC対象患者は，自らの意志で診断群分類点数表と医科点数表のいずれにより算定するかを選択することができるのか。	A2－1　選択できない。
Q2－2　同一日に入退院する，いわゆる「1日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいか。	A2－2　包括評価の対象と考えてよい。
Q2－3　午前0時をまたぐ1泊2日の入院についても，入院した時刻から24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。	A2－3　包括評価の対象外となる。
Q2－4　DPC算定の対象外である病棟からDPC算定の対象病棟に転棟したが，転棟後24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。	A2－4　包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後24時間以内に死亡した」患者であり，転棟後24時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。
Q2－5　包括評価の対象外となる臓器移植患者は，DPC算定告示に定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。	A2－5　そのとおり。
Q2－6　DPC対象病院において，回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院している者のうち，当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。	A2－6　入院している病棟（床）で判断するため，包括評価の対象とならない。
Q2－7　分娩のために入院中の患者が，合併症等に罹患して保険給付が開始された場合には包括評価の対象となるのか。	A2－7　保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。なお，包括評価の対象となる場合には，保険給付が開始された日を入院の起算日とする。

質問・未確定事項等	回　　答
Q２－８　治験，臓器移植，先進医療を行った患者等，包括評価の対象外となる患者がいったん退院し，同じ病院に再入院した場合は，包括評価の対象患者として算定してよいか。	Ａ２－８　医学的に一連の診療として判断される場合は，医科点数表により算定すること(包括評価の対象患者とはならない。)。
Q２－９　外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合，当該患者は包括評価の対象となるのか。	Ａ２－９　入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。
Q２－10　先進医療として認められている技術が，医療機器の保険収載等の理由により，途中で保険適用となった場合，該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。	Ａ２－10　保険適用となる前に当該技術による治療を受けた入院の場合には包括評価の対象外となる。保険適用後に当該技術による治療を受けた患者については包括評価の対象となる。
Q２－11　厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが，告示されていない診断群分類区分が適用される場合，その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。	Ａ２－11　当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず，包括評価の対象となる（薬剤名と対象診断群分類区分が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。)。
Q２－12　主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。	Ａ２－12　包括評価の対象外となる。
Q２－13　労災又は公災が適用される入院患者が，他科受診において医療保険が適用される場合は,医科点数表により算定するのか。	Ａ２－13　医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。
Q２－14　交通事故による患者も，医療保険が適用される場合には包括評価の対象となるのか。	Ａ２－14　包括評価の対象となる。
Q２－15　DPC対象病院において「A400」短期滞在手術等基本料３の対象手術等を実施した患者については，どのように算定するのか。	Ａ２－15　DPC対象病院においては，DPC/PDPSによる算定を行う病床に限らず，全ての病床において短期滞在手術等基本料３は算定できない。
Q２－16　一般病棟用の重症度，医療・看護必要度に係る評価票評価の手引きにおいて「基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。」とあるが，例えば短期滞在手術等基本料３の対象となる手術等を実施して入院から４日目に退院した患者であって，当該期間中に短期滞在手術等基本料３の対象となる手術等を複数実施した場合も対象から除外されるのか。	Ａ２－16　除外されない。基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件に準じて，短期滞在手術等基本料３が算定できない場合は，一般病棟用の重症度，医療・看護必要度の評価の対象から除外されない。

質問・未確定事項等	回　　答
〔3．診断群分類区分の適用の考え方について〕	
〔「医療資源を最も投入した傷病」について〕	
Q3－1－1 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。	A3－1－1 「医療資源を最も投入した傷病」は，入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医がICD10コードにより選択する。
Q3－1－2 「一連」の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも，「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。	A3－1－2 そのとおり。
Q3－1－3 「医療資源を最も投入した傷病」については，DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。	A3－1－3 含めない。DPC算定病床に入院していた期間において，「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。
Q3－1－4 合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に，合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。	A3－1－4 そのとおり。
Q3－1－5 「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。	A3－1－5 あり得る。
Q3－1－6 抜釘目的のみで入院したが，「医療資源を最も投入した傷病」は「○○骨折」でよいか。	A3－1－6 「○○骨折」でよい。
Q3－1－7 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するに当たり，医療資源に退院時処方に係る薬剤料や手術で使用した薬剤料を含めることができるか。	A3－1－7 含めることはできない。
Q3－1－8 いわゆる疑い病名により，診断群分類区分を決定してよいのか。	A3－1－8 原則として入院期間中に診断を確定し，確定した病名で診断群分類区分を決定すること。ただし，検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては，疑い病名により診断群分類区分を決定することができる。
Q3－1－9 「医療資源を最も投入した傷病」として「U07.1 コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの」又は「U07.2 コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されていないもの」を選択した患者については，どのような算定となるか。	A3－1－9 医科点数表により算定する。レセプトの摘要欄に「U07.1」又は「U07.2」と記載すること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q３－１－10 「医療資源を最も投入した傷病」として「心拍の異常（R00）からその他の診断名不明確及び原因不明の死亡（R99）まで」は選択しないこととされているが，以下のように，「R798　遺伝性乳癌卵巣癌症候群」が選択されうる患者については，どのようにすればよいのか。 ①　乳癌の既往がある遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して「K888」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）を行う場合 ②　卵巣癌の既往がある遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して「K475」乳房切除術を行う場合	Ａ３－１－10　実施した手術等に基づき，卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）又は乳房の悪性腫瘍（090010）に該当するICD10コードを選択し，「傷病情報」欄の「入院時併存傷病名」には「R798　遺伝性乳癌卵巣癌症候群」を記載すること。問の例の場合については以下のとおり。 ①　卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）に該当するICD10コードを選択し，「子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）等あり」を選択する。 ②　乳房の悪性腫瘍（090010）に該当するICD10コードを選択し，「その他の手術あり」を選択する。 なお，いずれの場合においても「傷病情報」欄の「入院時併存傷病名」に「R798遺伝性乳癌卵巣癌症候群」を記載する。
〔「手術」について〕	
Q３－２－１　手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても，入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定をしてよいか。	Ａ３－２－１　入院診療計画等に手術を実施することが記載されており，かつ，患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。
Q３－２－２　同一手術野又は同一病巣につき，２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は，原則として，主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが，算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合，当該手術に係る分岐を選択することができるのか。	Ａ３－２－２　選択することができる。ただし，算定しなかった手術の，名称及び実施日をレセプトの「診療関連情報」欄に記載すること。
Q３－２－３　「K678」体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）のように一連の治療につき１回しか算定できない手術について，算定できない２回目以降の手術に係る入院についても「手術あり」で算定することができるのか。	Ａ３－２－３　「手術あり」で算定することができる（２回目の入院で「K678」体外衝撃波胆石破砕術を再び行った場合，手術料は算定することができないが，診療行為として行われているため，「手術あり」として取り扱う。）。ただし，その，名称及び実施日をレセプトの「診療関連情報」欄に記載すること。
Q３－２－４　診断群分類区分を決定するにあたり，医科点数表第２章第10部手術に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。	Ａ３－２－４　「手術あり」を選択する。ただし，第13款に掲げる手術等管理料又は「K920－2」輸血管理料のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

質問・未確定事項等	回　　答
Q３－２－５　手術の有無による分岐の決定において，第13款に掲げる手術等管理料又は「K920－2」輸血管理料のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。	Ａ３－２－５　そのとおり。
Q３－２－６　他院において手術の実施後に自院に転院した患者については，自院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。	Ａ３－２－６　そのとおり。
Q３－２－７　入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も，診断群分類区分は「手術あり」として選択するのか。	Ａ３－２－７　そのとおり。
Q３－２－８　手術の「K○○○」において，「●●術は「K△△△の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合，診断群分類区分を決定する際は「準用元の手術で判断すること」となっているが，これは「K○○○」で判断するということか。	Ａ３－２－８　そのとおり。
〔「手術・処置等１・２」について〕	
Q３－３－１　「D291－2」小児食物アレルギー負荷検査を16歳以上の患者に対して行った場合，食物アレルギー（080270）の「手術･処置等１」は「あり」を選択するのか。	Ａ３－３－１　「なし」を選択する。
Q３－３－２　DPC留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について，例えば「L100」神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）の「１」神経根ブロックには，他に医科点数表に示されている「トータルスパイナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。	Ａ３－３－２　含まれない。「L100」の「２」腰部硬膜外ブロック及び「L100」の「５」仙骨部硬膜外ブロックについても，同様に明示された手技に限る。
Q３－３－３　手術に伴う人工呼吸は，医科点数表では「手術当日に，手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は，術前，術後にかかわらず算定できない。」とされているが，DPCについても同様の取扱いか。	Ａ３－３－３　手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については，術前・術後にかかわらず「人工呼吸なし」の診断群分類区分を選択する。
Q３－３－４　診断群分類が胃の悪性腫瘍（060020）等であり，一入院中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術･処置等２」は「２（放射線療法）あり」を選択することとなるのか。	Ａ３－３－４　そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合，化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

質問・未確定事項等	回　　答
Q３－３－５　化学療法の「レジメン別分岐」は,分岐の対象となっている薬剤に加えて,他の薬剤を併用しても選択することができるのか。	A３－３－５　選択することができる。
Q３－３－６　診断群分類区分の決定に当たり，手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。	A３－３－６　選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用，外来･退院時,在宅医療での処方は含まれていない。
Q３－３－７　診断群分類区分の決定に当たり,手術中に使用した薬剤のみをもって「手術・処置等２」の特定の薬剤名（成分名）での分岐を選択することができるか。	A３－３－７　選択することはできない。特定の薬剤名での分岐には手術中の使用,外来･退院時，在宅医療での処方は含まれていない。
Q３－３－８　活性NK細胞療法は，化学療法に含まれるか。	A３－３－８　化学療法に含まれない。
Q３－３－９　化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが，高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合，ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。	A３－３－９　抗腫瘍効果を有する薬剤が，悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。問の例では，高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は，当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし，抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。
Q３－３－10　「手術・処置等２」に特定の薬剤名（成分名）での分岐がある場合，その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。	A３－３－10　選択することができる（薬剤による診断群分類の分岐の指定については,原則として成分名で行っており，先発品か後発品かは問わない。)。
Q３－３－11　「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射を実施した場合,「手術・処置等２」の分岐の区分で「G005」中心静脈注射を選択することができるのか。	A３－３－11　選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。
Q３－３－12　手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は，医科点数表では「手術当日に，手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は，術前，術後にかかわらず算定できない。」とされているが，診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。	A３－３－12　手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については，術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。
Q３－３－13　閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は,「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが，診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。	A３－３－13　閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は,「なし」の診断群分類区分を選択する。

質問・未確定事項等	回　　答
Q３－３－14　肺の悪性腫瘍（040040），小腸の悪性腫瘍，腹膜の悪性腫瘍（060030）及び卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）の「手術・処置等２」において「カルボプラチン＋パクリタキセル」が定義されているが，「カルボプラチン」と「パクリタキセル（アルブミン懸濁型）」を併用した場合には，どの分岐の区分を選択するのか。	Ａ３－３－14 「カルボプラチン＋パクリタキセルあり」を選択する。
Q３－３－15 「K740」直腸切除・切断術及び「K740－2」腹腔鏡下直腸切除・切断術を実施し人工肛門造設術を併せて実施した場合に算定する「人工肛門造設加算」について，当該加算を算定する術式及び人工肛門造設術を実施した場合，診断群分類における手術・処置等１の「K726」人工肛門造設術又は「K726－2」腹腔鏡下人工肛門造設術を実施したとして，手術･処置等１「あり」を選択してよいか。	Ａ３－３－15　そのとおり。なお，レセプトの「診療関連情報」欄に，「K726」人工肛門造設術又は「K726－2」腹腔鏡下人工肛門造設術を記載すること。
Q３－３－16　放射線療法の定義として「医科点数表第２章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。」とあるが，「放射線治療」の部において評価される特定保険医療材料のみを使用した場合，診断群分類区分は「放射線療法あり」又は「なし」どちらを選択するのか。	Ａ３－３－16 「なし」の診断群分類区分を選択する。
〔「その他（定義副傷病名等）」について〕	
Q３－４－１　網膜剥離（020160）については，「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが，いずれの診断群分類区分に該当するかは，一手術で判断するのか，一入院で判断するのか。	Ａ３－４－１　一入院で判断する。
Q３－４－２　白内障，水晶体の疾患（020110）について，一入院中において，片眼に白内障の手術を，もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合，重症度等は，「両眼」を選択するのか。	Ａ３－４－２ 「片眼」を選択する。
Q３－４－３　網膜剥離（020160）について，一入院中において，片眼に「K275」網膜復位術を実施し，もう一方の片眼に「K2761」網膜光凝固術（通常のもの）を実施した場合，重症度は「両眼」を選択するのか。	Ａ３－４－３ 「両眼」を選択する。 診断群分類区分上６桁が同一の疾患について，定義テーブルの「手術」又は「手術･処置等１」に掲げられた複数の手術（フラグ97「その他のＫコード」を除く。）を左眼，右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。

質問・未確定事項等	回　　答
Ｑ３－４－４　他の医療機関において出生した場合も，出生時の体重により診断群分類区分を決定するのか。また，出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。	Ａ３－４－４　他の医療機関において出生した場合も，出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また，出生時の体重が不明である場合には，最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し，レセプトには「出生時体重不明」と記載する。
Ｑ３－４－５　定義副傷病の有無については，いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」と判断してよいか。	Ａ３－４－５　確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には，「定義副傷病なし」と判断する。
Ｑ３－４－６　定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類区分上６桁の分類が記載されているが，その疾患の傷病名欄に記載されたICD10コードに該当する場合に「定義副傷病あり」になるということか。	Ａ３－４－６　そのとおり。
Ｑ３－４－７　定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。	Ａ３－４－７　医療資源の投入量に影響を与えているのであれば，治療の有無にかかわらず「定義副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。
〔４．診療報酬の算定について〕	
Ｑ４－１　４月１日から新規にDPC対象病院となる場合，同日以前から入院している患者については，同日から５月31日までの２か月間は医科点数表により算定し，６月１日より包括評価の算定となるのか。	Ａ４－１　そのとおり。なお，入院期間の起算日は入院日とする。
Ｑ４－２　外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。	Ａ４－２　そのとおり。
Ｑ４－３　入院日Ⅲを超えた日以降に，医科点数表に基づき算定する場合，入院基本料はどの入院料を算定すればよいのか。	Ａ４－３　医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。
Ｑ４－４　DPC算定の対象となる病床から「A308－3」地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は，どのように算定するのか。	Ａ４－４　転室前に算定していた診断群分類区分によって，当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない。）。また，入院日Ⅲを超えた日以降は，地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。
Ｑ４－５　DPC算定の対象となる病床から「A308－3」地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合は，どのように算定するのか。	Ａ４－５　転棟前に算定していた診断群分類区分によって，当該診断群分類区分における入院日Ⅱまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア病棟入院料は算定できない。）。また，入院日Ⅱを超えた日以降は，地域包括ケア病棟入院料を算定すること。

質問・未確定事項等	回　　答
Q４－６　４月１日から新規にDPC対象病院となる場合，同日４月１日以前から入院している患者が同月以降に退院（入院Ａ）し，その後同一傷病により７日以内に再入院した場合（入院Ｂ），入院Ａおよび入院Ｂはどのように算定するのか。	Ａ４－６　入院Ａについては医科点数表により算定する。また，入院Ｂについては，診断群分類点数表によって算定することとし，起算日は当該再入院した日とする。
〔５．医療機関別係数について〕	
Q５－１　医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。	Ａ５－１　医療機関別係数のうち，機能評価係数Ⅰは施設基準の届出の変更に伴い変更されうる。また，機能評価係数Ⅱは毎年度（４月１日）に実績を踏まえ変更される。
Q５－２　検体検査管理加算の届出を複数行っている場合（例：ⅠとⅣ），医療機関別係数は両方の機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。	Ａ５－２　両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。
Q５－３　検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算することができるか。	Ａ５－３　検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは，その体制を評価するものであり，検体検査の実施の有無にかかわらず，医療機関別係数に合算することができる。
Q５－４　機能評価係数Ⅰに関連した施設基準を新たに取得した場合，医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に，何か特別な届出が必要か。	Ａ５－４　医科点数表に基づく届出のみでよい。なお，機能評価係数Ⅰ（データ提出加算に係るものを除く。）は，算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。
Q５－５　入院基本料等加算を算定することができない病棟（床）にDPC対象患者が入院している場合，当該入院基本料等加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算することができるか。（例：DPC対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数Ⅰ）	Ａ５－５　機能評価係数Ⅰは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため，医療機関が施設基準を満たすこと等により，算定することができるのであれば，全てのDPC対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。
Q５－６　「A244」病棟薬剤業務実施加算（１　病棟薬剤業務実施加算１）を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。	Ａ５－６　「A244」病棟薬剤業務実施加算（１　病棟薬剤業務実施加算１）のように，機能評価係数Ⅰで評価される項目のうち，医科点数表において週１回または月１回算定できることとされているものについては，入院日Ⅲを超えた場合，医科点数表に基づき算定することができる。ただし，入院日Ⅲを超えた日の前日の属する週又は月は算定することができない。なお，「週」，「月」とは，それぞれ日曜日から土曜日までの１週間，月の初日から月の末日までの１か月をいう。

質問・未確定事項等	回　　答
Q５－７　医科点数表第１章第２部入院料等の通則第８号の規定による栄養管理体制に係る減算に該当する場合，入院日Ⅲまでの期間は当該機能評価係数Ⅰを合算して包括算定するが，入院日Ⅲを超えた日以降は医科点数表に基づき１日につき40点を減じて算定するのか。	Ａ５－７　そのとおり。
Q５－８　「A245」データ提出加算について，DPC対象病院において，DPC算定病棟（包括評価の対象）に入院している患者はデータ提出加算１又は２を算定することができるか。	Ａ５－８　機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。
Q５－９　①DPC算定病棟（包括評価の対象）→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟（包括評価の対象外）と転棟した事例について，データ提出加算１又は２を算定することはできるのか。	Ａ５－９　①DPC算定病床（包括評価の対象）において機能評価係数Ⅰで既に評価されているため，算定することができない。
Q５－10　①DPC算定病棟（包括評価の対象）→②DPC算定病棟以外の病棟に転棟した事例について，データ提出加算３又は４はどのように算定するのか。	Ａ５－10　②の病棟がデータ提出加算３又は４の算定対象病棟の場合のみ，転棟した日から起算して90日を超えるごとにデータ提出加算３又は４を算定する。
〔６．診断群分類点数表等により算定される診療報酬について〕	
Q６－１　診断群分類点数表による算定を行った患者が退院した場合，退院した月と同じ月に外来において月１回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）	Ａ６－１　算定することができない。
Q６－２　外来で月１回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を算定した後，同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に，入院前に実施した月１回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）	Ａ６－２　算定することができる。
Q６－３　外来受診した後，直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また，この場合，外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－３　初診料を算定することはできるが，再診料又は外来診療料（時間外加算等を除く。）については算定することはできない。また，検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており，別に医科点数表に基づき算定することはできない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q６－４　医科点数表第２章第２部在宅医療に定める「薬剤料」は，包括評価の範囲に含まれるのか。	Ａ６－４　「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため,「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。
Q６－５　医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則第１号に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は，別に医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－５　算定することができる。
Q６－６　医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則第３号に定める当該医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は，別に医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－６　算定することができる。
Q６－７　コロンブラッシュ法については，「D311」直腸鏡検査の所定点数に，沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は「N004」細胞診の所定点数を，また，包埋し組織切片標本を作製し検鏡する場合は「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製の所定点数を合算した点数を算定するが，合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－７　合算した点数を算定することができる。
Q６－８　医科点数表の「検査（内視鏡検査）」については，写真診断を行った場合は使用フィルム代を10円で除して得た点数を加算して算定するが，本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－８　算定することができない。
Q６－９　心臓カテーテル法による諸検査，内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料，特定保険医療材料料は，包括評価の範囲に含まれるか。また，新生児加算等の加算は算定することができるのか。	Ａ６－９　そのとおり。また，新生児加算等の加算は算定することができる。
Q６－10　月の前半が包括評価，月の後半が医科点数表に基づく評価（又は外来）の場合で，月の前半と後半に１回ずつ「D208」心電図検査を実施した場合，心電図検査の費用は全額算定してよいか。また，その他の生体検査やCT，MRI等についても同様の取扱いとしてよいか。	Ａ６－10　いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上，算定することとなる。
Q６－11　「D206」心臓カテーテル法による諸検査の注９に定められたフィルムの費用は，医科点数表に基づき算定することができるか。	Ａ６－11　算定することができない。
Q６－12　包括評価の対象患者について，手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。	Ａ６－12　算定することができない。

質問・未確定事項等	回　　答
Q６－13　包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において，医科点数表の注で定められている加算点数については，別に医科点数表に基づき算定することができるか。	A６－13　フィルム代，薬剤料等に係る加算を除き，算定することができる。
Q６－14　経皮経肝胆管造影における「E003」造影剤注入手技は，「D314」腹腔鏡検査に準じて算定することとされているが，医科点数表に基づき別に算定することができるか。	A６－14　算定することができない。
Q６－15　入院を必要とする侵襲的処置を含む医科点数表第２章第４部画像診断に係る費用は，別に医科点数表に基づき算定することができるか。	A６－15　「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており，別に医科点数表に基づき算定することはできない。
Q６－16　核医学検査（核医学診断）に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。	A６－16　そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。
Q６－17　医科点数表第２章第９部処置の通則に規定する休日加算，時間外加算及び深夜加算は，当該処置の開始時間が入院手続の後であっても算定できることとされているが，包括評価の範囲に含まれない処置料について，本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。	A６－17　算定することができる。
Q６－18　包括評価の範囲に含まれない処置料については，人工腎臓の導入期加算等の処置料に係る加算点数を算定することができるか。	A６－18　算定することができる。
Q６－19　医科点数表に基づき算定するギプスの項目について，100分の20等の例により，ギプスシャーレ，ギプスシーネ，ギプス除去料，ギプス修理料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。	A６－19　ギプスの項目の基本点数が1,000点以上であっても，ギプスシャーレ，ギプスシーネ，ギプス除去料，ギプス修理料等を100分の20等の例により算定した結果，1,000点未満の処置に該当する場合，包括範囲に含まれ，算定することができない。
Q６－20　診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については，「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。	A６－20　診断群分類区分の内容にかかわらず，「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。
Q６－21　「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また，輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A６－21　「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また，輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち，「手術」の部において評価されるものについては，別に医科点数表により算定することができる。
Q６－22　包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。	A６－22　医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

質問・未確定事項等	回　　答
Q６－23 「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を実施した場合，注７に規定する加算は算定できるのか。	A６－23 算定することができる。
Q６－24 「L100」及び「L101」神経ブロックは別に医科点数表に基づき算定するのか。また，神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。	A６－24 そのとおり。
Q６－25 出来高算定可能な抗HIV薬には，「後天性免疫不全症候群（エイズ）患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。	A６－25 含まれない。
Q６－26 手術に伴い，術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤，術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は，手術に係る費用として別途算定することが可能か。	A６－26 手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は，当該手術の術中に用いたものに限られ，それ以外の薬剤については別途算定できない。
Q６－27 Q６－26において，手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は，当該手術の術中に用いたものに限ることとされているが，「注射用レザフィリン100mg」，「アラベル内用剤1.5ｇ」及び「アラグリオ顆粒剤分包1.5ｇ」についても同様の取扱いとなるか。	A６－27 いずれも術前に使用する薬剤であり，別途算定できない。なお，いずれの薬剤も包括評価部分において評価されていることに留意されたい。
Q６－28 グランツマン血小板無力症患者(GPⅡｂ－Ⅲａ及び／又はHLAに対する抗体を保有し，血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの）に使用する「遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤)」は出来高で算定することができるのか。	A６－28 算定できる。
Q６－29 von Willebrand病患者に使用する「遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤」は出来高で算定することができるのか。	A６－29 算定できる。
〔７．特定入院料の取扱いについて〕	
Q７－１ １日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。	A７－１ 従来どおり，医科点数表，基本診療料の施設基準等に基づき，所定の手続を行う。
Q７－２ 「A301」特定集中治療室管理料を14日間算定していた患者が，引き続き「A301－2」ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病床に転床した場合，21日目まで「15日以上21日以内の期間」の点数を算定するのか。	A７－２ そのとおり。

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

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

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

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

質問・未確定事項等	回　　答
Q10－8　退院後に介護老人福祉施設に入所する場合，退院時処方の薬剤料は別に算定することができるのか。	A10－8　算定することができる。
〔11．対診・他医療機関受診の取扱いについて〕	
Q11－1　DPC算定病棟に入院しているが，医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合，どのような取扱いとなるのか。	A11－1　DPC算定病棟に入院している患者が，他の医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く。）は，当該医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い，当該医療機関において算定する。なお，この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。DPC算定病棟に入院している患者については，算定方法にかかわらず（診断群分類点数表・医科点数表のいずれにより算定していても）同じ取扱いである。また，DPC算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床（例：地域包括ケア入院医療管理料）に入院している患者についても同じ取扱いである。
Q11－2　DPC算定病棟に入院中の患者が他の医療機関を受診した場合，他の医療機関で行われたDPCの包括対象外となる診療行為については，入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A11－2　算定することができる。なお，この場合，診断群分類区分の選定については，他の医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また，当該診療行為に係る費用の分配については，医療機関間の合議に委ねるものとする。
Q11－3　DPC算定病棟に入院中の患者が他の医療機関を受診した場合，他の医療機関で行われたDPCの包括範囲内の診療行為については，入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A11－3　算定することができない。ただし，この場合，診断群分類区分の選定については，他の医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また，当該診療行為に係る費用については，医療機関間の合議に委ねるものとする。
Q11－4　DPC算定病棟に入院中の患者が，他の医療機関に依頼して検査・画像診断（PET・MRI等）のみを行った場合の診療報酬については，他の医療機関では算定できず，合議の上で精算することとしてよいか。	A11－4　よい。
Q11－5　DPC算定病棟に入院中の患者が他の医療機関を受診した場合であって，入院中の医療機関において施設基準の届出を行っていないが，当該他の医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為が行われた場合は，入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A11－5　算定することができる。なお，この場合，診断群分類区分の選定については，他の医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また，当該診療行為に係る費用の分配については，医療機関間の合議に委ねるものとする。

質問・未確定事項等	回　　答
Q11－6　DPC算定病棟に入院中の患者が他の医療機関を受診した場合，外来でしか算定できない診療行為について入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A11－6　算定することができない。
Q11－7　DPC算定病棟に入院中の患者が他医療機関を受診し先進医療を受けた場合について，入院中の医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。	A11－7　他医療機関で実施した診療行為に係る費用のうち，保険給付の対象となるものは合議にて精算するが，保険外の費用は合議の対象とはならない。なお，先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。
Q11－8　DPC算定病棟に入院中の患者に対診を実施した場合，入院中の医療機関において施設基準の届出を行っていないが，他の医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。	A11－8　算定することができない。
Q11－9　DPC算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり，当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は，入院医療機関において請求し，この場合の医療機関間での診療報酬の分配は，相互の合議に委ねるものとされているが，当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。	A11－9　健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は，消費税が非課税となる（消費税法第6条）。 質問のケースの場合，他医療機関が行う診療にあっては，社会保険診療であるから，当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。（当該合議により得る収入については，診療報酬に照らして妥当であればよく，必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。）
〔12. データ提出加算について〕	
Q12－1　「DPC導入の影響評価に係る調査」の提出について，提出方法不備，提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも，「A245」データ提出加算を算定することができるのか。	A12－1　「DPC導入の影響評価に係る調査」の提出（データの再照会に係る提出も含む。）において提出方法不備，提出期限超過，未到着及び媒体内容不備等があった場合は，データ提出月の翌々月の1か月分については「A245」データ提出加算は算定できない。
Q12－2　データ提出に遅延等が認められたため，1か月「A245」データ提出加算を算定できなくなった場合，当該1か月の診療分はどのように算定するのか。	A12－2　包括評価対象分については，当該月診療分の「A245」データ提出加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算せずに算定すること。 また，包括評価対象外の患者については，当該月の診療分において，医科点数表に基づき，「A245」データ提出加算を算定することができない。

質問・未確定事項等	回　　答
〔13. 診療報酬の調整等について〕	
Q13－1　退院時に診断群分類区分が確定した時に，差額を調整する必要が生じた場合の一部負担金はどのように算定するのか。	A13－1　差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため，その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。
Q13－2　包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。	A13－2　高額療養費の額は，従来どおり，各月の請求点数に応じて算定する。
Q13－3　診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は，請求済みのレセプトの返戻，高額療養費の再計算等は必要か。	A13－3　診断群分類点数表のみで算定する場合は，診断群分類点数表による請求額も月ごとに確定するため，請求済みのレセプトの返戻，高額療養費の再計算等は必要ない。
Q13－4　切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後，自費で分娩を行った患者が，分娩後に引き続き，分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において，診断群分類点数表による算定の起算日は，分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。	A13－4　そのとおり。
Q13－5　入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合，包括評価の対象外となる時期はいつか。また，その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。	A13－5　診療報酬の請求方法は，患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため，当該入院全てを医科点数表に基づき再請求する。
Q13－6　臓器移植や治験等の実施を予定して入院し，前月は医科点数表により請求していたが，患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には，どのように算定するのか。	A13－6　診療報酬の請求方法は，患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため，退院時に診断群分類区分に該当する場合には，当該入院全てを当該診断群分類区分により再請求する。
Q13－7　入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を，当該入院中に投与する場合，どの時点から包括評価の対象外となるのか。	A13－7　診療報酬の請求方法は，患者の退院時に決定された請求方法をもって一つの入院期間において統一するため，投与時点で高額薬剤として告示されている場合は，入院期間全てを医科点数表に基づき算定をする。
Q13－8　入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は，再度包括評価の対象となるのか。	A13－8　診療報酬の請求方法は，患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため，再度包括評価の対象となる。
Q13－9　診療報酬の請求方法は，患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが，退院時に決定された診断群分類区分において，入院日Ⅲを超えて医科点数表による算定を行っている場合はどのように請求するのか。	A13－9　入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は，診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

質問・未確定事項等	回　　答
Q13－10　診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが，月をまたいで入院する場合は，各月の請求時に一旦，診断群分類区分の決定を行い請求することでよいか。	A13－10　そのとおり。 なお，手術等が行われていない場合であっても，予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが，退院時までに予定された手術が行われなかった結果，退院時に決定された請求方法が異なる場合は，請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐により再請求をする。
〔14. 令和４年度改定に係る経過措置について〕	
Q14－１　改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が，改定により高額薬剤から除外され，かつ，「手術・処置等２」に分岐がない場合，当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。	A14－１　当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない）ことから，ツリー図上の分岐の区分に従い診断群分類区分を決定する。改定後も引き続き告示されている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。
Q14－２　改定を挟んで７日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどのようになるのか。	A14－２　診断群分類点数表が改正されるため，入院日の起算日は再入院した日とする。
Q14－３　改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を３月中に実施した場合であって，４月に診断群分類区分を決定する場合，新たに追加された分岐を選択することができるのか。	A14－３　選択することができる。
Q14－４　改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について，４月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。 （例１）　２月16日に入院し，改定前は入院日Ⅲが60日で改定後は入院日Ⅲが30日となっている診断群分類区分が適用される患者の４月分の請求 （例２）　２月16日に入院し，改定前は入院日Ⅲが30日で改定後は入院日Ⅲが60日となっている診断群分類区分が適用される患者の４月分の請求	A14－４　例１の場合は医科点数表に基づき算定し，例２の場合は診断群分類点数表に基づき算定する。
Q14－５　改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合，改定後の診断群分類区分は４月１日から適用となるが，改定前の診断群分類区分による差額調整は３月31日で終了しているため，４月１日以降の診療報酬からが調整の対象となるのか。	A14－５　そのとおり。
〔15. レセプト関連について〕	
Q15－１　入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合，「特定薬剤治療管理料の初回算定日」をレセプトに記載する必要はあるか。また，退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。	A15－１　医科点数表に従い，記載する必要がある。

質問・未確定事項等	回　　答
Q15－2　レセプトの「副傷病名」欄には，該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。	A15－2　そのとおり。
Q15－3　該当する定義告示上の定義副傷病名が複数存在する患者については，レセプトの「副傷病名」欄には主治医が判断した定義副傷病名を記載するのか。	A15－3　そのとおり。
Q15－4　傷病名ごとに診療開始日をレセプトに記載する必要はあるか。	A15－4　記載する必要はない。
Q15－5　診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し，ICD10コードを記入するのか。	A15－5　そのとおり。
Q15－6　入院中に処置を複数回実施した場合は，処置の実施日をどのように記載するのか。	A15－6　初回の実施日を記載する。
Q15－7　分娩のために入院中の患者が合併症等に罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合，レセプトの「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また，「今回退院年月日」欄には保険給付が終了した日を記入するのか。	A15－7　そのとおり。
Q15－8　審査支払機関による特別審査の対象となるレセプトはどのようなものか。特に，医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。	A15－8　DPCのレセプトのうち，請求点数が38万点以上のものが対象となる。このため，医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。
Q15－9　入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。	A15－9　保険者ごとにレセプトを作成して請求する。変更前及び変更後のレセプトに医療保険等が変更された旨を記載するとともに，変更後のレセプトに変更前のレセプトの患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお，診断群分類区分の変更があった場合であっても，退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため，従前の保険者への請求額は変更されない。
Q15－10　診療報酬改定をまたいで入院している場合，3月診療分DPCレセプトの「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄はどう記載するのか。	A15－10　改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日に実施するが，入院中であるため「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄は空白（記載不要）とする。
Q15－11　令和4年3月以前から継続して入院している患者で，3月に分岐に係る手術等を行った場合，4月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は，どのように記載するのか。	A15－11　3月に実施した手術等について，4月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお，3月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。

質問・未確定事項等	回　　答
Q15－12 「K921」造血幹細胞採取を行うに当たり，造血幹細胞の末梢血中への動員のためにG-CSF製剤やプレリキサホルを投与するが，「K921」造血幹細胞採取を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について，DPCレセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。	A15－12　本件は，「K921」造血幹細胞採取の注２の規定による加算に該当するため，造血幹細胞採取に当たって当該薬剤を使用した場合についても，「K921」造血幹細胞採取を算定する日に「K921」造血幹細胞採取の所定点数に当該薬剤の点数を加算する。

費用請求関係

質問・未確定事項等	回　　答
〔記載要領〕	
Q１ 「診療報酬請求書等の記載要領等について」の別表Ⅰ「レセプトの「摘要」欄への記載事項等一覧」により示されているレセプトの摘要欄に記載する事項等において，「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和４年３月25日保医発0325第１号）により，電子レセプト請求による請求の場合は，新たに令和４年10月診療分以降は該当するコードを選択することとされた診療行為について，令和４年９月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合においても，当該一覧の「左記コードによるレセプト表示文言」のとおり記載するのか。	Ａ１　必ずしも当該文言のとおり記載する必要はないが，その旨が分かる記載又は当該診療行為に係る記載事項であることが分かる記載とすること。 　なお，当該取扱いについては，別表Ⅱ「レセプトの「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」及び別表Ⅲ「レセプトの「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」においても同様である。 ※以下のＱ２からＱ28までについては，DPC対象病院における取扱いであることに留意されたい。
〔血液化学検査〕	
Q２ 「D007」血液化学検査の「25」フェリチンについては，複数回実施した場合には検査結果を記載することとなったが，同一月に実施した検査結果のうち最も低かったものについて，男性の場合にあっては10ng/ml以下，女性の場合にあっては５ng/ml以下であった場合には，以後，複数回の検査実施も必要と考えるが，当該検査実施料を算定してよいか。	Ａ２　よい。なお，上記以外の検査結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
〔血液形態・機能検査〕	
Q３ 「D005」血液形態・機能検査の「５」末梢血液一般検査として算定するHb測定については，複数回実施した場合には検査結果を記載することとなったが，同一日に実施した検査結果のうち最も低かったものについて，8.0g/dL未満であった場合には，以後，複数回の検査実施も必要と考えるが，当該検査実施料を算定してよいか。	Ａ３　よい。なお，上記以外の検査結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

質問・未確定事項等	回　　答
〔出血・凝固検査〕	
Q４　「D006」出血･凝固検査の「17」Ｄダイマーについては，複数回実施した場合には検査結果を記載することとなったが，同一月に実施した検査結果のうち最も高かったものについて，5.0μg/mL以上であった場合には，以後，複数回の検査実施も必要と考えるが，当該検査実施料を算定してよいか。	Ａ４　よい。なお，上記以外の検査結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
〔血漿蛋白免疫学的検査〕	
Q５　「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「11」β２－マイクログロブリンについては，複数回実施した場合には検査結果を記載することとなったが，同一月に実施した検査結果のうち最も高かったものについて，10.0mg/Ｌ以上であった場合には，以後，複数回の検査実施も必要と考えるが，当該検査実施料を算定してよいか。	Ａ５　よい。なお，上記以外の検査結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
〔医薬品〕	
Q６　人赤血球液製剤を投与するに当たってHb値を測定した場合には，投与の直前に測定したHb値を記載することとなったが，例えば次の疾患等に使用する場合は，当該Hb値が６g/dL未満であれば少なくとも２単位の投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。 再生不良性貧血，骨髄異形成症候群，造血器腫瘍に対する化学療法及び造血幹細胞移植治療，固形癌に対する化学療法，消化管出血，消化管出血以外の急性出血，術中投与，敗血症（参考：「血液製剤の使用指針」）。	Ａ６　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q７　人血小板濃厚液製剤を投与に当たって血小板値を測定した場合には，投与の直前に測定した血小板値を記載することとなったが，例えば次の疾患等に使用する場合は，当該血小板値が次の値未満であれば少なくとも５単位の投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。 ①　外科手術の術前状態，中心静脈カテーテル挿入時，腰椎穿刺又は播種性血管内凝固（DIC）の場合　血小板値２万未満。 ②　急性白血病（急性前骨髄球性白血病を除く)），固形腫瘍に対する化学療法又は造血幹細胞移植（自家，同種）の場合　血小板値１万未満。 ③　再生不良性貧血又は骨髄異形成症候群の場合　血小板値５千未満（参考：「血液製剤の使用指針」）。	Ａ７　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

質問・未確定事項等	回　　答
Q８　新鮮凍結人血漿製剤を投与するに当たってプロトロンビン時間（PT）及びフィブリノゲン値を測定した場合には，投与の直前に測定したPT及びフィブリノゲン値を記載することとなったが，例えば，DIC，大手術又は大量出血・輸血時に使用する場合であれば，当該PTがINR2.0以上又は30％以下で，かつ，フィブリノゲン値150mg/dL以下であれば少なくとも400mlの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。（参考：「血液製剤の使用指針」）。	Ａ８　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q９　乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体製剤を投与するに当たって，投与以前に実施したインヒビター力価測定の結果を記載することとなったが，血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制の目的で投与する場合に，当該インヒビター力価測定結果が陽性である場合には，少なくとも2,500単位/kgの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	Ａ９　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q10　乾燥濃縮人血液凝固第Ｘ因子加活性化第Ⅶ因子製剤を投与するに当たって，投与以前に実施したインヒビター力価測定の結果を記載することとなったが，血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制の目的で投与する場合に，当該インヒビター力価測定結果が陽性である場合には，少なくとも3,000μg/kgの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A10　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q11　ラムシルマブ(遺伝子組換え)製剤を投与するに当たって，AFPの検査値を記載することとされているが，がん化学療法の実施後に増悪した血清AFP値400ng/ml以上の切除不能肝細胞癌に用いる場合に，AFPの測定結果が400ng/ml以上である場合には，少なくとも400mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A11　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q12　エプタコグアルファ（活性型）（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，インヒビター力価測定結果を記載することとなったが，血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制に用いる場合に，投与前に実施したインヒビター力価の測定結果が陽性であった場合については，少なくとも初回投与時は５mg，初回投与時以外は３mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A12　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

質問・未確定事項等	回　　答
Q13　エプタコグアルファ（活性型）（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，抗血小板抗体検査の測定結果を記載することとなったが，血小板に対する同種抗体を保有し，過去又は現在において血小板輸血不応状態が見られるグランツマン血小板無力症患者の出血傾向の抑制に用いる場合であって，投与前に実施した抗血小板抗体検査の測定結果が陽性であった場合には，少なくとも４mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A13　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q14　エクリズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，抗アセチルコリン受容体抗体検査の結果を記載することとなったが，重症筋無力症に対して投与する場合であって，投与前に実施した抗アセチルコリン受容体抗体検査の結果が陽性であった場合には，少なくとも初回から４回目までの投与時は900mg，５回目以降の投与時は1,200mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A14　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q15　エクリズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，抗アクアポリン４抗体検査の結果を記載することとなったが，視神経脊髄炎スペクトラム障害に対して投与する場合であって，投与前に実施した抗アクアポリン４抗体検査の結果が陽性であった場合には，少なくとも初回から４回目までの投与時は900mg，５回目以降の投与時は1,200mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A15　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q16　チサゲンレクルユーセル製剤を投与するに当たって，CD19抗原検査測定結果を記載することとなったが，再発又は難治性のCD19陽性のＢ細胞性急性リンパ芽球性白血病に用いる場合であって，投与前に実施したCD19抗原検査の結果が陽性であった場合には，本製品の投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A16　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q17　イネビリズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，抗アクアポリン４（AQP４）抗体検査の結果を記載することとなったが，投与前に実施した抗アクアポリン４（AQP４）抗体検査の結果が陽性であった場合には，少なくとも300mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A17　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

質問・未確定事項等	回　　答
Q18　イットリウム（^{90}Y）イブリツモマブチウキセタン（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，CD20抗原検査測定結果を記載することとなったが，投与前に実施したCD20抗原検査の結果が陽性であった場合には，少なくとも1セットまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A18　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q19　サトラリズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，抗アクアポリン４（AQP４）抗体検査の結果を記載することとなったが，投与前に実施した抗アクアポリン４（AQP４）抗体検査の結果が陽性であった場合には，少なくとも120mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A19　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q20　イノツズマブオゾガマイシン（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，CD22抗原検査の結果を記載することとなったが，投与前に実施したCD22抗原検査の結果が陽性であった場合には，少なくとも１日目の投与時は２mgまで，８日目及び15日目の投与時は1 mgまでの投与は妥当と考えるが,当該薬剤料を算定してよいか。	A20　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q21　ブロスマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，FGF23の測定値を記載することとなったが，投与前に実施したFGF23の測定値が30pg/ml以上であった場合には，少なくとも50mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A21　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q22　ブレンツキシマブベドチン（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，CD30抗原検査の結果を記載することとなったが，投与前に実施したCD30抗原検査の結果が陽性であった場合には，少なくとも100mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A22　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q23　オビヌツズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，CD20抗原検査の結果を記載することとなったが，投与前に実施したCD20抗原検査の結果が陽性であった場合には，少なくとも1000mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A23　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

質問・未確定事項等	回　　答
Q24　モガムリズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，CCR４抗原検査の結果を記載することとなったが，CCR４陽性の成人Ｔ細胞白血病リンパ腫又は再発若しくは難治性のCCR４陽性の末梢性Ｔ細胞リンパ腫に用いる場合であって，投与前に実施したCCR４抗原検査の結果が陽性であった場合には，少なくとも50mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A24　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q25　リツキシマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，CD20抗原検査の結果を記載することとなったが，Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫又は免疫抑制状態下のＢ細胞性リンパ増殖性疾患に用いる場合であって，投与前に実施したCD20抗原検査の結果が陽性であった場合には，少なくとも600mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A25　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q26　リツキシマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，CD20抗原検査の結果を記載することとなったが，慢性リンパ性白血病に用いる場合であって，投与前に実施したCD20抗原の測定結果が陽性であった場合には，少なくとも初回投与時は600mgまで，２回目以降の投与時は800mgまでの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A26　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q27　レボカルニチン製剤を投与するに当たって，遊離カルニチンの測定結果を記載することとされたが，投与前に実施した遊離カルニチンの測定結果が20μmol未満である場合には，当該薬剤料を算定してよいか。	A27　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。
Q28　エポエチンベータ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって，投与する前に測定したHb値を記載することとされているが，貯血量が800mL以上で１週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に用いる場合であって，Hb値の測定結果が13g/dl以下である場合には，少なくとも１回につき6,000国際単位までの投与は妥当と考えるが，当該薬剤料を算定してよいか。	A28　よい。なお，上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

調剤報酬点数表関係（抜粋）

質問・未確定事項等	回　　答
〔リフィル処方箋による調剤〕	
Q6 「リフィル処方箋により調剤した場合は，調剤した内容，患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと」とされているが，この場合において，服薬情報等提供料は算定可能か。	A6 算定要件を満たしていれば，服薬情報等提供料1又は2を算定可。
Q7 リフィル処方箋による2回目以降の調剤については，「前回の調剤日を起点とし，当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし，その前後7日以内」に行うこととされているが，具体的にはどのように考えればよいか。	A7 例えば，次回調剤予定日が6月13日である場合，次回調剤予定日を含まない前後7日間の6月6日から6月20日までの間，リフィル処方箋による調剤を行うことが可能である。ただし，調剤した薬剤の服薬を終える前に次回の調剤を受けられるよう，次回調剤予定日までに来局することが望ましいこと等を患者に伝えること。
Q8 リフィル処方箋の写しは，いつまで保管する必要があるのか。	A8 当該リフィル処方箋の写しに係る調剤の終了日から3年間保管すること。
Q9 一般名処方によるリフィル処方箋を受け付けた場合，2回目以降の調剤においてはどのように取り扱えばよいか。	A9 2回目以降の調剤においても，一般名処方されたものとして取り扱うことで差し支えないが，初回来局時に調剤した薬剤と同一のものを調剤することが望ましい。
Q10 リフィル処方箋を次回調剤予定日の前後7日以外の日に受け付けた場合は，当該リフィル処方箋による調剤を行うことはできるか。	A10 不可。なお，調剤可能な日より前に患者が来局した場合は，再来局を求めるなど適切に対応すること。

訪問看護療養費関係

質問・未確定事項等	回　　答
〔届出受理後の措置〕	
Q1 届出受理後において，届出内容と異なった事情が生じ，当該届出基準を満たさなくなった場合又は当該届出基準の届出区分が変更となった場合には，変更の届出を行うこととされているが， ① 機能強化型訪問看護療養費に係る届出に記載した看護職員数等について，当該届出基準に影響がない範囲で変更が生じた場合 ② 専門管理加算に係る届出に記載した専門の研修を受けた看護師が退職し，新たに同様の専門の研修を受けた看護師を雇用した場合 について，変更の届出を行う必要があるか。	A1 ①の場合については不要。 ②の場合については，専門管理加算の算定要件に影響する変更であるため，変更の届出が必要。

質問・未確定事項等	回　　答
〔訪問看護基本療養費〕	
Q２　複数の訪問看護ステーション等から指定訪問看護を受けている利用者に対して，現に指定訪問看護（訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハ及び訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハを除く。）を実施している訪問看護ステーションの専門の研修を受けた看護師が，他の訪問看護ステーション等の専門の研修を受けていない看護師又は准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を実施した場合，訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハ及び訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハは算定可能か。	Ａ２　算定不可。なお，医科点数表「C005」在宅患者訪問看護・指導料の「３」及び「C005－1－2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「３」についても同様である。
Q３　医科点数表「C005」在宅患者訪問看護・指導料の「３」，「C005－1－2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「３」，訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハ及び訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハの届出基準において求める看護師の「褥瘡ケアに係る専門の研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	Ａ３　現時点では，従前の研修に加えて，特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「創傷管理関連」の区分の研修が該当する。
〔専門管理加算〕	
Q４　専門管理加算のイの場合において求める看護師の「緩和ケア，褥瘡ケア又は人工肛門及び人工膀胱ケアに係る専門の研修」には，具体的にはそれぞれどのようなものがあるか。	Ａ４　現時点では，以下の研修が該当する。 ①　褥瘡ケアについては，日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」 ②　緩和ケアについては， ・日本看護協会の認定看護師教育課程「緩和ケア※」，「乳がん看護」，「がん放射線療法看護」及び「がん薬物療法看護※」 ・日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程 ③　人工肛門及び人工膀胱ケアについては，日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」 ※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。
Q５　専門管理加算のロの場合において求める看護師の「特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	Ａ５　現時点では，特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の研修が該当する。 ①「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」，「ろう孔管理関連」，「創傷管理関連」及び「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」のいずれかの区分の研修 ②「在宅・慢性期領域パッケージ研修」

質問・未確定事項等	回　　答
Ｑ６　専門管理加算を算定する利用者について，専門性の高い看護師による訪問と他の看護師等による訪問を組み合わせて指定訪問看護を実施してよいか。	Ａ６　よい。ただし，専門管理加算を算定する月に，専門性の高い看護師が１回以上指定訪問看護を実施していること。
Ｑ７　専門管理加算について，例えば，褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師と，特定行為研修を修了した看護師が，同一月に同一利用者に対して，褥瘡ケアに係る管理と特定行為に係る管理をそれぞれ実施した場合であっても，月１回に限り算定するのか。	Ａ７　そのとおり。イ又はロのいずれかを月１回に限り算定すること。
〔機能強化型訪問看護管理療養費〕	
Ｑ８　機能強化型訪問看護管理療養費１及び２の届出基準における「人材育成のための研修等」には，期間や内容の基準はあるか。	Ａ８　期間や内容について一律の基準は設けていないが，内容については，例えば，地域の訪問看護ステーションと連携した業務継続計画の策定，研修及び訓練の主催，地域の医療従事者等に対する同行訪問による訪問看護研修等が想定される。なお，当該研修等については，ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
Ｑ９　機能強化型訪問看護管理療養費の届出基準における「専門の研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	Ａ９　現時点では，以下の研修が該当する。 ①　日本看護協会の認定看護師教育課程 ②　日本看護協会が認定している看護系大学院の専門看護師教育課程 ③　日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程 ④　特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修 なお，①，②及び④については，それぞれいずれの分野及び区分（領域別パッケージ研修を含む。）の研修を受けた場合であっても差し支えない。
〔24時間対応体制加算〕	
Q10　特別地域若しくは医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション又は業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーションが，連携して24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして届出を行う場合において，一方のステーションが医療資源の少ない地域に所在し，もう一方のステーションが地域の相互支援ネットワークに参画している場合も届出可能か。	A10　届出可能。

質問・未確定事項等	回　　答
〔訪問看護情報提供療養費〕	
Q11　18歳の誕生日を迎えた利用者について，医療的ケアの変更等により学校等からの求めに応じて情報提供を行う必要がある場合は，訪問看護情報提供療養費２の算定についてどのように考えればよいか。	A11　当該利用者が18歳に達する日以後最初の３月31日までは算定可。
〔遠隔死亡診断補助加算〕	
Q12　遠隔死亡診断補助加算の届出基準において求める看護師の「情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。	A12　現時点では，厚生労働省「在宅看取りに関する研修事業」（平成29～31年度）及び「ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業」（令和２年度～）により実施されている研修が該当する。
〔訪問看護指示書〕	
Q13　医科点数表「C007」訪問看護指示料における訪問看護指示書について，「留意事項及び指示事項」のⅡの１の記載が変更されたが，既に交付している訪問看護指示書については，令和４年４月１日以降に改めて変更後の様式により再交付する必要はあるか。	A13　令和４年３月31日以前に交付している訪問看護指示書については，変更後の様式による再交付は不要である。

材料価格基準関係

質問・未確定事項等	回　　答
〔吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）〕	
Q１「209　吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）」における「関連学会の定める適正使用指針」とは，具体的には何を指すのか。	A１　現時点では，日本フットケア・足病医学会の「閉塞性動脈硬化症の潰瘍治療における吸着型血液浄化器に関する適正使用指針」を指す。
〔前立腺用インプラント〕	
Q２「214　前立腺用インプラント」における「関連学会が定める適正使用指針」とは，具体的には何を指すのか。	A２　現時点では，日本泌尿器科学会，日本排尿機能学会及び日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会の「前立腺肥大症（benign prostatic hyperplasia）に対する経尿道的前立腺吊り上げ術に使用されるUroLiftシステムの適正使用指針」を指す。
〔経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）〕	
Q３「215　経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）」における「関連学会の定める適正使用基準」とは，具体的には何を指すのか。	A３　現時点では，経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会の「Harmony経皮的肺動脈弁システム適正使用指針」及び「Harmony経皮的肺動脈弁システム実施施設・実施医基準」を指す。

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３年11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
355	放射性医薬品基準ヒドロキシメチレンジホスホン酸テクネチウム（99mTc）（核医学４，神経30，循環器12，医学放射線３）	放射線医薬品(430)	原則として，「放射性医薬品基準ヒドロキシメチレンジホスホン酸テクネチウム(99mTc)【注射薬】」を「心シンチグラムによる心アミロイドーシスの診断」に対して使用した場合，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 (1)　クリアボーンキット ア　調整法 本品を冷蔵庫から取り出し，5分間放置して室温にもどす。本品1バイアルあたり，日本薬局方過テクネチウム酸ナトリウム(99mTc)注射液３～９mLを無菌的に加える。振とうして内容物を溶解し，室温に10分間放置することによりヒドロキシメチレンジホスホン酸テクネチウム(99mTc)注射液を得る。 イ　心シンチグラム 被験者に555～740MBqを肘静脈内に注射し，2又は3時間後に心シンチグラムをとる。 (2)　クリアボーン注 被験者に555～740MBqを肘静脈内に注射し，２又は３時間後に心シンチグラムをとる。	令和４年２月28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
356	エトポシド(造血・免疫細胞療法1)	抗腫瘍性植物成分製剤(424)	原則として，「エトポシド【注射薬】」を「造血幹細胞移植の前治療」に対して投与した場合，当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり，妥当と推定される。	(1) 当該使用例の用法・用量 同種造血幹細胞移植前治療として，1日15～30mg/kgを点滴静注し2日間投与する。 自己造血幹細胞移植前治療として，1日500mg/m^{2}を点滴静注し3日間投与又は1日400mg/m^{2}を点滴静注し4日間投与する。 疾患及び患者の状態により適宜減量する。 (2) 造血幹細胞移植に十分な知識と経験を有する医師のもとで行うこと。 (3) 強い骨髄抑制により致命的な感染症等が発現するおそれがあるので，以下の点に十分注意すること。 ア 重症感染症を合併している患者には投与しないこと。 イ 本剤投与後，患者の観察を十分に行い，感染症予防のための処置（抗感染症薬の投与等）を行うこと。	令和4年2月28日
357	シクロスポリン(小児神経1)	他に分類されない代謝性医薬品(399)	原則として，「シクロスポリン【内服薬】」を「慢性炎症性脱髄性多発神経炎」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。	当該使用例の用法・用量 (1) 通常，シクロスポリンとして1日量5mg/kgを1日2回に分けて経口投与する。効果がみられた場合は徐々に減量し，維持量は3mg/kgを標準とする。 なお，症状により適宜増減する。 (2) 副作用の発現を予防するため，定期的な血中濃度のモニタリングを行い，投与量の調節を行うこと。 (3) 重症例や副腎皮質ステロイド薬，経静脈的免疫グロブリン療法等が無効な症例に限り認める。	令和4年2月28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
358	アザチオプリン(小児神経2)	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「全身型重症筋無力症」に対して処方した場合,当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり,妥当と推定される。	(1) 当該使用例の用法・用量 ア 成人 1日量としてアザチオプリン1～2mg/kg相当量 イ 小児 1日量としてアザチオプリン0.5mg～1mg/kg相当量(分1～2)で導入し,1日0.5mg/kg相当量ずつ増量する。(最大2.5mg/kgまで)。 ウ NUDT15遺伝子多型でArg/Cys,His/Cys,Cys/Cys型の患者においては,脱毛,白血球減少症などの副作用のため低用量が推奨される。 (2) Nudix hydrolase15(NUDT15)遺伝子多型検査でCys/Cys型を有する患者では,アザチオプリン投与後に白血球減少や脱毛等の副作用発現の可能性が高くなる。より安全に使用するため,本剤投与前にNUDT15遺伝子多型検査を行うことが望ましい。	令和4年2月28日
359	アリピプラゾール(小児神経3)	精神神経用剤(117)	原則として,「アリピプラゾール【内服薬】」を「ジル・ドゥ・ラ・トゥーレット症候群」に対して処方した場合,当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり,妥当と推定される。	(1) 当該使用例の用法・用量 体重50kg未満では,1日2mgで開始し,1日5mgを標的用量とし,最大量は1日10mgまで増量可能。体重50kg以上では,1日2mgで開始し,1日10mgを標的用量とし,最大量は1日20mgまで増量可能。標的用量以上への増量については,投与量の調整は1週間以上の間隔で徐々に増量を行う必要がある。なお,症状により適宜増減する。 (2) 薬理作用から高プロラクチン血症の危険はないが,頻度が多い副作用として鎮静,傾眠,体重増加への注意が必要である。特に継続使用において体重増加な	令和4年2月28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
					ど代謝面への注意が必要である。他の抗精神病薬に比べ錐体外路症状の出現頻度は少ないが，注意は必要である。	
360	タクロリムス水和物（小児神経４）	他に分類されない代謝性医薬品(399)	原則として，「タクロリムス水和物【内服薬】」を「ラスムッセン脳炎」に対して処方した場合，当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり，妥当と推定される。	⑴　当該使用例の用法・用量 成人にはタクロリムスとして１日３mgで開始し，１日１回夕食後に経口投与する。小児には，タクロリムスとして１日0.1mg/kg開始し，１日１回夕食後に経口投与する。 ⑵　血中濃度（トラフ値）をモニターし，開始後３か月間は月に１回測定し，5.1 ± 2.73ng/mlの範囲にあるか確認する。２か月経過した時点で効果が不十分で血中濃度上昇が不十分な場合，投与量を増量する。３か月経過した時点で効果が十分ある場合は，減量する。	令和４年２月28日
361	カルバマゼピン（小児神経５）	抗てんかん薬(113)	原則として，「カルバマゼピン【内服薬】」を「発作性運動誘発舞踏アテトーシス」に対して処方した場合，当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり，妥当と推定される。	⑴　当該使用例の用法・用量 抗てんかん薬としての通常の維持用量（小児：１日100～600mg，成人：１日200～600mg）を下回る少量を使用する。学童期で１日50～100mgを維持用量とし，成人においても小児と同等の維持用量で効果を継続することができる。１日１回または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。 ⑵　少量であっても，特に投与初期には薬疹をきたす可能性を考慮しておく。本病には少量で有効であるため，傾眠の副作用は軽いと考えられるが，一定の注意を怠らない。	令和４年２月28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
362	ミコフェノール酸モフェチル(小児科59)	他に分類されない代謝性医薬品(399)	原則として,「ミコフェノール酸モフェチル【内服薬】」を「ステロイド依存性ネフローゼ症候群」又は「頻回再発型ネフローゼ症候群」に対して処方した場合,当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり,妥当と推定される。	当該使用例の用法・用量 小児:通常,ミコフェノール酸 モフェチルとして1日1,000～1,200mg/㎡(又は24～36mg/kg,最大2,000mg)を2回に分けて経口投与する。 成人:通常,ミコフェノール酸 モフェチルとして1日1,000～2,000mgを2回に分けて経口投与する。年齢,症状により適宜増減するが,1日3,000mgを上限とする。	令和4年2月28日
363	タクロリムス水和物(小児科60)	他に分類されない代謝性医薬品(399)	原則として,「タクロリムス水和物【内服薬】」を「若年性特発性関節炎」に対して処方した場合,当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり,妥当と推定される。	(1) 当該使用例の用法・用量 通常,タクロリムスとして1日0.05～0.15mg/kgを1日1回夕食後に経口投与する。関節リウマチに対する上限量3mgを超えないものとする。 (2) 難治例や既存治療で効果不十分な場合に限り認める。 (3) 顆粒とカプセルの生物学的同等性は検証されていない。 (4) 若年性特発性関節炎治療に精通している医師が使用する。 (5) 薬物代謝酵素CYP3A4で代謝される薬剤との併用で血中濃度が上昇する。 (6) 免疫抑制作用を有する薬剤との併用で,過度の免疫抑制による感染症やリンパ腫の発症に注意する。	令和4年2月28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
364	シクロスポリン（小児科61）	他に分類されない代謝性医薬品(399)	原則として，「シクロスポリン【注射薬】」を「二次性血球貪食性リンパ組織球症」に対して投与した場合，当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり，妥当と推定される。	(1) 当該使用例の用法・用量 1日1～1.5mg/kgを持続点滴静注する。 (2) 血圧上昇により，可逆性後頭葉白質脳症症候群，高血圧性脳症等の中枢神経系障害（1％未満）を発症することがある。マクロファージ活性化症候群では高用量のステロイド薬と併用するため，より一層の注意が必要で，厳密な血圧管理と血中濃度のモニタリングが可能な環境下で使用する。	令和4年2月28日
365	デキサメタゾンパルミチン酸エステル（小児科62）	副腎ホルモン剤(245)	原則として，「デキサメタゾンパルミチン酸エステル【注射薬】」を「二次性血球貪食性リンパ組織球症」に対して投与した場合，当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり，妥当と推定される。	当該使用例の用法・用量 デキサメタゾンとして1日10mg/m^2（最大10mg）を2回に分けて投与開始し，数日ごとに漸減する。	令和4年2月28日

地域医療部通信

令和４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４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４年４月１日(金）～令和５年３月31日(金)

２　概　　要

⑴　**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

⑵　**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 抗体検査で中力価及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，初回精密検査及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。)。

⑶　**受検者の自己負担**　　なし（無料）

⑷　**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

⑸　**その他**

本事業に御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。

≪お問合せ先≫

京都市保健福祉局医療衛生企画課　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，すべての医師名を御記入ください。	
医 療 機 関 名 の 公 表 ※どちらかに○をしてください。	公表に同意する　・　公表に同意しない

妊婦健康診査の公費負担単価の改定について

京都府内の市町村より委託を受けている妊婦健康診査の単価につきまして，今般の診療報酬点数改定を折り込み，以下のとおり決定しました。B型肝炎検査につきまして，HBs 抗原 CLIA 法での単価に変更となっております。本健診の実施，請求にあたっては，十分ご留意ください。

令和4年度京都府妊婦健診公費負担（14回）検査等項目と単価

（令和4年4月1日以降適用）

厚生労働省が示す標準的な健康診査の実施回数及び内容	新単価	1回 妊娠８週	2回 １２週	3回 １６週	4回 ２０週	5回 ２４週	6回 ２６週	7回 ２８週	8回 ３０週	9回 ３２週	10回 ３４週	11回 ３６週	12回 ３７週	13回 ３８週	14回 ３９週	合計
基本的な妊婦健康診査（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）	730	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	45,360
	2,250															
	260															
血算（３回）	210	210							210				210			630
血液学的検査判断料（３回）	1,250	1,250							1,250				1,250			3,750
血液採取（静脈）（３回）	370	370							370				370			1,110
血糖（２回）	110	110							110							220
生化学（１）判断料（２回）	1,440	1,440							1,440							2,880
ABO血液型（１回）	240	240														240
Rh血液型（１回）	240	240														240
不規則抗体（１回）（間接クーム	470	470														470
梅毒血清反応検査（１回） (TPHA)	320	320														320
梅毒血清反応検査（１回） (脂質抗原検査)	150	150														150
B型肝炎抗原検査（１回）	880	880														880
C型肝炎抗体検査（１回）	1,050	1,050														1,050
風疹ウイルス抗体価検査（１回）	790	790														790
免疫学的検査判断料（１回）	1,440	1,440														1,440
クラミジア検査（１回） (頸管粘液採取)	400	400							400							400
クラミジア検査（１回） (核酸同定)	1,930	1,930							1,930							1,930
B群溶血性レンサ球菌検査（GBS） (頸管粘液採取)	400	400										400				400
B群溶血性レンサ球菌検査（GBS） (細菌培養同定)	1,800	1,800										1,800				1,800
微生物学的検査判断料（１回）	1,500	1,500										1,500				1,500
超音波検査（４回）	5,300	5,300			5,300				5,300			5,300				21,200
ＨＩＶ抗体価検査（１回）	1,120	1,120														1,120
HTLV-1抗体検査（1回）	850	850														850
子宮頸癌検診（細胞診）（１回） (細胞採取料)	400	400														400
子宮頸癌検診（細胞診）（１回） (細胞診)	1,500	1,500														1,500
子宮頸癌検診（細胞診）（１回） (判断料)	1,300	1,300														1,300
合　計		22,670	3,240	3,240	8,540	3,240	3,240	3,240	14,250	3,240	3,240	12,240	5,070	3,240	3,240	**91,930**

※単価は令和４年度改定の診療報酬点数に準じた額となっています。
※検査項目ごとに、検査の時期の目安を表しています。
※記載されていない検査などを実施された場合は、自己負担で徴収していただけます。
※医師の判断により、検査を不要とできます（ただし、二重線で囲んだ検査は、セットで実施していただきます）。
※ ←→ は、医師の判断により、適切な検査の実施時期に幅があるものです。

令和4年度京都府妊婦健診公費負担（14回＋多胎6回）検査等項目と単価

（令和4年4月1日以降適用）

厚生労働省が示す標準的な健康診査の実施回数及び内容		新単価	1回	多胎1回	2回	3回	多胎2回	4回	5回	6回	多胎3回	7回	多胎4回	8回	9回	多胎5回	10回	多胎6回	11回	12回	13回	14回	合計
			妊娠８週	１０週	１２週	１６週	１８週	２０週	２４週	２６週	２７週	２８週	２９週	３０週	３２週	３３週	３４週	３５週	３６週	３７週	３８週	３９週	
基本的な妊婦健康診査（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）		730 2,250 260	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	3,240	64,800
血算（３回）		210	210											210						210			630
血液学的検査判断料（３回）		1,250	1,250											1,250						1,250			3,750
血液採取(静脈)（３回）		370	370											370						370			1,110
血糖（２回）		110	110											110									220
生化学(Ⅰ)判断料（２回）		1,440	1,440											1,440									2,880
ABO血液型（１回）		240	240																				240
Rh血液型（１回）		240	240																				240
不規則抗体（１回）（間接クーム		470	470																				470
梅毒血清反応検査（１回）	(TPHA)	320	320																				320
	(脂質抗原検査)	150	150																				150
B型肝炎抗原検査（１回）		880	880																				880
C型肝炎抗体検査（１回）		1,050	1,050																				1,050
風疹ウイルス抗体価検査（１回）		790	790																				790
免疫学的検査判断料（１回）		1,440	1,440																				1,440
クラミジア検査（１回）	(頸管粘液採取)	400												400									400
	(核酸同定)	1,930												1,930									1,930
B群溶血性レンサ球菌検査（GBS）（１回）	(頸管粘液採取)	400																	400				400
	(細菌培養同定)	1,800																	1,800				1,800
微生物学的検査判断料（１回）		1,500																	1,500				1,500
超音波検査（7回）		5,300	5,300	5,300			5,300	5,300			5,300			5,300					5,300				37,100
ＨＩＶ抗体価検査（１回）		1,120	1,120																				1,120
HTLV-1抗体検査（1回）		850	850																				850
子宮頸癌検診（細胞診）（１回）	(細胞採取料)	400	400																				400
	(細胞診)	1,500	1,500																				1,500
	(判断料)	1,300	1,300																				1,300
合　計			22,670	8,540	3,240	3,240	8,540	8,540	3,240	3,240	8,540	3,240	3,240	14,250	3,240	3,240	3,240	3,240	12,240	5,070	3,240	3,240	127,270

※単価は令和４年度改定の診療報酬点数に準じた額となっています。
※検査項目ごとに、検査の時期の目安を表しています。
※記載されていない検査などを実施された場合は、自己負担で徴収していただけます。
※医師の判断により、検査を不要とできます（ただし、二重線で囲んだ検査は、セットで実施していただきます）。
※←――→は、医師の判断により、適切な検査の実施時期に幅があるものです。

京都府医師会・京都府立医科大学附属病院・京都大学医学部附属病院共催

「京都地域医療連携の会―緩和ケアの現状と展望―」開催のご案内

京都府における地域包括ケアの推進のため，急性期医療機関と維持期（生活期）の診療を担当するかかりつけ医との連携を目的とした表題の会を府医・京都府立医科大学附属病院・京都大学医学部附属病院共催にて開催する運びとなりました。ご多用中とは存じますが，是非ご参加賜りますようご案内申し上げます。

と　き　2022年5月21日(土)　午後2時～午後3時

形　式　WEB開催（ZOOM）

内　容

開会挨拶　京都大学医学部附属病院　病院長　宮本　享 氏
京都府立医科大学医学部附属病院　病院長　夜久　均 氏

座長　京都大学医学部附属病院　副病院長　妹尾　浩 氏

講演1「京都府立医科大学附属病院における緩和ケアの取り組み」
京都府立医科大学医学部附属病院　准教授　上野　博司 氏

講演2「京都大学医学部附属病院における緩和ケアの取り組み」
京都大学医学部附属病院　緩和医療科　教授　恒藤　暁 氏

閉会挨拶　京都府医師会　会長　松井　道宣 氏

対　象　医療関係者

参加費　無料

共　催　京都大学医学部附属病院，京都府立医科大学附属病院，京都府医師会

申し込み方法は裏面にあります。

申し込み　　下記の URL または QR コードより申込フォームにアクセスし，お申し込みください。

https://bit.ly/3D8g76X
（大文字と小文字の区別があります。）

申し込み締切　2022 年 5 月 20 日（金）
※ 1 施設から複数名参加される場合であってもお申し込みは 1 人ずつでお願いします。

問い合わせ　　京都大学医学部附属病院地域医療連携室
TEL：075－751－4320

当日はインターネット環境が整った場所でご覧くださいますよう，
何卒よろしくお願い申し上げます。

2022年　5月　　京都市（乙訓2市1町）病院群輪番編成表

太字の病院は小児科の当番病院です。

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

病院群輪番協力医療機関一覧（五十音順）

Aブロック		Bブロック		Cブロック		Dブロック	
病院名	電話番号	病院名	電話番号	病院名	電話番号	病院名	電話番号
愛寿会同仁病院	431-3300	泉谷病院	466-0111	明石病院	313-1453	愛生会山科病院	594-2323
賀茂病院	493-3330	太秦病院	871-7711	がくさい病院	754-7111	医仁会武田総合病院	572-6331
京都大原記念病院	744-3121	内田病院	882-6666	吉祥院病院	672-1331	大島病院	622-0701
京都からすま病院	491-8559	河端病院	861-1131	京都回生病院	311-5121	金井病院	631-1215
京都下鴨病院	781-1158	京都桂病院	391-5811	京都九条病院	691-7121	京都医療センター	641-9161
京都博愛会病院	781-1131	京都民医連中央病院	861-2220	京都市立病院	311-5311	京都久野病院	541-3136
京都民医連あすかい病院	701-6111	済生会京都府病院	955-0111	京都武田病院	312-7001	共和病院	573-2122
冨田病院	491-3241	シミズ病院	381-5161	京都南病院	312-7361	蘇生会総合病院	621-3101
西陣病院	461-8800	新河端病院	954-3136	十条武田リハビリ病院	671-2351	なぎ辻病院	591-1131
日本バプテスト病院	781-5191	千春会病院	954-2175	新京都南病院	322-3344	伏見桃山総合病院	621-1111
室町病院	441-5859	長岡京病院	955-1151	相馬病院	463-4301	むかいじま病院	612-3101
洛陽病院	781-7151	西京都病院	381-5166	武田病院	361-1351	洛和会音羽病院	593-4111
		三菱京都病院	381-2111	原田病院	551-5668		
		向日回生病院	934-6881	堀川病院	441-8181		
		洛西シミズ病院	331-8778	吉川病院	761-0316		
		洛西ニュータウン病院	332-0123	洛和会丸太町病院	801-0351		

〔留意事項〕

①病院群の輪番制度は，あくまでも補完的な施策であることから，最終的なよりどころとしてご利用ください。最寄りあるいは知り合いの病院で処理し得る時は，できるだけ処理していただくこと。**困ったときのみ利用してください。**

②当番病院を利用される場合は，**必ず事前に当番病院に電話連絡をし，原則として当番病院の医師の了解を得た上で後送してください。**さらにできれば，患者に診療情報提供書を持たせてください。

③ 太字 の病院は小児科専用の当番病院で，全域を対象とします。この他は一般(内科,外科)の後送病院です。

④休日・日曜日の当番日に，1ブロックに2つの病院名もしくは同一病院名が左右に分けて書かれておりますが，左側が昼間（8:00～18:00）で右側は夜間（18:00～翌朝8:00）の当番病院です。

⑤当番病院の診療応需時間（原則として）

・休　　日　ア．午前8時～午後6時
　　イ．午後6時～翌朝午前8時

・休日以外　午後6時～翌朝午前8時

なお休日とは，日曜日・祝日・振替休日および年末年始（12月29日～1月3日）をいいます。

太字 の病院は小児科のみの当番病院です（対象＝全域）。ご留意ください。

京都府医師会長・松井　道宣
京都府病院協会長・辰巳　哲也
京都私立病院協会長・清水鴻一郎

介護保険ニュース

「介護職員処遇改善支援補助金に関するQ＆A（Vol. 3）（令和4年3月23日)」について

介護職員処遇改善支援補助金に関するQ＆Aについて今般，厚生労働省よりVol. 3が発出されましたので，ご参照ください。

問1　前年度に通常よりも多く賞与を支払った等の理由により，前年度の賃金の総額（基準額）が例年よりも高くなり，本補助金による賃金改善を行っても前年度からの賃金の増加額が補助金の額を上回らない場合，本補助金の申請はできないのか。

(答)　前年度の賃金の総額については，令和3年2月から9月までの8か月間の賃金の総額を記載することとしているが，これにより難い合理的な理由がある場合には，他の適切な方法により前年度の賃金の総額を推定することとしている。

また，介護職員処遇改善加算等においては，独自の賃金改善の具体的な取組内容と算定根拠を記載することで，前年度の介護職員の賃金の総額から独自の賃金改善額を控除することを可能としている。

そのため，前年度に通常よりも多く賞与を支払っていた等の理由により，前年度の賃金の総額（基準額）が例年よりも高くなり，前年度からの賃金の増加額が補助金の額を上回らなかった場合，処遇改善加算等の計画書を本補助金の計画書とあわせて提出することで，処遇改善加算等において控除された独自の賃金改善額や，その取組内容及び算定根拠を明らかにすることにより，本補助金における基準額についても，処遇改善加算等の計画書における独自の賃金改善額と同額を控除して推定することが可能である。

問2　休止していた事業所が令和4年2月から9月の間に再開した場合，本補助金を申請することは可能か。

(答)　新規開設事業所と同様に（介護職員処遇改善支援補助金に関するQ＆A（令和4年1月31日）問21参照)，要件を満たす場合には本補助金の対象となる。

なお，休止前に本補助金を受けていた場合は，休止前と再開後それぞれの期間について計画書及び実績報告書の提出が必要であり，事業所が休止する場合の取扱いについては「介護職員処遇改善支援補助金に関するQ＆A（令和4年1月31日)」問22も参照されたい。

問3　都道府県の圏域を超えて所在する複数の介護サービス事業所等を有する介護事業所等が，法人で一括して処遇改善支援補助金計画書及び処遇改善支援補助金実績報告書を作成する際，当該都道府県ごとに別個の計画書等を作成し提出することが必要か。

(答)　処遇改善加算等の計画書及び実績報告書の作成を法人単位で行う場合，

・法人において処遇改善加算等により賃金改善を行った総額が，法人における処遇改善加算等による収入額を上回ることが必要であるが，

・提出先の都道府県ごとに処遇改善計画書等を書き分けることまでは不要であり，指定権者をまたぐ複数事業所について，法人単位で一括して処遇改善計画書を作成することは可能であるが，

この取扱いについては，本補助金においても同様とする。

なお，補助金を取得する事業所は，補助金別紙様式２－２の「補助金取得予定」欄に「○」を記入し，各都道府県から，当該欄に「○」が記入され，かつ，「事業所の所在地」欄に自都道府県の名称が記載された事業所について補助金の支払い等が行われる。

＜参考＞

平成24年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol. 1）（平成24年3月16日）問226

問４　処遇改善支援補助金計画書及び処遇改善支援補助金実績報告書において，介護サービスと介護予防サービスのいずれも提供している事業者が，処遇改善支援補助金計画書及び処遇改善支援補助金実績報告書に「サービス名」を記入する際，介護サービスと介護予防サービスとを区別して記載することが必要か。

(答) 補助金の交付事務において，都道府県及び国保連合会が交付対象となる事業所やサービスを適切に特定した上で補助金額の算出等を行うため，介護サービスと介護予防サービスとを区別して様式に記載することが必要となる。

例えば，短期入所生活介護サービス事業所と介護予防短期入所生活介護サービス事業所が同一の事業所番号で紐付いている場合，両事業所がともに介護職員処遇改善支援補助金を取得するためには，補助金別紙様式2-2「サービス名」の欄に，両事業所を区別し，２行に分けて記載すること。

その際，(f-1)，(f-2)，(g-1) 及び (g-2) の列について，両事業所の賃金改善の見込額を区別して記入することが難しい場合は，介護サービスに一括計上（介護予防サービスはゼロ又は空欄）とすることも可能であること。

＜参考：記入例（補助金別紙様式２－２）＞

	補助金取得予定	介護保険事業所番号	指定権者名	事業所の所在地 都道府県	事業所の所在地 市区町村	事業所名	サービス名
1	○	●×●×●×●×●×●	A県	A県	C市	介護保険事業所名称01	特定施設入居者生活介護
2	○	●×●×●×●×●×●	A県	A県	C市	介護保険事業所名称01	介護予防特定施設入居者生活介護
3	○	×●×●×●×●×●×	B県	B県	D市	介護保険事業所名称02	短期入所生活介護
4	○	×●×●×●×●×●×	B県	B県	D市	介護保険事業所名称02	介護予防短期入所生活介護

算定する介護職員処遇改善加算の区分（Ⅰ～Ⅲを算定しない事業所は補助金を取得できません）	一月あたり介護報酬総単位数[単位](a') （処遇改善加算及び特定加算の額を含みます）	1単位あたりの単価[円](b)	交付率（c）	交付対象月(d)	介護職員処遇改善支援補助金 合計を(a)に表示 ①介護職員処遇改善支援補助金の見込額 (a'×b×c×d)[円]	介護職員処遇改善支援補助金 （列ごとの合計が「2賃金改善計画について」④に転記） (f-1) ③ⅰ）介護職員の賃金改善見込額[円]	(f-2) 左記のうち、ベースアップ等による賃金改善の見込額[円]	(g-1) ③ⅱ）その他職種の賃金改善見込額[円]	(g-2) 左記のうち、ベースアップ等による賃金改善の見込額[円]
加算Ⅰ	1,000,000	10.68	1.4%	令和 4 年 2 月～令和 4 年 9 月（ 8 ヶ月）	1,196,160	600,000	450,000	600,000	400,000
加算Ⅰ	0	10.68	1.4%	令和 4 年 2 月～令和 4 年 9 月（ 8 ヶ月）	0	0	0	0	0
加算Ⅰ	300,000	10.68	1.4%	令和 4 年 2 月～令和 4 年 9 月（ 8 ヶ月）	358,848	180,000	135,000	180,000	135,000
加算Ⅰ	0	10.68	1.4%	令和 4 年 2 月～令和 4 年 9 月（ 8 ヶ月）	0	0	0	0	0

問５　Ａ法人の運営するＸ事業所が，法人の吸収合併等により，Ｂ法人が令和４年４月１日から運営することになった場合の２・３月からの賃上げに係る要件の取扱いについて，Ａ法人が運営していた期間についても補助金の対象とすることは可能か。

(答)　事業所を運営する法人が吸収合併等を行う場合の２・３月からの賃上げに係る要件の取扱いについては，事業所の職員に変更がない等，吸収合併等の前後で事業所が実質的に継続して運営されると都道府県において認める場合，以下の取扱いにより，その前後において，それぞれ補助金の対象とすることが可能である。

・Ｘ事業所について，Ａ法人の処遇改善計画書には２・３月分を，Ｂ法人の処遇改善計画書には４～９月分の計画を記入する。実績報告書についても同様の取扱いとする。

＜参考＞

「事業所の吸収分割等に伴う事務の簡素化について」（令和２年８月３日付け厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡）

問６　Ａ法人の運営するＸ事業所を別のサービスに変更した場合の取扱いについて，変更前の期間についても補助金の対象とすることは可能か。

(答)　事業所の職員に変更がない等，サービス変更の前後で事業所が実質的に継続して運営されると都道府県において認める場合，補助金の対象とすることが可能。なお，処遇改善計画書及び実績報告書の個表には，それぞれの事業について期間を分けて２行分記載すること。

＜参考：記入例（補助金別紙様式２－２）＞

	介護保険事業所番号	指定権者名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	算定する介護職員処遇改善加算の区分（１～Ⅰを算定しない事業所は補助金を取得できません）	一月あたり介護報酬総単位数(a)（処遇改善加算及び特定加算の額を含みます）	1単位あたりの単価(円)(b)	交付率(c)	交付対象月(d)	介護職員処遇改善支援補助金 別紙様式2－1 2賃金改善計画について				
			都道府県	市区町村								①介護職員処遇改善支援補助金の支給額(a*b×c×d)(円)	②ⅰ)介護職員の賃金改善額(円)	ベースアップ等による賃金改善額(円)	②ⅱ)その他職種の賃金改善額(円)	ベースアップ等による賃金改善額(円)
1	1234567890	○○市	□□県	○○市	○○デイサービスセンター	通所介護	加算Ⅰ	200,000	10.00	1.00	令和 4 年 2 月～令和 4 年 3 月（ 2 ヶ月）	40,000	30,000	24,000	10,000	8,000
2	2345678901	○○市	□□県	○○市	○○デイサービスセンター	地域密着型通所介護	加算Ⅰ	200,000	10.00	1.00	令和 4 年 4 月～令和 4 年 9 月（ 6 ヶ月）	120,000	90,000	72,000	30,000	24,000

令和４年度介護報酬改定（介護職員の処遇改善）に関する諮問等について

介護職員の処遇改善の令和４年10月以降の措置については，本紙３月15日号で既報のとおり，社会保障審議会介護給付費分科会で検討されておりました。今般，２月28日に厚生労働大臣から同審議会に対し各介護サービス等の報酬算定基準について諮問が行われ，介護給付費分科会として了承し，同審議会に報告，その後社会保障審議会長より厚生労働大臣に答申されました。

諮問書・報告・答申等を含む介護給付費分科会資料が，厚生労働省ホームページに掲載されておりますので，ご参考までにお知らせします。

（参　考）

・厚生労働省ホームページ 社会保障審議会介護給付費分科会資料掲載アドレス
第208回（令和４年２月28日開催）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24116.html

介護従事者である濃厚接触者に対する外出自粛要請への対応について

濃厚接触者となった医療従事者については，緊急的な対応として，ワクチンを追加接種（３回目接種をいう。以下同じ。）済みである等の要件を満たす限りにおいて，医療に従事することが可能であることが「医療従事者である濃厚接触者に対する外出自粛要請への対応について」（令和３年８月13日付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４年３月16日一部改正）において示されています。

今般，厚生労働省老健局より，医療従事者に対する対応を参考に，新型コロナウイルス感染症患者または濃厚接触者が入所している高齢者施設等であって外部からの応援職員の確保が困難な施設に限り，入所者に必要なサービスが提供されるための緊急的な対応として，濃厚接触者となった介護従事者が，一定の要件および注意事項を満たす限りにおいて，介護に従事することは不要不急の外出にあたらないとする取扱も可能とする旨の事務連絡が示されましたので，お知らせします。

本件に係る注意事項については，下記QRコードから当該事務連絡をご参照ください。

【要件】

○新型コロナウイルス感染症患者又は濃厚接触者が入所している高齢者施設等であって外部からの応援職員の確保が困難な施設に従事する介護従事者であること。

○他の介護従事者による代替が困難な介護従事者であること 。

○新型コロナウイルスワクチンの追加接種を実施済みで，追加接種後14日間経過した後（ただし，２回目接種から６か月以上経過していないために追加接種を実施していない場合には，２回接種済みで，２回目の接種後14日間経過した後でも可）に，新型コロナウイルス感染症患者と濃厚接触があり，濃厚接触者と認定された者であること。

○無症状であり，毎日業務前に核酸検出検査又は抗原定量検査（当該検査による実施が困難である場合は，抗原定性検査キットも可）により検査を行い，陰性が確認されていること。

○濃厚接触者である当該介護従事者の業務を，所属の管理者が了解していること。

○感染制御・業務継続支援チーム等により，以下を事業所として実施する体制が確認されていること。

・当該介護従事者の健康状態（無症状であること等）の確認

・当該介護従事者に係る適正な検査（検体採取・結果判定，検査キットの確保等）

・施設内の感染拡大を防ぐための対策（防護具の着脱，ゾーニング，衛生管理等）

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

要介護認定等に係る取扱いを示す「要介護認定等の実施について（平成21年9月30日老発0930第5号厚生労働省老健局長通知)」につきまして、今般、申請書様式に医療保険の個人単位被保険者番号を記載する欄を設ける等の所要の改正が行われました。下記のとおり様式の改正点をお示ししますのでご参照ください。

記

改正前

別添１－１

介護保険〔要介護認定・要支援認定／要介護更新認定・要支援更新認定〕申請書

○○市（町村）長　様
次のとおり申請します。　申請年月日　令和　年　月　日

被保険者
被保険者番号　個人番号
フリガナ　氏名　生年月日　明・大・昭　年　月　日
性別　男・女
住所　〒　電話番号
前回の要介護認定の結果等
*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入
要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2
有効期限　平成・令和　年　月　日から令和　年　月　日
※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入
転出元自治体（市町村）名〔　　〕
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。
（既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）　はい・いいえ
「はい」の場合、申請日　令和　年　月　日
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無
介護保険施設等の名称等・所在地　期間　年　月　日～　年　月　日
介護保険施設等の名称等・所在地　期間　年　月　日～　年　月　日
医療機関等の名称等・所在地　期間　年　月　日～　年　月　日
有・無　医療機関等の名称等・所在地　期間　年　月　日～　年　月　日

提出代行者
名称　該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院）
住所　〒　電話番号

主治医
主治医の氏名　医療機関名
所在地　〒　電話番号

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入
医療保険者名　医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、○○市（町村）から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。
本人氏名

改正後

別添１－１

介護保険〔要介護認定・要支援認定／要介護更新認定・要支援更新認定〕申請書

○○市（町村）長　様
次のとおり申請します。　申請年月日　令和　年　月　日

被保険者
介護保険
被保険者番号　個人番号
国保保険
保険者名　保険者番号
被保険者証　記号　番号　枝番
フリガナ　氏名　生年月日　明・大・昭　年　月　日
性別　男・女
住所　〒　電話番号
前回の要介護認定の結果等
*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入
要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2
有効期限　平成・令和　年　月　日から令和　年　月　日
※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入
転出元自治体（市町村）名〔　　〕
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。
（既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）　はい・いいえ
「はい」の場合、申請日　令和　年　月　日
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無
介護保険施設等の名称等・所在地　期間　年　月　日～　年　月　日
介護保険施設等の名称等・所在地　期間　年　月　日～　年　月　日
医療機関等の名称等・所在地　期間　年　月　日～　年　月　日
有・無　医療機関等の名称等・所在地　期間　年　月　日～　年　月　日

提出代行者
名称　該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院）
住所　〒　電話番号

主治医
主治医の氏名　医療機関名
所在地　〒　電話番号

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入
特定疾病名

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、○○市（町村）から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。
本人氏名

別添１－２

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

○○市（町村）長　様
次のとおり申請します。　申請年月日　令和　年　月　日

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏名		性別	男　・　女
	住所	〒　電話番号		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2		
		有効期限　平成・令和　年　月　日から令和　年　月　日		
	変更申請の理由			
	過去６月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	
		介護保険施設の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	
		医療機関等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	
	有　・　無	医療機関等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	

提出代行者	名称	該当に○（地域包括支援センター、居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院）
	住所	〒　電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒　電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、○○市（町村）から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

別添１－２

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

○○市（町村）長　様
次のとおり申請します。　申請年月日　令和　年　月　日

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号	
	医療保険 保険者名		保険者番号	
	被保険者証 記号		番号	枝番
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏名		性別	男　・　女
	住所	〒　電話番号		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2		
		有効期限　平成・令和　年　月　日から令和　年　月　日		
	変更申請の理由			
	過去６月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	
		介護保険施設の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	
		医療機関等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	
	有　・　無	医療機関等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	

提出代行者	名称	該当に○（地域包括支援センター、居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院）
	住所	〒　電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒　電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、○○市（町村）から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

別添１－３

介護保険　サービスの種類指定変更申請書

○○市（町村）長　様
次のとおり申請します。　申請年月日　令和　年　月　日

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏名		性別	男　・　女
	住所	〒　電話番号		
	現に受けている要介護・要支援	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2		
		有効期限　平成・令和　年　月　日から令和　年　月　日		
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消除を求める旨				
種類指定変更理由				

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒　電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

別添２～４（略）

別添１－３

介護保険　サービスの種類指定変更申請書

○○市（町村）長　様
次のとおり申請します。　申請年月日　令和　年　月　日

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号	
	医療保険 保険者名		保険者番号	
	被保険者証 記号		番号	枝番
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏名		性別	男　・　女
	住所	〒　電話番号		
	現に受けている要介護・要支援	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2		
		有効期限　平成・令和　年　月　日から令和　年　月　日		
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消除を求める旨				
種類指定変更理由				

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒　電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

別添２～４（略）

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

2022年３月１日作成 21-TC10097

京都医報 No.2219

発行日　令和４年４月15日
発行所　京都医報社
〒604-8585　京都市中京区西ノ京東栂尾町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