

事務連絡
令和6年3月28日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その1）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発0305第4号）等により、令和6年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添8までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

医科診療報酬点数表関係

【施行時期後ろ倒し】

問1 令和6年度の診療報酬改定において、施行時期が令和6年6月1日に変更になったが、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った場合における、令和6年6月以降の経過措置の取扱い如何。

(答) 令和6年4月以降に令和6年度診療報酬改定前の施設基準による届出を行った保険医療機関又は保険薬局については、令和6年度診療報酬改定における施設基準(以下「新施設基準」という。)の経過措置であって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている経過措置の対象にならない。

問2 問1について、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った保険医療機関又は保険薬局における令和6年6月1日以降の届出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 施設基準で改正がない場合(名称のみが改正された場合を含む。)又は施設基準が改正された場合であって届出が必要でない場合
令和6年6月3日以降に再度届出を行う必要はない。

② 施設基準が改正された場合であって届出が必要な場合(経過措置が置かれているものであって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている場合を含む。)

令和6年6月3日までに新施設基準による届出を行う必要がある。なお、当該届出を行った保険医療機関については、経過措置終了時期(例えば令和6年10月1日)の再度の届出は必要ない。

問3 問1及び問2について、例えば令和6年4月に急性期一般入院料1から急性期一般入院料4に変更の届出を行った保険医療機関又は急性期一般入院料4から急性期一般入院料1に変更の届出を行った保険医療機関における新施設基準の重症度、医療・看護必要度の基準の経過措置及び届出についてどのように考えればよいか。

(答) いずれの保険医療機関についても、令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要があり、経過措置については適用されない。

【発熱患者等対応加算】

問4 「A000」初診料の注11 ただし書及び「A001」再診料の注15 ただし書に規定する発熱患者等対応加算について、当該保険医療機関において既に外来感染対策向上加算を算定している患者であって、発熱患者等対応加算を算定していないものが、同月に発熱その他感染症を疑わせるような症状で受診した場合について、どのように考えればよいか。

(答) 外来感染対策向上加算は算定できないが、要件を満たせば発熱患者等対応加算は算定できる。

【抗菌薬適正使用体制加算】

問5 「A000」初診料の注14、「A001」再診料の注18 及び「A234-2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。」は具体的には何を指すのか。

(答) 初診料の注14 及び再診料の注18 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準においては、診療所版感染対策連携共通プラットフォーム（以下「診療所版J-SIPHE」という。）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出すること、感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準においては、感染対策連携共通プラットフォーム（以下「J-SIPHE」という。）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出することを指す。

問6 「A000」初診料の注14 及び「A001」再診料の注18 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近6か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること。」、「A234-2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近6か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内であること。」について、どのように確認すればよいか。

(答) J-SIPHE 及び診療所版 J-SIPHE において、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうち Access 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果（初診料等における抗菌薬適正使用体制加算については診療所版 J-SIPHE における結果、感染対策向上加算における抗菌薬適正使用体制加算については J-SIPHE における結果をそれぞれ指す。）が施設基準を満たす場合に、当該結果

の証明書を添付の上届出を行うこと。なお、使用した抗菌薬のうち Access 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位については、提出データの対象期間における抗菌薬の処方件数が 30 件以上ある場合に集計対象となる。

J-SIPHE 及び診療所版 J-SIPHE におけるデータ受付時期等

データ受付時期（予定）	提出データの対象期間	結果の返却時期
2024 年 4 月 9 日～ 4 月 30 日	2023 年 10 月～3 月	2024 年 5 月中旬
2024 年 7 月	2024 年 1 月～6 月	2024 年 8 月
2024 年 10 月	2024 年 4 月～9 月	2024 年 11 月
2025 年 1 月	2024 年 7 月～12 月	2025 年 2 月

※ データ提出方法及びデータ受付時期並びに結果の返却時期の詳細については、J-SIPHE 及び診療所版 J-SIPHE のホームページを確認すること。

- ・ J-SIPHE (<https://j-siphe.ncgm.go.jp/>)
- ・ 診療所版 J-SIPHE (<https://oascis.ncgm.go.jp/>)

問 7 問 6 により施設基準を満たすことを確認した上で届出を行った場合について、届出後の施設基準の適合性について、どのように考えればよいか。

(答) 施設基準の届出を行った場合には、届出後についても J-SIPHE 又は診療所版 J-SIPHE に少なくとも 6 か月に 1 回はデータを提出した上で直近に提出したデータの対象期間における施設基準の適合性の確認を行い、満たしていなかった場合には変更の届出を行うこと。

【医療情報取得加算】

問 8 「A000」初診料の「注 15」、「A001」再診料の注 19 及び「A002」外来診療料の注 10 に規定する医療情報取得加算（以下単に「医療情報取得加算」という。）について、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）により患者の診療情報等の取得を試みた結果、患者の診療情報等が存在していなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。

(答) 医療情報取得加算 2 又は医療情報取得加算 4 を算定する。

問 9 医療情報取得加算について、患者が診療情報等の取得に一部でも同意しなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。また、マイナ保険証が破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。

(答) いずれの場合も、医療情報取得加算 1 又は医療情報取得加算 3 を算定する。

問 10 医療情報取得加算について、情報通信機器を用いた診療を行う場合であっても算定できるのか。

(答) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを活用することで、当該加算を算定できる。

なお、情報通信機器を用いた診療において、オンライン資格確認を行うに際しては、事前準備として、次の点について留意すること。

- ・ あらかじめ、保険医療機関又は保険薬局において、オンライン資格確認等システムにおいて「マイナ在宅受付 Web」の URL 又は二次元コードを生成・取得すること等が必要であること。
- ・ 患者において、自らのモバイル端末等を用いて二次元コード等から「マイナ在宅受付 Web」へアクセスし、マイナンバーカードによる本人確認を行うことで、オンライン資格確認が可能となり、薬剤情報等の提供について、同意を登録すること可能となること。

(参考)「訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み(居宅同意取得型)の実施上の留意事項について」(令和6年3月21日保連発 0321 第1号・保医発 0321 第9号)

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0010235

問 11 「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報取得加算 1 又は 2 について、別紙様式 54 を参考とした初診時間診票は、「A000」初診料を算定する初診において用いることでよいか。

(答) よい。その他小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報取得加算 1 又は 2 を算定するときには、別紙様式 54 を参考とした初診時間診票を用いること。

問 12 医療情報取得加算 1 又は 2 について、初診時間診票の項目について別紙様式 54 を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか。

(答) 別紙様式 54 は初診時の標準的な問診票(紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。)の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要さず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。

なお、患者情報の取得の効率化の観点から、オンライン資格確認により

情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。

問 13 医療情報取得加算 1 又は 2 について、初診時問診票の項目について別紙様式 54 を参考とするとあるが、令和 6 年 6 月 1 日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか。

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

問 14 「A001」再診料の注 19 及び「A002」外来診療料の注 10 に規定する医療情報取得加算 3 及び 4 について、「算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。」とあるが、再診時にすべての項目について問診を必ず行う必要があるのか。

(答) オンライン資格確認により情報が得られた項目については、省略して差し支えない。

【医療DX推進体制整備加算】

問 15 「A000」初診料の注 16 に規定する医療DX推進体制整備加算（以下「医療DX推進体制整備加算」という。）の施設基準において、「オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等（以下この項において「診療情報等」という。）を診療を行う診察室、手術室又は処置室等（以下「診察室等」という。）において、医師等が閲覧又は活用できる体制を有していること。」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか。

(答) オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。

問 16 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和 4 年 10 月 28 日付け薬生発 1028 第 1 号医政発 1028 第 1 号保発 1028 第 1 号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合について、どのように考えればよいか。

(答) 現時点では、令和5年1月26日に稼働した基本機能(電子処方箋の発行・応需(処方・調剤情報の登録を含む。)、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック)に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。

問17 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。」とされており、アからウまでの事項が示されているが、アからウまでの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。

(答) まとめて掲示しても差し支えない。また、掲示内容については、以下のURLに示す様式を参考にされたい。

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

| 周知素材について(これらのポスターは医療DX推進体制整備加算の掲示に関する施設基準を満たします。)

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

問18 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。」を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。

(答) 保険医療機関において「マイナ保険証をお出してください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示(問17に示す掲示の例を含む。)を行う必要があり、「保険証をお出してください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない。

【時間外対応加算】

問19 時間外対応加算1、2及び3において、「医師、看護職員又は事務職員等」が対応できる体制が求められているが、どのような職員が該当するのか。

(答) 医師、看護職員(看護師及び准看護師)等の医療従事者又は事務職員であって、当該診療所に勤務している者が該当する。

問20 時間外対応加算1において、「当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられてい

ること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。」とあるが、具体的にどのような体制が必要か。

(答) 常時、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。

- ① 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等
- ② 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等

問21 時間外対応加算3において、「標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。」とあるが、具体的にどのような体制が必要か。

(答) 標榜時間外の夜間の数時間は、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。

- ① 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等
- ② 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等

【看護師等遠隔診療補助加算】

問22 看護師等遠隔診療補助加算の施設基準において、「へき地における患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していること。」とされているが、「へき地における患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修」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。

- ・ 厚生労働省「オンライン診療研修・調査事業」として実施する「へき地における患者が看護師等といる場合のオンライン診療に関する研修」

【入院料通則（栄養管理体制の基準）】

問23 栄養管理体制の基準について、「あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。」とされているが、「標準的な栄養スクリー

ニングを含む栄養状態の評価」の、具体的な内容如何。

(答) GLIM 基準による栄養状態の評価を位置づけることが望ましいが、GLIM 基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を栄養管理手順に位置づけた場合も含まれる。ただし、血中アルブミン値のみで栄養状態の評価を行うことは標準的な手法に含まれないため、複合的な栄養指標を用いた評価を位置づけること。

問 24 栄養管理体制の基準における「退院時を含む定期的な評価」は、全ての患者に退院時の評価を行う必要があるか。

(答) 必ずしも全ての患者について退院時の評価を行う必要はないが、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、どのような患者や状況の場合に退院時の評価を行うかなどを栄養管理手順に位置づけておくこと。

【入院料通則（身体的拘束の最小化）】

問 25 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、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるのか。

(答) 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」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、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、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。

なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会等及び研修は、「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6年3月5日保医発第0305第5号）」の別添2の第1の2、3、4及び7の規定に基づき実施されるものであること。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日事務連絡）別添1の問33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22は廃止する。

【療養病棟入院基本料】

問 26 医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合、中心

静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、令和6年6月1日以前より当該病棟において中心静脈栄養を開始した場合の取扱い如何。

(答) 令和6年6月1日以前の中心静脈栄養を開始した日から起算して30日を超えている場合、令和6年6月1日以降は、処置等に係る医療区分2として評価する。ただし、令和6年3月31日時点において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であって、中心静脈栄養を実施している患者については、当面の間、処置等に係る医療区分3として取り扱う。

問27 問26のただし書について、令和6年4月1日以降に、中心静脈栄養を中止した後に再開した患者であっても経過措置の対象となるのか。

(答) 経過措置の対象とならない。

【経腸栄養管理加算】

問28 「A101」療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算について、「「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえて経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等について説明を行うこと。」(以下「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明」という。)とされているが、経腸栄養の開始後に本人又はその家族等に説明を行った場合であっても算定できるか。

(答) 説明を行った日から算定できる。ただし、この場合であっても、算定期間は、経腸栄養を開始した日から7日を限度とする。

問29 「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明について、具体的な内容如何。

(答) 以下の内容について説明すること。

- ・消化管が機能している場合は、中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することが基本であるとされていること
- ・中心静脈栄養によりカテーテル関連血流感染症が合併すること等の経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等

問30 経腸栄養管理加算について、「入棟前の1ヶ月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。」とされているが、他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合について、どのように考えればよいか。

(答) 他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合であっても算定できない。

問 31 経腸栄養管理加算について、「経腸栄養管理加算は経腸栄養を開始した日から7日を限度に、経腸栄養を実施している期間に限り算定できる。」とされているが、経腸栄養を開始した後に中止し、その後再開した場合について、どのように考えればよいか。

(答) 経腸栄養を開始して7日以内に中止・再開した場合であっても、経腸栄養を開始した日から7日間に限り算定できる。

問 32 経腸栄養管理加算について、白湯や薬剤のみを経鼻胃管や胃瘻等から投与している場合は算定可能か。

(答) 不可。

問 33 経腸栄養管理加算について、「入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。」こととされているが、経腸栄養を開始した日から7日が経過した後に転棟あるいは退院し、再度入院した場合、入院期間が通算される場合であっても再度算定できるのか。

(答) 入院期間が通算される場合は算定できない。

問 34 経腸栄養管理加算について、「入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。」こととされているが、当該加算を算定した後に退院し、経腸栄養を実施せずに1か月以上経過した後に入院となり、入院期間が前回入院から通算されない場合について、当該加算は再度算定可能か。

(答) 可能。

【障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料】

問 35 障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14、特殊疾患入院医療管理料の注4、注6及び注7、特殊疾患病棟入院料の注4、注6及び注7において、医療区分の評価に基づき相当する点数を算定することとされているが、「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」の中心静脈栄養の項目について、療養病棟入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料のいずれに準じて評価を行うのか。

(答) 有床診療所療養病床入院基本料に準じて評価を行う。

【有床診療所在宅患者支援病床初期加算】

問 36 「A108」有床診療所入院基本料の注3に規定する有床診療所在宅患者支援病床初期加算について、「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、入院時に治療方針

に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。」とあるが、どのような患者が算定の対象となるのか。

(答) 算定の対象は、例えば、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合など、患者の年齢や疾患に関わらず、意思決定に対する支援が必要な患者であって、医師の医学的判断によるものとなる。

【総合入院体制加算】

問 37 「A200」総合入院体制加算の施設基準において、「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。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなす。」とあるが、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にあり、契約期間の満了により賃貸借契約を更新した場合は、当該特別の関係があるものとみなされるのか。

(答) 賃貸借契約等を更新した場合については、令和6年3月31日以前から特別の関係にあった特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借関係を継続する場合に限り、特別の関係がないものとみなす。

【救急時医療情報閲覧機能】

問 38 「A200」総合入院体制加算、「A200-2」急性期充実体制加算及び「A300」救命救急入院料の施設基準における「救急時医療情報閲覧機能」とは具体的に何を指すのか。

(答) 厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ」において検討されている、救急医療時における「全国で医療情報を確認できる仕組み (Action1)」を指す。

なお、機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

【急性期充実体制加算】

問 39 「A200-2」急性期充実体制加算について、令和6年度改定において、急性期体制充実加算1と急性期体制充実加算2に評価が細分化されたが、令和6年度改定前に急性期体制充実加算の届出を行っていた保険医療機関における、令和6年6月以降の届出についてどのように考えればよいか。

(答) 令和6年6月3日までに急性期体制充実加算1又は急性期体制充実加算2のいずれかの届出を行うこと。この場合であって、令和6年3月31日に

において急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、引き続き急性期体制充実加算の施設基準における経過措置の対象となる。

問 40 急性期充実体制加算の施設基準において、「当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が6割以上であること。」とされているが、化学療法を実施した患者の数について、延べ患者数と実患者数のいずれにより割合を算出すればよいか。

(答) 実患者数により算出する。

問 41 問 40 における「外来で化学療法を実施した患者」とは、具体的にどのような患者を指すのか。

(答) 1 サイクル (クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間をいう。) 以上、外来で化学療法を実施した患者を指す。

【超急性期脳卒中加算】

問 42 「A 2 0 5」超急性期脳卒中加算の施設基準において、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域 (以下「医療資源の少ない地域等」という。) に所在する保険医療機関が他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。」とあるが、当該施設基準により届出を行った場合であって、届出後に保険医療機関の所在地が医療資源の少ない地域等に属さなくなった場合 (保険医療機関の移転により所在地が変更になった場合を除く。) の取扱いについてどのように考えればよいか。

(答) 届出を行った時点で、保険医療機関の所在地が医療資源の少ない地域等に属する場合には、当面の間は届出を取り下げる必要はなく、引き続き算定できる。

問 43 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域 (以下、「医療資源の少ない地域等」という。) に所在し、他の保険医療機関との連携により超急性期脳卒中加算の届出を行う場合において、連携する他の保険医療機関は、届出を行う保険医療機関が所在する地域又は区域に所在する必要はないと考えてよいか。

(答) 急性期脳卒中の診療に必要な迅速な転院搬送に支障を来さない限り、連携する他の保険医療機関は、届出を行う保険医療機関が所在する医療資源の少ない地域等に所在する必要はない。

【救急医療管理加算】

問 44 「A205」救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準について、「当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。」とされているが、割合の計算は、診療報酬明細書の摘要欄に記載する患者の状態に基づき行うのか。

(答) そのとおり。

問 45 問44について、月毎にその時点の直近6か月間（令和6年6月以降に限る。）における割合を確認し、当該割合が5割以上である場合に該当すると考えてよいか。また、該当した場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

(答) そのとおり。また、当該施設基準に該当した場合、該当することを確認した月の翌月（例えば6月から11月の実績で該当することを12月に確認した場合は翌年1月）より注1ただし書の点数を算定する。

問 46 問45について、一度当該施設基準に該当した場合であって、その後、月毎にその時点の直近6か月間における割合を確認し、当該割合が5割未満となった場合は、その時点で当該施設基準に該当しないものと考えてよいか。また、その場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

(答) そのとおり。また、当該施設基準に該当しなくなった場合については、該当しないことを確認した月の翌月より注1本文の点数を算定する。

【診療録管理体制加算】

問 47 「A207」診療録管理体制加算の施設基準において、「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。」とあるが、「非常時に備えた医療情報システム」とは、何を指すか。

(答) ここでいう医療情報システムは、非常時において継続して診療が行えるために最低限必要なシステムを想定しており、電子カルテシステム、オーダーリングシステムやレセプト電算処理システムを指す。

問 48 診療録管理体制加算の施設基準において、「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。」とあるが、「バックアップを複数の方式で確保」とは具体的にどのようなものを指すか。

(答) 例えば、HDDとRDX (Removable Disk Exchange system)、クラウド

ドサービスとNAS (Network Attached Storage) など複数の媒体でバックアップを保存することなどが考えられる。

問 49 問 47 における「バックアップ」について、例えば、クラウドサービスにおいてオンラインでデータを保存するとともに、オフラインのバックアップを取っている場合について、どのように考えればよいか。

(答) クラウドサービスを利用したバックアップの考え方については、以下の考え方に基づき、対応すること。

- ① クラウドサービスから、専用アプリを用い抽出したデータを、RDX など別の媒体で保管している場合には要件を満たしていると言われるが、この場合においても世代管理も十分に行うことに留意されたい。
- ② クラウドサービスから外部の記録媒体 (NAS 等) に自動でデータが転送される場合であって、常時 (データ転送の際を除く。) ネットワークから切り離れた状態でのバックアップを行っている場合には要件を満たしていると言われる。
- ③ クラウドサービスから、当該クラウドサービス内の他の論理的に切り離されている領域にバックアップ (いわゆるオフサイトバックアップ) を取っている場合であって、災害時等に速やかにデータ復旧が可能な状態にある場合には、要件を満たしていると言われる。

なお、ネットワークから切り離れたオフラインで保管していることについては、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているかについても十分に確認されたい。

問 50 問 47 において、例えば、電子カルテなどのオンラインのサーバからインターネットを介して別の媒体であるRDX、NAS等にバックアップを取った場合は要件を満たしているといえるか。

(答) 単にバックアップを取るだけではなく、当該媒体が常時ネットワークから切り離された状態 (データ転送の際を除く。) であって、データ転送にてバックアップが取得された後に、ネットワークと完全に切り離された状態であることを十分に確認し、バックアップデータを適切に保存した場合に限り要件を満たす。

したがって、媒体がネットワークから切り離されたオフラインでのバックアップがされていない場合やネットワークと完全に切り離されている状態であることが確認することができない状態である場合は要件を満たさない。

なお、常時ネットワークから切り離れたオフラインで保管が可能な状態であるかについては、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているかについても十分に確認されたい。

問 51 診療録管理体制加算の施設基準において、「例えば、日次でバックアップを行う場合、数世代（少なくとも3世代）確保する等の対策を行うこと。」とあるが、世代管理について、日次のバックアップは、差分のバックアップでよいのか。また、週次、月次のバックアップはどのように考えればよいか。

(答) 週次や月次の世代管理・方法については、病院の規模やバックアップの方式等によって異なることから一概に示すことが難しいが、緊急時に備えるために適した方法でリスクを低減する対策を講じること。

【医師事務作業補助体制加算】

問 52 「A207-2」医師事務作業補助体制加算の施設基準において、「医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい」とあるが、どのような取組を行えばよいか。

(答) 医師事務作業補助者の勤務状況や、医師の業務を補助する能力の評価を定期的に行うことが想定される。

問 53 医師の指示の下に行う、診療録等を参照して症状詳記を記載する業務は、医師事務作業補助業務に含まれるか。

(答) 含まれる。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

問 54 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。

(答) BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

問 55 同一の保険医療機関において、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した後に、地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の届出を行っている病棟に転棟した場合について、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定期間をどのように考えればよいか。

(答) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した期間と通算し

て14日間に限り算定できる。なお、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定した後、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する場合でも同様である。

問 56 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。」とあるが、1名の管理栄養士がそれぞれの施設基準について1病棟ずつ兼務することができるか。

(答) 不可。

問 57 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料において、入棟後、原則48時間以内に評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することとなっているが、入院前に、入退院支援部門と連携し、入院時支援の一環として栄養状態の評価を行った場合、その評価に基づき計画作成を行ってもよいか。

(答) 当該病棟の専任の管理栄養士が、入退院支援部門と連携して栄養状態の評価を行った場合は差し支えない。ただし、入院前と患者の状態に変更がある場合は、必要に応じて栄養状態の再評価を行うこと。

問 58 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、専任の管理栄養士が休み等で不在の場合であって、入棟後48時間以内の患者との対面による確認や週5回以上の食事提供時間の観察等ができない場合についてどのように考えればよいか。

(答) 専任の管理栄養士が休み等で不在の場合、専任の管理栄養士以外の管理栄養士が実施しても差し支えない。なお、専任の管理栄養士以外が実施する場合は、随時、専任の管理栄養士に確認できる体制を整備しておくこと。

問 59 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「週5回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと」とあるが、1回の食事提供時間に、全ての患者の食事の状況を観察しないといけないのか。また、1日2回行ってもよいか。

(答) 1回の食事の観察で全ての患者の状況を確認する必要はなく、週5回以上の食事の観察を行う中で計画的に確認できれば差し支えない。また、必要に応じて1日2回行ってもよいが、同日に複数回実施した場合であっても1回として数えること。

問 60 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準において、適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了している常勤医師が1名以上勤務していることが求められているが、この「適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

(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診療、栄養管理、口腔管理に係る医師研修会」が該当する。

問 61 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を策定した日から14日を限度として算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。」とあるが、初回入棟後に計画を策定した日あるいは初回入棟後3日目のいずれかのうち早い日より14日を経過した後に、入院期間が通算される再入院の患者に対して計画を再度策定した場合であっても算定することは可能か。

(答) 不可。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】

問 62 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A304」地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「1」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び「2」回復期リハビリテーション病棟入院料2並びに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いて、「適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。」とされているが、この口腔状態に係る課題の評価の具体的な方法如何。

(答) 「歯の汚れ」「歯肉の腫れ、出血」「左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる」「義歯の使用」について、原則入棟後48時間以内に評価をおこなうこと。その後、口腔状態の変化に応じて定期的な再評価を行うこと。評価者は歯科専門職に限らない。なお、評価方法については日本歯科医学

会による「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する 口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方(令和6年3月)」を参考とすること。

参考：https://www.jads.jp/basic/index_2024.html

問 63 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について、病棟の専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定をできないこととされているが、当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士にかかる疾患別リハビリテーション料の取り扱い如何。

(答) 当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、他の病棟での疾患別リハビリテーション料を含めて、1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料の算定はできない。

【ハイリスク妊娠管理加算】

問 64 「A236-2」ハイリスク妊娠管理加算について、「分娩時の妊娠週数が22週から32週未満の早産である患者(早産するまでの患者に限る。)」とあるが、ハイリスク妊娠管理を行った時点での妊娠週数は問わないのか。

(答) そのとおり。医師がハイリスク妊娠管理を必要と認め、ハイリスク妊娠管理を行った場合に算定することができる。

【薬剤業務向上加算】

問 65 「A244」病棟薬剤業務実施加算の注2に規定する薬剤業務向上加算の施設基準における「都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制」について、協力する都道府県は、当該保険医療機関が所在する都道府県に限るのか。

(答) 当該保険医療機関が所在する都道府県と協力することが望ましいが、出向先を選定することが困難である場合には、他の都道府県との協力の下での出向を実施した場合でも該当する。

【精神科入退院支援加算】

問 66 「A246-2」精神科入退院支援加算について、「入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。」とあるが、退院支援計画の交付日についてどのように考えればよいか。

(答) 精神科入退院支援加算に係る退院支援計画を作成後、速やかに患者に交付すること。

問 67 精神科入退院支援加算について、「退院困難な要因」として「身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要なこと」とあるが、身体合併症とは具体的にどのような症状のことをいうのか。

(答) 「A 2 3 0 - 3」精神科身体合併症管理加算の算定患者と同様の取り扱いとする。

問 68 精神科入退院支援加算の施設基準において求められる入退院支援及び地域連携業務に専従している看護師又は精神保健福祉士が、「A 3 1 2」精神療養病棟入院料又は「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における退院支援相談員の業務を兼ねてもよいか。

(答) 差し支えない。

問 69 精神科入退院支援加算について、「退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及びその家族等と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。」とされているが、新たに当該加算を届け出た場合に、届出時点での入院患者についての取扱い如何。

(答) 当該加算の届出を行った時点で入院中の患者について、届出後に退院支援計画を作成し、その他の要件を満たした場合は、当該加算を算定可能。ただし、届出後3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

また、医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催があったもの又は当該入院の期間が1年以上のものについては、退院支援計画の作成時期によらず、それぞれ当該委員会の開催及び退院支援計画の作成又は退院支援計画の作成及び退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整又は障害福祉サービス等若しくは介護サービス等の導入に係る支援を開始することをもって、当該加算の算定対象となる。これらの患者についても、3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

【医療的ケア児（者）入院前支援加算】

問 70 「A 2 4 6 - 3」医療的ケア児（者）入院前支援加算について、患者が通所している障害福祉サービス事業所へ訪問し、当該加算を算定すべき入院前支援を行った場合、当該加算を算定する事はできるか。

(答) 患者の状態、必要な処置等を確認できる場合であって、居宅において患者に対してケアを行っている者がその場において、療養生活環境を確認でき

る場合に限り、患者が通所している障害福祉サービス事業所等への訪問でも当該加算を算定することができる。

【認知症ケア加算】

問 71 「A 2 4 7」認知症ケア加算 1 の施設基準において、「認知症ケアチームは、第 1 の 7 の (4) に規定する身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない」とされているが、認知症ケアチームの専任の常勤看護師が身体的拘束最小化チームに係る業務を兼務した時間は、認知症ケアチームの業務として施設基準で求める「原則週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること」に含めてよいか。

(答) 含めてよい。

【地域医療体制確保加算】

問 72 「A 2 5 2」地域医療体制確保加算の施設基準において、「医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。」とあるが、当該保険医療機関の全ての医師の労働時間について、客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録することが求められるのか。

(答) そのとおり。

問 73 地域医療体制確保加算の施設基準において、「当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第 63 条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下この項において、「対象医師」という。）の 1 年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。」とあるが、対象医師の時間外・休日労働時間が、原則として示された上限以下であることが求められるのか。

(答) そのとおり。

問 74 地域医療体制確保加算の施設基準において、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第 63 条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の令和 6 年度、令和 7 年度における 1 年間の時間外・休日労働時間の上限について、「ただし、1 年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。」とあるが、ホームページ等に掲示する等の方法での公開は、令和 6 年度、令和 7 年度の実績を把握した後、翌年度に行うことでよいか。

(答) よい。

【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算】

問 75 「A 2 5 3」協力対象施設入所者入院加算及び「C 0 0 0」往診料の「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算における「介護保険施設等」について、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第百三十条第一項に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設は含まれるか。

（答）含まれる。

問 76 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るためにカンファレンスを実施することとされているが、当該カンファレンスにはどのような職種が参加すればよいか。

（答）医師又は看護職員等の医療関係職種が参加すること。

問 77 問 76 のカンファレンスについて、協力医療機関として定められている全ての介護保険施設等とカンファレンスを実施していない場合においても算定可能か。

（答）算定可能。ただし、問 76 に掲げる点数は、定期的なカンファレンスを実施している介護保険施設等に入所している患者に対してのみ算定できる。

問 78 問 76 のカンファレンスについて、協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の両方の届出を行う場合、同一の介護保険施設等において、施設基準ごとにそれぞれカンファレンス 1 回以上を行う必要があるか。

（答）協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 9」に規定する介護保険施設等連携往診加算のカンファレンスは兼ねることは差し支えない。ただし、両方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 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「ICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。」とされているが、具体的にどのような場合が該当するか。

（答）例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等に所属する医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情

報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。

この場合、当該介護保険施設等に所属する医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供すること。

問 80 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準における「年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。」について、ICTで診療情報等の共有がなされている場合、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、例えば、以下のような内容を含んでいること。

- ・ 病状の変化のあった入所者の最新の病状等の診療状況、治療方針、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、家庭の状況及び急変時の対応方針（以下「診療情報等」という。）
- ・ 新規入所者の診療情報等
- ・ 前回のカンファレンス時以降、入院退所となった入所者で当該協力医療機関に入院しなかった患者の入院先、入院理由等
- ・ 介護保険施設等が協力医療機関に求める事項

問 81 問 76 のカンファレンスについて、協力医療機関に勤務している医師であって、特別養護老人ホームの配置医師が当該カンファレンスに参加する場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

(答) 当該配置医師について、協力医療機関の職員とカンファレンスを行った場合は、特別養護老人ホームの職員として扱い、特別養護老人ホームの職員とカンファレンスを行った場合は、協力医療機関の職員として扱ってもよい。なお、協力医療機関の職員として扱った場合においては、当該カンファレンスで共有された診療情報等については、当該配置医師以外の協力医療機関に所属する職員に十分に共有を行うこと。

問 82 往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者とは直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に介護保険施設等の管理者等に対して説明の上、提供していること。」及び「当該介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により当

該介護保険施設等に提供していること。」とされているが、連絡を受ける担当者及び往診担当医について、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準で規定されている連絡を受ける担当者及び往診担当医と兼任することは可能か。

(答) 可能。

【治療室一般】

問 83 「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」、「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1、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び「A303」の「1」母体・胎児集中治療室管理料の施設基準において、「当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」とされているが、当該保険医療機関が宿日直許可を取得していないことが求められるのか。

(答) 当該要件は、保険医療機関が宿日直許可を取得していないことを求めるものではなく、当該治療室に勤務する専任の医師が、宿日直を行う医師ではないことが求めるものである。

問 84 「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」、「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1、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び「A303」の「1」母体・胎児集中治療室管理料の施設基準において、「当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」とされているが、当該治療室に勤務する医師が、宿日直を行う医師ではない医師であって、宿日直許可を取得している業務に従事する場合について、どのように考えればよいか。

(答) 宿日直許可を取得している業務に従事するかにかかわらず、専任の医師が当該治療室に勤務している間、宿日直を行っていないことが求められる。

【救命救急入院料】

問 85 「A300」救命救急入院料の注5急性薬毒物中毒加算1について、「診療報酬明細書の摘要欄に、急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物を記載する。」とあるが、どのように記載するのか。

(答) 日本中毒学会が作成する「急性中毒標準診療ガイド」における機器分析法に基づく機器分析を行い、急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物を記載する。

【特定集中治療室管理料】

問 86 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアの基準が定められているが、入室日というのは当該治療室に入った初日を指すのか。

(答) そのとおり。

問 87 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアの基準が定められているが、1回の入院において複数回入室した場合についてどのように考えればよいか。

(答) 入院期間が通算される1回の入院において、特定集中治療室に複数回入室した場合、初回の入室日のSOF Aスコアを評価する。

問 88 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアの基準が定められているが、入室日におけるSOF Aスコアの評価方法如何。

(答) 日本集中治療医学会ICU機能評価委員会による「JIPAD 日本ICU患者データベース データ辞書」等を参考に、原則として入室後、速やかに評価し、入室日に2回以上評価した場合、最も高いスコアをその患者のスコアとする。

問 89 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアの基準が定められているが、深夜に入院した場合等、入室日のSOF Aスコアを評価することが困難な場合について、どのように考えればよいか。

(答) 入室日のSOF Aスコアを評価することが困難な場合、入室後24時間以内に評価したスコアであって、評価が可能になったときに速やかに評価したスコアに限り、当該スコアをその患者のスコアとして差し支えない。

問 90 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアについて、「15歳未満の小児は対象から除外する。」とあるが、入室中に15歳になった場合について、どのように考えればよいか。

(答) 入室日の年齢が15歳未満であれば、対象から除外する。

問 91 「A301」特定集中治療室管理料「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアの基準が定められているが、令和6年5月31日以前に測定した、入室日のSOF Aスコアについてどのように考えればよいか。

(答) 令和6年5月31日以前に測定したSOF Aスコアについては、2023年度

「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料に基づいて測定しているSOFASコアであれば、施設基準の計算に用いてよい。

【特定集中治療室遠隔支援加算】

問 92 「A301」特定集中治療室管理料の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。」とあるが、当該別に配置されている医師は、支援側医療機関の特定集中治療室に入院する患者に係る業務を行ってもよいか。

(答) 特定集中治療室内に専任の医師が2名以上勤務しており、そのうち遠隔支援を担当する医師が特定集中治療の経験を5年以上有する医師である場合であって、当該医師が遠隔支援に係る助言を求められた際に対応可能である場合に限り、施設基準を満たすものとみなす。

問 93 「A301」特定集中治療室管理料の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。」とあるが、当該別に配置されている医師は、支援側医療機関の特定集中治療室内に勤務している必要はあるか。また、当該医師は宿日直を行う医師であってもよいか。

(答) 当該医師は支援側医療機関の特定集中治療室内に勤務している必要はなく、宿日直を行う医師であっても差し支えない。ただし、当該医師が被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを行っている看護師から助言を求められた場合に直ちに対応できる必要がある。

問 94 「A301」特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、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看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。」とあるが、患者のモニタリングを行う場所は、支援側の医療機関における特定集中治療室内である必要があるのか。

(答) モニタリングを行う場所は、支援側の保険医療機関内であれば、特定集中治療室内である必要はないが、患者のモニタリングを行う職員が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看護師である場合には、特定集中治療の経験を5年以上有し、遠隔支援を担当する医師と速やかに連絡を取れる体制を有する必要がある。

【新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料】

問 95 「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準について、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の要件を満たす患者であって、「A302」新生児特定集中治療室管理料1又は「A303」新生児集中治療室管理料（以下「新生児特定集中治療室管理料等」という。）を算定するものについて、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準おける実績に含めてよいか。

(答) 含めてよい。例えば、出生体重 700 グラムの新生児が入院した場合、新生児特定集中治療室管理料等の「直近1年間の出生体重 1,000 グラム未満の新生児の新規入院患者数」及び新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の「直近1年間の出生体重 750 グラム未満の新生児の新規入院患者数」の施設基準の両方の実績に含めることとなる。

問 96 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準において、「当該保険医療機関に常勤の臨床工学技士が1名以上配置されており、緊急時には常時対応できる体制がとられていること。」とあるが、電話のみの対応でも良いか。

(答) 電話対応のみでなく、必要に応じて治療室での対応が可能な体制を有している必要がある。

問 97 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準において、「当該専任の医師は、当該治療室における専任の医師と兼任であって差し支えない。」とあるが、当該管理料における専任の医師と、当該管理料を届け出る治療室における専任の医師が兼任でよいということか。

(答) そのとおり。

問 98 新生児特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に入院している患者が、入室から起算して7日以内に、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の算定要件を満たした場合、当該患者について、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定できるか。

(答) 算定可能。例えば、新生児特定集中治療室管理料1を届け出ている治療室に入院している患者が、入室2日目の午前2時に新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の算定要件を満たした場合、入室2日目は、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定できる。

問 99 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料について、入室日から新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定している患者が、入室から起算して7日以内に、当該管理料の算定要件を満たさなくなった

場合、満たさなくなった日は、当該管理料を算定できるか。

(答) 算定不可。新生児特定集中治療室管理料1の算定要件に該当する患者については、A302の1に掲げる新生児特定集中治療室管理料1の例により算定し、新生児特定集中治療室管理料1の算定要件に該当しない患者については、入院基本料等を算定する。

問 100 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を届け出ている新生児特定集中治療室管理料等の治療室について、当該管理料を算定する病床以外の病床について、入院患者の数が3又はその端数を増すごとに助産師又は看護師の数が1以上である必要があるのか。

(答) そのとおり。例えば、新生児特定集中治療室管理料1を24床届け出ている新生児特定集中治療室において、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料12名、新生児特定集中治療室管理料1を12名算定する場合、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定する患者に対して6人、新生児特定集中治療室管理料1を算定する患者に対して助産師又は看護師を4人、助産師又は看護師を配置する必要がある。

問 101 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定する患者及び治療室が届け出ている新生児特定集中治療室管理料等を算定する患者1名ずつの看護を行った場合について、どのように考えればよいか。

(答) 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び新生児特定集中治療室管理料等の要件を満たすこととなる。例えば、新生児特定集中治療室管理料1を9床届け出る新生児特定集中治療室において、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料5名、新生児特定集中治療室管理料1を4名算定する場合、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定する患者に対する助産師又は看護師は3名必要であり、うち1名の助産師又は看護師は新生児特定集中治療室管理料1を算定する1名の患者の看護にあたることができ、治療室として助産師又は看護師は4人の配置が必要となる。

問 102 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料について、「新生児特定集中治療室管理料1又は新生児集中治療室管理料の施設基準により看護を実施する場合は、新生児特定集中治療室管理料1の例により算定することができる。ただし、このような算定ができる期間は、当該患者が算定要件を満たす状態になった時点(入室時含む)から24時間以内に限る。」とされているが、算定対象となる新生児が入室し、入室後24時間経過した後に新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準により看護を実施した場合、その日から、入室から7日を経過する日までは新生児特

定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定することができるか。

(答) 算定不可。例えば、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の算定対象となる新生児が入室し、入室後 36 時間後から新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準により看護を実施した場合であっても、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料は算定できない。

【早期栄養介入管理加算】

問 103 早期栄養介入管理加算について、「当該加算を算定する場合は、同一日に「B001」の「10」入院栄養食事指導料を別に算定できないが、他の病棟に転棟後、退院後の生活を見据えて必要性が認められる場合は、この限りではない。」とあるが、他の病棟に転棟後、例えば、医師から疾病治療のための食事箋が発行されており、退院後も自宅での食事療法の継続が必要な場合など退院後の生活を見据えて必要性が認められる場合は、要件を満たせば入院栄養食事指導料を算定できるのか。

(答) 算定可。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問106は廃止する。

【地域包括医療病棟入院料】

問 104 「A304」地域包括医療病棟入院料について、「入院患者のADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的で開催されており、医師、看護師、当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下この項において「専従の理学療法士等」という。)、当該病棟に専任の管理栄養士及び必要に応じてその他の職種が参加していること。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。」とあるが、地域包括医療病棟入院料を算定する全ての患者についてカンファレンスを行い、診療録にカンファレンスの内容を記録する必要があるか。

(答) 当該病棟において、ADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的で開催されていればよく、全ての患者について個別にカンファレンスを実施し、診療録に記録されている必要はない。

問 105 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。」とあるが、当該病棟内にリハビリテーションを行う専用の設備は必要か。

(答) 不要。

問 106 地域包括医療病棟入院料について、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること。」と

あるが、MRI撮影等は、オンコールを行っている職員により対応する体制でもよいか。

(答) 救急患者への対応を実施出来る体制であれば、オンコールを行っている職員により対応する体制でも差し支えない。

問 107 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度(Barthel Index)（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。

(答) BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

問 108 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準において、「在宅復帰支援を担当する専従の社会福祉士等」を1名以上の常勤配置を行うことを求めているが、「社会福祉士等」には社会福祉士の他にどのような職種が含まれているか。

(答) 在宅復帰支援に関する十分な経験を有する専従の看護師が含まれる。

問 109 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の1及び2並びに「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いて求められる「病棟に専従配置される社会福祉士」（以下「回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士」という。）又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において求める「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」（以下「地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士」という。）は、入退院支援加算の施設基準において求める「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」（以下「入退院支援加算における専任の社会福祉士」という。）と兼任できるか。また、「A247」認知症ケア加算1の施設基準における認知症ケアチームの専任の社会福祉士（以下「認知症ケアチームの専任の社会福祉士」という。）と兼任できるか。

(答) 回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士は、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、当該社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限り、入退院支援加算における専任の社会福祉士と兼任できるが、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。

い。

また、地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士は、入退院支援加算における専任の社会福祉士又は認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。

なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）別添1の問80は廃止する。

問110 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3並びに「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いて、「当該保険医療機関のFIMの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してFIMの測定に関する研修」を実施することを求めているが、FIMの測定に関わる看護職員も同様に当該研修の対象に該当するか。

（答）該当する。

問111 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「回復期リハビリテーション病棟入院料又は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患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）」とされているが、回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。

（答）特掲診療料の施設基準等の別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる。

問112 問111において、特掲診療料の施設基準等の別表第九の三に規定する「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの」について、どのような患者が該当するか。

（答）急性期一般病棟等において行われる発症後早期のリハビリテーションが提供された患者が該当する。

（参考）疑義解釈資料の送付について（その3）（平成18年3月31日医療課事務連絡）

（問96）1日当たり実施単位数の上限が緩和される疾患のうち、「脳血管疾患等の急性発症から60日以内の患者」とはいかなる患者を指すのか。

（答）特掲診療料の施設基準等告示別表九の四から九の七までに掲げる、各疾患別リハビリテーションの対象疾患のうち、急性発症したもの。

具体的には、心大血管疾患リハビリテーション料について急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者、脳血管疾患等リハビリテーション料について脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者及び脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者、運動器リハビリテーション料について上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者、呼吸器リハビリテーション料について肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者及び肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

問 113 回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料について、「リハビリテーションの効果に係る相当程度の実績が認められる」場合に限り、1日9単位を算定できるとされているが、当該実績が認められていれば、患者に対し運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できるか。

(答) 算定不可。当該実績が認められることのみをもって、運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できることにはならない。

問 114 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準を満たすものとして届出を行った後、半径12キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行った場合についてどのように考えればよいか。

(答) 届出を行った時点で要件を満たしていればよく、半径12キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行ったことをもって、変更の届出を行う必要はない。

問 115 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、「栄養状態の評価には、GLIM基準を用いること。」とされているが、GLIM基準による栄養状態の評価は、どのくらいの頻度で行えばよいか。

(答) 栄養状態の再評価を行う際に、毎回GLIM基準を用いる必要はないが、患者の状態に応じて必要な期間を判断することとし、少なくとも入棟時と退棟時（死亡退院等のやむを得ない場合は除く）にはGLIM基準による栄養状態の評価を行うこと。

問 116 GLIM基準による栄養状態の評価について、具体的な評価方法をどのように考えればよいか。

(答) 具体的な評価方法については、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）ホームページの「GLIM基準について」を参考にすること。

<参考>

GLIM 基準に関する研修会は、現時点で、下記の関係団体で開催予定。

- ・回復期リハビリテーション病棟協会（令和6年5月）
- ・日本栄養士会（令和6年5月以降順次開催）

問 117 栄養スクリーニングで低栄養リスクがなく、GLIM 基準による判定を行わなかった場合、栄養管理計画書、リハビリテーション実施計画書等、栄養情報連携料の様式における「GLIM 基準による評価」の判定はどのように記載すればよいか。

(答) 「GLIM 基準による評価」とは、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価に係る栄養スクリーニングも含めたプロセスを指す。そのため、栄養スクリーニングで低栄養リスクがなかった場合、「GLIM 基準による評価」は「低栄養非該当」を選択すること。

【地域包括ケア病棟入院料】

問 118 「A308-3」地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、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しない病棟又は病室に入院後、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病棟又は病室に転棟した場合、起算日についてどのように考えればよいか。

(答) 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病棟又は病室に最初に入院した日を起算日とする。

問 119 地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、令和6年5月31日以前から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している患者であって、令和6年6月1日以降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を算定する患者に係る起算日については、どのように考えればよいか。

(答) 令和6年5月31日以前から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している患者についても、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算定を開始した日を起算日とする。

【精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料】

問 120 「A312」精神科療養病棟入院料の「注4」及び「A318」地域移行機能強化病棟入院料の「注3」に規定する重症者加算1の施設基準について、令和6年度診療報酬改定前の施設基準における「地域搬送受入対応施設」や「身体合併症後方搬送対応施設」区分の指定を受けていた保険医療機関の取扱い如何。

(答) 令和6年3月31日時点で「地域搬送受入対応施設」や「身体合併症後方搬送対応施設」の指定を受けていた保険医療機関に限り、従前の例によることができる。

【精神科地域包括ケア病棟入院料】

問 121 「A315」精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が常時1人以上配置されていること。」とされているが、休日を含め全ての日において常時1人以上配置している必要があるか。

(答) そのとおり。

問 122 精神科地域包括ケア病棟入院料及び注2に規定する自宅等移行初期加算について、それぞれ180日及び90日の算定期間の上限があり、また、注3において過去1年以内に同入院料及び加算を算定した場合の通算の規定があるが、以下の場合についてどのように考えればよいか。

- ① 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年1月30日に退院、同年6月1日に再入院した場合
- ② 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年1月30日に退院、同年2月1日に再入院した場合
- ③ 精神科救急急性期医療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料（以下「精神科救急急性期医療入院料等」とする。）を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、90日間入院した後、同年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年4月10日に退院、同年8月1日に再入院した場合
- ④ 精神科救急急性期医療入院料等を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、90日間入院した後、同年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年4月10日に退院、同年5月1日に再入院した場合

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年6月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間に限り算定できる。
- ② 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年2月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間

に限り算定できる。

- ③ 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年8月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170日間又は80日間に限り算定できる。
- ④ 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、再入院してから退院するまでの間に、80日間に限り算定できる。なお、再度退院後、入院する場合（入院期間が通算される場合を除く。）について、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年5月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170日間又は80日間に限り算定できる。

問 123 精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、問122の①から④の場合について、それぞれどのように考えればよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 当該患者については分母・分子ともに計上する。
- ② 当該患者については分母に計上し、分子には計上しない。
- ③ 当該患者については分母・分子ともに計上する。
- ④ 当該患者については分母に計上し、分子には計上しない。

問 124 精神科救急急性期医療入院料等の施設基準について、「当該病棟において、(中略)新規入院患者のうち4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、当該割合の計算に当たって、問122の③及び④の場合について、それぞれどのように考えればよいか。

(答) 当該患者については分母に計上し、分子には計上しない。

問 125 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に入院した日を1日目として、180日目に退院し、退院してから300日後(481日目)に当該病棟に再入院した場合について、

- ①精神科地域包括ケア病棟入院料は、再入院した日から起算して過去1年間(116日目から480日目までの間)に65日算定していることから、当該入院料について、再入院した日から115日間は算定可能ということで良いか。
- ②再入院した日から115日が経過した場合(596日目)について、精神科地域包括ケア病棟入院料については、596日目から845日目(481日目から365日後)までの間に65日間算定できるということで良いか。

(答) いずれもそのとおり。

問 126 精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。」とされているが、当該病棟に配置されている作業療法士が、当該入院料を算定する病棟に入院中の患者に対し、精神科作業療法を実施した場合に、「I 0 0 7」精神科作業療法を算定できるか。

(答) 算定可能

【小児特定疾患カウンセリング料】

問 127 「B 0 0 1」の「4」小児特定疾患カウンセリング料のイの(1)について、「原則として同一患者に対して、初めてカウンセリングを行った場合に限り算定することができる。」とあるが、同一患者に対して、初めてカウンセリングを行った場合以外に、イの(1)を算定できるのはどのような場合か。

(答) 当該保険医療機関において過去にカウンセリングを受けたことがある場合であって、当該カウンセリングを受けた症状及び疾病等にかかる治療が終了した後、再度当該保険医療機関に治療が終了した症状及び疾病等と異なる症状及び疾病等により受診し、カウンセリングを受ける必要があると医師が判断する場合においてのみ算定できる。

問 128 問 127 について、同一の保険医療機関においてある疾病に係るカウンセリングを継続的に実施している患者について、他の疾病に係るカウンセリングを開始した場合は、小児特定疾患カウンセリング料のイの(1)を算定できるか。

(答) 不可。

問 129 問 127 について、令和6年5月31日以前からカウンセリングを継続していた場合であって、令和6年6月1日以降の初回のカウンセリングを実施した際に、小児特定疾患カウンセリング料のイの(1)を算定できるか。

(答) 不可。

問 130 小児特定疾患カウンセリング料のイ(1)を算定した診療月において、2回目のカウンセリングを医師が実施した場合は、小児特定疾患カウンセリング料のイの(2)の②を算定するのか。

(答) そのとおり。

【生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)】

問 131 「B 0 0 1 - 3」生活習慣病管理料(Ⅰ)及び「B 0 0 1 - 3 - 3」生

活習慣病管理料（Ⅱ）（以下単に「生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）」という。）は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものとされているが、署名の取扱い如何。

（答）初回については、療養計画書に患者の署名を受けることが必要。ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合については、患者署名を省略して差し支えない。

問 132 問 131 について、療養計画書の内容について医師による丁寧な説明を実施した上で、薬剤師又は看護職員等の当該説明を行った医師以外のものが追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けた場合にも算定可能か。

（答）可能。

問 133 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）に、外来管理加算の費用は含まれるものとされているが、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定した患者に対して診療を行った場合に、外来管理加算を算定することは可能か。

（答）外来管理加算の算定要件を満たせば可能。

問 134 生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。」とされているが、同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいる場合の取扱い如何。

（答）同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいても差し支えない。

問 135 生活習慣病管理料（Ⅰ）と生活習慣病管理料（Ⅱ）は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。

（答）個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

問 136 生活習慣病管理料（Ⅰ）について、「第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩

和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料(I)に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料(I)を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用は算定可能か。

(答) 不可。

問137 生活習慣病管理料(II)について、「第2章第1部第1節医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料及び区分番号B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料(II)に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料(II)を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等の費用は算定可能か。

(答) 不可。

問138 生活習慣病管理料(II)について、「区分番号B001-3に掲げる「生活習慣病管理料(I)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(II)は、算定できない。」こととされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料についての取扱い如何。

(答) 令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料を算定した時期にかかわらず、生活習慣病管理料(II)が算定できる。

問139 生活習慣病管理料(I)及び(II)について、療養計画書を患者に交付することが算定要件とされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料において療養計画書を患者に交付していた場合、令和6年6月以降の療養計画書の取扱い如何。

(答) この場合、別紙様式9の2又はこれに準じた様式の療養計画書を作成することとするが令和6年度診療報酬改定前の様式を引き続き用いて差し支えない。

問140 情報通信機器を用いた指導管理により生活習慣病管理料(II)を算定す

る場合において、療養計画書への署名についてどのように考えればよいか。

(答) 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に遵守した上で、例えば、電子署名を活用する方法や、患者が使用するタブレット等の画面に自署してもらう方法が想定される。

なお、留意事項の通則において、「文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。」とされていることを踏まえて対応すること。

また、情報通信機器を用いた指導管理を行う上での留意点を療養計画書に記載すること。

問 141 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（厚生労働省平成30年3月（令和5年3月一部改訂））において、最低限遵守する事項として「医師がいる空間において診療に関わっていないものが診察情報を知覚できないこと」とされているが、情報通信機器を用いた指導管理により生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する場合であって、看護職員、管理栄養士等の多職種が係わる場合の対応如何。

(答) 情報通信機器を用いた診療を実施する際に、当該診療に関わる看護職員、管理栄養士等が同席することは差し支えない。ただし、当該職員が同席する旨を、診療開始前にその都度患者に説明し、患者の同意を得ること。

また、情報通信機器を用いた診療の終了後に、引き続き、看護職員、管理栄養士等による指導を実施する場合においても、情報通信機器を用いた診療の終了時間を記録していることが望ましい。

問 142 生活習慣病管理料（Ⅱ）の注3に規定する血糖自己測定指導加算を算定した後、1年以内に生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）の注3に規定する血糖自己測定指導加算を算定することは可能か。

(答) 不可。血糖自己測定指導加算を生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれかにおいて算定した場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれにおいても1年以内は算定できない。

問 143 生活習慣病管理料（Ⅱ）において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「B001」の「9」外来栄養食事指導料2を算定できるか。

(答) 算定可能。ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること。

問 144 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、具体的にどのような内容を掲示すればよいか。

(答) 当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、

- ・28日以上 of 長期の投薬が可能であること
- ・リフィル処方箋を交付すること

のいずれの対応も可能であることを掲示すること。なお、具体的な掲示内容としてはポスター（※）を活用しても差し支えない。

(※) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39295.html に掲載

【小児運動器疾患指導管理料】

問 145 「B001」の「28」小児運動器疾患指導管理料の(2)のエに規定する「その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者」について、外傷に伴う骨端線損傷等により、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要であると医学的に判断される場合は当該指導管理料を算定可能か。

(答) 算定可能。

【慢性腎臓病透析予防指導管理料】

問 146 「B001」の「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料について、当該点数を算定する日において、慢性腎臓病透析予防診療チームである医師、看護師又は保健師及び管理栄養士それぞれによる指導の実施が必要か。

(答) そのとおり。当該指導に当たり、必ずしも医師、看護師又は保健師及び管理栄養士が同席して指導を行う必要はないが、それぞれが同日に指導を行う必要があることに留意されたい。

問 147 慢性腎臓病透析予防指導管理料について、腎臓病教室に参加していない患者であっても、要件を満たす場合は、当該点数を算定可能か。

(答) そのとおり。

問 148 慢性腎臓病透析予防指導管理料について、腎臓病教室等で複数の患者に同時に指導を行った場合でも算定可能か。

(答) 複数の患者に同時に指導を行った場合には算定できない。

問 149 慢性腎臓病透析予防指導管理料の施設基準で求められている医師、看護師、保健師及び管理栄養士のそれぞれの経験は、過去に複数の施設で必要な経験年数を満たしていてもいいのか。

(答) そのとおり。

問 150 慢性腎臓病透析予防指導管理料の医師、看護師、保健師、管理栄養士は、「A233-2」栄養サポートチーム加算の専任の医師、看護師、管理栄養士、「B001」の「27」糖尿病透析予防指導管理料の専任の医師、看護師、保健師、管理栄養士との兼任は可能か。

(答) 栄養サポートチームの専従ではない医師、看護師、管理栄養士は兼任が可能である。また、糖尿病透析予防指導管理料の専任の医師、看護師、保健師、管理栄養士は兼任が可能である。

【小児かかりつけ診療料】

問 151 「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の施設基準における「発達障害等に関する適切な研修」と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。

- ・日本小児科医会「『子どもの心』研修会」
- ・日本小児保健協会、日本小児科学会、日本小児精神神経学会「小児かかりつけ医のための発達障害スキルアップ講座」
- ・日本小児神経学会「子どものこころのプライマリケア・セミナー」

問 152 小児かかりつけ診療料の施設基準における「虐待に関する適切な研修」と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。

- ・日本子ども虐待医学会「BEAMS Stage1」

【外来腫瘍化学療法診療料】

問 153 「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の「初回から3回目まで」について、レジメンの開始日からの回数ではなく、各月の初回の抗悪性腫瘍剤投与日から3回目の投与日までに算定するということか。

(答) そのとおり。

問 154 外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍以外の傷病について、当該診療料の算定する保険医療機関を受診した場合、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」、「2」の「ロ」又は「3」の「ロ」は算定可能か。

(答) 外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用以外の傷病について受診した場合は算定不可。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問155は廃止する。

問 155 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者であって、当該医療機関において「3」の「イ」の(1)又は(2)を算定している場合に、当該保険医療機関と連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている医療機関において、同日に緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、「1」の「ロ」を算定可能か。

(答) 可能。

問 156 外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」について、「診察(視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む)の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。」とあるが、検査、投薬等を行わない場合であっても算定可能か。

(答) 算定可能。ただし、診察(視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む。)は必ず行うこと。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問156は廃止する。

問 157 「疑義解釈資料の送付について(その19)」(令和4年7月26日医療課

事務連絡)別添1の問5において、「令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいものとする。」とされていたが、令和6年4月1日から令和6年5月31日までの取扱については、どのように考えればよいか。

(答) 令和6年5月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいものとする。

問158 外来腫瘍化学療法診療料の施設基準において、「患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに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うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。」とあるが、当該指導を行った場合に「B001-9」療養・就労両立支援指導料は算定可能か。

(答) 要件を満たせば算定可能。

問159 外来腫瘍化学療法診療料の施設基準において、「患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。」とされているが、当該指針について、具体的にはどのような内容が必要となるか。

(答) 少なくとも患者からの副作用等に係る相談等に24時間対応するための連絡体制について記載されていること。また、血管外漏出や過敏症出現時等におけるそれぞれの具体的な対応方法についても記載されていることが望ましい。

問160 外来腫瘍化学療法3について、「外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に1回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。」とされているが、「治療等に必要な情報を文書により提供」とは具体的にどのようなものを指すのか。また、「適宜必要に応じて提供」とは、定期的に提供が必要ということか。

(答) 具体的には、診療情報提供書等の文書により、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関における、外来化学療法を主として実施する医師等に対して、実施中である及び今後実施を考慮してい

るレジメンの情報、患者に投与する抗悪性腫瘍剤の投与量、患者の既往歴、内服薬等の情報提供を行うことを指す。

後段については、例えばレジメン内容の切り替え等のタイミングにおいて、医学的な判断のもと、必要に応じて提供すること。

問 161 問 160 について、「少なくとも治療開始時に 1 回は提供」とあるが、治療開始時とは具体的にいつを指すのか。

(答) 抗悪性腫瘍剤による化学療法を計画し始めたときから、初回の抗悪性腫瘍剤投与までの期間を指す。

問 162 外来腫瘍化学療法診療料 3 の施設基準について、「当該保険医療機関において外来化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。」とあるが、有害事象等の診療とは具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) 外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用に対する診療を指す。

問 163 外来腫瘍化学療法診療料 1 及び外来腫瘍化学療法診療料 3 の届出施設において、ウェブサイトに掲載することを求めている事項のうち、連携する保険医療機関に係る事項については、具体的にはどのような内容を掲載するのか。

(答) 少なくとも連携保険医療機関の名称、所在地及び電話番号を記載すること。

【遠隔連携診療料】

問 164 「B 0 0 5 - 1 1」遠隔連携診療料の注 2 について、難病の患者に対する医療等に関する法律第 5 条第 1 項に規定する指定難病又はてんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的とした場合に算定できるとされているが、指定難病の患者とは、同法第 7 条第 4 項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第 1 項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）を指すのか。

(答) 医療受給者証の交付の有無にかかわらず、指定難病と診断されていれば対象となる。

【こころの連携指導料】

問 165 「B 0 0 5 - 1 2」こころの連携指導料（I）の施設基準において求

める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する自殺未遂者ケア研修（かかりつけ医版）、自殺未遂者ケア研修（精神科救急版）又は自殺未遂者ケア研修（一般救急版）
- ・ 日本臨床救急医学会等が実施する PEEC コース

また、自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修を令和6年5月31日以前に修了した者については、当該研修を修了したものとす。

なお、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問162及び「疑義解釈資料の送付について（その14）」（令和4年6月22日事務連絡）別添の問5は廃止する。

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

問166 「C000」往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2（1）において、連携医療機関については、「計画的な医学管理の下、主治医として定期的に訪問診療を実施している保険医の所属する保険医療機関であって、往診医療機関と連携体制を構築していること。」とされているが、どのような連携体制を構築している必要があるか。

(答) 連携医療機関と往診医療機関との間で、連携医療機関が往診を行うことが困難な時間において、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受けた場合に適切に対応する旨及び患家からの連絡方法等について、あらかじめ取り決めを行っていること。なお、当該取り決めで定めた内容については連携医療機関及び往診医療機関において、文書にて保存し、患家の希望があった場合等に提供できる体制を有している必要がある。

問167 問166における取り決めについて、連携医療機関が、地域の自治体又は医師会等の協力により往診医療機関と取り決めを行った場合についてどのように考えればよいか。

(答) 取り決めについては連携医療機関及び往診医療機関において作成及び保存し、患家の希望があった場合等に必要に応じて当該文書を提供できる体制を有している必要があり、当該体制を有していない場合は要件を満たさない。

問168 往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設

基準通知の第 14 の 4 の 2 (2) において、「患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等の最新の情報（以下この項において「診療情報等」とする。）を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関が ICT 等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有していること。」とされているが、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない連携医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受け、連携医療機関に電話等により当該患者の診療情報等を確認した場合であって、連携医療機関が診療情報等を提供した場合についても該当するか。

(答) 連携医療機関の医師又は看護師等の医療関係職種が当該患者の最新の診療録等を確認の上、往診医療機関に当該診療情報等を適切に提供した場合は該当する。ただし、往診医療機関は、当該連携医療機関に対し電話を行った時間及び得られた情報の要点について、当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容について、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと。

問 169 往診料の注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第 14 の 4 の 2 (2) に規定する診療情報等の「ICT 等を用いて確認」は、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない主治医の所属する保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から往診の求めを受けた際に、当該患者の診療情報等を、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICT を活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク等（以下「地連NW等」という。）にアクセスして診療情報等を取得している状態は該当するか。

(答) 該当する。ただし、往診医療機関が地連NW等の活用のみで診療情報等を確認する場合は最新の診療情報等を常に取得できる状態である必要があり、地連NW等を活用した日時及び得られた情報の概要については当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容については、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと。

【在宅患者訪問診療料】

問 170 「C001」在宅患者訪問診療料（I）の注 12 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる「末期心不全の患者」及び「呼吸器疾患の終末期の患者」について、具体的にどのような患者のことをいうか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- 末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれかの基準に該当するもの
 - ① 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
 - ② 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
 - ③ 左室駆出率が 20%以下であること。
 - ④ 医学的に終末期であると判断される状態であること。
- 呼吸器疾患の終末期の患者は、以下の①、②及び③のすべての基準に該当するもの
 - ① 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること。
 - ② 在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施していること。
 - ③ 過去半年以内に 10%以上の体重減少を認めること。

【在宅患者訪問診療料】

問 171 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注 12 において、直近 3 月の訪問診療を行っている患者（一部の患者を除く。）1 人あたりの平均の訪問診療回数（以下「平均訪問診療回数」という。）が一定以上の場合の取扱いが示されているが、当該実績の計算はどのように行えばよいか。また、平均訪問診療回数が一定以上であった場合の取扱い如何。

(答) 訪問診療の実績については、各月の 1 日時点の直近 3 ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。

また、平均訪問診療回数が一定以上であることを確認した場合は、同一患者について当該月の 4 回目までの訪問診療については 100 分の 100 の点数を算定するが、5 回目以降の訪問診療については、当該月の間は 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

問 172 「C002」在宅時医学総合管理料の注 5 に規定する頻回訪問加算について、過去に当該加算を算定していた患者であって、病状が安定したこと等により当該加算を算定しなくなったものについて、再び病状が悪化した等の理由で頻回の訪問が必要となった場合、アの「初回の場合」とイの「2 回目以降の場合」のどちらの点数を算定すればよいか。

(答) イの「2 回目以降の場合」を算定すること。ただし、過去に頻回の訪問を必要としていた疾患と異なる疾患により、頻回の訪問が必要となる場合については、初回に限りアの「初回の場合」を算定して差し支えない。

問 173 在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。以下同じ。）の施設基準において、「直近 3 月間の当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和 6 年 3 月 31 日以前に開設されたものを除く。）の訪問診療回数の合算が 2,100 回未満であること。」とされているが、基準を満たすことの確認方法及び基準を満たさない場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか。

（答）訪問診療回数については、各月の 1 日時点の直近 3 ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。

また、当該基準を満たさない場合は、速やかに届出を行い、翌月から「C002」在宅時医学総合管理料注 14 に掲げる点数を算定すること。

問 174 「在宅時医学総合管理料の「注 14」（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準施設における「要介護 3 以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等」の「等」にはどのような患者が含まれるか。

（答）認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上と診断した状態の患者及び障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分 2 以上と認定されている状態の患者が該当する。

【救急患者連携搬送料】

問 175 「C004-2」救急患者連携搬送料について、搬送先の保険医療機関に属する緊急自動車は患者の初期診療を行った保険医療機関まで赴き、初期診療を行った保険医療機関の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上で当該患者を搬送した場合は算定可能か。

（答）要件を満たせば算定可能。

問 176 救急患者連携搬送料について、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より搬送が行われた場合でも、算定できるのか。

（答）算定できない。

問 177 「A200」総合入院体制加算、「A200-2」急性期充実体制加算、「A252」地域医療体制確保加算及び「O000」看護職員処遇改善評価料に関する施設基準における「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数」、「A207-3」急性期看護補助体制加算及び「A207-4」看護職員夜間配置加算に関する施設基準における「救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数」並びに「B001-2-

6」夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算1及び救急搬送看護体制加算2、「C004-2」救急患者連携搬送料に関する施設基準における「救急搬送件数」については、当該保険医療機関が患者を受け入れた件数又は人数を計上するものであり、当該保険医療機関が他の保険医療機関等に患者を搬送した件数又は人数は含まれないと考えてよいか。

(答) そのとおり。

【遠隔死亡診断補助加算】

問178 「C005」在宅患者訪問看護・指導料の注18に掲げる遠隔死亡診断補助加算（「C005-1-2」の注6の規定により準用する場合を含む。）の施設基準において求める看護師の「情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、厚生労働省「在宅看取りに関する研修事業」（平成29～31年度）及び「ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業」（令和2年度～）により実施されている研修が該当する。

【在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料】

問179 「C015」在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、患者が当該指導を行った上で入院となった場合において、当該指導料を算定することは可能か。

(答) 可能。

問180 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、「当該患者の計画的な医学管理を行う医師」が療養上必要な指導を行うことを求めているが、患者の主治医と同一の医療機関に所属する医師であって、当該患者の治療方針等を検討するカンファレンスに定期的に参加し、主治医が対応困難な時間帯に対応する者として主治医から患者に説明し、同意が得られている医師が当該指導を実施した場合であっても当該加算を算定することは可能か。

(答) 可能。

【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】

問181 「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料の注に規定する「在宅における抗悪性腫瘍剤の注射」について、例えば、末期ではない急性白血病の患者等に対し、携帯型ディスプレイ注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する場合は該当するのか。

(答) 該当する。

【在宅強心剤持続投与指導管理料】

問 182 「C 1 0 8 - 3」在宅強心剤持続投与指導管理料における「関係学会の定める診療に関する指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本心不全学会及び日本在宅医療連合学会の「重症心不全患者への在宅静注強心薬投与指針」を指す。

問 183 在宅強心剤持続投与指導管理料について、心不全の原因となった疾患に関わらず、循環血液量の補正のみでは Killip 分類 classIV相当の心原性ショックからの離脱が困難な心不全の患者であれば、当該加算を算定可能か。

(答) 要件を満たせば可能。

【遺伝学的検査】

問 184 「D 0 0 6 - 4」遺伝学的検査の注 2 における「関係学会の定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会及び日本遺伝子診療学会の「指定難病の遺伝学的検査に関するガイドライン」を指す。

問 185 「D 0 0 6 - 4」遺伝学的検査の注 2 の施設基準における医師の「難病のゲノム医療に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、厚生労働省委託事業「難病ゲノム医療専門職養成研修」が該当する。

【コクリントモプロテイン (CTP)】

問 186 「D 0 0 7」遺伝学的検査の「64」コクリントモプロテイン (CTP) における「関連学会が定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本耳科学会の「外リンパ瘻の診断における Cochlin-tomoprotein (CTP) 検査の運用指針」を指す。

【アポリポ蛋白 A 2 (APOA 2) アイソフォーム】

問 187 「D 0 0 9」腫瘍マーカーの「35」アポリポ蛋白 A 2 (APOA 2) アイソフォームにおける「関連学会が定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本膵臓学会の「体外診断用医薬品「東レ APOA2-itQ」の適正使用指針」を指す。

【抗HLA抗体】

問 188 「D 0 1 4」自己抗体検査の「49」抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）について、留意事項通知において示されている「脱感作療法」とは具体的に何を指すのか。

（答）現時点では、日本移植学会の「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン 2023」に示されているもののうち、抗CD20モノクローナル抗体投与によるもの、又は人免疫グロブリン製剤投与によるものを指す。

【インフルエンザ核酸検出】

問 189 「D 0 2 3」微生物核酸同定・定量検査の「6」インフルエンザ核酸検出における「その他重症化リスクのある患者」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本感染症学会・日本臨床微生物学会の「インフルエンザ核酸検出検査の有効活用に向けた提言」における「インフルエンザ合併症のリスクの高い患者」を指す。

【百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出】

問 190 「D 0 2 3」微生物核酸同定・定量検査の「13」百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出における「関連学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本呼吸器学会の「咳嗽・喀痰の診療ガイドライン 2019」を指す。

【ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）】

問 191 「D 0 2 3」微生物核酸同定・定量検査の「24」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）における「関連学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本神経学会、日本神経治療学会及び日本神経感染症学会の「細菌性髄膜炎診療ガイドライン 2014」を指す。

【皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（MED）測定】

問 192 「D 2 9 1」皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（MED）測定について、「1箇所目から21箇所目までについては、1箇所につき「1」の所定点数により算定する。」及び「22箇所目以降については、1箇所につき「2」の所定点数により算定する。」こととされているが、具体的な算定方法如何。

（答）例えば、当該検査を25箇所実施した場合、以下の方法により算出する。

- ・ 1 箇所目から 21 箇所目について、16 点×21 箇所（336 点）
- ・ 22 箇所以降については、12 点× 4 箇所（48 点）
- ・ 25 箇所の合算 336 点+48 点（384 点）

【画像診断管理加算】

問 193 画像診断管理加算 3、画像診断管理加算 4、頭部MR I 撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の施設基準において、「当該保険医療機関において、関係学会の定める指針に基づく夜間及び休日の読影体制が整備されていること」とあるが、

- ① 「関係学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。
- ② 夜間及び休日に読影を行う医師は「画像診断を専ら担当する医師」である必要があるか。
- ③ 夜間及び休日に撮像された全ての画像について読影を行う必要があるか。
- ④ 夜間及び休日に読影を行った場合において、暫定的な読影の結果を報告し、翌診療日に改めて画像診断の結果を報告しても差し支えないか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 現時点では、日本医学放射線学会の「夜間及び休日の画像診断体制に関する指針」を指す。
- ② 画像診断を専ら担当する医師によって適切に管理されていれば、夜間及び休日に読影を行う医師は必ずしも「画像診断を専ら担当する医師」でなくてもよい。
- ③ 医学的判断に基づき適切に読影を行う体制が整備されていれば、必ずしも全ての画像について読影を行う必要はない。
- ④ 差し支えない。

問 194 遠隔画像診断による画像診断の施設基準において、「関係学会の定める指針に基づく画像診断管理を行っていることが望ましい」とあるが、「関係学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本医学放射線学会の「保険診療における遠隔画像診断の管理に関する指針」を指す。

【リハビリテーション総合計画評価料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料】

問 195 「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料は、多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定することとされており、また、がん患者リハビリテーション・認知

症患者リハビリテーションを行う際にリハビリテーション総合計画評価料を算定することとされているが、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションの開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても、リハビリテーション総合計画評価料を算定できるのか。

(答) リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能となる。ただし、がん患者リハビリテーション料及び認知症患者リハビリテーション料を算定するにあたっては、評価実施前であっても、多職種が共同して総合実施計画書を作成した時点でリハビリテーション総合計画評価料を算定できる。なお、この場合において、リハビリテーション総合計画評価料の算定後7日以内にリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行うこと。

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の間173は廃止する。

【疾患別リハビリテーション料】

問 196 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料又は「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。)において、「要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。」とされているが、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書以外にどのような文書が該当するのか。

(答) 別紙様式21の6に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する。

- ・ 本人家族等の希望
- ・ 健康状態、経過
- ・ 心身機能・構造
- ・ 活動
- ・ リハビリテーションの短期目標
- ・ リハビリテーションの長期目標

- ・リハビリテーションの方針
- ・本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）
- ・リハビリテーション実施上の留意点
- ・リハビリテーションの見直し・継続理由
- ・リハビリテーションの終了目安

問 197 問 196 における「利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等」とは、「当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。」とされているが、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、指定通所リハビリテーション事業所等の利用を確認できなかった場合、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等の提供は不要か。

(答) そのとおり。

【I O O 2 通院・在宅精神療法】

問 198 「I O O 2」通院・在宅精神療法について、「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を 10 分単位で記載すること。」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか。

(答) 当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載すること。

- ・ 5分以上 10分未満
- ・ 10分以上 20分未満
- ・ 20分以上 30分未満
- ・ 30分以上 40分未満
- ・ 40分以上 50分未満
- ・ 50分以上 60分未満
- ・ 60分超

ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない。

【療養生活継続支援加算】

問 199 「I O O 2」通院・在宅精神療法の注8に規定する療養生活継続支援加算について、「注8」に規定する療養生活継続支援加算の「ロ」は、対象

となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。」こととされているが、過去に注8のイを算定していた患者についても、新たに重点的な支援を要する状態になったときは、350点を算定するということがよいか。

(答) そのとおり。

【心理支援加算】

問 200 「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、精神科を担当する医師の診察において、患者本人の説明から、明らかな外傷体験が確認できない場合について、どのように考えればよいか。

(答) 明らかな外傷体験が確認できない場合、当該加算は算定不可。ただし、例えば、家族等から得られた情報に基づき、患者が外傷体験を有する可能性が高いと判断されるが、外傷体験の直後であるために患者が詳細を説明することが難しい等、特段の事情がある場合は、この限りではない。なお、その場合は、外傷体験を有する可能性が高いと判断した理由を診療録に記載する。また、後日、外傷体験を有することを確認した場合も、その旨を診療録に記載する。

問 201 通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、心理支援を終了した患者において、同一の心的外傷に起因する症状が再発し、新たに心理に関する支援を要する状態になった場合の取扱い如何。

(答) 症状の再発により心理に関する支援を要する状態になったと医師が判断した場合は、同一の心的外傷に起因する症状であっても、再度の算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定可。なお、この場合においては、再発した症状の詳細や、再び心理に関する支援を要する状態になったと判断した理由等について、診療録に記載すること。

問 202 通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、通院・在宅精神療法を実施する医師が公認心理師の資格を有している場合に、通院・在宅精神療法を実施する医師と心理支援を実施する公認心理師が同一の者であっても、心理支援加算を算定することは可能か。

(答) 不可。通院・在宅精神療法を実施する精神科を担当する医師と、医師の指示を受けて必要な支援を実施する公認心理師は、別の者である必要がある。

【療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算】

問 203 「I O O 2」通院・在宅精神療法の注 10 に規定する児童思春期支援指導加算の施設基準について、児童思春期の患者に対する当該支援指導に専任の精神保健福祉士は、注 8 に規定する療養生活継続支援加算の施設基準における当該支援に専任の精神保健福祉士と兼ねることは可能か。

(答) 可能。

【児童思春期支援指導加算】

問 204 「I O O 2」通院・在宅精神療法の注 10 に規定する児童思春期支援指導加算の施設基準において求める医師等の「児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修」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。

- ・ 国立国際医療研究センター国府台病院が実施する「児童・思春期精神保健研修（児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修及び児童・思春期精神保健対策専門研修（応用コース）の両方を受講した場合に限る。）」
- ・ 日本精神科病院協会が実施する「児童・思春期精神医学対策講習会 スタンダードコース」

【早期診療体制充実加算】

問 205 「I O O 2」通院・在宅精神療法の注 11 に規定する早期診療体制充実加算の施設基準について、「当該保険医療機関が過去 6 か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」の口若しくはハの（1）又は「2」の口若しくはハの（1）若しくは（2）の算定回数の合計の割合が 5%以上であること。」とされているが、「1」のハの（1）には、情報通信機器を用いて行った場合の算定回数も含まれるのか。

(答) 含まれる。

問 206 早期診療体制充実加算の施設基準について、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年 1 回以上行っていること。」とあるが、精神保健福祉法第 19 条の 4 に規定する職務は含まれるのか。

(答) 含まれる。

問 207 早期診療体制充実加算の施設基準について、「精神保健指定医として業務等を年 1 回以上行っていること。」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務は含まれるのか。

(答) 含まれる。ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること。また、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関において保管すること。

問 208 早期診療体制充実加算の施設基準について、「診療所にあつては、当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の「1」の口又は「2」の口の算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が60以上であること。」とされているが、「当該保険医療機関に勤務する医師の数」の計算方法如何。

(答) 常勤の医師の数及び非常勤の医師を常勤換算した数の合計により算出する。

【通院・在宅精神療法 情報通信機器を用いた精神療法】

問 209 「I002」通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いて行う場合の施設基準について、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるのか。

(答) 含まれる。

問 210 通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いて行う場合の施設基準について、「精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務は含まれるのか。

(答) 含まれる。ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること。なお、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

【ストーマ処置（ストーマ合併症加算）】

問 211 「J043-3」ストーマ処置の注4に規定するストーマ合併症加算の施設基準において求める常勤の看護師の「排泄ケア関連領域における適切な研修」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 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会「ストーマリハビリテーション講習会」

【再製造単回使用医療機器使用加算】

問 212 第10部手術の通則注21に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準において「再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した実績が5例以上あること。」とあるが、これまでに手術に使用した再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。以下同じ。）

の個数が5以上であることではなく、再製造単回使用医療機器を使用した手術が5例以上であることを要件としているのか。

(答) そのとおり。

問213 第10部手術の通則注21に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準において「再製造単回使用医療機器を使用することについて、あらかじめ文書を用いて患者に説明を行っていること。」とあるが、例えば、手術説明文書の中に「再製造単回使用医療機器を使用することがある」と記載しその旨を患者へ説明した上で、再製造単回使用医療機器についての説明文書を交付することにより、この要件を満たすものと考えてよいか。

(答) 差し支えない。なお、再製造単回使用医療機器の説明文書については、再製造単回使用医療機器の制度に加え、原型医療機器との違い、手術に使用した場合の影響等の説明を含むものであること。

問214 第10部手術の通則注21に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準において「再製造単回使用医療機器の原型医療機器の回収等について、再製造単回使用医療機器基準(平成29年厚生労働省告示第261号)第4の1(5)に規定する「再製造単回使用医療機器の製造販売の承認の際に交付される承認書に記載された方法」に基づき、適切に実施していること。」とあるが、現時点で原型医療機器を使用していない施設においては、原型医療機器を使用する際に適切に回収を実施すれば施設基準を満たすと考えてよいか。

(答) そのとおり。

<手術>

問215 「K022-3」慢性膿皮症手術について、算定留意事項通知にある「関係学会から示されているガイドライン等」とは具体的に何か。

(答) 現時点では、日本皮膚科学会の、「化膿性汗腺炎診療の手引き2020」を指す。

問216 「K147-3」緊急穿頭血腫除去術について、算定留意事項通知にある「関係学会が定める治療方針」とは具体的に何か。

(答) 現時点では、日本脳神経外傷学会・日本脳神経外科学会の、「頭部外傷治療・管理のガイドライン第4版」を指す。

問217 「K176-2」脳硬膜血管結紮術について、算定留意事項通知にある「関係学会が定めるガイドライン」とは具体的に何か。

(答) 現時点では、日本脳卒中学会の、「脳卒中治療ガイドライン2021年」を

指す。

問 218 「K 4 7 6 - 4」ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）について、算定留意事項通知にある「関係学会が定めるガイドライン」とは具体的に何か。

（答）現時点では、日本乳癌学会の、「乳癌診療ガイドライン（2022年）」を指す。

問 219 「K 8 3 0 - 3」精巣温存手術について、算定留意事項通知にある「関係学会が定めるガイドライン」とは具体的に何か。

（答）現時点では、日本泌尿器科学会の、「精巣癌診療ガイドライン」を指す。

問 220 「K 8 3 6 - 3」腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術について、算定留意事項通知にある「関係学会が定めるガイドライン」とは具体的に何か。

（答）現時点では、日本小児泌尿器科学会の「停留精巣診療ガイドライン」を指す。

問 221 「K 7 2 1」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術「注3」に規定する病変検出支援プログラム加算について、「大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器のうち、大腸内視鏡検査に関し専門の知識及び経験を有する医師が用いた場合に、用いない場合と比較して診断精度が上昇することが示されていると認められた製品」は何が含まれるか。

（答）現時点では、「内視鏡画像診断支援プログラム EndoBRAIN-EYE（医療機器承認番号 30200BZX0020800）」が含まれる。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【共通事項】

問1 「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）における「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「O101」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「O102」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（以下単に「ベースアップ評価料」という。）の施設基準において、「令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。」とあるが、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いてよいか。

(答) 差し支えない。

問2 「看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年9月5日事務連絡）別添の問18において、「A500」看護職員処遇改善評価料について、賃金改善に伴い増加する賞与、時間外勤務手当等、法定福利費等の事業者負担分及び退職手当については、「基本給等の引き上げにより増加した分については、賃金改善の実績額に含めてよい。ただし、ベア等には含めないこと。」とされていたが、ベースアップ評価料についても同様か。

(答) ベースアップ評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。

問3 医科点数表における「O000」及び歯科点数表における「P000」看護職員処遇改善評価料（以下単に「看護職員処遇改善評価料」という。）並びにベースアップ評価料の施設基準において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金（超過勤務手当）や賞与に反映させる必要はあるのか。

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

割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。

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

問4 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、対象職員の賃金の改善措置を実施する具体的方法（金額・割合等）について、職員に応じて区分することは可能か。

(答) 可能。各保険医療機関又は訪問看護ステーションの実情に応じて、賃金の改善措置の方法を決定すること。

問5 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、基本給等について、常勤職員へは当月払いし、非常勤職員へは翌月払いしている場合、賃金の実績額及び改善実施期間はどのように判断すべきか。

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

問6 ベースアップ評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。

(答) 原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。

ただし、届出時点において「賃金改善計画書」の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる。

問7 ベースアップ評価料の施設基準において、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、『賃金改善計画書』の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知することとされているが、周知の具体的方法如何。

(答) 例えば、「賃金改善計画書」及び就業規則等を書面で配布する方法や職員が確認できる箇所に掲示する方法が挙げられる。

問8 ベースアップ評価料について、区分変更を行う場合はどのような届出が必要か。

(答) それぞれ以下のとおり。

- 保険医療機関（医科）については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要
 - 保険医療機関（歯科）については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要
 - 訪問看護ステーションについては、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準に係る届出書添付書類」が必要
- なお、いずれの場合についても「賃金改善計画書」については、更新する必要はない。

問9 「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「06」訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の施設基準において、令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2分5厘以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4分5厘以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができることとされているが、基本給等の引き上げ率についてどのように考えればよいか。

（答）引き上げ率の確認については、次のいずれかの方法で行うこと。

- ① 給与表等に定める対象職員の基本給等について、令和5年度と比較し、令和6年度に2.5%又は令和7年度に4.5%の引き上げになっているかを確認する。
- ② 以下の計算式により基本給等の改善率を算出する。

当該年度において基本給等が引き上げられた後の対象職員の1月当たりの基本給等の総額
 － 令和5年度における1月当たりの対象職員の基本給等の総額
 － 定期昇給がある場合にあつては1月あたりの対象職員の基本給等の引き上げ額のうち定期昇給相当額の総額

× 100 (%)

令和5年度における1月当たりの基本給等の総額

問 10 問9について、給与表等の存在しない医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、令和5年度と令和6年度及び令和7年度を比較して対象職員の変動がある場合、計算式中の対象職員の基本給等の総額について、どのように考えたらよいか。

(答) 令和5年度及び令和6年度又は令和7年度のいずれの年度においても在籍している対象職員について、計算式に則り算出を行う。

ただし、いずれの年度においても在籍している対象職員が存在しない等の理由でこの方法による算出が困難な場合においては、各年度における全ての対象職員の基本給等の総額を用いて算出を行ってもよい。

問 11 ベースアップ評価料において、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発 0305 第6号）の別表4のミ及び「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発 0305 第7号）の別表1のミ「その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）」とは、具体的にどのような職員か。

(答) 別表4又は別表1のア～マに該当しない職種の職員であって、医療機関又は訪問看護ステーションにおける業務実態として、主として医療に従事しているものを指す。ただし、専ら事務作業(医師事務作業補助者、歯科業務補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。)を行うものは含まれない。

問 12 看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料についての施設基準における対象職員には、「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」別表4又は「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」別表1に含まれる職種であって、派遣職員など、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションに直接雇用されていないものも含むのか。

(答) 対象とすることは可能。

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

問 13 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準において、「【B】に基づき、別表5に従い該当するいずれかの区分を届け出ること。」とあるが、「該当するいずれかの区分」について、どのように考えればよいか。

(答) 例えば、【B】の値が3.0である場合については、保険医療機関(医科)

は「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2」又は「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 3」のいずれか、保険医療機関（歯科）は「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2」又は「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 3」のいずれかを届け出ることができる。

なお、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）についても同様の取扱いとなる。

問 14 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準における「国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額」について、具体的な範囲如何。

(答) 国、地方公共団体及び保険者等が交付する収入金額であって、保険医療機関等に交付されているものを指す。例えば、地方自治体による単独の補助事業、保険者が委託する健診、病院の運営に当てられる地方自治体からの繰入金等が含まれる。

問 15 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準において、「常勤換算 2 名以上の対象職員が勤務していること。」とされているが、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションの職員の退職又は休職等により、要件を満たさなくなった場合についてどのように考えれば良いか。

(答) 常勤換算の職員が 2 名を下回った場合は、速やかに地方厚生(支)局長に届出の変更を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定を行わないこと。ただし、暦月で 3 か月を超えない期間の一時的な変動の場合はこの限りではない。

問 16 看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の対象となる職員には、労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業、同条第 2 号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第 23 条第 2 項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第 1 項の規定により同項第 2 号に規定す

る育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の職員等も含むのか。

(答) 含まない。

問 17 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、賃金改善に伴い増加する法定福利費等について、どのような範囲を指すのか。

(答) 次の①及び②を想定している。

- ① 健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、児童手当拠出金、雇用保険料、労災保険料等における、賃金改善に応じた増加分（事業者負担分を含む。）
- ② 退職手当共済制度等における掛金等が増加する場合の増加分（事業者負担分を含む。）

問 18 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の施設基準において、「対象医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。」とあるが、具体的にどのような対応が必要か。

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

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

【医科点数表関係】

問 19 「看護補助者処遇改善事業補助金」や旧医科点数表の「A500」看護職員処遇改善評価料によりすでに賃金改善を実施している場合について、どのように考えればよいか。

(答) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び入院ベースアップ評価料の算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の計算にあたり、それらの額は含めないものとする。

また、令和6年4月及び5月にそれらを用いて賃金改善を実施している場合には、「賃金改善計画書」及び「賃金改善実施報告書」における賃金改善の見込み額及び実績額の記載にあたり、ベースアップ評価料以外によるベア等実施分に含めるものとする。

問 20 外来診療及び在宅医療を実施しておらず、入院医療のみを実施している保険医療機関について、ベースアップ評価料の届出及び算定についてどのように考えればよいか。

(答) 「〇100」 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び「〇102」 入院ベースアップ評価料の届出を行った上で、「〇102」 入院ベースアップ評価料のみを算定する。

問 21 外来即入院となった患者について、外来・在宅ベースアップ評価料 (I) を算定した上で、「〇〇〇〇」 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を同日に算定することは可能か。

(答) 算定可能。

問 22 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)、外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 及び入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関において、看護職員処遇改善評価料に係る賃金改善計画書及び賃金改善実績報告書の記載はどのようにすればよいか。

(答) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)、外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 及び入院ベースアップ評価料による賃金改善の見込み額については、賃金改善計画書における「Ⅲ. 賃金改善の見込額」及び賃金改善実績報告書における「Ⅱ. 賃金改善の実績額」には含めないこと。

問 23 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料において、「延べ入院患者数」については、どのように算出するのか。

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

問 24 問 23 について、自由診療や労災保険による患者について、「延べ入院患者数」に計上するのか。

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

問 25 問 23 について、救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合、「延べ入院患者数」に計上するのか。

(答) 計上する。

問 26 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) の施設基準において、「医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料 (特別入院基本

料等を含む。)、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定していない保険医療機関であること。」とされているが、算定していない期間等、具体的内容如何。

(答) 直近3か月において入院料等を算定していない保険医療機関をいう。ただし、直近3か月の1月あたり平均延べ入院患者数が30人未満の保険医療機関については、当該要件に該当するものとみなして差し支えない。

問 27 問 26 について、「直近3か月の1月あたり平均延べ入院患者数が30人未満の保険医療機関については、当該要件に該当するものとみなして差し支えない。」とされているが、当該要件に該当している保険医療機関において、入院ベースアップ評価料の届出を行うことは可能か。

(答) 可能。ただし、外来ベースアップ評価料(Ⅱ)と両方の届出を行うことはできない。

問 28 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料については、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料(「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定している患者について算定するとされているが、外泊期間中であって、入院基本料の基本点数又は特定入院料の15%又は30%を算定する日においても、算定可能か。

(答) 算定可。

【歯科点数表関係】

問 29 問 19 から問 28 について、保険医療機関(歯科)であって、入院医療の体制を有する場合についても、同様の取扱いになるということか。

(答) そのとおり。

医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【再婚後の回数上限】

問1 不妊治療を保険診療で実施している患者が、当該治療計画に係る同意したパートナーAと離婚し、新たに婚姻したパートナーBと改めて一連の治療計画を作成して不妊治療を開始した場合、回数は通算しないという理解でよいか。

(答) よい。

問2 問1の場合、新たな算定回数の上限に係る治療開始日の年齢についてはどのように考えるのか。

(答) 当該患者及びパートナーBについて、初めて胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢による。

問3 問1のパートナーBと再婚していた患者が離婚し、再びパートナーAと結婚した場合、胚移植に係る回数の上限についてはどのように考えるのか。

(答) 過去のパートナーAと実施した回数と通算する。

問4 問1の場合に、パートナーとの離婚及び結婚の具体的な確認方法如何。

(答) パートナーBとの婚姻関係を確認するとともに、パートナーAとの重婚関係がないことを確認すること。具体的な確認方法については、令和4年3月31日付け事務連絡問12及び問30のとおり。

<参考：令和4年3月31日付け事務連絡問12及び問30>

問12 一般不妊治療管理料の初回算定時における婚姻関係等の具体的な確認方法如何。

- (答) 法律婚である場合はその事実関係を、法律婚以外の場合は患者及びそのパートナーが事実婚関係にある旨の申告を受けるとともに以下アからウまでの内容について、それぞれ確認を行うこと。その際の具体的な確認方法については、個別の事情に応じた医療機関の判断に委ねるが、例えば、患者及びそのパートナーの申告書による確認を行うことなどが考えられる。その際、確認した内容を診療録に記載し、申告書により確認を行った場合は当該申告書を診療録に添付すること。
- ア 当該患者及びそのパートナーが重婚でない（両者がそれぞれ他人と法律婚でない）こと。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが同一世帯であること。なお、同一世帯でない場合には、その理由について確認すること。
 - ウ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

問30 一般不妊治療管理料に係る問6から問12までの取扱いは、生殖補助医療管理料における治療計画や婚姻関係の確認等に係る取扱いに関しても同様と考えてよいか。

(答) よい。

【生殖補助医療管理料】

問5 不妊症と診断された患者及びそのパートナーについて、がん等の他の疾患が発覚し、その治療を行うこととなった場合には、不妊治療を中断せざるを得ない場合がある。この場合において、以下を保険診療として実施してよいか。

- ① がん等の治療のために不妊治療を中断するまでに実施した生殖補助医療（例えば、採卵、体外受精・顕微授精、受精卵・胚培養、胚凍結保存等の生殖補助医療を実施した場合）
- ② がん等の治療の終了後、不妊治療を再開する場合における生殖補助医療

(答) 要件を満たす場合は保険給付の対象となる。

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

【抗ミュラー管ホルモン（AMH）】

問6 卵巣の機能の評価及び治療方針の決定には、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定も含まれるのか。

(答) 含まれる。

問7 「D008」 内分泌学的検査の「52」抗ミュラー管ホルモン（AMH）の対象患者について、「不妊症の患者」とあるが、具体的にはどのような者が該当するのか。

(答) 個別の医学的判断によるが、例えば、タイミング法を含む一般不妊治療や生殖補助医療といった不妊治療を実施している患者が想定される。

【体外受精・顕微授精管理料】

問8 体外受精又は顕微授精の実施前に卵子を凍結した場合には、要した費用を請求できるか。

(答) 体外受精又は顕微授精の実施前の卵子の凍結保存に係る費用は、体外受精・顕微授精管理料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問51は廃止する。

【胚凍結保存管理料】

問9 「2 胚凍結保存維持管理料」について、患者及びそのパートナーが不妊治療を引き続き実施する意向を確認しており、かつ胚の凍結を継続する場合において、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を算定した日から1年を経過した場合に算定が可能となるが、例えば令和6年6月で「1 胚凍結保存

管理料（導入時）」を算定した日から1年を経過する患者について、令和6年8月に治療のために来院した場合に、令和6年6月から令和6年7月までの期間について、胚の凍結に係る費用を自費で徴収可能か。

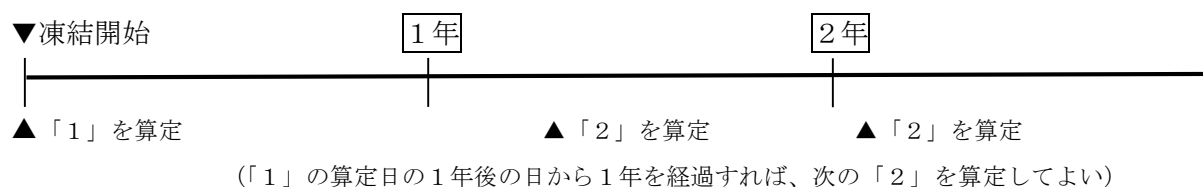
(答) 不可。

問10 問9について、令和6年8月に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合、2回目の「2 胚凍結保存維持管理料」を算定可能となる時期について、どのように考えればよいか。

(答) この場合、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」の2年経過後である令和7年6月以降であれば「2 胚凍結保存維持管理料」を算定できる。

ただし、「2 胚凍結保存維持管理料」の凍結期間の起算点となる日付（「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を算定した日）について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※算定イメージ



問11 問10について、例えば当該患者が「1 胚凍結保存管理料（導入時）」から1年経過後に治療に来院せず、2年経過後の令和7年6月に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合であって、令和7年7月にも治療に来院した場合、2回目の「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することができるか。

(答) 算定不可。この場合、1年経過後から、2年経過後までの間については、「妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合」に該当すると考えられ、その分の費用については患家の負担として差し支えない。なお、治療中断の際の取扱いについては、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日付医療課事務連絡）問75も参考にされたい。

問12 胚の凍結保存を行っている保険医療機関から、他の保険医療機関へ胚を移送した場合に、移送先の医療機関については、胚凍結保存管理料を算定可能か。また、算定可能である場合には、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」と「2 胚凍結保存維持管理料」のいずれを算定すべきか。

(答) 算定可能。「2 胚凍結保存維持管理料」を算定する。ただし、移送元の

保険医療機関名及び移送日について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

問 13 「K 9 1 7 - 3」胚凍結保存管理料について、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」及び「2 胚凍結保存維持管理料」に係る保存期間については、特に限度がないという理解でよいか。

(答) よい。ただし、年齢制限や回数制限を超えた場合における取扱いについては、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日付医療課事務連絡）問67を参考にすること。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問64は廃止する。

【採取精子調整管理料】

問 14 「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料について、令和4年3月31日以前に精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて、令和6年6月1日以降に体外受精又は顕微授精を実施する場合に、算定可能か。

(答) 令和4年3月31日以前に実施した精巣内精子採取術の後に初めて「1 体外受精」又は「2 顕微授精」を実施する場合には、算定可能。

ただし、この場合においては、以下の(1)から(4)までを全て満たす必要がある。また、これらを確認した方法等を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載し、確認に当たって文書を用いた場合は、当該文書を診療録に添付すること。

- (1) 令和6年6月1日以降に、治療計画を作成し、生殖補助医療管理料を算定すること。
- (2) 以下のいずれかに該当すること。
 - ① 特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている又は日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設である医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合
 - ② 当該精巣内精子採取術により採取された精子を用いて生殖補助医療を実施する医師が、その採取・保存に関して、①の医療機関と同等の水準において実施されていたと判断できる場合
- (3) 保険診療に移行することについて患者の同意を得ること。
- (4) 令和6年6月1日以降に実施される不妊治療に係る費用について、同年5月31日以前に患者から徴収していないこと（同日以前に費用を徴収している場合にあつては、同年6月1日以降に実施される不妊治療に要する費用の返金を行っていること。）。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問53は廃止する。

問 15 体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関以外の保険医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合、採取精子調整管理料の算定について、どのように考えればよいか。

(答) 採取精子調整管理料は精巣内精子採取術を算定する保険医療機関又は体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関において要件を満たせば算定できるが、患者1人につき、いずれか一方の保険医療機関に限る。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問54は廃止する。

問 16 問 15 の場合に、精巣内精子採取術を算定する保険医療機関において採取精子調整管理料を算定した場合、当該精子を体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関に移送した場合に、移送先の保険医療機関において、採取精子調整管理料は算定可能か。

(答) 不可。

問 17 問 15 の場合に、精巣内精子採取術を算定する保険医療機関において採取精子調整管理料を算定せずに、当該精子を体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関に移送した場合に、移送先の保険医療機関において、採取精子調整管理料は算定可能か。

(答) 要件を満たせば、算定可能。

問 18 精巣内精子採取術を実施後に「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料に係る技術を実施した場合であって、結果として体外受精又は顕微授精を実施しても受精卵の作成が見込めない精子のみ採取された場合には、採取精子調整管理料は算定可能か。

(答) 算定可能。

問 19 精巣内精子採取術を実施して採取した全組織のうち、一部の組織について「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料に係る技術(採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等)を実施した場合については、「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料は算定可能か。

(答) 算定可能。

問 20 問 19 の場合、「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料に係る技術(採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等)を実施せずに残存した組織について、一度凍結した後、別の日に、同技術を実施した場合は、「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料は算定可能か。

(答) 算定不可。

【精子凍結保存管理料】

問 21 精巣内精子採取術を実施後、「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料に係る技術を実施せずに凍結保存を行った場合には、精子凍結保存管理料は算定可能か。

(答) 算定不可。

問 22 年齢制限や回数制限を超えた場合、それ以降の「2 精子凍結保存維持管理料」の算定は可能か。

(答) 新たに「2 精子凍結保存維持管理料」を算定することはできない。また、「2 精子凍結保存維持管理料」を算定してから、1年を経過していない場合には、患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならないこと。

問 23 1回の精巣内精子採取術を実施した場合に、複数の容器に分けて精子を凍結する場合もあるが、その場合、「1 精子凍結保存維持管理料 (導入時)」の「イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合」を複数回算定することは可能か。

(答) 不可。「1 精子凍結保存維持管理料 (導入時)」の「イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合」は、1回の精巣内精子採取術につき、1回に限り算定可能である。

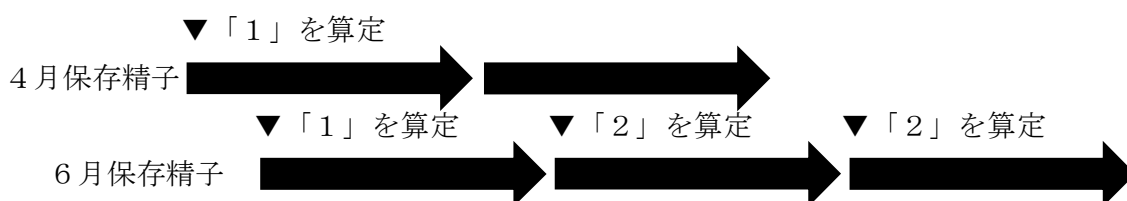
問 24 高度乏精子症患者において、医学的な判断のもと複数回の射出精子を行う場合については、「1 精子凍結保存維持管理料 (導入時)」の「ロ イ以外の場合」を複数回算定することは可能か。

(答) 算定可能。医学的な判断によるものであり、例えば、精子が得られなかった場合、得られた精子が少なかった場合等に複数回の射出精子の凍結を実施することは可能であること。ただし、凍結精子の使用にあたっては、新鮮精子と比較して、凍結による影響があることについて患者に適切に説明を行うとともに、患者への身体的な負担にも配慮しつつ、必要な範囲内で実施すべき点に留意すること。

問 25 問 24 の場合、その後、「2 精子凍結保存維持管理料」への算定に切り替わる時期についてどのように考えればよいか。

(答) 「1 精子凍結保存管理料 (導入時)」を複数回算定している場合には、当該管理料の直近の算定日から1年が経過するまでは、「2 精子凍結保存維持管理料」は算定できず、「2 精子凍結保存維持管理料」は、「1 精子凍結保存管理料 (導入時)」を最後に算定した日から1年を経過した場合に算定する。

※算定イメージ



問 26 「疑義解釈資料の送付について (その1)」(令和4年3月31日付医療課事務連絡) 問 72 から問 75 における胚凍結保存管理料に係る取扱いについて、精子凍結保存管理料における治療の中断等に係る取扱いに関しても同様と考えてよいか。

(答) よい。この場合、「凍結保存」又は「胚凍結保存」とあるのは、「精子凍結保存」と読み替え、「胚凍結保存管理料」とあるのは、「精子凍結保存管理料」と読み替え、「1 胚凍結保存管理料(導入時)」とあるのは、「1 精子凍結保存管理料(導入時)」と読み替え、「2 胚凍結保存維持管理料」とあるのは、「2 精子凍結保存維持管理料」と読み替えるものとする。

問 27 胚凍結保存管理料に係る問 9 から問 12 までの取扱いは、精子凍結保存管理料における算定期間等に係る取扱いに関しても同様と考えてよいか。

(答) よい。この場合、「胚」とあるのは、「精子」と読み替え、「胚凍結保存管理料」とあるのは、「精子凍結保存管理料」と読み替え、「1 胚凍結保存管理料(導入時)」とあるのは、「1 精子凍結保存管理料(導入時)」と読み替え、「2 胚凍結保存維持管理料」とあるのは、「2 精子凍結保存維持管理料」と読み替えるものとする。

問 28 精子凍結保存管理料を算定する場合において、同日に生殖補助医療管理料を算定することは可能か。

(答) 要件を満たせば算定可能。

問 29 精子凍結保存管理料の要件にあるように、精子の数等を検査する場合については、「D004」穿刺液・採取液検査の「5」精液一般検査は算定可能か。

(答) 要件を満たせば算定可能。

問 30 以前に高度乏精子症と診断され、精子凍結保存管理料を算定していた患者において、改めて精子を採取して凍結保存をする際に、高度乏精子症の診断基準を満たさなかった場合については、精子凍結保存管理料は算定可能か。

(答) 算定不可。

問 31 令和6年6月1日より前から凍結保存されている精子については、「1 精子凍結保存管理料 (導入時)」と「2 精子凍結保存維持管理料」のいずれを算定すべきか。

(答) 令和4年4月1日以降に保険診療として凍結された精子であって、精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者における射出精子については、凍結保存を実施した日付から1年を経過した日から「2 精子凍結保存維持管理料」を算定できる。この場合凍結保存を開始した日付について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

また、令和4年4月1日より前に保険外の診療として凍結保存された精子であって、精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者における射出精子については、「2 精子凍結保存維持管理料」を算定できる。この場合、令和6年6月1日以降に精子凍結保存管理料を算定した日を起算点とすることとなるが、同日より前に凍結保存に関する費用を徴収している場合には、同日以降であっても、その契約期間中は「2 精子凍結保存維持管理料」は算定できないこと。この場合において、例えば、同日より前の診療に係る当該契約を解消し、令和6年6月1日以降の保存に要する費用を患者に返金した上で、同日から「2 精子凍結保存維持管理料」を算定することは差し支えないこと。

問 32 令和6年6月1日より前から凍結保存されてる精子であって、精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者における射出精子ではない精子については、精子凍結保存管理料を算定可能か。

(答) 不可。ただし、選定療養として、医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解に係る費用を徴収可能。

【その他】

問 33 不妊症の患者とそのパートナーの属する保険者が異なる場合において、①採取精子調整管理料、②精子凍結保存管理料 (導入時) のイ、③精子凍結保存管理料 (導入時) のロ又は④凍結保存維持管理料のそれぞれについて請求方法如何。

(答) それぞれ以下のとおり。

[①採取精子調整管理料、②精子凍結保存管理料（導入時）のイ]

精巣内精子採取術等の男性不妊治療については、当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求することから、その後に算定される採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料（導入時）のイについては、男性の属する保険者に対して請求すること。

[③精子凍結保存管理料（導入時）のロ]

高度乏精子症に対する射出精子の凍結保存については、当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求すること。

[④精子凍結保存維持管理料]

精子凍結保存維持管理料については、当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求すること。

医科診療報酬点数表関係 (D P C)

1. D P C対象病院の基準について

問1-1 診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

(答) 診療情報の管理、入院患者についての疾病統計における I C D 10 コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

2. D P C対象患者について

問2-1 D P C対象患者は、自らの意志で診断群分類点数表と医科点数表のいずれにより算定するかを選択することができるのか。

(答) 選択できない。

問2-2 同一日に入退院する、いわゆる「1日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいか。

(答) 包括評価の対象と考えてよい。

問2-3 午前0時をまたぐ1泊2日の入院についても、入院した時刻から24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる。

問2-4 D P C算定の対象外である病棟からD P C算定の対象病棟に転棟したが、転棟後24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後24時間以内に死亡した」患者であり、転棟後24時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。

問2-5 包括評価の対象外となる臓器移植患者は、D P C算定告示に定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。

(答) そのとおり。

問2-6 D P C対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院している者のうち、当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。

(答) 入院している病棟(床)で判断するため、包括評価の対象とならない。

問2-7 分娩のために入院中の患者が、合併症等に罹患して保険給付が開始された場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。なお、包括評価の対象となる場合には、保険給付が開始された日を入院の起算日とする。

問2-8 治験、臓器移植、先進医療を行った患者等、包括評価の対象外となる患者がいったん退院し、同じ病院に再入院した場合は、包括評価の対象患者として算定してよいか。

(答) 医学的に一連の診療として判断される場合は、医科点数表により算定すること（包括評価の対象患者とはならない。）。

問2-9 外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合、当該患者は包括評価の対象となるのか。

(答) 入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。

問2-10 先進医療として認められている技術が、医療機器の保険収載等の理由により、途中で保険適用となった場合、該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。

(答) 保険適用となる前に当該技術による治療を受けた入院の場合には包括評価の対象外となる。保険適用後に当該技術による治療を受けた患者については包括評価の対象となる。

問2-11 厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが、告示されていない診断群分類区分が適用される場合、その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。

(答) 当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず、包括評価の対象となる（薬剤名と対象診断群分類区分が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。）。

問2-12 主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる。

問2-13 労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される場合は、医科点数表により算定するのか。

(答) 医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

問2-14 交通事故による患者も、医療保険が適用される場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 包括評価の対象となる。

問2-15 DPC対象病院において区分番号「A400」短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施した患者については、どのように算定するのか。

(答) DPC対象病院においては、DPC/PDPSによる算定を行う病床に限らず、全ての病床において短期滞在手術等基本料3は算定できない。

3. 診断群分類区分の適用の考え方について

【「医療資源を最も投入した傷病」について】

問3-1-1 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

(答) 「医療資源を最も投入した傷病」は、入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医がICD10コードにより選択する。

問3-1-2 「一連」の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。

(答) そのとおり。

問3-1-3 「医療資源を最も投入した傷病」については、DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。

(答) 含めない。DPC算定病床に入院していた期間において、「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。

問3-1-4 合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に、合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。

(答) そのとおり。

問3-1-5 「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。

(答) あり得る。

問3-1-6 抜釘目的のみで入院したが、「医療資源を最も投入した傷病」は「〇〇骨折」でよいか。

(答) 「〇〇骨折」でよい。

問3-1-7 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するに当たり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料や手術で使用した薬剤料を含めることができるか。

(答) 含めることはできない。

問3-1-8 いわゆる疑い病名により、診断群分類区分を決定してよいか。

(答) 原則として入院期間中に診断を確定し、確定した病名で診断群分類区分を決定すること。ただし、検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては、疑い病名により診断群分類区分を決定することができる。

問3-1-9 「医療資源を最も投入した傷病」として「U07.1 コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの」又は「U07.2 コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されていないもの」を選択した患者については、どのような算定となるか。

(答) 医科点数表により算定する。診療報酬明細書の摘要欄に「U07.1」又は「U07.2」と記載すること。

問3-1-10 「医療資源を最も投入した傷病」として「心拍の異常 (R00) からその他の診断名不明確及び原因不明の死亡 (R99) まで」は選択しないこととされているが、以下のように、「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」が選択されうる患者については、どのようにすればよいか。

- ① 乳癌の既往がある遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して区分番号「K 8 8 8」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）を行う場合
- ② 卵巣癌の既往がある遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して区分番号「K 4 7 5」乳房切除術を行う場合

(答) 実施した手術等に基づき、卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 (120010) 又は乳房の悪性腫瘍 (090010) に該当する I C D 10 コードを選択し、「傷病情報」欄の「入院時併存傷病名」には「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」を記載すること。問の例の場合については以下のとおり。

- ① 卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 (120010) に該当する I C D 10 コードを選択し、「子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）等あり」を選択する。

② 乳房の悪性腫瘍（090010）に該当する ICD10 コードを選択し、「その他の手術あり」を選択する。

なお、いずれの場合においても「傷病情報」欄の「入院時併存傷病名」に「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」を記載する。

問3-1-11 「医療資源を最も投入した傷病」として、異なる診断群分類区分上6桁に該当する複数の ICD10 コードが選択されうる以下の場合については、どのようにすればよいのか。

① 慢性維持透析を行っている慢性腎臓病患者の透析シャント病変に対して、区分番号「K608-3」内シャント血栓除去術、「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術又は「K616-7」ステントグラフト内挿術（シャント）を行う場合

② 人工股関節置換術後の人工関節周囲骨折（外傷によるもの）に対して、区分番号「K046-2」観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）の「1」肩甲骨、上腕、大腿を行う場合

（答）それぞれ以下のとおり。

① 原則として、慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全（110280）に該当する ICD10 コードを選択する。

② 原則として、関節・大腿近位の骨折（160800）に該当する ICD10 コードを選択する。

【「手術」について】

問3-2-1 手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても、入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定をしてよいか。

（答）入院診療計画等に手術を実施することが記載されており、かつ、患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。

問3-2-2 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として、主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが、算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合、当該手術に係る分岐を選択することができるのか。

（答）選択することができる。ただし、算定しなかった手術の区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載すること。

問3-2-3 区分番号「K678」体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）のように一連の治療につき1回しか算定できない手術について、算定できない2回目以降の手術に係る入院についても「手術あり」で算定することができるのか。

（答）「手術あり」で算定することができる（2回目の入院で区分番号「K678」体外衝撃波胆石破砕術を再び行った場合、手術料は算定することができないが、診療行為として行われているため、「手術あり」として取り扱う。）。ただし、その区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載すること。

問3-2-4 診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第2章第10部手術に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。

（答）「手術あり」を選択する。ただし、第13款に掲げる手術等管理料又は区分番号「K920-2」輸血管管理料のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

問3-2-5 手術の有無による分岐の決定において、第13款に掲げる手術等管理料又は区分番号「K920-2」輸血管管理料のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。

（答）そのとおり。

問3-2-6 他院において手術の実施後に自院に転院した患者については、自院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。

（答）そのとおり。

問3-2-7 入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も、診断群分類区分は「手術あり」として選択するのか。

（答）そのとおり。

問3-2-8 手術の区分番号「K〇〇〇」において、「●●術は区分番号「K△△△の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類区分を決定する際は「準用元の手術で判断すること」となっているが、これは区分番号「K〇〇〇」で判断するということか。

(答) そのとおり。

【「手術・処置等1・2」について】

問3-3-1 区分番号「D291-2」小児食物アレルギー負荷検査を16歳以上の患者に対して行った場合、食物アレルギー(080270)の「手術・処置等1」は「あり」を選択するのか。

(答) 「なし」を選択する。

問3-3-2 DPC留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について、例えば区分番号「L100」神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)の「1」神経根ブロックには、他に医科点数表に示されている「トータルスパイナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。

(答) 含まれない。区分番号「L100」の「2」腰部硬膜外ブロック及び区分番号「L100」の「5」仙骨部硬膜外ブロックについても、同様に明示された手技に限る。

問3-3-3 手術に伴う人工呼吸は、医科点数表では「手術当日に、手術(自己血貯血を除く。)に関連して行う処置(ギプスを除く。)の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、DPCについても同様の取扱いか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸なし」の診断群分類区分を選択する。

問3-3-4 診断群分類が胃の悪性腫瘍(060020)等であり、一入院中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術・処置等2」は「2(放射線療法)あり」を選択することとなるのか。

(答) そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合、化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

問3-3-5 化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっている薬剤に加えて、他の薬剤を併用しても選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

問3-3-6 診断群分類区分の決定に当たり、手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。

(答) 選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用、外来・退院時、在宅医療での処方含まれていない。

問3-3-7 診断群分類区分の決定に当たり、手術中に使用した薬剤のみをもって「手術・処置等2」の特定の薬剤名（成分名）での分岐を選択することができるか。

(答) 選択することはできない。特定の薬剤名での分岐には手術中の使用、外来・退院時、在宅医療での処方含まれていない。

問3-3-8 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

(答) 化学療法に含まれない。

問3-3-9 化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。

(答) 抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。問の例では、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。

問3-3-10 「手術・処置等2」に特定の薬剤名（成分名）での分岐がある場合、その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる（薬剤による診断群分類の分岐の指定については、原則として成分名で行っており、先発品か後発品かは問わない。）。

問3-3-11 区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射を実施した場合、「手術・処置等2」の分岐の区分で区分番号「G005」中心静脈注射を選択することができるのか。

(答) 選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。

問3-3-12 手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

問3-3-13 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

問3-3-14 肺の悪性腫瘍（040040）、小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍（060030）及び卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）の「手術・処置等2」において「カルボプラチン+パクリタキセル」が定義されているが、「カルボプラチン」と「パクリタキセル（アルブミン懸濁型）」を併用した場合には、どの分岐の区分を選択するのか。

(答) 「カルボプラチン+パクリタキセルあり」を選択する。

問3-3-15 区分番号「K740」直腸切除・切断術及び区分番号「K740-2」腹腔鏡下直腸切除・切断術を実施し人工肛門造設術を併せて実施した場合に算定する「人工肛門造設加算」について、当該加算を算定する術式及び人工肛門造設術を実施した場合、診断群分類における手術・処置等1の区分番号「K726」人工肛門造設術又は区分番号「K726-2」腹腔鏡下人工肛門造設術を実施したとして、手術・処置等1「あり」を選択してよいか。

(答) そのとおり。なお、レセプトの「診療関連情報」欄に、区分番号「K726」人工肛門造設術又は区分番号「K726-2」腹腔鏡下人工肛門造設術を記載すること。

問3-3-16 放射線療法の定義として「医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。」とあるが、「放射線治療」の部分において評価される特定保険医療材料のみを使用した場合、診断群分類区分は「放射線療法あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 「なし」の診断群分類区分を選択する。

【「その他（定義副傷病名等）」について】

問3-4-1 網膜剥離（020160）については、「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが、いずれの診断群分類区分に該当するかは、一手術で判断するのか、一入院で判断するのか。

(答) 一入院で判断する。

問3-4-2 白内障、水晶体の疾患（020110）について、一入院中において、片眼に白内障の手術を、もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合、重症度等は、「両眼」を選択するのか。

(答) 「片眼」を選択する。

問3-4-3 網膜剥離(020160)について、一入院中において、片眼に区分番号「K275」網膜復位術を実施し、もう一方の片眼に区分番号「K2761」網膜光凝固術(通常のもの)を実施した場合、重症度は「両眼」を選択するのか。

(答)「両眼」を選択する。

診断群分類区分上6桁が同一の疾患について、定義テーブルの「手術」又は「手術・処置等1」に掲げられた同一対応コードに含まれる複数の手術(フラグ97「その他のKコード」を除く。)を左眼、右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。

問3-4-4 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定するのか。また、出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。

(答)他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また、出生時の体重が不明である場合には、最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し、診療報酬明細書には「出生時体重不明」と記載する。

問3-4-5 定義副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」と判断してよいか。

(答)確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には、「定義副傷病なし」と判断する。

問3-4-6 定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類区分上6桁の分類が記載されているが、その疾患の傷病名欄に記載されたICD10コードに該当する場合に「定義副傷病あり」になるということか。

(答)そのとおり。

問3-4-7 定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。

(答)医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無にかかわらず「定義副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。

4. 診療報酬の算定について

問4-1 6月1日から新規にDPC対象病院となる場合、同日以前から入院している患者については、同日から7月31日までの2か月間は医科点数表により算定し、8月1日より包括評価の算定となるのか。

(答) そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

問4-2 外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

(答) そのとおり。

問4-3 入院日Ⅲを超えた日以降に、医科点数表に基づき算定する場合、入院基本料はどの入院料を算定すればよいのか。

(答) 医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。

問4-4 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」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、どのように算定するのか。

(答) 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない）。また、入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

問4-5 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」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、どのように算定するのか。

(答) 転棟前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅱまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア病棟入院料は算定できない）。また、入院日Ⅱを超えた日以降は、地域包括ケア病棟入院料を算定すること。

問4-6 6月1日から新規にDPC対象病院となる場合、同日6月1日以前から入院している患者が同月以降に退院（入院A）し、その後同一傷病により7日以内に再入院した場合（入院B）、入院Aおよび入院Bはどのように算定するのか。

(答) 入院Aについては医科点数表により算定する。また、入院Bについては、診断群分類点数表によって算定することとし、起算日は当該再入院した日とする。

問 4 - 7 医科点数表第 1 章第 2 部入院料等の通則第 8 号の規定による栄養管理体制に係る減算又は通則第 9 号の規定による身体的拘束最小化に係る減算に該当する場合、医科点数表に基づき 1 日につき 40 点を減じて算定するのか。

(答) そのとおり。

5. 医療機関別係数について

問 5 - 1 医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。

(答) 医療機関別係数のうち、機能評価係数 I は施設基準の届出の変更に伴い変更される。また、機能評価係数 II 及び救急補正係数は毎年度に実績を踏まえ変更される。

問 5 - 2 検体検査管理加算の届出を複数行っている場合 (例: I と IV)、医療機関別係数は両方の機能評価係数 I を合算して計算するのか。

(答) 両方の機能評価係数 I を合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。

問 5 - 3 検体検査管理加算に係る機能評価係数 I は検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算することができるか。

(答) 検体検査管理加算に係る機能評価係数 I は、その体制を評価するものであり、検体検査の実施の有無にかかわらず、医療機関別係数に合算することができる。

問 5 - 4 地域医療支援病院であって、紹介受診重点医療機関として公表された病院において、医療機関別係数は区分番号「A 2 0 4」地域医療支援病院入院診療加算及び区分番号「A 2 0 4 - 3」紹介受診重点医療機関入院診療加算に係る機能評価係数 I を合算して計算するのか。

(答) 両方の機能評価係数 I を合算することはできない。どちらか一方を機能評価係数 I に合算すること。

問 5 - 5 機能評価係数 I に関連した施設基準を新たに取得した場合、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に、何か特別な届出が必要か。

(答) 医科点数表に基づく届出のみでよい。なお、機能評価係数 I (データ提出加算に係るものを除く。)は、算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。

問5-6 入院基本料等加算を算定することができない病棟(床)にDPC対象患者が入院している場合、当該入院基本料等加算に係る機能評価係数Iを医療機関別係数に合算することができるか。(例：DPC対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数I)

(答) 機能評価係数Iは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たすこと等により、算定することができるのであれば、全てのDPC対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

問5-7 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算(1病棟薬剤業務実施加算1)を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

(答) 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算(1病棟薬剤業務実施加算1)のように、機能評価係数Iで評価される項目のうち、医科点数表において週1回または月1回算定できるとされているものについては、入院日Ⅲを超えた場合、医科点数表に基づき算定することができる。ただし、入院日Ⅲを超えた日の前日の属する週又は月は算定することができない。なお、「週」、「月」とは、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間、月の初日から月の末日までの1か月をいう。

問5-8 区分番号「A245」データ提出加算について、DPC対象病院において、DPC算定病棟(包括評価の対象)に入院している患者はデータ提出加算1又は2を算定することができるか。

(答) 機能評価係数Iで評価されているため算定することができない。

問5-9 ①DPC算定病棟(包括評価の対象)→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟(包括評価の対象外)と転棟した事例について、データ提出加算1又は2を算定することはできるのか。

(答) ①DPC算定病床(包括評価の対象)において機能評価係数Iで既に評価されているため、算定することができない。

問5-10 ①DPC算定病棟（包括評価の対象）→②DPC算定病棟以外の病棟に転棟した事例について、データ提出加算3又は4はどのように算定するのか。

（答）②の病棟がデータ提出加算3又は4の算定対象病棟の場合のみ、転棟した日から起算して90日を超えるごとにデータ提出加算3又は4を算定する。

6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

問6-1 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院した場合、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

（答）算定することができない。

問6-2 外来で月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

（答）算定することができる。

問6-3 問6-1及び問6-2において、「月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）」とあるが、医科点数表において、月1回のみ算定することとなっている点数であって、診断群分類点数表により包括されるすべての点数を指すのか。

（答）そのとおり。

問6-4 外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）初診料を算定することはできるが、再診料又は外来診療料（時間外加算等を除く。）については算定することはできない。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

問6-5 医科点数表第2章第2部在宅医療に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。

(答) 「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

問6-6 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則第1号に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問6-7 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則第3号に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問6-8 コロンブラッシュ法については、区分番号「D311」直腸鏡検査の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は区分番号「N004」細胞診の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 合算した点数を算定することができる。

問6-9 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」については、写真診断を行った場合は使用フィルム代を10円で除して得た点数を加算して算定するが、本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができない。

問6-10 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料、特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。

(答) そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

問6-11 月の前半が包括評価、月の後半が医科点数表に基づく評価（又は外来）の場合で、月の前半と後半に1回ずつ区分番号「D208」心電図検査を実施した場合、心電図検査の費用は全額算定してよいか。また、その他の生体検査やCT、MRI等についても同様の取扱いとしてよいか。

（答）いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上、算定することとなる。

問6-12 区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査の注9に定められたフィルムの費用は、医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）算定することができない。

問6-13 包括評価の対象患者について、手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。

（答）算定することができない。

問6-14 包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注で定められている加算点数については、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。

問6-15 経皮経肝胆管造影における区分番号「E003」造影剤注入手技は、区分番号「D314」腹腔鏡検査に準じて算定することとされているが、医科点数表に基づき別に算定することができるか。

（答）算定することができない。

問6-16 入院を必要とする侵襲的処置を含む医科点数表第2章第4部画像診断に係る費用は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

問6-17 核医学検査（核医学診断）に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。

（答）そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。

問6-18 医科点数表第2章第9部処置の通則に規定する休日加算、時間外加算及び深夜加算は、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても算定できるとされているが、包括評価の範囲に含まれない処置料について、本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問6-19 包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等の処置料に係る加算点数を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問6-20 医科点数表に基づき算定するギプスの項目について、100分の20等の例により、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) ギプスの項目の基本点数が1,000点以上であっても、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を100分の20等の例により算定した結果、1,000点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができない。

問6-21 診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。

(答) 診断群分類区分の内容にかかわらず、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

問6-22 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また、輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち、「手術」の部において評価されるものについては、別に医科点数表により算定することができる。

問6-23 包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

(答) 医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

問6-24 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実施した場合、注7に規定する加算は算定できるのか。

(答) 算定することができる。

問6-25 区分番号「L100」及び「L101」神経ブロックは別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

(答) そのとおり。

問6-26 出来高算定可能な抗HIV薬には、「後天性免疫不全症候群（エイズ）患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

(答) 含まれない。

問6-27 手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

(答) 手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。

問6-28 問6-26において、手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限ることとされているが、「注射用レザフィリン100mg」、「アラベル内用剤1.5g」及び「アラグリオ顆粒剤分包1.5g」についても同様の取扱いとなるか。

(答) いずれも術前に使用する薬剤であり、別途算定できない。なお、いずれの薬剤も包括評価部分において評価されていることに留意されたい。

問6-29 グランツマン血小板無力症患者（GP IIb-IIIa及び/又はHLAに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの）に使用する「遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤」は出来高で算定することができるのか。

(答) 算定できる。

問6-30 von Willebrand 病患者に使用する「遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤」は出来高で算定することができるのか。

(答) 算定できる。

7. 特定入院料の取扱いについて

問7-1 1日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。

(答) 従来どおり、医科点数表、基本診療料の施設基準等に基づき、所定の手続を行う。

問7-2 区分番号「A301」特定集中治療室管理料を14日間算定していた患者が、引き続き区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病床に転床した場合、21日目まで「15日以上21日以内の期間」の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

問7-3 急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者が、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料を21日間算定した後に区分番号「A301」特定集中治療室管理料を算定する病床に転床した場合、25日目まで「15日以上30日以内の期間」の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

問7-4 一度目の入院時に区分番号「A300」救命救急入院料を上限日数に満たない日数分算定し、診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で退院後7日以内に再入院した場合において、「救命救急入院料」の算定可能病室に入室した際、上限日数まで区分番号「A300」救命救急入院料を算定可能か。

(答) 1回の入院期間とみなし、算定することができない。特定入院料の算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。

問7-5 診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合は、退院してから再入院するまでの期間の日数は入院期間として算入しないが、区分番号「A307」小児入院医療管理料を継続して算定する場合、当該期間中の日数は区分番号「A307」小児入院医療管理料に係る期間として算入しないのか。

(答) そのとおり。

問7-6 包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定している期間においては、その期間中に実施した心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。

(答) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料については、診断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれていないため算定することができる。また、包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算については、特定入院料に係る加算の種類により算定できる範囲が異なるため注意すること。

問7-7 特定入院料の注に規定する加算のうち、医科点数表において併算定できない診療報酬項目が示されているものについて、DPC算定においても同様に扱うのか。

(答) そのとおり。

8. 入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

問8-1 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬剤料(制吐剤等)は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤(併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限る。)に係る薬剤料については算定することができない。また、生理食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料についても算定することができない。

問8-2 入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患者について、入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。

(答) 算定することができる。

問8-3 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合であって、手術・処置等2の分岐が「2放射線療法」「3化学療法ありかつ放射線療法なし」となっているDPCコードについて、化学療法と放射線療法を実施したため、分岐2を選択した場合は、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

問 8-4 悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査 ありを手術・処置等 1 の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

9. 同一傷病での再入院の取扱いについて

問 9-1 包括評価の対象患者が退院日同日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病名」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。

(答) 例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院する場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院を入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について、再入院日の所定診断群分類点表により包括される点数は算定できないものとする。

問 9-2 「一連」の入院とみなす 7 日以内の再入院は、「診断群分類区分の上 2 桁が同一の場合」とされているが、再入院時の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に「一連」か否かを判断することになるのか。

(答) 以下のような 7 日以内の再入院については「一連」とみなす。

- ① 再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類区分上 2 桁と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類区分上 2 桁が一致する場合
- ② 再入院時と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類区分上 6 桁が一致する場合
- ③ 再入院時の「入院の契機となった傷病名」に、定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げる ICDコード以外の ICDコード又は診断群分類手術・処置等の合併症(180040)に定義される ICDコードを選択した場合

問9-3 ①DPC算定病棟（診断群分類点数表により算定）→②地域包括ケア病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれかを算定する病棟又は病床に転棟又は転室（引き続き診断群分類点数表により算定）→③退院→④DPC算定病棟に再入院した事例において、どの時点を起算日として、「7日以内」の再入院であるかを判断することになるのか。

（答）②において、引き続き診断群分類点数表により算定していることから、退院日の翌日から起算して7日以内かどうかで判断する。

問9-4 一度目の入院期間中に、入院日Ⅲを超えて退院した後、診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合、どのように算定すればよいか。

（答）「一連」の入院とみなし、傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

問9-5 DPC対象病院から特別の関係であるDPC対象病院に診断群分類区分上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合は「一連」の入院とみなすのか。

（答）そのとおり。なお、この場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。また、診療報酬明細書の今回入院日欄に「一連」の入院とみなした入院年月日を記載し、摘要欄に「特別」と記載すること。

問9-6 一度目のDPC算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後、DPC算定対象とならない病棟へ転棟し、診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で7日以内に再度DPC算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか。

（答）「一連」の入院とみなし、傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

問9-7 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

（答）DPC算定病棟以外の病棟からDPC算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類区分上2桁が同一である傷病で転棟日から起算して7日以内にDPC算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

問 9-8 同一傷病に該当するか否かは、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類区分上 2 桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。(例) 半月板損傷 (160620) にて入退院後、7 日以内に上腕骨骨折 (160730) にて入院

(答) そのとおり。

問 9-9 7 日以内の再入院であって、前回の入院と今回の入院の「医療資源を最も投入した傷病名」がそれぞれ、唾液腺の悪性腫瘍 (030011)、上咽頭の悪性腫瘍 (030012) のように、診断群分類区分の上 6 桁が 03001x として同一となる場合は、「一連」の入院として取り扱うか。

(答) 「一連」の入院として取り扱う。

10. 退院時処方 の 取扱いについて

問 10-1 退院時処方 は、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

問 10-2 診断群分類区分上 2 桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して 7 日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

(答) 退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類区分上 2 桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

問 10-3 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

問 10-4 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日又は前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

(答) 土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定を取り下げること。

問 10-5 「フォルテオ皮下注キット 600 μ g」及び「テリパラチド BS 皮下注キット 600 μ g「モチダ」」は、内容量が 600 μ g、1 回の使用量が 20 μ g であるが、28 日用の製剤として薬価収載されている。入院時に 1 回分のみ使用する場合、フォルテオ皮下注キット 600 μ g 及びテリパラチド BS 皮下注キット 600 μ g「モチダ」の算定方法はどのようになるか。

(答) フォルテオ皮下注キット 600 μ g 及びテリパラチド BS 皮下注キット 600 μ g「モチダ」は 28 日用製剤であるため、それぞれの薬価を 28 (日分) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料とする。

問 10-6 「オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg」は、内容量が 1.5mg、1 回の使用量が 80 μ g であるが、14 日用の製剤として薬価収載されている。入院時に 1 回分のみ使用する場合、オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg の算定方法はどのようになるか。

(答) オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg は 14 日用製剤であるため、オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg の薬価を 14 (日分) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料とする。

問 10-7 薬価を使用可能日数 (回数) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料として算定することとされている薬剤(「フォルテオ皮下注キット 600 μ g」、「テリパラチド BS 皮下注キット 600 μ g「モチダ」」及び「オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg」)を、入院中に処方した場合、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとすることは可能か。

(答) 入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものとして差し支えない。

問 10-8 薬価を使用可能日数(回数)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされている薬剤について、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したのものとして差し支えないこととされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

(答) 当該取扱いは薬価を使用可能日数(回数)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。

問 10-9 退院後に介護老人福祉施設に入所する場合、退院時処方薬剤料は別に算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

11. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

問 11-1 DPC算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

(答) DPC算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用(対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く。)は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い、当該保険医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。DPC算定病棟に入院している患者については、算定方法にかかわらず(診断群分類点数表・医科点数表のいずれにより算定していても)同じ取扱いである。また、DPC算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床(例:地域包括ケア入院医療管理料)に入院している患者についても同じ取扱いである。

問 11-2 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたDPCの包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。なお、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-3 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたDPCの包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。ただし、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-4 DPC算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断（PET・MRI等）のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしてよいか。

(答) よい。

問 11-5 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合であって、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、当該他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為が行われた場合は、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。なお、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-6 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、外来でしか算定できない診療行為について入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

問 11-7 DPC算定病棟に入院中の患者が他医療機関を受診し先進医療を受けた場合について、入院中の保険医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。

(答) 他医療機関で実施した診療行為に係る費用のうち、保険給付の対象となるものは合議にて精算するが、保険外の費用は合議の対象とはならない。なお、先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。

問 11-8 DPC算定病棟に入院中の患者に対診を実施した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

問 11-9 DPC算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において請求し、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとされているが、当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。

(答) 健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は、消費税が非課税となる（消費税法第6条）。

質問のケースの場合、他医療機関が行う診療にあつては、社会保険診療であるから、当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。（当該合議により得る収入については、診療報酬に照らして妥当であればよく、必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。）

12. データ提出加算について

問 12-1 「DPCの評価・検証等に係る調査」の退院患者調査に準拠したデータの提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも、区分番号「A245」データ提出加算を算定することができるのか。

(答) データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）において提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の1か月分については区分番号「A245」データ提出加算は算定できない。

問 12-2 データ提出に遅延等が認められたため、1か月区分番号「A245」データ提出加算を算定できなくなった場合、当該1か月の診療分はどのように算定するのか。

(答) 包括評価対象分については、当該月診療分の区分番号「A245」データ提出加算に係る機能評価係数Iを医療機関別係数に合算せずに算定すること。

また、包括評価対象外の患者については、当該月の診療分において、医科点数表に基づき、区分番号「A245」データ提出加算を算定することができない。

13. 診療報酬の調整等について

問 13-1 退院時に診断群分類区分が確定した時に、差額を調整する必要性が生じた場合の一部負担金はどのように算定するのか。

(答) 差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。

問 13-2 包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。

(答) 高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

問 13-3 診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要か。

(答) 診断群分類点数表のみで算定する場合は、診断群分類点数表による請求額も月ごとに確定するため、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要ない。

問 13-4 切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後、自費で分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による算定の起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。

(答) そのとおり。

問 13-5 入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつか。また、その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、当該入院全てを医科点数表に基づき再請求する。

問 13-6 臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、退院時に診断群分類区分に該当する場合には、当該入院全てを当該診断群分類区分により再請求する。

問 13-7 入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は、入院期間全てを医科点数表に基づき算定をする。

問 13-8 入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、再度包括評価の対象となる。

問 13-9 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日Ⅲを超えて医科点数表による算定を行っている場合はどのように請求するのか。

(答) 入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

問 13-10 診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することによいか。

(答) そのとおり。

なお、手術等が行われていない場合であっても、予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが、退院時までには予定された手術が行われなかった結果、退院時に決定された請求方法が異なる場合は、請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐により再請求をする。

14. 令和6年度改定に係る経過措置について

問 14-1 改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定により高額薬剤から除外され、かつ、「手術・処置等2」に分岐がない場合、当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。

(答) 当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない）ことから、ツリー図上の分岐の区分に従い診断群分類区分を決定する。改定後も引き続き告示されている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。

問 14-2 改定を挟んで7日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどのようになるのか。

(答) 診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とする。

問 14-3 改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を5月中に実施した場合であって、6月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追加された分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

問 14-4 改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について、6月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。

(例1) 4月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが60日で改定後は入院日Ⅲが30日となっている診断群分類区分が適用される患者の6月分の請求

(例2) 4月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが30日で改定後は入院日Ⅲが60日となっている診断群分類区分が適用される患者の6月分の請求

(答) 例1の場合は医科点数表に基づき算定し、例2の場合は診断群分類点数表に基づき算定する。

問 14-5 改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、改定後の診断群分類区分は6月1日から適用となるが、改定前の診断群分類区分による差額調整は5月31日で終了しているため、6月1日以降の診療報酬から調整の対象となるのか。

(答) そのとおり。

15. 診療報酬明細書関連について

問 15-1 入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合、「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要があるか。また、退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。

(答) 医科点数表に従い、記載する必要がある。

問 15-2 診療報酬明細書の「副傷病名」欄には、該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。

(答) そのとおり。

問 15-3 該当する定義告示上の定義副傷病名が複数存在する患者については、診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した定義副傷病名を記載するのか。

(答) そのとおり。

問 15-4 傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要があるか。

(答) 記載する必要はない。

問 15-5 診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し、ICD10コードを記入するのか。

(答) そのとおり。

問 15-6 入院中に処置を複数回実施した場合は、処置の実施日をどのように記載するのか。

(答) 初回の実施日を記載する。

問 15-7 分娩のために入院中の患者が合併症等に罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合、診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また、「今回退院年月日」欄には保険給付が終了した日を記入するのか。

(答) そのとおり。

問 15-8 審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書はどのようなものか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

(答) DPCの診療報酬明細書のうち、請求点数が38万点以上のものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

問 15-9 入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。

(答) 保険者ごとに診療報酬明細書を作成して請求する。変更前及び変更後の診療報酬明細書に医療保険等が変更された旨を記載するとともに、変更後の診療報酬明細書に変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお、診断群分類区分の変更があった場合であっても、退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため、従前の保険者への請求額は変更されない。

問 15-10 診療報酬改定をまたいで入院している場合、5月診療分DPCレセプトの「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄はどう記載するのか。

(答) 改定前の診断群分類区分による差額調整は5月31日に実施するが、入院中であるため「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄は空白（記載不要）とする。

問 15-11 令和6年5月以前から継続して入院している患者で、5月に分岐に係る手術等を行った場合、6月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するのか。

(答) 5月に実施した手術等について、6月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお、5月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。

問 15-12 区分番号「K921」造血幹細胞採取を行うに当たり、造血幹細胞の末梢血中への動員のためにG-CSF製剤やプレリキサホルを投与するが、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について、DPCレセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。

(答) 本件は、区分番号「K921」造血幹細胞採取の注2の規定による加算に該当するため、造血幹細胞採取に当たって当該薬剤を使用した場合についても、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日に区分番号「K921」造血幹細胞採取の所定点数に当該薬剤の点数を加算する。

歯科診療報酬点数表関係

【歯科診療特別対応加算】

問1 初診時歯科診療導入加算に代わって、歯科診療特別対応加算2が新設されたが、歯科診療特別対応加算2について、初診時のみではなく再診時でも算定可能か。

(答) 算定要件を満たす場合は、再診時でも算定可能。

【歯科外来診療感染対策加算】

問2 令和6年度診療報酬改定前の歯科点数表(以下「旧歯科点数表」という。)の「A000」初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算1の届出を行っていた歯科医療機関における、令和6年6月1日以降の歯科外来診療感染対策加算の経過措置の取扱いについて、どのように考えればよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 令和6年3月31日時点で歯科外来診療環境体制加算1の届出を行っている歯科医療機関が歯科外来診療感染対策加算1を算定する場合
令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要はない。この場合においては、令和7年6月1日以降も歯科外来診療感染対策加算1を引き続き算定する場合は、届出を行う必要がある。
- ② 令和6年3月31日時点で歯科外来診療環境体制加算1の届出を行っている歯科医療機関が歯科外来診療感染対策加算2を算定する場合
令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要がある。なお、この場合において、経過措置は適用されるが、令和7年6月1日以降においても歯科外来診療感染対策加算2を引き続き算定する場合は、再度届出を行う必要がある。ただし、新施設基準を全て満たした上で届出を行った歯科医療機関については、再度届出を行う必要はない。

なお、令和6年3月31日時点で歯科外来診療環境体制加算1の届出を行っていない歯科医療機関が歯科外来診療感染対策加算1又は2を算定する場合は、令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要がある。ただし、この場合において、経過措置は適用されない。

【医療情報取得加算】

問3 「A000」初診料の「注14」及び「A002」再診料の「注11」に規定する医療情報取得加算(以下単に「医療情報取得加算」という。)について、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認(以下「オンライン

資格確認」という。)により患者の診療情報等の取得を試みた結果、患者の診療情報等が存在していなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。

(答) 医療情報取得加算 2 又は医療情報取得加算 4 を算定する。

問 4 医療情報取得加算について、患者が診療情報等の取得に一部でも同意しなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。また、マイナ保険証が破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。

(答) いずれの場合も、医療情報取得加算 1 又は医療情報取得加算 3 を算定する。

問 5 医療情報取得加算について、情報通信機器を用いた診療を行う場合であっても算定できるのか。

(答) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを活用することで、当該加算を算定できる。

なお、情報通信機器を用いた診療において、オンライン資格確認を行うに際しては、事前準備として、次の点について留意すること。

- ・ あらかじめ、保険医療機関又は保険薬局において、オンライン資格確認等システムにおいて「マイナ在宅受付 Web」の URL 又は二次元コードを生成・取得すること等が必要であること。
- ・ 患者において、自らのモバイル端末等を用いて二次元コード等から「マイナ在宅受付 Web」へアクセスし、マイナンバーカードによる本人確認を行うことで、オンライン資格確認が可能となり、薬剤情報等の提供について、同意を登録すること可能となること。

(参考)「訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み(居宅同意取得型)の実施上の留意事項について」(令和 6 年 3 月 21 日保連発 0321 第 1 号・保医発 0321 第 9 号)

<https://iryohokenjyoho.service->

[now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0010235](https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0010235)

問 6 「A 0 0 0」初診料の「注 14」に規定する医療情報取得加算 1 又は 2 について、別紙様式 5 を参考とした初診時間診票は、「A 0 0 0」初診料を算定する初診において用いることでよいか。

(答) よい。その他外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報取得加算 1 又は 2 を算定するときには、別紙様式 5 を参考とした初診時間診票を用いること。

問7 医療情報取得加算1又は2について、初診時間診票の項目について別紙様式5を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか。

(答) 別紙様式5は初診時の標準的な問診票(紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。)の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要さず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。

なお、患者情報の取得の効率化の観点から、オンライン資格確認により情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。

問8 医療情報取得加算1又は2について、初診時間診票の項目について別紙様式5を参考とするとあるが、令和6年6月1日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか。

(答) 必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式5に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること。

問9 「A002」再診料の「注11」に規定する医療情報取得加算3及び4について、「算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。」とあるが、再診時にすべての項目について問診を必ず行う必要があるのか。

(答) オンライン資格確認により情報が得られた項目については、省略して差し支えない。

【医療DX推進体制整備加算】

問10 「A000」初診料の「注15」に規定する医療DX推進体制整備加算(以下「医療DX推進体制整備加算」という。)の施設基準において、「オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等(以下この項において「診療情報等」という。)を診療を行う診察室、手術室又は処置室等(以下「診察室等」という。)において、医師等が閲覧又は活用できる体制を有していること。」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか。

(答) オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用で

きる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。

問 11 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合について、どのように考えればよいか。

(答) 現時点では、令和5年1月26日に稼働した基本機能（電子処方箋の発行・応需（処方・調剤情報の登録を含む。）、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック）に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。

問 12 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。」とされており、アからウまでの事項が示されているが、アからウまでの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。

(答) まとめて掲示しても差し支えない。また、掲示内容については、以下のURLに示す様式を参考にされたい。

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

｜周知素材について（これらのポスターは医療DX推進体制整備加算の掲示に関する施設基準を満たします。）

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

問 13 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。」を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。

(答) 保険医療機関において「マイナ保険証をお出してください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示（問12に示す掲示の例を含む。）を行う必要があり、「保険証をお出してください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない。

【口腔管理体制強化加算】

問 14 「B000-4-2」小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準において、「歯科疾患の重症化予防に資する継続管理（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理及び口腔機能の管理を含むものであること。）並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等に関する適切な研修」を受講した歯科医師が求められているが、どのような内容の研修が該当するのか。

(答) 「歯科疾患の重症化予防に資する継続管理（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理及び口腔機能の管理を含むものであること。）並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等に関する適切な研修」については、以下の内容をすべて含むものであること。

- ① う蝕（エナメル質初期う蝕、根面う蝕を含む。）の重症化予防と継続管理
- ② 歯周病の重症化予防と継続管理
（歯周病安定期治療の考え方を含むものであること。）
- ③ 以下のいずれか1つ以上の内容を含む口腔機能管理
 - ・ 口腔機能発達不全症
 - ・ 口腔機能低下症
 - ・ 全身的な疾患を有する患者の口腔機能管理等
（ただし、④及び⑤の研修と同内容の研修は認められないこと。）
- ④ 高齢者・小児の心身の特性
- ⑤ 緊急時対応

問 15 旧歯科点数表のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の届出を行っていた医療機関において、当該施設基準における研修を受講していた歯科医師については、今回、「B000-4-2」小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の要件で追加された根面う蝕の継続管理、小児の心身の特性についての研修のうち、既に受講済みの研修に含まれていない内容についての研修のみを受講することで差し支えないか。

(答) 差し支えない。

問 16 問 15 について、追加で受講する研修は、いつ頃に開催された研修をいうのか。

(答) 届出時点より3年以内に受講している必要がある。なお、既に受講した旧歯科点数表のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準を満たす研修において、根面う蝕の継続管理、小児の心身の特性についての内容が含まれている場合、当該研修の受講は3年以内でなくても差し支えない。

【長期管理加算（周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅳ））】

問 17 長期管理加算について、例えば、「B000-5」周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、「B000-9」周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）で管理を行っていた入院中の患者であって、一連の治療において、外来において「B000-8」周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）で引き続き管理を行っている患者の場合、長期管理加算の起算月については、どのように考えればよいか。

（答）「B000-5」周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算する。なお、外来において「B000-8」周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）で管理を行っていた患者であって、一連の治療において、入院した患者に対して「B000-9」周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）で引き続き管理を行っている患者の場合も同様とする。

問 18 「B000-8」周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の注2又は「B000-9」周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）の注2に規定する長期管理加算について、他の保険医療機関において、「B000-5」周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した患者に対して当該加算を算定する場合の起算月をどのように確認すればよいか。

（答）「B000-5」周術期等口腔機能管理計画策定料を算定する他の保険医療機関から提供された当該患者に係る管理計画書を確認すること。

【口腔機能指導加算（歯科衛生実地指導料）】

問 19 「B001-2」歯科衛生実地指導料の注3に規定する口腔機能指導加算について、「口腔機能の発達不全を認める患者」又は「口腔機能の低下を認める患者」に対して指導を行った場合に算定できるとされているが、病名が口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の場合のみ算定可能なのか。

（答）検査の結果、口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の確定診断には至らなかったが、口腔機能管理の必要性があり口腔機能管理を実施する場合は当該加算を算定可能である。この場合の傷病名は、「口腔機能管理中」として差し支えない。

【訪問歯科衛生指導料】

問 20 「C001」訪問歯科衛生指導料の注3に規定する複数名訪問歯科衛生指導加算について、算定留意事項通知の（4）において「複数名による訪問歯科衛生指導の必要性については、前回訪問時の状況等から判断する。」とあるが、当該医療機関からの直近の訪問が、歯科衛生士のみの訪

問による訪問歯科衛生指導であった場合について、どのように考えればよいか。

(答) 歯科医師が前回訪問した時の状況及び訪問歯科衛生指導を行った際の歯科衛生士の報告等を踏まえ、歯科医師が総合的に判断することとする。

【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】

問 21 「C001-7」在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について、例えば、「C001-3」歯科疾患在宅療養管理料を算定した日と別日に実施した場合であっても当該指導料は算定可能か。

(答) 算定可能。なお、「C001-5」在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び「C001-6」小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した日と別日に実施した場合であっても同様に算定可能。

【加圧根管充填処置】

問 22 「I008-2」加圧根管充填処置の注4に規定するNi-Tiロータリーファイル加算について、「歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いて根管治療を行った場合であって、Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合」に算定することとされているが、Ni-Tiロータリーファイル加算を算定するにあたって、令和6年度診療報酬改定前の施設基準において求められていた手術用顕微鏡加算に係る届出は不要になったということによいか。

(答) そのとおり。

【歯周病重症化予防治療】

問 23 「B000-4-2」小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、「I011-2」歯周病安定期治療を行っていた患者が病状の改善により「I011-2-3」歯周病重症化予防治療に移行する場合であって治療間隔の短縮が必要とされる場合は、治療間隔を短縮して歯周病安定期治療を実施していた患者のみ、歯周病重症化予防治療を毎月算定できるのか。

(答) この場合は、実施していた歯周病安定期治療の治療間隔によらず、歯周病重症化予防治療を毎月算定できる。

【口腔内装置】

問 24 「I017」口腔内装置の「又 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、算定留意事項通知の(17)において「当該外傷歯の受傷日から起算して1年を超えた場合は、算定できない。」とされているが、受傷日について、どのように考えればよいか。

(答) 患者が、当該外傷の受傷時に、口腔内装置を算定する保険医療機関を受診

した場合は当該保険医療機関の受診日、それ以外の場合は患者又はその家族から聞き取った受傷日を受傷日とする。

問 25 「I 0 1 7」口腔内装置の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、算定留意事項通知の(17)において「当該外傷歯の受傷日から起算して1年を超えた場合は、算定できない。」とされているが、令和6年5月以前に受傷した場合について、どのように考えればよいか。

(答) 当該外傷の受傷日から起算して1年以内であれば、受傷日が令和6年5月以前であっても、「I 0 1 7」口腔内装置の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」を算定して差し支えない。

問 26 「I 0 1 7」口腔内装置の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、対象は暫間固定等を行った患者とされているが、当該保険医療機関において「I 0 1 4」暫間固定を算定していない場合は算定できないのか。

(答) 「I 0 1 4」暫間固定を算定していない場合であっても、当該外傷歯の歯冠をエナメルボンドシステム等により固定した患者に対しては算定可能。この場合において、その旨を診療録に記載すること。

【舌接触補助床】

問 27 「I 0 1 7-1-3」舌接触補助床について、口腔機能低下症の患者に対して製作する場合は、「D 0 1 2」舌圧検査を行い、その結果として低舌圧に該当している必要があるのか。

(答) そのとおり。

問 28 「I 0 1 7-1-3」舌接触補助床について、口腔機能低下症の患者に対して製作する場合、当該患者について「B 0 0 0-4-3」口腔機能管理料を算定している必要があるのか。

(答) 口腔機能管理料の算定の有無にかかわらず、口腔機能低下症と診断されていて、「D 0 1 2」舌圧検査の結果、低舌圧に該当する患者に対して、舌接触補助床を製作し、装着することができる。

【口腔バイオフィルム除去処置】

問 29 「I 0 1 1」歯周基本治療について、令和6年度改定前は「区分番号D 0 0 2-6」に掲げる口腔細菌定量検査を行った場合、有歯顎患者に限り口腔バイオフィルム感染症の治療を目的として、「1 スケーリング」に限り算定して差し支えない。」とされており、当該スケーリングは3分の1顎

単位で実施するものとされていたが、「I030-3」口腔バイオフィルム除去処置についても同様に3分の1額単位で実施するのか。

(答)「I030-3」口腔バイオフィルム除去処置は、1口腔単位で実施するものとする。

問30 「I030-3」口腔バイオフィルム除去処置について、「口腔バイオフィルムの除去が必要な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔バイオフィルムの除去を行った場合に、月2回に限り算定する。」とあるが、「D002-6」口腔細菌定量検査の「1 口腔細菌定量検査1」の結果、口腔バイオフィルム感染症と診断された患者に対して当該処置を行う場合について、1回の検査に基づき行うことができる当該処置の回数に制限はあるのか。

(答) 口腔バイオフィルム感染症と診断された患者に対しては、口腔内の汚染状況が改善し、歯科医師が治癒したものと判断した上で改めて検査を実施するまでの間は、1回の検査に基づき当該処置を行うことができる。

問31 「D002-6」口腔細菌定量検査の「1 口腔細菌定量検査1」の結果を踏まえて「I030-3」口腔バイオフィルム除去処置を行った場合であって、口腔内の状態に改善がみられ歯周病治療に移行するに当たっては、再度口腔細菌定量検査を行ったうえで「D002」歯周病検査を行う必要があるのか。

(答)「I030-3」口腔バイオフィルム除去処置を行い、口腔内の状態に改善がみられた場合は、原則として再度口腔細菌定量検査を行うものであるが、歯周病治療に移行するに当たっては、必ずしも再度の口腔細菌定量検査を行わなくとも、「D002」歯周病検査を行い、歯周病治療に移行してもよい。

【歯周外科手術】

問32 「I011-2」歯周病安定期治療の算定留意事項通知(7)において「歯周病安定期治療を実施後に行う歯周外科手術は、所定点数の100分の50により算定する。」とされているが、歯周病の治療を目的としない歯周外科手術を行う場合について、どのように考えればよいか。

(答) 所定点数により算定可能。なお、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該手術の目的を記載する。

問33 「J063」歯周外科手術の算定留意事項通知(1)において、「歯周病の治療を目的としない「6 歯肉歯槽粘膜形成手術」を実施した場合はこの限りではない。」とあるが、これには歯周病の治療を目的としない「へ

結合組織移植術」を実施した場合も含まれるのか。

(答) 留意事項通知(1)の「6 歯肉歯槽粘膜形成手術」には、「イ歯肉弁根尖側移動術」から「へ 結合組織移植術」までのすべてが含まれる。

なお、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)別添3の問36及び「疑義解釈資料の送付について(その6)」(平成28年9月1日)別添1の問9は廃止する。

【顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術】

問34 下顎骨形成術において、両側に別個に使用された顎骨の固定等に用いた骨体固定金属板の撤去を行った場合は、「J074」顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術の「2 困難なもの」の「イ 手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合」×2として算定できると考えてよいか。

(答) 両側に別個の皮切を行い、顎骨の固定等に用いた骨体固定金属板を、左右別個に撤去した場合にあっては、同一皮切により行い得る範囲にあたらなないことから、「J074」顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術の「2 困難なもの」の「イ 手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合」×2として算定して差し支えない。ただし、左右別個に使用された骨体固定金属板であっても、連続した一つの皮切によって撤去した場合にあっては、J074に掲げる顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術の「2 困難なもの」の「ロ 手術範囲が全顎にわたる場合」×1として算定する。なお、「疑義解釈資料の送付について(その4)」(平成18年4月24日事務連絡)別添1の問13は廃止する。

問35 上顎骨形成術としてLe Fort I型切離を行った場合において、一連の行為として複数の骨体固定金属板を使用し、切離した顎骨の固定を行った場合における骨体固定金属板を撤去する場合は、「J074」顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術の「2 困難なもの」の「イ 手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合」×2又は「ロ 手術範囲が全顎にわたる場合」のどちらを算定するのか。

(答) 「2 困難なもの」の「ロ 手術範囲が全顎にわたる場合」を算定する。なお、複数の骨体固定金属板の撤去にあたり、別の皮切を行った場合であっても、「2 困難なもの」の「ロ 手術範囲が全顎にわたる場合」を算定すること。

【テンポラリークラウン】

問36 「M003-2」テンポラリークラウンについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った歯に対して算定可能か。

(答) 算定不可。なお、ブリッジの支台歯については、「M004」リテーナーを算定する。

【光学印象】

問 37 「M003-4」光学印象の注1における「デジタル印象採得装置」とは、具体的にはどのようなものか。

(答) 特定診療報酬算定医療機器であって、薬事承認上の類別が「機械器具(60) 歯科用エンジン」、一般的名称が「デジタル印象採得装置」であり、「デジタル手法により、歯科修復物等のコンピュータ支援設計(CAD)及びコンピュータ支援製造(CAM)に用いるための三次元形状データを取得するもの」という条件を満たす医療機器をいう。なお、詳細については、「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」(令和6年3月5日保医発0305第11号)を参照されたい。

【歯科技工士連携加算、光学印象歯科技工士連携加算】

問 38 「M003」、「M006」及び「M007」に規定する歯科技工士連携加算1、歯科技工士連携加算2及び「M003-4」に規定する光学印象歯科技工士連携加算について、対面又は情報通信機器を用いて口腔内の確認等を行った歯科技工士が補綴物の製作を行う必要はあるか。

(答) 口腔内の確認等を行った歯科技工士が補綴物の製作まで行うことが想定されるが、別の歯科技工士が、口腔内の確認等を行った歯科技工士から補綴物に係る情報について十分な共有を受け、口腔内の確認等を行った歯科技工士と連携した上で当該補綴物を製作する場合は、当該別の歯科技工士が製作する場合においても当該加算を算定して差し支えない。

問 39 歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2について、「同時に2以上の補綴物の製作を目的として」とあるが、例えば、上顎両側中切歯にM011「レジン前装金属冠」を2個製作する場合において、同時に印象採得を行う場合の取扱いについてどのように考えればよいか。

(答) 同時に複数の歯冠補綴物に係る印象採得を行う場合においては、当該加算は1回に限り算定可能。

問 40 上下顎の義歯を製作する場合の歯科技工士連携加算1の取扱いについて、例えば、上顎義歯については、咬合採得時に歯科技工士連携加算1を算定し、下顎義歯については、仮床試適時に歯科技工士連携加算1を算定することは可能か。

(答) 可能。なお、歯科技工士連携加算2についても同様の取扱いである。

【装着】

問 41 「M005」装着の注1及び注2に規定する内面処理加算について、セ

メントにプライマー処理等の機能が含まれており、歯質に対する接着力を向上させるためのプライマー処理等が不要である接着性レジンセメントを用いて装着した場合は算定可能か。

(答) 算定不可。なお、プライマー処理等の機能が含まれているセメントについても、さらに接着力を向上させる目的で、別にプライマーを用いて歯質に対する処理等を行った場合は内面処理加算を算定して差し支えない。

【接着冠】

問 42 「M010-3」接着冠について、「支台歯のうち少なくとも1歯の切削をエナメル質内にとどめ」とあるが、支台歯に対してグループ付与を行う際に、やむを得ない場合は象牙質まで切削してよいか。

(答) 接着ブリッジ製作にあたっての支台歯の切削はエナメル質内にとどめることとするが、グループ付与の際において、必要がある場合には象牙質まで切削して差し支えない。

問 43 「M015-2」CAD/CAM冠「2 エンドクラウンの場合」について、CAD/CAM冠用材料との互換性が制限されない歯科用CAD/CAM装置を用いて咬合面全体を被覆する形態のCAD/CAMインレーを製作した場合は算定可能か。

(答) 算定不可。CAD/CAM冠「2 エンドクラウンの場合」は、歯科用CAD/CAM装置を用いて、歯冠部と髓室保持構造を一塊にした歯冠補綴物を製作した場合をいい、咬合面全体を被覆する形態のCAD/CAMインレー（補助的保持形態を有するものを含む。）は含まれない。

なお、エンドクラウンについては、公益社団法人日本補綴歯科学会の「保険診療におけるCAD/CAM冠の診療指針2024」を参考とすること。

【有床義歯】

問 44 「M018」有床義歯について、「模型上で抜歯後を推定して製作する即時義歯は認められるが、即時義歯の仮床試適に係る費用は算定できない。」とあるが、抜歯予定部位が残根又は根面被覆等であって、仮床試適が可能な場合の有床義歯の取扱いについて、どのように考えればよいか。

(答) 即時義歯の仮床試適については算定できない。ただし、抜歯予定部位が残根又は根面被覆等であって、仮床試適が可能な場合においては、有床義歯を製作した上で、仮床試適を算定しても差し支えない。

【歯科矯正相談料】

問 45 「N001-2」歯科矯正相談料の「1 歯科矯正相談料1」について、「N000」歯科矯正診断料又は区分番号「N001」顎口腔機能診

断料の施設基準のみ届け出れば算定可能か。

(答)「1 歯科矯正相談料1」は、「N000」歯科矯正診断料又は区分番号「N001」顎口腔機能診断料の施設基準の届出を行っている医療機関において算定可能であり、新たな施設基準の届出は不要である。

問 46 「N001-2」歯科矯正相談料について、診療録に健康診断の実施日、結果、学校名を記載することとされているが、診療録への記載に代えて学校健康診断の結果の写しを添付してもよいか。

(答) 差し支えない。

問 47 「N001-2」歯科矯正相談料の算定留意事項通知(6)において、「第13部歯科矯正に掲げる歯科矯正の適応とならないと診断された患者であって、咬合異常又は顎変形症以外の歯科疾患について継続的管理が必要な場合は、「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料を算定できる。」とされているが、口腔機能発達不全症により継続的管理が必要な場合は、歯科疾患管理料及び「B000-4-2」小児口腔機能管理料は算定可能か。

(答) 算定可能。

調剤報酬点数表関係

【横断的事項】

問1 オンライン会議システムや e-learning 形式等を活用し、研修を実施することは可能か。

(答) 可能。なお、オンライン会議システム、動画配信や e-learning 形式を活用して研修を実施する場合は、それぞれ以下の点に留意すること。

<オンライン会議システムを活用した実施に係る留意点>

○出席状況の確認

(例)

- ・ 受講生は原則として、カメラをオンにし、講義中、事務局がランダムな時間でスクリーンショットを実施し、出席状況を確認すること。
- ・ 講義中、講師等がランダムにキーワードを表示し、受講生に研修終了後等にキーワードを事務局に提出させること。

○双方向コミュニケーション・演習方法

(例)

- ・ 受講生からの質問等については、チャットシステムや音声発信を活用すること。
- ・ ブレイクアウトルーム機能を活用してグループごとに演習を実施後、全体の場に戻って受講生に検討内容を発表させること。

○理解度確認

(例)

- ・ 確認テストを実施し、課題を提出させること。

<動画配信又は e-learning 形式による実施に係る留意点>

○研修時間の確保・進捗の管理

(例)

- ・ 主催者側が、受講生の学習時間、進捗状況、テスト結果を把握すること。
- ・ 早送り再生を不可とし、全講義の動画を視聴しなければレポート提出ができないようにシステムを構築すること。

○双方向コミュニケーション

(例)

- ・ 質問を受け付け、適宜講師に回答を求めるとともに、質問・回答について講習会の Web ページに掲載すること。
- ・ 演習を要件とする研修については、オンライン会議システムと組み合わせて実施すること。

○理解度の把握

(例)

- ・ 読み飛ばし防止と理解度の確認のため、講座ごとに知識習得確認テストを設定すること

【地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算】

問2 地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算の施設基準において、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて各加算の要件に示す情報を周知することとされているが、どのように周知すればよいのか。

(答) 各加算の施設基準において求められる機能等について、地域の住民や行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等が当該情報を把握しやすいよう、市町村や地区の単位で整理し、周知することが求められるため、保険薬局においては、当該薬局の所在地の地域でこれらの対応を実施することになる行政機関又は薬剤師会等と相談されたい。また、このような情報は定期的に更新されている必要があり、さらに、都道府県単位で集約して周知されていることがより望ましい。

各加算に関して周知すべき情報としては、各加算の要件に基づき、例えば以下のようなものが考えられるが、これらに限らず地域にとって必要な情報を収集及び整理すること。

○地域支援体制加算

(当該加算で求めている周知すべき情報)

休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る情報

(具体的な項目例)

- ・ 休日、夜間に対応できる薬局の名称、所在地、対応できる日時（開局日、開局時間）、連絡先等（地域ごとに、輪番制の対応も含め、具体的な日付における休日、夜間対応できる薬局の情報を示すこと）

○連携強化加算

(当該加算で求めている周知すべき情報)

災害や新興感染症における対応可能な体制に係る情報

(具体的な項目例)

- ・ 改正感染症法に基づく第二種協定指定医療機関としての指定に係る情報
- ・ オンライン服薬指導の対応の可否

- ・ 要指導医薬品・一般用医薬品の取扱いに係る情報
- ・ 検査キット（体外診断用医薬品）の取扱いに係る情報

○在宅薬学総合体制加算

（当該加算で求めている周知すべき情報）

患者の急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る情報

（具体的な項目例）

- ・ 開局時間外の在宅業務への対応の可否（対応可能な時間帯を含む。）
- ・ 医療用麻薬（注射薬を含む。）の取扱いに係る情報
- ・ 高度管理医療機器の取扱いの可否
- ・ 無菌製剤処理の対応の可否（自局での対応の可否を含む。）
- ・ 小児在宅（医療的ケア児等）の対応の可否
- ・ 医療材料・衛生材料の取扱いの可否
- ・ 高度管理医療機器の取扱いの可否

なお、既にこのような情報を地域で整理し、ホームページで公表しているものの、各加算で周知が求められる項目の一部が対応していない場合には、当の間は、対応できていない情報を追加的にまとめた一覧を公表するなどの対応で情報を補完することでも差し支えない。

問3 問2における周知について、薬局機能情報提供制度による情報に含まれる情報については、当該制度の情報提供をもって周知を行ったものとみなしてよいか。

（答）不可。各施設基準において求める情報の周知については、薬局機能情報提供制度による網羅的な情報提供ではなく、地域における医薬品提供体制について、各加算の施設基準において求められる機能をわかりやすくまとめた形で情報提供を行うことが必要であり、また、休日、夜間対応については、地域で対応できる薬局の情報が随時更新される必要がある。

【地域支援体制加算】

問4 令和6年度診療報酬改定前の地域支援体制加算（以下本問において「旧加算」という。）の届出を行っていた保険薬局について、調剤基本料の区分が令和6年6月から変更となる場合であって、新たに令和6年度診療報酬改定後の地域支援体制加算（以下本問において「新加算」という。）の届出を行う場合、新加算に係る経過措置の適用をどのように考えればよいか。

(答) 変更後の調剤基本料に対応した新加算の施設基準に係る経過措置が適用される。(例えば、令和6年5月時点で調剤基本料1及び旧加算1の届出を行っていた保険薬局が、令和6年6月から調剤基本料2に変更となる場合は、新加算3又は4の施設基準の経過措置が適用されることになる。)

問5 地域支援体制加算の施設基準において、要指導医薬品及び一般用医薬品の販売は、「48薬効群の品目を取り扱うこと」とされているが、48薬効群の医薬品全てを薬局で備蓄しておく必要があるのか。

(答) そのとおり。購入を希望して来局する者の求めに応じて、適切な医薬品が提供できるよう、薬局に必要なかつ十分な品目を常備している必要がある。

問6 地域支援体制加算の施設基準における要指導医薬品及び一般用医薬品について、保険薬局に併設される医薬品の店舗販売業(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第25条第1号に基づく許可を有する店舗をいう。)において、これらの要指導医薬品等の全部又は一部を取り扱っている場合について、どのように考えればよいか。

(答) 当該保険薬局において要指導医薬品及び一般用医薬品の販売を求めていることから、販売にあたっての相談応需や指導、情報提供等の対応は薬局で行うことが必要であるが、薬局で要指導医薬品等を販売できる体制であれば、これらの品目を併設される医薬品の店舗販売業に備蓄しているものを用いることは差し支えない。

なお、要指導医薬品等の販売にあたっては、購入を希望して来局する者が、症状等に応じた医薬品が適切に選択できるよう、また、当該薬局を利用している患者であれば当該患者の服薬状況を一元的、継続的に把握することを前提に、必要な指導及び情報提供を行うこと。

問7 地域支援体制加算の施設基準において、「たばこ及び喫煙器具を販売していないこと。」が要件とされているが、この場合における「たばこ」とは何を指すのか。

(答) 健康増進法(平成14年法律第103号)第28条第1号にいう「たばこ」が該当する。また、同法の規制対象とならない喫煙器具であっても、薬局は医療法における医療提供施設であることに加え、地域支援体制加算が地域医療に貢献すること等への評価であることを踏まえ、その取扱いについては適切に対応されたい。

問8 地域支援体制加算について、緊急避妊薬を備蓄するとともに、当該医薬

品を必要とする者に対する相談について適切に応需・対応し、調剤を行う体制を整備していることとされているが、届出にあたっては調剤の実績が必要となるか。

(答) 不要。なお、当該医薬品を必要とする者が来局した際に直ちに対応できる体制を常に整備しておく必要がある。

問9 地域支援体制加算の施設基準において、「オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤等の対応も適切に行えるようにするため、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を踏まえた緊急避妊に係る診療の提供体制整備に関する薬剤師の研修について（依頼）」（令和2年1月17日医薬・生活局総務課長通知）に基づく緊急避妊薬を調剤する薬剤師に対する研修を受講していることが望ましい。」とされているが、研修を受講せずに緊急避妊薬を備蓄している場合であっても要件をみたすか。

(答) オンライン診療に伴い薬局で緊急避妊薬を入手する必要がある者も想定されるため、可能な限り都道府県薬剤師会が開催する研修を受講しておくことが望ましい。なお、都道府県薬剤師会における研修の実施状況により受講することが困難である場合には、今後研修が開催された場合の薬剤師の受講計画を作成しておくこと。

また、緊急避妊薬は単に備蓄していれば要件を満たすものではなく、利用者への相談体制の整備や、地域における相談窓口等を把握しておくことが必要である。

問10 地域支援体制加算の施設基準において、「休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。」とあり、「地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含まれる。」とされているが、例えば年に1回当番として、輪番に参加する場合であっても要件を満たすか。

(答) 満たさない。休日・夜間対応の具体的な頻度は地域の実情に応じて判断すべきものであるが、当該要件が地域医療の確保を評価する観点によるものであることに鑑みれば、形式的に輪番に参加している程度の頻度ではなく、地域において輪番制が十分に機能するよう、定期的に休日・夜間の対応を行うことが必要である。

問11 地域支援体制加算の施設基準において、これまで患者宅で残薬の調整等を行った場合は外来服薬支援料1を算定することで、地域支援体制加算の実績要件に含めることができたが、在宅移行初期管理料を算定した場合に、外来

服薬支援料 1 に相当する業務として地域支援体制加算の実績要件に含まれるような取扱いはできないのか。

(答) できない。在宅移行初期管理料は、地域支援体制加算の実績要件に含まれない。

【在宅薬学総合体制加算】

問 12 在宅薬学総合体制加算 2 の施設基準について、「無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。」とあるが、他の薬局の施設を共同利用することが確保されている場合であっても要件を満たすか。また、クリーンベンチの規格等の要件はあるのか。

(答) 満たさない。在宅薬学総合体制加算 2 は、特に高度な在宅医療の提供体制を評価するものであり、無菌製剤処理に係る要件については、自局で必要な体制を整備していることが必要であるため、共同利用することが確保されていることでは要件を満たさない。また、無菌調剤室・安全キャビネット・クリーンベンチ等の設備を保有していても、速やかに調剤できる状態であれば、要件を満たしていると考えすることはできない。

無菌製剤処理を行うための設備に関しては、特に規格等の要件はないが、薬局で必要な無菌製剤処理ができると判断した体制を構築すること。

なお、無菌製剤処理を実施する環境の確保に当たっては、公益社団法人日本薬剤師会「薬局における無菌製剤（注射剤）の調製について」も参考にされたい。

【医療DX推進体制整備加算】

問 13 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い医療を提供するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。」とされており、(イ) から (ハ) までの事項が示されているが、(イ) から (ハ) までの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。

(答) まとめて掲示しても差し支えない。また、掲示内容については、以下の URL に示す様式を参考にされたい。

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

｜周知素材について（これらのポスターは医療DX推進体制整備加算の掲示に関する施設基準を満たします。）

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

問 14 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険薬局であること。」を当該保険薬局の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。

(答) 保険薬局において「マイナ保険証をお出してください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示(問 13 に示す掲示の例を含む。)を行う必要があり、「保険証をお出してください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない。

【医療情報取得加算】

問 15 令和6年度診療報酬改定前の医療情報・システム基盤整備体制充実加算1又は2を算定した場合において、医療情報取得加算1又は2をいつから算定できるか。

(答) 医療情報取得加算は、診療報酬改定に伴い、加算の名称が変更された点数であり、算定期間の取扱いは改定前の医療情報・システム基盤整備体制充実加算から引き継ぐ。例えば、令和6年5月に医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を算定した場合は、6月経過後に医療情報取得加算1又は2を算定できる。

【特定薬剤管理指導加算1】

問 16 特定薬剤管理指導加算1について、「イ」又は「ロ」に該当する複数の医薬品がそれぞれ処方されている場合に、「イ」及び「ロ」はそれぞれ算定可能か。

(答) 特定薬剤管理指導加算1はハイリスク薬に係る処方に対して評価するものであり、1回の処方で「イ」又は「ロ」に該当する複数の医薬品が存在し、それぞれについて必要な指導を行った場合であっても、「イ」又は「ロ」のみ算定すること。

問 17 特定薬剤管理指導加算1の「イ」について、以下の場合には算定できないと考えてよいか。

- ① 患者としては継続して使用している医薬品ではあるが、当該薬局において初めて患者の処方を受け付けた場合
- ② 同一成分の異なる銘柄の医薬品に変更された場合

(答) いずれもそのとおり。なお、いずれの場合においても、保険薬剤師が必要

と認めて指導を行った場合には、要件をみたせば特定薬剤管理指導加算 1 の「ロ」が算定可能。

【特定薬剤管理指導加算 3】

問 18 特定薬剤管理指導加算 3 について、1 回の処方で「イ」に該当する医薬品と「ロ」に該当する医薬品が同時に処方されている場合に、「イ」及び「ロ」をそれぞれ算定可能か。

(答) 特定薬剤管理指導料 3 の「イ」及び「ロ」は算定できる対象が異なることから、必要事項を満たした説明を行うのであれば算定可能。

問 19 特定薬剤管理指導加算 3 について、1 つの医薬品が、「イ」と「ロ」の両方に該当する場合に、「イ」と「ロ」を重複して算定することが可能か。

(答) 当該事例が生じることは想定されないが、それぞれの観点で必要な説明をしているのであれば算定可能。

問 20 特定薬剤管理指導加算 3 の「イ」について、患者向けの医薬品リスク管理計画（以下、RMP という。）に係る資料を用いて指導を行った場合は、指導に使用した患者向け RMP 資料を薬剤服用歴等に添付もしくは資料の名称等を記載する必要があるのか。

(答) 患者向け RMP 資料の薬剤服用歴等への添付及び資料の名称等の記載は不要であるが、指導の要点を薬剤服用歴等に記載すること。

問 21 特定薬剤管理指導加算 3 の「イ」について、RMP に係る患者向け資料がない医薬品については算定できないのか。また、薬機法の再審査が終了し、RMP の策定・実施が解除された医薬品については算定の対象外になるのか。

(答) いずれの場合も算定不可。RMP 提出品目及び資料については、医薬品医療機器総合機構のウェブサイトにて最新の情報を確認した上で指導をすること。

(<https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/items-information/rmp/0001.html>)

問 22 特定薬剤管理指導加算 3 の「ロ」の後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合には、患者が先発医薬品を希望しているにもかかわらず、説明の結果、後発医

薬品を選択して選定療養とならなかった場合も算定可能か。

(答) 可能である。

【調剤後薬剤管理指導料】

問 23 心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に、新たに糖尿病用剤が処方等された場合に、それぞれの疾患に関して必要な薬学的管理指導等を行った場合に、調剤後薬剤管理指導料「1」及び「2」を同一月に算定可能か。

(答) それぞれの要件を満たせば算定可。ただし、単に慢性心不全の治療にも用いられることがある糖尿病剤が処方されているだけでは要件を満たしたことはないことに留意すること。

【在宅移行初期管理料】

問 24 訪問薬剤管理指導を実施している在宅での療養を行っている患者が入院した場合であって、退院後に再び在宅療養を継続する場合に、在宅移行初期管理料を算定できるか。

(答) 算定不可。本管理料は在宅での療養に移行する予定の患者であって計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前の段階における薬学的管理及び指導に対する評価であり、入院前に訪問薬剤管理指導を実施していた場合など、すでに在宅療養における環境が整っている患者においては、本管理料の対象とならない。

【使用薬剤料】

問 25 使用薬剤料について、特別調剤基本料A又はBを算定する保険薬局において、1処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定することと定められたが、

- ① ここでの「1処方につき7種類以上」とは、「同一処方月日において7種類以上」という理解でよいか。
- ② 当該種類数のカウントの取扱いは、保険薬局が処方箋を受け付けた後に残薬調整等により一部の内服薬が削除された場合においては、削除された内服薬は種類数のカウントに含めないという理解でよいか。
- ③ 医療上の必要性が認められ、賦形・矯味矯臭目的で賦形剤・矯味矯臭剤を保険請求する場合においては、賦形剤・矯味矯臭剤についても当該種類数のカウントに含めるという理解でよいか。

(答) ①～③いずれもそのとおり。

訪問看護療養費関係

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

問1 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）（以下「基準省令」という。）第13条及び13条の2において、明細書の交付が義務化され、「明細書については、公費負担医療の対象である利用者等、一部負担金等の支払いがない利用者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）についても、無償で発行しなければならないこと。」とされたが、例えば、生活保護受給者や自立支援医療（精神通院医療）の利用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。例えば、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り、自立支援医療（精神通院医療）についても対象となる。

問2 明細書の交付について、一部負担金等の支払いがない利用者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものに限る。）には明細書を交付しなくてもよいと解してよいか。

(答) 明細書発行の義務はないが、明細書発行の趣旨を踏まえ、可能な限り発行されるのが望ましい。

問3 基準省令第13条及び13条の2において、明細書の交付が義務化され、「指定訪問看護事業者においては、領収証兼明細書を無償で交付すること。領収証兼明細書の様式は別紙様式4を参考とするものであること。」とされたが、領収証と明細書を分けてそれぞれ交付してもよいか。

(答) 領収証と明細書を分けて交付しても差し支えない。

問4 基準省令第15条第4項において、「身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。」とされ、「緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。」とされたが、切迫性、非代替性及び一時性はどのようなことを指しているか。

(答) 切迫性、非代替性及び一時性とは、それぞれ以下のことを指す。

- ・ 「切迫性」とは、利用者本人又は他の利用者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- ・ 「非代替性」とは、身体的拘束等を行う以外に代替する方法がないこと
- ・ 「一時性」とは、身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

問5 基準省令第21条において虐待の防止のための措置に関する事項を講じることとされたが、介護保険法の規定による指定訪問看護事業者として指定訪問看護ステーションごとに、当該措置を既に講じている場合であっても、医療保険の規定による指定訪問看護事業者として新たに当該措置を講じる必要はあるか。

(答) 介護保険における運営に関する基準により虐待の防止に関する措置を講じている場合には、新たに当該措置を講じる必要はないが、小児や精神疾患を有する者への訪問看護を行う事業所にあつては、これらの利用者に対応できるよう、虐待等に対する相談体制や市町村等の通報窓口の周知などの必要な措置がとられていることが望ましい。

問6 基準省令第24条第2項において、重要事項については、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととされたが、介護サービス情報公表システムに重要事項を掲載している場合はウェブサイトに掲載されていることになるか。

(答) そのとおり。

【届出受理後の措置】

問7 届出受理後において、届出内容と異なった事情が生じ、当該届出基準を満たさなくなった場合又は当該届出基準の届出区分が変更となった場合には、変更の届出を行うこととされているが、精神科訪問看護基本療養費に係る届出書に記載した、当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等が退職し、新たに当該指定訪問看護を行うために必要な経験を有する看護師等を雇用した場合について、変更の届出を行う必要があるか。

(答) 届出内容に変更がある場合は、速やかに変更の届出をすること。

【機能強化型訪問看護管理療養費】

問8 機能強化型訪問看護管理療養費1の届出基準における「専門の研修等」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
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院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研修

なお、①、②及び④については、それぞれいずれの分野及び区分（領域別パッケージ研修を含む。）の研修を受けた場合であっても差し支えない。

【訪問看護管理療養費】

問 9 訪問看護管理療養費について、別紙様式 9 において「同一建物居住者は、訪問看護基本療養費（Ⅱ）又は精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定した利用者の実人数を計上すること。」とされているが、同一月内に訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）についても算定している利用者は同一建物居住者に含むか。

（答）含む。

問 10 訪問看護管理療養費について、「G A F 尺度による判定が 40 以下の利用者の数が月に 5 人以上であること。」とされているが、当該月の訪問看護が利用者の家族に対するものであり、G A F 尺度による判定が行えていない利用者の取扱如何。

（答）当該月に G A F 尺度による判定を行えていない利用者は、当該利用者の数には含めないこと。なお、可能な限り当該月に利用者本人への訪問看護を行い、G A F 尺度による判定を行うことが望ましい。

【24 時間対応体制加算】

問 11 24 時間対応体制加算の 24 時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合における、電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルについて、①相談内容に応じた電話対応の方法及び流れ、②利用者の体調や看護・ケアの方法など看護に関する意見を求められた場合の看護師等への連絡方法、③連絡相談に関する記録方法、看護師等以外の職員への情報共有方法等を記載することとされているが、この 3 点のみ記載すればよいのか。

（答）「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額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 6 年 3 月 5 日保発 0305 第 12 号）で示した①から③までは、マニュアルに最低限記載すべき事項であり、訪問看護ステーションにおいて必要な事項を適宜記載すること。

問 12 24 時間対応体制加算の 24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組の「夜間対応」について、利用者又はその家族等からの訪問日時の変更に係る連絡や利用者負担額の支払いに関する問合せ等の事務的な内容の電話連絡は含まれるか。

（答）含まれない。

問 13 24 時間対応体制加算の 24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組のうち「ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保」とは、具体的にはどのような取組が該当するか。

(答) 例えば、夜間対応した職員の翌日の勤務開始時刻の調整を行うこと等が考えられる。

勤務間隔の確保にあたっては、「労働時間等見直しガイドライン」（労働時間等設定改善指針）（平成 20 年厚生労働省告示第 108 号）等を参考に、従業者の通勤時間、交替制勤務等の勤務形態や勤務実態等を十分に考慮し、仕事と生活の両立が可能な実行性ある休息が確保されるよう配慮すること。

問 14 24 時間対応体制加算の 24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組の「夜間対応」は、「当該訪問看護ステーションの運営規程に定める営業日及び営業時間以外における必要時の緊急時訪問看護や、利用者や家族等からの電話連絡を受けて当該者への指導を行った場合」とされており、また、「翌日とは、営業日及び営業時間外の対応の終了時刻を含む日をいう。」とされているが、例えば、勤務時間割表等では営業時間外から翌日の営業開始時間までの対応に備えている場合であって、「夜間対応」をしたが当該夜間対応が日付を越えずに終了し、その後夜間対応がなかった場合は、どのように取り扱えばよいか。

(答) 夜間（午後 6 時から午後 10 時まで）、深夜（午後 10 時から午前 6 時まで）の時間帯に夜間対応を行った場合は、対応が終了した時間にかかわらず、営業時間外の業務を開始した日の翌日の勤務間隔の調整を行う必要がある。

問 15 24 時間対応体制加算の 24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組の「夜間対応」について、「翌日とは、営業日及び営業時間外の対応の終了時刻を含む日をいう。」とされているが、対応の終了時刻は残業時間を含めた終了時刻を指すのか。それとも残業時間に関わらず勤務表に掲げる終了時刻を指すのか。

(答) 残業時間を含めた終了時刻を指す。

問 16 24 時間対応体制加算の 24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組のうち、「エ 訪問看護師の夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫」とは、具体的にどのような取組が該当するか。

(答) 例えば、夜勤交代制、早出や遅出等を組み合わせた勤務体制の導入などが考えられる。

問 17 24 時間対応体制加算の 24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組の「夜間対応」について、「原則として当該訪問事業所の運営規程に定める営業日及び営業時間以外における必要時の緊急時訪問看護や、利用者や家族等からの電話連絡及び当該者への指導等を行った場合等」とされているが、運営規程において 24 時間 365 日を営業日及び営業時間として定めている場合はどのように取り扱えばよいか。

(答) 24 時間対応体制加算の 24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合については、持続可能な 24 時間対応体制の確保を推進するために、看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていることを評価するものである。

夜間・早朝の訪問や深夜の訪問に係る加算における夜間（午後 6 時から午後 10 時まで）、深夜（午後 10 時から午前 6 時まで）、早朝（午前 6 時から午前 8 時）に計画的な訪問看護等の提供をしている場合を夜間対応とみなした上で、24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合には当該加算を算定して差し支えない。

問 18 24 時間対応体制加算の 24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組のうち、「イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が 2 連続（2 回）まで」について、連絡相談を担当する者の急病等により、やむを得ず夜間対応が 3 連続以上となってしまった場合、直ちに厚生（支）局に届出をし直す必要はあるか。

(答) 夜間対応に係る連続勤務が 3 連続以上となった日を含む、1 か月間の勤務時間割表等上の営業時間外に従事する連絡相談を担当する者の各勤務のうち、やむを得ない理由により当該項目を満たさない勤務が 5 %以内の場合は、当該項目の要件を満たしているものとみなす。

なお、当該勤務時間割表等上の営業時間外について、運営規程において 24 時間 365 日を営業日及び営業時間として定めている訪問看護ステーションにおける取扱いは問 7 を参照されたい。

【特掲診療料の施設基準等の別表第 8 に該当する者】

問 19 特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）の別表第 8 に新たに規定された在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者とは、どのような者が該当するか。

(答) 現に医科点数表区分番号「C 1 0 8 - 3」在宅強心剤持続投与指導管理料を算定している利用者が該当するものであり、当該管理料を算定せずに単に強心剤の持続投与が行われている利用者は該当しない。

材料価格基準関係

【高血圧症治療補助アプリ】

問1 特定保険医療材料の機能区分「227 高血圧症治療補助アプリ」について、「A001」再診料の注12の「イ」地域包括診療加算1若しくは「ロ」地域包括診療加算2、「B001-2-9」地域包括診療料(月1回)又は「B001-3」生活習慣病管理料(I)の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者(入院中の患者を除く。)のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している保険医療機関、又は地域の保険医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において算定する。」とあるが、「地域の保険医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である保険医療機関」とは何を指すのか。

(答) 日本高血圧学会が指定する高血圧認定研修施設であって、医療法に基づく外来機能報告制度における紹介受診重点医療機関を指す。

なお、当該医療機関でアプリを活用して治療を行うにあたり、例えば、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関からの紹介で治療する場合や心筋梗塞等の救急治療で入院後に当該医療機関において一定期間外来でフォローする場合など、具体的な理由について明細書の摘要欄に記載すること。

また、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関での治療が可能かどうか検討を行い、その検討結果について請求時毎に明細書の摘要欄に記載するとともに、可能となった場合には、速やかに地域の医療機関に紹介すること。

問2 問1について、当該特定保険医療材料の算定時点で、日本高血圧学会が指定する高血圧認定研修施設や医療法に基づく外来機能報告制度における紹介受診重点医療機関に指定されている必要があるのか。

(答) そのとおり。具体的には、算定時点において、学会や行政のホームページにおいて掲載されている又は学会や行政に問い合わせれば確認できる状態となっていること。

問3 特定保険医療材料の機能区分「227 高血圧症治療補助アプリ」について、「成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、初回の使用日の属する月から起算して6か月を限度として、初回を含めて月1回に限り算定する。」とあるが、「高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合」について、具体的にはどのような者が対象となるのか。

(答) 20歳以上の本態性高血圧症の患者を対象とする。ただし、既に医師の管

理下で十分にコントロールされている患者は対象外となる。

問4 特定保険医療材料の機能区分「227 高血圧症治療補助アプリ」について、「本品の使用に当たっては、関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。」とあるが、「関係学会の策定するガイドライン及び適正使用指針」とは何を指すのか。

(答) 現時点では、日本高血圧学会が作成した「高血圧治療ガイドライン」及び「高血圧治療補助アプリ適正使用指針」を指す。

【人工内耳用材料】

問5 特定保険医療材料の機能区分「090 人工内耳用材料」における「関連学会が定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の「人工内耳スピーチプロセッサのアップグレード指針」を指す。

事務連絡
令和6年4月12日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その2）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発0305第4号）等により、令和6年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添5までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

医科診療報酬点数表関係

【届出関係】

問1 令和6年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。

(答)「令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」(令和6年3月25日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の別添のチェックリストを参照のこと。

問2 令和6年度診療報酬改定が施行される令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。

(答) 令和6年6月診療分の施設基準の届出については、令和6年5月2日から6月3日まで地方厚生(支)局等において受け付けているところ、令和6年5月下旬以降に地方厚生(支)局等の窓口は届出が集中し、混雑が予想されることから、可能な限り令和6年5月17日までの届出に努めること。

ただし、令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る電子申請は令和6年5月20日から受付開始となるため、留意すること。

【医療DX推進体制整備加算】

問3 「A000」初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算(以下「医療DX推進体制整備加算」という。)の施設基準において、「国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については令和7年9月30日までの間は経過措置が設けられているが、電子カルテ情報共有サービスについて、届出時点で具体的な導入予定等が不明であっても、当該加算は算定可能か。

(答) 経過措置が設けられている令和7年9月30日までの間は、算定可能。なお、電子カルテ情報共有サービスの導入等の具体については、当該サービスが実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

問4 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋管理サービスの運用について」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。)に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については、令和7年3月31日までの間は経過措置が設けられているが、電子処方箋につい

て、届出時点で未導入であっても、当該加算は算定可能か。

(答) 経過措置が設けられている令和7年3月31日までの間は、算定可能。なお、施設基準通知の別添7の様式1の6において、導入予定時期を記載することとなっているが、未定又は空欄であっても差し支えない。

問5 医療DX推進体制整備加算の施設基準で求められている電子処方箋により処方箋を発行できる体制について、経過措置期間終了後も電子処方箋を未導入であった場合、届出後から算定した当該加算についてどのように考えればよいか。

(答) 経過措置期間終了後は、当該加算の算定要件を満たさないものとして取り扱う。

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問6 「A000」初診料の注11本文等に規定する外来感染対策向上加算(以下「外来感染対策向上加算」という。)及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算に関する施設基準において、感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関であることが求められているが、協定指定医療機関の指定を受けた後、都道府県がホームページ上に当該医療機関を協力指定医療機関として掲載するまでの間も、届出は可能か。

(答) 協定指定医療機関の指定を受けた後であれば、届出可能。

【外来感染対策向上加算】

問7 外来感染対策向上加算の施設基準において、「当該保険医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表」していることが求められているが、当該公表については、当該保険医療機関が公表を行う必要があるのか。

(答) 当該保険医療機関のホームページにより公表することが想定されるが、例えば、自治体、地域医師会等のホームページ又は広報誌に掲載されている場合等においては、別に当該保険医療機関のホームページで公表を行う必要はない。

【発熱患者等対応加算】

問8 「A000」初診料の注11ただし書等に規定する発熱患者等対応加算について、「発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定する。」とあるが、情報通信機器を用いた診療の場合でも算定できるのか。

(答) 算定不可。

【医療情報取得加算】

問9 「A001」再診料の注19及び「A002」外来診療料の注10に規定する医療情報取得加算3及び4について、「A000」初診料の注15に規定する医療情報取得加算1又は2を算定した月に、再診を行った場合について、算定できるか。

また、医療情報取得加算1又は2について、医療情報取得加算3及び4を算定した月に、他の疾患で初診を行った場合について、算定できるか。

(答) いずれも算定不可。

問10 医療情報取得加算1及び2について、同一の保険医療機関において、同一月に、同一の患者について、他の疾患で初診料を2回算定した場合について、医療情報取得加算1又は2を2回算定できるか。

(答) 算定不可。

問11 医療情報取得加算3及び4について、それぞれ、3月に1回に限り所定点数に加算することとされているが、同加算3を算定する患者について、3月以内に同加算4は算定可能か。また、同加算4を算定する患者について、3月以内に同加算3は算定可能か。

(答) いずれも算定不可。医療情報取得加算3又は医療情報取得加算4のいずれかを3月に1回に限り算定できる。

【救急医療管理加算】

問12 「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、緊急処置とは具体的にはどのような処置を指すのか。

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

問 13 「A205」救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準について、「当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。」とされているが、令和6年6月から同年11月末までにおける「直近6か月間」の考え方としては、令和6年6月からその時点までの期間を指すと考えてよいか。

(答) そのとおり。

【療養病棟入院基本料】

問 14 医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施する場合は、処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を中止し、再開した場合はどのように評価するのか。

(答) 当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を最初に実施した日から30日を超えて中心静脈栄養を実施した場合については、処置等に係る医療区分2として評価を行う。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

問 15 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び「A304」地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合」について、同一入院料を算定する別の病棟への転棟時もADLの測定を必要があるのか。

(答) そのとおり。

問 16 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び「A304」地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時

におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合について、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いることは可能か。

（答）令和7年3月31日までに限り、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

【特定集中治療室遠隔支援加算】

問 17 「A301」特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、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看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。」とあるが、「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看護師」とは何を指すのか。

（答）現時点では、以下の①から④までのいずれかの研修を修了した看護師又は日本集中治療医学会により集中治療認証看護師の認証を得た看護師（認証書を受領する前であって、合否結果に基づき合格を確認している看護師を含む。また、令和6年12月末までの間に限り、集中治療認証看護師の受験申請を行った看護師を含む。ただし、受験申請後に、合格に至らないと判明した場合は、判明した時点から、要件に該当しない。）を指す。

- 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※」
※ 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。
- 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

【総合周産期特定集中治療室管理料】

問 18 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「1」母体・胎児集中治療室管理料の施設基準において、「専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること」又は「専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時2名以上当該保険医療機関内に勤務していること」のいずれかを満たすこととされているが、日によっていずれの体制をとるかは異なってもよいか。

(答) 差し支えない。

【慢性腎臓病透析予防指導管理料】

問 19 「B001」の「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料について、「慢性腎臓病の患者のうち慢性腎臓病の重症度分類で透析のリスクが高い患者」が対象とされているが、具体的にはどのような患者が対象になるのか。

(答) 具体的には、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」に記載されている尿蛋白及び糸球体濾過量で判断される慢性腎臓病の重症度分類において、CKDステージG3aA3、G3bA2-3、G4A1-3、又はG5A1-3と分類される患者が対象となる。

【がん薬物療法体制充実加算】

問 20 「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の注9に規定するがん薬物療法体制充実加算の施設基準における「40時間以上のがんに係る適切な研修を修了する」とは、具体的にどのようなことか。また様式39の3について、「がんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが

確認できる文書」とは、具体的に何を指すのか。

(答) 「B001」の「23」がん患者指導管理料のハと同様に、現時点では、日本病院薬剤師会、日本臨床腫瘍薬学会又は日本医療薬学会が認めるがんに係る研修について修了していることを指す。

また、様式 39 の 3 の届出に当たり添付する文書としては、現時点では、日本病院薬剤師会が認定するがん薬物療法認定薬剤師、日本臨床腫瘍薬学会が認定する外来がん治療認定薬剤師又は日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師であることを証する文書を指す。

【栄養情報連携料】

問 21 「B011-6」栄養情報連携料について、入院中の栄養管理に関する情報等を示す文書の作成や他の保険医療機関等の管理栄養士への説明を行ったが、病態の変化等により、予定していた保険医療機関以外への転院又は死亡した場合は、算定できるか。

(答) 不可。

問 22 栄養情報連携料について、「入院中に 1 回に限り算定する。」とあるが、退院後、同一保険医療機関に再入院した場合も、算定できるか。

(答) 入院期間が通算される再入院をした場合には、算定できない。

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

問 23 「C000」往診料に規定する別に厚生労働大臣が定める患者における「往診を行う保険医療機関において過去六十日以内に在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの」について、同一の患家において 2 人以上の患者を診療している場合であって、2 人目以降として「A001」再診料等のみを算定している場合は当該患者に該当するとみなしてよいか。

(答) みなしてよい。ただし、当該患者に対して往診を行い、当該患者に該当するものとして緊急往診加算等を算定する場合には、同一の患家における 2 人目以降の患者である旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

【急性期リハビリテーション加算】

問 24 急性期リハビリテーション加算の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等(平成 20 年厚生労働省告示第 63 号)の別表第九の十に規定する患者であって、算定留意事項通知の「H000」の(11)で示したアからエまでのいずれかに該当するものとされているが、日毎に評価を行い、対

象とならなくなった場合は算定できないのか。

(答) そのとおり。

問 25 算定留意事項通知の「H000」の(11)エにおいて「リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者とは、「A209」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑うもの。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。」とされているが、この初日とは、疑似症を疑った上で急性期リハビリテーション加算を算定した初日のことか。

(答) そのとおり。

【通院・在宅精神療法】

問 26 「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者として、精神科を担当する医師が判断したものが対象とされているが、医師が判断するに当たっての基準についてどのように考えればよいか。

(答) 「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」等のガイドラインに基づき、心的外傷に起因する症状を有する患者として、医師が、心理支援を必要と判断した患者について、対象となる。なお、この場合において、心的外傷に起因する症状を有する患者であって、心的外傷後ストレス障害の診断基準を全て満たさない場合も、要件を満たせば対象となる。ただし、心的外傷に起因する症状を認めず、適応障害の診断基準を満たす患者については、算定できない。

問 27 「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、例えば、学校でのいじめや職場内のハラスメントを原因として、侵入症状を認めている患者は対象となるか。

(答) 精神科を担当する医師が、「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」等のガイドラインに基づき、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者として、心理支援を必要と判断した場合は対象となる。

問 28 「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、次の1から3までのいずれかによる外傷体験を有している患者であって、心的外傷に起因する症状を有するものに対して、精神科を担当する医

師が心理支援を必要と判断し、医師の指示の下、公認心理師が心理支援を実施した場合についても、算定可能か。

1. 他人に起こった心的外傷的出来事を直に目撃する。
2. 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする。
3. 心的外傷的出来事の強い不快感をいだく細部に、繰り返し又は極端に曝露される経験をする。

(答) 算定可能。

問 29 「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注 9」に規定する心理支援加算について、「心的外傷に起因する症状を有する者」が対象とされているが、症状が 1 か月以上持続している必要があるか。

(答) 1 か月未満であっても対象となる。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料】

問1 「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）における「0000」及び「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における「P000」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「特定した賃金項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならないこと。」並びに医科点数表における「0100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「0101」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「0102」入院ベースアップ評価料、歯科点数表における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（以下「ベースアップ評価料」という。）の施設基準における「賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならないこと。」について、新型コロナウイルス感染症対応を行った場合における手当について、感染状況を踏まえて減額・廃止する場合は、業績等に応じて変動するものとして賃金項目の水準低下には当たらないものと考えてよいか。

(答) 差し支えない。

問2 「0101」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、「P102」入院ベースアップ評価料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準において「常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。」とあるが、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された者の場合、常勤とみなしてよいか。

(答) 週30時間以上勤務している者であれば、常勤とみなすこと。

問3 ベースアップ評価料の届出についてはどのように行えばよいか。

(答) ベースアップ評価料に係る届出については、医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局都道府県事務所ごとに設定されたメールアドレスに、エクセルファイルを提出することにより行うこと。ただし、自ら管理するメールアドレスを有しない等の場合には、書面による提出を妨げない。なお、メールアドレスについては各地方厚生(支)局のホームページを参照すること。

問4 ベースアップ評価料の施設基準において、「対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。」とあるが、時給制で労働する対象職員について、時給の引き上げによって賃上げを実施してもよいか。

(答) 差し支えない。また、この場合において、労働時間が短縮したことにより月の給与総額が減少していても、差し支えない。

ただし、届出等に係る「対象職員の給与総額」の記入においては、実際に対象職員に対し支払った給与総額を用いること。

問5 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添2の問1において、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いて差し支えない旨があり、さらに同問6において、「届出時点において『賃金改善計画書』の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる。」とあるが、ベースアップ評価料の届出及び算定を開始した後、算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する以前に、人事院勧告を踏まえ、ベースアップ評価料による収入の一部を令和7年度の賃金の改善等に繰り越すために、賃金改善計画書を修正してもよいか。

(答) 差し支えない。この場合において、修正した「賃金改善計画書」を速やかに地方厚生(支)局長に届け出ること。

歯科診療報酬点数表関係

【施行時期後ろ倒し】

問1 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添5の問2において、令和6年6月1日以降の歯科外来診療感染対策加算1の経過措置の取扱いについて示されたが、その他の歯科診療報酬点数表に係る令和6年度診療報酬改定における施設基準について、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った場合における、令和6年6月以降の経過措置の取扱い如何。

(答) 令和6年4月以降に令和6年度診療報酬改定前の施設基準による届出を行った保険医療機関又は保険薬局については、令和6年度診療報酬改定における施設基準(以下「新施設基準」という。)の経過措置であって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている経過措置の対象にならない。

問2 問1について、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った保険医療機関又は保険薬局における令和6年6月1日以降の届出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 施設基準で改正がない場合(名称のみが改正された場合を含む。)又は施設基準が改正された場合であって届出が必要でない場合
令和6年6月3日以降に再度届出を行う必要はない。
- ② 施設基準が改正された場合であって届出が必要な場合(経過措置が置かれているものであって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている場合を含む。)
令和6年6月3日までに新施設基準による届出を行う必要がある。なお、当該届出を行った保険医療機関については、経過措置終了時期(例えば令和6年10月1日)の再度の届出は必要ない。

【届出関係】

問3 令和6年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。

(答) 「令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」(令和6年3月25日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の別添のチェックリストを参照のこと。

問4 令和6年度診療報酬改定が施行される令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。

(答) 令和6年6月診療分の施設基準の届出については、令和6年5月2日から6月3日まで地方厚生(支)局等において受け付けているところ、令和6年5月下旬以降に地方厚生(支)局等の窓口は届出が集中し、混雑が予想されることから、可能な限り令和6年5月17日までの届出に努めること。

ただし、令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る電子申請は令和6年5月20日から受付開始となるため、留意すること。

【医療DX推進体制整備加算】

問5 「A000」初診料の注15に規定する医療DX推進体制整備加算(以下「医療DX推進体制整備加算」という。)の施設基準において、「国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については令和7年9月30日までの間は経過措置が設けられているが、電子カルテ情報共有サービスについて、届出時点で具体的な導入予定等が不明であっても、当該加算は算定可能か。

(答) 経過措置が設けられている令和7年9月30日までの間は、算定可能。なお、電子カルテ情報共有サービスの導入等の具体については、当該サービスが実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

問6 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋管理サービスの運用について」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。)に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については、令和7年3月31日までの間は経過措置が設けられているが、電子処方箋について、届出時点で未導入であっても、当該加算は算定可能か。

(答) 経過措置が設けられている令和7年3月31日までの間は、算定可能。なお、施設基準通知の別添7の様式1の6において、導入予定時期を記載することとなっているが、未定又は空欄であっても差し支えない。

問7 医療DX推進体制整備加算の施設基準で求められている電子処方箋により処方箋を発行できる体制について、経過措置期間終了後も電子処方箋を未導入であった場合、届出後から算定した当該加算についてどのように考えればよいか。

(答) 経過措置期間終了後は、当該加算の算定要件を満たさないものとして取り扱う。

【医療情報取得加算】

問8 「A002」再診料の注11に規定する医療情報取得加算3及び4について、「A000」初診料の注14に規定する医療情報取得加算1又は2を算定した月に、再診を行った場合について、算定できるか。

また、医療情報取得加算1又は2について、医療情報取得加算3及び4を算定した月に、他の疾患で初診を行った場合について、算定できるか。

(答) いずれも算定不可。

問9 医療情報取得加算3及び4について、それぞれ、3月に1回に限り所定点数に加算することとされているが、同加算3を算定する患者について、3月以内に同加算4は算定可能か。また、同加算4を算定する患者について、3月以内に同加算3は算定可能か。

(答) いずれも算定不可。医療情報取得加算3又は医療情報取得加算4のいずれかを3月に1回に限り算定できる。

【クラウン・ブリッジ維持管理料】

問10 クラウン・ブリッジ維持管理料の「注1」に係る地方厚生(支)局長への届出を行っていない保険医療機関において、第12部の通則第8号に規定する歯冠補綴物以外の歯冠補綴物を製作し、装着した場合の費用については、所定点数の100分の100に相当する点数により算定可能か。

(答) 算定可能。

【ポンティック】

問11 留意事項通知の(6)のイの(ト)において「隣在歯等の状況からやむをえず、支台歯1歯及びポンティック1歯による接着カンチレバー装置を製作する場合は、切歯(上顎中切歯を除く。)の1歯欠損症例において、支台歯を生活歯に求める場合に限り認められる。」とあるが、接着カンチレバー装置とはどのようなものか。

(答) 留意事項通知の(6)のイの(ト)にある接着カンチレバー装置とは、次の要件を全て満たす補綴装置をいう。

- ① 支台装置が接着冠であること。
- ② 支台歯及びポンティックがそれぞれ1歯ずつの2ユニット型の接着ブリッジであること。
- ③ 上顎中切歯を除く切歯の1歯欠損症例において、隣在歯等の状況からやむをえず製作するものであること。

なお、接着カンチレバー装置の製作にあたっては、公益社団法人日本補綴歯科学会の「接着カンチレバー装置の基本的な考え方」を参考とすること。

【歯科衛生実地指導料】

問 12 算定留意事項通知の「B001-2」歯科衛生実地指導料の留意事項通知（3）及び「C001」訪問歯科衛生指導料の留意事項通知（6）において、患者に提供する文書に当該指導を行った歯科衛生士の氏名を記載することとされているが、必ず姓名双方の記載が必要なのか。

（答）カスタマーハラスメントの防止等の観点から、名字のみの記載とすることは可能。

【口腔内装置調整・修理】

問 13 「I017」口腔内装置の留意事項通知（1）の「又 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、日常生活時の外傷歯の保護を目的とするもの及び運動時の外傷歯の保護を目的とするものをそれぞれ製作した場合において、それぞれの口腔内装置に係る「I017-2」口腔内装置調整・修理の注2及び注5の算定についてどのように考えればよいか。

（答）それぞれの口腔内装置ごとに「I017-2」口腔内装置調整・修理を算定して差し支えない。

【回復期等口腔機能管理料】

問 14 回復期等に関する口腔機能管理を必要とする患者の場合であって、う蝕や歯周病等がない場合等については、算定するに当たって用いる傷病名はどのようなものが考えられるか。

（答）当面は、傷病名を「回復期口腔機能管理中」として差し支えない。

調剤報酬点数表関係

【届出関係】

問1 令和6年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。

(答)「令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」(令和6年3月25日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の別添のチェックリストを参照のこと。

問2 令和6年度診療報酬改定が施行される令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。

(答) 令和6年6月診療分の施設基準の届出については、令和6年5月2日から6月3日まで地方厚生(支)局等において受け付けているところ、令和6年5月下旬以降に地方厚生(支)局等の窓口は届出が集中し、混雑が予想されることから、可能な限り令和6年5月17日までの届出に努めること。

ただし、令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る電子申請は令和6年5月20日から受付開始となるため、留意すること。

【地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算】

問3 地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算の施設基準において、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて各加算の要件に示す情報を周知することとされているが、どのように周知すればよいのか。

(答) 各加算の施設基準において求められる機能等について、地域の住民や行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等が当該情報を把握しやすいよう、市町村や地区の単位で整理し、周知することが求められるため、保険薬局においては、当該薬局の所在地の地域でこれらの対応を実施することになる行政機関又は薬剤師会等と相談されたい。また、このような情報は定期的に更新されている必要があり、さらに、都道府県単位で集約して周知されていることがより望ましい。

各加算に関して周知すべき情報としては、各加算の要件に基づき、例えば以下のようなものが考えられるが、これらに限らず地域にとって必要な情報を収集及び整理すること。

○地域支援体制加算

(当該加算で求めている周知すべき情報)

休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る情報

(具体的な項目例)

- ・ 休日、夜間に対応できる薬局の名称、所在地、対応できる日時（開局日、開局時間）、連絡先等（地域ごとに、輪番制の対応も含め、具体的な日付における休日、夜間対応できる薬局の情報を示すこと）

○連携強化加算

(当該加算で求めている周知すべき情報)

災害や新興感染症における対応可能な体制に係る情報

(具体的な項目例)

- ・ 改正感染症法に基づく第二種協定指定医療機関としての指定に係る情報
- ・ オンライン服薬指導の対応の可否
- ・ 要指導医薬品・一般用医薬品の取扱いに係る情報
- ・ 検査キット（体外診断用医薬品）の取扱いに係る情報

○在宅薬学総合体制加算

(当該加算で求めている周知すべき情報)

患者の急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る情報

(具体的な項目例)

- ・ 開局時間外の在宅業務への対応の可否（対応可能な時間帯を含む。）
- ・ 医療用麻薬（注射薬を含む。）の取扱いに係る情報
- ・ 高度管理医療機器の取扱いの可否
- ・ 無菌製剤処理の対応の可否（自局での対応の可否を含む。）
- ・ 小児在宅患者（医療的ケア児等）の対応の可否
- ・ 医療材料・衛生材料の取扱いの可否

なお、既にこのような情報を地域で整理し、ホームページで公表しているものの、各加算で周知が求められる項目の一部が対応していない場合には、当面の間は、対応できていない情報を追加的にまとめた一覧を公表するなどの対応で情報を補完することでも差し支えない。

これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添6の問2は廃止する。

【医療DX推進体制整備加算】

問4 医療DX推進体制整備加算の算定要件として、「紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録」することとされているが、保険薬局において1週間分の調剤結果をまとめて登録するような場合でも要件を満たすか。

(答) 不可。処方医への疑義照会を踏まえた薬剤の変更等を含め、最新の薬剤情報を活用できるようにするため、調剤後速やかに調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録すること。

【かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料】

問5 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準である「医療に係る地域活動の取組に参加していること」に該当するものとして、「疑義解釈資料の送付について（その3）」（平成28年5月19日事務連絡。以下「平成28年事務連絡」という。）別添1の問2において、「当面の間は要件に該当する」とされていた事例は、今後も要件として認められるのか。

(答) 「医療に係る地域活動の取組に参加していること」の要件についての考え方は、平成28年事務連絡の問1に示したとおりであり、同事務連絡の問2に示す活動についても、引き続き当面の間は差し支えないが、薬局の薬剤師として主体的・継続的に参画することが必要である。なお、実施期間が設定されている活動については、単に年に1回程度参加しているだけでなく、複数の活動に1年を通して、薬局の薬剤師として積極的に参画する必要がある。

(参考) 「疑義解釈資料の送付について（その3）」（平成28年5月19日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添1（抄）

問1 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準である、「医療に係る地域活動の取組に参加していること」について、どのように考えればよいか。

(答) 「医療に係る地域活動の取組に参加していること」の要件についての考え方は、次のような活動に主体的・継続的に参画していることである。

- ・地域包括ケアシステムの構築に向けた、地域住民を含む、地域における総合的なチーム医療・介護の活動であること。
- ・地域において人のつながりがあり、顔の見える関係が築けるような活動であること。

具体的には、地域における医療・介護等に関する研修会等へ主体的・継続的に参加する事例として以下のようなことが考えられる。

- ① 地域ケア会議など地域で多職種が連携し、定期的に継続して行われている医療・介護に関する会議への主体的・継続的な参加
- ② 地域の行政機関や医療・介護関係団体等（都道府県や郡市町村の医師会、歯科医師会及び薬剤師会並びに地域住民に対して研修会等サービスを提供しているその他の団体等）が主催する住民への研修会等への主体的・継続的な参加

問2 上記の活動のほかに、「医療に係る地域活動の取組に参画していること」に該当するものはあるのか。

(答) 本来の地域活動の取組としては、上記のような考え方に基づく活動に薬局の薬剤師として積極的に参画することが求められるが、以下のような事例も当面の間は要件に該当すると考えられる。なお、薬局として対応している場合は、届出に係る薬剤師が関与していることが必要である。

- ・行政機関や学校等の依頼に基づく医療に係る地域活動（薬と健康の週間、薬物乱用防止活動、注射針の回収など）への主体的・継続的な参画（ただし、薬局内でのポスター掲示や啓発資材の設置のみでは要件を満たしているとはいえない。）
- ・行政機関や地域医師会、歯科医師会、薬剤師会の協力のもとで実施している休日夜間薬局としての対応、休日夜間診療所への派遣・委嘱を受けて行う学校薬剤師の業務等

訪問看護療養費関係

【訪問看護管理療養費】

問1 訪問看護管理療養費の届出について、「同一建物居住者であるものの占める割合については、直近1年間における訪問看護ステーションの実利用者数の合計から、直近1年間における同一建物居住者に該当する実利用者数の合計で除した値をもって当該割合とする。」とあるが、「実利用者数」は、「医療保険と介護保険両方を利用した利用者」、「医療保険のみの利用者」及び「介護保険のみの利用者」の合計でよいのか。

(答) 「医療保険と介護保険両方を利用した利用者」及び「医療保険のみの利用者」の合計であり、「介護保険のみの利用者」は含まない。

事務連絡
令和6年4月26日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その3）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発 0305 第4号）等により、令和6年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添5までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

医科診療報酬点数表関係

【施行時期後ろ倒し】

問1 施設基準の経過措置について、令和6年3月31日において現に入院基本料等の届出を行っていることとされているが、単に届出を行っていれば経過措置の対象となるのか。

(答) 当該施設基準の届出を行ったうえで、令和6年3月31日において現に当該診療報酬を算定している場合は、経過措置の対象となる。

【抗菌薬適正使用体制加算】

問2 「A000」初診料の注14及び「A001」再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準において「直近6か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること。」とされ、「A234-2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準において「直近6か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内であること。」とされているが、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率は、具体的にはどのように計算されるのか。

(答) 各抗菌薬の Access 抗菌薬への該当性 (AWaRe 分類における位置づけ) 並びに Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率に係る J-SIPHE 及び診療所版 J-SIPHE における計算方法については、J-SIPHE 及び診療所版 J-SIPHE のホームページを確認すること。

J-SIPHE : <https://j-siphe.ncgm.go.jp>

診療所版 J-SIPHE : <https://oascis.ncgm.go.jp/manual/glossary>

【時間外対応加算】

問3 「A001」再診料の注10に規定する時間外対応加算において、患者からの電話等による問い合わせに対応する体制が求められているが、ビデオ通話による問い合わせに対してビデオ通話で対応する体制でよいか。

(答) よい。

【地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】

問4 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添1の問144の内容に加え、「当院では主に院内処方を行っています」又は「当院では主に長期の投薬をご案内しています」といった内容を併せて院内掲示してもよいか。

（答）差し支えない。

【一般病棟入院基本料】

問5 「A100」一般病棟入院基本料の「1」の「イ」急性期一般入院料1の施設基準における平均在院日数について、令和6年6月1日から算定を行うための届出を行う場合は、どの時点の実績に基づき届出を行うのか。

（答）令和6年6月1日からの算定については、同年5月2日以降に届出書の提出を行うことができ、また、遅くとも6月の最初の開庁日までに届出がされている必要があるが、平均在院日数の実績については、令和6年5月2日から同31日に届出を行う場合は同年2月から4月、同年6月3日に届出を行う場合は、同年3月から5月の実績を用いること。なお、例えば令和6年2月から4月までの実績に基づき5月中に届出を行い、その後同年3月から5月までの実績では基準を満たさないことが判明した場合には、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に該当する場合を除き、変更の届出を6月に行う必要があること。

【療養病棟入院基本料】

問6 医療区分における中心静脈栄養の評価について、中心静脈栄養の終了後も7日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分3又は2として評価を行うこととされたが、当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を一度終了し、再開した場合はどのように評価するのか。

（答）当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を一度終了し、再開した場合であっても中心静脈栄養を最初に終了した日から7日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分3又は2として評価を行う。

問7 医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、中心静脈栄養を開始した日から30日が経過した後に、転棟又は退院後に、再度療養病棟に入棟又は入院して、中心静脈栄養を実施した場合であって入院期間が通算される場合はどのように評価するのか。

(答) 処置等に係る医療区分2として評価を行う。

【看護補助体制充実加算】

問8 看護補助体制充実加算1の施設基準において、「当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置されていること」とされているが、

- ① 当該看護補助者の割合を算出するにあたり用いる看護補助者の数は、どのように計上するのか。
- ② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 当該保険医療機関において勤務する看護補助者の常勤換算後の人数を用いて算出すること。この場合、常勤以外の看護補助者の場合は、実労働時間数を常勤換算し計上すること。
- ② 当該看護補助者の割合は、みなし看護補助者は含めずに算出すること。

問9 看護補助体制充実加算1の施設基準において、「当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置されていること」とされているが、「3年以上」は連続ではなく、通算でもよいか。

(答) よい。

問10 「A101」療養病棟入院基本料、「A106」障害者施設等入院基本料、「A304」地域包括医療病棟入院料及び「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の注に規定する看護補助体制充実加算1及び2の施設基準において、「主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1以上であること」とされているが、

- ① 当該看護補助者の数は、どのように計上するのか。

② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

① 月平均1日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数(※1)が、主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数(※2)以上であること。

(※1) 月平均1日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数 = (主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の月延べ勤務時間数) / (日数 × 8)

(※2) 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数 = (1日平均入院患者数) / 100 × 3

② 当該看護補助者にみなし看護補助者は含まない。

【精神科入退院支援加算】

問11 区分番号「A246」入退院支援加算及び区分番号「A246-2」精神科入退院支援加算を届け出ている保険医療機関において、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」を兼ねることは可能か。また、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」を兼ねることは可能か。

(答) 可能。

【特定集中治療室管理料】

問12 「A301」特定集中治療室管理料「1」から「4」までにおいて、患者の入室日のSOFAスコアの基準が示され、15歳以上の患者が対象とされているが、15歳未満の患者を主として受け入れる治療室はどのように評価するのか。

(答) 15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアにより評価する。ただし、15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアで基準を満たさない場合であって、15歳未満の患者をpSOFAスコアで評価し、15歳未満の患者も含めて評価して基準を満たす場合には、SOFAスコアの基準を満たすものとして

差し支えない。

【地域包括医療病棟】

問 13 「A 3 0 4」地域包括医療病棟の施設基準において、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること」とあるが、MRI撮影等の体制について、他の保険医療機関と連携し、必要な救急患者等に対して速やかにMRI撮影等を行うことができる体制でも差し支えないか。

(答) 差し支えない。

【小児入院医療管理料】

問 14 「A 3 0 7」小児入院医療管理料について、「小児入院医療管理料を算定する場合であって、患者の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮すること。」と規定されたが、具体的にどのような対応を行えばよいか。

(答) 令和5年度子ども子育て支援推進調査研究事業「入院中のこどもへの家族等の付添いに関する病院実態調査」の事例集(※)を参考に、各医療機関に入院する患者の特徴や付き添う家族等の実態を踏まえて必要な対応を行うこと。

(※) 令和5年度子ども・子育て支援推進研究事業

「入院中のこどもへの家族等の付添いに関する病院実態調査」(事業実施者:株式会社野村総合研究所)における「入院中のこどもへの付添い等に関する医療機関の取組充実のための事例集」

https://www.nri.com/jp/knowledge/report/lst/2024/mcs/social_security/0410_8

(野村総合研究所ウェブサイト内に設置)

【在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院】

問 15 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準において、「各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える病院にあっては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。」とあるが、ここでいう「訪問診療を実施した回数」とは以下の場合の算定回数の合計を指すのか。

① 「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料(I)(同一の患家において2人以上の患者を診療している場合であって、2人目以降の患者について「A

- 000」初診料又は「A001」再診料を算定している場合を含む。）
- ② 「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）
 - ③ 「C003」在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）

（答） そのとおり。

【救急患者連携搬送料】

問 16 「C004-2」救急患者連携搬送料の施設基準において、「受入先の候補となる他の保険医療機関において受入が可能な疾患や病態について、当該保険医療機関が地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリストを作成していること。」とあるが、保険医療機関間の協議には、地域のメディカルコントロール協議会が必ず参加する必要があるのか。

（答） 受入先の候補となる保険医療機関のリストの作成のために必要な保険医療機関間の協議に、地域のメディカルコントロール協議会が参加することは必須ではない。ただし、メディカルコントロール協議会は、地域の救急患者搬送体制等について連携・協議を行う役割を担っていることから、これらの協議にも参加することや、参加しない場合であっても、保険医療機関間で協議した救急患者の搬送に係る連携体制に関する取り決め等について、メディカルコントロール協議会に報告がなされることが望ましい。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

問 17 「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注3について、「情報通信機器を用いた指導管理については、CPAP療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した場合に実施すること」とされているが、他の保険医療機関でCPAP療法を開始した患者が紹介された場合の取扱い如何。

（答） 当該指導管理を実施する保険医療機関において、CPAP療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した場合に算定可能。なお、当該診療に係る初診日及びCPAP療法を開始したことにより、睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを、当該指導管理を実施する保険医療機関において対面診療で確認した日を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

【SARS-COV-2 核酸検出】

問 18 「D023」微生物核酸同定・定量検査の「19」SARS-COV-2 核酸検出について、検査に当たっては、使用目的又は効果として、SARS-COV-2 核酸の検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いる必要があるのか。

(答) そのとおり。

【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

問 19 「E101-2」ポジトロン断層撮影、「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における(中略)「PET撮像施設認証」を受けている施設であること。」とあるが、PET装置の更新等により再度認証を受ける必要がある場合、再度認証を受けるまでの期間の取扱いについてどのように考えればよいか。

(答) PET装置の更新等の以前に受けていたPET撮像施設認証に係るアミロイドPET検査(当該認証を受けていた撮影区分であって、当該認証を受けていた装置と同種の装置を用いる検査に限る。)について、再度認証が必要となった時点から起算して3月以内に限り、当該要件を満たしているものとみなす。

問 20 「E101-2」ポジトロン断層撮影、「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における(中略)「PET撮像施設認証」を受けている施設であること。」とあるが、現時点で関係学会による認証基準が定められていないPET/MRI装置又は頭部専用PET装置を用いる場合についてはどのように考えればよいか。

(答) PET/MRI装置又は頭部専用PET装置を用いる場合については、令和6年12月31日までの間に限り、当該要件を満たしているものとみなす。

【通院・在宅精神療法】

問 21 「I002」通院・在宅精神療法について、「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を10分単位で記載すること。」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか。

(答) 当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載すること。

- ・ 5分を超え10分未満
- ・ 10分以上20分未満
- ・ 20分以上30分未満
- ・ 30分以上40分未満
- ・ 40分以上50分未満
- ・ 50分以上60分未満
- ・ 60分超

ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない。

なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添1の問198は廃止する。

【慢性膿皮症手術】

問 22 「K022-3」慢性膿皮症手術について、化膿性汗腺炎の患者に対して実施する場合、算定可能か。

(答) 算定可能。

【先進医療】

問 23 陽子線治療及び重粒子線治療について、令和6年6月1日から保険診療において実施可能となる腫瘍に係る治療を、同年5月31日以前に開始した患者に対して、同年6月1日以降も当該治療を継続する場合は、同日以降の治療に係る費用は、保険診療として請求可能か。

(答) 不可。令和6年5月31日以前に先進医療による治療を開始した患者については、同年6月1日以降の治療についても先進医療の枠組みにおいて実施し、費用の請求を行うこと。なお、同年5月31日時点において、先進医療による治療に係る同意を取得しているが、一連の治療を開始していない患者が、同年6月1日以降に保険診療による治療を開始することを希望す

る場合には、改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで、保険診療に切り替えて治療を開始して差し支えない。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問1 新設した医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）における「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「O101」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「O102」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（以下単に「ベースアップ評価料」という。）の届出を行うに当たって、対象職員に対する給与の支払い実績は必要か。

(答) 必要。ベースアップ評価料の種類に応じて、給与の支払い実績として必要な期間は以下のとおりとする。

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）については届出前の最低1月における給与の支払い実績が必要。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）については、届出様式における「前年3月～2月」、「前年6月～5月」、「前年9月～8月」、「前年12月～11月」とあるのは、それぞれ「前年12月～2月」、「3月～5月」、「6月～8月」、「9月～11月」と読み替え、当該期間の給与の支払い実績が必要。

問2 保険医療機関又は指定訪問看護ステーションが合併又は分割等を行ったために、ベースアップ評価料の届出に当たって対象職員の人数及び給与総額が実態と大きく異なる場合について、どのように考えたらよいか。

(答) ベースアップ評価料の届出に当たっては、原則として合併又は分割等を行った後の保険医療機関又は指定訪問看護ステーションにおける対象職員の人数及び給与総額に基づくこと。ただし、合併又は分割する前の対象職員の人数及び給与総額を合算又は按分することにより、当該保険医療機関又は指定訪問看護ステーションの実態に応じた人数及び給与総額を計算できる場合には、当該人数及び給与総額を用いて差し支えない。

問3 ベースアップ評価料と政府目標（令和6年度+2.5%、令和7年度+2.0%のベースアップ）の関係如何。

（答）当該評価料の算定にあたっては、施設基準において、その収入の全額を対象職員のベースアップ等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いることが要件とされている。その上で、さらに当該評価料以外の収入や、賃上げ促進税制などの活用により、政府目標の達成を目指すことが望ましい。

問4 ベースアップ評価料による収入を対象職員の賃上げに用いる場合、例えば現行の賃金水準が低い職員・職種に重点的に配分するなど、対象職員ごとに賃金改善額に差をつけてよいか。

（答）差し支えない。

問5 ベースアップ評価料の届出及び賃金改善計画書若しくは賃金改善実績報告書の作成を行うに当たり、対象職員の給与総額に法定福利費等の事業主負担分を含めて計上するに当たって、「〇〇〇〇」看護職員処遇改善評価料と同様に、法定福利費が必要な対象職員の給与総額に16.5%（事業主負担相当額）を含めて計上してもよいか。

（答）差し支えない。

問6 介護報酬における「介護職員等処遇改善加算」又は障害福祉サービス等報酬における「福祉・介護職員等処遇改善加算」を算定している医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、ベースアップ評価料における対象職員及び給与総額はどのように考えればよいか。

（答）当該医療機関又は訪問看護ステーションにおける業務実態として、主として医療に従事しているものについて、対象職員として含めて差し支えない。ただし、対象職員ごとの給与総額について、業務実態に応じて常勤換算方法等により按分して計算することを想定している。

また、「介護職員等処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等処遇改善加算」による賃上げ分については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の計算にあたり、含めないものとする。

なお、当該「介護職員等処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等処遇改善加算」による賃上げ分については、「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」における賃金改善の見込み額及び実績額の記載において、ベースア

ップ評価料による算定金額以外の適切な欄に記載することとする。

問7 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添2の問12において、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の対象職員として派遣職員など、医療機関又は訪問看護ステーションに直接雇用されていないものを含むとしているが、どのような方法で当該職員の賃上げを行えばよいか。

（答）例えば派遣職員については、保険医療機関から派遣会社に支払う派遣料金の増額等により、派遣会社が派遣職員へ支払う給与を増額すること。

医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【採取精子調整管理料】

問1 「K917-4」採取精子調整管理料について、令和6年5月31日以前に保険診療として実施した精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて、令和6年6月1日以降に体外受精又は顕微授精を実施する場合に、算定可能か。

(答) 令和6年5月31日以前に保険診療として実施した精巣内精子採取術の後に初めて「1 体外受精」又は「2 顕微授精」を実施する場合には、算定可能。その際、精巣内精子採取術を実施した年月日（他の保険医療機関において実施した場合にあっては、その名称及び当該保険医療機関において実施された年月日）を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

歯科診療報酬点数表関係

【施行時期後ろ倒し】

問1 施設基準の経過措置について、令和6年3月31日において現に基本診療料等の届出を行っていることとされているが、単に届出を行っていれば経過措置の対象となるのか。

(答) 当該施設基準の届出を行ったうえで、令和6年3月31日において現に当該診療報酬を算定している場合は、経過措置の対象となる。

【歯科外来診療医療安全対策加算】

問2 歯科外来診療医療安全対策加算1の施設基準に係る届出書添付書類(様式4)の「4 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等」及び歯科外来診療医療安全対策加算2の施設基準に係る届出書添付書類(様式4の1の2)の「3 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等」について、令和6年度診療報酬改定前の歯科点数表の「A000」初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている歯科医療機関において、研修の受講歴等を記載する代わりに、歯科外来診療環境体制加算の届出をすでに行っている旨を記載してもよいか。

(答) 差し支えない。ただし、その際には、様式4又は様式4の1の2にある「常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等」の「受講者名」の欄に常勤歯科医師名を記載し、「講習名(テーマ)」の欄に歯科外来診療環境体制加算の届出時の受理番号を記載すること。

【総合医療管理加算、歯周病ハイリスク患者加算】

問3 「B000-4」歯科疾患管理料の注10に掲げる総合医療管理加算を算定している糖尿病の患者に対して、「I011-2」歯周病安定期治療の注4に掲げる歯周病ハイリスク患者加算は算定可能か。

(答) 算定可能。

【口腔内装置】

問4 「I017」口腔内装置の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、算定留意事項通知の(18)において「当該外傷歯の受傷日から起算して1年を超えた場合は、算定できない。」とされているが、受傷日について、どのように考えればよいか。

(答) 患者が、当該外傷の受傷時に、口腔内装置を算定する保険医療機関を受診した場合は当該保険医療機関の受診日、それ以外の場合は患者又はその家族から聞き取った受傷日を受傷日とする。

これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添5の問24は廃止する。

問5 「I017」口腔内装置の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、算定留意事項通知の（18）において「当該外傷歯の受傷日から起算して1年を超えた場合は、算定できない。」とされているが、令和6年5月以前に受傷した場合について、どのように考えればよいか。

（答）当該外傷の受傷日から起算して1年以内であれば、受傷日が令和6年5月以前であっても、「I017」口腔内装置の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」を算定して差し支えない。

これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添5の問25は廃止する。

問6 「I017-2」口腔内装置調整・修理の注2において、「口腔粘膜等の保護のための口腔内装置」とあるが、当該装置は「I017」口腔内装置の算定留意事項通知の（1）のイからヌのうちどれが該当するのか。

（答）「I017」口腔内装置の算定留意事項通知の（1）のチ「不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として制作する口腔内装置」が該当する。

【機械的歯面清掃処置】

問7 「I030」機械的歯面清掃処置の算定留意事項通知（3）について、当該処置を月に1回算定可能な患者として、「B000-12に掲げる根面う蝕管理料の注2に規定する口腔管理体制強化加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者」及び「B000-13に掲げるエナメル質初期う蝕管理料の注2に規定する口腔管理体制強化加算を算定する患者」が追加されたが、これらの患者は同月内に当該管理料を算定している必要があるか。

（答）同月内に当該管理料を算定していない場合であっても、同一初診期間中に当該管理料を算定しており、初期の根面う蝕又はエナメル質初期う蝕の管理を行っている場合は算定して差し支えない。

【フッ化物歯面塗布処置】

問8 「I031」フッ化物歯面塗布処置の注2及び注3について、当該処置を「B000-12」根面う蝕管理料を算定した患者又は「B000-13」エナメル質初期う蝕管理料を算定した患者に対して算定可能となったが、これらの患者は同月内に当該管理料を算定している必要があるか。

（答）同月内に当該管理料を算定していない場合であっても、同一初診期間中に

当該管理料を算定しており、初期の根面う蝕又はエナメル質初期う蝕の管理を行っている場合は算定して差し支えない。

【光学印象】

問9 「M003-4」光学印象の施設基準に係る届出書添付書類（様式50の2）について、光学印象の施設基準に係る届出のみを行う場合、「3 当該療養に係る歯科技工士の氏名等」及び「4 当該療養に係る医療機関の体制状況等」の「使用する歯科用CAD/CAM装置」に係る記載は必要か。

（答）いずれも不要。

【接着カンチレバー装置】

問10 「M017」ポンティックの算定留意事項通知（6）のイの（ト）において、「支台歯1歯及びポンティック1歯による接着カンチレバー装置」とあるが、「M000-2」クラウン・ブリッジ維持管理料の注1に掲げる「歯冠補綴物又はブリッジ」のブリッジに該当すると考えてよいか。また、その場合、製作に係る費用についてはブリッジの一連の流れで算定してよいか。

（答）ブリッジに該当する。また、接着カンチレバー装置の製作に係る費用として算定可能なものは以下の通り。

- 歯冠形成等に係る項目
 - ・ 「M001」歯冠形成「1 生活歯歯冠形成」の「イ 金属冠」
※ブリッジ支台歯形成加算及び接着冠形成加算も算定可能。
 - ・ 「M004」リテーナー「2 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」
- 印象採得に係る項目
 - ・ 「M003」印象採得「2 欠損補綴」の「ニ ブリッジ（1）支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」
- 咬合採得に係る項目
 - ・ 「M006」咬合採得「2 欠損補綴」の「イ（1）支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」
- 装着に係る項目
 - ・ 「M008」ブリッジの試適「2 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」
 - ・ 「M010-3」接着冠「1 前歯」

- ・ 「M017」ポنتィック「イ 前歯部の場合」
 - ・ 「M005」装着「2 欠損補綴」の「イ ブリッジ（1）支台歯とポントィックの数の合計が5歯以下の場合」
- ※算定要件を満たす場合、「M005」装着の注2に掲げる内面処理加算2も算定可能。

【有床義歯修理】

問 11 磁石構造体が装着された一床の有床義歯において、必要があつて複数の磁石構造体の再装着を行う修理を実施する場合、「M029」有床義歯修理の算定についてどのように考えればよいか。

(答) 装着を行う磁石構造体1個につき、「M029」有床義歯修理を算定する。
例えば、2個の磁石構造体の再装着を行った場合、「M029」有床義歯修理×2として算定して差し支えない。

【歯科矯正相談料】

問 12 「N001-2」歯科矯正相談料を算定した場合、「N003」歯科矯正セファログラムは別に算定できるか。

(答) 歯科矯正相談料1を算定する歯科医療機関（「N000」歯科矯正診断料の注1又は「N001」顎口腔機能診断料の注1に規定する施設基準に係る届出を行っている歯科医療機関）においては別に算定可能。

問 13 「N001-2」歯科矯正相談料を算定した患者について、当該歯科矯正相談にあたって「N003」歯科矯正セファログラムを別に算定した場合、歯科矯正診断に係る「N003」歯科矯正セファログラムの取扱いについてはどのように考えればよいか。

(答) 「N000」歯科矯正診断料の算定留意事項通知（8）及び「N001」顎口腔機能診断料の算定留意事項通知（7）と同様に、歯科矯正相談にあたって「N003」歯科矯正セファログラムを算定した日から起算して3月以内に、歯科矯正診断を行うに当たっての「N003」歯科矯正セファログラムは別に算定できない。

【口腔リンパ管腫局所注入、中心静脈注射用植込型カテーテル設置】

問 14 「I032」口腔リンパ管腫局所注入の「注1」に掲げる乳幼児加算及び第8部処置の通則5に掲げる乳幼児加算、「J100-2」中心静脈注射用植込型カテーテル設置の「注1」に掲げる乳幼児加算及び第9部手術の通則5に掲げる乳幼児加算は併算定可能か。

(答) 併算定不可。乳幼児加算を算定する場合は、それぞれの処置又は手術の「注1」に掲げる乳幼児加算を算定すること。

【情報通信機器を用いた歯科診療】

問 15 厚生労働省「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」において、「厚生労働省が定める研修受講することにより、オンライン診療を実施するために必須となる知識を習得しなければならない。」とあるが、歯科点数表の初診料の注 16 及び再診料の注 12 に掲げる施設基準に係る届出を行う場合、当該研修を受講しなければ届出はできないのか。

(答) そのとおり。なお、令和 6 年 6 月診療分の施設基準の届出に限っては、「初診料の注 16 及び再診料の注 12 に掲げる情報通信機器を用いた歯科診療の施設基準に係る届出書添付書類」（様式 4 の 3）に受講番号等を記載する代わりに、厚生労働省医政局歯科保健課または日本歯科医師会が実施するオンライン診療に係る研修を 6 月中に受講予定である旨を記載すれば良い。ただし、令和 6 年 7 月診療分以降も引き続き施設基準を満たす場合には、当該研修を受講の上、再度、施設基準に係る届出を行う必要がある。

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

問1 保険薬局の新規指定を受ける際に、例えば以下の場合について、同一グループ内の薬局数についてどのように考えればよいか。
①令和6年8月に新規指定を受ける場合
②令和7年4月に新規指定を受ける場合

(答) 指定の日の属する月が5月から12月であれば当年4月末時点の、1月から4月までであれば前年4月末時点の同一グループの薬局数(当該保険薬局を含む。)で判断されたい。したがって、①及び②のいずれについても令和6年4月末時点の同一グループの薬局数(当該保険薬局を含む。)で判断することとなる。

問2 保険薬局の新規指定を受けようとする開設者が、新たにグループに所属することとなった場合、同一グループ内の薬局数についてどのように考えればよいか。

(答) 指定の日の属する月が5月から12月であれば当年4月末時点の、1月から4月までであれば前年4月末時点の当該開設者を含めた同一グループの薬局数(当該保険薬局を含む。)で判断し、新たに所属することになった時点の薬局数では判断しない。

【地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算】

問3 地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算の施設基準に関し、各加算の要件に示す情報を地域の薬剤師会を通じて周知しているが、当該薬剤師会が会員のみを対象として当該情報を整理、収集して公表している場合、施設基準を満たしていることになるか。

(答) 加算の要件の対応として適切ではないため不可。当該加算を届け出る保険薬局が所在する地域において、地域の住民や行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等が当該情報を把握しやすいよう、地域の薬剤師会等の会員であるか非会員であるかを問わず、市町村や地区の単位で必要な情報を整理し、周知されている必要がある。

事務連絡
令和6年5月10日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その4）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発 0305 第4号）等により、令和6年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添5までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

医科診療報酬点数表関係

【地域包括診療加算、地域包括診療料】

問1 「A001」再診料の「注12」に規定する地域包括診療加算及び「B001-2-9」地域包括診療料の施設基準において、「担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。」とされているが、この「認知症に係る適切な研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

(答) 認知症の患者に対する地域における医療・介護等の活用や多職種連携による生活支援方法等の内容を含む研修を想定しており、現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 日本医師会が主催する「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修（認知症に係る講義に限る。）
- ・ 都道府県及び指定都市が主催する「かかりつけ医認知症対応力向上研修」
- ・ 都道府県及び指定都市が主催する「認知症サポート医養成研修」

問2 「A001」再診料の「注12」に規定する地域包括診療加算及び「B001-2-9」地域包括診療料の施設基準において、「介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。」とされているが、電話による相談体制を構築している場合については、該当するか。

(答) 該当する。

問3 「A001」再診料の「注12」に規定する地域包括診療加算及び「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については、「疑義解釈資料の送付について（その8）」（平成26年7月10日事務連絡）別添1の問7及び問8において、「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」及び「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」とされているが、前回届出時から2年を経過しておらず、令和6年度診療報酬改定による施設基準の改定に伴い届出を行う場合は、届出時から遡って2年の間に通算20時間以上の研修を受ける必要があるか。

(答) 不要。

【療養病棟入院基本料】

問4 令和6年3月31日時点で現に旧医科点数表の注11に係る届出を行っている病棟については、令和6年4月1日より令和6年9月30日までの期間において、入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上の要件については、療養病棟入院料2の施設基準に該当するものとみなすとの経過措置が設けられているが、当該経過措置以外の施設基準を満たし療養病棟入院料2を算定する場合においても、届出を行う必要があるか。

(答) 不要。なお、療養病棟入院料2の施設基準を満たした段階で速やかに届出を行うとともに、令和6年10月1日以降も療養病棟入院料2を算定する場合は、10月1日までに療養病棟入院料2の届出を行うこと。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

問5 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A304」地域包括医療病棟入院料及び「A304」地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合」について、同一入院料を算定する別の病棟への転棟時もADLの測定をする必要があるのか。

(答) そのとおり。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和6年4月12日事務連絡）別添1の問15は廃止する。

問6 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A304」地域包括医療病棟入院料及び「A304」地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合」について、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いることは可能か。

（答）令和7年3月31日までに限り、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和6年4月12日事務連絡）別添1の問16は廃止する。

【在宅麻薬等注射指導管理料、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】

問7 「C108」在宅麻薬等注射指導管理料において、「実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。」とあるが、具体的にはどのようなものがあるか。

（答）現時点では、以下のものを指す。

- ・ 日本循環器学会及び日本心不全学会の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」
- ・ 日本呼吸器学会及び日本呼吸ケア・リハビリテーション学会の「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021」
- ・ 日本緩和医療学会の「進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン」

問8 「C108」在宅麻薬等注射指導管理料又は「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する月に入院をして、「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入を行った場合は算定できるのか。

（答）当該月において、外来で行った「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入は算定できないが、入院で行った「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入については算定できる。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問1 「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（I）、「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）、「06」訪問看護ベースアップ評価料（I）の施設基準において、令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2分5厘以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4分5厘以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の当該医療機関又は当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができることとされているが、どの時点から40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の賃金の改善を行うことができるのか。

(答) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げた月又は令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた月以降に可能となる。具体的には、以下の時点以降から40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の賃金の改善を行うことが考えられる。

- ① 令和6年度において、「賃金改善計画書」の「IV. 対象職員（全体）の基本給等に係る事項」に示す「(19) ベア等による賃金増率」で算出される値を2.5%以上として、当該計画書を地方厚生（支）局長に届け出た上で、算定を開始した月。
- ② 患者数等の変動等により当該評価料による収入が、「賃金改善計画書」において予定していた額を上回った場合において、ベースアップ評価料を算定した月まで遡及して、対象職員の基本給等を令和5年度と比較して令和6年度に2.5%以上引き上げ、令和7年度に4.5%以上引き上げた時点。

なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。

問2 「ベースアップ評価料」を算定する医療機関又は訪問看護ステーションに勤務する職員が、介護報酬における「介護職員等処遇改善加算」又は障害福祉サービス等報酬における「福祉・介護職員等処遇改善加算」を算定する介護サービス事業所等の従事者を兼務している場合であって、当該加算を原資とする賃金改善の対象となっている場合について、ベースアップ評価料における対象職員及び給与総額はどのように考えればよいか。

(答) 当該医療機関又は訪問看護ステーションにおける業務実態として、主として医療に従事しているものについて、対象職員として含めて差し支えない。ただし、対象職員ごとの給与総額について、業務実態に応じて常勤換算方法等により按分して計算することを想定している。

また、「介護職員等処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等処遇改善加算」による賃上げ分については、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の計算にあたり、含めないものとする。

なお、当該「介護職員等処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等処遇改善加算」による賃上げ分については、ベースアップ評価料に係る「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」における賃金改善の見込み額及び実績額の記載において、ベースアップ評価料による算定金額以外の適切な欄に記載することとする。

なお、令和6年4月及び5月分の「介護職員処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」、「介護職員等ベースアップ等加算」、「福祉・介護職員処遇改善加算」、「福祉・介護職員等特定処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等ベースアップ等加算」についても、同様の取扱いとする。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その3)」(令和6年4月26日事務連絡)別添2の問6は廃止する。

医科診療報酬点数表関係 (DPC)

【診断群分類点数表等により算定される診療報酬について】

問1 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添4の問6-27において、手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限ることとされているが、「注射用レザフィリン 100mg」、「アラベル内用剤 1.5g」及び「アラグリオ顆粒剤分包 1.5g」についても同様の取扱いとなるか。

(答) いずれも術前に使用する薬剤であり、別途算定できない。なお、いずれの薬剤も包括評価部分において評価されていることに留意されたい。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添4の問6-28は廃止する。

歯科診療報酬点数表関係

【施設基準関係】

問1 初診料の注1、地域歯科診療支援病院歯科初診料、歯科外来診療医療安全対策加算1、歯科外来診療医療安全対策加算2、歯科外来診療感染対策加算1、歯科点数表の初診料の注16、再診料の注12、小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算、在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院の施設基準に規定する各研修について、オンライン会議システムやWEB配信を含むe-learning形式等を活用し、研修を実施することは可能か。

(答) 可能。ただし、オンライン会議システムやe-learning形式等を活用して研修を実施する場合は、出席状況の確認、研修時間の確保、受講者からの質問への対応、研修内容の理解度の確認等が行えるような形式で実施すること。

例えば、

- ・ オンライン会議システムを活用する場合、受講者は原則としてカメラをオンにし、主催者が出席状況を確認できるようにする。
- ・ e-learning形式の場合、主催者が、受講者の学習時間、進捗状況を含め受講前後のテスト等の実施により研修の完了を把握する。
- ・ 受講者からの質問等について、オンライン会議システムの場合は、チャットシステムや音声発信を用いることや、e-learning形式の場合は、別途質問を受け付け、回答できるような運用を行い、必要に応じ質問・回答について研修会のWebページに掲載する。

などが考えられる。

【歯科外来診療医療安全対策加算】

問2 歯科外来診療医療安全対策加算1の施設基準に係る届出書添付書類(様式4)の「8 医療安全対策に係る体制」の「① 公益財団法人日本医療機能評価機構が行う、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への登録状況」について、登録完了年月日を記載することとなっているが、当該施設基準の新設に伴い、登録しようとする歯科医療機関数が多く、「参加登録申請書」を郵送後、本登録までに時間を要する場合、本登録完了まで当該施設基準の届出を行うことができないのか。

(答) 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加登録の申請が行われ、「参加登録申請書」の郵送を行った場合は、仮登録完了時に機構から送付される「仮登録のお知らせ」の電子メールの受信日を「登録完了年月日」欄に記載し、日付の前に(仮登録)と記載することで差し支えない。その場合は、当該機構から送付される「仮登録のお知らせ」の電子メール(又はその写し)

を本登録が完了するまで保存すること。

また、本登録が完了すると本登録が完了した旨の電子メールが当該機構から送信されるが、仮登録から一定期間が経過しても本登録が完了した旨の電子メールが届かない場合は、当該機構に問い合わせを行うこと。

なお、本登録が完了した歯科医療機関（参加登録歯科診療所）は、当該機構の Web ページでも確認が可能である。（本登録完了から約 1 か月程度で掲載。）

（参考）公益財団法人日本医療機能評価機構

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業参加登録歯科診療所一覧

<https://www.med-safe.jp/dental/contents/register/index.html>

【周術期等口腔機能管理料】

問3 「B000-8」周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の注1において集中治療室における治療を実施する患者とあるが、ハイケアユニットや脳卒中ケアユニットで治療を行っている患者も含まれるか。

（答）含まれる。

【口腔内装置】

問4 留意事項通知の「I017」口腔内装置の（1）のヌに規定する「外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、同通知の（13）において「18歳未満の患者であって、外傷歯に係る受傷から1年以内であり、暫間固定を行った患者に対し、日常生活時又は運動時等における当該外傷歯の保護を目的に製作する装置をいう。」とあるが、当該装置の印象採得時点で18歳未満の患者が対象となるのか。

（答）そのとおり。

調剤報酬点数表関係

【施行時期後ろ倒し】

問1 連携強化加算の施設基準の経過措置について、令和6年3月31日において現に連携強化加算の施設基準に係る届出を行っていることとされているが、単に届出を行っていれば経過措置の対象となるのか。

(答) 当該施設基準の届出を行ったうえで、令和6年3月31日において現に当該加算を算定している場合は、経過措置の対象となる。

問2 地域支援体制加算の施設基準の経過措置について、令和6年5月31日において地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っていることとされているが、単に届出を行っていれば経過措置の対象となるのか。

(答) 当該施設基準の届出を行ったうえで、令和6年5月31日において現に当該加算を算定している場合は、経過措置の対象となる。

【在宅薬学総合体制加算】

問3 在宅薬学総合体制加算2の施設基準について、「無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。」とあるが、他の薬局の設備を共同利用することが確保されている場合であっても要件を満たすか。また、このような設備について必要な規格等の要件や、設置する際の留意点はあるのか。

(答) 在宅薬学総合体制加算2は、特に高度な在宅医療の提供体制を評価するものであり、無菌製剤処理に係る要件については、自局で必要な設備を整備していることが必要であるため、他の薬局の無菌調剤室を共同利用できる体制を確保していることでは要件を満たさない。

無菌製剤処理を行うための設備に関しては、特に規格等の要件はないが、薬局で必要な無菌製剤処理ができる設備を備えること。

また、これらの設備に関しては、単に設置していれば要件を満たすものではなく、設備の清掃やプレフィルターの洗浄等の日常の管理や清浄度、HEPAフィルターの性能等に係る定期的な保守点検を実施することなどにより、必要が生じた際に速やかに無菌製剤処理を実施できる状態を維持していなければ、要件を満たしていると考えすることはできない。

なお、無菌製剤処理を実施する環境の確保に当たっては、公益社団法人日本薬剤師会「薬局における無菌製剤（注射剤）の調製について」も参考にされたい。

これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添6の問12は廃止する。

【医療情報取得加算】

問4 医療情報取得加算1又は2について、6月に1回に限り所定点数に加算することとされているが、同一患者が複数の保険医療機関から交付された処方箋を受け付けた場合に、医療機関ごとに算定できるか。

（答）算定不可。患者につき6月に1回に限り算定する。

事務連絡
令和6年5月17日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その5）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発 0305 第4号）等により、令和6年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添3までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

医科診療報酬点数表関係

【特定感染症入院医療管理加算】

問1 「A209」特定感染症入院医療管理加算について、治療室の場合とは何を指しているのか。

(答) 「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、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は「A303」総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者について、「A209」特定感染症入院医療管理加算を算定する場合を指す。

【バイオ後続品使用体制加算】

問2 「A243-2」バイオ後続品使用体制加算の施設基準において、当該保険医療機関において調剤した対象薬剤について、当該成分全体の規格単位数に占めるバイオ後続品の規格単位数の割合に係る規定があるが、対象薬剤のバイオ後続品であるかどうかは、厚生労働省ホームページ「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」に示された後発医薬品に係る情報を参考にすることでよいか。

(答) よい。ただし、新医薬品等の薬価基準への収載、薬価改定により情報が更新されるため、最新の情報を参照されるよう留意されたい。

(参考) 薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2024/04/tp20240401-01.html>

【精神科地域包括ケア病棟入院料】

問3 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添1の問121において、「A315」精神科地域包括ケア病棟入院料について、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が休日を含めて全ての日において常時1人以上配置されていることとされているが、「令和6年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」(令和6年5月17日事務連絡)による取扱い如何。

(答) 当該事務連絡のとおり、当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が1人以上配置されていること。ただし、休日の日勤時間帯にあっては当該保険医療機関内に作業療法士、精神保

健福祉士又は公認心理師が1人以上配置されており、必要に応じて当該病棟の入院患者に作業療法、相談支援又は心理支援等を提供できる体制を有していればよい。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添1の間121は廃止する。

【在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料】

問4 「C002」在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）の施設基準において、「当該保険医療機関において、直近3か月に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を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等を除く。）の割合が7割以下であること。」とあるが、「患者等」にはどのような患者が含まれるか。

（答）特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる患者のほか、以下の患者を指す。

- ・ 特掲診療料の施設基準等の別表第8の2に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者。
- ・ 「C000」往診料の注3、「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注6又は「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注5に規定する在宅ターミナルケア加算を算定した患者。（算定した月に限る。）
- ・ 「C000」往診料の注4又は「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注7（「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する看取り加算を算定した患者。（算定した月に限る。）
- ・ 「C000」往診料の注5又は「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注8（「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注6の規定により準用する場合を含む。）死亡診断加算を算定した患者。（算定した月に限る。）
- ・ 令和6年3月に施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（令和7年3月31日までの間に限る。）。ただし、「直近3か月に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を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者等の割合」を令和7年3月31日までに7割以下とするための計画を立て、当該計画書を、在宅時医学総合管理料の注14に係る届出を行う時点及びその時点から令和7年3月まで3か月ごとに地方厚生（支）局長に届出を行う必要があること。

問5 問4において、「直近3か月に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を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等を除く。）の割合」を令和7年3月31日までに7割以下とするための計画書には、どのような事項を含めるのか。

(答) 以下の事項を含めること。なお、様式等は問わない。

- ・ 届出月以降、令和7年3月31日までの各月の在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定回数の推移。
- ・ 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者等の割合を減少させるための具体的な方法。

調剤報酬点数表関係

【連携強化加算、医療DX推進体制整備加算】

問1 連携強化加算及び医療DX推進体制整備加算の施設基準として、「サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行うこと」とされており、「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～」を活用することとされているが、これらの資料が更新された場合には、いつまでに、その内容を踏まえて当該体制を見直すことが必要か。

(答) 医療情報システムを取り巻く環境は刻一刻と変動していくものであり、セキュリティに関する内容も、最新のガイドライン、チェックリスト等を活用し、適切な対応を行う必要があることから、関係するガイドライン等が更新された場合には、速やかに対応する必要がある。

なお、現時点においては、「令和6年度版「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～」について」(令和6年5月13日付け医政参発0513第9号・医薬総発0513第2号医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・薬局総務課長通知)の別添1及び別添2が最新の資料となるが、厚生労働省のホームページに医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに関する最新の情報が掲載されているので、適宜参照されたい。

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html

【連携強化加算】

問2 連携強化加算に関する施設基準において、保険薬局の保険薬剤師が年1回以上、感染症に係る最新の科学的知見に基づいた適切な知識を習得することを目的とした研修及び新型インフルエンザ等感染症等に係る医療の提供に当たっての訓練を受けることとされているが、当該加算の届出までにこれらの研修及び訓練を受けていなければならないのか。

(答) 届出までに当該研修及び当該訓練を受けていなくても差し支えないが、当該加算で求められることに対応する前提となるため、できる限り速やかに実施すること。また、保険薬局の保険薬剤師が年1回以上、必要な研修及び訓練を受けることができるよう、あらかじめ計画を策定し、確実に実施することも必要である。

なお、厚生労働省の事業により、公益社団法人日本薬剤師会が薬局におけ

る新興感染症への対応を含めた感染対策に係る研修プログラムや研修資材等の作成を行ったところであり、準備が整い次第厚生労働省のホームページに掲載される予定である。

領収証及び明細書関係

【領収証】

問1 「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」に規定する別紙様式1及び別紙様式2の領収証について、医科点数表第14部「その他」及び歯科点数表第15部「その他」の新設により、「その他」の欄が追加されたが、レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修が必要などやむを得ない事情により、「その他」の欄の記載された領収証が発行できない場合について、どのように考えたらよいか。

(答) 当分の間、改正前の領収証に手書きで記載する又は別に「その他」の金額が記載された別紙を交付するなど、患者が医療費の内容が分かる形で運用している場合には、領収証を発行しているものとみなす。なお、その場合であっても、早期に別紙様式1又は別紙様式2の形式で領収証が発行できるようにすることが望ましい。

事務連絡
令和6年5月30日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その6）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発 0305 第4号）等により、令和6年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添2までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

歯科診療報酬点数表関係

【口腔管理体制強化加算】

問1 口腔管理体制強化加算の施設基準に係る届出書添付書類(様式17の2)について、

- ① 「4 歯科訪問診療料の注15に規定する届出の状況」に歯科訪問診療料の注15に係る届出年月日を記載することとなっているが、在宅療養支援歯科診療所1又は2の届出を行っている歯科医療機関の場合は、どのように記載すればよいか。
- ② 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準及び歯科訪問診療料の注15に規定する基準(令和6年度診療報酬改定前の歯科点数表の歯科訪問診療料の注13に規定する基準)に係る届出年月日が分からない場合は、どのように記載すればよいか。

(答) ① 「4 歯科訪問診療料の注15に規定する届出の状況」の空白部分に(歯援診届出済)と記載し、在宅療養支援歯科診療所1又は2の受理番号若しくは算定開始年月日を記載する。

② 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準及び歯科訪問診療料の注15に規定する基準(令和6年度診療報酬改定前の歯科点数表の歯科訪問診療料の注13に規定する基準)に係る届出年月日が分からない場合は、届出年月日の代わりに算定開始年月日を記載することで差し支えないが、その場合は空白部分に(算定開始)と記載すること。

なお、受理番号及び算定開始年月日については、地方厚生(支)局のホームページに掲載されている届出受理医療機関名簿を参照されたい。

問2 口腔管理体制強化加算の施設基準に係る届出書添付書類(様式17の2)の「7 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等」について、令和6年度診療報酬改定前の歯科点数表の、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所(以下「旧か強診」という。)の施設基準に係る届出を行っている歯科医療機関の場合はどのように記載すればよいか。

(答) 旧か強診の届出を行っている歯科医療機関においては、「受講歯科医師名」の欄へ歯科医師名を記載するほか、(か強診届出済)と記載し、旧か強診の施設基準に係る受理番号を記載する。また、研修の受講歴等に係る記載については、口腔管理体制強化加算の施設基準に係る届出にあたって追加で受講した研修についてのみ記載することで差し支えない。

なお、受理番号については、地方厚生(支)局のホームページに掲載されている届出受理医療機関名簿を参照されたい。

【在宅医療DX情報活用加算】

問3 在宅医療DX情報活用加算の施設基準において、「居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか。

(答) オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により歯科医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により歯科医師等が診療計画の作成において診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。

問4 在宅医療DX情報活用加算の施設基準において、「医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。」とされており、ア～ウの事項が示されているが、ア～ウの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。

(答) まとめて掲示しても差し支えない。掲示内容については、以下のURLに示す様式を参考にされたい。

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

| 施設内での掲示ポスター

これらのポスターは「在宅医療DX情報活用加算」、「在宅医療DX情報活用加算（歯科）」及び「訪問看護医療DX情報活用加算」の掲示に関する施設基準を満たします。

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

問5 在宅医療DX情報活用加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。」を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。

(答) 当該保険医療機関又は訪問先において「マイナ保険証をお出してください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示（問4に示す掲示の例を含む。）を行う必要があり、「保険証をお出してください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない

また、歯科訪問診療等を行う際に、問4に示す掲示内容を含む書面を持参して利用者等に提示するといった対応がとられていることが望ましい。

問6 居宅同意取得型のオンライン資格確認等において、マイナンバーカードを読み取れない場合や利用者が4桁の暗証番号を忘れた場合はどのように対応すればよいのか。

(答) 医療機関等向け総合ポータルサイトのオンライン資格確認・オンライン請求ページに掲載されている訪問診療等に関するよくある質問 (FAQ) を参照し対応されたい。

(参考)

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

【機械的歯面清掃処置】

問7 「I030」機械的歯面清掃処置について、歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者については、月1回に限り算定できるとあるが、当該加算を算定した日に限り算定可能か。

(答) 同一初診期間内に歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定した患者であれば、当該加算を算定していない日であっても、「I030」機械的歯面清掃処置を算定して差し支えない。当該加算の算定がない月に当該処置を行う場合は、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について (令和6年3月27日保医発0327第5号) の別表Iの項番107のとおり、歯科診療特別対応加算を算定した旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、「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3の問33は廃止する。

【金属歯冠修復】

問8 令和6年度診療報酬改定前の歯科点数表の「M017」ポンティックの留意事項通知(7)のハに上顎の第1大臼歯又は第2大臼歯を3根のうち頬側2根を残して分割抜歯した場合であって、単独冠として歯冠修復を行う場合は、大臼歯の歯冠修復として算定して差し支えないとあるが、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表における「M010」金属歯冠修復の留意事項通知(10)のイにある「上顎の第1大臼歯又は第2大臼歯を3根のうち2根(口蓋根及び近心頬側根又は遠心頬側根のいずれか)を残して分割抜歯をした場合は、大臼歯の歯冠修復として算定して差

し支えない。」について、上顎の第1大臼歯又は第2大臼歯を3根のうち頬側2根を残して分割抜歯した場合の算定はどのように考えればよいか。

(答) 分割抜歯を行った大臼歯に対する単独冠としての金属歯冠修復については、原則として「M010」金属歯冠修復の留意事項通知(10)のイの通りであるが、やむを得ず、上顎の第1大臼歯又は第2大臼歯を3根のうち頬側2根を残して分割抜歯した場合については、残った歯冠、歯根の状態が歯科医学的に適切な場合に限り、大臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。

【光学印象】

問9 光学印象の施設基準に係る届出書添付書類(様式50の2)について、既に「CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー」の施設基準に係る届出を行っている歯科医療機関であって、「M003-4」光学印象の施設基準に係る届出のみを行う場合は、「1 届出を行う施設基準」の「光学印象」の欄にのみ○を記載し、「4 当該療養に係る医療機関の体制状況等」の「使用するデジタル印象採得装置」に係る記載を行えばよいか。

(答) そのとおり。

【周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)】

問10 「B000-6」周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)の注1及び「B000-7」周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の注1について、「がん等に係る手術(歯科疾患に係る手術については、入院期間が2日を超えるものに限る。)」とあるが、入院期間が1泊2日の場合は算定可能か。

また、「歯科疾患に係る手術」について、入院をとまなう「J000」抜歯手術、「J003」歯根嚢胞摘出手術又は「J004」歯根端切除手術は含まれるか。

(答) 入院期間が1泊2日の場合は算定不可。

また、入院期間が2日を超える場合は、「J000」抜歯手術、「J003」歯根嚢胞摘出手術又は「J004」歯根端切除手術のような歯科疾患に係る手術であっても、口腔内細菌による合併症、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症や脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害の予防のために、周術期等の口腔機能の管理が必要と歯科医学的に判断される場合において、当該管理料は算定可能。

【回復期等口腔機能管理計画策定料、回復期等専門的口腔衛生処置】

問 11 「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和6年4月12日事務連絡）別添3の問14において、「B000-11」回復期等口腔機能管理料について、回復期等に関する口腔機能管理を必要とする患者の場合であつて、う蝕や歯周病等がない場合等の傷病名について、当面は傷病名を「回復期口腔機能管理中」として差し支えないとあるが、「B000-10」回復期等口腔機能管理計画策定料及び「I029-1-2」回復期等専門的口腔衛生処置についても同様と考えてよいか。

（答） そのとおり。

調剤報酬点数表関係

【地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算】

問1 地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算の施設基準において求められる薬局の機能等に係る情報の周知について、行政機関や薬剤師会等を通じた公表の手続を行っているが、これらの加算の届出時点では当該薬局の情報が公表されていない場合であっても届出を行うことは可能か。

(答) 届出要件を満たすために、保険薬局が所在する地域の行政機関や薬剤師会等に対して当該薬局が公表のための必要な手続を行っており、情報が公表されることが担保されている場合には、届出時点で当該薬局の情報が公表されていなくても差し支えない。この場合、地域支援体制加算の届出にあたっては、上記内容が確認できる資料(例:公表のための手続を行ったメールの写し等)を添付すること。

また、届出後においては、必要な情報が速やかに公表されていることを確認しておくこと。

なお、「疑義解釈資料の送付について(その3)」(令和6年4月26日事務連絡)の別添5の問3のとおり、当該薬剤師会が会員のみを対象として当該情報を収集、整理し、公表している場合は、施設基準を満たさないことに留意すること。

事務連絡
令和6年5月31日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その7）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発 0305 第4号）等により、令和6年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添5までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

医科診療報酬点数表関係

【診療録管理体制加算】

問1 「A207」診療録管理体制加算の施設基準において、「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。」とあるが、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の「システム運用編」において「非常時に備えた通常時からの対応」の例として挙げられている「論理的／物理的なネットワークの構成分割」は、ここでいう「ネットワークから」の「切り離し」に該当すると考えてよいか。

(答) よい。なお、ネットワーク全般の安全管理措置については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の「システム運用編」の「13. ネットワークに関する安全管理措置」を参照のこと。

問2 「A207」診療録管理体制加算の施設基準において、「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。」とあるが、追記不能設定がなされた領域を有するバックアップ用機器又はクラウドサービスを利用し、当該領域にバックアップを保管している場合について、「ネットワークから切り離れたオフラインで保管している」ものとみなしてよいか。

(答) 当該機器又はクラウドサービスを用いたバックアップの特性も踏まえ、非常時にデータ復旧が可能な状態にある場合には、差し支えない。

なお、その場合、非常時におけるデータ復旧の手段や手順等について、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているか、十分に確認されたい。

【小児緩和ケア診療加算】

問3 「A226-4」小児緩和ケア診療加算の施設基準において「がん診療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」とあるが、これは「A226-2」緩和ケア診療加算の施設基準における「がん診療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」と同じ病院を指すものと考えてよいか。

(答) そのとおり。

問4 「A226-4」小児緩和ケア診療加算の施設基準における緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師に係る「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、以下の研修が該当する。

- ① 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
- ② 日本看護協会の認定看護師教育課程の「緩和ケア*」、「がん薬物療法看護*」、「乳がん看護*」又は「がん放射線療法看護**」

※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。

【薬剤業務向上加算】

問5 「A244」病棟薬剤業務実施加算の注2に規定する薬剤業務向上加算の施設基準について、「現に出向を実施していること」が要件とされているが、出向先ではどのような勤務形態でもよいか。

(答) 出向先における勤務形態は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。）の職員として継続的に勤務している必要がある。

【特定集中治療室遠隔支援加算】

問6 「A301」特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の被支援側医療機関の施設基準において、「支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること。」とあるが、この研修は具体的にどのようなものを指すのか。

(答) 概ね3か月に1回以上、例えば以下の内容を含む研修又はカンファレンスを施していること。また、当該研修等は、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。

- ・ 遠隔支援が行われた又は遠隔支援を行うことが適当と考えられた重症患者の症例についての検討
- ・ 当該施設間の遠隔支援に係る組織体制、運用マニュアル等について（マニュアル等の改正の検討を含む。）
- ・ 重症患者の治療に関する最新の知見について

【地域包括医療病棟入院料】

問7 令和6年度診療報酬改定において新設された「A304」地域包括医療病棟入院料について、地域包括医療病棟の施設基準を届け出たが、救急搬送の受け入れ等、地域で連携していく中で、一時的に平均在院日数等の実績を満たすことが難しい場合、どのようにしたらよいか。

(答) 地域で連携していく中で、一時的に想定される診療が難しい期間がある場合、令和8年5月末までの間、以下の要件については3か月を上限とし、当該期間を実績の対象期間から除いて差し支えないものとする。

- ・ 重症度、医療・看護必要度に係る要件
- ・ 直近3月の間に新たに当該病棟に入棟した患者に占める、当該病棟に入棟した日に介助を特に実施している患者の割合が5割以上であること。
- ・ 当該病棟に入院する患者の平均在院日数が21日以内であること。
- ・ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- ・ 当該病棟における、直近3か月の入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5分未満であること。
- ・ 当該病棟において、直近3か月の入院患者に占める、救急搬送後の患者の割合が1割5分以上であること。
- ・ 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。

その際、一定期間の実績を考える際に、以下の①又は②のいずれかを用い、3か月を上限に、一時的に想定される診療が難しい期間を除いても差し支えないものとする。

- ① 一時的に想定される診療が難しい期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする。

例：ある年の8月に想定される診療が難しかった保険医療機関における、当該年10月時点での「直近6ヶ月の実績」を求める対象とする期間

当該年1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
		●	○	○	○	○	★	○

- ：通常の実績の取扱いのとおり、実績を求める対象とする月
- ★：実績を求める対象としない月
- ：臨時的な取扱いとして実績期間から控除した月（★）の代用として、実績を求める対象とする月

- ② 一時的に想定される診療が難しい期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から該当する期間を除いた期間の平均値を用いる。

例：ある年の8月に想定される診療が難しかった保険医療機関における、当該年10月時点での「直近6ヶ月の実績」を求める対象とする期間

当該年1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
			○	○	○	○	■	○

○：通常の実績のとおり、実績を求める対象とする月

■：○の平均値を代用する月

【在宅医療DX情報活用加算】

問8 居宅同意取得型のオンライン資格確認等において、マイナンバーカードを読み取れない場合や利用者が4桁の暗証番号を忘れた場合はどのように対応すればよいのか。

(答) 医療機関等向け総合ポータルサイトのオンライン資格確認・オンライン請求ページに掲載されている訪問診療等に関するよくある質問 (FAQ) を参照し対応されたい。

(参考)

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

【入院時食事療養費及び入院時生活療養費】

問9 「A307」小児入院医療管理料について、「小児入院医療管理料を算定する場合であって、患者の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮すること。」とされているが、患者の家族等の希望に応じ、患者に提供される食事と同一の給食施設で調理された食事を提供する場合、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」(令和6年3月5日付け保医発0305第13号保険局医療課長通知)の別添「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る施設基準等」における職員に提供される食事の取扱いと同様に、帳簿類、出納及び献立盛り付けなどは明確に区別する必要があるか。

(答) 患者の家族等に提供される食事の食数が少ない場合(患者に提供される1

日当たりの食数の概ね1割未満)は、食数を明確に把握した上で、入院時食事療養費及び入院時生活療養費とは区別して費用を徴収していれば、食品納入・消費・在庫等に関する諸帳簿類や献立盛り付けは、区別しなくても差し支えない。

【プログラム医療機器等指導管理料】

問 10 「B005-14」プログラム医療機器等指導管理料に関する施設基準のうち高血圧症治療補助アプリを用いる場合及び特定保険医療材料の機能区分「227 高血圧症治療補助アプリ」の算定留意事項に「「B001-3」に掲げる生活習慣病管理料(I)の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者(入院中の患者を除く。）」とあるが、当該患者には、令和6年度診療報酬改定前の「B001-3」生活習慣病管理料の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者(入院中の患者を除く。)が含まれると考えてよいか。

(答) そのとおり。

【在宅データ提出加算】

問 11 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準において、各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える場合は、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこととされているが、この「届出」の取扱い如何。

(答) 様式7の11を用いて、地方厚生(支)局長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行うこと。

また、様式7の11を提出するにあたっては、事前に、様式7の10の届出を行ったうえで、試行データを外来医療等調査事務局に提出し、データ提出の実績が認められる必要がある。

なお、令和6年3月31日時点で在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている医療機関においては、令和7年5月31日までの間に限り基準を満たしているものとされていることから、令和7年6月2日までに様式7の11の届出を行うこと。令和7年6月2日までに様式7の11の届出を行おうとする場合、遅くとも令和7年2月20日までに様式7の10を届出する必要があるため、留意すること。

【在宅医療DX情報活用加算】

問 12 在宅医療DX情報活用加算の施設基準において、「居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか。

(答) オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により医師等が診療計画の作成において診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。

問 13 在宅医療DX情報活用加算の施設基準において、「医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。」とされており、ア～ウの事項が示されているが、ア～ウの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。

(答) まとめて掲示しても差し支えない。掲示内容については、以下の URL に示す様式を参考にされたい。

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

｜施設内での掲示ポスター

これらのポスターは「在宅医療DX情報活用加算」、「在宅医療DX情報活用加算（歯科）」及び「訪問看護医療DX情報活用加算」の掲示に関する施設基準を満たします。

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

問 14 在宅医療DX情報活用加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。」を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。

(答) 当該保険医療機関又は患者において「マイナ保険証をお出してください」等、

マイナ保険証の提示を求める案内や掲示（問 13 に示す掲示の例を含む。）を行う必要があり、「保険証をお出してください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない。

また、訪問診療等を行う際に、問 13 に示す掲示内容を含む書面を持参して利用者等に提示するといった対応がとられていることが望ましい。

問 15 居宅同意取得型のオンライン資格確認等において、マイナンバーカードを読み取れない場合や利用者が 4 桁の暗証番号を忘れた場合はどのように対応すればよいのか。

(答) 医療機関等向け総合ポータルサイトのオンライン資格確認・オンライン請求ページに掲載されている訪問診療等に関するよくある質問 (FAQ) を参照し対応されたい。

(参考)

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

【児童思春期支援指導加算】

問 16 「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注 10」児童思春期支援指導加算の施設基準における「初診を実施した 20 歳未満の患者の数」は、どのように考えればよいか。

(答) 初診を実施した 20 歳未満の患者の数とは、「A 0 0 0」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 20 歳未満の患者の数を指す。

問 17 「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注 10」児童思春期支援指導加算の施設基準において、「当該保険医療機関が過去 6 か月間に初診を実施した 20 歳未満の患者の数が、月平均 8 人以上であること。」とあるが、既に当該加算の算定を開始している医療機関において、過去 6 か月間に初診を実施した 20 歳未満の患者の数が月平均 8 人未満となった場合の取扱如何。

(答) 令和 8 年 5 月 31 日までの間に限り、過去 1 年以内の連続する 6 月において、初診を実施した 20 歳未満の患者の数が月平均 8 人以上であれば、当該基準を満たすものとする。

【人工腎臓】

問 18 「J038」人工腎臓の「注2」導入期加算2及び3の施設基準において、腎代替療法を導入するに当たって、「心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること」とされているが、例えば心臓弁膜症の患者に対しては具体的にどのような説明を行う必要があるのか。

(答) 例えば、日本透析医学会、日本胸部外科学会等による説明文書においては、透析患者の心臓弁膜症に対する治療としては、自己心膜を用いた弁形成術や経カテーテル的大動脈弁植込術が例示されているため、日本透析医学会ホームページにて公開されている説明文書を参考とすること。

問 19 「J038」人工腎臓の「注2」導入期加算2及び3の施設基準において、腎代替療法を導入するに当たって、「心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること」とされているが、必ず医師が説明を行う必要があるのか。

(答) 腎代替療法指導士が、医師の指示のもと、パンフレット等を用いて説明することは可能。ただし、腎代替療法指導士が当該説明を行った場合は、説明時の状況等を当該医療機関内で共有し、必要に応じて主治医が患者に説明すること。

【早期診療体制充実加算】

問 20 「I002」通院・在宅精神療法の「注11」早期診療体制充実加算児童思春期支援指導加算の施設基準に「当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」の口若しくはハの(1)又は「2」の口若しくはハの(1)若しくは(2)の算定回数の合計の割合が5%以上であること。」とあるが、計算の分母に、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケアの算定回数は含まれるのか。

(答) 含まれない。

【人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）】

問 21 「K082-7」人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）について、「術中に光学的に計測した術野及び手術器具の位置関係をリアルタイムに表示し、寛骨臼及び大腿骨の切削を支援する手術支援装置」は何が含まれるか。

（答）「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（令和6年3月5日保医発0305第11号）に掲げる定義に適合する医療機器が該当する。

問 22 「K082-7」人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）に関する施設基準において、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていることは具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本整形外科学会のデータベースである Japanese Orthopaedic Association National Registry に症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っている場合を指す。

【病変検出支援プログラム加算】

問 23 「K721」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「注3」に規定する病変検出支援プログラム加算について、大腸内視鏡画像から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器を用いた場合であっても、病変検出支援機能を使用せず大腸内視鏡検査を実施し、ポリープを切除した場合においては、当該加算は算定できないと考えてよいか。

（答）そのとおり。

(別添2)

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問1 ベースアップ評価料について、患者等に対して説明する場合は、どのような対応をすればよいか。

(答) 厚生労働省のホームページに掲載しているリーフレット等を活用し、適切な対応をお願いしたい。

URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

歯科診療報酬点数表関係

【歯科技工士連携加算、光学印象歯科技工士連携加算、歯科技工加算】

問1 歯科技工士連携加算（「M003」印象採得、「M006」咬合採得、「M007」仮床試適）、光学印象歯科技工士連携加算（「M003-4」光学印象）、歯科技工加算（「M029」有床義歯修理、「M030」有床義歯内面適合法）を算定する場合に、これらの加算に対して、歯科点数表第12部「歯冠修復及び欠損補綴」の「通則4」、「通則6」及び「通則7」に掲げる加算は算定可能か。

(答) 「通則4」、「通則6」又は「通則7」の該当する区分番号については算定可能。

なお、「疑義解釈資料の送付について(その5)」(平成22年6月11日事務連絡)別添2の問5は廃止する。

医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【胚凍結保存管理料】

問1 「1 胚凍結保存管理料（導入時）」については、胚の凍結とその後1年間の凍結保存及び必要な医学管理に要する費用を評価するものであり、胚の凍結を開始した日から1年を経過した後に、継続して胚凍結保存を実施する場合には、「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することとなるという理解でよいか。

(答) よい。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添2の問63は廃止する。

問2 「2 胚凍結保存維持管理料」について「1年に1回に限り算定することとされているが、具体的には、胚の凍結を開始した日から起算して1年を経過するごとに算定可能となるという理解でよいか。

(答) よい。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添2の問62は廃止する。

問3 「2 胚凍結保存維持管理料」について、患者及びそのパートナーが不妊治療を引き続き実施する意向を確認しており、かつ胚の凍結を継続する場合において、胚の凍結を開始した日から1年を経過した場合に算定が可能となるが、例えば令和6年6月で胚の凍結を開始した日から1年を経過する患者について、令和6年8月に治療のために来院した場合に、令和6年6月から令和6年7月までの期間について、胚の凍結に係る費用を自費で徴収可能か。

(答) 不可。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添3の問9は廃止する。

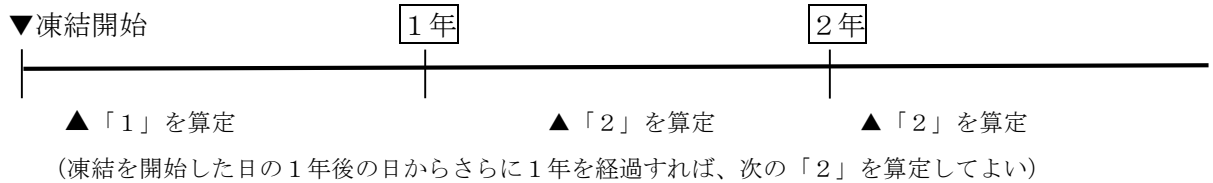
問4 問3について、令和6年8月に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合、2回目の「2 胚凍結保存維持管理料」を算定可能となる時期について、どのように考えればよいか。

(答) この場合、胚の凍結を開始した日から2年を経過した令和7年6月以降であれば「2 胚凍結保存維持管理料」を算定できる。

ただし、「2 胚凍結保存維持管理料」の凍結期間の起算点となる日付（胚の凍結を開始した日）について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添3の問10は廃止する。

※算定イメージ



問5 問4について、例えば当該患者が胚の凍結を開始した日から1年経過後に治療に来院せず、2年経過後の令和7年6月に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合であって、令和7年7月にも治療に来院した場合、2回目の「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することができるか。

(答) 算定不可。この場合、1年経過後から、2年経過後までの間については、「妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合」に該当すると考えられ、その分の費用については患家の負担として差し支えない。なお、治療中断の際の取扱いについては、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日付医療課事務連絡）問75も参考にされたい。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添3の問11は廃止する。

【精子凍結保存管理料】

問6 胚凍結保存管理料に係る問1から問5までの取扱いは、精子凍結保存管理料における算定期等に係る取扱いに関しても同様と考えてよいか。

(答) よい。この場合、「胚」とあるのは、「精子」と読み替え、「凍結保存」又は「胚凍結保存」とあるのは、「精子凍結保存」と読み替え、「胚凍結保存管理料」とあるのは、「精子凍結保存管理料」と読み替え、「1 胚凍結保存管理料(導入時)」とあるのは、「1 精子凍結保存管理料(導入時)」と読み替え、「2 胚凍結保存維持管理料」とあるのは、「2 精子凍結保存維持管理料」と読み替えるものとする。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添3の問27は廃止する。

訪問看護療養費関係

【訪問看護医療DX情報活用加算】

問1 訪問看護医療DX情報活用加算の施設基準において、「居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、看護師等が利用者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか。

(答) オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により看護師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により訪問看護ステーション等において看護師等が訪問看護計画書の作成等において診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取
得できる体制のみを有している場合は該当しない。

問2 訪問看護医療DX情報活用加算の施設基準において、「医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得・活用して訪問看護を行うことについて、当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示していること。」とされており、ア及びイの事項が示されているが、ア及びイの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。

(答) 訪問看護ステーション内の事務室(利用申込みの受付、相談等に対応する場所)等にまとめて掲示しても差し支えない。掲示内容については、以下のURLに示す様式を参考にされたい。

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

| 施設内での掲示ポスター

これらのポスターは「在宅医療DX情報活用加算」、「在宅医療DX情報活用加算(歯科)」及び「訪問看護医療DX情報活用加算」の掲示に関する施設基準を満たします。

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

問3 訪問看護医療DX情報活用加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる訪問看護ステーションであること。」を当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、

医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。

(答) 訪問看護ステーション又は利用者の居宅等において「マイナ保険証をお出してください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示（問2に示す掲示の例を含む。）を行う必要があり、「保険証をお出してください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない。

また、訪問看護を行う際に、問2に示す掲示内容を含む書面を持参して利用者等に提示するといった対応がとられていることが望ましい。

【訪問看護医療DX情報活用加算】

問4 居宅同意取得型のオンライン資格確認等において、マイナンバーカードを読み取れない場合や利用者が4桁の暗証番号を忘れた場合はどのように対応すればよいか。

(答) 医療機関等向け総合ポータルサイトのオンライン資格確認・オンライン請求ページに掲載されている訪問診療等に関するよくある質問（FAQ）を参照し対応されたい。

(参考)

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

問5 訪問看護医療DX情報活用加算の施設基準において、「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成4年厚生省令第5号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っている訪問看護ステーションであること。」とあるが、「電子情報処理組織の使用による請求を行っている」とはどのような状況を指すのか。

(答) 当該訪問看護実施月の訪問看護療養費の請求を、電子情報処理組織の使用により請求を行うことを指す。

例えば、令和6年6月実施分について当該加算を算定する場合は、令和6年7月の請求を電子情報処理組織の使用により行うことを指す。

事務連絡
令和6年6月18日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その8）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発 0305 第4号）等により、令和6年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添4までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

医科診療報酬点数表関係

【経過措置】

問1 「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6年3月5日保医発0305第5号)の別添2「入院基本料等の施設基準等」において、「意思決定支援の基準」及び「身体拘束最小化の基準」については、令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和7年5月31日までの間に限り当該基準を満たしているものとされているが、令和7年5月31日までの間に、入院基本料又は特定入院料の施設基準を変更した場合の当該経過措置の取扱い如何。

(答) 令和6年3月31日において、入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床について、令和7年5月31日までの間に当該施設基準の変更の届出を行った場合も、令和7年5月31日までの間に限り「意思決定支援の基準」及び「身体拘束最小化の基準」を満たしているものとする。

【診療録管理体制加算】

問2 「A207」診療録管理体制加算の施設基準において、「ネットワークから切り離れたオフラインで保管していることについては、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているか確認し、当該契約書等の記載部分についても届出の添付資料とすること」とあるが、オフラインでのバックアップの保管にあたり、事業者との契約を行っていない場合について、どのように考えればよいか。

(答) 厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の「企画管理編」、「15. 技術的な安全管理対策の管理」に基づいて作成された院内の運用管理規程を添付資料とすること。なお、当該規程には、オフラインでの保管を行うにあたっての具体的な運用方法(追記不能設定がなされたバックアップ用機器又はクラウドサービスを利用する場合にあっては、当該機器又はサービスの機能の詳細や非常時の復旧方法)に関する記載が含まれていること。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問1 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添2の問6において、「届出時点において『賃金改善計画書』の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる。」とあるが、「条例の改正が必要であること等やむを得ない理由」に労使交渉を行っているものの、やむを得ず妥結していない場合も含まれるか。

(答) 含まれるが、届出時点において「賃金改善計画書」の提出が必要。ただし、「疑義解釈資料の送付について(その2)」(令和6年4月12日事務連絡)別添2の問5のとおり、労使交渉妥結後に修正した場合は、「賃金改善計画書」含む届出様式一式を速やかに再度地方厚生(支)局長に届け出ること。

問2 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添2の問6において、「原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。」とあるが、令和6年7月以降に届出を行った場合も令和6年4月以降の賃金改善分について、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよいか。

(答) 令和6年6月から令和7年3月までに算定を開始した場合、令和6年4月以降の賃金改善分について、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。

調剤報酬点数表関係

【特定薬剤管理指導加算】

問1 特定薬剤管理指導加算3の「イ」又は「ロ」について、当該患者が継続して使用している医薬品ではあるが、当該医薬品に関して、保険薬剤師が重点的な服薬指導が必要と認め、当該加算の算定要件を満たす説明及び指導を行った場合、初回に限り算定できるか。

(答) 算定可能。

問2 長期収載品の処方等又は調剤について選定療養の仕組み(以下「本制度」という。)が導入される令和6年10月1日より前の時点で、本制度の対象となる医薬品について患者に対して説明を行った場合、特定薬剤管理指導加算3の「ロ」は算定できるか。

(答) 本制度に関し、調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に対し、当該患者が求める情報について必要かつ十分な説明を行えば算定することができる。

なお、本制度に関する運用上の取扱い(患者が支払う額の具体的な計算方法等)については今後更に周知する予定であるので留意されたい。

訪問看護療養費関係

【訪問看護管理療養費】

問1 令和6年3月31日時点において指定訪問看護を行う訪問看護ステーションであって、訪問看護管理療養費1の基準を満たしていない事業所が、「訪問看護管理療養費1の基準については、令和6年3月31日時点において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和6年9月30日までの間に限り、訪問看護管理療養費1の基準に該当するものとみなす」との経過措置により訪問看護管理療養費1の届出を行っている場合において、経過措置終了（令和6年9月30日）までに、訪問看護管理療養費1の基準を満たすこととなった場合、令和6年10月以降に引き続き訪問看護管理療養費1を算定するに当たり、改めて届出を行う必要はあるか。

(答) 届出時点で訪問看護管理療養費1の基準を満たしていなかったが、経過措置終了までに基準を満たすこととなった場合は、令和6年10月1日までに改めて、訪問看護管理療養費1の基準を満たした届出を行う必要がある。

問2 令和6年3月31日時点において指定訪問看護を行う訪問看護ステーションであって、訪問看護管理療養費1の基準を満たしている事業所が、経過措置期間中に訪問看護管理療養費1の届出を行っている場合において、令和6年10月以降に引き続き訪問看護管理療養費1を算定するに当たり、改めて届出を行う必要はあるか。

(答) 改めて届出を行う必要はない。

事務連絡
令和6年6月20日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その9）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発0305第4号）等により、令和6年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添2までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問1 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添2の問1において、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いて差し支えない旨があるが、当該評価料による収入が人事院勧告に伴う引き上げ水準を上回る場合であっても、人事院勧告のベア水準を理由として当該評価料の算定を見送るのではなく、当該評価料を算定した上でその収入による賃上げを実施することは可能か。

(答) 自治体病院の職員の給与については、関係法令に定める均衡の原則等の給与決定原則に基づき、人事委員会勧告等を踏まえ、各地方公共団体において適切に対応することとなる。

(参考) 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添2

(問1) 「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)における「O100」外来・在宅ベースアップ評価料(I)、「O101」外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び「O102」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料(以下単に「ベースアップ評価料」という。)の施設基準において、「令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。」とあるが、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いてよいか。

(答) 差し支えない。

医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【一般不妊治療管理料】

問1 「B001」の「32」一般不妊治療管理料、「B001」の「33」生殖補助医療管理料、及び「K838-2」精巣内精子採取術の施設基準における「国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、令和6年6月19日にこども家庭庁成育局母子保健課より発出された事務連絡「不妊症に係る医療機関の情報提供に関する協力依頼について」が示す事業に協力することを指す。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その52）」（令和5年6月28日事務連絡）別添の問1は廃止する。