

基本診療料

施設基準Q&A

令和4年4月版「施設基準等の事務手引」の 疑義解釈資料

通則事項【施設基準・第一／第二】…6

初・再診料A000-002【施設基準・第三】…8

入院料等の通則【施設基準・第三の二／第四／第四の二】…22

入院基本料の施設基準等…26

病院の入院基本料A100-106【施設基準・第五】…26

診療所の入院基本料A108-109【施設基準・第六】…53

入院基本料等加算A200-252【施設基準・第八】…55

特定入院料A300-319【施設基準・第九】…105

短期滞在手術等基本料A400【施設基準・第十】…136

歯科（基本診療料）の施設基準等【施設基準・第三／第八】…138

令和6年6月版「施設基準等の事務手引」では、①令和4年・2年改定の疑義解釈は一部割愛し、②平成30年改定以前の疑義解釈は原則として掲載していません。令和4年改定までの疑義解釈は、こちらでご確認ください。

社会保険研究所

令和6年8月1日

目次

基本診療料等の施設基準等（通則事項）【施設基準・第一／第二】 …5

初・再診料 A 000-002【施設基準・第三】 …8

初・再診料の施設基準等（A000 初診料／A001 再診料／A002 外来診療料）（該当なし）

- 1 A000・注1／A001・注1／A002・注1 情報通信機器を用いた診療…8
 - 2 A000・注4／A001・注2／A002・注4 特定妥結率初診料等（該当なし）
 - 3 A000・注9／A001・注7 夜間・早朝等加算（該当なし）
 - 4 A000・注10 機能強化加算…8
 - 5 A000・注11～注13／A001・注15～注17 外来感染対策向上加算 連携強化加算 サーベイランス強化加算…9
 - 6 A000・注14／A001・注18／A002・注10 電子的保健医療情報活用加算…14
 - 7 A001・注10 時間外対応加算…15
 - 8 A001・注11 明細書発行体制等加算…16
 - 9 A001・注12 地域包括診療加算…17
 - 10 A001・注13 認知症地域包括診療加算（該当なし）
- 付 初・再診料に定める患者等…20

入院料等の通則【施設基準・第三の二／第四／第四の二】 …22

- 1 入院料等の通則と施設基準等（該当なし）
- 2 入院・通則7/8 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準…22
- 3 入院・通則6 定数超過入院等の入院基本料…25

入院基本料の施設基準等…26

病院の入院基本料 A 100-106【施設基準・第五】 …26

- 1 病院の入院基本料の施設基準等（通則事項）…26
- 2 A100 一般病棟入院基本料…40
- 3 A101 療養病棟入院基本料…41
- 4 A102 結核病棟入院基本料…46
- 5 A103 精神病棟入院基本料…47
- 6 A104 特定機能病院入院基本料…49
- 7 A105 専門病院入院基本料（該当なし）
- 8 A106 障害者施設等入院基本料…50

診療所の入院基本料 A 108-109【施設基準・第六】 …53

- 1 診療所の入院基本料の施設基準等（通則事項）…53
- 2 A108 有床診療所入院基本料（該当なし）
- 3 A109 有床診療所療養病床入院基本料…54

入院基本料等加算 A 200-252【施設基準・第八】 …55

- 1 入院基本料等加算の施設基準等（該当なし）
- 2 A200 総合入院体制加算…55
- 3 A200-2 急性期充実体制加算…58

- 4 A204-2 臨床研修病院入院診療加算（該当なし）
- 5 A205 救急医療管理加算…60
- 6 A205-2 超急性期脳卒中加算（該当なし）
- 7 A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算（該当なし）
- 8 A207 診療録管理体制加算…61
- 9 A207-2 医師事務作業補助体制加算…62
- 10-1 A207-3 急性期看護補助体制加算…64
- 10-2 A207-4 看護職員夜間配置加算…70
- 10-3 A214 看護補助加算…70
- 11 A211 特殊疾患入院施設管理加算（該当なし）
- 12 A213 看護配置加算（該当なし）
- 13 A219 療養環境加算（該当なし）
- 14 A221 重症者等療養環境特別加算（該当なし）
- 15 A222 療養病棟療養環境加算…71
- 16 A222-2 療養病棟療養環境改善加算（該当なし）
- 17 A223 診療所療養病床療養環境加算（該当なし）
- 18 A223-2 診療所療養病床療養環境改善加算（該当なし）
- 19 A224 無菌治療室管理加算典…71
- 20 A225 放射線治療病室管理加算（該当なし）
- 21 A226 重症皮膚潰瘍管理加算（該当なし）
- 22 A226-2 緩和ケア診療加算…71
- 23 A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算（該当なし）
- 24 A228 精神科応急入院施設管理加算（該当なし）
- 25 A230 精神病棟入院時医学管理加算（該当なし）
- 26 A230-2 精神科地域移行実施加算（該当なし）
- 27 A230-3 精神科身体合併症管理加算（該当なし）
- 28 A230-4 精神科リエゾンチーム加算…73
- 29 A231-2 強度行動障害入院医療管理加算（該当なし）
- 30 A231-3 依存症入院医療管理加算…74
- 31 A231-4 摂食障害入院医療管理加算…74
- 32 A232 がん拠点病院加算…74
- 33 A233-2 栄養サポートチーム加算…75
- 34 A234 医療安全対策加算…77
- 35 A234-2 感染対策向上加算…78
- 36 A234-3 患者サポート体制充実加算…86
- 37 A234-4 重症患者初期支援充実加算…89
- 38 A234-5 報告書管理体制加算…90
- 39 A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算…90
- 40 A236-2 ハイリスク妊娠管理加算（該当なし）
- 41 A237 ハイリスク分娩等管理加算…90
- 42 A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算／A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（該当なし）
- 43 A242 呼吸ケアチーム加算…91
- 44 A242-2 術後疼痛管理チーム加算…92
- 45 A243 後発医薬品使用体制加算…94
- 46 A244 病棟薬剤業務実施加算…94

- 47 A245 データ提出加算…96
- 48 A246 入退院支援加算…97
- 49 A247 認知症ケア加算…99
- 50 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算…101
- 51 A248 精神疾患診療体制加算（該当なし）
- 52 A249 精神科急性期医師配置加算…102
- 53 A251 排尿自立支援加算…103
- 54 A252 地域医療体制確保加算（該当なし）
- 付 入院基本料等加算に規定する疾患等…104

特定入院料A300-319【施設基準・第九】 …105

- 1 特定入院料の施設基準（通則事項）（該当なし）
- 2 A300 救命救急入院料…105
- 3 A301 特定集中治療室管理料…107
- 4 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（該当なし）
- 5 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料…115
- 6 A301-4 小児特定集中治療室管理料…115
- 7 A302 新生児特定集中治療室管理料…116
- 8 A303 総合周産期特定集中治療室管理料…117
- 9 A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（該当なし）
- 10 A305 一類感染症患者入院医療管理料（該当なし）
- 11 A306 特殊疾患入院医療管理料（該当なし）
- 12 A307 小児入院医療管理料…118
- 13 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料…118
- 14 A308-3 地域包括ケア病棟入院料…122
- 15 A309 特殊疾患病棟入院料（該当なし）
- 16 A310 緩和ケア病棟入院料…127
- 17 A311 精神科救急急性期医療入院料…128
- 18 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（該当なし）
- 19 A311-3 精神科救急・合併症入院料（該当なし）
- 20 A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料…131
- 21 A312 精神療養病棟入院料…131
- 22 A314 認知症治療病棟入院料…133
- 23 A317 特定一般病棟入院料（該当なし）
- 24 A318 地域移行機能強化病棟入院料…134
- 25 A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料…135

短期滞在手術等基本料A400【施設基準・第十】 …136

- A400 短期滞在手術等基本料…136

歯科の施設基準等【施設基準・第三／第八】 …138

- 1 歯科の初・再診料の施設基準等（該当なし）
- 1-1 歯科A000・注1 歯科外来診療の院内感染防止対策…138
- 1-2 歯科A000・2 地域歯科診療支援病院歯科初診料…140
- 1-3 歯科A000・注9 歯科外来診療環境体制加算／歯科A002・注8 再診時歯科外来診療環境体制加算…140

- 1-4 歯科A000・注10 歯科診療特別対応連携加算…141
- 2 歯科A250 地域歯科診療支援病院入院加算（該当なし）

通則事項【施設基準・第一／第二】

疑義解釈資料 平成30年改定

【届出受理後の措置】

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問216 施設基準の変更の届出について、「届出受理後の措置」において変更の届出が必要なものが列記されているが、以下については、変更の届出が必要か。

- ・一般病棟入院基本料の「注11」及び特定一般入院料の「注9」における90日を超える入院患者の算定
- ・リンパ浮腫複合的治療料
- ・処置・手術の時間外加算1
- ・無菌製剤処理加算

答 必要である。

疑義解釈資料 平成30年改定前

【届出】

（平成18年3月23日・事務連絡）

問8 休憩、食事時間は勤務時間から除外しなければならないか。

答 通常の休憩時間は勤務時間に含まれるので、除外する必要はない。

問9 届出の際に用いる勤務計画表（様式3の3）【勤務実績表（様式9）】を作成する際、残業時間は含めてよいか。

答 残業時間は含まない。当該保険医療機関の定める所定の勤務時間数で作成すること。

（平成20年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問149 「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」第2の5に該当する医療機関（不正を行って新たな届出が6か月できない医療機関等）については、第4の表1及び表2に係る届出を受理して良いか。

答 良い。

（平成20年5月9日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問58 基本診療料及び特掲診療料において、従来の届出と異なる区分への変更の届出を行う場合には、いつまでに届出を行い、いつから新たな報酬を算定するのか。特に、従来より低い区分への変更の届出（10対1入院基本料から13対1入院基本料への変更等）の場合には、どのように取り扱うのか。

答 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第3の2及び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第3の1に規定するとおりであり、従来の届出区分より上の区分への変更であるか下の区分の変更であるかを問わず、以下のとおり取り扱うこととしたものである。

- ・月単位で算出する数値を用いた要件に関する施設基準の場合は、その変更を生じた月の翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定する。
- ・面積要件や常勤職員の配置要件等、月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合は、その変更を生じた日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を

行った場合には、当該月より新たな報酬を算定する。

【届出受理後の措置】

(平成18年3月23日・事務連絡)

問20 届出後に1日でも配置数が少ない日が生じた場合には直ちに特別入院基本料となるのか。

答 月平均で1日あたりの配置数が満たされていればよい。また、暦月で1ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動については、届出の変更を行う必要はない。

※「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」第3 届出受理後の措置等 1(3)

問21 土日祝祭日についても常に届出区分を満たす看護職員を勤務させなければならないのか。

答 月平均で1日当たりの配置数が満たされていれば、一定の範囲内で傾斜配置ができる。

※「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」別添2 入院基本料等の施設基準等 第2-4(2)イ

問22 月平均夜勤時間数が72時間を超えた場合、実績期間の翌月の第1日に特別入院基本料の届出を行うこととなるのか。

答 通知第3 届出受理後の措置等 1(1)のとおり、暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動については、届出の変更を行う必要はない。

※「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」第3 届出受理後の措置等 1(1)

その7 (平成26年6月2日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問2 施設基準通知の届出受理後の措置等において、暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、その都度の届出は必要ない旨記載されているが、7対1入院基本料において自宅等へ退院した患者の割合が、75%【現・80%】を下回った場合は、1割の範囲であれば3か月まで猶予されると理解して良いか。

答 自宅等退院患者割合については、暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定は適用されない。

その8 (平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問10 施設基準通知の届出受理後の措置等において、暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、その都度の届出は必要ない旨記載されているが、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料) 1〔及び2〕において在宅等へ退院した患者の割合が、70%【現・72.5%】を下回った場合は、1割の範囲であれば3か月まで猶予されると理解して良いか。

答 在宅等退院患者割合については、暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定は適用されない。

問11① 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の施設基準における新規患者割合及び在宅移行率は届出受理後の措置等の暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定が適用されるか。

② また、精神病棟入院基本料及び精神療養病棟入院料の精神保健福祉士配置加算の在宅移行率についてはどうか。

答 ① 適用される。精神科救急入院料等の新規患者割合、在宅移行率については、1割以内の一時的な変動により基準を下回った場合は3か月まで届出が猶予される。

② 適用されない。

初・再診料 A 000-002 【施設基準・第三】

初・再診料 1

情報通信機器を用いた診療

A 000初診料・注 1 A 001再診料・注1 A 002外来診療料・注 1

疑義解釈資料 令和 4 年改定

その 1（令和 4 年 3 月 31 日・事務連絡〈別添 1〉）

【初診料（情報通信機器を用いた場合）】

問 1 区分番号「A 000」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「A 000」初診料 288 点のみを算定すること。

初・再診料 4

機能強化加算

A 000初診料・注10

疑義解釈資料 令和 4 年改定

その 1（令和 4 年 3 月 31 日・事務連絡〈別添 1・医科〉）

【機能強化加算】

問 7 区分番号「A 000」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。

疑義解釈資料 平成 30 年改定

その 5（平成 30 年 7 月 10 日・事務連絡〈別添 1・医科〉）

【機能強化加算】

問 2 施設基準要件にある「地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。〔現・上記(4)参照〕」について、当該対応の対象は、当該医療機関を継続的に受診している患者であり、当該保険医療機関において地域包括診療加算、地域包括診療

料、小児かかりつけ診療料、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を行っている患者に限定されない、という理解でよいか。

答 よい。

初・再診料5

外来感染対策向上加算 連携強化加算 サーベイランス強化加算

A000初診料・注11～注13 A001再診料・注15～注17

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【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、当該要件を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。

問15 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「A234-2」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回程度定期的に開催するほか、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>

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

答 不可。

問20 区分番号「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つては、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「A234-2」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ダンス」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「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」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。

その4（令和4年4月13日・事務連絡〈別添〉）

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」とこととされているが、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

②③ 〔略〕

その6（令和4年4月21日・事務連絡〈別添〉）

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 〔略〕

「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」とこととされているが、令和5年3月31日までの間に〔略〕連携強化加算の届出を行う場合は、〔略〕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。

その8（令和4年5月13日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【サーベイランス強化加算】

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。

その10（令和4年6月1日・事務連絡〈別添・医科〉）

【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。

初・再診料6

電子的保健医療情報活用加算

A000初診料・注14 A001再診料・注18 A002外来診療料・注10

〔歯科A000初診料・注12 A001再診料・注10〕

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

【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によいか。

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。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添〉）

【電子的保健医療情報活用加算】

問1 区分番号「A000」初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算について、電子資格確認を行った結果、患者の診療情報等が存在しなかった場合は、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当すると考えてよいか。

答 よい。

初・再診料7

時間外対応加算

A001再診料・注10

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問10 時間外対応加算に関する施設基準にある「当該診療所において対応できる体制」とは、すぐに診察が可能である必要があるか。

答 患者からの電話等による問い合わせに対応できる体制であれば、必ずしも、診察が可能である体制でなくてよい。

問11 対応が求められる時間帯においては、必ず医師が直接対応することが必要か。

答 できるだけ速やかに対応する体制があれば、必ずしも直接、医師が対応することに限定するものではなく、例えば、転送電話や職員が対応した後に連絡等を受ける体制も認められる。

問12 時間外対応加算3について、連携する医療機関間の距離に係る要件はあるのか。

答 患者が通院可能な範囲であれば連携を行うことが可能であり、現時点においては、具体的な距離の要件はない。例えば、近接に医療機関が少ない地域等においては、地域の実態にあわせた連携を行うことが可能である。

問14 時間外対応加算2及び3における標榜時間外の夜間の数時間とは、例えば深夜も含まれるのか。

答 標榜時間外の夜間の数時間の対応が必要であるが、深夜（午後10時から午前6時）及び休日（時間外対応加算3については当番日以外の日）においては、必ずしも対応は必要ではない。その場合、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

問15 時間外対応加算3について、当番日の医療機関は、自院の標榜時間外の数時間の対応を行う必要があるのか。

答 そのとおり。

初・再診料 8

明細書発行体制等加算

A001再診料・注11〔歯科A002再診料・注9〕

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問9 明細書としてレセプトを交付している場合でも要件に該当するのか。

答 個別の点数がわかるように必要な情報を付したうえで交付していれば、レセプトでも差し支えない。

問11 明細書発行体制等加算の要件には、レセプト電子請求を行っていることとあるが、電子請求の届出を審査支払機関に既に提出しており、確認試験中である場合には、当該要件を満たすことになるのか。

答 電子請求を行っていることが要件であるため、電子請求が可能となる月から算定可能である。

具体的には、例えば5月10日の請求から電子請求が可能となる場合には、その他の要件を満たしていれば、5月1日の診療分から明細書発行体制等加算が算定可能となる。

〔以下略〕

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

【明細書無料発行】

問206 自己負担のない患者への明細書は、患者から求めのない場合も発行しなければならないのか。

答 患者から求めのない場合は発行する必要はない。なお、患者が希望する場合には自己負担のない患者にも明細書を無料発行する旨、院内掲示により予め周知すること。

問207 明細書の無料発行は、がん未告知の患者に対しても必要なのか。

答 患者から希望があれば明細書を無料発行する旨や、明細書には使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載される旨を院内掲示した上で、患者から求めがあった場合には発行が必要である。

問208 自己負担のない患者に明細書を発行しない場合、区分番号「A001」再診料の「注11」明細書発行体制等加算（1点）は算定可能なのか。

答 自己負担のない患者に明細書を発行しなくて良い正当な理由に該当しない限り、算定できない。

問209 公費負担医療であれば、全て今回の明細書無料発行の対象となるのか。例えば、生活保護受給者は対象となるのか。

答 費用負担が全額公費により行われる場合を除き、対象となる。生活保護については、健康保険と公費併用のものは対象となる。

問210 経過措置の対象となる「正当な理由」とは具体的にどのような場合か。

答 ① 一部負担金等の支払がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合、② 一部負担金等の支払がない患者への明細書発行を行うに当たり、自動入金機の改修が必要な場合が経過措置の対象となる。

初・再診料 9

地域包括診療加算

A001再診料・注12

疑義解釈資料 令和4年改定

その3（令和4年4月11日・事務連絡〈別添1〉）

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。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問23 加算1又は診療料1の施設基準において、「直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）を算定した患者の数の合計」を算出することが規定されたが、数年前に継続的に外来を受診していたものの、それ以降は受診がなかった患者に対して往診等を行った場合に、この人数に含めることができるか。

答 含めることができる。ただし、診療録や診療券等によって、数年前の外来受診の事実が確認できる場合に限る。

問24 24時間の往診体制等の施設基準等を満たした上で、加算1又は診療料1を算定している医療機関は、以下の患者数や割合を毎月計算し、基準を満たさない月は加算2又は診療料2を算定するなど、月ごとに算定点数が変わるのか。

- ・直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、往診料等を算定した患者の数
- ・直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合

答 届出時及び定例報告時に満たしていればよい。

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【地域包括診療加算、地域包括診療料】

問4 区分番号「A001」再診料にかか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ある「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師」について、平成26年7月10日付け事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その8）」の**問7～問9**において、研修の取扱いが示されているが、この取扱いは今回改定後も引き

続き必要となるのか。

答 継続的に2年間で通算20時間以上の研修の修了及び2年毎の届出は引き続き必要である。ただし、研修の受講経験が複数回ある医師が今後増えてくることに鑑み、受講に当たっては、下記のとおりとする。

(1)座学研修は、出退管理が適切に行われていれば講習DVDを用いた研修会でも差し支えない。

(2)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。

(例：平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなされていたため、平成27年4月1日から起算して2年ごとに研修修了の届出を行い、平成31年に3回目の研修修了に関する届出を行う場合は、E-ラーニングによる単位取得でも差し支えない。(なお、現時点では、75脂質異常症に該当するE-ラーニングのコンテンツはない。))

疑義解釈資料 平成26年改定

その3 (平成26年4月10日・事務連絡〈別添1〉)

問8 地域包括診療料又は地域包括診療加算の届出にあたり、受講した研修の修了証等の添付が求められているが、主治医意見書の研修会については必ずしも修了証が発行されるものではないが、この場合どうすればよいか。

答 当該診療料又は加算の施設基準の主治医意見書の研修会については、それが確認できる資料を添付すればよく、必ずしも修了証を添付する必要はない。

その4 (平成26年4月23日・事務連絡〈別添1〉)

問9 [編注；地域包括診療加算1については、] 当該患者の24時間の対応について、オンコール以外の対応は必要となるのか。

答 緊急時の往診等の体制を有していれば、オンコール対応で差し支えない。

問10 地域包括診療料、地域包括診療加算における施設基準の要件に「敷地内が禁煙であること」とあるが、医療機関が禁煙を行っているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行った場合、施設基準に適合しないものとみなされるか。

答 患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行ってしまった場合、単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。

なお、医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示する等職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに、来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

その8 (平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問7 A001 再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9 地域包括診療料の施設基準にある「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(以下「担当医」という)」について、どのような研修が対象となるのか。

答 高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症を含む複数の慢性疾患の指導に係る研修であり、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれ、継続的に2年間で通算20時間以上の研修を修了しているものでなければならない。従って、初回に届出を行ったあとは、2年毎に届出を行うこと。また、原則として、E-ラーニングによる研修の受講は認めない。なお、当該研修は複数の学

会等と共同して行われるものであっても差し支えない。

問8 A001 再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、継続的に研修を受けていることが必要であるとされているが、2年毎に、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容を含む20時間以上の研修を受けなければいけないのか。

答 そのとおり。届出時から遡って2年の間に当該研修を受ける必要がある。

問9 A001 再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、日本医師会が主催する日本医師会生涯教育制度に係る研修を受講し、平成26年12月に日医生涯教育認定証を受領した医師については、平成27年3月31日以降も適切な研修を修了したものと考えてよいか。

答 そのとおり。ただし、日本医師会生涯教育制度に係る研修について、日医生涯教育認定証を受領した後であっても、初回の届出以外は、2年間で通算20時間以上の研修を受講すること。また、20時間の講習の中には、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糖尿病を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならない。かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていなければならない。さらに、届出にあたっては、当該研修を受講したことを証明する書類を提出すること。なお、4つのカリキュラムコード以外の項目については、例外としてE-ラーニングによる受講であっても差し支えない。

なお、平成26年12月の日医生涯教育認定証を受領していない場合であっても、2年間で通算20時間以上の研修を受講している場合は、地域包括診療加算及び地域包括診療料の施設基準にある慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した者とみなす。ただし、20時間の講習の中には、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糖尿病を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならない。さらに、届出にあたっては、当該研修を受講したことを証明する書類を提出すること。なお、4つのカリキュラムコード以外の項目については、例外としてE-ラーニングによる受講であっても差し支えない。

今後、他の関係団体等が慢性疾患の指導に係る研修を実施するまでの当面の間、当該要件を満たすことを必要とする。

その12（平成27年2月3日・事務連絡〈別添1〉）

問2 A001 再診料に係る地域包括診療加算及びB001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、日本医師会が主催する日本医師会生涯教育制度に係る研修を受講した場合、研修時間をどのように確認するのか。

答 日本医師会生涯教育制度において、講習会（29認知症の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病の4つのカリキュラムコード以外については、e-learningを含む。）を受けた旨と、取得単位数が参加証等により証明できる場合、取得単位1単位を1時間と換算できるものとする。

日本医師会雑誌を利用した解答など、講習会及びe-learning以外で取得した単位については「慢性疾患の指導に係る適切な研修」に含まれないことから、取得単位数とカリキュラムコードのみでは、研修を受けたことの証明とはならないことに留意されたい。

ただし、平成25年度の研修実績を示す「学習単位取得証」については、29認知症の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病の4つのカリキュラムコードを除き、取得単位数に基づいて、取得単位1単位を1時間とみなして差し支えないこととする。

初・再診料 付

初・再診料に定める患者等

【A000初診料・注2/注3 A002再診料・注2/注3 紹介状非持参患者】

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

【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【→38頁】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。

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。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

【紹介率の低い医療機関の初診料・外来診療料等】

問1 どのような場合に地方厚生（支）局へ報告を行う必要があるのか。

答 特定機能病院、許可病床数が500床※1以上の地域医療支援病院※2及び許可病床数が500床※3以上の病院（一般病床が200床未満の病院を除く。）は、紹介率・逆紹介率が当該基準よりも低いかどうかに関わらず、毎年10月に報告を行う必要がある。〔編注※1：令和2年改定以降一般病床数200床以上・※2令和4年改定以降「紹介受診重点医療機関」を追加・※3：平成30年改定以降400床〕

問2 地方厚生（支）局への報告はどのように行うのか。

答 別紙様式28により、当該点数に係る報告を毎年10月1日に地方厚生（支）局へ行う。なお、報告後、任意の連続する6ヶ月間のデータで紹介率・逆紹介率が基準を上回った場合は、翌年4月1日までに再度別紙様式28により地方厚生（支）局に報告することにより当該点数に係る対象施設とはならない。

問3 当該点数に係る対象となった場合、当該初診料・外来診療料等を算定する期間はいつまでか。

答 別紙様式28により10月1日に当該点数に係る報告を行った翌年4月1日から翌々年3月31日までである。

【A000初診料・注8外来管理加算】

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

【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、算出不可。

入院料等の通則

【施設基準・第三の二／第四／第四の二】

入院通則 2

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

入院・通則7/8〔歯科入院・通則6/7〕

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問175 安全管理の責任者等で構成される委員会、院内感染防止対策委員会及び医療安全対策加算に規定するカンファレンスについて、対面によらない方法でも開催可能とするとされたが、具体的にはどのような実施方法が可能か。

答 例えば、書面による会議や、予め議事事項を配布しメール等で採決をとる方法、電子掲示板を利用する方法が可能である。ただし、議事について、構成員が閲覧したことを確認でき、かつ、構成員の間で意見を共有できる方法であること。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料】

問17 入院料等の通則8に掲げる栄養管理体制について減算されていた保険医療機関が、常勤の管理栄養士を配置した場合の減算措置は、いつから解除されるのか。

答 届出を行った月の翌月1日から解除される。

問18 平成24年3月31日において栄養管理実施加算を算定していない病院で、常勤の管理

栄養士の配置に関する経過措置が平成26年6月30日まで延長され、平成26年7月1日以降、常勤の管理栄養士が確保できない場合、減算の点数を算定することとなったが、この要件である「非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士」が離職して要件を満たさなくなった場合は、特別入院基本料の算定となるのか。

答 常勤の管理栄養士が離職して要件を満たさなくなった場合については、届出をした場合に限り3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できることとしているが、「非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士」が離職して要件を満たさなくなった場合は、特別入院基本料の算定となる。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料】

問16 入院診療計画について、入院前に外来で文書を提供し、説明した場合はどうなるのか。

答 入院後7日以内に行ったものと同等の取扱いとなる。

問17 特別な栄養管理の必要性の有無について、入院診療計画作成時に必要ないと判断した患者が、治療途中で栄養管理が必要となった場合、改めて入院診療計画を作成し、栄養管理計画書を作成する必要があるのか。

答 特別な栄養管理が必要になった時点で、栄養管理計画書を作成すればよく、改めて入院診療計画書を作成する必要はない。

問18 入院基本料の褥瘡対策の要件では、褥瘡看護の臨床経験を有する看護職員の配置が必要とされているが、ここでいう褥瘡看護の臨床経験とはどういう経験をさすのか。

答 褥瘡を有する入院患者に対する看護の経験を想定しているが、経験を有する看護職員がいない場合には、外部（他院や団体等が主催）の褥瘡に関する研修を受講することが望ましい。

【歯科の入院基本料〈栄養管理体制の基準〉】 〈別添3・歯科〉

問5 基本診療料の施設基準等の通知において栄養管理体制の基準について、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、管理栄養士を1名以上配置することが求められているが、当該管理栄養士は非常勤であっても差し支えないか。

答 差し支えないが、常勤の管理栄養士を配置することが望ましい。

その2（平成24年4月20日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料等の褥瘡対策の基準】

問1 産科だけの有床診療所を開業している場合などで、褥瘡に関する危険因子の評価の対象となる患者がいない場合には、褥瘡対策の基準を満たさなくても、入院基本料は算定できるのか。

答 従来より、褥瘡に関する危険因子の評価の対象となる患者がいない場合であっても、入院基本料の算定においては、褥瘡対策が要件となっており、褥瘡対策の体制の整備は必要となっている。

今回の改定においても、専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置し、褥瘡ケアが必要な患者が入院してきた場合に対応できるよう、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制をとっていることで算定できる。〔以下略〕

その3（平成24年4月27日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 各保険医療機関において体制を整備しなければならないとされている褥瘡対策について、体圧分散マットレス等の必要物品は、必ず保険医療機関が購入しなければならないのか。

答 体圧分散マットレス等の褥瘡対策に必要な物品については、レンタルやリースでも差し支えないが、その費用については保険医療機関が負担するものであり、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の発生時に速やかに使用できる体制を整えておくこと。

疑義解釈資料 平成24年改定前

(平成19年6月1日・事務連絡)

【入院診療計画】

問5 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成19年3月30日医政発第0330010号）（以下「医政局長通知」という。）で、次の場合には入院診療計画書の交付及び適切な説明を行うことを要しないこととされたが、診療報酬上の取扱いはどのようになるのか。

ア 患者が入院した日から起算して7日以内で退院することが見込まれる場合

イ 入院診療計画書を交付することにより、病名等について情報提供することとなり、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合

ウ 入院診療計画書を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合

答 入院基本料等の施設基準の要件とされている「入院診療計画の策定及び患者等への説明」については、次のとおりである。

○ 例えば、緊急入院で数時間後に死亡した場合や日帰り入院などの7日以内の入院であっても、従前どおり、入院診療計画の策定等が必要である。

○ 例えば、悪性腫瘍等で患者本人に告知していないなどの場合には、従前どおり、当該患者の家族とよく話し合った上で、可能な範囲において患者本人に入院診療計画の交付及び説明を行うことが必要である。なお、その場合においては、病名等について情報提供することが当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがあると判断した客観的な理由及び説明内容などをカルテに記載すること。

○ 一般的には、保険医療機関において、療養の給付を行う際に、入院診療計画を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合は想定できない。

問6 医政局長通知で、入院診療計画書の様式が示され、また、病院又は診療所の管理者は、患者又はその家族の承諾を得て、患者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより書面を作成することができるものである場合には、入院診療計画書の交付に代えて、入院診療計画書の記載事項を次の方法により提供することができることとされたが、診療報酬上の取扱いはどのようになるのか。

ア パソコン等のモニター画面で表示する方法

イ 電子メールにより送信し、受信者の使用するパソコン等に備えられたファイルに記録する方法

ウ インターネットにより患者又はその家族の閲覧に供し、患者又はその家族の使用するパソコン等に備えられたファイルに記録する方法

エ フロッピーディスク、CD-ROM等に入院診療計画書に記載すべき事項を記録し、それを交付する方法

答 〔略〕患者等に対する入院診療計画書の提供方法については、患者が文書を入手する

ことができないため、アの方法によることはできないが、イ～エにより行っても差し支えない。なお、その場合においても、当該入院診療計画書に添った患者等に対する説明は行われる必要があること。

入院通則 3

定数超過入院等の入院基本料

入院・通則 6〔歯科入院・通則 5〕

疑義解釈資料 令和4年改定前

その5（平成18年4月28日・事務連絡）

問7 入院基本料に係る看護師の員数は、実配置数で計算するよう改められたが（例：従前の2：1が10：1に改められた）、標欠の基準に係る医師、歯科医師の員数の計算方法についても改められるのか。

答 従前どおり、医療法の例による。指導・監査、定時報告、適時調査等の機会を通じて、医師・歯科医師の員数の把握を行うこと。

入院基本料の施設基準等

病院の入院基本料【施設基準・第五】

病院の入院基本料 1

通則事項

疑義解釈資料 令和4年改定

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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でない場合）
- ・ 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。

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。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添・医科〉）

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
- ・ DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）
- ・ 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者

について、短期滞在手術等基本料1と短期滞在手術等基本料3のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって、入院した日から起算して6日目以降も継続して入院しているものについては、どのような取扱いとなるのか。

答 入院した日から起算して5日までの期間においては、「短期滞在手術等基本料3を算定している患者」又は「DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者」として重症度、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。

【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
 - ・ DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）
 - ・ 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者
- について、短期滞在手術等基本料1と短期滞在手術等基本料3のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって、入院した日から起算して6日目以降も継続して入院

しているものについては、どのような取扱いとなるのか。

答 入院した日から起算して5日までの期間においては、「短期滞在手術等基本料3を算定している患者」又は「DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者」として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。

疑義解釈資料 令和2年改定

【重症度、医療・看護必要度】

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問7 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目について、レセプト電算処理システム用コード一覧に記載のない薬剤であって、当該薬剤の類似薬又は先発品が一覧に記載されている場合は、記載のある薬剤に準じて評価してよいか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象となる薬剤は、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和2年3月5日保医発0305第2号）のレセプト電算処理システム用コード一覧に記載のある薬剤に限る。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その5）」（平成30年7月10日付け事務連絡）問13及び「疑義解釈資料の送付について（その8）」（平成30年10月9日付け事務連絡）問1は廃止する。

なお、当該一覧については、定期的な見直しを行っていくものであること。

問8 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。）及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価となったが、必要度Ⅱと同様に評価してよいか。

答 よい。

その9（令和2年5月7日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへの評価方法の変更について、届出前3月におけるⅠの基準を満たす患者とⅡの基準を満たす患者との差についての要件が廃止されたが、「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2年3月5日保医発0305第2号）の別添7の様式10を用いて、4月又は10月の切替月に当該評価方法の変更のみを行う場合に、直近3月の評価の実績を記載する必要があるか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法の変更のみを行う場合には、切り替え後の評価方法による直近3月の実績を別添7の様式10に記載の上、届出を行うこと。ただし、区分番号「A100」一般病棟入院基本料の急性期一般入院料7及び地域一般入院料1、「A104」特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料（結核病棟に限る。）及び10対1入院基本料（一般病棟に限る。）、「A105」専門病院入院基本料の10対1入院基本料及び注4の一般病棟看護必要度評価加算、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び「A317」特定一般病棟入院料の注5の一般病棟看護必要度評価加算については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の割合に係る要件がないため、直近3月の実績について記載する必要はない。

問2 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠにおけるA8〔A7〕「救急搬送後の入院」及びⅡにおけるA8〔A7〕「緊急に入院を必要とする状態」について、「救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない」とされているが、どの入院料が評価対象に含まれないか。

答 評価対象に含まれない入院料は、区分番号「A300」救命救急入院料、「A301」特定

集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「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、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料、「A305」一類感染症患者入院医療管理料である。

その29（令和2年8月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰにおいても、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（以下「コード一覧」という。）を用いてA項目の一部の項目及びC項目の評価を行うこととなったが、歯科の入院患者についてはどのように評価を行えばよいか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰにおいては、歯科の入院患者も評価の対象に含める。コード一覧を用いて評価を行う項目については、コード一覧に掲載されている項目が該当するかを個々に確認することで評価を行うこととして差し支えない。

問2 「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」のアセスメント共通事項「8. 評価の根拠」において、「当日の実施記録が無い場合は評価できない（後略）」とあるが、評価票と実施記録は異なると考えて、B項目は、「患者の状態」及び「介助の実施」の両方について、評価票による評価の他に、根拠となる記録を残す必要があるか。

答 B項目については、「『患者の状態』が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。」としており、「患者の状態」及び「介助の実施」を評価した評価票が実施記録にあたりと考えると差し支えない。したがって、評価票による評価の他に、根拠となる記録を別に残す必要はない。

なお、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ」、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」及び「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」のB項目のいずれについても同様の取扱いである。

疑義解釈資料 平成30年改定

【重症度、医療・看護必要度】

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問34 平均在院日数の計算及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から「DPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）」は除外されることとなったが、例えば短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を実施して入院から4日目に退院した患者であって、当該期間中に短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を複数実施した場合も対象から除外されるのか。

答 除外されない。短期滞在手術等基本料の算定要件に準じて、平成30年度改定前までは短期滞在手術等基本料が算定できないとされていた場合は、平均在院日数の計算及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から除外されない。

問35 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準の算出において、「直近3月において入院している全ての患者」となったが、改定前後の対象患者及び基準について、①平成30年4月から入院料等の変更を行う場合と②平成30年6月から入院料等の変更を行う場合の取扱いはどうすればよいか。

答 ①対象患者は1～3月に入院する患者であり、基準を満たす患者の割合は平成30年度改定後の基準で行う。

②対象患者は3～5月に入院する患者であり、基準を満たす患者の割合は平成30年度改

定後の基準で行う。

問38 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の対象について、「算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者」について測定するとあるが、自費の患者や労働災害保険の給付を受ける患者などの医療保険の給付の対象外の患者は、対象としなくてよいか。

答 対象としなくてよい。

問40 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅡからⅠに切り替える場合において、届け出時に、ⅠとⅡの両方の基準を満たしている必要があるか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を届け出前3月において満たしていればよい。

問41 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡについては、改定により届出前1月の実績から3月の実績となったが、一月ごとに基準の割合を満たす必要があるのか。

答 直近3月の入院患者全体（延べ患者数）に対し、基準を満たす患者の割合であるため、一月ごとに算出するのではなく、毎月、直近3月ごとに算出する。

問42 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度が基準となっている入院料等について、一つの医療機関で当該入院料等を複数届け出る場合（例えば、急性期一般入院料1と地域包括ケア病棟入院料1を届け出る場合など）、ⅠとⅡのどちらかに揃えなければならないか。

答 別々に用いて差し支えない。

問48 重症度、医療・看護必要度の対象患者について、「短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者」は対象から除外されるとされたが、短期滞在手術等基本料の算定日数を超えて入院し、急性期一般入院基本料を算定する場合、当該患者を対象とする場合は、急性期一般入院基本料を算定する日からよいか。

答 そのとおり。

その2（平成30年4月6日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目「8〔7〕救急搬送後の入院」について、「手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める」とあるが、外来受診後に手術室に入室後、日付をまたいだ翌日に病棟に入棟した場合は、手術室入室日に入院料を算定していれば、その日と翌日の入棟日の2日間を「あり」と評価してよいか。

答 よい。

その7（平成30年7月30日・事務連絡）

問1 急性期一般入院料について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る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については、切替月（4月又は10月）の10日までに届け出ることとされているが、届出前3月の期間は具体的に何月から何月になるか。

答 評価方法の切り替えについて、4月に届け出る場合は1月から3月、10月に届け出る場合は7月から9月となる。ただし、4月又は10月からの切り替えにあたり、3月中又は9月中に届け出る場合は、それぞれ12月から2月、6月から8月の実績を用いて届け出ても差し支えない。なお、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等についても同様の取扱いとする。

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【看護職員配置】

問49 「夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の夜勤時間から除いて差し支えない。」とされたが、①日勤帯での申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の勤務時間から除かなくてよいか。②時間を除くかどうかは、看護職員や日ごとに選択してよいか。

答 ①夜勤時間帯の取扱いと同様に、除いても差し支えない。②基本的には同一入院基本料単位かつ月単位で選択すること。

【夜間看護体制特定日減算】

問51 入院患者数が31人以上の場合は、看護補助者の配置が求められているが、当該看護補助者は当該日の夜勤帯に常時配置が必要か。

答 少なくとも看護職員の数が一時的に2人未満となる時間帯において配置していること。

【ADL維持向上等体制加算】

問56 ADL維持向上等体制加算における院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合は、届出以降は「別添7」の「様式5の4」に基づき調査するとあるが、毎年7月の報告時のみ要件を満たしていればよいのか。

答 届出月又は報告月（7月）の前月の初日を調査日として、入院後に院内で発生した褥瘡を保有する入院患者の割合が要件を満たしていればよい。なお、報告月に要件を満たしていなかった場合、変更の届出を行う必要があるが、報告月以後に調査を行い、要件を満たしていれば、次の報告月を待たず届出することは可能である。

その4（平成30年5月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【病院の入院基本料の施設基準等】

問1 病院の入院基本料等の施設基準における「平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者」について、自費の患者や労災保険等の他制度による給付を受ける患者等の医療保険の給付の対象外の患者は、対象としなくてよいか。

答 対象としなくてよい。

疑義解釈資料 平成28年改定

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」において、一部の評価項目において看護職員以外の職種が実施または評価するとあるが、

- ① 具体的にどの項目で、どのような職種が評価できるのか。
- ② 事務職員や看護補助者でも可能か。

答① 看護職員以外の職種が実施する可能性のある項目については、「看護職員等」と示している。実施する内容については、各職種の実施できる業務範囲に基づいて実施されたものが評価の対象となり、当該項目について各職種が記録したのもも評価の根拠となる。また、各職種の業務範囲の項目であれば、院内研修を受けた上で評価者として評価することができる。

- ② できない。ただし、転記や入力することは可能。

問2 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、新たに加わった「専門的な治療・処置」の「無菌治療室の治療」の定義に「無菌治療室で6時間以上行った場合に評価する」とあるが、

- ① 治療開始時刻は入室時刻としてよいか。
- ② 入室した時刻が19時の場合、評価の対象となるか。

③ 午前5時に無菌治療室を退室し多床室に移動した場合は対象となるか。

答① よい。

② 対象とならない。

③ 対象とならない。

問3 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、「C 手術等医学的状況」において、手術の開始時刻及び終了時刻が0時をまたぐ場合、日数はどのように数えるのか。

答 手術が終了した日を手術当日として評価する。

問187 対1入院基本料を算定するものとして届け出た病棟において、一部の病室を区分番号「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料又は区分番号「A306」特殊疾患入院医療管理料を算定する病室として届け出ている場合、当該特定入院料を届け出ている病室に入室している患者について、7対1入院基本料における「重症度、医療・看護必要度」の測定の対象であるか。

答 7対1入院基本料を算定しない病室に入院している患者であることから、7対1入院基本料における「重症度、医療・看護必要度」の測定対象とはならない。

その2（平成28年4月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、「Aモニタリング及び処置等」の「8 救急搬送後の入院」において、「救急搬送後の入院は、救急用の自動車（市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され」とあるが、転院搬送の場合も対象となるのか。

答 緊急時の転院搬送のみ対象となり、予定された転院搬送については対象とならない。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 重症度、医療・看護必要度に係る評価について、「入院した日に退院（死亡退院含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。」〔別添7の「評価の手引」アセスメント共通事項「3. 評価対象期間」〕とされたが、

① 転棟した場合の評価はどちらの病棟であればよいか。

② 転棟したその日に退院（死亡退院含む）した場合は延べ患者数に含めるのか。

答① 病棟種別が同じ病棟（病室）間で転棟する場合は、転棟先の病棟（病室）において、転棟時までの評価を含めた評価を行い、基準を満たす患者の割合の算出時の延べ患者数に含める。病棟種別が違う病棟（病室）間で転棟する場合は、転棟前の病棟（病室）において、転棟時まで評価を行うが、延べ患者数には含めない。転棟先の病棟（病室）においては、入棟時から評価対象として評価を行い、延べ患者数に含める。

② 転棟する病棟（病室）の病棟種別が同一かどうかに関わらず、転棟前及び転棟先の両方の病棟で退棟時までの評価は行うが、転棟日（退院日）の延べ患者数には含めない。

その5（平成28年6月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票評価の手引き」について、「7 専門的な治療・処置」の「⑪ 無菌治療室での治療」の留意点に、個室であることが求められているが、個室ではないが多床室において、パーテーションなど個室に準ずる状態で、室内の空気清浄度等の基準を満たしていれば、当該項目に該当するとしてよいか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価において、該当することとして差し支えない。

その8（平成28年11月17日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 短期滞在手術等基本料を算定している患者の入院期間が延び、重症度、医療・看護必要度の評価が必要な入院料を算定する場合、重症度、医療・看護必要度の評価は、当該入院料を算定した日からでよいか。

答 よい。

問2 一般病棟7対1〔急性期一般入院基本料〕の病棟に入院している患者が90日を超えて入院し、療養病棟入院基本料1の例により算定する場合、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価は行うのか。

答 「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」（平成28年3月4日保医発0304第1号）に記載のとおり、評価の対象は、一般病棟入院基本料（7対1）〔急性期一般入院基本料〕を届け出ている病棟に入院している全ての患者であり、当該患者についても対象に含まれる。

問3 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価において、A項目3点以上、C項目1点以上該当しており、基準を満たしている場合、A項目あるいはC項目のどちらか一方の得点について評価票等に計上すればよいか。

答 該当する項目の得点は全て計上する。

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【ADL維持向上等体制加算】

問19 ADL維持向上等体制加算を算定する病棟で専任者として登録する理学療法士等は、疾患別リハビリテーション料の専従者と兼務できるか。

答 できる。

【夜勤時間特別入院基本料】

問22 夜勤時間特別入院基本料は、過去に月平均夜勤時間超過減算や夜勤時間特別入院基本料を算定していた場合でも算定できるか。

答 算定できる。

問23 夜勤時間特別入院基本料の届出に当たり、事前に医療勤務環境改善支援センターに相談する必要があるか。

答 届出の前後いずれでもよいが、相談状況及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生（支）局長に提出すること。

問24 夜勤時間特別入院基本料の施設基準において、医療勤務環境改善支援センターに相談することとなっているが、当該センターはどこに設置されているのか。また、当該都道府県に設置されていない場合はどうすればよいか。

答 医療勤務環境改善支援センターは、平成28年2月末時点で43都道府県に設置されており、その連絡先については、ウェブサイト「いきいき働く医療機関サポートWEB（いきサポ）」を参照されたい。また、当該センターが設置されていない都道府県については、設置までの間は、都道府県労働局が委託事業により労務管理面の相談支援を実施している医療労務管理相談コーナーへ相談することでよいこととする。

・いきいき働く医療機関サポートWEB（いきサポ）

問25 医療勤務環境改善支援センターへは、何を相談すればよいか。

答 医療勤務環境改善支援センターは、医療機関の厳しい勤務環境の改善とワーク・ライフ・バランスの確保等を通じて医療従事者の定着・離職防止を図るために医療機関の計画的な勤務環境改善の取組を支援する機関である。夜勤時間特別入院基本料を算定することとなる医療機関においては、当該センターに対して、人材の確保・定着に向けた自組織での勤務環境改善の取組の進め方等を相談し、必要に応じて、当該センターの支援を求められたい。

問26 医療勤務環境改善支援センターへの相談状況に関する書類とは、どのようなものか。

答 書式の指定はないが、相談日や相談内容がわかるものを添付すること。

【主として事務的業務を行う看護補助者】

問29 看護補助者を配置する場合は、必ず主として事務的業務を行う看護補助者を配置しなければならないか。

答 配置する必要はない。

問30 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合、

- ① 新たな届出が必要か。
- ② みなし看護補助者でもよいか。また、医師事務作業補助者と兼務してもよいか。

答① 必要ない。

- ② どちらも不可。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【月平均夜勤時間】

問5 看護職員の月平均夜勤時間の計算方法が見直され、「夜勤時間帯に看護要員〔看護職員〕が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合」の計算方法が示されたが、この場合、

- ① この夜勤時間帯は、連続した1回の夜勤帯において兼務した場合だけでなく、別の日に病棟以外（当該病棟で算定する入院基本料とは別の入院基本料等を算定する病棟及び病室を含む。）で夜勤をした場合も兼務者としてこの計算を行うことでよいか。
- ② 計算に計上する時間に、休憩時間は含まれるのか。

答① そのとおり。

- ② 当該病棟に勤務している時間帯に休憩した場合に限り、含めてよい。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料】

問1490日を超えて入院している患者について、病棟毎に出来高算定を行う病棟、療養病棟入院基本料の例により算定する病棟の届出を行うのか。

答 病棟ごとに取扱を選択することは可能であるが、届出は療養病棟入院基本料の例により算定する病棟のみ必要となる。

問19 ADL維持向上等体制加算の医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、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会」の研修を指す。

【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】

問22 呼吸ケア、及び、人工呼吸器の装着の項目について、NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含めるとあるが、SASの場合も含むのか。

答 NPPVの実施のうち、SASの場合については、呼吸ケア及び人工呼吸器の装着には含めない。

問23 輸血や血液製剤の投与を、緊急入院等のため23時ごろ実施し、翌日まで行った場合の評価はどのようになるのか。

答 輸血や血液製剤について看護師等による管理を実施した場合は、開始した日、終了した日の両日ともに評価に含めることができる。

問24 特殊な治療法（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）について、医師のみが実施した場合でも評価して良いのか。

答 医師が単独で行った場合は、評価の対象にならない。

その3（平成26年4月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【ADL維持向上等体制加算】

問2 ADL維持向上等体制加算において、病棟専従の常勤理学療法士等は疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないのか。

答 できない。

ただし、ADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハビリテーション等を提供する場合については差し支えない。なお、理学療法士等が提供できる疾患別リハビリテーション等は1日6単位（2時間）までとする。

また、当該病棟専従の常勤理学療法士等は、疾患別リハビリテーション料等の専従の理学療法士等として届け出ることにはできない。

その4（平成26年4月23日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【ADL維持向上等体制加算】

問5 ADL低下が3%未満とあるが、指標は示されるのか。

答 別紙様式7の2に基づき、バーセルインデックスを用いて評価する。〔以下略〕

その7（平成26年6月2日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【ADL維持向上等体制加算】

問4 ADL維持向上等体制加算の医師の要件である研修とは、疑義解釈資料（その1）（平成26年3月31日）【問19】で示した研修以外に、具体的にどのような研修があるのか。

答 現時点では、公益社団法人全日本病院協会が主催する「ADL維持向上等体制加算研修」がある。なお今後、当該研修に該当するかどうかは、その都度当局に内議されたい。

その7（平成26年6月2日・事務連絡〈別添4・歯科〉）

問1 7対1入院基本料の施設基準の要件にデータ提出加算の届出を行っていることが追加されたが、入院患者が歯科診療に係る傷病のみの保険医療機関の取扱い如何。

答 データ提出加算の届出は必要ない。

その8（平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料】

問2 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の「A モニタリング及び処置等」の専門的な治療・処置の「⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用」について、ここで言う「持続点滴」とは、ワンショットで行うような注射ではなく、点滴で行っていれば良いと解釈すれば良いか。

答 貴見のとおり。ワンショットで行う静脈内注射は含まない。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料・看護職員の夜勤時間数】

問19 入院基本料の算定要件にある夜勤に従事する看護職員の月平均夜勤時間数を4週間単位で算出している場合、月や年度が変わる際などに一度リセットして、新しい月の1日から始めてもよいのか。

答 不可。計算に含まない日が出ないよう必ず連続する4週間ごとに算出すること。 例)

一度4週間で算出する方法を選択し3月1日～3月28日で届出をした場合は、次の算出期間は3月29日～4月25日となる。

問20 月平均夜勤時間数は、「届出前1ヶ月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護職員の延夜勤時間数」を「夜勤時間帯に従事した実人員数」で除して算出するとされている。月平均夜勤時間数を4週間で算出している場合、看護配置等暦月でみる基準については別途書類を作成する必要はあるのか。

答 そのとおり。看護職員の月平均夜勤時間数の算出を4週間で算出している場合には、看護職員の配置基準は暦月で算出することとなっているため、別途書類作成が必要になる。

問21 夜勤専従者の月の所定労働時間（夜勤時間数）について、概ね72時間の2倍以内という要件が削除されたことにより、どのような勤務体系が可能となるか。

答 勤務形態の多様化及び夜間の看護補助者の配置の普及等を踏まえ、夜勤専従者の所定労働時間を日勤及び夜勤の両方を行う看護職員と同等の週当たり40時間が可能となる。ただし、本人の希望や夜勤による身体への負担等を考慮し、柔軟な運用と配慮を行うことが望ましい。

【入院基本料・看護要員の勤務時間数】

問22 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、褥瘡対策に関する委員会を行う時間は含んでよいのか。

答 平成19年4月20日の事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その7）」で示している「院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修」〔問33〕以外に、褥瘡対策委員会に参加する時間についても、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【一般病棟看護必要度評価加算】

問19 一般病棟看護必要度評価加算について、一般病棟から一般病棟以外（ICU、CCU等）へ評価時間を過ぎて転棟した患者について、転出させる一般病棟では転棟日も算定できるか。

答 転棟日は転棟後の入院料を算定することになっている。一般病棟入院基本料を算定しない患者となるため、一般病棟以外に転棟した場合は算定できない。また、転棟日については別添7の様式10及び10の3の「入院患者延べ数」にも含めない。

【看護職員1人当たり月平均夜勤時間数の算出と変更の届出】

問33 月平均夜勤時間数が72時間以内という要件の算出方法はどうか。

答 例えば、一般病棟入院基本料の10対1を算定する病棟（看護単位）が複数あれば、病院全体で、それらの複数の病棟（看護単位）を合計して、月平均夜勤時間数を算出すること。したがって、各病棟（看護単位）ごとに算出するものではないこと。

問34 看護職員1人当たりの月平均夜勤時間数について、1割以内の一時的な変動とは79.2時間以下での一時的変動をいうのか。

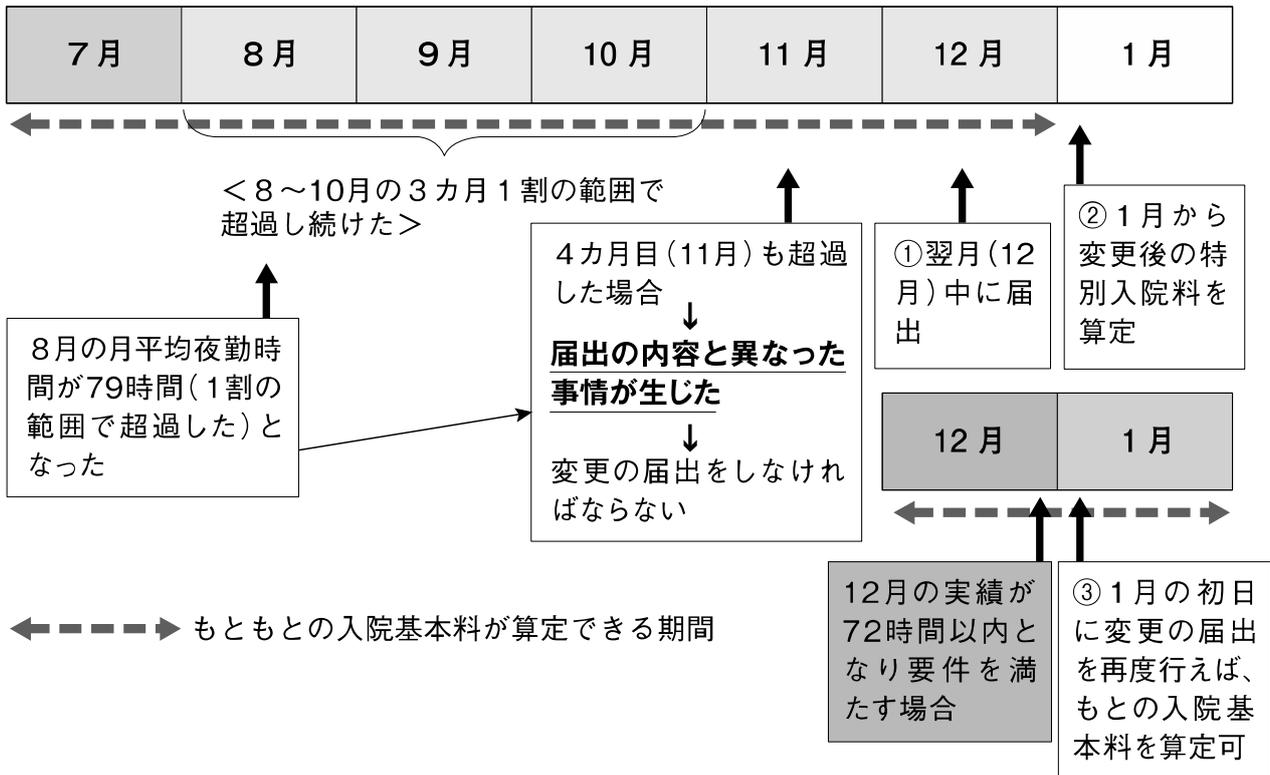
答 そのとおり。

問35 届出の変更は具体的にどのようにすればよいのか。例えば、月平均夜勤時間数が、7月は72時間であったが、8～10月の3カ月間の毎月の実績が79時間（1割以内）であり、さらに11月の実績も79時間であった場合、どのように届出の変更を行えばよいか。

答 届出の変更については従来通りである。具体的には、12月中に変更の届出を行い、1月より新たな入院基本料を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定することになるため、その後、12月の実績が要件を満たしていれば、1月の初日に変更の届出を再度行い、1月より新たな入院基本料を算定することになる。(別紙1参照)

届出受理後の措置のイメージ図 (別紙1)

(7月):72時間以内 (8~10月):79時間(1割の範囲内で超過) (11月):72時間を超過

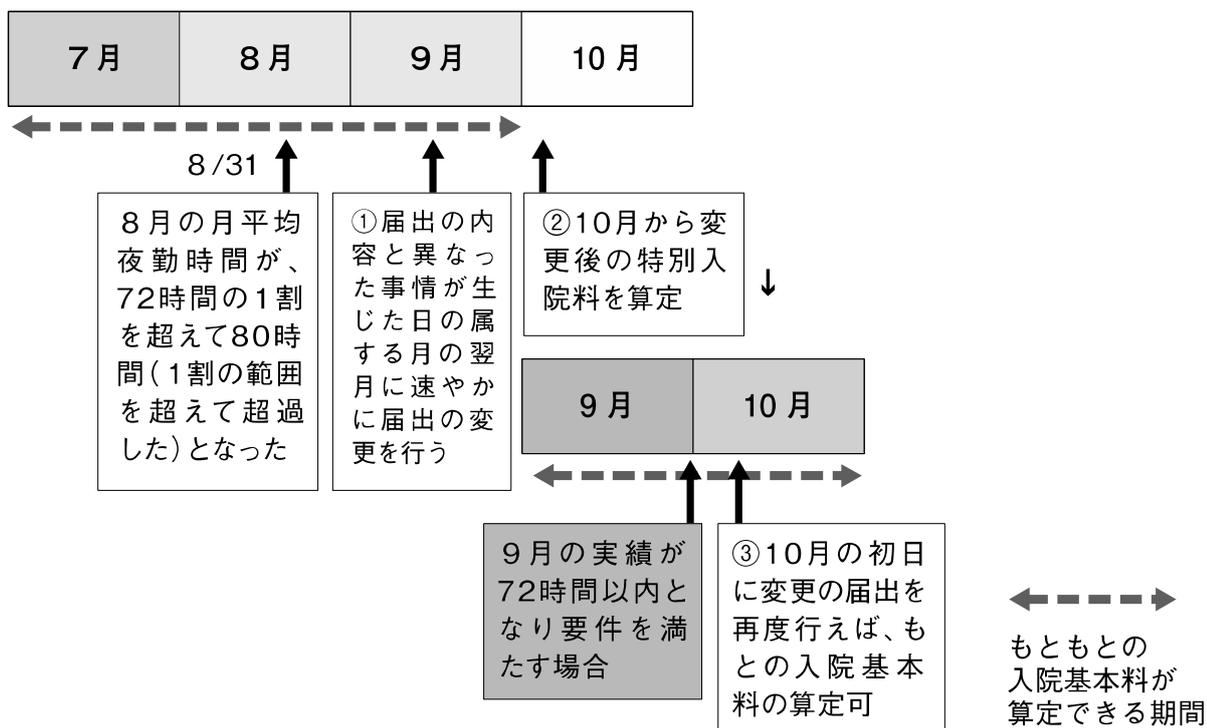


問36 届出の変更は具体的にどのようにすればよいのか。例えば、月平均夜勤時間数が7月は72時間であったが、8月の実績が80時間(1割超え)であった場合、どのように届出の変更を行えばよいか。

答 届出の変更については従来通りである。具体的には、9月中に変更の届出を行い、10月より新たな入院基本料を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定することになるため、その後、9月の実績が要件を満たしていれば、10月の初日に変更の届出を再度行い、10月より新たな入院基本料を算定することになる。(別紙2参照)

届出の内容と異なった事情が生じた場合の届出事務のイメージ図（別紙2）

（7月）：72時間以内 （8月）：80時間（1割の範囲を超えて超過）



疑義解釈資料 平成20年改定

その3（平成20年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 産科患者で保険診療の対象である帝王切開になった患者も「一般病棟用の重症度・看護必要度の評価票」の測定対象から除外するのか。

答 その通り。保険診療の対象如何にかかわらず、産科の対象となる疾患、病状であれば測定対象から除外する。

疑義解釈資料 平成18年改定

その1（平成18年3月23日・事務連絡）

問1 入院患者数50人の一般病棟で、10対1入院基本料の場合、3交代制、2交代制でそれぞれ何人の看護職員を配置するのか。

答 入院患者数50人で10対1入院基本料を届出する場合、1勤務帯8時間1日3勤務帯を標準とすると、5人+5人+5人で、看護職員は1日に15人勤務（15人×8時間=120人時間）することが必要となる。（さらに、例えば日勤帯11名、準夜帯2名、深夜帯2名配置する等の傾斜配置が可能。）また、1勤務12時間2交代制であれば、5人+5人で1日10人（10人×12時間=120人時間）勤務する。

【夜勤関連】

問11 月平均夜勤時間数を計算する場合、残業時間も含めるのか。

答 残業時間は含まない。

問14 15時から翌朝7時までを夜勤時間帯とする病棟で、16時から20時までの短時間夜勤に月5回従事する看護職員は、夜勤従事者と考えるよいか。

答 当該病棟の定める夜勤時間帯が16時からの場合、16時間以上勤務している（4時間×5回=20時間）ため、夜勤従事者と考えるよいか。

※「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」別紙2
看護要員の配置状況（例）

問15 15時から翌朝7時までを夜勤時間帯とする病棟で、遅出の看護職員（例 午前10時から午後6時まで勤務）については、夜勤時間数は何時間になるか。

答 当該勤務日については、3時間の夜勤を行ったこととなる。

問16 病棟種別ごとに夜勤時間帯が異なってもよいか。

答 よい。

問17 人当たり夜勤時間数の計算は個々の病棟ごとで行うのか、病棟の種別ごとの平均で行うのか。

答 病棟の種別ごとの平均で行う。例えば、一般病棟入院基本料の10対1入院基本料の届出を行う病棟を3病棟持つ保険医療機関の場合、3病棟全体で月平均夜勤時間数72時間以内であればよい。

問18 人あたり夜勤時間数の計算にあたって、夜勤専従者の夜勤時間数は除外して計算してもよいか。

答 専ら夜勤に従事する者（夜勤専従者）の実人員数及び延夜勤時間数は、除外して計算する。

【看護師比率】

問23 兼務者等、これまでの看護要員数の算定の考え方は、看護師比率の考え方にも適用されるのか。

答 現行どおり、病棟勤務を兼任している者については、実際の病棟勤務時間を比例計算の上、計算する。

※「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」別添2入院基本料等の施設基準等 第2-4(3)カロ

問24 看護師比率は、どのように計算するのか。

答 その届出区分において、施設基準上で月平均1日当たり勤務することとなる必要看護職員数に対する看護師の数の割合である。実際に勤務している看護職員に対する看護師の比率ではない点に留意されたい。

その7（平成19年4月20日・事務連絡）

問33 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間も除かれるのか。

答 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策に関する基準」及び「医療安全管理体制に関する基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修に参加する時間帯に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。〔以下略〕

問34 入院基本料の施設基準において、夜勤専従者が、日勤の看護職員の急病時などの緊急やむを得ない場合に日勤を行った場合には、当該月は夜勤専従者とはみなされないのか。

答 勤務計画表に日勤が組み込まれていない者であって、日勤の看護職員の急病時などの真に緊急やむを得ない場合に限り日勤を行った程度のものであれば、夜勤専従者とみなして差し支えない。ただし、頻繁に日勤を行う必要性が生じることは想定されないことから、日勤を行うことが認められるのは、月に1回であることに留意されたい。

病院の入院基本料 2

A 100一般病棟入院基本料

疑義解釈資料 令和4年改定

【急性期一般入院料 1】

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。
疑義解釈資料 平成30年改定

【急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料】

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問26 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料の施設基準にある、「自宅等に退院するもの」の中に、同一の敷地内にある介護医療院に退院した患者も含まれるか。

答 含まれる。

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問11 疑義解釈資料の送付について（その1）（平成30年3月31日付け事務連絡）の**問26**において、急性期一般入院料1及び7対1入院基本料の施設基準にある、「自宅等に退院するもの」の中に、同一の敷地内にある介護医療院に退院した患者も含まれることとされているが、同一の敷地内にある介護老人保健施設も含まれるという理解でよいか。

答 よい。

【急性期一般入院基本料】

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問28 急性期一般入院料2及び3の施設基準の「厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に適切に参加すること。ただし、やむを得ない事情が存在する場合には、この限りではない。」とあるが、「やむを得ない事情」とはどのような場合か。

答 「やむを得ない事情」とは、不測の事態により調査票が未着であった場合や調査対象となっていない場合など、調査への参加が困難な場合をいう。

その2（平成30年4月6日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 急性期一般入院料3を届け出るにあたり、「届出時点で、継続して3月以上、急性期一般入院料1又は2を算定していること」とあるが、急性期一般入院料1と急性期一般入院料2をあわせて3月の実績でよいか。

答 よい。

病院の入院基本料 3

A101療養病棟入院基本料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問42 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注1について、「当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されている」とあるが、摂食機能又は嚥下機能の回復に係る実績を有している必要はあるか。

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

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

答 そのとおり。

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

答 適用される。

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

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

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

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

【看護補助体制充実加算】

問47 看護補助体制充実加算の施設基準における看護補助者及び看護職員の研修受講者の

氏名について、届出の際に提出する必要があるか。

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

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

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

答 それぞれ以下のとおり。

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

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問9 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の施設基準において策定が求められている「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」について、参考にすべきものはあるか。

答 「医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き」（平成25年度厚生労働科学研究費補助金「医療機関における感染制御に関する研究」）の「カテーテル関連血流感染対策」等を参考とすること。なお、他の院内感染対策のための指針と併せて策定しても差し支えない。

問10 区分番号「A101」療養病棟入院基本料、区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料及び区分番号「A317」特定一般病棟入院料の注7について、保険医療機関が定める必要がある「適切な意思決定支援に関する指針」とは、令和2年3月31日以前の旧医科点数表における当該入院料等の施設基準の規定により保険医療機関が既に定めている「適切な看取りに対する指針」で差し支えないか。

答 当該指針に適切な意思決定支援に関する内容が含まれていれば差し支えない。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問54 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準に「「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ看取りに対する指針を定めている」とあるが、具体的にはどのようなものを作成すればよいか。

答 看取り時の医療・ケアの方針をどのように決定するか、患者本人や家族等への説明や手続き等、当該医療機関としての手順を定めたものであり、各医療機関の実情にあわせて作成いただきたい。当該指針を定めるに当たっては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされること、患者本人や家族等の信頼できる者も含めた話し合いが繰り返し行われること、このプロセスに基づく話し合いの内容をその都度文書にまとめておくこと等、各ガイドラインの内容を踏まえた上で作成いただきたい。

問69 療養病棟入院基本料の注11に規定する病棟について、看護職員の配置は25対1以上を満たしている必要があるが、看護補助者についても25対1以上の配置でよいか。

答 そのとおり。

問72 平成30年度改定前の療養病棟入院基本料2における、看護要員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であることの要件は、改定後の療養病棟入院料2、注11〔及

び注12]に規定される病棟には適用されないか。

答 適用されない。

問73 同一医療機関において、療養病棟入院料1を算定する病棟と療養病棟入院料2を算定する病棟を、それぞれ届け出ることとは可能か。また療養病棟入院料1又は2を算定する病棟と、療養病棟入院基本料の注11〔又は注12〕に規定される病棟を、それぞれ届け出ることとは可能か。

答 療養病棟入院料1と2の両方を同一の医療機関が届け出ることとはできないが、療養病棟入院料1又は2の病棟と、注11〔又は注12〕の病棟〔のいずれか一方又は両方〕を、それぞれ届け出ることとは可能。

【夜間看護加算】

問55 看護補助者への研修は、全ての看護補助者に対して実施しなければならないのか。

答 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者である必要がある。ただし、当該看護補助者が介護福祉士等の介護業務に関する研修を受けている場合はこの限りでないが、医療安全や感染防止等、医療機関特有の内容については、院内研修を受講する必要がある。

問74 療養病棟入院基本料の注13〔注12〕の夜間看護加算について、医療機関に療養病棟が複数ある場合に、当該加算を届け出る病棟と届け出ない病棟があっても良いか。

答 同一入院料の病棟が複数ある場合、当該加算を届け出するためには、同一入院料の病棟全体で当該加算の要件を満たす必要がある。

【在宅復帰機能強化加算】

問71 療養病棟入院基本料の注10の在宅復帰機能強化加算について、医療機関に療養病棟が複数ある場合に、当該加算を届け出る病棟と届け出ない病棟があっても良いか。

答 同一入院料の病棟が複数ある場合、当該加算を届け出するためには、同一入院料の病棟全体で当該加算の要件を満たす必要がある。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問32 別紙8「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」「33. うつ症状に対する治療を実施している状態」の項目の定義について、以下の場合は該当するか。

- ① 当該患者の入院する保険医療機関の精神保健指定医が当該患者を診察の上処方する場合
- ② 別の保険医療機関の精神保健指定医が当該患者を対診し、当該精神保健指定医の指示により、当該保険医療機関の精神保健指定医ではない医師が処方する場合
- ③ 当該患者が別の保険医療機関を受診し、当該別の保険医療機関の精神保健指定医が処方する場合

答① 該当する。

- ② 当該保険医療機関において別の保険医療機関の精神保健指定医が当該患者を対診し、当該精神保健指定医の具体的な指示に基づき、当該保険医療機関の医師がうつ症状に対する薬の処方を行う場合は、1回の処方に限り本項目に該当する。

- ③ 別の保険医療機関において精神保健指定医の診察を受け、当該精神保健指定医によってうつ症状に対する薬を処方される場合も本項目に該当する。

問33 別紙8「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」「33. うつ症状に対する治療を実施している状態」の項目の定義に定める精神保健指定医について、常勤・非常勤どちらでも良いか。

答 精神保健指定医は、当該患者が入院する保険医療機関において、常勤又は非常勤のい

ずれの場合でも良い。

問34 別紙8「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」 「17. 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）」の項目の定義について、

① 1日の中で酸素流量が変動し、3L/分を下回る時間が存在する場合も医療区分3として良いか。

② 「肺炎等」に相当する疾患は、どのようなものが含まれるか。

答① 1日の中で流量が3L/分を下回る場合がある患者については、医療区分2に該当する。

② 「肺炎等」は、動脈血酸素飽和度を低下させる急性の呼吸器疾患等のこと。単なる痰や、慢性のものは該当しない。

その2（平成28年4月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 療養病棟入院基本料の「医療区分・ADL区分に係る評価票」17の、酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）について、「なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、点滴を実施した日から30日間まで本項目に該当する。」とあるが、点滴の実施期間が30日未満であった場合にも点滴開始後30日間は該当するのか。また、30日間を超えて点滴を継続した場合は31日以降は該当しないのか。

答 肺炎等急性増悪により点滴治療が30日未満で終了した場合にも、開始から30日間は本項目に該当する。肺炎等急性増悪により点滴治療を30日を超えて実施した場合には、実施した日に限り、本項目に該当する。

疑義解釈資料 平成26年改定

その3（平成26年4月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「在宅生活を1月以上（退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上）継続することを確認をしていること」とあるが、考慮する医療区分は退院日の医療区分で良いか。

答 退院日の医療区分でよい。

その4（平成26年4月23日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 療養病棟入院基本料1の在宅復帰機能強化加算における退院した患者の定義について、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合は、在宅に退院したとみなされるのか。

答 みなされない。ただし、当該病棟から退院した患者（当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。）には含まれる。

問4 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「退院患者の在宅生活が1か月以上継続することを確認していること」とあるが、どのような方法で確認をし、どのように記録管理すべきか。

答 当該保険医療機関の職員により患者の居宅を訪問又は在宅療養を担当する保険医療機関からの情報提供により確認する。記録方法は問わないが、退院患者それぞれについて、どのように確認が行われたかがわかるように記録されていること。

その5（平成26年5月1日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【在宅復帰機能強化加算】

問1 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「在宅に退院した患者の退院後1月以内（医療区分3の患者については14日以内）に、当該保険医療機関の職員が当該患者の

居宅を訪問することにより、（略）当該患者の在宅における生活が1月以上（退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上）継続する見込みであることを確認」することとなっているが、当該保険医療機関が当該患者に対して外来診療を行う際に、在宅における生活が継続する見込みであることを確認した場合は、当該患者の居宅を訪問する必要はないか。

答 他の医療機関や介護老人保健施設に入院・入所していない等、外来診療時に、患者本人や同行した家族からの聞き取り等によって、当該患者が在宅における生活が継続する見込みであることを確認ができる場合は、必ずしも当該患者の居宅を訪問する必要はない。なお、この場合において、在宅から通院していることを確認できた理由を診療録等に記録すること。

疑義解釈資料 平成24年改定

その9（平成24年9月21日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 平成24年3月5日付け保医発0305第2号「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」の別添6の別紙8の31において、医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができることとされているが、同一医療機関において、他病棟から療養病棟に転棟時既に褥瘡が発生していた場合は、当該医療区分の規定は該当するか。

答 該当しない。ただし、他病棟に入院又は転院時に既に褥瘡が発生しており、他病棟で褥瘡対策を実施したにも関わらず、療養病棟へ転棟時にも、引き続き当該褥瘡が継続して発生している場合に限り、当該医療区分の規定に該当する。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【医療区分・ADL区分に係る評価票、治療・ケアの確認リスト】

問27 療養病棟入院基本料を算定する場合、「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定欄を記載し、レセプトとともに提出すれば、診療録等には記載する必要はないということでしょうか。

答 当然ながら、個々の患者について評価した結果は、診療録や看護記録に記録すること。

問28 「医療区分・ADL区分に係る評価票」について、該当する項目全てに○ということだが、以下の場合には記入漏れということになるのか。

①「4脱水かつ発熱」の項目に該当する患者が胃瘻栄養であって、「8胃瘻かつ発熱」に○がない場合。

②ベッドを柵で囲んでいる医療区分3の患者について、「92身体抑制」の記載をしなかった場合。

答 そのとおり。

問29 「医療区分・ADL区分に係る評価票」にある、同月内に複数回入退院をした場合についての「入院元」「退院先」の欄は、当該月の入院でない患者についても毎月記載しなければならないのか。

答 当該月に入院又は退院した場合に、その入院元又は退院先を記載すること。

病院の入院基本料 4

A 102結核病棟入院基本料

疑義解釈資料 令和4年改定

【入院基本料等の施設基準等】

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

病院の入院基本料 5

A 103 精神病棟入院基本料

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

【介護医療院】

問75 精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料【現・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、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において規定される患者に介護医療院は含まれるのか。

答 含まれる。

【精神保健福祉士配置加算】

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問76 精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において、当該病棟又は治療室に専従配置された精神保健福祉士は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく医療保護入院者に対する退院後生活環境相談員に選任されることが可能か。

答 当該精神保健福祉士が専従配置された病棟又は治療室の入院患者に対して退院後生活環境相談員に選任される場合に限り、可能。なお、当該患者が同一の保険医療機関の他の病棟又は治療室に転棟又は転室し、当該保険医療機関に入院中の場合については、当該精神保健福祉士は継続して当該患者の退院後生活環境相談員の業務を行ってよい。

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添1〉）

問16 精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料【現・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、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において、同一の敷地内にある介護医療院又は介護老人保健施設に退院した場合も自宅等への退院に含まれるという理解でよいか。

答 よい。

疑義解釈資料 平成26年改定

その2（平成26年4月4日・事務連絡〈別添1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

問17 複数病棟分届出があった場合、在宅〔自宅等〕へ移行した割合については、病棟単位で要件を満たす必要があるか。

答 その通り。

その7（平成26年6月2日・事務連絡〈別添1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

問3 精神病棟入院基本料等の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟（A）へ入院した

患者が当初の入院日から起算して1年以内に在宅〔自宅等〕へ移行した場合であって、以下のケースに該当した場合、当該加算の在宅移行率計算における分母、分子の取扱いはどのようなになるのか。

① 当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟（B）へ転棟した後に、在宅へ移行した場合

② 当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定しない病棟（C）へ転棟した後に、元の配置加算病棟（A）へ転棟し、その後在宅へ移行した場合

③ 当該患者が在宅へ移行した後に、元の配置加算病棟（A）へ入院期間が通算される再入院をし、その後、最初の入院日から起算して1年以内に在宅へ移行した場合

答① 病棟（B）において、分母・分子に計上し、病棟（A）においては分母・分子ともに計上しない。

② 病棟（A）において、分母に1回目の入棟のみを計上し、分子は在宅移行時を計上する。

③ 病棟（A）において、1回目の入棟を分母に計上し、最後の在宅移行を分子に計上する。（1回目の在宅移行、再入院は計上しない。）

なお、当該加算における在宅移行率の届出にあたっては、精神保健福祉士が配置されている期間の実績のみをもって届け出ることとする。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1〉）

問31 精神病棟入院基本料の13対1入院基本料を算定する病棟については、当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の4割以上が、入院時においてGAF尺度30以下又は区分番号A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象となる患者とされているが、この場合、精神科身体合併症管理加算の届出を行っていないと対象とはならないのか。それとも精神科身体合併症管理加算の対象となる患者が4割以上であれば良いということか。

答 精神科身体合併症管理加算の届出を行っていない場合であっても、当該加算の対象となる患者であれば差し支えないが、身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

病院の入院基本料 6

A104特定機能病院入院基本料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院栄養管理体制加算】

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

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

問50 区分番号「A104」特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算について、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。

病院の入院基本料 8

A106障害者施設等入院基本料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1 (令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉)

【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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1 (令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉)

【夜間看護体制加算】

問11 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3）、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、例えば、4月1日の18時から24時を越えて夜勤を行った場合には、4月3日に暦日の休日を確保するということか。

答 そのとおり。

問12 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること」について、どのような勤務体制がとられていれば要件を満たすか。

答 深夜や早朝における患者の状態等に対応する業務量を把握した上で、早出や遅出等を組み合わせた勤務体制をとること。なお、勤務者の希望を加味した上で、1か月の間に10日以上、早出や遅出等の活用実績があることが望ましい。また、早出及び遅出の勤務時間には、各保険医療機関が定めた夜勤時間帯（午後10時から午前5時までの時間を含めた連続する16時間）のうち少なくとも2時間を含むこと。

問13 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること」について、どの程度の利用実績があればよいか。

答 少なくとも月に1人は利用実績があること。また、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）の問49の①は廃止する。

問14 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること」について、

- ① 具体的にはどのようなものを活用することが想定されるか。
- ② 1年に1回以上実施する看護要員による評価の方法に関する規定はあるのか。

答① 看護記録の音声入力、AIを活用したリスクアセスメント、ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等が例として挙げられる。単にナースコール、心電図又はSP O2モニター、電子カルテ等を用いていること等は該当しない。

- ② 看護要員の業務負担軽減に資するものとなっているかどうかを評価し、それをもとに活用方法等を検討することが可能であれば、具体的な手法については定めていない。

問15 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること」について、「5割以上」とは、各看護補助者の業務量でみるのか、もしくは、全看護補助者の業務をあわせて考えるのか。

答 各看護補助者の業務において、5割以上である必要がある。ただし、「主として事務的業務を行う看護補助者」は除いてよい。

その62（令和3年3月31日・事務連絡〈別添・医科〉）

【夜間看護体制加算】

問1 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10）を看護補助加算（「A106」障害者施設等入院基本料の注9）と、夜間看護体制加算（「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3）を夜間急性期看護補助体制加算（「A207-3」急性期看護補助体制加算の注2）と、夜間看護体制加算（「A214」看護補助加算の注3）を「A214」看護補助加算と、それぞれ同時に届け出することは可能か。

答 可能。

問2 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3）、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日確保されていること」について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象となるか。

答 「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡）問9と同様に、勤務時間に午後10時から翌日5時までの時間帯が一部でも含まれる場合は、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象とする。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【看護補助加算】

問55 看護補助者への研修は、全ての看護補助者に対して実施しなければならないのか。

答 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者である必要がある。ただし、当該看護補助者が介護福祉士等の介護業務に関する研

修を受けている場合はこの限りでないが、医療安全や感染防止等、医療機関特有の内容については、院内研修を受講する必要がある。

診療所の入院基本料【施設基準・第六】

診療所の入院基本料 1

通則事項

診療所の入院基本料の施設基準等（通則事項）

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【有床診療所在宅復帰機能強化加算、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算】

問39 一つの有床診療所が一般病床と療養病床の二つを有しているとき、在宅復帰機能強化加算の算定に用いる在宅復帰率、平均在院日数の計算において、一般病床から療養病床への転床、また療養病床から一般病床への転床はどのように取り扱うのか。

答 在宅復帰率、平均在院日数の計算において、同一有床診療所内における別の病床区分への転床は、退院と同様に取り扱う。なお、在宅復帰率の計算において、これらの患者は在宅に退院した患者数に含めない。

疑義解釈資料 平成24年改定

その2（平成24年4月20日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料（有床診療所）】

問9 「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」（平成24年3月5日保医発0305第1号）に「有床診療所入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定することができる」とあるが、この場合、当該患者が入院している有床診療所入院基本料を算定している病床の面積要件の基準はあるのか。

答 有床診療所入院基本料注9の規定に基づき、有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合に限り、病床の面積要件は現に入院している一患者あたりで医療法に規定する療養病床の面積と同等のものを満たせば良いこととする。

問10 今回の改定で、有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料の両者を届出ている有床診療所にあっては患者の状態に応じて相互の入院基本料を算定することが可能となったが、一般病床に配置している看護職員を療養病床に配置すべき看護要員として重複カウントしてもよいか。

答 重複カウントすることはできない。それぞれの病床における看護配置を含めた施設基準を満たした場合に、それぞれの算定が可能となる。

問11 有床診療所入院基本料注9の規定に基づき、有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合に、療養病床として届出している病床数に対する看護要員数ではなく、有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者数に相当する看護要員数が必要か。

答 そのとおり。

問12 有床診療所療養病床入院基本料を算定することが望ましい患者が増加した場合、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を増やし、一般病床に配置する看護職員数を減らして、その看護職員を療養病床に配置した上で、有床診療所入院基本料について

は看護職員数にあった区分を算定することはできるか。
答 可能である。なお、その場合改めて届出を行う必要はない。

診療所の入院基本料 3

A 109有床診療所療養病床入院基本料

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問25 救急・在宅支援療養病床初期加算【現；有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算】の「過去1年間に在宅患者訪問診療料の実績があること【現；過去1年間に訪問診療を実施した実績があること】」という要件について、ここでいう実績とは月ごとの患者数でよいのか。患者の氏名なども必要なのか。

答 当該保険医療機関において、届出日の直近1年間に在宅患者の訪問診療を1件以上実施していることを第三者により確認可能な書類が添付されていれば、その様式や記載内容は問わない。

入院基本料等加算【施設基準・第八】

入院基本料等加算 2

A 200総合入院体制加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問16 区分番号「A200」総合入院体制加算の施設基準における「保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減」について、「保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修」には、どのようなものがあるか。

答 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のうち、いずれの区分であっても該当する。また、領域別パッケージ研修も該当する。

問17 区分番号「A200」総合入院体制加算の施設基準における「保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減」について、当該看護師の勤務時間や特定行為の実施状況等といった活動実績に係る要件はあるか。

答 特定行為研修を修了した看護師について、活動実績に係る要件はない。ただし、当該医療機関において、当該看護師の特定行為研修修了者として果たす役割について、位置づけを明確にしておくこと。

問18 区分番号「A200」総合入院体制加算の施設基準における「院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減」について、院内助産や助産師外来の開設に係る要件や、妊産褥婦の受入れ実績に係る要件はあるか。

答 開設及び実績に係る要件はないが、「院内助産・助産師外来ガイドライン2018（平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業）」を参考として開設し、当該医療機関の院内助産又は助産師外来における医師と助産師との役割分担を明確にしておくこと。

問19 区分番号「A200」総合入院体制加算について、「医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合」とあるが、具体的にどのような場合か。

答 構想区域において、複数の保険医療機関がそれぞれに小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っている場合であって、地域医療構想調整会議において、保険医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて合意を得た結果、当該保険医療機関のうち、現に総合入院体制加算の届出を行っているもののいずれかが、当該診療科の標榜又は当該診療科に係る入院医療の提供を中止する場合を指す。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問77 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、当該計画に含まれている事項はすべて実施していることが必要であるのか。

答 計画の実施又は計画の達成状況の評価が行われていることが必要である。

問78 「当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと」とあるが、同一建物内ではなく同一敷地内に設置している場合は、総合入院体制加算の届出は可能か。

答 可能。

問209 「医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成するとあるが、複数年に渡る計画でもよいか。

答 そのとおり。

問211 総合入院体制加算の施設基準で、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を作成し評価することが要件とされたが、病院に勤務する全ての医療従事者を対象とし、かつ各職種について、それぞれ負担の軽減及び処遇の改善に資する計画をたてなければいけないか。

答 対象とする医療従事者や、職種ごとに個別に負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定するかどうかは、医療機関の実情に照らし合わせて策定いただきたい。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問40 総合入院体制加算1及び2の要件について、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、下記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 該当する。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問7 区分番号「A200」総合入院体制加算の施設基準において、『区分番号「B009」診療情報提供料（I）の「注7【現・注8】」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数〔及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が〕が直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上であること』〔取扱い通知1(6)イ〕とあるが、区分番号「B009」診療情報提供料（I）の「注15【現・注17】」の加算を算定する退院患者についても、区分番号「B009」診療情報提供料（I）の「注7」の加算を算定する退院患者数の中に含める事は出来るか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問25 施設基準に示される、「化学療法4,000件【現・1,000件】／年以上」について、件数はどのようにカウントするのか。

答 入院又は外来で行われた化学療法1レジメン（治療内容をいう。以下同じ。）を1件としてカウントする。ただし、内服のみのレジメンは対象外とする。例えば、エトポシド+シスプラチン併用療法4コースを実施した場合は1件と数える。なお、当該レジメンは、各施設でレジメンを審査し組織的に管理する委員会で承認されたレジメンに限る。

問26 施設基準において、化学療法を行っている途中で、副作用等により治療を中止した場合はカウントするのか。また、治療途中でレジメンを変更した場合のカウントはどう

するのか。

答 化学療法を行っている途中で中止した場合も1件とカウントする。また、レジメンを変更した場合は新たに1件としてカウントする。

その4（平成26年4月23日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問6 総合入院体制加算1における施設基準の要件に「当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること」とあるが、医療機関が敷地内禁煙である旨を掲示し、禁煙を行っているにも関わらず、来訪者が喫煙を行った場合、施設基準に適合しないものとみなされるか。

答 患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行ってしまった場合、単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。

なお、医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示し、職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに、来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

疑義解釈資料 平成26年改定前

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問37 総合入院体制加算について、特定入院料、医学管理等のうち、診療情報提供料が包括化されているものについては、診療情報提供料（I）の「注7【現・注8】」の加算を算定できる場合と同様に情報提供を行った上で退院した場合を、総合入院体制加算の要件の退院患者数に算入してよいか。

答 小児入院医療管理料、精神科救急入院料【現・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、地域連携診療計画管理料、がん治療連携計画策定料、肝炎インターフェロン治療計画料については、診療情報提供料（I）の「注7」の加算を算定できる場合と同様に情報提供を行った上で退院した場合であれば、退院患者数に含めて差し支えない。なお、その場合には情報提供の内容について確認できるように診療録へ記載する。

（平成20年12月26日・事務連絡）

問1 A200入院時医学管理加算【現・総合入院体制加算】、A207-2医師事務作業補助体制加算及びA237ハイリスク分娩管理加算【現・ハイリスク分娩等管理加算】では、「勤務医の勤務時間【現・医療従事者の勤務状況】を把握する」ことが要件となっているが、院内で研究等の直接業務とは関係ないことを行っている時間は、分けて把握しなければならないのか。

答 分けて把握することが望ましい。ただし、明確に分けることが困難な場合には、勤務以外の時間を含むことを明確にした上で、合わせた時間を把握すること。

（平成21年3月30日・事務連絡）

問2 A200入院時医学管理加算【現・総合入院体制加算】、A207-2医師事務作業補助体制加算、A237ハイリスク分娩管理加算【現・ハイリスク分娩等管理加算】の届出要件として、勤務医の負担の軽減【現・医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善】に資する具体的計画を策定し職員等に周知していることとあるが、これは、策定する予定であれば届出が可能か。

答 上記の点数は、勤務医の負担軽減に対する体制を評価している加算であり、実際に勤務医の負担の軽減に資する具体的計画を策定し、職員等に周知する等の取り組みを行っている場合に届出ができるものであり、具体的計画を策定する予定だけでは、届出は受理されない。なお、届出に際しては、策定した具体的計画の写し（様式自由）を添付すること【現・添付不要】となっている。

入院基本料等加算 3

A200-2急性期充実体制加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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つては対象として差し支えないが、手術実施の判断から手術開始までの時間が24時間を超える場合は緊急手術に該当しない。

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

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

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

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

答 急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟以外の病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又は特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行っても差し支えない。

問58 許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関において、令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料1を届け出ている病棟については、令和4年12月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価に係る基準を満たして

いるものとみなすこととされているが、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準における「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていること」について、どのように考えればよいか。

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

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

答 現時点では、以下の研修が該当する。

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

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

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

答 よい。

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

答 「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」ことについては、調剤点数表の特別調剤基本料における考え方と同様である。

具体的には、次の①から④までのいずれにも該当しない場合を指す。

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

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

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

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

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

- ・「13 退院に係る状況等」
- ・「14 禁煙の取扱い」

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

答 可能。

問64 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準の手術等に係る実績において、「イ及び、ロからへまでのうち4つ以上を満たしていること」とあるが、これは、イを満たした上で、イとは別に、ロからへまでのうち4つ以上を満たしている必要があるのか。

答 そのとおり。

その10（令和4年6月1日・事務連絡〈別添・医科〉）

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。

入院基本料等加算5

A205救急医療管理加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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

答 可能。ただし、当該医師の業務負担への配慮を十分に行うこと。

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

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

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問21 区分番号「A205」救急医療管理加算について、「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、施設基準の届出に際し、当該対応を行う医療従事者（医師を含む。）の氏名等を届け出る必要があるか。

答 重症救急患者の受入れに対応する医療従事者（通常の当直を行う医師とは別の医師を含む。）の氏名等について届け出る必要はないが、院内のいずれかの医師が当該対応を行うかについて、医療機関内でわかるようにしておくこと。

疑義解釈資料 令和22年改定

その5（平成22年6月11日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算については、三次救急医療機関であっても、施設基準を満たしていれば届出は可能か。

答 可能である。

入院基本料等加算 8

A 207 診療録管理体制加算

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問28 電子的な一覧表とは、電子カルテを導入している必要があるのか。

答 電子カルテを導入している必要はなく、表計算ソフト等によるものであっても差し支えない。

問29 年間の退院患者数2,000名あたり1名の専任の常勤診療記録管理者を配置することとされているが、例えば年間退院患者数が2,005名の場合は、何人配置すればよいのか。

答 2人。直近1年間の退院患者数を2,000で除して端数を切り上げた値以上の人数を配置すること。

問30 年間退院患者数はどのように計算するのか。

答 計算対象となる期間に退院日が含まれる患者の数を合計したものであり、同一患者の再入院（「診療報酬の算定方法」第1章第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院を含む）についても、それぞれ別に計算する。

問31 常勤診療記録管理者の配置に係る基準について、非常勤職員の常勤換算は認められるか。

答 認められない。

問32 常勤診療記録管理者は、派遣職員や指揮命令権のない請負方式などの場合でもよいのか。

答 どちらも認められない。

問33 常勤診療記録管理者は、がん拠点病院の基準で定められているがん登録の専従担当者でもよいのか。

答 認められない。

問34 「保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。」とあるが、外来診療記録についても必要か。また、「全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。」とあるが、退院時要約は看護師が作成した要約でもよいのか。

答 外来診療記録についても必要。退院時要約については、医師が作成しなければならない。

問35 「診療記録の保管・管理のための規定が明文化」とあるが、具体的にどのような内容になるのか、ひな形等はあるのか。

答 ひな形等は定めていない。通知の要件を満たしていればよい。

その3（平成26年4月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問11 診療録管理体制加算1の施設基準において、年間退院患者数2,000人に1名以上の専任配置、うち1名が専従とあるが、退院2,000人以内の場合でも専従配置は必要か。

答 必要である。

疑義解釈資料 平成22年改定

その5（平成22年6月11日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 診療録管理体制加算の施設基準について、過去の診療録も含めて電子カルテによる管理を行っている場合には、中央病歴管理室として専用の個室を備える必要があるのか。

答 中央病歴管理室については、必ずしも専用の個室である必要はなく、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成22年2月1日医政発0201第4号）に準拠した体制をとっており、入退室が管理されている等、個人情報を入力、参照及び格納するための情報端末等が物理的な方法によって保護されていればよい。

入院基本料等加算9

A207-2医師事務作業補助体制加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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

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

答 それぞれ以下のとおり。

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

問68 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算について、病床種別の異なる病床を有する保険医療機関において、病床種別ごとに15対1、20対1等の異なる配置区分での届出は可能か

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

問69 区分番号「A207-2」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。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問79 「病院勤務医【現・医師】の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に含む項目として掲げられている「交替勤務制・複数主治医制の実施」について、交替勤務制と複数主治医制の両方の実施が必要か。

答 当該保険医療機関の課題や実情に合わせて交替勤務制又は複数主治医制のいずれかを実施すればよい。

その8（平成30年10月9日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算について、「疑義解釈の送付について」（平成20年5月9日付け事務連絡）の**問8**において、基礎知識習得については、適切な内容の講習の時間に代えることは差し支えないとされているが、医師事務作業補助者が新たに配置される前に基礎知識習得に係る研修を既に受けている場合には改めて研修を受ける必要があるのか。

答 医師事務作業補助者を新たに配置する前に、当該医師事務作業補助者が基礎知識を習得するための適切な内容の研修を既に受けている場合は、当該医師事務作業補助者に再度基礎知識を習得するための研修を行う必要はない。ただし、業務内容についての6ヶ月間の研修は実施すること。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問35 A207-2 医師事務作業補助体制加算の施設基準に示される、年間の緊急入院患者数について医療保護入院又は措置入院により入院した患者も含まれるのか。

答 含まれる。

疑義解釈資料 平成24年改定前

その5（平成22年6月11日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 医師事務作業補助体制加算については、施設基準の届出にあたり、電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む）を整備している必要があるのか。

答 電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む）を整備していなくても、施設基準のその他の要件を満たしていれば、届出が可能である。なお、当該システムを整備している場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成22年2月1日医政発0201第4号）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備している必要がある。

（平成20年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問35 医師事務作業補助者は専従者であることが要件とされているが、複数の人間による常勤換算の場合の「専従」の取扱いはどうなるか。

答 常勤換算となるそれぞれの非常勤職員が、医師事務作業補助者として専従の職員でなければならない。

問36 従来からの事務職員や病棟クレークを医師事務作業補助者として配置しても、医師事務作業補助体制加算を算定することは可能か。

答 可能であるが、配置するにあたり研修が必要である。

問38 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に行うことと

なっているが、業務委託とすることは可能か。

答 不可。

問39 医師事務作業補助者は、診療録管理者若しくは診療録管理部門の業務を行っても良いか。

答 不可。

問42 医師事務作業補助体制加算の算定対象である一般病床のうち、休床している病床がある場合は、どのように取り扱うか。

答 地方社会保険事務局長【現・地方厚生局長】に届け出ている一般病床の数を用いて、医師事務作業補助者の必要配置数の計算をする。

問43 医師事務作業補助者の必要配置数は、具体的にどのように計算するか。

答 医師事務作業補助者の数は、一般病床数比で小数点第一位を四捨五入して求める。例えば、医療法上の許可病床数350床（地方社会保険事務局長【現・地方厚生局長】に届け出ている一般病床数が340床）の病院の場合、各区分で求める配置すべき医師事務作業補助者の数は次のとおりとなる。

- ① 25対1 補助体制加算： $340 \div 25 = 13.6 \rightarrow 14$ 名以上
- ② 50対1 補助体制加算： $340 \div 50 = 6.8 \rightarrow 7$ 名以上
- ③ 75対1 補助体制加算： $340 \div 75 = 4.5 \rightarrow 5$ 名以上
- ④ 100対1 補助体制加算： $340 \div 100 = 3.4 \rightarrow 3$ 名以上

（平成20年5月9日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問8 医師事務作業補助体制加算の施設基準となっている研修について、既存の講習等を受けた場合にあっては、免除されるか。

答 基礎知識習得については、適切な内容の講習の時間に代えることは差し支えない。ただし、業務内容についての6か月間の研修は実施すること。

適切な内容の講習には、診療報酬請求、ワープロ技術、単なる接遇等の講習についての時間は含めない。なお、既存の講習等が32時間に満たない場合、不足時間については別に基礎知識習得の研修を行うこと。

問9 修得すべき基礎知識の中に、医療関係法規として健康保険法が規定されているが、診療報酬に関するものも含まれるのか。

答 あくまでも健康保険制度の理念、制度概要についての知識であり、診療報酬実務に関するものは含まれない。

入院基本料等加算10-1

A 207-3急性期看護補助体制加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【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。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添〉）

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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【夜間看護体制加算】

問11 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3）、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、例えば、4月1日の18時から24時を越えて夜勤を行った場合には、4月3日に暦日の休日を確保するということか。

答 そのとおり。

問12 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること」について、どのような勤務体制がとられていれば要件を満たすか。

答 深夜や早朝における患者の状態等に対応する業務量を把握した上で、早出や遅出等を組み合わせた勤務体制をとること。なお、勤務者の希望を加味した上で、1か月の間に10日以上、早出や遅出等の活用実績があることが望ましい。また、早出及び遅出の勤務時間には、各保険医療機関が定めた夜勤時間帯（午後10時から午前5時までの時間を含めた連続する16時間）のうち少なくとも2時間を含むこと。

問13 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること」について、どの程度の利用実績があればよいか。

答 少なくとも月に1人は利用実績があること。また、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）の問49の①は廃止する。

問14 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「ICT、AI、IOT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること」について、

- ① 具体的にはどのようなものを活用することが想定されるか。
- ② 1年に1回以上実施する看護要員による評価の方法に関する規定はあるのか。

答① 看護記録の音声入力、AIを活用したリスクアセスメント、ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等が例として挙げられる。単にナースコール、心

電図又はSPO₂モニター、電子カルテ等を用いていること等は該当しない。

- ② 看護要員の業務負担軽減に資するものとなっているかどうかを評価し、それをもとに活用方法等を検討することが可能であれば、具体的な手法については定めていない。

その62（令和3年3月31日・事務連絡〈別添・医科〉）

【夜間看護体制加算】

問1 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10）を看護補助加算（「A106」障害者施設等入院基本料の注9）と、夜間看護体制加算（「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3）を夜間急性期看護補助体制加算（「A207-3」急性期看護補助体制加算の注2）と、夜間看護体制加算（「A214」看護補助加算の注3）を「A214」看護補助加算と、それぞれ同時に届け出することは可能か。

答 可能。

問2 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3）、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象となるか。

答 「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡）問9と同様に、勤務時間に午後10時から翌日5時までの時間帯が一部でも含まれる場合は、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象とする。

疑義解釈資料 平成30年改定

【夜間看護体制加算】

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問55 看護補助者への研修は、全ての看護補助者に対して実施しなければならないのか。

答 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者である必要がある。ただし、当該看護補助者が介護福祉士等の介護業務に関する研修を受けている場合はこの限りでないが、医療安全や感染防止等、医療機関特有の内容については、院内研修を受講する必要がある。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【夜間看護体制加算】

問43 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のうちアからウは、勤務計画又は勤務実績のどちらで満たしていればよいか。勤務実績の場合は、届出前1か月の実績を有していればよいのか。

答 アからウの項目で施設基準を満たすのであれば、常時、勤務実績を満たしていること。届出に当たっては、届出前1か月の実績を有していること。

問44 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のうちアからウの実績は、一時的に応援に来た当該病棟以外の看護職員も含むのか。

答 当該病棟において夜勤を含む交代制勤務に従事した者であれば当該病棟以外の看護職

員も含む。なお、この場合、当該病棟で勤務した時間において満たしていればよく、当該病棟以外で勤務した時間の実績は含めなくてよい。

問45 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のア及びイの開始時刻及び終了時刻は、超過勤務した時間を含めるのか。

答 含める。

問46 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のイの「勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降」とは、例えば、日勤（8-17時）をした翌日が早出（7時-16時）の場合は要件を満たすと考えてよいのか。

答 直近の勤務の開始時刻の23時間後以降であれば、要件を満たす。

問47 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のウの夜勤の数について、

① どのように数えるか。例えば16時間夜勤の場合は、16時間を1回の夜勤と数えるのか、それとも準夜・深夜と考え2回と数えるのか。

② 夜勤と夜勤の間に休日を挟む場合は、連続しないと数えてよいのか。

答① 始業時刻から終業時刻までの一連の夜勤を1回として考える。この場合、1回と数える。

② よい。暦日の休日を挟んだ場合は、休日前までの連続して行う夜勤回数を数える。

問48 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のエ【現・カ】について、

① 「各部署の業務量を把握・調整するシステム」とはどのようなシステムか。

② 各部署の業務量は把握しているが、既に適切な配置をしておき病棟間の応援等の実績がない場合は、要件を満たさないのか。

③ 「各部署」は、当該加算を算定している病棟のみか。

答① 例えば、「重症度、医療・看護必要度」を活用して各病棟の業務量を一括で把握し、業務量に応じ一時的に所属病棟以外の病棟へ応援に行く等のシステムである。

② 常に、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組んだ上で応援等は必要ないと判断したのであれば、運用実績があるとみなす。

③ 特に限定していない。

問49 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目の院内保育所の設置について、

① 【廃止】

② 保育所が院内ではなく、同一敷地内に設置、道路をはさんだビルを賃貸して運営又は近隣の認定保育所と定員の一部を契約している等の場合は該当するか。

③ 病児保育のみを実施している場合は該当するか。

答① 【廃止】

② 運営形態は問わないが、設置者が当該医療機関であること。また、保育料の補助のみ等の実際に保育所を設置・運営していない場合は含まない。

③ 該当しない。

【看護補助者活用に関する研修】

問52 区分番号「A207-3」急性期看護補助体制加算及び区分番号「A214」看護補助加算について、所定の研修を修了した看護師長等の配置とあるが、看護師長等とは副師長、主任でもよいのか。

答 よい。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【急性期看護補助体制加算／看護職員夜間配置加算／看護補助加算】

問9 急性期看護補助体制加算（夜間看護体制加算）、看護職員夜間配置加算及び看護補

助加算（夜間看護体制加算）における看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のウの夜勤の数について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目の夜勤の連続回数の対象となるか。

答 勤務時間に午後10時から翌日5時までの時間帯が一部でも含まれる場合は当該加算の項目の夜勤の連続回数の対象として計上する。

疑義解釈資料 平成26年改定

その8（平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 急性期看護補助体制加算について、所定労働時間が週32時間未満の非常勤の看護補助者の勤務時間数も、看護補助者の勤務時間数の合計に算入してもよいか。

答 急性期看護補助体制加算の看護補助者の算出方法については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年3月5日保医発0305第1号）の別添7の様式9のとおりであるが、「看護補助者の月延べ勤務時間数の合計／（日数×8時間）」により、「月平均1日当たり看護補助者配置数」を算出するものであり、「看護補助者の月延べ勤務時間数の合計」には、非常勤の看護補助者の勤務時間数を算入しても差し支えない。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問36 A207-3急性期看護補助体制加算において、請負方式の非常勤の看護補助者を届出の対象に含めることは可能か。

答 当該加算に関わらず、保険医療機関の看護補助者は、看護師長や看護職員の指導の下に業務を行うこととされていることから、非常勤でも構わないが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などの看護補助者は含めない。（派遣職員は含んでも差し支えない。）

問37 今回改定で、A207-3急性期看護補助体制加算において看護補助者の夜間配置が評価されているが、看護補助者の夜勤については、看護職員と同様に72時間要件が適用されるのか。

答 月平均夜勤時間72時間以内の規定は適用されないが、基本診療料の施設基準等の第5「病院の入院基本料等」の通則(6)に示されているように、看護補助者の労働時間が適切なものになるよう配慮する必要がある。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問38 急性期看護補助体制加算の施設基準の要件である「年間の緊急入院患者数が200名以上」の「年間」とは何を指すのか。

答 直近の12か月を指す。

問39 急性期看護補助体制加算について、看護職員による勤務時間の一部を看護補助加算の勤務時間とみなしている場合、看護職員（いわゆるみなし看護補助者）に対しても院内研修が必要であるのか。

答 看護職員であれば既に習得している知識、技術であることから、院内研修は不要である。

問40 急性期看護補助体制加算の要件である院内研修については、院外の業者が行っている研修を受講することでもよいか。また、院内で行う場合であっても、派遣元の業者に委託しても構わないのか。

答 院内での研修を要件としており、外部への研修の受講では要件を満たさない。また、通知で示したア～カまでの基礎知識を習得できる内容の一部を当該医療機関の職員と共に派遣元の業者等が行ってもよいが、医療機関の実情に合わせた実務的な研修を行うこと。

問41 看護補助者が、急性期看護補助体制加算の算定要件である院内研修の受講時間を勤務時間として計上することはできるか。

答 できない。勤務時間として計上できるのは、当該病棟で勤務する実働時間数であり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は算入できない。

問42 急性期看護補助体制加算を4月から算定するためには、3月中に一般病棟入院基本料等の10対1入院基本料【現・急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（7対1及び10対1）、専門病院入院基本料（7対1及び10対1）】を算定している実績が必要なのか。

答 3月中に10対1入院基本料を算定している実績までは必要ないが、3月中に10対1の看護配置【現・当該入院基本料の要件である看護配置】をしている実績及びその他の急性期看護補助体制加算の要件を満たす実績が必要である。

問44 急性期看護補助体制加算を算定している保険医療機関において、看護必要度の測定・評価により重症者の割合が10%又は15%【現・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱに係る評価票により基準を満たす患者の割合が急性期一般入院料6又は10対1入院基本料においてはⅠで0.7割、Ⅱで0.6割】を満たさない月が出た場合、直ちに届出の変更を行う必要があるのか。

答 従来どおり、該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、届出の変更は不要である。また、1割を超えた場合には翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。

問45 急性期看護補助体制加算及びA214 看護補助加算の施設基準の要件として「看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること」等、実質配置で「常時」の配置が要件となっている（看護補助加算については、今回改定から実質配置となっている）が、看護補助者も夜勤を行わなければならないのか。

答 看護要員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できることとしており、必ずしも看護補助者が夜勤を行う必要はない。

問46 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る病棟において必要最小数を越えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができるか。

答 従来通り計上できる。

問47 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算にかかる看護補助者が外来等を兼務できるか。例えば、午前3時間を加算に係る病棟で勤務し、午後3時間を外来で勤務した場合はどのようにすればよいか。

答 兼務できる。この例の場合は、午前に病棟で勤務した3時間を勤務時間として計上し、時間割比例計算により常勤換算とする。

問48 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算にかかる看護補助者の勤務時間として、有給休暇や残業時間を算入することができるか。

答 従来どおり、看護要員の勤務時間として計上できるのは、当該病棟で勤務する実働時間数であり、有給休暇や残業時間は算入できない。

入院基本料等加算10-2

A207-4看護職員夜間配置加算

疑義解釈資料 平成28年改定

その7（平成28年9月15日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 区分番号「A207-4」看護職員夜間配置加算について、「当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数に前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、前段の規定にかかわらず、3以上であること」と施設基準に規定されたが、同一の入院基本料を届け出ている複数の病棟がある場合、各病棟の病床数にかかわらず全ての病棟に3人以上の配置が必要であるか。

答 同一の入院基本料を届け出ている病棟間における傾斜配置は可能であるが、全ての病棟に3人以上の配置が必要である。

疑義解釈資料 平成24年改定

その2（平成24年4月20日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問16 A207-3 急性期看護補助体制加算の夜間看護職員配置加算【現・A207-4 看護職員夜間配置加算】の届出をこれから行う保険医療機関において、届出の際に配置基準の12対1を満たしているかどうかの実績は、何をもって証明すればよいのか。

答 届出の際に、実績が満たしているかどうかを地方厚生（支）局の担当者が確認するために、日々の入院患者数が分かる書類の提出が必要となる。

入院基本料等加算10-3

A214看護補助加算

疑義解釈資料 平成30年改定

その9（平成30年11月19日・事務連絡〈別添1〉）

問1 区分番号「A214」看護補助加算の夜間看護体制加算における看護補助者の夜勤時間帯の配置について、配置されている看護補助者全員（みなし看護補助者を除く。）が夜勤時間帯のうち4時間以上配置される日が週3日以上必要か。

答 看護補助者全員（みなし看護補助者を除く。）が夜勤時間帯に勤務する必要はなく、看護補助者（みなし看護補助者を除く。）が夜勤時間帯のうち4時間以上配置される日が週3日以上あればよい。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問51 区分番号「A214」看護補助加算の夜間看護体制加算について、看護補助者を夜勤時間帯に配置とあるが、

- ① この夜勤時間帯とは、病院が設定した夜勤時間帯でよいか。また、看護補助者の勤務時間が夜勤時間帯に一部含まれる場合は該当するか。
- ② 毎日配置していなければいけないか。

答① 保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上、看護補助者（みなし看護補助者を除く。）を配置していればよい。

- ② 週3日以上配置していればよい。

入院基本料等加算15

A222療養病棟療養環境加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問178 療養病棟療養環境加算の施設基準である食堂等の床面積について、介護医療院と共用する食堂等の床面積を算入しても良いか。

答 算入して差し支えない。

入院基本料等加算19

A224無菌治療室管理加算

疑義解釈資料 平成24年改定

その16（平成25年9月11日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 A224 無菌治療室管理加算1に関する施設基準に「室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス6以上である」とあるが、設定目標値がISOクラス7であっても、HEPAフィルターを通した空気を1時間あたり12回以上換気することによって、実際の測定値が常時ISOクラス6以上である場合については、当該施設基準を満たすのか。

答 当該施設基準を満たす。ただし、この場合において当該加算を算定する際は、室内の患者付近の空気清浄度を患者入室時及び週に1回以上測定し、状況を確認し記録することが必要である。

問3 A224無菌治療室管理加算1に関する施設基準に「個室であること」とあるが、医療法の届出上、多床室として届出られている部屋であっても、常時個室として使用し、その他の基準を全て満たす場合には、当該施設基準を満たすものとして届出は可能か。

答 可能。その場合、別添7の様式26の2の届出添付書類における「病床数」については、当該室1室につき1床と記載すること。また、当該室を多床室として使用する場合は、無菌治療室管理加算1の届出を取り下げるか、無菌治療室管理加算2として届出をし直す必要があることに留意すること。

入院基本料等加算22

A226-2緩和ケア診療加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その48（令和3年1月19日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 日本看護協会の認定看護師教育課程における以下の研修について、令和2年度以降、変更後の研修名及び教育内容による研修を修了した者については、従前の疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件を満たしているとみなしてよいか。

従前		令和2年度以降
救急看護	→	クリティカルケア
集中ケア		
緩和ケア	→	緩和ケア
がん性疼痛看護		
がん化学療法看護	→	がん薬物療法看護
透析看護	→	腎不全看護
摂食・嚥下障害看護	→	摂食嚥下障害看護
小児救急看護	→	小児プライマリケア
脳卒中リハビリテーション看護	→	脳卒中看護
慢性呼吸器疾患看護	→	呼吸器疾患看護

答 よい。なお、従前の研修名及び教育内容による研修を修了した者についても、疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件について引き続き満たされるものであること。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問81 「緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない」とあるが、具体的にはどのような取扱いか。

答 緩和ケアチームの構成員がいずれも専任であるとして届出を行った場合、1日に当該加算を算定できる患者数は15人までとなる。1日に当該加算を算定する患者数が15人を超える場合については、緩和ケアチームの構成員のいずれか1人が専従であるとして変更の届出を行う必要がある。

問82 緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料の施設基準における「精神症状の緩和を担当する医師」は、心療内科医であってもよいか。

答 差し支えない。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問53 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料において、「公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）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、従前の公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価の「緩和ケア機能」の認定を受けている場合は対象となるのか。

答 対象となる。

問54 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料の施設基準である「がん診療連携の拠点となる病院若しくは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又はこれらに準ずる病院であること。」について、下記は該当すると考えてよいか。

- ① 公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定
- ② ISO（国際標準化機構）9001の認証

答 ①及び②ともに該当する。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問52 緩和ケア診療加算の要件である「緩和ケア病棟等における研修」には、どのようなものがあるのか。

答 現時点では、従来からの① 日本看護協会認定看護師教育課程「緩和ケア」、「がん性疼痛看護」、「がん化学療法看護」又は「乳ガン看護」の研修、② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程に加え、日本看護協会認定看護師教育課程「がん放射線療法看護」のいずれかの研修と考えている。

問53 「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催等）」とは他に何があるのか。

答 例えば、日本緩和医療学会が主催した緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会がある。

問54 がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）〔がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針〕に準拠した緩和ケア研修会を修了したことを確認できる文書とは厚生労働省健康局長印のある修了証と考えてよいか。

答 よい。ただし、発行に時間がかかる等の場合はその他の証明できる文書を添付すること。

入院基本料等加算28

A230-4精神科リエゾンチーム加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問71 区分番号「A230-4」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。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問55 精神科等の経験を3年以上有する専任の常勤の看護師に必要な入院患者の看護とはどのようなものをいうのか。

答 精神科医とともに精神疾患を有する入院患者に対して行う診療における看護の経験をいい、リエゾンチームに所属して行うものを含む。なお、必ずしも病棟専従の看護師として看護を行っていることを求めるものではない。

入院基本料等加算30

A231-3依存症入院医療管理加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問72 区分番号「A231-3」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。

入院基本料等加算31

A231-4摂食障害入院医療管理加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問73 区分番号「A231-4」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。

入院基本料等加算32

A232がん拠点病院加算

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問60 がん診療連携拠点病院加算【現・がん拠点病院加算】のキャンサーボードについて、具体的な基準はあるか。

答 「がん診療連携拠点病院〔等〕の整備について」に定められた内容を満たしていればよい。具体的には、手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスが開催されていればよい。

入院基本料等加算33

A233-2栄養サポートチーム加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問74 区分番号「A233-2」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。

疑義解釈資料 平成24年改定

その9（平成24年9月21日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 医師が、日本病院会の「医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー」を修了した場合、栄養サポートチーム加算にある、所定の研修を修了したとみなされるのか。

答 当該研修は、合計10時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たしているものであり、所定の研修を修了したとしてみなされる。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問61 日本静脈経腸栄養学会が、当該学会が認定した教育施設において、合計40時間の実地修練を修了した場合に修了証を交付している。看護師、薬剤師又は管理栄養士がこの修了証の交付を受けた場合、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したといえるか。あるいは、当該学会が認定している「NST専門療法士」の資格を得なければならないのか。

答 当該学会が認定した教育施設における合計40時間の実地修練を修了し、修了証が交付されれば、所定の研修を修了したといえることができる。なお、本加算の算定にあたっては、その他の認定資格を要しない。

問68 管理栄養士を栄養サポートチーム加算の専従とした場合であっても、栄養管理実施加算【現・栄養管理体制】に係る栄養管理計画の作成であれば実施してよいか。

答 認められない。

問70 栄養サポートチーム加算は、チームが稼働していることについて第三者機関による認定を受けた施設でないと算定が認められないか。

答 そのようなことはない。

その5（平成22年6月11日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 栄養サポートチーム加算にある、所定の研修として、日本栄養士会の「栄養サポートチーム担当者研修会」、日本健康・栄養システム学会の「栄養サポートチーム研修」及び日本健康・栄養システム学会の臨床栄養師となるために必要な研修は、該当するの

か。

答 これらの研修は、いずれも合計40時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たしているものであり、所定の研修としてみなされる。

問6 日本栄養士会が行っているTNT-D (Total Nutritional Therapy Training For Dietitians) は、栄養サポートチーム加算にある所定の研修とみなされるのか。また、TNT-Dと併せて、日本栄養士会が行うTNT-D追加研修 (12時間以上の講義かつ16時間以上の臨床研修) を行った場合は、所定の研修とみなされるのか。

答 TNT-Dは、栄養サポートチーム加算にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認められないが、TNT-Dと併せて、TNT-D追加研修を修了した場合には、合計40時間の研修となり、必要な研修内容を満たすものとなるため、栄養サポートチーム加算にある所定の研修とみなすことができる。

その6 (平成22年7月28日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問6 看護師、薬剤師又は管理栄養士が日本病態栄養学会の「NSTセミナー (新規研修コース)」を修了した場合又は看護師が日本看護協会の認定看護師 (摂食・嚥下障害看護) となるために必要な研修を修了した場合は、栄養サポートチーム加算にある、所定の研修を修了したとみなされるのか。

答 これらの研修は、いずれも合計40時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たしているものであり、所定の研修を修了したとしてみなされる。

問7 日本病態栄養学会のNSTコーディネーターとなるために必要な研修を看護師、薬剤師又は管理栄養士が修了した場合、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したものとみなされるのか。また、NSTコーディネーターとなるために必要な研修と併せて、看護師、薬剤師又は管理栄養士が日本病態栄養学会の行うNSTセミナー (追加研修コース) を修了した場合は、所定の研修を修了したとみなされるのか。

答 NSTコーディネーターとなるために必要な研修は、栄養サポートチーム加算にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認められないが、NSTコーディネーターとなるために必要な研修と併せて、NSTセミナー (追加研修コース) を修了した場合には、合計40時間の研修となり、必要な研修内容を満たすものとなるため、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したとみなすことができる。

問8 医師が、日本静脈経腸栄養学会の認定教育施設における指導医の資格要件となっている研修を修了した場合または日本病態栄養学会のNSTコーディネーターとなるために必要な研修を修了した場合は、栄養サポートチーム加算にある、所定の研修を修了したとみなされるのか。

答 これらの研修は、いずれも合計10時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たしているものであり、所定の研修を修了したとしてみなされる。

その8 (平成23年4月1日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問1 医療関係団体等が認定する教育施設において、看護師、薬剤師及び管理栄養士に対して行う栄養サポートチーム加算に係る40時間以上の研修は、10時間以上の臨地での研修を含んでいなければならないのか。

答 その通り。

問2 医師が、日本健康・栄養システム学会の「栄養サポートチーム医師研修」を修了した場合、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したとみなされるのか。

答 この研修は、合計10時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たしているものであることから、所定の研修を修了したとしてみなされる。

入院基本料等加算34

A234医療安全対策加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問175 安全管理の責任者等で構成される委員会、院内感染防止対策委員会及び医療安全対策加算に規定するカンファレンスについて、対面によらない方法でも開催可能とするとされたが、具体的にはどのような実施方法が可能か。

答 例えば、書面による会議や、予め議事事項を配布しメール等で採決をとる方法、電子掲示板を利用する方法が可能である。ただし、議事について、構成員が閲覧したことを確認でき、かつ、構成員の間で意見を共有できる方法であること。

【医療安全対策地域連携加算】

問22 区分番号「A234」医療安全対策加算の医療安全対策地域連携加算2を届け出ている医療機関について、連携先の医療機関が、医療安全対策加算1に係る要件を満たしていないことがわかった場合、どの時点で、医療安全対策地域連携加算2の変更の届出を行う必要があるか。

答 連携先の医療機関が、医療安全対策加算1に係る要件を満たしていないことがわかった時点で遅滞なく変更の届出を行うこと。なお、医療安全対策地域連携加算1及び感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算についても同様の取扱いである。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【医療安全対策地域連携加算】

問88 医療安全対策地域連携加算1の施設基準である専任の医師は、医療安全対策加算1の施設基準である専従の医療安全管理者として配置された医師と兼任可能か。

答 兼任可能。

問89 医療安全対策加算の医療安全管理部門に配置されることとなっている診療部門等の専任の職員が医師である場合、当該医師は医療安全対策地域連携加算1の専任の医師と兼任可能か。

答 兼任可能。ただし、当該医師は、当該加算に規定される医療安全対策に関する評価に係る業務を行うことが必要。

問90 医療安全対策地域連携加算1は、一つ以上の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び一つ以上の医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携を行っている場合に届出可能であると理解してよいか。

答 そのとおり。

問91 医療安全対策地域連携加算において特別の関係にある保険医療機関と連携することは可能か。

答 可能。

問92 医療安全対策地域連携加算は特定機能病院は算定できないが、医療安全対策加算1又は2に係る届出を行っている特定機能病院と連携して医療安全対策に関する評価を行った場合についても医療安全対策地域連携加算は算定可能か。

答 可能。

問93 医療安全対策地域連携加算において連携する保険医療機関は、必ずしも近隣の保険

医療機関でなくてもよいと理解してよいか。

答 そのとおり。ただし、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している保険医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要である。

問94 医療安全対策加算1を既に算定しており、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者を医療安全管理者として配置している保険医療機関が、新たに医療安全対策地域連携加算1の届出を行う場合、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師を配置することになるが、その際、医療安全対策加算1において配置する医療安全管理者について、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者に替えて、新たに配置する専任の医師を医療安全管理者とする場合も、医療安全対策加算1の施設基準を満たすとして理解してよいか。

答 その場合も、引き続き、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていれば、施設基準を満たすとして差し支えない。

問95 医療安全対策地域連携加算の施設基準では、医療安全対策加算1の届出を行っている医療機関と医療安全対策加算2の届出を行っている医療機関とが連携することになっているが、連携する医療機関が1対1ではない場合、複数の医療機関が合同で連携するその他の医療機関を評価することでもよいか。

答 そのとおり。

入院基本料等加算35

A234-2感染対策向上加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【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。

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

問12 区分番号「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。

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。

問15 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届出医療機関間の連携について、以下の場合においては届出可能か。

- ① 特別の関係にある保険医療機関と連携している場合
② 医療圏や都道府県を越えて連携している場合

答 それぞれ以下のとおり。

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

問16 区分番号「A234-2」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「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年1回程度、（中略）感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること」とされているが、

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

答 それぞれ以下のとおり。

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

問18 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」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回程度定期的に開催するほか、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。

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

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、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。〔令和4年4月11日・事務連絡その3問2により更新〕

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「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けること」とされているが、具体的にはどのようなことをいうのか。

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

問27 外来感染対策向上加算及び区分番号「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」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「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」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「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「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。

その4（令和4年4月13日・事務連絡〈別添〉）

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 略

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

その6（令和4年4月21日・事務連絡〈別添〉）

【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「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。

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」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。

その8（令和4年5月13日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【サーベイランス強化加算】

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。

その10（令和4年6月1日・事務連絡〈別添・医科〉）

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問1 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という。）並びに区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが、有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制が保健所等の主導により既に整備されており、連携す

る感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等が当該体制に参加している場合、当該体制に参加することをもって上記の施設基準を満たすものと考えてよいか。
答 差し支えない。

問2 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと」とされているが、

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

答 それぞれ以下のとおり。

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

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

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

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

問4 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1について、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡。以下「3月31日事務連絡」という。）別添1の問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。

入院基本料等加算36

A234-3患者サポート体制充実加算

疑義解釈資料 平成28年改定

その7（平成28年9月15日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算の施設基準にある「専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等」について、「疑義解釈資料

の送付について（その2）」（平成24年4月20日付け事務連絡）及び「疑義解釈資料の送付について（その12）」（平成25年3月21日付け事務連絡）では、医療有資格者以外の者については、患者サポートに関する院内外での活動（研修会への参加や研修会での講師の経験など）等の経験及び所定の要件を満たす研修の修了を必要としているが、平成28年4月1日以降については、どのような取扱いになるのか。

答 平成28年4月1日以降であって、当該加算の届出を行う場合であっても、従前の取扱いと同様、医療有資格者以外の者については、

- ・患者サポートに関する業務を1年以上経験
- ・患者の相談を受けた件数が20件以上
- ・患者サポートに関する院内外での活動（研修会への参加や研修会での講師の経験など）のすべての経験のある者であるとともに、「疑義解釈資料の送付について（その12）」（平成25年3月21日付け事務連絡）で示した要件を満たす研修を修了すること。

問6 区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算の施設基準にある「専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等」について、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（平成24年4月20日付け事務連絡）及び「疑義解釈資料の送付について（その12）」（平成25年3月21日付け事務連絡）では、医療有資格者以外の者については

- ・患者サポートに関する業務を1年以上経験
- ・患者の相談を受けた件数が20件以上
- ・患者サポートに関する院内外での活動（研修会への参加や研修会での講師の経験など）の経験を必要としているが、現時点で職務にあたっている医療機関以外での経験であっても、所定の要件を満たす場合は届出可能か。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成24年改定

その2（平成24年4月20日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問19 施設基準にある専任の「医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等」について、どのような職種が対象となるのか。

答 患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について、適切に対応できる職種が対象となる。

問20 施設基準にある「患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制」について、どのような体制が必要か。

答 専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又その他医療有資格者等が、窓口で常時配置されており、必要に応じて専任の医療有資格者等が患者等からの相談に対応できる体制が必要である。

問23 施設基準における専任職員は非常勤職員でも可能か。

答 雇用形態を問わないが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などは不可である。なお、専任の担当者は医療機関の標榜時間中は窓口で常時1名以上配置されていなければならない。

問24 施設基準にある窓口担当者はA234医療安全対策加算における医療安全管理者と兼務でもよいのか。

答 医療安全対策加算2の専任の医療安全管理者は、医療安全に係る業務を行っている時間以外は、患者サポート体制充実加算の窓口担当者と兼務しても差し支えない。なお、当該窓口担当者が医療安全に係る業務を行っている間は、別の担当者を窓口で配置する必要がある。

その8（平成24年8月9日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 施設基準にある窓口担当者は、A238退院調整加算における退院調整に関する部門【現・A246入退院支援加算における入退院支援及び地域連携業務を担う部門】に配置される専任の看護師又は社会福祉士と兼務でもよいのか。

答 退院調整加算における、専任の看護師又は社会福祉士は、退院調整に係る業務を行っている時間以外は、患者サポート体制充実加算の窓口担当者と兼務しても差し支えない。なお、当該窓口担当者が退院調整に係る業務を行っている間は、別の担当者を窓口配置する必要がある。

問6 窓口担当者は、がん診療連携拠点病院の相談支援センターに配置される専任の担当者と兼務でもよいのか。また、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと患者サポート体制充実加算における相談窓口を同一場所に設置してもよいのか。

答 がん診療連携拠点病院の相談支援センターにおける「国立がん研究センターによる研修を修了した専任の相談支援に携わる者」は、相談支援センターに係る業務を行っている時間以外は、患者サポート体制充実加算の窓口担当者と兼務しても差し支えない。なお、当該窓口担当者が相談支援センターに係る業務を行っている間は、別の担当者を窓口配置する必要がある。

また、患者サポート体制充実加算に係る業務と、相談支援センターの業務である次のアからクまでを共に行う場合に限り、「がん診療連携拠点病院の相談支援センター」と「患者サポート体制充実加算に係る相談窓口」を同一場所に設置しても差し支えない。

- ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供
- イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供
- ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- エ がん患者の療養上の相談
- オ 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供
- カ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談
- キ HTLV-1関連疾患であるATLに関する医療相談
- ク その他相談支援に関すること

その12（平成25年3月21日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 A234-3「患者サポート体制充実加算」に関して、「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」の別添3の第21の2における「医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修」及び平成24年4月20日付事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その2）」における医療有資格者以外の者に必要な研修については、どのようなものが該当するのか。

答 平成25年4月1日以降については、以下の要件を満たすものをいう。

ア 医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針（平成25年1月10日付医政総発0110第2号厚生労働省医政局総務課長通知）の内容を満たすものである。

イ 研修期間は通算して20時間以上又は3日程度のものである。

また、当該加算の届出を行う時点で、1年以上の医療機関の勤務経験があり、勤務する医療機関において、各診療部門の現場を見学し、診療状況等についてスタッフと情報の共有を行っていること。

なお、医療有資格者については、従前どおり、当該研修を修了していることが望ましい。

問3 A234-3「患者サポート体制充実加算」において、どのような医療関係団体等が実施した研修を修了した場合、所定の研修を満たしているのか。

答 公益財団法人日本医療機能評価機構等が主催するものである。公益財団法人日本医療機能評価機構以外の関係団体が研修を実施する場合には、研修の内容を満たしているかどうか個別に厚生労働省まで問い合わせ願いたい。

その14（平成25年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 患者サポート体制充実加算の施設基準には、

- ・当該保険医療機関内に患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
 - ・当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。
- とあるが、相談窓口には医師や看護師等の専任の職員を配置せずに、単に事務員等が担当者へ取り次いでいる場合は、施設基準を満たすこととなるのか。

答 満たさない。

入院基本料等加算37

A234-4重症患者初期支援充実加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問75 区分番号「A234-4」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「A234-4」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「A234-4」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。

入院基本料等加算38

A234-5報告書管理体制加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問78 区分番号「A234-5」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「A234」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「A234-5」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。

入院基本料等加算39

A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問80 区分番号「A236」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

入院基本料等加算41

A237ハイリスク分娩等管理加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問81 区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算について、ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理を行った結果、死産だった場合、当該加算を算定できるか。

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

【地域連携分娩管理加算】

問82 区分番号「A237」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「A237」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「B009」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「A237」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「A237」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。

入院基本料等加算43

A242呼吸ケアチーム加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問86 区分番号「A242」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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その48（令和3年1月19日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 日本看護協会の認定看護師教育課程における以下の研修について、令和2年度以降、変更後の研修名及び教育内容による研修を修了した者については、従前の疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件を満たしているとみなしてよいか。

従前		令和2年度以降
救急看護	→	クリティカルケア
集中ケア		
緩和ケア	→	緩和ケア
がん性疼痛看護		
がん化学療法看護	→	がん薬物療法看護
透析看護	→	腎不全看護
摂食・嚥下障害看護	→	摂食嚥下障害看護
小児救急看護	→	小児プライマリケア
脳卒中リハビリテーション看護	→	脳卒中看護
慢性呼吸器疾患看護	→	呼吸器疾患看護

答 よい。なお、従前の研修名及び教育内容による研修を修了した者についても、疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件について引き続き満たされるものであること。

入院基本料等加算44

A242-2術後疼痛管理チーム加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

その3（令和4年4月11日・事務連絡〈別添1〉）

問3 区分番号「A242-2」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。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添〉）

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。

その8（令和4年5月13日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

入院基本料等加算45

A243後発医薬品使用体制加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その5（令和2年4月16日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 区分番号「A243」後発医薬品使用体制加算について、いわゆるバイオAG（先行バイオ医薬品と有効成分等が同一の後発医薬品）はバイオ後続品と同様に後発医薬品の使用割合に含まれるのか。

答 含まれる。なお、この考え方は、外来後発医薬品使用体制加算においても同様である。

疑義解釈資料 平成28年改定

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問10 区分番号「A243」後発医薬品使用体制加算及び区分番号「F100」の「注11」の外来後発医薬品使用体制加算において、当該保険医療機関で調剤した医薬品に、注射や在宅の部で算定され、直接患者に交付される薬剤は含まれるか。

答 含まれる。

疑義解釈資料 平成22年改定

その3（平成22年4月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 有床診療所における後発医薬品使用体制加算の施設基準において、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制の整備が必要とされているが、有床診療所において、薬剤師の配置がなく、医師が後発医薬品の評価や採用の決定をしている場合に、施設基準を満たしていると考えてよいか。

答 施設基準を満たしているとは認められない。当該加算は、薬剤部門又は薬剤師が、薬学的な観点から、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価する体制を整備していることを評価するものであること。

問6 有床診療所における後発医薬品使用体制加算の施設基準に関して、薬剤師の配置は、非常勤職員であっても認められるか。

答 有床診療所の場合には、非常勤の薬剤師であっても、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報収集・評価に従事しており、有床診療所としてその評価結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制を有しているのであれば、施設基準を満たしていると認められる。

入院基本料等加算46

A244病棟薬剤業務実施加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問89 区分番号「A244」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「L009」の注5及び区分番号「L010」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に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に含めることができる。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問58 病棟薬剤業務実施加算2について、算定対象となっている入院料ごとに届出を行うことは可能か。

答 可能。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問11 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算の施設基準において、「医薬品に係る情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報【現・医薬品安全性情報等】及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知すること」とされているが、医療従事者への速やかな周知は電子的媒体、紙媒体いずれでもよいか。

答 速やかに周知されていれば電子的媒体、紙媒体いずれでもよい。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問56 A244病棟薬剤業務実施加算については、病棟ごとに専任の薬剤師を配置することが要件となっているが、薬剤管理指導料の施設基準において医薬品情報管理室に配置することになっている常勤薬剤師と重複することは可能か。

答 医薬品情報管理室の常勤薬剤師を病棟専任の薬剤師として配置することは不可とはなっていないが、それぞれの業務について適切に行われる必要がある。

問60 保険医療機関内のすべての病棟（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料【現・A307小児入院医療管理料以外の特定入院料】（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に薬剤師が配置されていなければならないという理解で良いか。

答 そのとおり。

問61 A244病棟薬剤業務実施加算について、①複数の薬剤師が一の病棟において、または、②一の薬剤師が複数の病棟において、病棟薬剤業務を実施することができるのか。

答 実施することができる。ただし、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を行う場合には、当該薬剤師の間で適切に情報を共有すること。

問67 救命救急入院料などの特定入院料を算定する患者のみが1看護単位で入院している病棟には、薬剤師を配置する必要がないという理解で良いか。また、原則として保険診療対象外となる患者のみが1看護単位で入院している病棟（産婦人科病棟等）には、配置の必要がないという理解で良いか。

答 当該病棟には当該病棟に専任の薬剤師を配置する必要はないが、当該病棟においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。ただし、当該病棟に入院基本料（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定する患者が含まれている場合には、薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施する必要がある。

入院基本料等加算47

A245データ提出加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その10（令和4年6月1日・事務連絡〈別添・医科〉）

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

答 新規開設の医療機関については、様式40の5（データ提出開始届出書）を届け出ている場合に限り、必要なデータの提出を行っていなくても、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、「疑義解釈資料の送付について（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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問28 新たに区分番号「A245」データ提出加算に係る届出を行った場合、データ提出加算の算定方法はどのようになるか。

例えば、10月1日からデータ提出加算1及び3が算定可能となる医療機関において、9月15日に区分番号「A101」療養病棟入院基本料1を届け出る病棟に入院し、10月1日を超えて継続して入院している患者について、どのように算定するのか。

答 データ提出加算1は算定できない。データ提出加算3は10月1日以降に、9月15日から起算して90日を超えるごとに1回算定する。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問100 今回の改定でデータ提出加算の加算として、提出データ評価加算が新設されたが、既にデータ提出加算2を算定している場合は要件を満たしていれば新たに届出は不要か。

答 提出データ評価加算については、届出を求めている。

問102 データ提出加算については、施設基準通知の別添3の第26の4の1の(1)において「次のアからウの保険医療機関【現・特定入院料（区分番号「A317」特定一般病棟入院料を除く。）のみの届出を行う保険医療機関】にあっては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。〔中略〕とあるが、当該ア、イ又はウに該当する保険医療機関【現・特定入院料（区分番号「A317」特定一般病棟入院料を除く。）のみの届出を行う保険医療機関】は、診療録管理体制加算1又は2の施設基準の要件を満たしていれば、診療録管理体制加算の届出は不要ということか。

答 そのとおり。

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添3・歯科〉）

問5 平成30年度診療報酬改定において、入院料の見直しとともにデータ提出加算の算定が要件となる病棟が拡大されたが、歯科診療に係る傷病名のみの保険医療機関について

は、「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成26年6月2日事務連絡）の別添4の問1に示されている従来の取扱い通り、データ提出加算の届出は必要ないと考えてよいか。

答 そのとおり。

問6 平成30年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関が、4月以降に異なる区分の回復期リハビリテーション病棟入院料（データ提出加算の届出が施設基準とされているものに限る）の届け出を行う場合、データ提出加算の届出については、経過措置が適用されるという理解でよいか。

答 そのとおり。なお、療養病棟入院基本料についても同様の扱いとする。

入院基本料等加算48

A246入退院支援加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問90 区分番号「A246」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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問30 区分番号「A246」入退院支援加算3の施設基準で求める「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」には、どのようなものがあるか。

答 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会「小児在宅移行支援指導者育成試行事業研修」
- ② 日本看護協会「2019年度小児在宅移行支援指導者育成研修」
- ③ 日本看護協会「小児在宅移行支援指導者育成研修」

問31 区分番号「A246」入退院支援加算及び入院時支援加算について、非常勤の看護師又は社会福祉士を2名以上組み合わせて専従の看護師又は社会福祉士の配置基準を満たす場合、例えば、専従の看護師1名の代わりに、非常勤看護師1名と非常勤社会福祉士1名を組み合わせて配置してもよいか。

答 不可。

【総合機能評価加算】

問33 区分番号「A246」の注8の総合機能評価加算について、「総合的な機能評価に係る適切な研修」及び「関係学会より示されているガイドライン」とは、令和2年3月31日以前の旧医科点数表における区分番号「A240」総合評価加算の要件を満たす研修及びガイドラインで差し支えないか。

答 当該研修及びガイドラインに基づいて患者の総合機能評価を行い、結果を踏まえて入退院支援を行うことができる内容であれば差し支えない。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問61 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門の専従の看護師が、①入退院支

援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置される専従又は専任の看護師及び②入退院支援加算 1 の施設基準で求める病棟に配置される専任の看護師を兼ねてよいか。

答 ①兼ねることはできない。

②兼ねることはできない（入退院支援加算 1 において、病棟に配置される専任の看護師が入退院支援部門の専任の看護師を兼ねる場合も含む）。

問62 入退院支援加算の施設基準で求める専従の職員について、以下の者は非常勤でもよいか。

① 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置する専従の看護師

② 入退院支援加算 2 の施設基準で求める専従者については、「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日付け事務連絡）では、非常勤は不可であるが、従前から配置している場合に限り平成30年3月31日までは非常勤でよいとされている者

答① 非常勤でもよい。

②平成30年3月31日に退院支援加算 2 を算定している保険医療機関で、同年4月1日以降も引き続き入退院支援加算 2 を算定する保険医療機関において、従前から非常勤の専従者を配置している場合にあっては、平成32年3月31日までは非常勤であっても差し支えない。

問63 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門の専任の職員が、①入退院支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置される専任の職員又は②入退院支援加算 1 の施設基準で求める病棟に配置される専任の職員を兼ねてよいか。

答① 兼ねてよい。

② 兼ねてよい。ただし、入退院支援加算 1 において、病棟に配置される専任の職員が入退院支援部門の専任の職員を兼ねる場合は、入院時支援加算の専任の職員と兼ねることはできない。

【カンファレンス】

問212 区分番号「A234-2」感染防止対策加算【現・感染対策向上加算】、区分番号「A246」入退院支援加算 1、区分番号「B004」退院時共同指導料 1 の注 1、区分番号「B005」退院時共同指導料 2 の注 1 及び注 3、区分番号「B005-10」ハイリスク妊産婦連携指導料 1 及び 2、区分番号「C011」在宅患者緊急時等カンファレンス料、区分番号「C013」在宅患者褥瘡管理指導料、区分番号「I016」精神科在宅患者支援管理料、訪問看護療養費の退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや面会、共同指導について、〔やむを得ない事情により対面が難しい場合、〕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た場合、とあるが、〔**①**やむを得ない事情とほどのような場合か。〕②携帯電話による画像通信でもよいか。

答 ①〔略〕②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報画面で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添1〉）

問18 入退院支援加算 1 の施設基準について、20以上【現・25以上】の連携する保険医療機関等と年3回以上の頻度の面会等が必要であるが、新たな届出にあたり、過去1年間の実績が必要か。

答 新たに届け出る際、届出時に過去1年間の面会実績は届け出る必要があるが、届出時点では20以上【現・25以上】の連携機関との年3回以上の面会を行っていなくとも、届出可能である。ただし、届出後に年3回以上の頻度で面会していること。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問59 退院支援加算1【現・入退院支援加算1】について、全ての病棟で要件を満たさなくても、一部の病棟で要件を満たせば、当該病棟において加算を算定できるか。

答 当該加算を算定することができる入院料を届け出ている病棟全てで要件を満たす必要がある。

その2（平成28年4月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問8 退院支援加算1【現・入退院支援加算1】の施設基準において、当該医療機関の退院支援・地域連携担当者と、20以上【現・25以上】の連携保険医療機関等の職員が年3回以上面会することとされているが、他の20以上【現・25以上】の連携保険医療機関等の職員と、会合や研修等で一堂に会すれば、当該要件を満たすこととなるか。

答 それぞれの連携保険医療機関等の職員と、直接に対面して業務上の意思疎通を行うことが必要であり、会合や研修で一堂に会することでは、当該要件を満たすことにならない。なお、退院支援において数か所連携保険医療機関等と退院調整の打ち合わせを行う等の場合には、全ての連携保険医療機関等の職員と相互に十分な意思疎通を図ることができれば、それぞれの連携保険医療機関等の職員と面会したものと扱うことができる。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問13 区分番号「A246」退院支援加算1の施設基準に、過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数に係る要件があるが、回復期リハビリテーション病棟入院料等、介護支援連携指導料の点数が当該入院料に含まれており、別途算定できない場合の取扱い如何。

答 介護支援連携指導料の点数が入院料に含まれており別途算定できない場合であっても、介護支援連携指導料が求める要件と同等の実績（1回の入院中2回までに限る）が認められる場合は、退院支援加算1の過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数に係る要件において、算定回数に含めることが可能である。

入院基本料等加算49

A247認知症ケア加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問34 区分番号「A247」認知症ケア加算1の施設基準において、「認知症ケアチーム」の専任の常勤看護師は、「原則週16時間以上」当該チームの業務に従事することとされているが、夏季休暇や病休等により週16時間以上の業務を行えない週があった場合には、施設基準を満たさないこととなるか。

答 夏季休暇や病休等により、当該看護師が認知症ケアチームの業務を週16時間以上行えない場合は、当該週の前後の週を含めた連続した3週間について、平均業務時間数が週16時間以上であれば施設基準を満たすものであること。ただし、当該看護師が不在の間は、当該チームの他の構成員によりチームの業務を適切に行うこと。

問35 区分番号「A247」認知症ケア加算2の施設基準における「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師」のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

答 認知症ケア加算1と同様である。

「疑義解釈の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）の問67を参照のこと。

問36 区分番号「A247」認知症ケア加算2の施設基準における「認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

答 認知症ケア加算1と同様である。

「疑義解釈の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）の問68を参照のこと。

問37 区分番号「A247」認知症ケア加算2の施設基準における「認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

答 認知症ケア加算3（令和2年度診療報酬改定前の認知症ケア加算2）と同様である。

「疑義解釈の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）の問69を参照のこと。

問38 区分番号「A247」認知症ケア加算2の施設基準の(4)及び認知症ケア加算3の施設基準の(1)における「認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る院内研修」について、

- ① 当該院内研修の具体的な内容や時間は決められているか。
- ② 当該院内研修は、認知症ケア加算2の施設基準(7)又は認知症ケア加算3の施設基準(3)で示されている「研修や事例検討会等」でもよいか。
- ③ 認知症ケア加算2の場合は、施設基準の(1)に掲げる「認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」が実施しても差し支えないか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 具体的な内容や時間についての特段の規定はないが、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、知識・技術を得ることが可能な内容とすること。
- ② 認知症患者のアセスメントや看護方法等について知識・技術を得ることが可能な内容を含む研修や事例検討会等であればよい。
- ③ よい。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問66 認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエゾンチームの専任看護師との兼務が可能か。

答 可能である。

問67 認知症ケア加算1の施設基準にある「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師」のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

答 現時点では、都道府県及び指定都市で実施する「認知症地域医療支援事業」に基づいた「認知症サポート医養成研修」である。

問68 認知症ケア加算1の施設基準にある認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

答 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「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が認定している「精神科認定看護師」

ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

問69 認知症ケア加算2【現・3】の施設基準にある「認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

答 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 都道府県及び指定都市「平成28年度看護職員認知症対応力向上研修」
- ② 日本看護協会「平成25年度一般病院における認知症患者看護のマネジメント」、「平成27年度急性期病院で治療を受ける認知症高齢者の看護」、「平成28年度インターネット配信研修〔リアルタイム〕認知症高齢者の看護実践に必要な知識」
- ③ 日本老年看護学会「認知症看護対応力向上研修」
- ④ 日本精神科看護協会「認知症の理解とケア」
- ⑤ 日本慢性期医療協会「看護師のための認知症ケア講座」
- ⑥ 全日本病院協会「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」
- ⑦ 独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）本部研修センター「認知症看護研修」
- ⑧ 社会福祉法人恩賜財団済生会「認知症支援ナース育成研修」

なお、東京都が行っている「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ」又は平成24年度から平成27年度開催の「東京都看護師認知症対応力向上研修」は、認知症ケア加算2にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認められないが、「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ」又は平成24年度から平成27年度開催の「東京都看護師認知症対応力向上研修」と併せて、「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」を修了した場合には、必要な研修内容を満たすものとなるため、認知症ケア加算2にある所定の研修とみなすことができる。

その2（平成28年4月25日・事務連絡〈別添1〉）

問6 認知症ケア加算1の認知症ケアチームは、週1回以上、各病棟を巡回することとなっているが、巡回の際、当該チームメンバー全員で行う必要があるか。

答 全員揃っていることが望ましく、少なくとも看護師を含め2名以上で巡回することが必要である。

入院基本料等加算50

A247-2せん妄ハイリスク患者ケア加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問39 区分番号「A247-2」せん妄ハイリスク患者ケア加算について、「せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策は、各保険医療機関において作成したチェックリストに基づいて行うこと」とあるが、医療機関において従来よりせん妄対策のためのアセスメントシート等を作成している場合は、それを用いて対応してもよいか。

答 各保険医療機関が従来よりせん妄対策のためのアセスメントシート等を作成している場合は、当該アセスメントシート等を用いて対応してもよい。ただし、当該アセスメントシート等は、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策に係る内容として、留意事項通知の別紙様式7の3に示す事項を含む必要があること。

その23（令和2年7月20日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月5日保医発0305第1号）の区分番号「A247-2」せん妄ハイリスク患者ケア加算(2)にある「急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟」には、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料等、当該加算が算定できない一般病棟は含まれるのか。

答 含まれない。

入院基本料等加算52

A249精神科急性期医師配置加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問40 区分番号「A249」精神科急性期医師配置加算の「1」又は「3」において求められているクロザピンの年間新規導入実績の「年間」とは、直近1年間を指すのか。

答 そのとおり。

問41 区分番号「A249」精神科急性期医師配置加算、区分番号「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料について、「クロザピンを新規に導入する」とは、当該病棟においてクロザピンを新規に投与開始したことを指すのか。

答 そのとおり。

問42 区分番号「A249」精神科急性期医師配置加算、区分番号「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料の施設基準において、「（略）クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち、4割（6割）以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること」とあるが、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者とは、当該保険医療機関の他の病棟から転棟した患者のみを指すのか。

答 転棟かどうかにかかわらず、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者を指す。

疑義解釈資料 平成30年改定

その4（平成30年5月25日・事務連絡〈別添1〉）

問3 精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料【現・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・合併症入院料において、「「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設〔、介護医療院又は精神障害者施設〕に入所した場合を除いたものをいう。」とあるが、当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟後、当該保険医療機関への入院日から起算して3月以内に自宅等に退院した場合は、自宅等へ移行したものとしてよいか。

答 よい。なお、精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算、地域移行機能強化病棟入院料については、当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合は、自宅等へ移行したものには該当しない。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問52 算定要件において定める『過去1年間の実績（時間外等の入院／外来対応実績）』とは、当該算定病棟における実績か、それとも医療機関全体における実績か。

答 医療機関全体の実績をいう。

問53 1日平均患者数の実績はどの期間で計算するのか。

答 届出前4月間の実績で計算する

問54 「時間外、休日又は深夜における外来診療（電話再診を除く。）件数が年間20件以上、かつ、入院件数が年間8件以上であること。」について、時間外、休日又は深夜に外来受診を経て入院した患者については両方に計上してもよいか。

答 よい。

入院基本料等加算53

A251 排尿自立支援加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問45 区分番号「A251」排尿自立支援加算の施設基準で求める医師の「排尿ケアに係る適切な研修」及び看護師の「所定の研修」には、どのようなものがあるか。

答 令和2年度診療報酬改定前の区分番号「B005-9」排尿自立指導料と同様である。

「疑義解釈の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）の間97を参照のこと。

問46 区分番号「A251」排尿自立支援加算の「包括的排尿ケアの計画を策定する」とあるが、リハビリテーション実施計画書、またはリハビリテーション総合実施計画書の作成をもって併用することは可能か。

答 包括的排尿ケアの計画の内容が、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書に明記されていれば、併用しても差し支えない。

問47 区分番号「A251」排尿自立支援加算の排尿ケアチームに構成されている職員は病棟専従者等を兼務しても差し支えないか。

答 病棟業務に専従することとされている職員については、専従する業務の範囲に「排尿ケアチーム」の業務が含まれないと想定されるため、兼務することはできない。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問97 区分番号「B005-9」排尿自立指導料の医師及び看護師の要件である研修の内容が施設基準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である。

医師については、日本慢性期医療協会「排尿機能回復のための治療とケア講座」、看護師については、

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」の研修
- ② 日本創傷・オストミー・失禁管理学会、日本老年泌尿器科学会、日本排尿機能学会「下部尿路症状の排尿ケア講習会」
- ③ 日本慢性期医療協会「排尿機能回復のための治療とケア講座」

なお、特定非営利活動法人日本コンチネンス協会が行っている「コンチネンス中級セミナー」及び認定特定非営利法人愛知排泄ケア研究会が行っている「排泄機能指導士養

成講座」は、排尿自立指導料にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認められないが、「コンチネンス中級セミナー」と併せて、「コンチネンス中級セミナー追加研修」を修了した場合又は「排泄機能指導士養成講座」と併せて「下部尿路機能障害の排尿自立支援指導講習」を修了した場合には、必要な研修内容を満たすものとなるため、排尿自立指導料にある所定の研修とみなすことができる。

入院基本料等加算 付

入院基本料等加算に規定する疾患等

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問51 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の判定基準に「新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態1ヶ月以上継続する場合」とあるが、NICU退室後1ヶ月以上継続している必要があるのか。

答 NICU入室中の期間も含めて1ヶ月以上継続するとみなしてよい。

その6（平成22年7月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準について、「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」（平成22年3月5日保医発0305第2号）の別添6の別紙14に「以下の各項目に規定する状態が6か月以上継続する場合」とあるが、一時的（短期間）な中止や再開の頻度が多い状態（例えば酸素吸入、IVH、ネブライザー等）についても、6か月以上継続している必要があるのか。

答 一時的（短期的）な中止や再開により、それぞれの状態に若干の変動があっても、判定スコアの合計が基準点を6か月以上継続して超えている状態であればよい。

問2 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準の判定スコア(4)の「O₂吸入又はSP_O₂90%以下の状態が10%以上」とは、どのような状態と解釈したらよいのか。

答 「O₂吸入をしている状態」又は「SP_O₂90%以下の状態が10%以上の時間続く状態」のことをいう。

問3 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準の判定スコア(6)に「ネブライザー6回以上/日または継続使用」とあるが、継続使用とはどの程度の使用頻度をいっているのか。

答 継続使用とは1日に継続して2時間以上行った場合のことをいう。

問4 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準の判定スコア(6)のネブライザーとは、どのようなものをいうのか。

答 薬液の有無は問わないが、吸気を湿潤させることで、排痰を促進する目的で使用するネブライザーのことをいう。ただし、レスピレーター回路内の加湿器は、これに該当しない。

特定入院料【施設基準・第九】

特定入院料 2

A300救命救急入院料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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JIPAD（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。

【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」

【重症患者対応体制強化加算】

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

答 現時点では、以下の研修が該当する。

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

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

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

※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

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

答 同じ研修である必要はない。

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

答 よい。

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

答 可能。なお、その場合、遅滞なく変更の届出を行うこと。

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

答 届出を行う年度内に受講を開始する予定がある場合に限り届出可能。なお、届出時点で研修が開始されていない場合にあつては、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。

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。

その6（令和4年4月21日・事務連絡〈別添〉）

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。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問103 当該治療室に従事する医師の勤務場所について、「患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない」とされたが、一時的に離れる場合であっても、勤務場所は当該保険医療機関内に限定されるか。

答 そのとおり。

特定入院料3

A301特定集中治療室管理料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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JIPAD（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。

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

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

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

なものがあるか。

答 現時点では、以下の研修が該当する。

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

※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

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

【早期離床・リハビリテーション加算】

問99 区分番号「A300」救命救急入院料の注8、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注4、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料の注3、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注3、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の注3に規定する早期離床・リハビリテーション加算（以下単に「早期離床・リハビリテーション加算」という。）の施設基準における早期離床・リハビリテーションチームの専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士は、疾患別リハビリテーションの専従者が兼任してもよいか。

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30日事務連絡）別添1の問107は廃止する。

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

答 現時点では、以下の研修が該当する。

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

※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

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

答 同一治療室内であれば、兼任して差し支えない。

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

答 可能。

【早期栄養介入管理加算】

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

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

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

答 可能。ただし、専任の管理栄養士が複数の治療室を担当している場合であっても、管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数の合計数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

なお、早期栄養介入管理加算又は区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算を算

定する1日当たりの患者数は、専任の管理栄養士1名につき、合わせて15名以下であること。

その6（令和4年4月21日・事務連絡〈別添〉）

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。

【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。

その8（令和4年5月13日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

【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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問48 区分番号「A301」特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「専任の常勤看護師」の配置について、当該看護師を2名組み合わせて週20時間以上配置する場合、3名以上の組み合わせでも可能か。

答 不可。

【早期栄養介入管理加算】

問49 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、48時間以内の経腸栄養の開始に関して、必要な栄養量の全てを経腸栄養でまかなう必要があるのか。

答 必要な栄養量の一部が経腸栄養であれば、全ての栄養量を経腸栄養でまかなう必要はない。

問50 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、施設基準にある管理栄養士は、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有した後に、特定集中治療室における栄養管理【現・集中治療を必要とする患者の栄養管理】に係る3年以上の経験を積む必要があるのか。

答 栄養サポートチームの経験期間と特定集中治療室【現・集中治療を必要とする患者の栄養管理】の経験は、同一期間で差し支えない。

問51 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、特定集中治療室での3年の経験【現・集中治療を必要とする患者の栄養管理の3年の経験】には、どのような内容の業務が含まれるのか。

答 特定集中治療室に入室中の患者に対する栄養管理計画に基づいた栄養管理やNSTでの栄養管理に係る業務が含まれる。

問52 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、施設基準に「特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。」とあるが、どのように算出するのか。

答 「直近1か月間の特定集中治療室に入室した患者の数の和の1日平均」を基に算出する。

問53 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、早期栄養介入管理加算を算定するに当たり、複数の管理栄養士を配置する場合は、配置

された全ての管理栄養士が、施設基準において求めている経験を有している必要があるのか。

答 原則として、経験を有する管理栄養士が行うこととなる。ただし、特定集中治療室の入室患者の平均が10名を超える場合は、特定集中治療室に経験を有する管理栄養士が1名配置されていれば、経験を有していない別の管理栄養士と連携して行っても差し支えない。

問56 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、管理栄養士の栄養サポートチームでの3年以上の経験は、栄養サポートチーム加算届出医療機関における栄養サポートチームでの経験が必要になるのか。

答 管理栄養士の栄養サポートチームの3年の経験について、区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算を算定している施設における経験である必要はない。

その15（令和2年6月2日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、経腸栄養開始後の1日3回のモニタリングは、届け出た専任の管理栄養士が実施しなければならないのか。

答 当該管理栄養士が実施することが原則である。ただし、当該管理栄養士が実施できない場合は、当該管理栄養士以外が実施しても差し支えないが、当該管理栄養士はモニタリング結果を確認するとともに、モニタリング結果により栄養管理に係る早期介入の計画を早急に見直すことが必要な場合に当該管理栄養士に相談できる体制を整備していること。

問2 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、届け出た専任の管理栄養士が休み等により不在の日は、算定ができないのか。

答 当該管理栄養士が不在の場合、当該管理栄養士以外の管理栄養士が必要な栄養管理を実施しても差し支えない。なお、当該管理栄養士以外が実施する場合は、随時、当該管理栄養士に確認できる体制を整備しておくこと。

その48（令和3年1月19日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 日本看護協会の認定看護師教育課程における以下の研修について、令和2年度以降、変更後の研修名及び教育内容による研修を修了した者については、従前の疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件を満たしているとみなしてよいか。

従前		令和2年度以降
救急看護	→	クリティカルケア
集中ケア		
緩和ケア	→	緩和ケア
がん性疼痛看護		
がん化学療法看護	→	がん薬物療法看護
透析看護	→	腎不全看護
摂食・嚥下障害看護	→	摂食嚥下障害看護
小児救急看護	→	小児プライマリケア
脳卒中リハビリテーション看護	→	脳卒中看護
慢性呼吸器疾患看護	→	呼吸器疾患看護

答 よい。なお、従前の研修名及び教育内容による研修を修了した者についても、疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件について引き続き満たされるものであること。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問103 当該治療室に従事する医師の勤務場所について、「患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない」とされたが、一時的に離れる場合であっても、勤務場所は当該保険医療機関内に限定されるか。

答 そのとおり。

問105 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」は、当該治療室に週20時間以上配置することが求められているが、当該治療室における勤務時間が週20時間以上であればよいのか。

答 そのとおり。なお、勤務時間は、当該保険医療機関が定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）とすること。

【早期離床・リハビリテーション加算】

その3（平成30年4月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に求める早期離床・リハビリテーションに係るチームについて、①「集中治療に関する5年以上の経験を有する医師」とあるが、特定集中治療室管理料1及び2の施設基準に規定する医師と同様に「関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講していること」が必要か。②「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」とはどのようなものがあるか。

答① 集中治療（集中治療部、救命救急センター等）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等の研修受講の必要はない。

② [→令和4年改定その1・問98]

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問42 特定集中治療室管理料1について、「専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと」とあるが、特定集中治療の経験を5年以上有する医師2名以上が常時、当該特定集中治療室に勤務する必要があるのか。

答 当該治療室において集中治療を行うにつき必要な医師の中に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師2名以上が含まれている必要があるという趣旨であり、必ずしも特定集中治療の経験を5年以上有する医師2名以上が常時、当該特定集中治療室に勤務する必要はない。

問43 「特定集中治療の経験を5年以上有する医師」とあるが、特定集中治療室管理料の届出がある保険医療機関の集中治療部門（集中治療部、救命救急センター等）での勤務経験を5年以上有していることで要件は満たされるか。

答 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。

問44 専任の臨床工学技士の配置について、「常時、院内に勤務」とあるが、当直体制でも可能か。あるいは、夜勤体制による対応が必要か。

答 当直体制による対応が必要である。ただし、集中治療室の患者の状態に応じて、夜勤体制であることが望ましい。

その2（平成26年4月4日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問21 「当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床あたり20㎡以上である。」とあるが、病床面積の定義はどのようになるのか。

答 平成26年4月1日以降に特定集中治療室管理料1、2、3又は4を届け出る場合は、病床面積とは、患者の病床として専用するベッド周り面積を指す。

問22 特定集中治療に習熟していることを証明する資料とはどのような資料か。

答 日本集中治療医学会等の関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講していること、および特定集中治療に係る専門医試験における研修を含むものとする。なお、関係学会が行う特定集中治療に係る講習会の資料については、実講義時間として合計30時間以上の受講証明（講師としての参加を含む。）、及び下記の内容を含むものとする。

- ・呼吸管理（気道確保、呼吸不全、重症肺疾患）
- ・循環管理（モニタリング、不整脈、心不全、ショック、急性冠症候群）
- ・脳神経管理（脳卒中、心停止後症候群、痙攣性疾患）
- ・感染症管理（敗血症、重症感染症、抗菌薬、感染予防）
- ・体液・電解質・栄養管理、血液凝固管理（播種性血管内凝固、塞栓血栓症、輸血療法）
- ・外因性救急疾患管理（外傷、熱傷、急性体温異常、中毒）
- ・その他の集中治療管理（体外式心肺補助、急性血液浄化、鎮静／鎮痛／せん妄）
- ・生命倫理・終末期医療・医療安全

その8（平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 疑義解釈資料の送付について（その2）（平成26年4月4日事務連絡）における「特定集中治療に習熟していることを証明する資料」について、「日本集中治療医学会等の関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講していること、および特定集中治療に係る専門医試験における研修を含むものとする。」とあるが、日本集中治療医学会が行う、MCCRC (Multiprofessional Critical Care Review Course) in JAPAN、大阪敗血症セミナー、リフレッシュセミナー又は終末期医療における臨床倫理問題に関する教育講座は、実講義時間として合計30時間以上行われた場合は、当該研修要件に該当するか。

答 該当する。ただし、当該研修にくわえ、特定集中治療に係る専門医試験における研修も行っていることが必要であることに留意されたい。

その12（平成27年2月3日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 「疑義解釈資料の送付について（その2）（平成26年4月4日付医療課事務連絡）」問22において、「特定集中治療に習熟していることを証明する資料」の一つとして「日本集中治療医学会等の関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講していること」があるが、「疑義解釈資料の送付について（その8）（平成26年7月10日付医療課事務連絡）」問4で示された研修のほか、FCCS (Fundamental Critical Care Support) セミナー又は日本集中治療医学会が行う大阪以外の敗血症セミナーは、合計で、実講義時間として30時間以上行われた場合は、「日本集中治療医学会等の関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講していること」に該当するか。

答 該当する。ただし、当該研修に加え、特定集中治療に係る専門医試験における研修も行っていることが必要であることに留意されたい。

特定入院料 5

A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料

疑義解釈資料 平成30年改定前

(平成18年3月23日・事務連絡)

問37 脳神経外科又は脳神経内科の病棟の一面に脳卒中ケアユニットが存在し、そこに規定数の専従の看護師がいるということによいか。

答 病棟の一面を脳卒中ケアユニットとして利用してもよい。ただし看護師については、当該治療室に常時、入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上配置され、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないこと等の施設基準を満たす必要がある。

問38 「脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は作業療法士が1名以上、当該治療室に勤務していること。」とあるが、理学療法士又は作業療法士は他の病棟の勤務ができないのか。

答 脳卒中ケアユニット担当の理学療法士又は作業療法士は、専従の配置要件に係る従事者との兼任はできない。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A301 特定集中治療室管理料」を参照

特定入院料 6

A301-4小児特定集中治療室管理料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1 (令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉)

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。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1 (平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉)

問103 当該治療室に従事する医師の勤務場所について、「患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない」とされたが、一時的に離れる場合であっても、勤務場所は当該保険医療機関内に限定されるか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1 (平成24年3月30日・事務連絡〈別添1〉)

問74 A301-4 小児特定集中治療室管理料を算定する治療室は、8床以上を有していることが施設基準となっているが、同一の治療室について、当該管理料を算定する病床と、他の管理料(特定集中治療室管理料など)を算定する病床と合わせて8床以上となる場

合にも算定可能か。

答 A301-4 小児特定集中治療室管理料としての届出病床が8床以上の場合に算定可能。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A301 特定集中治療室管理料」を参照

特定入院料 7

A302新生児特定集中治療室管理料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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

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

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問103 当該治療室に従事する医師の勤務場所について、「患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない」とされたが、一時的に離れる場合であっても、勤務場所は当該保険医療機関内に限定されるか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1〉）

問78 新生児特定集中治療室管理料1又はA303の「2」新生児集中治療室管理料を算定する治療室勤務の医師は、新生児治療回復室の当直勤務を併せて行ってもよいか。

答 当該治療室と新生児治療回復室が同一病棟にある場合に限り、当直勤務を併せて行ってよい。

問81 新生児特定集中治療室（NICU）と新生児治療回復室（GCU）が隣接して設置されている場合において、NICUに勤務している助産師又は看護師のうち、余剰となる人員がGCUで兼務することは可能であるか。

答 兼務は可能であるが、NICUは常時3対1、GCUは常時6対1の看護職員配置が必要であり、それぞれ別の看護単位で運用すること。なお、NICU勤務の看護師は、当該NICUに勤務している時間帯は、当該NICU以外での夜勤を併せて行わないこと。

特定入院料 8

A303総合周産期特定集中治療室管理料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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

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

【成育連携支援加算】

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。

その6（令和4年4月21日・事務連絡〈別添・医科〉）

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。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1〉）

問80 母体・胎児集中治療室に勤務する助産師又は看護師は、一般病棟と兼務してもよいか。

答 兼務は可能である。ただし、母体・胎児集中治療室においては「常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。」の要件を満たす必要がある。また、一般病棟勤務と当該治療室のような集中治療室勤務を兼務する場合は、勤務計画表による病棟勤務の時間を比例計算の上、看護要員の数に算入してもよい。

なお、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないこと。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A302 新生児特定集中治療室管理料」を参照

特定入院料12

A307小児入院医療管理料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【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。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問82 小児入院医療管理料1の要件にある「小児緊急入院患者数」に、転院患者は含まれるか。

答 緊急に入院した場合であれば含まれる。

問83 小児入院医療管理料1の夜勤時間帯の看護師の配置について、「当該病棟における看護師の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が9又はその端数を増すごとに1以上であること」が要件であるが、これは夜勤時間帯の月入院患者数に対して平均で1夜勤時間帯当たり9対1の看護配置を満たしていればよいのか。

答 不可。夜勤の時間帯も含め常時9対1よりも手厚い配置である必要がある。〔以下略〕

特定入院料13

A308回復期リハビリテーション病棟入院料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

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

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

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添・医科〉）

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。

その8（令和4年5月13日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問57 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料について、「回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のF I M運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明すること。なお、患者の求めがあった場合には、作成したリハビリテーション実施計画書を交付すること。」とあるが、回復期リハビリテーション病棟入棟時のリハビリテーション実施計画書は疾患別リハビリテーションで求められるリハビリテーション実施計画書とは異なるものか。

答 同様の内容で差し支えない。なお、その際、ADLの項目として、F I Mを記載すること。

問58 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料について、急変などにより同一医療機関内の一般病床にて治療が必要となり、その後状態が安定し同一医療機関内の回復期リハビリテーション病棟に再度入院した場合もリハビリテーション実施計画書が新たに必要となるか。

答 当該患者の、回復期リハビリテーションを要する状態に変わりがない場合については、新たに作成する必要はない。なお、その場合においても、実施する疾患別リハビリテーションに係る要件について留意すること。

問59 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ける「他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者」や、区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準における「在宅等に退院するもの」には、介護老人保健施設の短期

入所療養介護を利用する者を含むか。

答 含む。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問79 「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第53号）十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等(1)通則イに「回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。」とあるが、この「8割」とは、1日平均入院患者数の8割と解釈してよいか。

答 よい。

問80 回復期リハビリテーション病棟入院料1〔及び2〕の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士、体制強化加算の施設基準に従い病棟に専従配置される社会福祉士、地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士は、退院支援加算1【現・入退院支援加算1】の施設基準に従い〔入〕退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士と兼任できるか。また、認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できるか。

答 体制強化加算の施設基準に従い病棟に専従配置される社会福祉士は、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして当該病棟に専任配置される社会福祉士（当該の社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限る。）と兼任できるが、認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士及び地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士は、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士又は認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。

問81 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算2の施設基準において、前月に外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していることが求められているが、専従医師として届け出る医師が行っていないといけないのか。

答 当該保険医療機関として行っていればよい。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問46 体制強化加算の医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、①回復期リハビリテーション病棟協会が開催する「回復期リハ病棟専従医師研修会」、②日本慢性期医療協会が開催する「総合リハビリテーション講座」のいずれかの研修を指す。

問47 体制強化加算の要件にある「専従の常勤医師」は、雇用契約で定める所定労働時間の勤務でよいか。

答 よい。なお、土日、祝日以外の日において、当該専従の常勤医師が当該保険医療機関に勤務しない日が存在する場合は、当該医師とは別のリハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有し、リハビリテーションに係る研修を修了した専従（当該日におい

て専従であればよい)の常勤医師を配置すること。

問48 体制強化加算について、当該病棟に専従の常勤医師が所定労働時間外に当該保険医療機関において、外来、当直を行うことは可能か。

答 外来は不可であるが、当直は可能である。

問49 体制強化加算の施設基準にて「社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。」とあるが、この経験は、一般病棟等での退院調整の経験でもよいのか。

答 よい。

その2(平成26年4月4日・事務連絡〈別添1〉)

問24 体制強化加算の施設基準にて、「当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の社会福祉士が1名以上配置されていること」とあるが、専従の常勤医師は、外来診療を行うことができるか。

答 行うことはできない。

問25 体制強化加算の施設基準にて、「適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること」とあるが、リハビリテーション科専門医であっても研修を受けることが必要なのか。

答 そのとおり。

その3(平成26年4月10日・事務連絡〈別添1〉)

問16 休日リハビリテーション提供体制加算の届出については、休日における1日当たりの疾患別リハビリテーションの単位数の実績がなくてもよいのか。

答 施設基準の届出にあたっては実績が必要である。

問17 回復期リハビリテーション病棟入院料1〔及び2〕・体制強化加算における、専従医師に求められる研修は、当該専従医師が日本リハビリテーション医学会リハビリテーション科認定医の場合であっても所定の研修を新たに受講し、終了する必要があるのか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成24年改定

その6(平成24年6月21日・事務連絡〈別添1〉)

問2 複数の病棟で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている場合、施設基準は回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟全体で満たせば、一部の病棟で要件を満たさなくても差し支えないか。

答 病棟毎にその要件を満たす必要がある。

問4 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟において、一旦同入院料の届出を取り下げた上で、同じ病棟で再度回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行うことは可能か。

答 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟において、一旦同入院料の届出を取り下げた場合、6月間は同じ病棟で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行うことはできない。

問5 複数病棟の回復期リハビリテーション病棟入院料「1【現・1又は2】」の届出を行っている医療機関において、1つの病棟でスタッフの離職等により、「1」の要件を満たすことができなくなったが、「2【現・3又は4】」の要件は満たしている場合、当該医療機関で回復期リハビリテーション病棟入院料「2」の届出を行うことはできるのか。

答 届出可能。

疑義解釈資料 平成24年改定前

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1〉）

問84 回復期リハビリテーション病棟における休日リハビリテーション提供体制加算に規定される休日の定義は何か。

答 初・再診料の休日加算に規定される定義と同様。

（平成20年3月28日・事務連絡〈別添1〉）

問46 回復期リハビリテーション病棟入院料1【現・1又は2】の届出の際に、在宅復帰率、重症患者の中に死亡退院した患者は含めるのか。

答 死亡退院した患者については、在宅復帰率、重症患者の人数に含めない。（分母、分子ともに含めない。）

問48 「他の保険医療機関へ転院した者等以外の者」には、自宅に退院する患者以外にどのような者が含まれるのか。

答 退院後、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く）、地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る）、グループホーム（認知症対応型グループホーム）、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれる。なお、退院後、介護老人保健施設に入所する患者は「他の保険医療機関へ転院した者等」に含まれる。

特定入院料14

A308-3地域包括ケア病棟入院料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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床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。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添・医科〉）

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6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3月間において30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。」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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問10 区分番号「A101」療養病棟入院基本料、区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料及び区分番号「A317」特定一般病棟入院料の注7について、保険医療機関が定める必要がある「適切な意思決定支援に関する指針」とは、令和2年3月31日以前の旧医科点数表における当該入院料等の施設基準の規定により保険医療機関が既に定めている「適切な看取りに対する指針」で差し支えないか。

答 当該指針に適切な意思決定支援に関する内容が含まれていれば差し支えない。

問59 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ける「他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者」や、区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準における「在宅等に退院するもの」には、介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用する者を含むか。

答 含む。

問60 区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料について、「当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること」とあるが、当該部門及び部門に配置される看護師及び社会福祉士は、区分番号「A246」入退院支援加算の施設基準に規定される「入退院支援及び地域連携業務を担う部門」と同一の部門でよいか。

答 よい。

問61 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、「リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又は、家族に説明すること。」とあるが、

- ① 地域包括ケア病棟に入棟した全ての患者（リハビリテーション実施の有無に関わらず）にADL等の評価が必要か。
- ② ADL等の評価とは具体的にどのような評価となるか。
- ③ リハビリテーションを実施する必要がない患者に対しても、リハビリテーションの必要性について、説明することが必要か。
- ④ リハビリテーションの必要性を説明する者は、医師以外に理学療法士でもよいか。
- ⑤ 「患者又はその家族等に説明」については、書面による同意を得る必要があるか。また、その規定の書式はあるか。
- ⑥ リハビリテーションを提供する患者については、疾患別リハビリテーションの規定のとおり実施計画書の作成及び説明等を行うことでよいか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 必要。
- ② 例えば、入棟時に測定が必須のADLスコア（内容はBIと同等）を用いることを想定。
- ③ 判断の結果について、診療録に記載及び患者又はその家族等に説明を行うこと。
- ④ 医師の指示を受けた理学療法士等が行ってもよい。
- ⑤ 書面による同意は不要。

⑥ よい。

その44（令和2年11月24日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 「「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」の一部改正について」（令和2年6月18日保医発0618第2号）（以下、「6月18日通知」という。）の中で「地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院」について、一定の要件を満たす場合には地域包括ケア病棟入院料2又は4に係る届出を行うことができることとされているが、再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている場合も当該届出を行うことが可能か。

答 再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている場合、令和2年3月31日までに地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていた場合については、届出を行うことができる。なお、その場合、届出に当たって提出する「合意を得た地域医療構想調整会議の概要」において、合意を得た日付を記載すること。

問3 6月18日通知の中で「地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院」について、一定の要件を満たす場合には地域包括ケア病棟入院料2又は4に係る届出を行うことができることとされているが、再編又は統合を行う対象病院のいずれの病院も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の届出を行っていない場合も当該届出を行うことが可能か。

答 再編又は統合を行う対象病院のいずれの病院も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の届出を行っていない場合、令和2年3月31日までに地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていた場合については、届出を行うことができる。なお、その場合、届出に当たって提出する「合意を得た地域医療構想調整会議の概要」において、合意を得た日付を記載すること。

その47（令和2年12月22日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 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療養病床により届出を行う場合にあつては、届出をすることができる病棟は1病棟に限ることとされているが、同一の保険医療機関において療養病床及び一般病床それぞれで地域包括ケア病棟入院料を届け出ることにはできるか。

答 要件を満たした場合、届出してよい。ただし、療養病床により届出をすることができるのは1病棟に限る。

疑義解釈資料 平成30年改定

その3（平成30年4月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の1及び3の施設基準において、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護等を提供している【現・提供実績を有している】施設が「当該保険医療機関と同一の敷地内にあること【現・当該保険医療機関に併設されていること】」とされているが、当該保険医療機関が介護保険法における保険医療機関のみなし指定を受けて、施設基準で求められている【現・訪問看護等の提供実績を有している】訪問看護等を提供している場合も、要件を満たすと考えてよいか。

答 保険医療機関がみなし指定を受けて、訪問看護等を提供している場合も、施設基準をみたす。

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【重症度、医療・看護必要度】

問47 地域包括ケア病棟入院料の注7の看護職員夜間配置加算の届出において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度〔1〕のB項目の一部を用いるが、当該項目に係る院内研修は実施しなければならないか。

答 当該加算に係る院内研修は必要ないが、「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」を参照し適切に評価すること。

【看護職員夜間配置加算】

問53 地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算については、

- ① 同一医療機関に同一の入院料を算定する病棟が複数ある場合、病棟全てで当該加算を届けなければならないか。
- ② 毎日、各病棟に看護師3人以上の配置が必要か。

答① 病棟ごとに届け出ることが可能である。

- ② 夜勤帯において常時16対1を満たす必要があり、その上で病棟ごとに3人以上の配置の場合に算定できる。例えば、入院患者数が32人以下で、配置が2名となった場合は、16対1は満たしているが3人以上配置ではないため、当該日のみ算定できない。

【意思決定支援に対する指針】

問54 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準【現・療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）の施設基準】に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ看取りに対する指針【現・意思決定支援に関する指針】を定めている」とあるが、具体的にはどのようなものを作成すればよいか。

答 看取り【現・意思決定支援】時の医療・ケアの方針をどのように決定するか、患者本人や家族等への説明や手続き等、当該医療機関としての手順を定めたものであり、各医療機関の実情にあわせて作成いただきたい。当該指針を定めるに当たっては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされること、患者本人や家族等の信頼できる者も含めた話し合いが繰り返し行われること、このプロセスに基づく話し合いの内容をその都度文書にまとめておくこと等、各ガイドラインの内容を踏まえた上で作成いただきたい。

【看護補助者配置加算】

問55 〔地域包括ケア病棟入院料の看護補助者配置加算においては、〕看護補助者への研修は、全ての看護補助者に対して実施しなければならないのか。

答 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者である必要がある。ただし、当該看護補助者が介護福祉士等の介護業務に関する研修を受けている場合はこの限りでないが、医療安全や感染防止等、医療機関特有の内容については、院内研修を受講する必要がある。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問80 回復期リハビリテーション病棟入院料1〔及び2〕の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士、体制強化加算の施設基準に従い病棟に専従配置される社会福祉士、地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士【現・入退院支援及び地域連携業務を担う部門に配置されている専従の社会福祉士】は、退院支援加算1【現・入退院支援加算】の施設基準に従い

〔入〕退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士と兼任できるか。また、認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できるか。

答 体制強化加算の施設基準に従い病棟に専従配置される社会福祉士は、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして当該病棟に専任配置される社会福祉士（当該の社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限る。）と兼任できるが、認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士及び地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士は、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士又は認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問50 病棟内にリハビリテーションを行う専用の部屋は必要か。

答 必要ない。

その2（平成26年4月4日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問27 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、「リハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上実施すること」とされているが、土・日・祝祭日も対象となるのか。

答 対象となる。

問29 地域包括ケア病棟入院料における看護補助者配置加算に規定される、「当該入院料の施設基準の最小必要人数」とは何名か。

答 原則として0名であるが、地域包括ケア入院医療管理料を療養病棟で算定する場合については、療養病棟入院基本料に規定する看護補助者の数を指し、当該看護補助者については看護補助者配置加算の計算対象とならない。

その4（平成26年4月23日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問8 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料含む）2【現3・4】を届け出る場合において、患者2人以上を入院させる病室の場合、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、1人当たりの居室面積は、4.3㎡以上と考える良いのか。

答 そのとおり。

その8（平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が、同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間【現・同一保険医療機関内の地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間】は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定することと規定されているが、当該患者は、地域包括ケア入院医療管理料の施設基準における重症度、医療・看護必要度の算定に含まれるか。

答 含まれる。

その9（平成26年9月5日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類（様式50の3）の②「直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数」の算出について、入院途中からリハビリテーションが必要になった場合、リハビリテーションがなかった日数も含めて計算するのか。

答 入院後、途中からリハビリテーションが必要になった場合には、リハビリテーションの提供を開始した日以降の日数を計算に用いることで差し支えない。

問5 新たに複数の病室に対して地域包括ケア入院医療管理料の届出をする場合、実績要件は、届出を行う病室毎に満たす必要があるのか。それとも新たに届出を行う病室の合計で満たしていれば良いのか。

答 新たに届出を行う病室の合計で実績要件を満たしていれば良い。

特定入院料16

A310緩和ケア病棟入院料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問124 区分番号「A310」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「A310」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。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問53 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料において、「公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）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、従前の公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価の「緩和ケア機能」の認定を受けている場合は対象となるのか。

答 対象となる。

問54 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料の施設基準である「がん診療連携の拠点となる病院若しくは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又はこれらに準ずる病院であること。」について、下記は該当すると考えてよいか。

- ① 公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定
- ② ISO（国際標準化機構）9001の認証

答 ①及び②ともに該当する。

特定入院料17

A311精神科救急急性期医療入院料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【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。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添・医科〉）

【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120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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問41 区分番号「A249」精神科急性期医師配置加算、区分番号「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料について、「クロザピンを新規に導入する」とは、当該病棟においてクロザピンを新規に投与開始したことを指すのか。

答 そのとおり。

問42 区分番号「A249」精神科急性期医師配置加算、区分番号「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料の施設基準において、「（略）クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち、4割（6割）以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること」とあ

るが、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者とは、当該保険医療機関の他の病棟から転棟した患者のみを指すのか。

答 転棟かどうかにかかわらず、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者を指す。

問63 区分番号「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料におけるクロザピンの新規導入を目的とした転棟患者に対するクロザピンの投与後に投与を中止した場合について、「クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症」とあるが、具体的にはどのような場合か。

答 「クロザピンの使用にあたっての留意事項について」（平成21年4月22日薬食審査発第0422001号）において、流通管理の基本として規定されている「クロザリル患者モニタリングサービス運用手順」における「投与を中止する基準」が該当する。

【看護職員夜間配置加算】

問11 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3）、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、例えば、4月1日の18時から24時を越えて夜勤を行った場合には、4月3日に暦日の休日を確保するということか。

答 そのとおり。

問12 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること」について、どのような勤務体制がとられていれば要件を満たすか。

答 深夜や早朝における患者の状態等に対応する業務量を把握した上で、早出や遅出等を組み合わせた勤務体制をとること。なお、勤務者の希望を加味した上で、1か月の間に10日以上、早出や遅出等の活用実績があることが望ましい。また、早出及び遅出の勤務時間には、各保険医療機関が定めた夜勤時間帯（午後10時から午前5時までの時間を含めた連続する16時間）のうち少なくとも2時間を含むこと。

問13 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること」について、どの程度の利用実績があればよいか。

答 少なくとも月に1人は利用実績があること。また、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）の**問49**の①は廃止する。

問14 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること」について、

① 具体的にはどのようなものを活用することが想定されるか。

② 1年に1回以上実施する看護要員による評価の方法に関する規定はあるのか。

答① 看護記録の音声入力、AIを活用したリスクアセスメント、ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等が例として挙げられる。単にナースコール、心電図又はPSO₂モニター、電子カルテ等を用いていること等は該当しない。

② 看護要員の業務負担軽減に資するものとなっているかどうかを評価し、それをもとに活用方法等を検討することが可能であれば、具体的な手法については定めていない。

その62（令和3年3月31日・事務連絡〈別添・医科〉）

問2 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3）、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象となるか。

答 「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡）問9と同様に、勤務時間に午後10時から翌日5時までの時間帯が一部でも含まれる場合は、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象とする。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問112 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数や入院件数等の実績は直近1年間という理解でよいか。

答 そのとおり。

問113 「初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）」について、初診料を算定しない患者であっても対象となると理解してよいか。

答 そのとおり。

問114 精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の施設基準において、「なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行したものとして計上しない。」の文言が削除されたが、これは平成30年3月31日以前に精神科救急入院料に入院し、4月1日以降に退院した患者についても適用されるのか。

答 そのとおり。

問116 精神科救急入院料【現・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、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料において、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定している患者については、クロザピンが包括範囲から除外されたが、この取扱いは当該管理料の算定月に限るという理解でよいか。

答 そのとおり。

【看護職員夜間配置加算】

問53 地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算については、

- ① 同一医療機関に同一の入院料を算定する病棟が複数ある場合、病棟全てで当該加算を届けなければならないか。
- ② 毎日、各病棟に看護師【現・看護職員】3人以上の配置が必要か。

答① 病棟ごとに届け出ることが可能である。

- ② 夜勤帯において常時16対1を満たす必要があり、その上で病棟ごとに3人以上の配置の場合に算定できる。例えば、入院患者数が32人以下で、配置が2名となった場合は、16対1は満たしているが3人以上配置ではないため、当該日のみ算定できない。

疑義解釈資料 平成30年改定前

（平成20年5月9日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問20 「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り扱いについて」において規定されている、精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料の延べ入院日数の要件における「新規患者」とは、どのような患者を指すのか。

答 当該病棟への入院日が当該特定入院料の起算日に当たる患者であって、当該病棟に入院してから3ヶ月以内の患者をいうものである。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A103 精神病棟入院基本料」、「A249 精神科急性期医師配置加算」を参照

特定入院料20

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問82 A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料を病室単位で算定する場合、病棟全体で児童・思春期精神科入院医療管理料の看護配置を満たす必要があるのか。

答 病棟全体で看護配置を満たす必要がある。

問83 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料を届け出している病棟の一部病室でA311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料の届出は可能か。

答 できない。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A103 精神病棟入院基本料」を参照

特定入院料21

A312 精神療養病棟入院料

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問64 区分番号「A312」精神療養病棟入院料を算定する病棟に配置されている作業療法士が、当該保険医療機関における疾患別リハビリテーションの専従の常勤作業療法士を兼ねることはできるか。

答 不可。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問115 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する常勤精神科医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内とされているが、2日間の従事時間を3日以上に分割して当該業務に従事することは可能か。

答 可能。

疑義解釈資料 平成28年改定

その2（平成28年4月25日・事務連絡〈別添1〉）

問10 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する精神科医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務については、週2日以内とされているが、週2日以外の日

に措置診察等に対応することが可能か。

答 予定外の緊急の重症患者への対応及び精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）については、外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務に含めず、必要に応じ従事することができる。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

問20 精神療養病棟に入院する患者に対して指定される退院支援相談員と当該精神療養病棟において精神保健福祉士配置加算によって病棟専従配置された精神保健福祉士は兼務可能か。

答 退院支援相談員が当該精神療養病棟の入院患者に対してのみ指定される場合に限り、可。

その2（平成26年4月4日・事務連絡〈別添1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

問17 複数病棟分届出があった場合、在宅〔自宅等〕へ移行した割合については、病棟単位で要件を満たす必要があるか。

答 その通り。

その7（平成26年6月2日・事務連絡〈別添1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

問3 精神病棟入院基本料等の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟（A）へ入院した患者が当初の入院日から起算して1年以内に在宅〔自宅等〕へ移行した場合であって、以下のケースに該当した場合、当該加算の在宅移行率計算における分母、分子の取扱いはどのようになるのか。

① 当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟（B）へ転棟した後に、在宅へ移行した場合

② 当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定しない病棟（C）へ転棟した後に、元の配置加算病棟（A）へ転棟し、その後在宅へ移行した場合

③ 当該患者が在宅へ移行した後に、元の配置加算病棟（A）へ入院期間が通算される再入院をし、その後、最初の入院日から起算して1年以内に在宅へ移行した場合

答① 病棟（B）において、分母・分子に計上し、病棟（A）においては分母・分子ともに計上しない。

② 病棟（A）において、分母に1回目の入棟のみを計上し、分子は在宅移行時を計上する。

③ 病棟（A）において、1回目の入棟を分母に計上し、最後の在宅移行を分子に計上する。（1回目の在宅移行、再入院は計上しない。）

なお、当該加算における在宅移行率の届出にあたっては、精神保健福祉士が配置されている期間の実績のみをもって届け出ることとする。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問85 A312 精神療養病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等はA314 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等を兼務することが可能か。

答 可能である。

問86 A312 精神療養病棟入院料及びA314 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等は、I 011 精神科退院指導料及びI 011-2 精神科退院前訪問指導料の算定に必要な精神保健福祉士等を兼ねることは可能か。

答 可能である。

その13（平成25年3月28日・事務連絡）

問3 重症者加算1の様式55の2は、毎年提出する必要があるのか。

答 そのとおり。

届出受理後の措置として、毎年3月末日までに、前年1年間（暦年）の実績について様式55の2による報告を行い、必要があれば届出の変更等を行う。

なお、平成25年4月以降の当該加算については、最初の届出をもって算定可能とし、平成26年4月以降については、報告を行う年の前年1月～12月の実績に基づく報告をもって算定可能とする。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A103 精神病棟入院基本料」、「A249 精神科急性期医師配置加算」、「A311 精神科救急急性期医療入院料」を参照

特定入院料22

A314認知症治療病棟入院料

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問118 生活機能回復のための訓練及び指導について、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えないこととされたが、この場合、認知症患者リハビリテーション料に規定される専用の機能訓練室又は精神科作業療法に規定される専用の施設は、認知症治療病棟入院料に規定される専用の生活機能回復訓練室と兼用することが可能か。

答 認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法が認知症治療病棟に入院している患者に対して行われる場合に限り、生活機能回復訓練室と兼用して差し支えない。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問86 A312精神療養病棟入院料及びA314認知症治療病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等は、I 011精神科退院指導料及びI 011-2精神科退院前訪問指導料の算定に必要な精神保健福祉士等を兼ねることは可能か。

答 可能である。

問88 A314認知症治療病棟入院料を算定する病棟において、準夜帯には看護要員が3人いるが、深夜帯にいない場合は認知症夜間対応加算を算定してよいか。

答 算定できない。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A312 精神療養病棟入院料」を参照

特定入院料24

A318地域移行機能強化病棟入院料

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問119 地域移行機能強化病棟入院料における「自宅等への退院」の要件について、特別養護老人ホームは患家に含まれるという理解でよいか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問87 入院患者数が40人超の地域移行機能強化病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を精神保健福祉士とみなして、15対1の看護職員等の配置（看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士で構成されるもの）に含めることは可能か。

答 当該専従の社会福祉士を15対1の看護職員等の配置に含めることはできない。

問88 入院患者数が40人超の病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を退院支援相談員に指定することができるか。

答 精神障害者に関する業務に従事した経験3年以上を有する場合には、退院支援相談員に指定することができる。

問89 精神科地域移行実施加算の算定に必要な退院患者数の実績に、地域移行機能強化病棟からの退院患者数を含めることができるか。

答 できる。

問90 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における自宅等に退院した患者の数に係る実績について、自宅等に退院した後間もなく再入院した患者について、自宅等に退院した患者に含めることが可能か。

答 退院時に、自宅等での生活が3か月以上続くことが見込まれる患者については、自宅等への退院患者に含めることができる。

その5（平成28年6月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における「当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者」について、身体合併症の診療のために別の保険医療機関に短期間転院し、引き続き再度当該医療機関に転院した患者のうち、当該保険医療機関の入院期間を合算して1年以上の患者を含めることができるか。

答 このような場合であって、当該保険医療機関への再入院が、入院期間が通算される入院である場合に限り、当該保険医療機関の入院期間を合算して1年以上の患者を含めることができる。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A103 精神病棟入院基本料」、「A312 精神療養病棟入院料」を参照

特定入院料 25

A319特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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

答 よい。

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

答 不可。

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

答 不可。

短期滞在手術等基本料【施設基準・第十】

A400短期滞在手術等基本料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添〉）

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章第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。

疑義解釈資料 平成28年改定

その8（平成28年11月17日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問9 短期滞在手術等基本料3【現・2】を算定する病棟において、インターフェロン、酢酸リユープロレリン等の悪性腫瘍に対する効能を有する薬剤を使用した場合、短期滞在手術等基本料3の注5【現・注4】に規定されている「別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬」の抗悪性腫瘍剤として、薬剤料を算定可能か。

答 算定可能。

問10 短期滞在手術等基本料3【現・2】の注5【現・注4】に規定されている「別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬」に「疼痛コントロールのための医療用麻薬」とあるが、フェンタニル、モルヒネ等を術中の疼痛コントロールとして使用した場合においても算定可能か。

答 算定不可。術中に使用した場合の費用は、別途算定できない。

疑義解釈資料 平成26年改定

その8（平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問6 短期滞在手術等基本料を算定する患者が、7対1入院基本料を届け出ている病棟に入院する場合、当該患者は、7対1入院基本料の施設基準における重症度、医療・看護必要度の算定に含まれるか。

答 含まれない。

その10（平成26年10月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 短期滞在手術等基本料の算定に当たっては、「別紙様式8」を参考とした様式を用いて同意をとることとされているが、必ず当該様式のものを別途作成しなければならないのか。

答 入院診療計画書とともに、入院診療計画書に含まれない「手術後に起こりうる症状とその際の対処」について医療機関が作成する手術の同意書の内容に含まれている場合は、別途作成する必要はない。

歯科の施設基準等（基本診療料）

歯科初・再診料 1-1

A000・注1 歯科外来診療の院内感染防止対策

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添5・歯科〉）

問23 区分番号「A000」初診料の施設基準通知について、「第2の7」の歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準及び「第3」の地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等が変更されたが、令和4年3月31日時点で現に当該初診料に係る届出を行っている保険医療機関が、変更後の基準を満たしている場合、同年4月1日以降に再度届出を行わなくてよいか。

答 よい。ただし、年1回、様式2の7による地方厚生（支）局長への報告を行うこと。

問24 令和4年3月31日以前に、区分番号「A000」初診料の施設基準通知「第2の7」の歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準及び「第3」の地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等における「歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修」を満たす内容の研修を受講した場合、当該通知「第2の7」の(3)又は「第3」の(9)を満たしていることとしてよいか。

答 よい。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添3〉）

問1 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、どのような内容の研修を実施すべきか。

答 院内感染防止対策については、標準予防策、医療機器の洗浄・消毒・滅菌、感染性廃棄物の処理等が考えられるが、各保険医療機関の実情に応じて、実施されたい。

問2 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、様式2の7「4 当該保険医療機関における院内研修の実施状況」の内容について、毎回の研修においてすべて網羅していなければならないのか。

答 様式2の7「4 当該保険医療機関における院内研修の実施状況」の内容は例示であり、各保険医療機関の実情に応じて、研修内容を決定していただきたい。

問3 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修の講師は管理者等が実施するものでよいか。

答 そのとおり。

問4 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、医療関係団体等が主催する研修（通信によるものを含む）に変えても差し支えないか。

答 差し支えない。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添3〉）

問3 初診料の注1に規定する施設基準について、通知において、「口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染予防対策を講じていること」とあり、様式2の6において「滅菌

器」の製品名等の記載が必要であるが、具体的にどのようなものが該当するのか。

答 「滅菌器」に該当する装置（医療機器）の一般的名称が、

- ・包装品用高圧蒸気滅菌器
- ・未包装品用高圧蒸気滅菌器
- ・小型包装品用高圧蒸気滅菌器
- ・小型未包装品用高圧蒸気滅菌器

等であり、添付文書（または取扱説明書）の使用目的に器具機材の滅菌が可能なことが記載されている装置が該当する。なお、アルコール等を使用した高圧蒸気による滅菌を行う医療機器についても該当する。

なお、器具除染用洗浄器など、使用目的が手術器具等の消毒である装置は該当しない。

その4（平成30年5月25日・事務連絡〈別添2〉）

問1 主として歯科訪問診療を実施する診療所（直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の診療所）が、歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出を行う場合において、様式2の6及び様式2の7の「当該保険医療機関の保有する歯科用ハンドピース（歯科診療室用機器に限る）」及び「歯科用ユニット数」はどのように記載すればよいか。

答 歯科用ハンドピースについては、歯科診療室で使用するものと歯科訪問診療の際に使用するものを合算した保有数を記載すること。

なお、主として歯科訪問診療を実施する診療所以外の歯科医療機関においても、歯科訪問診療の際に使用する歯科用ハンドピースの保有数を合算した保有数を記載しても差し支えない。

歯科用ユニット数については、診療室の歯科用ユニット数及び歯科訪問診療の際に使用する歯科用ポータブルユニット及び携帯型マイクロモーターの保有数を合算した数を記載すること。

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添2・歯科〉）

問1 初診料の注1に規定する施設基準において、「歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。」とされているが、休日・夜間診療所など、院内感染防止対策を行っているが医療機関の特性上、常勤歯科医師を配置することが困難である場合はどのようにすればよいか。

答 当該施設基準は、常勤歯科医師が配置されていることが原則であるが、次の(1)～(3)に該当し、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理等の院内感染防止対策が実施されている医療機関であって、非常勤歯科医師（当該医療機関の管理者に相当する者又は主に院内感染防止対策を担当する者等）が必要な研修を受講している場合については、当該医療機関の院内感染防止対策を行う歯科医師を常勤歯科医師に準じるものとして取り扱う。この場合において、様式2の8〔様式2の6及び様式2の7〕の受講者名の欄には、研修を受講した非常勤歯科医師名を記載する（研修を受講した歯科医師が複数名いる場合は、当該医療機関の管理者に相当する者又は主に院内感染防止対策を担当する者等の氏名の左に○を記載すること。）。

- (1) 自治体や地域の歯科医師会が開設する（自治体から委託又は補助金等を受けているものも含む）休日・夜間の急患や障害児（者）等を対象とする歯科医療機関であり、非常勤歯科医師が当番制で診療を担当している場合
- (2) 歯科を標榜する病院（歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科のいずれかを標榜）であり、歯科診療については非常勤歯科医師のみで行っている場合
- (3) その他、医療機関の特性上、常勤歯科医師の配置が困難であると認められる特段の

理由がある場合

(3)に該当すると考えられる場合においては、医療機関の現況（開設者、管理者、診療時間、非常勤歯科医師数及び勤務体制、当該医療機関が対象とする患者、診療内容等）と常勤歯科医師の配置が困難である理由を記載した理由書を地方厚生（支）局長に提出し、当該施設基準該当の適否について判断を求める。

歯科初・再診料 1-2

A000・2地域歯科診療支援病院歯科初診料

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添3〉）

問1 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準における初診の患者数の取扱いについて、休日診療等に係る輪番制に参画している保険医療機関において、紹介によらない救急の初診患者の取扱如何。

答 休日等における救急医療の確保のために診療を行っている保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における初診患者については、初診の患者数から除外して差し支えない。

歯科初・再診料 1-3

A000・注9 歯科外来診療環境体制加算

A002・注8 再診時歯科外来診療環境体制加算

疑義解釈資料 平成30年改定

その3（平成30年4月25日・事務連絡〈別添2〉）

問2 平成30年3月31日において現に歯科外来診療環境体制加算を算定していた保険医療機関が、歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2の届出を行う場合において、再度研修を受講する必要があるか。

答 平成30年3月31日時点において、歯科外来診療環境体制加算の施設基準の届出を行っている場合は、再度の研修受講は不要である。（研修を受講した歯科医師に変更がない場合は、研修会の修了証の写し又は最初に当該施設基準の届出を行った際の副本の写しの提出は不要）

なお、この場合において、様式4の「2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等」の欄には、「研修届出済み」と記載すること。

疑義解釈資料 平成28年改定

その5（平成28年6月30日・事務連絡〈別添2〉）

問4 「歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する小さな物質を吸引できる環境を有していること。」とあるが、歯科用吸引装置は、歯科ユニット毎に固定式の装置が設置されている必要があるか。

答 可動式の歯科用吸引装置であっても、歯科診療所の規模に応じて適切な数が用意されていれば、必ずしも固定式で歯科ユニット毎に設置されている必要はない。

その6（平成28年9月1日・事務連絡〈別添1〉）

問19 「疑義解釈資料の送付について（その5）」（平成28年6月30日事務連絡）において、「可動式の歯科用吸引装置であっても、歯科診療所の規模に応じて適切な数が用意されていれば、必ずしも固定式で歯科ユニット毎に設置されている必要はない。」とあるが、固定式の歯科用吸引装置のみを設置する場合は、すべての歯科ユニットの台数と同数の歯科用吸引装置を設置されていることが必要か。

答 歯科診療所の規模及び診療内容に応じて、歯科用吸引装置の使用が必要な治療を行う患者に対しては歯科用吸引装置が設置されている歯科ユニットが使用できるような体制が確保されている場合においては、必ずしもすべての歯科ユニットに固定式の歯科用吸引装置が設置されている必要はない。

歯科初・再診料 1-4

A000・注10歯科診療特別対応連携加算

疑義解釈資料 平成22年改定

その3（平成22年4月30日・事務連絡〈別添3〉）

問1 平成22年度歯科診療報酬改定において新たに新設された障害者歯科医療連携加算〔歯科診療特別対応連携加算〕は、当該加算の趣旨からも、当該加算の施設基準を満たすものとして届出た保険医療機関の施設内において外来診療を行った場合が対象となると考えてよいか。

答 そのとおり。