

事 務 連 絡
令和 4 年 3 月 31 日

関 係 団 体 御 中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その1）

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)及び都道府県後期高齢者医療主管部(局)後期高齢者医療主管課(部)あて連絡しましたので、別添団体各位におかれましても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

< 抄 >

事務連絡
令和4年3月31日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その1）

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

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

医科診療報酬点数表関係

【初診料（情報通信機器を用いた場合）】

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

(答) 区分番号「A000」初診料288点のみを算定すること。

【初診料、外来診療料】

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

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

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

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

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

【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。

② 医療圏や都道府県を越えて連携している場合

(答) それぞれ以下のとおり。

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

問 16 区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算について、

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

(答) それぞれ以下のとおり。

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

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

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

(答) それぞれ以下のとおり。

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

① 対象となるサーベイランスには、JANIS及びJ-SIPHE以外にどのようなものがあるか。

② JANISに参加する場合にあっては、JANISの一部の部門にのみ参加すればよいのか。

(答) それぞれ以下のとおり。

① 現時点では、JANIS及びJ-SIPHEとするが、市区町村以上の規模でJANISの検査部門と同等のサーベイランスが実施されている場合については、当該サーベイランスがJANISと同等であることが分かる資料を添えて当局に内議されたい。

② 少なくともJANISの検査部門に参加している必要がある。なお、診療所についてもJANISの検査部門への参加は可能である。

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

(答) 以下の内容について掲示すること。

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

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

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

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

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

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

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

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

(答) それぞれ以下のとおり。

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

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

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

(答) それぞれ以下のとおり。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(例)

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

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

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

(答) それぞれ以下のとおり。

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

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

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

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

【電子的保健医療情報活用加算】

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

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

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

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

(答) よい。

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

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

【外来管理加算】

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

(答) 外来管理加算の算定に当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察

(視診、聴診、打診及び触診等)を行う必要があるため、算定不可。

【褥瘡対策】

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

(答) よい。

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

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

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

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

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

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

している場合

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

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

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

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

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

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

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

【療養病棟入院基本料】

問 42 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注1について、「当該病棟

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

(答) よい。

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

(答) 当該患者について、1 回に限り算定可。

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

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

【入院基本料等の施設基準等】

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

(答) 可能。

【急性期充実体制加算】

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

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

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「A 2 0 0 - 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つては、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「A 2 0 0 - 2」急性期充実体制加算の施設基準において求める「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「所定の研修」には、具体的にどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

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

問 60 区分番号「A 2 0 0 - 2」急性期充実体制加算の施設基準において「日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について第三者の評価を受けている病院」とあるが、「第三者の評価」には、以下に掲げるものは該当すると考えてよいか。

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

(答) よい。

問 61 区分番号「A 2 0 0 - 2」急性期充実体制加算の施設基準における「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) 「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」こと

については、調剤点数表の特別調剤基本料における考え方と同様である。

具体的には、次の①から④までのいずれにも該当しない場合を指す。

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

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

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

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

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

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

(答) 可能。

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

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

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

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

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

【小児療養環境特別加算】

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

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

【精神科リエゾンチーム加算】

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

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

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

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

【依存症入院医療管理加算】

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。

【術後疼痛管理チーム加算】

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

（答）現時点では、以下の研修が該当する。

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

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

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

（答）可能。

【病棟薬剤業務実施加算】

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

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

【入退院支援加算】

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

(答) 可能。

【特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度】

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

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

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

(答) 必要。

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

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

【救命救急入院料、特定集中治療室管理料】

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

【外来腫瘍化学療法診療料】

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

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

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

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

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

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

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

(答) 外来腫瘍化学療法診療料を算定しない場合は、算定可。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(答) 外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用以

外の傷病について受診した場合は算定不可。

問 156 区分番号「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。

【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。

【生活習慣病管理料】

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

- ① 理学療法士
- ② 保健所の職員又は他の保険医療機関の職員

(答) それぞれ以下のとおり。

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

【こころの連携指導料(I)】

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

た放射線画像診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する管理指針」を指す。

【ポジトロン断層撮影】

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

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

【血流予備量比コンピューター断層撮影】

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

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

【疾患別リハビリテーション料】

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

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

か。

(答) そのとおり。

【摂食嚥下機能回復体制加算】

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

(答) 1か月以上栄養方法が経口摂取のみである患者を指す。

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

(答) 必要に応じて参加すること。

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

(答) 含まれる。

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

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

※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

【療養生活継続支援加算】

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

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

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

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

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

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

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

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

【緊急整復固定加算、緊急挿入加算】

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

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

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

(答) 例えば、

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

【体外式膜型人工肺管理料】

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

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

【周術期薬剤管理加算】

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

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

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

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

【一回線量増加加算】

問 250 区分番号「M 0 0 1」体外照射の「3」強度変調放射線治療 (IMRT) の注 2 に規定する一回線量増加加算について、令和 4 年 3 月 31 日以前に 1 回の線量が 2.5G y 以上 3 G y 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 2.5G y 以上 3 G y 未満の前立腺照射を行った場合は、当該加算は算定可能か。

(答) 不可。

【ホウ素中性子捕捉療法】

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

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

(答) 現時点では、「日本中性子捕捉療法学会」を指す。

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

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

【横断的事項】

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

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

【リフィル処方】

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

(答) 処方箋を分ける必要がある。

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

(答) 処方箋を分ける必要がある。

【先進医療】

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

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

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

問1 同一グループ内の処方箋受付回数の合計が1月に4万回を超えるグループが新規に開設した保険薬局について、新規指定時における調剤基本料の施設基準の届出の際は、同一グループの処方箋受付回数が1月に4万回を超えるグループに属しているものとして取り扱うことでよいか。

(答) よい。なお、同一グループ内の処方箋受付回数の合計が1月に3万5千回を超える場合及び40万回を超える場合並びに同一グループの保険薬局の数が300以上である場合についても同様の考え方である。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その2)」(平成28年3月31日事務連絡)別添4の問1は廃止する。

問2 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合において、当該服薬指導に係る処方箋の受付回数は、処方箋の受付回数に含めるのか。

(答) 含める。なお、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に係る処方箋の受付回数を特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めず算出する。

【地域支援体制加算】

問3 地域支援体制加算の届出を行っている調剤基本料1を算定する保険薬局において、地域支援体制加算2の新規届出を行う場合、地域支援体制加算1の実績を満たすことを改めて示す必要があるのか。

(答) そのとおり。

問4 地域支援体制加算2、3及び4の実績要件については、①薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること、②薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること、③調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算の算定回数及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の合計が40回以上であること、…と定められているが、令和4年3月までの実績について、薬剤調製料を調剤料、調剤管理料を薬剤服用歴管理指導料と読み替えることでよいか。

(答) そのとおり。

問5 地域支援体制加算の実績要件のうち、「在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定回数」及び「在宅患者訪問薬剤管理指導料等の単一建物診療患者が1人の場合の算定回数」について、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その63）」（令和3年9月28日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添の問16における特例的な点数の算定回数を含めてよいか。

（答）地域支援体制加算の施設基準に関して、「COV 自宅」又は「COV 宿泊」による対応において、薬剤師が訪問し対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理指導を実施した場合（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1（500点）を算定する場合）、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者であれば、在宅患者への対応の実績として回数に加えることができる。

【リフィル処方箋による調剤】

問6 「リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと」とされているが、この場合において、服薬情報等提供料は算定可能か。

（答）算定要件を満たしていれば、服薬情報等提供料1又は2を算定可。

問7 リフィル処方箋による2回目以降の調剤については、「前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内」に行うこととされているが、具体的にはどのように考えればよいか。

（答）例えば、次回調剤予定日が6月13日である場合、次回調剤予定日を含まない前後7日間の6月6日から6月20日までの間、リフィル処方箋による調剤を行うことが可能である。ただし、調剤した薬剤の服薬を終える前に次回の調剤を受けられるよう、次回調剤予定日までに来局することが望ましいこと等を患者に伝えること。

問8 リフィル処方箋の写しは、いつまで保管する必要があるのか。

（答）当該リフィル処方箋の写しに係る調剤の終了日から3年間保管すること。

問9 一般名処方によるリフィル処方箋を受け付けた場合、2回目以降の調剤においてはどのように取り扱えばよいか。

（答）2回目以降の調剤においても、一般名処方されたものとして取り扱うことで差し支えないが、初回来局時に調剤した薬剤と同一のものを調剤することが望ましい。

問 10 リフィル処方箋を次回調剤予定日の前後 7 日以外の日を受け付けた場合は、当該リフィル処方箋による調剤を行うことはできるか。

(答) 不可。なお、調剤可能な日より前に患者が来局した場合は、再来局を求めするなど適切に対応すること。

【嚥下困難者用製剤加算、自家製剤加算】

問 11 薬価基準に記載されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、錠剤を分割する場合、嚥下困難者用製剤加算は算定可能か。

(答) 不可。医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工する場合は算定可。

問 12 嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算について、それぞれどのような場合に算定できるのか。

(答) 原則として、処方された用量に対応する剤形・規格があり、患者の服薬困難解消を目的として錠剤を砕く等剤形を加工する場合は嚥下困難者用製剤加算を算定でき、処方された用量に対応する剤形・規格がなく、医師の指示に基づき自家製剤を行う場合は自家製剤加算を算定できる。

問 13 自家製剤加算について、錠剤を分割する場合は、割線の有無にかかわらず、所定点数の 100 分の 20 に相当する点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

問 14 自家製剤加算における「同一剤形」の範囲は、どのように考えたらよいか。

(答) 内服薬の下記の剤形については、それぞれ別剤形として取り扱うこと。その他については、内服薬及び外用薬における「同一剤形」の取扱いと同様である。なお、本取扱いは、内服薬に係る自家製剤加算における考え方であり、例えば、調剤時の後発医薬品への変更に関する剤形の範囲の取扱いとは異なることに留意すること。

○内用薬

- ① 錠剤、口腔内崩壊錠、分散錠、粒状錠、カプセル剤、丸剤
- ② 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤

(参考)

「薬価算定の基準について」（令和 3 年 2 月 10 日保発 0210 第 3 号）別表 1

【調剤管理料】

問 15 調剤管理料における「内服薬」に、浸煎薬及び湯薬は含まれないのか。

(答) そのとおり。

問 16 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）と外用薬が同時に処方された場合、調剤管理料 1 及び調剤管理料 2 を同時に算定可能か。

(答) 不可。内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬を除く。）以外のみが処方された場合、調剤管理料 2 を算定する。

【調剤管理加算】

問 17 同一保険医療機関の複数診療科から合計で 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者について、調剤管理加算は算定可能か。

(答) 不可。

問 18 複数の保険医療機関から合計で 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者について、当該患者の複数の保険医療機関が交付した処方箋を同時にまとめて受け付けた場合、処方箋ごとに調剤管理加算を算定可能か。

(答) 算定不可。複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて受け付けた場合、調剤管理加算は 1 回のみ算定できる。

問 19 「初めて処方箋を持参した場合」とは、薬剤服用歴に患者の記録が残っていない場合と考えてよいか。

(答) よい。ただし、薬剤服用歴等に患者の記録が残っている場合であっても、当該患者の処方箋を受け付けた日として記録されている直近の日から 3 年以上経過している場合には、「初めて処方箋を持参した場合」として取り扱って差し支えない。

問 20 「処方内容の変更により内服薬の種類が変更した場合」とは、処方されていた内服薬について、異なる薬効分類の有効成分を含む内服薬に変更された場合を指すのか。

(答) そのとおり。

問 21 調剤管理加算の施設基準における「過去一年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績を有していること」について、「過去一年間」の範囲はどのように考えればよいか。

(答) 服用薬剤調整支援料の直近の算定日の翌日から翌年の同月末日までの間は、「1回以上算定した実績」を有するものとしてよい。例えば、令和4年4月20日に服用薬剤調整支援料を算定した場合、その翌日の令和4年4月21日から令和5年4月末日までの間、調剤管理加算の施設基準を満たすこととする。

【電子的保健医療情報活用加算】

問 22 調剤管理料の注5に規定する電子的保健医療情報活用加算について、ただし書の「当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合」とは、どのような場合が対象となるのか。

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

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

問 23 調剤管理料の注5に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「当該情報を活用して調剤等を実施できる体制を有していることについて、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示していること」とされているが、薬局の窓口や掲示板に「マイナ受付」のポスターやステッカーを掲示することでよいか。

(答) よい。

【服薬管理指導料】

問 24 服薬管理指導料の「4」情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合(オンライン服薬指導)及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料における「関連通知」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施

行規則等の一部を改正する省令の施行について（オンライン服薬指導関係）」（令和4年3月31日薬生発0331第17号。厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）を指す。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その5）」（令和2年4月16日事務連絡）別添2の問4は廃止する。

【服薬管理指導料の特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）】

問25 服薬管理指導料の注13に規定する特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）の対象薬局について、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は服薬管理指導料の注14に規定する特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）は算定可能か。

（答）不可。

【服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）】

問26 「算定に当たっては、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行うことについて、…あらかじめ患者の同意を得ること」とあるが、処方箋を受け付け、実際に服薬指導等を実施する際に同意を得ればよいか。

（答）事前に患者の同意を得ている必要があり、同意を得た後、次回の処方箋受付時以降に算定できる。

問27 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師に該当する薬剤師が、異動等により不在の場合は、次回の服薬指導の実施時まで、新たに別の薬剤師を当該他の薬剤師として選定すれば、当該服薬指導の実施時に服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）を算定可能か。

（答）不可。次に要件を満たした際に算定可能。

問28 既にかかりつけ薬剤師指導料等の算定に係る同意を得ている患者に対し、かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合の特例に係る同意を追加で得る場合は、かかりつけ薬剤師の同意書に追記する又は別に当該特例に係る同意を文書で得るといった対応をすればよいか。

(答) よい。ただし、既存の同意書に当該特例に係る同意に関して追記する場合には、当該同意を得た日付を記載するとともに、改めて患者の署名を得るなど、追記内容について新たに同意を取得したことが確認できるようにすること。また、別に文書により当該特例に係る同意を得る場合については、既存の同意書と共に保管すること。

問 29 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応することについて、事前に患者の同意を得ている場合であって、当該他の薬剤師が以下のとおり対応する場合は、それぞれ服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）を算定可能か。

- ① 週3回勤務の薬剤師が対応する場合
- ② 当該店舗で週3回、他店舗で週2回勤務の薬剤師が対応する場合

(答) かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師の要件を満たせば、①及び②のいずれの場合についても算定可。

問 30 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師については、かかりつけ薬剤師と同様に届出が必要か。

(答) 不要。

問 31 服薬管理指導料の注14に規定する特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）を算定した場合についても、服薬管理指導料の注13に規定する特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）に係る手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合の算出に含める必要があるのか。

(答) そのとおり。

問 32 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）を算定した場合には、算定要件を満たせば服薬管理指導料の各注に規定する加算を算定できるのか。

(答) そのとおり。

【かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料】

問 33 かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料（以下「かかりつけ薬剤師指導料等」という。）について、かかりつけ薬剤師が情報通信機器を用いた服薬指導を行う場合は算定可能か。

(答) それぞれの算定要件を満たせば算定可。

問 34 薬剤師が在籍・勤務期間中に、育児休業、産前・産後休暇又は介護休業（以下「育児休業等」という。）を取得した場合、当該薬剤師が育児休業等から復帰して1年又は3年以上経過しない限り、「当該保険薬局に1年以上の在籍」「3年以上の薬局勤務経験」の要件を満たさないのか。

（答）育児休業等を取得した薬剤師については、育児休業等の期間を除いた通算の期間が1年又は3年以上であれば、要件を満たすものとする。したがって、育児休業等の取得前に1年以上在籍又は3年以上勤務していれば、育児休業等から復帰した時点においても当該要件を満たすこととなる。

なお、この取扱いについては、地域支援体制加算の施設基準における管理薬剤師の在籍・勤務期間についても同様である。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）別添4の問43は廃止する。

【外来服薬支援料】

問 35 処方医からの一包化薬の指示がある処方箋と共に、他の薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を併せて薬局に持参した場合であって、処方箋に基づく調剤を行う際に全ての薬剤の一包化を行い、服薬支援を行った場合には、外来服薬支援料2は算定可能か。

（答）他の薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を一包化したことに対しては外来服薬支援料1、一包化薬の指示がある処方箋を一包化したことに対しては外来服薬支援料2を算定できるが、併算定不可。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

問 36 「在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること」とあるが、担当医への確認は、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った後に行ってもよいか。

（答）よい。なお、この場合においては、薬学的管理指導の実施後に担当医への情報提供を行う際に確認を行うこと。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

問 37 在宅患者訪問薬剤管理指導における医師の指示は、どのような方法で行えばよいか。

（答）医師による訪問の指示については、診療状況を示す文書、処方箋等（電子

メール、FAX 等によるものを含む。以下「文書等」という。)に、「要訪問」「訪問指導を行うこと」等の指示を行った旨が分かる内容及び処方日数を記載することにより行われる必要がある。ただし、処方日数については、処方から1か月以内の訪問を指示する場合は記載されている必要はなく、緊急やむを得ない場合においては、後日文書等により処方日数が示されていればよい。

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

問 38 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料における「状態の急変等に伴い」には、化学療法の副作用対策としての支持薬処方、状態変化に伴う処方変更など、今後の継続的な薬物療法に影響を及ぼすことが想定される場合は該当するか。

(答) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めがある場合には、該当する。

【小児特定加算】

問 39 小児特定加算の対象患者について、「児童福祉法第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児である患者」であることは、どのように確認するのか。

(答) 国や地方自治体が発行する手帳の確認、処方医への問合せ等の適切な方法により確認すること。なお、確認できない場合は、当該加算は算定できない。

【在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算】

問 40 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算について、在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様に、処方箋受付がない場合であっても算定可能か。

(答) 算定可。在宅患者中心静脈栄養法加算についても同様である。

【在宅中心静脈栄養法加算】

問 41 在宅中心静脈栄養法加算について、薬剤調製料の無菌製剤処理加算(中心静脈栄養法用輸液)との併算定は可能か。また、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算との併算定は可能か。

(答) いずれも併算定可。

【服薬情報等提供料】

問 42 服薬情報等提供料 1 を算定する患者について、同一月内に服薬情報等提供料 3 は算定可能か。

(答) 異なる内容について情報提供を行う場合は、算定可。

問 43 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料を算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関への情報提供を行った場合は算定できないこととされているが、当該保険医療機関が不明である場合は算定できるのか。

(答) 不可。