

日医工医療行政情報

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

2024年度診療報酬改定 「疑義解釈（医科）」

作成：日医工株式会社 MPSグループ

参考資料：	2024年3月28日	「疑義解釈資料の送付について（その1）」
	2024年4月12日	「疑義解釈資料の送付について（その2）」
	2024年4月26日	「疑義解釈資料の送付について（その3）」
	2024年5月10日	「疑義解釈資料の送付について（その4）」
	2024年5月17日	「疑義解釈資料の送付について（その5）」
	2024年5月31日	「疑義解釈資料の送付について（その7）」
	2024年6月18日	「疑義解釈資料の送付について（その8）」
	2024年8月29日	「疑義解釈資料の送付について（その11）」
	2024年9月3日	「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）」
	2024年9月27日	「疑義解釈資料の送付について（その12）」
	2024年9月27日	「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その2）」
	2024年10月28日	「疑義解釈資料の送付について（その13）」
	2024年11月5日	「疑義解釈資料の送付について（その14）」
	2024年11月26日	「疑義解釈資料の送付について（その15）」

（2024年11月29日更新）

・11月26日付疑義解釈その15の内容を追加しました

本資料は、2024年11月26日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます

資料No.20241129-2125-11

厚生労働省から発出された疑義解釈（2024年11月26日時点で14本）について医科の項目をとりまとめました。
 （看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係、不妊治療、DPCに関する疑義解釈は別刷りの資料を用意しておりますので、そちらでご確認下さい。）

- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その1）』令和6年3月28日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その2）』令和6年4月12日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その3）』令和6年4月26日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その4）』令和6年5月10日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その5）』令和6年5月17日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その7）』令和6年5月31日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その8）』令和6年6月18日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その11）』令和6年8月29日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）』
令和6年9月3日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その12）』令和6年9月27日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その2）』
令和6年9月27日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その13）』令和6年10月28日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その14）』令和6年11月5日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その15）』令和6年11月26日

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

項	タイトル	項	タイトル	項	タイトル
4	施行時期後ろ倒し	66	薬剤業務向上加算	131	生活習慣病管理料 (II)
6	経過措置	67	精神科入退院支援加算	137	栄養情報連携料
7	届出関係	69	医療的ケア児(者)入院前支援加算	138	小児運動器疾患指導管理料
8	受結率等に係る報告	70	認知症ケア加算	139	慢性腎臓病透析予防指導管理料
11	初診料、再診料 (外来感染対策向上加算)	71	地域医療確保体制加算	141	小児科外来診療料
12	初診料、再診料 (発熱患者等対応加算)	72	協力対象施設入所者入院加算	142	小児かかりつけ診療料
13	初診料、再診料 (抗菌薬適正使用体制加算)	75	救命救急入院料	143	外来腫瘍化学療法診療料
16	初診料、再診料、外来診療料 (医療情報取得加算)	77	救命救急入院料入院料 (早期栄養介入管理加算)	146	がん薬物療法体制充実加算
20	初診料、再診料 (医療DX推進体制整備加算)	78	特定集中治療室管理料	147	遠隔連携診療料
24	再診料 (時間外対応加算)	81	特定集中治療室管理料 (早期栄養介入管理加算)	148	こころの連携指導料
26	再診料 (地域包括診療加算)	82	特定集中治療室管理料 (特定集中治療室遠隔支援加算)	149	プログラム医療機器等指導管理料
28	再診料、外来診療料 (看護師等遠隔診療補助加算)	85	ハイケアユニット入院医療管理料 (早期栄養介入管理加算)	150	往診料に規定する患者
29	入院料通則 (栄養管理体制の基準)	86	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (早期栄養介入管理加算)	152	介護保険施設等連携往診加算
30	入院料通則 (身体的拘束の最小化)	87	小児特定集中治療室管理料	155	在宅患者訪問診療料 I
31	一般病棟入院基本料	88	小児特定集中治療室管理料 (早期栄養介入管理加算)	157	在宅患者訪問診療料 I (在宅医療DX情報活用加算)
32	療養病棟入院基本料	89	新生児特定集中治療室管理料	159	在宅患者訪問診療料 II (在宅医療DX情報活用加算)
34	療養病棟入院基本料 (経腸栄養管理加算)	90	新生児特定集中治療室管理料 (新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料)	161	在宅時医学総合管理料
36	療養病棟入院基本料 (看護補助体制充実加算)	93	総合産産期特定集中治療室管理料	163	施設入居時等医学総合管理料在宅患者訪問診療料
38	精神病棟入院基本料 (看護補助体制充実加算)	94	母体・胎児集中治療室管理料	165	救急患者連携搬送料
39	特定機能病院入院基本料 (看護補助体制充実加算)	95	地域包括医療病棟入院料	167	在宅患者訪問看護・指導料 (遠隔死亡診断補助加算)
40	障害者施設等入院基本料 (医療・ADL区分)	98	地域包括医療病棟入院料 (看護補助体制充実加算)	168	同一建物居住者訪問看護・指導料 (遠隔死亡診断補助加算)
41	障害者施設等入院基本料 (看護補助体制充実加算)	99	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)	169	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
42	有床診療所入院基本料 (有床診療所在宅患者支援病床初期加算)	105	特殊疾患入院医療管理料 (医療・ADL区分)	170	在宅患者訪問薬剤管理指導料 (在宅医療DX情報活用加算)
43	総合入院体制加算	106	小児入院医療管理料	172	在宅麻薬等注射指導管理料
44	急性期充実体制加算	107	特殊疾患病棟入院料 (医療・ADL区分)	173	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料
45	超急性期脳卒中加算	108	回復期リハビリテーション病棟入院料	174	在宅強心剤持続投与指導管理料
46	救急医療管理加算	112	地域包括ケア病棟入院料	175	在宅がん患者緊急時等医療情報連携指導料
48	診療録管理体制加算	113	地域包括ケア病棟入院料 (看護補助体制充実加算)	176	検査
51	医師事務作業補助体制加算	114	精神科療養病棟入院料	179	画像診断
52	特定感染症入院医療管理加算	115	精神科地域包括ケア病棟入院料	181	投薬
53	看護補助加算 (看護補助体制充実加算)	119	地域移行機能強化病棟入院料	182	注射薬
54	小児緩和ケア診療加算	120	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	184	リハビリテーション
55	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	121	小児特定疾患カウンセリング料	187	精神科専門療法
60	感染対策向上加算	122	地域包括診療料	197	処置
61	感染対策向上加算 (抗菌薬適正使用体制加算)	124	(参考) 投薬 (特定疾患処方管理加算)	198	手術
64	ハイリスク妊娠管理加算	125	生活習慣病管理料 (I)	201	先進医療
65	バイオ後続品使用体制加算			202	領収証及び明細書関係

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

施行時期後ろ倒し

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑧2024年6月18日）]【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。

届出関係

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑭2024年11月5日）] 【妥結率等に係る報告】

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）に掲げる様式2の4及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発0305第6号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。）に掲げる様式85（以下、特段の指定がない場合は同様の様式を指す）の各設問において該当する項目が複数ある場合は、全てを選択することでよいか。

（答）該当する項目が複数ある場合は、全てを選択すること。

問3 設問※2の(1)にある「価格交渉を代行する者」について、記載上の注意の7に「医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等」とあるが、具体的にはどのような事業者が該当するのか。

（答）「価格交渉を代行する者」の該当性については、以下により判断すること。

なお、判断について疑義が生じる場合は、厚生労働省が設置している流通改善ガイドラインの相談窓口^①に照会すること。

○価格交渉を代行する者の該当性事業者が次のいずれかに該当する場合、「価格交渉を代行する者」とする。なお「同一グループ」とは問2のとおりであるが、これに該当しない場合は「別グループ」という。

1. 医薬品卸と医療機関及び薬局（以下「医療機関等」という。）との価格交渉において、事業者が医療機関等に代わって医薬品卸と価格交渉を行う場合であって、医療機関等と事業者が別グループの場合（事業者と同一グループの医療機関・薬局分と別グループの医療機関・薬局分をあわせて価格交渉する場合も含む。）。ただし、事業者が医薬品卸と直接価格交渉せず、医療機関等と医薬品卸の交渉の場に同席するなど、価格交渉に間接的に関与している場合も価格交渉を代行していることに含まれるが、ベンチマークなど価格交渉に影響を与えるデータの提供のみを行う場合は含まれない。

2. 医療機関等と別グループの事業者が大半の医療用医薬品（歯科用医薬品は除く。）を製薬企業から購入せず、医薬品卸から購入し、医療機関等に販売している場合、又は医療機関等と別グループの事業者が、医薬品卸と価格交渉し、医療機関等からの代金回収と医薬品卸への代金支払いを行うが、医薬品卸への発注や医療機関等からの受注が当該事業者を介さず、医薬品卸と医療機関で直接行われる場合（事業者と同一グループの医療機関・薬局分と別グループの医療機関・薬局分をあわせて購入又は代金の回収や支払いをする場合も含む。）。

※MPS注釈 ここで書かれている設問は「様式2の4」および「様式85」にて書かれている設問（以下同様）
p158に届出様式2の4掲載

本資料は、2024年11月26日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したのですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

【疑義解釈（厚労省^⑭2024年11月5日）】【妥結率等に係る報告】

問4 設問2の(2)のイにある「年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度」とは、どのように解釈すべきか。

（答）医薬品の価値の変動による妥結価格の変更等を除き、前年度の上半期の乖離率と比較して、下半期の乖離率に変動がなかった場合は、当該事項を選択すること。

問5 設問3の(1)における単品単価交渉について、記載上の注意の4に「他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。」とあるが、例えば、取引先と個別品目ごとに取引価格を決めていたとしても、これに該当しない交渉はあるか。

（答）取引先と個別品目ごとに取引価格を決めていたとしても、例えば、以下については、単品単価交渉に該当しないと考えられる。

- ・総価値引率を用いた交渉・全国最低価格に類する価格をベンチマークとして用いた交渉・ベンチマークを用いた交渉の内、配送コストなどの地域差及び購入金額、支払条件、返品、急配等の取引条件を考慮していない単価をベンチマークとし、当該価格で決定する一方的な交渉
- ・法人格・個人事業主が異なる加盟施設との取引価格の交渉を一括して受託する業者の価格交渉について、加盟施設ごとの地域差や取引条件等を考慮しない取引価格での交渉や加盟施設の確認が行われない交渉

問6 設問3の(1)にある「新薬創出等加算品目について単品単価交渉を行っている。」について、例えば、1品目の新薬創出等加算品目のみ単品単価交渉を行っている保険医療機関又は保険薬局は該当するか。

（答）取引する複数の新薬創出等加算品目の内、単品単価交渉をした新薬創出等加算品目が1品目のみの場合や、取引している全ての新薬創出等加算品目数に対して、単品単価交渉で取引された品目の割合が低い場合は該当しない。判断について疑義が生じる場合は、厚生労働省が設置している流通改善ガイドラインの相談窓口へ照会すること。

問7 設問3の(3)にある「医薬品の価値に変動がある場合」とはどのような場合が該当するのか。

（答）「医薬品の価値に変動がある場合」とは、例えば、期中において薬価改定があった場合が該当する。なお、購入者側の都合で妥結価格を変更する場合はこれに該当しない。

[疑義解釈（厚労省^⑭2024年11月5日）]【妥結率等に係る報告】

問8 設問3の(4)にある「原則として全ての品目について単品単価交渉を行なっていること。」とはどのように解釈すべきか。

（答）全ての品目について単品単価交渉を行っている場合は、当該事項を選択すること。なお、判断について疑義が生じる場合は、厚生労働省が設置している流通改善ガイドラインの相談窓口^⑮に照会すること。

「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）に掲げる様式2の4

様式2の4

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1. 当年度上半期の妥結率

当年度上半期に当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額 ^①	円
当年度上半期に卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 ^②	円
妥結率	%
(②/①) %	

2. 医療用医薬品の取引の状況

(1) 価格交渉の方法（該当する項目に☑を記入すること。）

- 自施設が卸売販売業者と直接交渉した。
- 法人の本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉した。
- 価格交渉を代行する者に依頼して交渉した。

(2) 価格交渉の状況（該当する項目に☑を記入すること。）

ア 当年度下半期の取引予定

- 年間での契約であり、当年度下半期においても、基本的に上半期からの妥結価格の変更はない予定。
- 年間での契約ではないが、当年度下半期は、上半期の妥結価格を踏まえた価格交渉を行う予定。
- 年間での契約ではなく、当年度下半期は新たに価格交渉を行う予定。

イ 前年度の取引状況（上半期と比較した下半期の取引状況）

- 年間での契約であり、基本的に前年度上半期からの妥結価格の変更はなかった。
- 年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度であった。
- 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも高い妥

結価格であった。

- 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも低い妥結価格であった。

3. 医療用医薬品の流通改善に関する取組状況

(1) 単品単価交渉の状況（該当する項目に☑を記入すること。）

- 全ての品目について単品単価交渉を行っている。
- 以下の特に医療上の必要性の高い医薬品の全てについて別枠として単品単価交渉を行っている。
基礎的医薬品、安定確保医薬品（カテゴリーA）、不採算品再算定品、血液製剤、麻薬及び覚醒剤
- 新薬創出等加算品目について単品単価交渉を行っている。
- 単品単価交渉を行っていない。

(2) 卸売販売業者との値引き交渉（該当する項目に☑を記入すること。）

- 取引条件等は考慮せず、ベンチマークを一律に用いた値引き交渉を行っている。
- 取引品目等の相違は考慮せず、同一の総値引率を用いた交渉を行っている。
- 取引条件等の相違は考慮せず、同一の納入単価での取引を求める交渉を行っている。
- 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っている。

(3) 妥結価格の変更（該当する項目に☑を記入すること。）

- 随時、卸売販売業者と価格交渉を行っている。
- 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていない。

2 (1) で「価格交渉を代行する者に価格交渉を依頼している」を選択した場合

- (4) 価格交渉を代行する者が次に掲げる点を守っていることを確認している（該当する項目に☑を記入すること。）
- 原則として全ての品目について単品単価交渉を行っていること。
 - 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っていること。
 - 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていないこと。

【記載上の注意】

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に記載されている医療用医薬品をいう。

- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
- 3 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 4 単品単価交渉とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。
- 5 当年度上半期とは、当年4月1日から9月30日までをいい、当年度下半期とは当年10月1日から翌年3月31日までをいう。
- 6 前年度上半期とは、前年4月1日から9月30日までをいい、前年度下半期とは、前年10月1日から当年3月31日までをいう。
- 7 価格交渉を代行する者とは、医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等をいう。
- 8 本報告書による報告については、報告年度の4月1日から9月30日の実績を同年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料により算定されることに留意すること。

問3以降の設問は様式2の4に記載されている設問事項を対象としている

【疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）】【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。

【疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）】【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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 - S I P H E 及び診療所版 J - S I P H E 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1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 - S I P H E 及び診療所版 J - S I P H E のホームページを確認すること。

- J - S I P H E (<https://j-siphe.ncgm.go.jp/>)
- 診療所版 J - S I P H E (<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 - S I P H E 又は診療所版 J - S I P H E 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。

【疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）】【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>

A000注15 初診料、再診料、外来診療料 (医療情報取得加算)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)] 【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医療情報取得加算を算定する。

問8 = 2024年9月3日発出「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について (その1)」により変更

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) 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=KB001025

A000注15 初診料、再診料、外来診療料 (医療情報取得加算)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)] 【医療情報取得加算】

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医療情報取得加算について、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医療情報取得加算を算定するときには、別紙様式54を参考とした初診時間診票を用いること。

問11 = 2024年9月3日発出「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について (その1)」により変更

A000注15 初診料、再診料、外来診療料 (医療情報取得加算)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)] 【医療情報取得加算】

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

(答) 別紙様式54は初診時の標準的な問診票(紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。)の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要さず、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12 = 2024年9月3日発出「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1)」により変更

問13 医療情報取得加算1又は2医療情報取得加算について、初診時間診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、令和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医療情報取得加算について、「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。

問13,14 = 2024年9月3日発出「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1)」により変更

A000注15 初診料、再診料、外来診療料 (医療情報取得加算)

[疑義解釈 (厚労省②2024年4月12日)] 【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医療情報取得加算について、「A000」初診料の注15に規定する医療情報取得加算1又は2医療情報取得加算を算定した月に、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医療情報取得加算について、医療情報取得加算3及び4医療情報取得加算を算定した月に、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医療情報取得加算について、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医療情報取得加算を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医療情報取得加算について、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医療情報取得加算を算定する患者について、3月以内に同加算4医療情報取得加算は算定可能か。また、同加算4医療情報取得加算を算定する患者について、3月以内に同加算3医療情報取得加算は算定可能か。

(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医療情報取得加算のいずれかを3月に1回に限り算定できる。

問9,10,11 = 2024年9月3日発出「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1)」により変更

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【医療DX推進体制整備加算】

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。

【疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）】【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。

【医療DX推進体制整備加算 疑義解釈（厚労省①2024年9月3日）】【医療DX推進体制整備加算】

問1 **すでに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関は、令和6年10月1日からの医療DX推進体制整備加算の評価の見直し及びマイナ保険証利用率要件の適用に伴い、施設基準の届出を改めて行う必要があるか。**

（答）すでに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関は、届出直しは不要であること。ただし、すでに施設基準を届け出た保険医療機関において、マイナ保険証利用率要件が基準に満たない場合には、10月1日以降、医療DX推進体制整備加算を算定できないこと。

問2 **保険医療機関は、自らの「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」・「オンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率」をどのように把握すればよいか。**

（答）社会保険診療報酬支払基金から毎月中旬頃に電子メールにより通知される予定である。なお、「医療機関等向け総合ポータルサイト」にログインして確認することも可能である。

（参考）医療機関等向け総合ポータルサイト

<https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm>

問3 **保険医療機関の責めによらない理由により、マイナ保険証利用率が低下することも考えられ、その場合に医療DX推進体制整備加算が算定できなくなるのか。**

（答）「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」・「オンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率」ともに、その時点で算出されている過去3か月間で最も高い率を用いて算定が可能である。

問4 **社会保険診療報酬支払基金から通知されたマイナ保険証利用率を確認次第、月の途中から当該利用率に応じた当該加算の算定を行うことは可能か。**

（答）通知されたマイナ保険証利用率に基づく当該加算の算定は、翌月の適用分を通知しているため、翌月1日から可能。

【医療DX推進体制整備加算 疑義解釈（厚労省①2024年9月3日）】【医療DX推進体制整備加算】

問5 当該加算の施設基準通知において、「医療DX推進体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。」、及び「医療DX推進体制整備加算を算定する月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。」とあるが、具体的にはどのように用いることができるのか。

（答）例えば令和6年10月分の当該加算算定におけるマイナ保険証利用率については、同年7月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が適用されるが、同年5月あるいは6月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

また、令和6年10月から令和7年1月までの経過措置期間においては、例えば令和6年10月分の当該加算算定において、同年8月のオンライン資格確認件数ベースの利用率を用いることができるが、同年6月あるいは7月のオンライン資格確認件数ベースの利用率を用いることができる。

【医療DX推進体制整備加算 疑義解釈（厚労省②2024年9月27日）】【医療DX推進体制整備加算】

問1 「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年9月3日事務連絡）別添1の問1において、「すでに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関は、届出直しは不要であること」とされているが、マイナ保険証利用率要件を満たさなくなった場合は、施設基準の辞退の届出を行う必要があるのか。

（答）辞退の届出は不要。

【医療DX推進体制整備加算 疑義解釈（厚労省⑭2024年11月5日）】【医療DX推進体制整備加算】

問1 「A000」初診料の「注16」に規定する医療DX推進体制整備加算について、初診料算定時に「C000」往診料を併せて算定する場合も算定できるか。

（答）算定可能。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】

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

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）

【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。

【疑義解釈（厚労省④2024年5月10日）】【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。

A001注20 再診料、外来診療料 (看護師等遠隔診療補助加算)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)] 【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う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う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う場合のオンライン診療に関する研修」

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【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。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【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。

A101 療養病棟入院基本料

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【療養病棟入院基本料】

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。

[疑義解釈（厚労省④2024年5月10日）]【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。

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【経腸栄養管理加算】

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。

A101注13 療養病棟入院基本料 (看護補助体制充実加算)

[疑義解釈 (厚労省③2024年4月26日)] 【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。

A101注13 療養病棟入院基本料 (看護補助体制充実加算)

[疑義解釈 (厚労省③2024年4月26日)] 【看護補助体制充実加算】

問10 「A 1 0 1」療養病棟入院基本料、「A 1 0 6」障害者施設等入院基本料、「A 3 0 4」地域包括医療病棟入院料及び「A 3 0 8 - 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。

A103 精神病棟入院基本料 (看護補助体制充実加算)

[疑義解釈 (厚労省⑫2024年9月27日)] 【看護補助体制充実加算】

問1 「A103」精神病棟入院基本料又は「A104」特定機能病院入院基本料 (精神病棟) を算定する病棟に入院する患者に対して身体的拘束を行った日についても、「A214」看護補助加算の注4の看護補助体制充実加算における身体的拘束を実施した日に該当するのか。

(答) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和25年法律第123号) の規定に基づいて身体的拘束を実施した場合は該当しない。

A104 特定機能病院入院基本料 (看護補助体制充実加算)

[疑義解釈 (厚労省⑫2024年9月27日)] 【看護補助体制充実加算】

問 1 「A 1 0 3」精神病棟入院基本料又は「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料 (精神病棟) を算定する病棟に入院する患者に対して身体的拘束を行った日についても、「A 2 1 4」看護補助加算の注 4 の看護補助体制充実加算における身体的拘束を実施した日に該当するのか。

(答) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和25 年法律第123 号) の規定に基づいて身体的拘束を実施した場合は該当しない。

A106注6,13,14 障害者施設等入院基本料 (医療・ADL区分)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]

【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。

A106注10 障害者施設等入院基本料 (看護補助体制充実加算)

[疑義解釈 (厚労省③2024年4月26日)] 【看護補助体制充実加算】

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。

A108注3 有床診療所入院基本料 (有床診療所在宅患者支援病床初期加算)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)] 【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。

[疑義解釈 (厚労省②2024年9月27日)] 【有床診療所在宅患者支援病床初期加算】

問2「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の算定の対象となる患者については、「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36において、「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」とされているところであるが、ここでいう「意思決定に対する支援」とは、人生の最終段階における医療・ケアの決定に関する意思決定の支援に限られるのか。

(答) ここでいう「意思決定に対する支援」は、患者の年齢や疾患に応じて行われるものであり、必ずしも人生の最終段階における医療・ケアの決定に関する意思決定の支援に限られるものではない。患者の年齢や疾患に関わらず、医師の医学的判断により、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が必要な患者に対して支援を行うことで算定できる。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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、当該特別な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、当該特別な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日以前から特別な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、特別な関係がないものとみなす。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

A205 超急性期脳卒中加算

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【超急性期脳卒中加算】

問42「A205」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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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。

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【診療録管理体制加算】

問47 「A 2 0 7」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、H D DとR D X（Removable Disk Exchange system）、クラウドサービスとN A S（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、R D X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考えられるが、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（N A S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考えられる。
- 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考えられる。

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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）] 【診療録管理体制加算】

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し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。

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）] 【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し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。

【疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）】【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、「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」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。

【疑義解釈（厚労省⑧2024年6月18日）】【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【医師事務作業補助体制加算】

問52 「A 2 0 7 - 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。

A209 特定感染症入院医療管理加算

[疑義解釈（厚労省⑤2024年5月17日）]【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。

A214注4 看護補助加算（看護補助体制充実加算）

[疑義解釈（厚労省⑫2024年9月27日）]【看護補助体制充実加算】

問1 「A103」精神病棟入院基本料又は「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟）を算定する病棟に入院する患者に対して身体的拘束を行った日についても、「A214」看護補助加算の注4の看護補助体制充実加算における身体的拘束を実施した日に該当するのか。

（答）精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の規定に基づいて身体的拘束を実施した場合は該当しない。

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]

【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「A 2 3 3」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（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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]

【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]

【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。

問62 「A 2 3 3」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A 3 0 4」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、「A 3 0 8」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

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]

【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。

[疑義解釈（厚労省④2024年5月10日）]

【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。

A234-2 感染対策向上加算

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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。

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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。

A234-2注5 感染対策向上加算 (抗菌薬適正使用体制加算)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)] 【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。

A234-2注5 感染対策向上加算 (抗菌薬適正使用体制加算)

J - S I P H E 及び診療所版 J - S I P H E 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1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 - S I P H E 及び診療所版 J - S I P H E のホームページを確認すること。

- ・ J - S I P H E (<https://j-siphe.ncgm.go.jp/>)
- ・ 診療所版 J - S I P H E (<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 - S I P H E 又は診療所版 J - S I P H E 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。

A234-2注5 感染対策向上加算 (抗菌薬適正使用体制加算)

【疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）】【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>

A236-2 ハイリスク妊娠管理加算

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【ハイリスク妊娠管理加算】

問64「A 2 3 6 - 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。

[疑義解釈（厚労省⑤2024年5月17日）】【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量に占めるバイオ後続品の規格単位数量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>

A244注2 薬剤業務向上加算

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【精神科入退院支援加算】

問66 「A 2 4 6 - 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。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【精神科入退院支援加算】

問11 区分番号「A 2 4 6」入退院支援加算及び区分番号「A 2 4 6 - 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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

A247 認知症ケア加算

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【認知症ケア加算】

問71「A247」認知症ケア加算1の施設基準において、「認知症ケアチームは、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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【地域医療体制確保加算】

問72「A252」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のか。

（答） よい。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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 「A253」協力対象施設入所者入院加算及び「C000」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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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良いか。

（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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【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。

A300注9 救命救急入院料 (早期栄養介入管理加算)

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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S O F 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S O F 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S O F 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S O F Aスコアの基準が定められているが、入室日におけるS O F Aスコアの評価方法如何。

（答） 日本集中治療医学会 I C U機能評価委員会による「J I P A D 日本 I C U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S O F 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S O F 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S O F 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S O F 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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【特定集中治療室管理料】

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S O F 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S O F 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S O F Aスコアについては、2023年度「D P C 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S O F Aスコアであれば、施設基準の計算に用いてよい。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）】【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S O F A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S O F A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S O F A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pS O F A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、S O F Aスコアの基準を満たすものとして差し支えない。

A301注5 特定集中治療室管理料 (早期栄養介入管理加算)

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

A301注7 特定集中治療室管理料 (特定集中治療室遠隔支援加算)

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【特定集中治療室管理料】

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。

A301注7 特定集中治療室管理料 (特定集中治療室遠隔支援加算)

【疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）】【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」
- ・「循環動態に係る薬剤投与関連」
- ・「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」
- ・「術後疼痛管理関連」
- ・「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
- ・「循環器関連」
- ・「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」
- ・「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

本資料は、2024年11月26日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

A301注7 特定集中治療室管理料 (特定集中治療室遠隔支援加算)

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）]【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

A301-2注4 ハイケアユニット入院医療管理料 (早期栄養介入管理加算)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【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。

A301-3注4 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (早期栄養介入管理加算)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

A301-4 注4 小児特定集中治療室管理料 (早期栄養介入管理加算)

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

A302-2 新生児特定集中治療室管理料 (新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料)

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料】

問95 「A 3 0 2 - 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、「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料 1 又は「A 3 0 3」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に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。

A302-2 新生児特定集中治療室管理料 (新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料)

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料】

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。

A302-2 新生児特定集中治療室管理料 (新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料)

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料】

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。

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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A D L等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、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、A D L等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的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、C T撮影、M R I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、M R I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A D L（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「B I」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B Iの測定をする者についてどのように考えればよいか。

（答） B Iの測定に関わる職員を対象としたB I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。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【地域包括医療病棟】

問13「A304」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。

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）]【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
			○	○	○	○	■	○

○：通常の実績を求める対象とする月

■：○の平均値を代用する月

A304注8 地域包括医療病棟入院料 (看護補助体制充実加算)

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）] 【看護補助体制充実加算】

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。

A304注10 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)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]

【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 「A 2 3 3」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（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。

A304注10 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)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]

【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。

A304注10 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)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]

【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。

問62 「A 2 3 3」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A 3 0 4」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、「A 3 0 8」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

A304注10 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)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]

【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。

A304注10 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)

~~[疑義解釈(厚労省②2024年4月12日)]~~

~~[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の測定をする必要があるのか。~~

~~-(答) そのとおり。~~

問15 = 5月10日付疑義解釈その4の問5により廃止
(p104参照)

~~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。~~

問16 = 5月10日付疑義解釈その4の問6により廃止
(p104参照)

A304注10 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)

[疑義解釈 (厚労省④2024年5月10日)]

【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。

A306注4,6,7 特殊疾患入院医療管理料 (医療・ADL区分)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]

【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。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【小児入院医療管理料】

問14「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）

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）]【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。

A307注4,6,7 特殊疾患病棟入院料 (医療・ADL区分)

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]

【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【回復期リハビリテーション病棟入院料】

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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【回復期リハビリテーション病棟入院料】

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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]

【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 「A 2 3 3」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A 3 0 4」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、「A 3 0 8」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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

A308-3注5 地域包括ケア病棟入院料 (看護補助体制充実加算)

[疑義解釈 (厚労省③2024年4月26日)] 【看護補助体制充実加算】

問10 「A 1 0 1」療養病棟入院基本料、「A 1 0 6」障害者施設等入院基本料、「A 3 0 4」地域包括医療病棟入院料及び「A 3 0 8 - 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。

A312注4、精神科療養病棟入院料

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【精神科地域包括ケア病棟入院料】

問121「A3-1-5」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121 = 5月17日付疑義解釈その5の問3により廃止
(下問参照)

[疑義解釈（厚労省⑤2024年5月17日）]【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の問121は廃止する。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【精神科地域包括ケア病棟入院料】

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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【精神科地域包括ケア病棟入院料】

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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【精神科地域包括ケア病棟入院料】

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

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]

【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 「A 2 3 3」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A 3 0 4」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、「A 3 0 8」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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【小児特定疾患カウンセリング料】

問127 「B001」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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】

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

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）

【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。

[疑義解釈（厚労省④2024年5月10日）]【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。

[疑義解釈 (厚労省^⑪2024年8月29日)]【特定疾患処方管理加算】

問3 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、同一患者に対して特定疾患処方管理加算を算定することは可能か。

(答) 特定疾患処方管理加算は、特定疾患療養管理料における特定疾患と同じ特定疾患を対象に処方した際に算定できるが、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料は併算定できないことから、生活習慣病管理料を算定した月においては、特定疾患処方管理加算は算定できない。

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

問131 「B001-3」生活習慣病管理料 (I) 及び「B001-3-3」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。

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

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。

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

問138 生活習慣病管理料 (II) について、「区分番号 B 0 0 1 - 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。

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

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。

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

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

[疑義解釈 (厚労省③2024年4月26日)]

【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。

[疑義解釈 (厚労省^⑭2024年11月5日)]【生活習慣病管理料】

問2 「B001-3」生活習慣病管理料(I)の「注3」及び「B001-3-3」生活習慣病管理料(II)の注3の加算については、「血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ、別に算定できない。」とされているが、皮下グルコース用電極に係る費用は別に算定できるのか。

(答) 算定不可。

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

問131 「B001-3」生活習慣病管理料 (I) 及び「B001-3-3」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。

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

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。

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

問138 生活習慣病管理料 (II) について、「区分番号 B 0 0 1 - 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。

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

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。

[疑義解釈 (厚労省^⑭2024年11月5日)]【生活習慣病管理料】

問2「B001-3」生活習慣病管理料(I)の「注3」及び「B001-3-3」生活習慣病管理料(II)の注3の加算については、「血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ、別に算定できない。」とされているが、皮下グルコース用電極に係る費用は別に算定できるのか。

(答) 算定不可。

[疑義解釈 (厚労省①2024年3月28日)]【生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

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

[疑義解釈 (厚労省③2024年4月26日)]

【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。

B001「6」 栄養情報連携料

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【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)の工に規定する「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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【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。

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）】【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。

[疑義解釈（厚労省⑪2024年8月29日）]【小児科外来診療料】

問1 「B001-2」小児科外来診療料は、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しないと定められており、この厚生労働大臣が定める薬剤として、RSウイルス感染症に対する抗体製剤である「パリビズマブ」が告示されているが、令和6年5月22日に薬価収載されたRSウイルス感染症に対する抗体製剤である「ニルセビマブ」については、どのように取り扱うのか。

（答）小児科外来診療料について、「ニルセビマブ」は「パリビズマブ」と同様に扱うこととする。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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」

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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がか。

（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「□」、「2」の「□」又は「3」の「□」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「□」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「□」、「2」の「□」及び「3」の「□」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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【外来腫瘍化学療法診療料】

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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【外来腫瘍化学療法診療料】

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。

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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八と同様に、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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【遠隔連携診療料】

問164「B005-11」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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【こころの連携指導料】

問165「B005-12」こころの連携指導料（I）の施設基準において求める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

（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る。

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。

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）】【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

本資料は、2024年11月26日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

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。

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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。

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【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 「A253」協力対象施設入所者入院加算及び「C000」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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【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良いか。

（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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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N Y H A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N P P V（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。

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。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【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「C001」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「A000」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。

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）]【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。

C001注13 在宅患者訪問診療料 I (在宅医療DX情報活用加算)

[疑義解釈 (厚労省⑦2024年5月31日)]【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.servicenow.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

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

C001注13 在宅患者訪問診療料 I (在宅医療DX情報活用加算)

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）]【在宅医療DX情報活用加算】

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家において「マイナ保険証をお出ください」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.servicenow.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

C001-2注6 在宅患者訪問診療料Ⅱ

(在宅医療DX情報活用加算)

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）]【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.servicenow.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

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

C001-2注6 在宅患者訪問診療料Ⅱ

(在宅医療DX情報活用加算)

[疑義解釈 (厚労省⑦2024年5月31日)]【在宅医療DX情報活用加算】

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家において「マイナ保険証をお出ください」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.servicenow.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

問172 「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つて、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良いか。

（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。

[疑義解釈（厚労省⑤2024年5月17日）]【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

問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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

問172 「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つて、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良いか。

（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。

[疑義解釈（厚労省⑤2024年5月17日）]【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

問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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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¹が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。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【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。

C005注18 在宅患者訪問看護・指導料 (遠隔死亡診断補助加算)

[疑義解釈(厚労省①2024年3月28日)]【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。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料 (遠隔死亡診断補助加算)

[疑義解釈(厚労省①2024年3月28日)]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

C008注8 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (在宅医療DX情報活用加算)

[疑義解釈 (厚労省⑦2024年5月31日)]【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.servicenow.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

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

C008注8 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (在宅医療DX情報活用加算)

[疑義解釈 (厚労省⑦2024年5月31日)]【在宅医療DX情報活用加算】

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家において「マイナ保険証をお出ください」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.servicenow.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

[疑義解釈（厚労省④2024年5月10日）]

【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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、携帯型ディスポーザブル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。

[疑義解釈（厚労省④2024年5月10日）]

【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【在宅強心剤持続投与指導管理料】

問182 「C108-3」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。

C015 在宅がん患者緊急時等医療情報連携指導料

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【在宅がん患者緊急時等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。

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【遺伝学的検査】

問184「D006-4」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「D006-4」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「D007」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A2（APOA2）アイソフォーム】

問187「D009」腫瘍マーカーの「35」アポリポ蛋白A2（APOA2）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、日本臓器学会の「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「D014」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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【インフルエンザ核酸検出】

問189「D023」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「D023」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「D023」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「D291」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）

[疑義解釈（厚労省①2024年4月26日）]【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。

[疑義解釈（厚労省⑩2024年8月29日）]【感染症免疫学的検査】

問2「D012」感染症免疫学的検査「24 RSウイルス抗原定性」は、「パリビズマブ製剤の適応となる患者」等について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に適用するとされているが、令和6年5月22日に薬価収載されたRSウイルス感染症に対する抗体製剤である「ニルセビマブ製剤」の適応となる患者についても同様の取扱いと考えてよいか。

（答）よい。

[疑義解釈（厚労省⑬2024年10月28日）]【検査】

問1「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）の「8その他」において、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療については、関係学会よりガイドラインが示されているので参考とすること」とされている。日本ヘリコバクター学会の「H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン2024 改訂版」においては、H. pylori の感染診断について「尿素呼気試験（UBT）、迅速ウレアーゼ試験（RUT）、（中略）はプロトンポンプ阻害薬（PPI）、カリウムイオン競合型アシッドブロッカー（P-CAB）の影響を受けるので休薬して実施する。その他の診断法はPPI 内服のまま実施できる。」とあるが、当該通知2（1）で掲げられている感染診断の検査法のうち、②鏡検法、③培養法、④抗体測定、⑥糞便中抗原測定又は⑦核酸増幅法をプロトンポンプ阻害薬（PPI）又はカリウムイオン競合型アシッドブロッカー（P-CAB）を休薬せずに実施した場合、当該検査の費用は算定できるか。

（答）算定できる。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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MRI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。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]

【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「E 1 0 1 - 2」ポジトロン断層撮影、「E 1 0 1 - 3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「E 1 0 1 - 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り。）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り。）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。指針」を指す。

問20「E 1 0 1 - 2」ポジトロン断層撮影、「E 1 0 1 - 3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「E 1 0 1 - 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り。）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。

F 投薬

[疑義解釈（厚労省⑪2024年8月29日）]【特定疾患処方管理加算】

問3 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、同一患者に対して特定疾患処方管理加算を算定することは可能か。

（答）特定疾患処方管理加算は、特定疾患療養管理料における特定疾患と同じ特定疾患を対象に処方した際に算定できるが、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料は併算定できないことから、生活習慣病管理料を算定した月においては、特定疾患処方管理加算は算定できない。

[疑義解釈（厚労省⑫2024年9月27日）]【注射薬】

問3 レパーサ皮下注420mgオートミニドザーが供給停止となる予定だが、420mgの1回投与を行う場合はレパーサ皮下注140mgペン3本としてよいか。

（答） 差し支えない。

[疑義解釈（厚労省④2024年5月10日）]

【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]

【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の問173は廃止する。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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つて、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。

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【通院・在宅精神療法】

問198「I-0-0-2」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。

問198 = 4月26日付疑義解釈その3の問21により廃止
(p190参照)

【療養生活継続支援加算】

問199「I-0-0-2」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。

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）【通院・在宅精神療法 情報通信機器を用いた精神療法】

問209 「I 0 0 2」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。

[疑義解釈（厚労省②2024年4月12日）]【通院・在宅精神療法】

問26「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、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「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、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「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、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まだく細部に、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。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【通院・在宅精神療法】

問21「I 0 0 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。

[疑義解釈（厚労省^⑮2024年11月26日）【通院・在宅精神療法】

問1 区分番号「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注11」に定める早期診療体制充実加算及び「注12」に定める情報通信機器を用いた精神療法の施設基準において、「精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること」とあるが、具体的にどのような体制を取る必要があるのか。

（答）地域の実情に応じて、精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等に当該保険医療機関の電話番号等を登録することによって、当該保険医療機関の受診歴のある患者に関する電話等による問合せ及び診療情報の提供依頼等に対し、常時速やかに対応できる体制を確保すること。

問2 区分番号「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注11」に定める早期診療体制充実加算及び「注12」に定める情報通信機器を用いた精神療法の施設基準において、「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、当該保険医療機関以外で行った精神保健指定医の業務等も実績に含めることができるのか。

（答）不可。精神保健指定医として当該保険医療機関に勤務している期間において、精神保健指定医としての業務等を年1回以上実施している必要がある。

問3 区分番号「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注11」に定める早期診療体制充実加算の算定留意事項通知において、「当該患者を診療する担当医を決めること。担当医により、通院・在宅精神療法を行った場合に当該加算を算定する」とされているが、担当医を複数定めることは可能か。

（答）不可。担当医は1人とすること。担当医を変更する場合は、変更前の担当医が、当該患者に対して、次回以降は別の担当医が診療する旨及び変更後の担当医について説明すること。なお、当該加算は精神疾患を有する患者に対し、質の高い診療を継続的に行う体制を評価するものであることから、当該患者について1年以内に3回以上担当医を変更した場合は、3回目以降の医師は算定留意事項通知上の担当医とはみなさない。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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良いか。

（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 0 0 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。

[疑義解釈(厚労省①2024年3月28日)]【児童思春期支援指導加算】

問204「I-0-0-2」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」

問204 = 8月29日付疑義解釈その11の問4により廃止
(p194参照)

[疑義解釈(厚労省⑦2024年5月31日)]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年8月29日）]【児童思春期支援指導加算】

問4「I002」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。

- 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」
- 日本児童青年精神医学会が実施する「児童思春期精神医療研修」
- 国立国際医療研究センター国府台病院が実施する以下の研修（①及び②の両方を受講した場合に限る。）。

① 以下のいずれかの研修。

- ・平成22年度～平成26年度に実施された、「思春期精神保健対策医療従事者専門研修（1）」
- ・平成22年度～平成26年度に実施された、「思春期精神保健対策医療従事者専門研修（2）」
- ・平成22年度～平成25年度に実施された、「思春期精神保健対策コメディカル専門研修」
- ・平成27年度～令和5年度に実施された、「思春期精神保健対策医療従事者専門研修」
- ・「児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修」

② 以下のいずれかの研修。

- ・平成26年度～令和5年度に実施された、「医療従事者研修応用・症例コース」
- ・「児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修 応用・症例コース」
- 令和5年に実施された、障害者総合福祉推進事業「児童思春期精神医療における多職種実践研修（仮）」

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204は廃止する。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【早期診療体制充実加算】

問205 「I 0 0 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」の口若しくは八の（1）又は「2」の口若しくは八の（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」の八の（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。

I 精神科専門療法

[疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）]【早期診療体制充実加算】

問20「I 0 0 2」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」の口若しくは八の（1）又は「2」の口若しくは八の（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。

【疑義解釈（厚労省⑦2024年5月31日）】【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。

【疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）】【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」

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）]【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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）] <手術>

問215「K 0 2 2 - 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「K 1 4 7 - 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「K 1 7 6 - 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。

[疑義解釈（厚労省①2024年3月28日）] <手術>

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 30200BZX002080)」が含まれる。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）] 【慢性膿皮症手術】

問22「K 0 2 2 - 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。

[疑義解釈（厚労省⑤2024年5月31日）] 【人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）】

問21「K 0 8 2 - 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「K 0 8 2 - 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「K 7 2 1」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。

本資料は、2024年11月26日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

[疑義解釈（厚労省③2024年4月26日）]【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。

領収証及び明細書関係

[疑義解釈（厚労省⑤2024年5月17日）] 【領収証及び明細書関係】

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。

(別紙様式 1)

(医科診療報酬の例)

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間 (入院の場合)
	様	年 月 日 ~ 年 月 日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			年 月 日				

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	その他	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養		
	点	点	点	円	円		

保険外負担	評価療養・選定療養	その他	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担				
						合 計	円	円	円
	(内訳)	(内訳)				負担額	円	円	円
						領収額 合 計			円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇〇病院 〇〇 〇〇

領収印



薬剤師の皆様に見て頂きたい Oncology関連コンテンツのご紹介

会員登録
不要

「薬剤師のためのBasic Evidence」と「診療現場最前線」
2つのコンテンツをセットで閲覧することで
オンコロジー分野の基礎と実践を総合的に学ぶことができます。

薬剤師のためのBasic Evidence

各種ガイドラインの薬物療法を中心とし、薬剤師に役立つ内容を分かりやすくまとめています。
これからオンコロジーを学ぼうとお考えの薬剤師や、基礎的な知識を改めて整理したいという薬剤師にぴったりのコンテンツです。

診療現場最前線

さまざまな職種の先生方の取り組みを紹介しているため、処方意図から患者指導まで幅広く実践的な内容を知ることができます。
薬薬連携実践のヒントも得ることができ、連携にお悩みの薬剤師の参考になるコンテンツです。

■ アクセス方法



<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



202300001296

<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



日医工がお届けする **Stu-GE** は、

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

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

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1 ▶ メールマガジンの受信

会員特典2 ▶ 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



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