

医京

No.2262

令和6年2月1日

報都

毎月2回（1日・15日）発行 購読料・年6,000円

2.1
2024
February

KYOTO

書面および光ディスク等による請求の継続に係る
届出について

令和6年度診療報酬改定の論点<その3>

目次

- 2 地区医師会との懇談会「乙訓」
 - 6 地区医師会との懇談会「東山」
 - 9 地区医師会との懇談会「福知山」
 - 11 地区医師会との懇談会「下京西部」
 - 14 地区医師会との懇談会「右京」
 - 18 医療事故調査制度『相談窓口』のお知らせ
 - 20 府医ドクターバンクのご案内
 - 22 地区だより
 - 26 お知らせ
 - ・府医代議員・予備代議員補欠選挙の実施について（告示）
 - ・日本医師会代議員・予備代議員の選挙について（告示）
 - ・医師国保 第34期組合会議員の補欠選挙について（公示）
 - ・第29回日本災害医学会総会・学術集会・日本医師会共催
市民公開講座「災害時のトリアージを理解しよう」のご案内
 - ・医療政策懇談会の開催を決定
－京都大学大学院の藤井聡教授を招聘－
 - ・新任学校医研修会のご案内
 - 33 会員消息
 - 34 理事会だより
-

付 録

保険だより

- 1 医療政策懇談会の開催のご案内
- 3 **書面および光ディスク等による請求の継続に係る届出について**
- 12 暗証番号の設定が不要なマイナンバーカードへの医療機関での対応について
- 15 厚生労働省「マイナ保険証支援金セミナー&報酬改定のプチお知らせについて(アーカイブ配信)」
- 16 新設の医療機関がオンライン資格確認を導入するための手続について
- 21 医療扶助オンライン資格確認の導入経費に係る助成金申請期間の変更について
- 23 「令和6年能登半島地震」で被災された方への診療について
- 26 「令和5年秋以降の新型コロナウイルス感染症の流行状況を踏まえた施設基準等に関する臨時的な取扱いについて」の一部延長について
- 27 「「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」の訂正について
- 28 酸素の購入価格に関する届出について
- 32 検査料の点数の取り扱いについて 令和5年12月20日から
- 39 レカネマブ（遺伝子組換え）製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について
- 42 指定難病および障害者総合支援法の対象疾病の追加等について 4月1日から
- 43 被保険者証の無効通知について

保険医療部通信

- 1 **令和6年度診療報酬改定の論点<その3>**
- 9 令和6年度診療報酬改定の「議論の整理」をまとめる／中医協
- 25 令和4年4月診療報酬改定について

地域医療部通信

- 1 第9回 京都小児在宅医療実技講習会
- 3 京都府・京都市胃がん内視鏡検診に係る実施医療機関と二次読影医（一般二次読影方式の二次読影）募集のお知らせ
- 7 胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関の新規登録の募集について
- 9 京都市胃がんリスク層別化検診に係る実施医療機関募集のお知らせ
- 11 令和6年度京都市大腸がん検診事業に係る協力医療機関募集のお知らせ
- 15 肺がん検診 精密検査医療機関 募集および登録
- 17 令和6年度「京都市前立腺がん検診」に係る協力医療機関の募集について（お知らせ）
- 19 令和6年度 京都府乳がん検診管外受診制度に係る新規協力個別実施医療機関募集のお知らせ
- 23 特定健診 被用者保険被扶養者等特定健康診査・特定保健指導実施医療機関募集のお知らせ
- 27 特定健診 京都市国保等特定健康診査・特定保健指導等実施医療機関募集のお知らせ
- 33 子ども予防接種週間（3/1～3/7）の実施について ～協力医療機関の募集～
- 35 京都府糖尿病重症化予防研修会
- 37 かかりつけ医（がん対応力）向上研修の開催のご案内

在宅医療・地域包括ケアサポートセンター通信

- 1 第4回「総合診療力向上講座」（Web講習会）開催のご案内

在宅医療・地域包括ケアサポートセンター 認知症対策通信

- 1 かかりつけ医認知症対応力向上研修（Web開催）開催のご案内

介護保険ニュース

- 1 主治医研修会 開催要項
- 2 令和6年度介護報酬改定に向けた社会保障審議会介護給付費分科会における審議報告について
- 5 令和6年2月からの介護職員処遇改善支援補助金について

「医療 DX 推進における諸問題」、 「2024 年診療報酬改定（トリプル改定）」、 「救急・災害医療」、 「薬剤・検査キット等の不足」 について議論



乙訓医師会と府医執行部との懇談会が 12 月 4 日(月)、乙訓医師会会議室にて開催され、乙訓医師会から 14 名、府医から 7 名が出席。「医療 DX 推進における諸問題」、「2024 年診療報酬改定(トリプル改定)」、「救急・災害医療」、「薬剤・検査キット等の不足」をテーマに議論が行われた。

〈注：この記事の内容は令和 5 年 12 月 4 日現在のものであり、現在の状況とは異なる場合があります。〉

医療 DX 推進における諸問題について

マイナンバーカードと保険証の一体化にともなう従来の健康保険証の廃止に関しては、日医が従来から 2024 年秋の廃止は時期尚早であると訴えていたにもかかわらず、健康保険証の廃止が決定され、その結果として保険診療を受けられない人が出ないように、マイナンバーカードを保有していない人や持つことを希望しない人に対して健康保険証と同等の「資格確認証」を発行するという

方針が示された。本件は、大臣が唐突に健康保険証の廃止期限を発表したことを発端として、十分な議論を経ずして政府の方針が決定されたというプロセス自体に問題があると考えている。

国の医療 DX 推進本部が示した「今後の医療 DX の推進に関する工程表」においては、現在のところ電子処方箋、電子カルテについて「義務化」という言葉は使われていないものの、現場の意見が反映されないまま、多くの問題を抱えながらもオンライン資格確認の導入が強行されてしまった経過をみると、今後どうなるかは不透明な状況で

ある。

オンライン診療については、国はガイドラインを改訂しながら門戸を広げている状況であるが、府医としては、メリット・デメリット以前に、患者の生命や健康をリスクにさらす危険性のある不適切なオンライン診療等が行われないよう注視していく必要があると考えている。

日医は医療 DX に対して、病床機能分化による地域完結型医療への移行に加えて、高齢化により一人の患者が複数の疾患を持ち、複数の医療機関を受診する患者の増加を背景として、ICT 化によって業務の効率化や他医療機関との適切な情報連携を進めることで、より安全で質の高い医療を提供するとともに、医療現場の負担軽減によって、働き方改革にも対応することを期待しており、府医としても、より良い医療につながるという点においては医療機関にとってメリットがあると考えている。しかし、医療提供に混乱が生じては本末転倒であるため、医療現場の状況を踏まえ、有効性と安全性を確認した上で、利便性と効率性の実現を目指すべきである。

また、そのコスト面に関しては、令和5年2月に日医をはじめとする関係団体が連名で、電子処方箋導入にともなう補助金の拡充を厚生労働大臣に要望しており、その中で電子処方箋の最終受益者は、より最適な医療を受けることができる患者と、重複投薬の回避等により国民医療費の適正化を実現できる国であって、医療機関は収益増につながるわけではないと指摘した上で、電子処方箋に限らず、国策として医療 DX を推進するのであれば、システムの導入・維持およびセキュリティ対策に係る費用については国が全額負担すべきだと強調している。

今回のオンライン資格確認の導入にともない、医療現場の混乱や負担増加、国民の不安・不満等が生じたのは、国の政策の進め方に問題があったためと言っても過言ではない。医療 DX の推進が国民と医療機関にとって真に実りあるものにするためには、政府がその方法を誤らないよう、日医からしっかりと働きかけていく必要があり、医療従事者が総力を挙げて日医を支えていくことが重要であると考えている。

2024 年度診療報酬改定 (トリプル改定) について

令和6年度診療報酬改定については、中医協において10月から第2ラウンドとして本格的な議論が始まっているが、最も影響があるのは改定時期の変更であると考えている。これまで3月上旬に告示・通知が示されてから4月までの短期間に医療機関やベンダーの改定作業が過度に集中していたことから、施行時期を従来の4月から後ろ倒しし、6月改定とすることが決定された。3月上旬の告示・通知の時期に変更はなく、改定内容の周知や改定作業に余裕が生まれることでベンダーが恩恵を受けることから、日医は保守費用やリース料などを引下げるべきだと主張している。

薬価改定は従来どおり4月改定であるが、介護報酬改定の時期については6月改定となる可能性がある。

財務省は、医療機関の「1受診あたり医療費」が一貫して増加しており、特に2019年から2022年度にかけて+4.3%と近年の物価上昇率を超えた水準で急増しているとのデータを持ち出し、診療所の経営状況は極めて良好であるとして、初・再診料の引下げを強く主張し、診療報酬本体をマイナス改定とすることが妥当であると主張している。これに対して松本日医会長は、受診延べ日数は年々下がっており、「1人あたり医療費」は近年の物価上昇率の水準を下回っていると指摘した上で、新型コロナで受診抑制があった分、当然ながら1回あたりの医療費は上昇することに加え、新型コロナを踏まえた診療報酬の特例的取り扱いも含んでおり、さらには新型コロナの影響で最も落ち込んでいた2019年、2020年と比較して医療費が上昇しているとの訴えは極めて恣意的であると反論している。

また、11月1日の財政審において財務省は、診療報酬本体のマイナス改定とともに、診療所の地域偏在是正のために、不足地域で1点単価を引上げ、過剰地域では単価を引下げるといった地域別診療報酬の導入を主張しているが、当然ながら患者は医療費が安価な方へ流れ込むため、不足地域から患者が流出し、医療資源の不足にさらなる拍

車をかけてしまうことが懸念される。

その他、外来医療に関する議論の中で支払側は、外来管理加算については対象疾患や診療科の区別がなく、算定要件も曖昧であるとして評価の妥当性に疑問を呈し、特定疾患療養管理料や地域包括診療加算などと併算定できる点についても問題視し、外来管理加算の廃止を主張している。

2024年度予算編成に向けて財政審がまとめた「秋の建議」において、診療所の報酬単価は初・再診料を中心に「5.5%程」引下げるべきだとして、改定率に換算するとマイナス1%程度の引下げが妥当であると提言されたことに対し、松本日医会長は、コロナ特例の影響を除いた診療所の医業利益率は3.3%程度であり、引下げの余地はないと強調している。

公定価格である診療報酬で運営する医療機関は、物価高騰に対応するための手当てを価格に転嫁できず非常に厳しい状況にある上に、新型コロナに限らず新興感染症への対応も含め、平時からの感染症対策が重要である。府医としても、物価高騰や光熱費の上昇、スタッフの賃金上昇への対応も含めて、医業経営を安定させるため、また、多くの医療機関が適切な感染対策を講じるためには、基本診療料の引上げが不可欠であると考えており、近医連等の場で強く訴えかけると同時に、日医にも提言しているところである。財源の問題から基本診療料を引上げることは困難との意見もあるが、平成22年度改定で財源の制約を受けて、診療所の再診料が理由なく引下げられたまま現在に至っていることを一貫して問題視し、元の点数に戻すことを強く主張してきたところである。

11月19日には府医会館において、医療・介護・福祉、患者団体の32団体で構成する京都府医療推進協議会の主催で「府民の生命と健康を守るための総決起大会を」を開催し、京都選出の国会議員や府議会・京都市会議員の他、京都府医療推進協議会の構成団体や地区医の先生方など約150名の出席のもと、日医と同様、医療機関等の厳しい状況を訴え、改定財源の確保を強く求める決議を採択した。日医では引続き政府や与党に対して積極的に働きかけているため、府医としてもそれを後押しすべく、組織力の強化を図って支えていく必要があると考えている。

救急・災害医療について

今後、高い確率で起こると言われる南海トラフ地震では、京都府においても多くの死傷者や被害が出るのが予測されている。「支援」に関してはJMATとして組織化したのが、支援を受ける側になったときのことについてもしっかりと考えておく必要がある。被災後に他の地域から支援が入った場合でも、本来は地域の医療機関で対応していくことが住民にとっても大事なことであるため、我々が被災地に支援に入った際には、被災地の医師会に「いつから診療の再開が可能か」を確認し、再開までの間は応援するという形をとっている。そのため、受援側としては、いつから診療の態勢が整うのかをしっかりと明示していく必要があると考えている。

第8次医療計画では、「災害時における医療」の項目で、災害時に拠点となる病院以外の病院において災害対策機能の強化を図ることの記載が予定されており、発災時にも病院機能が発揮できるよう、浸水想定区域等に所在する病院に対して浸水対策を講じることを求める記載が追加される見込みである。また、災害対策本部においては、医療情報システムを活用し、被災地域の医療機関が機能しているかどうかをしっかりと把握できるようにしておくこととされており、機能していない所に必要な支援を行うことで地域を守っていくことが想定されている。

乙訓医師会においては、大規模災害に備えた情報共有の仕組みとしてKMISの利用を検討しているとのことであるが、万一の発災時にはどういった情報を共有するのかを事前に確認しておく必要がある。各病院の情報については基本的にG-MISで集約する流れとなっており、各医療機関の物資、資材の活用状況等についてもすべて報告が必要となるため、大変な作業になることが予想されるが、各診療所の情報も集約されていく方向性だと認識している。

府医では、災害医療対策として平時から「JMAT京都研修会」や「災害医療コーディネイト研修会」等の研修会の開催や、十四大都市医師会との共同の訓練を通じて対応力の向上を図っているが、今

後は府医と地区医との間で行う研修会の実施が課題だと考えている。現在は府医において「大規模災害時行動マニュアル」の策定に取り組んでいるが、その中には「地区医師会の対応」という項目も設け、各地域の意見を伺いながら修正を加えていく考えである。

第8次医療計画の「救急医療の体制」の項目では、医師の働き方改革によるマンパワーへの影響を踏まえ、地域における救急医療機関の役割を明確化することで、できるだけ早く高齢者やハイリスク者を適切な医療機関へ搬送・受入れできるよう、効率性を上げていく考えが示されている。医師の働き方改革が救急医療機関の受入れのキャパシティにある程度の影響を与えることが想定されるが、受入れ後に次の医療機関との連携を推進していくことが重要であると考えている。

また、居宅・介護施設の高齢者の救急搬送に際しては、ACP等を考慮した適切な救急医療体制の整備を挙げ、本人の意思にそぐわない不要な救急搬送を減らしていくことが想定されている。ACPについては救急だけの問題ではなく、地域包括ケアシステムの中で患者に関わる医療・介護関係者間で認識の共有と連携が必要であり、各地域においてそういった環境整備を進めていくことが期待されているところである。

最後に、新興感染症の発生・まん延時の救急医療については、人材確保も含めて平時からの取組みが重要であり、新興感染症の発生・まん延時においても感染症対策と通常の救急医療を両立できるような体制の構築に向けて、各地域の実情に応じた対応を検討していく必要がある。府医としても、各地域の先生方と意見交換しながら、体制整備に向けて取組みを進めていきたいと考えている。

薬剤・検査キット等の不足について

医薬品の供給不足に関しては、今夏に京都府薬務課と意見交換の場を設け、当面の対応について協議するとともに、医薬品の欠品の詳細な理由等を卸売販売業者から医療機関に丁寧に説明するよう対応を求めたところである。実際には都道府県

レベルでは如何ともし難く、国レベルの対応が求められている。

日医では8月に「医薬品供給不足 緊急アンケート」を実施し、その結果をもとに国の検討会や対象業界団体に対する改善要望等の働きかけを行っており、最近の中医協でもこのアンケート結果が引用されるなど、議論の材料となっている。

国は、医薬品の安定的な供給のために産業構造の変化を促す方向性で動いており、厚労省は10月11日に公表した後発品に関する検討会の中間とりまとめの中で、「安定供給等の企業情報の可視化（企業指標）」と「少量多品目構造の解消」を構造的課題の解決に向けて取り得る一連の施策と位置付けている。前者の「安定供給等の企業情報の可視化（企業指標）」については、評価結果を薬価制度やその他医薬品に係る制度的枠組みに活用することを検討すべきとしており、来年の薬価改定に合わせるため早期に対応される予定である。

「少量多品目構造の解消」に向けては、より根深い問題として、幅広い政策でパッケージとして取組む姿勢が示されている。少量多品目構造とは、「小規模で生産能力も限定的な企業が多い」ことを指し、「常に製造キャパシティの限界に近い稼働状況であるため、緊急増産等の柔軟な対応は困難である」とされている。その他、少量多品目構造のデメリットとして、製造の非効率性、管理業務の増大によるリソース不足、品質不良のリスク増大一などが挙げられている。厚労省の「後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会」では、その解消に向けた具体的な施策として、①新規収載品目の絞り込み、②既収載品目の統合、③供給停止・薬価削除プロセスの簡略化等、④安定供給の確保に資するような薬価制度等の枠組みの検討一を挙げている。構造の変化を促すものであるため、即効性は期待できないが、必要なことであると考えている。

また、検査キットについても一時逼迫したことを受けて、府医では京都府薬務課に対し、府内の外来対応医療機関へのアンケート調査を依頼し、その結果を基に京都府から卸業者等に対して適正流通を要請する文書が発出されたところである。今後も検査キット等の不足状況を把握し、府医と

してできる限り働きかけを行っていきたいと考えている。

意見交換

その後の意見交換では、医療 DX について、一般企業のように ICT の導入が顧客の増加や収益増につながるものではなく、医療機関においては費用や手間だけが增大している印象であるとして、効率化や負担軽減のメリットを実感できる制度整備を求める声が挙がった。

また、今後はどの産業においても大きな成長が期待できない中で、国は「医療・介護」を国民の

重要な生活基盤の一つと捉え、インフラの整備という観点から医療・介護提供体制の構築を考えていくべきであると、医師会から提言していくことが要望された。

保険医療懇談会

基金・国保審査委員会連絡会合意事項について解説するとともに、個別指導における主な指摘事項について資料提示した。また、療養費同意書の交付（マッサージ、はり・きゅう）に関する留意点を解説し、慎重な判断と適切な同意書の発行に理解と協力を求めた。

■ 東山医師会との懇談会

12. 8 ウェスティン都ホテル京都

「コロナワクチンの今後」、 「コロナ関連補助金」 について議論



東山医師会と府医執行部との懇談会が 12 月 8 日(金)、ウェスティン都ホテル京都で開催され、東山医師会から 11 名、府医から 8 名が出席。「コロナワクチンの今後」、「コロナ関連補助金」をテーマに議論が行われた。

〈注：この記事の内容は令和 5 年 12 月 8 日現在のものであり、現在の状況とは異なる場合があります。〉

コロナワクチンの今後について

～特例臨時接種は令和5年度末で終了～

令和5年度の接種は、感染症の疫学的状況およびワクチンの効果等に十分なデータが得られていない部分があることから、特例臨時接種が継続となったが、令和6年度以降は、新型コロナウイルス感染症の「まん延予防上緊急の必要がある」と認められる状況にはないと考えられるため、特例臨時接種は令和5年度末で終了となる。

～インフルエンザワクチンと同等の扱いを検討～

個人の重症化予防により重症者を減らすことを目的として、新型コロナウイルス感染症を予防接種法のB類疾病に位置付けた上で、法に基づく定期接種として実施されることが検討されている。

令和6年度以降に想定される定期接種の対象者は、新型コロナウイルス感染症による死亡の疾病負荷の大部分が65歳以上の高齢者となっていることや、入院患者において高齢に比べ基礎疾患の死亡との関連性が比較的弱いことを踏まえ、65歳以上の高齢者としつつ、60歳から64歳までについては、一定の基礎疾患を有する者の重症化リスクを考慮し、重症化予防を目的とした接種を行うインフルエンザワクチン等における接種対象者と同様になる。

また、接種時期については、ワクチンの重症化予防効果が1年以上一定程度持続することやワクチン費用対効果を考慮し、年1回接種を秋冬に行うと見込まれている。

なお、令和6年度以降の新型コロナワクチンは、他のワクチンと同様に一般流通が行われる予定である。

コロナ関連補助金について

～コロナ関連補助金の現状～

感染症法の位置づけが5類へ移行されたこととともない、コロナ対応は「有事」から「平時」の対応に大きく転換されたが、季節性インフルエンザの流行状況も予断を許さず、感染拡大時に医療

ひっ迫や死者の急増を招くことのないよう、引き続き慎重な舵取りが必要と考えている。

医療提供体制については、限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による通常対応へ移行された。京都府において重要な役割を果たしていた「入院医療コントロールセンター」は、5類移行後は「京都府入院支援センター」という名称に変更され、地域の医療機関のご尽力により、コロナ患者の入院調整も医療機関間の連携により行われるようになったことから、その役割を終えつつある。

「コロナ関連補助金」についても同様で、外来対応医療機関確保事業として設けられてた「京都府新型コロナウイルス感染症対策設備整備費補助金」は、上半期は70～80件ほどの申請であったが、10月以降、本日までの下半期については1ヶ台の申請で10件に満たない状況とのことであり、今後の補助事業の継続はあまり期待できないと考えられる。

～新型コロナウイルス感染症に係る

診療報酬上の臨時的取り扱い～

コロナ患者（疑い患者も含む）に対応されている医療機関への診療報酬上の取り扱いについては、10月に見直しが行われた。京都府のホームページで公表されている医療機関であって、かかりつけの患者以外にも幅広く受け入れている医療機関は147点、京都府のホームページで公表していない、もしくはかかりつけ患者のみに限定している医療機関は50点が算定可能である。そのほか、コロナ患者を往診、訪問診療した場合や入院調整した場合の特例の点数などがあるが、これらの取り扱いは令和6年3月末までとされている。

～京都府感染症予防計画策定へ～

今後の新興感染症を含めた感染症対応については、京都府が設置する感染症対策連携協議会において、京都府感染症予防計画の策定が進められており、先般、中間案が示された。

この協議会には、府医からは府医副会長が参画し、計画に定められる「医療提供体制」、「物資の確保」、「検査体制」、「宿泊療養」、「人材の養成・資質向上」、「保健所の体制整備」といった各項目

について、コロナ対応での経験を踏まえた意見を具申しているところである。

感染症予防計画はこれからパブリックコメントと議会報告を経て、年度内には策定され、厚労省への報告とともに公表されることになる。また、2024年9月までに、都道府県が新興感染症等発生時の対応を行う医療機関等との協定について、順次、締結に向けた協議を進めるスケジュールが示されているが、協定の内容等、詳細についてはまだまだ不透明である。

地区医の先生方からの現場の意見を反映し、適切な対応が取られるよう、京都府・京都市に働きかけていくつもりである。

その他

地区から医療 DX の今後の見通しについて質

問が出された。

府医からは、オンライン資格確認システムは、政府が「骨太の方針」の中で示した医療 DX 推進の一環である「全国医療情報プラットフォーム」の基盤として位置づけられており、オンライン資格確認をはじめとする「医療 DX」は逆らえない時代の流れではあるものの、オンライン資格確認システム導入の原則義務化、令和6年の秋の保険証廃止（マイナ保険証義務化）という性急なスケジュールによる強引な進め方には日医も否定的な姿勢を示していることを説明。

導入メリットや、導入・維持に係る医療機関のコストに対する手当も非常に乏しいと言わざるを得ないとして、医療提供に混乱・支障が生じては本末転倒であって、府医としては日医を通して、取り残される医療機関が無いよう働きかけを続けていく考えを示した。

「オンライン資格認証・医療 DX」

について議論



福知山医師会と府医執行部との懇談会が12月9日(土)、福知山医師会館にて開催された。福知山医師会から16名、府医から6名が出席し、「オンライン資格認証・医療DX」をテーマに議論が行われた。

〈注：この記事の内容は令和5年12月9日現在のものであり、現在の状況とは異なる場合があります。〉

オンライン資格認証・医療DXについて

～資格認証ができない場合の対応～

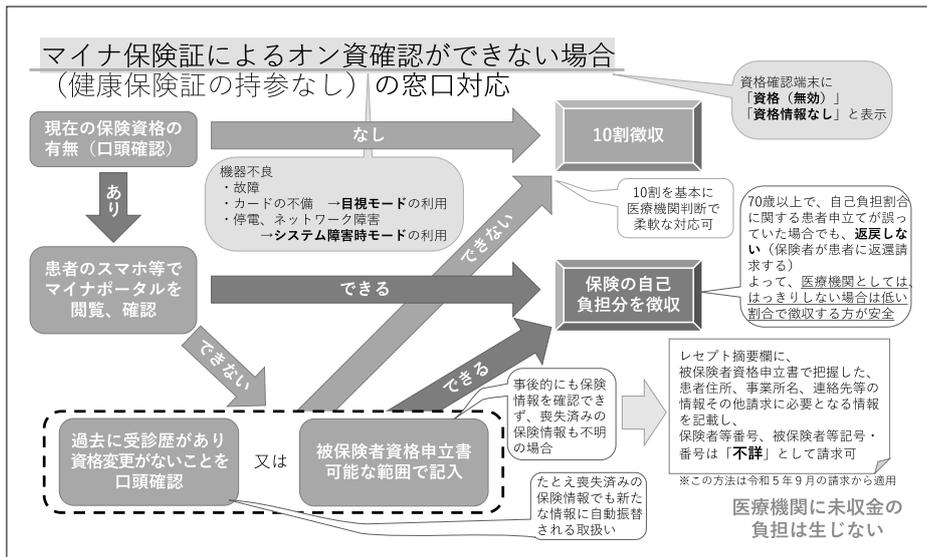
資格確認ができないケースとして、「機器の不良」と「資格情報の不備」の2種類が想定される。

「機器の不良」の場合は、機器の故障以外であれば、目視モードやシステム障害時モードの利用によって対応できる場合もあるが、「資格情報の不備」の場合は如何ともしがたく、厚労省が示したマイナ保険証によるオンライン資格確認ができない場合の窓口対応に係る通知に沿って対応する必要がある。

まず、現在の保険資格の有無を口頭で確認し、「資格なし」の場合は医療費10割を徴収するが、

「資格あり」の場合は、「患者のスマホ等でマイナポータルを閲覧、確認」できれば、その情報を入力し、保険の自己負担分を徴収することになる。70歳以上で、自己負担割合に関する患者の申立てが誤っていた場合でも、医療機関にはレセプト返戻されず、保険者から直接患者に返還請求されるため、負担割合がはっきりしない場合、医療機関においては低い割合で徴収すればよいことになる。

「患者のスマホ等でマイナポータルを閲覧、確認」できない場合、過去に受診歴があるときは、資格に変更がないことを口頭確認し、過去の資格情報を利用するというシンプルな方法で対応可能である。たとえ、資格喪失済みの保険情報であっても、新たな保険資格情報に自動的に振り替えら



京都医報 保険だより 8月1日号付録 掲載

方箋導入に伴う補助金の拡充に関する日医の要望」を厚生労働大臣に提出しており、電子処方箋の最終受益者は、より最適な医療を受けることができる患者と、不要な重複投薬の回避等によって国民医療費の適正化を実現できる国であって、医療機関にとっては電子処方箋の導入が収益増につながるわけではないと指摘した上で、電子処方箋に限らず、国策として

れることとなっている。

「患者のスマホ等でマイナポータルを閲覧、確認」できない場合であって、受診歴がない等の場合は「被保険者資格申立書」を書いてもらうという方法が示されている。患者から事後的にも保険情報の提出がなく、医療機関から患者にアプローチしても資格情報が不明である場合は、レセプト摘要欄に「被保険者資格申立書」で把握した患者住所、事業所名等を記載し、保険者番号、被保険者等記号・番号をいずれも「不詳」として請求することが可能としている。

こういった手順を踏むことで、医療機関に未収金の負担は生じないことになっているものの、医療機関にとっては対応の負担が大きいと考えている。

～オンライン資格確認運用にあたっての 問題点や保守に係る費用等～

オンライン資格確認の導入によって、会計業務と同時に受付業務を行うことができず、かえって業務が非効率になった、あるいは、場所的な制約があり解決しようがない、といった診療所が抱える問題については、日医が設置しているオンライン資格確認など医療DX全般の相談窓口を導入や運用全般に係る具体的な案件を集約させ、政府に改善を訴え続けるしかないと考えている。

回線等に係るランニングコストについて日医は、令和5年2月に病院団体との連名で「電子処

医療DXを推進するのであれば、システム導入および維持、それにともない必要となるセキュリティ対策にかかる費用は国が全額負担すべきであるとの考えを明確に主張している。

府医においても会員各位のご協力を得て令和5年6月にアンケートをとり、医療機関に負担がかかっている実態を日医に報告したところである。医療関係者の総力を結集し、日医を通じて政府に理解を強く求めていくことが大事であると考えている。

その他

その後のディスカッションで地区からは、オンライン資格確認の導入によって各医療機関のサイバー攻撃のリスクが増大したにもかかわらず、すべて医療機関の自己責任とする政府の姿勢は無責任であるとして、サイバー攻撃を受けた際の補償や救済制度の創設を求める声や、医療DXの推進により全国医療情報プラットフォームを構築してビッグデータを形成し、治療法の確立や製薬につなげていくという政府の考えに対して、医療関係者だけでなく、国民がいかにメリットを感じることができるかが重要であるとの意見が挙げられた。

その他、次期診療報酬改定の展望や災害医療対策等について、活発な意見交換が行われた。

「日医の組織率」, 「薬価改定」, 「薬剤不足」, 「医師の働き方改革」 について議論



下京西部医師会と府医執行部との懇談会が12月11日(月), 下京西部医師会館で開催され, 下京西部医師会から8名, 府医から9名が出席。「日医の組織率」, 「薬価改定」, 「薬剤不足」, 「医師の働き方改革」をテーマに議論が行われた。

〈注: この記事の内容は令和5年12月11日現在のものであり, 現在の状況とは異なる場合があります。〉

日医の組織率について

～組織率の実態～

日医の組織率は年々低下し, 令和元年時点で51.2%と, 今後50%を下回る可能性も指摘されており, 日医も強い危機感を持ち, 組織率強化に向けた取組みを進めている。

京都府における地区への入会率は60.2%で, 概ね全国平均(60.7%)と同程度であるが, 日医への入会率は低い状況である。京都府においては, 医師の多く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。

研修医の会費無料化とともに, 新臨床研修医総

合オリエンテーションや屋根瓦塾など研修医事業の充実を図り, 入会促進に取り組んでいるものの, 研修終了にともない, 多くの研修医が退会してしまう現状があり, 継続加入が大きな課題となっている。

～日医加入への意義～

日医は, 医療に関する制度・政策などは一旦決定すれば変更は困難であるため, 医療界が求める制度や政策の実現には, その決定プロセスに深く関わり, 医師会を通じて医療界の意見を反映させていくことが現実的な方法であり, すべての医師が自分事として医師会活動に関心を持ち, その活動に参画する中で, 医師会とともに医療現場が求

める制度・政策などを実現していく必要があると主張している。

実際に医師会活動に参画し、医師会内部からその活動を体験してもらうことが医師会活動に関心を持つ第一歩になるとの考えから、日医では令和5年4月1日から医学部卒業後5年目まで会費の免除を開始。それとともない、府医でもこれまで医籍登録10年目まで会費減額としていたところ、医籍登録後5年目までの間、会費を免除することとし、この期間に医師会活動への理解を深めていただくよう呼びかけている。

～府医の取組み～

府医では、全国各地どこにいても「つながり」を継続し、研修医・若手医師の目線に立った仕組みづくりが必要と考え、新たな取組みとして本年4月に研修医・若手医師に無料で登録してもらう「KMA.com」を新設した。研修医や若手医師だけでなく、医学部生も対象とし、簡単にメールやLINEを通じて登録できるため、医師会への入会を希望しない場合でも「KMA.com 会員」として登録することで、府医から定期的に情報提供を受けることができる仕組みである。さらに、「KMA.com」ポータルサイトを立ち上げ、医師会の入会メリットや研修医・若手医師のニーズに合った情報提供を定期的に行うことで、持続的なコミュニケーションを促進していきたいと考え、このような取組みを通じて、入会を希望する研修医や若手医師の数の増加を図るとともに、中長期的に組織力強化へ繋げていく考えである。

地区医においても、研修会や勉強会などを通じて、勤務医との接点を増やし、医師会と地区の基幹病院とのさらなる連携を図るとともに、若手医師の参加する会合などで入会のメリットなどについて説明していただきたい。かかりつけ医機能の発揮に向けて、今後ますます顔の見える関係性の構築が必要であり、新規開業の医師、勤務医など、診療科を問わず、すべての医師が地域医療を面で支えていくために、引き続き、入会促進にご協力をお願いしたい。

～質疑応答～

研修医の入会状況について質問が出され、府医

では年間約100名の加入があると回答した。

また、府医の取組みが当事者である研修医に十分に伝わっていないとの指摘があり、府医A会員は府医入会にともない日医の加入も義務付けているが、勤務医や研修医の日医加入は任意のため、日医の組織率が伸びにくいことから、指導医や病院長から入会を促していただくことで組織率強化につながるとし、大学病院や医療機関で加入を周知していただくよう協力を依頼した。

薬価の改定について

～経過～

2014年6月に閣議決定した骨太の方針には、「薬価調査、更には薬価改定が2年に1度となっている現状の下では、医薬品の取引価格が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が一定期間据え置かれているため、患者負担、保険料負担、公費負担に影響を与えている。(中略)市場実勢価格を適正に反映できるよう、薬価調査・薬価改定の在り方について、診療報酬本体への影響にも留意しつつ、その頻度を含めて検討する」と明記された。

2016年12月の厚労大臣と財務大臣などの4大臣合意に基づき、2年に1回だった薬価改定が毎年行われることが決定した。その後、検討が行われ、2021年は本来薬価改定が行われない年であるが、初めて中間年改定として実施され、2023年にも実施されることとなった。

中間年改定は2016年の4大臣合意で「価格乖離の大きな品目について薬価改定を行う」とされているが、2021年改定は新薬を含めた約7割が対象となり、2023年改定も同様に約7割が対象となった。製薬業界からは毎年の薬価引下げは影響が大きすぎるとし、昨今の安定供給の問題や原材料価格の高騰なども踏まえ、毎年改定の見直しを求めているが、財務省は毎年改定の対象を全品目とするよう主張し、真っ向から対立している。

～日医、府医の見解～

日医も毎年改定の結果、安定供給に支障を来していることも踏まえて、診療報酬改定と薬価改定

は同時期に行うのが基本であり、診療報酬改定がない年の薬価改定は、医薬品の安定供給、ドラッグラグやドラッグロスに与える影響も検証し、検討を重ねるべきと指摘している。また、薬剤は診療と不可分一体との考えから、薬価引下げ財源は診療報酬本体の財源に充当すべきと府医も日医もこれまでから主張しているが、財務省の強い意向により、薬価改定財源が診療報酬本体ではなく、社会保障関係費の伸びを抑制する財源に充当されることが常態化しており、非常に問題視している。

府医も 2023 年改定では財源の一部が診療報酬に充当されたことは評価できるものの、診療報酬改定の財源の確保が厳しい状況において、薬価改定財源が適切に診療報酬本体に充当されるよう引続き近医連等で主張していきたい。また、薬価改定に代わる財源を捻出する方法も検討していく必要があると考えている。

薬剤不足について

※ P.16, 右京医師会との懇談会「薬剤の供給不足について」参照

医師の働き方改革が地区医に及ぼす影響について

今回の医師の働き方改革は病院の勤務医が対象であり、事業主である開業医は対象には含まれておらず、無床診療所における働き方改革については議論されていない。

～日医のアンケート調査から読み解く～

日医は、11月に「医師の働き方改革と地域医療への影響に関するアンケート調査」を実施した。京都府内の地域医療支援病院、救急告示病院、有床診療所 69 施設が回答している。そのうち、A 水準は 62 施設、A 水準以外 7 施設（B 水準 5、連携 B 水準 1、C - 1 水準 1、C - 2 水準 1）。今後の医師派遣の見込みとしては、専ら医師派遣する病院 1 施設、医師派遣・医師受け入れ 20 施設、専ら医師を受け入れている病院 48 施設であ

る。48 施設の内、派遣元から伝えられた内容では、医師派遣を継続 28 施設、一部縮小 5 施設、連絡なし 15 施設であり、3 割の施設では調整ができていないという実情が分かる。

自院の医療提供について今後の懸念事項はあるかという質問には、「派遣医師の引上げ」、「宿日直体制の維持が困難」、「救急医療の縮小・撤退」、「周産期医療の縮小・撤退」、「小児救急の縮小・撤退」などの懸念を多くの施設が回答している。

地域医療体制について今後の懸念事項はあるかという質問には、「専門的な医療提供体制の縮小・撤退」、「僻地医療の縮小・撤退」のほか、多くの施設が「救急医療の縮小・撤退」の懸念を回答している。

宿日直許可の取得状況は、許可 47 施設、取得に向け対応中 2 施設、取得が困難 2 施設、取得は検討していない 10 施設である。救急告示病院で宿日直許可を取得した施設は多いが、夜 11 時から朝 8 時までの 9 時間で宿日直許可を得ている。

～国の見解～

厚労省の働き方改革に関する FAQ では、働き方改革制度の対象者を、病院、診療所に勤務する医師とし、産業医、検診センターの医師、裁量労働制（大学における教授研究等）が適用される医師は対象外で、一般の業種の労働者と同様の基準が適用されるとしている。

大学院生の扱いは、診療業務の一環として従事する場合には雇用契約の締結が必要とされている（文部科学省：平成 20 年 6 月 30 日、20 文科高第 226）。

複数勤務先での労働時間の把握は、副業・兼業先の労働時間（通勤時間は含まない）を通算して管理することとされている。

宿日直許可の許可基準は、「通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること」、「宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること」、「宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること」、「上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること」のすべてを満たす場合に許可を与えるよう取り扱うこととされている。また、宿日直中に、通

常と同態様の業務をまれに行った場合は、その時間について、本来の賃金（割増賃金が必要な場合は割増賃金も）を支払う必要があるとされている。

～府医の取組み～

府医では、医療政策会議を設置し、京都大学・京都府立医科大学の副院長（労務担当）、京都私立病院協会の副会長に参画いただき、多様な価値観や働き方の変化の中で、どのように地域医療を守っていくかという方策を議論している。

現在、救急搬送困難事案は60件／1週間、8件／1日であり、京都市・乙訓圏域では3％～5％という状態が常態化している。コロナ前は1％であったが、4月から働き方改革が始まり、行き場のない救急車が出ないように大学、各医療機関と

の調整・準備を進めていかなければならないと考えている。

～意見交換～

「宿日直許可を取っているが、宿日直であるので、本来の業務はないものとされている。当直医の考え方によって、救急車を取る、取らないにならないか不安である。不測の事態には対応すべしとの考えが醸成されれば良い」と意見が出された。

府医からは、救急医療を維持することが最も重要なことであると述べ、大学病院ではチーム制の導入などにより、体制作りが進められているが、医療の受け手である市民の理解も必要不可欠であるため、医療政策会議でまとめていきたいとした。

■ 右京医師会との懇談会

12.12 右京医師会館

「薬剤の購入」、「開業医の働き方改革」、 「薬剤の供給不足」について議論



右京医師会と府医執行部との懇談会が12月12日(火)、右京医師会館にて開催され、右京医師会から6名、府医から6名が出席。「薬剤の購入」、「開業医の働き方改革」、「薬剤の供給不足」をテーマに議論が行われた。

〈注：この記事の内容は令和5年12月12日現在のものであり、現在の状況とは異なる場合があります。〉

薬剤の購入について

特定の製薬会社の薬剤が特定の卸業者からしか購入できないという問題については、厚労省の「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」においても取り上げられており、医療現場からの問題提起によって、厚労省が一社流通の状態について販売側と購入側にそれぞれ調査を行っている。

販売側の調査結果では、一社流通とする主な理由として、希少疾病用の医薬品や、生物由来製品、再生医療等製品、劇薬など、ある程度の合理性が想定されるものもあるが、後発医薬品や「その他」の区分の医薬品など、合理的な理由付けが薄い印象のものも見られる。また、購入側の調査結果では、「一社流通」の問題点として、やはり価格面が最も多く、次いで取引の煩雑化が問題視されている。一方で、供給量が少ない等、合理的な理由がある場合には、購入側も一社流通に一定の理解を示す意見も見られた。

厚労省は、「一社流通」の状態について、医薬品メーカーには「取引先選択の自由」があるため、ある医薬品卸とは取引しない、または、ある医薬品卸とのみ取引することとしても、基本的には独占禁止法上の問題となるものではないとする一方で、競争者を市場から排除するなどの不当な目的を達成するための手段として、あるいは、独占禁止法上違法な行為の実効を確保するための手段として取引の拒絶や一社流通を行う場合には違法等の問題になりうる、との見解を示している。

その上で、一社流通する製品については、あらかじめその理由を医薬品卸や医療機関・薬局に対して丁寧に説明することを医薬品メーカー側に求めており、流通改善ガイドラインに製薬会社の説明責任について記載すべきとの意見も挙がっている。

府医としても、会員の先生方と問題意識を共有しつつ、厚労省の動向を注視し、必要に応じて日医と連携の上、対応していきたいと考えている。

開業医の働き方改革について

これまで我が国の医療提供体制は、医療者が自らの健康を顧みる余裕もなく懸命な自己犠牲によって支えられてきたが、医師の長時間労働が問題となる中、その勤務環境を改善すべく、2024年4月から「医師の働き方改革」が施行されることとなった。時間外労働時間の把握と適切な管理、勤務間インターバル・代償休息の確保は、医師の健康だけでなく、医療の質と安全への担保にも寄与すると考えられる。

今回の「医師の働き方改革」は、直接的には勤務医に主眼が置かれているが、中小病院の夜間の救急受け入れ可能数が減少し、救急搬送困難事案が急増する可能性や、地域の病院が紹介状を持つ患者への外来を基本とする紹介受診重点医療機関となり外来体制を一部縮小することなどによって、開業医のもとに外来患者が増える可能性がある。診療所と病院の役割分担、機能分化の観点から診療所で診ることができると患者と病院で診るべき患者のすみわけが必要であると考えている。

開業医自身も外来診療に加えて、在宅医療や学校保健、産業保健など地域に根差した活動で多忙を極めており、開業医の働き方改革も重要であることは日医・府医ともに認識しているところである。

このような中で、財務省は令和6年度診療報酬改定の議論の中で、診療所は経営状況が極めて良好であるとして、診療所の報酬単価を初・再診料を中心に引下げ、マイナス改定にすべきとの主張を展開した。これに対して、日医は財務省が示すデータが極めて恣意的であるとして即座に反論し、病院団体などとともに適切な財源の確保を国に要望している。

府医としても、医療・介護・福祉、患者団体の32団体で構成する京都府医療推進協議会主催で「府民の生命と健康を守るための総決起大会」を開催し、医療機関等の厳しい状況を訴え、改定財源の確保を強く求める決議を採択したところであるが、診療所の診療報酬引下げは地域医療提供体制に多大な影響があることを引続き主張していきたいと考えている。

薬剤の供給不足について

医薬品の供給不足については、製薬メーカーの不祥事を発端として業界全体に問題が波及したものであるが、2005年の薬事法（現在の薬機法）改正にともない、医薬品の製造と販売を分離することが認められたことにより製造工程に係るアウトソーシングが自由化され、結果的に医薬品製造を受託する企業に対するガバナンスが効かなくなったことで、様々な不祥事が発生し、現在に至っている。

中医協でもこの問題が取り上げており、2020年から医薬品の供給停止・限定出荷が繰り返される状況が継続し、2023年9月現在においても出荷制限や供給量が減少している品目が2割を超えていることが示されている。また、日医が実施したアンケート結果も資料として提示され、院内処方の方の医療機関の90.2%、院外処方の医療機関の74.0%に医薬品不足の影響が及んでおり、極めて深刻な状況が報告されている。さらに、医療機関における後発医薬品の供給体制の変化に関する令和5年度調査の結果では、後発品の供給状況は1年前からほとんど改善していない、むしろ悪化したという医療機関が半数を超える状況が示されている。

厚労省の「後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会」では、対策案として、「安定供給等の企業情報の可視化（企業指標）」と「少量多品目構造の解消」を構造的課題の解決に向けて取り得る一連の施策と位置付け、前者については令和6年の薬価改定に合わせるため早期に対応予定であり、後者については産業構造の変革が必要であるため、より根深い問題として腰を据えて対応する姿勢が示されている。

少量多品目構造とは、「小規模で生産能力も限定的な企業が多い」ことを指し、常に製造キャパシティの限界に近い稼働状況であるため、緊急増産等の柔軟な対応は困難であるとされ、「製造の非効率性」、「管理業務の増大によるリソース不足」、「品質不良のリスク増大」等のデメリットが挙げられる。その解消に向けた具体的な施策として、①新規収載品目の絞り込み、②既収載品目の

統合、③供給停止・薬価削除プロセスの簡略化等、④安定供給の確保に資するような薬価制度等の枠組みの検討一を挙げている。構造の変化を促すものであるため、即効性は期待できないが、必要なことであると考えている。

インフルエンザや新型コロナ等の感染症の拡大にともない、鎮咳薬や去痰薬の需要が逼迫していることに関しては、安定供給に向けた緊急対応として、国が製薬メーカーに増産を要請しており、令和5年9月末時点より同年内に1割以上の供給の増加が見込まれている。

府医としては、今後も医薬品の供給不足に関して日医から情報提供があれば、医報等での周知に努める。

意見交換

その後の意見交換では、医薬品の供給について、一社流通にすることで価格競争が起こらず、納入の遅れやサービスの低下が懸念されるとの意見や、現状では、医療現場での安定的な使用よりも流通コスト等のコスト面が重視されている印象があるとして、工場や倉庫の火災等が起こることも想定し、安定供給の観点から施策が検討されるべきとの意見が挙げられた。製薬に係るコストも上昇している中で、毎年の薬価改定によって薬価が引下げられる現状を変えなければ、医薬品の供給不足の問題は解決が難しいとの指摘がなされた。

医師の働き方改革に関しては、本来は医師全員に適用されるべきものであるが、労働者と使用者という対立構造の中で、現在は労働者の立場のことだけが考えられていると指摘。病院においては、タスクシフティング等が議論されているが、地域においてはかかりつけ医が協力し合い、各科の医師が連携することで患者を面で支えていくことが重要であり、各地域においてシステムティックに連携できるよう、各地区医の取組みが重要になるとの考えが示された。

保険医療懇談会

※P.6、乙訓医師会との懇談会参照。

新型コロナウイルス感染症関連情報（第1報～第52報） 京都府医師会ホームページに掲載しました！

令和2年2月1日号から令和5年4月15日号まで情報提供を行ってまいりました、新型コロナウイルス感染症関連情報（第1報～第52報）について、府医ホームページの『新型コロナウイルス関連特設サイト』にアップいたしましたのでご活用ください。

京都府医師会ホームページ URL <https://www.kyoto.med.or.jp/>



新型コロナウイルス関連特設サイト 医療機関向け資料

<https://www.kyoto.med.or.jp/covid19/gallery.html>

府医会館会議室の利用について

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

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

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

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 午前9時30分～午後5時30分
（※休日・夜間については、医療事故調査・支援センターで対応）
- メールアドレス jikocho@kyoto.med.or.jp
- URL <https://www.kyoto.med.or.jp/ma/>
- 相談内容 ①制度概要に関する相談
②事故判断への相談
③院内事故調査への技術的支援
(1)外部委員の派遣 (2)報告書作成支援 (3)解剖・Ai 実施支援

京都府医師会医療事故調査支援団体連絡協議会 動画配信のご案内

協議会のWEBサイトにて、以下の動画を配信しています。

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



■ 内 容

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

日本医師会 スマホ・パソコンで簡単手続き

医師年金

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

医師年金 検索

医師年金HP画面

アニメーションで仕組みを確認



シミュレーションで受給額や保険料を試算



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



20220401S23

お問い合わせ先

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

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下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/>



新規登録
常時受付中!!

京都府医師会

ドクターバンクのご案内

京都府医師会ドクターバンクは、京都府内の医療機関に対して登録医師を紹介する制度です。

★利用料は無料です。

★対象は医師（常勤・非常勤）です。求人・求職（雇用形態等）に関するお問い合わせにつきましては、京都府医師会事務局（TEL 075-354-6104 / FAX 075-354-6074）へご連絡ください。なお、掲載内容に関して医療機関へ直接の連絡はご遠慮ください。

<運用について>

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

医師バンク

○は新規掲載医療機関です

<京都市>

| 医療機関名 | 所在地 | 募集科目 |
|--------------------|-----------------------------------|---------------|
| 京都博愛会病院 | 北区上賀茂ケシ山 1 | リハ・整外・神内・精 |
| 富田病院 | 北区小山下内河原町 56 | 循内・整外・他 |
| 京都からすま病院 | 北区小山北上総町 14 | 消内・神内・整外・麻 |
| 北山武田病院 | 北区上賀茂岩ヶ垣内町 99 番地 | 内・形外 |
| 京都回生病院 | 下京区中堂寺庄ノ内町 8-1 | 内・外・整外 |
| 明石病院 | 下京区西七条南衣田町 93 | 内・外 |
| 康生会武田病院 | 下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町841-5 | 内・救急 |
| たなか睡眠クリニック | 下京区四条通柳馬場西入立売中之町 99 四条 SET ビル 5 階 | 内・呼内・循内・精・耳 |
| 医療法人社団恵心会京都武田病院 | 下京区西七条南衣田町 11 番地 | 消内・泌・外 |
| 医道会十条武田リハビリテーション病院 | 南区吉祥院八反田町 32 番地 | 循内・整外・リハ・一内・訪 |
| 京都民医連中央病院 | 右京区太秦土本町 2-1 | 内・リハ・外 |
| 京都市立京北病院 | 右京区京北下中町鳥谷 3 | 内・外・整外 |
| 国立病院機構宇多野病院 | 右京区鳴滝音戸山町 8 | 消内・脳外・リハ |
| 京都ならびがおか病院 | 右京区常盤古御所町 2 | 内・神内・精 |
| くみこクリニック | 左京区下鴨南野々神町 2-9 | 皮・美外 |
| 京都大原記念病院 | 左京区大原井出町 164 | 内・神内・脳外・整外 |
| 京都近衛リハビリテーション病院 | 左京区吉田近衛町 26 | 内・神内・脳外・整外 |
| 京都民医連あすかい病院 | 左京区田中飛鳥井町89 | 内 |
| ○ 京都バプテスト病院 | 左京区北白川山ノ元町47 | 外・整外・麻 |
| 洛西ニュータウン病院 | 西京区大枝東新林町 3-6 | 内・整外 |
| 育生会京都久野病院 | 東山区本町 22 丁目 500 番地 | 整外・救急・内・外・リハ |
| 鈴木形成外科小児科 | 東山区大橋町 89-1 | アレ・皮 |
| 洛和会音羽病院 | 山科区音羽珍事町 2 | 消内・内・救急・麻 |
| 洛和会音羽リハビリテーション病院 | 山科区小山西溝町 32-1 | 内・リハ |
| 洛和会音羽記念病院 | 山科区小山西鎮守町 29-1 | 内・腎内・血外 |
| 京都東山老年サナトリウム | 山科区日ノ岡夷谷町 11 | 内・精・リハ |
| 蘇生会総合病院 | 伏見区下鳥羽広長町 101 | 内・呼内・脳外 |
| 医仁会武田総合病院 | 伏見区石田森南町 28-1 | 内・産婦・救急 |
| 伏見桃山総合病院 | 伏見区下油掛町 895 | 腎内・神内・内 |
| 京都府赤十字血液センター | 伏見区中島北ノ口町 26 | |
| 京都南西病院 | 伏見区久我東町 8 番地の 22 | 内・老年 |
| 共和病院 | 伏見区醍醐川久保町30 | 内・整外 |

<長岡京市>

| 医療機関名 | 所在地 | 募集科目 |
|-------|---------------------|------|
| 西山病院 | 長岡京市今里 5 丁目 1 番 1 号 | 内・精神 |

<宇治市・城陽市・久御山町・八幡市・京田辺市・相楽郡・綴喜郡>

| 医療機関名 | 所在地 | 募集科目 |
|---------------|----------------------|---------------|
| 宇治武田病院 | 宇治市宇治里尻 36-26 | 循内・眼・放 |
| 京都工場保健会宇治支所 | 宇治市広野町成田 1 番地 7 | 内・循内・婦 |
| 六地藏総合病院 | 宇治市六地藏奈良町 9 番地 | 内・整外・リハ |
| 宇治病院 | 宇治市五ヶ庄芝ノ東 54-2 | 内・整外・呼・外 |
| 宇治徳洲会病院 | 宇治市榎島町石橋 145 | 腎内・児・麻 |
| 京都岡本記念病院 | 久御山町佐山西ノ口 100 | 内・外・麻 |
| 宇治リハビリテーション病院 | 宇治市大久保町井ノ尻 43-1 | 内・消内・糖内 |
| 男山病院 | 八幡市男山泉 19 | 内・消内・整外 |
| 八幡中央病院 | 八幡市八幡五反田 39-1 | 内・神内・消内・循内・リハ |
| 石鏡会京都田辺中央病院 | 京田辺市田辺中央 6 丁目 1 番地 6 | 内・救急 |
| 学研都市病院 | 相楽郡精華町精華台 7 丁目 4-1 | 内・循内 |
| 精華町国民健康保険病院 | 相楽郡精華町祝園砂子田 7 番地 | 内 |

<亀岡市・南丹市・船井郡>

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

<綾部市・福知山市・舞鶴市>

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

<宮津市・京丹後市・伊根町・与謝野町>

| 医療機関名 | 所在地 | 募集科目 |
|------------|------------------|---------|
| 京丹後市立弥栄病院 | 京丹後市弥栄町溝谷 3452-1 | 内・外・児・産 |
| 京丹後市立久美浜病院 | 京丹後市久美浜町 161 | 内 |
| 丹後ふるさと病院 | 京丹後市網野町小浜 673 | 内・消内・皮 |

診療所継承

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

| | | | |
|-----|----------------------------------|-----|---|
| 行政区 | 北区 | 診療科 | 耳 |
| 概要 | 賃貸, 土地 (104.07㎡), 診療所面積 (67.12㎡) | | |

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

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

| | | | |
|-----|--------------------------------|-----|-----------|
| 行政区 | 左京区 | 診療科 | 整外 (肛も可能) |
| 概要 | 賃貸, 土地 (493.92㎡), 建物 (500.17㎡) | | |

| | | | |
|-----|------------------------------|-----|---|
| 行政区 | 左京区 | 診療科 | 眼 |
| 概要 | 譲渡, 土地 (約 90 坪), 建物 (約 110㎡) | | |

| | | | |
|-----|---|-----|------------|
| 行政区 | 東山 | 診療科 | 内科・外科・整形外科 |
| 概要 | 賃貸, 床面積 (114.43㎡), 建物 (1 F + 2 F + 3 F 133.38㎡) | | |

| | | | |
|-----|--------------------------|-----|----|
| 行政区 | 下京区 | 診療科 | 整外 |
| 概要 | 賃貸 (テナント 192㎡) 5階建てビルの1階 | | |

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

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

| | | | |
|-----|-------------------------------|-----|---|
| 行政区 | 山科区 | 診療科 | 眼 |
| 概要 | 譲渡, 土地 (36.74㎡), 建物 (105.05㎡) | | |

| | | | |
|-----|--|-----|----|
| 行政区 | 宇治 | 診療科 | 内科 |
| 概要 | 賃貸・譲渡応相談, 土地 (312.49㎡), 建物 (1 F + 2 F 213.32㎡) ※駐車場有 | | |

| | | | |
|-----|-----|----|----------------------|
| 行政区 | 八幡市 | 概要 | その他詳細についてはお問い合わせください |
|-----|-----|----|----------------------|

| | | | |
|-----|--------------------------|-----|--------------|
| 行政区 | 木津川市 | 診療科 | 婦・内・産 (分娩なし) |
| 概要 | 賃貸, 土地 (406㎡), 建物 (197㎡) | | |

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

※東山区の医療機関で過去に使用されていた電話番号をお譲りしたいとのご意向がございますので、ご希望がございましたらお気軽にお問い合わせください。ただし、同一電話局に限られます。

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



山科医師会

会長 高須 雅史

昭和47年(1972年)4月に山科医師会は設立されました。そして、同年に山科医師協同組合を設立いたしました。この組合は法人ではない山科医師会が行えない事業を行うことで医師会を支えてきました。たとえば山科医師会診療センターという土地建物を所有し、医師会に賃貸しておりましたし、特定健診事業のサポートをしたり、保険代理店として会員の生命保険等各種保険の契約窓口として機能してきました。コンピューターの販売、ORCA等のレセコンの販売斡旋なども行っておりました。医師会とは別組織としてこの他にも多数の事業を行っておりましたが、実質は山科医師会が運営しているといっても良い事業体でありました。

そのような医師会と組合の関係に大きな転機が訪れます。令和元年5月から計4回にわたり組織検討委員会が開催され、同年11月6日に一般社団法人山科医師会設立総会を迎えました。

医師会が法人に生まれ変わったことにより、組合から診療センターの土地建物の購入が可能となり、協同組合が行っていた事業も新医師会に引き継がれることとなりました。そして、令和5年3月に山科医師協同組合は解散いたしました。

山科医師会は令和4年に設立50周年を迎えました。新型コロナウイルスの流行から3年目の時期ではありましたが、11月

に流行の波が丁度収まった時期にめでたく50周年記念式典を開催することができました。

次に医師会が行っているいくつかの事業をご紹介します。医師会が発足した翌年の昭和48年8月に第1回糖尿病療養指導の会を開催いたしました。さらに翌年には山科糖尿病友の会を作りそれ以降年2回の糖尿病療養指導の会と1期6回の食事指導の会を1年に2期開催しております。療養指導の会は新型コロナウイルスの流行のため中止となった会もありましたが、令和4年には第100回を開催できました。

また山科歯科医師会、山科薬剤師会との共催で山科在宅医療懇話会を年1回開催し昨年(令和5年)に第23回を迎えました。最近では製薬メーカーも共催に加わっていただき、特別講演は医科、歯科、薬科が毎回交代で担当し、山科区の五つの包括支援センターからの症例報告も行ってもらっております。

このほか防災関係では、平成24年当時の医師会長が防災マニュアル準備委員会を立ち上げられ、その後災害時医療対策委員会として専任理事を置き今では災害対策の委員会を4カ月ごとに開催しております。委員会メンバーには医師会の担当者のほか山科区の行政担当者、警察、消防、区内の主な病院の担当者や自治会役員などが含まれており、期間内の防災関連事項の報告と

今後の活動の告知等を行い情報を共有しています。また年1回災害医療に関連した講演会を医師会が主導して開催しております。さらに災害時医療に関連して医療情報部が平成27年度に災害時医療情報ボードをwebに開設し、令和2年には独自開発した山科災害時安否確認システム(YMIS)の運営を開始いたしました(<https://kmis.jp/yamashina>)。このYMISは現在京都府医師会から京都府医師会安否確認システム(KMIS)として府内全域での運用を目指しておられ、山科医師会以外では左

京区、西京区、乙訓の3医師会も登録され運用されているようです。

以上、山科医師会の歴史、近況と特徴的な活動をご紹介させていただきました。

一般社団法人 山科医師会

〒607-8073
京都市山科区音羽西林9番地 山科医師会館内
TEL:075-591-1625 FAX:075-594-0076
HP:<http://www.yamashina.kyoto.med.or.jp/>
e-mail: yamai@gold.ocn.ne.jp
会長:高須 雅史
会員数:376人(2023.12現在)

「京都医報」へのご投稿について

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

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

また、同じ著者の投稿は原則として1年間に1編とします。

【原稿送付先・お問い合わせ先】

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

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

北山杉 「北山杉」には、紀行文・エッセイなどを1200字程度でお寄せください。
他山の石 これまでに体験した「ヒヤリ・ハット」事例を1200字程度でお寄せください。特別な形式はありませんが、①事例内容 ②発生要因 ③その後の対策等—についてご紹介ください。掲載にあたっては、原則「匿名」とさせていただきます、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。

京都府医師会 会費減免についてのお知らせ

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

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

京都医報を 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ス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

サイバーセキュリティのことなら「サイ窓」へご相談ください！

日本医師会サイバーセキュリティ対応相談窓口

TEL 0120-179-066 年中無休・対応時間：6時～21時

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

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

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

京都府警察本部 TEL 075-451-9111 (代表)

サイバーセンター サイバー企画課 (平日午前9時～午後5時45分)

※休日・夜間は京都府警察本部 生活安全当直が対応

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。





京医選管発第 21 号
令和 6 年 2 月 7 日

上京東部，京都市西陣，下京西部，左京，
右京，宇治久世，北丹地区
選挙人 各位

京都府医師会選挙管理委員会
委員長 芳野 二郎

府医代議員・予備代議員補欠選挙の実施について（告示）

前号にて予告のとおり，上京東部，京都市西陣，下京西部，左京，右京，宇治久世，北丹地区におきまして，代議員・予備代議員の補欠選挙を実施します。選挙人各位には自ら立候補あるいは適任候補者をご推薦いただきますようお願いいたします。

<投票日> 3月3日(日) 午後2時～午後5時

<投票所>

上京東部：北区小山下総町 27 京都鞍馬口医療センター内 上京東部医師会事務所

京都市西陣：中京区東堀川通丸太町下ル七町目 10 カストルム二条 3 B

京都市西陣医師会事務所

下京西部：南区唐橋堂ノ前町 15-9 エステート南ビル 3 F 下京西部医師会事務所

左京：左京区宝ヶ池 国立京都国際会館内 左京医師会事務所

右京：右京区梅津神田町 57 右京医師会事務所

宇治久世：宇治市宇治下居 13-2 宇治久世医師会事務所

北丹：京丹後市網野町小浜 427-2 北丹医師会事務所

| | | | |
|------|-------|-------|-------|
| <定数> | 上京東部 | 代議員 | 1 |
| | 京都市西陣 | 代議員 | 2 |
| | | 予備代議員 | 2 |
| | 下京西部 | 予備代議員 | 1 |
| | 左京 | 予備代議員 | 1 |
| | | 右京 | 代議員 |
| | | | 予備代議員 |
| | 宇治久世 | 代議員 | 2 |
| | | 予備代議員 | 7 |
| | 北丹 | 予備代議員 | 1 |

<立候補締切> 2月9日(金) 午後5時
(立候補の届出は、文書にて府医選挙管理委員長宛)

日本医師会会員 各位

京都府医師会選挙管理委員会
委員長 芳野 二郎

日本医師会代議員・予備代議員の選挙について（告示）

現在の日本医師会代議員・予備代議員の任期が、令和 6 年 6 月に開催される第 156 回日医定例代議員会前日をもって満了となります。

つきましては、日本医師会定款第 16 条第 1 項、同第 18 条第 3 項および同施行細則第 41 条第 1 項ならびに京都府医師会定款第 68 条および京都府医師会における日本医師会代議員・予備代議員選挙規定に基づき、標記選挙を次のとおり実施いたします。

会員各位には下記事項をご了承の上、立候補あるいは適任候補者の推薦をしていただきますようお願いいたします。

記

- <告 示 日> 2月7日(水)
- <立候補届出締切日> 2月9日(金) 午後5時
- <投 票 日> 3月23日(土)
- <投票・開票所> 一般社団法人京都府医師会第211回臨時代議員会議場
- <定 数> 日医代議員 6名
日医予備代議員 7名
- <任 期> 令和6年6月21日から令和8年6月日医定例代議員会前日まで
- <選 挙 権> 府医第211回臨時代議員会出席中の代議員または予備代議員で日医会員に限る。
- <立 候 補 資 格> 日本医師会会員であり、かつ75歳未満の京都府医師会員

※立候補あるいは候補者推薦は文書をもって府医選挙管理委員長宛（担当：府医事務局総務課）に提出してください。届出の用紙は府医事務局総務課にあります。

＝ 医 師 国 保 ＝

公 示 第 387 号
令和6年2月1日

下京西部選挙区組合員 各位

京都府医師国民健康保険組合
理事長 濱島 高志

第 34 期組合会議員の補欠選挙について（公示）

今般、下京西部選挙区選出 上田 尚司 議員の辞任にともない、下記により補欠選挙を行います。

記

〔投 票 日〕 令和6年2月18日(日) 午前9時～午後5時

〔投 票 所〕 (一社)下京西部医師会事務所

〔開 票 日〕 即日開票

〔定 数〕 1名

〔立候補届出〕 2月8日までに下京西部支部長を経由して、当組合理事長に届出ください（立候補届は支部長より受領してください）。

なお、当該選挙にあたって、立候補者が定数を超えないときは、その選挙区においては投票を行わないこととします。

第 29 回日本災害医学会総会・学術集会・日本医師会共催 市民公開講座

「災害時のトリアージを理解しよう」のご案内

この度、「災害時のトリアージに関する合同委員会」では、「災害時のトリアージ」について、広く一般市民の方々にご理解をいただくために、声明文を発表いたしました。

本公開講座では、その内容をわかりやすく紹介します。ぜひ、一般市民の皆様にもお声がけいただき、ご参加ください。

と き 令和6年2月24日(土) 午後4時30分～午後6時

と ころ 京都市勧業館みやこめッセ 地下1階 第1展示場A

内 容 総合司会 日本医師会 常任理事 黒瀬 巖氏
日本救急医学会 代表理事，合同委員会 委員長 大友 康裕氏

1. 「トリアージとは何か」

神奈川県 理事・医療危機対策統括官 阿南 英明氏

2. 「トリアージをやってみよう；寸劇と解説」

横浜労災病院 救命救急センター長 中森 知毅氏
災害人道医療支援会 (HuMA) 常任理事 夏川 知輝氏

3. 「トリアージ；医療者はこう思っている」

日本災害医学会 理事，国際医療福祉大学 教授 石井美恵子氏

4. 「トリアージの諸課題」

日本臨床救急医学会 理事，帝京大学 教授 森村 尚登氏

5. 「国民へ向けての声明文」

日本救急医学会 代表理事，合同委員会 委員長 大友 康裕氏

6. 「国会議員からのコメント」

衆議院議員，日本医科大学 特任教授 松本 尚氏

災害時のトリアージに関する合同委員会
日本医師会
日本災害医学会
日本救急医学会
日本臨床救急医学会
お問い合わせ先：日本医師会 地域医療課
TEL 03-3946-2121 (代表)

医療政策懇談会の開催を決定 — 京都大学大学院の藤井聡教授を招聘 —

府医では、日々の医師会活動の活性化に資するため、医療政策懇談会を開催し、会員の先生方の医療制度への理解を深める一助となるべき機会を設けております。

今年度は、下記日程にて、京都大学大学院工学研究科の藤井聡教授にご講演いただくことになりましたのでお知らせします。

藤井教授はご承知のように評論家として様々なメディアでご活躍されるとともに、これまで内閣官房参与を務めるなど国の政策にも深く関与されています。特に財政出動による積極財政を主張されるなど財政政策にも非常に精通されています。

藤井教授から今後の国の財政政策などについての講演を拝聴できるまたとない機会と存じますので、是非ご参加いただきますようご案内申し上げます。

なお、遠方のため会場での参加が困難な先生方は Web での配信も行いますので、ご聴講ください。

記

日 時 2月29日(木) 午後5時～午後6時30分(予定)
懇親会(立食) 午後6時30分～

場 所 ホテルオークラ京都 3階「翠雲」
(京都市中京区河原町御池 地下鉄東西線「京都市役所前駅」直結
TEL: 075-211-5111)

講 師 京都大学大学院 工学研究科(都市社会工学) 教授 藤井 聡 先生

演 題 政府の「コロナ対策」を検証する ～その“過剰性”の背景を探る～

参加費 無料

申し込み方法 本号付録「保険だより」の『参加申込書』に必要事項をご記入の上、府医保険医療課宛てに FAX (075-354-6097) にて、お申し込みください。

※なお、会場での参加が困難な方は、Web (Zoom のウェビナー) での参加も可能です。下記の登録フォームからお申し込みください。

ただし、Web からの質疑は受け付けられませんのでご了承ください。

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_ezsWDhkhS-66GXYMF-xZxg



新任学校医研修会のご案内

新任学校医研修会を下記のとおり開催いたします。本研修会の参加対象者は主に新任の学校医となりますが、一般会員の方も受講可能です。お申し込み方法は下記をご参照ください。

記

と き 令和6年3月5日(火) 午後2時～

と ころ 京都府医師会館 (Web 併用)

講 師 京都市学校医会 会長
府医学校保健委員会 委員長 杉本 英造 氏

内 容 学校保健に関する研修 (学校医の職務について 他)

※府医指定学校医制度指定研修会 1単位

《お申し込み方法》

府医ホームページの「京都府医師会学校医部会」のページに設けました本研修会の案内にご登録フォームをアップしております。

「府医ホームページ」 → 「京都府医師会学校医部会」 → 「新任学校医研修会」

《ご登録フォームの URL》

<https://business.form-mailer.jp/fms/4f7ba9c6216703>

会員消息

(11/ 2, 11/ 9 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 |
|-------|------|-----|---------------------------------|-------|
| 岡野 高久 | A | 宇 久 | 城陽市平川鍛冶塚 66-2 岡野医院 | 循内・外 |
| 川平 敏博 | B 1 | 下 西 | 下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町 841-5 武田病院 | 救急 |
| 西 秀久 | B 1 | 下 西 | 下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町 841-5 武田病院 | 脳外 |
| 池田 亮介 | B 1 | 下 西 | 南区唐橋羅城門町 10 京都九条病院 | 整外・リウ |

異 動

| 氏 名 | 会員区分 | 地 区 | 医 療 機 関 | 診療科目 |
|-------|-------|---------|--|----------|
| 小野麻梨子 | A→A | 左京→左京 | 左京区松ヶ崎六ノ坪町 4-5 ランプラス松ヶ崎 1F おのまりこ皮膚科クリニック ※医療機関名称変更にもなう異動 | 皮 |
| 久保由起子 | A→A | 伏見→伏見 | 伏見区桃山筒井伊賀東町 82 くぼ眼科 ※医療機関移転にもなう異動 | 眼 |
| 波柴 尉充 | A→A | 下東→下東 | 南区東九条北烏丸町 36-2 波柴内科医院 ※医療機関移転にもなう異動 | 内・消内・児・放 |
| 奥田 良樹 | B1→B1 | 福知山→乙訓 | 長岡京市下海印寺下内田 101 京都済生会病院 | 整外 |
| 高岡 正明 | B1→B1 | 綴喜→綴喜 | 京田辺市同志社山手 2 丁目 2 同志社山手病院 | 児 |
| 波柴 忠利 | B1→B1 | 下東→下東 | 南区東九条北烏丸町 36-2 波柴内科医院 ※医療機関移転にもなう異動 | 内・消内・児・放 |
| 馬場 武彦 | B1→B1 | 宇久→下西 | 南区唐橋羅城門町 10 京都九条病院 | 消内・内 |
| 井川 結 | 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 | 総合 |

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 |
|------|------|-----|-------|------|-----|-------|------|-----|
| 林 宏憲 | A | 中 東 | 古元 克好 | B 1 | 下 西 | 寺地 敏郎 | B 1 | 下 西 |

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 |
|-------|----------|-----|-----|----------|-----|-----|----------|-----|
| 中島 廣明 | D | 西 京 | | | | | | |

第28回 定例理事会 (11月2日)

報 告

- 11月1日現在の会員数
10月1日現在 4,395名 (日医 3,225名)
11月1日現在 4,382名 (日医 3,222名)
- 会員の受賞
- 令和6年度京都府への予算要望の状況
- 第6回地区庶務担当理事連絡協議会の状況
- 新入会員との交流会の状況
- 中京西部医師会との懇談会の状況
- 融資斡旋の状況
- 第44回産業保健活動推進全国会議の状況
- 産業医研修会の状況
- 梅毒と性感染症に関する研修会の状況
- 令和5年度第2回京都府看護師等確保対策推進協議会の状況
- 令和5年度第2回丹後地域医療構想調整会議および丹後地域保健医療協議会の状況
- 第54回全国学校保健・学校医大会の状況

議 事

- 会員の入会・異動5件を可決
- 第7回地区庶務担当理事連絡協議会の開催を可決
- 令和5年度両丹医師合同協議会の出席を可決
- 令和5年度京都府糖尿病対策推進講習会の開催を可決
- 京都府糖尿病対策推進事業委員会委員の追加委嘱を可決
- 京都府版 eGFR プロットシート普及講演会の開催を可決
- 急病診療所職員(看護師)の採用を可決
- 令和5年度都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会の出席を可決
- 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

第29回 定例理事会 (11月9日)

報 告

1. 会員の受賞者
2. 伏見医師会との懇談会の状況
3. 府医創立 76 周年記念式典の状況
4. 令和 5 年度第 2 回南丹地域医療構想調整会議・南丹地域保健医療協議会の状況
5. 令和 5 年度「第 2 回京都在宅医療塾 探究編」Web 講習会の状況
6. 令和 5 年度第 2 回京都府アレルギー疾患医療連絡協議会の状況
7. 令和 5 年度第 2 回医師確保ワーキングチームの状況
8. 日医設立 76 周年記念式典ならびに医学大会の状況

議 事

9. 会員の入会・異動・退会 11 件を可決
10. 「令和 5 年度『京あんしんネット』を活用した糖尿病性腎症重症化予防『かかりつけ医・専門医・多職種連携』ネットワーク事業」の委託契約を可決
11. 令和 5 年度第 2 回京都在宅医療戦略会議の開催を可決
12. ～地域で気づき・つなぎ・支える～認知症総合支援事業「令和 5 年度第 2 回アドバイザーボード」の開催を可決
13. 研修サポート委員会委員の委嘱と第 1 回委員会の開催を可決
14. 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

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 102 号まで発行しております。

右記のバックナンバーにつきましては在庫がございますので必要な方は

府医：総務課
(TEL 075-354-6102)

までご連絡ください。

- 38号▶エイズ患者・H I V感染者今のままで
は増え続けます
- 42号▶男性の更年期障害
- 47号▶一酸化炭素中毒
- 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
- 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
- 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
- 87号▶夜間の頻尿
- 88号▶認知症
- 89号▶CKD(慢性腎臓病)
- 90号▶急性心筋梗塞
- 91号▶消化器がんの予防と検診
- 92号▶知っておきたいたばこの事実
- 93号▶白内障
- 94号▶ロコモ
- 95号▶子宮頸がん
- 96号▶心房細動
- 97号▶糖尿病
- 98号▶アトピー性皮膚炎
- 99号▶甲状腺について
- 100号▶肺がん
- 101号▶不妊治療
- 102号▶骨粗鬆症

● 京都府医師会・会員メーリングリストにご登録ください ●

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

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

『京都府医師会・会員メーリングリスト利用規約』

<https://www.kyoto.med.or.jp/doctor/ml-kiyaku.pdf>

『京都府医師会・会員メーリングリスト運用ガイドライン』

<https://www.kyoto.med.or.jp/doctor/ml-unyougaido.pdf>

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

(パソコン・携帯)

<https://www.kyoto.med.or.jp/member/maillist/index.shtml>



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

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

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

～ 2月度請求書 (1月診療分) 提出期限 ～

▷基金 10日(土) 午後5時30分まで

▷国保 10日(土) 午後5時まで

▷労災 13日(火) 午後5時まで

☆オンライン請求は10日(土)

☆提出期限にかかわらず、お早めにご提出ください。

☆保険日より9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。

医療政策懇談会の開催のご案内

本紙にてお知らせしましたとおり、医療政策懇談会を下記のとおり開催することとなりましたので、参加ご希望の際は、参加申込書に必要事項をご記入の上、府医保険医療課宛にFAX(075-354-6097)にて、お申し込みください。

詳細は本紙31ページをご参照ください。

記

日時：2月29日(木) 午後5時～6時30分(予定)
懇親会(立食) 午後6時30分～

場所：ホテルオークラ京都 3階「翠雲」
(京都市中京区河原町御池 地下鉄東西線「京都市役所前駅」直結
TEL：075-211-5111)

講師：京都大学大学院 工学研究科(都市社会工学) 教授 藤井 聡 先生

演題：政府の「コロナ対策」を検証する ～その“過剰性”の背景を探る～

参加費：無料

※なお、会場での参加が困難な方は、Web(Zoomのウェビナー)での参加も可能です。下記の登録フォームからお申し込みください。

ただし、Webからの質疑は受け付けられませんのでご了承ください。

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_ezsWDhkhS-66GXymf-xZxg



京都府医師会保険医療課 (FAX番号：075-354-6097) まで

医療政策懇談会(2月29日) 参加申込書

| | |
|-------|--|
| 所属地区名 | |
| 医療機関名 | |
| 参加者氏名 | |

※ 当日はこの参加申込書をご持参ください。

保険だより

— 必 読 —

書面および光ディスク等による 請求の継続に係る届出について

1月15日号本紙にて既報のとおり、2024年度から、法令に基づき、レセプトの請求方法の取り扱いが変わります。書面および光ディスク等による請求を継続する場合には、あらためて届出書の提出が必要になりますが、今般、書面および光ディスク等による請求を継続するための届出に関する留意事項が示されましたので、お知らせします。

書面による請求の場合 (→4ページのスライド参照)

令和6年3月まで、レセプトコンピュータを使用していないことや、電子請求の義務化の時点で常勤の保険医の年齢が65歳以上であることで、書面による請求を行ってきた医療機関については、あらかじめ、審査支払機関に対して、書面による請求が認められることとなった当初の要件に合致している旨、「書面による請求に係る猶予届出書(様式第2号)」(→10ページ)により届出を行った場合、引続き、書面による請求を行うことが可能となります。必要な記載を行った上で、社会保険診療報酬支払基金本部および国民健康保険団体連合会のいずれに対しても、令和6年2月29日までに提出をお願いします。

光ディスク等による請求の場合 (→4ページのスライド参照)

また、令和6年9月まで光ディスク等を用いた請求を行ってきた医療機関のうち、令和6年10月以降も光ディスク等を用いた請求を継続する施設については、あらかじめ、審査支払機関に対して、「光ディスク等を用いた請求に係る猶予届出書兼オンライン請求への移行計画書(様式第1号)」(→9ページ)を提出することで、光ディスク等による請求を継続することが可能となります。

当該届出は、1年ごとの更新制であり、再度、届出および移行計画書を提出することで、光ディスク等による請求が継続可能となります。レセコン等の改修・調達にかかる対応予定日(年月)やネットワークの整備状況に係る対応予定日(年月)の記載は、予定日が不明な場合であっても、おおよその期日を記載ください。

令和6年10月以降も光ディスク等を用いた請求を継続する場合は、同年8月31日までに、届出書および移行計画書(様式第1号)(→9ページ)を、医療機関等向け総合ポータルサイトに開設するフォーム(令和6年4月ごろ開設予定)から提出いただくこととなります。(やむを得ない事情の場合には、紙媒体での届出も可能です。(支払基金本部および国保連のいずれにも届出が必要。))

2月度請求書(1月診療分)

提出期限

- ▷基金 10日(土)
午後5時30分まで
 - ▷国保 10日(土)
午後5時まで
 - ▷労災 13日(火)
午後5時まで
- ※オンライン請求は10日(土)

☆提出期限にかかわらず、
お早めにご提出ください。

☆保険だより9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。

現在、紙レセプトで請求を行っている場合

2024年4月以降も「紙レセプト請求が継続できる場合」のいずれかに該当し、継続する

- 【1】レセコンを使用していない(手書き請求)
- 【2】常勤医師等が高齢で、最も若い者の生年月日が右の表の日付以前である

| | |
|---------|-----------|
| レセコン使用 | 1945年7月1日 |
| レセコン不使用 | 1946年4月1日 |

はい

猶予届出が必要

書面による請求に係る猶予届出書
(様式第2号) → 10ページ



提出先：支払基金本部と国保連合会の両方
期限：2月29日

※ 3月末までにオンライン請求に移行する予定でも、移行が4月以降にずれ込むおそれがある場合は、念のため提出をご確認ください。

該当しない、継続しない

猶予届出は不要
2024年4月以降はオンライン請求に対応できるよう対応する

※ オンライン請求を開始するには、その2月前の20日までに医療機関等向け総合ポータルサイトからオンライン請求の利用申請等が必要
※ 期限までに廃止する場合も届出等は不要

現在、光ディスク等で請求を行っている場合

2024年3月末までに
オンライン請求に移行

できる

猶予届出等は不要

できない

2024年9月末までに
オンライン請求に移行

できる

※ オンライン請求を開始するには、その2月前の20日までに医療機関等向け総合ポータルサイトからオンライン請求の利用申請等が必要
※ 期限までに廃止する場合も届出等は不要

できない

1年ごとの更新制

猶予届出・移行計画の提出が必要

届出方法：医療機関等向け総合ポータルサイトの届出フォーム
(4月頃開設予定)
期限：8月31日

光ディスク等を用いた請求に係る猶予届出書
兼オンライン請求への移行計画書
(様式第1号) → 9ページ



やむを得ない事情の場合には、紙媒体での届出も可能
(支払基金本部及び国保連のいずれにも届出が必要。)

※ 9月末までにオンライン請求に移行する予定でも、移行が10月以降にずれ込むおそれがある場合は、念のため提出をご確認ください。

第1 趣旨

医療機関・薬局が行う療養の給付費等の請求については、電子情報処理組織の使用による請求(以下「オンライン請求」という。)又は光ディスク等を用いた請求(以下「電子請求」と総称する。)により行うこととされ、レセプトコンピュータを使用していない医療機関・薬局及び医療機関である診療所・保険薬局のうち電子請求の義務化時点において常勤の保険医・保険薬剤師の年齢が65歳以上であるものであってその旨を期日までに届け出たものは、書面による請求を行うことができるとされている。

一方で、オンライン請求については、審査支払機関の事前チェックにより、不備のあるレセプトデータを修正の上、当月中に請求することが可能であるほか、レセプトの搬送に伴う紛失等のリスクを回避できることやより効果的・効率的な審査等を実現できることなど医療保険制度全体に対するメリットがある。療養の給付費等の請求については、こうしたメリットを踏まえ、令和5年3月23日社会保障審議会医療保険部会において「オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ」が取りまとめられたところであり、請求命令について、必要な改正を行ったものである。

第2 請求方法の見直しに係る内容等

1 オンライン請求の推進

令和6年4月1日以降は、医療機関・薬局が行う療養の給付費等の請求は、オンライン請求により行うものとする(請求命令第1条)。

そのため、同日以降、新たに光ディスク等を用いた請求や書面による請求を開始することはできず、新規に医療機関・薬局として指定される施設は、初月の診療・調剤分からオンライン請求を行うことができるよう、体制整備を進める必要がある。

また、令和6年3月まで光ディスク等を用いた請求や書面による請求を行ってきた医療機関・薬局についての取扱いは、以下のとおりであるが、これらの医療機関・薬局においても、オンライン請求のメリットを踏まえ、オンライン請求へ移行いただきたい。

オンライン請求の開始に当たっては、4(3)の厚生労働省のホームページに掲載した周知広報資料等を参照するほか、システム事業者と相談しながら対応いただきたい。

なお、オンライン請求を行う医療機関・薬局による返戻再請求については、「電子情報処理組織等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて」(令和5年1月23日保連発0123第1号)において示したとおり、令和5年4月以降、原則としてオンラインにより行うものとしており、令和6年9月末には、これらの施設に対する紙媒体での返戻レセプトの送付を廃止することとしている。そのため、オンライン請求の開始に当たっては、併せて返戻再請求についてもオンラインで行うことができるよう、レセプトコンピュータのシステム事業者に必要な確認を行っていただきたい。

また、オンライン請求を行う医療機関・薬局に送付している増減点関連通知及び支払関連帳票等の諸書類については、電子化を進めており、順次、オンライン請求システムの「各種帳票等」のページからダウンロードできるよう対応を行っているが、令和6年9月末には、オンライン請求を行う医療機関・薬局へのこれら諸書類(※)の紙媒体での送付も廃止することとするため、併せて対応いただきたい。

(※) 社会保険診療報酬支払基金及び一部の国民健康保険団体連合会における出産育児一時金関係帳票等を除くが、その後については、審査支払機関ごとの対応状況を踏まえ適切に対応する。

2 光ディスク等を用いた請求

光ディスク等を用いた請求を行っている医療機関・薬局については、令和5年4月からオンライン資格確認の導入が原則義務化されたため、オンライン請求も可能な回線が敷設された状況にある。こうした機会を捉え、以下の取扱いにより、令和6年9月末までに、原則としてオンライン請求に移行することを促す。

(1) 令和6年4月以降

令和6年3月まで光ディスク等を用いた請求を行ってきた医療機関・薬局については、オンライン請求への移行期間として、特段の届出を行うことなく、4月以降も光ディスク等を用いた請求を継続することができる(請求命令附則第3条の2第1項)。

こうした施設については、令和6年9月末までに、オンライン請求への移行を進めていただき、オンライン資格確認を導入した全ての医療機関・薬局がオンライン請求に移行することを目指す。

(2) 令和6年10月以降

(1)により令和6年9月まで光ディスク等を用いた請求を行ってきた医療機関・薬局のうち、令和6年10月以降も光ディスク等を用いた請求を継続しようとする施設は、あらかじめ、審査支払機関に対して、その旨の届出及びオンライン請求への移行計画書を提出するものとする(請求命令附則第3条の2第2項)。

医療機関・薬局は、最大1年間の内容として移行計画書を定める必要があり、そこに記載した期間に限り、光ディスク等を用いた請求を継続することができるが(同条第3項)、当該届出は1年更新制であり、計画期間が経過する時点において尚も継続する事情がある場合には、改めて、届出及び移行計画書の提出を行うことで、光ディスク等を用いた請求を継続すること

ができる(同条第2項・第3項)。

届出書及び移行計画書の様式は、別添2(様式第1号)のとおりであり、医療機関等向け総合ポータルサイトに開設するフォーム(令和6年4月頃開設予定)から提出するものとする(※)。

令和6年10月以降も光ディスク等を用いた請求を継続する場合には、同年8月31日までに提出すること。

(※) なお、やむを得ない事情により、フォームからの提出が困難である場合には、紙媒体の猶予届出書を社会保険診療報酬支払基金本部事業統括部事業サポート課及び国民健康保険団体連合会のいずれに対しても提出するものとする。ただし、紙媒体による提出を行った場合、内容の不備等に係る確認処理に特に時間を要する可能性があることに留意すること。

3 書面による請求

(1) 又は(2)の類型により、令和6年3月まで書面による請求を行ってきた医療機関・薬局については、あらかじめ、審査支払機関に対して、書面による請求が認められることとなった当初の要件に合致している旨の届出を行った場合に、引き続き、書面による請求を行うことができる。届出の要件及び留意事項は以下のとおりである。

(1) レセプトコンピュータを使用していない医療機関・薬局

【要件】

レセプトコンピュータを使用していないこと(請求命令附則第3条の4第1項)

【留意事項】

医療機関・薬局は、オンライン請求への移行に努めるものとする(同条第2項)。

(2) 医療機関である診療所・保険薬局のうち電子請求の義務化時点において常勤の保険医・保険薬剤師の年齢が65歳以上であるものであってその旨を期日までに届け出たもの

【要件】

下表の左欄の医療機関・薬局において診療又は調剤に従事する全ての常勤の保険医又は保険薬剤師の生年月日が、それぞれ右欄の日以前であること(同令附則第3条の5第1項)

| 対象施設 | 生年月日 |
|---------------------------|-----------|
| レセプトコンピュータを使用している薬局 | 昭和19年4月1日 |
| レセプトコンピュータを使用している医科診療所 | 昭和20年7月1日 |
| レセプトコンピュータを使用している歯科診療所 | 昭和21年4月1日 |
| レセプトコンピュータを使用していない診療所又は薬局 | |

【留意事項】

医療機関・薬局において新たに診療又は調剤に従事する常勤の保険医・保険薬剤師の生年月日がそれぞれ表の右欄の日より後であるときは、当該医療機関・薬局は、遅滞なく審査支払機関に届け出なければならないものとする(同条第2項)。

届出を行った医療機関・薬局は、当該届出の日の属する月及びその翌月に限り、書面による請求を行うことができるものとする(同条第3項)。

その後は、オンライン請求へ移行することとなるため、当該届出を行った月の20日までにオンライン請求利用申請を行うこと。

なお、「常勤」の定義については、別添1のとおりである。

届出書の様式は、別添3(様式第2号)のとおりであり、必要な記載を行った上で、社会保険診療報酬支払基金本部(※1)及び国民健康保険団体連合会(※2)のいずれに対しても提出するものとする。

令和6年4月以降も書面による請求を継続する場合には、同年2月29日までに提出すること。

(※1) 〒105-0004 東京都港区新橋2丁目1番3号

社会保険診療報酬支払基金 事業統括部事業サポート課 行

(※2) 〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620番地 COCON 烏丸内
京都府国民健康保険団体連合会 行

※なお、封筒の表面には、赤字で「猶予届出書在中(紙レセ)」と記載すること。

4 その他

(1) 請求命令附則第4条第5項の改正

請求命令附則第4条第5項の取扱いについては、今般の改正に伴う所要の見直しを行い、オンライン請求を行うことが困難な事情として、次のア～オまでに掲げる事情に該当することが個別に認められる医療機関・薬局については、あらかじめ、審査支払機関に対して、その旨を届け出ることにより、光ディスク等を用いた請求又は書面による請求を行うことができるものとする。

ア 電気通信回線設備の機能に障害が生じたもの

イ (略)

※平成21年の電子請求の義務化に当たり、光ディスク等を用いた請求に移行できない医療機関・薬局を対象として整備された規定であるため、新規の適用は想定されない。

ウ 改築工事中の施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っているもの

エ 廃止又は休止の計画を定めているもの

オ その他オンライン請求を行うことが特に困難な事情があると認められるもの

届出書の様式は、別添4(様式第3号)のとおりであり、必要な記載を行った上で、都道府県の社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会のいずれに対しても提出するものとする。

なお、ア～オまでの取扱いの詳細は別添1のとおりであり、オの「特に困難な事情」の範囲等について疑義が生じた場合には、審査支払機関を通じて厚生労働省保険局医療介護連携政策課保険データ企画室に照会するものとする。

(2) 届出等の確認

本通知に基づく届出及び移行計画書の記載事項等に不備がある場合には、有効な届出とは取り扱われず、補正の求め等を行う場合があること。また、仮に、有効な届出がなされないまま、令和6年4月以降も書面による請求がなされ、又は令和6年10月以降も光ディスク等を用いた請求がなされている場合には、審査支払機関より、オンライン請求への移行を促す連絡や速やかに届出を行うことを求める連絡をする場合があり、そうした連絡を行ってもなお依然として対応がみられない医療機関・薬局については、時期を定めて、光ディスク等を用いた請求や書面による請求を返戻する場合があること。

(3) オンライン請求への更なる移行に向けて

厚生労働省においては、オンライン請求への移行を促進するための周知広報資料等を作成しており、移行の検討に当たって参考にされたい。

また、診療報酬の請求に関連して、現在、政府において、診療報酬改定DXの取組を進めているところであり、例えば、診療報酬の算定と患者の窓口負担金計算を行うための全国統一の共通的な電子計算プログラムである「共通算定モジュール」については、開発を進め、モデル事業を実施した上で、令和8年度において本格的に提供することを予定している。「共通算定モジュール」は、オンライン資格確認用のネットワークを活用して提供することを検討しており、当該ネットワークを敷設した場合にはオンライン請求も可能となることも踏まえつつ、2又は3の取扱いにより光ディスク等を用いた請求や書面による請求を行う医療機関・薬局についても、引き続きオンライン請求への移行を検討いただきたい。

(参考) 周知広報資料等を掲載している厚生労働省のホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190624_00001.html



以上

(別添1)

平成21年通知のうち引き続き参照する取扱いに関する規定

第2 改正の内容

1 改正省令の内容

(3)常勤の医師・歯科医師・薬剤師が皆高齢の診療所・薬局の特例

⑤ 「常勤」の定義

第6条第1項の「常勤」とは、原則として医療機関等において定めた医師・歯科医師又は薬剤師の勤務時間の全てを勤務し、かつ医療機関等において定める1週間の勤務時間が、32時間以上の者の就業形態を指すこと。

(5)個別の事情によりオンライン又は電子媒体による請求ができない場合の特例

①届出事由及び届出を行った場合に受けられる特例措置の範囲

(…)
また、本届出は、特例措置を受けようとする療養の給付費等の請求期限(同一の事情について、数ヶ月にわたって特例措置を受けようとする場合は、最初に特例措置を受けようとする月の請求期限)の一ヶ月前までに行うことを原則とし、特例措置を受けている間に既に届け出ている事項に変更があった場合は、あらためて届出を行うこと。

イ 電気通信回線設備の機能に障害が生じたもの(附則第4条第5項第1号関係)

届出に際しては、(…)機能障害が生じた旨の事業者による証明書等、機能障害が生じた事実を確認できる書類を添付すること。機能障害が生じているものの、請求する側に特段の過失がなく、障害の原因が不明である場合は、当該障害が発生した事実を届け出るのみで足りること。

ロ レセプトコンピュータの販売又はリースの事業を行う者との間で機器の設置等に係る契約を締結済みであるが、納入・工事等の対応が遅れたために、療養の給付費等の請求の日までに電子媒体による請求ができないもの(附則第4条第5項第2号関係)

届出に際しては、(…)事業者との間に締結した契約書の写し等、契約期間を確認できる書類を添付すること。

ハ 改築工事中の施設又は臨時の施設で診療又は調剤を行っているもの(附則第4条第5項第3号関係)

届出に際しては、(…)当該改築工事又は臨時施設の利用に係る契約書及び工程表の写し等、改築工事中又は臨時の施設を利用中であることを確認できる書類を添付すること。

ニ 廃止又は休止の計画を定めているもの(附則第4条第5項第4号関係)

廃止又は休止の計画を定めているとは、おおむね1年程度の間には廃止又は休止する旨が具体的に計画されていることをいい、具体的な廃止時期・休止時期が定まっていないもの、廃止時期・休止時期が数年後のような場合には、計画を定めているものとはいえないこと。

届出に際しては、(…)休・廃止に向けた計画の内容がわかる資料を添付すること。

ホ その他オンライン請求(…)を行うことが特に困難な事情があると認められるもの(附則第4条第5項第5号関係)

届出に際しては、(…)「困難な事情」の内容を明らかにする資料を添付すること。

②例外的に認められる届出

医療機関等は、①のイ、ロ又はホに該当する旨の届出を行うに当たり、当該届出をあらかじめ行えないことについてやむを得ない事情がある場合には、(…)以下の点に留意すること。

イ 提出する資料には「やむを得ない事情」を明らかにする資料を必ず含め、その他必要に応じて参考資料を添付すること。

(別添2)

様式第1号

光ディスク等を用いた請求に係る猶予届出書
兼 オンライン請求への移行計画書

I. 保険医療機関・薬局の基本情報

| | | | |
|--------|---|---|-------------------------------|
| ① 名称 | | | |
| ② 電話番号 | - | - | |
| ④ 所在地 | 〒 | - | ③ 保険機関コード |
| | | | 都道府県番号 点数表番号 医療機関(薬局)コード(7ケタ) |
| (都道府県) | | | |

II. 届出内容

| | | | | |
|--------------------------------------|----|---|---|---|
| ⑤ 光ディスク等を用いた請求の継続を希望する期間 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| ※ 最大で届出を行った翌年の9月末まで | | | | |
| ※ 1年更新制であり、改めて届出・移行計画書の提出を行うことで更新可能。 | | | | |

III. 移行計画

| | |
|--|--|
| ⑥ 現時点でオンライン請求に移行できない理由(ア～ウから選択) | |
| ア 外部委託などにより請求を行っているため、レセプトコンピュータを保有していない 外部委託先の名称 () イ オンライン資格確認の経過措置に該当するやむを得ない事情(※以下から1つ選択)がある <input type="checkbox"/> 光回線のネットワークが未整備の離島・山間地域や建物に所在 <input type="checkbox"/> 改築工事中・臨時施設 <input type="checkbox"/> 休廃止に関する計画を定めている <input type="checkbox"/> その他特に困難な事情がある ウ その他 () | |
| ⑦ 現時点で検討しているオンライン請求を行うことができる体制の整備予定時期 | |
| ア 本年12月末までの時期 (ア～エから選択) イ 来年3月末までの時期 ウ 来年9月末までの時期 エ その他 () 例: 来年9月末までに休廃止予定であるなど | |

(⑥で「ウ. その他」を選択した場合)

| | |
|---|--|
| ⑧ レセプトコンピュータ・請求用端末の状況(ア～ウから選択) | |
| ア オンライン請求に対応可能(確認済み) イ 改修・調達が必要 (西暦 年 月対応予定) ウ 改修・調達の要否を確認中 | |
| ⑨ ネットワークの整備状況(ア～ウから選択) | |
| ア 整備済み イ 契約済み・未整備 (西暦 年 月対応予定) ウ 見積もり依頼中・検討中 | |
| ⑩ 各種届出の状況 | |
| (1) オンライン請求の利用申請 (済み/未実施) | |
| (2) 電子証明書の発行申請 (済み(※)/未実施) | |
| ※ オンライン資格確認端末から請求する場合、発行済みの電子証明書を兼用する場合を含む。 | |

| | |
|------|--|
| ⑪ 備考 | |
|------|--|

上記のとおり届け出ます。

西暦 年 月 日

審査支払機関

御中

開設者名

住所 〒

メールアドレス:

(別添3)

様式第2号

書面による請求に係る猶予届出書

I. 保険医療機関・薬局の基本情報

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| ① 名称 | | | |
| ② 電話番号 | - | - | |
| ④ 所在地 | 〒 | - | |
| | (都道府県) | | |
| ③ 保険機関コード | <small>都道府県番号 点数表番号 医療機関(薬局)コード(7ケタ)</small> | | |

II. 届出内容

⑤ 届出を行う内容(下記ア～ウから選択)

ア. 書面による請求の継続(レセコン未使用)
【対象】レセプトコンピュータを使用していない保険医療機関・薬局

イ. 書面による請求の継続(高齢医師等)
【対象】次に掲げる保険医療機関・薬局であって、診療又は調剤に従事する全ての常勤の保険医又は保険薬剤師の生年月日が、それぞれ次に掲げる日以前であるもの

a. レセプトコンピュータを使用している薬局 : 昭和19(1944)年4月1日

b. レセプトコンピュータを使用している内科診療所 : 昭和20(1945)年7月1日

c. レセプトコンピュータを使用している歯科診療所 又は : 昭和21(1946)年4月1日
レセプトコンピュータを使用していない診療所又は薬局

ウ. 書面による請求の終了(高齢医師等非該当)
【対象】イの対象であった保険医療機関・薬局であって、生年月日がそれぞれ上記の日より後である常勤の保険医又は保険薬剤師が新たに診療又は調剤に従事することとなったもの(届け出た月及びその翌月に限り、書面による請求が可能)
※この場合、速やかにオンライン請求利用申請と電子証明書の発行申請を行うこと。

(⑤で「イ. 書面による請求の継続(高齢医師等)」を選択した場合)

⑥ ⑤イのa～cのうち該当する類型(a～cから選択)

| | | | |
|---|------|-------|---|
| ⑦ 診療所・保険薬局の診療又は調剤に従事する常勤の保険医又は保険薬剤師の人数・生年月日 ※ 全員分記載。欄が足りない場合は備考欄に記載すること。 | 常勤人数 | | 人 |
| | 西暦 | 年 月 日 | |
| | 西暦 | 年 月 日 | |
| | 西暦 | 年 月 日 | |

⑧ 備考

上記のとおり届け出ます。

西暦 年 月 日

審査支払機関

御中

開設者名

住所 〒

メールアドレス:

(別添4)

様式第3号

請求命令附則第4条第5項による猶予届出書

I. 保険医療機関・薬局の基本情報

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| ① 名称 | | | |
| ② 電話番号 | - | - | |
| ④ 所在地 | 〒 | - | |
| | (都道府県) | | |
| ③ 保険機関コード | <small>都道府県番号</small> <small>点数表番号</small> <small>医療機関(薬局)コード(7ケタ)</small> | | |

II. 届出内容

| | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| ⑤ 届出を行う区分(第1号～第5号から選択) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・第1号: 電気通信回線設備の機能に障害が生じた保険医療機関・薬局であって、当該障害が生じている間、オンライン請求ができないもの ・第2号: レセプトコンピュータの販売又はリースの事業を行う者との間で光ディスク等を用いた請求に係る設備の設置又はソフトウェアの導入に係る契約を締結している保険医療機関・薬局であって、当該設置又は導入に係る作業が完了しておらず、完了する前の間、光ディスク等を用いた請求ができないもの ・第3号: 改築のための工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている保険医療機関・薬局であって、当該施設において診療又は調剤を行っている間、オンライン請求ができないもの ・第4号: 廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関・薬局であって、廃止又は休止までの間、オンライン請求ができないもの ・第5号: その他オンライン請求を行うことが特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 | | |
| ⑥ ⑤の選択に応じた補足事項 | | |
| ・第1号 | 回線機能障害の理由 | |
| ・第2号 | レセコン販売・リースの事業者 及び電気通信事業者との契約 | 事業者との契約日 西暦 年 月 日 作業完了予定日 西暦 年 月 日 |
| | 工事又は臨時施設開始日 | 西暦 年 月 日 |
| ・第3号 | 工事又は臨時施設終了予定日 | 西暦 年 月 日 |
| | 廃止又は休止予定日 | 西暦 年 月 日 |
| ・第5号 | 特に困難な事情の内容 | |
| ⑦ 備考 | | |

上記のとおり届け出ます。

西暦 年 月 日

審査支払機関

御中

開設者名

住所 〒

メールアドレス:

暗証番号の設定が不要なマイナンバーカードへの 医療機関での対応について

令和5年12月15日より、「顔認証マイナンバーカード」（暗証番号の設定が不要なカード）の交付等申請受付が開始されることとなりました。

当該カードについては、令和5年9月15日号本紙でもその概要をお知らせしましたが、今般、当該カードへの対応等の詳細が厚生労働省より示されましたので、下記をご参照ください。

記

1. 顔認証マイナンバーカードの概要

(1) 導入の趣旨・目的

顔認証マイナンバーカードは、暗証番号の設定を不要とし、マイナンバーカードに搭載された利用者証明用電子証明書を用いる際の本人確認では、機器による顔認証又は目視による顔確認に限定する設定を行ったマイナンバーカードです。

マイナンバーカードを健康保険証や本人確認書類として利用したいが、暗証番号の設定や管理に不安がある方等が安心してマイナンバーカードを取得し、利用できるよう新たに導入されました。

(2) 特徴

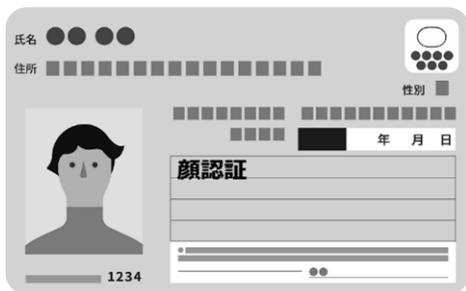
顔認証マイナンバーカードでは、機器による顔認証又は目視による顔確認により本人確認を行い健康保険証としての利用等ができますが、暗証番号の入力が必要なサービスは利用できません。

顔認証マイナンバーカードの交付等申請受付は希望者全員を対象としており、希望者は市町村窓口で手続きをすることとなります。

すでに通常のマイナンバーカードをお持ちの方が顔認証マイナンバーカードを希望する場合は、市町村窓口で手続きをすることで、すでにお持ちのカード自体は交換せず、通常のマイナンバーカードから顔認証マイナンバーカードに設定を切り替えることが可能です（顔認証マイナンバーカードから通常のマイナンバーカードへの設定の切り替えも同様に可能）¹。

顔認証マイナンバーカードは、医療機関・薬局において外見上区別できるよう、カードの追記欄に「顔認証」と印字されます（参考1）²。

(参考1) 顔認証マイナンバーカードのイメージ



¹ この際、すでにお持ちのマイナンバーカードで健康保険証の利用登録がされている場合は、設定切替え後も引き続きマイナンバーカードを健康保険証として利用し続けることができます。なお、顔認証マイナンバーカードでも、顔認証付きカードリーダーを利用して顔認証又は目視による本人確認により健康保険証の利用登録が可能です。

² 顔認証マイナンバーカードから通常のマイナンバーカードに設定を切り替えた場合は追記欄の「顔認証」の文字が取り消し線で消されます。

(3) 用途・機能

顔認証マイナンバーカードは、マイナポータルや各種証明書のコンビニ交付など暗証番号が必要なサービスでは利用できませんが、マイナンバーカードに記録されている顔写真を用いて、顔認証等により確実な本人確認を行った上で、オンライン資格確認を行うことができます(参考2)。

また、顔認証マイナンバーカードでは、通常のマイナンバーカードと同様、患者本人の同意に基づき、医療機関・薬局において、患者の過去の薬剤情報、特定健診等情報、診療情報を閲覧できるようになり、より多くの情報を元にした診療や服薬指導を行うことができます(参考3)。

(参考2) 顔認証マイナンバーカードで利用できるサービス・利用できないサービス

| 利用できるサービス | 利用できないサービス |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・健康保険証としての利用※ ・券面の顔写真や記載事項(氏名、住所、生年月日、性別等)を用いた本人確認書類としての利用 <p>※ 本人確認の方法は機器による顔認証又は目視による顔確認に限定されます。また、訪問診療等では令和6年10月以降に利用可能となる予定です</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・マイナポータル ・各種証明書のコンビニ交付 ・各種オンライン手続 ・オンライン診療・オンライン服薬指導における健康保険証としての利用 <p>などの暗証番号の入力が必要なサービス</p> |

(参考3) マイナンバーカード、顔認証マイナンバーカード及び資格確認書の用途

| | マイナンバーカード | 顔認証マイナンバーカード | 資格確認書 |
|----------------------|-----------|--------------|-------|
| 医療機関・薬局の外来受診等 | ○ | ○ | ○ |
| 医療機関・薬局への過去の薬剤情報の提供等 | ○ | ○ | × |
| マイナポータル・コンビニ交付 | ○ | × | × |

2. 顔認証マイナンバーカードの健康保険証利用登録

通常のマイナンバーカードについては、これまで①スマートフォン、②セブン銀行のATM、③医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーで健康保険証利用登録が可能となっています。

この点、顔認証マイナンバーカードでは、暗証番号が必要となる①スマートフォン、②セブン銀行のATMでは健康保険証利用登録ができませんが、顔認証マイナンバーカードの交付時・設定切り替え時に、本人の希望に基づき、市町村での健康保険証利用登録を可能としています。なお、顔認証マイナンバーカードでも、引き続き③医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーで健康保険証利用登録を行うことはできます。

医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーでの健康保険証利用登録の際の顔認証付きカードリーダーの画面遷移については、「病院・診療所向けオンライン資格確認等システム運用マニュアル2.70版」(令和5年11月30日社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会)の26ページ又は「薬局向けオンライン資格確認等システム運用マニュアル2.70版」(令和5年11月30日社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会)の27ページを御参照ください³。

なお、現在、医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーでは、暗証番号又は顔認証での本人確認を行った場合に利用登録が可能となっていますが、目視での本人確認を行った場合にも利用登録が可能となるよう、顔認証付きカードリーダーのシステムアップデートを実施します。このシステ

³ <https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/news/post-262.html>

ムアップデートに当たって、各医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーの交換等は必要ありません。システムアップデートの詳細については、「医療機関等向けポータルサイト」⁴に掲載していますので、御参照ください。

また、新規の健康保険証利用登録による医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーの混雑を軽減するため、通常マイナンバーカードから顔認証マイナンバーカードに設定を切り替える際には、あらかじめマイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていただくよう周知することとしています。

3. 顔認証マイナンバーカードで医療機関・薬局を受診等する場合の対応

患者が顔認証マイナンバーカードを用いて医療機関・薬局を受診等する場合は、通常マイナンバーカードと同様の手順で顔認証付きカードリーダーを操作いただくことになります。なお、顔認証マイナンバーカードでは暗証番号が利用できなくなるので、本人確認方法としては顔認証による本人確認が基本となります。詳細は以下の(1)～(3)をご覧ください。

(1) 顔認証付きカードリーダーの操作

まず、通常マイナンバーカードと同様に、顔認証付きカードリーダーに顔認証マイナンバーカードを挿入等いたします。

なお、通常マイナンバーカードと同様、障害がある等によりご自身で顔認証マイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置くことが難しい等のやむを得ない事情があり、患者ご本人から希望があった場合に、家族の方や介助者、施設職員等が患者の顔認証マイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに挿入する等の必要な支援を行うことがあります。

(2) 本人確認の方法

次に、本人確認については、顔認証マイナンバーカードでは暗証番号が利用できなくなるため、本人確認方法としては、顔認証を行っていただくことが基本となります。

顔認証が難しい場合には、医療機関・薬局の受付職員が、オンライン資格確認の目視モードを立ち上げ、カードに記録されている顔写真と一致する本人であることを目視で確認することにより、オンライン資格確認が可能ですので、こうした対応について、医療機関・薬局において、可能な限り御協力をお願いします。目視モードの利用方法については、4をご覧ください⁵。

なお、「マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合の対応について」(令和5年7月10日付け保発0710第1号厚生労働省保険局長通知。別添1)において、マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができないケースにおける資格確認の方法として、同通知2(1)において、「患者が自身のスマートフォン等によりマイナポータルにアクセスして医療保険の被保険者資格情報の画面を提示できる場合…は、当該マイナポータルの画面…を医療機関等の受付窓口で提示することにより資格確認を行う」こととしておりますが、顔認証マイナンバーカードについてはマイナポータルを利用することができないため、当該患者が健康保険証を持参していない場合は、同通知2(2)に記載のとおり「患者に、マイナンバーカードの券面情報(氏名、生年月日、性別、住所)、連絡先、保険者等に関する事項(加入医療保険種別、保険者等名称、事業所名)、一部負担金の割合等を申し立てる被保険者資格申立書…を可能な範囲で記入いただき」、医療機関・薬局の窓口で提出いただきます。

⁴ <https://www.iryohokenjyoho-portal.jp/news/>

⁵ 顔認証マイナンバーカードに関して、待合スペース等にいる本人の顔とマイナンバーカードの写真を職員が目視で確認する本人確認も可能ですが、薬局において、代理の方が薬剤を受け取りに来るなど、本人が不在の場合は、目視での確認はできませんので、処方箋又は資格確認書で資格確認をしていただくことになります。

(3) 同意選択

最後に、同意選択については、通常のマイナンバーカードと同様に、カードリーダーを操作することとなります。

なお、この際も通常のマイナンバーカードと同様、患者ご本人から希望があった場合に、家族の方や介助者、施設職員等が画面操作等を行うことによりご本人の同意選択等を手助けすることがあります。

4. 目視モードの利用方法

3(2)に記載したとおり、顔認証が難しい場合には、医療機関・薬局の受付職員が、オンライン資格確認の目視モードを立ち上げ、カードに記録されている顔写真と一致する本人であることを目視で確認することにより、オンライン資格確認が可能ですので、こうした対応について、医療機関・薬局において、可能な限り御協力をお願いしております。

5. その他

顔認証マイナンバーカードにおける本人確認方法としては、顔認証を行っていただくことが基本となりますが、厚生労働省においては、顔認証付きカードリーダーの顔認証の精度向上等のため、各カードリーダーメーカーに対して改善を要請し、対応いただいているところです。

また、顔認証等におけるシステムトラブル時の対応方法については、全保険医療機関・薬局向けの「マイナンバーカードの保険証利用を推進するためのオンラインセミナー」(令和5年10月10日開催)において各カードリーダーメーカーごとに分かりやすく御説明しておりますので、ご覧ください。

(URL) <https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/news/post-253.html>

厚生労働省「マイナ保険証支援金セミナー&報酬改定の プチお知らせについて(アーカイブ配信)」

厚労省より、1月12日に開催した標記に関する動画配信についてアーカイブ配信をする旨の周知依頼がありましたのでお知らせいたします。

1. 開催方法：YouTube アーカイブ配信(令和6年1月12日開催分)
2. 議題：「マイナ保険証支援金セミナー&報酬改定のプチお知らせ」
 - ・マイナ保険証利用促進のための医療機関等への補助等の支援策について
 - ・アフターコロナの医療機関経営における医療DXの推進について
 - ・診療報酬改定の検討状況(賃上げ関係)について
3. 視聴方法：以下の厚労省HP「オンライン資格確認の導入について(医療機関・薬局、システムベンダ向け)」ページにてご覧ください。令和5年10月10日に開催した「マイナンバーカードの保険証利用を推進するためのオンラインセミナー」についても、同ページにて配信されています。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html



新設の医療機関がオンライン資格確認を 導入するための手続について

令和6年4月以降に新設の医療機関が診療開始月の月初からオンライン資格確認を導入するための必要な手続方法を厚労省が示しましたのでお知らせします。

1. オンライン資格確認の導入に向けて必要な準備

医療機関としての指定を受ける時点においてオンライン資格確認を導入するためには、医療機関は、顔認証付きカードリーダー等の調達作業などを計画的に行う必要があります。

導入に向けて必要な準備の全体・概要については、「オンライン資格確認の導入に向けて必要な手続き」および「ネットワーク整備を含むオンライン資格確認導入に向けた準備作業の手引き」にまとめているため、これらを確認し、必要な対応をお願いします（次頁以降参照）。

2. 受付番号

医療機関がオンライン資格確認を利用するためには、医療機関コードが必要ですが、医療機関として指定される前はコードを有していないことから、代替として地方厚生（支）局が受付番号を交付しています。

指定の申請に先立ち、提出期限（指定の2か月前を目安に地方厚生（支）局が設定し、ホームページ等で案内する期限）までに「受付番号情報提供依頼書兼回答書」（別紙1）を地方厚生（支）局に提出してください。

また、地方厚生（支）局から受付番号の交付を受けた後、速やかに（指定の2か月前の15日までに）、オンライン資格確認の実施機関（社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会）に受付番号を含む所要の情報を提出し、その後、医療機関等向け総合ポータルサイトにおいてアカウント登録などの手続を行ってください。

3. オンライン資格確認の導入計画書

医療機関における計画的な導入を促すため、医療機関は、オンライン資格確認の経過措置に該当する場合を除き、指定申請書の添付書類として、「オンライン資格確認の導入計画書」（別紙2）を提出するものとします。

保険医療機関・保険薬局の新設を予定される方向け

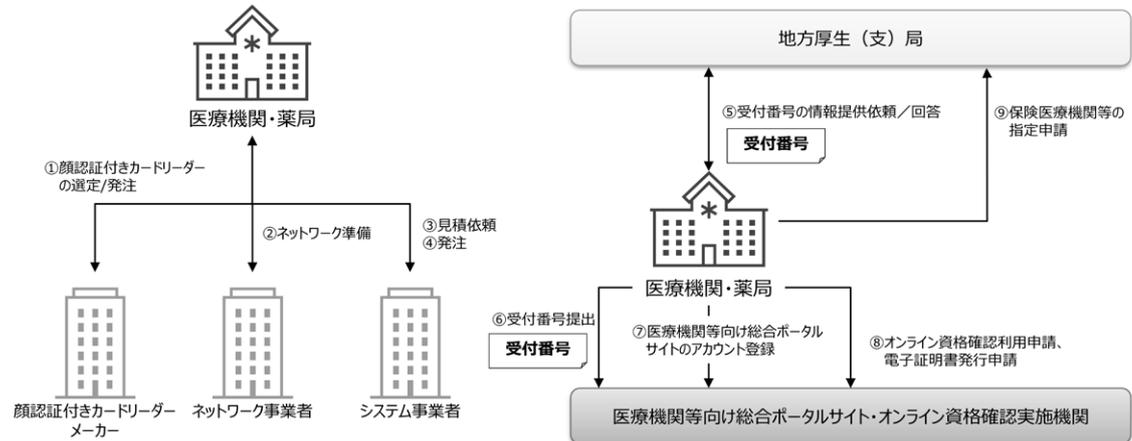
オンライン資格確認の導入に向けて必要な手続き

診療開始月の月初から「オンライン資格確認」の導入を行うためには、以下のスケジュールを目安に、必要な手続きを進めていただくようお願いします。

スケジュール(目安)

| ～診療開始3月前 | システム導入等の依頼と同時 | … | 指定2か月前 | 指定1か月前 |
|----------------------------------|---------------|---|---|---------------|
| ①顔認証付きカードリーダーの選定/調達 ②ネットワーク準備 | ③見積依頼 ④発注 | | 【地方厚生(支)局の提出期限までに】* ⑤受付番号の情報提供依頼 【15日までに】 ⑥オンライン資格確認実施機関へ受付番号提出 ⑦医療機関等向け総合ポータルサイトのアカウント登録 ⑧オンライン資格確認利用申請、電子証明書発行申請 | ⑨保険医療機関等の指定申請 |

* 提出期限は地方厚生(支)局によって異なりますので、HP等でご確認ください。



保険医療機関・保険薬局の新設を予定される方向け

オンライン資格確認の導入に向けて必要な手続き

各手続きの概略

- 顔認証付きカードリーダーの選定/調達** 【顔認証付きカードリーダーメーカー】
どの顔認証付きカードリーダーを購入するか選定し、顔認証付きカードリーダーのメーカーに調達を行ってください。
- ネットワーク準備** 【ネットワーク事業者】
オンライン資格確認用のネットワークの敷設を、ネットワーク事業者に依頼してください。
※オンライン請求及びオンライン資格確認等システム接続可能回線・事業者一覧 (https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/online/online_04.files/claimsys35.pdf)
- 見積依頼** 【システム事業者】
システム事業者にオンライン資格確認の導入に関する見積依頼を行ってください。
- 発注** 【システム事業者】
見積確認後、システム事業者に発注を行ってください。
- 受付番号の情報提供依頼** 【地方厚生(支)局】
地方厚生(支)局の提出期限までに地方厚生(支)局へ受付番号の情報提供依頼を行ってください。
※提出期限の詳細は、医療機関等の所在する地方厚生(支)局へご確認ください。
- オンライン資格確認実施機関へ受付番号提出** 【オンライン資格確認実施機関】
地方厚生(支)局から受付番号の回答を受けた後、指定2か月前の15日までにオンライン資格確認実施機関へ提出してください。こちらをもって医療機関等向け総合ポータルサイトへのアカウント登録が可能となります。
- 医療機関等向け総合ポータルサイトのアカウント登録** 【オンライン資格確認実施機関】
医療機関等向け総合ポータルサイト※に受付番号でアカウント登録をしてください。
※オンライン資格確認実施機関が開設するオンライン資格確認導入に向けたポータルサイト (<https://iryohokenjivoho.service-now.com/csm/>)
- オンライン資格確認利用申請、電子証明書発行申請** 【オンライン資格確認実施機関】
医療機関等向け総合ポータルサイトから、受付番号でオンライン資格確認の利用申請と電子証明書発行申請をしてください。
- 保険医療機関等の指定申請** 【地方厚生(支)局】
保険医療機関・保険薬局として指定を受けようとするときは、地方厚生(支)局の提出期限までに地方厚生(支)局へ「保険医療機関・保険薬局指定申請書」を提出する必要があります。
※保険医療機関・保険薬局の指定に係る詳細は、医療機関等の所在する地方厚生(支)局へご確認ください。



保険医療機関・保険薬局の新設を予定される方向け

オンライン資格確認の導入に向けて必要な手続き

お問い合わせ先

オンライン資格確認実施機関（医療保険情報提供等実施機関）

・医療機関等向け総合ポータルサイト（社会保険診療報酬支払基金）

<https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm>

※チャットボットサービスあり



電話番号：0800-0804583（通話無料）（月～金8:00～18:00 土8:00～16:00（いずれも祝日を除く））

メール：contact@iryohokenjyoho-portalsite.jp

※【⑤受付番号の情報提供依頼】については、医療機関等の所在する地方厚生（支）局都府県事務所等へご確認ください。

各地方厚生（支）局の保険医療機関・保険薬局の指定に関する申請については、以下URLからご確認ください。

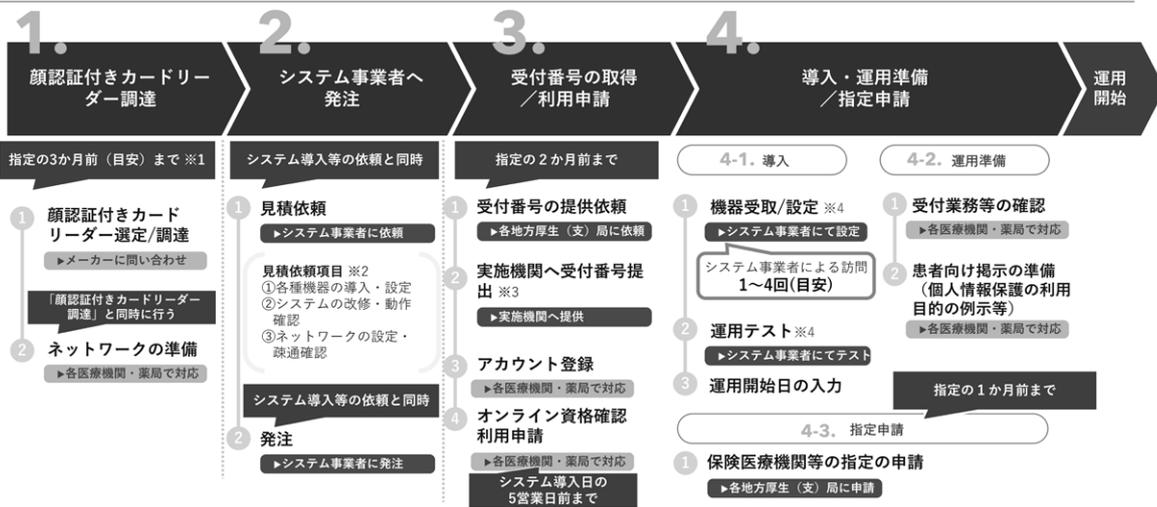
| | | | |
|------------|-------------|-------------|------------|
| 北海道厚生局 | 関東信越厚生局 | 近畿厚生局 | 四国厚生支局 |
| 東北厚生局 | 東海北陸厚生局 | 中国四国厚生局 | 九州厚生局 |



準備作業のステップ

オンライン資格確認の利用に向けた準備作業は以下の4ステップになります。

顔認証付きカードリーダーの到着や、システム事業者の現地作業までに期間を要するため、お早めに顔認証付きカードリーダーの発注/システム事業者への発注をお願いいたします。



※1：顔認証付きカードリーダーの納期はメーカーの生産状況等によって異なるため、各メーカーにお問い合わせください。（必要に応じて事前にシステム業者に対して機種をご相談ください）

※2：見積依頼項目の内容については次ページをご参照ください。なお、システム事業者の契約範囲によっては、パソコン等を別途発注する必要もございます。

※3：「実施機関」とは社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会を指します。

※4：立会いの有無など必要な対応が異なる場合がありますため、システム事業者にご確認ください。

なお、上記は一般的な診療所・薬局を想定した準備作業のステップとなります。大規模な病院やチェーン展開の薬局については、施設規模等によって準備作業のステップが異なる想定されるため、システム事業者へご確認ください。

| | |
|-----------|---|
| (住所) 〒 | — |
| (氏名) | |
| | 様 |

別紙1

←回答書の送付先を
記載してください。

受付番号 情報提供依頼書 兼 回答書

オンライン資格確認システムの導入のため、受付番号(保険医療機関等として指定された後に付与予定の医療機関等コード)の情報提供を希望します。

(情報提供を希望する医療機関・薬局)

| | | |
|--------------------------|-----|-------|
| 医科 ・ 歯科 ・ 薬局 | 名称 | |
| | 所在地 | 〒 — |
| 指定希望日(予定) | 令和 | 年 月 日 |

上記のとおり依頼します。

令和 年 月 日
〇〇 厚生(支)局 御中開設者
(氏名)※法人の場合は、名称、代表者の職・氏名(保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号)
※保険医又は保険薬剤師の場合は記入ください。

担当者の連絡先(電話番号)

上記の依頼について、受付番号を回答します。

受付番号

※当該回答は保険医療機関・保険薬局としての指定ではありません。受付番号はオンライン資格確認の準備にのみ利用し、適切に管理してください。

令和 年 月 日
〇〇 厚生(支)局
(公印省略)

オンライン資格確認の導入計画書

I. 医療機関・薬局の基本情報

| | | | | |
|--------------------------|--------------|---|---|--------------------------|
| ① 医療機関 ・薬局 | (フリガナ) 名称 | | | |
| | 所在地 | 〒 | - | |
| ② 開設者 (法人の場合 は代表者) | (フリガナ) 氏名 | | | 保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号 |
| | 住所 | 〒 | - | |
| | 電話番号 | | - | - |

II. 届出内容

| | |
|--|-------------------------|
| (1) ポータルサイト関係手続 | |
| ③ アカウント作成 (済み/未実施) | |
| ④ 利用申請・電子証明書の発行申請 (済み/未実施) | |
| (2) カードリーダー | |
| ⑤ 調達状況 (ア～ウから選択) | |
| 〔 ア 整備済み イ 契約済み (月整備予定) ウ 見積もり中 〕 | |
| ⑥ メーカー名 | |
| (3) ネットワーク整備 | |
| ⑦ 整備状況 (ア～ウから選択) | |
| 〔 ア 整備済み イ 契約済み (月整備予定) ウ 見積もり中 〕 | |
| ⑧ ネットワーク導入事業者名 | |
| ⑨ ネットワーク種類 (IP-VPN/IPsec+IKE) | |
| (4) 導入作業等 | |
| ⑩ 導入作業開始(予定)日 | 西暦 年 月 日 |
| ⑪ システム導入事業者名 | |
| ⑫ 運用開始(予定)日 | 西暦 年 月 日 |
| ⑬ 診療・調剤開始(予定)日 | 西暦 年 月 日 |

- ※ 本計画書は、保険医療機関等の指定申請書に添付して、地方厚生(支)局に提出してください。
ただし、保険医療機関等の指定を受ける時点からオンライン資格確認の経過措置に該当するやむを得ない事情がある医療機関等であって、指定の申請の際に併せて経過措置の届出を行ったものについては、この限りではありません。
- ※ オンライン資格確認の導入に当たっては、「ネットワーク整備を含むオンライン資格確認導入に向けた準備作業の手引き」の内容も参考に、計画的な準備をお願いします。

医療扶助オンライン資格確認の導入経費に係る 助成金申請期間の変更について

令和5年12月15日号本紙にて、医療扶助のオンライン資格確認等についてお知らせしましたが、助成金をもらうための導入期限および申請期間が変更されましたので、お知らせします。

なお、医療扶助のオンライン資格確認の導入は義務ではありません。

【助成金の申請期間等について】※令和6年1月5日時点での情報

助成金をもらうための導入期限：令和6年3月1日

助成金の申請期間：令和5年11月13日～令和6年3月1日

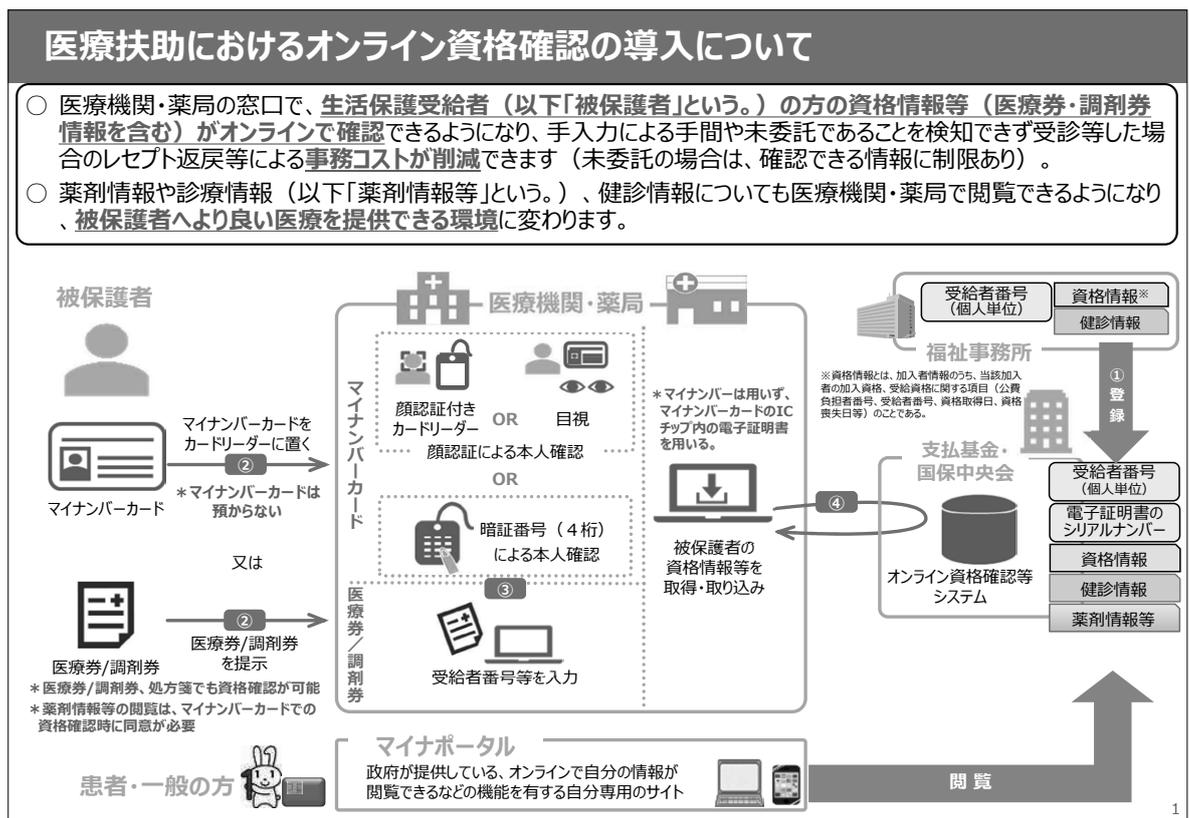
※今後の助成金の詳細については、決まり次第追ってご案内いたします。

令和6年度も支援が継続されるよう、日医として引き続き働きかけるとのことです。

【「医療機関等向け総合ポータルサイト」URL】

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=oqs_csm_top

※最新の情報や詳細は上記URLからご確認ください。



(参考) 医療機関・薬局の作業範囲の整理

- 医療扶助のオンライン資格確認の導入に当たっては、医療保険のオンライン資格確認の導入が済んでいれば、医療機関等システム基盤（資格確認端末/顔認証付きカードリーダー）及びネットワーク（オンライン請求回線）を可能な限り活用できるため、導入に係る負担は削減されます。
- 医療機関・薬局において必要になる作業は、医療保険と医療扶助の差分に係るシステム改修対応となります。
- 上記を踏まえた上で、医療機関・薬局における作業範囲は以下のとおりです。

| 作業項目 | | 「医療扶助のオンライン資格確認」導入時 |
|---|---------------------------------|--|
| オンライン資格確認等の機器 (資格確認端末、カードリーダー) | 資格確認端末等の設定 | 作業不要 ※医療保険のオンライン資格確認導入済み ※資格確認端末のアプリケーションは自動配信 |
| | 資格確認端末等の設置 初期セットアップ | 作業不要*1 ※医療保険のオンライン資格確認導入済み |
| 既存システム (レセプトコンピュータ、電子カルテシステム、薬局システム) | 医療扶助のオンライン資格確認 対応版パッケージソフト適用 | 医療機関・薬局ごとに対応が必要 |
| | 業務上の操作確認 | 医療機関・薬局で実施することも可能 ※システム事業者とご相談ください |
| ネットワーク | ネットワーク敷設 | 作業不要 ※医療保険のオンライン資格確認導入済み |

※1 オンライン資格確認の画面の環境設定（管理者アカウントでログイン）で「医療扶助」を「利用する」に変更いただく、もしくは、レセプトコンピュータから環境設定更新インターフェイスで「医療扶助」を「利用する」に変更いただく必要があります。

8

(参考) Q&A

Question

運用開始時期はいつですか。

医療扶助と医療保険を併用している被保護者の資格確認を行った場合にはどのように表示されますか。

要否意見書は、引き続き紙媒体での運用になりますか。

医療扶助のオンライン資格確認の本格運用開始後でも、紙の医療券/調剤券が発行されるようなケースはありますか。

医療扶助のオンライン資格確認は、訪問診療、訪問看護、オンライン診療での運用を予定していますか。

医療機関・薬局への医療扶助オンライン資格確認の導入に対する財政支援は、今後も継続するののか。

Answer

検証運用は令和6年2月、本格運用は令和6年3月を予定しています。

マイナンバーカードでの資格確認を行った場合には、医療保険と医療扶助の両方の資格が表示されます。ただし、保険者や福祉事務所で資格情報の登録が正しく実施されていない場合は、資格が表示されない場合があります。

要否意見書についてはこれまでどおり、紙媒体での運用をお願いします。

被保護者がマイナンバーカードを保有していない場合や、医療扶助のオンライン資格確認が未導入の医療機関・薬局を受診する場合等においては、紙の医療券/調剤券が発行されます。

訪問診療、訪問看護、オンライン診療は、医療扶助のオンライン資格確認に今後対応する予定です。

医療機関等ごとに導入の進捗に差が生じることも想定されるため、申請期限内の導入が間に合わない医療機関等に対し財政支援を行うべく、今後、調整を進めていく予定です。

14

「令和6年能登半島地震」で 被災された方への診療について

今般、令和6年能登半島地震に関し、保険証を紛失あるいは家庭に残したまま避難している方や、一部負担金等の支払いが困難な方に対する取り扱いが、厚労省より示されましたので、お知らせします。

1. 保険証の提示がなくても保険診療ができます

【対象者】被災により、保険証を紛失または自宅等に残したまま避難し、提示できない方

【医療機関の対応】

窓口で患者に次の事項を確認し、保険診療として取り扱うことができます。

①氏名、②生年月日、③連絡先（電話番号等）、④加入している医療保険者（※）

（※）被用者保険の場合は事業所名、国民健康保険の場合は住所または組合名、後期高齢者医療の場合は住所

2. 以下に該当する場合、診療等に係る窓口での一部負担金等の支払いを受け取る必要はありません

【特例の期間】令和6年4月末までの診療・調剤・訪問看護（医療保険）※延長する可能性あり

【対象者】（1）・（2）の両方に該当する患者の方

（1）「令和6年能登半島地震」にかかる災害救助法の適用市町村の住民の方で、次のいずれか保険者に加入されている方

①災害救助法適用市町村の一部の市町村国保

②災害救助法適用の市町村が所在する県の後期高齢者医療

③協会けんぽ、一部の健保組合・国保組合

（※）具体的な対象保険者は厚生労働省ホームページで確認できます。

厚生労働省 HP「政策について」>「分野別の政策一覧」>「他分野の取り組み」>「災害」>「石川県能登地方を震源とする地震について」>「「令和6年能登半島地震」で被災された方々の医療機関等での窓口での支払いは不要です」

(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_37331.html)

（2）次のいずれかに該当する旨を申し出た方

①住家の全半壊、全半焼、床上浸水またはこれに準ずる被災をした旨

（※）罹災証明書の提示は必要なく、窓口での口頭申告で可

②主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負った旨

③主たる生計維持者の行方が不明である旨

④主たる生計維持者が事業を廃止し、または休止した旨

⑤主たる生計維持者が失職し、現在収入がない旨

【医療機関の対応】

・窓口で申し立てがあった場合には、一部負担金等の支払いを受け取る必要はありません。

※申し立ての内容をカルテに記録する

・保険請求（レセプト請求）の際は、一部負担金等の額も含めた全額を請求してください。

なお、診療報酬の請求方法については、次頁をご参照ください。

1 被保険者証等を医療機関に提示せずに受診した者に係る請求の取扱い等について

(1) 被保険者証等を医療機関に提示せずに受診した者に係る請求の取扱いについては、以下の方法により診療報酬の請求を行うものとする。

① 医療機関においては、受診の際に確認した被保険者の事業所等や過去に受診したことのあつた医療機関に問い合わせること等により、また、窓口で確認した事項等により、可能な限り被保険者等を記載すること。

② 保険者を特定した場合にあっては、当該保険者に係る保険者番号を診療報酬明細書（以下「明細書」という。）の所定の欄に記載すること。

なお、被保険者証の記号・番号が確認できた場合については、当該記号・番号を記載することとし、当該記号・番号が確認できない場合にあっては、明細書の欄外上部に赤色で「不詳」と記載すること。

③ 上記①の方法により保険者を特定できないものにあつては、住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先について、明細書の欄外上部に記載し、当該明細書について、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）へ提出する分、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）へ提出する分、それぞれについて別に束ねて、請求するものとする。

なお、請求において、国民健康保険の被保険者である旨、国民健康保険組合の被保険者である旨及び後期高齢者医療の被保険者である旨を確認した者に係るものについては国保連に、被用者保険の被保険者等である旨を確認した者に係るものについては支払基金に請求するものとする。また、支払基金か国保連のいずれに提出すべきか不明なレセプトについては、医療機関において、可能な限り確認した上で、個別に判断し、いずれかに提出すること。

④ 保険者が特定できない場合の診療報酬請求書の記載方法については、国保連分は、当該不明分につき診療報酬請求書を作成する方法（通常通り、国保分と後期高齢者分を区分してそれぞれ診療報酬請求書を作成すること）で、支払基金分は、診療報酬請求書の備考欄に未確定分である旨を明示し、その横に一括して所定事項（件数、診療実日数及び点数等）を記載すること。

(2) 健康保険法（大正11年法律第70号）第75条の2等の規定により一部負担金の減免措置等を講じられたものに関する取扱い

健康保険法（大正11年法律第70号）第75条の2等の規定により一部負担金の減免措置等を講じられた者については、当該減免措置の対象となる明細書と減免措置の対象とならない明細書を別にして請求すること。（以下の事務連絡参照。）

なお、減免措置等に係る明細書については、明細書の欄外上部に赤色で「災1」と記載するとともに、同一の患者について、減免措置等に係る明細書と減免措置等の対象とならない明細書がある場合には、双方を2枚1組にし、通常明細書とは別に束ねて提出すること。

ただし、同一の患者について、減免措置等に係る診療等とそれ以外の診療等を区別することが困難な明細書については、赤色で「災2」と記載することとし、被災以前の診療に関する一部負担金等の額を摘要欄に記載すること。

また、減免措置に係る明細書の減額割合等の記載については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）に基づき記載すること。

- ・災害により被災した被保険者等に係る一部負担金等及び健康保険料の取扱い等について（平成24年11月28日厚生労働省保険局保険課事務連絡）
- ・暴風雪被害により被災した国民健康保険被保険者に係る国民健康保険料（税）等の取扱いについて（平成24年11月28日厚生労働省保険局国民健康保険課・総務省自治税務局市町村税課事務連絡）
- ・暴風雪に伴う被害に係る後期高齢者医療制度の一部負担金及び保険料の取扱いについて（平

成24年11月28日厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡)

(3) 被保険者証等により受給資格を確認した者の取扱いについて

被保険者証等により受給資格を確認した場合については、従来通りの方法に加え、(2)の方法により行うものとする。

2 レセプト電算処理システムの取扱いについて

レセプト電算処理システムに参加している医療機関等において、保険者が特定できない者等に係る診療報酬明細書等については、電子レセプトによる請求でなく紙レセプトにより請求すること。ただし、紙レセプトの出力が困難な場合には電子レセプトにより請求することも差し支えない。(電子レセプトにより請求する際には別添の事項を参考として記載すること。)

電子レセプトの記録に係る留意事項

本事務連絡に基づき診療報酬等を請求する場合には、電子レセプトの記載について以下の点に留意すること。なお、システム上の問題等によりこれらの方法によって電子レセプトによる請求ができない場合には、紙レセプトにより請求することとする。

1. 事務連絡1(1)②関連(保険者を特定できた場合)

保険者を特定した場合であって、被保険者証の記号・番号が確認できない場合は、

- 被保険者証の「保険者番号」を記録する。
- 被保険者証の「記号」は記録しない。
- 「番号」は「99999999(9桁)」を記録する。
- 摘要欄の先頭に「不詳」を記録する。
- 保険者番号が不明な場合には、「保険者番号」は「9999999(8桁)」を記録し、摘要欄に住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡を記録する。

2. 事務連絡1(1)③関連(保険者を特定できない場合)

保険者を特定できない場合には、

- 「保険者番号」は「9999999(8桁)」を記録する。
- 被保険者証の記号・番号が確認できた場合は記号・番号を記録する。
- 被保険者証の記号・番号が確認できない場合は上記1と同様に、
 - 「記号」は記録しない。
 - 「番号」は「99999999(9桁)」を記録する。
 - 摘要欄の先頭に住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先を記録する。

3. 事務連絡1(2)関連

本事務連絡1(2)において、「明細書の欄外上部に赤色で災1と記載する」とされているものについては、「レセプト共通レコードの「レセプト特記事項に「96」、保険者レコードの「減免区分」には該当するコード、摘要欄の先頭に「災1」と記録する」こと。

また、「災2と記載する」とされているものについては、「レセプト共通レコードの「レセプト特記事項」に「97」、保険者レコードの「減免区分」には該当するコード、摘要欄の先頭に「災2」と記録する」こと。

「令和5年秋以降の新型コロナウイルス感染症の 流行状況を踏まえた施設基準等に関する 臨時的な取扱いについて」の一部延長について

令和5年12月31日までとされていた施設基準に係る特例について、下記のとおり、冬の感染拡大や医療提供体制の状況を見据え、終了時期を令和6年3月31日まで延長することとされましたので、お知らせします。

なお、令和6年度の診療報酬・介護報酬の同時改定において、恒常的な感染対応への見直しを行うこととされています。

記

令和6年3月31日まで終了時期を延長する施設基準に係る特例について

① 月平均夜勤時間数等に1割以上の変動があった場合の取扱いについて

ア 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足し、入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発0304第2号。以下、「基本診療料の施設基準通知」という。)の第3の1(1)の規定にかかわらず、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月※から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

※ 令和6年1月の実績に1割以上の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は1月、「報告の対象となった最初の月から3か月」とは1月から3月の期間を指す。

イ 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足した医療機関については、基本診療料の施設基準通知の第3の1(3)及び(4)の規定にかかわらず、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員という。’)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、1割以上の一時的な変動があった場合及び暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月※2から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

※2 令和6年1月の実績に1割以上の変動があった場合又は1月及び2月の実績に1割以内の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は1月、「報告の対象となった最初の月から3か月」とは1月から3月の期間を指す。

ウ アとイと同様の場合、DPC対象病院について、「DPC制度への参加等の手続きについて」(令和4年3月25日保医発0325第4号)の第1の4(2)②に規定する「DPC対象病院の基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとする。

エ アからウの届出を行わなくてもよいこととされた医療機関においては、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足

したことを9月15日事務連絡の別紙様式1に記載し、各地方厚生(支)局に報告すること。

オ ア及びイの場合においても、看護要員の労働時間が適切であることが求められることは当然のことであり、例えば、非常勤職員を新たに採用するなど、看護要員の過重労働の防止に配慮すべきである。

- ② 月平均夜勤時間数については、同一入院基本料を算定する病棟全体で算出することとされているが、新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために月の途中から病床数又は病棟数を変更した場合、診療報酬上の評価のための当該月における月平均夜勤時間数を算出することは困難であること、また、令和6年3月31日までの間は月平均夜勤時間数について1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいとされていることから、勤務状況等について十分に把握するとともに、勤務実績に係る記録を保管しておくことで差し支えない。

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」の訂正について

令和5年11月15日号本紙に掲載しました『「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について(10月1日から)』について、厚労省より通知を訂正した旨の連絡がございましたので、下記のとおり訂正します。

2023年(令和5年)11月15日号保険だより P 8

| 訂 正 前 | 訂 正 後 |
|--|--|
| イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術、経皮的卵円孔開存閉鎖術、経皮的カテーテル心筋焼灼術、下大静脈フィルター留置術、下大静脈フィルター除去術又は心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)(右心カテーテル)を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合に限り一連につき4セットまで算定できる。 | イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術、経皮的卵円孔開存閉鎖術、 <u>経皮的左心耳閉鎖術</u> 、 <u>経皮的カテーテル心筋焼灼術(心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの)</u> 、 <u>経皮的カテーテル心筋焼灼術(その他のもの)</u> 、下大静脈フィルター留置術、下大静脈フィルター除去術又は心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)(右心カテーテル)を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合に限り一連につき4セットまで算定できる。 |

酸素の購入価格に関する 届出について

医療機関において「医療用酸素」を使用した場合、その購入実績の単価に応じてレセプトにより費用を請求することとなっています。

令和6年4月診療分からの「医療用酸素」の費用を保険請求するためには、前年実績による購入単価を所定様式にて、2月15日(木)までに近畿厚生局京都事務所（以下、京都事務所）へ届け出ることが必要となります。

酸素の購入価格に関する届出については、下記の近畿厚生局ホームページから「別紙様式 25」をダウンロードする必要があります。以前は京都事務所から各医療機関あてに届出に関する案内文書等が送付されていましたが、現在は京都事務所からのお知らせがありませんので、十分ご注意ください。

なお、酸素の使用がなく、酸素の購入実績がない医療機関については提出不要です。

また、過去に購入・使用の実績がない場合であっても、新たに購入・使用された場合は速やかに届出が必要となります（計算方法は「医科点数表の解釈」P.731～734参照）。届出をせずに、レセプトにより費用を請求すると返戻等の対象となりますのでご注意ください。

ご不明な点は近畿厚生局京都事務所（TEL 075-256-8681）までお問い合わせください。

記

提出時期 2月15日(木)

提出先 近畿厚生局京都事務所（郵送または窓口提出）

〒604-8153 京都市中京区烏丸通四条上ル笋町691 りそな京都ビル5階
TEL 075-256-8681

届出様式 「別紙様式 25」

※近畿厚生局ホームページ「酸素の購入価格の届出」より様式（Excel版およびPDF版）をダウンロードしてください。

(https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/shinsei/shido_kansa/sanso_konyu/index.html)

記載要領 近畿厚生局ホームページの上記ページ参照

届出についてのQ&A

Q1 今回の届出で注意すべき点は？

A1 令和4年中に購入実績がない場合は、直近の購入実績により届出を行うこととなりますが、直近の購入実績が令和元年9月30日以前となる場合は、実際に購入した価格に108分の110を乗じて得た額（1円未満の端数は四捨五入）を酸素の購入対価として記載することとなります。

(例) 令和元年5月に可搬式液化酸素容器（LGC）を300,000円（税込）購入した場合
 $300,000 \times (110 \div 108) = 305,556$ 円（1円未満の端数を四捨五入）
305,556円を購入対価の欄に記載する。

Q2 大型ボンベ、小型ボンベとは？

A2 大型ボンベとは、ボンベ1本当たり通常7,000リットル又は6,000リットル用のボンベをいい、3,000リットルを超えるものです。

小型ポンベとは、ポンベ1本当たり通常1,500リットル又は500リットル用のポンベをいい、3,000リットル以下のものです。

Q3 購入容積、購入価格を記載する際の留意すべき点は？

A3 酸素の容積は、ポンベの場合は圧縮されているため35℃1気圧で換算した容積を、液化酸素の場合は気体にした容積になります。ご不明の点がありましたら、購入業者に確認のうえ記入してください。また、各欄の酸素の単価は、1銭未満の端数を四捨五入して記載してください。

<参考>

J024 酸素吸入他, J201 酸素加算(抜粋)

- (1) 間歇的陽圧吸入法, 鼻マスク式補助喚気法, 体外式陰圧人工呼吸器治療, ハイフローセラピー, インキュベーター, 人工呼吸, 持続陽圧呼吸法, 間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄(気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。)と同一日に行った酸素吸入, 突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は, それぞれの所定点数に含まれており, 別に算定できない。
- (2) 酸素吸入のほか酸素又は窒素を使用した診療に係る酸素又は窒素の価格は, 「酸素及び窒素の価格」(平成2年厚生省告示第41号)により定められている。
- (3) 酸素の購入単価は, 液化酸素, ポンベ等の酸素の形態にかかわらず次の算式により, 医療機関ごとに算出するものとし, 4月1日から3月31日までの1年間の診療については, この酸素の購入価格によって請求するものとする。

酸素の購入価格(単位 円) =

酸素の購入単価(単位 円) × 当該患者に使用した酸素の容積(単位 リットル) × 補正率

酸素の購入単価(単位 円) =

$$\frac{\text{当該年度の前年の1月から12月までの間に当該医療機関が購入した酸素の対価}}{\text{当該購入した酸素の容積(単位 リットル, 35℃1気圧で換算)}}$$

酸素の購入価格に関する届出書 (年度)

(別紙様式25)

1 [前年の1月から12月までの間に酸素の購入実績がある場合]

| 購入年月 | 定置式液化酸素貯槽(CE) | | 可搬式液化酸素容器(LGC) | | 大型ボンベ(3000ℓ超) | | 小型ボンベ(3000ℓ以下) | |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 購入容積 (リットル) | 購入対価 (税込 円) |
| 年 1月 | | | | | | | | |
| 年 2月 | | | | | | | | |
| 年 3月 | | | | | | | | |
| 年 4月 | | | | | | | | |
| 年 5月 | | | | | | | | |
| 年 6月 | | | | | | | | |
| 年 7月 | | | | | | | | |
| 年 8月 | | | | | | | | |
| 年 9月 | | | | | | | | |
| 年 10月 | | | | | | | | |
| 年 11月 | | | | | | | | |
| 年 12月 | | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | | |
| 1ℓ当りの 単価 | | | | | | | | |

2 [前年の1月から12月までの間に酸素の購入実績がない場合(当該診療月前の酸素の購入実績)]

※ 直近の購入年月が令和元年9月30日以前である場合は、実際に購入した価格に108分の110を乗じて得た額(1円未満の端数は四捨五入)を購入対価として記載すること。

| 購入年月 | 定置式液化酸素貯槽(CE) | | 可搬式液化酸素容器(LGC) | | 大型ボンベ(3000ℓ超) | | 小型ボンベ(3000ℓ以下) | |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 購入容積 (リットル) | 購入対価 (税込 円) |
| 年 月 | | ※ | | ※ | | ※ | | ※ |
| 1ℓ当りの 単価 | | | | | | | | |

3 [その他(購入業者名及び種類)]

| 購入業者名 | 種類(液化酸素・ボンベ) |
|-------|-------------------------------|
| | 1. 液化酸素(CE/LGC) 2. ボンベ(大型/小型) |
| | 1. 液化酸素(CE/LGC) 2. ボンベ(大型/小型) |
| | 1. 液化酸素(CE/LGC) 2. ボンベ(大型/小型) |

上記のとおり届出します。

年 月 日

| | |
|---------|--|
| 医療機関コード | |
|---------|--|

所在地

近畿厚生局長 様

保険医療機関 名称

開設者

担当者

電話

— —

記載上の注意事項

- 届出は当該前年の1月1日から12月31日までの間に購入した全ての酸素について記載すること。
- 対価は、実際に購入した価格(消費税を含む)を記載すること。

酸素の購入価格に関する届出書の記載例

別紙様式25
酸素の購入価格に関する届出書(令和6年度)

1 【前年の1月から12月までの間に酸素の購入実績がある場合】

| 購入年月 | 定置式液化酸素貯槽(CE) | | 可搬式液化酸素容器(LGC) | | 大型ボンベ(3000ℓ超) | | 小型ボンベ(3000ℓ以下) | |
|---------|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| | 購入容積 (ℓ/ℓ) | 購入対価 (税込 円) | 購入容積 (ℓ/ℓ) | 購入対価 (税込 円) | 購入容積 (ℓ/ℓ) | 購入対価 (税込 円) | 購入容積 (ℓ/ℓ) | 購入対価 (税込 円) |
| 5年 1月 | | | 1,000,000 | 308,000 | | | 500 | 1,155 |
| 5年 2月 | | | 2,000,000 | 606,000 | | | 1,500 | 3,462 |
| 5年 3月 | | | 3,000,000 | 905,000 | | | 0 | 0 |
| 5年 4月 | | | 1,500,000 | 451,000 | | | 500 | 1,155 |
| 5年 5月 | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| 5年 6月 | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| 5年 7月 | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| 5年 8月 | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| 5年 9月 | | | 1,000,000 | 308,000 | | | 500 | 1,155 |
| 5年 10月 | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| 5年 11月 | | | 1,000,000 | 308,000 | | | 0 | 0 |
| 5年 12月 | | | 0 | 0 | | | 1,500 | 3,462 |
| 計 | | | 9,500,000 | 2,886,000 | | | 4,500 | 10,389 |
| 1ℓ相当の単価 | | | | 0.30円 | | | | 2.31円 |

2 【前年の1月から12月までの間に酸素の購入実績がない場合(当該診療月前の酸素の購入実績)】

※ 直近の購入年月が令和5年9月30日以後である場合は、実際に購入した価格に108分の110を乗じて得た額(1円未満の端数は四捨五入)を購入対価とし記載すること。

| 購入年月 | 定置式液化酸素貯槽(CE) | | 可搬式液化酸素容器(LGC) | | 大型ボンベ(3000ℓ超) | | 小型ボンベ(3000ℓ以下) | |
|---------|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| | 購入容積 (ℓ/ℓ) | 購入対価 (税込 円) | 購入容積 (ℓ/ℓ) | 購入対価 (税込 円) | 購入容積 (ℓ/ℓ) | 購入対価 (税込 円) | 購入容積 (ℓ/ℓ) | 購入対価 (税込 円) |
| 令和5年 5月 | | | | | 6,000 | 2,119 | | |
| 1ℓ相当の単価 | | | | | | 0.35円 | | |

3 【その他(購入業者名及び種類)】

| | |
|---------|-------------------------------|
| 購入業者名 | 種類(液化酸素・ボンベ) |
| 〇〇酸素(株) | ① 液化酸素(CE/LGC) ② ボンベ(大型/小型) |
| | 1. 液化酸素(CE/LGC) 2. ボンベ(大型/小型) |
| | 1. 液化酸素(CE/LGC) 2. ボンベ(大型/小型) |

医師機関コード: 01.1234.5

所在地: 大塚市中央区〇〇区〇〇-〇-〇
 名称: △△病院
 開設者: 厚生 太郎
 担当者: 花子
 電話: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

近畿厚生局長 様
 令和6年1月〇〇日
 上記のとおり届出します。

令和5年の購入実績の有無によって、「1」又は「2」のいずれかに記入

必ず記入

定置式液化酸素貯槽(CE)・・・屋外タンク等に貯蔵し配管で各病室に送る設備にしてある場合
 可搬式液化酸素容器(LGC)・・・可搬式ボンベに液化酸素を充填して使用する場合(液体酸素システム等)
 大型ボンベ(3000ℓ超)・・・3000ℓ超(7000ℓ超等)のボンベの場合
 小型ボンベ(3000ℓ以下)・・・3000ℓ以下(500・1000・3000ℓ超等)のボンベの場合

単価の計算方法
 購入対価÷購入容積(小数点第3位を四捨五入)

令和元年9月30日以前の購入対価の記載について
 実際に購入した価格に108分の110を乗じて得た額(1円未満は端数を四捨五入)を購入対価として記載してください。
 (例) 令和元年5月に大型ボンベ(3000ℓ超)を2,080円(税込)購入した場合
 2,080×(110÷108)=2,119円(1円未満の端数を四捨五入)

検査料の点数の取り扱いについて

令和5年12月20日から

令和5年12月19日付で新たな検査手法を用いることが認められることとなり、12月20日から、関連する検査料の点数を下記のとおり取り扱う通知が示されましたので、お知らせします。

記

■新たに保険適用が認められた検査

No. 1

| | |
|-------------|---|
| 測定項目 | A群β溶血連鎖球菌核酸検出 |
| 販売名 | ルミパルスβ-アミロイド1-42, ルミパルスβ-アミロイド1-40 |
| 区分 | E3(新項目) |
| 測定方法 | 化学発光酵素免疫測定法(CLEIA法) |
| 主な使用目的 | 脳脊髄液中のβ-アミロイド1-42の測定 脳脊髄液中のβ-アミロイド1-40の測定 (脳内アミロイドβの蓄積状態把握の補助) |
| 点数 | 1,282点(D004 穿刺液・採取液検査 14 リン酸化タウ蛋白(髄液) 641点 2回分) |
| 関連する留意事項の改正 | ※「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和4年3月4日付け保医発0304第1号)の別添1(医科診療報酬点数表に関する事項)の第2章(特掲診療料)を次のように改める。(変更箇所下線部) 第3部 検査 第1節 検体検査料 第1款 検体検査実施料 D000～D003 (略) D04 穿刺液・採取液検査 (1)～(12) (略) (13) <u>アミロイドβ 42/40比(髄液)は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断する目的にアミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため、CLEIA法により、脳脊髄液中のβ-アミロイド1-42及びβ-アミロイド1-40を同時に測定した場合、本区分「14」のリン酸化タウ蛋白(髄液)2回分の所定点数を準用して患者1人につき1回に限り算定する。ただし、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠をレセプトの摘要欄に記載すること。また、本区分「14」のリン酸化タウ蛋白(髄液)と併せて行った場合は主たるもののみ算定し、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断するに当たり実施した、<u>「E101-2」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影、「E101-3」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断</u></u> |

| | |
|--|---|
| | <p>層・コンピューター断層複合撮影又は「E101-4」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影については別に算定できない。</p> <p>(14) アミロイドβ 42/40比(髄液)は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に算定する。</p> <p>ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断及び認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師であること。</p> <p>イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与継続、中断又は中止を判断し、必要な対応が可能な医師であること。</p> <p>ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影、アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ(遺伝子組換え)製剤投与対象患者及びレカネマブ(遺伝子組換え)製剤による治療に関する研修を修了していること。</p> <p>(15) アミロイドβ 42/40比(髄液)は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医療機関で行われた場合に算定する。</p> <p>ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設であること。</p> <p>イ レカネマブ(遺伝子組換え)製剤を投与する患者について、初回投与時及び初回投与後に、当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設であること。</p> <p>(16) アミロイドβ 42/40比(髄液)は、(14)及び(15)のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。</p> <p>(17) 同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査(I)又は生化学的検査(II)に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う2回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。</p> <p>D004-2～D025 (略)</p> |
|--|---|

No. 2

| | |
|--------------------|--|
| | <p>アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影に係る留意事項の変更(「レカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドライン」を踏まえ、留意事項を変更)</p> |
| <p>関連する留意事項の改正</p> | <p>※「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和4年3月4日付け保医発0304第1号)の別添1(医科診療報酬点数表に関する事項)の第2章(特掲診療料)を次のように改める。(変更箇所下線部)</p> <p>第4部 画像診断 第1節 (略)</p> |

第2節 核医学診断料

E100・E101 (略)

E101-2 ポジトロン断層撮影

(1)・(2) (略)

(3) FDG 製剤又はアミロイド PET イメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、FDG 製剤又はアミロイド PET イメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる FDG 製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている FDG 製剤を使用した場合に限り算定する。

(4) アミロイド PET イメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影については、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、本区分「2」の FDG を用いた場合（一連の検査につき）、本区分「注4」の乳幼児加算及び「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数を準用して患者1人につき1回に限り算定する。ただし、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本撮影が必要と判断した医学的根拠をレセプトの摘要欄に記載すること。

(5) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

(6) ポジトロン断層撮影と同時に同一の機器を用いて行ったコンピューター断層撮影の費用はポジトロン断層撮影の所定点数に含まれ、別に算定できない。

(7) ○標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の○標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに FDG、N 標識アンモニア剤並びにアミロイド PET イメージング製剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(9) N 標識アンモニア剤を用いたポジトロン断層撮影については、他の検査で判断のつかない虚血性心疾患の診断を目的として行った場合に算定する。負荷に用いる薬剤料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(10) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

(11) アミロイド PET イメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影による画像診断、
「E101-3」に規定するアミロイド PET イメージング製剤を用いたポジトロン断層・
コンピューター断層複合撮影又は「E101-4」に規定するアミロイド PET イメージ
ング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影のうち、
いずれか複数、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断するに当たり
実施した場合には、いずれか主たるもののみを算定する。

(12) アミロイド PET イメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、

次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に算定する。

- ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断及び認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師であること。
 - イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与継続、中断又は中止を判断し、必要な対応が可能な医師であること。
 - ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影、アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ(遺伝子組換え)製剤投与対象患者及びレカネマブ(遺伝子組換え)製剤による治療に関する研修を修了していること。
- (13) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医療機関で行われた場合に算定する。
- ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設であること。
 - イ レカネマブ(遺伝子組換え)製剤を投与する患者について、初回投与時及び初回投与後に、当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設であること。
- (14) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は、(12)及び(13)のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。

E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

(1)～(3) (略)

(4) FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安静脈炎等の大型血管炎の診断に用いるFDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ているFDG製剤を使用した場合に限り算定する。

(5) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、本区分「2」のFDGを用いた場合(一連の検査につき)、本区分「注4」の乳幼児加算及び「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数を準用して患者1人につき1回に限り算定する。ただし、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本撮影が必要と判断した医学的根拠をレセプトの摘要欄に記載すること。

(6) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、「E200」コンピューター断層撮影(CT撮影)の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。

(7) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で「E100」シンチグラ

ム(画像を伴うもの)(ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。)又は「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

(8) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影による画像診断、「E101-2」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影又は「E101-4」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影のうち、いずれか複数、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断するに当たり実施した場合には、いずれか主たるもののみを算定する。

(9) N標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(10) ターゲットガス(窒素、酸素、二酸化炭素)等のN標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びにFDG、N標識アンモニア剤並びにアミロイドPETイメージング製剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(11) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

(12) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に算定する。

ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断及び認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師であること。

イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与継続、中断又は中止を判断し、必要な対応が可能な医師であること。

ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影、アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ(遺伝子組換え)製剤投与対象患者及びレカネマブ(遺伝子組換え)製剤による治療に関する研修を修了していること。

(13) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医療機関で行われた場合に算定する。

ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設であること。

イ レカネマブ(遺伝子組換え)製剤を投与する患者について、初回投与時及び初回投与後に、当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設であること。

(14) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、(12)及び(13)のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。

E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)

(1)～(3) (略)

- (4) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影については、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、本区分、本区分「注4」の乳幼児加算及び「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数を準用して患者1人につき1回に限り算定する。ただし、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本撮影が必要と判断した医学的根拠をレセプトの摘要欄に記載すること。
- (5) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。
- (6) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。
- (7) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影による画像診断、「E101-2」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影又は「E101-3」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影のうち、いずれか複数、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断するに当たり実施した場合には、いずれか主たるもののみを算定する。
- (8) FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分な体制を整備した上で実施すること。FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (9) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。
- (10) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に算定する。
- ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師であること。
- イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与継続、中断又は中止を判断し、必要な対応が可能な医師であること。
- ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影、アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ（遺伝子組換え）製剤投与対象患者及びレカネマブ（遺伝子組換え）製剤による治療に関する研修を修了していること。
- (11) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る

最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医療機関で行われた場合に算定する。

ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設であること。

イ レカネマブ（遺伝子組換え）製剤を投与する患者について、初回投与時及び初回投与後に、当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設であること。

(12) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、(10)及び(11)のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。

E101-5・E102（略）

【ポジトロン断層撮影】

問1 アミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造せず、市販の医薬品を購入して使用する場合は、当該点数に含まれるのか。

(答) 現時点においては当該点数に含まれるものとする。

問2 アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影における診療用PET薬剤の製造や撮像について、関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における「診療用PET薬剤製造施設認証」及び「PET撮像施設認証」を受けている必要があるか。

(答) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影について、「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における「診療用PET薬剤製造施設認証」及び「PET撮像施設認証」を受けていることは現時点では要件に含まれないが、「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」に基づく品質管理を実施すること及び令和6年5月末までにこれらの認証を受けていることが望ましいこと。

レカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る 最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について

今般、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤（販売名：レケンビ点滴静注 200mg および同点滴静注 500mg）に関して、最適使用推進ガイドラインが策定されたことにともない、留意事項が下記のとおり発出されましたのでお知らせします。

記

- (1) レケンビ点滴静注 200mg 及び同点滴静注 500mg については、最適使用推進ガイドラインに従い、有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間、本製剤の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに、副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するよう十分留意すること。
- (2) 本製剤を最初に投与した際には、次の事項をレセプトの摘要欄に記載すること。
 - ① 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載）
 - ア 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者
 - イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者
 - ・本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者
 - ・本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者
 - ウ MRI 検査（1.5 Tesla 以上）が実施可能であることが確認された患者
 - ② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日
 - ア 認知機能評価 MMSE スコア
 - イ 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア
 - ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名
 - エ アミロイド PET
 - オ 脳脊髄液（CSF）検査
 - ④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載）
 - ア 日本神経学会の専門医
 - イ 日本老年医学会の専門医
 - ウ 日本精神神経学会の専門医
 - エ 日本脳神経外科学会の専門医
 - ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の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（「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載）
 - オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること

- カ 画像所見から ARIA の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること
- キ 製造販売業者が提供する ARIA に関する MRI 読影の研修を受講していること
- ク 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること

⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載）

ア 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。

イ 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。

(項目)

- Ⅰ MRI 検査 (1.5 Tesla 以上) が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIA が認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること
- Ⅱ 認知機能のスコア評価 (MMSE スコア) 及び臨床認知症尺度 (CDR 全般スコア) が実施可能な者が配置されていること
- Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設において PET 検査又は CSF 検査が実施可能であること
- Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること
- Ⅴ CDR 全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること
- Ⅵ ARIA のリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI 読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIA の鑑別を含む MRI 読影が適切に行える常勤医が 1 名以上いること
- Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること
- Ⅷ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること

(3) 本製剤の投与開始後 6 か月以降の投与の際には、次の事項をレセプトの摘要欄に記載すること。

① 本製剤の投与施設（「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載）及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地

ウ 初回投与施設（(2) の初回投与施設と同一の施設）

エ 連携施設（(2) の初回投与施設と連携している施設）

② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの（「施設要件オ」と記載）

オ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること

③ 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（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載）

ケ 日本神経学会の専門医

コ 日本老年医学会の専門医

サ 日本精神神経学会の専門医

シ 日本脳神経外科学会の専門医

④ 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（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載）

ス 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、10 年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること

セ 画像所見から ARIA の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること

ソ 製造販売業者が提供する ARIA に関する MRI 読影の研修を受講していること

タ 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること

(4) 本製剤の継続投与の際には、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。

- ① 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。
- ② 本製剤投与中、CDR 全般スコア推移、MMSE スコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日
- ③ 本製剤投与中、MRI 検査を受けた直近の年月日

(5) 本製剤の初回投与から起算して、18か月を超える投与の際には、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- ① 本剤投与の継続が必要と判断した理由（CDR 全般スコア推移、MMSE スコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びに ARIA の有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること）
- ② 本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（2）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）

指定難病および障害者総合支援法の
対象疾病の追加等について
4月1日から

4月1日より指定難病および障害福祉サービス等の対象となる疾病について、3疾患の追加、5疾病の名称変更がされましたので、お知らせします。

▷新しく追加された疾病

- MECP2 重複症候群
- 線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）
- TRPV4 異常症

▷表記を変更した疾病

| 【旧】 令和6年3月31日までの疾病名 | 【新】 令和6年4月1日以降の疾病名 |
|------------------------|------------------------|
| 神経フェリチン症 | 脳内鉄沈着神経変性症 |
| 成人スチル病 | 成人発症スチル病 |
| 禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症 | HTRA1 関連脳小血管病 |
| ペリー症候群 | ペリー病 |
| マルファン症候群 | マルファン症候群 / ロイス・ディーツ症候群 |

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、ご注意ください。

〔裁判所共済組合大津支部〕

| | |
|-------------|---|
| 保 険 者 番 号 | 31250152 |
| 記 号 番 号 | 125 220674 |
| 氏 名 | 松 田 誠 司 |
| 被 扶 養 者 氏 名 | 松 田 摂 子 |
| | 松 田 隆 宏 |
| | 松 田 明 香 里 |
| 生 年 月 日 | 昭 44. 6. 26 |
| 無 効 事 由 | 紛 失 |
| 無 効 年 月 日 | 令 5. 12. 11 ※ただし、被扶養者明香里につき、令和5年10月末頃被扶養者証紛失 |

〔厚生労働省第二共済組合南京都病院所属所〕

| | |
|-----------|-------------|
| 保 険 者 番 号 | 31260193 |
| 記 号 番 号 | 519000597 |
| 氏 名 | 飛 田 ま き |
| 生 年 月 日 | — |
| 無 効 事 由 | 紛 失 |
| 無 効 年 月 日 | 令 5. 12. 25 |

〔法務省共済組合近畿地方更生保護委員会支部〕

| | | |
|-----------|--------------|--------------|
| 保 険 者 番 号 | 31270085 | 31270085 |
| 記 号 番 号 | 113 20005900 | 113 20006130 |
| 氏 名 | 小 林 栄 未 | 石 打 俊 介 |
| 生 年 月 日 | 昭 41. 9. 22 | 昭 58. 10. 15 |
| 無 効 事 由 | 亡 失 | 亡 失 |
| 無 効 年 月 日 | 令 5. 12. 16 | 令 5. 12. 23 |

保険医療部通信

(第384報)

令和6年度診療報酬改定の論点<その3>

令和6年度診療報酬改定率については、既報のとおり昨年12月20日に決定し、本体は過去10年で最も高いプラス0.88%を確保したが、生活習慣病を中心とした管理料や処方箋料等を再編し改定財源を捻出することとされた。

改定率決定を受けて、中医協では基本方針も踏まえた具体的な点数配分の議論が行われているところである。

昨年末には診療側・支払側それぞれが改定への意見を表明し、診療側は、初・再診料、外来診療料について、医師の技術料の最も基本となる部分で医療機関の経営原資となるものであり、物価高騰など、現下の経済社会情勢にも対応し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引上げることが必要だと主張した。また、入院医療では重症度、医療・看護必要度の評価項目が改定のたびに変更され、医療現場にとって負担となっていることから、今改定での大幅な見直しは避けるべきと強調した。

一方で、支払側からは、特定疾患療養管理料の対象疾患から高血圧・糖尿病・脂質異常症は除外し生活習慣病管理料のなかで評価することや外来管理加算の廃止、重症度、医療・看護必要度はB項目を用いないなど評価項目の大幅な見直しや救急医療管理加算の対象患者を見直すこと、さらに高齢の救急患者にリハビリテーション、栄養管理、在宅医療や介護との連携などを包括的に提供できる新たな病棟類型を創設し、10対1の急性期病棟をそちらに移行させ、一定期間後には急性期一般入院料2～6は早急に廃止するべきと主張している。2月の答申に向けてその議論に注目が集まる(1月11日時点)。

本号では、12月1日号保険医療部通信「令和6年度診療報酬改定の論点<その2>」の続報として、11月中旬以降の改定関連情報について、主に中医協総会の議論の論点を整理し、お知らせする。

| 主張 | | | | |
|--------|-------|------------------|--|--|
| 月日 | 会議名 | 主要テーマ | 厚労省 | 診療側 |
| 11月15日 | 中医協総会 | 働き方改革と回復期入院料がテーマ | ①地域医療体制確保加算を算定する病院で時間外労働時間が月80時間(年間960時間相当)以上の医師の割合が増加している状況を報告し、医師の働き方改革の実効性を担保する観点から要件の見直しについて検討を求め。医師事務作業補助体制加算は適切な人事管理の推進と業務範囲の明確化を論点に挙げる。 ②地域包括ケア病棟における高齢者等の救急搬送患者の受け入れ推進について検討を求め。また、算定する患者の1日あたりの医療資源投入量は、入院後、徐々に低下する傾向と説明。回復期リハビリ病棟では適切なアウトカム評価を推進する観点から、FIMの測定があり方や疾患別リハビリの上限単位数、体制強化加算のあり方の検討を求め。 | ①日医：地域医療体制確保加算は働き方改革が施行される令和6年度以降にその役割が発揮されるもので廃止は論外。時間外労働の増加はコロナの影響があると指摘し、時間短縮の実績を要件化することに反対。 医師事務作業補助体制加算については、診療所でもIT化に伴う事務作業の負担が増加しているとし、加算の対象に加えることを提案。 ②日医：地域包括ケア病棟での高齢者の救急受け入れについて、看護配置13対1では限界があり、さらなる人員体制を確保できる評価が必要と指摘。医療資源投入量が徐々に低下するのは当然と説明し、点数の通減制に反対。 回復期リハビリ病棟で第三者評価を受けることの義務化にも反対。 |
| 11月17日 | 中医協総会 | 不妊治療について検討 | 不妊治療の保険診療の実施状況等を報告。年齢・回数に係る要件等の見直しの必要性を問う。 | ①支払側：地域医療体制確保加算の効果を確認し廃止を主張。廃止が不可の場合も期限の設定と効果を高める要件の見直しを要求。 ②支払側：地域包括ケア病棟の評価に医療資源投入量を反映するよう求める。 回復期リハビリ病棟についてFIMの改善に6単位以上の運動器リハビリは効果が見られないとの調査結果を踏まえて1日6単位までとすることを提案。体制強化加算の届け出有無でもFIMに差がないことから加算の廃止を主張。 支払側：保険適用前と直近で不妊治療に係るデータに変化が見られないことから、要件等の見直しは不要と説明。 |

| | | | |
|--------|--------------|--------------------------------------|---|
| 11月20日 | 財政制度等 審議会 | 令和6年度予算編成に向けた建議 を取りまとめ | 診療所の報酬単価を5.5%程度引き下げたことを主張。 財務省の機動的調査で判明した診療所の極めて良好な直近の経営状況(2022年度経常利益率8.8%)等を踏まえ、診療所の報酬単価を適正化(初診料・再診料を中心に引き下げ)すること等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当。 診療所の報酬単価は、経常利益率が全産業やサービス産業(経常利益率3.1~3.4%)と比較して同程度となるよう、5.5%程度引き下げらるべき。 |
| 11月22日 | 中医協総会 | 療養病棟は医療区分を9分類に細 分化へ リフィル処方方も議論 | ①療養病棟入院基本料の医療区分の評 価を現行の3分類から疾患・状態と処 置等を組み合わせた9分類に精緻化し ていくことを提案。 ②リフィル処方の算定状況が低調で あることから推進する観点で議論を求 める。 ①日医:精緻化に反対はしないものの、 移行がスムーズに行われるよう配慮を 要請。 ②日医:処方権は医師のみにあること を強調。医師の判断が阻害されないよ う留意すべきと主張。 ①支払側:適正化の観点から精緻化に 賛同。 ②支払側:患者の希望に応じたリフィ ル処方箋発行の評価や特定疾患処方管 理加算についてより長期の処方への評 価を提案。 |
| 11月24日 | 中医協総会 | 医療経済実態調査の結果を公表 | 22年度の損益率は、一般病院全体でマイナス6.7%と21年度(マイナス5.5%)より悪化。新型コロナ関連の補助金 を含むと1.4%の黒字。設立主体別でも、医療法人はマイナス1.3%、国立はマイナス8.7%、公立はマイナス19.9%、 公的はマイナス5.7%ですべてにおいて21年度より悪化。 一般診療所は個人立が32.0%、医療法人立が8.3%で21年度より改善。 |
| 11月29日 | 中医協総会 | 認知症への対応がテーマ | かかりつけ医による認知症対応力を向 上するため、診断後支援、認知症に係 るBPSDへの対応等についての研修 受講を地域包括診療料・加算の要件と することを提案。 入院医療機関における認知症対応で は、身体的拘束等の行動制限を最小化 する取組の実施を求める看護補助者配 置加算等に、拘束した場合の減算措置 の導入について検討を求める。 日医:かかりつけ医認知症対応力向上 研修の受講を要件化することに絶対反 対。 身体的拘束の予防や最小化に理解を示 すも、減算ではなく取り組みへの評価 を求める。 支払側:研修受講の要件化を支持。 身体的拘束に関しても認知症ケア加算 と同様に看護補助者配置加算で減算を 設けることに賛成。 |

| | | | | | |
|-------------------------|-------|---------------------------|---|---|--|
| 12月1日 | 中医協総会 | 医療DX, 小児救急・周産期, リハビリなどを議論 | <p>①医療DXはサイバーセキュリティ対策の現状などを報告。医療法に基づく立ち入り検査の要綱に新たにセキュリティ確保のための取り組みを位置づけ、全ての医療機関に医療情報システム安全管理責任者の配置を求めていることを説明。</p> <p>②リハビリでは医療・介護連携を推進するため、医療機関から介護保険事業所へリハビリテーション実施計画書を提供することを疾患別リハビリの通則に位置づけることなどを論点に挙げる。</p> | <p>①日医：電子処方箋の導入などは全額補助金を充て、コストを診療報酬で評価することを求める。医療情報システム安全管理責任者の配置の対象医療機関をさらに拡大することは困難と強調。</p> <p>②日医：実施計画書を医療と介護で共有することは賛成も、通則に位置付けて義務化することは反対。</p> | <p>①支払側：診療録管理体制加算において400床以上の病院の要件となっている医療情報システム安全管理責任者の配置を中小規模の病院にも拡大することを主張。</p> <p>②支払側：実施計画書の情報共有の評価があるにもかかわらず算定は極めて少ないと指摘し、医療と介護の情報連携が十分とれていないことから通則に位置付けることに賛成。</p> |
| 医療経済実態調査の結果について各側が見解を示す | | | <p>◇日医：新型コロナウイルスに関する診療報酬上の特例や補助金やかかりまじり費用等の影響を排除した21, 22年度の損益率は、一般病院はそれぞれマイナス5.6%, マイナス6.8%, マイナス6.0%, 6.9%だったことを説明し、コロナ後の平均は一般病院、一般診療所ともコロナ前の平均を下回っていると強調。また、コロナ禍での診療報酬上の特例や補助金は一過性の収益で、これまでの感染対策経費の増加、追加的人員の確保などの診療体制の整備に活用しており、すべての医療機関が補助金等の対象となっていないわけではないことから、24年度診療報酬改定の議論はこれらの影響を除いて行うことを主張。</p> <p>さらに病院、診療所とも費用が上昇し、特に物価高騰を反映して水道光熱費の伸びが顕著であり、人材確保も厳しいと訴え、病院・診療所ともコロナ後の経営状況は非常に厳しく、物価高騰・賃金上昇を支える診療報酬の引き上げが必要な状況であると説明。</p> <p>◇支払側：新型コロナウイルス関連の補助金や特例措置を含めて経営分析をすべきと主張。補助金を含めた損益差額は、一般病院全体では1.8%の黒字。一般診療所では個人が31.5%, 医療法人が9.7%の黒字であり、医療法人は令和元年度以降で最も高い水準と説明。病院、診療所の経営は総じて堅調と主張。</p> | | |

| | | | | | |
|-------|-------|--|--|---|--|
| 12月6日 | 中医協総会 | 感染症対応は平時からの体制の評価のあり方を議論 救急医療では救急医療管理加算の対象範囲が焦点 ICUなどの治療室に宿日直許可前提の区分を協議 | ①新興感染症発生・まん延時における医療の評価や新興感染症以外で外来における発熱患者等の受入に係る評価などについて検討を求めめる。 ②患者の病態に応じた転院(下り)搬送の評価に向けた要件を提示。救急医療管理加算は算定範囲を論点に挙げる。 ③特定集中治療室に宿日直による勤務医が治療室にいる新たな区分を設けることや、宿日直許可との関係を含めた母体・胎児集中治療室管理料(MFICU管理料)における施設基準の在り方などを論点に挙げる。 | ①日医：平時からの取り組みの重要性を強調し、十分な評価を求めめる。 ②日医：下り搬送を評価する要件案は一部の地域を参考にしたものとして指摘。全国の実態やデータに基づき慎重な議論を求めめる。救急医療管理加算2の「その他の重症な状態」を廃止すべきとの支払側の意見は暴論。 ③日医：現在、「医療機関内」の勤務を求めめる治療室については宿日直を行う医師の配置でも施設基準を満たすことを明確化することを提案。 | ①支払側：新興感染症発生時は「流行初期医療確保措置」として財政支援があることから、平時の評価を拡充することに慎重な姿勢を示す。 ②支払側：下り搬送の要件案に賛成。救急外来から直接転院した場合と一旦入院してから転院する場合で評価を分けるべきと主張。救急医療管理加算2の算定対象の大半が「その他の重症な状態」という病院があることを問題視し、算定範囲の見直しを主張。 ③支払側：特定看護師の活用を条件に、通常より低い点数であれば検討の余地があると応じる。 |
| 12月8日 | 中医協総会 | 生活習慣病対策や医療DXなどを議論 入院時の食費は30円引き上げに異論なし | ①生活習慣病管理料の見直し案として、療養計画書の簡素化や、1月に1回以上の診療を求めめる要件の見直し、リフィル処方箋の活用などを提示。 | ①日医：リフィル処方箋の交付を要件化することに反対。また、特定疾患療養管理料は基礎的な疾患に対する技術料で、重症化予防にも寄与し、地域医療を支える内科系医師の技術料の評価として大変重要な位置づけだと強調。一方で生活習慣病管理料は当初、運動療養指導管理料として評価され、専門的管理が必要な患者への治療管理を目的としたものと述べ、一つの病名に対し、複数の点数が存在する場合には、医療機関の特性や患者の状況等に応じた適切な点数が選択されており、疾患が同じだからまとめていいことにはならないと反論。 | ①支払側：月1回受診の要件を廃止して、通院負担の軽減を図るとともに、リフィル処方や長期処方を要件に追加することを提案。 また、高血圧、糖尿病、脂質異常症を特定疾患療養管理料の対象から除外し、生活習慣病管理料で算定すべきと主張。 |

| | | |
|---|---|---|
| <p>②医療DXでは、書面が要件とされているものをデジタルでも可能とすることや、院内揭示事項をネットでも閲覧可能とすることを義務付けることを論点に挙げる。</p> <p>③入院時の食費について、食材費等の高騰を踏まえ、現在の自己負担1食460円を490円に30円引き上げることとを提案。</p> | <p>②日医：デジタル化を進めることに異論はないとしながらも、取り残される医療機関がないよう配慮を求める。</p> | <p>②支払側：書面交付のデジタル化について、対応できない患者に配慮し、柔軟な運用を可能にするよう提案。</p> |
| <p>改定に対する各側の見解を表明</p> | <p>◇日医：診療報酬は、全国一律の公定価格として厚生労働大臣により定められ、国民にとって安全で、安心できる医療を提供するための原資であることはもとより、医学の進歩・高度化に対応するための設備投資、患者ニーズの多様化に応える医療従事者の雇用の確保および拡充に不可欠なコストを賄っている。したがって、診療報酬は、原則2年毎に改定されることから、その間の賃金や物価の動向を適切に反映するものでなければならぬ。また、これまでの改定に期待される役割に加え、令和6年度の診療報酬改定においては、政府の重要政策とされる医療従事者の「賃上げ」および現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰という極めて異例の状況に対応できる改定でなければならぬ。医療の質を高めつつ、賃上げの好循環を全国の医療従事者に行き渡らせるためには、適切な財源が必要であり、従来以上の大幅なプラス改定が求められている。</p> <p>◇支払側：賃金、物価の動向を考慮しつつも、高止まりする医療費の自然増により医療保険制度の持続可能性に懸念があること、限界にある国民負担の状況、診療所と病院の経営状況の違い、職種別の給与水準の格差などを総合的に勘案する必要がある。したがって、患者の負担増や保険料の上昇に直結する安易な診療報酬の引き上げを行う環境にはない。</p> | |
| <p>令和6年度診療報酬改定の基本方針を決定</p> | <p>基本認識に「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応」などを掲げ、基本的視点として、現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進を重点課題に位置付ける。</p> <p>＜改定に当たっての基本認識＞</p> <ul style="list-style-type: none">・物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応・全世代型社会保障の実現や、医療・介護・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応・医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現・社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和 | <p>基本認識に「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応」などを掲げ、基本的視点として、現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進を重点課題に位置付ける。</p> <p>＜改定に当たっての基本認識＞</p> <ul style="list-style-type: none">・物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応・全世代型社会保障の実現や、医療・介護・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応・医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現・社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和 |
| <p>12月11日</p> | <p>社会保障審議会医療保険部会・医療部会</p> | |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | <p>＜改定の基本的視点＞</p> <p>(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】</p> <p>(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進</p> <p>(3) 安心・安全で質の高い医療の推進</p> <p>(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上</p> | <p>① 高齢者の救急受け入れに係る新病棟を提案</p> <p>② 訪問診療の算定回数が多い医療機関の要件厳格化やオンライン診療を議論</p> | <p>① 日医：医療機関が一定の時間をかけて判断できざる制度設計にすることが重要と指摘。</p> <p>② 日医：地域事情等で訪問診療の算定回数が多くなる場合があることから単に回数のみで要件を厳格化することに慎重な姿勢を示す。包括的支援加算の対象患者に麻薬の経口投与の患者を追加することは同意。</p> <p>③ 日医：不適切な実施を防止するため、指針を順守している旨の掲示を要件に加えることを主張。</p> | <p>① 支払側：新病棟は10対1の急性期病棟を想定し、現行の急性期一般入院料2～6の機能を整理すべきと提案。</p> <p>② 支払側：訪問診療の算定回数が多く、往診や看取りの実績が少ない医療機関は効果的な在宅医療を実施していることから、厳格化を求める。</p> <p>③ 支払側：指針に沿っていない診療は算定要件を満たしていないことから厳正な対処を求める。</p> |
| | <p>① 高齢者の救急患者に対応する入院について、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の創設を提案。</p> <p>② 在宅医療では、訪問診療の算定回数が多い医療機関の一部において、往診や看取りの実績が少ない傾向にあることから算定要件の厳格化を提案。また、在総管の包括的支援加算の対象患者に麻薬の経口投与を行っている患者を追加することも提案。</p> <p>③ オンライン診療において初診から向精神薬が処方されている実態を報告。</p> | <p>日医：協力医療機関を評価する方向性に賛成。ただし、施設との定期的な会議の参加を要件とすることは反対。</p> | <p>支払側：診療報酬上評価する場合は一定の要件が必要だとし、定期的なカンファレンス等で患者情報を常に確認することが最低限の条件と主張。</p> | |
| | <p>高年齢者施設との連携を議論</p> | <p>診療報酬本体は+0.88%、うち看護職員等の賃上げ対応に+0.61%、入院時の食費の引き上げの対応に+0.06%を充てる一方、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化により▲0.25%とされ、これらを除く改定率は+0.46%。薬価・材料価格は▲1.00%で診療報酬全体は▲0.12%。また、+0.46%のうち、0.28%程度は40歳未満の勤務医や事務職員などの従事者の賃上げに用いることとされた。</p> | | |
| | <p>12月20日</p> <p>内閣</p> | <p>12月20日</p> | <p>12月20日</p> | |

| | | | |
|--------|-------|---|--|
| 12月27日 | 中医協 | 各側が改定に関する意見を公表 | <p>◇日医：①初・再診料，外来診療料の適切な評価（引上げ）と再診料の見直し（再診料の水準を平成22年度改定前の水準に戻すこと）。②かかりつけ医機能のさらなる評価（地域包括診療料，認知症地域包括診療料，認知症地域包括診療料，地域包括診療料，認知症地域包括診療料，認知症地域包括診療料，小児かかりつけ診療料における要件を見直すとともに，点数を引上げ），外来管理加算や特定疾患療養管理料等のかかりつけ医機能の評価に係る点数は，これまでの経緯・運用を無視するよう見直しはすべきではない。③外来感染対策向上加算の見直し（カンファレンスへの参加や業務の煩雑さ，感染対策費用を考慮すれば，それに見合った評価が必要である）。④入院医療では入院基本料の適切な評価や重症度，医療・看護必要度を改定のたびに評価項目を変更すること自体，医療現場にとって負担となっており，今改定での評価項目の大幅な見直しは避けるべき。</p> <p>◇支払側：①急性期入院医療について，一般病棟用の「必要度」の評価項目のA項目は，「救急搬送後の入院／緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を1日又は2日とし，「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤からアミノ酸・糖・電解質・ビタミンを除外するとともに，評価日数に上限を設けることなどが求められる。B項目は，急性期の機能を適切に反映する観点で，患者の状態を評価する指標として用いないことが妥当である。急性期一般入院料1の平均在院日数は施設基準を14日に厳格化するべき。②高齢の救急患者等について，リハビリテーションと栄養管理，在宅医療や介護との連携などを包括的に提供できる新たな病棟類型を創設する。対象は，看護配置10対1の急性期病棟を主に想定し，一定の移行期間を認めるとしても，明確な期限を設定し，急性期一般入院料2～6は早急に廃止するべき。③救急医療管理加算は入院時にJCS0の意識障害，NYHAI度の心不全，P/F比400以上の呼吸不全とされた患者は対象外であることの明確化，救急医療管理加算2から「その他の重症な状態」を除外。④外来医療では，特定疾患療養管理料について，高血圧・糖尿病・脂質異常症は対象から除外し，生活習慣病管理料のなかで評価すること。外来管理加算は，計画的な管理を評価する「特定疾患療養管理料」「生活習慣病管理料」「地域包括診療加算」と併算定できることも踏まえ，廃止するべき。</p> |
| 1月10日 | 中医協総会 | <p>質上げへの対応を巡り議論 重症度，医療・看護必要度の見直しも協議</p> | <p>①40歳未満の勤務医，看護職員，病院薬剤師その他の医療関係職種の質上げに向けた評価方法について検討を求め。</p> <p>②一般病棟用の重症度，医療・看護必要度を見直した場合のシミュレーション結果などを報告。</p> <p>①日医：初・再診料，入院基本料の引き上げが唯一の方法と主張。患者が少ない地域など初・再診料の算定が少ない医療機関には追加的な仕組みを設けることも提案。</p> <p>②日医：見直し案は影響が大きすぎると指摘し，見直し幅を縮小するよう要請。</p> <p>①支払側：一律的な基本診療料の引き上げではなく，条件付きの加算などで評価すべきと提案。質上げの実績報告も必要と主張。</p> <p>②支払側：急性期Ⅰの必要度Ⅱは29%，平均在院日数は14日以内にするべきと主張。</p> |

令和6年度診療報酬改定の「議論の整理」を まとめる／中医協

令和6年度診療報酬改定率が決定したことを受けて、厚生労働大臣は1月12日、中医協総会に令和6年度診療報酬改定の諮問書を提出。同日の総会に「令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」を示すとともにパブリックコメントを募集した。医療現場や患者等国民から集まった意見も踏まえ、骨子をもとに中医協でより具体的な議論が行われている。

「議論の整理」は、令和5年12月11日に示された基本方針に沿って項目立てされている（Ⅰ 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進、Ⅱ ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進、Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進、Ⅳ 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上）。

外来診療では、日常的な感染防止対策や職員の賃上げの観点から初再診料等の評価を見直すとなっている。また、生活習慣病管理料の要件・評価の見直しや、特定疾患療養管理料の対象患者の見直しのほか、リフィル処方および長期処方の活用等の観点から特定疾患処方管理加算の要件・評価も見直すなどとされている。

入院医療では、40歳未満の勤務医、事務職員等の賃上げの観点から入院基本料等の評価の見直しや、急性期一般入院料1の平均在院日数の見直し、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る評価項目・該当患者割合の基準を見直すなどとされている。

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

前述のごとく、厚労省は、広く国民からの意見を踏まえた上で、幅広く議論を進めるという観点から、「議論の整理」についてパブリックコメントを募集したが、府医としては、会員および各地区医・専門医会宛に全体の内容およびパブリックコメントの提出要項をお知らせするとともに、内容を検討の上コメントの提出を依頼した。

「議論の整理」は下記のとおり。

令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（抜粋）

Ⅰ 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

Ⅰ-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

- (1) 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。
- (2) 入院基本料等について、以下の見直しを行う。
 - ① 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。
 - ② 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。
 - ③ 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。
 - ④ ①～③のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、入院基本料等の評価を見直す。
- (3) 外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、職

員の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。

(4) (略)

(5) (略)

I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進

- (1) 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。
- (2) 適切な集中治療を推進する観点から、特定集中治療室管理料について、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。
- (3) 病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。
- (4) 病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。
- (5) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。

I-3 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- (1) ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。
- (2) 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。

I-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

- (1) より実効性を持った医師の働き方改革を推進する観点から、地域医療体制確保加算について要件を見直す。
- (2) 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術に係る休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について要件を見直す。

I-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充

- (1) 適切な集中治療を推進する観点から、特定集中治療室管理料について、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。(I-2(2)再掲)
- (2) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価を見直す。
- (3) 感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護老人保健施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

- (4) ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。(I-3(1)再掲)
- (5) 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。また、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

I-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応

- (1) 近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。
- (2) 適切な集中治療を推進する観点から、特定集中治療室管理料について、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。(I-2(2)再掲)
- (3) 医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対するt-PA療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。
- (4) 脳梗塞の患者に対して血栓回収療法が実施される割合が医師少数区域において低いことを踏まえ、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が専門的な施設と連携して血栓回収療法の適応判断を行った上で専門的な施設に搬送し当該療法を実施した場合について新たな評価を行うとともに、超急性期脳卒中加算について、要件を見直す。
- (5) DPC/PDPSについて、適切な包括評価を行う観点から、医療機関別係数について、評価の主旨や実態を踏まえ、評価方法を見直すとともに、医師派遣機能等について、新たな評価を行う。
- (6) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、評価体系を見直すとともに、地域包括ケア病棟入院料2及び4並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。
- (7) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、対象となる地域を見直す。

II ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

II-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

- (1) オンライン資格確認等システムの活用により医療DXを推進し、質の高い医療を提供する観点から、以下の見直しを行う。
 - ① 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。
 - ② オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療DXを推進する体制について、新たな評価を行う。
 - ③ 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。
 - ④ 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理

を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

- ⑤ 救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。
- (2) へき地医療において、患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)が有効であることを踏まえ、へき地診療所・へき地医療拠点病院がD to P with Nを実施する場合について、新たな評価を行う。
- (3) 指定難病患者に対する治療について患者が医師という場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with D)が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。
- (4) 情報通信機器を用いた診療における閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸(CPAP)療法を実施する際の基準を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理について、新たな評価を行う。
- (5) 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いた診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。
- (6) 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (7) (略)
- (8) (略)
- (9) 医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対するt-PA療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。(I-6(3)再掲)
- (10) 脳梗塞の患者に対して血栓回収療法が実施される割合が医師少数区域において低いことを踏まえ、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が専門的な施設と連携して血栓回収療法の適応判断を行った上で専門的な施設に搬送し当該療法を実施した場合について新たな評価を行うとともに、超急性期脳卒中加算について、要件を見直す。(I-6(4)再掲)
- (11) 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件及び評価を見直す。
- (12) 健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた場合の医学管理について、評価の在り方の見直しを行う。
- (13) 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。
- (14) デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。
- (15) 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。(I-3(2)再掲)

Ⅱ-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

- (1) 高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。
- (2) 介護保険施設の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。
- (3) 医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟について、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを踏まえ、要件を見直す。
- (4) 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。
 - ① 介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。
 - ② 令和6年3月末を以て介護療養病床が廃止されることに伴い、医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床に関する記載を削除する。
 - ③ (略)
- (5) 医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について要件を見直す。
- (6) 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2について要件を見直す。
- (7) 精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料(Ⅰ)について情報提供先を見直す。
- (8) 入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算1及び2について要件を見直す。
- (9) 慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料について対象患者を見直す。
- (10) 認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算及びせん妄ハイリスク患者ケア加算について要件を見直す。
- (11) 入院基本料等について、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。(Ⅰ-1(2)②再掲)
- (12) 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。
- (13) 地域包括ケアの深化及び推進に向け、地域包括ケア病棟における効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。
- (14) 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所による医療・介護・障害福祉サービスにおける連携を推進するために、介護連携加算について名称及び要件を見直す。
- (15) 医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練(機能訓練)の円滑な移行を推進する観点から、病院・診療所が自立訓練(機能訓練)を提供する際の疾患別リハビリテーション料等の要件を見直す。

Ⅱ-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

- (1) 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜、日曜及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。
- (2) 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進する観点から、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算について評価を見直す。
- (3) NDB・DPCデータにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態が把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直す。
- (4) 大腸癌、卵巣癌及び膵癌の患者に対する術前の呼吸器リハビリテーションに係る有効性のエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の要件を見直す。
- (5) 療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。
 - ① 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。
 - ② 適切な栄養管理を推進する観点から、中心静脈栄養の評価を見直す。
 - ③ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ、療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。
 - ④ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。
 - ⑤ 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。
- (6) 入院基本料等について、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。(Ⅰ-1(2)①再掲)
- (7) 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、要件を見直す。
- (8) 回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、以下の評価を行う。
 - ① 回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する歯科医師及び歯科衛生士による口腔機能管理及び口腔衛生管理について、新たな評価を行う。
 - ② (略)

Ⅱ-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 急性期医療に係る実績や体制を適切に評価する観点及び地域の医療体制の維持の観点から、急性期充実体制加算について、評価の在り方を見直す。
- (2) 急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。
- (3) 医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料1の病棟における実態を踏まえ、急性期一般入院料1について、平均在院日数に係る要件を見直す。
- (4) 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び該当患者割合の基準を見直す。
- (5) 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。
- (6) 高度急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重

症度，医療・看護必要度について，評価項目及び該当患者割合の在り方を見直すとともに，業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から，レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

- (7) 重症度，医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から，急性期一般入院料1（許可病床数200床未満）又は急性期一般入院料2若しくは3（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について，重症度，医療・看護必要度Ⅱが用いられるよう，要件を見直す。
- (8) 特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を引き続き確保する観点から，重症患者対応体制強化加算について要件を見直す。
- (9) 実態に即した評価を行う観点から，短期滞在手術等基本料について評価を見直す。
- (10) 高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から，高齢者の救急患者等に対して，一定の体制を整えた上でリハビリテーション，栄養管理，入退院支援，在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて，新たな評価を行う。（Ⅱ－2（1）再掲）
- (11) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し，高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から，直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について，新たな評価を行う。
- (12) 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から，在宅患者支援病床初期加算を見直す。
- (13) より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から，回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。
- (14) 療養病棟入院基本料について，以下の見直しを行う。
 - ① 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ，医療区分に係る評価体系を見直す。
 - ② 適切な栄養管理を推進する観点から，中心静脈栄養の評価を見直す。
 - ③ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ，療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について，新たな評価を行う。
 - ④ 適切なリハビリテーションを推進する観点から，要件を見直す。
 - ⑤ 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ，経過措置を廃止する。（Ⅱ－3（5）再掲）
- (15) 医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い，有床診療所療養病床入院基本料の要件を見直す。
- (16) 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や，福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から，児童・思春期精神科入院医療管理料において，多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について，新たな評価を行う。
- (17) 障害者施設等入院基本料等の要件である，病棟の入院患者のうち重度の肢体不自由児（者），脊髄損傷等の重度障害者等が占める割合について，一部の医療機関において大きく下回る施設があったことを踏まえ，障害者施設等入院基本料等について要件を見直す。
- (18) 患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から，慢性腎臓病患者が入院した場合について，障害者施設等入院基本料等の評価を見直す。
- (19) 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から，緊急入院初期加算について要件を見直す。
- (20) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から，回復期リハビリテーション病棟入院料について，評価体系を見直すとともに，地域包括ケア病棟入院料2及び4並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について，要件を見直す。（Ⅰ－6（6）再掲）

- (21) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、対象となる地域を見直す。(I-6(7)再掲)
- (22) DPC/PDPSについて、以下の見直しを行う。
- ① 制度を安定的に運用する観点から、DPC対象病院の要件を見直す。
 - ② 適切な包括評価を行う観点から、医療機関別係数について、評価の主旨や実態を踏まえ、評価方法を見直すとともに、医師派遣機能等について、新たな評価を行う。(I-6(5)再掲)
 - ③ 急性期入院医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、診断群分類及び診断群分類毎の点数設定方式のあり方を見直す。
- (23) 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、薬剤料を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の取扱いを見直す。

II-5 外来医療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。
- (2) リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。
- (3) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、要件及び評価を見直す。

II-6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

- (1) 新興感染症発生・まん延時への備えを評価するとともに、感染対策における介護保険施設等との連携を推進する観点から、感染対策向上加算について、要件を見直す。
- (2) 第8次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。
- (3) 院内感染防止等の観点から感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、必要な感染管理及び個室管理を新たに評価する。
- (4) 我が国におけるAccess抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、サーベイランス強化加算について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。
- (5) ~ (7) (略)

II-7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

- (1) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、要件及び評価を見直す。(II-5(3)再掲)
- (2) 近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。(I-6(1)再掲)
- (3) 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について要件及び評価を見直す。
- (4) ~ (7) (略)

Ⅱ－8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- (1) 介護保険施設に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設の入所者の病状の急変時に、介護保険施設の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。
- (2) 地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院と連携体制を構築している在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が往診を行った場合について、新たな評価を行う。
- (3) 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。
- (4) 在宅での療養を行っている患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。
- (5) 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制を推進する観点から、在宅療養移行加算の評価を見直す。
- (6) 在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。
- (7) 在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICTの活用によって当該患者に関わる医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。
- (8) 本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、ターミナルケア加算について、要件を見直す。
- (9) より質の高い在宅医療の提供を適切に評価する観点から、訪問診療の算定回数等に応じて在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。
- (10) 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。
- (11) 在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、対象患者を見直す。
- (12) 患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供を推進するため、訪問診療の効率性の観点も踏まえ、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、一人あたりの訪問診療の算定回数が多い医療機関における在宅患者訪問診療料の評価を見直す。
- (13) 在宅医療における患者の状態に応じた評価をより適切に推進する観点から、頻回訪問加算について、要件及び評価を見直す。
- (14) 提供する訪問看護の質を担保しつつ、訪問看護ステーションを効率的に運営する観点から、管理者の責務を明確化するとともに要件を見直す。
- (15) 訪問看護における虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化を推進する観点から、虐待防止措置に関する体制整備を義務化するとともに、身体的拘束等を原則禁止する。
- (16) 多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費について要件及び評価を見直す。
- (17) 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。また、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

(I-5 (5) 再掲)

- (18) 緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。
- (19) 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を充実させる観点から、退院支援指導加算の要件を見直す。
- (20) 訪問看護において、ハイリスク妊産婦及び乳幼児の状態に応じた評価を行う観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について要件を見直すとともに、乳幼児加算について評価体系を見直す。
- (21) より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。
- (22) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。(II-1 (1) ④再掲)
- (23) 医師がICTを活用して死亡診断等を行う場合において、研修を受けた医療機関の看護師が当該医師の補助を行うことについて、新たな評価を行う。
- (24) ~ (31) (略)

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ-1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

- (1) 食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。
- (2) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき、不採算品再算定について対応する。

Ⅲ-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

- (1) 不妊治療を保険診療で実施する医療機関を広げる観点から、一般不妊治療管理料について要件を見直すとともに、不妊治療における胚の凍結保存に係る実態を踏まえ、胚凍結保存管理料について要件を見直す。
- (2) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。(I-2 (5) 再掲)
- (3) 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大するとともに、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。
- (4) 「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗HLA抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、抗HLA抗体の測定について、対象患者及び要件を見直す。
- (5) 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。
- (6) 入院基本料等について、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。(I-1 (2) ②再掲)
- (7) 入院基本料等について、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。(I-1 (2) ③再掲)

- (8) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価を見直す。(I-5(2)再掲)
- (9) 医療安全を更に推進する観点から、医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等について、医療安全対策加算1の届出を要件とする。
- (10) 手術等の医療技術について、以下の見直しを行う。
 - ① 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術(先進医療として実施されている技術を含む。)について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。
 - ② 新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。
 - ③ 外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。
- (11) 質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。
- (12) 患者・利用者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、令和6年6月より、指定訪問看護事業者による明細書の無料発行を義務化するとともに、診療所(医科・歯科)における明細書無料発行の義務の免除規定について、全ての医療機関において発行可能な環境を整備した上で、廃止する。
- (13) (略)

Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進

- (1) データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、入院患者のデータ提出に係る実態を踏まえ、データ提出加算の評価及び要件を見直すとともに、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。
- (2) より質の高いアウトカムに基づいた回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、運動器リハビリテーション料に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者を見直す。

Ⅲ-4 重点的な対応が求められる分野への適切な評価(小児医療、周産期医療、救急医療等)

【Ⅲ-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進】

- (1) 第三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。
- (2) 救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。

【Ⅲ-4-2 小児医療、周産期医療の充実】

- (1) 医療の質と医療安全を担保する観点から、新生児特定集中治療について十分な体制と実績を有する医療機関における、高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制について、新たな評価を行う。

- (2) 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いたオンライン診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。(Ⅱ-1(5)再掲)
- (3) 小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。
- (4) 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について要件及び評価を見直す。(Ⅱ-7(3)再掲)
- (5) 臓器移植を行った小児患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料について算定上限日数を見直す。
- (6) 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直すとともに、処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料について評価を見直す。
- (7) 医療的ケア児(者)が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。
- (8) 重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であることや治療室から小児病棟等を経て退院すること等、新生児の退院支援の実態を踏まえ、入退院支援加算3の要件を見直す。
- (9) 少子化等による入院患者の減少により1病棟を維持できない小児科病棟について、一般病棟との一体的な運用を可能とするとともに、成人患者との混合病棟であっても子どもにとって必要な入院環境を確保するため、当該運用をする際は小児の区域特定がなされるよう、要件を見直す。
- (10) 入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望によって家族等が子どもに付き添う場合に家族等に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保する観点から、保育士や看護補助者の配置について、小児入院医療管理料の要件及び評価を見直す。
- (11) 周産期医療における集中的・効率的な提供を推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。
- (12) ハイリスク妊婦に対する適切な管理を推進する観点から、ハイリスク妊娠管理加算について対象患者を見直す。

【Ⅲ-4-3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価】

- (1) がん患者に対する質の高い疼痛緩和治療の提供を更に充実させる観点から、放射線治療及び神経ブロック等の専門的な治療を実施できる体制について、新たな評価を行う。
- (2) 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算について要件を見直す。(Ⅱ-4(19)再掲)
- (3) 在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。(Ⅱ-8(6)再掲)
- (4) 在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICTの活用によって当該患者に関わる医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。(Ⅱ-8(7)再掲)
- (5) 小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。(Ⅲ-4-2(3)再掲)
- (6) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外

来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。(I-2(5)再掲)

【Ⅲ-4-4 認知症の者に対する適切な医療の評価】

- (1) 入院基本料等について、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。(I-1(2)③再掲)
- (2) 認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算及びせん妄ハイリスク患者ケア加算について要件を見直す。(II-2(10)再掲)
- (3) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、要件及び評価を見直す。(II-5(3)再掲)
- (4) (略)

【Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価】

- (1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。
- (2) 精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。
- (3) 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から実施する退院調整の効果を踏まえ、精神病床における入退院支援について新たな評価を行うとともに、既存の退院支援に係る評価を見直す。
- (4) 外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価を見直す。
- (5) 質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について評価を見直すとともに、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、新たな評価を行う。
- (6) 児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (7) 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合について、新たな評価を行う。
- (8) 精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、対象患者の要件を見直す。

【Ⅲ-4-6 難病患者に対する適切な医療の評価】

- (1) 指定難病患者に対する治療について患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with D)が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。(II-1(3)再掲)
- (2) 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大するとともに、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。(III-2(3)再掲)

Ⅲ－5 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

- (1) 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。(Ⅱ－5(1)再掲)
- (2) リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算の評価を見直す。(Ⅱ－5(2)再掲)
- (3) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、要件及び評価を見直す。(Ⅱ－5(3)再掲)
- (4) 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防の管理を行うことについて、新たな評価を行う。
- (5) (略)

Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防，口腔機能低下への対応の充実，生活の質に配慮した歯科医療の推進

(略)

Ⅲ－7 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価，薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進，病院薬剤師業務の評価

(略)

Ⅲ－8 薬局の経営状況等も踏まえ，地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

(略)

Ⅲ－9 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

- (1) 革新的新薬のイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等の観点から、薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (2) 医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。
- (3) 「医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会」で取りまとめられた「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」の改訂を踏まえ、医薬品の適正な流通を確保する観点から、医療機関及び保険薬局の医薬品取引状況に係る報告の見直しを行う。
- (4) 医療機器等のイノベーションの適切な評価や特定保険医療材料の安定供給の確保等の観点から、保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和4年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (5) イノベーションの促進の観点から、一般的に侵襲性が低いプログラム医療機器の特性も踏まえつつ、薬事上の第1段階承認を取得したプログラム医療機器及びチャレンジ申請を行うプログラム医療機器の使用又は支給について、評価療養として実施可能とする。

Ⅳ 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等

- (1) 医療 DX, 医薬品の安定供給等に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。
- (2) バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、入院医療においてバイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行い、バイオ医薬品ごとの特性を踏まえた使用数量割合の基準を満たす医療機関について新たな評価を行うとともに、バイオ後続品導入初期加算について対象患者を拡大する。
- (3) 医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。(Ⅲ-9(2)再掲)
- (4) 再製造単回使用医療機器の使用体制を評価する観点から、再製造単回使用医療機器の使用実績を有する医療機関における、手術時の再製造単回使用医療機器の使用について、新たな評価を行う。
- (5) 健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた場合の医学管理について、評価の在り方の見直しを行う。(Ⅱ-1(12)再掲)

Ⅳ-2 費用対効果評価制度の活用

- (1) 費用対効果評価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度費用対効果評価制度改革の骨子」に基づき対応する。

Ⅳ-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (2) 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。
- (3) 包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。
- (4) 外来診療の実態を踏まえ、効率的な検査、処置及び麻酔の実施を図る観点から、一部の検査、処置及び麻酔の評価を見直す。

Ⅳ-4 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 (再掲)

(Ⅱ-1を参照)

Ⅳ-5 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価 (再掲)

(Ⅱ-4を参照)

Ⅳ-6 外来医療の機能分化・強化等 (再掲)

(Ⅱ-5を参照)

IV-7 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）

（Ⅲ-5を参照）

IV-8 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進

- （1）病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。（I-2（3）再掲）
- （2）医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。（IV-1（1）再掲）
- （3）投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、返還に関する規定の見直しを行う。

IV-9 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

（Ⅲ-8を参照）

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21)

◇厚生労働省疑義解釈資料(その63/令和5年12月28日付)

| 質問・未確定事項等 | 回答 |
|---|--|
| 【在宅医療】 | |
| <p>Q1 医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診又は訪問診療(以下、「往診等」という。)については、当該医療機関からの往診等を必要とする絶対的な理由がある場合には認められることとされており(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和4年3月4日保医発0304第1号)), 具体的には、①患家の所在地から半径16キロメートル以内に患家の求める診療に専門的に対応できる医療機関が存在しない場合、②患者の求める診療に専門的に対応できる医療機関が存在しているも当該医療機関が往診等を行っていない場合などが考えられる(「疑義解釈資料の送付について(その7)」(平成19年4月20日付医療課事務連絡))とされている。</p> <p>半径16キロメートル以内に患者の求める診療に専門的に対応でき、往診等を行っている医療機関が存在しているものの、やむを得ない事情で当該医療機関の医師が往診等できないといった、患者が往診等を受けることが困難な場合の取扱いはどのようなか。</p> | <p>A1 ご指摘の事例は、次の確認等を行った場合は、「絶対的な理由」に含まれる。</p> <p>具体的には、往診や訪問診療(以下、「往診等」という。)の依頼を受けた、半径16キロメートルの外の医療機関が、当該医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合等に、当該患者又は家族に対し、普段、当該患者が受診や相談等を行っている医療機関や医師がいるかを確認し、</p> <p>① 患者から「いない」と回答を得た場合 ② 患者から「いる」と回答を得た場合</p> <p>については、半径16キロメートル以内にある、普段、受診や相談等をしている医療機関等に確認を行い、対応不可との返答があった場合又は往診等の依頼の場合には連絡がつかなかった場合には、半径16キロメートルの外の医療機関による往診等が可能である。</p> <p>ただし、②の場合においては、患者に適切な医療を提供する観点から、事後に、半径16キロメートル以内にある、普段、受診や相談等をしている医療機関等に対して、当該患者の診療情報を共有すること。</p> |

基金・国保への提出件数・平均点数等

1. 京都府基金・国保における請求明細書提出状況 ―― 令和5年8月診療分

| | 基 金 | | | 国 保 | | |
|-----------|-------------|--------|--------|-------------|--------|--------|
| | 提出件数 | 前月比 | 前年同月比 | 提出件数 | 前月比 | 前年同月比 |
| 医 科 | 934,174 件 | 101.3% | 88.3% | 934,174 件 | 101.3% | 88.3% |
| 歯 科 | 241,895 件 | 100.2% | 104.1% | 241,895 件 | 100.2% | 104.1% |
| 調 剤 報 酬 | 525,609 件 | 102.3% | 108.4% | 525,609 件 | 102.3% | 108.4% |
| 訪 問 看 護 | 6,109 件 | 99.4% | 115.5% | 6,109 件 | 99.4% | 115.5% |
| 医 科 歯 科 計 | 1,707,787 件 | 101.4% | 95.9% | 1,707,787 件 | 101.4% | 95.9% |

※件数は入院・外来のレセプト枚数（月遅れ分を含む）の合計

2. 平均点数等について

(1) 基金分（5年6月診療分）

| | | 1 件当たり日数 | | 1 件当たりの平均点数 | | 1 日当たりの平均点数 | |
|-----------|----|----------|-------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | | 入 院 | 入院外 | 入 院 | 入院外 | 入 院 | 入院外 |
| 高齢 受給者 | 一般 | 10.9 日 | 1.5 日 | 71,234.3 点 | 1,763.6 点 | 6,526.2 点 | 1,153.5 点 |
| | 7割 | 8.6 日 | 1.5 日 | 75,337.3 点 | 1,980.1 点 | 8,734.8 点 | 1,332.5 点 |
| 本人 | | 8.2 日 | 1.4 日 | 63,263.3 点 | 1,366.3 点 | 7,700.6 点 | 1,009.8 点 |
| 家族 | 7割 | 10.0 日 | 1.4 日 | 59,049.3 点 | 1,179.2 点 | 5,909.3 点 | 870.8 点 |
| | 8割 | 6.2 日 | 1.5 日 | 45,532.0 点 | 1,105.9 点 | 7,341.1 点 | 727.0 点 |
| 生保 | | 3.0 日 | 1.1 日 | 26,953.0 点 | 692.8 点 | 8,984.3 点 | 621.2 点 |

(2) 国保分（5年6月診療分）

| | | 1 件当たり日数 | | 1 件当たりの平均点数 | | 1 日当たりの平均点数 | |
|----|--|----------|-------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | | 入 院 | 入院外 | 入 院 | 入院外 | 入 院 | 入院外 |
| 一般 | | 13.7 日 | 1.5 日 | 68,126.8 点 | 1,734.9 点 | 4,986.0 点 | 1,146.7 点 |
| 退職 | | 0.0 日 | 1.0 日 | 0.0 点 | 1,559.0 点 | 0.0 点 | 1,559.0 点 |
| 後期 | | 16.1 日 | 1.7 日 | 66,151.7 点 | 1,965.1 点 | 4,099.4 点 | 1,131.5 点 |
| 平均 | | 15.4 日 | 1.6 日 | 66,706.1 点 | 1,864.3 点 | 4,319.6 点 | 1,137.7 点 |

3. 国保連合会における診療科別平均点数

(1) 国保一般(5年6月診療分)

| | 1件当たり日数 | | 1件当たりの平均点数 | | 1日当たりの平均点数 | |
|-------|---------|------|------------|----------|------------|----------|
| | 入院 | 入院外 | 入院 | 入院外 | 入院 | 入院外 |
| 内科 | 12.0日 | 1.4日 | 72,665.2点 | 2,186.2点 | 6,071.4点 | 1,518.8点 |
| 精神科 | 26.5日 | 1.6日 | 42,470.5点 | 1,115.5点 | 1,602.5点 | 707.2点 |
| 神経科 | 27.9日 | 1.6日 | 35,371.5点 | 1,267.1点 | 1,266.0点 | 806.4点 |
| 呼吸器科 | 0.0日 | 1.4日 | 0.0点 | 1,013.8点 | 0.0点 | 724.6点 |
| 消化器科 | 0.0日 | 1.3日 | 0.0点 | 1,435.6点 | 0.0点 | 1,063.6点 |
| 胃腸科 | 25.3日 | 1.5日 | 46,896.5点 | 994.4点 | 1,857.3点 | 671.4点 |
| 循環器科 | 0.0日 | 1.3日 | 0.0点 | 1,356.2点 | 0.0点 | 1,017.2点 |
| 小児科 | 20.0日 | 1.4日 | 46,992.4点 | 1,032.6点 | 2,349.6点 | 727.8点 |
| 外科 | 14.3日 | 1.6日 | 55,985.0点 | 1,552.9点 | 3,920.0点 | 978.1点 |
| 整形外科 | 18.9日 | 2.6日 | 75,960.1点 | 1,208.0点 | 4,011.3点 | 471.0点 |
| 形成外科 | 26.8日 | 1.4日 | 56,678.7点 | 1,194.1点 | 2,116.6点 | 842.2点 |
| 脳外科 | 20.9日 | 1.6日 | 68,994.5点 | 1,392.3点 | 3,302.7点 | 855.8点 |
| 皮膚科 | 0.0日 | 1.2日 | 0.0点 | 561.6点 | 0.0点 | 452.8点 |
| 泌尿器科 | 5.8日 | 2.0日 | 37,078.4点 | 3,577.1点 | 6,375.5点 | 1,783.0点 |
| 肛門科 | 1.2日 | 1.6日 | 4,099.2点 | 1,327.7点 | 3,513.6点 | 855.4点 |
| 産婦人科 | 5.1日 | 1.4日 | 20,686.0点 | 1,284.5点 | 4,061.3点 | 911.9点 |
| 眼科 | 4.1日 | 1.2日 | 43,737.8点 | 1,269.5点 | 10,766.2点 | 1,064.1点 |
| 耳鼻咽喉科 | 2.0日 | 1.4日 | 40,705.9点 | 880.6点 | 20,352.9点 | 619.8点 |
| 放射線科 | 0.0日 | 1.0日 | 0.0点 | 3,972.3点 | 0.0点 | 3,834.1点 |
| 麻酔科 | 0.0日 | 1.8日 | 0.0点 | 1,296.3点 | 0.0点 | 721.2点 |

※各科名は第1標榜科目。

(2) 国保後期(5年6月診療分)

| | 1件当たり日数 | | 1件当たりの平均点数 | | 1日当たりの平均点数 | |
|-------|---------|------|------------|----------|------------|----------|
| | 入院 | 入院外 | 入院 | 入院外 | 入院 | 入院外 |
| 内科 | 15.2日 | 1.6日 | 68,565.6点 | 2,236.0点 | 4,513.8点 | 1,385.3点 |
| 精神科 | 27.4日 | 1.7日 | 40,044.9点 | 1,311.5点 | 1,459.4点 | 794.0点 |
| 神経科 | 28.5日 | 1.7日 | 34,280.4点 | 1,329.5点 | 1,203.0点 | 801.5点 |
| 呼吸器科 | 0.0日 | 1.5日 | 0.0点 | 1,117.6点 | 0.0点 | 744.0点 |
| 消化器科 | 0.0日 | 1.6日 | 0.0点 | 1,455.3点 | 0.0点 | 926.4点 |
| 胃腸科 | 28.0日 | 1.7日 | 56,638.3点 | 1,132.3点 | 2,020.9点 | 664.0点 |
| 循環器科 | 0.0日 | 1.5日 | 0.0点 | 1,668.8点 | 0.0点 | 1,095.3点 |
| 小児科 | 0.0日 | 1.3日 | 0.0点 | 1,209.7点 | 0.0点 | 898.7点 |
| 外科 | 17.6日 | 2.0日 | 56,927.5点 | 1,574.2点 | 3,233.0点 | 792.2点 |
| 整形外科 | 19.3日 | 3.0日 | 75,383.1点 | 1,378.1点 | 3,911.8点 | 452.2点 |
| 形成外科 | 24.3日 | 1.8日 | 54,126.3点 | 1,487.5点 | 2,226.5点 | 843.4点 |
| 脳外科 | 21.7日 | 1.8日 | 60,065.7点 | 1,471.9点 | 2,770.3点 | 820.5点 |
| 皮膚科 | 0.0日 | 1.3日 | 0.0点 | 590.3点 | 0.0点 | 458.7点 |
| 泌尿器科 | 7.3日 | 2.1日 | 37,139.6点 | 4,039.6点 | 5,105.1点 | 1,884.4点 |
| 肛門科 | 1.0日 | 1.5日 | 5,600.0点 | 972.0点 | 5,600.0点 | 655.8点 |
| 産婦人科 | 6.5日 | 1.3日 | 33,832.5点 | 835.7点 | 5,205.0点 | 636.1点 |
| 眼科 | 3.7日 | 1.2日 | 38,688.4点 | 1,489.2点 | 10,363.0点 | 1,214.2点 |
| 耳鼻咽喉科 | 1.7日 | 1.6日 | 3,886.3点 | 852.5点 | 2,331.8点 | 524.8点 |
| 放射線科 | 0.0日 | 1.1日 | 0.0点 | 4,374.5点 | 0.0点 | 4,128.4点 |
| 麻酔科 | 0.0日 | 2.2日 | 0.0点 | 1,521.6点 | 0.0点 | 704.7点 |

※各科名は第1標榜科目。

4. 支払基金における診療科別等平均点数(全国計)

(1) 経営主体別・診療科別5年6月診療分平均点数(外来)

| 医療機関別 | | 医療保険 | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-----|-------|--------------------------------------|-----|-------|---------------------------------------|-----|-------|
| | | 本人 | | | 家族 <small>※上段 7割 下段 未就学者</small> | | | 高齢受給者 <small>※上段 一般 下段 7割</small> | | |
| | | 点/件 | 日/件 | 点/日 | 点/件 | 日/件 | 点/日 | 点/件 | 日/件 | 点/日 |
| 総合計 | | 1,319 | 1.3 | 983 | 1,153 | 1.4 | 846 | 1,674 | 1.5 | 1,120 |
| | | | | | 1,099 | 1.6 | 702 | 1,762 | 1.5 | 1,209 |
| 病院計 | | 2,643 | 1.4 | 1,950 | 2,469 | 1.4 | 1,752 | 3,121 | 1.5 | 2,126 |
| | | | | | 1,535 | 1.4 | 1,082 | 3,266 | 1.5 | 2,232 |
| 経営主体 | 国公立病院 | 3,112 | 1.3 | 2,316 | 2,701 | 1.4 | 1,973 | 3,762 | 1.5 | 2,588 |
| | | | | | 1,589 | 1.4 | 1,151 | 3,949 | 1.5 | 2,720 |
| | 大学病院 | 4,531 | 1.3 | 3,445 | 3,979 | 1.3 | 2,979 | 4,946 | 1.4 | 3,510 |
| | | | | | 2,077 | 1.3 | 1,650 | 4,962 | 1.4 | 3,525 |
| | 法人病院 | 1,863 | 1.4 | 1,356 | 1,814 | 1.5 | 1,237 | 2,249 | 1.5 | 1,508 |
| | | | | | 1,288 | 1.5 | 846 | 2,290 | 1.5 | 1,539 |
| | 個人病院 | 1,474 | 1.3 | 1,117 | 1,539 | 1.4 | 1,139 | 1,629 | 1.5 | 1,074 |
| | | | | | 1,216 | 1.7 | 735 | 1,671 | 1.6 | 1,056 |
| 診療所計 | | 983 | 1.3 | 734 | 886 | 1.4 | 654 | 1,149 | 1.5 | 764 |
| | | | | | 1,034 | 1.6 | 651 | 1,177 | 1.5 | 809 |
| 診療科別 | 内科 | 1,080 | 1.2 | 881 | 1,056 | 1.3 | 827 | 1,171 | 1.3 | 910 |
| | | | | | 1,142 | 1.5 | 775 | 1,213 | 1.3 | 949 |
| | 小児科 | 836 | 1.2 | 688 | 866 | 1.3 | 669 | 827 | 1.3 | 650 |
| | | | | | 1,163 | 1.7 | 688 | 1,189 | 1.3 | 945 |
| | 外科 | 1,187 | 1.4 | 858 | 1,190 | 1.4 | 839 | 1,215 | 1.6 | 741 |
| | | | | | 1,150 | 1.6 | 730 | 1,298 | 1.6 | 833 |
| | 整形外科 | 992 | 2.1 | 462 | 1,101 | 2.1 | 515 | 1,126 | 2.7 | 415 |
| | | | | | 1,149 | 1.5 | 758 | 1,106 | 2.6 | 424 |
| | 皮膚科 | 527 | 1.2 | 424 | 496 | 1.3 | 385 | 541 | 1.3 | 402 |
| | | | | | 499 | 1.2 | 403 | 554 | 1.4 | 409 |
| | 産婦人科 | 1,572 | 1.5 | 1,079 | 1,448 | 1.4 | 1,006 | 772 | 1.3 | 602 |
| | | | | | 821 | 1.5 | 556 | 797 | 1.3 | 601 |
| | 眼科 | 823 | 1.1 | 735 | 681 | 1.1 | 606 | 1,430 | 1.2 | 1,150 |
| | | | | | 634 | 1.2 | 546 | 1,431 | 1.2 | 1,158 |
| 耳鼻咽喉科 | 748 | 1.3 | 578 | 674 | 1.3 | 519 | 728 | 1.5 | 494 | |
| | | | | 939 | 1.7 | 540 | 756 | 1.4 | 524 | |
| その他 | 1,037 | 1.3 | 790 | 1,013 | 1.3 | 763 | 1,229 | 1.3 | 937 | |
| | | | | 1,124 | 1.4 | 805 | 1,287 | 1.3 | 995 | |

(2) 経営主体別・診療科別5年6月診療分平均点数(入院)

| 医療機関別 | | 医療保険 | | | | | | | | |
|-------|--------|--------|-------|--------|--------------------------------------|-------|--------|---------------------------------------|-------|--------|
| | | 本人 | | | 家族 <small>※上段 7割 下段 未就学者</small> | | | 高齢受給者 <small>※上段 一般 下段 7割</small> | | |
| | | 点/件 | 日/件 | 点/日 | 点/件 | 日/件 | 点/日 | 点/件 | 日/件 | 点/日 |
| 総合計 | | 57,157 | 8.0 | 7,160 | 55,683 | 10.8 | 5,168 | 69,424 | 11.4 | 6,069 |
| | | | | | 45,264 | 6.1 | 7,368 | 69,763 | 9.7 | 7,225 |
| 病院計 | | 61,665 | 8.4 | 7,378 | 59,433 | 11.3 | 5,250 | 70,621 | 11.6 | 6,086 |
| | | | | | 49,627 | 6.5 | 7,676 | 70,788 | 9.8 | 7,241 |
| 経営主体 | 国公立病院 | 62,036 | 7.9 | 7,857 | 58,933 | 9.6 | 6,160 | 71,634 | 9.9 | 7,214 |
| | | | | | 48,493 | 6.3 | 7,673 | 69,587 | 8.8 | 7,883 |
| | 大学病院 | 79,892 | 8.5 | 9,393 | 79,291 | 9.3 | 8,569 | 86,545 | 9.9 | 8,744 |
| | | | | | 79,240 | 8.5 | 9,297 | 80,490 | 8.6 | 9,309 |
| | 法人病院 | 53,250 | 8.8 | 6,081 | 51,682 | 13.9 | 3,712 | 64,861 | 13.6 | 4,762 |
| | | | | | 30,359 | 5.3 | 5,718 | 67,676 | 11.1 | 6,075 |
| | 個人病院 | 39,034 | 7.3 | 5,335 | 37,831 | 13.7 | 2,765 | 44,343 | 13.8 | 3,212 |
| | | | | | 8,751 | 3.2 | 2,735 | 63,796 | 8.4 | 7,584 |
| 診療所計 | | 17,338 | 4.7 | 3,710 | 15,956 | 5.0 | 3,203 | 35,051 | 6.7 | 5,220 |
| | | | | | 4,058 | 3.1 | 1,306 | 36,835 | 5.8 | 6,336 |
| 診療科別 | 内科 | 19,916 | 3.8 | 5,271 | 20,851 | 6.7 | 3,119 | 26,821 | 8.2 | 3,269 |
| | | | | | 5,511 | 2.6 | 2,099 | 44,375 | 5.3 | 8,329 |
| | 小児科 | 4,786 | 4.4 | 1,085 | 6,619 | 3.3 | 1,981 | - | - | - |
| | | | | | 7,328 | 3.0 | 2,467 | - | - | - |
| | 外科 | 20,194 | 4.3 | 4,719 | 25,550 | 5.0 | 5,146 | 22,417 | 6.0 | 3,726 |
| | | | | | 10,203 | 1.5 | 6,802 | 25,649 | 5.9 | 4,362 |
| | 整形外科 | 53,481 | 9.2 | 5,795 | 56,464 | 9.9 | 5,684 | 64,414 | 12.7 | 5,091 |
| | | | | | 23,678 | 9.9 | 2,398 | 63,059 | 10.7 | 5,880 |
| | 皮膚科 | 7,571 | 4.0 | 1,893 | 32,302 | 25.0 | 1,292 | - | - | - |
| | | | | | - | - | - | - | - | - |
| | 産婦人科 | 11,588 | 4.6 | 2,502 | 11,039 | 4.6 | 2,395 | 19,307 | 2.3 | 8,274 |
| | | | | | 3,893 | 3.1 | 1,252 | - | - | - |
| | 眼科 | 25,893 | 2.6 | 9,915 | 24,961 | 2.6 | 9,628 | 24,758 | 2.7 | 9,320 |
| | | | | | 14,117 | 2.0 | 7,059 | 25,717 | 2.7 | 9,616 |
| | 耳鼻咽喉科 | 39,756 | 2.1 | 19,138 | 44,165 | 2.2 | 20,255 | 33,299 | 2.1 | 15,983 |
| | | | | | 12,533 | 1.8 | 6,804 | 38,281 | 2.0 | 19,141 |
| その他 | 20,096 | 4.5 | 4,461 | 24,195 | 5.3 | 4,596 | 35,838 | 5.9 | 6,124 | |
| | | | | 28,146 | 3.9 | 7,200 | 26,014 | 6.1 | 4,294 | |

基金・国保への提出件数・平均点数等

1. 京都府基金・国保における請求明細書提出状況 ―― 令和5年9月診療分

| | 基 金 | | | 国 保 | | |
|-----------|-------------|--------|--------|-------------|--------|--------|
| | 提出件数 | 前月比 | 前年同月比 | 提出件数 | 前月比 | 前年同月比 |
| 医 科 | 871,096 件 | 93.2% | 82.3% | 938,261 件 | 102.1% | 99.6% |
| 歯 科 | 226,804 件 | 93.8% | 97.7% | 189,317 件 | 105.0% | 101.8% |
| 調 剤 報 酬 | 488,044 件 | 92.9% | 100.6% | 540,653 件 | 101.7% | 101.5% |
| 訪 問 看 護 | 6,129 件 | 100.3% | 115.9% | 7,900 件 | 100.3% | 106.4% |
| 医 科 歯 科 計 | 1,592,073 件 | 93.2% | 89.4% | 1,676,131 件 | 102.3% | 100.5% |

※件数は入院・外来のレセプト枚数（月遅れ分を含む）の合計

2. 平均点数等について

(1) 基金分（5年7月診療分）

| | | 1 件当たり日数 | | 1 件当たりの平均点数 | | 1 日当たりの平均点数 | |
|-----------|----|----------|-------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | | 入 院 | 入院外 | 入 院 | 入院外 | 入 院 | 入院外 |
| 高齢 受給者 | 一般 | 11.1 日 | 1.5 日 | 70,189.5 点 | 1,783.5 点 | 6,323.1 点 | 1,165.1 点 |
| | 7割 | 9.0 日 | 1.5 日 | 68,549.8 点 | 1,857.3 点 | 7,582.9 点 | 1,257.9 点 |
| 本人 | | 8.0 日 | 1.3 日 | 61,628.6 点 | 1,351.5 点 | 7,679.3 点 | 1,001.9 点 |
| 家族 | 7割 | 9.7 日 | 1.3 日 | 59,021.9 点 | 1,197.9 点 | 6,088.0 点 | 889.0 点 |
| | 8割 | 5.9 日 | 1.5 日 | 42,264.7 点 | 1,110.4 点 | 7,171.7 点 | 748.0 点 |
| 生保 | | 7.5 日 | 1.1 日 | 91,222.5 点 | 655.5 点 | 12,100.9 点 | 573.6 点 |

(2) 国保分（5年7月診療分）

| | | 1 件当たり日数 | | 1 件当たりの平均点数 | | 1 日当たりの平均点数 | |
|----|--|----------|-------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | | 入 院 | 入院外 | 入 院 | 入院外 | 入 院 | 入院外 |
| 一般 | | 14.1 日 | 1.5 日 | 69,555.7 点 | 1,722.5 点 | 4932.5 点 | 1,150.0 点 |
| 退職 | | 0.0 日 | 0.0 日 | 0.0 点 | 675.0 点 | 0.0 点 | 0.0 点 |
| 後期 | | 16.6 日 | 1.7 日 | 67,041.6 点 | 1,956.3 点 | 4027.4 点 | 1,136.3 点 |
| 平均 | | 15.9 日 | 1.6 日 | 67,738.5 点 | 1,853.9 点 | 4249.3 点 | 1,141.9 点 |

3. 国保連合会における診療科別平均点数

(1) 国保一般(5年7月診療分)

| | 1件当たり日数 | | 1件当たりの平均点数 | | 1日当たりの平均点数 | |
|-------|---------|------|------------|----------|------------|----------|
| | 入院 | 入院外 | 入院 | 入院外 | 入院 | 入院外 |
| 内科 | 12.4日 | 1.4日 | 73,966.1点 | 2,178.6点 | 5,945.2点 | 1,525.9点 |
| 精神科 | 27.5日 | 1.6日 | 43,604.6点 | 1,120.2点 | 1,585.1点 | 710.7点 |
| 神経科 | 28.8日 | 1.6日 | 38,366.1点 | 1,297.8点 | 1,332.2点 | 812.9点 |
| 呼吸器科 | 0.0日 | 1.3日 | 0.0点 | 985.6点 | 0.0点 | 753.2点 |
| 消化器科 | 0.0日 | 1.3日 | 0.0点 | 1,296.2点 | 0.0点 | 970.9点 |
| 胃腸科 | 31.0日 | 1.5日 | 57,531.0点 | 980.7点 | 1,855.8点 | 667.6点 |
| 循環器科 | 0.0日 | 1.3日 | 0.0点 | 1,325.6点 | 0.0点 | 995.8点 |
| 小児科 | 27.8日 | 1.4日 | 62,594.8点 | 1,080.5点 | 2,255.7点 | 778.3点 |
| 外科 | 15.4日 | 1.6日 | 58,067.7点 | 1,495.4点 | 3,760.4点 | 949.1点 |
| 整形外科 | 20.0日 | 2.5日 | 82,554.8点 | 1,169.0点 | 4,132.0点 | 468.5点 |
| 形成外科 | 31.0日 | 1.4日 | 64,023.3点 | 1,160.3点 | 2,065.3点 | 840.2点 |
| 脳外科 | 22.3日 | 1.6日 | 68,362.5点 | 1,388.9点 | 3,072.5点 | 880.9点 |
| 皮膚科 | 0.0日 | 1.2日 | 0.0点 | 563.6点 | 0.0点 | 457.5点 |
| 泌尿器科 | 5.2日 | 2.0日 | 36,614.6点 | 3,657.8点 | 7,055.9点 | 1,804.0点 |
| 肛門科 | 1.0日 | 1.5日 | 5,053.0点 | 1,118.8点 | 5,053.0点 | 733.7点 |
| 産婦人科 | 4.9日 | 1.4日 | 17,324.8点 | 1,278.5点 | 3,535.1点 | 896.2点 |
| 眼科 | 4.7日 | 1.2日 | 35,482.9点 | 1,204.3点 | 7,569.7点 | 1,017.5点 |
| 耳鼻咽喉科 | 1.9日 | 1.4日 | 57,634.4点 | 882.4点 | 30,418.1点 | 621.9点 |
| 放射線科 | 0.0日 | 1.0日 | 0.0点 | 3,892.2点 | 0.0点 | 3,781.0点 |
| 麻酔科 | 0.0日 | 1.7日 | 0.0点 | 1,276.6点 | 0.0点 | 734.9点 |

※各科名は第1標榜科目。

(2) 国保後期(5年7月診療分)

| | 1件当たり日数 | | 1件当たりの平均点数 | | 1日当たりの平均点数 | |
|-------|---------|------|------------|----------|------------|----------|
| | 入院 | 入院外 | 入院 | 入院外 | 入院 | 入院外 |
| 内科 | 15.7日 | 1.6日 | 69,361.9点 | 2,228.3点 | 4,429.4点 | 1,386.9点 |
| 精神科 | 28.6日 | 1.6日 | 41,043.2点 | 1,344.5点 | 1,433.1点 | 822.1点 |
| 神経科 | 28.2日 | 1.7日 | 35,075.4点 | 1,426.1点 | 1,243.5点 | 817.0点 |
| 呼吸器科 | 0.0日 | 1.5日 | 0.0点 | 1,144.7点 | 0.0点 | 778.1点 |
| 消化器科 | 0.0日 | 1.6日 | 0.0点 | 1,454.1点 | 0.0点 | 904.9点 |
| 胃腸科 | 28.7日 | 1.6日 | 57,926.1点 | 1,073.1点 | 2,015.7点 | 654.8点 |
| 循環器科 | 0.0日 | 1.5日 | 0.0点 | 1,652.4点 | 0.0点 | 1,090.7点 |
| 小児科 | 0.0日 | 1.4日 | 0.0点 | 1,257.2点 | 0.0点 | 921.7点 |
| 外科 | 18.5日 | 2.0日 | 59,459.6点 | 1,574.6点 | 3,216.3点 | 802.3点 |
| 整形外科 | 19.5日 | 2.9日 | 75,837.4点 | 1,341.6点 | 3,887.0点 | 455.3点 |
| 形成外科 | 26.4日 | 1.7日 | 57,522.9点 | 1,407.0点 | 2,175.2点 | 823.8点 |
| 脳外科 | 21.3日 | 1.8日 | 58,283.9点 | 1,421.8点 | 2,733.7点 | 805.0点 |
| 皮膚科 | 0.0日 | 1.3日 | 0.0点 | 593.0点 | 0.0点 | 459.4点 |
| 泌尿器科 | 9.9日 | 2.2日 | 45,045.7点 | 4,151.6点 | 4,572.3点 | 1,922.8点 |
| 肛門科 | 1.5日 | 1.5日 | 7,731.5点 | 1,010.2点 | 5,154.3点 | 670.3点 |
| 産婦人科 | 0.0日 | 1.4日 | 0.0点 | 842.1点 | 0.0点 | 619.5点 |
| 眼科 | 5.2日 | 1.2日 | 39,770.6点 | 1,470.0点 | 7,599.5点 | 1,198.5点 |
| 耳鼻咽喉科 | 2.0日 | 1.6日 | 46,172.0点 | 862.5点 | 23,086.0点 | 527.8点 |
| 放射線科 | 0.0日 | 1.0日 | 0.0点 | 4,525.7点 | 0.0点 | 4,354.3点 |
| 麻酔科 | 0.0日 | 2.0日 | 0.0点 | 1,436.9点 | 0.0点 | 712.2点 |

※各科名は第1標榜科目。

4. 支払基金における診療科別等平均点数(全国計)

(1) 経営主体別・診療科別5年7月診療分平均点数(外来)

| 医療機関別 | | 医療保険 | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-----|-------|--------------------------------------|-----|-------|---------------------------------------|-----|-------|
| | | 本人 | | | 家族 <small>※上段 7割 下段 未就学者</small> | | | 高齢受給者 <small>※上段 一般 下段 7割</small> | | |
| | | 点/件 | 日/件 | 点/日 | 点/件 | 日/件 | 点/日 | 点/件 | 日/件 | 点/日 |
| 総合計 | | 1,313 | 1.3 | 980 | 1,156 | 1.4 | 854 | 1,651 | 1.5 | 1,111 |
| | | | | | 1,099 | 1.5 | 723 | 1,723 | 1.4 | 1,191 |
| 病院計 | | 2,619 | 1.3 | 1,949 | 2,417 | 1.4 | 1,752 | 3,094 | 1.5 | 2,123 |
| | | | | | 1,590 | 1.4 | 1,147 | 3,196 | 1.5 | 2,204 |
| 経営主体 | 国公立病院 | 3,074 | 1.3 | 2,322 | 2,606 | 1.3 | 1,957 | 3,709 | 1.4 | 2,586 |
| | | | | | 1,660 | 1.3 | 1,233 | 3,848 | 1.4 | 2,698 |
| | 大学病院 | 4,639 | 1.3 | 3,552 | 3,851 | 1.3 | 2,958 | 5,129 | 1.4 | 3,698 |
| | | | | | 2,181 | 1.2 | 1,752 | 4,851 | 1.4 | 3,456 |
| | 法人病院 | 1,858 | 1.4 | 1,362 | 1,804 | 1.4 | 1,249 | 2,210 | 1.5 | 1,484 |
| | | | | | 1,308 | 1.5 | 881 | 2,270 | 1.5 | 1,534 |
| | 個人病院 | 1,494 | 1.3 | 1,121 | 1,553 | 1.4 | 1,145 | 1,711 | 1.5 | 1,114 |
| | | | | | 1,202 | 1.6 | 749 | 1,615 | 1.5 | 1,059 |
| 診療所計 | | 994 | 1.3 | 743 | 893 | 1.3 | 662 | 1,145 | 1.5 | 764 |
| | | | | | 1,025 | 1.5 | 665 | 1,167 | 1.4 | 808 |
| 診療科別 | 内科 | 1,104 | 1.2 | 896 | 1,076 | 1.3 | 848 | 1,175 | 1.3 | 909 |
| | | | | | 1,141 | 1.4 | 797 | 1,207 | 1.3 | 944 |
| | 小児科 | 898 | 1.2 | 741 | 911 | 1.3 | 707 | 847 | 1.3 | 664 |
| | | | | | 1,157 | 1.6 | 708 | 1,180 | 1.3 | 929 |
| | 外科 | 1,201 | 1.4 | 873 | 1,199 | 1.4 | 854 | 1,204 | 1.6 | 738 |
| | | | | | 1,145 | 1.5 | 743 | 1,261 | 1.5 | 824 |
| | 整形外科 | 992 | 2.1 | 465 | 1,085 | 2.1 | 511 | 1,102 | 2.7 | 415 |
| | | | | | 1,134 | 1.5 | 761 | 1,096 | 2.6 | 428 |
| | 皮膚科 | 524 | 1.2 | 420 | 493 | 1.3 | 384 | 542 | 1.3 | 403 |
| | | | | | 494 | 1.2 | 399 | 550 | 1.3 | 409 |
| | 産婦人科 | 1,554 | 1.5 | 1,062 | 1,412 | 1.4 | 981 | 766 | 1.3 | 601 |
| | | | | | 818 | 1.4 | 567 | 795 | 1.3 | 593 |
| | 眼科 | 814 | 1.1 | 726 | 665 | 1.1 | 592 | 1,434 | 1.2 | 1,152 |
| | | | | | 631 | 1.2 | 544 | 1,440 | 1.2 | 1,166 |
| | 耳鼻咽喉科 | 767 | 1.3 | 594 | 692 | 1.3 | 526 | 727 | 1.5 | 496 |
| | | | | | 921 | 1.7 | 544 | 759 | 1.4 | 534 |
| その他 | 1,039 | 1.3 | 786 | 1,003 | 1.3 | 758 | 1,207 | 1.3 | 920 | |
| | | | | 1,107 | 1.4 | 806 | 1,244 | 1.3 | 969 | |

(2) 経営主体別・診療科別5年7月診療分平均点数(入院)

| 医療機関別 | | 医療保険 | | | | | | | | |
|-------|--------|--------|-------|--------|--------------------------------------|-------|--------|---------------------------------------|-------|--------|
| | | 本人 | | | 家族 <small>※上段 7割 下段 未就学者</small> | | | 高齢受給者 <small>※上段 一般 下段 7割</small> | | |
| | | 点/件 | 日/件 | 点/日 | 点/件 | 日/件 | 点/日 | 点/件 | 日/件 | 点/日 |
| 総合計 | | 56,817 | 8.1 | 7,012 | 55,230 | 10.5 | 5,236 | 68,176 | 11.8 | 5,775 |
| | | | | | 45,757 | 6.3 | 7,282 | 68,997 | 9.8 | 7,061 |
| 病院計 | | 61,296 | 8.5 | 7,223 | 58,812 | 11.1 | 5,314 | 69,280 | 12.0 | 5,787 |
| | | | | | 50,232 | 6.6 | 7,582 | 70,055 | 9.9 | 7,070 |
| 経営主体 | 国公立病院 | 61,455 | 8.0 | 7,683 | 58,383 | 9.3 | 6,254 | 70,089 | 10.2 | 6,861 |
| | | | | | 48,472 | 6.4 | 7,516 | 69,553 | 8.8 | 7,892 |
| | 大学病院 | 80,269 | 8.7 | 9,219 | 76,689 | 9.0 | 8,510 | 83,044 | 9.9 | 8,396 |
| | | | | | 81,440 | 8.8 | 9,296 | 84,202 | 9.0 | 9,353 |
| | 法人病院 | 52,827 | 8.9 | 5,950 | 51,508 | 13.7 | 3,750 | 64,268 | 14.2 | 4,530 |
| | | | | | 31,105 | 5.5 | 5,685 | 64,312 | 11.3 | 5,677 |
| | 個人病院 | 38,077 | 6.9 | 5,528 | 38,509 | 13.4 | 2,875 | 53,458 | 16.0 | 3,348 |
| | | | | | 7,897 | 3.4 | 2,351 | 41,413 | 10.8 | 3,848 |
| 診療所計 | | 16,818 | 4.7 | 3,591 | 16,099 | 4.9 | 3,298 | 35,618 | 6.9 | 5,128 |
| | | | | | 3,992 | 3.1 | 1,289 | 33,395 | 5.2 | 6,470 |
| 診療科別 | 内科 | 18,698 | 3.9 | 4,815 | 22,531 | 6.5 | 3,441 | 26,918 | 9.7 | 2,783 |
| | | | | | 5,689 | 3.0 | 1,896 | 30,611 | 4.7 | 6,553 |
| | 小児科 | 13,142 | 6.0 | 2,190 | 7,169 | 3.1 | 2,291 | - | - | - |
| | | | | | 6,877 | 2.8 | 2,425 | - | - | - |
| | 外科 | 20,142 | 4.1 | 4,909 | 23,818 | 4.7 | 5,039 | 19,662 | 5.0 | 3,896 |
| | | | | | 16,968 | 1.0 | 16,968 | 22,783 | 5.0 | 4,532 |
| | 整形外科 | 52,829 | 9.3 | 5,705 | 56,569 | 8.4 | 6,701 | 65,426 | 12.2 | 5,358 |
| | | | | | 26,822 | 11.1 | 2,416 | 61,706 | 9.5 | 6,516 |
| | 皮膚科 | 4,353 | 3.0 | 1,451 | 32,612 | 31.0 | 1,052 | - | - | - |
| | | | | | - | - | - | - | - | - |
| | 産婦人科 | 11,540 | 4.7 | 2,472 | 11,188 | 4.6 | 2,439 | 17,630 | 5.2 | 3,412 |
| | | | | | 3,842 | 3.1 | 1,239 | 49,718 | 7.0 | 7,103 |
| | 眼科 | 25,543 | 2.5 | 10,142 | 25,318 | 2.4 | 10,736 | 24,161 | 2.6 | 9,209 |
| | | | | | - | - | - | 26,614 | 2.9 | 9,173 |
| | 耳鼻咽喉科 | 36,713 | 2.1 | 17,183 | 46,429 | 2.2 | 21,418 | 57,329 | 3.8 | 15,087 |
| | | | | | 16,687 | 1.5 | 10,933 | 29,207 | 2.5 | 11,683 |
| その他 | 19,417 | 4.5 | 4,285 | 20,468 | 5.6 | 3,628 | 35,274 | 6.2 | 5,657 | |
| | | | | 14,656 | 1.9 | 7,714 | 25,358 | 4.8 | 5,283 | |

地域医療部通信

第9回 京都小児在宅医療実技講習会

小児の在宅医療に興味を持たれている医師を対象に府医主催、京都小児科医会と京都府の共催による第9回小児在宅医療実技講習会を下記の要領で開催いたします。

今回は、あおぞら診療所ほっこり仙台の田中総一郎先生に、「医療的ケア児の災害対策～在宅医療編～」についてご講演をいただく他、関連2演題、そして実技講習を通して、医療的ケア児・その家族への支援について学んでいただきます。子どもの在宅診療に興味がある先生はもちろん、全く関わったことのない先生も大歓迎ですので是非ご参加ください！

と き 令和6年3月16日(土) 午後3時～午後6時

と ころ 京都府医師会館5階 京都府医療トレーニングセンター
(講義のみハイブリッド方式)

対 象 小児在宅医療に興味をお持ちの医師

定 員 実習は申し込み先着30名、講義のみの現地参加は同50名、WEB視聴は定員無し

締 切 令和6年3月11日(月) ※ただし定員に達し次第締め切り

費 用 無料

※日本小児科学会 / 日本専門医機構 専門医更新単位 iii 小児科領域講習 (申請中)

対象の講義は1のみ (WEB視聴は対象外)

※府医指定学校医制度指定研修会 1単位

※日医生涯教育講座 2単位

CC: 14. 災害医療 (1単位), 12. 地域医療 (0.5単位), 80. 在宅医療 (0.5単位)

プログラム

- 「医療的ケア児の災害対策～在宅医療編～」 あおぞら診療所ほっこり仙台 田中総一郎氏
- 「京都府における医療的ケア児と地域とのネットワーク体制について」
京都第一赤十字病院小児科 副部長 短田 浩一氏
- 「足立病院における小児在宅医療への取り組み」 足立病院在宅医療部 山下 麻紀氏
- 実技講習 A「気管切開の管理」 足立病院在宅診療部 山下 麻紀氏
B「胃瘻の管理」 京都第一赤十字病院小児外科 副部長 坂井 宏平氏

【主催】 京都府医師会 【共催】 京都小児科医会, 京都府

第9回 京都小児在宅医療実技講習会参加申込書

参加をご希望される方は、下記 QR コードから参加申込みフォームをご利用の上お申し込みください。また、下記の申し込み用紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお送りいただくことも可能です。

申し込みの締め切りは3月11日(月)といたしますが、実習参加希望の場合は、募集人数の30名に、現地参加講義のみ希望の場合は同50名に達した時点で受付を終了いたします。

| | | |
|--|------|---|
| ふりがな | | |
| 氏名 | | |
| 地区医師会名 | | |
| 所属医療機関 | | |
| 京都府医師会会員は住所・TEL・FAXの記載不要ですが、メールアドレスは必ずご記入ください。 | 住所 | 〒 |
| | TEL | |
| | FAX | |
| | Mail | |

FAX 075 - 354 - 6097

右記 QR コードから参加申込みフォームにアクセスいただけます。

◆本件に関するお問い合わせ先◆

京都府医師会地域医療1課 TEL : 075 - 354 - 6109



京都府・京都市胃がん内視鏡検診に係る 実施医療機関と二次読影医 (一般二次読影方式の二次読影) 募集のお知らせ

府医では平成29年度より会員医療機関各位のご協力を得まして、50歳以上の京都市民を対象とした京都市胃がん内視鏡検診を実施しております。また、令和5年9月からは各市町村の委託を受け、検診希望者が居住する市町村またはそれ以外の地域で受診できる制度「京都府胃がん内視鏡検診(管外受診制度)広域化」を実施しております。どちらの検診も随時募集となります。

次頁の実施要領に基づき、①実施医療機関と②一般二次読影方式の二次読影医を募集いたします。希望される医療機関は認定基準をご確認の上、地域医療2課あてFAX(075-354-6097)でお申し込みください。後日郵送にて申請書類を送付いたします。応募(申請)されました医療機関には、1ヶ月後を目途に結果をご通知いたします。

また、胃がん検診(胃透視・胃がんリスク層別化検診)・大腸がん検診(便潜血検査)の二次精密検査医療機関についても募集しております(詳細は別頁の「胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関の新規登録の募集について」をご参照ください)。当書式で合わせて応募いただくことができます。是非お申し込みをご検討ください。

注1)「京都府胃がん内視鏡検診(管外受診制度)広域化」については一部市町村で令和6年度の開始に向けて準備が進んでおります。当該市町村の検診への参加をご希望の医療機関は、お早めにお申し込みいただきますようお願い申し上げます。

注2)現在、すでに実施医療機関としてご登録いただいている医療機関におかれましては、引き続きご協力をお願い申し上げます。改めての申し込みは不要です。

【FAX 075-354-6097】

京都府・京都市胃がん内視鏡検診 実施医療機関・二次読影医申込書

記入日 年 月 日

- どちらか一方を選択
- 一般二次読影方式の実施医療機関として登録
 施設内二次読影方式の実施医療機関として登録
 一般二次読影方式の二次読影医として登録

胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関にもご応募の場合は下記にしてください

- 胃がん検診二次精密検査医療機関に応募する
 大腸がん検診二次精密検査医療機関に応募する

医療機関名： _____

医療機関所在地： 〒 _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

【京都府・京都市胃がん内視鏡検診 実施要項】

1. 検診実施

【京都市】

- (1) 対象者 50歳以上の京都市民(原則として偶数年齢の方)
- (2) 受診回数 隔年
- (3) 実施期間 通年
- (4) 自己負担金 3,000円(70歳以上等免除対象者あり)

【京都市以外の市町村】

各市町村から受診者と認められた住民の方に「京都府〇〇市(町・村)胃がん内視鏡検診受診券」(以下「受診券」)が発行されます。

- (1) 対象者 「受診券」の発行を受けた方
- (2) 実施期間 「受診券」に記載の期間
- (3) 自己負担金 「受診券」に記載の額

2. 実施形態

※二重読影体制(一次読影, 二次読影)で検診を実施しています。ご参加にあたり次の2つから実施形態を選んでいただきます。

- (1) 施設内で一次, 二次読影を完結する「施設内二次読影方式」
- (2) 施設内で二次読影が完結できなくても参加が可能な「一般二次読影方式」(二次読影は府医が認定した二次読影医が行います)

3. 胃内視鏡検査実施医療機関・内視鏡施行医・二次読影医 それぞれの認定基準

- (1) **一般二次読影方式実施医療機関**: 下記1)~8)すべてを満たすことを要件とする
 - 1) 医療機関に京都府医師会員が在籍している
 - 2) 電子内視鏡を使用している
 - 3) 全画像を電子媒体で提出可能である
 - 4) スコープ自動洗浄消毒装置を有する
 - 5) 洗浄を規定通りの手順で実施している
 - 6) 偶発症対策関連の準備が整っている
 - 7) コメディカルスタッフが1名以上いる
 - 8) 認定内視鏡施行医(下記(3)に該当)が1名以上在籍する
- (2) **施設内二次読影方式実施医療機関**: 上記(1)1)~8)に加え9)を満たすことを要件とする。
 - 9) 胃内視鏡検査認定二次読影医(下記(4)に該当)が2名以上在籍する
- (3) **認定内視鏡施行医**: 下記1)~3)のいずれかを満たすことを要件とする。
 - 1) 日本消化器内視鏡学会専門医または上部消化管内視鏡スクリーニング認定医
 - 2) 日本消化器がん検診学会指導医・総合認定医または認定医(胃部門)
 - 3) 内視鏡経験5年以上かつ内視鏡検査総件数1,000件以上かつ年間内視鏡件数概ね100件以上
- (4) **胃内視鏡検査認定二次読影医**: 下記1)~2)のいずれかを満たすことを要件とする。
 - 1) 日本消化器内視鏡学会専門医
 - 2) 日本消化器がん検診学会指導医・総合認定医または認定医(胃部門)

4. 胃内視鏡検査実施方法

- ・「胃がん検診説明書」を活用して、受診者に説明するとともに、「受診票・同意書」の記載を求め、『同意書』欄に自署の記載されたものおよび必要書類の揃ったもののみ実施。
- ・ヘリコバクター・ピロリ感染所見についても可能な限り観察する。
- ・生検は保険診療となる（レセプトに「検診より」のコメント要）。
- ・鎮静剤・鎮痛剤の使用は原則認めない。
- ・『一般二次読影方式』では、実施した内視鏡検査の結果と「受診票・同意書」をもとに、ASSISTA（クラウド読影システム）に接続の上、「検診情報」、「問診情報」、「内視鏡検査結果」等の入力を行う。
- ・『施設内二次読影方式』では、内視鏡施行医が「京都府・京都市胃がん内視鏡検診結果票」に内視鏡検査結果を記入する。

5. 二次読影実施方法

二次読影では胃内視鏡検査の画像点検と診断の妥当性を審査する。

(1) 一般二次読影方式

- ・二次読影医として登録された認定二次読影医が、ASSISTA に接続し、二次読影を実施する。
- ・二次読影医は医療機関登録ではなく個人登録で読影報酬も個人に支払われる。

(2) 施設内二次読影方式

- ・各症例の内視鏡施行医とは別の院内の認定二次読影医が二次読影を施行する。二次読影結果を結果票の二次読影結果欄に記載し、施行医に回付する。

6. 判定方法

- ・「判定」は、二次読影結果を参考に、内視鏡施行医が行う。
- ・判定は「胃がんなし」、「胃がん疑い」、「胃がんあり」、「胃がん以外の悪性疾患」とし、残渣多量等判定に至らない場合は「要再検査」と判定する。
- ・「胃がん疑い」、「胃がんあり」、「要再検査」の場合を「要精検」とする。
- ・『一般二次読影方式』では判定結果をASSISTAの結果判定票に入力する。
- ・『施設内二次読影方式』では、結果票の判定欄に記載する。

7. 結果通知

内視鏡施行医は、結果判定票（結果票）を参考に胃内視鏡検査結果を確定するとともに「京都府・京都市胃がん内視鏡検診結果通知書」を作成し受診者に結果を説明する。要精検の場合は精密検査の結果を精検結果連絡票に記載し予防医学センターに郵送する。

なお、判定・要精検の有無にかかわらず医学的に必要な事後処置をすること。

8. 内視鏡検査および二次読影実施医療機関の実施単価（令和5年度）

【京都市】

一般二次読影方式＝1件あたり：16,500円（内視鏡検査および消費税を含む）。

施設内二次読影方式＝1件あたり：17,500円（内視鏡検査・二次読影費および消費税を含む）。

いずれも自己負担金（3,000円）を徴収した場合は、差額分。

一般二次読影方式における二次読影費＝1件あたり：1,000円。

【京都市以外の市町村】

一般二次読影方式＝1件あたり：16,555円（内視鏡検査および消費税を含む）。

施設内二次読影方式＝1件あたり：17,555円（内視鏡検査・二次読影費および消費税を含む）。

いずれも自己負担金（3,000円）を徴収した場合は、差額分。

一般二次読影方式における二次読影費＝1件あたり：1,000円。

※令和6年度に変更があった場合は、お申し込み後にご案内させていただきます。

9. その他

①登録期間・更新時期について

更新時期は原則認定から5年後の年度末です（登録期間終了前に更新のご案内をいたします）。

例) 2024年4月認定⇒2029年3月更新

2024年9月認定⇒2029年3月更新

更新基準は新規登録基準に加えて、「消化器がん検診委員会から指示のあった画像勉強会には必ず参加する」等の基準があります。詳細は登録の際にお知らせします。

◆胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関にご登録の医療機関様へ

内視鏡検診実施医療機関の更新は二次精密検査医療機関の更新と同期します。同期により内視鏡検診実施医療機関の登録期間が短縮された場合は、更新基準が一部減免されます。

②精度管理について

検診の精度管理を目的に内視鏡画像の提出を求めていますのでご承知おきください。

胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関の 新規登録の募集について

府医では京都市から委託を受け、胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関を下記のとおり募集しております。

*胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関とは、胃がん検診(胃透視・胃がんリスク層別化検診)・大腸がん検診(便潜血検査)の結果精密検査が必要と判定された方に対し、二次精密検査(上・下部消化管内視鏡検査)を実施する医療機関を指します。

①募集時期：通年で応募可能です

②更新時期：原則、認定から5年後の年度末(登録期間終了前に更新のご案内をいたします)

例) 2024年4月認定⇒2029年3月更新

2024年9月認定⇒2029年3月更新

③申し込み方法：

(1) 胃がん内視鏡検診実施医療機関に同時にお申し込みの医療機関

次頁「選定基準・選定パスの要件」の②に該当するため、応募書式が大幅に簡略化されます。内視鏡検診申込用紙の二次精密検査医療機関応募記載欄にいただくことで、後日内視鏡検診申請書類とあわせて二次精密検査医療機関応募票を郵送いたします。

(2) 胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関のみにお申し込みの医療機関

府医ホームページ「お知らせ」より応募票をダウンロードいただけます。次頁の「選定基準」をご参照の上、胃がん検診・大腸がん検診二次精密検査医療機関登録応募票へ必要事項を記入し地域医療2課あてにご提出ください。

◆登録更新の医療機関

更新対象の医療機関には府医事務局より対象医療機関へ更新応募用紙を送付しますので、締め切りまでに必要事項を記入し、指定講習会受講証明証を添え、地域医療2課へご送付ください。

<留意事項>

※二次精密検査医療機関がのちに内視鏡検診実施医療機関にも登録した場合は先に登録した二次精密検査医療機関の更新時期に両者を同期します。

※現在、二次精密検査医療機関に登録されている医療機関で、諸般の事情により登録を辞退される場合は『辞退届』を必ずご提出願います。なお、一定期間の経過後も更新書類のご提出がなかった場合は、二次精密検査医療機関の登録を抹消させていただくことがございます。予めご了承ください。

担当：京都府医師会 地域医療2課消化器がん検診係

TEL 075-354-6113

FAX 075-354-6097

胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関選定基準（令和6年度）

| | 胃がん検診 | 大腸がん検診 |
|----------------------------------|--|--|
| 必須条件 | 上部内視鏡検査の実施機関であること | 全大腸内視鏡検査の実施機関であること |
| | 更新登録希望にあつては、「消化器がん検診委員会指定講習会」の受講が5年間に3回以上あること（ただし、京都消化器医会会員は1回減） | |
| | 注1：指定講習会は年1回開催 注2：地区医等主催の講演DVD使用の勉強会は、指定講習会に出席したものと見なす | |
| 選定パスの要件 (①, ②, ③のいずれかに該当すれば可) | ①日本消化器内視鏡学会指導施設 ②京都府胃がん内視鏡検診実施医療機関 | ①日本消化器内視鏡学会指導施設 ②京都府胃がん内視鏡検診実施医療機関 但し、下記1) - 3)のいずれかを満たす下部内視鏡検査医が在籍すること 1) 日本消化器内視鏡学会専門医 2) 日本消化器がん検診学会総合認定医 3) 下部内視鏡経験5年以上かつ下部内視鏡検査総件数300件以上かつ年間下部内視鏡件数概ね50件以上件数が規定に満たない場合は消化器がん検診委員会の審査で認定されること |
| | ③付加ポイントの合計が11点以上 | ③付加ポイントの合計が10点以上 |

| 付加項目 | 胃がん検診ポイント | 大腸がん検診ポイント |
|----------------------------------|--|---|
| * 1) 京都消化器医会会員 | 3 | 3 |
| * 1) 日本消化器内視鏡学会または日本消化器がん検診学会の会員 | 3 | 3 |
| * 2) 電子スコープの使用 | 1 | 1 |
| * 2) 内視鏡自動洗浄機の使用 | 1 | 1 |
| 直近3年の上部(下部)内視鏡検査年間平均症例数 | 12 ~ 24 = 1 25 ~ 49 = 2 50 ~ 74 = 3 75 ~ 99 = 4 100以上 = 5 | 10 ~ 19 = 1 20 ~ 49 = 2 50以上 = 3 |
| * 3) 過去の上部(下部)内視鏡検査症例数 | 1,000以上 = 1 2,000以上 = 2 | 300以上 = 1 1,000以上 = 2 2,000以上 = 3 |
| 直近3年の上部(下部)悪性疾患年間平均診断数 | 1 ~ 4 = 1 5 ~ 9 = 2 10以上 = 3 | 1 ~ 4 = 1 5 ~ 9 = 2 10以上 = 3 |
| 前年の全国がん登録事業への届出 | 有 = 3 | 有 = 3 |
| * 3) 前年の講演会, 研修会等への出席 | 5 ~ 9回 = 2 10回以上 = 3 | 5 ~ 9回 = 2 10回以上 = 3 |

* 1) 携わる医師のうち該当者があればポイントを加算します。日本消化器内視鏡学会ならびに日本消化器がん検診学会の会員の方は、それぞれの学会の会員番号の記載が必要です。

* 2) 製造会社名, 販売名または製品略称と購入年月日の記載が必要です。

* 3) 携わる医師のうち該当者があればポイントを加算します。

「前年の講演会, 研修会等への出席」については、出席された月日の記入が必要です。

注) 選定基準を満たしている医療機関であっても、選定委員会での協議の結果、登録不可となる場合があります。

京都市胃がんリスク層別化検診に係る 実施医療機関募集のお知らせ

府医では胃がんリスク層別化検診を京都市の委託を受けて下記実施要領のとおり実施しております。

ご参加にあたりましては「申込書」により FAX にてお申し込みください。

本検診事業へのご参加は随時受け付けますので、ご協力いただける医療機関には登録が承認された後、帳票類とともに「手引き」をお送りいたします。

なお、すでに実施機関として登録されている医療機関につきましては、辞退の申し出がない限り引続き登録されますので、今回あらためてご応募いただく必要はありません。

京都市 胃がんリスク層別化検診 実施要領

- 対象者** 京都市内に住民登録がある方。対象年齢は35歳、40歳
但し、京都市胃がんリスク層別化検診は一生に1回のみ受診できます。
<対象外>①「胃がん」既往。②「胃切除術」後。③ピロリ除菌後。
④現在「胃潰瘍や十二指腸潰瘍」で治療中の方。
⑤現在「腎不全」の治療中または経過観察中の方。
※いずれの要件も受診票で確認することができます。
- 実施期間** 通年
- 自己負担金** 500円 ※自己負担金免除規定あり
- 検査方法** 血液検査 ヘリコバクタ・ピロリ抗体(ラテックス法)・ペプシノゲン検査
血清ヘリコバクタ・ピロリ抗体 10.0U/mL以上を陽性、未満を陰性
ペプシノゲン I 70ng/mL以下かつペプシノゲン I / II 比 3.0ng/mL以下を陽性、
他を陰性とし
A群：ペプシノゲン陰性、ピロリ抗体陰性
B群：ペプシノゲン陰性、ピロリ抗体陽性
C群：ペプシノゲン陽性(ピロリ抗体判定を問わず)の3群に分け
B群・C群を要精検と判定する。
※血液検査結果については、検査会社から医療機関に報告されますが、同時に府医へも報告されることにご同意をお願いいたします。ご同意いただけない場合、一次検診医療機関に登録できませんので、ご了解ください。

【一次検診医療機関への委託単価(税込)】※変更の可能性有り

1件あたり：4,716円

(自己負担金のある場合は差し引いた額)

【一次検診医療機関の実施内容】

- ①「受診票」をチェックし、希望者が検診対象者であることを確認する。
- ②受診者に検診の意義等を説明後、自己負担金を徴収し血液検査を実施する。
- ③同検体をABC検診専用検体として受診票とともに検査請負業者へ提出する。
- ④京都府国保連合会へ所定の様式にて検査実施費用（自己負担金免除者は『証明書』添付）を月ごとに請求するとともに、検査費用を検査請負業者へ支払う。
- ⑤血液検査結果は検査請負会社から一次検診医療機関に届く。また、検診判定は府医から直接受診者に郵送される。
- ⑥要精検と判定された方が受診された場合は精検受診を勧奨する。また、A群と判定されたが胃内視鏡受診を希望される場合は胃がん検診（内視鏡検査）等受診の相談に応じる。

5. 問い合わせ先

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

【FAX 075-354-6097】

**京都市胃がんリスク層別化検診
実施医療機関申込書**

京都市胃がんリスク層別化検診について、検査会社から検査結果を京都府医師会へ報告することに同意した上で、一次検診医療機関として申し込みます。

記入日 年 月 日

医療機関名： _____

医療機関所在地： 〒 _____

電話番号： _____ FAX 番号： _____

令和6年度京都市大腸がん検診事業に係る 協力医療機関募集のお知らせ

府医では会員医療機関各位のご協力を得まして、40歳以上の方を対象とした京都市大腸がん検診(個別方式)を実施しております。令和6年度も以下の実施要領に基づき、協力医療機関を改めて募集いたしますので、対応可能な医療機関は是非ご応募ください。

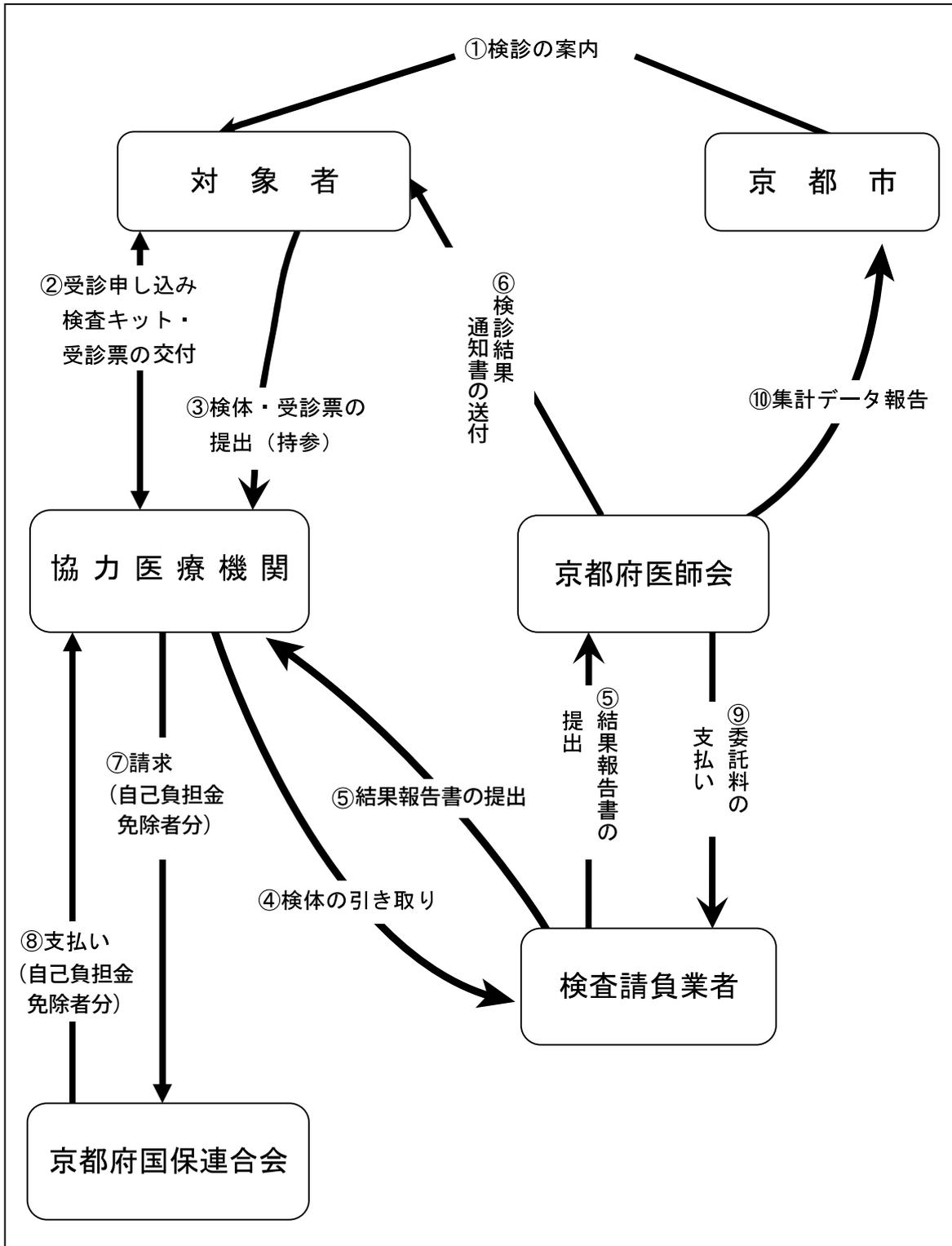
注) 現在、すでに協力医療機関としてご登録いただいている医療機関におかれましては、引き続きご協力いただける場合は申し込み不要です。

【実施要領】

1. 内 容

- ◇対象者 令和6年4月1日現在で、京都市内に住民登録のある満40歳以上の方
- ◇実施期間 令和6年4月1日～令和7年3月31日
- ◇検査方法 免疫便潜血検査(2日法)
- ◇全体の流れ
 - ①京都市が、がん検診について広報(市民しんぶんや案内パンフレットにて周知)。
 - ②受診希望者は、大腸がん検診の受診を協力医療機関に申し出る。
協力医療機関は「検査キット」と「受診票」を受診希望者に交付。
 - ③受診者は「2日分の検体採取後の検査キット(以下、「検査キット(検体)」という)等を協力医療機関等に提出。
 - ④検査請負業者が「検査キット(検体)」、「受診票」を協力医療機関から回収。
 - ⑤検査請負業者は「検査報告書」、「受診票」を府医に提出。「検査報告書は取扱医療機関にも提出。
 - ⑥府医は「結果通知書」を作成して受診者に送付。
 - ⑦協力医療機関は、取り扱い費用(自己負担金免除者の件数分のみ)を京都府国保連合会へ請求。
 - ⑧京都府国保連合会は、取り扱い費用(自己負担金免除者の件数分のみ)を協力医療機関に支払う。
 - ⑨府医は、検診結果通知書に基づき委託料を検査請負業者に支払う。
 - ⑩府医は、健診結果データを京都市に報告。

京都市「大腸がん個別検診」の流れ (イメージ図)



2. 協力医療機関の実施内容

- ・受診希望者に対して「検査キット」、「受診票」の交付。
- ・自己負担金 300 円の徴収。
自己負担金免除者のうち、必要な場合のみ証明書を徴収。
- ・受診者が持参する「検査キット（検体）」、「受診票」の記入漏れなどのチェックと回収。
- ・回収した「検査キット（検体）」と「受診票」を指定の検査請負業者へ提出。
※府医が委託契約している検査請負業者
日本医学臨床検査研究所、エスアールエル、京都微生物研究所、保健科学西日本、ファルコバイオシステムズ、ビーエムエル、メディック
- ・自己負担金免除者の取り扱い件数に応じ、取り扱い費用を京都府国保連合会へ請求。

注) 府医にて、検査請負業者から報告される結果に基づいて「結果通知書」を作成し、府医から直接受診者へ送付します。結果通知書は医療機関にも検査所から届きます。陽性の場合には精密検査受診を勧奨してください。陰性の場合には当該患者の今後の健康管理にお役立てください。

3. 応募資格

前項記載の検査請負業者と取り引きを行っている、または開始する予定がある京都府内の医療機関。

4. 協力医療機関の取り扱い費用

1 件あたり：300 円（税込）

※受診者から徴収する自己負担金 300 円は取り扱い費用に充当。免除者の取り扱い費用は、医療機関から京都府国保連合会に請求することで支払われる。

5. 協力医療機関の申し込み方法

実施を希望する医療機関は次頁の申込書に必要事項を明記し、FAX または郵送にて京都府医師会地域医療 2 課までお申し込みください。申し込みいただいた医療機関へ、協力医療機関の証明としてのステッカーや実施の手引き等を送付します。

6. 問い合わせ先

〒604-8585

京都市中京区西ノ京東梅尾町 6

京都府医師会地域医療 2 課 消化器がん検診係

TEL：075-354-6113

FAX：075-354-6097

京都市大腸がん検診協力医療機関申込書

京都市大腸がん検診の協力医療機関として申し込みます。

年 月 日

医療機関名： _____

代表者名： _____

医療機関所在地：〒 _____

電話番号： _____ FAX 番号： _____

※ステッカーや実施の手引き等とともに、医療機関から受診希望者に交付する「検査キット」を送付いたします。つきましては、初回に送付させていただく「検査キット」の数量を以下にご記入ください。

大腸がん検診検査キット送付個数（最大 20 個まで）

_____ 個

肺がん検診 精密検査医療機関 募集および登録

府医では、京都市をはじめとする府内市町村の委託を受けて、肺がん集団検診の受診者数の把握、問診による高危険群者の判定と喀痰検査を行い、また、京都市を除く市町村の受診者について胸部X線写真の読影等の肺がん検診事業に取り組んでおります。

また、肺がんの確定診断のために精密検査が必要とされた検診受診者へは、原則としてあらかじめ府医に登録された医療機関において精密検査を受診するよう案内しております。

つきましては令和6年度の精密検査医療機関を新たに募集いたしますので、下記の登録条件を満たしている医療機関で登録を希望される場合は、次頁の申込書にご記入いただき、郵送あるいはFAXにて申し込みをいただきますようお願い申し上げます。

なお、すでに登録されている精密検査医療機関についても、お手数ですが改めて登録いただきますようお願い申し上げます。

ご登録いただきました医療機関については、令和6年度の精検機関名簿に掲載し、要精検者に配布させていただきます。

「肺がん検診精密検査医療機関 募集要項」

1. 登録条件

(1) 肺がん確定診断のための諸検査や診断が可能な京都府内の医療機関

- ① 自院において胸部CT検査が可能であること（できる限り初回検査日にCTを実施してください）。
- ② 自院において少なくとも気管支内視鏡検査等の生検で確定診断が可能であること。

(2) 要精密検査者受診時の適切な指導が可能な医療機関

- ① 要精密検査者の受診に際して「何日何時に受診するように」との適切な指導を受診者に指示できること。
- ② 「呼吸器専門外来」を設けていることが望ましい。
- ③ 要精密検査者の受診結果用紙を迅速かつ確実に府医肺がん対策委員会に送付すること。
- ④ 年度末に発見がんの年間実績報告（別紙）を提出すること。

2. 受付期間 令和6年2月28日(水)まで

3. 申し込み先 〒604-8585

京都市中京区西ノ京東柵尾町6 京都府医師会 地域医療2課

TEL 075-354-6113 FAX 075-354-6097

肺がん検診「精密検査医療機関」登録申込書(令和6年度)

令和6年 月 日

| | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 登録種別 | 更新登録 ・ 新規登録 | |
| 医療機関名称 | | |
| 代表者氏名 (管理者氏名) | | |
| 所在地 | 〒 | |
| T E L | 【事務連絡用】 | 【検査予約用】 ※医療機関名簿に記載します |
| 呼吸器 外来 医師 氏名 | 氏名 | 氏名 |
| | 氏名 | 氏名 |
| | 氏名 | 氏名 |
| | 氏名 | 氏名 |
| 肺がん検診の責任者医師名 (または呼吸器外来の) | | |
| 担 当 事 務 | 所属課 | 氏名 |
| 市町村が実施する検診にて精密検査が必要となった受診者に対する受診時定額負担 (選定療養費)の徴収(金額) | | |
| 無し 有り (円) | | |
| 前年(2023年1月~12月)の年間取扱新患症例件数(肺がん) | | |
| 約 件 | | |
| 前年(2023年1月~12月)に検診(市民検診・職域検診・人間ドック等)から発見された肺がん | | |
| 約 件 | | |
| 貴院での年間実績 (2023年1月~12月) | 胸部CT検査年間実施件数= | 件 |
| | 気管支鏡検査年間実施件数= | 件 |
| | その他の生検年間実施件数= (CT下生検など) | 件 |

令和6年度「京都市前立腺がん検診」に係る 協力医療機関の募集について（お知らせ）

府医では京都市から委託を受けて、前立腺がん検診（PSA 検査による検診）を実施いたしております。

下記の実施要領に基づき、ご協力いただける医療機関を募集いたしますので、対応可能な医療機関は是非ご応募ください。

なお、すでに実施機関として登録されている医療機関につきましては、「辞退」の申し出がない限り、引続き登録されます。今回あらためてご応募いただく必要はありませんので、よろしくお願い申し上げます。

【 実 施 要 領 】

1. 内 容

- ◇対象者 50歳以上の京都市民
※2年に1回（隔年）受診（年内に偶数年齢になる方がその年の対象）。
ただし、年内に奇数年齢になる方でも、前年に受診していない方は当該年内での受診が可能です。
- ◇実施期間 令和6年4月1日～令和7年3月31日
- ◇自己負担金 1,500円（非課税世帯の方は800円）
※自己負担金免除者＝70歳以上の方、後期高齢者医療被保険者、福祉医療費受給者、生活保護受給者、中国残留邦人等で支援給付の受給者
- ◇検査方法 PSA 検査
- ◇全体の流れ ①京都市が、検診について広報。「市民しんぶん」や「ポスター」などで周知。
②受診希望者は、検診受診を協力医療機関に申し出る。協力医療機関から「受診票」を交付し、受診希望者が必要事項を記入。協力医療機関は、「受診票」に記入漏れがないかチェックし、採血を実施。
③協力医療機関は、「受診票（府医師会用・検査依頼用）」、「検体」を検査請負業者へ提出。
④検査請負業者は、「検査結果報告書」と「受診票（府医師会用）」を府医へ提出するとともに、実施医療機関にも「検査結果報告書」を提出。
⑤府医は、「結果通知書」を作成して受診者に送付。
⑥協力医療機関は、京都府国保連合会へ所定の様式にて検診費用を請求する。
⑦府医は、検診結果データを京都市に報告。
※④の作業で検査請負業者が府医へ提出されないと結果通知が発行できなくなるのでご注意ください。

2. 協力医療機関の実施内容

- ・受診希望者に対して「受診票」の交付と回収。記入漏れチェックもお願いいたします。
- ・採血による PSA 検査の実施。
- ・自己負担金の徴収。自己負担金免除者のうち、必要な場合のみ証明書を回収。
- ・「検体」と「受診票」を指定の検査請負業者へ提出。

※府医が委託契約する予定の検査請負業者

保健科学西日本, エスアールエル, 京都微生物研究所, 日本医学臨床検査研究所, ファルコ
バイオシステムズ, ビーエムエル, メディック

- ・検診費用(取り扱い費用)は京都府国保連合会へ請求。
- ・検査費用は, 検査請負業者へ支払う。

注) 結果通知について

検査請負業者から報告される結果に基づいて府医が「結果通知書」を作成し, 直接受診者へ送付します。

3. 応募資格

前項記載の検査請負業者と取引を行っている, または取引を開始する予定がある京都府内の医療機関。

※院内でPSA検査を実施している場合は, 府医地域医療2課までお問い合わせください。

4. 協力医療機関への委託単価(税込)

1件あたり: 4,088円

※予定: 単価変更の可能性あり。

※実施件数に応じた金額を国保連合会へ請求。

5. 協力医療機関の申し込み方法

京都市前立腺がん検診の実施を希望する医療機関は別紙申込書に必要事項を明記し, 3月1日(金)までにFAXまたは郵送にて京都府医師会地域医療2課までお申し込みください。

なお, 締切り後も申請可能ですが協力医療名簿への掲載などが遅れることとなりますのでご了承ください。

6. お問い合わせ先

〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6

京都府医師会地域医療2課 前立腺がん検診係

TEL: 075-354-6113 FAX: 075-354-6097

—————*—————*—————*—————*—————*—————*—————

送付先: 地域医療2課 (FAX 075-354-6097)

令和6年度「京都市前立腺がん検診」協力医療機関申込書

京都市前立腺がん検診協力医療機関として申し込みます。

年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地

(〒 -)

電話番号 _____

FAX番号 _____

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

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

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

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

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

1. 概要

【委託料金（税込）】※予定：単価変更の可能性あり。

- ・1方向デジタル 5,632円
- ・2方向デジタル 8,690円

【応募資格（条件）】

- ①乳房エックス線撮影を実施するのに適確な撮影装置（原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たし、線量および画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構等の第三者による外部評価を受けているもの）を備えるものとする。
- ②乳房エックス線撮影の撮影技師は、日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する乳房エックス線検査に関する講習会またはこれに準ずる講習会を修了している者とする。
- ③乳房エックス線写真の読影は、十分な経験を有する医師2人による二重読影を行うものとし、日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会を修了し、このうち2次読影を行う医師は、その評価試験の結果がAである者（マンモグラフィ更新講習会試験評価票等のコピー提出要）とする。
- ④その他、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」（国立がん研究センターおよび厚生労働省研究班作成）の精度管理等の実施体制が整っていることを基本とする。

【検診に係る費用の請求】

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

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

【実施要領】

(1) 内容

◇対象者：各市町村が発行する「京都府乳がん検診管外受診票」（以下「受診票」）を持参した者

◇実施期間：令和6年4月1日～令和7年3月31日

◇自己負担金：受診票に記載された自己負担額（各市町村で決定）

◇検査方法：問診と乳房エックス線検査（マンモグラフィ）

◇全体の流れ：①各市町村が検診について広報し、受診者に検診案内をする。

②受診希望者は、検診の申し込みを該当の市町村にする。

③各市町村は「受診券」、「受診票」、「請求書」、「返信用封筒」を受診者に送付する。

④検診受診を協力医療機関に申し出る。受診希望者が必要事項を記入。

⑤協力医療機関は、「受診票」に記入漏れがないかチェックし、検診を実施。

⑥協力医療機関は、結果報告の「受診票（府医師会用・市町村用）」を市町村へ3週間以内に返信用封筒で提出。

⑦市町村は受診者に結果通知書を送付する。

⑧市町村は協力医療機関に費用を支払う。

⑨市町村は府医に結果報告をする。

2. 協力医療機関の実施内容

①受付

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

②質問

受診者が持参する所定の受診票に基づき必要事項を聴取する。「自覚症状あり」と受診票（問診票）に記載された受診者については、マンモグラフィ読影の判定結果に関わらず、すべて「要精密検査」となる旨を受診者に説明する。

③乳房エックス線検査（マンモグラフィ）

・40歳以上50歳未満の対象者については2方向（内外斜位方向、頭尾方向）

・50歳以上の対象者については1方向（内外斜位方向）

・1次、2次読影を行う。乳房エックス線写真の読影は、十分な経験を有する医師2人による二重読影を行うものとし、日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会を修了し、このうち2次読影を行う医師は、その評価試験の結果がAである者とする。

④再検査

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

⑤保健指導

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

⑥総合判定

問診、マンモグラフィの結果から、2次読影を行ったA判定医が「精密検査不要」または「要精密検査」の判定を行う。

「自覚症状あり」と受診票（問診票）に記載された受診者については、マンモグラフィ読影の判定結果に関わらず、すべて「要精密検査」と判定する。

⑦検診記録の保存

マンモグラフィ読影後、当該年度終了から5年間はデータを保存する。また、受診者がデータ貸出を希望した場合は、マンモグラフィのデータを貸出するなど適切な対応を行う。

⑧結果報告

検診終了後3週間以内に市町村に検診結果を報告する。

⑨精密検査結果の報告

精密検査の実施または結果を把握した場合は、市町村に報告する。

3. 協力医療機関の申し込み方法

京都府乳がん管外受診制度の実施を希望する医療機関は下欄の申込書に必要事項を明記し、2月14日(水)までに FAX または郵送にて京都府医師会地域医療2課までお申し込みください。

4. 問い合わせ先

〒604-8585

京都市中京区西ノ京東梅尾町6

京都府医師会地域医療2課 乳がん検診係

TEL：075-354-6113 FAX：075-354-6097

送付先：地域医療2課 (FAX 075-354-6097) or 郵送

令和6年度京都府乳がん検診管外受診制度協力医療機関申込書

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

画像評価日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 評価： _____

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

受講技師名： _____

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

読影医師名： _____

上記のうちA判定医師名： _____

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

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関コード： _____

医療機関名： _____

医療機関所在地：〒 _____

電話番号： _____ FAX 番号： _____

ご担当者： _____

特定健診

被用者保険被扶養者等 特定健康診査・特定保健指導 実施医療機関募集のお知らせ

令和6年度以降も特定健康診査および特定保健指導を実施することとなりました。

それとともない、被用者保険被扶養者等の特定健診のみ実施する医療機関、特定健診および特定保健指導の両方を実施する医療機関を募集いたします。

被用者保険被扶養者等の特定健診・特定保健指導の実施機関への登録は、各市町村国保の特定健診実施機関への登録をした医療機関に限らせていただいております。まだ市町村国保の特定健診実施機関に登録されていない場合は、必ずあわせてお申し込みください。京都市以外の地区の各市町村国保の特定健診実施機関登録についての詳細は地区医にお問い合わせください。

- ①京都市国保の特定健診実施機関で、被用者保険被扶養者等の特定健診の実施機関にもなる場合は、京都市国保と同様に、特定保健指導もセットで実施していただく必要があります。
- ②京都市以外の市町村国保特定健診実施機関で、被用者保険被扶養者等の実施機関に応募される医療機関においても、できるだけ特定保健指導も実施されるようご協力ください。

なお、すでに令和5年度に実施機関として登録されている医療機関につきましては、令和6年1月末までに辞退のお申し出がない限り令和6年度も引続き登録されますので、今回あらためてご応募いただく必要はありません。なお辞退を希望される機関は必ず府医特定健診サービス部までご連絡ください。

1. 実施主体

被用者保険保険者（協会けんぽ、船員保険、組合管掌、各種共済等）
国民健康保険組合
*以上が集合契約（後述）参加保険者

2. 実施体制

医療保険者は、できるだけ多くの対象者に特定健診等を実施できる体制を構築する必要から、全国の健診実施機関における実施環境を確保する方法として、医療保険者と実施機関の代表が集団同士で包括的な契約を行う「集合契約」という方法をとる。

集合契約にはさまざまなパターンがあり、相手先としては①医師会など（会員医療機関）の市町村国保実施医療機関（国保ベース）、②全国規模の健診機関グループ、③全国規模の病院グループ、④全国規模の福利厚生代行サービス業者、などがある。医療機関によっては重複参加しているところもある。

3. 京都府における集合契約

集合契約に参加した医療保険者の代表と実施機関の代表となる府医とが集合契約を締結し、府医が受託する。

4. 実施内容

(1) 特定健診

◇対象者：40～74歳までの被用者保険被扶養者および国保組合被保険者（国保組合は本人も含む）

◇健診項目

1) 基本的な健診項目（対象者全員に実施）

質問項目（受診票に本人が記入）、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、理学的検査（身体診察）、血圧測定、尿検査（尿糖、尿蛋白）、血液検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、AST〈GOT〉、ALT〈GPT〉、 γ -GT〈 γ -GTP〉、空腹時血糖、HbA1c（NGSP 値））

2) 詳細な健診項目（一定の基準の下、医師が必要と判断した者に実施）

- ・貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）：実施基準＝貧血の既往歴を有する者または視診などで貧血が疑われる者のうち、医師が必要と認める者。
- ・クレアチニン検査（血清クレアチニン）：実施基準＝当該年度の血圧が基準を超え、医師が必要と認める者。

①血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上

- ・心電図検査：実施基準＝（次の2つのうちいずれかに該当し、医師が必要と認めた）

1. 当該年度の血圧が基準を超えた。

①血圧 収縮期血圧 140mmHg 以上、または拡張期血圧 90mmHg 以上

2. 不整脈の疑いあり

- ・眼底検査：実施基準＝（他の健診項目と同時実施できない医療機関も、他の眼科医療機関に再委託して実施することが可能*京都市国保の特定健診と取り扱いが異なるので、**要注意**。次の2つのうちいずれかに該当し、医師が必要と認めた）

1. 当該年度の血圧が基準を超えた。

①血圧 収縮期血圧 140mmHg 以上、または拡張期血圧 90mmHg 以上

2. 前年度の血糖が基準を超えた。

①血糖 空腹時血糖 126mg/dl 以上、または HbA1c6.5% 以上、または随時血糖 126mg/dl 以上

◇実施期間：令和6年4月1日～（終了時期は保険者により異なる）

◇実施回数：年度で1回実施。

◇実施単価：＜令和6年度の単価等は予定であり変更となる場合があります。＞

* 保険者が実施医療機関経由で府医に支払う入力等事務手数料（740円）を含む。

* 受診者自己負担金、府医事務手数料（実施機関負担）（110円）を含む。

1) 基本的な健診項目…………… 9,130円

2) 詳細な健診項目

①貧血検査（赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値）を実施…………… 231円

②血清クレアチニンを実施…………… 66円

③心電図を実施…………… 1,430円

④眼底検査を実施…………… 3,289円

◇自己負担金（受診者負担金）

・各保険者により異なる。「受診券」に「窓口での自己負担」欄があり、「受診者負担額または負担率」,「保険者負担上限額」が記載されているので、内容を十分に確認した上、受診者負担額が記載されている場合はその金額を徴収する。受診者負担率や保険者負担上限額が記載されている場合は、上記の健診実施単価から徴収金額を計算し、受診者より自己負担として徴収する。

- ・眼底検査を再委託して実施する場合も、眼底検査料を含めた健診費用の自己負担金はすべて、委託元医療機関が徴収する。

(2) 特定保健指導

◇対象者：特定健診結果の保健指導レベルが「動機付け支援」,「積極的支援」のいずれかになった者の中から、さらに保険者が絞り込み選定した者。(健診結果通知表にはレベルの記載はなく)実施医療機関としては、「特定保健指導利用券」を持参した者のみに保健指導を実施する。

◇実施内容(概略)

- 1) 動機付け支援レベル=医師,保健師または管理栄養士の面接による指導のもとに支援計画を策定し,生活習慣の改善のための取組みに係る動機付けに関する支援を行うとともに,当該計画の策定の日から3カ月以上経過後に実績に関する評価を行う。支援形態は,一人あたり20分以上の面接(必ず医師も面接に携わること)による支援とし,原則,面接による支援1回のみ。3カ月以上経過後に実績評価(電話または面接)を行う。なお,2029年度まで,一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。
- 2) 積極的支援レベル=医師,保健師または管理栄養士の面接による指導のもとに支援計画を策定し,生活習慣の改善のための取組みに資する働きかけ(継続的な支援)を行うとともに,当該計画の進捗状況に関する評価および実績に関する評価を継続的な支援終了後に行う。ポイント制に基づきアウトカム評価とプロセス評価を合計し,180ポイント以上の支援を実施する。継続的な支援は,個別支援,グループ支援,電話,電子メール等のいずれか,もしくはいくつかを組み合わせで行う。なお,2029年度まで,一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。

◇実施単価：<令和6年度の単価等は予定であり変更となる場合があります。>

*保険者が実施医療機関経由で府医に支払う入力等事務手数料(動機付け支援381円,積極的支援837円)を含まない。

*受診者自己負担金を含む。

| | |
|-----------------------|-----------|
| 動機付け支援レベルの保健指導を実施した場合 | 12,222円/人 |
| 積極的支援レベルの保健指導を実施した場合 | 35,830円/人 |

5. 実施医療機関の申し込み方法

新たに4月より特定健診,特定保健指導の実施を希望する医療機関は次ページの申込書に必要事項を明記し,2月9日(金)までにFAXまたは郵送にて京都府医師会地域医療2課特定健診サービス部までお申し込みください。お申し込みいただいた医療機関には,必要書類をお送りいたします。

6. 問い合わせ先

〒604-8585 京都市中京区西ノ京東柁尾町6
 京都府医師会地域医療2課 特定健診サービス部
 TEL:075-354-6118(直通)
 FAX:075-354-6098

※専用返信封筒や受診票等の発注は,必ずFAX(実施の手引き最終ページ参照)にてご依頼ください。

令和6年度 被用者保険被扶養者等
特定健診, 特定保健指導実施機関 申込書

<すでに実施機関として登録されている場合は, 申し込み不要です>

年 月 日

被用者保険被扶養者等対象の実施医療機関として申し込みます。

所属地区医師会名 _____

医療機関所在地 〒 _____

医療機関名称 _____

代表者名 _____

担当者名(連絡先窓口) _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

自院での眼底検査実施の可否 可 ・ 否 (いずれかに○を)

保健指導: 被用者保険被扶養者等の特定保健指導を実施される場合は空欄に○, 実施されない場合は×をご記入ください。

| | 特定健診 | 特定保健指導 |
|----------------|------|--------|
| 被用者保険 被扶養者等 | ○ | |

★京都市国保特定健診実施医療機関にも応募される, またはすでに登録されている場合は, 特定保健指導にも○をご記入ください。

◇送付先: 京都府医師会地域医療2課 特定健診サービス部
〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6
TEL: 075-354-6118 (直通)
FAX: 075-354-6098

特定健診**京都市国保等
特定健康診査・特定保健指導等
実施医療機関募集のお知らせ**

京都市国民健康保険等の特定健康診査(以下、「特定健診」という)および特定保健指導等について、令和6年度も府医が委託を受け、会員各位のご協力をいただき実施いたします。

つきましては今回も、以下の実施要領のとおり、京都市国保等の特定健診と特定保健指導等を一体として実施する医療機関を募集いたします。

なお、令和5年度に個別実施機関として登録されている医療機関につきましては、辞退のお申し出がない限り令和6年度も引き続き登録されますので、今回あらためてご応募いただく必要はありません。なお辞退を希望される機関は必ず府医特定健診サービス部までご連絡ください。

実施要領にお目通しの上、京都市内の医療機関に限らず、京都市外でも対応可能な医療機関は是非ご応募ください。

京都市以外の各市町村国保保険者が実施する特定健診等の実施医療機関の募集については、それぞれの地区医単位となりますので、地区医にお問い合わせください。

1. 実施要件

①すべての健診項目(眼底検査以外)を適切に実施すること。眼底検査は他の健診項目と同時実施可能な機関でのみ実施*。

*被用者保険・国保組合の特定健診では、眼底検査は自院で実施するか眼科医療機関へ再委託して実施するかが必須要件となり、市町村国保と要件が異なるので、混同しないよう要注意。

②健康増進法第25条の受動喫煙の防止措置が講じられていること。

③特定健診を実施した結果、特定保健指導対象者に選定された者に、原則として健診と同じ医療機関で保健指導を実施すること。

2. 実施内容**(1) 特定健診**

◇**対象者**：京都市国民健康保険加入者のうち、40～74歳までの被保険者

★特定健診と同様の扱いになる対象者：

京都市在住の京都府後期高齢者医療広域連合の被保険者
(75歳以上の者〈65歳以上の一定障害認定者を含む〉)

京都市在住の生活保護受給者のうち、40歳以上の者

*京都市以外の市町村国保の対象者が、京都市内の実施医療機関で健診を受診することはできない。

◇**実施期間(個別医療機関方式)**：令和6年4月22日(予定)～翌年3月31日

◇**実施回数**：年度で1回(個別医療機関・集団健診方式のいずれか一方のみ受診可)

◇**健診項目**：<令和6年度の項目は予定であり変更となる場合があります。>

1) 40～64歳までの者(特定健診)

全員に実施する項目：質問項目(受診票により行う)、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液検査(総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST)

〈GOT〉, ALT 〈GPT〉, γ -GT 〈 γ -GTP〉, ALP, 総蛋白, 空腹時血糖, HbA1c (NGSP 値), 血清アルブミン, アミラーゼ, 尿酸, 白血球数, 血小板数)
貧血検査 (赤血球数, 血色素量, ヘマトクリット値)
クレアチニン検査 (血清クレアチニン)
尿検査 (尿糖, 尿蛋白, 尿潜血, ウロビリノーゲン)

医師が選択して実施する項目：

- ・心電図検査 (次の2つのうちいずれかに該当し, 医師が必要と認めた。)
 - 1. 当該年度の血圧が基準を超えた。
 - ①血圧 収縮期血圧 140mmHg 以上, または拡張期血圧 90mmHg 以上
 - 2. 不整脈の疑いあり
- ・眼底検査 (他の健診項目と同時実施可能な機関で実施。次の2つのうちいずれかに該当し, 医師が必要と認めた。)
 - 1. 当該年度の血圧が基準を超えた。
 - ①血圧 収縮期血圧 140mmHg 以上, または拡張期血圧 90mmHg 以上
 - 2. 前年度の血糖が基準を超えた。
 - ①血糖 空腹時血糖 126mg/dl 以上, または HbA1c6.5% 以上, または随時血糖 126mg/dl 以上

2) 65歳以上の者

全員に実施する項目：64歳までの者全員に実施する項目に心電図検査を追加して同時実施。後期高齢者については腹囲を測定しない。

医師が選択して実施する項目：眼底検査 (対象者の選定方法については, 64歳までの者と同じ)

◇実施単価：<令和6年度の単価等は予定であり変更となる場合があります。>

*実施医療機関が府医に支払う事務手数料 (110円) を含み, 京都市国保等が実施医療機関経由で府医に支払う入力等事務手数料 (740円) は除く。

1) 40～64歳までの者

| | | |
|--------|------------------------|----------|
| 必須項目のみ | 自己負担金 500円を徴収した場合 | 8,058円 |
| | 自己負担金が無料 (生活保護受給者) の場合 | 8,558円 |
| | 心電図検査を追加実施した場合 | + 1,430円 |
| | 眼底検査を追加実施した場合 | + 814円 |

2) 65歳以上の者

| | | |
|--------|-------------------------------------|----------|
| 必須項目のみ | | 9,988円 |
| | 心電図検査を実施できなかった場合 (受診者の都合により実施できない等) | - 1,430円 |
| | 眼底検査を追加実施した場合 | + 814円 |

(2) 特定保健指導

◇対象者：京都市国民健康保険加入者 (令和6年度中に 40～74歳になる者) で, 特定健診の結果により, 「動機付け支援」または「積極的支援」の対象と判定された者。保健指導レベルは, 健診結果通知表の「特定保健指導レベル判定」欄に記入される。後期高齢者医療被保険者は特定保健指導の対象とならない。

◇実施内容 (概略)：

- 1) **動機付け支援レベル**=医師, 保健師または管理栄養士の面接による指導のもとに支援計画を策定し, 生活習慣の改善のための取組みに係る動機付けに関する支援を行うとともに, 当該計画の策定の日から3か月以上経過後

に実績に関する評価を行う。支援形態は、一人あたり20分以上の面接(必ず医師も面接に携わること)による支援とし、原則、面接による支援1回のみ。3カ月以上経過後に実績評価(電話または面接)を行う。なお、2029年度まで、一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。

- 2) **積極的支援レベル**=医師、保健師または管理栄養士の面接による指導のもとに支援計画を策定し、生活習慣の改善のための取組みに資する働きかけ(継続的な支援)を行うとともに、当該計画の進捗状況に関する評価および実績に関する評価を継続的な支援終了後に行う。ポイント制に基づきアウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施する。継続的な支援は、個別支援、グループ支援、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。なお、2029年度まで、一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。

◇**実施単価**：＜令和6年度の単価等は予定であり変更となる場合があります。＞

*京都市国保が実施医療機関経由で府医に支払う入力等事務手数料(動機付け支援381円、積極的支援837円)を含まない。

| | |
|-----------------------|-----------|
| 動機付け支援レベルの保健指導を実施した場合 | 12,222円/人 |
| 積極的支援レベルの保健指導を実施した場合 | 35,830円/人 |

(3) 青年期健診

◇**対象者**：京都市在住で18～39歳までの方で(年度内に40歳になる方は、特定健診の対象者となります。)学校や会社、加入の健康保険等で健康診査を受診する機会がない方

◇**実施期間(個別医療機関方式)**：令和6年4月22日(予定)～翌年3月31日

◇**実施回数**：年度で1回(個別医療機関のみ受診可)

◇**健診項目**：

1) 18～39歳共通

全員に実施する項目：質問項目(受診票により行う)、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液検査(総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST<GOT>、ALT<GPT>、 γ -GT< γ -GTP>、ALP、総蛋白、空腹時血糖、HbA1c(NGSP値)、血清アルブミン、アミラーゼ、尿酸、白血球数、血小板数)
貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)
クレアチニン検査(血清クレアチニン)
尿検査(尿糖、尿蛋白、尿潜血、ウロビリノーゲン)

*京都市特定健診の項目と同じ。ただし心電図と眼底検査は実施しない。

*保健指導は実施しない。

◇**実施単価**：＜令和6年度の単価等は予定であり変更となる場合があります。＞

*実施医療機関が府医に支払う事務手数料(110円)を含み、京都市国保等が実施医療機関経由で府医に支払う入力等事務手数料(740円)は除く。

| | |
|----------------------|--------|
| 自己負担金3,000円を徴収した場合 | 5,558円 |
| 自己負担金が無料(生活保護受給者)の場合 | 8,558円 |

3. 実施医療機関の申込方法

特定健診, 特定保健指導等の実施を希望する医療機関は次ページの申込書に必要事項を明記し,
2月9日(金)までにFAXまたは郵送にて京都府医師会地域医療2課特定健診サービス部まで
お申し込みください。お申し込みいただいた医療機関には, 必要書類をお送りいたします。

4. 問い合わせ先

〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6
京都府医師会地域医療2課 特定健診サービス部
TEL: 075-354-6118 (直通)
FAX: 075-354-6098

※専用返信封筒や受診票等の発注は, 必ずFAX(実施の手引き最終ページ参照)にてご依頼ください。

令和6年度 京都市国保, 京都市在住後期高齢者医療被保険者等
特定健診, 特定保健指導等実施機関申込書

<すでに実施機関として登録されている場合は, 申し込み不要です>

年 月 日

京都市国民健康保険, 京都市在住後期高齢者医療広域連合被保険者等の特定健診, 特定保健指導等
実施機関として申し込みます。

所属地区医師会名 _____

医療機関所在地 〒 _____

医療機関名称 _____

代表者名 _____

担当者名(連絡先窓口) _____

電話番号 _____ FAX番号 _____

下記に当てはまる場合はチェックボックス内にをお願いします。

眼底検査実施可能

診療時間中, 診察室を一般の外来患者と健診受診者が共用することがない。

◇送付先: 京都府医師会地域医療2課 特定健診サービス部
〒604-8585 京都市中京区西ノ京東栞尾町6
TEL: 075-354-6118 (直通)
FAX: 075-354-6098

子ども予防接種週間（3／1～3／7）の実施について ～協力医療機関の募集～

本年も日本医師会・日本小児科医会・厚生労働省の共催により、子ども予防接種週間が令和6年3月1日(金)～3月7日(木)の7日間にわたり実施されます。

保護者をはじめとした地域住民の予防接種に対する関心を高め、予防接種率の向上を図ることが当初からの目的であります。子ども予防接種週間は、趣旨に賛同し、ご協力いただける医療機関にご参加いただくものでありますが、できるだけ多くの医療機関にご参加いただきたく、各医療機関におかれましては、種々の予防接種の相談に応じていただきますとともに、通常の診療時間に予防接種が受けにくい人たちに対し、特に土曜日の午後や日曜日を中心にご協力をお願いいたします。

つきましては、上記の内容をご理解いただき、予防接種推進のため、ご参加いただける医療機関におかれましては、以下にご記入の上、府医地域医療3課まで、FAX(075-354-6097)にて2月16日(金)までにお知らせください。

—————*—————*—————*—————*—————*—————*—————*—————

地域医療3課あて (FAX: 075-354-6097)

| | | 3／1 | 3／2 | 3／3 | 3／4 | 3／5 | 3／6 | 3／7 |
|--|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | (金) | (土) | (日) | (月) | (火) | (水) | (木) |
| ご協力いただける時間帯をご記入ください | 午前 | 時 分 ゝ 時 分 |
| | 午後 | 時 分 ゝ 時 分 |
| 地 区 | | | | 医 療 機 関 名 | | | | |
| 氏 名 | | | | | TEL | | | |
| | | | | | FAX | | | |
| ※日本小児科医会会員 : ある ・ ない (どちらかに○印を付けてください) | | | | | | | | |

京都府糖尿病重症化予防研修会

府医では、29年度から糖尿病重症化予防の保健指導を担う人材育成のため全職種対象と医師のみ対象の研修会を実施しております。今回は医師のみを対象としたものです。ご多用のことと存じますが、ご出席(視聴)くださいますようお願い申し上げます。

「京都府糖尿病重症化予防研修会」

- と き** 2月23日(金・祝) 午前9時30分～午前11時30分
- と ころ** WEB 講演会
- 内 容**
- 【講義1】医師
演題名 「腎症予防について」(仮)
講 師 京都府立医科大学大学院医学研究科内分泌・代謝内科学 学内講師
千丸 貴史氏
- 【講義2】糖尿病看護認定看護師
演題名 「爪白癬を治す! ～治療効果を上げる検査とケアテクニック～」
講 師 Total フットケアサロン綾 オーナー
木下 淳氏
- 【講義3】医師
演題名 「筋肉に裏切られない糖尿病管理」
講 師 綾部市立病院 内分泌・糖尿病内科 部長
大坂 貴史氏
- 参加費** 無料
- 対 象** 医師
- 単 位** 日医生涯教育講座 2単位
{ 11. 予防と保健 (0.5単位), 76. 糖尿病 (1単位),
82. 生活習慣 (0.5単位) }
- 共 催** 京都府医師会, 京都府, 京都府糖尿病協会, 京都糖尿病医会
京都腎臓医会, 京都府栄養士会
- 後 援** 京都府糖尿病療養指導士認定委員会, 京都府薬剤師会
京都府介護支援専門員会, 京都府看護協会, 京都府歯科医師会

参加申し込み 右記のQRコードより申し込みフォームにアクセスしていただき、必要事項をご記入ください。FAXご希望の場合は裏面申込用紙をご利用ください。



申し込み締切 2月21日(水)

※2月22日(木)頃を目途にお申し込みいただいたメールアドレスに、招待メールをお送りします。万が一未達の場合は、2月22日(木)の午後5時頃までに地域医療1課(075-354-6109)宛てご連絡ください。

地域医療1課 宛 (FAX075-354-6097)

<京都府糖尿病重症化予防研修会>
参加申込書

フリガナ

氏 名 _____

地区医師会名 _____

勤務先名 _____

所在地 〒 _____

※勤務先が京都府内でない場合は、ご自宅住所をご記入ください。

電話番号 _____ FAX _____

メールアドレス _____

※ WEB 配信ですので、メールアドレスは必須です。

※ Gmail や docomo のアドレスは、府医からのメールが迷惑メールフォルダに振り分けられたり、拒否されるケースが散見されます。可能であれば他のアドレスをお願いします。

かかりつけ医（がん対応力）向上研修の開催のご案内

当研修会は、がん患者が住み慣れた地域において、切れ目ない緩和ケアおよび最新のがん医療に即したフォローアップを受けられる体制の構築を目的として、医師に最新の知見等を学んでいただき、拠点病院等へのスムーズな紹介や患者へのがんに関する情報提供・相談支援の充実を図っているところです（修了証書の発行なし）。

今年度は、「婦人科がん」、「脳腫瘍」に係る研修を通じて、拠点病院等とかかりつけ医の連携等の充実を図ります。1科目からでもご参加いただけますので、是非ご応募ください。

場所・日時：

令和6年3月2日(土)【WEB開催】

| 時間 | 内容 | 講師 | 所属・役職 |
|-------------|-------|--------|-------------------------|
| 14:00～15:00 | 婦人科がん | 森 泰輔氏 | 京都府立医科大学附属病院 産婦人科 教授 |
| 15:00～16:00 | 脳腫瘍 | 荒川 芳輝氏 | 京都大学医学部附属病院 脳神経外科 教授 |

日医生涯教育カリキュラムコード：53. 腹痛 /1.0 単位（婦人科がん）

0. 最新のトピックス・その他 /1.0 単位（脳腫瘍）

対象者 京都府内の医療機関に勤務する医師

参加費 無料

内容 「婦人科がん」、「脳腫瘍」

講師 都道府県がん診療連携拠点病院（京都府立医科大学附属病院・京都大学医学部附属病院）の婦人科がん・脳腫瘍の専門医

〈二次元コード〉

申し込み 右の二次元コードから電子申請システムによりお申し込みをお願いいたします（受付期間2/1～2/17メ切）。



備考 以下の点、ご注意ください。

- ・京都府・京都府立医科大学附属病院・京都大学医学部附属病院より Web 配信（Web 配信のみ）します。配信 URL は開催1週間前を目処に送付します。
- ・ZOOM を使用し WEB 研修会を開催します。
- ・事前申し込み制にて申し込みリストを作成し、研修会終了後のログ（WEB 会議室に入室した際の名前等）と照らし合わせて受講の確認を行います。漏れがないように録画を行い、講演会終了後にダブルチェックを行い確認します。

〒602-8570

京都市上京区下立売通新町西入
京都府健康対策課 がん対策係

TEL：075-414-4765

FAX：075-431-3970

MAIL：kentai@pref.kyoto.lg.jp

京都府医師会

在宅医療・地域包括ケアサポートセンター 通信

令和5年度
第4回「総合診療力向上講座」
(Web講習会) 開催のご案内

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

今年度、第4回の総合診療力向上講座は、京都府立医科大学大学院 医学研究科 皮膚科学教室 教授 加藤則人先生に「コモンな皮膚疾患の診断と治療」というテーマでご講演いただきます。

在宅医療のみならず臨床の場でも役立つ内容のご講演となっております。

是非、お申し込みの上、ご参加ください。

第4回「総合診療力向上講座」(Web講習会)

と き 令和6年2月17日(土) 午後2時30分～午後4時
と ころ 府医会館より配信 ※ Web 会議システム ZOOM を用います。
テ ー マ 「コモンな皮膚疾患の診断と治療」
対 象 医師
講 師 京都府立医科大学 大学院医学研究科皮膚科学教室 教授 加藤 則人氏
参 加 費 無料

申し込み 右記画像よりお申し込みください。
当センターホームページ申込みフォームからもお申し込みできます。



締 切 研修会の前日2月16日(金)までにお申し込みください。

日医生涯教育カリキュラムコード：26. 発疹 (1.5 単位)

修了証 令和5年度以降、原則、研修会ごとに修了証(日医生涯教育講座の受講証明書)は発行しないことになりました(京都医報3月15日号参照)。

届出等で修了証(受講証明書)の発行が必要な場合は、申請してください。

なお、開始早々の退出や30分未満の参加については、単位付与されませんのでご了承ください。

※受講確認のため、1人1台の通信端末(PC等)でご参加ください。

問い合わせ 京都府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター

(TEL: 075-354-6079 / FAX: 075-354-6097 / Mail: zaitaku@kyoto.med.or.jp)

認知症対策通信

令和5年度かかりつけ医認知症対応力向上研修
(Web開催) 開催のご案内

本研修は、国が定める「認知症地域医療支援事業」の一環で、府医が京都府・京都市から委託を受けて実施しております。各地域において医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とし、かかりつけ医として必要で適切な認知症診断の知識・技術などの習得に資する内容となっております。事前に収録した講演を前半 Part と後半 Part に分けて Web 配信をいたします。ご都合の良い日程を選択し、それぞれ1回ずつ受講してください。どちらかのみ受講も可能ですが、日医かかりつけ医機能研修制度応用研修の単位付与はいたしかねます。単位が必要な方は、前半 Part・後半 Part それぞれ受講をお願いいたします。

なお、本研修会は厚生労働省が「認知症地域医療支援事業実施要綱」に定めます「かかりつけ医認知症対応力向上研修」のカリキュラムに則って毎年開催しております。年度ごとに収録しておりますが、内容はカリキュラムに沿って昨年度と同様の内容となりますことをご了承ください。

【前半 Part】

| | |
|------|--|
| と き | ①8月17日(木) 午後6時～午後8時 ②10月7日(土) 午後2時～午後4時 ③11月16日(木) 午後6時～午後8時 ④2024年2月10日(土) 午後2時～午後4時 |
| と ころ | ※ Zoom による Web 配信 |
| 内 容 | 「基本知識」「診療における実践」 |
| 講 師 | 北山病院 院長 澤田 親男 氏 (認知症サポート医幹事) ※前半 Part ①②③④は同じ内容です。 |

【後半 Part】

| | |
|------|---|
| と き | ①8月31日(木) 午後6時～午後7時30分 ②10月14日(土) 午後2時～午後3時30分 ③12月7日(木) 午後6時～午後7時30分 ④2024年3月2日(土) 午後2時～午後3時30分 |
| と ころ | ※ Zoom による Web 配信 |
| 内 容 | I 「かかりつけ医の役割」 II 「地域・生活における実践」 |
| 講 師 | I はやし神経内科 院長 林 理之 氏 (認知症サポート医幹事) II 京都府立医科大学大学院 医学研究科 精神機能病態学 精神医学教室 教授 成本 迅 氏 (認知症サポート医幹事) ※後半 Part ①②③④は同じ内容です |

対 象 府医会員，会員医療機関の医師，勤務医，看護師，介護職，福祉職，行政職等

参加費 無料 ※ Web 会議システム Zoom ウェビナー を用います。

修了証 Zoom ウェビナーの入退室管理により前半 Part，後半 Part 両方の出席が確認できた方に，受講票フォームをメールにて送付させていただき，ご提出いただいた受講票フォームの回答を，京都府または京都市へ提供し，いずれかから修了証が発行されます。

申し込み 申し込み方法はホームページ申し込みフォームのみとなります。

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

日医生涯教育カリキュラムコード

【前半 Part】

29. 認知能の障害（2単位）

※「地域包括診療加算」および「地域包括診療料」の施設基準における「慢性疾患の指導に係る適切な研修」の一部，「29. 認知能の障害」に該当します。

【後半 Part】

4. 医師－患者関係とコミュニケーション（0.5単位）

13. 医療と介護および福祉の連携（1単位）

日医かかりつけ医機能研修制度

【応用研修】1単位

※前半 Part，後半 Part 共に出席確認ができた方のみに付与いたします。

※受講確認のため，1人1台の通信端末（PC等）で参加いただく必要がございます。

※入退室時間の記録をいたします。遅刻や途中退出されますと単位が付与されない場合がございます。お時間にご留意ください。

当日は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。

■ 申し込み方法について

右記のQRコードをお持ちのスマートフォンのバーコードリーダーで読み取ると、申し込みフォームが表示されます。または、検索エンジンにて「京都在宅医療」で検索し、当センターホームページからお申し込みできます。



研修会前日に「zaitaku@kyoto.med.or.jp」より資料、「no-reply@zoom.us」より研修会聴講URLが届きます。迷惑メールの設定をされている方は、「zaitaku@kyoto.med.or.jp」「no-reply@zoom.us」を設定から外していただきますようお願いいたします。届かなかった場合はお手数ですが、迷惑メールフォルダをご確認いただき、無かった場合は075-354-6079までお電話ください。

ご不明点がございましたら当センターまで、ご連絡ください。

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

介護保険ニュース

令和 5 年度 主治医研修会 開催要項

府医では例年、京都府からの委託事業として、主治医研修会を開催しています。

今年度もオンライン形式で下記のとおり開催いたしますので、是非ご参加ください。

なお、当研修会の受講は診療報酬上の施設基準「地域包括診療加算（料）」に係る介護保険制度の利用等に関する選択式要件の一つとなっています。当該施設基準につき、新規届出を検討する医療機関におかれては貴重な機会となりますので、申し添えます。

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 日 時 | 令和 6 年 2 月 24 日 (土) 午後 2 時～午後 5 時 (予定) | |
| 開 催 方 法 | オンライン配信 (Zoom ウェビナー) | |
| 内 容 講 師 | 主治医意見書および成年後見制度における診断書の記載について ① 講演：京都家庭裁判所後見センター 主任書記官 藤原元治 氏 ② シンポジウム：市田哲郎 氏 (京都府医師会理事)， 井上 基 氏 (公益社団法人京都府介護支援専門員会監事)， 上林里佳 氏 (上林里佳社会福祉事務所)， 藤原元治 氏 司会) 西村幸秀 氏 (京都府医師会理事) ③ 主治医意見書の記載について：西村幸秀 氏 (京都府医師会理事) | |
| 申 し 込 み | 右記 QR コードもしくは下記の URL より申し込みください https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_ctW-gv5UQE63fxRvNJS DRg |  |
| 備 考 | ① 研修会で使用する資料は開催日までに郵送します。 ② 会議前日までに、Zoom の招待メールを送信します。当日、招待メール上のリンクから入室し研修を受講してください。 ③ 招待メールが届かない場合は迷惑メールフォルダに振り分けられている可能性がありますので、ご確認ください。 | |
| 修 了 証 書 | Zoom ウェビナーの入退室管理により参加を確認し、後日登録したご住所に郵送します。受講確認のため、一人一台の通信端末 (PC 等) で参加いただく必要があります。 | |
| 日 医 生 涯 教 育 カリキュラムコード | 2.5 単位：① = 29. 認知能の障害 1 単位， ② = 13. 医療と介護および福祉の連携 1 単位， ③ = 12. 地域医療 0.5 単位 | |
| 問 い 合 わ せ | 京都府医師会事務局介護保険課 (TEL 075-354-6107 / FAX 075-354-6097) | |

令和6年度介護報酬改定に向けた 社会保障審議会介護給付費分科会における 審議報告について

令和6年度の次期介護報酬改定に関しては、社会保障審議会介護給付費分科会において審議が行われているところですが、昨年12月18日に開催された第236回分科会において、次期介護報酬改定の方針を示す審議報告について基本合意がなされ、12月19日付で公表されました。

審議報告では、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」の4点を基本的な視点として、令和6年度介護報酬改定に関する基本的な考え方と、それを踏まえた主な改定内容が示されました。

また、訪問リハビリテーションの診療未実施減算について、『ア事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和6年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長する。』『イ適用猶予措置期間中においても、事業所外の医師が「適切な研修の修了等」の要件を満たすことについて、事業所が確認を行うことを義務付ける。』と見直すこととする旨が記されています（「適切な研修の修了等」には、日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会の単位取得が含まれる）。

改定内容に係る詳細は、厚生労働省より省令・告示・通知等が発出され次第、あらためてお知らせします。

令和6年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 医療と介護の連携の推進
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療・介護の連携強化
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築
- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進
- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

5. その他

- ・ 「書面揭示」規制の見直し
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

■ 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

医療と介護の連携の推進

※各事項は主なもの

<在宅における医療ニーズへの対応強化>

- 医療ニーズの高い利用者が増える中、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設。

<高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化>

- 所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設の入所者に適切な医療を提供する観点から、対象に慢性心不全が増悪した場合を追加する。

<在宅における医療・介護の連携強化>

- 退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書を入力し、内容を把握することを義務付ける。

<高齢者施設等と医療機関の連携強化>

- 高齢者施設等について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関等と実効性のある連携体制を構築するための見直しを行う。

質の高い公正中立なケアマネジメント

- 居宅介護支援における特定事業所加算の算定要件について、ヤングケアラーなどの多様な課題への対応を促進する観点等から見直しを行う。

感染症や災害への対応力向上

- 高齢者施設等における感染症対応力の向上を図る観点から、医療機関との連携の下、施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止するための医療機関との連携体制の構築や感染症対策に資する取組を評価する加算を新設する。
- 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、特定の場合を除き基本報酬を減算する。(1年間の経過措置)

高齢者虐待防止の推進

- 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

認知症の対応力向上

- 平時からの認知症の行動・心理症状(BPSD)の予防及び出現時の早期対応に資する取組を推進する観点から、認知症のチームケアを評価する加算を新設。

福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

- 利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明や多職種の見解や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととする。

地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組

- 訪問介護における特定事業所加算について、中山間地域等で継続的なサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点等から見直しを行う。

看取りへの対応強化

- 各種サービスにおける、看取り・ターミナルケア関係の加算の見直し等を行う。

2

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

■ 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用を推進

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等

※各事項は主なもの

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、介護老人保健施設・介護老人福祉施設等の関係加算について、新たな区分を設ける。また、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分を設ける。
- 大規模型事業所であってもリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所を評価する観点から、通所リハビリテーションの事業所規模別の基本報酬について見直しを行う。
- 居宅療養管理指導費について、通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導及び歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、算定対象を通院又は通所が困難な者から通院困難な者に見直す。
- 訪問介護等において、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者との同意のもと歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算を設ける。
- 介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるようにする観点から、介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等の文書等で提供することを評価する新たな加算を設ける。

自立支援・重度化防止に係る取組の推進

- 通所介護等における入浴介助加算について、入浴介助技術の向上や利用者の居宅における自立した入浴の取組を促進する観点から見直しを行う。
- ユニットケアの質の向上の観点から、個室ユニット型施設の管理者は、ユニットケア施設管理者研修を受講するよう努めなければならないこととする。
- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、指標の取得状況等も踏まえ、見直しを行う。
- 介護老人保健施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加え、施設において薬剤を評価・調整した場合を評価する新たな区分を設ける。その上で、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合を高く評価する。

LIFEを活用した質の高い介護

- 科学的介護推進体制加算・自立支援促進加算について、質の高い情報収集・分析を可能とし、科学的介護を推進する観点から、LIFEの入力項目の定義の明確化や入力負担の軽減等を行う。
- ADL維持等加算、排せつ支援加算、褥瘡マネジメント加算(介護医療院は褥瘡対策指導管理)について、アウトカム評価を充実する観点から見直しを行う。

3

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

■ 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

介護職員の処遇改善

※各事項は主なもの

- 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置をできるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。

生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり

- 人員配置基準等で具体的な必要数を定めて配置を求めている職種のテレワークに関して、個人情報適切に管理していること、利用者の処遇に支障が生じないこと等を前提に、取扱いの明確化を行い、職種や業務ごとに具体的な考え方を示す。
- 介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置を義務付ける。(3年間の経過措置)
- 介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する新たな加算を設ける。
- 見守り機器等のテクノロジーの複数活用及び職員間の適切な役割分担の取組等により、生産性向上に先進的に取り組む**特定施設**について、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていることを確認した上で、人員配置基準の特例的な柔軟化(3:0.9)を行う。
- 介護老人保健施設等**において見守り機器等を100%以上導入する等、複数の要件を満たした場合に、夜間における人員配置基準を緩和する。
- 認知症対応型共同生活介護**において見守り機器等を10%以上導入する等、複数の要件を満たした場合に、夜間支援体制加算の要件を緩和する。
- EPA介護福祉士候補者及び技能実習の外国人について、一定の要件の下、就労開始から6月未満であっても人員配置基準に算入してもよいこととする。

効率的なサービス提供の推進

- 管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化した上で、管理者が兼務できる事業所の範囲について、管理者がその責務を果たせる場合には、同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても差し支えない旨を明確化する。
- 訪問看護**における24時間対応について、看護師等に速やかに連絡できる体制等、サービス提供体制が確保されている場合は看護師等以外の職員も利用者又は家族等からの電話連絡を受けられるよう、見直しを行う。
- 居宅介護支援**の介護支援専門員の一人当たり取扱件数の上限について、現行の「40未満」を「45未満」に改めるとともに、情報通信機器を活用した場合等の取扱件数の上限について、現行の「40以上60未満」を「45以上60未満」に改める。また、**居宅介護支援費**の算定に当たっての取扱件数の算出に当たり、指定介護予防支援の提供を受ける利用者数については、3分の1を乗じて件数に加えることとする。

4

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

評価の適正化・重点化

※各事項は主なもの

- 訪問介護**の同一建物減算について、事業所の利用者のうち、一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供である場合に、報酬の適正化を行う新たな区分を設け、更に見直しを行う。
- 訪問看護**に求められる役割に基づくサービスが提供されるようにする観点から、理学療法士等のサービス提供状況及びサービス提供体制等に係る加算の算定状況に応じ、理学療法士等の訪問における基本報酬及び12月を超えた場合の減算を見直す。
- 短期入所生活介護**における長期利用について、長期利用の適正化を図り、サービスの目的に応じた利用を促す観点から、施設入所と同等の利用形態となる場合、施設入所の報酬単位との均衡を図ることとする。
- 利用者が**居宅介護支援事業所**と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅等に入居している場合や、複数の利用者が同一の建物に入居している場合には、介護支援専門員の業務の実態を踏まえた評価となるよう見直しを行う。
- 多床室の室料負担について、これまでの分科会での意見等を踏まえ、予算編成過程において検討する。

報酬の整理・簡素化

- 介護予防通所リハビリテーション**における身体機能評価を更に推進するとともに、報酬体系の簡素化を行う観点から見直しを行う。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護**と**夜間対応型訪問介護**の将来的なサービスの統合を見据えて、夜間対応型訪問介護との一体的実施を図る観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本報酬に、夜間対応型訪問介護の利用者負担に配慮した新たな区分を設ける。
- 長期療養生活移行加算について、**介護療養型医療施設**が令和5年度末に廃止となることを踏まえ、廃止する。

5. その他

※各事項は主なもの

- 運営基準省令上、事業所の運営規程の概要等の重要事項等について、「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイトに掲載・公表しなければならないこととする。
- 通所系サービス**における送迎について、利便性の向上や運転専任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所を含めるとともに、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗を可能とする。
- 基準費用額(居住費)について、これまでの分科会での意見等を踏まえ、予算編成過程において検討する。
- 令和6年度以降の級地の設定に当たっては、現行の級地を適用することを基本としつつ、公平性を欠く状況にあると考えられる自治体については特例を設け、自治体に対して行った意向調査の結果を踏まえ、級地に反映する。

5

令和6年2月からの 介護職員処遇改善支援補助金について

令和5年11月29日に成立した令和5年度補正予算において、介護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を2%程度(月額平均6,000円相当)引き上げるための措置を、令和6年2月分の賃金改善から前倒しで実施することとされました。現時点の案が下記のとおり厚労省より示されましたのでお知らせします。

本補助金については、介護職員ベースアップ等支援加算を取得している事業所(令和6年4月から取得見込みの事業所も含む)かつ令和6年2・3月分(令和5年度中分)から実際に賃上げを行う事業所で、補助額の2/3以上は介護職員等の月額賃金の改善に使用する(4月分以降。令和6年2・3月分は全額一時金による支給を可能とする)ことが取得要件とされ、また、事業所の判断により、介護職員以外の他の職種の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることのできるよう柔軟な運用を認めるとされています。

具体的な実施要綱等が示されましたら、あらためてお知らせします。

令和6年2月からの介護職員処遇改善支援補助金について(案)

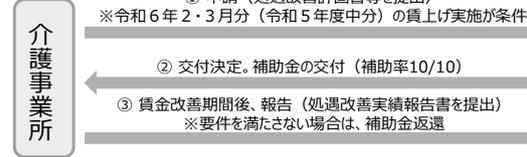
- 「デフレ完全脱却のための総合経済対策」(令和5年11月2日閣議決定)に基づき、介護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を2%程度(月額平均6,000円相当)引き上げるための措置を、令和6年2月から前倒しで実施するために必要な経費を令和5年度内に都道府県に交付する。
- 介護職員以外の他の職種の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることのできるよう柔軟な運用を認める。

- ◎ **対象期間** 令和6年2月～5月分の賃金引上げ分(以降も、別途賃上げ効果が継続される取組を行う)
- ◎ **補助金額** 対象介護事業所の介護職員(常勤換算)1人当たり月額平均6,000円の賃金引上げに相当する額。対象サービスごとに介護職員数(常勤換算)に応じて必要な交付率を設定し、各事業所の総報酬にその交付率を乗じた額を支給。
- ◎ **取得要件**
 - ・ 介護職員ベースアップ等支援加算を取得している事業所(令和6年4月から介護職員等ベースアップ等支援加算を取得見込みの事業所も含む)
 - ・ 上記かつ、令和6年2・3月分(令和5年度中分)から実際に賃上げを行う事業所
 - ・ 賃上げ効果の継続に資するよう、補助額の2/3以上は介護職員等の月額賃金(※)の改善に使用することを要件とする(4月分以降。基本給の引上げに伴う賞与や超過勤務手当等の各種手当への影響を考慮しつつ、就業規則(賃金規程)改正に一定の時間を要することを考慮して、令和6年2・3月分は全額一時金による支給を可能とする。)
 - ※ 「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」
- ◎ **対象となる職種**
 - ・ 介護職員
 - ・ 事業所の判断により、介護職員以外の他の職種の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることのできるよう柔軟な運用を認める。
- ◎ **申請方法** 各事業所において、都道府県に介護職員・その他職員の賃金改善額を記載した計画書(※)を提出。
※賃金改善額の総額(対象とする職員全体の額)の記載を求める(職員個々人の賃金改善額の記載は求めない)
- ◎ **報告方法** 各事業所において、都道府県に賃金改善期間経過後、計画の実績報告書(※)を提出。
※賃金改善額の総額(対象とする職員全体の額)の記載を求める(職員個々人の賃金改善額の記載は求めない)

- ◎ **交付方法** 対象事業所は都道府県に対して申請し、対象事業所に対して補助金支払(国費10/10、約364億円(事務費含む))。

- ◎ **申請・交付スケジュール**
 - ✓ 都道府県に対しては令和5年度内に概算交付
 - ※ 事業者に対する交付スケジュールとして、都道府県における準備等の観点から、やむをえない事情による場合は、令和6年4月から受付、6月から交付することも想定。
 - ✓ 賃金改善期間後、処遇改善実績報告書を提出。

【執行のイメージ】



令和6年2月からの介護職員処遇改善支援補助金の交付率について(案)

- 現行の介護職員処遇改善加算等と同様、介護サービス種類ごとに、介護職員数に応じて設定された一律の交付率を介護報酬に乗じる形で各事業者に交付。事業者ごとに交付される補助金額は、介護職員(常勤換算)1人当たり月額平均6,000円(給与の約2%)の賃金引上げに相当する額になる。

| サービス区分 | 交付率 |
|---|------|
| ・訪問介護 ・夜間対応型訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・(介護予防)訪問入浴介護 | 1.2% |
| ・通所介護 ・地域密着型通所介護 ・(介護予防)通所リハビリテーション | 0.7% |
| ・(介護予防)特定施設入居者生活介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護 | 0.8% |
| ・(介護予防)認知症対応型通所介護 | 1.4% |
| ・(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護 | 1.0% |
| ・(介護予防)認知症対応型共同生活介護 | 1.3% |
| ・介護老人福祉施設 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・(介護予防)短期入所生活介護 | 0.9% |
| ・介護老人保健施設 ・(介護予防)短期入所療養介護(老健) | 0.5% |
| ・介護医療院 ・(介護予防)短期入所療養介護(病院等・医療院) | 0.3% |

- ※ (介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)福祉用具貸与、特定(介護予防)福祉用具販売、(介護予防)居宅療養管理指導、居宅介護支援、介護予防支援は交付対象外。
※ 対象サービスごとに介護職員数(常勤換算)に応じて必要な交付率を設定し、各事業所の総報酬にその交付率を乗じた額を支給。
※ 別途賃上げ効果が継続される取組みを行うとしていることを踏まえ、6月以降の取扱いについては、引き続き調整・検討予定。

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（医師賠償責任保険、医療施設賠償責任保険）

| | |
|-------------------------|--|
| 【加入者】 | 京都府医師会会員 |
| 【被保険者* （医師賠償責任保険）】 | 京都府医師会会員である診療所の開設者個人、京都府医師会会員を理事長もしくは管理者として診療所を開設する法人 |
| 【被保険者* （医療施設賠償責任保険）】 | ①京都府医師会会員、及びその者が理事長もしくは管理者として診療所を開設する法人（記名被保険者） ②①の使用人、その他の業務の補助者 |

加入タイプⅡ（医師賠償責任保険）

| | |
|--------------|--|
| 【加入者（被保険者*）】 | 京都府医師会会員である勤務医師 法人病院や法人診療所の管理者である医師個人 |
|--------------|--|

*対象事故が起こった場合に補償の対象となる方

年間
保険
料

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

※各タイプの補償内容はパンフレットをご覧ください。

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

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

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

【契約者】 一般社団法人 京都府医師会

【取扱代理店】 東京海上日動代理店 有限会社 ケーエムエー

〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6 京都府医師会館内

TEL 075-354-6117 FAX 075-354-6497

【引受保険会社】 東京海上日動火災保険株式会社 担当課：京都支店営業課

〒600-8570 京都市下京区四条富小路角

2023年3月1日作成 22TC-102006

京都医報 No.2262

発行日 令和6年2月1日

発行所 京都医報社

〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6

TEL 075-354-6101

E-mail kma26@kyoto.med.or.jp

ホームページ <https://www.kyoto.med.or.jp>

発行人 松井 道宣

編集人 田村 耕一

印刷所 株式会社ティ・プラス



発行所 京都医報社

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

発行人 松井道宣 編集人 田村耕一