

施設長 各位

那覇市医師会
会 長 山城千秋
副 会 長 友利博朗



医療保険関係通知の送付について

平素より医師会事業へのご支援ご協力賜り感謝申し上げます。

沖縄県医師会を通じて「医療保険関係通知の送付について」の通知が届きましたのでご案内申し上げます。つきましては、別添資料を当会ホームページに掲載致しますので、お手数ですがダウンロードをお願いします。また、インターネットに対応していないなど紙ベース（印刷物）での提供をご希望の際は、お手数ですが、下段（FAX）にて那覇市医師会・事務局までお申し込みいただきますようご案内申し上げます。

☆ 問合せ先（那覇市医師会 事務局：石垣・前泊 / 電話 098-868-7579）

.....記.....

沖医発第54号E
令和4年4月8日

地区医師会医療保険担当理事 殿

沖縄県医師会
常任理事 平安 明（医療保険担当理事）
（公印省略）

医療保険関係通知の送付について

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、日本医師会より、標記の関係通知が届いておりますので、ご連絡申し上げます。

本通知①は、令和4年3月31日から運用が開始されている「保険医療機関等電子申請・届出等システム」に関する情報提供となっております。

本通知②は、厚生労働省保険局医療課から新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い(その69)の通知が発出された旨の情報提供となっております。

本通知③は、厚生労働省保険局医療課から「疑義解釈資料の送付について(その101)」が発出された旨の情報提供となっております。

本通知④は、厚生労働省保険局医療課から令和4年度診療報酬改定に関する「疑義解釈資料の送付について(その1)」が発出された旨の情報提供となっております。

本通知⑤は、令和4年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について示されたものとなっております。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただきますとともに、貴管下関係機関に対する周知方についてご高配下さいますようお願い申し上げます。

なお、各通知の添付資料は省略しておりますので、各資料は、本会文書映像データ管理システムをご確認下さいますようお願い申し上げます。

記

- ①「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の運用について（令和4年3月31日(保328)）
- ②新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その69)(令和4年3月31日(保329))
- ③厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その101)」の送付について（令和4年3月31日(保330)）
- ④厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その1)」の送付について（令和4年3月31日(保331)）
- ⑤令和4年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和4年3月31日(保332)）

沖縄県医師会保険課:山川、比嘉
TEL : 098-888-0087

☆ 「医療保険関係通知の送付について」(272項)

Q1. 別添資料の紙ベース（印刷物）での送付について（ 1. 送付を希望する）

施設名 _____

FAX送付先 : 098-867-3750

(保 328)

令和4年3月31日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松本吉郎
(公印省略)

「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の運用について

令和4年3月31日より、「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の運用が開始されます。これにより、保険医療機関等から地方厚生（支）局への申請・届出のうち、これまで書面による提出が必要とされていたものの一部については、電子申請を行うことが可能となります。

なお、本システムの利用を希望する場合には、初期登録のため、事前に「利用開始届出」を添付資料に記載されている提出窓口あてに提出していただく必要があります。

なお、詳細につきましては、添付資料及び厚生労働省ホームページをご確認ください。
つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<添付資料>

「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の運用について
(令 4. 3. 31 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事務連絡
令和4年3月31日

関係団体 御中

厚生労働省保険局医療課

「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の運用について

平素より、厚生労働行政に御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

令和4年3月31日より、「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の運用を開始します。これにより、保険医療機関等から地方厚生（支）局への申請・届出のうち、これまで書面による提出を必要としていたものの一部については、電子申請を行うことが可能となります。

本システムの活用にあたって必要となる手続き等については、下記のとおりですので、別紙関係団体におかれては、ご了知いただくとともに、関係者に周知を図られますよう、お願い申し上げます。

なお、本システムへのログインが可能となる時期については、今後改めてお知らせすることを申し添えます。

記

- 保険医療機関等から地方厚生（支）局への申請・届出のうち、これまで書面による提出を必要としていたものの一部については、「保険医療機関等電子申請・届出等システム」（以下「本システム」という。）の活用により、電子申請を行うことが可能となります。電子申請・届出が可能となる手続きの一覧は、後掲の厚生労働省ホームページの「1. システム概要」をご参照ください。
- 本システムの利用を希望する場合には、初期登録のため、事前に「利用開始届出」を提出していただく必要があります。「利用開始届出」の様式や記入要領については、後掲の厚生労働省ホームページに掲載しておりますので、以下の提出窓口あてに、提出をお願いします。

（提出窓口） h-insurance-apply@kits.nttdata.co.jp

- 初期登録の完了後、本システムへのログインURL、ユーザID、初期パスワードの通知書を送付します。

なお、本システムへのログインが可能となる時期については、今後、改めてお示しします。

- 本システムのサービス開始直後は、多数の保険医療機関等からの利用開始の申し込みが集中することが想定されます。利用開始の申し込みを考えている保険医療機関等におかれては、ユーザID・初期パスワードの到着まで時間を要することが見込まれます。あらかじめご了承ください。

- 手続き等に当たり、ご不明点があれば、以下の問い合わせ窓口あてにご連絡ください。

(問い合わせ窓口) healthinsurance-help@kits.nttdata.co.jp

※ 営業時間：9時～17時（土・日・祝日及び年末年始を除く）

(参考) 厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryouhoken/index_00002.html

(保 329)

令和4年3月31日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松本吉郎
(公印省略)

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて (その69)

新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱い等について、添付資料のとおり厚生労働省より取扱いが示されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

今回の取扱いは、これまでに示されている診療報酬上の臨時的な取扱いにおいて、令和4年度診療報酬改定により、所定点数が改正されたもの、名称変更又は新設されたもの等、令和4年4月1日以降の取扱いについて示されたものであります。

つきましては、貴会会員へのご対応等、よろしくお願い申し上げます。

<添付資料>

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて (その69)

(令 4. 3. 31 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事務連絡
令和4年3月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その69）

新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱い等について別添のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等に対し周知徹底を図られたい。

(別添)

医科診療報酬点数表関係

問1 令和4年度診療報酬改定において、「A205 救急医療管理加算1」の所定点数が950点から1,050点に改正されたが、外来、入院、在宅等において、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い」により実施されている救急医療管理加算1の点数を基準とする特例的な評価について、令和4年4月1日以降の算定はどのように考えればよいか。

(答) 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いにおいては、令和4年4月1日以降も、旧医科点数表における救急医療管理加算1の点数(950点)を基準として評価を行う。

問2 令和4年度診療報酬改定において、「A308-3 地域包括ケア病棟入院料」の注5に規定する在宅患者支援病床初期加算の所定点数が300点から500点又は400点に改正されたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その9)」(令和2年4月8日厚生労働省保険局医療課事務連絡)別添の問2に示されている地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している新型コロナウイルス感染症患者に係る取扱いについて、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

(答) 当該取扱いにおいては、令和4年4月1日以降も、旧医科点数表における在宅患者支援病床初期加算の点数(300点)を算定する。

問3 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その22)」(令和2年6月15日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「6月15日事務連絡」という。)の1(1)において、入院中の患者に対してSARS-CoV-2(新型コロナウイルス)核酸検出等を実施した場合は、入院料とは別に、当該検査等に係る検査料及び検体検査判断料を算定できる取扱いが示されているが、対象の入院料について、令和4年度診療報酬改定において名称変更又は新設された以下の入院料に係る取扱いは、どのように考えればよいか。

- ① A311 精神科救急急性期医療入院料
- ② A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

(答) ①及び②のいずれについても、6月15日事務連絡による臨時的な取扱いの対象となり、別途検査料等を算定できる。

問4 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その36)」(令和3年2月26日厚生労働省保険局医療課事務連絡)別添の問8及び「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その62)」(令和3年9月24日厚生労働省保険局医療課事務連絡)別添の

問5において、新型コロナウイルス感染症患者を障害者施設等入院基本料又は緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院させた場合の取扱いが示されているが、当該取扱いにおける「急性期一般入院料7」の算定について、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

(答) 当該取扱いにおける「急性期一般入院料7」を「急性期一般入院料6」と読み替えた上で、「急性期一般入院料6」を算定することとして差し支えない。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

歯科診療報酬点数表関係

問5 令和4年度診療報酬改定において、再診料の「1 歯科再診料」の所定点数が53点から56点に改正されたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その15）」（令和2年4月27日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「4月27日事務連絡」という。）別添の問2に示されている、対面診療において歯科疾患の療養上の管理を行っている患者に対して電話等再診を行った場合の再診料の取扱いについて、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

（答）当該取扱いにおいては、令和4年4月1日以降も、旧歯科点数表における再診料により算定する。すなわち、4月27日事務連絡に記載のとおり、施設基準の届出状況に応じて対面診療において保険医療機関が算定していた再診料44点、53点、73点をそれぞれ算定し、算定した場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。

問6 令和4年度診療報酬改定において、「1030-2 非経口摂取患者口腔粘膜処置」の所定点数が100点から110点に改正されたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その63）」（令和3年9月28日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添の問13に示されている口腔の剥離上皮膜の除去等に係る取扱いについて、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

（答）当該取扱いにおいては、令和4年4月1日以降も、旧歯科点数表における非経口摂取患者口腔粘膜処置の点数（100点）を1日につき1回算定する。

調剤報酬点数表関係

問7 令和4年度診療報酬改定において、薬剤服用歴管理指導料が廃止され、服薬管理指導料が新設されたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その10）」（令和2年4月10日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「4月10日事務連絡」という。）等にも示されている、保険薬局において①電話や②情報通信機器を用いて服薬指導を行う場合の取扱いについて、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

（答）令和4年4月1日以降は、以下の取扱いとする。

- ① 電話を用いて服薬指導を行った場合は、改定後の調剤点数表における服薬管理指導料等の算定要件を満たせば、令和4年4月1日以降は、引き続き旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料の点数（注に規定する加算（注5に規定する加算を除く。）を含む。）等を算定できる。
- ② 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、算定要件を満たせば、改定後の調剤点数表における服薬管理指導料4等を算定できる。なお、4月10日事務連絡の2に基づく情報通信機器を用いた服薬指導に係る特例的な取扱いは廃止する。

問8 令和4年度診療報酬改定において、薬剤服用歴管理指導料が廃止され、在宅患者オンライン薬剤管理指導料に係る改定が行われたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その14）」（令和2年4月24日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「4月24日事務連絡」という。）別添の問8及び問9にも示されている、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者に対して①電話や②情報通信機器を用いて薬学的管理指導を行った場合の取扱いについて、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

（答）令和4年4月1日以降は、以下の取扱いとする。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、

- ① 電話を用いて薬学的管理指導を行った場合は、4月24日事務連絡に記載のとおり、その他の要件を満たせば、令和4年4月1日以降も、旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料の「1」に掲げる点数を算定できる。
- ② 情報通信機器を用いた薬学的管理指導を行った場合は、算定要件を満たせば、改定後の調剤点数表における在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定できる。なお、4月24日事務連絡別添の問8に基づく情報通信機器を用いた薬学的管理指導に係る特例的な取扱いは廃止する。

居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者については、4月24日事務連絡に記載のとおり、その他の要件を満たせば、同一

月内において一度も居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定しなかった場合に限り、令和4年4月1日以降も、旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料に掲げる点数を算定できる。

問9 令和4年度診療報酬改定において、薬剤服用歴管理指導料が廃止され、服薬管理指導料が新設されたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その63）」（令和3年9月28日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添の問16及び問17における薬剤服用歴管理指導料に係る取扱いについて、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

（答）当該取扱いにおける「薬剤服用歴管理指導料」を「服薬管理指導料」と読み替えて適用する。

(保 330)

令和4年3月31日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松本吉郎
(公印省略)

厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その101）」の送付について

令和2年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和2年3月5日付け日医発第1181号（保265）「令和2年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省保険局医療課より、令和2年度診療報酬改定に関するQ&A「疑義解釈資料の送付について（その101）」が発出されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

以上、本件について貴会会員にご周知下さいますようお願い申し上げます。

【添付資料】

疑義解釈資料の送付について（その101）

（令4.3.31 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事務連絡
令和4年3月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その101）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和2年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月5日保医発0305第1号）等により、令和2年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

(別添)

医科診療報酬点数表関係

問1 令和3年5月12日付けで保険適用された SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出(定性)を実施する際に用いるものとして、「SARS-CoV-2 抗原及びインフルエンザウイルス抗原の検出を目的として薬事承認又は認証を得ているもの」とあるが、令和4年3月31日付けで薬事承認された「ルミラ・SARS-CoV-2 & Flu A/B テストストリップ」(ルミラ・ダイアグノスティクス・ジャパン株式会社)はいつから保険適用となるのか。

(答) 令和4年3月31日より保険適用となる。

問2 令和2年3月6日付けで保険適用された SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)核酸検出を実施する際に用いるものとして、「体外診断用医薬品のうち、使用目的又は効果として、SARS-CoV-2 の検出(COVID-19 の診断又は診断の補助)を目的として薬事承認又は認証を得ているもの」とあるが、令和4年3月31日付けで薬事承認された「ルミラ・SARS-CoV-2 RNA STAR Complete」(ルミラ・ダイアグノスティクス・ジャパン株式会社)はいつから保険適用となるのか。

(答) 令和4年3月31日より保険適用となる。

問3 オゼンピック皮下注 0.25mg SD他2規格(以下「オゼンピック皮下注」という。)の出荷停止に伴い、オゼンピック皮下注を維持用量投与していた患者について、オゼンピック皮下注からビクトーザ皮下注 18mg 又はリベルサス錠 3mg 他2規格に切替えを行う際、必ずしも低用量から漸増するのではなく、切替え時から維持用量で投与してもよいか。

(答) 医学的判断による。

問4 日本消化器病学会・日本肝臓学会の「肝硬変診療ガイドライン 2020」における肝硬変に伴う単純性腹水の治療抵抗例・不耐例や難治性腹水に対して、人血清アルブミン製剤を高用量投与することは可能か。

(答) 医学的判断による。

(保 331)

令和4年3月31日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松本吉郎
(公印省略)

厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その1）」の送付について

令和4年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和4年3月4日付け（保 305）「令和4年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、令和4年度診療報酬改定に関するQ&A「疑義解釈資料の送付について（その1）」が発出されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和4年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

【添付資料】

疑義解釈資料の送付について（その1）

（令 4. 3. 31 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事務連絡
令和4年3月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その1）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第54号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日保医発0304第1号）等により、令和4年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添8までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

なお、これに伴い、「不妊治療に係る診療報酬上の取扱いについて」（令和4年3月16日厚生労働省保険局医療課事務連絡）は廃止します。

医科診療報酬点数表関係

【初診料（情報通信機器を用いた場合）】

問1 区分番号「A000」初診料の注1のただし書に規定する情報通信機器を用いた初診を行った結果、医師が続けて対面診療を行う必要があると判断し、患者に来院して対面診療を受けるよう指示し、同日に当該保険医療機関において対面診療を行った場合の初診料の算定は、どのように考えればよいか。

(答) 区分番号「A000」初診料288点のみを算定すること。

【初診料、外来診療料】

問2 区分番号「A000」初診料の注2及び注3並びに区分番号「A002」外来診療料の注2及び注3における紹介割合及び逆紹介割合（以下単に「紹介割合及び逆紹介割合」という。）の計算等については令和5年4月1日から適用することとされているが、計算の対象となる期間及び地方厚生（支）局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。

(答) 令和5年4月1日までに、令和4年度中の任意の連続する6か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別添様式28により地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、当該実績が基準に達していない場合にあっては、令和5年4月1日から令和6年3月31日までの間、区分番号「A000」初診料の注2若しくは注3又は区分番号「A002」外来診療料の注2若しくは注3の所定点数を算定すること。

また、令和5年10月1日までに、令和4年度の年間の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別紙様式28により、地方厚生（支）局長へ報告すること。

問3 問2において、紹介割合及び逆紹介割合について「令和5年4月1日までに、令和4年度中の任意の連続する6か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別添様式28により地方厚生（支）局長へ報告すること」とされているが、令和4年10月1日までの報告については、どのように考えればよいか。

(答) 令和3年度の実績について、令和4年度診療報酬改定後の計算式を用いて紹介割合及び逆紹介割合等を計算し、報告を行うこと。ただし、令和3年度の実績について基準を満たさない場合であっても、令和5年3月31日までは初診料の注2及び注3並びに外来診療料の注2及び注3における紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。なお、やむを得ない理由等によ

り報告ができない場合は、その理由を記載した理由書を別添様式 28 に添付すること。

問 4 新たに紹介割合及び逆紹介割合等の報告が必要となる保険医療機関に該当する場合、「新規に対象となる保険医療機関については、届出前 3 か月間の実績を有していること」とされているが、紹介割合及び逆紹介割合等の計算の対象となる期間及び地方厚生（支）局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。

（答）新たに紹介割合及び逆紹介割合等の報告が必要となる保険医療機関に該当する場合は、当該保険医療機関となった年度の、連続する少なくとも 3 か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、翌年度の 4 月 1 日までに、別紙様式 28 により地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、当該実績が基準に達していない場合にあつては、翌年度において、区分番号「A 0 0 0」初診料の注 2 若しくは注 3 又は区分番号「A 0 0 2」外来診療料の注 2 若しくは注 3 の所定点数を算定すること。

問 5 紹介割合及び逆紹介割合における初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数及び救急患者数は、延べ人数を使用するのか。

（答）そのとおり。

問 6 紹介割合及び逆紹介割合における「初診の患者数」は、どのように考えればよいか。

（答）初診の患者数とは、区分番号「A 0 0 0」初診料の算定の有無に関わらず、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた患者の数を指す。

【機能強化加算】

問 7 区分番号「A 0 0 0」初診料の注 10 に規定する機能強化加算の施設基準において、地域におけるかかりつけ医機能として、必要に応じ実施する対応について、「ホームページ等に掲示する等の取組を行っていること」とされているが具体的にはどのようなことを指すのか。

（答）例えば、

- ・ 当該保険医療機関のホームページへの掲載
- ・ 自治体、地域医師会等のホームページ又は広報誌への掲載
- ・ 医療機能情報提供制度等への掲載

等が該当する。

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問 8 区分番号「A 2 3 4 - 2」の「1」感染対策向上加算 1 の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

(答) 現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関が該当する。

問 9 区分番号「A 2 3 4 - 2」の「2」感染対策向上加算 2 の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…疑い患者を受け入れる体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

(答) 現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る協力医療機関が該当する。

問 10 区分番号「A 0 0 0」初診料の注 11 及び区分番号「A 0 0 1」再診料の注 15 に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という。）並びに区分番号「A 2 3 4 - 2」の「3」感染対策向上加算 3 の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…発熱患者の診療等を実施する体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

(答) 現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関が該当する。

問 11 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて（中略）診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること」とされているが、

- ① 「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」等を有する保険医療機関について、現時点では新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関、協力医療機関及び診療・検査医療機関が該当することとされているが、自治体のホームページにおいて、それぞれどのような情報を公開する必要があるか。
- ② 診療の体制を有しているにもかかわらず、自治体のホームページの更新がなされていない等の理由により、当該要件が満たせない場合について、どのように考えればよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 重点医療機関及び協力医療機関については、少なくとも保険医療機関の名称、所在地及び確保病床数を、診療・検査医療機関については、少なくとも保険医療機関の名称、所在地、電話番号及び診療・検査医療機関として対応可能な日時を公開する必要がある。
- ② 自治体のホームページにおいて公開されるまでの間、当該保険医療機関のホームページ等において公開していることをもって、当該要件を満たしているものとして差し支えない。

問 12 区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算 1 の届出を行っている保険医療機関において、連携する感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、それぞれの保険医療機関と個別にカンファレンスを開催する必要があるか。

(答) 感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 の届出を行っている複数の保険医療機関と合同でカンファレンスを開催して差し支えない。

問 13 区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 の届出を行っている保険医療機関において、連携する感染対策向上加算 1 の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、これらの保険医療機関が主催するカンファレンス全てに参加する必要があるか。

(答) 感染対策向上加算 1 の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合でも、これらの保険医療機関が主催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年 1 回以上参加する必要があるが、これらの保険医療機関が合同でカンファレンスを主催している場合には、合同開催のカンファレンスに参加することをもって、それぞれの保険医療機関のカンファレンスに 1 回ずつ参加したこととして差し支えない。

問 14 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算におけるカンファレンスについて、書面により持ち回りで開催又は参加することは可能か。

(答) 不可。

問 15 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の届出医療機関間の連携について、以下の場合においては届出可能か。

- ① 特別の関係にある保険医療機関と連携している場合

② 医療圏や都道府県を越えて連携している場合

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 可能。
- ② 医療圏や都道府県を越えて所在する場合であっても、新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際に適切に連携することが可能である場合は、届出可能。

問 16 区分番号「A 2 3 4－2」感染対策向上加算について、

- ① 感染対策向上加算 2 及び感染対策向上加算 3 の施設基準において、「当該保険医療機関の一般病床の数が 300 床未満を標準とする」とされているが、300 床未満とは、医療法上の許可病床数をいうのか、診療報酬上の届出病床数をいうのか。
- ② 一般病床の数が 300 床未満の保険医療機関が、感染対策向上加算 1 の届出を行うことは可能か。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 医療法上の許可病床数をいう。なお、300 床以上である場合であっても、感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 の施設基準を満たしていれば、届出を行って差し支えない。
- ② 可能。

問 17 区分番号「A 2 3 4－2」の「1」感染対策向上加算 1 の施設基準において、「他の保険医療機関（感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年 1 回程度、（中略）感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること」とされているが、

- ① 複数の保険医療機関が、同一の保険医療機関の「感染防止対策に関する評価」を行うことは可能か。
- ② 「感染防止対策に関する評価」は、当該加算に係る感染制御チームが行う必要があるか。
- ③ 当該評価は対面で実施する必要があるか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 可能。
- ② 感染制御チームを構成する職種（医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師）のうち、医師及び看護師を含む 2 名以上が評価を行うこと。
- ③ リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

問 18 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の施設基準において、「感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあつては、院内感染管理者。以下本問において同じ。）により、職員を対象として、少なくとも年 2 回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、当該研修は、必ず感染制御チームが講師として行わなければならないのか。

(答) 感染制御チームが当該研修を主催している場合は、必ずしも感染制御チームが講師として行う必要はない。

ただし、当該研修は、以下に掲げる事項を満たすことが必要であり、最新の知見を共有することも求められるものであることに留意すること。

- ・ 院内感染対策の基礎的考え方及び具体的方策について、当該保険医療機関の職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の院内感染対策に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能の向上等を図るものであること。
- ・ 当該保険医療機関の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること。
- ・ 保険医療機関全体に共通する院内感染対策に関する内容について、年 2 回程度定期的開催のほか、必要に応じて開催すること
- ・ 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。

なお、研修の実施に際して、AMR 臨床リファレンスセンターが公開している医療従事者向けの資料（※）を活用することとして差し支えない。

※ <http://amr.ncgm.go.jp/medics/2-8-1.html>

問 19 外来感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年 2 回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、保険医療機関外で開催される研修会への参加により、当該要件を満たすものとしてよいか。

(答) 不可。

問 20 区分番号「A 0 0 0」初診料の注 13、区分番号「A 0 0 1」再診料の注 17 及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の注 4 に規定するサーベイランス強化加算並びに区分番号「A 2 3 4 - 2」の「1」感染対策向上加算 1 の施設基準において、「院内感染対策サーベイランス（J A N I S）、感染対策連携共通プラットフォーム（J - S I P H E）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが、

- ① 対象となるサーベイランスには、JANIS及びJ-SIPHE以外にどのようなものがあるか。
- ② JANISに参加する場合にあっては、JANISの一部の部門にのみ参加すればよいのか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 現時点では、JANIS及びJ-SIPHEとするが、市区町村以上の規模でJANISの検査部門と同等のサーベイランスが実施されている場合については、当該サーベイランスがJANISと同等であることが分かる資料を添えて当局に内議されたい。
- ② 少なくともJANISの検査部門に参加している必要がある。なお、診療所についてもJANISの検査部門への参加は可能である。

問 21 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること」とされているが、具体的にはどのような事項について掲示すればよいか。

(答) 以下の内容について掲示すること。

- ・ 院内感染対策に係る基本的な考え方
- ・ 院内感染対策に係る組織体制、業務内容
- ・ 抗菌薬適正使用のための方策
- ・ 他の医療機関等との連携体制

問 22 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において求める看護師の「感染管理に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 日本看護協会の認定看護師教育課程「感染管理」
- ・ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「感染症看護」の専門看護師教育課程
- ・ 東京医療保健大学感染制御学教育研究センターが行っている感染症防止対策に係る6か月研修「感染制御実践看護学講座」

問 23 区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2の施設基準において求める薬剤師及び臨床検査技師の「適切な研修」並びに区分番号「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準において求める医師及び看護師の「適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、厚生労働省の院内感染対策講習会③(受講証書が交付されるものに限る。)が該当する。なお、令和4年度の研修については、令和4年10月頃に配信される予定である。

問24 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと」とされているが、

- ① 新たに抗菌薬適正使用支援チームに係る体制を整備する場合であっても届出可能か。
- ② 抗菌薬適正使用支援チームの構成員は、感染制御チームの構成員と兼任することは可能か。
- ③ 構成員のうち「3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師」について、院内に細菌検査室がなく、微生物検査を院外に委託している保険医療機関においては、微生物検査に係る管理を行っている院内の専任の臨床検査技師は、「微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師」に該当すると考えてよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 届出時点で当該体制が整備されていれば届出可能である。
- ② 可能。ただし、いずれかのチームにおいて専従である者については、抗菌薬適正使用支援チームの業務又は感染制御チームの業務(第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する院内感染防止対策に係る業務を含む。)のいずれかのみ実施可能であること。
- ③ よい。

問25 外来感染対策向上加算並びに区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが、

- ① 「等」にはどのようなものが含まれるか。
- ② 具体的には、どのようなことを協議するのか。また、協議した内容は記録する必要があるか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 保健所や地域の医師会が含まれる。
- ② 有事の際に速やかに連携できるよう、例えば、必要な情報やその共有方法について事前に協議し、協議した内容を記録する必要がある。

問 26 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」の「3」感染対策向上加算 3 の施設基準において、「院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けること」とされているが、具体的にはどのようなことをいうのか。

(答) 助言を受ける保険医療機関が、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドランス」における地域の感染管理専門家から、適切に助言を受けられるよう、感染対策向上加算 1 の届出を行っている保険医療機関や地域の医師会から、助言を受け、体制を整備しておくことをいう。

問 27 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年 1 回以上参加していること」とされているが、当該訓練とは、具体的にはどのようなものであるか。また、当該訓練は対面で実施する必要があるか。

(答) 新興感染症患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係るものであり、例えば、個人防護具の着脱の訓練が該当する。また、当該訓練はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて実施して差し支えない。

問 28 問 8 において、区分番号「A 2 3 4 - 2」の「1」感染対策向上加算 1 の施設基準における「新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」を有する保険医療機関について、現時点では新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関が該当することとされているが、DPC/PDPS の機能評価係数Ⅱの地域医療指数(体制評価指数)における「新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること」の評価が 0 ポイントの場合であっても、当該加算の届出は可能か。

(答) 届出時点で新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関に該当している場合には届出可能である。

問 29 外来感染対策向上加算の施設基準において、「感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること」とされているが、当該カンファレンスの内容は、具体的にはどのようなものであればよいか。

(答) 具体的な定めはないが、感染対策向上加算 1 の届出を行っている保険医療

機関は、地域の医師会と連携することとされていることから、感染対策向上加算 1 の届出を行っている保険医療機関が主催するカンファレンスの内容を参考として差し支えない。なお、例えば、以下に掲げる事項に関する情報の共有及び意見交換を行い、最新の知見を共有することが考えられる。

(例)

- ・ 感染症患者の発生状況
- ・ 薬剤耐性菌等の分離状況
- ・ 院内感染対策の実施状況（手指消毒薬の使用量、感染経路別予防策の実施状況等）
- ・ 抗菌薬の使用状況

問 30 区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の注 2 に規定する指導強化加算の施設基準において、「過去 1 年間に 4 回以上、感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていること」とされているが、

- ① 「院内感染対策に関する助言」について、抗菌薬の適正使用に関する助言を行った場合も当該要件を満たすものとしてよいか。
- ② 複数の保険医療機関と連携している場合、1 施設につき 1 年間に 4 回以上助言を行う必要があるか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① よい。
- ② 複数の保険医療機関と連携している場合には、複数の保険医療機関に対して助言を行った数の合計が過去 1 年間に 4 回以上であれば当該要件を満たすこととして差し支えない。

問 31 区分番号「A 0 0 0」初診料の注 12、区分番号「A 0 0 1」再診料の注 16 及び「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の注 3 に規定する連携強化加算の施設基準において、「過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること」とされているが、具体的にはどのような内容について、どのくらいの頻度で報告すればよいか。

(答) 報告の内容やその頻度については、連携する感染対策向上加算 1 の届出を行っている保険医療機関との協議により決定することとするが、例えば、感染症法に係る感染症の発生件数、薬剤耐性菌の分離状況、抗菌薬の使用状況、手指消毒薬の使用量等について、3 か月に 1 回報告することに加え、院内ア

ウトブレイクの発生が疑われた際の対応状況等について適時報告することが求められる。

【電子的保健医療情報活用加算】

問 32 区分番号「A000」初診料の注 14 に規定する電子的保健医療情報活用加算について、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」とは、どのような場合が対象となるのか。

(答) 当該加算は、保険医療機関においてオンライン資格確認等システムが開始され、診療情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから、オンライン資格確認等システムの運用を開始している保険医療機関であれば、実際に患者が個人番号カードを持参せず、診療情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。

また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども、同様に該当する。

問 33 区分番号「A000」初診料の注 14 等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「当該情報を活用して診療等を実施できる体制を有していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること」とされているが、医療機関の窓口や掲示板に「マイナ受付」のポスターやステッカーを掲示することでよいか。

(答) よい。

問 34 区分番号「A000」初診料の注 14 等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること」とあるが、光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合であっても、当該基準を満たすか。

(答) 光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合は、当該基準を満たさない。

【外来管理加算】

問 35 区分番号「A001」再診料の注 8 に規定する外来管理加算について、注 1 に規定する情報通信機器を用いた再診を行った場合も算定可能か。

(答) 外来管理加算の算定に当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察

(視診、聴診、打診及び触診等) を行う必要があるため、算定不可。

【褥瘡対策】

問 36 第 1 章第 2 部入院料等の通則第 7 号に規定する褥瘡対策の施設基準において、「褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること」とあるが、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者について、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号) 別添 6 の別紙 3 「褥瘡対策に関する診療計画書」の<薬学的管理に関する事項>及び<栄養管理に関する事項>は、それぞれの対応が必要な場合に記載すればよいか。

(答) よい。

問 37 「褥瘡対策に関する診療計画書」の<薬学的管理に関する事項>における「薬剤滞留の問題」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) 例えば、創の状態や外用薬の基剤特性の不適合等により、薬剤が創内に滞留維持できていないこと等が想定される。

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

問 38 「注射薬剤 3 種類以上」について、ビタミン剤を薬剤種類数の対象に含めることができるのは、患者の疾患又は症状等により医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合であるとされているが、具体的にはどのような場合か。

(答) 具体的には、以下に掲げる場合が該当する。ただし、当該ビタミン剤が薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。

- ・ 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合 (例えば、悪性貧血のビタミン B12 の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合)
- ・ 患者が妊産婦、乳幼児等 (手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。) であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合
- ・ 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合
- ・ 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食

している場合

- ・ 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合
- なお、「ビタミン剤」とは、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。

問 39 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者の割合について、令和4年9月30日までの経過措置が設けられている入院料等については、令和4年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価をいつから行う必要があるか。

(答) 令和4年10月1日に届出を行うには、経過措置が令和4年9月30日までの入院料等については遅くとも令和4年7月1日から、令和4年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価を行う必要がある。

問 40 許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関であって急性期一般入院料Ⅰを算定する病棟における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価については、令和4年12月31日までの経過措置が設けられているが、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価をいつから行う必要があるか。

(答) 令和5年1月1日に届出を行うには、遅くとも令和4年10月1日から、令和4年度診療報酬改定後の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価を行う必要がある。

問 41 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る入院料等の施設基準における該当患者割合の基準について、令和4年3月31日時点で現に届出を行っている病棟又は病室は、令和4年9月30日までの経過措置が設けられているが、当該病棟又は病室を有する保険医療機関が「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その26)」(令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「8月31日事務連絡」という。)の対象医療機関等に該当する場合、どのように考えればよいか。

(答) 8月31日事務連絡の対象医療機関等に該当するか否かにかかわらず、令和4年3月31日時点で現に届出を行っている病棟又は病室は、令和4年9月30日までの経過措置の対象となる。

【療養病棟入院基本料】

問 42 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注1について、「当該病棟

において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されている」とあるが、摂食機能又は嚥下機能の回復に係る実績を有している必要はあるか。

(答) 必ずしも実績を有している必要はないが、中心静脈栄養を実施している患者については、嚥下機能に係る検査等の必要性等を定期的に確認すること。

問 43 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注 11 について、入院中の患者であって、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料又は区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下「疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するものに対して、1月に1回以上、FIMの測定を行っていない場合には、当該患者に係る疾患別リハビリテーション料のうち、一日につき2単位を超えるものは、当該入院基本料に含まれることとされているが、「1月に1回以上」とは、暦月に1回以上のことを指すのか。

(答) そのとおり。

問 44 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注 11 に規定する点数を算定する患者について、疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う場合も、FIMの測定に係る規定は適用されるか。

(答) 適用される。

【療養病棟入院基本料】

問 45 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注 11 について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第54号）による改正前の（中略）なお従前の例による」「令和4年3月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす」こととされているが、注 11 に規定する点数の適用について、どのように考えればよいか。

(答) 令和4年4月1日より、改正後の点数（100分の75に相当する点数）を算定すること。

【療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料】

問 46 区分番号「A101」療養病棟入院基本料及び区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料について、脳血管疾患等により療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院している患者が、令和2年3月31日以前から回復期リハビリテーションを要する状態に該当しており、令和2年4月1日以降に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟に転棟した場合には、留意事項通知により「医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への移動が認められる」こととされているが、当該患者が脳血管疾患等を有することをもって、「医療上特に必要がある場合」に該当するものとして、再度療養病棟入院基本料を算定する病棟に当該患者を転棟させることは可能か。

(答) 当該患者を同一保険医療機関の療養病棟に再度移動させることは、原則として認められない。

【看護補助体制充実加算】

問 47 看護補助体制充実加算の施設基準における看護補助者及び看護職員の研修受講者の氏名について、届出の際に提出する必要があるか。

(答) 必ずしも提出する必要はないが、求めに応じて提出できるよう保険医療機関内に控えておくこと。

問 48 看護補助体制充実加算の施設基準における看護職員に対して実施する院内研修について、

- ① 実施時間数や実施方法はどのようにすればよいか。
- ② 常勤の看護職員及び非常勤の看護職員のいずれも受講する必要があるのか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 日本看護協会「看護補助者との協働のための研修プログラム」(令和4年3月)を参考にされたい。
- ② いずれも受講する必要がある。

【入院栄養管理体制加算】

問 49 区分番号「A104」特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算における栄養管理計画は、第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画をもって代えることはできるか。

(答) 特定機能病院入院基本料を算定する病棟の専従の常勤管理栄養士が当該計画を作成した場合は、代えることができる。

問 50 区分番号「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料の注 11 に規定する入院栄養管理体制加算について、専従の常勤管理栄養士とは、雇用契約で定める所定労働時間に勤務する者でよいか。

(答) よい。

問 51 区分番号「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料の注 11 に規定する入院栄養管理体制加算について、特定機能病院入院基本料を算定する病棟に入院（当該病棟への転棟を含む。）した患者が、同一日に退院した場合（死亡退院を含む。）は、算定可能か。

(答) 当該患者について、1 回に限り算定可。

問 52 区分番号「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料の注 11 に規定する入院栄養管理体制加算について、集中治療室等から特定機能病院入院基本料を算定する病棟に転棟した患者については、当該加算は算定可能か。

(答) 算定可。ただし、当該患者について、早期栄養介入管理加算又は周術期栄養管理実施加算を算定している場合は、算定不可。

【入院基本料等の施設基準等】

問 53 施設基準通知において、「平均入院患者数が概ね 30 名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて 1 看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。」とされている。結核病床を構造上区分すること等医療法に規定する構造設備の基準を遵守した上で、当該一般病棟と結核病棟を併せて 1 看護単位とする病棟を複数有することは可能か。

(答) 可能。

【急性期充実体制加算】

問 54 区分番号「A 2 0 0 - 2」急性期充実体制加算について、「入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう」とあるが、急性期一般入院料 1 を算定する病棟に入院後、当該加算を算定できない病棟又は病室に転棟し、再度急性期一般入院料 1 を算定する病棟に転棟した場合、起算日についてどのように考えればよいか。

(答) 急性期一般入院料 1 を算定する病棟に最初入院した日を起算日とする。

問 55 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準における「緊急手術」の定義について、「病状の急変により緊急に行われた手術をいう」とあるが、

- ① 「病状の急変」は入院外での急変に限定されるか。
- ② 休日に行われる手術又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術に限定されるか。
- ③ 病状の変化により手術予定日を早めた場合も対象になるか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 限定されない。
- ② 限定されない。手術の実施日及び開始時間にかかわらず、患者の病状の急変により緊急に行われた手術であれば、緊急手術に該当し、保険医療機関又は保険医の都合により行われた場合は該当しない。
- ③ 各病院において「手術が緊急である」と判断される場合にあっては対象として差し支えないが、手術実施の判断から手術開始までの時間が24時間を超える場合は緊急手術に該当しない。

問 56 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準において、「承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4割以上のレジメンが外来で実施可能であること」とされているが、外来で実施可能なレジメンについて、外来で実施されている実績は必要か。

(答) 外来で実施可能なレジメンについては、必ずしも実施されている実績は必要ないが、外来で実施可能なレジメンの対象となる患者に対しては、外来での化学療法の実施方法についても説明を行うこと。

また、外来で実施可能なレジメンの一覧については、手術件数等と合わせて院内に掲示すること。

問 57 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準において、「急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていること」とされているが、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病棟又は病室についてはどのように考えればよいか。

(答) 急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟以外の病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又は特定集中治療室用の重症度、

医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行っても差し支えない。

問 58 許可病床数が 200 床以上 400 床未満の保険医療機関において、令和 4 年 3 月 31 日時点で現に急性期一般入院料 1 を届け出ている病棟については、令和 4 年 12 月 31 日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価に係る基準を満たしているものとみなすこととされているが、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準における「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていること」について、どのように考えればよいか。

(答) 当該加算の届出を行う保険医療機関にあっては、届出時点において当該基準を満たしている必要がある。

問 59 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準において求める「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「所定の研修」には、具体的にどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 一般社団法人日本集中治療医学会「Rapid Response System 出動スタッフ養成コース（日本集中治療医学会認定ハンズオンセミナー）」
- ② SCCM（米国集中治療医学会）「FCCS(Fundamental Critical Care Support)」
- ③ 一般社団法人医療安全全国共同行動「RRS セミナー～急変時の迅速対応と RRS」

問 60 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準において「日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について第三者の評価を受けている病院」とあるが、「第三者の評価」には、以下に掲げるものは該当すると考えてよいか。

- ① JCI (Joint Commission International) の「大学医療センター病院プログラム」又は「病院プログラム」
- ② ISO (国際標準化機構) 9001 の認証

(答) よい。

問 61 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準における「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) 「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」こと

については、調剤点数表の特別調剤基本料における考え方と同様である。

具体的には、次の①から④までのいずれにも該当しない場合を指す。

- ① 保険医療機関が当該保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合
- ② 保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を当該保険薬局が利用して開局している場合
- ③ 保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している場合
- ④ 当該保険薬局が保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局している場合

なお、①から④までの詳細については、調剤点数表の特別調剤基本料に係る規定を参照すること。

問 62 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準において、「毎年7月において、前年度における手術件数等を評価するため、別添7の様式14により届け出るとともに、院内に掲示すること」とされているが、具体的にはどのような内容を院内に掲示する必要があるか。

(答) 別添7の様式14の「2」のうち、次に掲げる項目の実績及び体制等について、院内の見やすい場所に掲示する必要がある。

- ・ 「1 手術等に係る実績」
- ・ 「2 外来化学療法の実施を推進する体制」
- ・ 「3 24時間の救急医療提供」
- ・ 「9 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」
- ・ 「10 外来縮小体制」
- ・ 「13 退院に係る状況等」
- ・ 「14 禁煙の取扱い」

問 63 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準における「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「年2回程度の院内講習の開催」について、区分番号「A234」医療安全対策加算における医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修と併せて実施することは可能か。

(答) 可能。

問 64 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準の手術等に係る実績において、「(イ)及び、(ロ)から(へ)までのうち4つ以上を満たしていること」とあるが、これは、(イ)を満たした上で、(イ)とは別に、

(ロ)から(へ)までのうち4つ以上を満たしている必要があるのか。

(答) そのとおり。

【救急医療管理加算】

問 65 区分番号「A205」救急医療管理加算の施設基準において、「診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること」とあるが、医療従事者間で連携し、当直体制に支障が出ないよう体制を整えている場合においては、当直医師が重症救急患者の受入れに係る診療を行うことは可能か。

(答) 可能。ただし、当該医師の業務負担への配慮を十分に行うこと。

問 66 区分番号「A205」救急医療管理加算の対象患者の状態について、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」とあるが、具体的にはどのような処置を指すのか。

(答) 現時点では、区分番号「J034」イレウス用ロングチューブ挿入法、区分番号「J034-3」内視鏡的結腸軸捻転解除術を指す。

【医師事務作業補助体制加算】

問 67 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算の施設基準における「当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること」について、

- ① 他の保険医療機関での勤務経験を通算することは可能か。
- ② 雇用形態（常勤・非常勤等）にかかわらず、勤務経験を通算することは可能か。
- ③ 5割以上の配置は、実配置数か、配置基準の数か。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 不可。
- ② 可能。
- ③ 配置基準の数である。なお、配置基準の数については、施設基準通知「第4の2 医師事務作業補助体制加算」の1の(2)を参照すること。また、同通知別添7の様式18における「1」の「ニ」の「医師事務作業補助者のうち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上」の項目については、配置基準の数で判断すること。

問 68 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算について、病床種

別の異なる病床を有する保険医療機関において、病床種別ごとに 15 対 1、20 対 1 等の異なる配置区分での届出は可能か。

(答) 可能。ただし、同一保険医療機関が医師事務作業補助体制加算 1 の届出と医師事務作業補助体制加算 2 の届出を併せて行うことはできない。

問 69 区分番号「A 2 0 7 - 2」医師事務作業補助体制加算について、同一病床種別の病床に関し、様式 18 における「50 対 1、75 対 1 又は 100 対 1 に限り算定できる病床」とそれ以外の病床で、異なる配置区分での届出は可能か。

(答) 可能。ただし、医師事務作業補助体制加算 1 の届出と医師事務作業補助体制加算 2 の届出を併せて行うことはできない。

【小児療養環境特別加算】

問 70 区分番号「A 2 2 1 - 2」小児療養環境特別加算の対象患者について、「麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者」とあるが、具体的にはどのような者が該当するのか。

(答) 結核、インフルエンザウイルス感染症、ロタウイルス感染症等の他の患者への感染の危険性が高い患者であり、保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認めた患者が該当する。

【精神科リエゾンチーム加算】

問 71 区分番号「A 2 3 0 - 4」精神科リエゾンチーム加算の施設基準において求める看護師の「精神看護関連領域に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「認知症看護」
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③ 日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程
- ④ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の区分の研修

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その 1）」（平成 24 年 3 月 30 日事務連絡）別添 1 の問 39 は廃止する。

【依存症入院医療管理加算】

問 72 区分番号「A 2 3 1 - 3」依存症入院医療管理加算の施設基準において求める医師等の「薬物依存症に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターが実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」
- ・ 日本アルコール・アディクション医学会が実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」

なお、令和4年4月1日以降に実施される上記の研修については、入院医療に関する要点等が含まれ、これを履修する必要があるが、令和4年3月31日以前に上記のいずれかの研修を修了した者については、当該要点等について履修しているものとみなす。

【摂食障害入院医療管理加算】

問 73 区分番号「A 2 3 1 - 4」摂食障害入院医療管理加算の施設基準における「摂食障害の年間新規入院患者数」について、「新規入院患者」は、当該加算の対象となる「摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI (Body Mass Index) が15未満の患者」である必要があるか。

(答) そのとおり。

【栄養サポートチーム加算】

問 74 区分番号「A 2 3 3 - 2」栄養サポートチーム加算の施設基準において求める看護師の「所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「摂食嚥下障害看護[※]」又は「脳卒中看護[※]」
- ② 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の3区分の研修を全て修了した場合に限る。）
 - ・ 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
 - ・ 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
 - ・ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

【重症患者初期支援充実加算】

問 75 区分番号「A 2 3 4 - 4」重症患者初期支援充実加算の施設基準において、入院時重症患者対応メディエーターは、「以下の(イ)に掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましいこと」、「(イ)以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者」であることとされているが、

- ① 「医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。
- ② 令和5年3月31日までに当該研修を修了できなかった場合、重症患者初期支援充実加算の施設基準の届出を取り下げる必要があるか。
- ③ 「当該支援に係る経験を有する」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 現時点では、一般社団法人日本臨床救急医学会が実施する「入院時重症患者対応メディエーター講習会」が該当する。
- ② 直ちに届出を取り下げる必要はないが、可能な限り速やかに研修を修了すること。
- ③ 集中治療領域における特に重篤な患者及びその家族等に対する支援について、3年以上の経験を有することを指す。

問 76 区分番号「A 2 3 4 - 4」重症患者初期支援充実加算について、当該加算を算定できる治療室を複数有している場合、全ての治療室にそれぞれ別の入院時重症患者対応メディエーターを配置する必要があるか。

(答) 当該保険医療機関内に入院時重症患者対応メディエーターが配置されていればよく、必ずしも全ての治療室にそれぞれ別の担当者が配置されている必要はない。

問 77 区分番号「A 2 3 4 - 4」重症患者初期支援充実加算について、「入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる治療室に入院又は転棟した日のことをいう」とあるが、当該加算を算定できる病室に入院後、当該加算を算定できない病棟又は病室に転棟し、再度当該加算を算定できる病室に入室した場合、起算日についてどのように考えればよいか。

(答) 重症患者初期支援充実加算を算定できる病室に最初に入室した日を起算

日とする。

【報告書管理体制加算】

問 78 区分番号「A 2 3 4-5」報告書管理体制加算の施設基準における「報告書管理の評価に係るカンファレンス」について、区分番号「A 2 3 4」医療安全対策加算の施設基準におけるカンファレンスと兼ねることは可能か。

(答) 当該カンファレンスに、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加している場合に限り可能。ただし、医療安全対策加算の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には、その旨を記録に残すこと。

問 79 区分番号「A 2 3 4-5」報告書管理体制加算の施設基準における「医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) 現時点では、公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していることを指す。

【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

問 80 区分番号「A 2 3 6」褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準において求める看護師の「褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」
- ② 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「創傷管理関連」の区分の研修

【ハイリスク分娩等管理加算】

問 81 区分番号「A 2 3 7」ハイリスク分娩等管理加算について、ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理を行った結果、死産だった場合、当該加算を算定できるか。

(答) ハイリスク分娩等管理加算の対象となる妊産婦（妊娠 85 日以降の場合に限る。）であって、医師がハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理が必要であると判断し、当該管理を行った者については算定できる。

【地域連携分娩管理加算（ハイリスク分娩等管理加算）】

問 82 区分番号「A 2 3 7」の「2」地域連携分娩管理加算の施設基準における「助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された助産師」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、一般財団法人日本助産評価機構の認証を受けた「アドバンス助産師」を指す。

問 83 区分番号「A 2 3 7」の「2」地域連携分娩管理加算の対象患者について、当該加算の届出を行っている保険医療機関と連携している総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターに当該患者を紹介した場合は、区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料(I)は算定可能か。

(答) 診療情報提供料(I)の算定要件を満たす場合において、算定可。

問 84 区分番号「A 2 3 7」の「2」地域連携分娩管理加算において、「ただし、ア～エに該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない」とあるが、「複数の疾患等を有する場合」とは具体的はどのような場合を指すのか。

(答) 地域連携分娩管理加算の対象患者に係る疾患を複数有する場合又は地域連携分娩管理加算の対象患者に係る疾患に加え、ハイリスク分娩管理加算の対象患者に係る疾患等を有する場合を指す。

問 85 区分番号「A 2 3 7」の「2」地域連携分娩管理加算の対象となる妊産婦について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターから連携している有床診療所に紹介された場合、当該患者を再度総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターに紹介し、受診させる必要はあるか。

(答) 不要。

【呼吸ケアチーム加算】

問 86 区分番号「A 2 4 2」呼吸ケアチーム加算の施設基準において求める看護師の「呼吸ケアに係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア*」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア*」又は「呼吸器疾患看護*」
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程

③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の2区分の研修を全て修了した場合に限る。）

- ・ 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
- ・ 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連

※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成22年3月29日事務連絡）別添1の間77及び「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成24年3月30日事務連絡）別添1の間53は廃止する。

【術後疼痛管理チーム加算】

問 87 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算の施設基準において求める看護師の「術後疼痛管理に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

（答）現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「手術看護」
- ② 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「術後疼痛管理関連」の区分の研修
- ③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下のいずれかの領域別パッケージ研修
 - ・ 外科術後病棟管理領域
 - ・ 術中麻酔管理領域
 - ・ 外科系基本領域
- ④ 日本麻酔科学会「術後疼痛管理研修」

なお、④については、令和4年3月31日までに、日本麻酔科学会が定める従前のカリキュラムにおいて研修を修了し、修了証等が発行されている者については、次期更新までは、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した者と判断して差し支えない。

問 88 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算について、術後疼痛管理チームの麻酔に従事する常勤の医師が、区分番号「L009」麻酔管理料（I）における麻酔後の診察を行うことと併せて必要な疼痛管理を行うことは可能か。

（答）可能。

【病棟薬剤業務実施加算】

問 89 区分番号「A 2 4 4」病棟薬剤業務実施加算における病棟薬剤業務の実施時間について、区分番号「L 0 0 9」の注 5 及び区分番号「L 0 1 0」の注 2 に規定する周術期薬剤管理加算に係る業務に要する時間を含めることは可能か。

(答) 周術期薬剤管理加算における「専任の薬剤師」が行う周術期薬剤管理に係る業務に要する時間は病棟薬剤業務実施加算の病棟薬剤業務の実施時間を含めることはできないが、周術期薬剤管理加算における「病棟薬剤師」が行う薬剤関連業務に要する時間は病棟薬剤業務実施加算の病棟薬剤業務の実施時間を含めることができる。

【入退院支援加算】

問 90 区分番号「A 2 4 6」入退院支援加算について、患者及びその家族等との病状や退院後の生活等に関する話をビデオ通話が可能な機器を用いて行うことは可能か。

(答) 可能。

【特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度】

問 91 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱが要件化されている急性期一般入院料を算定する病棟を有する場合、特定集中治療用の重症度、医療・看護必要度の測定についても、必要度Ⅱを用いた評価が要件となるのか。

(答) 医療機関の実情に応じて、必要度Ⅰ又はⅡのいずれかを用いて評価を行ってよい。

問 92 「B 患者の状況等 (B項目)」については、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価の基準の対象から除外されたが、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の評価票を用いて評価を継続する必要があるか。

(答) 必要。

問 93 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへの評価方法の切替えを行う場合、届出時に、Ⅰ及びⅡのいずれの基準も満たしている必要があるか。

(答) 届出を行う前月において、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たしていればよい。

【救命救急入院料、特定集中治療室管理料】

問 94 区分番号「A300」救命救急入院料の注1、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準において、「当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っていること」とあるが、「関連学会と連携」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) 日本集中治療医学会のデータベースである J I P A D (Japanese Intensive care Patient Database) に症例を登録し、治療方針の決定及び集中治療管理を行っていることを指す。

【救命救急入院料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料】

問 95 区分番号「A300」救命救急入院料2及び4、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料並びに区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準における「手術室と同程度の空気清浄度を有する個室」について、空気清浄度の具体的な基準はあるか。

(答) 具体的な基準の定めはないが、「手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい」こととされている。

【精神疾患診断治療初回加算】

問 96 区分番号「A300」救命救急入院料の注2に規定する精神疾患診断治療初回加算の「イ」の施設基準において求める医師の「自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 厚生労働省自殺未遂者再企図防止事業(平成27～29年度)における「救命救急センターに搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントに関する研修会」
- ② 一般社団法人日本自殺予防学会「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会」

【救命救急入院料】

問 97 区分番号「A300」救命救急入院料を算定していた患者が、病状が安定し転棟したこと等により、退院時には他の入院料を算定している場合など、退院時に救命救急入院料を算定していない場合であっても、注10の

規定による加算は算定可能か。

(答) 算定可。

【特定集中治療室管理料】

問 98 区分番号「A301」特定集中治療室管理料1及び2の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア*」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア*」
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
- ③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の8区分の研修を全て修了した場合に限る。）
 - ・ 「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」
 - ・ 「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」
 - ・ 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
 - ・ 「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」
 - ・ 「循環動態に係る薬剤投与関連」
 - ・ 「術後疼痛管理関連」
 - ・ 「循環器関連」
 - ・ 「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」
- ④ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修
 - ・ 集中治療領域
 - ・ 救急領域
 - ・ 術中麻酔管理領域
 - ・ 外科術後病棟管理領域

※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成30年3月30日事務連絡）別添1の問106は廃止する。

【早期離床・リハビリテーション加算】

問 99 区分番号「A300」救命救急入院料の注8、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注4、区分番号「A301-2」ハイケアユニット

入院医療管理料の注3、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注3、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の注3に規定する早期離床・リハビリテーション加算（以下単に「早期離床・リハビリテーション加算」という。）の施設基準における早期離床・リハビリテーションチームの専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士は、疾患別リハビリテーションの専従者が兼任してもよい。

（答）疾患別リハビリテーション料（2名以上の専従の常勤理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士の配置を要件とするものに限る。）における専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士のうち1名については、早期離床・リハビリテーション加算における専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士と兼任して差し支えない。ただし、早期離床・リハビリテーション加算に係る業務と疾患別リハビリテーション料に係る業務に支障が生じない範囲で行うこと。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成30年3月31日事務連絡）別添1の問107は廃止する。

問100 早期離床・リハビリテーション加算の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

（答）現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア*」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア*」
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
- ③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の8区分の研修を全て修了した場合に限る。）
 - ・ 「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」
 - ・ 「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」
 - ・ 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
 - ・ 「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」
 - ・ 「循環動態に係る薬剤投与関連」
 - ・ 「術後疼痛関連」
 - ・ 「循環器関連」
 - ・ 「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」

④ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修

- ・ 集中治療領域
- ・ 救急領域
- ・ 術後麻酔管理領域
- ・ 外科術後病棟管理領域

※ 平成 30 年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

問 101 早期離床・リハビリテーション加算の施設基準における早期離床・リハビリテーションチームの専任の常勤看護師は、区分番号「A300」救命救急入院料の注 11 及び区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注 6 に規定する重症患者対応体制強化加算（以下単に「重症患者対応体制強化加算」という。）の専従看護師が兼任しても差し支えないか。

（答）同一治療室内であれば、兼任して差し支えない。

問 102 重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従の常勤臨床工学技士は、早期離床・リハビリテーションに係る取組を行うことが可能か。

（答）可能。

【早期栄養介入管理加算】

問 103 区分番号「A300」救命救急入院料の注 9、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注 5、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料の注 4、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注 4 及び区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の注 4 に規定する早期栄養介入管理加算（以下単に「早期栄養介入管理加算」という。）の施設基準において求める管理栄養士の「集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る 3 年以上の経験」とは、具体的にはどのようなことをいうのか。

（答）早期栄養介入管理加算を算定できる治療室に入室した患者に対する栄養管理計画に基づく栄養管理の実施や、栄養サポートチームでの栄養管理業務に係る 3 年以上の経験をいう。

問 104 早期栄養介入管理加算について、複数の治療室を有する保険医療機関においては、専任の管理栄養士は、複数の治療室を担当するものとして届出を行うことが可能か。

（答）可能。ただし、専任の管理栄養士が複数の治療室を担当している場合であ

っても、管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数の合計数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

なお、早期栄養介入管理加算又は区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算を算定する1日当たりの患者数は、専任の管理栄養士1名につき、合わせて15名以下であること。

問105 区分番号「A104」特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算又は第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実加算を算定している患者が、早期栄養介入管理加算を算定できる治療室に入室した場合、当該加算は算定可能か。

(答) 算定不可。

問106 早期栄養介入管理加算を算定した場合には、区分番号「B001」の「10」入院栄養食事指導料は別に算定できないこととされているが、一連の入院期間中に早期栄養介入管理加算を算定した後、他の病棟に転棟し、別の入院料等を算定する場合は、入院栄養食事指導料は算定可能か。

(答) 算定不可。

【重症患者対応体制強化加算】

問107 重症患者対応体制強化加算の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア*」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア*」
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
- ③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の8区分の研修を全て修了した場合に限る。）
 - ・ 「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」
 - ・ 「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」
 - ・ 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
 - ・ 「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」
 - ・ 「循環動態に係る薬剤投与関連」
 - ・ 「術後疼痛管理関連」

- ・ 「循環器関連」
 - ・ 「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」
- ④ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修
- ・ 集中治療領域
 - ・ 救急領域
 - ・ 術中麻酔管理領域
 - ・ 外科術後病棟管理領域
- ※ 平成 30 年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

問 108 重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従の常勤看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修」及び常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を 3 年以上有する看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修」はいずれも同じ研修である必要があるか。

(答) 同じ研修である必要はない。

問 109 重症患者対応体制強化加算の施設基準における「専従の常勤看護師」を配置した場合、特定集中治療室管理料 1 及び 2 の施設基準における「適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の配置に係る基準を満たすこととしてよいか。

(答) よい。

問 110 重症患者対応体制強化加算の施設基準において、「常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を 3 年以上有する看護師が当該治療室内に 2 名以上配置されていること」とされているが、当該治療室内に配置される者について、変更することは可能か。

(答) 可能。なお、その場合、遅滞なく変更の届出を行うこと。

問 111 問 110 について、当該治療室内に配置される看護師 2 名以上は、「集中治療を必要とする患者の看護に関する（中略）研修を受講すること」とされているが、研修の受講が決定しているものの、当該研修が開始されていない場合、届出を行うことは可能か。

(答) 届出を行う年度内に受講を開始する予定がある場合に限り届出可能。なお、届出時点で研修が開始されていない場合にあっては、届出時に受講開始予定日及び修了予定日を記載し、研修が開始された際に改めて当該看護師に

係る届出を行うこと。

問 112 受講中の研修を中断することになった場合、届出を取り下げる必要があるか。

(答) 遅延なく届出を取り下げる必要がある。

問 113 重症患者対応体制強化加算の施設基準において、「常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師」が、「当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟の施設基準に係る看護師の数に含めないこと」とされているが、外来で勤務することは可能か。

(答) 可能。ただし、外来における重症患者への対応又は重症患者への看護実践の向上に寄与する内容に従事すること。

問 114 重症患者対応体制強化加算の施設基準において、「常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が当該治療室内に2名以上配置されていること」とされているが、当該治療室内に配置する看護師は非常勤の者でもよいか。

(答) 不可。

問 115 重症患者対応体制強化加算の施設基準における「常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師」が、既に適切な研修を修了している場合、当該看護師が院内研修に講師として参加することが必要か。

(答) 必要。

問 116 重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従の常勤臨床工学技士は、院内研修に講師として参加することが必要か。

(答) 必ずしも必要ではないが、講師として参加しない場合においても、院内研修の講義及び演習等の内容が適切に実施されるよう、必要に応じて講師として参加する医師又は看護師と十分な連携を図ること。

問 117 重症患者対応体制強化加算は、「当該患者の入院期間に応じて算定する」こととされているが、入院期間の起算日は、当該保険医療機関に入院した日を指すか、当該加算を算定できる治療室に入室した日を指すか。

(答) 当該治療室に入室した日を指す。

【小児特定集中治療室管理料】

問 118 区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の注1における「手術を必要とする先天性心疾患の新生児」について、

- ① 心臓手術ハイリスク群又は左室低形成症候群であり、手術を必要とする新生児
- ② 将来的には手術を必要とするが、当該入院期間中に手術を必要としない新生児は含まれるか。

(答) ①は含まれる。②は含まれない。

【成育連携支援加算】

問 119 区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の注3に規定する成育連携支援加算について、出生後「胎児が重篤な状態」に該当しなかった場合であっても、当該加算は算定可能か。

(答) 可能。

問 120 区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の注3に規定する成育連携支援加算について、「妊婦とその家族等に対し、母胎の病状等の十分な説明を行うこと」とあるが、説明を行う際は、医師、助産師、看護師、社会福祉士及び公認心理師の全ての職種が同席する必要があるか。

(答) 必ずしも全ての職種が同席する必要はないが、対象となる妊婦及びその家族等の状態に応じ、必要と考えられる者を同席させること。

【無菌治療管理加算】

問 121 区分番号「A307」小児入院医療管理料の注5に規定する無菌治療管理加算の算定開始日はいつか。

(答) 造血幹細胞移植を行う患者に対して無菌治療室管理が開始された日である。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

問 122 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3の施設基準における「第三者の評価」について、ISO（国際標準化機構）9001の認証は該当するか。

(答) 該当する。

【地域包括ケア病棟入院料】

問 123 区分番号「A 3 0 8 - 3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、「許可病床数が 200 未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は 24 時間の救急患者を受け入れていることにより当該基準を満たすものとみなすものであること」とあるが、「当該保険医療機関内に救急外来を有していること」とは、当該保険医療機関が「救急医療対策事業実施要項」（昭和 52 年 7 月 6 日医発第 692 号）に定める「救命救急センター」である必要があるということか。

(答) 当該保険医療機関が「救命救急センター」である必要はなく、当該保険医療機関内に救急患者を受け入れる外来が設置されていればよい。

【緩和ケア疼痛評価加算】

問 124 区分番号「A 3 1 0」緩和ケア病棟入院料の注 4 に規定する緩和ケア疼痛評価加算について、疼痛を有する入院中の患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施した日に限り算定できるのか。

(答) そのとおり。

問 125 区分番号「A 3 1 0」緩和ケア病棟入院料の注 4 に規定する緩和ケア疼痛評価加算について、疼痛の評価の結果を診療録に記録する必要があるか。

(答) 疼痛の評価を実施した結果について患者又はその家族等に説明し、その内容を診療録等に記載すること。

【精神科救急医療体制加算】

問 126 区分番号「A 3 1 1」精神科救急急性期医療入院料の注 6 に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準における「地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書」とは、具体的にはどのようなものか。

(答) 当該加算の届出を行う保険医療機関が所在する都道府県等において、都道府県等精神科救急医療体制連絡調整委員会又は圏域ごとの精神科救急医療体制若しくは身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会（精神科救急医療体制整備事業）における意見を踏まえて当該保険医療機関が 120 床を超えて精神科救急医療に対応する病床数を確保することが必要であると認定された文書をいう。具体的には、以下の事項を含むものであること。

- ・ 地域において精神科救急医療体制を整備するに当たり、届出保険医療機関において、120床を超えた精神科救急医療に対応する病床が必要であること。
- ・ 精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）等からの依頼を断らずに当該保険医療機関において患者を受け入れていること又は受け入れられない事例について、都道府県等精神科救急医療体制連絡調整委員会等に対して患者の受療調整状況及び事例の件数を報告していること。

【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】

問 127 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料を算定していた患者が、医療上の必要があり、区分番号「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院した場合、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数は、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定を開始した日を起算日として考えればよいか。

(答) よい。

問 128 区分番号「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準における専従の常勤の管理栄養士の配置について、専従の非常勤の管理栄養士を2名以上配置して常勤換算することにより、当該基準の該当性を判断してよいか。

(答) 不可。

問 129 区分番号「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準における専従の常勤医師の配置について、専従の非常勤医師を2名以上配置して常勤換算することにより、当該基準の該当性を判断してよいか。

(答) 不可。

【短期滞在手術等基本料】

問 130 区分番号「A400」短期滞在手術等基本料について、「術前に十分な説明を行った上で、別紙様式8を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること」とあるが、検査や放射線治療を行う場合においても、患者の同意を得ることが必要か。

(答) 必要。

【外来栄養食事指導料】

問 131 区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料の注3に規定する施設基準における「悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) 現時点では、日本病態栄養学会及び日本栄養士会が共同して認定している「がん病態栄養専門管理栄養士」に係る研修を修了し、認定証が発行されていることを指す。

問 132 区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料の注3について、指導時間及び指導回数の基準はないのか。

(答) 一律の基準はないが、専門的な知識を有する管理栄養士が、患者の状態に合わせ、必要な指導時間及び指導回数を個別に設定すること。

問 133 区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料について、注3に規定する専門的な知識を有する管理栄養士が、同一月に初回の指導を30分以上、2回目の指導を20分以上実施した場合は、どのように考えればよいか。

(答) 注3の所定点数を算定すること。

問 134 区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料の注3を算定する場合、対面で実施する必要があるのか。

(答) 情報通信機器等を用いて実施しても差し支えない。なお、留意事項通知の(12)と同様の対応を行うこと。

問 135 区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料について、入院中の患者が退院した後、初回外来時に外来栄養食事指導を実施する場合、情報通信機器等を用いて実施することは可能か。

(答) 可能。

問 136 区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料について、「初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること」とされているが、患者の入院中に退院後の外来栄養食事指導に係る指導計画を作成している場合であっても、当該患者が退院した後に改めて指導計画を作成する必要があるか。

(答) 不要。

【外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料】

問 137 区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料及び区分番号「B001」の「10」入院栄養食事指導料について、栄養食事指導の実施に際し、患者本人が同席せず、患者の家族等に対して実施した場合であっても、当該指導料を算定できるか。

(答) 原則として患者本人に対して実施する必要があるが、治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等にあつては、患者の家族等のみ指導を実施した場合でも算定できる。

【高度難聴指導管理料】

問 138 区分番号「B001」の「14」高度難聴指導管理料の施設基準における「補聴器に関する指導に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 厚生労働省「補聴器適合判定医師研修会」
- ② 一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会「補聴器相談医」委嘱のための講習会（秋季大会、地方部会）」

【小児運動器疾患指導管理料】

問 139 区分番号「B001」の「28」小児運動器疾患指導管理料について、20歳未満の患者が対象とされているが、当該患者が20歳に達する日の前日まで算定可能ということか。

(答) そのとおり。

【二次性骨折予防継続管理料】

問 140 区分番号「B001」の「34」二次性骨折予防継続管理料の施設基準において、「地域の保険医療機関等と連携し」とあるが、「地域の保険医療機関等」には、地域の保険薬局は含まれるか。

(答) 含まれる。

問 141 区分番号「B001」の「34」二次性骨折予防継続管理料について、二次性骨折予防継続管理料1又は2の届出を行っている保険医療機関が、二次性骨折予防継続管理料3を算定しようとする場合は、新たに届出が必要か。

(答) 必要。

問 142 区分番号「B001」の「34」の「イ」二次性骨折予防継続管理料1の施設基準において、「一般病棟入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関であること」とされているが、特別入院基本料を算定する病棟は対象に含まれるか。

（答）含まれない。

【アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料】

問 143 区分番号「B001」の「35」アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料について、令和4年3月31日時点で既にアレルギー性鼻炎免疫療法を実施している患者についても算定可能か。

（答）令和4年3月31日時点でアレルギー性鼻炎免疫療法を実施中の患者については、「ロ 2月目以降」に限り算定可。

問 144 区分番号「B001」の「35」アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料について、既にアレルギー性鼻炎免疫療法を開始していた患者が、転居等により、紹介を受けて他の保険医療機関において治療を開始する場合、「イ 1月目」の点数は算定可能か。

（答）算定不可。当該患者については、「ロ 2月目以降」に限り算定可。

【下肢創傷処置管理料】

問 145 区分番号「B001」の「36」下肢創傷処置管理料の施設基準において求める医師の「下肢創傷処置に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

（答）現時点では、一般社団法人日本フットケア・足病医学会「日本フットケア足病医学会認定師 講習会」のうち「Ver.2」が該当する。

【小児科外来診療料】

問 146 小児科外来診療料を算定する保険医療機関において、「対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行う」こととされているが、情報通信機器を用いた診療を行った場合は、どのように考えればよいか。

（答）情報通信機器を用いた診療を行った場合は、小児科外来診療料は算定できず、区分番号「A000」初診料の注1のただし書に規定する251点又は区分番号「A001」再診料の73点若しくは区分番号「A002」外来診療

料の注1のただし書に規定する73点を算定すること。なお、初・再診料以外の診療料については、算定要件を満たす場合は算定可。

【外来腫瘍化学療法診療料】

問147 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料における「関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 日本がん看護学会・日本臨床腫瘍学会・日本臨床腫瘍薬学会の「がん薬物療法における職業性曝露対策ガイドライン」を指す。

問148 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料において、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする」とあるが、副作用により化学療法の投与間隔の延長がみられた場合は、レジメンの期間内として差し支えないか。

(答) 当該レジメンの継続が可能である場合に限り、レジメンの期間内として差し支えない。

問149 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」については、「1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定」できるとされているが、抗悪性腫瘍剤の投与が月3回を超える場合に、「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」は算定可能か。

(答) 算定可。なお、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」の算定は週1回に限る。

問150 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料を算定する患者について、当該診療料を算定する日以外の日に当該保険医療機関を受診した場合は、初診料、再診料又は外来診療料は算定可能か。

(答) 外来腫瘍化学療法診療料を算定しない場合は、算定可。

問151 抗悪性腫瘍剤の初回投与を入院中に行い、退院後に2回目以降の投与を外来で行う場合、2回目以降の投与に係る診療において区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料は算定可能か。

(答) 入院中に抗悪性腫瘍剤の初回投与を行っている場合は、当該初回投与のサイクル(クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を

含む一連の期間を指す。)の期間中は外来腫瘍化学療法診療料を算定することはできないが、2サイクル目以降に外来で抗悪性腫瘍剤の投与を開始する場合においては、2サイクル目以降の外来化学療法に係る診療について算定可。

問 152 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料又は第2章第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算の届出を行う場合、それぞれの施設基準における「外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室」及び「実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会」については、外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを別に整備する必要があるか。

(答) いずれについても、外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを併せて整備して差し支えない。

問 153 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料1及び第2章第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算1における「実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会」については、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来化学療法加算1を算定する患者に係るレジメンのみを評価・承認することで差し支えないか。

(答) 当該委員会においては、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来化学療法加算1の算定の有無にかかわらず、当該保険医療機関で実施される全ての化学療法のレジメンの妥当性を評価・承認する必要がある。

問 154 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料について、令和4年3月31日以前から診療を継続している患者については、改定により自己負担額等が変更になる場合があるが、患者へ説明すべき事項として、自己負担額等が変更になる場合があることは含まれるか。

(答) 含まれる。なお、請求前に説明を行うなど、当該患者の理解が得られるよう工夫すること。また、当該説明については必ずしも主治医が行う必要はないが、他の職員が説明を行う場合は、主治医と十分に連携して行うこと。

問 155 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍以外の傷病について、当該診療料の算定に係る保険医療機関を受診した場合、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」は算定可能か。

(答) 外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用以

外の傷病について受診した場合は算定不可。

問 156 区分番号「B 0 0 1 - 2 - 12」外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」については、「診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである」とあるが、検査、投薬等を行わない場合であっても算定可能か。

（答）算定可。ただし、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む。）は必ず行うこと。

問 157 区分番号「B 0 0 1 - 2 - 12」外来腫瘍化学療法診療料において、「専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時 1 人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に 24 時間対応できる連絡体制が整備されていること」とあるが、

- ① 当該医師、看護師及び薬剤師は、化学療法の経験等を有している必要があるか。
- ② 「院内に常時 1 人以上配置」における常時とは、24 時間ということか。

（答）それぞれ以下のとおり。

- ① 必ずしも化学療法の経験等を有している必要はないが、その場合であっても、当該医師等が緊急の相談等に適切に対応できるよう、状況に応じた対応方針等について、化学療法の経験を有する医師等を含めて協議し、あらかじめ定めておくこと。
- ② そのとおり。

【バイオ後続品導入初期加算】

問 158 区分番号「B 0 0 1 - 2 - 12」外来腫瘍化学療法診療料の注 7、区分番号「C 1 0 1」在宅自己注射指導管理料の注 4 及び第 2 章第 6 部注射の通則第 7 号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、従前からバイオ後続品を使用している患者について、先行バイオ医薬品が同一である別のバイオ後続品に変更した場合、当該加算は算定可能か。

（答）算定不可。

問 159 区分番号「B 0 0 1 - 2 - 12」外来腫瘍化学療法診療料の注 7、区分番号「C 1 0 1」在宅自己注射指導管理料の注 4 及び第 2 章第 6 部注射の通則第 7 号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、「バイオ後続

品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として加算すること」とされているが、初回処方日から3月以内に転医し、転医先で同一のバイオ後続品を処方した場合に、当該加算は算定可能か。

(答) 算定不可。

問 160 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の注7及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、「初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り」加算することとされているが、入院中にバイオ後続品を初めて使用した患者であって、退院後においてもバイオ後続品を使用したものについて、入院中の使用から2月目以降に当該加算の要件を満たす場合は、当該加算を算定することは可能か。

(答) 初回の使用日の属する月にバイオ後続品導入初期加算を算定していない者についても、2月目以降に要件を満たす場合は算定可。ただし、その場合であっても、初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として算定すること。

【生活習慣病管理料】

問 161 区分番号「B001-3」生活習慣病管理料において、「当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない」とあるが、「多職種」には以下の職種の者は含まれるか。

- ① 理学療法士
- ② 保健所の職員又は他の保険医療機関の職員

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 含まれる。
- ② 含まれる。ただし、生活習慣に関する総合的な治療管理については、当該保険医療機関の医師が行う必要があり、保健所の職員又は他の保険医療機関の職員と連携する場合は、当該職員に対して指示した内容及び当該職員が実施した内容を、当該保険医療機関における療養計画書及び診療録に記録すること。

【こころの連携指導料(I)】

問 162 区分番号「B005-12」こころの連携指導料(I)の施設基準において求める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する自殺未遂者ケア研修(精神科救急版)又は自殺未遂者ケア研修(一般救急版)
- ・ 日本臨床救急医学会等が実施する PEEC コース
- ・ 自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修

問 163 区分番号「B005-12」こころの連携指導料(I)について、心療内科又は精神科を標榜する保険医療機関の心療内科又は精神科を担当する医師が、患者の病態を踏まえ、他の心療内科又は精神科に当該患者を紹介した場合、当該指導料は算定可能か。

(答) 算定不可。

問 164 区分番号「B005-12」こころの連携指導料(I)において、心療内科又は精神科を標榜する保険医療機関の内科等を担当する医師が、患者の病態を踏まえ、他の心療内科又は精神科に当該患者を紹介した場合、当該指導料は算定可能か。

(答) 他の算定要件を満たせば算定可能。

【診療情報提供料(I)】

問 165 区分番号「B009」診療情報提供料(I)の注7について、以下の者に対して、アナフィラキシーの既往歴のある患者又は食物アレルギー患者に関する診療情報等を提供する場合は、どの様式を用いる必要があるか。

- ① 幼稚園の学校医
- ② 認定こども園の嘱託医

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 適切な情報提供がなされるよう、患者の状況に応じて、別紙様式14の2と別紙様式14の3のいずれかを用いること。
- ② 別紙様式14の2を用いること。

【連携強化診療情報提供料】

問 166 区分番号「B011」連携強化診療情報提供料について、「当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ」とあるが、他の保険医療機関からの求めについては、必ず文書で得る必要があるか。

(答) 必ずしも文書で得る必要はないが、他の保険医療機関からの求めがあったことを診療録に記載すること(文書で得た場合は当該文書を診療録に添付)

することで差し支えない。)

【在宅療養支援病院】

問 167 機能強化型の在宅療養支援病院の施設基準における「在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること」について、特別の関係にある在宅療養支援診療所等からの要請による受入れについても、当該実績に含めてよいか。

(答) 不可。

【在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料】

問 168 区分番号「C002」在宅時医学総合管理料及び区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料について、月1回訪問診療を実施し、翌月に複数回の情報通信機器を用いた診療を行う在宅診療計画を策定した上で当該診療を実施した場合、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の算定方法はどのようになるか。

(答) 「月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合」の所定点数を算定する。

問 169 区分番号「C002」在宅時医学総合管理料及び区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料について、情報通信機器を用いた診療を行う在宅診療計画を策定し、当該診療を実施した場合、情報通信機器を用いた診療に係る基本診療料は別に算定できるか。

(答) 当該診療に係る基本診療料については、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に包括されており、別に算定できない。

問 170 区分番号「C002」在宅時医学総合管理料及び区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料について、在宅医療のみを実施する保険医療機関においても、情報通信機器を用いた診療に係る施設基準の届出を行うことは可能か。

(答) 可能。ただし、オンライン指針に沿って診療を行う体制を有していること。

問 171 区分番号「C002」在宅時医学総合管理料及び区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料について、訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づき、隔月で訪問診療と情報通信機器を用いた診療を実施した場合の算定について、どのように考えればよいか。

(答) 訪問診療を実施した月及び情報通信機器を用いた診療を実施した月のいずれにおいても、「月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合」の所定点数を算定すること。

問172 区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定する患者に対して、定期的に情報通信機器を用いた診療を行う場合は、それを踏まえた在宅診療計画を作成し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料の情報通信機器を用いた診療を行った場合の該当する区分の点数により算定するのか。

(答) そのとおり。

問173 区分番号「C002」在宅時医学総合管理料及び区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料について、訪問診療(月1回以上)を実施する在宅診療計画を作成し、当該計画に基づき、訪問診療等を実施する予定であったが、患者の都合等により、訪問診療を実施せず、情報通信機器を用いた診療のみを実施した月が生じた場合、当月分における算定はどのように考えればよいか。

(答) 「月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合」を算定してよい。ただし、このような状況が2回以上連続して生じるような場合には、在宅診療計画を変更すること。

問174 区分番号「C002」在宅時医学総合管理料及び区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料について、「訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する」場合は、診療の組合せについてどのように考えればよいか。

(答) 在宅医療を開始する場合は、初回の診療は訪問診療により実施するよう在宅診療計画の作成を行うこと。なお、原則として、2月連続で訪問診療を行わず、情報通信機器を用いた診療のみを実施することはできない。

【重症患者搬送加算】

問175 区分番号「C004」救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算の施設基準における「関係学会により認定された施設」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 日本集中治療医学会学会専門医研修施設を指す。

問 176 区分番号「C004」救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算における「日本集中治療医学会の定める指針等」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本集中治療医学会が策定する「集中治療を要する重症患者の搬送に係る指針」を指す。

問 177 区分番号「C004」救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算の施設基準における重症患者搬送チームの看護師は、重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従看護師が兼ねることとしてよいか。

(答) 不可。

問 178 区分番号「C004」救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア*」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア*」
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
- ③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の8区分の研修を全て修了した場合に限る。）
 - ・ 「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」
 - ・ 「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」
 - ・ 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
 - ・ 「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」
 - ・ 「循環動態に係る薬剤投与関連」
 - ・ 「術後疼痛関連」
 - ・ 「循環器関連」
 - ・ 「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」
- ④ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修
 - ・ 集中治療領域
 - ・ 救急領域

- ・ 術後麻酔管理領域
- ・ 外科術後病棟管理領域

※ 平成 30 年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

問 179 区分番号「A 3 0 1」特定集中治療室管理料 1 及び 2 の施設基準における「特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師」については、「疑義解釈資料の送付について（その 1）」（平成 26 年 3 月 31 日事務連絡）別添 1 の問 43 において、「集中治療部門での勤務経験を 5 年以上有しているほか、特定集中治療に習熟していることを証明する資料を提出すること」とされているが、区分番号「C 0 0 4」救急搬送診療料の注 4 に規定する重症患者搬送加算の施設基準における重症患者搬送チームの「集中治療の経験を 5 年以上有する医師」についても、「特定集中治療に習熟していることを証明する資料」を提出する必要があるか。

（答）不要。集中治療での勤務経験を 5 年以上有する医師であればよく、関係学会が行う特定集中治療に係る講習会の受講を証明する資料の提出を行う必要はない。

【訪問看護指示料】

問 180 区分番号「C 0 0 7」訪問看護指示料について、「退院時に 1 回算定できる」とあるが、訪問看護指示書を患者の退院日に交付する場合だけでなく、例えば、退院日に主治医が不在である等の理由により退院日前に訪問看護指示書を交付する場合においても、退院日に算定可能か。

（答）算定可。

【外来在宅共同指導料】

問 181 区分番号「C 0 1 4」外来在宅共同指導料について、患者の在宅療養を担う医師の初回の訪問時に、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の医師との共同指導を実施する必要があるか。

（答）必ずしも初回に実施する必要はない。

【遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）】

問 182 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料の注 2 及び区分番号「C 1 0 7 - 2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注 2 に規定する遠隔モニタリング加算について、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行

った場合、情報通信機器を用いた診療に係る基本診療料は別に算定できるか。

(答) 当該診療に係る基本診療料については、遠隔モニタリング加算に包括されており、別に算定できない。

【血糖自己測定器加算】

問 183 区分番号「C 1 5 0」血糖自己測定器加算の「7」間歇スキャン式持続血糖測定器によるものについて、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニストの自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うために間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合は、算定可能か。

(答) 算定不可。

【血中ケトン体自己測定器加算】

問 184 区分番号「C 1 5 0」血糖自己測定器加算の注4に規定する血中ケトン体自己測定器加算について、「SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病の患者に対し、糖尿病性ケトアシドーシスのリスクを踏まえ、在宅で血中のケトン体濃度の自己測定を行うために血中ケトン体自己測定器を給付した場合に算定する。なお、血中ケトン体測定用電極及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における・・・」とあるが、実際の使用状況を踏まえ、血中ケトン体測定用電極を追加的に給付しなかった場合であっても、算定可能か。

(答) 追加の給付の有無にかかわらず、血中ケトン体自己測定器を使用している患者であれば、算定可。

【がんゲノムプロファイリング検査】

問 185 令和4年3月31日以前に旧医科点数表における区分番号「D 0 0 6-19」がんゲノムプロファイリング検査の「1」検体提出時を算定し、請求を終えた場合であって、これにより得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、同年4月1日以降に当該検査結果を医学的に解釈するための多職種による検討会での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合について、区分番号「D 0 0 6-19」がんゲノムプロファイリング検査の算定はどのように考えればよいか。

(答) 区分番号「B 0 1 1-5」がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に限り、令和4年3月31日以前に算定した旧医科点数表における

区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の「1」検体提出時の算定を取り下げた上で、区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査により再請求すること。

問 186 区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の注2の規定による減算について、「他の検査」として、腫瘍細胞を検体とし、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして、胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査、マイクロサテライト不安定性検査、NTRK融合遺伝子検査及び腫瘍遺伝子変異量検査をいずれも算定した場合であって、標準治療終了後に、区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査を算定する場合は、区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」の「イ」の「(1) 医薬品の適応判定の補助等に用いるもの」2,500点（マイクロサテライト不安定性検査）と「1」の注2の「ロ 3項目以上」12,000点（FGFR2融合遺伝子検査、NTRK融合遺伝子検査及び腫瘍遺伝子変異量検査）を所定点数から減算するのか。

(答) そのとおり。

問 187 区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の注2の規定による減算について、診断時に、「がんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシング」以外の方法を用いて、区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」の「イ」の「(1) 医薬品の適応判定の補助等に用いるもの」等を算定した場合であって、標準治療終了後に、区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査を算定する場合は、所定点数から診断時に算定した検査の点数を減算するのか。

(答) 減算しない。

問 188 区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の注2の規定による減算について、他の保険医療機関において、「がんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシング」を用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を算定していた場合であっても、所定点数から当該検査の点数を減算するのか。

(答) そのとおり。

問 189 区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査及び区分

番号「B011-5」がんゲノムプロファイリング評価提供料について、令和4年3月31日以前から診療を継続している患者については、改定により自己負担額等が変更になる場合があるが、患者へ説明すべき事項として、自己負担額等が変更になる場合があることは含まれるか。

(答) 含まれる。なお、請求前に説明を行うなど、当該患者の理解が得られるよう工夫すること。また、当該説明については必ずしも主治医が行う必要はないが、他の職員が説明を行う場合は、主治医と十分に連携して行うこと。

【染色体構造変異解析】

問 190 区分番号「D006-26」染色体構造変異解析における「関連学会が定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本小児遺伝学会、日本先天異常学会、日本人類遺伝学会及び厚生労働省難治性疾患政策研究事業「先天異常症候群領域の指定難病等のQOLの向上を目指す包括的研究」研究班並びに「染色体微細欠失重複症候群の包括的診療体制の構築」研究班の「診療において実施するマイクロアレイ染色体検査のガイダンス」を指す。

【レプチン】

問 191 区分番号「D008」内分泌学的検査の「53」レプチンにおける「関連学会が定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本内分泌学会の「全身性脂肪萎縮症診断における血中レプチン検査の運用指針」を指す。

【百日咳菌抗原定性】

問 192 区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「46」百日咳菌抗原定性における「関連学会が定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本小児呼吸器学会及び日本小児感染症学会の「小児呼吸器感染症診療ガイドライン」を指す。

【白癬菌抗原定性】

問 193 区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「49」白癬菌抗原定性における「関連学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本皮膚科学会の「白癬菌抗原キット（販売名：デルマクイック爪白癬）の臨床活用に関して」を指す。

【抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体】

問 194 区分番号「D 0 1 2」感染症免疫学的検査の「61」抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体の施設基準における「関連学会の定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本小児神経学会の「ゾルゲンスマ適正使用指針」を指す。

【循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査】

問 195 区分番号「D 2 0 6」心臓カテーテル法による諸検査の注5に規定する冠動脈血流予備能測定検査加算(循環動態解析装置)における「関連学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本核医学会、日本画像医学会、日本冠疾患学会、日本小児循環器学会、日本心エコー図学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心血管画像動態学会、日本心臓核医学会、日本心臓病学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化学会、日本不整脈心電学会及び日本脈管学会の「慢性冠動脈疾患診断ガイドライン」を指す。

【超音波減衰法検査】

問 196 区分番号「D 2 1 5-4」超音波減衰法検査における「関係学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本消化器病学会・日本肝臓学会の「NAFLD/NASH診療ガイドライン」を指す。

【内視鏡的留置術加算】

問 197 区分番号「D 3 1 0」小腸内視鏡検査の注2及び区分番号「D 3 1 3」大腸内視鏡検査の注4に規定する内視鏡的留置術加算における「関連学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本小児栄養消化器肝臓学会の「小児消化器内視鏡ガイドライン」を指す。

【画像診断管理加算】

問 198 第2章第4部画像診断の通則第5号に規定する画像診断管理加算3の施設基準において、「関係学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること」とあるが、「関係学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、公益社団法人日本医学放射線学会の「人工知能技術を活用し

た放射線画像診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する管理指針」を指す。

【ポジトロン断層撮影】

問 199 区分番号「E 1 0 1-2」ポジトロン断層撮影における「放射性医薬品管理者」とは、どのような者をいうのか。

(答) 日本核医学会、日本核医学技術学会、日本診療放射線技師会及び日本病院薬剤師会の「放射性医薬品取り扱いガイドライン」においては、「放射性医薬品管理者は、各医療機関の「医薬品の安全使用のための業務手順書」に従い放射性医薬品の安全確保に関する業務を総括するものとし、定期的に「医薬品安全管理責任者」に保管・使用状況、放射性医薬品の安全使用のための研修の実施及び放射性医薬品の品質について年1回以上報告し、放射性医薬品が廃棄されるまでの管理を行う」こととされている。

【血流予備量比コンピューター断層撮影】

問 200 区分番号「E 2 0 0-2」血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準において、「血流予備量比コンピューター断層撮影により冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上あること」とあるが、新たに届出を行う場合について、どのように考えればよいか。

(答) 機能的虚血の評価を実施しているものとして、区分番号「D 2 0 6」の注4に規定する冠動脈血流予備能測定検査加算、区分番号「D 2 1 5」の「3」の「ホ」負荷心エコー法、区分番号「E 1 0 1」の注3に規定する断層撮影負荷試験加算及び区分番号「E 2 0 2」の注4に規定する心臓MRI撮影加算の前年の算定回数を当該症例の数に含めても差し支えない。

【疾患別リハビリテーション料】

問 201 リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書について、「計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合には、(中略) 家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること」とあるが、

- ① この場合、医師が計画書の内容等の説明等を行う必要があるか。
- ② 診療録に計画書を添付することをもって、「説明内容及びリハビリテ

ーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載すること」に代えることはできるか。

③ 交付する計画書の署名欄はどのように取り扱えばよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① そのとおり。
- ② 不可。家族等への説明を行った医師による診療録への記載が必要である。
- ③ 当該計画書を作成した医師が、計画書の署名欄に、同意を取得した旨、同意を取得した家族等の氏名及びその日時を記載すること。

問 202 前問のリハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書の署名の取扱いに関し、「疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き」とあるが、他の保険医療機関から転院した患者であって、転院前から継続して疾患別リハビリテーションを実施するものについては、どのように考えればよいか。

(答) 署名の取扱いについては、「疾患別リハビリテーションを初めて実施する場合」に該当するものとして取り扱うこと。

問 203 標準的算定日数を超えて、1月に13単位以内の疾患別リハビリテーションを行っている患者について、1月に1回以上FIMの測定を行う必要があるか。

(答) 原則として測定を行う必要がある。

【リハビリテーションデータ提出加算】

問 204 区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の注5、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の注7、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料の注7、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の注7及び区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料の注5に規定するリハビリテーションデータ提出加算について、疾患別リハビリテーション料を現に算定している患者であって、標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを実施しているものについても、当該加算の算定に当たってはデータの提出が必要

か。

(答) そのとおり。

【摂食嚥下機能回復体制加算】

問 205 区分番号「H004」の注3の「イ」摂食嚥下機能回復体制加算1について、経口摂取回復率に係る「栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者」とは、どのような患者を指すのか。

(答) 1か月以上栄養方法が経口摂取のみである患者を指す。

問 206 区分番号「H004」の注3の「イ」摂食嚥下機能回復体制加算1及び「ロ」摂食嚥下機能回復体制加算2について、摂食嚥下支援チームを構成する必要な職種として示されていない職種（薬剤師、理学療法士、作業療法士等）の参加については、どのように考えればよいか。

(答) 必要に応じて参加すること。

問 207 区分番号「H004」の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算について、内視鏡下機能検査又は嚥下造影の実施については、当該保険医療機関における実施だけでなく、連携する他の保険医療機関における実施も含まれるか。

(答) 含まれる。

問 208 区分番号「H004」の注3の「イ」摂食嚥下機能回復体制加算1及び「ロ」摂食嚥下機能回復体制加算2の施設基準において求める看護師の「摂食嚥下障害看護に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、日本看護協会の認定看護教育課程「摂食嚥下障害看護^{*}」又は「脳卒中看護^{*}」が該当する。

※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

【療養生活継続支援加算】

問 209 区分番号「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する療養生活継続支援加算の施設基準において求める看護師の「精神看護関連領域に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「認知症看護」
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老年看護」及び「精神看

護」の専門看護師教育課程

③ 日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程

問210 区分番号「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する療養生活継続支援加算について、患者1名に対し、複数の看護師又は精神保健福祉士が担当として支援等を行うことは可能か。

(答) 不可。なお、複数の看護師又は精神保健福祉士がチームで対応することは可能であるが、その場合であっても、主たる担当者を定める必要があり、主たる担当者が交代する場合は、当該患者に対してその旨を説明すること。

また、20分以上の面接等については、当該主たる担当者が実施することとし、他の看護師又は精神保健福祉士が同席することは差し支えないが、複数の者がそれぞれ実施して時間を合算することはできない。なお、支援計画書の作成や関係機関との連絡調整について、主たる担当者以外の者が補助することは可能である。

【依存症集団療法（アルコール依存症の場合）】

問211 区分番号「I006-2」依存症集団療法の「3」アルコール依存症の場合の施設基準における「アルコール依存症に対する集団療法に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが実施する「依存症入院管理加算（アルコール依存症の場合）に関する研修」
- ・ 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが実施する「アルコール依存症に対する集団療法研修」

【耳鼻咽喉科乳幼児処置加算】

問212 第2章第9部処置の通則第7号に規定する耳鼻咽喉科乳幼児処置加算について、「区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、1日につき60点を所定点数に加算する」とあるが、区分番号「J095」耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）から「J115-2」排痰誘発法までに掲げる処置を行った日に限り、1日につき1回算定できるのか。

(答) そのとおり。

問213 第2章第9部処置の通則第8号に規定する耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算について、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平

成 28 年 4 月 5 日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク (仮称)」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること」とあるが、

- ① 「疑義解釈資料の送付について (その 1)」(平成 30 年 3 月 30 日事務連絡) 別添 1 の問 127 及び問 128 と同様の取扱いであると考えてよいか。
- ② 「地域感染症対策ネットワーク (仮称)」に係る活動や感染症に係る研修会等には、耳鼻咽喉科を担当する医師が参加する必要があるか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① よい。
- ② 耳鼻咽喉科を担当する医師が参加している必要がある。

【人工腎臓】

問 214 区分番号「J038」人工腎臓について、「1」から「3」までの場合(「注 13」の加算を算定する場合を含む。)については、HIF-PH阻害剤は当該保険医療機関において院内処方することが原則である」とあるが、欠品等のやむを得ない事情がある場合は、保険医療機関から保険薬局に対してHIF-PH阻害剤の供給を依頼し、患者に対して使用してよいか。

(答) 差し支えない。なお、その場合、当該薬剤の費用については、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

【導入期加算 (人工腎臓)】

問 215 区分番号「J038」人工腎臓の注 2 に規定する導入期加算の施設基準における「腎代替療法に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、日本腎代替療法医療専門職推進協会「腎代替療法専門指導士」の研修が該当する。

問 216 区分番号「J038」人工腎臓の注 2 に規定する導入期加算について、「導入期加算 3 を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること」とあるが、「定期的に受講」とは、具体的にはどのくらいの頻度で受講する必要があるのか。

(答) 年 1 回以上の受講が必要である。

【透析時運動指導等加算 (人工腎臓)】

問 217 区分番号「J038」人工腎臓の注 14 に規定する透析時運動指導等加算について、他院で指導が行われていた患者を自院において引き続き指導する場合、透析時運動指導等加算は算定可能か。

(答) 算定可。ただし、その場合、算定上限日数の起算日は他院での初回指導日となることに留意すること。

問 218 区分番号「B001」の「31」腎代替療法指導管理料並びに区分番号「J038」人工腎臓の注 2 に規定する導入期加算 2 及び 3 について、「腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、(中略) 腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう」とあるが、腎臓移植希望者として日本臓器移植ネットワークに登録されてから 1 年以上経過した患者であって、当該登録を更新したものについても、「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれるか。

(答) 含まれる。

【透析時運動指導等加算（人工腎臓）】

問 219 区分番号「J038」人工腎臓の注 14 に規定する透析時運動指導等加算について、「医師に具体的指示を受けた」看護師が療養上必要な指導等を実施した場合に算定できるとされているが、ここでいう具体的指示とは、具体的にどのようなことか。

(答) 個別の医学的判断による。なお、当該指示の内容については、指示を行った医師が適切に診療録に記載すること。

問 220 区分番号「J038」人工腎臓の注 14 に規定する透析時運動指導等加算について、「連続して 20 分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定できる」こととされているが、

- ① 1 回の指導は同一の医師等が実施する必要があるか。
- ② 「患者の病状及び療養環境等を踏まえ」た療養上必要な指導とは、具体的にはどのような指導か。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① そのとおり。
- ② 日本腎臓リハビリテーション学会の「腎臓リハビリテーションガイドライン」等の関係学会によるガイドラインを参照して実施するものであること。

問 221 区分番号「J038」人工腎臓の注 14 に規定する透析時運動指導等加算について、人工腎臓を算定している患者に対して、療養上必要な運動指導等を実施した日に限り算定できるのか。

(答) そのとおり。

【人工呼吸】

問 222 区分番号「J045」人工呼吸の「3」5時間を超えた場合について、開始日からの日数に応じて評価が細分化されたが、令和4年3月31日以前に旧医科点数表における「3」5時間を超えた場合を算定していた患者であって、同年4月1日以降も当該処置を継続するものに係る起算日については、どのように考えればよいか。

(答) 旧医科点数表における区分番号「J045」人工呼吸の算定を開始した日を起算日とする。

【ネブライザ】

問 223 副鼻腔内陰加圧ネブライザ、喉頭及び喉頭下ネブライザ及びアレルギー性鼻炎に対する鼻腔ネブライザを同一日に実施した場合、それぞれについて区分番号「J114」ネブライザを算定可能か。

(答) 算定不可。主たるもののみについて算定すること。

【治療用装具採型法】

問 224 区分番号「J129-3」治療用装具採寸法については、「既製品の治療用装具を処方した場合には、原則として算定できない」こととされているが、区分番号「J129-4」治療用装具採型法について、既製品の治療用装具を処方した場合は、算定可能か。

(答) 算定不可。

【周術期栄養管理実施加算】

問 225 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、専任の管理栄養士以外の者が栄養管理を行った場合であっても算定可能か。

(答) 算定不可。

問 226 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、術前に行う栄養管理を、患者の入院前に外来において実施しても差し支えないか。

(答) 差し支えない。

問 227 第 2 章第 10 部手術の通則第 20 号に規定する周術期栄養管理実施加算の施設基準における常勤の管理栄養士は、区分番号「A 2 3 3 - 2」栄養サポートチーム加算等における専任の常勤管理栄養士と兼務することは可能か。

(答) 可能。

問 228 第 2 章第 10 部手術の通則第 20 号に規定する周術期栄養管理実施加算について、当該加算を算定する患者が、特定集中治療室管理料等を算定する治療室に入室した場合、早期栄養介入管理加算は算定可能か。

(答) 算定不可。

問 229 第 2 章第 10 部手術の通則第 20 号に規定する周術期栄養管理実施加算について、患者が手術中に死亡し、術後の栄養管理が実施できなかった場合であっても算定可能か。

(答) 術前の栄養管理を実施している場合であれば、算定可。

問 230 第 2 章第 10 部手術の通則第 20 号に規定する周術期栄養管理実施加算について、区分番号「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料の注 11 に規定する入院栄養管理体制加算及び早期栄養介入管理加算は別に算定できないこととされているが、区分番号「A 2 3 3 - 2」栄養サポートチーム加算又は区分番号「B 0 0 1」の「10」入院栄養食事指導料は算定可能か。

(答) 算定可。

問 231 第 2 章第 10 部手術の通則第 20 号に規定する周術期栄養管理実施加算について、「術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する」とこととされているが、術前の栄養管理には、緊急手術を実施する当日に実施した栄養管理も含まれるのか。

(答) 要件を満たす栄養管理を実施している場合は含まれる。

問 232 第 2 章第 10 部手術の通則第 20 号に規定する周術期栄養管理実施加算について、「周術期における栄養管理の計画」を作成することとされているが、第 1 章第 2 部入院料等の通則第 7 号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画をもって代えることはできるか。

(答) 当該栄養管理計画の作成に当たって、周術期栄養管理実施加算の留意事項

通知において「静脈経腸栄養ガイドライン」等を参考として含めることとしている必要な項目を記載している場合は、「周術期における栄養管理の計画」を別に作成する必要はない。

問 233 第 2 章第 10 部手術の通則第 20 号に規定する周術期栄養管理実施加算について、術前に行う栄養管理を、患者の入院前に外来において実施する場合、外来における栄養管理と入院後の栄養管理を同一の管理栄養士が実施する必要があるか。

(答) 同一の管理栄養士が実施する必要はないが、専任の管理栄養士が実施すること。

問 234 第 2 章第 10 部手術の通則第 20 号に規定する周術期栄養管理実施加算について、一連の入院期間中に、全身麻酔を伴う複数の手術を実施した場合、当該加算の算定はどのように考えればよいか。

(答) 当該加算は、一連の入院期間中に実施された手術のうち主たるものについて、1 回に限り算定すること。

【緊急整復固定加算、緊急挿入加算】

問 235 区分番号「K 0 4 6」骨折観血的手術の注に規定する緊急整復固定加算及び区分番号「K 0 8 1」人工骨頭挿入術の注に規定する緊急挿入加算（以下単に「緊急整復固定加算及び緊急挿入加算」という。）の施設基準における「関係学会等と連携」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) 現時点では、日本脆弱性骨折ネットワークのレジストリに症例を登録することを指す。

問 236 緊急整復固定加算及び緊急挿入加算の施設基準における「多職種連携を目的とした、大腿骨近位部骨折患者に対する院内ガイドライン及びマニュアル」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 例えば、

- ・ 術後管理の観点から、整形外科以外の診療科の医師との連携
- ・ 骨粗鬆症に対する薬物治療の観点から、薬剤師との連携
- ・ 早期のリハビリテーションの実施の観点から、理学療法士との連携
- ・ 誤嚥防止の観点から、看護師との連携
- ・ 骨粗鬆症に対する栄養指導の観点から、管理栄養士との連携
- ・ 退院又は転院支援の観点から、社会福祉士との連携

等を目的として作成されたものを指す。

なお、作成に当たっては、現時点では、「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」、「日本脆弱性骨折ネットワーク（FNN）クリニカルツールキット」等の内容を参照されたい。

問 237 緊急整復固定加算及び緊急挿入加算の施設基準における「速やかな術前評価を目的とした院内の内科受診基準を作成」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) 例えば、

- ・ 心機能に応じた循環器内科の受診基準
- ・ 呼吸機能に応じた呼吸器内科の受診基準
- ・ 腎機能に応じた腎臓内科の受診基準
- ・ 耐糖能に応じた内分泌内科の受診基準

等をあらかじめ定めておくことを指す。

【術中MR I 撮影加算】

問 238 区分番号「K 1 6 9」頭蓋内腫瘍摘出術の注 3 及び区分番号「K 1 7 1 - 2」内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術の注に規定する術中MR I 撮影加算における「関係学会の定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本術中画像情報学会の「術中 MRI ガイドライン」を指す。

【舌下神経電気刺激装置植込術】

問 239 区分番号「K 1 9 0 - 8」舌下神経電気刺激装置植込術の施設基準における「関係学会から示されている指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本循環器学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本呼吸器学会及び日本睡眠学会の「舌下神経電気刺激装置適正使用指針」を指す。

【網膜冷凍凝固術】

問 240 区分番号「K 2 7 7」網膜冷凍凝固術について、網膜芽細胞腫、網膜血管腫、コーツ病、血管増殖性網膜腫瘍は対象となるか。

(答) 対象となる。

【植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術】

問 241 区分番号「K 3 0 5 - 2」植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術における「関連学会の定める適応基準」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本耳科学会の「骨導インプラント BONEBRIDGE の適応基準」

を指す。

【耳管用補綴材挿入術】

問 242 区分番号「K 3 0 8 - 3」耳管用補綴材挿入術の施設基準における「関係学会」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、「日本耳科学会」を指す。

【頭頸部悪性腫瘍光線力学療法】

問 243 区分番号「K 4 7 0 - 2」頭頸部悪性腫瘍光線力学療法の施設基準における「関係学会」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、「日本頭頸部外科学会」を指す。

問 244 区分番号「K 4 7 0 - 2」頭頸部悪性腫瘍光線力学療法において求める医師の「所定の研修」には、どのようなものがあるか。

(答) 現時点では、当該療法に係る医療機器の製造販売業者が主催する「アキシャルックスとレーザ光照射による治療講習会」が該当する。

【経カテーテル弁置換術】

問 245 区分番号「K 5 5 5 - 2」経カテーテル弁置換術の「3」経皮的肺動脈弁置換術における「関連学会の定める適正使用基準」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、経カテーテル人工生体弁セットを用いる場合、経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会の「サピエン3経カテーテル生体弁の経皮的肺動脈弁留置術適正使用基準」を指し、経カテーテル人工生体弁セット(ステントグラフト付き)を用いる場合、経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会の「Harmony 経皮的肺動脈弁システム適正使用指針」及び「Harmony 経皮的肺動脈弁システム実施施設・実施医基準」を指す。

【副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法】

問 246 区分番号「K 7 5 5 - 3」副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法における「関係学会の定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本医学放射線学会、日本インターベンショナルラジオロジー学会、日本高血圧学会、日本内分泌学会、日本内分泌外科学会及び日本泌尿器科学会の「片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症を対象とした経皮的手術による副腎腺腫の凝固における実施施設ならびに施行医師資格の要件」を指す。

【体外式膜型人工肺管理料】

問 247 区分番号「K 9 1 6」体外式膜型人工肺管理料における管理を行う日数に応じた評価について、令和 4 年 3 月 31 日以前から、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を使用し、同年 4 月 1 日以降も使用を継続する場合は、当該患者に係る起算日については、どのように考えればよいか。

(答) 旧医科点数表における区分番号「K 6 0 1」人工心肺の算定を開始した日を起算日とする。

【周術期薬剤管理加算】

問 248 区分番号「L 0 0 9」麻酔管理料(I)の注 5 及び区分番号「L 0 1 0」麻酔管理料(II)の注 2 に規定する周術期薬剤管理加算について、当直の薬剤師が周術期に必要な薬学的管理を行った場合、当該加算は算定可能か。

(答) 算定可。ただし、周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師と連携した上で実施すること。

問 249 区分番号「L 0 0 9」麻酔管理料(I)の注 5 及び区分番号「L 0 1 0」麻酔管理料(II)の注 2 に規定する周術期薬剤管理加算の施設基準における「周術期薬剤管理に関するプロトコル」と「薬剤の安全使用に関する手順書」は同一のものでよいか。

(答) 「周術期薬剤管理」及び「医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等」が盛り込まれた内容であれば同一のものでも差し支えない。

【一回線量増加加算】

問 250 区分番号「M 0 0 1」体外照射の「3」強度変調放射線治療 (IMRT) の注 2 に規定する一回線量増加加算について、令和 4 年 3 月 31 日以前に 1 回の線量が 2.5Gy 以上 3Gy 未満の前立腺照射を行った患者について、旧医科点数表における当該加算を算定した場合であって、同年 4 月 1 日以降においても当該患者の診療を継続し、1 回の線量が 2.5Gy 以上 3Gy 未満の前立腺照射を行った場合は、当該加算は算定可能か。

(答) 不可。

【ホウ素中性子捕捉療法】

問 251 区分番号「M 0 0 1 - 5」ホウ素中性子捕捉療法 (注 2 に規定するホ

ウ素中性子捕捉療法適応判定加算及び注3に規定するホウ素中性子捕捉療法医学管理加算を含む。)の施設基準における「関連学会」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、「日本中性子捕捉療法学会」を指す。

問 252 区分番号「M001-5」ホウ素中性子捕捉療法の施設基準における「関係学会から示されている指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本中性子捕捉療法学会及び日本放射線腫瘍学会の「加速器BPA-BNCTに係るガイドブック」を指す。

【横断的事項】

問 253 カンファレンス等の実施について、複数のカンファレンス等を同時に実施することは可能か。

(答) それぞれの要件を満たしていれば可能である。ただし、実施の記録の管理を適切に行うこと。

【リフィル処方】

問 254 処方箋の交付について、リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合には、処方箋を分ける必要があるか。

(答) 処方箋を分ける必要がある。

問 255 処方箋の交付について、リフィル処方により2種類以上の医薬品を投薬する場合であって、それぞれの医薬品に係るリフィル処方箋の1回の使用による投薬期間が異なる場合又はリフィル処方箋の使用回数の上限が異なる場合は、医薬品ごとに処方箋を分ける必要があるか。

(答) 処方箋を分ける必要がある。

【先進医療】

問 256 陽子線治療及び重粒子線治療について、令和4年4月1日から保険診療において実施可能となる腫瘍に係る治療を、同年3月31日以前に開始した患者に対して、同年4月1日以降も当該治療を継続する場合は、同日以降の治療に係る費用は、保険診療として請求可能か。

(答) 不可。令和4年3月31日以前に先進医療による治療を開始した患者については、同年4月1日以降の治療についても先進医療の枠組みにおいて実施し、費用の請求を行うこと。なお、同年3月31日時点において、先進医療による治療に係る同意を取得しているが、一連の治療を開始していない

患者が、同年4月1日以降に保険診療による治療を開始することを希望する場合には、改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで、保険診療に切り替えて治療を開始して差し支えない。

【横断的事項】

問 257 オンライン会議システムや e-learning 形式等を活用し、研修を実施することは可能か。

(答) 可能。なお、オンライン会議システム、動画配信や e-learning 形式を活用して研修を実施する場合は、それぞれ以下の点に留意すること。

<オンライン会議システムを活用した実施に係る留意点>

○ 出席状況の確認

(例)

- ・ 受講生は原則として、カメラをオンにし、講義中、事務局がランダムな時間でスクリーンショットを実施し、出席状況を確認すること。
- ・ 講義中、講師等がランダムにキーワードを表示し、受講生に研修終了後等にキーワードを事務局に提出させること。

○ 双方向コミュニケーション・演習方法

(例)

- ・ 受講生からの質問等については、チャットシステムや音声発信を活用すること。
- ・ ブレイクアウトルーム機能を活用してグループごとに演習を実施後、全体の場に戻って受講生に検討内容を発表させること。

○ 理解度の確認

(例)

- ・ 確認テストを実施し、課題を提出させること。

<動画配信又は e-learning 形式による実施に係る留意点>

○ 研修時間の確保・進捗の管理

(例)

- ・ 主催者側が、受講生の学習時間、進捗状況、テスト結果を把握すること。
- ・ 早送り再生を不可とし、全講義の動画を視聴しなければレポート提出ができないようにシステムを構築すること。

○ 双方向コミュニケーション

(例)

- ・ 質問を受け付け、適宜講師に回答を求めるとともに、質問・回答について講習会の Web ページに掲載すること。

- ・ 演習を要件とする研修については、オンライン会議システムと組み合わせて実施すること。
- 理解度の把握
(例)
 - ・ 読み飛ばし防止と理解度の確認のため、講座ごとに知識習得確認テストを設定すること。

医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【一般不妊治療管理料】

1. 基本的な算定要件

問1 不妊症の原因検索の検査や不妊症の原因疾病に対する治療等を実施する場合、一般不妊治療管理料は算定可能か。

(答) 算定不可。一般不妊治療とは、いわゆるタイミング法及び人工授精をいい、一般不妊治療管理料は、不妊症と診断された患者に対して、当該患者の同意を得て、いわゆるタイミング法又は人工授精に係る計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うなど、必要な要件を満たす場合に算定する。

問2 「生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない」とこととされているが、例えば、生殖補助医療管理料を算定したが、翌月に治療計画を見直し、一般不妊治療管理料に切り替えた場合は、当該月において一般不妊治療管理料は算定可能か。

(答) 算定可。

問3 問2において、例えば、生殖補助医療を実施していたが、同一月に一般不妊治療に切り替えることとし、治療計画を作成し、一般不妊治療を開始した場合、当該月に生殖補助医療管理料と一般不妊治療管理料のいずれも算定可能か。

(答) 主たるもののみ算定可。

問4 タイミング法を実施するに当たり、勃起障害を伴う男性不妊症患者に対するホスホジエステラーゼ5阻害剤（以下「PDE5阻害剤」という。）の使用を伴う場合、当該患者に対して一般不妊治療管理料は算定可能か。

(答) 算定可。

問5 令和4年3月31日以前に一般不妊治療を開始した患者について、同年4月1日以降においても当該治療に係る診療が継続している場合、保険診療として実施することは可能か。

(答) 令和4年4月1日以降に、一般不妊治療について改めて治療計画を作成し、その作成日から治療を開始する場合には保険診療として実施可能。

2. 治療計画の説明・同意 ※生殖補助医療管理料と共通（問30参照）

問6 治療計画の同意の取得は、文書で行う必要があるか。また、その保存は必要か。

(答) 文書により同意を取得し、当該文書を診療録に添付して保存する必要がある。

問7 治療計画の文書交付に係る費用は、別に徴収してよいか。

(答) 不可。

問8 一般不妊治療管理料の算定要件のうち、治療計画に係る患者及びそのパートナーへの説明・同意の取得については、両者が受診した上で行わなければならないのか。6月に1回以上行うこととされている「治療内容等に係る同意について確認」についても両者の受診が必要か。

(答) 初回の治療計画の説明に当たっては、原則として当該患者及びそのパートナーの同席の下で実施すること。ただし、同席が困難な場合には、その理由を診療録に記載するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き同席ができなかった者に対しても以後の診療機会に説明を行い、同意を得ること。後段の「治療内容等に係る同意について確認」については、同意について確認がとればよい。

問9 一般不妊治療管理料の算定要件のうち、治療計画に係る患者又はパートナーへの説明・同意の取得について、同席が困難な場合には、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて説明を行った上で、同意の確認を行ってもよいか。

(答) よい。この場合、身分証明書の提示等により確実に本人確認を行うとともに、文書による同意を得ること。この際、パートナーからの文書による同意の取得については、後日、同意を得た文書を診療録に添付することで差し支えない。なお、単にパートナーへの説明を行い、同意を取得することのみでは、当該パートナーに対する診療報酬は算定できない点に留意すること。

問10 患者及びそのパートナーに対して一般不妊治療に関する治療計画の説明を行うに当たり、当該パートナーに対しては特段の診療を行わず、治療計画の説明及び同意の取得のみを行う場合には、当該パートナーに関して一般不妊治療管理料を算定することはできないということか。

(答) そのとおり。一般不妊治療管理料は、当該一般不妊治療を実施する患者について算定するものとし、単に患者及びそのパートナーに対して治療計画の説明及び同意の取得を行ったのみでは、患者及びそのパートナーそれぞれ

れについて算定することはできない。

問 11 患者及びそのパートナーの両者に診療や必要な療養上の指導等を行った場合は、両者についてそれぞれ一般不妊治療管理料を算定することは可能か。

(答) 可能。この場合、それぞれの診療について診療録を作成し、実施した指導内容の要点を診療録に記載すること。

3. 婚姻関係の確認等 ※生殖補助医療管理料と共通 (問 30 参照)

問 12 一般不妊治療管理料の初回算定時における婚姻関係等の具体的な確認方法如何。

(答) 法律婚である場合はその事実関係を、法律婚以外の場合は患者及びそのパートナーが事実婚関係にある旨の申告を受けるとともに以下アからウまでの内容について、それぞれ確認を行うこと。その際の具体的な確認方法については、個別の事情に応じた医療機関の判断に委ねるが、例えば、患者及びそのパートナーの申告書による確認を行うことなどが考えられる。その際、確認した内容を診療録に記載し、申告書により確認を行った場合は当該申告書を診療録に添付すること。

ア 当該患者及びそのパートナーが重婚でない（両者がそれぞれ他人と法律婚でない）こと。

イ 当該患者及びそのパートナーが同一世帯であること。なお、同一世帯でない場合には、その理由について確認すること。

ウ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

【人工授精】

問 13 患者又はそのパートナー以外の第三者からの精子提供による人工授精 (AID) は、保険診療で実施可能か。

(答) 不可。

問 14 区分番号「K 8 8 4 - 2」人工授精を一の月経周期内に複数回実施した場合の算定方法如何。

(答) 一の月経周期 (※) ごとに 1 回に限り算定可。

※ 一般的に、「月経」とは、約 1 ヶ月の間隔で自発的に起こり、限られた日数で自然

に止まる子宮内膜からの周期的出血であり、月経周期日数はおおよそ25～38日とされており、採卵術における「月経周期」とは、採卵を予定する直近の月経開始日から次の月経または破綻出血が起こるまでの期間と想定される。以下同じ。

問 15 複数の月経周期にわたり人工授精を実施することも考えられるが、人工授精の算定要件には、採卵術のように患者ごとの回数制限はないということか。

(答) そのとおり。ただし、医学的に妥当適切な範囲で実施すること。なお、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを検討すること。

問 16 同一月の別の月経周期において、それぞれ人工授精を実施した場合（例えば、月初めと月末に計2回実施した場合）は、それぞれについて人工授精を算定可能か。

(答) 算定可。その場合、同一月に算定する理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料においても同様の取扱いであること。

【生殖補助医療管理料】

1. 基本的な算定要件

問 17 生殖補助医療管理料について、例えば遠方から病院に通院している患者について、当該病院と当該患者の自宅近くの診療所といった複数の保険医療機関が治療管理を行っている場合には、それぞれの医療機関において当該管理料を算定できるか。

(答) 当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関においてのみ算定できる。

問 18 生殖補助医療管理料の施設基準における「他の保健医療サービス及び福祉サービス」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 都道府県等において実施されている不妊症・不育症に関する相談支援（令和4年度からは「性と健康の相談センター事業」）や、不妊症・不育症支援ネットワーク事業（※）等を指す。

※ 不妊症・不育症支援ネットワーク事業（国庫補助事業）

都道府県等において、以下の(1)～(4)を実施することとされている。

(1) 不妊症・不育症の診療を行う医療機関や、相談支援等を行う自治体、当事者団

- 体等の関係者等で構成される協議会等の開催
- (2) 当事者団体等によるピア・サポート活動などへの支援の実施
 - (3) 不妊症・不育症の心理社会的支援に係るカウンセラーを設置し、相談支援を実施
 - (4) 不妊症・不育症患者への里親制度・特別養子縁組制度の紹介の実施

問 19 一般不妊治療管理料については、「生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない」とされているが、一般不妊治療管理料を算定したが、翌月に治療計画を見直し、生殖補助医療管理料に切り替えた場合は、当該月において生殖補助医療管理料は算定可能か。

(答) 算定可。

問 20 問 19 において、例えば、一般不妊治療を実施していたが、同一月に生殖補助医療に切り替えることとし、治療計画を作成し、生殖補助医療を開始した場合、当該月に一般不妊治療管理料と生殖補助医療管理料のいずれも算定可能か。

(答) 主たるもののみ算定可。

問 21 生殖補助医療と一連のものとして実施するカウンセリングに係る費用は、別に徴収してよいか。

(答) 不可。生殖補助医療管理料の算定要件においては、「治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと」とされており、生殖補助医療と一連のものとして実施するカウンセリングは、生殖補助医療管理料において包括して評価されていることから、別途費用を徴収することは認められない。

問 22 患者又はそのパートナー以外の第三者からの精子・卵子・胚提供による不妊治療や代理懐胎は、保険診療で実施可能か。

(答) 不可（不妊に悩む方への特定治療支援事業（以下「特定治療支援事業」という。）と同様の取扱い）。

問 23 令和4年4月1日より前に治療を開始した診療が同日以降も継続している場合、保険診療として実施することは可能か。

(答) 年度をまたぐ「1回の治療」(*) に対して、特定治療支援事業の経過措置が設けられており、1回に限り助成金の活用が可能とされているため、当該

事業をご活用いただきたい。

なお、令和4年4月1日より前に凍結保存した胚については、一定の条件下で、保険診療において使用することを可能としている（具体的には、問78参照のこと）。

※ 特定治療支援事業における「1回の治療」とは、「採卵準備のための「薬品投与」の開始等から、「妊娠の確認」等に至るまでの特定不妊治療の実施の一連の過程」とされている。また、融解凍結胚移植を実施する場合については、「以前に行った体外受精又は顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も1回とみなす」とこととされている。詳細は、同事業の要領等をご参照いただきたい。

2. 年齢制限

問 24 生殖補助医療管理料の年齢制限の基準日である「当該生殖補助医療の開始日」とは、当該生殖補助医療に係る治療計画を作成した日を指すのか。

(答) そのとおり。

問 25 初診料を算定した日に生殖補助医療に係る治療計画を作成した場合、生殖補助医療管理料は算定できないが、このときも年齢制限の基準日は治療計画を策定した日（この場合、初診料を算定した日）となるのか。

(答) そのとおり。この場合、生殖補助医療管理料における治療計画の作成に係る算定要件は、当該治療計画を作成した日において満たしている必要があるため、初診料の算定日において、当該患者及びそのパートナーに交付した治療計画の文書や同意を得た文書を診療録に添付すること等を行うとともに、生殖補助医療管理料の請求に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療計画を作成した日が初診料を算定した日である旨を記載すること。

問 26 治療計画を作成し、採卵より前に精巣内精子採取術等の男性不妊治療を行った場合であっても、生殖補助医療管理料における女性の年齢制限の基準日は、治療計画を作成した日となるのか。

(答) そのとおり（特定治療支援事業と同様の取扱い）。

問 27 年齢制限に係る年齢のカウントは、43歳の誕生日以降は保険診療での要件を満たさなくなるという理解でよいか。

(答) よい。年齢のカウントについては、誕生日を基準とすることとし、年齢計算に関する法律や民法上の解釈による誕生日の前日ではないことに留意すること（特定治療支援事業と同様の取扱い）。

なお、こうした年齢のカウント方法は、胚移植術の回数制限においても同様であること。

問 28 年齢制限の基準日において女性の年齢が 43 歳であるが、胚移植術の回数の上限を超えていないときには、保険診療として生殖補助医療を開始することは可能か。

(答) 不可。特定治療支援事業と同様、胚移植術の回数の上限を超えていない場合であっても、生殖補助医療管理料の年齢制限の要件を満たさない場合には算定できない。

問 29 女性の年齢が年齢制限の基準日において 43 歳未満である場合に限るとされている。保険適用の施行当初は、例えば、医療機関において不妊治療を保険診療として実施する準備ができていないこと等も考えられるが、43 歳未満で治療を開始できず、43 歳で治療開始することになってしまった場合の取扱い如何。

(答) 令和 4 年 4 月 1 日から同年 9 月 29 日までの間に 43 歳に達する女性 (※) について、43 歳に達した日の翌日 (43 歳の誕生日) 以後に初回の治療を開始した場合であっても、同年 9 月 30 日までに治療を開始したのであれば、当該治療開始日を含む 1 回の治療 (胚移植を目的とした治療計画に基づく一連の診療をいう。) に限り、年齢制限の基準日において生殖補助医療管理料の年齢に関する算定要件を満たすものとみなす。この場合、当該初回の治療を開始した年月日及び当該患者の生年月日を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※ 令和 4 年 4 月 1 日に 43 歳に達する女性とは、同年 4 月 2 日が 43 歳の誕生日である者をいい、同年 9 月 29 日に 43 歳に達する女性とは、同年 9 月 30 日が 43 歳の誕生日である者をいう。

3. 治療計画

問 30 一般不妊治療管理料に係る問 6 から問 12 までの取扱いは、生殖補助医療管理料における治療計画や婚姻関係の確認等に係る取扱いに関しても同様と考えてよいか。

(答) よい。

問 31 治療計画の作成に当たって把握することとされている患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過等について、具体的な確認内容如何。

(答) 患者及びそのパートナーについて、過去の不妊治療等の産婦人科・泌尿器科領域における治療歴（出産、流産、死産等の経過を含む。）、保険診療/保険外の診療の別、保険診療における生殖補助医療の実施回数、過去に治療を実施した他の医療機関など、治療上又は算定要件上必要となる事項について申告を求め、可能な限り確認を行うこと。過去に治療を実施した他の医療機関がある場合には、当該医療機関に照会の上、治療歴の詳細や実施回数などを把握すること。

なお、確認した内容について診療録に記載（文書で確認した場合にあっては、当該文書を診療録に添付）すること。また、これらの確認を怠っている場合は、生殖補助医療管理料及び採卵術等の診療料の算定を行うことができないこと。

(参考) 生殖補助医療管理料の算定要件及び施設基準（抄）

[算定要件]

(4) 治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過を把握すること。特に、治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、診療録に記載するとともに、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、確認に当たっては、患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認するとともに、必要に応じて、過去に治療を実施した他の保険医療機関又は保険者に照会すること。

[施設基準]

(18) 胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制を有していること。
また、当該保険医療機関において実施した胚移植術の実施回数について、他の保険医療機関から情報提供を求められた場合には、それに応じること。

問 32 2回目以降の胚移植の計画策定の際は、初回に確認した婚姻関係等の状況から変更がないことを確認すればよいか。

(答) よい。この場合においても、確認した方法について、診療録に記載するとともに、文書等が提出された場合には、当該文書等を診療録に添付すること。

問 33 治療計画に記載する一連の診療過程について、「採卵術（実施するための準備を含む。）から胚移植術（その結果の確認を含む。）までの診療過程を含めて作成すること」、「既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合には、当該胚移植術の準備から結果の確認までを含めて作成」とあるが、診療過程の始期と終期についてどのように考えればよいか。

(答) 始期は治療計画を作成した日、終期は医学的に当該生殖補助医療が終了した日をいう。なお、採卵術を「実施するための準備」とは、採卵のための投薬や投薬を実施する時期を判断するための検査等を想定している。また、「胚移植術の準備」とは、胚移植のための投薬等を想定している。

問 34 治療計画は、「採卵術（実施するための準備を含む。）から胚移植術（その結果の確認を含む。）までの診療過程を含めて作成すること」とされている。治療開始日においては、胚移植までの診療過程全ての具体的な内容や診療日程を確定することが難しいことも想定されるが、具体的にはどの程度記載する必要があるか。

(答) 具体的な記載内容は医師の判断による。採卵術から胚移植術までの診療過程を記載するなど、生殖補助医療管理料の算定要件における治療計画の記載事項を満たしていればよい。なお、治療計画の作成後、その見直しを行う場合にも、患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。

問 35 治療計画に基づき実施される一連の診療過程において、保険外の診療が含まれる場合には、算定要件を満たさないという理解でよいか。例えば、①治療計画に基づく保険診療の過程で保険適用外の検査（先進医療等の保険外併用療養に該当しないもの）を追加的に行う場合、②胚移植を保険外の診療で行うことを前提に採卵術を保険診療で実施する場合についてはどうか。

(答) よい。①及び②の場合については、いずれも算定要件を満たさない。

問 36 当該一連の診療において、年齢制限等の生殖補助医療管理料の算定要件を満たさない場合又は回数制限等の胚移植術の要件を満たさない場合には、治療計画に従って実施することとされている採卵術等の一連の算定要件も満たさないという理解でよいか。

(答) よい。生殖補助医療管理料の算定要件において作成することとされている治療計画に従って実施する必要があるため、年齢制限等の要件を満たしていない場合には、採卵術等も算定不可。また、回数制限を超えている場合は、治療計画の目的とする胚移植術がその算定要件を満たさないため、同管理料及び以降の採卵術等も算定不可。

問 37 生殖補助医療管理料の治療計画については、当該管理料を算定する保

険医療機関において治療を完結させる必要があるのか。例えば、治療計画の作成等をA病院で行い、採卵準備等のための外来診療（頻度の高い投薬等）については患者のかかりつけのBクリニックで実施する場合、A病院は当該管理料を算定できるか。

(答) 算定可。この場合、Bクリニックにおける治療の内容を含めて、治療計画に記載した上で、患者及びそのパートナーの同意を得ること。また、A病院においては、Bクリニックにおける診療内容について、患者から都度聴取し、必要に応じてBクリニックに照会すること。

問 38 問 37 の場合において、A病院からBクリニックに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合、A病院は診療情報提供料(I)を算定することは可能か。

(答) 要件を満たす場合には算定可。

問 39 患者との間で2回目以降の胚移植も念頭に置いて治療方針を決定している場合、胚移植に向けた2回目以降の一連の診療についても、初回の治療において作成する治療計画に記載する必要があるか。

(答) 胚移植に向けた初回の一連の診療過程のみを記載すればよい。なお、2回目以降の胚移植に向けた診療過程をあわせて記載しても差し支えない。

問 40 初回の胚移植に向けた治療結果を踏まえて治療方針を見直し、改めて2回目の胚移植に向けた治療計画（採卵から胚移植までの一連の診療）を作成した場合、2回目の治療は初回の治療とは別の診療過程として取り扱ってよいか。

(答) 初回の治療と一連をなさない場合には、それぞれ別の診療過程として取り扱ってよい。

4. その他

問 41 不妊症の診断がされていない者に対して、①将来子どもを出産することができる可能性を温存するための妊孕性温存療法及び②妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた不妊治療等（以下「温存後不妊治療」という。）を実施する場合、保険診療として実施可能か。

(答) 不可。保険診療として実施する生殖補助医療は、患者及びそのパートナーが不妊症と診断されていることが算定要件となっている。

なお、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」（厚生労働省健康局がん・疾病対策課）では、小児・AYA世代のがん患者で、妊

孕性が低下することが見込まれる等の者を対象にした支援メニューが用意されているため、対象となる場合には当該事業をご活用いただきたい。

問 42 不妊症の診断がされていない者が、妊孕性温存療法後にパートナーと共に不妊症と診断された後に、温存後不妊治療を実施した場合には、診断後に実施した温存後不妊治療は保険診療として実施可能か。

(答) 不可。今般、保険適用された生殖補助医療に係る算定項目のうち、「胚移植術」に用いる初期胚及び胚盤胞は、保険診療において採取した卵子及び精子を用いて作成されたものでなければならないこととされている。

なお、「小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」(厚生労働省健康局がん・疾病対策課)では、小児・AYA 世代のがん患者で、妊孕性が低下することが見込まれる等の者を対象にした支援メニューが用意されているため、対象となる場合には当該事業をご活用いただきたい。

問 43 不妊症と診断された患者及びそのパートナーについて、がん等の他の疾患が発覚し、その治療を行うこととなった場合には、不妊治療を中断せざるを得ない場合がある。この場合において、以下を保険診療として実施してよいか。

- ① がん等の治療のため、不妊治療を中断するまでに実施した生殖補助医療(例えば、採卵、体外受精・顕微授精、受精卵・胚培養、胚凍結保存等の生殖補助医療を実施した場合)
- ② がん等の治療の終了後、不妊治療を再開する場合における生殖補助医療

(答) いずれも可能。

【採卵術】

問 44 区分番号「K890-4」採卵術について、採卵実施前に卵胞が消失していたこと等により、採卵が実施できなかった場合、採卵術の算定はどのような取扱いとなるか。

(答) 採卵術は算定できない。

問 45 採卵術については、採取された卵子の数に応じて注に掲げる点数を所定点数に加算することとされているが、採卵の結果、

- ① 体外受精又は顕微授精を実施しても受精卵の作成が見込めない卵子が採取された場合

② 未成熟な卵子であって、培養後に体外受精又は顕微授精を実施することにより受精卵の作成が見込めるものが採取された場合には、どのような取扱いとなるか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 当該卵子については、採取された卵子の数に含めない。当該卵子のみが採取された場合は、注の加算は算定できず、採卵術の所定点数を算定すること。
- ② 当該卵子については、採取された卵子の数に含め、注の加算を算定してよい。

なお、当該卵子を培養し、体外受精又は顕微授精を実施した場合の培養に係る費用については、体外受精・顕微授精管理料に含まれ、別に算定できない。

問 46 一の月経周期内において、例えば、

- ① 同一日に2回採卵を実施した場合
 - ② 発育度合いが異なる卵胞について、初回の採卵の1週間後に2回目の採卵を実施した場合
- のそれぞれについて採卵術の算定方法如何。

(答) ①及び②のいずれの場合においても、一の月経周期ごとに1回に限り算定可。なお、同一月経周期内において採卵を複数回実施した場合における採取された卵子の数に応じた加算については、当該月経周期内において採取された卵子の合計の個数に応じて加算する。

問 47 複数の月経周期にわたり採卵を実施することも考えられるが、採卵術の算定要件として、一連の診療における採卵術の算定回数について制限はないという理解でよいか。

(答) よい。医学的な判断によるものであり、例えば、治療計画において、卵子が得られなかった場合、得られた卵子が少なかった場合等に複数回採卵術を行うことは可能であること。ただし、当該治療計画における採卵術は、あくまで保険診療として胚移植術を行うことを目的に実施されるべきものであり、患者の身体的な負担にも配慮しつつ、必要な範囲内で実施すべき点に留意すること。

問 48 初回の胚移植が終了した時点で凍結胚を保存している場合であっても、次の胚移植に向けた治療計画の作成を行う際に、採卵から開始する治療計画を作成し、採卵術を算定することは可能か。

(答) 医学的に必要性が認められる場合には、算定可。

【精巣内精子採取術】

問 49 区分番号「K 8 3 8 - 2」精巣内精子採取術について、精巣上体精子採取術又は精管精子採取術を実施した場合の算定は、どのように考えればよいか。

(答) 精巣内精子採取術の「1 単純なもの」を算定する。

【体外受精・顕微授精管理料】

問 50 区分番号「K 9 1 7」体外受精・顕微授精管理料について、採卵の結果、成熟した卵子が得られず、体外受精及び顕微授精のいずれも実施できなかった場合には、どのような取扱いとなるか。

(答) 体外受精及び顕微授精のいずれも実施できなかった場合には、体外受精・顕微授精管理料は算定できない。

問 51 体外受精又は顕微授精の実施前に精子を凍結した場合には、要した費用を請求できるか。

(答) 体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、体外受精・顕微授精管理料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

問 52 顕微授精を実施したが、受精卵に至らなかった卵子の取扱いについては、どのように考えればよいか。

(答) 顕微授精を実施した卵子の個数に含めてよい。

問 53 令和4年3月31日以前に精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて、同年4月1日以降に体外受精又は顕微授精を実施した場合には、体外受精・顕微授精管理料の注2に規定する採取精子調整加算は算定可能か。

(答) 令和4年3月31日以前に実施した精巣内精子採取術の後に初めて「1 体外受精」又は「2 顕微授精」を算定する場合には、算定可。

ただし、この場合においては、以下の(1)から(4)までを全て満たす必要がある。また、これらを確認した方法等を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載し、確認に当たって文書を用いた場合は、当該文書を診療録に添付すること。

- (1) 令和4年4月1日以降に、治療計画を作成し、生殖補助医療管理料を算定すること。
- (2) 以下のいずれかに該当すること。
 - ① 特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている又は日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設である医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合
 - ② 当該精巣内精子採取術により採取された精子を用いて生殖補助医療を実施する医師が、その採取・保存に関して、①の医療機関と同等の水準において実施されていたと判断できる場合
- (3) 保険診療に移行することについて患者の同意を得ること。
- (4) 令和4年4月1日以降に実施される不妊治療に係る費用について、同年3月31日以前に患者から徴収していないこと（同日以前に費用を徴収している場合にあつては、同年4月1日以降に実施される不妊治療に要する費用の返金を行っていること。）。

問 54 体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関以外の保険医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合、採取精子調整加算の算定はどのように考えればよいか。

(答) 採取精子調整加算は体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

問 55 一の月経周期内において、例えば、①体外受精を複数回、それぞれ別日に実施した場合、②顕微授精を複数回、それぞれ別日に実施した場合について、それぞれ体外受精・顕微授精管理料の算定方法如何。

(答) ①及び②のいずれの場合においても、一の月経周期ごとに1回に限り算定可。なお、②の場合においては、同一月経周期内において顕微授精を実施した卵子の合計の個数に応じて「2 顕微授精」の所定点数を算定する。

問 56 複数の月経周期にわたり体外受精・顕微授精を実施することも考えられるが、一連の診療における体外受精・顕微授精管理料の算定回数について制限はないという理解でよいか。

(答) よい。医学的な判断による。

問 57 採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料、胚凍結保存管理料及び胚移植術について、それぞれの算定日の考え方如何。

(答) 個々の事例により異なる場合もあるものと考えられるが、取り扱う胚等の個数により算定すべき点数が異なること等も踏まえると、一般的には以下の算定方法が考えられる。

- ・ 採卵術及び体外受精・顕微授精管理料は、採卵を実施した日に算定することが想定される（体外受精・顕微授精管理料を採卵日に算定しない場合には、下記の例2又は例3の受診日において算定することが想定される。）。
- ・ 受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料は、胚培養を実施した後に、その結果報告及び今後の治療方針の確認のための受診日がある場合には、当該受診日に算定することが想定される。なお、採卵日以降、受診日がない場合には、胚移植を実施した日に算定することが想定される。

(参考) 算定方法の例

例1)

- ①採卵時に受診：採卵術及び体外受精・顕微授精管理料を算定
- ②胚培養後に受診：受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料を算定
- ③胚移植時に受診：胚移植術を算定

例2)

- ①採卵時に受診：採卵術を算定
- ②胚培養後に受診：体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料を算定
- ③胚移植時に受診：胚移植術を算定

例3)

- ①採卵時に受診：採卵術を算定
- ②胚移植時に受診：体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料、胚凍結保存管理料及び胚移植術を算定

【受精卵・胚培養管理料】

問 58 区分番号「K 9 1 7 - 2」受精卵・胚培養管理料について、前核期胚はどのような取扱いとなるか。

(答) 初期胚と同様の取扱いとなる。

問 59 一の月経周期内における受精卵・胚培養管理料の算定数について制限

はあるか。

(答) 一の月経周期ごとに1回に限り算定可。なお、同一月経周期内において必要な医学管理を実施した受精卵及び胚の合計の個数に応じて算定する。

問 60 複数の月経周期にわたり体外受精・顕微授精を実施することも考えられるが、一連の診療過程における受精卵・胚培養管理料の算定回数について制限はないという理解でよいか。

(答) よい。医学的な判断による。

【胚凍結保存管理料】

1. 基本的な算定要件

問 61 区分番号「K 9 1 7 - 3」胚凍結保存管理料について、前核期胚はどのような取扱いとなるか。

(答) 初期胚と同様の取扱いとなる。

問 62 「2 胚凍結保存維持管理料」について「1年に1回に限り算定することとされているが、具体的には、過去1年間に「1 胚凍結保存管理料(導入時)」又は「2 胚凍結保存維持管理料」を算定していない場合に算定可能という理解でよいか。

(答) よい。

問 63 「1 胚凍結保存管理料(導入時)」については、胚の凍結とその後1年間の凍結保存及び必要な医学管理に要する費用を評価するものであり、同管理料を算定してから1年を経過した後に、継続して胚凍結保存を実施する場合には、「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することとなるという理解でよいか。

(答) よい。

問 64 「凍結保存の開始日から起算して3年を限度として」算定することとされているが、「1 胚凍結保存管理料(導入時)」及び「2 胚凍結保存維持管理料」に係る保存期間を通算して3年と考えればよいか。

(答) よい。

問 65 令和4年4月1日より前から凍結保存されている初期胚又は胚盤胞については、「1 胚凍結保存管理料(導入時)」と「2 胚凍結保存維持管理

料」のいずれを算定すべきか。その際の算定年数の限度（3年）の起算点の考え方如何。

(答)「2 胚凍結保存維持管理料」を算定する。この場合、令和4年4月1日以降に算定した生殖補助医療管理料に係る治療計画に記載した場合には、当該治療計画を策定した日を起算点とすることとなるが、同日より前に凍結保存に関する費用を徴収している場合には、同日以降であってもその契約期間中は「2 胚凍結保存維持管理料」は算定できないこと。この場合において、例えば、同日より前の診療に係る当該契約を解消し、令和4年4月1日以降の保存に要する費用を患者に返金した上で、同日から「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することは差し支えないこと。

いずれの場合においても、令和4年4月1日より前から不妊治療を実施している場合には、胚の凍結保存の費用負担の在り方を含め、保険適用の内容も踏まえつつ、今後の治療方針について患者及びそのパートナーに十分説明の上、同意を得て実施する必要がある点に留意すること。

問 66 問 65 について、保険適用前から胚の凍結保存に関する費用を徴収している場合において、令和4年4月1日以降、契約期間が終了した後に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合、「凍結保存の開始日」は、令和4年4月1日ではなく「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した日になるということか。

(答) そのとおり。

問 67 年齢制限や回数制限を超えた場合、それ以降の「2 胚凍結保存維持管理料」の算定は可能か。

(答) 新たに「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することはできない。また、「2 胚凍結保存維持管理料」を算定してから、1年を経過していない場合には、患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならないこと。

2. 複数回凍結保存を行う場合の算定方法

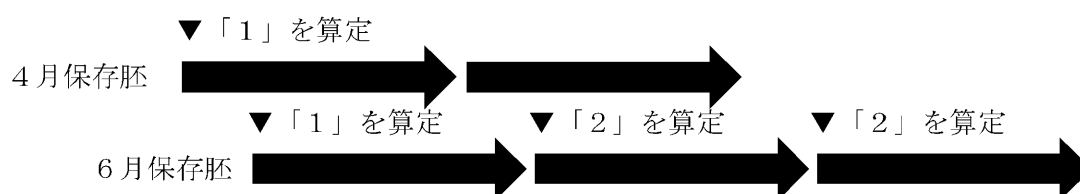
問 68 一連の診療過程において、複数回採卵を行う場合には、胚凍結保存を実施する回数も複数回に及ぶことになるが、その場合、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を複数回算定することができるか。また、その後、「2 胚凍結保存維持管理料」への算定に切り替わる時期についてどのように考えればよいか。

(答)「1 胚凍結保存管理料（導入時）」は、採卵と同様に一の月経周期ごとに

1 回に限り算定可。なお、同一月経周期内において胚凍結保存を複数回実施した場合における「1 胚凍結保存管理料（導入時）」の算定については、当該月経周期内において凍結保存した胚の合計の個数に応じて算定する。

後段については、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を複数回算定している場合には、当該管理料の直近の算定日から1年が経過するまでは、「2 胚凍結保存維持管理料」は算定できず、「2 胚凍結保存維持管理料」は、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を最後に算定した日から1年を経過した場合に算定する。

※算定イメージ



問 69 複数の胚を凍結している場合、「2 胚凍結保存維持管理料」についても複数回算定可能か。

(答) 算定不可。凍結保存する胚の個数にかかわらず、患者ごとに1年に1回算定する。

問 70 「凍結保存の開始日から起算して3年を限度として」算定することとされているが、複数回「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を算定した場合、その起算日は、それぞれの凍結胚ごとに当該管理料を算定した日となるのか。

(答) そのとおり。

問 71 「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を複数回算定した場合、既に3年を超えて保存している凍結胚があったとしても、他の凍結胚の通算の保存期限が3年を超えていない場合には「2 胚凍結保存維持管理料」を算定可能か。

(答) 算定可。

3. 治療の中断

問 72 「妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継

続する場合には、その費用は患家の負担とする」こととされているが、

- ① 妊娠以外には、どのような場合に「治療が中断」したことになるのか。
- ② 妊娠した場合はその時点から必ず治療が中断するのか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 不妊症に係る治療の中断とは、例えば、
 - ・ 不妊治療を実施している途中にがん等の他の疾患（合併症を含む。）が発覚し、その治療を行うこととなった場合
 - ・ 不妊治療の一連の診療過程が終了した後、次回の不妊治療の実施について、患者及びそのパートナーの意向が確認できていない場合などが考えられる。
- ② 妊娠による不妊治療の中断は、当該不妊治療に係る一連の診療過程の終了を意味し、その時点は医師の医学的な判断による。例えば、体外受精による妊娠判定後であっても、妊娠継続のため黄体ホルモンの補充を実施する必要があるなど医学的に不妊治療を継続する必要があると医師が判断する場合には、妊娠後も保険診療として不妊治療を継続することは想定される。

問 73 治療計画に基づく一連の診療過程の終了後、次の胚移植に向けた治療の予定が決まっていない場合においても、胚凍結保存管理料を算定することは可能か。

(答) 患者及びそのパートナーについて、引き続き、不妊治療を実施する意向を確認しており、次の不妊治療に係る治療計画を作成している場合には算定可。

ただし、治療計画に基づく一連の診療過程の終了後、次回の不妊治療の実施について、患者及びそのパートナーの意向が確認できない場合には、不妊症に係る治療が中断されているものと考えられるため、胚凍結保存管理料の算定は認められない。

問 74 問 73 において、「患者及びそのパートナーについて、引き続き、不妊治療を実施する意向を確認しており、次の不妊治療に係る治療計画を作成している場合」には、胚凍結保存管理料を算定可とされているが、妊娠等により当該生殖補助医療が終了した場合には、その時点において、次の胚移植に向けた具体的な診療日程等を含む治療計画を作成することは困難であると考えられる。この場合、治療計画には、次の不妊治療を実施することについて患者及びそのパートナーの意向がある旨や、そのとき記載可能な範囲で一連の診療過程を記載することで要件を満たすという理解で

よいか。

(答) よい。なお、具体的な記載内容は医師の判断による。そのほか、生殖補助医療管理料に係る問 34 の場合と同様の取扱いとなる。

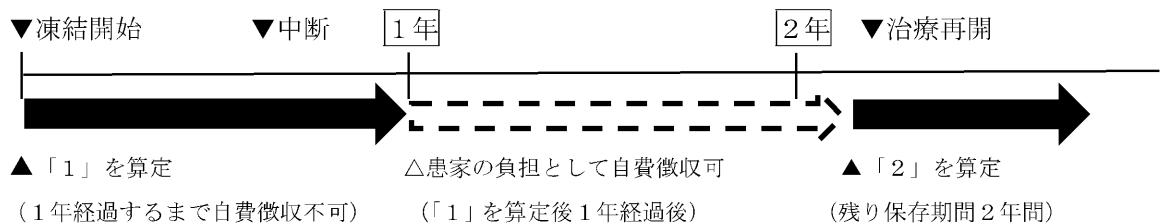
問 75 不妊治療が1年間以上中断した後、次の妊娠に向けた治療を開始する場合における胚凍結保存管理料の算定方法如何。また、胚凍結保存管理料を算定してから1年を経過しない間に、治療を中断し、再開した場合はどうか。

(答) 治療中断後、患者及びそのパートナーの次回の不妊治療に向けた意向を確認し、治療計画を作成して生殖補助医療の受診を開始した場合には、再度、算定要件を満たすこととなった時点から算定可。この場合、胚凍結保存の開始日(「1 胚凍結保存管理料(導入時)」又は「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した日を言う。以下同じ。)から起算して1年間の胚凍結保存に係る費用については、既に当該管理料により評価が行われたこととなり、次の不妊治療の治療開始日から「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することとなる。

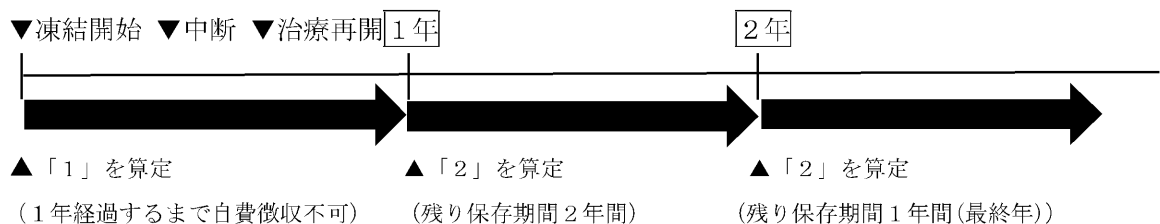
後段については、当該胚凍結保存の開始日から1年を経過するまでは「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することはできない。なお、この場合において、当該管理料を算定してから1年を経過するまでは、治療を中断している時期があったとしても、当該期間において患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならない。

※算定イメージ

[前段の場合]



[後段の場合]



【胚移植術】

1. 基本的な算定要件

問 76 区分番号「K 8 8 4－3」胚移植術について、凍結保存していた胚を融解したが、胚移植が実施できなかった場合は、どのような取扱いとなるか。

(答) 胚移植術の「2 凍結・融解胚移植の場合」は算定できない。

問 77 胚移植術において用いる初期胚及び胚盤胞は、保険診療（先進医療等の保険外併用療養を含む。）において採取した卵子及び精子を用いて作成されたものでなければならないという理解でよいか。

(答) よい。

問 78 令和4年4月1日より前に凍結した胚を用いて保険診療を実施することは可能か。可能な場合、その留意事項如何。

(答) 令和4年4月1日より前に不妊症と診断された患者及びそのパートナーに対して実施した生殖補助医療において作成された初期胚又は胚盤胞を用いて、同年4月1日以降に胚移植術を行う場合、以下の(1)～(4)の全てを満たす場合には保険給付の対象とする。この場合、これらの確認方法等を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載し、確認に当たっての文書がある場合は、当該文書を診療録に添付すること。

- (1) 令和4年4月1日以降に、治療計画を作成し、生殖補助医療管理料を算定すること。
- (2) 以下のいずれかの場合に該当すること。
 - ① 特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている若しくは日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設である医療機関において作成・保存された初期胚若しくは胚盤胞である場合
 - ② 当該初期胚又は胚盤胞を用いた生殖補助医療を実施する医師が、その作成・保存に関して、①の医療機関と同等の水準で実施されていたと判断できる場合
- (3) 保険診療に移行することについて患者の同意を得ること。
- (4) 同年4月1日以降に実施される不妊治療に係る費用について、同年3月31日以前に患者から徴収していないこと（同日以前に当該費用を徴収している場合であって、同年4月1日以降の不妊治療に要する費用の返金を行ったときを含む。）。

問 79 年度をまたぐ治療に係る特定治療支援事業の経過措置により助成を受ける場合において、令和4年4月1日以降に保険外の診療で凍結した胚についてはどう考えればよいか。

(答) 問 78 と同様に、要件を満たす場合は保険給付の対象となる。この場合において、(4)は、「当該保険診療の治療開始日以降に実施される診療に係る費用を徴収していないこと。」と読み替えること。

問 80 問 78 及び問 79 に関して、精子又は卵子の凍結保存に関してはどうか。

(答) 問 78 又は問 79 に示された要件を満たす場合には、保険給付の対象となる。この場合、体外受精・顕微授精管理料を算定することとなる。

2. 回数制限

問 81 回数は、保険診療における実施回数をカウントするものであり、保険外の診療で実施した回数は含まないという理解でよいか。

(答) よい。

なお、特定治療支援事業では、採卵したが卵子が得られない等の理由により中止した場合(同事業における移植に至らない区分D～Fに該当する場合)について支給対象とし、支給した場合には1回とカウントしていたが、保険診療において当該場合は胚移植術の実施回数に含まない。

問 82 令和4年4月1日より前に特定治療支援事業において実施された治療の回数は含まないという理解でよいか。また、同事業の経過措置により年度をまたいで令和4年4月1日以降に胚移植を実施し、同事業の助成金の支給を受ける場合はどうか。

(答) いずれの場合も、保険診療における胚移植術の実施回数に含まない。

問 83 患者及びそのパートナーについて初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢(以下「回数制限の基準日」という。)が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り算定することとされている。保険適用の施行当初は、例えば、医療機関において不妊治療を保険診療として実施する準備ができていないこと等も考えられるが、40歳未満で初めての治療を開始できず、40歳で治療開始することになってしまった場合の取扱い如何。

(答) 令和4年4月1日から同年9月29日までの間に40歳に達する女性(※)について、40歳に達した日の翌日(40歳の誕生日)以後に保険診療として初めて治療を開始した場合であっても、同年9月30日までに治療を開始し

たのであれば、回数制限の基準日において40歳未満で初めて治療を開始したものとみなし、当該患者1人につき胚移植術を6回に限り算定して差し支えない。この場合、当該初めての治療を開始した年月日及び当該患者の生年月日を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※ 令和4年4月1日に40歳に達する女性とは、同年4月2日が40歳の誕生日である者をいい、同年9月29日に40歳に達する女性とは、同年9月30日が40歳の誕生日である者をいう。

問 84 「次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合」の「次の児の妊娠」には、特定治療支援事業と同様に、直前の妊娠において出産に至った後の妊娠のほか、妊娠12週以降に死産に至った後の妊娠を含むという理解でよいか。

(答) よい。この場合、原則として、母子健康手帳等（死産の場合は診断書や医師の証明書を含む。）により、出生に至った事実等を確認すること。

問 85 保険診療において不妊治療を実施し、回数制限を超えた場合などにおいて、その後、保険外の診療で実施した不妊治療により妊娠・出産に至った後に、不妊治療を再開するときは、「次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合」に該当し、改めて保険診療において実施することが可能か。

(答) 可能。この場合、原則として、母子健康手帳等（死産の場合は診断書や医師の証明書を含む。）により、出生に至った事実等を確認すること。

【医薬品】

問 86 PDE5阻害剤の算定要件において、「本製剤を投与される患者又はそのパートナーのいずれかが、本製剤の投与日から遡って6か月以内に、医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料に係る医学的管理を受けていること」とされているが、他の保険医療機関からの紹介を受けてPDE5阻害剤を処方する場合等であって、当該他の保険医療機関において当該患者について一般不妊治療管理料等を算定している場合にあっては、PDE5阻害剤を処方する保険医療機関において当該患者について一般不妊治療管理料等を算定していなくても、当該要件を満たすと考えてよいか。

(答) よい。

問 87 P D E 5 阻害剤の使用を伴う一般不妊治療又は生殖補助医療の治療計画を作成し、一般不妊治療管理料等を算定する保険医療機関が、P D E 5 阻害剤の処方をして他の保険医療機関に依頼するため、患者の紹介を行う場合には、一般不妊治療管理料等を算定していることやその治療計画など、必要な診療情報の提供を行う必要があるか。

(答) そのとおり。

問 88 不妊治療での医薬品の使用に関して、「生殖医療ガイドライン」(日本生殖医学会編)において推奨されている以下の①から③までについては、「生殖医療ガイドライン」(日本生殖医学会編)における推奨度や、代替薬の有無等を考慮の上、「保険診療における医薬品の取扱いについて」(昭和55年9月3日保発第51号厚生省保険局長通知)を踏まえ、診療報酬明細書の摘要欄に記載されている投与の理由を参考に、個々の症例ごとの医学的判断により診療報酬の審査がなされると理解してよいか。

- ① modified natural cycle IVF、又は中等量までの卵胞刺激ホルモン(FSH)製剤とゴナドトロピン放出ホルモン(GnRH)アンタゴニストの投与に基づく mild IVF における、排卵抑制のためのジクロフェナク又はイブプロフェンの使用
- ② 卵巣過剰刺激症候群(OHSS)ハイリスク患者に対する、OHSS 発症予防のためのレトロゾールの使用
- ③ 胚移植における黄体補充での、プロゲスチン製剤との併用におけるエストロゲン製剤の使用

(答) よい。

【その他】

問 89 不妊症の患者とそのパートナーの属する保険者が異なる場合において、①一般不妊治療、②体外受精・顕微授精又は③精巣内精子採取術を経由する顕微授精のそれぞれについて請求方法如何。

(答)

[①一般不妊治療]

個々の治療内容にもよるが、患者及びそのパートナーそれぞれに対して実施される診療の場合は、一般不妊治療管理料も含めそれぞれの保険者に対して請求することができる。この場合において、当該診療を実施する対象者が

「患者」であり、男性及び女性のいずれにも診療を実施する場合には、双方が「患者」となること。

また、人工授精については、主に女性に対して医行為を行うものであるため、当該治療を受ける女性の属する保険者に請求すること。

[②体外受精・顕微授精]

個々の治療内容にもよるが、患者及びそのパートナーそれぞれに対して実施される診療の場合は、生殖補助医療管理料も含めそれぞれの保険者に対して請求することができる。この場合において、当該診療を実施する対象者が「患者」であり、男性及び女性のいずれにも診療を実施する場合には、双方が「患者」となること。

また、体外受精・顕微授精を含む生殖補助医療については、最終的には胚移植という女性に対する医行為を行うものであるため、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料、胚凍結保存管理料及び胚移植術は、当該治療を受ける女性の属する保険者に請求すること。

[③精巣内精子採取術を経由する顕微授精]

精巣内精子採取術等の男性不妊治療については、当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求すること。その後、顕微授精に移行する場合は、②の考え方にに基づき、顕微授精による治療の開始日以降は当該治療を受ける女性の属する保険者に請求すること。

この場合において、精巣内精子採取術における「患者」は男性となり、顕微授精に係る採卵術等における「患者」は女性となること。

問 90 託児室の使用料等の診療と直接関係ないサービスに係る料金を別途徴収してよいか。

(答)「療養の給付と直接関係ないサービス等の取り扱いについて」に沿って実施される場合には、よい。

医科診療報酬点数表関係 (D P C)

1. D P C対象病院の基準について

問1-1 診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

(答) 診療情報の管理、入院患者についての疾病統計における I C D 10 コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

2. D P C対象患者について

問2-1 D P C対象患者は、自らの意志で診断群分類点数表と医科点数表のいずれにより算定するかを選択することができるのか。

(答) 選択できない。

問2-2 同一日に入退院する、いわゆる「1日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいか。

(答) 包括評価の対象と考えてよい。

問2-3 午前0時をまたぐ1泊2日の入院についても、入院した時刻から24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる。

問2-4 D P C算定の対象外である病棟からD P C算定の対象病棟に転棟したが、転棟後24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後24時間以内に死亡した」患者であり、転棟後24時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。

問2-5 包括評価の対象外となる臓器移植患者は、D P C算定告示に定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。

(答) そのとおり。

問2-6 D P C対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院している者のうち、当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。

(答) 入院している病棟(床)で判断するため、包括評価の対象とならない。

問2-7 分娩のために入院中の患者が、合併症等に罹患して保険給付が開始された場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。なお、包括評価の対象となる場合には、保険給付が開始された日を入院の起算日とする。

問2-8 治験、臓器移植、先進医療を行った患者等、包括評価の対象外となる患者がいったん退院し、同じ病院に再入院した場合は、包括評価の対象患者として算定してよいか。

(答) 医学的に一連の診療として判断される場合は、医科点数表により算定すること（包括評価の対象患者とはならない。）。

問2-9 外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合、当該患者は包括評価の対象となるのか。

(答) 入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。

問2-10 先進医療として認められている技術が、医療機器の保険収載等の理由により、途中で保険適用となった場合、該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。

(答) 保険適用となる前に当該技術による治療を受けた入院の場合には包括評価の対象外となる。保険適用後に当該技術による治療を受けた患者については包括評価の対象となる。

問2-11 厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが、告示されていない診断群分類区分が適用される場合、その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。

(答) 当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず、包括評価の対象となる（薬剤名と対象診断群分類区分が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。）。

問2-12 主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる。

問2-13 労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される場合は、医科点数表により算定するのか。

(答) 医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

問2-14 交通事故による患者も、医療保険が適用される場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 包括評価の対象となる。

問2-15 DPC対象病院において区分番号「A400」短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施した患者については、どのように算定するのか。

(答) DPC対象病院においては、DPC/PDPSによる算定を行う病床に限らず、全ての病床において短期滞在手術等基本料3は算定できない。

問2-16 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引きにおいて「基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。」とあるが、例えば短期滞在手術等基本料3の対象となる手術等を実施して入院から4日目に退院した患者であって、当該期間中に短期滞在手術等基本料3の対象となる手術等を複数実施した場合も対象から除外されるのか。

(答) 除外されない。基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件に準じて、短期滞在手術等基本料3が算定できない場合は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から除外されない。

3. 診断群分類区分の適用の考え方について

【「医療資源を最も投入した傷病」について】

問3-1-1 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

(答) 「医療資源を最も投入した傷病」は、入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医がICD10コードにより選択する。

問3-1-2 「一連」の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。

(答) そのとおり。

問3-1-3 「医療資源を最も投入した傷病」については、DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。

(答) 含めない。DPC算定病床に入院していた期間において、「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。

問3-1-4 合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に、合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。

(答) そのとおり。

問3-1-5 「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。

(答) あり得る。

問3-1-6 抜釘目的のみで入院したが、「医療資源を最も投入した傷病」は「〇〇骨折」でよいか。

(答) 「〇〇骨折」でよい。

問3-1-7 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するに当たり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料や手術で使用した薬剤料を含めることができるか。

(答) 含めることはできない。

問3-1-8 いわゆる疑い病名により、診断群分類区分を決定してよいか。

(答) 原則として入院期間中に診断を確定し、確定した病名で診断群分類区分を決定すること。ただし、検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては、疑い病名により診断群分類区分を決定することができる。

問3-1-9 「医療資源を最も投入した傷病」として「U07.1 コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの」又は「U07.2 コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されていないもの」を選択した患者については、どのような算定となるか。

(答) 医科点数表により算定する。診療報酬明細書の摘要欄に「U07.1」又は「U07.2」と記載すること。

問3-1-10 「医療資源を最も投入した傷病」として「心拍の異常 (R00)

からその他の診断名不明確及び原因不明の死亡（R99）まで」は選択しないこととされているが、以下のように、「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」が選択されうる患者については、どのようにすればよいのか。

- ① 乳癌の既往がある遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して区分番号「K 8 8 8」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）を行う場合
- ② 卵巣癌の既往がある遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して区分番号「K 4 7 5」乳房切除術を行う場合

（答）実施した手術等に基づき、卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）又は乳房の悪性腫瘍（090010）に該当する I C D 10 コードを選択し、「傷病情報」欄の「入院時併存傷病名」には「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」を記載すること。問の例の場合については以下のとおり。

- ① 卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）に該当する I C D 10 コードを選択し、「子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）等あり」を選択する。
- ② 乳房の悪性腫瘍（090010）に該当する I C D 10 コードを選択し、「その他の手術あり」を選択する。

なお、いずれの場合においても「傷病情報」欄の「入院時併存傷病名」に「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」を記載する。

【「手術」について】

問 3 - 2 - 1 手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても、入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定をしてよいか。

（答）入院診療計画等に手術を実施することが記載されており、かつ、患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。

問 3 - 2 - 2 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として、主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが、算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合、当該手術に係る分岐を選択することができるのか。

（答）選択することができる。ただし、算定しなかった手術の区分番号、名称及び実施口を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載すること。

問 3 - 2 - 3 区分番号「K 6 7 8」体外衝撃波胆石破碎術（一連につき）のように一連の治療につき1回しか算定できない手術について、算定できな

い2回目以降の手術に係る入院についても「手術あり」で算定することができるのか。

(答)「手術あり」で算定することができる(2回目の入院で区分番号「K678」体外衝撃波胆石破碎術を再び行った場合、手術料は算定することができないが、診療行為として行われているため、「手術あり」として取り扱う。)。ただし、その区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載すること。

問3-2-4 診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第2章第10部手術に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。

(答)「手術あり」を選択する。ただし、第13款に掲げる手術等管理料又は区分番号「K920-2」輸血管理料のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

問3-2-5 手術の有無による分岐の決定において、第13款に掲げる手術等管理料又は区分番号「K920-2」輸血管理料のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。

(答) そのとおり。

問3-2-6 他院において手術の実施後に自院に転院した患者については、自院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。

(答) そのとおり。

問3-2-7 入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も、診断群分類区分は「手術あり」として選択するのか。

(答) そのとおり。

問3-2-8 手術の区分番号「K○○○」において、「●●術は区分番号「K△△△の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類区分を決定する際は「準用元の手術で判断すること」となっているが、これは区分番号「K○○○」で判断するということか。

(答) そのとおり。

【「手術・処置等1・2」について】

問3-3-1 区分番号「D291-2」小児食物アレルギー負荷検査を16歳以上の患者に対して行った場合、食物アレルギー（080270）の「手術・処置等1」は「あり」を選択するのか。

（答）「なし」を選択する。

問3-3-2 DPC留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について、例えば区分番号「L100」神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）の「1」神経根ブロックには、他に医科点数表に示されている「トータルスピナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。

（答）含まれない。区分番号「L100」の「2」腰部硬膜外ブロック及び区分番号「L100」の「5」仙骨部硬膜外ブロックについても、同様に明示された手技に限る。

問3-3-3 手術に伴う人工呼吸は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、DPCについても同様の取扱いか。

（答）手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸なし」の診断群分類区分を選択する。

問3-3-4 診断群分類が胃の悪性腫瘍（060020）等であり、一入院中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術・処置等2」は「2（放射線療法）あり」を選択することとなるのか。

（答）そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合、化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

問3-3-5 化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっている薬剤に加えて、他の薬剤を併用しても選択することができるのか。

（答）選択することができる。

問3-3-6 診断群分類区分の決定に当たり、手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。

（答）選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用、外来・退院時、在宅医療での処方含まれていない。

問3-3-7 診断群分類区分の決定に当たり、手術中に使用した薬剤のみをもって「手術・処置等2」の特定の薬剤名（成分名）での分岐を選択することができるか。

(答) 選択することはできない。特定の薬剤名での分岐には手術中の使用、外来・退院時、在宅医療での処方含まれていない。

問3-3-8 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

(答) 化学療法に含まれない。

問3-3-9 化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。

(答) 抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。問の例では、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。

問3-3-10 「手術・処置等2」に特定の薬剤名（成分名）での分岐がある場合、その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる（薬剤による診断群分類の分岐の指定については、原則として成分名で行っており、先発品か後発品かは問わない。）。

問3-3-11 区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射を実施した場合、「手術・処置等2」の分岐の区分で区分番号「G005」中心静脈注射を選択することができるのか。

(答) 選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。

問3-3-12 手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

問3-3-13 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

問3-3-14 肺の悪性腫瘍(040040)、小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍(060030)及び卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍(120010)の「手術・処置等2」において「カルボプラチン+パクリタキセル」が定義されているが、「カルボプラチン」と「パクリタキセル(アルブミン懸濁型)」を併用した場合には、どの分岐の区分を選択するのか。

(答) 「カルボプラチン+パクリタキセルあり」を選択する。

問3-3-15 区分番号「K740」直腸切除・切断術及び区分番号「K740-2」腹腔鏡下直腸切除・切断術を実施し人工肛門造設術を併せて実施した場合に算定する「人工肛門造設加算」について、当該加算を算定する術式及び人工肛門造設術を実施した場合、診断群分類における手術・処置等1の区分番号「K726」人工肛門造設術又は区分番号「K726-2」腹腔鏡下人工肛門造設術を実施したとして、手術・処置等1「あり」を選択してよいか。

(答) そのとおり。なお、レセプトの「診療関連情報」欄に、区分番号「K726」人工肛門造設術又は区分番号「K726-2」腹腔鏡下人工肛門造設術を記載すること。

問3-3-16 放射線療法の定義として「医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療(血液照射を除く。)をいう。」とあるが、「放射線治療」の部において評価される特定保険医療材料のみを使用した場合、診断群分類区分は「放射線療法あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 「なし」の診断群分類区分を選択する。

【「その他(定義副傷病名等)」について】

問3-4-1 網膜剥離(020160)については、「片眼」「両眼」に応じて診断

群分類区分が分かれているが、いずれの診断群分類区分に該当するかは、一手術で判断するのか、一入院で判断するのか。

(答) 一入院で判断する。

問3-4-2 白内障、水晶体の疾患(020110)について、一入院中において、片眼に白内障の手術を、もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合、重症度等は、「両眼」を選択するのか。

(答) 「片眼」を選択する。

問3-4-3 網膜剥離(020160)について、一入院中において、片眼に区分番号「K275」網膜復位術を実施し、もう一方の片眼に区分番号「K2761」網膜光凝固術(通常のもの)を実施した場合、重症度は「両眼」を選択するのか。

(答) 「両眼」を選択する。

診断群分類区分上6桁が同一の疾患について、定義テーブルの「手術」又は「手術・処置等1」に掲げられた複数の手術(フラグ97「その他のKコード」を除く。)を左眼、右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。

問3-4-4 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定するのか。また、出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。

(答) 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また、出生時の体重が不明である場合には、最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し、診療報酬明細書には「出生時体重不明」と記載する。

問3-4-5 定義副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」と判断してよいか。

(答) 確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には、「定義副傷病なし」と判断する。

問3-4-6 定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類区分上6桁の分類が記載されているが、その疾患の傷病名欄に記載されたICD10コードに該当する場合に「定義副傷病あり」となるということか。

(答) そのとおり。

問3-4-7 定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。

(答) 医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無にかかわらず「定義副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。

4. 診療報酬の算定について

問4-1 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、同日以前から入院している患者については、同日から5月31日までの2か月間は医科点数表により算定し、6月1日より包括評価の算定となるのか。

(答) そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

問4-2 外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

(答) そのとおり。

問4-3 入院日Ⅲを超えた日以降に、医科点数表に基づき算定する場合、入院基本料はどの入院料を算定すればよいのか。

(答) 医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。

問4-4 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は、どのように算定するのか。

(答) 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない。）。また、入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

問4-5 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合は、どのように算定するのか。

(答) 転棟前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅱまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア病棟入院料は算定できない。）。また、入院日Ⅱを超えた日以降は、地域包括ケア病棟入院料を算定すること。

問4-6 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、同日4月1日以前から入院している患者が同月以降に退院（入院A）し、その後同一傷病により7日以内に再入院した場合（入院B）、入院Aおよび入院Bはどのように算定するのか。

（答）入院Aについては医科点数表により算定する。また、入院Bについては、診断群分類点数表によって算定することとし、起算日は当該再入院した日とする。

5. 医療機関別係数について

問5-1 医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。

（答）医療機関別係数のうち、機能評価係数Ⅰは施設基準の届出の変更に伴い変更される。また、機能評価係数Ⅱは毎年度（4月1日）に実績を踏まえ変更される。

問5-2 検体検査管理加算の届出を複数行っている場合（例：ⅠとⅣ）、医療機関別係数は両方の機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。

（答）両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。

問5-3 検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算することができるか。

（答）検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは、その体制を評価するものであり、検体検査の実施の有無にかかわらず、医療機関別係数に合算することができる。

問5-4 機能評価係数Ⅰに関連した施設基準を新たに取得した場合、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に、何か特別な届出が必要か。

（答）医科点数表に基づく届出のみでよい。なお、機能評価係数Ⅰ（データ提出加算に係るものを除く。）は、算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。

問5-5 入院基本料等加算を算定することができない病棟（床）にDPC対象患者が入院している場合、当該入院基本料等加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算することができるか。（例：DPC対象患者が特

定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数Ⅰ)

(答) 機能評価係数Ⅰは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たすこと等により、算定することができるのであれば、全てのDPC対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

問5-6 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算(1病棟薬剤業務実施加算1)を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

(答) 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算(1病棟薬剤業務実施加算1)のように、機能評価係数Ⅰで評価される項目のうち、医科点数表において週1回または月1回算定できるとされているものについては、入院日Ⅲを超えた場合、医科点数表に基づき算定することができる。ただし、入院日Ⅲを超えた日の前日の属する週又は月は算定することができない。なお、「週」、「月」とは、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間、月の初日から月の末日までの1か月をいう。

問5-7 医科点数表第1章第2部入院料等の通則第8号の規定による栄養管理体制に係る減算に該当する場合、入院日Ⅲまでの期間は当該機能評価係数Ⅰを合算して包括算定するが、入院日Ⅲを超えた日以降は医科点数表に基づき1日につき40点を減じて算定するのか。

(答) そのとおり。

問5-8 区分番号「A245」データ提出加算について、DPC対象病院において、DPC算定病棟(包括評価の対象)に入院している患者はデータ提出加算1又は2を算定することができるか。

(答) 機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。

問5-9 ①DPC算定病棟(包括評価の対象)→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟(包括評価の対象外)と転棟した事例について、データ提出加算1又は2を算定することはできるのか。

(答) ①DPC算定病床(包括評価の対象)において機能評価係数Ⅰで既に評価されているため、算定することができない。

問5-10 ①DPC算定病棟(包括評価の対象)→②DPC算定病棟以外の病

棟に転棟した事例について、データ提出加算 3 又は 4 ほどのように算定する
のか。

(答) ②の病棟がデータ提出加算 3 又は 4 の算定対象病棟の場合のみ、転棟した
日から起算して 90 日を超えるごとにデータ提出加算 3 又は 4 を算定する。

6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

問 6-1 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院した場合、退院し
た月と同じ月に外来において月 1 回のみ算定することとなっている点数
(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)を別に算定すること
ができるのか。(例：検体検査判断料等)

(答) 算定することができない。

問 6-2 外来で月 1 回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数
表により包括される点数に限る。)を算定した後、同じ月に入院となり診
断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月 1 回のみ
算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数
に限る。)について算定することができるのか。(例：検体検査判断料等)

(答) 算定することができる。

問 6-3 外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定す
ることができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診
断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 初診料を算定することはできるが、再診料又は外来診療料(時間外加算等
を除く。)については算定することはできない。また、検査・画像診断に係
る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定す
ることはできない。

問 6-4 医科点数表第 2 章第 2 部在宅医療に定める「薬剤料」は、包括評価
の範囲に含まれるのか。

(答) 「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定め
る「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

問 6-5 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則第 1 号に定める超音波
内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定す
ることができるか。

(答) 算定することができる。

問6-6 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則第3号に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問6-7 コロンブラッシュ法については、区分番号「D311」直腸鏡検査の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は区分番号「N004」細胞診の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 合算した点数を算定することができる。

問6-8 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」については、写真診断を行った場合は使用フィルム代を10円で除して得た点数を加算して算定するが、本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができない。

問6-9 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料、特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。

(答) そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

問6-10 月の前半が包括評価、月の後半が医科点数表に基づく評価（又は外来）の場合で、月の前半と後半に1回ずつ区分番号「D208」心電図検査を実施した場合、心電図検査の費用は全額算定してよいか。また、その他の生体検査やCT、MRI等についても同様の取扱いとしてよいか。

(答) いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上、算定することとなる。

問6-11 区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査の注9に定められたフィルムの費用は、医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができない。

問6-12 包括評価の対象患者について、手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。

(答) 算定することができない。

問6-13 包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注で定められている加算点数については、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。

問6-14 経皮経肝胆管造影における区分番号「E003」造影剤注入手技は、区分番号「D314」腹腔鏡検査に準じて算定することとされているが、医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができない。

問6-15 入院を必要とする侵襲的処置を含む医科点数表第2章第4部画像診断に係る費用は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

問6-16 核医学検査（核医学診断）に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。

(答) そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。

問6-17 医科点数表第2章第9部処置の通則に規定する休日加算、時間外加算及び深夜加算は、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても算定できることとされているが、包括評価の範囲に含まれない処置料について、本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問6-18 包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等の処置料に係る加算点数を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問6-19 医科点数表に基づき算定するギプスの項目について、100分の20等の例により、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) ギプスの項目の基本点数が 1,000 点以上であっても、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を 100 分の 20 等の例により算定した結果、1,000 点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができない。

問 6-20 診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。

(答) 診断群分類区分の内容にかかわらず、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

問 6-21 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また、輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち、「手術」の部において評価されるものについては、別に医科点数表により算定することができる。

問 6-22 包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

(答) 医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

問 6-23 区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を実施した場合、注 7 に規定する加算は算定できるのか。

(答) 算定することができる。

問 6-24 区分番号「L100」及び「L101」神経ブロックは別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

(答) そのとおり。

問 6-25 出来高算定可能な抗 HIV 薬には、「後天性免疫不全症候群（エイズ）患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

(答) 含まれない。

問6-26 手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

（答）手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。

問6-27 問6-26において、手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限ることとされているが、「注射用レザファイリン100mg」、「アラベル内用剤1.5g」及び「アラグリオ顆粒剤分包1.5g」についても同様の取扱いとなるか。

（答）いずれも術前に使用する薬剤であり、別途算定できない。なお、いずれの薬剤も包括評価部分において評価されていることに留意されたい。

問6-28 グランツマン血小板無力症患者（G P II b - III a 及び／又はH L Aに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの）に使用する「遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤」は出来高で算定することができるのか。

（答）算定できる。

問6-29 von Willebrand 病患者に使用する「遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤」は出来高で算定することができるのか。

（答）算定できる。

7. 特定入院料の取扱いについて

問7-1 1日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。

（答）従来どおり、医科点数表、基本診療料の施設基準等に基づき、所定の手続を行う。

問7-2 区分番号「A301」特定集中治療室管理料を14日間算定していた患者が、引き続き区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病床に転床した場合、21日目まで「15日以上21日以内の期間」の点数を算定するのか。

（答）そのとおり。

問7-3 急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者が、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料を21日間算定した後に区分番号「A301」特定集中治療室管理料を算定する病床に転床した場合、25日目まで「15日以上30日以内の期間」の点数を算定するのか。

（答） そのとおり。

問7-4 一度目の入院時に区分番号「A300」救命救急入院料を上限日数に満たない日数分算定し、診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で退院後7日以内に再入院した場合において、「救命救急入院料」の算定可能病室に入室した際、上限日数まで区分番号「A300」救命救急入院料を算定可能か。

（答） 1回の入院期間とみなし、算定することができない。特定入院料の算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。

問7-5 診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合は、退院してから再入院するまでの期間の日数は入院期間として算入しないが、区分番号「A307」小児入院医療管理料を継続して算定する場合、当該期間中の日数は区分番号「A307」小児入院医療管理料に係る期間として算入しないのか。

（答） そのとおり。

問7-6 包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定している期間においては、その期間中に実施した心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。

（答） 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料については、診断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれていないため算定することができる。また、包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算については、特定入院料に係る加算の種類により算定できる範囲が異なるため注意すること。

8. 入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

問8-1 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬剤料

(制吐剤等)は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤(併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限る。)に係る薬剤料については算定することができない。また、生理食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料についても算定することができない。

問8-2 入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患者について、入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。

(答) 算定することができる。

問8-3 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合であって、手術・処置等2の分岐が「2放射線療法」「3化学療法ありかつ放射線療法なし」となっているDPCコードについて、化学療法と放射線療法を実施したため、分岐2を選択した場合は、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

問8-4 悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査 ありを手術・処置等1の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

9. 同一傷病での再入院の取扱いについて

問9-1 包括評価の対象患者が退院日同日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病名」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。

(答) 例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院する場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院を入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について、再入院日の所定診断群分類点表に

より包括される点数は算定できないものとする。

問9-2 「一連」の入院とみなす7日以内の再入院は、「診断群分類区分の上2桁が同一の場合」とされているが、再入院時の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に「一連」か否かを判断することになるのか。

(答) 以下のような7日以内の再入院については「一連」とみなす。

- ① 再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類区分上2桁と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類区分上2桁が一致する場合
- ② 再入院時と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類区分上6桁が一致する場合
- ③ 再入院時の「入院の契機となった傷病名」に、定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコード又は診断群分類手術・処置等の合併症(180040)に定義されるICDコードを選択した場合

問9-3 ①DPC算定病棟(診断群分類点数表により算定)→②地域包括ケア病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれかを算定する病棟又は病床に転棟又は転室(引き続き診断群分類点数表により算定)→③退院→④DPC算定病棟に再入院した事例において、どの時点を起算日として、「7日以内」の再入院であるかを判断することになるのか。

(答) ②において、引き続き診断群分類点数表により算定していることから、退院日の翌日から起算して7日以内かどうかで判断する。

問9-4 一度日の入院期間中に、入院日Ⅲを超えて退院した後、診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合、どのように算定すればよいか。

(答) 「一連」の入院とみなし、傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

問9-5 DPC対象病院から特別の関係であるDPC対象病院に診断群分類区分上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合は「一連」の入院とみなすのか。

(答) そのとおり。なお、この場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と

記載すること。また、診療報酬明細書の今回入院日欄に「一連」の入院とみなした入院年月日を記載し、摘要欄に「特別」と記載すること。

問9-6 一度目のDPC算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後、DPC算定対象とならない病棟へ転棟し、診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で7日以内に再度DPC算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか。

(答) 「一連」の入院とみなし、傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

問9-7 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

(答) DPC算定病棟以外の病棟からDPC算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類区分上2桁が同一である傷病で転棟日から起算して7日以内にDPC算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

問9-8 同一傷病に該当するか否かは、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類区分上2桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。(例) 半月板損傷(160620)にて入退院後、7日以内に上腕骨骨折(160730)にて入院

(答) そのとおり。

問9-9 7日以内の再入院であって、前回の入院と今回の入院の「医療資源を最も投入した傷病名」がそれぞれ、唾液腺の悪性腫瘍(030011)、上咽頭の悪性腫瘍(030012)のように、診断群分類区分の上6桁が03001xとして同一となる場合は、「一連」の入院として取り扱うか。

(答) 「一連」の入院として取り扱う。

10. 退院時処方処方の取扱いについて

問10-1 退院時処方処方は、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

問 10-2 診断群分類区分上2桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して7日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

(答) 退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類区分上2桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

問 10-3 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

問 10-4 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日又は前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

(答) 土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定を取り下げること。

問 10-5 「フォルテオ皮下注キット 600 μ g」及び「テリパラチドBS皮下注キット 600 μ g「モチダ」は、内容量が600 μ g、1回の使用量が20 μ gであるが、28日用の製剤として薬価収載されている。入院時に1回分のみ使用する場合、フォルテオ皮下注キット 600 μ g及びテリパラチドBS皮下注キット 600 μ g「モチダ」の算定方法はどのようになるか。

(答) フォルテオ皮下注キット 600 μ g及びテリパラチドBS皮下注キット 600 μ g「モチダ」は28日用製剤であるため、それぞれの薬価を28(日分)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料とする。

問 10-6 薬価を使用可能日数(回数)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされている薬剤(「フォルテオ皮下注キット 600 μ g」及び「テリパラチドBS皮下注キット 600 μ g「モチダ」)を、入院中に処方した場合、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとすることは可能か。

(答) 入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したのものとして差し支えない。

問 10-7 薬価を使用可能日数(回数)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされている薬剤について、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したのものとして差し支えないこととされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

(答) 当該取扱いは薬価を使用可能日数(回数)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。

問 10-8 退院後に介護老人福祉施設に入所する場合、退院時処方の薬剤料は別に算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

11. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

問 11-1 DPC算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

(答) DPC算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用(対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く。)は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い、当該保険医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。DPC算定病棟に入院している患者については、算定方法にかかわらず(診断群分類点数表・医科点数表のいずれにより算定していても)同じ取扱いである。また、DPC算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床(例:地域包括ケア入院医療管理料)に入院している患者についても同じ取扱いである。

問 11-2 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたDPCの包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。なお、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当

該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-3 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたDPCの包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。ただし、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-4 DPC算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断（PET・MRI等）のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしてよいか。

(答) よい。

問 11-5 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合であって、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、当該他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為が行われた場合は、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。なお、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-6 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、外来でしか算定できない診療行為について入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

問 11-7 DPC算定病棟に入院中の患者が他医療機関を受診し先進医療を受けた場合について、入院中の保険医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。

(答) 他医療機関で実施した診療行為に係る費用のうち、保険給付の対象となるものは合議にて精算するが、保険外の費用は合議の対象とはならない。なお、先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。

問 11-8 DPC算定病棟に入院中の患者に対診を実施した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

問 11-9 DPC算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において請求し、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとされているが、当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。

(答) 健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は、消費税が非課税となる（消費税法第6条）。

質問のケースの場合、他医療機関が行う診療にあつては、社会保険診療であるから、当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。（当該合議により得る収入については、診療報酬に照らして妥当であればよく、必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。）

12. データ提出加算について

問 12-1 「DPC導入の影響評価に係る調査」の提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも、区分番号「A245」データ提出加算を算定することができるのか。

(答) 「DPC導入の影響評価に係る調査」の提出（データの再照会に係る提出も含む。）において提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の1か月分については区分番号「A245」データ提出加算は算定できない。

問 12-2 データ提出に遅延等が認められたため、1か月区分番号「A245」データ提出加算を算定できなくなった場合、当該1か月の診療分はどのように算定するのか。

(答) 包括評価対象分については、当該月診療分の区分番号「A245」データ提出加算に係る機能評価係数Iを医療機関別係数に合算せずに算定すること。

また、包括評価対象外の患者については、当該月の診療分において、医科点数表に基づき、区分番号「A245」データ提出加算を算定することができない。

13. 診療報酬の調整等について

問 13-1 退院時に診断群分類区分が確定した時に、差額を調整する必要性が生じた場合の一部負担金はどのように算定するのか。

(答) 差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。

問 13-2 包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。

(答) 高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

問 13-3 診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要か。

(答) 診断群分類点数表のみで算定する場合は、診断群分類点数表による請求額も月ごとに確定するため、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要ない。

問 13-4 切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後、自費で分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による算定の起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。

(答) そのとおり。

問 13-5 入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつか。また、その後先進医療や治験等を

終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、当該入院全てを医科点数表に基づき再請求する。

問 13-6 臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、退院時に診断群分類区分に該当する場合には、当該入院全てを当該診断群分類区分により再請求する。

問 13-7 入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一つの入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は、入院期間全てを医科点数表に基づき算定をする。

問 13-8 入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、再度包括評価の対象となる。

問 13-9 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日Ⅲを超えて医科点数表による算定を行っている場合はどのように請求するのか。

(答) 入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

問 13-10 診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することによいか。

(答) そのとおり。

なお、手術等が行われていない場合であっても、予定がある場合には手術

あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが、退院時まで
に予定された手術が行われなかった結果、退院時に決定された請求方法が
異なる場合は、請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐によ
り再請求をする。

14. 令和4年度改定に係る経過措置について

問 14-1 改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定により高額
薬剤から除外され、かつ、「手術・処置等2」に分岐がない場合、当該薬
剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。

(答) 当該薬剤は改定において包括評価に移行している(高額薬剤として告示さ
れていない)ことから、ツリー図上の分岐の区分に従い診断群分類区分を決
定する。改定後も引き続き告示されている薬剤のみを高額薬剤として取り
扱うことになる。

問 14-2 改定を挟んで7日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはい
どのようなになるのか。

(答) 診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とす
る。

問 14-3 改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を3月中に
実施した場合であって、4月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追
加された分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

問 14-4 改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例につ
いて、4月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算
定することになるのか。

(例1) 2月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが60日で改定後は入院日Ⅲが
30日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求

(例2) 2月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが30日で改定後は入院日Ⅲが
60日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求

(答) 例1の場合は医科点数表に基づき算定し、例2の場合は診断群分類点数表
に基づき算定する。

問 14-5 改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、改定後の診断

群分類区分は4月1日から適用となるが、改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で終了しているため、4月1日以降の診療報酬から調整の対象となるのか。

(答) そのとおり。

15. 診療報酬明細書関連について

問 15-1 入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合、「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。また、退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。

(答) 医科点数表に従い、記載する必要がある。

問 15-2 診療報酬明細書の「副傷病名」欄には、該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。

(答) そのとおり。

問 15-3 該当する定義告示上の定義副傷病名が複数存在する患者については、診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した定義副傷病名を記載するのか。

(答) そのとおり。

問 15-4 傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。

(答) 記載する必要はない。

問 15-5 診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し、ICD10コードを記入するのか。

(答) そのとおり。

問 15-6 入院中に処置を複数回実施した場合は、処置の実施日をどのように記載するのか。

(答) 初回の実施日を記載する。

問 15-7 分娩のために入院中の患者が合併症等に罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合、診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また、「今回退院年月日」

欄には保険給付が終了した日を記入するのか。

(答) そのとおり。

問 15-8 審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書はどのようなものか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

(答) DPCの診療報酬明細書のうち、請求点数が38万点以上のものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

問 15-9 入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。

(答) 保険者ごとに診療報酬明細書を作成して請求する。変更前及び変更後の診療報酬明細書に医療保険等が変更された旨を記載するとともに、変更後の診療報酬明細書に変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお、診断群分類区分の変更があった場合であっても、退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため、従前の保険者への請求額は変更されない。

問 15-10 診療報酬改定をまたいで入院している場合、3月診療分DPCレセプトの「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄はどう記載するのか。

(答) 改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日に実施するが、入院中であるため「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄は空白(記載不要)とする。

問 15-11 令和4年3月以前から継続して入院している患者で、3月に分岐に係る手術等を行った場合、4月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するのか。

(答) 3月に実施した手術等について、4月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお、3月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。

問 15-12 区分番号「K921」造血幹細胞採取を行うに当たり、造血幹細胞の末梢血中への動員のためにG-CSF製剤やプレリキサホルを投与するが、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について、DPCレセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。

(答) 本件は、区分番号「K921」造血幹細胞採取の注2の規定による加算に

該当するため、造血幹細胞採取に当たって当該薬剤を使用した場合についても、区分番号「K 9 2 1」造血幹細胞採取を算定する日に区分番号「K 9 2 1」造血幹細胞採取の所定点数に当該薬剤の点数を加算する。

医科診療報酬点数表関係（費用請求）

【記載要領】

問1 「診療報酬請求書等の記載要領等について」の別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」により示されている診療報酬明細書の摘要欄に記載する事項等において、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について（令和4年3月25日保医発0325第1号）により、電子レセプト請求による請求の場合は、新たに令和4年10月診療分以降は該当するコードを選択することとされた診療行為について、令和4年9月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合においても、当該一覧の「左記コードによるレセプト表示文言」とおりに記載するのか。

（答）必ずしも当該文言のとおり記載する必要はないが、その旨が分かる記載又は当該診療行為に係る記載事項であることが分かる記載とすること。

なお、当該取扱いについては、別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」及び別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」においても同様である。

※ 以下の問2から問28までについては、DPC対象病院における取扱いであることに留意されたい。

【血液化学検査】

問2 区分番号「D007」血液化学検査の「25」フェリチンについては、複数回実施した場合には検査結果を記載することとなったが、同一月に実施した検査結果のうち最も低かったものについて、男性の場合にあっては10ng/ml以下、女性の場合にあっては5ng/ml以下であった場合には、以後、複数回の検査実施も必要と考えるが、当該検査実施料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の検査結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

【血液形態・機能検査】

問3 区分番号「D005」血液形態・機能検査の「5」末梢血液一般検査として算定するHb測定については、複数回実施した場合には検査結果を記載することとなったが、同一日に実施した検査結果のうち最も低かったものについて、8.0g/dL未満であった場合には、以後、複数回の検査実施も

必要と考えるが、当該検査実施料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の検査結果にあつては従前のおり医学的判断による。

【出血・凝固検査】

問4 区分番号「D006」出血・凝固検査の「17」Dダイマーについては、複数回実施した場合には検査結果を記載することとなったが、同一月に実施した検査結果のうち最も高かったものについて、5.0 μ g/mL以上であった場合には、以後、複数回の検査実施も必要と考えるが、当該検査実施料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の検査結果にあつては従前のおり医学的判断による。

【血漿蛋白免疫学的検査】

問5 区分番号「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「11」 β_2 -ミクログロブリンについては、複数回実施した場合には検査結果を記載することとなったが、同一月に実施した検査結果のうち最も高かったものについて、10.0mg/L以上であった場合には、以後、複数回の検査実施も必要と考えるが、当該検査実施料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の検査結果にあつては従前のおり医学的判断による。

【医薬品】

問6 人赤血球液製剤を投与するに当たってHb値を測定した場合には、投与の直前に測定したHb値を記載することとなったが、例えば次の疾患等に使用する場合は、当該Hb値が6g/dL未満であれば少なくとも2単位の投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、造血器腫瘍に対する化学療法及び造血幹細胞移植治療、固形癌に対する化学療法、消化管出血、消化管出血以外の急性出血、術中投与、敗血症（参考：「血液製剤の使用指針」）。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のおり医学的判断による。

問7 人血小板濃厚液製剤を投与に当たって血小板値を測定した場合には、投与の直前に測定した血小板値を記載することとなったが、例えば次の疾患等に使用する場合は、当該血小板値が次の値未満であれば少なくとも5単

位の投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

- ① 外科手術の術前状態、中心静脈カテーテル挿入時、腰椎穿刺又は播種性血管内凝固(DIC)の場合 血小板値 2 万未満。
- ② 急性白血病(急性前骨髄球性白血病を除く)、固形腫瘍に対する化学療法又は造血幹細胞移植(自家、同種)の場合 血小板値 1 万未満
- ③ 再生不良性貧血又は骨髄異形成症候群の場合 血小板値 5 千未満(参考:「血液製剤の使用指針」)。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のおり医学的判断による。

問 8 新鮮凍結人血漿製剤を投与するに当たってプロトロンビン時間 (PT) 及びフィブリノゲン値を測定した場合には、投与の直前に測定した PT 及びフィブリノゲン値を記載することとなったが、例えば、DIC、大手術又は大量出血・輸血時に使用する場合であれば、当該 PT が INR2.0 以上又は 30%以下で、かつ、フィブリノゲン値 150mg/dL 以下であれば少なくとも 400ml の投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。(参考:「血液製剤の使用指針」)。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のおり医学的判断による。

問 9 乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体製剤を投与するに当たって、投与以前に実施したインヒビター力価測定の結果を記載することとなったが、血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制の目的で投与する場合に、当該インヒビター力価測定結果が陽性である場合には、少なくとも 2,500 単位/kg の投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のおり医学的判断による。

問 10 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤を投与するに当たって、投与以前に実施したインヒビター力価測定の結果を記載することとなったが、血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制の目的で投与する場合に、当該インヒビター力価測定結果が陽性である場合には、少なくとも 3,000µg /kg の投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のおり医学的判断による。

る。

問 11 ラムシルマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、AFP の検査値を記載することとされているが、がん化学療法の実施後に増悪した血清 AFP 値 400ng/ml 以上の切除不能肝細胞癌に用いる場合に、AFP の測定結果が 400ng/ml 以上である場合には、少なくとも 400mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 12 エプタコグアルファ（活性型）（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、インヒビター力価測定結果を記載することとなったが、血液凝固第 VIII 因子又は第 IX 因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制に用いる場合に、投与前に実施したインヒビター力価の測定結果が陽性であった場合については、少なくとも初回投与時は 5 mg、初回投与時以外は 3 mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 13 エプタコグアルファ（活性型）（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、抗血小板抗体検査の測定結果を記載することとなったが、血小板に対する同種抗体を保有し、過去又は現在において血小板輸血不応状態が見られるグランツマン血小板無力症患者の出血傾向の抑制に用いる場合であつて、投与前に実施した抗血小板抗体検査の測定結果が陽性であった場合には、少なくとも 4 mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 14 エクリズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、抗アセチルコリン受容体抗体検査の結果を記載することとなったが、重症筋無力症に対して投与する場合であつて、投与前に実施した抗アセチルコリン受容体抗体検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも初回から 4 回目までの投与時は 900mg、5 回目以降の投与時は 1, 200mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 15 エクリズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、抗アクアポリン4抗体検査の結果を記載することとなったが、視神経脊髄炎スペクトラム障害に対して投与する場合であつて、投与前に実施した抗アクアポリン4抗体検査の結果が陽性であつた場合には、少なくとも初回から4回目までの投与時は900mg、5回目以降の投与時は1,200mgまでの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 16 チサゲンレクルユーセル製剤を投与するに当たって、CD19抗原検査測定結果を記載することとなったが、再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病に用いる場合であつて、投与前に実施したCD19抗原検査の結果が陽性であつた場合には、本製品の投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 17 イネビリズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、抗アクアポリン4（AQP4）抗体検査の結果を記載することとなったが、投与前に実施した抗アクアポリン4（AQP4）抗体検査の結果が陽性であつた場合には、少なくとも300mgまでの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 18 イットリウム（ ^{90}Y ）イブリツモマブチウキセタン（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、CD20抗原検査測定結果を記載することとなったが、投与前に実施したCD20抗原検査の結果が陽性であつた場合には、少なくとも1セットまでの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 19 サトラリズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、抗アクアポリン 4（AQP4）抗体検査の結果を記載することとなったが、投与前に実施した抗アクアポリン 4（AQP4）抗体検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも 120mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 20 イノツズマブオゾガマイシン（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、CD22 抗原検査の結果を記載することとなったが、投与前に実施した CD22 抗原検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも 1 日目の投与時は 2mg まで、8 日目及び 15 日目の投与時は 1mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 21 ブロスマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、FGF23 の測定値を記載することとなったが、投与前に実施した FGF23 の測定値が 30pg/ml 以上であった場合には、少なくとも 50mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 22 ブレンツキシマブベドチン（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、CD30 抗原検査の結果を記載することとなったが、投与前に実施した CD30 抗原検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも 100mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 23 オビヌツズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、CD20 抗原検査の結果を記載することとなったが、投与前に実施した CD20 抗原検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも 1000mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 24 モガムリズマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、CCR4 抗原検査の結果を記載することとなったが、CCR4 陽性の成人 T 細胞白血病リンパ腫又は再発若しくは難治性の CCR4 陽性の末梢性 T 細胞リンパ腫に用いる場合であって、投与前に実施した CCR4 抗原検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも 50mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 25 リツキシマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、CD20 抗原検査の結果を記載することとなったが、B 細胞性非ホジキンリンパ腫又は免疫抑制状態下の B 細胞性リンパ増殖性疾患に用いる場合であって、投与前に実施した CD20 抗原検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも 600mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 26 リツキシマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、CD20 抗原検査の結果を記載することとなったが、慢性リンパ性白血病に用いる場合であって、投与前に実施した CD20 抗原の測定結果が陽性であった場合には、少なくとも初回投与時は 600mg まで、2 回日以降の投与時は 800mg までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 27 レボカルニチン製剤を投与するに当たって、遊離カルニチンの測定結果を記載することとされたが、投与前に実施した遊離カルニチンの測定結果が $20\mu\text{mol}$ 未満である場合には、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

問 28 エポエチンベータ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、投与する前に測定した Hb 値を記載することとされているが、貯血量が 800mL 以上で 1 週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に用いる場合であって、Hb 値の測定結果が 13g/dl 以下である場合には、少なく

とも1回につき6,000国際単位までの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

(答) よい。なお、上記以外の測定結果にあつては従前のおり医学的判断による。

歯科診療報酬点数表関係

【電子的保健医療情報活用加算】

問1 区分番号「A000」初診料の注12に規定する電子的保健医療情報活用加算について、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」とは、どのような場合が対象となるのか。

(答) 当該加算は、保険医療機関においてオンライン資格確認等システムが開始され、診療情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから、オンライン資格確認等システムの運用を開始している保険医療機関であれば、実際に患者が個人番号カードを持参せず、診療情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。

また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども、同様に該当する。

問2 区分番号「A000」初診料の注12等に規定する電子的保健医療情報活用加算の設置基準において、「当該情報を活用して診療等を実施できる体制を有していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること」とされているが、医療機関の窓口や掲示板に「マイナ受付」のポスターやステッカーを掲示することでよいか。

(答) よい。

【感染対策向上加算】

問3 区分番号「A224-2」感染対策向上加算について、第1章第2部第2節入院基本料等加算の通則第2号の規定により、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の算定要件の例によることとされているが、医科点数表の区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算及び注4に規定するサーベイランス強化加算についても、それぞれの算定要件を満たす場合、歯科点数表において算定可能か。

(答) 算定可。

【通信画像情報活用加算】

問4 区分番号「C000」歯科訪問診療料の注16に規定する通信画像情報

活用加算について、訪問歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて患者の口腔内の状態等を観察した日以降に、やむを得ず当該患者が入院した場合は、当該加算の算定についてどのように考えればよいか。

(答) 当該観察日から6月以内に限り、算定できる。ただし、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。

問5 区分番号「C000」歯科訪問診療料の留意事項通知(43)において、「リアルタイムで口腔内の画像を撮影できる装置を用いて」とあるが、歯科用口腔内カメラ及び歯科診断用口腔内カメラは「リアルタイムで口腔内の画像を撮影できる装置」に該当するか。

(答) 歯科医師がリアルタイムでビデオ画像を観察できるものであれば、該当する。

問6 区分番号「C000」歯科訪問診療料の注16に規定する通信画像情報活用加算について、「過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者」とあるが、区分番号「C001」訪問歯科衛生指導料を算定する口腔内を観察した日から起算して2月以内であれば算定可能か。

(答) 算定可。

問7 区分番号「C000」歯科訪問診療料の留意事項通知(43)において、「注16」に規定する通信画像情報活用加算は、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定する日(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日を除く。)において、歯科衛生士等がリアルタイムで口腔内の画像(以下、口腔内ビデオ画像という。)を撮影できる装置を用いて、患者の口腔内の状態等を撮影し、当該保険医療機関において、歯科医師がリアルタイムで当該口腔内ビデオ画像により当該患者の口腔内を観察(ビデオ通話に準ずる方式)し、得られた情報を次回の歯科訪問診療に活用した場合に算定する」とあるが、介護報酬の居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)又は介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)を算定した日に、歯科衛生士等が口腔内ビデオ画像を撮影できる装置を用いて、口腔内の状態等を撮影し、当該保険医療機関において歯科医師がリアルタイムで当該口腔内ビデオ画像を観察(ビデオ通話に準ずる方式)し、得られた情報を次回の歯科訪問診療に活用した場合、算定可能か。

(答) 算定可。

この場合、居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）又は介護予防居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）を算定した日に当該保険医療機関の歯科医師が口腔内ビデオ画像を撮影できる装置を用いて口腔内等の状態を観察した旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算】

問8 区分番号「C001-5」在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注4、区分番号「C001-6」小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注4及び区分番号「I011-2」歯周病安定期治療の注3に規定するかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算を算定する場合に、診療録及び診療報酬明細書の診療行為名称等はどのように記載すればよいか。

(答) 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算」又は「か強診」と記載する。

【口腔細菌定量検査】

問9 区分番号「D002-6」口腔細菌定量検査の留意事項通知（2）のロにおいて、「区分番号A000に掲げる初診料の（14）のイ、ロ若しくはニの状態又は区分番号A002に掲げる再診料の（6）のイ、ロ若しくはニの状態の患者」とあるが、同一初診期間中に区分番号「A000」初診料の留意事項通知（14）のイ、ロ若しくはニの状態における区分番号「A000」初診料の注6に規定する歯科診療特別対応加算又は区分番号「A002」再診料の留意事項通知（6）のイ、ロ若しくはニの状態における区分番号「A002」再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算を算定した場合、区分番号「D002-6」口腔細菌定量検査は算定可能か。

(答) 算定可。

問10 区分番号「B000-6」周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号「B000-7」周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は区分番号「B000-8」周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定している患者に対して、区分番号「D002-6」口腔細菌定量検査は算定可能か。

(答) 区分番号「D002-6」口腔細菌定量検査の留意事項通知（2）の状態の患者に対して行う場合は、算定できる。

問11 区分番号「D002-6」口腔細菌定量検査について、認知症を有する

患者や要介護状態の患者の場合、算定可能か。

(答) 区分番号「D002-6」口腔細菌定量検査の留意事項通知(2)の状態の患者に対して行う場合は、算定できる。

問12 区分番号「D002-6」口腔細菌定量検査の留意事項通知(2)において、「口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる」とあるが、検査の結果、口腔バイオフィルム感染症と診断された場合の管理は、区分番号「B000-4」歯科疾患管理料又は区分番号「C001-3」歯科疾患在宅療養管理料を算定可能か。

(答) 算定可。

【咀嚼能力検査、咬合圧検査、舌圧検査】

問13 口腔機能発達不全症が疑われる患者に対して、診断を目的として区分番号「D011-2」咀嚼能力検査、区分番号「D011-3」咬合圧検査又は区分番号「D012」舌圧検査を行った場合、当該検査は算定可能か。

(答) 算定不可。なお、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和2年3月31日事務連絡)別添3の問10は廃止する。

【第2章第4部 画像診断】

問14 健康診断の結果等を踏まえて保険医療機関を受診した患者に対して、前歯及び小臼歯のうち3歯以上の永久歯萌出不全又は顎変形症等の保険給付の対象となる疾患を疑い、歯科パノラマ断層撮影を行った場合において、通則第5号に規定する電子画像管理加算、区分番号「E000」写真診断の「2」の「イ」歯科パノラマ断層撮影及び区分番号「E001」歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「2」の「イ」歯科パノラマ断層撮影の場合は算定可能か。

(答) 算定可。

【歯周病安定期治療】

問15 令和4年3月31日以前に旧歯科点数表における区分番号「I011-2-2」歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定していた患者について、同年4月1日以降に区分番号「I011-2」歯周病安定期治療を算定する場合、区分番号「B001-3」歯周病患者画像活用指導料及び区分番号「D002」歯周病検査は別に算定可能か。

(答) 算定可。

問 16 区分番号「I 0 1 1 - 2」歯周病安定期治療を算定していた患者について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準を満たさなくなり、届出を取り下げた場合の次回の区分番号「I 0 1 1 - 2」歯周病安定期治療の算定は、直近の実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に可能ということか。

(答) そのとおり。

【フッ化物歯面塗布処置】

問 17 区分番号「I 0 3 1」フッ化物歯面塗布処置の「2」初期の根面う蝕に罹患している患者の場合を算定する場合に、診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の病名はどのように記載すればよいか。

(答) 「初期の根面う蝕」又は「根C」と記載し、処置を行った部位を記載すること。

【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】

問 18 区分番号「J 1 0 9」広範囲顎骨支持型装置埋入手術の留意事項通知(5)において、「当該手術は、次のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯(顎堤形成後の有床義歯を含む。)では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定する」とあるが、当該通知のイからニまでのいずれかに該当し、複数の欠損部位を有する場合、歯槽骨欠損部位や骨移植等により再建された部位以外の部位にも当該手術を実施可能か。

(答) 可能。ただし、1口腔単位の治療計画に基づき、必要と認められる患者に限る。

【歯科麻酔管理料】

問 19 区分番号「K 0 0 4」歯科麻酔管理料について、障害児(者)等を対象とする保険医療機関において、当該保険医療機関が無床施設である場合、算定可能か。

(答) 不可。

なお、「疑義解釈資料の送付について(その9)」(令和2年5月7日事務連絡)別添2の問11は廃止する。

問 20 区分番号「K 0 0 4」歯科麻酔管理料の留意事項通知(2)において、「緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない」とあるが、当該麻酔管理料は、医科点数表の区分

番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った日に算定するのか。

(答) 麻酔前後の診察を行い、かつ、医科点数表の区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する取扱いであり、緊急の場合であって、麻酔前後の診察をやむを得ず当該麻酔を実施した日に行った場合を除き、算定できない。麻酔後の診察を行った日に算定すること。なお、「疑義解釈資料の送付について(その9)」(令和2年5月7日事務連絡)別添2の問12は廃止する。

【CAD/CAM冠、CAD/CAMインレー】

問21 区分番号「M015-2」CAD/CAM冠及び区分番号「M015-3」CAD/CAMインレーについて、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を小臼歯に対して使用した場合、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)の材料料は算定可能か。

(答) 算定不可。CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を小臼歯に対して使用した場合は、CAD/CAM冠用材料(Ⅰ)又はCAD/CAM冠用材料(Ⅱ)の材料料を算定する。

【第2章第14部 病理診断】

問22 歯科診療を行う保険医療機関において、口腔内から採取と同時に作製された標本に基づく診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本を作製し、診断を行った場合、医科点数表「N004」細胞診の注2に規定する液状化検体細胞診加算は算定可能か。

(答) 算定可。ただし、採取と同時に行った場合は算定できない。

【施設基準】

問23 区分番号「A000」初診料の施設基準通知について、「第2の7」の歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準及び「第3」の地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等が変更されたが、令和4年3月31日時点で現に当該初診料に係る届出を行っている保険医療機関が、変更後の基準を満たしている場合、同年4月1日以降に再度届出を行わなくてよいか。

(答) よい。ただし、年1回、様式2の7による地方厚生(支)局長への報告を行うこと。

問24 令和4年3月31日以前に、区分番号「A000」初診料の施設基準通

知「第2の7」の歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準及び「第3」の地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等における「歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修」を満たす内容の研修を受講した場合、当該通知「第2の7」の(3)又は「第3」の(9)を満たしていることとしてよいか。

(答) よい。

問 25 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準が変更されたが、令和4年3月31日時点で現にかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている保険医療機関が、変更後の基準を満たしている場合、同年4月1日以降に再度届出を行わなくてよいか。

(答) よい。

問 26 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準通知(2)のAにおいて、「過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること」とあるが、旧歯科点数表における区分番号「I011-2」歯周病安定期治療(I)、区分番号「I011-2-2」歯周病安定期治療(II)及び区分番号「I011-2-3」歯周病重症化予防治療の算定実績を含めてよいか。

(答) 届出を行う日から過去1年間に算定したものに限り、含めてよい。

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

問1 同一グループ内の処方箋受付回数の合計が1月に4万回を超えるグループが新規に開設した保険薬局について、新規指定時における調剤基本料の施設基準の届出の際は、同一グループの処方箋受付回数が1月に4万回を超えるグループに属しているものとして取り扱うことでよいか。

(答) よい。なお、同一グループ内の処方箋受付回数の合計が1月に3万5千回を超える場合及び40万回を超える場合並びに同一グループの保険薬局の数が300以上である場合についても同様の考え方である。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その2)」(平成28年3月31日事務連絡)別添4の問1は廃止する。

問2 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合において、当該服薬指導に係る処方箋の受付回数は、処方箋の受付回数に含めるのか。

(答) 含める。なお、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に係る処方箋の受付回数を特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めず算出する。

【地域支援体制加算】

問3 地域支援体制加算の届出を行っている調剤基本料1を算定する保険薬局において、地域支援体制加算2の新規届出を行う場合、地域支援体制加算1の実績を満たすことを改めて示す必要があるのか。

(答) そのとおり。

問4 地域支援体制加算2、3及び4の実績要件については、①薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること、②薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること、③調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算の算定回数及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の合計が40回以上であること、…と定められているが、令和4年3月までの実績について、薬剤調製料を調剤料、調剤管理料を薬剤服用歴管理指導料と読み替えることでよいか。

(答) そのとおり。

問5 地域支援体制加算の実績要件のうち、「在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定回数」及び「在宅患者訪問薬剤管理指導料等の単一建物診療患者が1人の場合の算定回数」について、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その63）」（令和3年9月28日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添の問16における特例的な点数の算定回数を含めてよいか。

（答）地域支援体制加算の施設基準に関して、「COV 自宅」又は「COV 宿泊」による対応において、薬剤師が訪問し対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理指導を実施した場合（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1（500点）を算定する場合）、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者であれば、在宅患者への対応の実績として回数に加えることができる。

【リフィル処方箋による調剤】

問6 「リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと」とされているが、この場合において、服薬情報等提供料は算定可能か。

（答）算定要件を満たしていれば、服薬情報等提供料1又は2を算定可。

問7 リフィル処方箋による2回目以降の調剤については、「前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内」に行うこととされているが、具体的にはどのように考えればよいか。

（答）例えば、次回調剤予定日が6月13日である場合、次回調剤予定日を含まない前後7日間の6月6日から6月20日までの間、リフィル処方箋による調剤を行うことが可能である。ただし、調剤した薬剤の服薬を終える前に次回の調剤を受けられるよう、次回調剤予定日までに来局することが望ましいこと等を患者に伝えること。

問8 リフィル処方箋の写しは、いつまで保管する必要があるのか。

（答）当該リフィル処方箋の写しに係る調剤の終了日から3年間保管すること。

問9 一般名処方によるリフィル処方箋を受け付けた場合、2回目以降の調剤においてはどのように取り扱えばよいか。

（答）2回目以降の調剤においても、一般名処方されたものとして取り扱うことで差し支えないが、初回来局時に調剤した薬剤と同一のものを調剤することが望ましい。

問 10 リフィル処方箋を次回調剤予定日の前後 7 日以外の日を受け付けた場合は、当該リフィル処方箋による調剤を行うことはできるか。

(答) 不可。なお、調剤可能な日より前に患者が来局した場合は、再来局を求めするなど適切に対応すること。

【嚥下困難者用製剤加算、自家製剤加算】

問 11 薬価基準に記載されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、錠剤を分割する場合、嚥下困難者用製剤加算は算定可能か。

(答) 不可。医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工する場合は算定可。

問 12 嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算について、それぞれどのような場合に算定できるのか。

(答) 原則として、処方された用量に対応する剤形・規格があり、患者の服薬困難解消を目的として錠剤を砕く等剤形を加工する場合は嚥下困難者用製剤加算を算定でき、処方された用量に対応する剤形・規格がなく、医師の指示に基づき自家製剤を行う場合は自家製剤加算を算定できる。

問 13 自家製剤加算について、錠剤を分割する場合は、割線の有無にかかわらず、所定点数の 100 分の 20 に相当する点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

問 14 自家製剤加算における「同一剤形」の範囲は、どのように考えたらよいか。

(答) 内服薬の下記の剤形については、それぞれ別剤形として取り扱うこと。その他については、内服薬及び外用薬における「同一剤形」の取扱いと同様である。なお、本取扱いは、内服薬に係る自家製剤加算における考え方であり、例えば、調剤時の後発医薬品への変更に関する剤形の範囲の取扱いとは異なることに留意すること。

○内用薬

- ① 錠剤、口腔内崩壊錠、分散錠、粒状錠、カプセル剤、丸剤
- ② 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤

(参考)

「薬価算定の基準について」(令和 3 年 2 月 10 日保発 0210 第 3 号) 別表 1

【調剤管理料】

問 15 調剤管理料における「内服薬」に、浸煎薬及び湯薬は含まれないのか。

(答) そのとおり。

問 16 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）と外用薬が同時に処方された場合、調剤管理料 1 及び調剤管理料 2 を同時に算定可能か。

(答) 不可。内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬を除く。）以外のみが処方された場合、調剤管理料 2 を算定する。

【調剤管理加算】

問 17 同一保険医療機関の複数診療科から合計で 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者について、調剤管理加算は算定可能か。

(答) 不可。

問 18 複数の保険医療機関から合計で 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者について、当該患者の複数の保険医療機関が交付した処方箋を同時にまとめて受け付けた場合、処方箋ごとに調剤管理加算を算定可能か。

(答) 算定不可。複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて受け付けた場合、調剤管理加算は 1 回のみ算定できる。

問 19 「初めて処方箋を持参した場合」とは、薬剤服用歴に患者の記録が残っていない場合と考えてよいか。

(答) よい。ただし、薬剤服用歴等に患者の記録が残っている場合であっても、当該患者の処方箋を受け付けた日として記録されている直近の日から 3 年以上経過している場合には、「初めて処方箋を持参した場合」として取り扱って差し支えない。

問 20 「処方内容の変更により内服薬の種類が変更した場合」とは、処方されていた内服薬について、異なる薬効分類の有効成分を含む内服薬に変更された場合を指すのか。

(答) そのとおり。

問 21 調剤管理加算の施設基準における「過去一年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績を有していること」について、「過去一年間」の範囲はどのように考えればよいか。

(答) 服用薬剤調整支援料の直近の算定日の翌日から翌年の同月末日までの間は、「1回以上算定した実績」を有するものとしてよい。例えば、令和4年4月20日に服用薬剤調整支援料を算定した場合、その翌日の令和4年4月21日から令和5年4月末日までの間、調剤管理加算の施設基準を満たすこととする。

【電子的保健医療情報活用加算】

問 22 調剤管理料の注5に規定する電子的保健医療情報活用加算について、ただし書の「当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合」とは、どのような場合が対象となるのか。

(答) 当該加算は、保険薬局においてオンライン資格確認等システムが開始され、薬剤情報等を取得し、当該情報を利用して調剤等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから、オンライン資格確認等システムの運用を開始している保険薬局であれば、実際に患者が個人番号カードを持参せず、薬剤情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。

また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども、同様に該当する。

問 23 調剤管理料の注5に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「当該情報を利用して調剤等を実施できる体制を有していることについて、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示していること」とされているが、薬局の窓口や掲示板に「マイナ受付」のポスターやステッカーを掲示することでよいか。

(答) よい。

【服薬管理指導料】

問 24 服薬管理指導料の「4」情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合(オンライン服薬指導)及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料における「関連通知」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施

行規則等の一部を改正する省令の施行について（オンライン服薬指導関係）」（令和4年3月31日薬生発0331第17号。厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）を指す。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その5）」（令和2年4月16日事務連絡）別添2の問4は廃止する。

【服薬管理指導料の特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）】

問25 服薬管理指導料の注13に規定する特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）の対象薬局について、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は服薬管理指導料の注14に規定する特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）は算定可能か。

（答）不可。

【服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）】

問26 「算定に当たっては、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行うことについて、…あらかじめ患者の同意を得ること」とあるが、処方箋を受け付け、実際に服薬指導等を実施する際に同意を得ればよいか。

（答）事前に患者の同意を得ている必要があり、同意を得た後、次回の処方箋受付時以降に算定できる。

問27 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師に該当する薬剤師が、異動等により不在の場合は、次回の服薬指導の実施時までに、新たに別の薬剤師を当該他の薬剤師として選定すれば、当該服薬指導の実施時に服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）を算定可能か。

（答）不可。次に要件を満たした際に算定可能。

問28 既にかかりつけ薬剤師指導料等の算定に係る同意を得ている患者に対し、かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合の特例に係る同意を追加で得る場合は、かかりつけ薬剤師の同意書に追記する又は別に当該特例に係る同意を文書で得るといった対応をすればよいか。

(答) よい。ただし、既存の同意書に当該特例に係る同意に関して追記する場合には、当該同意を得た日付を記載するとともに、改めて患者の署名を得るなど、追記内容について新たに同意を取得したことが確認できるようにすること。また、別に文書により当該特例に係る同意を得る場合については、既存の同意書と共に保管すること。

問 29 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応することについて、事前に患者の同意を得ている場合であって、当該他の薬剤師が以下のとおり対応する場合は、それぞれ服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）を算定可能か。

- ① 週3回勤務の薬剤師が対応する場合
- ② 当該店舗で週3回、他店舗で週2回勤務の薬剤師が対応する場合

(答) かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師の要件を満たせば、①及び②のいずれの場合についても算定可。

問 30 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師については、かかりつけ薬剤師と同様に届出が必要か。

(答) 不要。

問 31 服薬管理指導料の注14に規定する特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）を算定した場合についても、服薬管理指導料の注13に規定する特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）に係る手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合の算出に含める必要があるのか。

(答) そのとおり。

問 32 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）を算定した場合には、算定要件を満たせば服薬管理指導料の各注に規定する加算を算定できるのか。

(答) そのとおり。

【かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料】

問 33 かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料（以下「かかりつけ薬剤師指導料等」という。）について、かかりつけ薬剤師が情報通信機器を用いた服薬指導を行う場合は算定可能か。

(答) それぞれの算定要件を満たせば算定可。

問 34 薬剤師が在籍・勤務期間中に、育児休業、産前・産後休暇又は介護休業（以下「育児休業等」という。）を取得した場合、当該薬剤師が育児休業等から復帰して1年又は3年以上経過しない限り、「当該保険薬局に1年以上の在籍」「3年以上の薬局勤務経験」の要件を満たさないのか。

(答) 育児休業等を取得した薬剤師については、育児休業等の期間を除いた通算の期間が1年又は3年以上であれば、要件を満たすものとする。したがって、育児休業等の取得前に1年以上在籍又は3年以上勤務していれば、育児休業等から復帰した時点においても当該要件を満たすこととなる。

なお、この取扱いについては、地域支援体制加算の施設基準における管理薬剤師の在籍・勤務期間についても同様である。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)別添4の問43は廃止する。

【外来服薬支援料】

問 35 処方医からの一包化薬の指示がある処方箋と共に、他の薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を併せて薬局に持参した場合であって、処方箋に基づく調剤を行う際に全ての薬剤の一包化を行い、服薬支援を行った場合には、外来服薬支援料2は算定可能か。

(答) 他の薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を一包化したことに対しては外来服薬支援料1、一包化薬の指示がある処方箋を一包化したことに対しては外来服薬支援料2を算定できるが、併算定不可。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

問 36 「在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること」とあるが、担当医への確認は、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った後に行ってもよいか。

(答) よい。なお、この場合においては、薬学的管理指導の実施後に担当医への情報提供を行う際に確認を行うこと。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

問 37 在宅患者訪問薬剤管理指導における医師の指示は、どのような方法で行えばよいか。

(答) 医師による訪問の指示については、診療状況を示す文書、処方箋等(電子

メール、FAX 等によるものを含む。以下「文書等」という。)に、「要訪問」「訪問指導を行うこと」等の指示を行った旨が分かる内容及び処方日数を記載することにより行われる必要がある。ただし、処方日数については、処方から1か月以内の訪問を指示する場合は記載されている必要はなく、緊急やむを得ない場合においては、後日文書等により処方日数が示されていればよい。

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

問 38 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料における「状態の急変等に伴い」には、化学療法の副作用対策としての支持薬処方、状態変化に伴う処方変更など、今後の継続的な薬物療法に影響を及ぼすことが想定される場合は該当するか。

(答) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めがある場合には、該当する。

【小児特定加算】

問 39 小児特定加算の対象患者について、「児童福祉法第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児である患者」であることは、どのように確認するのか。

(答) 国や地方自治体が発行する手帳の確認、処方医への問合せ等の適切な方法により確認すること。なお、確認できない場合は、当該加算は算定できない。

【在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算】

問 40 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算について、在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様に、処方箋受付がない場合であっても算定可能か。

(答) 算定可。在宅患者中心静脈栄養法加算についても同様である。

【在宅中心静脈栄養法加算】

問 41 在宅中心静脈栄養法加算について、薬剤調製料の無菌製剤処理加算(中心静脈栄養法用輸液)との併算定は可能か。また、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算との併算定は可能か。

(答) いずれも併算定可。

【服薬情報等提供料】

問 42 服薬情報等提供料 1 を算定する患者について、同一月内に服薬情報等提供料 3 は算定可能か。

(答) 異なる内容について情報提供を行う場合は、算定可。

問 43 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料を算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関への情報提供を行った場合は算定できないこととされているが、当該保険医療機関が不明である場合は算定できるのか。

(答) 不可。

訪問看護療養費関係

【届出受理後の措置】

問1 届出受理後において、届出内容と異なった事情が生じ、当該届出基準を満たさなくなった場合又は当該届出基準の届出区分が変更となった場合には、変更の届出を行うこととされているが、

- ① 機能強化型訪問看護療養費に係る届出に記載した看護職員数等について、当該届出基準に影響がない範囲で変更が生じた場合
- ② 専門管理加算に係る届出に記載した専門の研修を受けた看護師が退職し、新たに同様の専門の研修を受けた看護師を雇用した場合について、変更の届出を行う必要があるか。

(答) ①の場合については不要。

②の場合については、専門管理加算の算定要件に影響する変更であるため、変更の届出が必要。

【訪問看護基本療養費】

問2 複数の訪問看護ステーション等から指定訪問看護を受けている利用者に対して、現に指定訪問看護（訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハ及び訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハを除く。）を実施している訪問看護ステーションの専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーション等の専門の研修を受けていない看護師又は准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を実施した場合、訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハ及び訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハは算定可能か。

(答) 算定不可。なお、医科点数表区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の「3」及び区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「3」についても同様である。

問3 医科点数表区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の「3」、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「3」、訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハ及び訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハの届出基準において求める看護師の「褥瘡ケアに係る専門の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、従前の研修に加えて、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「創傷管理関連」の区分の研修が該当する。

【専門管理加算】

問4 専門管理加算のイの場合において求める看護師の「緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門及び人工膀胱ケアに係る専門の研修」には、具体的にはそれぞれどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 褥瘡ケアについては、日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」
- ② 緩和ケアについては、
 - ・ 日本看護協会の認定看護師教育課程「緩和ケア*」、「乳がん看護」、「がん放射線療法看護」及び「がん薬物療法看護*」
 - ・ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程
- ③ 人工肛門及び人工膀胱ケアについては、日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」

※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

問5 専門管理加算のロの場合において求める看護師の「特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の研修が該当する。

- ① 「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」、「ろう孔管理関連」、「創傷管理関連」及び「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」のいずれかの区分の研修
- ② 「在宅・慢性期領域パッケージ研修」

問6 専門管理加算を算定する利用者について、専門性の高い看護師による訪問と他の看護師等による訪問を組み合わせる指定訪問看護を実施してよいか。

(答) よい。ただし、専門管理加算を算定する月に、専門性の高い看護師が1回以上指定訪問看護を実施していること。

問7 専門管理加算について、例えば、褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師と、特定行為研修を修了した看護師が、同一月に同一利用者に対して、褥瘡ケアに係る管理と特定行為に係る管理をそれぞれ実施した場合であっても、月1回に限り算定するのか。

(答) そのとおり。イ又はロのいずれかを月1回に限り算定すること。

【機能強化型訪問看護管理療養費】

問8 機能強化型訪問看護管理療養費1及び2の届出基準における「人材育成のための研修等」には、期間や内容の基準はあるか。

(答) 期間や内容について一律の基準は設けていないが、内容については、例えば、地域の訪問看護ステーションと連携した業務継続計画の策定、研修及び訓練の主催、地域の医療従事者等に対する同行訪問による訪問看護研修等が想定される。なお、当該研修等については、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

問9 機能強化型訪問看護管理療養費の届出基準における「専門の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程
 - ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の専門看護師教育課程
 - ③ 日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程
 - ④ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修
- なお、①、②及び④については、それぞれいずれの分野及び区分（領域別パッケージ研修を含む。）の研修を受けた場合であっても差し支えない。

【24時間対応体制加算】

問10 特別地域若しくは医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション又は業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーションが、連携して24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして届出を行う場合において、一方のステーションが医療資源の少ない地域に所在し、もう一方のステーションが地域の相互支援ネットワークに参画している場合も届出可能か。

(答) 届出可能。

【訪問看護情報提供療養費】

問11 18歳の誕生日を迎えた利用者について、医療的ケアの変更等により学校等からの求めに応じて情報提供を行う必要がある場合は、訪問看護情報提供療養費2の算定についてどのように考えればよいか。

(答) 当該利用者が 18 歳に達する日以後最初の 3 月 31 日までは算定可。

【遠隔死亡診断補助加算】

問 12 遠隔死亡診断補助加算の届出基準において求める看護師の「情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、厚生労働省「在宅看取りに関する研修事業」(平成 29～31 年度)及び「ICT を活用した在宅看取りに関する研修推進事業」(令和 2 年度～)により実施されている研修が該当する。

【訪問看護指示書】

問 13 医科点数表区分番号「C007」訪問看護指示料における訪問看護指示書について、「留意事項及び指示事項」のⅡの 1 の記載が変更されたが、既に交付している訪問看護指示書については、令和 4 年 4 月 1 日以降に改めて変更後の様式により再交付する必要はあるか。

(答) 令和 4 年 3 月 31 日以前に交付している訪問看護指示書については、変更後の様式による再交付は不要である。

材料価格基準関係

【吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）】

問1 「209 吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）」における「関連学会の定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本フットケア・足病医学会の「閉塞性動脈硬化症の潰瘍治療における吸着型血液浄化器に関する適正使用指針」を指す。

【前立腺用インプラント】

問2 「214 前立腺用インプラント」における「関連学会が定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本泌尿器科学会、日本排尿機能学会及び日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会の「前立腺肥大症 (benign prostatic hyperplasia) に対する経尿道的前立腺吊り上げ術に使用される UroLift システムの適正使用指針」を指す。

【経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）】

問3 「215 経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）」における「関連学会の定める適正使用基準」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会の「Harmony 経皮的肺動脈弁システム適正使用指針」及び「Harmony 経皮的肺動脈弁システム実施施設・実施医基準」を指す。

(保 332)

令和4年3月31日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松本吉郎
(公印省略)

令和4年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

令和4年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和4年3月4日付け(保 305)「令和4年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、令和4年度診療報酬改定関連通知の一部訂正の事務連絡が、下記のとおり発出されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

また、添付資料の別添8のとおり、令和4年3月4日付け官報(号外第46号)に掲載された「令和4年度診療報酬改定に伴う関係告示」につきまして、官報掲載事項の訂正が行われる予定となっております。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和4年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

記

- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
(令和4年3月4日保医発0304 第1号) (別添1)
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(令和4年3月4日保医発0304 第2号) (別添2)
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(令和4年3月4日保医発0304 第3号) (別添3)
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
(令和4年3月4日保医発0304 第4号) (別添4)
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」
(令和4年3月4日保医発0304 第9号) (別添5)
- ・「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部改正に伴う特定保険医療材料(使用歯科材料)の算定について」
(令和4年3月4日保医発0304 第10号) (別添6)
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
(令和4年3月25日保医発0325 第1号) (別添7)

【添付資料】

令和4年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について
(令 4. 3. 31 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事務連絡
令和4年3月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和4年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添7までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和4年3月4日付官報（号外第46号）に掲載された令和4年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添8のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「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）（別添1）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和4年3月4日保医発0304第2号）（別添2）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和4年3月4日保医発0304第3号）（別添3）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和4年3月4日保医発0304第4号）（別添4）
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」
（令和4年3月4日保医発0304第9号）（別添5）
- ・「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」
（令和4年3月4日保医発0304第10号）（別添6）
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
（令和4年3月25日保医発0325第1号）（別添7）

(別添1)

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(令和4年3月4日保医発0304第1号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第2部 入院料等

<通則>

7 入院期間の計算

(2) (略)

イ 退院の日から起算して3月以上(悪性腫瘍、難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。))に係るものに限る。)又は「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日衛発第242号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。)に罹患している患者については1月以上)の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所(短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。)することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

B001 特定疾患治療管理料

33 生殖補助医療管理料

- (3) 治療計画は、胚移植術の実施に向けた一連の診療過程ごとに作成すること。また、当該計画は、採卵術(実施するための準備を含む。)から胚移植術(その結果の確認を含む。)までの診療過程を含めて作成すること。ただし、既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合には、当該胚移植術の準備から結果の確認までを含めて作成すればよい。
- (4) 治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過を把握すること。特に、治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、診療録に記載するとともに、当該時点における実施回数の合計及び確認

した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、確認に当たっては、患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認するとともに、必要に応じて、過去に治療を実施した他の保険医療機関又は保険者に照会すること。

B005-11 遠隔連携診療料

- (6) 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、オンライン指針厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。

B009 診療情報提供料(I)

- (3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

ア イ、ウ及びエ以外の場合	別紙様式 11 又は別紙様式 11 の 2
イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等	別紙様式 12 から別紙様式 12 の 4 まで
ウ 介護老人保健施設又は介護医療院	別紙様式 13
エ 保育所等又は幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校若しくは専修学校	別紙様式 14 の 1 から別紙様式 14 の 3 まで

B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料

- (1) がんゲノムプロファイリング評価提供料は、固形がん患者について、区分番号D「D006-19」ががんゲノムプロファイリング検査を行い、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者1人につき1回に限り算定する。

B015 精神科退院時共同指導料

- (7) 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」を参考にすること。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別紙様式 51 の 2 「療養生活環境の整備に関する支援に関する計画書」を用いること。また、当該文書の写しを診療録等に添付すること。

第2部 在宅医療

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C112 在宅気管切開患者指導管理料

- (3) 在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J000」創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、区分番号「J001-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「J001-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J018」喀痰吸引及び区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。~~C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料~~

C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料

- (1)～(2) (略)

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C152-2 持続血糖測定器加算

- (1) (略)

イ (略)

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

D206 心臓カテーテル法による諸検査

- (3) 「注5」の循環動態解析装置を用いる冠動脈血流予備能測定検査は、関連学会の定める指針に沿って行われた場合に限り算定する。ただし、本加算と区分番号「E200-2」血流予備量比コンピューター断層撮影は併せて算定できない。
- (4) 「注5」の循環動態解析装置を用いる冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合、「注4」の冠動脈血流予備能測定検査に係る特定保険医療材料は算定できない。

第3部 検査

第3節 生体検査料

D239-4 全身温熱発汗試験

- (1) 本検査は、多系統萎縮症、パーキンソン病、ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群及びロス症候群等の患者に対し、ヨウ素デンプン反応又は換気カプセル法を利用して患者の全身の発汗の有無及び発汗部位を確認した場合に、診断時に1回、治療効果判定時に1回に限り算定できる。

第7部 リハビリテーション

<通則>

4 区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料及び区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式 21 を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、医師が自ら実施する場合又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、FIMの測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するとともに、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとし、かつ、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添2」の「様式42の2」に基づき、4年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする（ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあってはこの限りではない。）。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④FIM又は基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下この部において「BI」という。）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由等を記載したものであること。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I 0 0 2 通院・在宅精神療法

(21) (略)

イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して別紙様式 51 の 2 に掲げる「療養生活環境の整備に関する支援に関する計画書」（以下この区分において「支援計画書」という。）を作成し、その写しを診療録等に添付する。なお、支援計画書の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。ただし、初回のカンファレンスについては、区分番号「B 0 1 5」精神科退院時共同指導料に規定する指導を実施した日から当該患者の状態に著しい変化を認めない場合に限り、当該指導時に作成した支援計画書（直近の入院中に作成した支援計画書に限る。）を用いても差し支えない。

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法

(1) 依存症集団療法の「1」については、次のアからエまでのいずれも満たす場合に算定できる。

第9部 処置

<処置料>

(一般処置)

J 0 4 1 - 2 血球成分除去療法

(1) 血球成分除去療法（吸着式及び遠心分離式を含む。）は、潰瘍性大腸炎、関節リウマチ（吸着式に限る。）、クローン病、膿疱性乾癬又は関節症性乾癬患者に対して次のアからカまでのとおり実施した場合に算定できる。

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第2章 特掲診療料

第10部 麻 酔

第1節 麻酔料

K004 歯科麻酔管理料

- (6) 「注3-5」に規定する周術期薬剤管理加算は、医科点数表の区分番号L009に掲げる麻酔管理料(1)の「注5」の例により算定する。

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分01 薬剤調製料

(7) 注射薬の無菌製剤処理

イ 注射薬薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、2以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を1日分製剤するごとにそれぞれ69点、79点又は69点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤するごとにそれぞれ137点、147点又は137点）を加算する。

(11) 自家製剤加算

イ 当該加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し薬価基準に記載されている市販されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。

区分10の3 服薬管理指導料

2 服薬管理指導料「1」及び「2」

(5) 指導等に係る留意点

(2)から(4)までの業務を行うに当たっては、以下の点に留意すること。

ア 情報提供等

(ハ) 指導の内容等について、処方医へ情報提供した場合は、その要点について薬剤服用歴等に記載記録すること。

12 服薬管理指導料の特例（手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）

(4) 当該特例を算定する場合は、調剤管理料及び服薬管理指導料の加算は算定できない。

区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(4) 在宅協力薬局

ア～イ (略)

ウ ~~一つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。~~

- (12) 1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。

区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料

- (4) 当該カンファレンスは、以下を満たす場合は、保険薬局の保険薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。ただし、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること。

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)

第2 届出に関する手続き

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

(略)

精神科救急急性期医療入院料±

(精救±) 第 号

(略)

第4 経過措置等

1 (略)

表1 新設された又は施設基準が創設された入院基本料等

初診料の注1、再診料の注1及び外来診療料の注1の規定による情報通信機器を用いた診療

初診料の注11及び再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算

初診料の注12及び再診料の注16に規定する連携強化加算

初診料の注13及び再診料の注17に規定するサーベイランス強化加算

特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算

急性期充実体制加算

紹介受診重点医療機関入院診療加算

急性期看護補助体制加算の注4に規定する看護補助体制充実加算

看護補助加算の注4に規定する看護補助体制充実加算

放射線治療病室管理加算

依存症入院医療管理加算(薬物依存症の患者に対して治療を行う場合に限る。)

栄養サポートチーム加算(障害者施設等入院基本料を算定する場合に限る。)

感染対策向上加算3

感染対策向上加算の注2に規定する指導強化加算

感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算

感染対策向上加算の注4に規定するサーベイランス強化加算

重症患者初期支援充実加算

報告書管理体制加算

ハイリスク分娩等管理加算(地域連携分娩管理加算を算定する場合に限る。)

術後疼痛管理チーム加算

救命救急入院料の注1に規定する算定上限日数に関する基準

救命救急入院料の注2に規定する精神疾患診断治療初回加算(イを算定する場合に限る。)

救命救急入院料の注8に規定する早期離床・リハビリテーション加算

救命救急入院料の注9に規定する早期栄養介入管理加算

救命救急入院料の注 11 に規定する重症患者対応体制強化加算
 特定集中治療室管理料の注 1 に規定する算定上限日数に関する基準
 特定集中治療室管理料の注 5 に規定する早期栄養介入管理加算
 特定集中治療室管理料の注 6 に規定する重症患者対応体制強化加算
 ハイケアユニット入院医療管理料の注 3 に規定する早期離床・リハビリテーション加算
 ハイケアユニット入院医療管理料の注 4 に規定する早期栄養介入管理加算
 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注 3 に規定する早期離床・リハビリテーション加算
 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注 4 に規定する早期栄養介入管理加算
 小児特定集中治療室管理料の注 3 に規定する早期離床・リハビリテーション加算
 小児特定集中治療室管理料の注 4 に規定する早期栄養介入管理加算
 総合周産期特定集中治療室管理料の注 3 に規定する成育連携支援加算
 小児入院医療管理料の注 5 に掲げる無菌治療管理加算 1 及び 2
 小児入院医療管理料の注 7 に規定する養育支援体制加算
 小児入院医療管理料の注 8 に掲げる時間外受入体制強化加算 1 及び 2
 精神科救急急性期医療入院料の注 6 に掲げる精神科救急医療体制加算 1、2 及び 3
 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表 2 施設基準が改正された入院基本料等

機能強化加算

歯科診療特別対応連携加算

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 1 に限る。）（許可病床数 200 床以上 400 床未満の保険医療機関に限る。）（令和 5 年 1 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 1 （許可病床数 200 床以上 400 床未満の保険医療機関を除く。））及び地域一般入院基本料を除く。）（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域一般入院基本料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 まで若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 若しくは 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域一般入院基本料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対

1 入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 若しくは 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料 (13 対 1 入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和 6 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

結核病棟入院基本料 (7 対 1 入院基本料に限る。)(令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。)(7 対 1 入院基本料に限る。)(令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料の注 5 に掲げる看護必要度加算 (令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料 (7 対 1 入院基本料に限る。)(令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料 (13 対 1 入院基本料に限る。)(許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。)(令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料 (一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料 (13 対 1 入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料 (13 対 1 入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料 (13 対 1 入院基本料に限る。)(許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。)(令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料 (一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料 (13 対 1 入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料 (13 対 1 入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難である

ことについて正当な理由があるものを除く。) (令和6年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

障害者施設等入院基本料(許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

障害者施設等入院基本料(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和6年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

有床診療所入院基本料の注3に掲げる有床診療所在宅患者支援病床初期加算(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

診療録管理体制加算(許可病床数が400床以上の保険医療機関に限る。)(令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)総合入院体制加算(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

総合入院体制加算(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

急性期看護補助体制加算(急性期一般入院料6又は10対1入院基本料に限る。)(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

看護職員夜間配置加算(急性期一般入院料6又は10対1入院基本料に限る。)(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

夜間看護体制加算(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

看護補助加算1(地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2又は13対1入院基本料に限る。)(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

感染対策向上加算 1

感染対策向上加算 2

後発医薬品使用体制加算 1

後発医薬品使用体制加算 2

後発医薬品使用体制加算 3

病棟薬剤業務実施加算 1（小児入院医療管理料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する場合に限る。）（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

入退院支援加算 1（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科急性期医師配置加算 1（現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号「A 3 1 1」に掲げる精神科救急入院料に係る届出を行っている保険医療機関又は精神科急性期治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関において、令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域医療体制確保加算（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料（救命救急入院料 1 又は 3 に限る。）（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定集中治療室管理料の注 5 に規定する早期栄養介入管理加算（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特殊疾患入院医療管理料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特殊疾患入院医療管理料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由が

あるものを除く。) (令和6年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特殊疾患病棟入院料(許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特殊疾患病棟入院料(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和6年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

緩和ケア病棟入院料(許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

緩和ケア病棟入院料(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括

ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和6年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア入院医療管理料（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科救急急性期医療入院料（「当該病棟における病床数が120床以下であること」の規定を満たすことにより令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科救急急性期医療入院料（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和6年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料を除く。）（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注7（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

別添1

初・再診料の施設基準等

第1の3 機能強化加算

2 届出に関する事項

- (1) 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1の3を用いること。
- (2) 令和4年3月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、1の(2)のイの(ロ)、エの(ロ)及び並びにキ、
(3)並びに及び(4)の基準を満たしているものとみなす。

第1の6 サーベイランス強化加算

2 届出に関する事項

サーベイランス強化加算に係る届出は、別添7の様式1の5を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第1の2 急性期充実体制加算

1 急性期充実体制加算に関する施設基準

(15) 次のいずれにも該当すること。

エ 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと。

3 届出に関する事項

(4) 1の(12)のオにおける院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和4年9月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、その場合であっても1回目を令和4年9月30日までの間に開催すること。

第21 感染対策向上加算

2 感染対策向上加算2の施設基準

(5) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

3 感染対策向上加算3の施設基準

(5) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

(14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは又は疑い患者を受け入れる体制又は若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

(15) 新興感染症の発生時等に、感染症患者若しくは又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制又は若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。

7 届出に関する事項

(5) (1)及び(4)に係る当該加算の届出についてはいずれも実績を要しない。

第21の4 報告書管理体制加算

1 報告書管理体制加算に関する施設基準

(4) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の常勤臨床検査技師又は専任の常勤診療放射線技師その他の常勤医療有資格者を報告書確認管理者として配置していること。なお、ここでいう適切な研修とは、第20医療安全対策加算の1の(1)のアをいうものである。

第26の4 データ提出加算

1 データ提出加算の施設基準

(1) 区分番号「A207」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、特定入院料（区分番号「A317」特定一般病棟入院料を除く。） 次のアからカのいずれかのみ~~の~~届出を行う保険医療機関にあっては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。

ア—特殊疾患入院医療管理料

イ—回復期リハビリテーション病棟入院料

ウ—地域包括ケア病棟入院料

エ—特殊疾患病棟入院料

オ—緩和ケア病棟入院料

カ—精神科救急急性期医療入院料

4 届出に関する事項

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

第26の8 精神科急性期医師配置加算

2 精神科急性期医師配置加算1に関する施設基準

- (4) 当該病棟に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。~~3—精神科急性期医師配置加算2のイに関する施設基準~~

3 精神科急性期医師配置加算2のイに関する施設基準

区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）及び区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。

別添4

特定入院料の施設基準等

第10 小児入院医療管理料

8 届出に関する事項

小児入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式26の2、様式48から様式48の3までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

< 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 I >

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、救命救急入院料 2 及び 4、並びに特定集中治療室管理料を届け出ている治療室に入院している患者であり、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A 項目）、患者の状況等（B 項目）について、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0 時から 24 時の 24 時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該治療室に在室していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の 0 時から 24 時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退室日は、当日の 0 時から退室時までを評価対象時間とする。退室日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

当該治療室内を評価の対象場所とし、当該治療室以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。

5. 評価対象の処置・介助等

当該治療室で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該治療室に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が治療室内において実施することを評価する場合は、治療室所属の有無は問わない。

なお、A 項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該治療室の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A 項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B 項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A 項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。なお、医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B 項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該治療室の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

携帯用であっても輸液ポンプの管理に含めるが、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

2 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合をいう。

3 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

4 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施していない場合をいう。

「あり」

中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。

中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

5 人工呼吸器の管理

項目の定義

人工呼吸器の管理は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用し管理した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
人工呼吸器を使用していない場合をいう。
「あり」
人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

6 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

7 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

8 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP 測定, ECMO, IMPELLA）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）、IMPELLA（経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの））を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B 患者の状況等

B 項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B10「移乗」、B11「口腔清潔」、B12「食事摂取」、B13「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

9 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくこと

によって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。

医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

10 移乗

項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

11 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

<p>口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。</p> <p>「要介助」 口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。</p> <p>(介助の実施)</p> <p>「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。</p> <p>「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。</p>
--

判断に際しての留意点

<p>口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。</p> <p>また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。</p> <p>医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。</p>
--

1 2 食事摂取

項目の定義

<p>食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。</p> <p>ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。</p> <p>食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。</p>
--

選択肢の判断基準

<p>(患者の状態)</p> <p>「自立」 介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。</p> <p>「一部介助」 必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。</p> <p>「全介助」 1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。</p> <p>(介助の実施)</p> <p>「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。</p> <p>「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。</p>

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。

医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

1 3 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。

自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1 4 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行でき

るかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1 5 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。
ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、白傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。
他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

< 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ >

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ（以下「必要度Ⅰ」という。）における記載内容を参照のこと。

2. 評価日及び評価項目

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

3. 評価対象時間

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

4. 評価対象場所

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

5. 評価者

B項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

6. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項及びB項目の選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象の治療室に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、他の治療室又は病棟に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象の治療室に入院した場合は評価対象に含める。

2. 輸血や血液製剤については、手術や麻酔中に用いた薬剤も評価の対象となる。また、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが30番台（注射）、50番（手術）の薬剤に限り、評価の対象となる。

3. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。

B 患者の状況等

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

日常生活機能評価票 評価の手引き

1. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）は評価の対象としない。
2. 評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
3. 評価は、院内研修を受けた者が行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましい。
4. 評価の判断は、項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。
5. 評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。
6. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
7. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
8. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
9. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
10. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「介助なし」とする。
11. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、看護職員、理学療法士等によって記録されていること。

1 床上安静の指示 項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
床上安静の指示がない場合をいう。
「あり」
床上安静の指示がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。
「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持つていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」

いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。

「できない」

評価時間帯を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。評価時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

3 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。

4 起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできて最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

5 座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、患者自身の手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ 60 度以上を目安とする。

6 移乗

項目の定義

移乗時の介助の状況の評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、ベッドからストレッチャーへ、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合

も含む。
「一部介助」
患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。
「全介助」
1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行き（力が出せており）、看護職員等が介助を行っている場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。
移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

7 移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」
杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。
「介助を要する移動（搬送を含む）」
搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

8 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、あるいは看護職員等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。
「介助あり」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにもかかわらず、看護職員等による口腔清潔がされなかった場合は、「介助なし」とする。

9 食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、食事の動作を制限しているとはいえ、介助は発生しないため「介助なし」とする。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。患者の心身の状態等かの理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

1人では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

10 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護職員等が介助する状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助はしていないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護職員等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1.1 他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。
背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」

常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

「できる時とできない時がある」

患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護職員等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」

どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

1.2 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診察・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1.3 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。
ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。
他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

様式 1 の 3

機能強化加算に係る届出書添付書類

1 診療体制等（適合する**全ての**口に「✓」を記入すること。）

要件	該当
ア 地域包括診療加算 1 に係る届出を行っている。	□
イ 以下のいずれも満たす。 (イ) 地域包括診療加算 2 に係る届出を行っている。 (ロ) 直近 1 年間において、次のいずれかを満たしている。 ① 地域包括診療加算 2 を算定した患者が 3 人以上 ② 在宅患者訪問診療料 (I) の「1」、在宅患者訪問診療料 (II) (注 1 のイの場合に限る。) 又は往診料を算定した患者の数の合計が 3 人以上	□
ウ 地域包括診療料 1 に係る届出を行っている	□
エ 以下のいずれも満たす。 (イ) 地域包括診療料 2 に係る届出を行っている。 (ロ) 直近 1 年間において、次のいずれかを満たしている。 ① 地域包括診療料 2 を算定した患者が 3 人以上 ② 在宅患者訪問診療料 (I) の「1」、在宅患者訪問診療料 (II) (注 1 のイの場合に限る。) 又は往診料を算定した患者の数の合計が 3 人以上	□
オ 小児かかりつけ診療料 1 又は 2 に係る届出を行っている。	□
カ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第 9 在宅療養支援診療所の 1 (1) 若しくは (2) に該当する診療所又は第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) 若しくは (2) に該当する病院である。	□
キ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第 9 在宅療養支援診療所の 1 (3) に該当する診療所並びに第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (3) に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしている。 (イ) 第 9 在宅療養支援診療所の 1 (3) に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしている。 ① 第 9 在宅療養支援診療所の 1 (1) コに掲げる過去 1 年間の緊急の往診の実績が 3 件以上 ② 第 9 在宅療養支援診療所の 1 (1) サに掲げる過去 1 年間の在宅における看取りの実績が 1 件以上又は過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が 1 件以上 (ロ) 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (3) に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしている。	□

① 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) シ①に掲げる過去 1 年間の緊急の往診の実績又は 1 (1) シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近 1 年間で 3 件以上	
② 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) スに掲げる過去 1 年間の在宅における看取りの実績が 1 件以上又は過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が 1 件以上	

2 常勤医師の配置状況（適合する全ての□に「✓」を記入すること。）

常勤医師の氏名		該当
ア	介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っている	<input type="checkbox"/>
イ	警察医として協力している	<input type="checkbox"/>
ウ	母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 12 条及び第 13 条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする 1 歳 6 か月、3 歳児等の乳幼児の健康診査）を実施している	<input type="checkbox"/>
エ	予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第 5 条第 1 項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施している	<input type="checkbox"/>
オ	幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任している	<input type="checkbox"/>
カ	「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日付老計発 1018001 号・老振発 1018001 号・老老発 1018001 号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席している	<input type="checkbox"/>
キ	通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力している	<input type="checkbox"/>

3 地域におけるかかりつけ医機能として実施している内容に係る院内及びホームページ等への掲載状況等

掲載状況等	該当
保険医療機関の見やすい場所に掲示している	<input type="checkbox"/>
ホームページ等に掲示している	<input type="checkbox"/>
掲示している内容を記載した文書を保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにしている	<input type="checkbox"/>

様式 1 の 4

外来感染対策向上加算に係る届出書添付書類

1 院内感染管理者

氏 名	職 種

2 抗菌薬適正使用のための方策

--

3 連携保険医療機関名又は地域の医師会

医療機関名	開設者名	所在地

4 都道府県等の要請を受けた新興感染症の発生時等の体制

発熱患者の診療等を実施する体制	<input type="checkbox"/>
上記について公表されている自治体のホームページ：()	

[記載上の注意]

- 1 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい）。
- 2 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者の業務内容が明記された文書を添付すること（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい）。
- 3 「2」は、連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った保険医療機関又は地域の医師会からどのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。
- 4 標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 5 「3」は、連携する感染対策向上加算 1 の医療機関名又は地域の医師会名を記載すること。

歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関の滅菌の体制について

概 要	
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 中央滅菌部門において滅菌(病院の場合に限る) 3. 外部の業者において滅菌(業者名:)
1. に該当する場合は以下の事項について記載	
滅菌器	医療機器届出番号
	製品名
	製造販売業者名
滅菌器の使用回数	1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上

2 当該保険医療機関の平均患者数の実績(該当する番号に○)

概 要	
1日平均患者数 (歯科訪問診療の患者を含む)	1. 10人未満 2. 10人以上20人未満 3. 20人以上30人未満 4. 30人以上40人未満 5. 40人以上50人未満 6. 50人以上

※ 新規開設のため、実績がない場合は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について届出すること。

3 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	本
歯科用ユニット数	保有数	台

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称である機器の保有数の合計を記載すること。歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

4 常勤歯科医師の院内感染防止対策(標準予防策及び新興感染症に対する対策)に関する研修の受講歴等(4年以内の受講について記入すること。)

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

※4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

[記載上の注意]

○ 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

療養病棟入院基本料の施設基準に係る届出書（7月報告）

1 届出入院料：					
2 当該病院の許可病床数					床
3 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)					科
4 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影検査を担当する常勤医師の氏名等					
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	診療科名	当該診療科の 経験年数	検査の経験年数
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
5 自施設内における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数					例
6 自施設内における嚥下造影検査年間実施症例数					例
7 連携する保険医療機関の名称：					
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	診療科名		
	<input type="checkbox"/>	時間			
	<input type="checkbox"/>	時間			
	<input type="checkbox"/>	時間			
	<input type="checkbox"/>	時間			
	<input type="checkbox"/>	時間			
8 連携施設における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数					例
9 連携施設における嚥下造影検査年間実施症例数					例
10 過去1年間に中心静脈栄養を実施した患者数					例
うち、中心静脈栄養を終了し経口摂取等へ移行した患者数					例

[記載上の注意]

- 常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。)を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。

様式5の8

入院栄養管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 区分番号「A246」入退院支援加算の「注7」に掲げる入院時支援加算の届出状況
※該当するものに「✓」を記入すること。

有 ・ 無

2 管理栄養士^士の配置状況

	病棟名	氏名
専従の常勤 管理栄養士		

[記載上の注意]

届出に当たっては、担当する病棟の名称、専従の管理栄養士の氏名を記入する。

障害者施設等入院基本料									
障害者施設等入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)									
救命救急入院料									
特定集中治療室管理料									
ハイケアユニット入院医療管理料									
脳卒中ケアユニット入院医療管理料									
小児特定集中治療室管理料									
新生児特定集中治療室管理料									
総合周産期特定集中 治療室管理料	母体・胎児								
	新生児								
新生児治療回復室入院医療管理料									
一類感染症患者入院医療管理料									
特殊疾患入院医療管理料(再掲)									
小児入院医療管理料(5は再掲)									
回復期リハビリテーション病棟入院料									
地域包括ケア病棟入 院料	病棟入院料								
	病棟入院料(注 9に係る届出)								
	入院医療管理料								
特殊疾患病棟入院料									
緩和ケア病棟入院料									
精神科救急急性期医療入院料									
精神科急性期治療病棟入院料									
精神科救急・合併症入院料									
児童・思春期精神科入院医療管理料									
精神療養病棟入院料									
認知症治療病棟入院料									
特定一般病棟入院料									
地域移行機能強化病棟入院料									
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料									

※1日平均入院患者数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 ※平均在院日数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 ※1つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

[記載上の注意]

- 1 今回の届出に係る病棟に関しては左端の欄に○を記入すること。
- 2 病棟数及び病床数については、「今回の届出」の欄にのみ記載すること。
- 3 「届出区分」の欄は、下表の例により記載すること。

入院基本料	区分等
一般病棟入院基本料	急1, 急2, 急3, 急4, 急5, 急6 地1, 地2, 地3
療養病棟入院基本料	1, 2
結核病棟入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1
精神病棟入院基本料	10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1
特定機能病院入院基本料	
一般病棟	7対1, 10対1,
結核病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
精神病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
専門病院入院基本料	7対1, 10対1, 13対1
障害者施設等入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1

- 4 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

救命救急入院料	1, 2, 3, 4
特定集中治療室管理料	1, 2, 3, 4
ハイケアユニット入院医療管理料	1, 2
新生児特定集中治療室管理料	1, 2
小児入院医療管理料	1, 2, 3, 4, 5
回復期リハビリテーション病棟入院料	1, 2, 3, 4, 5
地域包括ケア病棟入院料	
地域包括ケア病棟入院料	1, 2, 3, 4
地域包括ケア入院医療管理料	1, 2, 3, 4
特殊疾患病棟入院料	1, 2
緩和ケア病棟入院料	1, 2
精神科救急急性期医療入院料	1, 2
精神科急性期治療病棟入院料	1, 2
認知症治療病棟入院料	1, 2
特定一般病棟入院料	1, 2
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	

- 5 栄養管理体制に関する基準（常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること）を満たさないが、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されており、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点減算される対象の保険医療機関である。

該当する	該当しない
------	-------

- 6 療養病棟入院基本料の届出を行う場合にあっては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料として様式6の2を添付すること。
- 7 「1日平均入院患者数」は、直近1年間の数値を用いて、別添2の第2の4に基づき算出すること。
- 8 「平均在院日数の算定期間」は、直近3か月間の数値を用いて、別添2の第2の3に基づき算出すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

1. 入院基本料・特定入院料の届出

届出入院基本料・特定入院料（届出区分） _____

- 病棟ごとの届出 ※（医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関の場合に限る）
 （□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

本届出の病棟数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

- 入院基本料・特定入院料の届出区分の変更なし （□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

2. 看護要員の配置に係る加算の届出

（新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

新規届出	既届出	項目名	新規届出	既届出	項目名
□	□	夜間看護加算 （療養病棟入院基本料の注12）	□	□	看護補助加算 （障害者施設等入院基本料の注9）
□	□	看護補助体制充実加算 （療養病棟入院基本料の注12）	□	□	看護補助体制充実加算 （障害者施設等入院基本料の注9）
□	□	急性期看護補助体制加算	□	□	看護職員夜間配置加算
□	□	25対1（看護補助者5割以上）	□	□	12対1配置加算1
□	□	25対1（看護補助者5割未満）	□	□	12対1配置加算2
□	□	50対1	□	□	16対1配置加算1
□	□	75対1	□	□	16対1配置加算2
□	□	夜間30対1			看護補助加算
□	□	夜間50対1	□	□	看護補助加算1
□	□	夜間100対1	□	□	看護補助加算2
□	□	看護配置加算	□	□	看護補助加算3
			□	□	夜間75対1看護補助加算
□	□	看護職員配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注3）	□	□	看護職員夜間配置加算 （精神科救急急性期医療入院料の注5）
□	□	看護補助者配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注4）	□	□	看護職員夜間配置加算 （精神科救急・合併症入院料の注5）
□	□	看護補助体制充実加算 （地域包括ケア病棟入院料の注4）	□	□	認知症夜間対応加算 （認知症治療病棟入院料の注3）
□	□	看護職員夜間配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注7）	□	□	

3. 入院患者の数及び看護要員の数

① 1日平均入院患者数〔A〕 _____ 人（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

※小数点以下切り上げ

② 月平均1日当たり看護職員配置数 _____ 人 [C / (日数 × 8)] ※小数点以下第2位以下切り捨て

（参考）1日看護職員配置数（必要数）： = [(A / 配置区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

看護補助者		常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専									
		常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専									
夜勤従事職員数の計					[B]	月延べ勤務時間数 (上段と中段の計)					[C]		
月延べ夜勤時間数					[D-E]	月延べ夜勤時間数 (中段の計)					[D] ※8	[E]	
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計											[F] ※9		
1日看護職員配置数 (必要数) ※10	[(A/配置区分の数※11) × 3]				月平均1日当たり看護職員配置数					[C/(日数×8)]			
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限)	[(A/200) × 3]				月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数					[F/(日数×8)]			

注1) 1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1日看護職員配置数 × 日数 × 8]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助者配置数 (必要数) ※10 [J]	[(A/配置区分の数※11) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を含む)	[G+H / (日数 × 8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を除く) [K ※12]	[I / (日数 × 8)]
夜間看護補助者配置数 (必要数) ※10	A / 配置区分の数※11
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[I / (日数 × 16)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%)	[(K/J) × 100]

〔看護職員配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注3)を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

1日看護職員配置数 (必要数) ※10 [L] ※13	[(A/13) × 3]
月平均1日当たり看護職員配置数	[C / (日数 × 8)]
月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数	[(C - (L × 日数 × 8)) / (日数 × 8)]

〔記載上の注意〕

- ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。
- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外(外来等)に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
配置数の上限 [(A/200) × 3] を超える主として事務的業務を行う看護補助者は様式9に記載しないこと。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、急性期一般入

- 院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に〇を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。
ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に〇を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「配置区分の数」とは、当該届出に係る入院基本料又は加算において求める看護配置数（例えば、急性期一般入院料1の場合「7」、10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。
- ※12 地域包括ケア病棟入院料の注4に掲げる看護補助者配置加算及び看護補助体制充実加算は、みなし看護補助者を除いて要件を満たす必要がある。
- ※13 地域包括ケア病棟入院料を届け出る場合には、13対1の「13」で計算するが、地域包括ケア病棟入院料の注2の届出を行う場合にあっては、15対1の「15」で計算すること。
- ※14 地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、作業療法士及び精神保健福祉士を看護職員配置数に含めることができること。この場合、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士は、勤務実績表において准看護師として記入すること。
- ※15 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は精神療養病棟入院料を届け出る場合には、「月平均1日当たり看護職員配置数」は「月平均1日当たり看護職員及び看護補助者配置数」、「1日看護職員配置数(必要数)」は「1日看護職員及び看護補助者配置数(必要数)」と読み替えること。この場合、看護職員数及び看護補助者数の合計が基準を満たすこと。

〔届出上の注意〕

- 1 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関において、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行う場合は、一般病棟入院基本料の届出は、同一の看護配置の病棟ごとにそれぞれ本届出を作成すること。
- 2 届出前1か月の各病棟の勤務実績表を添付すること。
- 3 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 5 夜間看護加算・看護補助体制充実加算（A101 療養病棟入院基本料の注12）、A207-4 看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注7、A311 精神科救急急性期医療入院料の注5、A311-3 精神科救急・合併症入院料の注5）は、常時16対1（A207-4 看護職員夜間配置加算は、12対1の場合も含む。）を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により夜間の看護職員の配置状況が分かる書類（様式9の2を参照）を添付すること。

様式 13

総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出 ※該当するものにチェックすること。</p>	<p><input type="checkbox"/> 総合入院体制加算 1 <input type="checkbox"/> 総合入院体制加算 2 <input type="checkbox"/> 総合入院体制加算 3</p>
<p>2 標榜し入院医療を提供している診療科</p>	<p>該当するものに「✓」すること。 <input type="checkbox"/> 1 内科 <input type="checkbox"/> 2 精神科 <input type="checkbox"/> 3 小児科 <input type="checkbox"/> 4 外科 <input type="checkbox"/> 5 整形外科 <input type="checkbox"/> 6 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 7 産科又は産婦人科</p>
<p>3 精神科医師が 24 時間対応できる体制 ※総合入院体制加算 1 は、5・6の記載は不要。 ※総合入院体制加算 2 及び 3 は、3・4の記載は不要。</p>	<p>1 当該保険医療機関の担当精神科医師名： ()</p> <p>2 連携保険医療機関の名称及び担当精神科医師名 ・ 名称() ・ 担当精神科医師名()</p> <p>3 医療法第 7 条第 2 項第 1 号に規定する精神病床数 () 床</p> <p>4 届出を行っている入院料に「✓」し、届出時点における当該病棟の入院患者数を記載すること。 <input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料 () 人 <input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料 () 人 <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料 () 人 <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料 () 人 <input type="checkbox"/> 児童・思春期精神科入院医療管理料 () 人 <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料 () 人</p> <p>5 次の届出している加算に○をつけること。 <input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算 1</p> <p>6 1 年間の算定実績 <input type="checkbox"/> 精神疾患診療体制加算 2 () 件 <input type="checkbox"/> 入院精神療法（救急患者に対し入院 3 日以内に実施されたものに限る） () 件</p>

	<input type="checkbox"/> 救急救命入院料の「注2」に規定する精神疾患診断初回加算（救急患者に対し入院3日以内に実施されたものに限る）（ ）件
4 全身麻酔による年間手術件数	（ ）件
5 手術等の件数	ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術（40件／年以上）（ ）件 イ 悪性腫瘍手術（400件／年以上）（ ）件 ウ 腹腔鏡手術（100件／年以上）（ ）件 エ 放射線治療（体外照射法）（4,000件／年以上）（ ）件 オ 化学療法（1,000件／年以上）（ ）件 カ 分娩（100件／年以上）（ ）件 アからカのうち基準を満たす要件の数（ ）
6 24時間の救急医療体制 ※総合入院体制加算1の場合、2又は3のいずれかにチェックすること。	<input type="checkbox"/> 1 第2次救急医療機関 <input type="checkbox"/> 2 救命救急センター <input type="checkbox"/> 3 高度救命救急センター <input type="checkbox"/> 4 総合周産期母子医療センター <input type="checkbox"/> 5 その他（ ）
7 救急用の自動車等による搬送実績 ※総合入院体制加算2の場合に記載すること。	1年間の救急用の自動車等による搬送件数 （2,000件／年以上）（ ）件
8 外来縮小体制	1-1 初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の報告の有無（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ） 1-2 診療情報提供料等を算定する割合（4割以上） $(②+③) / ① \times 10$ （ ）割 ① 総退院患者数（ ）件 ② 診療情報提供料（I）の注「8」の加算を算定する退院患者数（ ）件

	<p>③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数 () 件</p> <p><input type="checkbox"/> 2 紹介受診重点医療機関である。</p>
9 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	<p>様式 13 の 2 に記載すること。</p> <p>※ 直近 7 月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合「✓」を記入 <input type="checkbox"/> 届出を省略</p>
10 地域連携室の設置	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
11 24 時間の画像及び検査体制	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
12 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
13 禁煙の取扱	<p>該当するものに「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料に「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院料、<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料、<input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料、<input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料、<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料、<input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料、<input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙上を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。</p> <p>具体的な受動喫煙防止措置 ()</p>
※総合入院体制加算 1 の届出の場合に記入すること。	
14 療養病棟入院基本料の届出等	<p>・療養病棟入院基本料の届出 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> <p>・地域包括ケア病棟入院料の届出 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) (地域包括ケア入院医療管理料を含む)</p> <p>・同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設の設置 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p>

<p>15 外部評価について ※総合入院体制加算1 及び2の届出の場合に 記入すること。</p>	<p>該当するものにチェックすること。 <input type="checkbox"/> 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている <input type="checkbox"/> 上記に準じる評価を受けている ※具体的に受けている評価内容について、記入すること。 ()</p>
<p>16 急性期充実体制加算の届出</p>	<p><input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算の届出を行っていない。</p>

〔記載上の注意〕

- 1 「3」の1及び2については、総合入院体制加算2又は3の届出を行う場合において、「2」の「2 精神科」に該当しない場合に記載すること。
- 2 「5」の5を記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 3 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指す。
- 4 様式13の2を添付すること。

医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・7月報告）

新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項
 (□には、適合する場合「✓」を記入すること)

年 月 日時点の医療従事者の負担の軽減に対する体制の状況	
(1) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	
ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者	氏名: _____ 職種: _____
イ 医療従事者の勤務状況の把握等	
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法	<input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(自己申告) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容	<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)
ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議	開催頻度: _____ 回/年(うち、管理者が出席した回数 _____ 回) 参加人数: 平均 _____ 人/回 参加職種(_____)
エ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画	<input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知
オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開	<input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法 _____)
(2) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容	
(イ)~(ト)のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。	
<input type="checkbox"/> (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組 ※ 許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。	<input type="checkbox"/> 外来診療時間の短縮 <input type="checkbox"/> 地域の他の保険医療機関との連携 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> (ロ) 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)	<input type="checkbox"/> 夜間帯の保育の実施 <input type="checkbox"/> 病児保育の実施
<input type="checkbox"/> (ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減	
<input type="checkbox"/> (ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善	
<input type="checkbox"/> (ホ) 特定行為研修修了者の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減	<input type="checkbox"/> 特定行為研修修了者: _____ 名
<input type="checkbox"/> (ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減	<input type="checkbox"/> 院内助産 <input type="checkbox"/> 助産師外来
<input type="checkbox"/> (ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減	

〔記載上の注意〕

- 1 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2 当該加算の変更の届出に当たり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。

様式 14

急性期充実体制加算等の施設基準に係る届出書添付書類

(新規・7月報告)

1. 許可病床数

許可病床数	床
-------	---

2. 急性期充実体制加算の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

<input type="checkbox"/> 急性期一般入院料 1 を算定する病棟を有する保険医療機関である。 <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料 1 を届け出ている病棟について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている。		
以下のいずれかを満たしている。 <input type="checkbox"/> アの(イ)及び、(ロ)から(へ)までのうち 4 つ以上を満たしている。 <input type="checkbox"/> イの(イ)又は(ロ)を満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(へ)までのうち 2 つ以上を満たしている。		
以下に年間件数又は許可病床 1 床あたりの年間件数 ^{※1} を記入 ^{※2} すること。 <small>※1 () の許可病床 1 床あたりの記載は、許可病床数 300 床未満の保険医療機関において記入すること。</small> <small>※2 基準に該当するとして届け出るものみの記入で差し支えない</small>		
1 手術等に係る実績	(イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件/年以上) (6.5 件/年/床以上)	(許可病床 1 床あたり 件/年)
	うち、緊急手術 (350 件/年以上) (1.15 件/年/床以上)	(許可病床 1 床あたり 件/年) 病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組：
	ア (ロ) 悪性腫瘍手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上)	(許可病床 1 床あたり 件/年)
	(ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上)	(許可病床 1 床あたり 件/年)
	(ニ) 心臓カテーテル法による手術 (200 件/年以上) (0.6 件/年/床以上)	(許可病床 1 床あたり 件/年)

7 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
8 精神科リエゾンチーム加算等の届出	<input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算1の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算2の届出を行っている。
9 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制	<p>ア 院内迅速対応チームの構成員（救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した者の名前を記載すること。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師： ・専任の看護師：
	<p>イ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関する改善の必要性等について提言するための責任者名：</p>
	<p>ウ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法に係るマニュアルを整備し、職員に遵守させている。 <input type="checkbox"/></p>
	<p>エウ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応の改善に関する委員会又は会議の開催日： うち、イの責任者の出席日：</p>
	<p>オエ 院内講習の開催日（開催予定日）： 1回目 月 日 2回目 月 日</p>
10 外来縮小体制	<p>ア 該当するものを記入すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 初診に係る選定療養の報告届出を行って実費を徴収している。 ・紹介割合の実績が50%以上かつ逆紹介割合の実績が30%以上 <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>・令和4年度に逆紹介割合又は逆紹介割合が、基準を満たしていない場合に、令和5年度の届出を実施可能とするために予定している、確実な取組：</p> <p style="text-align: center;">院内で設定している数値目標：</p> </div> <p><input type="checkbox"/> 紹介受診重点医療機関である。</p>
	<p>イ 前年度1年間の初診・再診の患者数を記入すること。</p> <p>① 初診の患者数 () 名</p> <p>② 再診の患者数 () 名</p> <p>③ 紹介患者数 () 名</p> <p>④ 逆紹介患者数 () 名</p> <p>⑤ 救急患者数 () 名</p>

	<p>⑥ 紹介割合 () %</p> <p>⑦ 逆紹介割合 () %</p>
11 処置の休日加算1等の届出	<p><input type="checkbox"/> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っていない。</p> <p>・届出を行っていない理由：</p> <p>・今後の届出予定について：<input type="checkbox"/> 予定あり 令和 年 月頃 <input type="checkbox"/> 届出を行う見込みがない</p> <p>・「届出を行う見込みがない」場合、「届出を行うことが望ましい」とされているにもかかわらず、届出を行わない理由：</p> <p>・「届出を行う見込みがない」場合、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る取り組み状況（見込み等も含む。）について、院内の医療従事者に対しどのように説明を行っているのか、内容を記載すること：</p>
12 他の入院料の届出状況等	<p>以下のいずれも満たすこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない。</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の③の割合が9割以上であること。</p> <p>① 一般病棟の病床数の合計 () 床</p> <p>② 許可病床数の総数から精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料及び地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数 () 床</p> <p>③ $\text{①} \div \text{②} \times 10 = () \text{割}$</p> <p><input type="checkbox"/> 同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。</p> <p><input type="checkbox"/> 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない。</p>
13 退院に係る状況等	<p>以下のいずれも満たすこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。 () 日（小数点第一位まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が1割未満であること。 () 割%</p> <p><input type="checkbox"/> 以下のいずれかの届出を行っていること。</p> <p><input type="checkbox"/> 入退院支援加算1の届出を行っている。</p>

	<input type="checkbox"/> 入退院支援加算2の届出を行っている。
14 禁煙の取扱い	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している。 <input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料にチェックすること。 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院料、 <input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料、 <input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料、 <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料、 <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料、 <input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料、 <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料 <input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置（ ）
15 外部評価	該当するものにチェックすること。 <input type="checkbox"/> 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている <input type="checkbox"/> 上記に準じる評価を受けている ※具体的に受けている評価内容について、記入すること。（ ） <input type="checkbox"/> 届出時において、評価を受けていないが、評価を受ける予定あり 受審予定時期（ 令和 年 月 ）
16 総合入院体制加算の届出	<input type="checkbox"/> 総合入院体制加算の届出を行っていない。

3. 精神科充実体制加算の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

1 精神病床	医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床の病床数（ ）床
2 精神疾患患者に対する体制	<input type="checkbox"/> 精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保している。
3 精神疾患患者に係る入院料の届出及び入院している人数	以下の入院料のうち、届け出ている入院料について、届出時点の病床数及び当該病棟に入院している人数を記入すること。
	<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料（ ）床（ ）人
	<input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料（ ）床（ ）人
	<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料（ ）床（ ）人
	<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料（ ）床（ ）人
	<input type="checkbox"/> 児童・思春期精神科入院医療管理料（ ）床（ ）人
<input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料（ ）床（ ）人	

〔記載上の注意〕

- 1 「2. 急性期充実体制加算の施設基準」の「3」のアを記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 2 「2. 急性期充実体制加算の施設基準」の「5」の「初診の患者数」「再診の患者数」「紹介患者数」「逆紹介患者数」「救急患者数」「紹介割合」「逆紹介割合」については区分番号「A000」初診料の「注2」及び「注3」並びに区分番号「A002」外来診療料の「注2」及び「注3」に規定する算出方法を用いること。
- 3 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指す。
- 4 「3. 精神科充実体制加算の施設基準」の「2」については、精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 5 様式6を添付すること。
- 6 「1 手術等に係る実績」「2 外来化学療法の実施を推進する体制」について、院内への掲示物について、A4サイズに縮小し、添付すること。
- 7 「2」の化学療法のレジメンについて、がん腫・レジメンのリスト及びレジメンごとの年間実施実患者数（入院・入院外別）の集計表を添付すること。

様式 18

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

医師事務作業補助体制加算 1	医師事務作業補助体制加算 2
----------------	----------------

(該当区分に○をつけること。)

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 (該当区分に数値を記入すること。)

イ：当該加算の届出を行う病床数		ロ：配置基準	ハ：医師事務作業補助者の数 (うち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の数)	ニ：医師事務作業補助者のうち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上
① 以下の②及び③以外の病床	床	対 1	名 (名)	<input type="checkbox"/>
② 50対1、75対1又は100対1に限り算定できる病床	床	対 1	名 (名)	<input type="checkbox"/>

※ 配置基準は15対1・20対1・25対1・30対1・40対1・50対1・75対1・100対1のうち該当するものを記入(②は50対1・75対1・100対1に限る。)すること。

※ ハで記載した値が、イ/ (ロで記載した値) で小数点第一位を四捨五入した値以上であること。

※ 医師事務作業補助者の数は1名以上であること。

※ 「自院における3年以上の勤務経験」は、医師事務作業補助者としての勤務経験を指す。

※ 医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、ニが5割以上であること。

2 医師事務作業補助者の配置責任者

医師事務作業補助者の配置責任者の氏名	
--------------------	--

3 医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

最低6ヶ月間の研修計画を作成している	はい ・ いいえ
上記研修期間内に32時間の研修を行う計画がある	はい ・ いいえ

4 院内規程規定の整備について (満たしているものに○をつける)

①	医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。
②	計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。
③	医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。

④ 診療記録の記載について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。
⑤ 個人情報保護について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。
⑥ 医療機関内に電子カルテシステム又はオーダーリングシステムを導入しており、そのシステム上において、7の③に規定規程する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、以下の体制を整備している（次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること。）。
<p>電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。</p> <p><input type="checkbox"/> 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）</p> <p><input type="checkbox"/> 電子カルテシステムのみ</p> <p><input type="checkbox"/> オーダーリングシステムのみ</p>

5 医療実績等に関する事項

①第三次救急医療機関		
②総合周産期母子医療センターを有する医療機関		
③小児救急医療拠点病院		
④年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する医療機関	年間	名
⑤災害拠点病院		
⑥へき地医療拠点病院		
⑦地域医療支援病院		
⑧「基本診療料の施設基準等」別表第 6 の 2 に掲げる地域に所在する医療機関		
⑨年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する医療機関	年間	名
⑩年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する医療機関	年間	件
⑪年間の緊急入院患者数が 100 名以上の実績を有する医療機関	年間	名
⑫年間の緊急入院患者数が 50 名以上の実績を有する医療機関	年間	名

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年 月 日～ 年 月 日）

[記載上の注意]

- 1 届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。
- 2 様式 18 の 2 「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 3 「3」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。

- 4 「4」の①については、様式13の4「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の添付を略することができる。
- 5 「4」の②から⑤については、計画書及び規程文書の写しを添付すること。
- 6 「4」の⑥については、規程文書の写しを添付し、併せて、医療機関内における電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。
- 7 15対1補助体制加算を届け出る場合には「5」の①～④のいずれかを満たすこと。20対1、25対1、30対1又は40対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。50対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑪のいずれかを満たすこと。75対1又は100対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑫のいずれかを満たすこと。
- 8 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近1年間の実績を記載すること。
- 9 「5」の①～③、⑤～⑦に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたこと分かる資料を添付すること。

感染対策向上加算〔 〕に係る届出書添付書類

1 感染制御チーム（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

区分	氏 名	専従・専任	経験年数	勤務形態	研修
ア 専任の常勤医師		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算	/
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算	/
イ 専任の看護師		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	年		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	年		<input type="checkbox"/>
区分	氏 名		勤務年数	研修	
ウ 専任の薬剤師			年	<input type="checkbox"/>	
			年	<input type="checkbox"/>	
エ 専任の臨床検査技師			年	<input type="checkbox"/>	
			年	<input type="checkbox"/>	

2 院内感染管理者

氏 名	職 種

3 抗菌薬適正使用のための方策

--

4 連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

5 都道府県等の要請を受けた新興感染症の発生時等の体制

感染症患者を受け入れる体制	<input type="checkbox"/>
疑い患者を受け入れる体制	<input type="checkbox"/>

発熱患者の診療等を実施する体制	<input type="checkbox"/>
上記のいずれかについて公表されている自治体のホームページ：（ ）	

6 サーベイランス事業の参加状況

事業名：（ ）

7 届出保険医療機関が評価を実施する連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

8 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

9 抗菌薬適正使用支援チーム

区分	氏名	勤務形態	専従・専任	経験年数	研修
ア 感染症診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師		<input type="checkbox"/> 常勤		年	/
		<input type="checkbox"/> 常勤換算		年	
イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師		<input type="checkbox"/> 常勤		年	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 常勤換算		年	<input type="checkbox"/>
ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染症診療にかかわる専任の薬剤師				年	/
				年	
エ 3年以上の病院勤務経験をもつ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師				年	/
				年	

[記載上の注意]

- 1 感染対策向上加算1を届け出る場合は、「1」から「9」を、感染対策向上加算2又は3を届け出る場合は「1」から「5」を記載すること。
- 2 感染対策向上加算1を届け出る場合は、イに掲げる看護師が、感染防止対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。感染対策向上加算2を届け出る場合であって、ウ及びエに掲げる薬剤師及び臨床検査技師が適切な研修を修了している場合には、そのことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。（医療安全対策加

算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。)

- 4 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者並びに感染制御チームの業務内容が明記された文書を添付すること。(医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。)
- 5 「3」は、感染対策向上加算1及び2を届け出る場合は、院内の抗菌薬の適正使用を監視するにあたってどのような方策をとっているかを簡潔に記載すること。感染対策向上加算3を届け出る場合は、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会からどのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。
- 6 標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 7 「4」は、感染防止対策加算1を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算2又は3を算定する医療機関名を記載し、感染防止対策加算2又は3を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算1の医療機関名を記載すること。
- 8 「6-5」は、サーベイランス事業の参加状況がわかる文書を添付すること。
- 9 「7」は、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 10 「8」は、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 11 「7」、「8」は、届出保険医療機関について予定されているものを記載することでよく、少なくとも年1回程度、実施されていればよい。
- 12 「9」は、抗菌薬適正使用支援チームの業務内容が明記された文書を添付すること。

様式40の4

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 届出に係る病棟薬剤業務実施加算の区分（届出を行うもの全てに○を付す）

<input type="checkbox"/> 病棟薬剤業務実施加算 1
<input type="checkbox"/> 病棟薬剤業務実施加算 2

- 2 病棟薬剤業務の実施体制

病棟名	当該病棟で算定している入院料	専任薬剤師の氏名

- 3 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

--

- 4 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

--

- 5 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

--

- 6 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

--

[記載上の注意]

- 「2」については、当該加算を算定する入院料（障害者施設等入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。
- 「3」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 「4」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 「5」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 「6」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 上記「3」から「6」に係る業務手順書を添付すること。

データ提出加算に係る届出書

1. A245 データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

<input type="checkbox"/>	A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
<input type="checkbox"/>	A207診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。（※1）
<input type="checkbox"/>	「DPC導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。
<input type="checkbox"/>	適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。

2. 医療法上の許可病床数^{（※2）}

一般病床	床
精神病床	床
感染症病床	床
結核病床	床
療養病床	床
計	床

3. 届出を行う項目（該当する項目にチェックをすること。）^{（※3）}

データ提出加算 1 データ提出加算 3	<input type="checkbox"/>	イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	<input type="checkbox"/>	ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）
データ提出加算 2 データ提出加算 4	<input type="checkbox"/>	イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	<input type="checkbox"/>	ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）

〔記載上の注意〕

- ※1 「A207 診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。」の欄は、特定入院料（「A317」特定一般病棟入院料を除く。）回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方みの届出を行う保険医療機関のみ、チェックをすること。
- ※2 病床数は、医療法第7条第2項に規定する病床（医療法上の許可病床数）の種別ごとに数を記載すること。
- ※3 入院データを提出する場合は、データ提出加算1及び3のイ又はロを選択すること。
入院データ及び外来データを提出する場合は、データ提出加算2及び4のイ又はロを選択すること。

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

様式 42 の 7

〔 救命救急入院料「注11」重症患者対応体制強化加算
 特定集中治療室管理料「注6」重症患者対応体制強化加算 〕
 に係る届出書添付書類

※該当するものに「✓」を記入すること。

1 人員の配置状況（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

区分	氏名	経験年数 又は勤務年数	専従	研修
ア 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した専従の常勤看護師		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 救命救急入院料 ² 又は ⁴ 若しくは特定集中治療室管理料に係る届出を行っている <u>保険</u> 医療機関において5年以上の勤務経験を有する専従の常勤臨床工学技士		年	<input type="checkbox"/>	
ウ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有し、研修を受講している看護師		年		<input type="checkbox"/>
※受講予定の場合は、以下に受講開始予定日及び受講修了予定日を記載すること。		年		<input type="checkbox"/>
氏名（ ） 受講開始予定日（ 年 月 日）/受講修了予定日（ 年 月 日）				

2 重症患者への看護実践実施のための院内研修の実施状況

研修の実施回数	
年	回

3 要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師

氏名	

4 「特殊な治療法等」に該当する患者割合

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る 評価票の「特殊な治療法」に該当する患者割合	%
---	---

5 急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合の理由及び今後の届出予定

理由：急性期充実体制加算の届出様式 14 のうち、満たしていない項目に✓すること。		
<input type="checkbox"/> 1. 手術等に係る実績	<input type="checkbox"/> 2. 外来化学療法の実施を推進する体制	<input type="checkbox"/> 3. 24 時間の救急医療提供
<input type="checkbox"/> 4. 高度急性期医療の提供	<input type="checkbox"/> 5. 感染対策	<input type="checkbox"/> 6. 24 時間の画像診断及び検査体制
<input type="checkbox"/> 7. 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制	<input type="checkbox"/> 8. 精神科リエゾンチーム加算等の届出	<input type="checkbox"/> 9. 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制
<input type="checkbox"/> 10. 外来縮小体制	<input type="checkbox"/> 11. 処置等の休日加算 1 等の届出	<input type="checkbox"/> 12. 他の入院料の届出状況等
<input type="checkbox"/> 13. 退院に係る状況等	<input type="checkbox"/> 14. 禁煙の取扱い	<input type="checkbox"/> 15. 外部評価
<input type="checkbox"/> 16. 総合入院体制加算の届出		
今後の届出予定： 年 月 日		

[記載上の注意]

- 1 のアに掲げる看護師が、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 1 のウに掲げる看護師が、集中治療を必要とする患者の看護に関する研修を修了していること又は受講中であることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 特定集中治療室管理料又は救命救急入院料を算定する治療室に入院している全ての患者の状態を、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定及び評価し、その結果、「特殊な治療法等」に該当する患者が 1 割 5 分以上であること。ただし、該当患者の割合については、暦月で 6 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動 にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。
- 令和 5 年 3 月 31 日までの経過措置期間に限り、区分番号「A 2 0 0 - 2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合、5 を記載し、併せて急性期充実体制加算の届出様式 14 を添付すること。
- 1 のウについて、受講予定者を届け出た場合は、研修受講を開始した際に改めて届出を行うこと。

様式 43 の 2

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専 任 医 師		日 勤 名	当 直 名	そ の 他 名	
	専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師		名			
	当該病院に勤務する小児科医		名			
	看 護 師		日 勤 名	準 夜 勤 名	そ の 他 名	
当該治療室 の概要	病 床 面 積	病 床 数	1 床当たりの床面積		1 日平均取扱患者数	
	平方メートル	床	平方メートル		名	
装置・器具		配 置 場 所		装置・器具の名称・台数等		
		治療室内	病院内			
救 急 蘇 生 装 置		<input type="checkbox"/>	/			
除 細 動 器		<input type="checkbox"/>				
ベ ー ス メ ー カ ー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
心 電 計		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ポータブルエックス線撮影装置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
呼 吸 循 環 監 視 装 置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
体 外 補 助 循 環 装 置		<input type="checkbox"/>	/			
急性血液浄化療法に必要な装置		<input type="checkbox"/>				
自 家 発 電 装 置		/		<input type="checkbox"/>		
電 解 質 定 量 検 査 装 置				<input type="checkbox"/>		
血 液 ガ ス 分 析 装 置		/		<input type="checkbox"/>		
他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数及び人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理が行われた患者数				転院時において前医において算定されていた入院料（注1）		
		救命救急入院料			名	
		特定集中治療室管理料			名	
		転入時において前医又は当院において算定された診療報酬（注1）				
		救急搬送診療料			名	
			24 時間以内に人工呼吸を実施した患者	名		
人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理が行われた患者（注1）			名			

【記載上の注意】

- 1 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 2 当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。
- 3 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近 1 年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。
- 6 当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 7 注1については、いずれかを記載すればよい。

地域包括ケア病棟入院料1・2・3・4（いずれかに○）の
施設基準に係る届出書添付書類

当該病棟 〔一般・療養〕	病棟名			
	病床数		床	
	看護職員配置加算に係る届出		<input type="checkbox"/>	
	看護補助者配置加算に係る届出		<input type="checkbox"/>	
	看護補助体制充実加算に係る届出		<input type="checkbox"/>	
	看護職員夜間配置加算に係る届出		<input type="checkbox"/>	
「注2」に規定する点数の届出		<input type="checkbox"/>		
入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置			<input type="checkbox"/>	
適切な意思決定支援に係る指針を定めていること			<input type="checkbox"/>	
第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていること		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		(いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	(専従となった年月: 年 月)	
当該病棟の状況	当該病棟の病室部分の面積		㎡ (1床当たり面積 ㎡)	
	① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名	
	② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名	
	認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		%	
	③ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
	内訳	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)		名
		(2) 介護老人保健施設		名
		(3) 有床診療所		名
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当する病床		名
		(5) (1)～(4)を除く病院		名
④ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名		
在宅等へ退出した患者の割合 (1)+(4)/(③+④)		%		
医療機関の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院の届出			
	<input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上			
	<input type="checkbox"/> 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関			
	<input type="checkbox"/> 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること			
廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定		着工予定 年 月	完成予定 年 月	

入院料 1・3 に係る要件	当該病棟の状況	⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者延べ数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
		⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数		名	
		自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤)		%	
		直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数		名	
	医療機関の状況(いずれか2つ)	<input type="checkbox"/>	直近3月間における在宅患者訪問診療料の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数	回	
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/>	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。 (直近3月間における提供実績を記載)	訪問介護	回
				訪問看護	回
訪問リハビリテーション	回				
介護予防訪問看護	回				
<input type="checkbox"/>	直近3月間における退院時共同指導料2又は外来在宅共同指導料1の算定回数	回			

入院料 2・4 に係る要件 (いずれか 1・2 つ)	(療養病床の場合) 当該病棟の状況は必ず全て記載すること	⑦ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者延べ数 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)	名	
		⑧ ⑦のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数	名	
		<input type="checkbox"/> 自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑧/⑦)	%	
		<input type="checkbox"/> 直近 3 月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数	名	
	医療機関の状況	<input type="checkbox"/> 直近 3 月間における在宅患者訪問診療料の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 直近 3 月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料 I の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 直近 3 月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 直近 3 月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。 (直近 3 月間における提供実績を記載)	訪問介護	回
			訪問看護	回
訪問リハビリテーション	回			
<input type="checkbox"/> 直近 3 月間における退院時共同指導料 2 又は外来在宅共同指導料 1 の算定回数	回			
許可病床数 200 床以上に係る要件	当該病棟の状況	⑨ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者延べ数 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)	名	
		⑩ ⑨のうち同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者数	名	
		同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合 (⑩/⑨)	%	
データ提出加算の届出 (適合する場合 <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出			
入退院支援加算 1	<input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出 <input type="checkbox"/> 届出なし			
疾患別リハビリテーションの届出 (該当の区分に ○)	心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) 運動器リハビリテーション料 (Ⅰ) (Ⅱ) 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅰ) がん患者リハビリテーション料			

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 2 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 3 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「（常勤換算）」と記入すること。
- 4 当該病棟の平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 5 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 6 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）において、届出が可能である。
- 7 看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式13の3を添付すること。
- 8 適切な意思決定支援に関する指針に関する資料については、添付不要である。

(別添3)

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(令和4年3月4日保医発0304第3号)

第4 経過措置等

表1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

外来栄養食事指導料（注3に掲げるがん専門管理栄養士が栄養食事指導を行う場合）
一般不妊治療管理料
生殖補助医療管理料1
生殖補助医療管理料2
二次性骨折予防継続管理料1
二次性骨折予防継続管理料2
二次性骨折予防継続管理料3
下肢創傷処置管理料
小児かかりつけ診療料2
外来腫瘍化学療法診療料1
外来腫瘍化学療法診療料2
外来腫瘍化学療法診療料の注6に規定する連携充実加算
外来データ提出加算
こころの連携指導料（Ⅰ）
こころの連携指導料（Ⅱ）
禁煙治療補助システム指導管理加算
在宅データ提出加算
救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算
在宅患者訪問看護・指導料の注16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算
染色体検査の注2に規定する絨毛染色体検査
抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体
前立腺針生検法（MR I撮影及び超音波検査融合画像によるもの）
口腔細菌定量検査
肝エラストグラフィ加算
リハビリテーションデータ提出加算
摂食嚥下機能回復体制加算3
療養生活継続支援加算
依存症集団療法3
導入期加算3
難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアプ

エレスス療法

移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法

自家脂肪注入

緊急整復固定加算及び緊急挿入加算

内視鏡下脳腫瘍生検術

内視鏡下脳腫瘍摘出術

癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）

舌下神経電気刺激装置植込術

角結膜悪性腫瘍切除手術

緑内障手術（流出路再建術（眼内法））

緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））

経外耳道的内視鏡下鼓室形成術

植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術

耳管用補綴材挿入術

経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）

経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）

不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの）に限る。）

腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）

内視鏡的逆流防止粘膜切除術

腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）

腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）

腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

内視鏡的小腸ポリープ切除術

腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法

腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）

埋没陰茎手術

陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）

精巣内精子採取術

腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術

臍帯穿刺
 体外式膜型人工肺管理料
 周術期栄養管理実施加算
 周術期薬剤管理加算
 ホウ素中性子捕捉療法
 ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算
 ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算
 調剤基本料3ハ
 地域支援体制加算2
 地域支援体制加算3
 連携強化加算
 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
 在宅中心静脈栄養法加算

表2 施設基準の改正された特掲診療料

がん患者指導管理料イ（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 小児かかりつけ診療料1
 小児かかりつけ診療料2
 在宅療養支援診療所（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 在宅療養支援病院（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 がんゲノムプロファイリング検査
B R C A 1 / 2 遺伝子検査（令和4年4月1日以降に前立腺癌患者に対して「1」腫瘍細胞を検体とするものを算定する場合又は令和4年4月1日以降に前立腺癌患者若しくは膀胱癌患者に対して「2」血液を検体とするものを算定する場合に限る。）
 画像診断管理加算3（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 血流予備量比コンピューター断層撮影
 外来後発医薬品使用体制加算1
 外来後発医薬品使用体制加算2
 外来後発医薬品使用体制加算3
摂食嚥下機能回復体制加算1（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
摂食嚥下機能回復体制加算2（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 摂食嚥下機能回復体制加算3
 救急患者精神科継続支援料（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 導入期加算2（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術

在宅療養支援歯科診療所1（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域支援体制加算1（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域支援体制加算4

後発医薬品調剤体制加算1

後発医薬品調剤体制加算2

後発医薬品調剤体制加算3

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 4 の 12 生殖補助医療管理料

1 生殖補助医療管理料 1 に関する施設基準

- (22) 令和 4 年 3 月 31 日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年 9 月 30 日までの間に限り、(2)から(20)の基準を満たしているものとする。なお、当面の間、(6-7)から(9)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料 1 又は 2 に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との関係により要件を満たすものとして差し支えない。

2 生殖補助医療管理料 2 に関する施設基準

- (2) 令和 4 年 3 月 31 日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年 9 月 30 日までの間に限り、1 の(2)から(20)までの基準を満たしているものとする。なお、当面の間、(6-7)から(9)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料 1 又は 2 に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との関係により要件を満たすものとして差し支えない。

第 4 の 13 二次性骨折予防継続管理料

1 二次性骨折予防継続管理料に関する施設基準

- (5) 二次性骨折予防継続管理料 2 については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

第 29 の 3 センチネルリンパ節生検（片側）

1 センチネルリンパ節生検（片側）に関する施設基準

- (3) 常勤の麻酔に従事する医師（医療法第 6 条の 6 第 1 項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。）が配置されていること。

第 29 の 4 の 3 口腔細菌定量検査

1 口腔細菌定量検査に関する施設基準

- (2) 当該保険医療機関内に口腔内細菌定量分析装置を備えていること。

第 47 の 3 の 2 リンパ浮腫複合的治療料

1 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準

- (1) (略)

ウ リンパ浮腫の複合的治療について記(イ)から(ハ)までの要件を全て満たす研修を修了していること。なお、座学の研修を実施した主体と実技を伴う研修を実施した主体が異なっても、それぞれが記(イ)から(ハ)までの要件を全て満たしていれば差し支えない。

第 57 の 2 人工腎臓

5 届出に関する事項

(2) 導入期加算 1、2—及び 3 の施設基準に係る届出は別添 2 の様式 2 の 2 を用いること。

第 60 の 2 の 5 角結膜悪性腫瘍切除手術

1 角結膜悪性腫瘍切除手術に関する施設基準

(1)～(4) (略)

2 届出に関する事項

角結膜悪性腫瘍切除手術に係る届出は、別添 2 の様式 87 の 50 を用いること。

第 72 の 8 の 3 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

(5) 当該保険医療機関において、総胆管拡張症に係る手術（区分番号「K 6 7 4」又は「K 6 7 4 - 2」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を含む。）が 1 年間に合わせて 240 例以上実施されていること。

第 81 の 2 麻酔管理料(Ⅱ)

2 周術期薬剤管理加算の施設基準

当該加算の要件については、第 81 の 2 と同様である。

第 88 調剤基本料

2 調剤基本料の施設基準に関する留意点

(3) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を算出する際に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋の受付回数は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めない。

第 92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

イ 地域支援体制加算 2

(イ) (略)

③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が 40 回以上であること。

第 94 調剤基本料の注 8 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

1 以下のいずれかに該当する保険薬局は調剤基本料を 5 点減算する。ただし、処方箋受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局を除くものとする。

- (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が50%以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものを除く。

第100 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料

2 届出に関する事項

- (1) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式90を用いること。

麻酔管理料(Ⅰ)「注5」周術期薬剤管理加算
 麻酔管理料(Ⅱ)「注2」周術期薬剤管理加算
 歯科麻酔管理料「注3」周術期薬剤管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 周術期薬剤管理の実施体制

専任薬剤師の氏名

2 周術期薬剤管理に関するプロトコルの作成状況

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成	見直し頻度
□ 作成	年 回

3 病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と周術期薬剤管理業務を行う薬剤師の情報共有の方法

--

4 薬剤の安全使用に関する手順書の作成状況

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成	見直し頻度
□ 作成	年 回

[記載上の注意]

- 1 「2」については、周術期薬剤管理に関するプロトコルを添付すること。
- 2 「3」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 3 「4」については、薬剤の安全使用に関する手順書を添付すること。

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 （「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける）	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	調剤基本料 3 - ハ
	()	特別調剤基本料（調剤基本料の「注 2」）
2 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）		
□	新規指定に伴う新規届出（遡及指定が認められる場合を除く）	
	指定日	令和 年 月 日
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）	
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
□	その他（ ）	
3 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無 （医療資源の少ない地域に所在する保険薬局）		<input type="checkbox"/> あり （様式 87 の 2 の添付が必要） <input type="checkbox"/> なし
4 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無（特別調剤基本料関係）		
特別な関係を有する保険医療機関名※ ¹		名称：
※ ¹ アからエまでのいずれかで「あり」に☑がある場合に記載		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所
ア	保険医療機関と不動産の賃貸借取引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※ ²
イ	保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※ ²
ウ	保険薬局が所有する設備の貸与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
エ	保険医療機関による開局時期の指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※ ²
※ ² 病院と平成 28 年 10 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局との間でア、イ若しくはエの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 4 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局（同一建物内に診療所が所在している場合を除く。）との間でア、イ若しくはエの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。 また、遡及指定が認められる場合であって、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との間でアの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。ただし、病院と平成 28 年 9 月 30 日以前からア若しくはイの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 3 月 31 日以前からア若しくはイの関係がある場合を除く。		

5 同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料3関係）	
ア 薬局グループへの所属の有無	<input type="checkbox"/> 所属していない（個店） →「6」へ <input type="checkbox"/> 所属している
イ 所属するグループ名	
ウ 同一グループの保険薬局数（①）	
エ 1月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計（②）	回
オ 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
6 処方箋の受付回数及び集中度等	
期間： 年 月 ～ 年 月 （ か月間③）	
(1) 全処方箋受付回数等	
ア 全処方箋受付回数（④）	回
イ アのうち、主たる保険医療機関からの処方箋受付回数（⑤）	回
ウ 主たる保険医療機関名	
エ 処方箋集中度（％）（⑥）	％
(2) 同一建物内にある保険医療機関の有無等（調剤基本料2関係）	
ア 同一建物内の保険医療機関の有無	<input type="checkbox"/> なし →「(3)」へ <input type="checkbox"/> あり
イ 同一建物内の保険医療機関数（⑦）	施設
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑧）	回
(3) 主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等（調剤基本料2関係）	
ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局の有無	<input type="checkbox"/> なし →記載終了 <input type="checkbox"/> あり
イ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数（⑨）	施設
ウ イの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑩）	回
エ ⑤と⑩を合計した処方箋受付回数（⑪）	回

(参考)

調剤基本料の区分については、以下のAからEに基づき判定し、表の「1」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

A 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「3」の「あり」に☑）

該当 → 調剤基本料1に該当

該当しない → Bへ

B 特別調剤基本料への該当性

・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係にない（表の「4」でいずれも「なし」に☑）

→ Cへ

・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係があり（表の「4」のいずれかの「あり」に☑）、かつ、処方箋集中率（表の⑥）が70%を超える

該当 → 特別調剤基本料に該当

該当しない → Cへ

C 調剤基本料3への該当性

(1) 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→ D-1へ

(2) 同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・ 300以上 → C-3へ

・ 300未満 → (3)へ

(3) 同一グループの1月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・ 3万5千回以下 → D-1へ

・ 3万5千回を超え、4万回以下 → C-1へ

・ 4万回を超え、40万回以下 → C-2へ

・ 40万回を超える → C-3へ

C-1 同一グループの保険薬局数：300未満かつ

グループ内の1月当たりの処方箋受付回数：3万5千回を超え、4万回以下

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料3イに該当

・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に☑）

・ 処方箋集中率（表の⑥）が95%を超える

・ いずれにも該当しない → D-1へ

C-2 同一グループの保険薬局数：300未満かつ

グループ内の1月当たりの処方箋受付回数：4万回を超え、40万回以下

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 イに該当
 - ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に「」）
 - ・ 処方箋集中度（表の⑥）が 85% を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

C-3 同一グループの保険薬局数：300 以上又は
グループ内の 1 月あたりの処方箋受付回数：40 万回を超える

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 ロに該当
 - ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に「」）
 - ・ 処方箋集中度（表の⑥）が 85% を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

D-1 調剤基本料 2 への該当性①

- ・ 1 つの保険医療機関からの 1 月あたりの処方箋受付回数の合計（表の⑤）：4,000 回を超える
該当 → 調剤基本料 2 に該当
該当しない → D-2 へ

D-2 調剤基本料 2 への該当性②

- ・ 同一建物内に保険医療機関がない（表の「6」の（2）のアの「なし」に「」）
→ D-3 へ
- ・ 同一建物内に保険医療機関がある（表の「6」の（2）のアの「あり」に「」）
 - ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の⑧/③）：4,000 回を超える
該当 → 調剤基本料 2 に該当
該当しない → D-3 へ

D-3 調剤基本料 2 への該当性③

- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がない（表の「6」の（3）のアの「なし」に「」）
→ D-4 へ
- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がある（表の「6」の（3）のアの「あり」に「」）
 - ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数の合計（表の⑩/③）：4,000 回を超える
該当 → 調剤基本料 2 に該当
該当しない → D-4 へ

D-4 調剤基本料 2 への該当性④

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 2 に該当
1 月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）及び処方箋集中度（表の⑥）がそれぞれ、

- ・ 4,000 回を超え、かつ、70%を超える
- ・ 2,000 回を超え、かつ、85%を超える
- ・ 1,800 回を超え、かつ、95%を超える

いずれにも該当しない → E-1 へ

E 調剤基本料 3 のハへの該当性

(1) 薬局グループに所属していない (表の「5」のアの「所属していない (個店)」に☑)

→ 調剤基本料 1 に該当

(2) 同一グループの保険薬局数 (表の①) が、

・ 300 以上 → 調剤基本料 3 のハに該当

・ 300 未満 → (3) へ

(3) 同一グループの 1 月当たりの処方箋受付回数 (表の②) が、

・ 40 万回を超える → 調剤基本料 3 のハに該当

・ 40 万回以下未満 → 調剤基本料 1 に該当

[記載上の注意]

- 1 「2」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、令和4年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和4年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 5 「4」については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第3号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1の第90により判断する。
- 6 「5」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の④／③の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。同一グループの保険薬局数は、当年2月末時点における同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）を記載すること。
- 7 「5」のエについては、特掲診療料施設基準通知の別添1の第88の2の（9）により判断する。
- 8 「6」については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（ただし、9のアからウの本文に該当する場合を除く。）。
- 9 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋（ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
 - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
- 10 「6」の⑥については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、⑤／④にて算出する。
- 11 「6」の⑦について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑧については、⑤を含めて記載する。

(別添4)

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
(令和4年3月4日保医発0304第4号)

第4 経過措置等

1 (略)

表1 新設された又は施設基準が創設された訪問看護療養費

24時間対応体制加算(業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーションにおいて、2つの訪問看護ステーションが連携し要件を満たす場合に限る。)

専門管理加算

遠隔死亡診断補助加算

表2 (略)

(別添5)

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について
(令和4年3月4日保医発0304第9号)

- I 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項
- 3 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い
- 133 血管内手術用カテーテル
- (10) 体温調節用カテーテル
- ウ 体温管理型は、目標体温を 36.35°C 以下として体温管理を行った場合に限り算定できる。
- 174 植込型骨導補聴器
- (2) 植込型骨導補聴器は、以下のいずれにも該当する患者に対して使用した場合に算定する。
- ア 両側外耳道閉鎖症、両側耳硬化症、両側真珠腫又は両側耳小骨奇形等で、既存の手術による治療及び既存の骨導補聴器を使用しても改善がみられない患者。

(別添6)

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う
特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について
（令和4年3月4日保医発0304第10号）

（別紙1）

材料料

M010-4 根面被覆（1歯につき）

1 根面板によるもの

(1) 金銀パラジウム合金（金12%以上）

イ 大白歯

379点

ロ 小白歯・前歯

258点

(2) 銀合金

イ 大白歯

22点

ロ 小白歯・前歯

14点

2 レジン充填によるもの

~~11~~点

(1) 複合レジン系

11点

(2) ガラスアイオノマー系

イ 標準型

8点

ロ 自動練和型

9点

(別添 7)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
(令和 4 年 3 月 25 日保医発 0325 第 1 号)

別添 1

「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)の
一部改正について

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによるレセプト表示 文言	令和 4 年 4 月 1 日適用
8	A101	療養病棟入院 基本料の急性 期患者支援療 養病床初期加 算又は在宅患 者支援療養病 床初期加算	(入院元が介護保健施設、介護医療院、 居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載 すること。(記載例 2 参照) [記載例 2] 入院元は自宅である。本患者は XXX 病院 から〇年〇月〇日に退院後、自宅療養し ていた。	830100015	直近の入院医療機関名及び退院年 月日(在宅患者支援療養病床初期 加算);*****	
46	A300	新生児特定集 中治療室管理 料	(総合周産期特定集中治療室管理料の新 生児集中治療室管理料及び新生児治療回 復室入院医療管理料と合計して 22 日以 上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g 以上」、 「1,000g 以上 1,500 未満」、「1,000g 未満」、「500g 以上 750g 未満」又は「500g 未満」の中から該当するものを選択して 記載すること。	820100027	出生時体重 1,500g 以上	
				820100028	出生時体重 1,000g 以上 1, 500g 未満	
				820100029	出生時体重 1,000g 未満	
				820101040	出生時体重 500g 以上 750 g 未満	※
				820101041	出生時体重 500g 未満	※
48	A303 の 2	総合周産期特 定集中治療室 管理料 2 新生児集 中治療室管理 料	(新生児特定集中治療室管理料及び新生 児治療回復室入院医療管理料と合計して 22 日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g 以上」、 「1,000g 以上 1,500 未満」、「1,000g 未満」、「500g 以上 750g 未満」又は「500g 未満」の中から該当するものを選択して	820100027	出生時体重 1,500g 以上	
				820100028	出生時体重 1,000g 以上 1, 500g 未満	
				820100029	出生時体重 1,000g 未満	
				820101040	出生時体重 500g 以上 750 g 未満	※

			記載すること。	820101041	出生時体重 500g未満	※
50	A300-2	新生児治療回復室入院医療管理料	<p>(新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて31日以上算定した場合)</p> <p>出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。</p>	820100027	出生時体重 1,500g以上	
				820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満	
				820100029	出生時体重 1,000g未満	
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満	※
				820101041	出生時体重 500g未満	※
54	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算又は在宅患者支援病床初期加算	<p>(入院元が介護保健施設、介護医療院、<u>居住系施設等又は自宅である場合</u>)</p> <p><u>直近の入院医療機関名及び退院日を記載</u>すること。(記載例2参照)</p> <p><u>[記載例2]</u></p> <p>入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。</p>	830100040	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援病床初期加算) :*****	
55 505	K884-2	人工授精	(略)	(略)	(略)	

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

項 番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによるレセプト表示文言
7	アレセンサカプセル 150mg		<p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p> <p>ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アレセンサカプセル150mg）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アレセンサカプセル150mg）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”

別表Ⅲ 検査値記載を求める診療行為等に係る診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）

項番	区分等	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	別表Ⅰ・Ⅱ	重複するレセプト電算処理システム用コード
14	医薬品	ソリス点 滴静注300mg	<p>（「全身型重症筋無力症（免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法による症状の管理が困難な場合に限る。）」又は「視神経脊髄炎スペクトラム障害（視神経脊髄炎を含む。）の再発予防」の場合）</p> <p>本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アセチルコリン受容体抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。</p>	880100050	検査実施年月日及び抗アセチルコリン受容体抗体検査値（ソリス点滴静注300mg）；（元号）yy年mm月dd日〃 検査値：*****		
			<p>（<u>視神経脊髄炎スペクトラム障害（視神経脊髄炎を含む）の再発予防の場合</u>）</p> <p>本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアボリン4（AQP4）抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。</p>	880100090	検査実施年月日及び抗アクアボリン4（AQP4）抗体検査値（ソリス点滴静注300mg）；（元号）yy年mm月dd日〃 検査値：*****		

官報掲載事項の一部訂正

【令和4年3月4日（号外第46号）】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第54号）

該当箇所	誤	正
別表第一 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 注3	3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、（中略）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（口に限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、（中略）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。
別表第一 A308-3 地域包括ケア病棟入院料 注6	6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算（中略）並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療（中略）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。	6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算（中略）並びに排尿自立支援加算、 <u>区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（口に限る。）、</u> 第2章第2部在宅医療（中略）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入

		院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。
別表第一 第4章 経過措置	3 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第54号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1及び注11の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。	3 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第54号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。

○ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第55号）

該当箇所	誤	正
第八 入院基本料等加算の施設基準等 三十五の五 データ提出加算の施設基準 (1)のイ／(2)のイ	イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、 <u>回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方</u> のみの届出を行う保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。	イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、 <u>特定入院料（特定一般病棟入院料を除く。）</u> のみの届出を行う保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。
第九 特定入院料の施設基準等 二 救命救急入院料の施設基準等 (9)のロ 四 ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準 (3)のロ 五 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準 (10)のロ	ロ <u>心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料</u> に係る届出を行っている保険医療機関であること。	ロ <u>心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料</u> に係る届出を行っている保険医療機関であること。

<p>五の二 小児特定集中治療室 管理料の施設基準 (6)の ロ</p>		
<p>第十一 経過措置 二十二</p>	<p>二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)のニ又は(8)の<u>ホ</u>に該当するものとみなす。</p>	<p>二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)のニ又は(8)の<u>ニ</u>に該当するものとみなす。</p>