

情報提供

那医発第 129 号
令和 4 年 6 月 10 日

施設長 各位

那覇市医師会
会 長 山城千秋
副 会 長 友利博朗



厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その 7~11)」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「厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その 7~11)」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。

☆ 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 363 号 E
令和 4 年 6 月 10 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)

厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その 7~11)」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 7~11)」が発出された旨の情報提供となっております。

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厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その 7)」の送付について
(令和 4 年 4 月 28 日日医発第 314 号(保険))
- ②厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その 8)」の送付について
(令和 4 年 5 月 17 日日医発第 375 号(保険))
- ③厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その 9)」の送付について
(令和 4 年 5 月 30 日日医発第 449 号(保険))
- ④厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その 10)」の送付について
(令和 4 年 6 月 3 日日医発第 475 号(保険))
- ⑤厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その 11)」の送付について
(令和 4 年 6 月 3 日日医発第 476 号(保険))

※関係文書は文書管理システムへ掲載致します。

沖縄県医師会保険課：山川、比嘉
TEL:098-888-0087 FAX:098-888-0089
hokenka@okinawa.med.or.jp

医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14に規定する電子的保健医療情報活用加算について、電子資格確認を行った結果、患者の診療情報等が存在しなかった場合は、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」に該当すると考えてよいか。

(答) よい。

【術後疼痛管理チーム加算】

問2 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薬剤師及び臨床工学技士の「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、日本麻酔科学会「術後疼痛管理研修」が該当する。

なお、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3 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算の施設基準における「専任の看護師は、年間200症例以上の麻酔管理を行っている保険医療機関において、手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を2年以上有するものであること」について、麻酔管理を行っている症例とは、「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者」に係るものを指すのか。

(答) そのとおり。

【地域包括ケア病棟入院料】

問4 区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の注1に規定する「別に厚生労働大臣が定める場合」については、

- ・ 「当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が六割以上であること。」
- ・ 「当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において三十人以上であること。」
- ・ 「救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。」

のいずれかに該当する場合であることとされているが、このうち「救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。」は、具体的にはどのような保険医療機関が該当するのか。

(答) 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 の規定に基づき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又は救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）に基づき認定された救急病院が該当する。

【精神科救急医療体制加算】

問 5 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のうち、「当該病棟における病床数が百二十床以下であること」については、当該基準に係る経過措置により、令和 4 年 3 月 31 日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、同年 9 月 30 日までの間に限り、当該病棟における病床数が 120 床を超える場合であっても、当該基準に該当するものとみなされるのか。

(答) そのとおり。

【看護補助体制充実加算】

問 6 看護補助体制充実加算の施設基準において、「当該病棟の看護師長等が所定の研修を修了していること」とされているが、当該加算を算定する各病棟の看護師長等がそれぞれ所定の研修を修了する必要があるか。

(答) そのとおり。

【平均在院日数】

問 7 「平均在院日数の計算対象としない患者」に「短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが、平均在院日数の算定において、具体的にはどのような取扱いとなるのか。

(答) 施設基準通知別添 6 の別紙 4 「平均在院日数の算定方法」に示す算定式において、

- ・ 分子の「① 当該病棟における直近 3 か月間の在院患者延日数」から、当該患者に対して短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査を行った日を除き、
- ・ 分母の「② (当該病棟における当該 3 か月間の新入棟患者数 + 当該病棟における当該 3 か月間の新退棟患者数) / 2)」の新入棟患者数及び新退棟患者数から、当該患者を除く

こととして算定する。

問 8 「平均在院日数の計算対象としない患者」のうち、

- ・ 短期滞在手術等基本料 1 及び 3（入院した日から起算して 5 日までの期間に限る。）を算定している患者
- ・ D P C 対象病院において、短期滞在手術等基本料 3 を算定する手術、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。）
- ・ 短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査を行った患者について、短期滞在手術等基本料 1 と短期滞在手術等基本料 3 のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって、入院した日から起算して 6 日目以降も継続して入院しているものについては、どのような取扱いとなるのか。

（答）入院した日から起算して 5 日までの期間においては、「短期滞在手術等基本料 3 を算定している患者」又は「D P C 対象病院において、短期滞在手術等基本料 3 を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者」として平均在院日数の計算対象から除外し、6 日目以降においては、平均在院日数の計算対象に含むこととし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

問 9 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外する患者に「短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが、具体的にはどのような取扱いとなるのか。

（答）当該患者に対して短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査を行った日に限り、当該患者を重症度、医療・看護必要度の評価対象から除くこと。

問 10 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外する患者のうち、

- ・ 短期滞在手術等基本料を算定する患者
- ・ D P C 対象病院において、短期滞在手術等基本料 3 を算定する手術、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。）
- ・ 短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査を行った患者について、短期滞在手術等基本料 1 と短期滞在手術等基本料 3 のいずれも

算定できる手術等を実施した患者であって、入院した日から起算して6日目以降も継続して入院しているものについては、どのような取扱いとなるのか。

(答) 入院した日から起算して5日までの期間においては、「短期滞在手術等基本料3を算定している患者」又は「DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者」として重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外し、6日目以降においては評価対象に含むこと。

【回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】

問 11 日常生活機能評価による測定対象から除外する患者に「短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが、具体的にはどのような取扱いとなるのか。

(答) 入院期間中に短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者について、測定対象から除くこと。

問 12 日常生活機能評価による測定対象から除外する患者のうち、

- ・ 短期滞在手術等基本料を算定する患者
- ・ DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、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。)
- ・ 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者について、短期滞在手術等基本料1と短期滞在手術等基本料3のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって、入院した日から起算して6日目以降も継続して入院しているものについては、どのような取扱いとなるのか。

(答) 入院した日から起算して5日までの期間においては、「短期滞在手術等基本料3を算定している患者」又は「DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者」として日常生活機能評価による測定対象から除外し、6日目以降においては測定対象に含むこと。

【短期滞在手術等基本料】

問 13 区分番号「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1の「イ 麻酔を伴う手術を行った場合」における「麻酔」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち、区分番号「L009」麻酔管理料(I)及び区分番号「L010」麻酔管理料(II)の対象となる

- ・ 区分番号「L002」硬膜外麻酔
- ・ 区分番号「L004」脊髄麻酔
- ・ 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指す。

問14 区分番号「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1の施設基準における「短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴うものに限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること」について、「全身麻酔」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 医科点数表第2章11部に掲げる麻酔のうち、区分番号「L007」開放点滴式全身麻酔及び区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を指す。

【緑内障手術】

問15 区分番号「K268」緑内障手術の「2」流出路再建術の「イ」眼内法及び「7」濾過胞再建術（needle法）の施設基準に係る届出について、病院だけでなく診療所でも届出可能か。

(答) 届出可能。なお、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）及び特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第56号）については、官報掲載事項の訂正が行われる予定である。

問16 区分番号「K268」緑内障手術の「7」濾過胞再建術（needle法）の施設基準に係る届出において、施設基準通知別添2の様式52はどのように取り扱えばよいか。

(答) 緑内障手術の濾過胞再建術（needle法）について、様式52の提出は不要である。なお、「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）については訂正が行われる予定である。

医科診療報酬点数表関係

【サーベイランス強化加算（外来感染対策向上加算、感染対策向上加算）】

問1 区分番号「A000」初診料の注13、区分番号「A001」再診料の注17及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注4に規定するサーベイランス強化加算並びに区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準における「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」について、

- ① 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問20における「JANISの検査部門と同等のサーベイランス」とは、具体的にはどのようなものを指すのか。
- ② 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に基づく感染症発生動向調査は該当するか。
- ③ 地域において感染症等に係る情報交換を行うことを目的としたネットワークは該当するか。
- ④ 参加医療機関において実施される全ての細菌検査の各種検体ではなく、特定の臓器や部位等の感染症に限定して、細菌の分離頻度、その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況等に係る調査が実施されているものは該当するか。
- ⑤ サーベイランス強化加算について、新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加する場合、どの時点から当該要件を満たすものとしてよいか。

（答）それぞれ以下のとおり。

- ① 例えば、細菌検査により各種検体から検出される主要な細菌の分離頻度、その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況を継続的に収集・解析し、医療機関における主要菌種・主要な薬剤耐性菌の分離状況や抗菌薬使用量を明らかにするための薬剤耐性に関連する調査等を含むものを指す。
- ② 該当しない。
- ③ 参加している各保険医療機関において細菌の分離頻度、その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況等に係る調査が実施されておらず、単に感染症等に係る情報交換を行っている場合は、該当しない。
- ④ 特定の臓器や部位等の感染症に限定して調査が実施されている場合は、該当しない。
- ⑤ サーベイランス強化加算については、保険医療機関が新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加する場合、令和5年3月31日までの間に限

り、JANIS又はJ-SIPHEの参加申込書を窓口に提出した時点から当該要件を満たすものとして差し支えない。この場合、サーベイランス強化加算の施設基準の届出を行う際に、当該参加申込書の写しを添付すること。

なお、参加医療機関から脱退した場合は、速やかにサーベイランス強化加算の届出を取り下げること。

【術後疼痛管理チーム加算】

問2 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算について、「手術後に継続した硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は麻薬を静脈内注射により投与しているもの（覚醒下のものに限る。）に対して、術後疼痛管理チームが必要な疼痛管理を行った場合に、手術日の翌日から起算して3日を限度として、所定点数に加算する」とされているが、硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入等が3日未満で終了した患者についても、要件を満たせば3日を限度として算定可能か。

(答) そのとおり。

【特定集中治療室管理料】

問3 区分番号「A301」特定集中治療室管理料について、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、特定入院料の届出時に併せて届け出ること。(中略)ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは4月又は10月までに届け出ること。」とされているが、評価方法のみの変更を行う場合、具体的にはいつまでに届け出ればよいか。

(答) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度と同様に、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは4月又は10月(以下「切替月」という。)のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

問4 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「公益財団法人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病院」とあるが、公益財団法人日本医療機能評価機構による医療機能評価において、副機能としてリハビリテーション病院の評価を受けている病院についても該当するか。

(答) 該当しない。

【看護補助体制充実加算】

- 問5・ 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注12に掲げる夜間看護加算(①)及び看護補助体制充実加算(②)
- ・ 区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算(①)及び看護補助体制充実加算(②)
 - ・ 区分番号「A308-3」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(①)及び看護補助体制充実加算(②)
- について、それぞれの①及び②を同時に算定可能か。

(答) いずれも併算定不可。

【早期栄養介入管理加算】

問6 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について、「入室した日から起算して7日を限度として」算定できるとされているが、

- ① 一連の入院期間中に、早期栄養介入管理加算を算定できる2以上の治療室に患者が入院した場合、当該加算の算定上限日数はどのように考えればよいか。
- ② 早期栄養介入管理加算を算定できる治療室に入院し、退院した後、入院期間が通算される再入院において、再度当該加算を算定できる治療室に入院した場合、当該加算の算定上限日数はどのように考えればよいか。
- ③ 入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、開始日以降は400点を算定できるとされているが、治療室を変更した場合はどのように考えればよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① それぞれの治療室における早期栄養介入管理加算の算定日数を合算した日数が7日を超えないものとする。
- ② 初回の入院期間中の早期栄養介入管理加算の算定日数と、再入院時の当該加算の算定日数を合算した日数が7日を超えないものとする。
- ③ 最初に当該加算を算定できる治療室に入室した時間を起点として、経腸栄養の開始時間を判断すること。なお、入室後48時間以内に経腸栄養を開始した患者が、早期栄養介入管理加算を算定できる他の治療室に入院した場合は、400点を継続して算定可能である。

【二次性骨折予防継続管理料】

問7 区分番号「B001」の「34」の「ロ」二次性骨折予防継続管理料2の施設基準における「骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師」について、区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の注4に掲げる体制強化加算1の施設基準における「当該病棟に専従の常勤医師」と兼任することは可能か。

(答) 不可。

【透析時運動指導等加算】

問8 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、「透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師、理学療法士、作業療法士又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した看護師」とあるが、「透析患者の運動指導に係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、日本腎臓リハビリテーション学会が開催する「腎臓リハビリテーションに関する研修」が該当する。

【周術期栄養管理実施加算】

問9 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、術後一時的にICU等の治療室に入室した患者に対して、当該加算の施設基準に係る専任の管理栄養士以外の管理栄養士が栄養管理を実施した場合であっても算定可能か。

(答) 当該加算の施設基準を満たして届出を行っている管理栄養士が栄養管理を実施した場合のみ算定可能。そのため、ICU等の治療室を担当している管理栄養士が栄養管理を実施した場合、当該管理栄養士について施設基準の届出を行っていない場合は、当該加算は算定不可。

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、電子資格確認を行った結果、患者の診療情報等が存在しなかった場合は、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」に該当すると考えてよいか。

(答) よい。

医科診療報酬点数表関係

【SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出（定性）】

問1 令和2年5月13日付けで保険適用された SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出（定性）を実施する際に用いるものとして、「SARS-CoV-2 抗原の検出（COVID-19 の診断又は診断の補助）を目的として薬事承認又は認証を得ているもの」とあるが、令和4年5月25日付けで薬事承認された「カネカ イムノクロマト SARS-CoV-2 Ag」（株式会社カネカ）はいつから保険適用となるのか。

（答）令和4年5月25日より保険適用となる。

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問1 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という。）並びに区分番号「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、「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、有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制が保健所等の主導により既に整備されており、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が当該体制に参加している場合、当該体制に参加することをもって上記の施設基準を満たすものと考えてよいか。

（答）差し支えない。

問2 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、「1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと」とされているが、

- ① 感染対策向上加算においては、院内の巡回は施設基準で定められている感染制御チームの構成員全員で行う必要があるのか。
- ② 院内の巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。

（答）それぞれ以下のとおり。

- ① 全員で行うことが望ましく、少なくとも2名以上で行うこと
- ② 必要に応じて各部署を巡回すること。なお、各病棟については毎回巡回することとするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生のリスクの評価を定期的実施している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回することとし、それ以外の病棟についても、巡回を行っていない月がないこと。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、2月に1回以上巡回していること。

無床診療所の場合は、各診察室については毎回巡回するとともに、診察室以外の場所についても、少なくとも月に一度は巡回すること。

問3 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準における「抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修」とは、誰を対象として行うのか。

(答) 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など、抗菌薬使用に関する業務に従事する職員を対象とすること。

問4 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1について、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡。以下「3月31日事務連絡」という。)別添1の間8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感染症患者を受け入れる体制」は、具体的には「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」ことが示されたが、新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関であった保険医療機関が、地域の医療提供体制の観点から、都道府県の判断により一時的に協力医療機関に変更された場合であって、都道府県の要請により速やかに重点医療機関として再度指定を受ける体制にあるときは、上記の体制を有するものと考えてよいか。

(答) よい。ただし、この場合は、自治体のホームページにおいて、3月31日事務連絡別添1の間11①の内容に加え、当該保険医療機関が重点医療機関として指定を受けていた期間及び都道府県の要請により速やかに重点医療機関として再度指定を受ける体制にあることを公開する必要があること。

【急性期充実体制加算】

問5 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」について、院内迅速対応チームの医師及び専任の看護師は、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、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、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、区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料及び区分番号「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料において常時配置が求められている医師又は看護師が兼任することは可能か。

(答) 不可。

【データ提出加算】

問6 令和4年度診療報酬改定において、データ提出加算に係る届出を行っていることが施設基準に追加された入院料（※）について、新規に医療機関を開設し、診療実績がないため、データ提出加算に係る基準を満たすことができない場合は、当該入院料を算定できないのか。

（答）新規開設の医療機関については、様式40の5（データ提出開始届出書）を届け出ている場合に限り、必要なデータの提出を行っていても、当該様式を届け出た日の属する月から最長1年の間は、当該入院料のその他の施設基準を満たしていれば当該入院料を算定可能とする。なお、1年を超えて様式40の7（データ提出加算に係る届出書）の届出が行われない場合には、他の入院料への変更の届出が必要である。

なお、これに伴い、「疑義解釈の送付について（その4）」（平成30年5月25日事務連絡）別添1の問4は廃止する。

【摂食嚥下機能回復体制加算】

問7 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、同一保険医療機関において、療養病棟入院基本料及び療養病棟入院基本料以外の入院基本料をそれぞれ届け出ている場合、摂食嚥下機能回復体制加算3と摂食嚥下機能回復体制加算1又は2を、いずれも届け出ることとは可能か。

（答）不可。摂食嚥下機能回復体制加算は保険医療機関単位で届出を行うものであり、同一保険医療機関が摂食嚥下機能回復体制加算1又は2の届出と摂食嚥下機能回復体制加算3の届出を併せて行うことはできない。

【ネブライザ】

問8 3月31日事務連絡別添1の問223において、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」ネブライザを算定することはできず、主たるもののみについて算定することが示されたが、同一日に複数回ネブライザを用いて患者に吸入させることが求められる薬剤を使用し、医学的必要性に基づき、同一日に複数回受診しネブライザを実施した場合の算定については、どのように考えればよいか。

（答）医学的判断により算定すること。なお、同一日に複数回受診しネブライザを実施する場合には、医学的必要性を摘要欄に記載すること。

【紹介状なしで受診する場合等の定額負担等】

問9 ある診療科において紹介状なし受診時の定額負担の対象となった患者が、同一病院において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を紹介状なしで初診として受診した場合、この2つ目の診療科における定額負担及び保険外併用療養費はどのような取扱いになるのか。

(答) 紹介状なしで複数科を受診し、それぞれ初診に該当する場合には、各診療科の受診について除外要件に該当しない限り、それぞれの診療科において定額負担を徴収する必要がある。このとき、2つ目の診療科における初診に係る所定点数から控除する点数については、区分番号「A000」初診料の注5のただし書に規定する点数を上限とすること。

なお、他の保険医療機関に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者に係る再診についても、これに準じた取扱いとすること。

医科診療報酬点数表関係

【SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出（定性）】

問1 令和2年5月13日付けで保険適用されたSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出（定性）を実施する際に用いるものとして、「SARS-CoV-2抗原の検出（COVID-19の診断又は診断の補助）を目的として薬事承認又は認証を得ているもの」とあるが、令和4年6月1日付けで薬事承認された「アンスペクトコーワ SARS-CoV-2」（株式会社医学生物学研究所）はいつから保険適用となるのか。

(答) 令和4年6月1日より保険適用となる。