

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

2022年度診療報酬改定 疑義解釈（医科）

作成：日医工株式会社（公社） 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6411号 河野誠
 日医工株式会社（公社） 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4828号 長岡俊広
 編集：日医工株式会社（公社） 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6178号 栗原盛一
 日医工株式会社（公社） 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美

資料No.20221027-1194-4

2022年10月6日に発出された厚生労働省資料
 「疑義解釈資料の送付について（その29）」までを、MPS資料と
 して編集しています。
 厚労省ホームページにて原本もご確認ください。

本資料は、2022年10月6日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したもので
 すが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接
 または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

厚生労働省から発出された疑義解釈（2022年10月6日時点で32本）について以下の項目をとりまとめました。
（不妊治療に関する疑義解釈は除きます。）

- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その1）』令和4年3月31日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その2）』令和4年4月8日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その3）』令和4年4月11日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その4）』令和4年4月13日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その5）』令和4年4月19日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その6）』令和4年4月21日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その7）』令和4年4月28日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その8）』令和4年5月13日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その9）』令和4年5月25日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その10）』令和4年6月1日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その11）』令和4年6月1日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その12）』令和4年6月7日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その13）』令和4年6月7日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その14）』令和4年6月22日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その15）』令和4年6月29日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その16）』令和4年7月1日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その17）』令和4年7月8日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その18）』令和4年7月13日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その19）』令和4年7月26日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その20）』令和4年8月3日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その21）』令和4年8月4日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その22）』令和4年8月18日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その23）』令和4年8月24日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その24）』令和4年9月1日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）』令和4年9月5日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）』令和4年9月5日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その25）』令和4年9月7日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その26）』令和4年9月14日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その27）』令和4年9月22日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その28）』令和4年9月27日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その2）』令和4年9月27日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その29）』令和4年10月6日

※資料の作成には細心の注意を払っておりますが、原本でのご確認もお願いいたします。

4	初診料（情報通信機器を用いた場合）	50	摂食障害入院医療管理加算	88	小児特定集中治療室管理料	122	こころの連携指導料（I）
5	初診料、外来診療料	51	栄養サポートチーム加算	89	成育連携支援加算	123	診療情報提供料（I）
7	機能強化加算	52	感染対策向上加算	90	無菌治療管理加算	124	連携強化診療情報提供料
8	（共通）外来感染対策向上加算、感染対策向上加算	60	重症患者初期支援充実加算	91	回復期リハビリテーション病棟入院料	125	高血圧症治療補助プログラム加算
17	外来感染対策向上加算	61	報告書管理体制加算	92	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	126	在宅療養支援病院
18	サーベイランス強化加算	62	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	93	地域包括ケア病棟入院料	127	在宅時医学総合管理料、 施設入居時等医学総合管理料
20	医療情報・システム基盤整備体制充実加算	63	ハイリスク分娩等管理加算	94	緩和ケア疼痛評価加算	129	重症患者搬送加算
23	外来管理加算	64	地域連携分娩管理加算（ハイリスク分娩等管理加算）	95	精神科救急医療体制加算	132	訪問看護指示料
24	地域包括診療加算、地域包括診療料	65	呼吸ケアチーム加算	96	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	133	外来在宅共同指導料
25	紹介状なしで受診する場合等の定額負担等	66	術後疼痛管理チーム加算	97	短期滞在手術等基本料	134	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）
28	褥瘡対策	68	特定行為に係る看護師の研修制度	98	看護職員処遇改善評価料		135
29	平均在院日数	69	病棟薬剤業務実施加算	105	外来栄養食事指導料	136	血中ケトン体自己測定器加算
30	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	70	データ提出加算	106	外来栄養食事指導料、 入院栄養食事指導料	137	検査
34	入院基本料等の施設基準等	71	入退院支援加算	107	高度難聴指導管理料	145	画像診断
35	療養病棟入院基本料	72	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度	108	慢性維持透析患者外来医学管理料	147	投薬
36	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	73	救命救急入院料、特定集中治療室管理料	109	小児運動器疾患指導管理料	148	リハビリテーション
37	看護補助体制充実加算	74	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	110	二次性骨折予防継続管理料	151	精神科専門療法
38	入院栄養管理体制加算			111	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	152	処置
39	急性期充実体制加算	75	救命救急入院料	112	下肢創傷処置管理料	157	手術
44	救急医療管理加算	76	精神疾患診断治療初回加算	113	小児科外来診療料	164	麻酔
45	医師事務作業補助体制加算	77	早期離床・リハビリテーション加算	114	外来腫瘍化学療法診療料	165	放射線治療
47	小児療養環境特別加算	80	早期栄養介入管理加算	118	外来腫瘍化学療法診療料 在宅自己注射指導管理料、	166	リフィル処方
48	精神科リエゾンチーム加算	83	重症患者対応体制強化加算	119	バイオ後続品導入初期加算	167	先進医療
49	依存症入院医療管理加算	86	特定集中治療室管理料	121	生活習慣病管理料	168	横断的事項
						170	費用請求

A000 初診料（情報通信機器を用いた場合）

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

A000 初診料、A002 外来診療料

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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つては、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「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。

A000 初診料、A002 外来診療料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【初診料、外来診療料】

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「A000」初診料の算定の有無に関わらず、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた患者の数を指す。

[疑義解釈（厚労省②82022年9月27日）]【初診料、外来診療料】

問1 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「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2、3において示されているが、令和3年度の実績において紹介割合及び逆紹介割合に係る実績を満たしている場合、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か月の実績に係る報告を行う必要があるか。

（答） 令和3年度の実績において紹介割合及び逆紹介割合に係る実績を満たしている場合においては、必要ない。

A000注10 機能強化加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【機能強化加算】

問7 区分番号「A000」初診料の注10に規定する機能強化加算の施設基準において、地域におけるかかりつけ医機能として、必要に応じ実施する対応について、「ホームページ等に掲示する等の取組を行っていること」とされているが具体的にはどのようなことを指すのか。

（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。

A000注11、A001注15 外来感染対策向上加算、 A234-2 感染対策向上加算

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問10 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「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「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて（中略）診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること」とされているが、

- ① 「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」等を有する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14 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。

A000注11、A001注15 外来感染対策向上加算、 A234-2 感染対策向上加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

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回程度定期的開催するほか、必要に応じて開催すること
- ・ 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。

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

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

A000注11、A001注15 外来感染対策向上加算、 A234-2 感染対策向上加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問20 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の施設基準において、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが、

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

（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

A000注11、A001注15 外来感染対策向上加算、 A234-2 感染対策向上加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問25 外来感染対策向上加算並びに区分番号「A 2 3 4 - 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。

A000注11、A001注15 外来感染対策向上加算、 A234-2 感染対策向上加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問31 区分番号「A000」初診料の注12、区分番号「A001」再診料の注16 及び「A234-2」感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算の施設基準において、「過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること」とされているが、具体的にはどのような内容について、どのくらいの頻度で報告すればよいか。

（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。

A000注11、A001注15 外来感染対策向上加算、 A234-2 感染対策向上加算

[疑義解釈（厚労省④2022年4月13日）] 【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並びに区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準の届出について、「当該加算の届出については実績を要しない」ととされているが、この「実績」とは、具体的には何の実績を指すのか。

（答）各加算について、以下の①から③までにそれぞれ掲げる施設基準通知の内容に係る実績を指す。

なお、施設基準通知に記載のとおり、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算については、届出に際して、当該実績を要しないとしていることに留意すること。

① 外来感染対策向上加算

- ・「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」における研修の実施
- ・「院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、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」におけるカンファレンスへの参加
- ・「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主催する、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」における訓練への参加

② 感染対策向上加算1

- ・「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」における研修の実施
- ・「保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること」におけるカンファレンス及び訓練の実施・「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、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく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。また、少なくとも年1回程度、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。）から当該評価を受けていること」における評価の実施及び他の保険医療機関から評価を受けること
- ・「抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施」における研修の実施

③ 感染対策向上加算2及び感染対策向上加算3

- ・「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」における研修の実施
- ・「少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関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」におけるカンファレンスへの参加
- ・「感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関が主催する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」における訓練への参加

A000注11、A001注15 外来感染対策向上加算、 A234-2 感染対策向上加算

[疑義解釈（厚労省⑥2022年4月21日）] 【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問2 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並びに区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準における「地域の医師会」とは、郡市区等医師会及び都道府県医師会のいずれも該当するか。

（答） そのとおり。

問3・区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注2に規定する指導強化加算の施設基準における「感染制御チームの専従医師又は看護師が、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」、

・「A000」初診料の注12、区分番号「A001」再診料の注16及び「A234-2」感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算の施設基準における「当該保険医療機関が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に対し、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」

については、「令和5年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす」こととされているが、令和5年3月31日までの間に指導強化加算又は連携強化加算の届出を行う場合は、指導強化加算にあっては別添7の様式35の3における「過去1年間に、届出保険医療機関の感染制御チームの専従医師又は看護師が赴いて院内感染対策に関する助言を行った保険医療機関名」を、連携強化加算にあっては別添7の様式1の5における「過去1年間に、感染症の発生状況等について報告を行った感染対策向上加算1の保険医療機関名」を記入しなくてもよいか。

（答） よい。

A000注11、A001注15 外来感染対策向上加算、 A234-2 感染対策向上加算

[疑義解釈（厚労省⑩2022年6月1日）] 【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。**

A000注11、A001注15 外来感染対策向上加算、 A234-2 感染対策向上加算

[疑義解釈（厚労省①92022年7月26日）] 【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問4 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、「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」における当該訓練については、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日）別添1問27が示されたが、他にどのようなものが考えられるか。

（答）「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日）別添1問27で示しているとおり、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、参加医療機関の感染症対策等の状況も踏まえて決定することが望ましい。

なお、令和4年度地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」による「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）事例5において、対象者のレベルや役割に応じて、基本知識の習得や感染症病棟での実地訓練が実施されていることが掲げられていることを参照されたい。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

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

[疑義解釈（厚労省⑮2022年6月29日）]【外来感染対策向上加算】

問2 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複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回参加し、合わせて年2回以上参加していること」とされているが、やむを得ない理由により、一部の医療機関のカンファレンスに参加できなかった場合、どのように考えればよいか。

(答) 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のカンファレンスに合わせて年2回以上参加していればよい。なお、翌年には、参加できなかった医療機関のカンファレンスに参加することが望ましい。

[疑義解釈（厚労省⑳2022年9月27日）]【サーベイランス強化加算】

問2 区分番号「A000」初診料の注13、区分番号「A001」再診料の注17に規定するサーベイランス強化加算の施設基準において、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが、「診療所版J-SIPHE」は該当するか。

（答）該当する。なお、参加にあたっては、少なくとも抗菌薬情報と微生物・耐性菌情報を提出している必要がある。

また、保険医療機関が新たに診療所版J-SIPHEに参加する場合、令和5年3月31日までの間に限り、診療所版J-SIPHEの参加申込書を窓口へ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。

さらに、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。

[疑義解釈（厚労省⑧2022年5月13日）]【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へ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。

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いに関する疑義解釈（厚労省①2022年9月5日）】

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

問1 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、その施設基準としてオンライン資格確認の運用開始日の登録を行うこととあるが、どのように登録すればよいか。

（答）別紙を参照されたい。

別紙：厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000760048.pdf>

問2 区分番号「A000」初診料の注 15に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認を導入し、運用開始日の登録を行った上で、実際に運用を開始した日から算定可能となるのか。

（答）そのとおり。

問3 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムを通じて情報の取得を試みた結果、患者の診療情報が存在していなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。

（答）医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2 を算定する。

問4 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、患者が診療情報の取得に同意しなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。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書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。

（答）いずれの場合も、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 を算定する。

問5 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、施設基準を満たす医療機関の医師が情報通信機器を用いて初診を行う場合や往診で初診を行う場合は算定できるか。

（答）算定できない。

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いに関する疑義解釈（厚労省①2022年9月5日）】

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

問6 区分番号「A000」初診料の注15に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準等において、「ホームページ等に掲示」す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。

問7 区分番号「A000」初診料の注15に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、別紙様式54を参考とした初診時間診票は、区分番号「A000」初診料を算定する初診において用いることでよいか。

（答）よい。その他小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定するときには、別紙様式54を参考とした初診時間診票を用いること。

問8 区分番号「A000」初診料の注15に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、初診時間診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか。

（答）別紙様式54は初診時の標準的な問診票（紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。）の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要せず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。

また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。

なお、患者情報の取得の効率化の観点から、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。

[医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いに関する疑義解釈（厚労省①2022年9月5日）]**【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】**

問9 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、初診時間診票の項目について別紙様式 54 を参考とするとあるが、令和 4 年 10 月 1 日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか。

（答）必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式 54 に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること。

A001注8 外来管理加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

【疑義解釈（厚労省③2022年4月11日）】【地域包括診療加算、地域包括診療料】

問1 区分番号「A001」再診料の注12に規定する地域包括診療加算及び区分番号「B001-2-9」地域包括診療料の対象疾患について、「慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）」とあるが、

- ① 慢性維持透析には、血液透析又は腹膜透析のいずれも含まれるのか。
- ② 患者が他の保険医療機関において慢性維持透析を行っている場合も、算定要件の「慢性維持透析を行って」いる場合に該当するのか。
- ③ 月の途中から慢性維持透析を開始した場合、透析の開始日前に実施した診療については、地域包括診療加算又は地域包括診療料は算定可能か。

（答）それぞれ以下のとおり。

- ① いずれも含まれる。
- ② 該当する。慢性維持透析をどの保険医療機関で実施しているかは問わない。
- ③ 地域包括診療加算は算定可。地域包括診療料は月1回に限り算定するものであるため算定不可。

【疑義解釈（厚労省⑮2022年6月29日）】【地域包括診療加算、地域包括診療料】

問3 区分番号「A001」再診料の注12に規定する地域包括診療加算及び区分番号「B001-2-9」地域包括診療料の施設基準における「慢性疾患の指導に係る適切な研修」については、

・「疑義解釈資料の送付について（その8）」（平成26年7月10日事務連絡）別添1の問7において、「原則として、e-ラーニングによる研修の受講は認めない」とされており、

・「疑義解釈資料の送付について（その5）」（平成30年7月10日事務連絡）別添1の問4において、「2年毎の研修修了に関する届出を2回以上行った医師については、それ以後の「2年間で通算20時間以上の研修」の履修については、日本医師会生涯教育制度においては、カリキュラムコードとして29認知能の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病の4つの研修についても、当該コンテンツがあるものについては、e-ラーニングによる単位取得でも差し支えない」とされているが、「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25を踏まえ、これらの4つのカリキュラムコードを含め、当該研修についてはe-ラーニングにより受講してもよいか。

（答）差し支えない。なお、e-ラーニングにより受講する場合は「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257の記載事項に留意すること。

[疑義解釈（厚労省⑩2022年6月1日）】【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。

【疑義解釈（厚労省⑳2022年9月27日）】【紹介状なしで受診する場合等の定額負担等】

問6 令和4年10月1日より紹介状なしで一定規模以上の病院を受診する場合等にかかる「特別の料金」を徴収する対象医療機関が拡大されるとともに、その金額が増額されるが、「特別の料金」を新たに定める又は変更する場合に、どのような手続きを行えばよいか。

（答）「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の別紙様式2により地方厚生（支）局に報告をする必要がある。

（参考）「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成18年3月13日保医発第0313003号（令和4年3月4日最終改正））（抄）

第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等

15 200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項

（4）特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式2により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。以下略

16 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したもの（以下「紹介受診重点医療機関」という。）に限り、一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）の初診に関する事項

（6）その他、15の（2）及び（4）に定める取扱いに準ずるものとする。

17 200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

（5）その他、200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項の（3）から（7）までの取扱いに準ずるものとする。

18 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）の再診に関する事項

（7）その他、17の取扱いに準ずるものとする。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担等

[疑義解釈（厚労省⑳2022年9月27日）]【紹介状なしで受診する場合等の定額負担等】

問 7 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診する場合等にかかる「特別の料金」について、令和 4 年 10 月より厚生労働大臣が定める額が 5,000 円から 7,000 円に増額されるが、消費税については、平成 28 年 3 月 31 日に発出された疑義解釈資料の問 197 と同様の取扱いでよいか。

（答） そのとおり。消費税を含めて、告示で定める金額（7,000 円）以上の金額を社会的にみて妥当適切な範囲で徴収していれば良い。

（参考）「疑義解釈資料の送付について」（平成 28 年 3 月 31 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）（抄）

問 197 定額負担には、消費税分は含まれるのか。例えば、医科の初診の金額について消費税分を含めて 5,000 円とすることは許容されるのか。

（答） 含まれる。消費税分を含めて、告示で定める金額以上の金額を社会的にみて妥当適切な範囲で徴収していれば良い。

入院料通則 褥瘡対策

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

平均在院日数

[疑義解釈（厚労省⑦2022年4月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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분이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1を算定する病棟における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価については、令和4年12月31日までの経過措置が設けられているが、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価をいつから行う必要があるか。

（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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

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。

[疑義解釈（厚労省⑦2022年4月28日）】【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「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。

[疑義解釈（厚労省⑫2022年6月7日）]【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

問4 「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」中 <一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I > の8のAにおける「3 注射薬剤3種類以上の管理」について、「厚生労働省「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」において示している「成分名」が同一である場合には、1種類として数えること。また、健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常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その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを薬剤種類数の対象としない」とされているが、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱについても同様の取扱いであると考えてよいか。

(答) よい。

[疑義解釈（厚労省⑮2022年6月29日）]【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

問5 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、「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39において、「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」とが示されたが、「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26）」（令和2年8月31日事務連絡）の2.（2）に基づき、実績を求める対象とする期間について令和4年3月以前の期間を含める場合、どのように考えればよいか。

(答) 令和4年3月以前の期間についても、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。

[疑義解釈（厚労省²⁸2022年9月27日）]【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

問5 許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関の病棟であって、急性期一般入院料1を算定する病棟における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、令和4年3月31日時点で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た病棟については、どのように考えればよいか。

（答）「基本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55号）第十一の五のとおり、令和4年9月30日までの経過措置が設けられていることから、「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の間39において示されているとおり、令和4年10月1日に届出を行う必要があるものであり、令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合においては、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て評価を行い、届出を行う必要がある。

なお、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行っている病棟については「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の間40のとおり。

（参考）

許可病床数200床以上400床未満の急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度に係る経過措置

令和4年3月31日時点	経過措置
必要度Ⅰを用いて評価を行っていた医療機関	令和4年12月31日まで、なお従前の例による。
必要度Ⅱを用いて評価を行っていた医療機関	令和4年9月30日まで、必要度に係る基準に該当するものとみなす。

入院基本料等の施設基準等

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

A101 療養病棟入院基本料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【療養病棟入院基本料】

問42 区分番号「A 1 0 1」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「A 1 0 1」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「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1 - 2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 2」運動器リハビリテーション料又は区分番号「H 0 0 3」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、F I M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「A 1 0 1」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、F I Mの測定に係る規定は適用されるか。

（答）適用される。

問45 区分番号「A 1 0 1」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、F I Mの測定を行っているものとみなす」と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。

A101 療養病棟入院基本料、 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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「A 1 0 1」療養病棟入院基本料及び区分番号「A 3 0 8」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おいては、留意事項通知により「医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への移動が認められる」こととされているが、当該患者が脳血管疾患等を有することをもって、「医療上特に必要がある場合」に該当するものとして、再度療養病棟入院基本料を算定する病棟に当該患者を転棟させることは可能か。

（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

(療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、
看護補助加算、地域包括ケア病棟入院料)

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【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。

[疑義解釈 (厚労省⑦2022年4月28日)] 【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。

[疑義解釈 (厚労省⑧2022年5月13日)] 【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【入院栄養管理体制加算】

問49 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ができるか。

（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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【急性期充実体制加算】

問54 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算について、「入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう」とあるが、急性期一般入院料1を算定する病棟に入院後、当該加算を算定できない病棟又は病室に転棟し、再度急性期一般入院料1を算定する病棟に転棟した場合、起算日についてどのように考えればよいか。

（答）急性期一般入院料1を算定する病棟に最初に入院した日を起算日とする。

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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【急性期充実体制加算】

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 CareSupport)」
- 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」

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【急性期充実体制加算】

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 の認証問

(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。

A200-2 急性期充実体制加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【急性期充実体制加算】

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(ハ)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(ハ)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。

[疑義解釈（厚労省⑩2022年6月1日）】【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。

[疑義解釈（厚労省⑮2022年6月29日）】【急性期充実体制加算】

問4 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、具体的にはどのようなものがあるか。

（答）現時点では、「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59でお示しているものに加えて、日本内科学会「JMCC（日本内科学会認定救急・ICLS講習会）～RRS対応」が該当する。

A205 救急医療管理加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【救急医療管理加算】

問65 区分番号「A 2 0 5」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「A 2 0 5」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「J 0 3 4」イレウス用ロングチューブ挿入法、区分番号「J 0 3 4 - 3」内視鏡的結腸軸捻転解除術を指す。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【医師事務作業補助体制加算】

問67 区分番号「A 2 0 7 - 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「二」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「A 2 0 7 - 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。

[疑義解釈（厚労省^⑭2022年6月22日）]【医師事務作業補助体制加算】

問1 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算1の施設基準における「当該保険医療機関において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 他の保険医療機関において勤務した期間を除いた通算勤務期間が3年以上である場合、「当該保険医療機関における3年以上の勤務経験」としてよいか。
- ② 当該保険医療機関が医師事務作業補助体制加算に係る届出を行っていない間に医師事務作業補助者として勤務した期間を、勤務経験に含めてよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 差し支えない。
- ② 差し支えない。

A221-2 小児療養環境特別加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

A231-4 摂食障害入院医療管理加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問8 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「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「A234-2」の「2」感染対策向上加算2の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて・・・疑い患者を受け入れる体制」について、具体的にはどのような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12 区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算1の届出を行っている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「A234-2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3の届出を行っている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。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

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。

A234-2 感染対策向上加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問22 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「A 2 3 4 - 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「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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問24 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、「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。 ※②のみ令和4年4月11日の問2により廃止
- ③ よい。

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。

A234-2 感染対策向上加算

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

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。

【疑義解釈（厚労省③2022年4月11日）】【感染対策向上加算】

問2 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、「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、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。

（答）可能。ただし、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及び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。）のみ実施可能であること。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問24の②は廃止する。

【疑義解釈（厚労省⑥2022年4月21日）】【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問1 区分番号「A 2 3 4 - 2」の「3」感染対策向上加算3について、「入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回」算定できることとされているが、令和4年3月31日以前から継続して入院している患者についても算定可能か。

（答）算定可。この場合において、当該加算の算定に係る入院期間の起算日は、入院日とし、令和4年3月31日時点で既に入院期間が90日を超えている場合であっても、入院日を基準として90日を超えるごとに算定すること。

[疑義解釈（厚労省⑩2022年6月1日）]【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

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の問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の問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。

[疑義解釈（厚労省⑮2022年6月29日）]【感染対策向上加算】

問1 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、感染制御チームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行うこととされているが、当該カンファレンスには、感染制御チームの構成員全員が参加する必要があるか。

また、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、感染制御チームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関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には、感染制御チームの構成員全員が参加する必要があるか。

（答）原則として、感染制御チームを構成する各職種（例えば、感染対策向上加算1については、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）について、少なくともそれぞれ1名ずつ参加すること。

【疑義解釈（厚労省①92022年7月26日）】【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問1 区分番号「A234-2」の「1」の感染対策向上加算1の施設基準において、「保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度」カンファレンスを行うこととされているが、

- ① 保健所及び地域の医師会のいずれか又は両方が参加していない場合であっても、当該カンファレンスに該当するか。
- ② 保健所や地域の医師会が主催するカンファレンスに参加することをもって、当該要件を満たすものとすることは可能か。

（答）それぞれ以下のとおり。

- ① 該当しない。ただし、やむを得ない理由により参加できなかった場合であって、参加に代えて、後日書面等によりカンファレンスの内容を共有している場合は、該当する。
- ② 不可。感染対策向上加算1の届出を行った保険医療機関が開催する場合にのみ当該要件に該当するものである。なお、当該カンファレンスについて、感染対策向上加算1の届出を行った保険医療機関が、保健所や地域の医師会と共催した場合は可能。

問2 区分番号「A234-2」の「1」の感染対策向上加算1の施設基準における、「保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンス」について、具体的にどのような内容であればよいか。

（答）カンファレンスの内容については、参加する保健所、地域の医師会、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関との協議により決定して差し支えない。

なお、例えば、令和4年度地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」による「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）（※）事例2において、以下の項目が掲げられていること等を参照されたい。

- ・ 参加医療機関の感染対策にかかる情報共有
- ・ 参加医療機関が、感染対策で困っていることや工夫していることを発表し、意見交換しながら改善策について検討
- ・ 参加医療機関の相互ラウンドを行い、感染対策の共有や改善について検討

（※）「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）

<http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/html/2022.html>

[疑義解釈（厚労省⑱2022年7月26日）]【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問3 区分番号「A234-2」の「1」の感染対策向上加算1の施設基準において、「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他の保険医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。」とされているが、具体的にどのような体制であればよいのか。

（答）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他の保険医療機関から院内感染対策に関する助言を求められた場合に助言を行うことができるよう、連絡先の共有等を行うこと。

なお、助言内容については、例えば、令和4年度地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」による「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）

事例2、事例4、事例5に掲げられる以下の項目等を参照されたい。

- ・多剤耐性菌が発生した医療機関に対し、ラウンドや指導を実施
- ・新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生しやすいと考えられる医療機関等への事前の臨地指導
- ・新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生した医療機関に対し、感染拡大防止に関する専門的な臨地指導、助言等を実施
- ・薬剤耐性菌対策に関する臨地指導、院内研修会開催。

[疑義解釈（厚労省㉓2022年8月24日）]【感染対策向上加算】

問1 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」については、「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23において「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。」とされたが、令和4年度以降に実施される厚生労働省の院内感染対策講習会②（受講証書が交付されるものに限る。）は該当するか。

（答）該当する。なお、令和4年度以降の院内感染対策講習会①、③及び④は該当しない。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑫2022年6月7日）]【報告書管理体制加算】

問1 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「報告書管理を目的とした院内研修」とは、誰を対象として行うのか。

（答）報告書確認対策チームの構成員のほか、患者を診療する医師、画像診断部門、病理診断部門又は医療安全管理部門の職員など、報告書管理に関する業務に従事する職員を対象とすること。

[疑義解釈（厚労省⑭2022年6月22日）]【報告書管理体制加算】

問2 区分番号「A 2 3 4 - 5」報告書管理体制加算について、「入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したものについて、退院時1回に限り、所定点数に加算する」こととされているが、第4部画像診断又は第13部病理診断の費用が包括されている入院料等を算定する患者についても、画像診断又は病理診断を実施し、その他の要件を満たす場合には、当該加算を算定可能か。

（答）算定可能。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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

A237 ハイリスク分娩等管理加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

A237「2」 地域連携分娩管理加算 (ハイリスク分娩等管理加算)

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【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。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【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の問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の問53は廃止する。

(廃止) 平成22年3月29日

【入院基本料】

(問77) 呼吸ケアチーム加算の看護師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

(答) 現時点では以下のいずれかの研修と考えている。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」、「新生児集中ケア」、「救急看護」又は「小児救急看護」の研修
- 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

(廃止) 平成24年3月30日

【入院基本料等加算】

(問53) A 2 4 2呼吸ケアチーム加算の看護師の要件にある研修で現在認められているものについては、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成22年3月29日付厚生労働省保険局医療課事務連絡)において示されているが、日本看護協会認定看護師教育課程「慢性呼吸器疾患看護」は適切な研修に該当するのか。

(答) そのとおり。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【術後疼痛管理チーム加算】

問87 区分番号「A 2 4 2 - 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「A 2 4 2 - 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「L 0 0 9」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。

[疑義解釈（厚労省③2022年4月11日）]【術後疼痛管理チーム加算】

問3 区分番号「A 2 4 2 - 2」術後疼痛管理チーム加算について、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のみ算定すること。

[疑義解釈（厚労省⑦2022年4月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑧2022年5月13日）]【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」こととされているが、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。

特定行為に係る看護師の研修制度

[疑義解釈（厚労省⑱2022年7月26日）]【特定行為に係る看護師の研修制度】

問6「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87等において、施設基準で求める看護師の研修として「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領域別パッケージ研修」のいずれかが該当するとされているが、当該パッケージ研修に含まれる特定行為区分の研修をすべて修了している場合は、当該要件を満たしているとみなして差し支えないか。

（答）差し支えない。

A244 病棟薬剤業務実施加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

A245 データ提出加算

[疑義解釈（厚労省⑩2022年6月1日）]【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なくても、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。。

A246 入退院支援加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

【疑義解釈（厚労省⑫2022年6月7日）】【特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度】

問5 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価については、「歯科の入院患者（同一入院中に内科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること」とされているが、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱについても同様の取扱いであると考えてよいか。

（答）よい。

【疑義解釈（厚労省⑮2022年6月29日）】【特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度】

問6 特定集中治療室用の重症度、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（※）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日までの入院料については遅くとも令和4年9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。

（※）救命救急入院料2、救命救急入院料4

特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3、特定集中治療室管理料4

本資料は、2022年10月6日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

【疑義解釈（厚労省⑥2022年4月21日）】【救命救急入院料、特定集中治療室管理料】

問4 区分番号「A300」救命救急入院料の注1及び区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注1における「急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするもの」には、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を現に実施している患者のほか、一連の入院期間中にこれらを実施していた患者も含まれるか。

（答） 含まれる。

【疑義解釈（厚労省⑳2022年8月24日）】【救命救急入院料、特定集中治療室管理料】

問2 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ける「関連学会と連携」については、「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94において「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。」とされたが、新たに J I P A D に参加する場合、日本集中治療学会のホームページに「J I P A D における参加施設・準じる施設」として掲載されことをもって当該要件を満たすものとしてよいか。

（答） 差し支えない。

A300 救命救急入院料、A301 特定集中治療室管理料、 A301-4 小児特定集中治療室管理料、 A302 新生児特定集中治療室管理料、 A303 総合周産期特定集中治療室管理料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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」とこととされている。

A300 救命救急入院料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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」

早期離床・リハビリテーション加算

(救命救急入院料、特定集中室治療管理料、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)

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【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か。

（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。

早期離床・リハビリテーション加算

(救命救急入院料、特定集中室治療管理料、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)

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【早期離床・リハビリテーション加算】

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。

早期離床・リハビリテーション加算

(救命救急入院料、特定集中室治療管理料、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)

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【早期離床・リハビリテーション加算】

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。

[疑義解釈 (厚労省⑥2022年4月21日)] 【早期離床・リハビリテーション加算】

問5 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。）について、「入室した日から起算して14日を限度として」算定できることとされているが、

① 一連の入院期間中に、早期離床・リハビリテーション加算を算定できる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 早期離床・リハビリテーション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。

(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離床・リハビリテーション加算の算定日数を合算した日数が14日を超えないものとする。

② 初回の入院期間中の早期離床・リハビリテーション加算の算定日数と、再入院時の当該加算の算定日数を合算した日数が14日を超えないものとする。

早期栄養介入管理加算

(救命救急入院料、特定集中室治療管理料、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)

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【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施加算を算定している患者が、早期栄養介入管理加算を算定できる治療室に入室した場合、当該加算は算定可能か。

(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。

早期栄養介入管理加算

(救命救急入院料、特定集中室治療管理料、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)

[疑義解釈 (厚労省⑧2022年5月13日)] 【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。**

早期栄養介入管理加算

(救命救急入院料、特定集中室治療管理料、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)

[疑義解釈 (厚労省⑫2022年6月7日)] 【早期栄養介入管理加算】

問2 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。）については、「入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する」こととされている。

入室後早期から経腸栄養を開始した場合、250点ではなく400点を加算できることとなるが、経腸栄養を開始した後、経口摂取に移行した場合の当該加算の算定については、どのように考えればよいか。

（答）経口摂取に移行した場合においても継続して400点を算定可能。

問3 早期栄養介入管理加算について、「経腸栄養開始後は、1日3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施」することとされているが、患者が経口摂取を開始できるまでに回復した場合であっても、1日3回以上のモニタリングを実施する必要があるか。

（答）経口摂取を開始した場合であっても、当該患者に対するモニタリングを1日3回以上実施する必要がある。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【重症患者対応体制強化加算】

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つては、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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【重症患者対応体制強化加算】

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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

A301 特定集中治療室管理料

[疑義解釈（厚労省⑧2022年5月13日）】【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑥2022年4月21日）]【成育連携支援加算】

問6 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の施設基準における成育連携チームの「専任の常勤看護師」及び「専任の常勤社会福祉士」は、区分番号「A246」入退院支援加算における専任の看護師又は専任の社会福祉士が兼任することは可能か。

（答）可能。

なお、入退院支援加算において各病棟に専任で配置されている「入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士」が兼任することも差し支えないが、この場合は、入退院支援加算に係る入退院支援及び地域連携業務並びに成育連携チームの業務のみ実施可能であること。

A307注5 無菌治療管理加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑧2022年5月13日）]【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。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料、 A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

[疑義解釈（厚労省⑦2022年4月28日）]【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**
- ・ 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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【地域包括ケア病棟入院料】

問123 区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、「許可病床数が200未満の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。

【疑義解釈（厚労省⑦2022年4月28日）】【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。

【疑義解釈（厚労省⑳2022年8月24日）】【地域包括ケア病棟入院料】

問3 区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準(10)について、「オ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。」とされているが、当該訪問看護ステーションの開設者は当該保険医療機関と同一である必要はあるか。

(答) 原則として当該訪問看護ステーションの開設者は当該保険医療機関と同一である必要がある。ただし、当該保険医療機関と退院支援、訪問看護の提供における24時間対応や休日・祝日対応、人材育成等について連携している場合は、同一でなくても差し支えない。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【精神科救急医療体制加算】

問126 区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準における「地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書」とは、具体的にはどのようなものか。

（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。

[疑義解釈（厚労省⑦2022年4月28日）]【精神科救急医療体制加算】

問5 区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準のうち、「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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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「A 3 0 8」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「A 3 1 9」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「A 3 1 9」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「A 3 1 9」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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑦2022年4月28日）]【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。

[看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈（厚労省①2022年9月5日）]

【看護職員処遇改善評価料】

問1 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料については、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（区分番号「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について算定するとされているが、外泊期間中であって、入院基本料の基本点数又は特定入院料の15%又は30%を算定する日においても、算定可能か。

（答）算定可。

問2 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「看護職員等の数（保健師、助産師、看護師及び准看護師の常勤換算の数をいう。）」に、看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者）、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の保健師、助産師、看護師及び准看護師も含むのか。

（答）含む。

問3 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「看護職員等の数（保健師、助産師、看護師及び准看護師の常勤換算の数をいう。）」に、派遣職員など、当該保険医療機関に直接雇用されていない保健師、助産師、看護師及び准看護師も含むのか。

（答）対象とすることは可能。

ただし、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、「賃金改善計画書」や「賃金改善実績報告書」について、対象とする派遣労働者を含めて作成すること。

問4 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「看護職員等の数（保健師、助産師、看護師及び准看護師の常勤換算の数をいう。）」について、育児・介護休業法第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された者の場合、常勤とみなしてよいか。

（答）週30時間以上勤務している者であれば、常勤とみなすこと。

問5 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職種を賃金の改善措置の対象に加える場合、当該職種の職員についても、「看護職員等の数」に計上してよいか。

（答）不可。

[看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈（厚労省①2022年9月5日）]

【看護職員処遇改善評価料】

問6 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、「延べ入院患者数」については、どのように算出するのか。

（答）延べ入院患者数は、第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者を対象として、毎日24時現在で当該保険医療機関に入院していた患者の延べ数を計上する。ただし、退院日は延べ入院患者数に含め、また、入院日に退院又は死亡した患者も延べ入院患者数に含める。

問7 問6について、自由診療や労災保険による患者について、「延べ入院患者数」に計上するのか。

（答）自由診療の患者については、計上しない。公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

問8 問6について、救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合、「延べ入院患者数」に計上するのか。

（答）計上する。

問9 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準における別表1のテ「その他医療サービスを患者に直接提供している職種」とは、具体的にどのような職種か。

（答）診療エックス線技師、衛生検査技師、メディカルソーシャルワーカー、医療社会事業従事者、介護支援専門員、医師事務作業補助者等が想定される。

問10 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準における別表1のテ「その他医療サービスを患者に直接提供している職種」について、医療サービスを患者に直接提供していない一般の事務職員は対象となるか。

（答）対象とならない。

[看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈（厚労省①2022年9月5日）]

【看護職員処遇改善評価料】

問11 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、看護職員処遇改善評価料による賃金の改善措置の対象に、薬剤師を加えることは可能か。

（答）不可。

なお、看護職員処遇改善評価料によらずに賃金の改善措置を実施することは可能であるが、その場合には、当該評価料における「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」における、賃金改善の見込額及び実績額に計上しないこと。

問12 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。

（答）貴見のとおり。

問13 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、基本給等について、常勤職員へは当月払いし、非常勤職員へは翌月払いしている場合、賃金の実績額及び改善実施期間はどのように判断すべきか。

（答）いずれについても、基本給等の支払われた月ではなく、対象となった月で判断する。

問14 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料による収入の全額について、賃金改善実施期間内に看護職員等の賃金の改善措置を行う必要があるか。

（答）原則として、賃金改善実施期間内に賃金の改善措置を行う必要がある。

ただし、想定を上回る収入が生じたなど、やむを得ない場合に限り、当該差分については、翌年度7月に「賃金改善実績報告書」を提出するまでに賃金の改善措置を行えばよいものとする。

問15 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、ペア等による賃金改善を開始した後に、看護職員処遇改善評価料による収入が計画書作成時の見込額を上回り、ペア等に3分の2以上充てる要件を満たさなくなった場合、再度就業規則等を改正し、基本給又は決まって毎月支払われる手当を更に引き上げる必要があるか。

（答）貴見のとおり。

[看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈（厚労省①2022年9月5日）]

【看護職員処遇改善評価料】

問16 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金の改善措置を実施する具体的方法（金額・割合等）について、職員に応じて区分することは可能か。

（答）可能。各保険医療機関の実情に応じて、賃金の改善措置の方法を決定すること。なお、その場合であっても、「看護職員等の数」は当該保険医療機関に勤務する全ての保健師、助産師、看護師及び准看護師を対象とすること。

問17 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、賃金改善の実績額の算出に当たって、賃金改善実施期間内における定期昇給や人事院勧告等に伴う給与変動は、どのように取り扱うべきか。

（答）定期昇給や人事院勧告等に伴う給与変動については、当該評価料の算定の有無にかかわらず措置されるものであり、賃金改善の実施額に含まれないため、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」及び「当該評価料を取得し賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」の双方において考慮すること。

問18 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、賃金改善に伴い増加する賞与、時間外勤務手当等、法定福利費等の事業者負担分及び退職手当についても、賃金改善の実績額とみなしてよいか。

（答）いずれについても、基本給等の引き上げにより増加した分については、賃金改善の実績額に含めてよい。ただし、ベア等には含めないこと。

なお、退職手当の増加分については、当該評価料による賃金改善実施期間に退職した者に係るものに限る。

[看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈（厚労省①2022年9月5日）]

【看護職員処遇改善評価料】

問19 問18における、賃金改善に伴い増加する法定福利費等の事業者負担分について、どのような範囲を指すのか。

（答）次の①及び②を想定している。

- ①健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、児童手当拠出金、雇用保険料、労災保険料等における、賃金改善に応じた事業者負担増加分
 - ②退職手当共済制度等における掛金等が増加する場合の増加分
- なお、算出に当たっては、以下の算式により算出した金額を標準とするが、対象保険医療機関の実情に応じて、以下の算式以外の合理的な方法に基づく概算によって算出しても差し支えない。

<算式>

「前事業年度における法定福利費等の事業者負担分の総額」÷「前事業年度における賃金の総額」×「賃金改善額」

問20 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の対象職員について、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）を含めず、看護職員等以外の職種の職員のみ賃金の改善措置を行うことでも良いか。

（答）看護職員の処遇改善を目的としている当該評価料の趣旨に鑑み、賃金の改善措置の対象者には、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）を含める必要がある。

問21 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金（超過勤務手当や賞与に反映させる必要はあるのか）

（答）労働基準法第37条第5項及び労働基準法施行規則第21条で列举されている手当に該当しない限り、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。当該評価料に係る「決まって毎月支払われる手当」については、その性質上、上記手当には該当しないことから、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。

なお、「決まって毎月支払われる手当」をいわゆる賞与の算定に際して反映させるか否かは、各医療機関の定めによる。

[看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈（厚労省①2022年9月5日）]

【看護職員処遇改善評価料】

問22 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、区分変更を行う場合はどのような届出が必要か。

（答）「基本診療料の施設基準等に係る届出書」及び「看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出書添付書類」の届出が必要。

なお、「賃金改善計画書」については、更新する必要はない。

問23 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準において、「対象医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。」とあるが、具体的にどのような対応が必要か。

（答）当該評価料による賃金改善を行うための就業規則等の変更について労働者の過半数を代表する者の意見を聴くことや、賃金改善に当たって正当な理由なく差別的な取扱いをしないことなど、労働基準法やその他関係法令を遵守した対応が必要である。

その他、賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定することが望ましい。

[看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈（厚労省②2022年9月27日）]

【看護職員処遇改善評価料】

問1 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「看護職員等の数（保健師、助産師、看護師及び准看護師の常勤換算の数をいう。）」に、労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第23条第2項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第24条第1項の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の看護職員等も含むのか。

（答）含まない。

[看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈（厚労省②2022年9月27日）]

【看護職員処遇改善評価料】

問2 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準において、「特定した賃金項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならないこと。」とあるが、例えば、新型コロナウイルス感染症対応を行った場合における手当について、感染状況を踏まえて減額・廃止する場合は、業績等に応じて変動するものとして賃金項目の水準低下には当たらないものと考えてよいか。

（答）差し支えない。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

B001 9 外来栄養食事指導料、 B001 10 入院栄養食事指導料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【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っては、患者の家族等にのみ指導を実施した場合でも算定できる。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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）」

[疑義解釈（厚労省③2022年4月11日）]【高度難聴指導管理料】

問4 区分番号「B001」の「14」高度難聴指導管理料において、「その他の患者については年1回に限り算定する」とあるが、「年1回」とは、暦年（1月1日から12月31日まで）に1回のことを指すのか。

（答）そのとおり。

[疑義解釈（厚労省⑳2022年8月24日）】【慢性維持透析患者外来医学管理料】

問4 区分番号「B001」の「15」慢性維持透析患者外来医学管理料について、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）、有床診療所入院基本料、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、有床診療所療養病床入院基本料及び地域移行機能強化病棟入院料を算定する場合において、入院中の患者が他の医療機関へ受診し透析を行い、当該他の医療機関において検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合は算定可能か。

（答）可能。

B001 28 小児運動器疾患指導管理料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【二次性骨折予防継続管理料】

問140 区分番号「B 0 0 1」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「B 0 0 1」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「B 0 0 1」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。

[疑義解釈（厚労省⑧2022年5月13日）]【二次性骨折予防継続管理料】

問 7 区分番号「B 0 0 1」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「A 3 0 8」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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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、「□ 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、「□ 2月目以降」に限り算定可。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省②82022年9月27日）]【下肢創傷処置管理料】

問4 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」については、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添1の問145で示された研修の他、一般社団法人日本フットケア・足病医学会「下肢創傷処置・管理のための講習会」は該当するか。

（答）該当する。

B001-2 小児科外来診療料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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）（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「A 0 0 0」初診料の注1のただし書に規定する251点又は区分番号「A 0 0 1」再診料の73点若しくは区分番号「A 0 0 2」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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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「□」及び「2」の「□」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「□」又は「2」の「□」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「□」又は「2」の「□」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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【外来腫瘍化学療法診療料】

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「口」又は「2」の「口」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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【外来腫瘍化学療法診療料】

問156 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、「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「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料において、「専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」とあるが、

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

（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。

[疑義解釈（厚労省③2022年4月11日）]【外来腫瘍化学療法診療料】

問5 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料について、「区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料の八は、別に算定できない」とされているが、外来腫瘍化学療法診療料を算定しない日であれば算定可能か。

（答）外来腫瘍化学療法診療料を算定する患者については、算定不可。

問6 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、当該診療料を算定する日と同一日に、同一保険医療機関の別の診療科を受診した場合、初診料、再診料又は外来診療料は算定可能か。

（答）当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等と関連のない傷病に対する診療を行う場合であって、区分番号「A000」初診料の注5のただし書、区分番号「A001」再診料の注3又は区分番号「A002」外来診療料の注5に該当する場合に限り、これらに規定する点数を算定できる。

[疑義解釈（厚労省¹⁴2022年6月22日）] 【外来腫瘍化学療法診療料】

問3 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料における「抗悪性腫瘍剤」とは、具体的には何を指すのか。

（答）薬効分類上の腫瘍用薬を指す。

[疑義解釈（厚労省¹⁹2022年7月26日）] 【外来腫瘍化学療法診療料】

問5 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料について、「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）別添1の問157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」における常時とは、24時間」と示されたが、診療所であって、令和4年9月30日までの間に体制を整備することが困難な場合については、どのように考えればよいか。

（答）令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいものとする。

なお、その場合においては、令和4年10月1日以降の算定に当たり、別添2の様式39を用いて届出を行う必要があり、その際、院内に常時1人以上配置することが困難な理由を添えること。

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

C101 在宅自己注射指導管理料

【疑義解釈（厚労省③2022年4月11日）】【外来腫瘍化学療法診療料】

問7 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料について、「区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない」とこととされているが、以下の場合において、在宅自己注射指導管理料は算定可能か。

① 外来腫瘍化学療法診療料に係る外来化学療法又は治療に伴う副作用等と関連のない傷病に対する診療において、自己注射に関する指導管理を行う場合

② ①に該当しない場合であって、外来腫瘍化学療法診療料を算定しない日に自己注射に関する指導管理を行う場合

（答）それぞれ以下のとおり。

① 算定可。

② 算定不可。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【バイオ後続品導入初期加算】

問158 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の注7、区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料の注4及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、従前からバイオ後続品を使用している患者について、先行バイオ医薬品が同一である別のバイオ後続品に変更した場合、当該加算は算定可能か。

（答）算定不可。

問159 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の注7、区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料の注4及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、「バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として加算すること」とされているが、初回処方日から3月以内に転医し、転医先で同一のバイオ後続品を処方した場合に、当該加算は算定可能か。

（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。

[疑義解釈（厚労省③2022年4月11日）]【バイオ後続品導入初期加算】

問8 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の注7、区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料の注4及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、従前からバイオ後続品を使用している患者について、先行バイオ医薬品が異なるバイオ後続品を新たに使用した場合、当該加算は算定可能か。

（答）算定可。

B001-2-12注7 バイオ後続品導入初期加算

[疑義解釈（厚労省^⑭2022年6月22日）】【バイオ後続品導入初期加算】

問4 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の注7に規定するバイオ後続品導入初期加算について、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「□」又は「2」の「□」を算定する場合であって、抗悪性腫瘍剤以外の薬剤についてバイオ後続品を使用したときは、当該加算を算定できるか。

（答）算定できる。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【こころの連携指導料(I)】

問162 区分番号「B 0 0 5 - 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「B 0 0 5 - 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「B 0 0 5 - 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。

[疑義解釈 (厚労省⑭2022年6月22日)] 【こころの連携指導料(I)】

問5 区分番号「B 0 0 5 - 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、「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162でお示しているものに加えて、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 (かかりつけ医版) 」が該当する。

B009注7 診療情報提供料(I)

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【診療情報提供料(I)】

問165 区分番号「B 0 0 9」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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。）。

B100 高血圧症治療補助プログラム加算

【疑義解釈（厚労省⑳2022年9月27日）】【高血圧症治療補助プログラム加算】

問3 区分番号「B100」に追加された高血圧症治療補助プログラム加算について、第2章第1部第1節医学管理料等との関係をどのように考えればよいか。

（答）高血圧症治療補助プログラム加算については、第2章第1部第2節プログラム医療機器等医学管理加算を準用していることから、第2章第1部第1節医学管理料等のうち要件を満たすものを算定する場合に、当該加算を算定できる。

在宅療養支援病院

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

C002 在宅時医学総合管理料、 C002-2 施設入居時等医学総合管理料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【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。

C002 在宅時医学総合管理料、 C002-2 施設入居時等医学総合管理料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料】

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。。

C004注4 重症患者搬送加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【重症患者搬送加算】

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。

C004注4 重症患者搬送加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【重症患者搬送加算】

問179 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「C004」救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算の施設基準における重症患者搬送チームの「集中治療の経験を5年以上有する医師」についても、「特定集中治療に習熟していることを証明する資料」を提出する必要があるか。

（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。

C007 訪問看護指示料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【訪問看護指示料】

問180 区分番号「C007」訪問看護指示料について、「退院時に1回算定できる」とあるが、訪問看護指示書を患者の退院日に交付する場合だけでなく、例えば、退院日に主治医が不在である等の理由により退院日前に訪問看護指示書を交付する場合においても、退院日に算定可能か。

（答）算定可。

C014 外来在宅共同指導料

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【外来在宅共同指導料】

問181 区分番号「C014」外来在宅共同指導料について、患者の在宅療養を担う医師の初回の訪問時に、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている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。

C103注2、C107-2注2 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)

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【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「C103」在宅酸素療法指導管理料の注2及び区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に規定する遠隔モニタリング加算について、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合、情報通信機器を用いた診療に係る基本診療料は別に算定できるか。

(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。

C150 血糖自己測定器加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【血糖自己測定器加算】

問183 区分番号「C150」血糖自己測定器加算の「7」間歇スキャン式持続血糖測定器によるものについて、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニストの自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うために間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合は、算定可能か。

（答）算定不可。

C150注4 血中ケトン体自己測定器加算

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【血中ケトン体自己測定器加算】

問184 区分番号「C150」血糖自己測定器加算の注4に規定する血中ケトン体自己測定器加算について、「SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病の患者に対し、糖尿病性ケトアシドーシスのリスクを踏まえ、在宅で血中のケトン体濃度の自己測定を行うために血中ケトン体自己測定器を給付した場合に算定する。なお、血中ケトン体測定用電極及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における・・・」とあるが、実際の使用状況を踏まえ、血中ケトン体測定用電極を追加的に給付しなかった場合であっても、算定可能か。

（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。

D 検査

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の「1」検体提出時を算定し、請求を終えた場合であって、これにより得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、同年4月1日以降に当該検査結果を医学的に解釈するための多職種による検討会での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合について、区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の算定はどのように考えればよいか。

（答）区分番号「B011-5」がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に限り、令和4年3月31日以前に算定した旧医科点数表における区分番号「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「□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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【がんゲノムプロファイリング検査】

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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【百日咳菌抗原定性】

問192 区分番号「D 0 1 2」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。）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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【白癬菌抗原定性】

問193 区分番号「D 0 1 2」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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【超音波減衰法検査】

問問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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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。

【疑義解釈（厚労省②2022年4月8日）】【SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出】

問1 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4月8日付けで薬事承認された「SARS-CoV-2 RNA検出試薬 LAMP direct Genelyzer KIT」（キヤノンメディカルシステムズ株式会社）はいつから保険適用となるのか。

（答）令和4年4月8日より保険適用となる。

【疑義解釈（厚労省⑤2022年4月19日）】【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4月19日付けで薬事承認された「クイック チェイサー SARS-CoV-2」（株式会社 ミスホメディー）はいつから保険適用となるのか。

（答）令和4年4月19日より保険適用となる。

【疑義解釈（厚労省⑨2022年5月25日）】【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。

【疑義解釈（厚労省⑪2022年6月1日）】【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。

【疑義解釈（厚労省⑬2022年6月7日）】【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7日付けで薬事承認された「エスプライン SARS-CoV-2 N」（富士レボ株式会社）はいつから保険適用となるのか。

（答）令和4年6月7日より保険適用となる。

【疑義解釈（厚労省⑰2022年7月8日）】【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7月8日付けで薬事承認された「KBM ラインチェック nCoV」（コージンバイオ株式会社）はいつから保険適用となるのか。

（答）令和4年7月8日より保険適用となる。

[疑義解釈（厚労省⑯2022年7月1日）]【SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）】

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7月1日付けで薬事承認された「ラピッドテストFLU&SARS-CoV-2」（積水メディカル株式会社）はいつから保険適用となるのか。

（答）令和4年7月1日より保険適用となる。

[疑義解釈（厚労省⑱2022年7月13日）]【検査料】

問3 特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）別表第十二の一に掲げる検査に、医科点数表第2章第3部検査の第4節「診断穿刺・検体採取料」に掲げる診療料は含まれるか。

（答）含まれない。

[疑義解釈（厚労省⑲2022年7月26日）]【発達及び知能検査】

問7 区分番号「D283」発達及び知能検査「3」操作と処理が極めて複雑なものについて、WISC-V知能検査は含まれるか。

（答）含まれる。

[疑義解釈（厚労省⑳2022年8月3日）]【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8月3日付けの薬事承認の一部変更により追加された「エスプラインSARS-CoV-2N」（富士レボイオ株式会社）の唾液による検出についてはいつから保険適用となるのか。

（答）令和4年8月3日より保険適用となる。

[疑義解釈（厚労省²¹2022年8月4日）]【インフルエンザ核酸検出】

問1 「鼻咽頭ぬぐい液中のA型及びB型インフルエンザウイルスRNAの検出」を使用目的として令和4年8月4日付けで薬事承認された「GeneSoCインフルエンザウイルスA/B検出キット」（杏林製薬株式会社）はいつから保険適用となるのか。

（答）令和4年8月4日より保険適用となる。なお、当該検査を実施する場合は、区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「13」インフルエンザ核酸検出を算定すること。

[疑義解釈（厚労省²²2022年8月18日）]【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8月18日付けで薬事承認された「VトラストSARS-CoV-2Ag」（ニプロ株式会社）はいつから保険適用となるのか。

（答）令和4年8月18日より保険適用となる。

問2 令和2年5月13日付けで保険適用されたSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出（定性）を実施する際に用いるものとして、「SARS-CoV-2抗原の検出（COVID-19の診断又は診断の補助）を目的として薬事承認又は認証を得ているもの」とあるが、令和4年8月18日付けの薬事承認の一部変更により追加された「クイックチェイサーAutoSARS-CoV-2」（株式会社ミズホメディー）及び「富士ドライケムIMMUNOAGカートリッジCOVID-19Ag」（株式会社ミズホメディー）の唾液による検出についてはいつから保険適用となるのか。

（答）令和4年8月18日より保険適用となる。

[疑義解釈（厚労省²⁴2022年9月1日）]【SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出（定性）】

問1 令和4年9月1日付けで保険適用されたSARS-CoV-2・RS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RS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、「クイックチェイサーSARS-CoV-2/RSV」（株式会社ミズホメディー）はこれに該当するか。

（答）該当する。

[疑義解釈 (厚労省²⁵2022年9月7日)] 【SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出 (定性) 】

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9月7日付けで薬事承認された「SARS-CoV-2 & Flu A/Bラピッド抗原テスト」(ロシュ・ダイアグノスティクス株式会社) はいつから保険適用となるのか。

(答) 令和4年9月7日より保険適用となる。

[疑義解釈 (厚労省²⁶2022年9月14日)] 【SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出 (定性) 】

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9月14日付けで薬事承認された「GLINE-SARS-CoV-2 & Flu A+Bキット」(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9月14日より保険適用となる。

[疑義解釈 (厚労省²⁷2022年9月22日)] 【SARS-CoV-2 (新型コロナウイルス) 核酸検出】

問1 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9月22日付けで薬事承認された「ID NOW 新型コロナウイルス2019 v2.0」(アボット ダイアグノスティクス メディカル株式会社) はいつから保険適用となるのか。

(答) 令和4年9月22日より保険適用となる。

[疑義解釈 (厚労省²⁹2022年10月6日)] 【SARS-CoV-2 (新型コロナウイルス) 核酸検出】

問1 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10月6日付けで薬事承認された「LeaDEA VIASURE SARS-CoV-2 PCRキット」(プレジジョン・システム・サイエンス株式会社) はいつから保険適用となるのか。

(答) 令和4年10月6日より保険適用となる。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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」とされている。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑫2022年6月7日）] 【肝エラストグラフィ加算】

問6 区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の注10に規定する肝エラストグラフィ加算の施設基準における「関係学会の定める指針に基づいて、肝エラストグラフィ撮影を適切に実施していること」について、「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、日本医学放射線学会及び日本磁気共鳴医学会が作成した「肝MRエラストグラフィ撮像・管理指針」を指す。

F 投薬

[疑義解釈（厚労省⑥2022年4月21日）]【投薬】

問7 湿布薬については、1処方当たりの枚数が制限されているが、これは湿布薬の種類ごとの上限枚数ではなく、1処方における全ての種類の湿布薬の合計に係る上限枚数という理解でよいか。

（答）よい。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28年3月31日事務連絡）別添1の問128は廃止する。

H リハビリテーション

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

H リハビリテーション

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

【疑義解釈（厚労省⑩2022年6月1日）】【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が可能か。

（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。

【疑義解釈（厚労省⑱2022年7月13日）】【摂食嚥下機能回復体制加算】

問1 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1及び2の施設基準において求める、摂食嚥下支援チームの「専従の常勤言語聴覚士」は、疾患別リハビリテーションの専従又は専任の言語聴覚士を兼ねることが可能か。

（答）不可。

問2 摂食嚥下機能回復体制加算1及び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」の受講について、どのように考えればよいか。

（答）令和4年3月31日時点で、旧医科点数表における区分番号「H004」の注3に掲げる摂食嚥下支援加算について、令和2年度診療報酬改定において、令和4年3月31日までの間に限り設けられた経過措置により、摂食嚥下支援チームの専任の常勤看護師の規定を満たしているものとして施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和5年3月31日までに当該研修を受講することが確定している場合に限り、届出可能。

なお、当該研修の受講を予定しているものの、やむを得ない事情により受講確定に至っていない場合には、受講が確定するまでの間に限り、当該研修の申込みを行うことをもって、届出を行っても差し支えない。ただし、この場合は、届出書類に当該研修を受講する認定看護師教育機関名、受講開始日及び修了予定日を記載すること。また、届出後に受講が確定した時点で、改めて受講対象者である看護師に係る届出を行うこと。

なお、受講の申込みをしていたが受講が認められなかった場合や受講を中断する場合には、遅延なく届出を辞退すること。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【療養生活継続支援加算】

問209 区分番号「I 0 0 2」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「I 0 0 2」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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【依存症集団療法（アルコール依存症の場合）】

問211 区分番号「I 0 0 6 - 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」

Ｊ 処置

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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 J 0 9 5 から J 1 1 5 - 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「 J 0 9 5 」耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）から「 J 1 1 5 - 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）（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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【人工腎臓】

問214 区分番号「 J 0 3 8 」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、H I F - P H 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H I F - P H 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。

」 処置

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

」 処置

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑧2022年5月13日）]【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） （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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【人工呼吸】

問222 区分番号「J 0 4 5」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「J 0 4 5」人工呼吸の算定を開始した日を起算日とする。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【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「J 1 1 4」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。

【疑義解釈（厚労省⑩2022年6月1日）】【ネブライザ】

問8 3月31日事務連絡別添1の問22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「J 1 1 4」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おいては、医学的必要性を摘要欄に記載すること。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【治療用装具採型法】

問224 区分番号「J 1 2 9 - 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」とされているが、区分番号「J 1 2 9 - 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。

」 処置

[疑義解釈（厚労省⑭2022年6月22日）]【下肢創傷処置】

問6 区分番号「J000-2」下肢創傷処置について、足趾の浅い潰瘍についてはどのように算定すればよいか。

（答）「1 足部（踵を除く。）の浅い潰瘍 135 点」を算定する。

問7 区分番号「J000-2」下肢創傷処置については、留意事項通知において、「下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵」であるとされているが、ここでいう「足部」とは具体的にどの部位を指すか。

（答）足関節以遠の部位（足趾又は踵を除く。）及びアキレス腱を指す。

[疑義解釈（厚労省⑰2022年7月26日）]【導入期加算（人工腎臓）】

問8 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の施設基準について、それぞれ「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を受講していること」、「導入期加算1又は2を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施」とあるが、「腎代替療法に係る研修」とは、どのようなものが該当するか

（答）次の要件を満たすものが該当する。

（イ）導入期加算3を算定している施設が主催する研修であること。

（ロ）当該研修を実施又は受講する各施設に配置されている「腎代替療法に係る所定の研修を修了した者」が参加していること。

（ハ）在宅血液透析、腹膜透析及び腎移植に関する基礎知識、腎代替療法の特性に応じた情報提供、腎代替療法に係る意思決定支援等の内容が含まれる研修であること。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【周術期栄養管理実施加算】

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。

[疑義解釈（厚労省⑧2022年5月13日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【緊急整復固定加算、緊急挿入加算】

問235 区分番号「K046」骨折観血的手術の注に規定する緊急整復固定加算及び区分番号「K081」人工骨頭挿入術の注に規定する緊急挿入加算（以下単に「緊急整復固定加算及び緊急挿入加算」という。）の施設基準における「関係学会等と連携」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

（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。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【術中MRI撮影加算】

問238 区分番号「K169」頭蓋内腫瘍摘出術の注3及び区分番号「K171-2」内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術の注に規定する術中MRI撮影加算における「関係学会の定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

(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。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【舌下神経電気刺激装置植込術】

問239 区分番号「K190-8」舌下神経電気刺激装置植込術の施設基準における「関係学会から示されている指針」とは、具体的には何を指すのか。

(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。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【網膜冷凍凝固術】

問240 区分番号「K277」網膜冷凍凝固術について、網膜芽細胞腫、網膜血管腫、コーツ病、血管増殖性網膜腫瘍は対象となるか。

(答) 対象となる。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【植込型骨導補聴器 (直接振動型) 植込術】

問241 区分番号「K305-2」植込型骨導補聴器 (直接振動型) 植込術における「関連学会の定める適応基準」とは、具体的には何を指すのか。

(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。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【耳管用補綴材挿入術】

問242 区分番号「K308-3」耳管用補綴材挿入術の施設基準における「関係学会」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、「日本耳科学会」を指す。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【頭頸部悪性腫瘍光線力学療】

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「アキラルックスとレーザー光照射による治療講習会」が該当する。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【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。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【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。

[疑義解釈 (厚労省⑦2022年4月28日)] 【緑内障手術】

問 15 区分番号「K 2 6 8」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「K 2 6 8」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。

[疑義解釈 (厚労省⑫2022年6月7日)] 【自家脂肪注入】

問7 区分番号「K 0 1 9 - 2」自家脂肪注入の施設基準において、

- ① 「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。
- ② 医師に求める「関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 現時点では、日本形成外科学会及び日本乳房オンコプラスティックサージャリー学会が作成した「再建を目的とした自家脂肪注入に対する適正施行基準 (2017年版)」を指す。
- ② 現時点では、「日本形成外科学会 E-learning 自家脂肪注入術特別セミナー」が該当する。

[疑義解釈（厚労省⑫2022年6月7日）] 【腹腔鏡下子宮癒痕部修復術】

問8 区分番号「K 8 8 2 - 2」腹腔鏡下子宮癒痕部修復術の施設基準において、「産科又は産婦人科」とあるが、婦人科であっても当該要件を満たすものと考えてよいか。

（答） よい。

[疑義解釈（厚労省⑰2022年7月26日）] 【鏡視下咽頭悪性腫瘍手術、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術】

問9 区分番号「K 3 7 4 - 2」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）及び区分番号「K 3 9 4 - 2」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）の施設基準における「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） 現時点では、日本頭頸部外科学会のデータベースである「咽喉頭癌に対するロボット支援手術症例レジストリ」に症例登録することを指す。

[疑義解釈（厚労省⑳2022年8月24日）] 【腹腔鏡下直腸切除・切断術】

問5 区分番号「K 7 4 0 - 2」腹腔鏡下直腸切除・切断術の「2」低位前方切除において、超低位前方切除術又は経肛門吻合を伴う切除術を内視鏡手術用支援機器を用いて実施した場合、どのように算定するのか。

（答） 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出を行っている場合、区分番号「K 7 4 0 - 2」腹腔鏡下直腸切除・切断術の「2」低位前方切除を算定可能。

L 麻酔

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【周術期薬剤管理加算】

問248 区分番号「L009」麻酔管理料(Ⅰ)の注5及び区分番号「L010」麻酔管理料(Ⅱ)の注2に規定する周術期薬剤管理加算について、当直の薬剤師が周術期に必要な薬学的管理を行った場合、当該加算は算定可能か。

(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「L009」麻酔管理料(Ⅰ)の注5及び区分番号「L010」麻酔管理料(Ⅱ)の注2に規定する周術期薬剤管理加算の施設基準における「周術期薬剤管理に関するプロトコル」と「薬剤の安全使用に関する手順書」は同一のものでよいか。

(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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【一回線量増加加算】

問250 区分番号「M001」体外照射の「3」強度変調放射線治療（IMRT）の注2に規定する一回線量増加加算について、令和4年3月31日以前に1回の線量が2.5Gy以上3Gy未満の前立腺照射を行った患者について、旧医科点数表における当該加算を算定した場合であって、同年4月1日以降においても当該患者の診療を継続し、1回の線量が2.5Gy以上3Gy未満の前立腺照射を行った場合は、当該加算は算定可能か。

（答）不可。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【ホウ素中性子捕捉療法】

問251 区分番号「M001-5」ホウ素中性子捕捉療法（注2に規定するホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及び注3に規定するホウ素中性子捕捉療法医学管理加算を含む。）の施設基準における「関連学会」とは、具体的には何を指すのか。

（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。

リフィル処方

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【記載要領】

費用請求_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。

※ 以下の費用請求_問2から費用請求_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。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【血液化学検査】

費用請求_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、男性の場合にあつては10ng/ml以下、女性の場合にあつては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つては従前のとおり医学的判断による。

【疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）】【血液形態・機能検査】

費用請求_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とおり医学的判断による。

【費用請求】

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【出血・凝固検査】

費用請求_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とおり医学的判断による。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【血漿蛋白免疫学的検査】

費用請求_問5 区分番号「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「11」 β 2-マイクログロブリンについては、複数回実施した場合には検査結果を記載することとなったが、同一月に実施した検査結果のうち最も高かったものについて、10.0mg/L以上であった場合には、以後、複数回の検査実施も必要と考えるが、当該検査実施料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の検査結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

[疑義解釈 (厚労省①2022年3月31日)] 【医薬品】

費用請求_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、上記以外の検査結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

費用請求_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とおり医学的判断による。

費用請求_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は、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とおり医学的判断による。

費用請求_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とおり医学的判断による。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【医薬品】

費用請求_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、上記以外の検査結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

費用請求_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。

費用請求_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5mg、初回投与時以外は3mgまでの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（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。

費用請求_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4mgまでの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）] 【医薬品】

費用請求_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って、投与前に実施した抗アセチルコリン受容体抗体検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも初回から4回目までの投与時は900mg、5回目以降の投与時は1,200mgまでの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

費用請求_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って、投与前に実施した抗アクアポリン4抗体検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも初回から4回目までの投与時は900mg、5回目以降の投与時は1,200mgまでの投与は妥当

と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（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。

費用請求_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って、投与前に実施したCD19抗原検査の結果が陽性であった場合には、本製品の投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

費用請求_問17 イネビリスマブ（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、抗アクアポリン4（AQP4）抗体検査の結果を記載することとなったが、投与前に実施した抗アクアポリン4（AQP4）抗体検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも300mgまでの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

費用請求_問18 イットリウム（90Y）イブリツモマブチウキセタン（遺伝子組換え）製剤を投与するに当たって、CD20抗原検査測定結果を記載することとなったが、投与前に実施したCD20抗原検査の結果が陽性であった場合には、少なくとも1セットまでの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（答）よい。なお、上記以外の測定結果にあっては従前のとおり医学的判断による。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【医薬品】

費用請求_問19 サトラリズムブ（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。

費用請求_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、上記以外の検査結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

費用請求_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。

費用請求_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。

費用請求_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。

[疑義解釈（厚労省①2022年3月31日）]【医薬品】

費用請求_問24 モガムリズムブ（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。

費用請求_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、上記以外の検査結果にあつては従前のとおり医学的判断による。

費用請求_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回目以降の投与時は800mgまでの投与は妥当と考えるが、当該薬剤料を算定してよいか。

（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。

費用請求_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 μ 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。

費用請求_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とおり医学的判断による。



日医工がお届けする **Stu-GE** は、
スタジー
医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
 テーマ別
 情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC/PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧
 DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1 → メールマガジンの受信

会員特典2 → 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>