

事務連絡
令和6年3月28日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その1）

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

医科診療報酬点数表関係

【施行時期後ろ倒し】

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

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

問2 問1について、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った保険医療機関又は保険薬局における令和6年6月1日以降の届出についてどのように考えればよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

① 施設基準で改正がない場合(名称のみが改正された場合を含む。)又は施設基準が改正された場合であって届出が必要でない場合
令和6年6月3日以降に再度届出を行う必要はない。

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

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

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

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

【発熱患者等対応加算】

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

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

【抗菌薬適正使用体制加算】

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

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

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

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

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

J-SIPHE 及び診療所版 J-SIPHE におけるデータ受付時期等

データ受付時期（予定）	提出データの対象期間	結果の返却時期
2024 年 4 月 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-SIPHE 及び診療所版 J-SIPHE のホームページを確認すること。

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

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

【医療情報取得加算】

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

(答) 医療情報取得加算 2 又は医療情報取得加算 4 を算定する。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

なお、患者情報の取得の効率化の観点から、オンライン資格確認により情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。

問 13 医療情報取得加算 1 又は 2 について、初診時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 について、「算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。」とあるが、再診時にすべての項目について問診を必ず行う必要があるのか。

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

【医療DX推進体制整備加算】

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

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

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

(答) 現時点では、令和 5 年 1 月 26 日に稼働した基本機能（電子処方箋の発行・応需（処方・調剤情報の登録を含む。）、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・

併用禁忌のチェック)に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。

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

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

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

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

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

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

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

【時間外対応加算】

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

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

問 20 時間外対応加算1において、「当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員

等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。」とあるが、具体的にどのような体制が必要か。

(答) 常時、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。

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

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

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

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

【看護師等遠隔診療補助加算】

問22 看護師等遠隔診療補助加算の施設基準において、「へき地における患者が看護師等とい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」

【入院料通則（栄養管理体制の基準）】

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

(答) GLIM基準による栄養状態の評価を位置づけることが望ましいが、GLIM基

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

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

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

【入院料通則（身体的拘束の最小化）】

問 25 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるのか。

(答) 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会等及び研修は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和6年3月5日保医発第0305第5号）」の別添2の第1の2、3、4及び7の規定に基づき実施されるものであること。

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

【療養病棟入院基本料】

問 26 医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、令和6年6月1日以前より当該病棟にお

いて中心静脈栄養を開始した場合の取扱い如何。

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

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

(答) 経過措置の対象とならない。

【経腸栄養管理加算】

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

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

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

(答) 以下の内容について説明すること。

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

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

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

問31 経腸栄養管理加算について、「経腸栄養管理加算は経腸栄養を開始した日から7日を限度に、経腸栄養を実施している期間に限り算定できる。」とさ

れているが、経腸栄養を開始した後に中止し、その後再開した場合について、どのように考えればよいか。

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

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

(答) 不可。

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

(答) 入院期間が通算される場合は算定できない。

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

(答) 可能。

【障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料】

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

(答) 有床診療所療養病床入院基本料に準じて評価を行う。

【有床診療所在宅患者支援病床初期加算】

問 36 「A108」有床診療所入院基本料の注3に規定する有床診療所在宅患者支援病床初期加算について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの

である。」とあるが、どのような患者が算定の対象となるのか。

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

【総合入院体制加算】

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

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

【救急時医療情報閲覧機能】

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

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

なお、機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

【急性期充実体制加算】

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

(答) 令和6年6月3日までに急性期体制充実加算1又は急性期体制充実加算2のいずれかの届出を行うこと。この場合であって、令和6年3月31日において急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、引き続き急性期体制充実加算の施設基準における経過措置の対象となる。

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

(答) 実患者数により算出する。

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

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

【超急性期脳卒中加算】

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

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

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

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

【救急医療管理加算】

問 44 「A 2 0 5」救急医療管理加算の注 1 ただし書に規定する厚生労働大臣

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

(答) そのとおり。

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

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

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

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

【診療録管理体制加算】

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

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

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

(答) 例えば、HDDとRDX (Removable Disk Exchange system)、クラウドサービスとNAS (Network Attached Storage) など複数の媒体でバックアップを保存することなどが考えられる。

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

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

- ① クラウドサービスから、専用アプリを用い抽出したデータを、RDX など別の媒体で保管している場合には要件を満たしていると考えられるが、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（NAS 等）に自動でデータが転送される場合であって、常時（データ転送の際を除く。）ネットワークから切り離れた状態でのバックアップを行っている場合には要件を満たしていると考えられる。
- 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。

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

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

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

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

問 51 診療録管理体制加算の施設基準において、「例えば、日次でバックアップを行う場合、数世代（少なくとも 3 世代）確保する等の対策を行うこと。」

とあるが、世代管理について、日次のバックアップは、差分のバックアップでよいのか。また、週次、月次のバックアップはどのように考えればよいか。

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

【医師事務作業補助体制加算】

問 52 「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。

【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3%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。

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

(答) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した期間と通算して14日間に限り算定できる。なお、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定した後、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定

する場合でも同様である。

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

(答) 不可。

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

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

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

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

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

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

問 60 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・

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

(答) 現時点では、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション診療、栄養管理、口腔管理に係る医師研修会」が該当する。

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

(答) 不可。

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

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

(答) 「歯の汚れ」「歯肉の腫れ、出血」「左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる」「義歯の使用」について、原則入棟後48時間以内に評価をおこなうこと。その後、口腔状態の変化に応じて定期的な再評価を行うこと。評価者は歯科専門職に限らない。なお、評価方法については日本歯科医学会による「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方(令和6年3月)」を参考とするこ

と。

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

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

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

【ハイリスク妊娠管理加算】

問 64 「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。

【薬剤業務向上加算】

問 65 「A 2 4 4」病棟薬剤業務実施加算の注2に規定する薬剤業務向上加算の施設基準における「都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制」について、協力する都道府県は、当該保険医療機関が所在する都道府県に限るのか。

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

【精神科入退院支援加算】

問 66 「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。

【医療的ケア児（者）入院前支援加算】

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

(答) 患者の状態、必要な処置等を確認できる場合であって、居宅において患者に対してケアを行っている者がその場において、療養生活環境を確認できる場合に限り、患者が通所している障害福祉サービス事業所等への訪問でも当該加算を算定することができる。

【認知症ケア加算】

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

(答) 含めてよい。

【地域医療体制確保加算】

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

(答) そのとおり。

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

(答) そのとおり。

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

(答) よい。

【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算】

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

（答）含まれる。

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

（答）医師又は看護職員等の医療関係職種が参加すること。

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

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

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

（答）協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 9」に規定する介護保険施設等連携往診加算のカンファレンスは兼ねることは差し支えない。ただし、両方の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には、その旨を記録に残すこと。

問 79 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「ICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。」とされているが、具体的にどのような場合が該当するか。

（答）例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等に所属する医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。

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

問 80 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準における「年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。」について、ICTで診療情報等の共有がなされている場合、当該カンファレンスの内容は、具体的にはどのようなものであればよいか。

(答) 具体的な定めはないが、例えば、以下のような内容を含んでいること。

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

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

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

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

の施設基準で規定されている連絡を受ける担当者及び往診担当医と兼任することは可能か。

(答) 可能。

【治療室一般】

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

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

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

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

【救命救急入院料】

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

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

【特定集中治療室管理料】

問 86 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOFASコアの基準が定められているが、入室日という

のは当該治療室に入った初日を指すのか。

(答) そのとおり。

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

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

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

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

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

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

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

(答) 入室日の年齢が15歳未満であれば、対象から除外する。

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

(答) 令和6年5月31日以前に測定したSOF Aスコアについては、2023年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料に基づいて測定しているSOF Aスコアであれば、施設基準の計算に用いてよい。

【特定集中治療室遠隔支援加算】

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

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

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

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

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

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

【新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料】

問 95 「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施

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

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

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

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

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

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

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

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

(答) 算定不可。例えば、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の

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

【早期栄養介入管理加算】

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

(答) 算定可。

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

【地域包括医療病棟入院料】

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

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

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

(答) 不要。

問 106 地域包括医療病棟入院料について、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること。」とあるが、MRI撮影等は、オンコールを行っている職員により対応する体制でもよいか。

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

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

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

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

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

(答) 在宅復帰支援に関する十分な経験を有する専従の看護師が含まれる。

問 109 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の1及び2並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において求められる「病棟に専従配置される社会福祉士」（以下「回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士」という。）又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において求める「医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士」（以下「地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士」という。）は、入退院支援加算の施設基準において求める「入退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士」（以下「入退院支援加算における専任の社会福祉士」という。）と兼任できるか。また、「A247」認知症ケア加算1の施設基準における認知症ケアチームの専任の社会福祉士（以下「認知症ケアチームの専任の社会福祉士」という。）と兼任できるか。

(答) 回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士は、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、当該社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限り、入退院支援加算における専任の社会福祉士と兼任できるが、認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。

また、地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士は、入退院支

援加算における専任の社会福祉士又は認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。

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

問110 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「当該保険医療機関のFIMの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してFIMの測定に関する研修」を実施することを求めているが、FIMの測定に関わる看護職員も同様に当該研修の対象に該当するか。

（答）該当する。

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

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

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

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

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

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

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

具体的には、心大血管疾患リハビリテーション料について急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者、脳血管疾患等リハビリ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<参考>

GLIM基準に関する研修会は、現時点で、下記の関係団体で開催予定。

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

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

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

【地域包括ケア病棟入院料】

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

(答) 地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に最初に入院した日を起算日とする。

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

(答) 令和6年5月31日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者についても、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の算定を開始した日を起算日とする。

【精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料】

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

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

ことができる。

【精神科地域包括ケア病棟入院料】

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

(答) そのとおり。

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

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

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年6月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間に限り算定できる。
- ② 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年2月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間に限り算定できる。
- ③ 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年

8月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170日間又は80日間に限り算定できる。

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

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

(答) それぞれ以下のとおり。

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

問 124 精神科救急急性期医療入院料等の施設基準について、「当該病棟において、(中略)新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、問122の③及び④の場合について、それぞれどのように考えればよいか。

(答) 当該患者については分母に計上し、分子には計上しない。

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

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

(答) いずれもそのとおり。

問 126 精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心

理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。」とされているが、当該病棟に配置されている作業療法士が、当該入院料を算定する病棟に入院中の患者に対し、精神科作業療法を実施した場合に、「I007」精神科作業療法を算定できるか。

(答) 算定可能

【小児特定疾患カウンセリング料】

問 127 「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。

【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。

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

(答) 個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

問 136 生活習慣病管理料（Ⅰ）について、「第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除

く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料(Ⅰ)に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用は算定可能か。

(答) 不可。

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

(答) 不可。

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

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

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

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

問140 情報通信機器を用いた指導管理により生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する場合において、療養計画書への署名についてどのように考えればよいか。

(答) 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に遵

守した上で、例えば、電子署名を活用する方法や、患者が使用するタブレット等の画面に自署してもらう方法が想定される。

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

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

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

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

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

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

（答）不可。血糖自己測定指導加算を生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれかにおいて算定した場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）

及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれにおいても1年以内は算定できない。

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

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

問 144 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上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日以上長期の投薬が可能であること
- ・リフィル処方箋を交付すること

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

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

【小児運動器疾患指導管理料】

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

（答）算定可能。

【慢性腎臓病透析予防指導管理料】

問 146 「B001」の「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料について、当該点

数を算定する日において、慢性腎臓病透析予防診療チームである医師、看護師又は保健師及び管理栄養士それぞれによる指導の実施が必要か。

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

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

(答) そのとおり。

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

(答) 複数の患者に同時に指導を行った場合には算定できない。

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

(答) そのとおり。

問 150 慢性腎臓病透析予防指導管理料の医師、看護師、保健師、管理栄養士は、「A 2 3 3 - 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、「B 0 0 1」の「27」糖尿病透析予防指導管理料の専任の医師、看護師、保健師、管理栄養士との兼任は可能か。

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

【小児かかりつけ診療料】

問 151 「B 0 0 1 - 2 - 11」小児かかりつけ診療料の施設基準における「発達障害等に関する適切な研修」とは具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

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

問 152 小児かかりつけ診療料の施設基準における「虐待に関する適切な研修」とは具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・日本子ども虐待医学会「BEAMS Stage1」

【外来腫瘍化学療法診療料】

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

(答) そのとおり。

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

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

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

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

(答) 可能。

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

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

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

問 157 「疑義解釈資料の送付について(その19)」(令和4年7月26日医療課事務連絡)別添1の問5において、「令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所については、やむを得ない理由

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

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

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

(答) 要件を満たせば算定可能。

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

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

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

(答) 具体的には、診療情報提供書等の文書により、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関における、外来化学療法を主として実施する医師等に対して、実施中である及び今後実施を考慮しているレジメンの情報、患者に投与する抗悪性腫瘍剤の投与量、患者の既往歴、内服薬等の情報提供を行うことを指す。

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

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

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

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

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

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

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

【遠隔連携診療料】

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

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

【こころの連携指導料】

問 165 「B 0 0 5 - 1 2」こころの連携指導料（I）の施設基準において求める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

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

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

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

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

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

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

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

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

問168 往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2（2）において、「患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等の最新の情報（以下この項において「診

療情報等」とする。)を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がICT等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有していること。」とされているが、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない連携医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受け、連携医療機関に電話等により当該患者の診療情報等を確認した場合であって、連携医療機関が診療情報等を提供した場合についても該当するか。

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

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

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

【在宅患者訪問診療料】

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

(答) それぞれ以下のとおり。

- 末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれ

れかの基準に該当するもの

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

【在宅患者訪問診療料】

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

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

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

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

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

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

問 173 在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の

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

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

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

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

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

【救急患者連携搬送料】

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

(答) 要件を満たせば算定可能。

問176 救急患者連携搬送料について、市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車により搬送が行われた場合でも、算定できるのか。

(答) 算定できない。

問177 「A200」総合入院体制加算、「A200-2」急性期充実体制加算、「A252」地域医療体制確保加算及び「O000」看護職員処遇改善評価料に関する施設基準における「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数」、「A207-3」急性期看護補助体制加算及び「A207-4」看護職員夜間配置加算に関する施設基準における「救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数」並びに「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算1及び救急搬送看護体制加算2、「C004-2」救急患者連携搬送料に関

する施設基準における「救急搬送件数」については、当該保険医療機関が患者を受け入れた件数又は人数を計上するものであり、当該保険医療機関が他の保険医療機関等に患者を搬送した件数又は人数は含まれないと考えてよいか。

(答) そのとおり。

【遠隔死亡診断補助加算】

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

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

【在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料】

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

(答) 可能。

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

(答) 可能。

【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】

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

(答) 該当する。

【在宅強心剤持続投与指導管理料】

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

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

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

(答) 要件を満たせば可能。

【遺伝学的検査】

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

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

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

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

【コクリントモプロテイン (CTP)】

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

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

【アポリポ蛋白A2 (APOA2) アイソフォーム】

問 187 「D 0 0 9」腫瘍マーカーの「35」アポリポ蛋白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 「D 0 1 4」自己抗体検査の「49」抗HLA抗体 (抗体特異性同定検査)

について、留意事項通知において示されている「脱感作療法」とは具体的に何を指すのか。

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

【インフルエンザ核酸検出】

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

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

【百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出】

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

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

【ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）】

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

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

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

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

(答) 例えば、当該検査を25箇所実施した場合、以下の方法により算出する。

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

・25箇所の合算 336点+48点(384点)

【画像診断管理加算】

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

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

(答) それぞれ以下のとおり。

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

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

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

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

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

患者リハビリテーションの開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても、リハビリテーション総合計画評価料を算定できるのか。

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

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成30年3月30日事務連絡)別添1の間173は廃止する。

【疾患別リハビリテーション料】

問 196 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料又は「H003」呼吸器リハビリテーション料(以下「疾患別リハビリテーション料」という。)において、「要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。」とされているが、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書以外にどのような文書が該当するのか。

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

- ・ 本人家族等の希望
- ・ 健康状態、経過
- ・ 心身機能・構造
- ・ 活動
- ・ リハビリテーションの短期目標
- ・ リハビリテーションの長期目標
- ・ リハビリテーションの方針
- ・ 本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)

- ・リハビリテーション実施上の留意点
- ・リハビリテーションの見直し・継続理由
- ・リハビリテーションの終了目安

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

(答) そのとおり。

【 I O O 2 通院・在宅精神療法】

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

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

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

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

【療養生活継続支援加算】

問 199 「 I O O 2」通院・在宅精神療法の注 8 に規定する療養生活継続支援加算について、「注 8」に規定する療養生活継続支援加算の「ロ」は、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から

起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。」こととされているが、過去に注8のイを算定していた患者についても、新たに重点的な支援を要する状態になったときは、350点を算定するということがよいか。

(答) そのとおり。

【心理支援加算】

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

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

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

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

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

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

【療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算】

問 203 「I 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。

【児童思春期支援指導加算】

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

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

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

【早期診療体制充実加算】

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

(答) 含まれる。

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

(答) 含まれる。

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

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

問 208 早期診療体制充実加算の施設基準について、「診療所にあつては、当該

保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の「1」の口又は「2」の口の算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が60以上であること。」とされているが、「当該保険医療機関に勤務する医師の数」の計算方法如何。

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

【通院・在宅精神療法 情報通信機器を用いた精神療法】

問 209 「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。

【ストーマ処置（ストーマ合併症加算）】

問 211 「J 0 4 3 - 3」ストーマ処置の注 4 に規定するストーマ合併症加算の施設基準において求める常勤の看護師の「排泄ケア関連領域における適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」
- ② 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会「ストーマリハビリテーション講習会」

【再製造単回使用医療機器使用加算】

問 212 第10部手術の通則注 21 に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準において「再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した実績が5例以上あること。」とあるが、これまでに手術に使用した再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。以下同じ。）の個数が5以上であることではなく、再製造単回使用医療機器を使用した手術が5例以上であることを要件としているのか。

(答) そのとおり。

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

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

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

(答) そのとおり。

<手術>

問 215 「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。

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

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

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【共通事項】

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

(答) 差し支えない。

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

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

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

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

割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(答) それぞれ以下のとおり。

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

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

（答）引き上げ率の確認については、次のいずれかの方法で行うこと。

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

当該年度において基本給等が引き上げられた後の対象職員の1月当たりの基本給等の総額

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

× 100 (%)

令和5年度における1月当たりの基本給等の総額

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

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

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

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

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

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

(答) 対象とすることは可能。

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

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

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

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

なお、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）についても同様の取扱いとなる。

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

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

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

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

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

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

(答) 含まない。

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

(答) 次の①及び②を想定している。

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

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

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

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

【医科点数表関係】

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

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

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

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

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

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

(答) 算定可能。

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

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

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

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

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

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

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

(答) 計上する。

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

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

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

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

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

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

(答) 算定可。

【歯科点数表関係】

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

(答) そのとおり。

医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【再婚後の回数上限】

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

(答) よい。

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

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

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

(答) 過去のパートナーAと実施した回数と通算する。

問4 問1の場合に、パートナーとの離婚及び結婚の具体的な確認方法如何。

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

<参考：令和4年3月31日付け事務連絡問12及び問30>

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

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

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

(答) よい。

【生殖補助医療管理料】

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

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

(答) 要件を満たす場合は保険給付の対象となる。

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

【抗ミュラー管ホルモン（AMH）】

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

(答) 含まれる。

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

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

【体外受精・顕微授精管理料】

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

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

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

【胚凍結保存管理料】

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

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

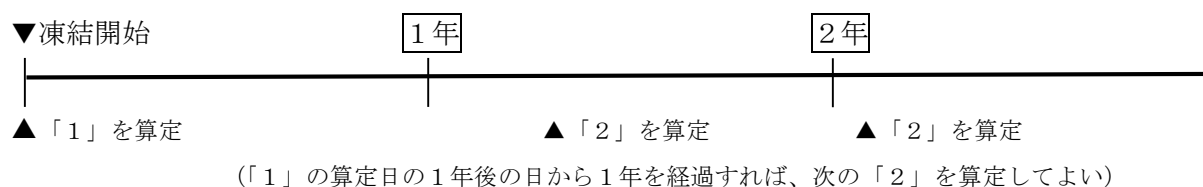
(答) 不可。

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

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

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

※算定イメージ



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

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

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

(答) 算定可能。「2 胚凍結保存維持管理料」を算定する。ただし、移送元の

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

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

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

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

【採取精子調整管理料】

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(答) 不可。

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

(答) 要件を満たせば、算定可能。

問 18 精巣内精子採取術を実施後に「K917-4」採取精子調整管理料に係る技術を実施した場合であって、結果として体外受精又は顕微授精を実施しても受精卵の作成が見込めない精子のみ採取された場合には、採取精子調整管理料は算定可能か。

(答) 算定可能。

問 19 精巣内精子採取術を実施して採取した全組織のうち、一部の組織について「K917-4」採取精子調整管理料に係る技術(採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等)を実施した場合については、「K917-4」採取精子調整管理料は算定可能か。

(答) 算定可能。

問 20 問 19 の場合、「K917-4」採取精子調整管理料に係る技術(採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等)を実施せずに残存した組織について、一度凍結した後、別の日に、同技術を実施した場合は、「K917-4」採取精子調整管理料は算定可能か。

(答) 算定不可。

【精子凍結保存管理料】

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

(答) 算定不可。

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

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

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

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

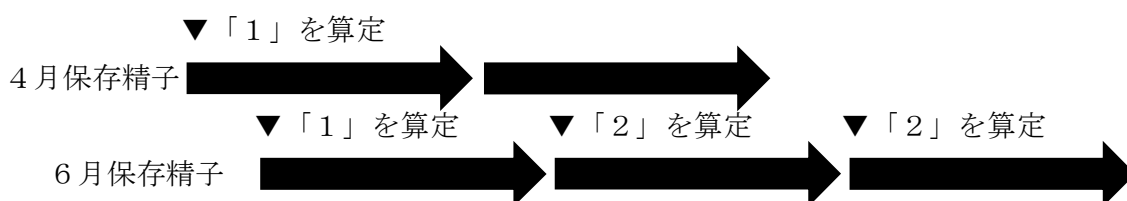
問 24 高度乏精子症患者において、医学的な判断のもと複数回の射出精子を行う場合については、「1 精子凍結保存維持管理料（導入時）」の「ロ イ以外の場合」を複数回算定することは可能か。

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

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

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

※算定イメージ



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

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

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

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

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

(答) 要件を満たせば算定可能。

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

(答) 要件を満たせば算定可能。

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

(答) 算定不可。

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

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

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

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

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

【その他】

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

(答) それぞれ以下のとおり。

[①採取精子調整管理料、②精子凍結保存管理料（導入時）のイ]

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

[③精子凍結保存管理料（導入時）のロ]

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

[④精子凍結保存維持管理料]

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

医科診療報酬点数表関係 (D P C)

1. D P C対象病院の基準について

問1-1 診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

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

2. D P C対象患者について

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

(答) 選択できない。

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

(答) 包括評価の対象と考えてよい。

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

(答) 包括評価の対象外となる。

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

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

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

(答) そのとおり。

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

(答) 入院している病棟(床)で判断するため、包括評価の対象とならない。

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

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

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

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

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

(答) 入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。

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

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

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

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

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

(答) 包括評価の対象外となる。

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

(答) 医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

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

(答) 包括評価の対象となる。

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

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

3. 診断群分類区分の適用の考え方について

【「医療資源を最も投入した傷病」について】

問3-1-1 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

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

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

(答) そのとおり。

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

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

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

(答) そのとおり。

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

(答) あり得る。

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

(答) 「〇〇骨折」でよい。

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

(答) 含めることはできない。

問3-1-8 いわゆる疑い病名により、診断群分類区分を決定してよいか。

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

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

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

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

- ① 乳癌の既往がある遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して区分番号「K888」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）を行う場合
- ② 卵巣癌の既往がある遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して区分番号「K475」乳房切除術を行う場合

(答) 実施した手術等に基づき、卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 (120010) 又は乳房の悪性腫瘍 (090010) に該当する ICD10 コードを選択し、「傷病情報」欄の「入院時併存傷病名」には「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」を記載すること。問の例の場合については以下のとおり。

- ① 卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 (120010) に該当する ICD10 コードを選択し、「子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）等あり」を選択する。

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

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

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

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

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

（答）それぞれ以下のとおり。

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

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

【「手術」について】

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（答）そのとおり。

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

（答）そのとおり。

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

（答）そのとおり。

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

(答) そのとおり。

【「手術・処置等1・2」について】

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

(答) 「なし」を選択する。

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

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

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

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

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

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

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

(答) 選択することができる。

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

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

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

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

問3-3-8 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

(答) 化学療法に含まれない。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(答) 「カルボプラチン+パクリタキセルあり」を選択する。

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

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

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

(答) 「なし」の診断群分類区分を選択する。

【「その他（定義副傷病名等）」について】

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

(答) 一入院で判断する。

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

(答) 「片眼」を選択する。

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

(答)「両眼」を選択する。

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

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

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

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

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

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

(答)そのとおり。

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

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

4. 診療報酬の算定について

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

(答) そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

問4-2 外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

(答) そのとおり。

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

(答) 医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。

問4-4 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は、どのように算定するのか。

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

問4-5 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合は、どのように算定するのか。

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

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

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

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

(答) そのとおり。

5. 医療機関別係数について

問 5 - 1 医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(答) 機能評価係数Iで評価されているため算定することができない。

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

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

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

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

6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

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

（答）算定することができない。

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

（答）算定することができる。

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

（答）そのとおり。

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

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

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

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

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

(答) 算定することができる。

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

(答) 算定することができる。

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

(答) 合算した点数を算定することができる。

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

(答) 算定することができない。

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

(答) そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

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

（答）いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上、算定することとなる。

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

（答）算定することができない。

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

（答）算定することができない。

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

（答）フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。

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

（答）算定することができない。

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

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

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

（答）そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。

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

(答) 算定することができる。

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

(答) 算定することができる。

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

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

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

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

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

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

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

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

問6-24 区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を実施した場合、注7に規定する加算は算定できるのか。

(答) 算定することができる。

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

(答) そのとおり。

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

(答) 含まれない。

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

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

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

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

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

(答) 算定できる。

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

(答) 算定できる。

7. 特定入院料の取扱いについて

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

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

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

(答) そのとおり。

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

(答) そのとおり。

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

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

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

(答) そのとおり。

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

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

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

(答) そのとおり。

8. 入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

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

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

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

(答) 算定することができる。

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

(答) 算定することができる。

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

(答) 算定することができる。

9. 同一傷病での再入院の取扱いについて

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

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

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

(答) 以下のような7日以内の再入院については「一連」とみなす。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(答) そのとおり。

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

(答) 「一連」の入院として取り扱う。

10. 退院時処方 of 取扱いについて

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

(答) 算定することができない。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(答) 算定することができる。

11. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

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

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

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

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

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

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

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

(答) よい。

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

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

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

(答) 算定することができない。

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

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

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

(答) 算定することができない。

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

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

質問のケースの場合、他医療機関が行う診療にあつては、社会保険診療であるから、当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。（当該合議により得る収入については、診療報酬に照らして妥当であればよく、必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。）

12. データ提出加算について

問 12-1 「DPCの評価・検証等に係る調査」の退院患者調査に準拠したデータの提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも、区分番号「A245」データ提出加算を算定することができるのか。

(答) データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）において提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の1か月分については区分番号「A245」データ提出加算は算定できない。

問 12-2 データ提出に遅延等が認められたため、1か月区分番号「A245」データ提出加算を算定できなくなった場合、当該1か月の診療分はどのように算定するのか。

(答) 包括評価対象分については、当該月診療分の区分番号「A245」データ提出加算に係る機能評価係数Iを医療機関別係数に合算せずに算定すること。

また、包括評価対象外の患者については、当該月の診療分において、医科点数表に基づき、区分番号「A245」データ提出加算を算定することができない。

13. 診療報酬の調整等について

問 13-1 退院時に診断群分類区分が確定した時に、差額を調整する必要性が生じた場合の一部負担金はどのように算定するのか。

(答) 差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。

問 13-2 包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。

(答) 高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

問 13-3 診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要か。

(答) 診断群分類点数表のみで算定する場合は、診断群分類点数表による請求額も月ごとに確定するため、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要ない。

問 13-4 切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後、自費で分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による算定の起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。

(答) そのとおり。

問 13-5 入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつか。また、その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、当該入院全てを医科点数表に基づき再請求する。

問 13-6 臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、退院時に診断群分類区分に該当する場合には、当該入院全てを当該診断群分類区分により再請求する。

問 13-7 入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一つの入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は、入院期間全てを医科点数表に基づき算定をする。

問 13-8 入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、再度包括評価の対象となる。

問 13-9 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日Ⅲを超えて医科点数表による算定を行っている場合はどのように請求するのか。

(答) 入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

問 13-10 診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することによいか。

(答) そのとおり。

なお、手術等が行われていない場合であっても、予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが、退院時までには予定された手術が行われなかった結果、退院時に決定された請求方法が異なる場合は、請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐により再請求をする。

14. 令和6年度改定に係る経過措置について

問 14-1 改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定により高額薬剤から除外され、かつ、「手術・処置等2」に分岐がない場合、当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。

(答) 当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない）ことから、ツリー図上の分岐の区分に従い診断群分類区分を決定する。改定後も引き続き告示されている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。

問 14-2 改定を挟んで7日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどのようになるのか。

(答) 診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とする。

問 14-3 改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を5月中に実施した場合であって、6月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追加された分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

問 14-4 改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について、6月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。

(例1) 4月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが60日で改定後は入院日Ⅲが30日となっている診断群分類区分が適用される患者の6月分の請求

(例2) 4月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが30日で改定後は入院日Ⅲが60日となっている診断群分類区分が適用される患者の6月分の請求

(答) 例1の場合は医科点数表に基づき算定し、例2の場合は診断群分類点数表に基づき算定する。

問 14-5 改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、改定後の診断群分類区分は6月1日から適用となるが、改定前の診断群分類区分による差額調整は5月31日で終了しているため、6月1日以降の診療報酬から調整の対象となるのか。

(答) そのとおり。

15. 診療報酬明細書関連について

問 15-1 入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合、「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要があるか。また、退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。

(答) 医科点数表に従い、記載する必要がある。

問 15-2 診療報酬明細書の「副傷病名」欄には、該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。

(答) そのとおり。

問 15-3 該当する定義告示上の定義副傷病名が複数存在する患者については、診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した定義副傷病名を記載するのか。

(答) そのとおり。

問 15-4 傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要があるか。

(答) 記載する必要はない。

問 15-5 診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し、ICD10コードを記入するのか。

(答) そのとおり。

問 15-6 入院中に処置を複数回実施した場合は、処置の実施日をどのように記載するのか。

(答) 初回の実施日を記載する。

問 15-7 分娩のために入院中の患者が合併症等に罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合、診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また、「今回退院年月日」欄には保険給付が終了した日を記入するのか。

(答) そのとおり。

問 15-8 審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書はどのようなものか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

(答) DPCの診療報酬明細書のうち、請求点数が38万点以上のものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

問 15-9 入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。

(答) 保険者ごとに診療報酬明細書を作成して請求する。変更前及び変更後の診療報酬明細書に医療保険等が変更された旨を記載するとともに、変更後の診療報酬明細書に変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお、診断群分類区分の変更があった場合であっても、退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため、従前の保険者への請求額は変更されない。

問 15-10 診療報酬改定をまたいで入院している場合、5月診療分DPCレセプトの「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄はどう記載するのか。

(答) 改定前の診断群分類区分による差額調整は5月31日に実施するが、入院中であるため「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄は空白（記載不要）とする。

問 15-11 令和6年5月以前から継続して入院している患者で、5月に分岐に係る手術等を行った場合、6月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するのか。

(答) 5月に実施した手術等について、6月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお、5月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。

問 15-12 区分番号「K921」造血幹細胞採取を行うに当たり、造血幹細胞の末梢血中への動員のためにG-CSF製剤やプレリキサホルを投与するが、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について、DPCレセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。

(答) 本件は、区分番号「K921」造血幹細胞採取の注2の規定による加算に該当するため、造血幹細胞採取に当たって当該薬剤を使用した場合についても、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日に区分番号「K921」造血幹細胞採取の所定点数に当該薬剤の点数を加算する。

材料価格基準関係

【高血圧症治療補助アプリ】

問1 特定保険医療材料の機能区分「227 高血圧症治療補助アプリ」について、「A001」再診料の注12の「イ」地域包括診療加算1若しくは「ロ」地域包括診療加算2、「B001-2-9」地域包括診療料(月1回)又は「B001-3」生活習慣病管理料(I)の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者(入院中の患者を除く。)のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している保険医療機関、又は地域の保険医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において算定する。」とあるが、「地域の保険医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である保険医療機関」とは何を指すのか。

(答) 日本高血圧学会が指定する高血圧認定研修施設であって、医療法に基づく外来機能報告制度における紹介受診重点医療機関を指す。

なお、当該医療機関でアプリを活用して治療を行うにあたり、例えば、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関からの紹介で治療する場合や心筋梗塞等の救急治療で入院後に当該医療機関において一定期間外来でフォローする場合など、具体的な理由について明細書の摘要欄に記載すること。

また、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関での治療が可能かどうか検討を行い、その検討結果について請求時毎に明細書の摘要欄に記載するとともに、可能となった場合には、速やかに地域の医療機関に紹介すること。

問2 問1について、当該特定保険医療材料の算定時点で、日本高血圧学会が指定する高血圧認定研修施設や医療法に基づく外来機能報告制度における紹介受診重点医療機関に指定されている必要があるのか。

(答) そのとおり。具体的には、算定時点において、学会や行政のホームページにおいて掲載されている又は学会や行政に問い合わせれば確認できる状態となっていること。

問3 特定保険医療材料の機能区分「227 高血圧症治療補助アプリ」について、「成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、初回の使用日の属する月から起算して6か月を限度として、初回を含めて月1回に限り算定する。」とあるが、「高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合」について、具体的にはどのような者が対象となるのか。

(答) 20歳以上の本態性高血圧症の患者を対象とする。ただし、既に医師の管

理下で十分にコントロールされている患者は対象外となる。

問4 特定保険医療材料の機能区分「227 高血圧症治療補助アプリ」について、「本品の使用に当たっては、関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。」とあるが、「関係学会の策定するガイドライン及び適正使用指針」とは何を指すのか。

(答) 現時点では、日本高血圧学会が作成した「高血圧治療ガイドライン」及び「高血圧治療補助アプリ適正使用指針」を指す。

【人工内耳用材料】

問5 特定保険医療材料の機能区分「090 人工内耳用材料」における「関連学会が定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の「人工内耳スピーチプロセッサのアップグレード指針」を指す。