

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

[算定要件]

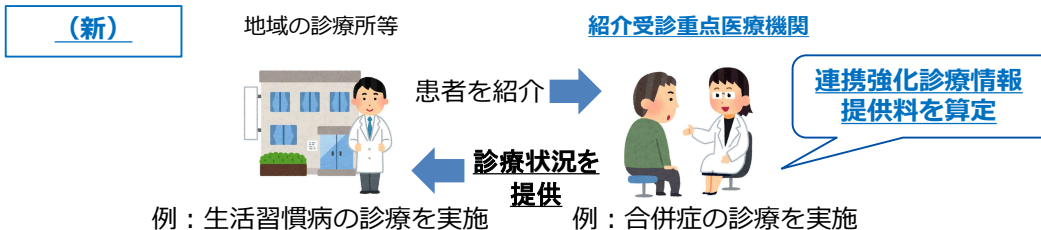
- (1) **外来機能報告対象病院等**（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、**一般病床の数が200未満であるものを除く。**）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院初日に限り**所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。**

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

- 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について、
 - 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

改定前	改定後
<p>【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点</p> <p>[算定要件]</p> <p>他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p> <p>[対象患者]</p> <ol style="list-style-type: none"> かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者 	<p>(改) 【連携強化診療情報提供料】 150点</p> <p>[算定要件]</p> <p>他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>[対象患者]</p> <ol style="list-style-type: none"> かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

注番号	紹介元	患者	紹介先 (紹介元に診療情報を提供した場合に、 <u>連携強化診療情報提供料が算定可能</u>)	算定回数の制限
1	かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり	—	禁煙	<u>月に1回</u>
2	<u>以下のいずれか</u> ・ <u>200床未満の病院</u> ・ <u>診療所</u>	—	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>紹介受診重点医療機関</u> ・ <u>禁煙</u>	
3	—	—	以下のいずれも満たす ・ かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり ・ 禁煙	
4	—	<u>難病（疑い含む）の患者</u>	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>難病診療拠点病院又は難病診療分野別拠点病院</u> ・ <u>禁煙</u>	
		<u>てんかん（疑い含む）の患者</u>	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>てんかん支援拠点病院</u> ・ <u>禁煙</u>	
5	—	妊娠中の患者	—	3月に1回
	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	月に1回
	—		以下のいずれも満たす ・ 産科又は産婦人科を標榜 ・ 妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している	

他の医療機関との連携

社会的ニーズも踏まえ、過去2回(平成30年度、令和2年度)の診療報酬改定の中で新設された以下の項目については、令和4年度の診療報酬改定でも見直し等が行われている。

- (1) 治療と仕事の両立支援
- (2) 精神疾患を有する妊産婦へのケアを含めた自殺対策
- (3) 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携
- (4) かかりつけ医と他の医療機関との連携に係る項目



- 社会的ニーズにより新設されたこれらの支援や連携については、診療報酬で評価することで推進および拡充につなげたいとの厚生労働省の意向が窺える。
- 一般診療所の先生方にとっては、全てに対応することは難しいまでも、今後、対応及び算定が可能なものを改めてご検討されてはどうか。

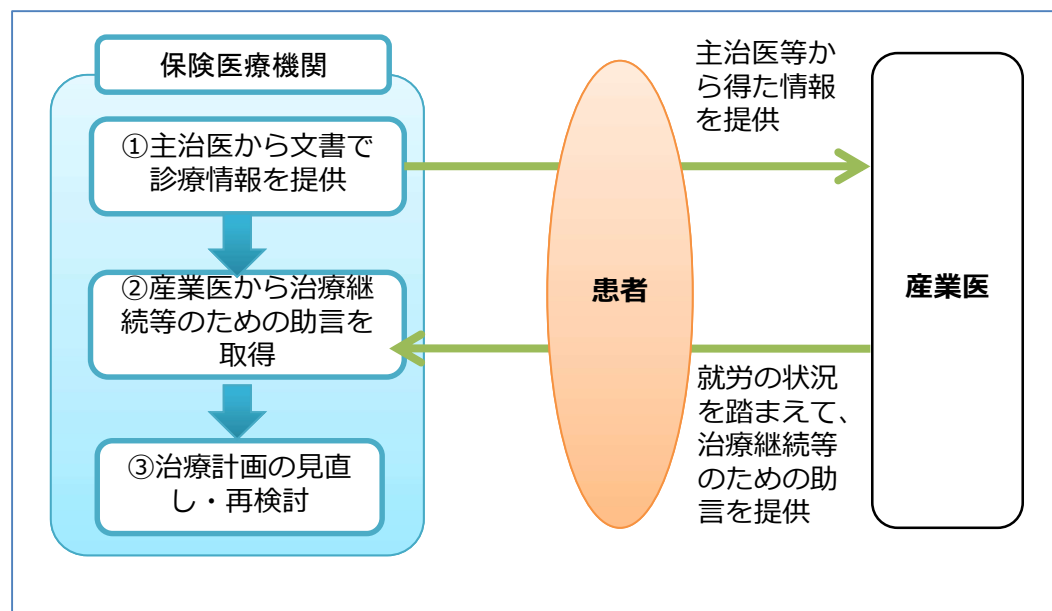
他の医療機関との連携

(1) がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

1) 平成30年度改定(新設)

がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価および、専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価が新設。

療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点



[両立支援の流れ(イメージ)]



他の医療機関との連携

(1) がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

2) 令和2年度改定（見直し）

① 評価方法の見直し

療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。

② 対象患者及び連携先の拡大

療養・就労両立支援指導料について、両立支援をより充実させるよう以下の見直しが行われた。

- ・対象疾患について、悪性新生物の他に、**脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患、肝疾患（経過が慢性なものに限る）、指定難病その他これに準ずる疾患を追加**
- ・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師を追加**

③ 相談支援加算の創設

当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合の評価を新設。

- ・当該患者に対して、専任の看護師又は社会福祉士が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に、**相談支援加算として50点を所定点数に加算**

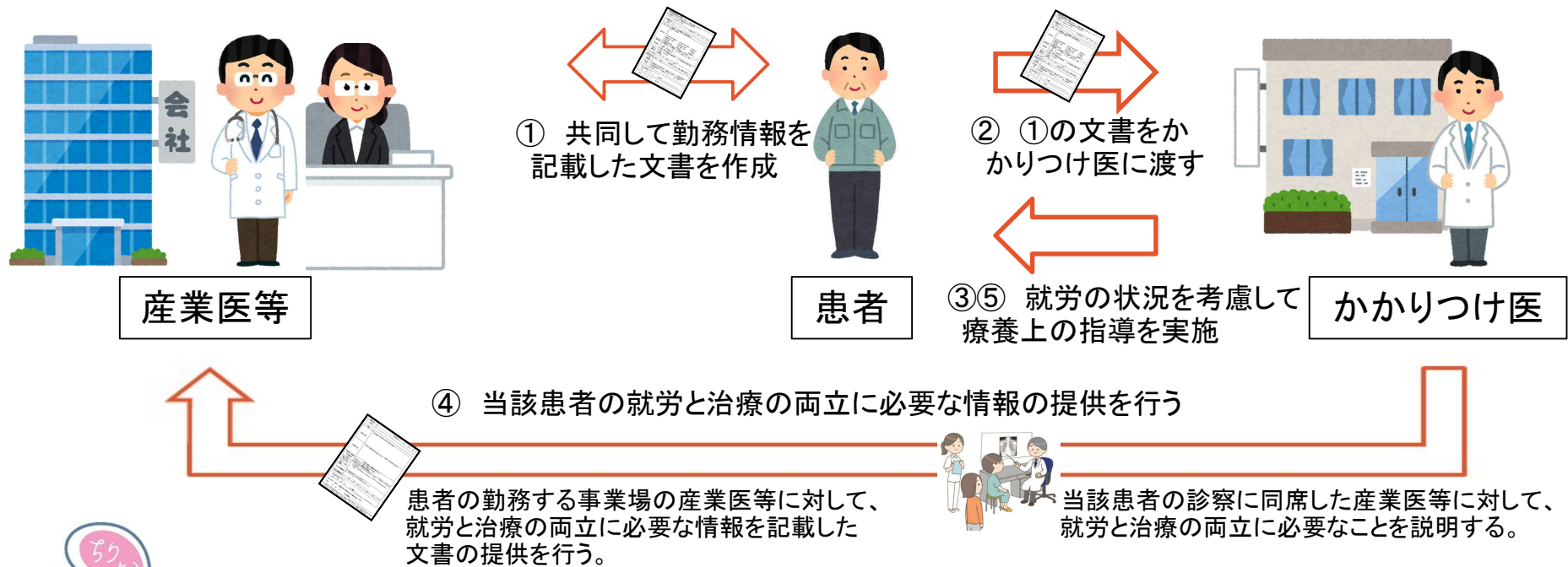
平成30年度改定（新設）	
療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点



令和2年度改定（見直し）	
※療養・就労両立支援指導料(3月に限る)	
初回	800点
2回目以降	400点
相談支援加算	50点

令和2年度改定における療養・就労両立支援指導料の見直し

- 療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。



現行	
療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点



改定後	
療養・就労両立支援指導料(3月に限る)	
1 初回	800点
2 2回目以降	400点
相談支援加算	50点

他の医療機関との連携

(1) がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

3) 令和4年度改定(見直し)

① 療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。

- ・ 対象となる疾患に**心疾患、糖尿病及び若年性認知症を追加**
- ・ 対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**衛生推進者を追加**

② 療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し

治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、**精神保健福祉士及び公認心理師を追加**する。

他の医療機関との連携

(2) 精神疾患を有する妊産婦に対するケア・診療等の充実（自殺対策）

1) 平成30年度改定（新設）

精神疾患を合併した妊産婦（ハイリスク妊産婦）に対して、産科又は産婦人科及び精神科又は心療内科、並びに自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価が新設。

※ 精神疾患を合併するハイリスク妊産婦に対して、地域連携で総合的に対応する体制を作るとともに、「うつ病」などによる自殺予防の観点から、精神科・心療内科との連携強化を目指したもの。

ハイリスク妊産婦連携指導料1 (産科又は産婦人科)	1,000点 (月1回)
ハイリスク妊産婦連携指導料2 (精神科又は心療内科)	750点 (月1回)



2) 令和2年度改定（追加）

(1) ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

ハイリスク妊産婦への診療・ケアをより一層充実させる観点から、多職種によるカンファレンスにおいて、市町村等の担当者は必要に応じて参加すればよく、その結果は文書により情報提供することにした。

(2) 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

ハイリスク妊産婦のうち、精神病棟への入院が必要な患者についても適切に分娩管理を行う観点から、ハイリスク分娩管理加算の対象となる病棟を見直し、**精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟）**を追加。

他の医療機関との連携

(2) 精神疾患を有する妊産婦に対するケア・診療等の充実（自殺対策）

3) 令和4年度改定（見直し）

(1) ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

精神療法が実施されていない患者について、メンタルスクリーニング検査等により多職種による診療や療養上の指導が必要と認められる場合があることを踏まえ、ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者を見直す。

改定前	入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるもの。
改定後	入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後2月以内であるもの。

(2) こころの連携指導料の新設

孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について新たな評価を行う。

こころの連携指導料(I) 350点(月1回)	・精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築 ・当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること
こころの連携指導料(II) 500点(月1回)	精神科又は心療内科で、当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること



他の医療機関との連携

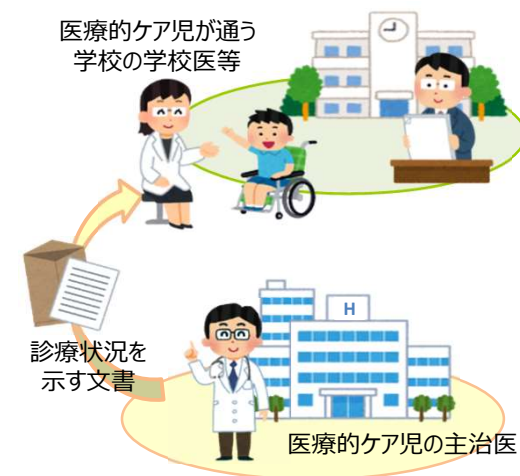
(3) 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携強化

1) 令和2年度改定（新設）

主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

・診療情報提供料（I）注7（新設）

保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定



2) 令和4年度改定（見直し）

診療情報提供料（I）の見直し

- ・診療情報提供料（I）注2における**情報提供先に児童相談所を追加**
- ・診療情報提供料（I）注7における**情報提供先に保育所や高等学校等を追加**
- ・小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童が安心して安全に学校等に通うことができるよう、診療情報提供料（I）注7における**対象患者に、小児慢性特定疾病及びアレルギー疾患を有する患者を追加**

他の医療機関との連携

(4) かかりつけ医と他の医療機関との連携強化

1) 令和2年度改定（新設）

かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

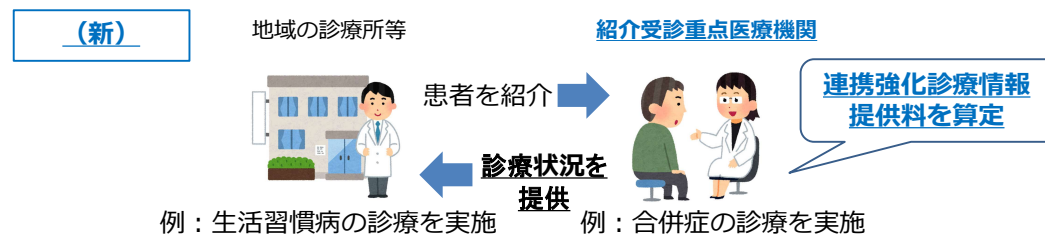
・診療情報提供料（Ⅲ）150点（新設）

- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定。

2) 令和4年度改定（新設）

外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について

- ・名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更
- ・「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても新たに評価



他の医療機関との連携

(4) かかりつけ医と他の医療機関との連携強化

令和4年度改定前

【診療情報提供料(Ⅲ)】 150点

[算定要件]

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

[対象患者]

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



令和4年度改定

(改)【連携強化診療情報提供料】 150点

[算定要件]

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

[対象患者]

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 **紹介受診重点医療機関**において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



Ⅱ. 令和4年度診療報酬改定

④ リフィル処方

リフィル処方への導入

基本的な考え方

症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

具体的な内容

[対象患者]

医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

[留意事項]

- (1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
- (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- (3) 保険医療機関及び保険医療費担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

リフィル処方への導入

具体的な内容(続き)

[留意事項]

(4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。

(5) 保険薬局は、1回目又は2回目(3回可の場合)に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。

また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

(6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。

また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

リフィル処方への導入

具体的な内容(続き)

[留意事項]

(7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。

(8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

リフィル処方への導入

参考

投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間の限度	対象となる医薬品
14日	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第一号に規定する麻薬(30日を限度とされているものを除く。)
	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬(30日又は90日を限度とされているものを除く。)
	○新医薬品であって、使用薬剤の薬価(薬価基準)への掲載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年(厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間)を経過していないもの(抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。)
30日	○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、リスデキサンフェタミンメシル酸塩、ロフラゼパムエチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにメペンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤
	○外用薬 フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬
	○注射薬 フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬
90日	○ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

リフィル処方箋の導入

処方箋様式の見直しについて

- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を見直す。

The image shows the original, more complex layout of a Japanese prescription form (処方箋) with various fields and a grid at the bottom.



The revised form is shown with several changes highlighted by red dashed boxes:

- A new field: **リフィル可** (回)
- Under **備考** (Remarks):
 - 保険医署名 (Insurance Physician Signature) with a note: 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
 - Insurance agency response options:
 - 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)
 - 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - 保険医療機関へ情報提供
 - 調剤実施回数 (Dispensing Implementation Times) with a note: (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)
 - Dispensing dates:
 - 1回目調剤日 (年 月 日)
 - 2回目調剤日 (年 月 日)
 - 3回目調剤日 (年 月 日)
 - 次回調剤予定日 (年 月 日)
 - 次回調剤予定日 (年 月 日)

リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

- リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

改定前

【処方箋料】

[算定要件]

注2

区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

改定後

【処方箋料】

[算定要件]

注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合 **(処方箋の複数回(3回までに限る。)の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。)**には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

新処方箋様式

処方箋 <small>(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)</small>											
公費負担番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日	明大昭平令 年 月 日	男・女	電話番号							
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名				Ⓜ			
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード							
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日					特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
処方	変更不可		<small>個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>								
	<input type="checkbox"/> リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)										
備考	保険医署名		<small>「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</small>								
	<small>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)</small> <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
<small>調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）</small> <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）											
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称		Ⓜ				公費負担医療の受給者番号					
保険薬剤師氏名											

様式第二号（第二十三条関係）

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。