

診療点数早見表 2024 年度版

(2024 年 5 月 20 日第 1 版第 1 刷)

追補・正誤表

2024 年 8 月 8 日 医学通信社

1. 疑義解釈 (事務連絡)

疑義解釈資料の送付 (その3)

(令 6.4.26)

医科診療報酬点数表関係

【施行時期後ろ倒し】

問 1 施設基準の経過措置について、令和 6 年 3 月 31 日において現に入院基本料等の届出を行っていることとされているが、単に届出を行ってれば経過措置の対象となるのか。

答 当該施設基準の届出を行ったうえで、令和 6 年 3 月 31 日において現に当該診療報酬を算定している場合は、経過措置の対象となる。

【抗菌薬適正使用体制加算】

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

答 各抗菌薬の Access 抗菌薬への該当性 (AWaRe 分類における位置づけ) 並びに Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率に係る J-SIPHE 及び診療所版 J-SIPHE における計算方法については、J-SIPHE 及び診療所版 J-SIPHE のホームページを確認する。

【時間外対応加算】

問 3 A001 再診料の注 10 に規定する時間外対応加算において、患者からの電話等による問い合わせに対応する体制が求められているが、ビデオ通話による問い合わせに対してビデオ通話で対応する体制でよいか。

答 よい。

【地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II)】

問 4 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料 (I)、生活習慣病管理料 (II) の施設基準において、「患者の状態に応じ、28 日以上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提示していることが求められているが、「疑義解釈資料 (その 1)」(令和 6 年 3 月 28 日) 別添 1 の問 144 (p.1059「問 12」) の内容に加え、「当院では主に院内処方を行っています」又は「当院では主に長期の投薬をご案内しています」といった内容を併せて院内掲示してもよいか。

答 差し支えない。

【一般病棟入院基本料】

問 5 A100 一般病棟入院基本料の「1」の「イ」急性期一般入院料 1 の施設基準における平均在院日数について、令和 6 年 6 月 1 日から算定を行うための届出を行う場合は、どの時点の実績に基づき届出を行うのか。

答 令和 6 年 6 月 1 日からの算定については、同年 5 月 2 日以降に届出書の提出を行うことができ、また、遅くとも 6 月の最初の開庁日までに届出がされている必要があるが、平均在院日数の実績については、令和 6 年 5 月 2 日から同 31 日に届出を行う場合は同年 2 月から 4 月、同年 6 月 3 日に届出を行う場合は、同年 3 月から 5 月の実績を用いる。なお、例えば令和 6 年 2 月から 4 月までの実績に基づき 5 月中に届出を行い、その後同年 3 月から 5 月までの実績では基準を満たさないことが判明した場合には、暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動に該当する場合を除き、変更の届出を 6 月に行う必要がある。

【療養病棟入院基本料】

問 6 医療区分における中心静脈栄養の評価について、中心静脈栄養の終了後も 7 日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分 3 又は 2 として評価を行うこととされたが、当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を一度終了し、再開した場合はどのように評価するのか。

答 当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を一度終了し、再開した場合であっても中心静脈栄養を最初に終了した日から 7 日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分 3 又は 2 として評価を行う。

問 7 医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性肺炎を有する患者以外を対象とする場合、中心静脈栄養を開始した日から 30 日を超えた場合は処置等に係る医療区分 2 として評価を行うこととされたが、中心静脈栄養を開始した日から 30 日が経過した後に、転棟又は退院後に、再度療養病棟に入棟又は入院して、中心静脈栄養を実施した場合であって入院期間が通算される場合はどのように評価するのか。

答 処置等に係る医療区分 2 として評価を行う。

【看護補助体制充実加算】

問 8 看護補助体制充実加算 1 の施設基準において、「当該保険医療機関において 3 年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5 割以上配置」とされているが、

- ① 当該看護補助者の割合を算出するにあたり用いる看護補助者の数は、どのように計上するのか。
- ② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよいか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 当該保険医療機関において勤務する看護補助者の常勤換算後の人数を用いて算出する。この場合、常勤以外の看護補助者の場合は、実労働時間数を常勤換算し計上する。

② 当該看護補助者の割合は、みなし看護補助者は含めずに算出する。

問9 看護補助体制充実加算1の施設基準において、「当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置されていること」とされているが、「3年以上」は連続ではなく、通算でもよいか。

答 よい。

問10 A101療養病棟入院基本料、A106障害者施設等入院基本料、A304地域包括医療病棟入院料及びA308-3地域包括ケア病棟入院料の注に規定する看護補助体制充実加算1及び2の施設基準において、「主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1以上であること」とされているが、

- ① 当該看護補助者の数は、どのように計上するのか。
- ② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよいか。

答 それぞれ以下のとおり。

① 月平均1日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数(※1)が、主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数(※2)以上である。

(※1) 月平均1日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数=(主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の月延べ勤務時間数)÷(日数×8)

(※2) 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数=(1日平均入院患者数)÷100×3

② 当該看護補助者にみなし看護補助者は含まない。

【精神科入退院支援加算】

問11 A246入退院支援加算及びA246-2精神科入退院支援加算を届け出ている保険医療機関において、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置するとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置するとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」を兼ねることは可能か。また、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置するとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置するとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師」を兼ねることは可能か。

答 可能。

【特定集中治療室管理料】

問12 A301特定集中治療室管理料「1」から「4」までにおいて、患者の入室日のSOFAスコアの基準が示され、15歳以上の患者が対象とされているが、15歳未満の患者を主として受け入れる治療室はどのように評価するのか。

答 15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアにより評価する。ただし、15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアで基準を満たさない場合であっても、15歳未満の患者をpSOFAスコアで評価し、15歳未満の患者も含めて評価して基準を満たす場合には、SOFAスコアの基準を満たすものとして差し支えない。

【地域包括医療病棟】

問13 A304地域包括医療病棟の施設基準において、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること」とあるが、MRI撮影等の体制について、他の保険医療機関と連携し、必要な救急患者等に対して速やかにMRI撮影等を行うことができる体制でも差し支えないか。

答 差し支えない。

【小児入院医療管理料】

問14 A307小児入院医療管理料について、「小児入院医療管理料を算定する場合であって、患者の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮すること」と規定されたが、具体的にどのような対応を行えばよいか。

答 令和5年度子ども子育て支援推進調査研究事業「入院中のこどもへの家族等の付添いに関する病院実態調査」の事例集(※)を参考に、各医療機関に入院する患者の特徴や付き添う家族等の実態を踏まえて必要な対応を行う。

(※)「入院中のこどもへの家族等の付添いに関する病院実態調査」(事業実施者:株式会社野村総合研究所)における「入院中のこどもへの付添い等に関する医療機関の取組充実のための事例集」(野村総合研究所ウェブサイト)

【在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院】

問15 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準において、「各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える病院にあっては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行う」とあるが、「訪問診療を実施した回数」とは以下の場合の算定回数の合計を指すのか。

- ① C001在宅患者訪問診療料(I)(同一の患家において2人以上の患者を診療している場合であって、2人目以降の患者についてA000初診料又はA001再診料を算定している場合を含む)
- ② C001-2在宅患者訪問診療料(II)
- ③ C003在宅がん医療総合診療料(ただし、訪問診療を行った場合に限る)

答 そのとおり。

【救急患者連携搬送料】

問16 C004-2救急患者連携搬送料の施設基準において、「受入先の候補となる他の保険医療機関において受入が可能な疾患や病態について、当該保険医療機関が地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリストを作成していること」とあるが、保険医療機関間の協議には、地域のメディカルコントロール協議会が必ず参加する必要があるのか。

答 受入先の候補となる保険医療機関のリストの作成のために必要な保険医療機関間の協議に、地域のメディカルコントロール協議会が参加することは必須ではない。ただし、メディカルコントロール協議会は、地域の救急患者搬送体制等について連携・協議を行う役割を担っていることから、これらの協議にも参加することや、参加しない場合であっても、保険医療機関間で協議した救急患者の搬送に係る連携体制に関する取り決め等について、メディカルコントロール協議会に報告がなされることが望ましい。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

問17 C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注3について、「情報通信機器を用いた指導管理については、CPAP療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した場合に実施すること」とされているが、他の保険医療機関でCPAP療法を開始した患者が紹介された場合の取扱い如何。

答 当該指導管理を実施する保険医療機関において、CPAP療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した場合に算定可能。なお、当該診療に係る初診日及びCPAP療法を開始したことにより、睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを、当該指導管理を実施する保険医療機関において対面診療で確認

した日を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

【SARS-CoV-2 核酸検出】

問 18 D023 微生物核酸同定・定量検査の「19」SARS-CoV-2 核酸検出について、検査に当たっては、使用目的又は効果として、SARS-CoV-2 核酸の検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いる必要があるのか。

答 そのとおり。

【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

問 19 E101-2 ポジトロン断層撮影、E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイド PET イメージング剤を用いた場合に限る）に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイド PET イメージング剤の適正使用ガイドライン」における（中略）「PET 撮像施設認証」を受けている施設であること」とあるが、PET 装置の更新等により再度認証を受ける必要がある場合、再度認証を受けるまでの期間の取扱いについてどのように考えればよいか。

答 PET 装置の更新等の以前に受けていた PET 撮像施設認証に係るアミロイド PET 検査（当該認証を受けていた撮影区分であって、当該認証を受けていた装置と同種の装置を用いる検査に限る）について、再度認証が必要となった時点から起算して 3 月以内に限り、当該要件を満たしているものとみなす。

問 20 E101-2 ポジトロン断層撮影、E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイド PET イメージング剤を用いた場合に限る）に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイド PET イメージング剤の適正使用ガイドライン」における（中略）「PET 撮像施設認証」を受けている施設であること」とあるが、現時点で関係学会による認証基準が定められていない PET / MRI 装置又は頭部専用 PET 装置を用いる場合についてはどのように考えればよいか。

答 PET / MRI 装置又は頭部専用 PET 装置を用いる場合については、令和 6 年 12 月 31 日までの間に限り、当該要件を満たしているものとみなす。

【通院・在宅精神療法】

問 21 I002 通院・在宅精神療法について、「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を 10 分単位で記載する」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。

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

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

なお、これに伴い「疑義解釈資料（その 1）」（令和 6 年 3 月 28 日）別添 1 の問 198（p.663「問 9」）は廃止する。

【慢性膿皮症手術】

問 22 K022-3 慢性膿皮症手術について、化膿性汗腺炎の患者に対して実施する場合、算定可能か。

答 算定可能。

【先進医療】

問 23 陽子線治療及び重粒子線治療について、令和 6 年 6 月 1 日から保険診療において実施可能となる腫瘍に係る治療を、同年 5 月 31 日以前に開始した患者に対して、同年 6 月 1 日以降も当該治療を継続する場合は、同日以降の治療に係る費用は、保険診療として請求可能か。

答 不可。令和 6 年 5 月 31 日以前に先進医療による治療を開始した患者については、同年 6 月 1 日以降の治療についても先進医療の枠組みにおいて実施し、費用の請求を行う。なお、同年 5 月 31 日時点において、先進医療による治療に係る同意を取得しているが、一連の治療を開始していない患者が、同年 6 月 1 日以降に保険診療による治療を開始することを希望する場合には、改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで、保険診療に切り替えて治療を開始して差し支えない。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問 1 新設した医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、「医科点数表」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）、O102 入院ベースアップ評価料、「歯科点数表」における P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、P101 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、P102 入院ベースアップ評価料、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（以下単に「ベースアップ評価料」という）の届出を行うに当たり、対象職員に対する給与の支払い実績は必要か。

答 必要。ベースアップ評価料の種類に応じて、給与の支払い実績として必要な期間は以下のとおりとする。

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）については届出前の最低 1 月における給与の支払い実績が必要。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）については、届出様式における「前年 3 月～2 月」、「前年 6 月～5 月」、「前年 9 月～8 月」、「前年 12 月～11 月」とあるのは、それぞれ「前年 12 月～2 月」、「3 月～5 月」、「6 月～8 月」、「9 月～11 月」と読み替え、当該期間の給与の支払い実績が必要。

問 2 保険医療機関又は指定訪問看護ステーションが合併又は分割等を行ったために、ベースアップ評価料の届出に当たって対象職員の人数及び給与総額が実態と大きく異なる場合について、どのように考えたらよいか。

答 ベースアップ評価料の届出に当たっては、原則として合併又は分割等を行った後の保険医療機関又は指定訪問看護ステーションにおける対象職員の数及び給与総額に基づく。ただし、合併又は分割する前の対象職員の数及び給与総額を合算又は按分することにより、当該保険医療機関又は指定訪問看護ステーションの実態に応じた人数及び給与総額を計算できる場合には、当該人数及び給与総額を用いて差し支えない。

問 3 ベースアップ評価料と政府目標（令和 6 年度 + 2.5%、令和 7 年度 + 2.0% のベースアップ）の関係如何。

答 当該評価料の算定にあたっては、施設基準において、その収入の全額を対象職員へのベースアップ等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加

分に用いることが要件とされている。その上で、さらに当該評価料以外の収入や、賃上げ促進税制などの活用により、政府目標の達成を目指すことが望ましい。

問4 ベースアップ評価料による収入を対象職員の賃上げに用いる場合、例えば現行の賃金水準が低い職員・職種に重点的に配分するなど、対象職員ごとに賃金改善額に差をつけてよいか。

答 差し支えない。

問5 ベースアップ評価料の届出及び賃金改善計画書若しくは賃金改善実績報告書の作成を行うに当たり、対象職員の給与総額に法定福利費等の事業主負担分を含めて計上するに当たって、0000看護職員処遇改善評価料と同様に、法定福利費が必要な対象職員の給与総額に16.5%（事業主負担相当額）を含めて計上してもよいか。

答 差し支えない。

問6（「その4」ベースアップ評価料関係「問2」により削除）

問7「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添2の問12（p.1457右段「問4」）において、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の対象職員として派遣職員など、医療機関又は訪問看護ステーションに直接雇用されていないものを含むとしているが、どのような方法で当該職員の賃上げを行えばよいか。

答 例えば派遣職員については、保険医療機関から派遣会社へ支払う派遣料金の増額等により、派遣会社が派遣職員へ支払う給与を増額する。

医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【採取精子調整管理料】

問1 K917-4採取精子調整管理料について、令和6年5月31日以前に保険診療として実施した精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて、令和6年6月1日以降に体外受精又は顕微授精を実施する場合に、算定可能か。

答 令和6年5月31日以前に保険診療として実施した精巣内精子採取術の後に初めて「1 体外受精」又は「2 顕微授精」を実施する場合には、算定可能。その際、精巣内精子採取術を実施した年月日（他の保険医療機関において実施した場合にあっては、その名称及び当該保険医療機関において実施された年月日）を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

疑義解釈資料の送付（その4）

（令6.5.10）

医科診療報酬点数表関係

【地域包括診療加算、地域包括診療料】

問1 A001再診料「注12」に規定する地域包括診療加算及びB001-2-9地域包括診療料の施設基準において、「担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい」とされているが、この「認知症に係る適切な研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

答 認知症の患者に対する地域における医療・介護等の活用や多職種連携による生活支援方法等の内容を含む研修を想定しており、現時点では、以下の研修が該当する。

- ・日本医師会が主催する「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修（認知症に係る講義に限る）
- ・都道府県及び指定都市が主催する「かかりつけ医認知症対応力向上研修」
- ・都道府県及び指定都市が主催する「認知症サポート医養成研修」

問2 A001再診料「注12」に規定する地域包括診療加算及びB001-2-9地域包括診療料の施設基準において、「介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けている。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい」

とされているが、電話による相談体制を構築している場合については、該当するか。

答 該当する。

問3 A001再診料「注12」に規定する地域包括診療加算及びB001-2-9地域包括診療料の施設基準にある慢性疾患の指導に係る適切な研修については、「疑義解釈資料（その8）」（平成26年7月10日）別添1の問7及び問8（p.1058「問5」、p.1059「問6」）において、「継続的に2年間で通算20時間以上の研修を修了しているもの」及び「届出時から遡って2年の間に当該研修を受ける必要がある」とされているが、前回届出時から2年を経過しておらず、令和6年度診療報酬改定による施設基準の改定に伴い届出を行う場合は、届出時から遡って2年の間に通算20時間以上の研修を受ける必要があるか。

答 不要。

【療養病棟入院基本料】

問4 令和6年3月31日時点で現に旧医科点数表の注11に係る届出を行っている病棟については、令和6年4月1日より令和6年9月30日までの期間において、入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上の要件については、療養病棟入院料2の施設基準に該当するものとみなすとの経過措置が設けられているが、当該経過措置以外の施設基準を満たし療養病棟入院料2を算定する場合においても、届出を行う必要があるか。

答 不要。なお、療養病棟入院料2の施設基準を満たした段階で速やかに届出を行うとともに、令和6年10月1日以降も療養病棟入院料2を算定する場合は、10月1日までに療養病棟入院料2の届出を行う。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

問5 A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、A304地域包括医療病棟入院料及びA304地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く）のうち、退院又は転棟時におけるADL〔基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という）の合計点数をいう〕が入院時と比較して低下した患者の割合」について、同一入院料を算定する別の病棟への転棟時もADLの測定を必要があるのか。

答 そのとおり。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その2）」（令和6年4月12日）別添1の問15（p.1161「問4」）は廃止する。

問6 A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、A304地域包括医療病棟入院料及びA304地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く）のうち、退院又は転棟時におけるADL〔基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という）の合計点数をいう〕が入院時と比較して低下した患者の割合」について、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いることは可能か。

答 令和7年3月31日までに限り、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その2）」（令和6年4月12日）別添1の問16（p.1161「問5」）は廃止する。

【在宅麻薬等注射指導管理料, 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】

問7 C108在宅麻薬等注射指導管理料において、「実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること」とあるが、具体的にはどのようなものがあるか。

答 現時点では、以下のものを指す。

- ・日本循環器学会及び日本心不全学会の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」
- ・日本呼吸器学会及び日本呼吸ケア・リハビリテーション学会の「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021」
- ・日本緩和医療学会の「進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン」

問8 C108在宅麻薬等注射指導管理料又はC108-2在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する月に入院をして、G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入を行った場合は算定できるのか。

答 当該月において、外来で行ったG003抗悪性腫瘍剤局所持続注入は算定できないが、入院で行ったG003抗悪性腫瘍剤局所持続注入については算定できる。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係【ベースアップ評価料】

問1 O100外来・在宅ベースアップ評価料（I）、P100歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）、[06]訪問看護ベースアップ評価料（I）の施設基準において、令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2分5厘以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4分5厘以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の当該医療機関又は当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金（役員報酬を除く）の改善（定期昇給によるものを除く）を実績に含めることができるかとされているが、どの時点から40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の賃金の改善を行うことができるのか。

答 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げた月又は令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた月に降し可能となる。具体的には、以下の時点以降から40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の賃金の改善を行うことが考えられる。

- ① 令和6年度において、「賃金改善計画書」の「IV. 対象職員（全体）の基本給等に係る事項」に示す「(19)ベア等による賃金増率」で算出される値を2.5%以上として、当該計画書を地方厚生（支）局長に届け出た上で、算定を開始した月。
- ② 患者数等の変動等により当該評価料による収入が、「賃金改善計画書」において予定していた額を上回った場合において、ベースアップ評価料を算定した月まで遡及して、対象職員の基本給等を令和5年度と比較して令和6年度に2.5%以上引き上げ、令和7年度に4.5%以上引き上げた時点。

なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。

問2 「ベースアップ評価料」を算定する医療機関又は訪問看護ステーションに勤務する職員が、介護報酬における「介護職員等処遇改善加算」又は障害福祉サービス等報酬における「福祉・介護職員等処遇改善加算」を算定する介護サービス事業所等の従事者を兼務している場合であって、当該加算を原資とする賃金改善の対象となっている場合について、ベースアップ評価料における対象職員及び給与総額はどのように考えればよいか。

答 当該医療機関又は訪問看護ステーションにおける業務実態として、主として医療に従事しているものについて、対象職員として含めて差し支えない。ただし、対象職員ごとの給与

総額について、業務実態に応じて常勤換算方法等により按分して計算することを想定している。

また、「介護職員等処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等処遇改善加算」による賃上げ分については、外来・在宅ベースアップ評価料（II）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（II）の算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の計算にあたり、含めないものとする。

なお、当該「介護職員等処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等処遇改善加算」による賃上げ分については、ベースアップ評価料に係る「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」における賃金改善の見込み額及び実績額の記載において、ベースアップ評価料による算定金額以外の適切な欄に記載する。

なお、令和6年4月及び5月分の「介護職員等処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」、「介護職員等ベースアップ等加算」、「福祉・介護職員等処遇改善加算」、「福祉・介護職員等特定処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等ベースアップ等加算」についても、同様の取扱いとする。これに伴い、「疑義解釈資料（その3）」（令和6年4月26日）別添2の問6（【その3】ベースアップ評価料関係【問6】）は廃止する。

疑義解釈資料の送付（その5）

（令6.5.17）

医科診療報酬点数表関係

【特定感染症入院医療管理加算】

問1 A209特定感染症入院医療管理加算について、治療室の場合とは何を指しているのか。

答 A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又はA303総合産褥特定集中治療室管理料を算定する患者について、A209特定感染症入院医療管理加算を算定する場合を指す。

【バイオ後続品使用体制加算】

問2 A243-2バイオ後続品使用体制加算の施設基準において、当該保険医療機関において調剤した対象薬剤について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合に係る規定があるが、対象薬剤のバイオ後続品であるかどうかは、厚生労働省ホームページ「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」に示された後発医薬品に係る情報を参考にすることでよいか。

答 よい。ただし、新医薬品等の薬価基準への収載、薬価改定により情報が更新されるため、最新の情報を参照されるよう留意されたい。

（参考）薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報

【精神科地域包括ケア病棟入院料】

問3 「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添1の問121（p.1270「問1」）において、A315精神科地域包括ケア病棟入院料について、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が休日を含めて全ての日において常時1人以上配置されていることとされているが、「令和6年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正」（令和6年5月17日）による取扱い如何。

答 当該事務連絡のとおり、当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が1人以上配置されていること。ただし、休日の日勤時間帯にあっては当該保険医療機関内に作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が1人以上配置されており、必要に応じて当該病棟の入院患者に作業療法、相談支援又は心理支援等を提供で

きる体制を有していればよい。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添1の間121（p.1270「問1」）は廃止する。

【在宅時医学総合管理料，施設入居時等医学総合管理料】

問4 COO2在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む）の施設基準において、「当該保険医療機関において、直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等を除く）の割合が7割以下」とあるが、「患者等」にはどのような患者が含まれるか。

答 特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる患者のほか、以下の患者を指す。

・特掲診療料の施設基準等の別表第8の2に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者。

・C000往診料の注3、C001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注6又はC001-2在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注5に規定する在宅ターミナルケア加算を算定した患者（算定した月に限る）。

・C000往診料の注4又はC001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注7〔C001-2在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注6の規定により準用する場合を含む〕に規定する看取り加算を算定した患者（算定した月に限る）。

・C000往診料の注5又はC001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注8〔C001-2在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注6の規定により準用する場合を含む〕死亡診断加算を算定した患者（算定した月に限る）。

・令和6年3月に施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（令和7年3月31日までの間に限る）。ただし、「直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者等の割合」を令和7年3月31日までに7割以下とするための計画を立て、当該計画書を、在宅時医学総合管理料の注14に係る届出を行う時点及びその時点から令和7年3月まで3か月ごとに地方厚生（支）局長に届出を行う必要がある。

問5 問4において、「直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等を除く）の割合」を令和7年3月31日までに7割以下とするための計画書には、どのような事項を含めるのか。

答 以下の事項を含める。なお、様式等は問わない。

・届出月以降、令和7年3月31日までの各月の在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定回数の推移。

・施設入居時等医学総合管理料を算定した患者等の割合を減少させるための具体的な方法。

領収証及び明細書関係

【領収証】

問1 「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」に規定する別紙様式1及び別紙様式2の領収証について、医科点数表第14部「その他」及び歯科点数表第15部「その他」の新設により、「その他」の欄が追加されたが、レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修が必要などやむを得ない事情により、「その他」の欄の記載された領収証が発行できない場合について、どのように考えたらよいか。

答 当分の間、改正前の領収証に手書きで記載する又は別に「その他」の金額が記載された別紙を交付するなど、患者が医療費の内容が分かる形で運用している場合には、領収証を発行しているものとみなす。なお、場合であっても、早期

に別紙様式1又は別紙様式2の形式で領収証が発行できるようにすることが望ましい。

疑義解釈資料の送付（その7）

（令6.5.31）

医科診療報酬点数表関係

【診療録管理体制加算】

問1 A207診療録管理体制加算の施設基準において、「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること」とあるが、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の「システム運用編」において「非常時に備えた通常時からの対応」の例として挙げられている「論理的／物理的なネットワークの構成分割」は、ここでいう「ネットワークから」の「切り離し」に該当すると考えてよいか。

答 よい。なお、ネットワーク全般の安全管理措置については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の「システム運用編」の「13. ネットワークに関する安全管理措置」を参照のこと。

問2 A207診療録管理体制加算の施設基準において、「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること」とあるが、追記不能設定がなされた領域を有するバックアップ用機器又はクラウドサービスを利用し、当該領域にバックアップを保管している場合について、「ネットワークから切り離れたオフラインで保管している」ものとみなしてよいか。

答 当該機器又はクラウドサービスを用いたバックアップの特性も踏まえ、非常時にデータ復旧が可能な状態にある場合には、差し支えない。なお、その場合、非常時におけるデータ復旧の手段や手順等について、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているか、十分に確認されたい。

【小児緩和ケア診療加算】

問3 A226-4小児緩和ケア診療加算の施設基準において「がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること」とあるが、これはA226-2緩和ケア診療加算の施設基準における「がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること」と同じ病院を指すものと考えてよいか。

答 そのとおり。

問4 A226-4小児緩和ケア診療加算の施設基準における緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師に係る「緩和ケア病棟等における研修」には、どのようなものがあるのか。

答 現時点では、以下の研修が該当する。

① 日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程

② 日本看護協会の認定看護師教育課程の「緩和ケア*」、「がん薬物療法看護*」、「乳がん看護*」又は「がん放射線療法看護*」
※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

【薬剤業務向上加算】

問5 A244病棟薬剤業務実施加算の注2に規定する薬剤業務向上加算の施設基準について、「現に出向を実施していること」が要件とされているが、出向先ではどのような勤務形態でもよいか。

答 出向先における勤務形態は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう）の職員として継続的に勤務している必要がある。

【特定集中治療室遠隔支援加算】

問6 A301 特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の被支援側医療機関の施設基準において、「支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること」とあるが、この研修は具体的にどのようなものを指すのか。

- 答 概ね3か月に1回以上、例えば以下の内容を含む研修又はカンファレンスを施している。また、当該研修等は、ビデオ通話が可能 な機器を用いて実施しても差し支えない。
- ・遠隔支援が行われた又は遠隔支援を行うことが適当と考えられた重症患者の症例についての検討
 - ・当該施設間の遠隔支援に係る組織体制、運用マニュアル等について（マニュアル等の改正の検討を含む）
 - ・重症患者の治療に関する最新の知見について

【地域包括医療病棟入院料】

問7 令和6年度診療報酬改定において新設されたA304 地域包括医療病棟入院料について、地域包括医療病棟の施設基準を届け出たが、救急搬送の受け入れ等、地域で連携していく中で、一時的に平均在院日数等の実績を満たすことが難しい場合、どのようにしたらよいか。

- 答 地域で連携していく中で、一時的に想定される診療が難しい期間がある場合、令和8年5月末までの間、以下の要件については3か月を上限とし、当該期間を実績の対象期間から除いて差し支えないものとする。
- ・重症度、医療・看護必要度に係る要件
 - ・直近3月の間に新たに当該病棟に入棟した患者に占める、当該病棟に入棟した日に介助を特に実施している患者の割合が5割以上である。
 - ・当該病棟に入院する患者の平均在院日数が21日以内である。
 - ・当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上である。
 - ・当該病棟における、直近3か月の入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5分未満である。
 - ・当該病棟において、直近3か月の入院患者に占める、救急搬送後の患者の割合が1割5分以上である。
 - ・直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く）のうち、退院又は転棟時におけるADL〔基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう〕が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満である。その際、一定期間の実績を考える際に、以下の①又は②のいずれかを用い、3か月を上限に、一時的に想定される診療が難しい期間を除いても差し支えないものとする。

- ① 一時的に想定される診療が難しい期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする。

例：ある年の8月に想定される診療が難しかった保険医療機関における、当該年10月時点での「直近6ヶ月の実績」を求める対象とする期間

当該年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
			●	○	○	○	○	★	○

- ：通常の取扱いのとおり、実績を求める対象とする月
 ★：実績を求める対象としない月
 ●：臨時的な取扱いとして実績期間から控除した月（★）の代用として、実績を求める対象とする月
- ② 一時的に想定される診療が難しい期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から該当する期間を除いた期間の平均値を用いる。

例：ある年の8月に想定される診療が難しかった保険医療機関に

おける、当該年10月時点での「直近6ヶ月の実績」を求める対象とする期間

当該年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
				○	○	○	○	■	○

- ：通常の取扱いのとおり、実績を求める対象とする月
 ■：○の平均値を代用する月

問8 (略。後掲「問15」と同じ)

【入院時食事療養費及び入院時生活療養費】

問9 A307 小児入院医療管理料について、「小児入院医療管理料を算定する場合であって、患者の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮する」とされたが、患者の家族等の希望に応じ、患者に提供される食事と同一の給食施設で調理された食事を提供する場合、「入院時食事療養費及び入院時生活療養費の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱い」（令和6年保医発0305第13号）の別添「入院時食事療養費及び入院時生活療養費の食事の提供たる療養に係る施設基準等」における職員に提供される食事の取扱いと同様に、帳簿類、出納及び献立盛り付けなどは明確に区別する必要があるか。

答 患者の家族等に提供される食事の食数が少ない場合（患者に提供される1日当たりの食数の概ね1割未満）は、食数を明確に把握した上で、入院時食事療養費及び入院時生活療養費とは区別して費用を徴収していれば、食品納入・消費・在庫等に関する諸帳簿類や献立盛り付けは、区別しなくても差し支えない。

【プログラム医療機器等指導管理料】

問10 B005-14 プログラム医療機器等指導管理料に関する施設基準のうち高血圧症治療補助アプリを用いる場合及び特定保険医療材料の機能区分「227 高血圧症治療補助アプリ」の算定留意事項に『B001-3 生活習慣病管理料（I）の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者（入院中の患者を除く）』とあるが、当該患者には、令和6年度診療報酬改定前のB001-3 生活習慣病管理料の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者（入院中の患者を除く）が含まれると考えてよいか。

答 そのとおり。

【在宅データ提出加算】

問11 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準において、各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える場合は、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこととされているが、この「届出」の取扱い如何。

答 様式7の11を用いて、地方厚生（支）局長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。

また、様式7の11を提出するにあたっては、事前に、様式7の10の届出を行ったうえで、試行データを外来医療等調査事務局に提出し、データ提出の実績が認められる必要がある。

なお、令和6年3月31日時点で在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている医療機関においては、令和7年5月31日までの間に限り基準を満たしているものとされていることから、令和7年6月2日までに様式7の11の届出を行う。令和7年6月2日までに様式7の11の届出を行おうとする場合、遅くとも令和7年2月20日までに様式7の10を届出する必要があるため、留意する。

【在宅医療DX情報活用加算】

問12 在宅医療DX情報活用加算の施設基準において、「居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること」とあるが、具体的にどのような体制を有してい

ればよいか。

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

問 13 在宅医療 DX 情報活用加算の施設基準において、「医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること」とされており、A～ウの事項が示されているが、A～ウの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。

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

○オンライン資格確認に関する周知素材について

↓施設内での掲示ポスター

これらのポスターは「在宅医療 DX 情報活用加算」、「在宅医療 DX 情報活用加算（歯科）」及び「訪問看護医療 DX 情報活用加算」の掲示に関する施設基準を満たします。

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

問 14 在宅医療 DX 情報活用加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、医療 DX を通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療 DX を通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。

答 当該保険医療機関又は患者において「マイナ保険証をお出ください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示（問 13 に示す掲示の例を含む）を行う必要があり、「保険証をお出ください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない。また、訪問診療等を行う際に、問 13 に示す掲示内容を含む書面を持参して利用者等に提示するといった対応がとられていることが望ましい。

問 15 居宅同意取得型のオンライン資格確認等において、マイナンバーカードを読み取れない場合や利用者が 4 桁の暗証番号を忘れた場合はどのように対応すればよいか。

答 医療機関等向け総合ポータルサイトのオンライン資格確認・オンライン請求ページに掲載されている訪問診療等に関するよくある質問（FAQ）を参照し対応されたい。

【児童思春期支援指導加算】

問 16 I002 通院・在宅精神療法の「注 10」児童思春期支援指導加算の施設基準における「初診を実施した 20 歳未満の患者の数」は、どのように考えればよいか。

答 初診を実施した 20 歳未満の患者の数とは、A000 初診料の算定の有無に関わらず、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた 20 歳未満の患者の数を指す。

問 17 I002 通院・在宅精神療法の「注 10」児童思春期支援指導加算の施設基準において、「当該保険医療機関が過去 6 か月間に初診を実施した 20 歳未満の患者の数が、月平均 8 人以上であること」とあるが、既に当該加算の算定を開始している医療機関において、過去 6 か月間に初診を実施した 20 歳未満の患者の数が月平均 8 人未満となった場合の取扱如何。

答 令和 8 年 5 月 31 日までの間に限り、過去 1 年以内の連続する 6 月において、初診を実施した 20 歳未満の患者の数が月平均 8 人以上であれば、当該基準を満たすものとする。

【人工腎臓】

問 18 J038 人工腎臓の「注 2」導入期加算 2 及び 3 の施設基準において、腎代替療法を導入するに当たって、「心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること」とされているが、例えば心臓弁膜症の患者に対しては具体的にどのような説明を行う必要があるのか。

答 例えば、日本透析医学会、日本胸部外科学会等による説明文書においては、透析患者の心臓弁膜症に対する治療としては、自己心臓を用いた弁形成術や経カテーテルの大動脈弁植込術が例示されているため、日本透析医学会ホームページにて公開されている説明文書を参考とする。

問 19 J038 人工腎臓の「注 2」導入期加算 2 及び 3 の施設基準において、腎代替療法を導入するに当たって、「心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること」とされているが、必ず医師が説明を行う必要があるのか。

答 腎代替療法指導士が、医師の指示のもと、パンフレット等を用いて説明することは可能。ただし、腎代替療法指導士が当該説明を行った場合は、説明時の状況等を当該医療機関内で共有し、必要に応じて主治医が患者に説明する。

【早期診療体制充実加算】

問 20 I002 通院・在宅精神療法の「注 11」早期診療体制充実加算児童思春期支援指導加算の施設基準に「当該保険医療機関が過去 6 か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」の口若しくはハの(1)又は「2」の口若しくはハの(1)若しくは(2)の算定回数の合計の割合が 5% 以上であること」とあるが、計算の分母に、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケアの算定回数は含まれるのか。

答 含まれない。

【人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）】

問 21 K082-7 人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）について、「術中に光学的に計測した術野及び手術器具の位置関係をリアルタイムに表示し、寛骨臼及び大腿骨の切削を支援する手術支援装置」は何が含まれるか。

答 「特定診療報酬算定医療機器の定義等」（令和 6 年保医発 0305 第 11 号）に掲げる定義に適合する医療機器が該当する。

問 22 K082-7 人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）に関する施設基準において、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていることは具体的には何を指すのか。

答 現時点では、日本整形外科学会のデータベースである Japanese Orthopaedic Association National Registry に症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っている場合を指す。

【病変検出支援プログラム加算】

問 23 K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「注 3」に規定する病変検出支援プログラム加算について、大腸内視鏡画像から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器を用いた場合であっても、病変検出支援機能を使用せず大腸内視鏡検査を実施し、ポリープを切除した場合においては、当該加算は算定できないと考えてよいか。

答 そのとおり。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係【ベースアップ評価料】

問 1 ベースアップ評価料について、患者等に対して説明する場合は、どのような対応をすればよいか。

答 厚生労働省のホームページに掲載しているリーフレット等

を活用し、適切な対応をお願いしたい。

医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【胚凍結保存管理料】

問1 「1 胚凍結保存管理料（導入時）」については、胚の凍結とその後1年間の凍結保存及び必要な医学管理に要する費用を評価するものであり、胚の凍結を開始した日から1年を経過した後に、継続して胚凍結保存を実施する場合には、「2 胚凍結保存維持管理料」を算定するという理解でよいか。

答 よい。なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その1）」（令和4年3月31日）別添2の間63（p.838【問3】）は廃止する。

問2 「2 胚凍結保存維持管理料」について「1年に1回に限り算定する」とこととされているが、具体的には、胚の凍結を開始した日から起算して1年を経過するごとに算定可能となるという理解でよいか。

答 よい。なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その1）」（令和4年3月31日）別添2の間62（p.838【問2】）は廃止する。

問3 「2 胚凍結保存維持管理料」について、患者及びそのパートナーが不妊治療を引き続き実施する意向を確認しており、かつ胚の凍結を継続する場合において、胚の凍結を開始した日から1年を経過した場合に算定が可能となるが、例えば令和6年6月で胚の凍結を開始した日から1年を経過する患者について、令和6年8月に治療のために来院した場合に、令和6年6月から令和6年7月までの期間について、胚の凍結に係る費用を自費で徴収可能か。

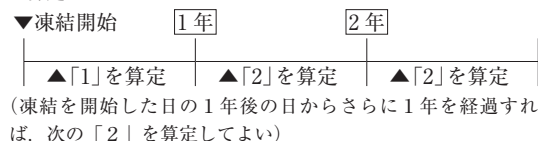
答 不可。なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添3の間9（p.839【問10】）は廃止する。

問4 問3について、令和6年8月に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合、2回目の「2 胚凍結保存維持管理料」を算定可能となる時期について、どのように考えればよいか。

答 この場合、胚の凍結を開始した日から2年を経過した令和7年6月以降であれば「2 胚凍結保存維持管理料」を算定できる。ただし、「2 胚凍結保存維持管理料」の凍結期間の起算点となる日付（胚の凍結を開始した日）について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添3の間10（p.839【問11】）は廃止する。

※算定イメージ



問5 問4について、例えば当該患者が胚の凍結を開始した日から1年経過後に治療に来院せず、2年経過後の令和7年6月に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合であって、令和7年7月にも治療に来院した場合、2回目の「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することができるか。

答 算定不可。この場合、1年経過後から、2年経過後までの間については、「妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合」に該当すると考えられ、その分の費用については患家の負担として差し支えない。なお、治療中断の際の取扱いについては、「疑義解釈資料（その1）」（令和4年3月31日）問75（p.840【問4】）も参考にされたい。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添3の間11（p.839【問12】）は廃止する。

【精子凍結保存管理料】

問6 胚凍結保存管理料に係る問1から問5までの取扱いは、精子凍結保存管理料における算定期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、「凍結保存」又は「胚凍結保存」とあるのは、「精子凍結保存」と読み替え、「胚凍結保存管理料」とあるのは、「精子凍結保存管理料」と読み替え、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」とあるのは、「1 精子凍結保存管理料（導入時）」と読み替え、「2 胚凍結保存維持管理料」とあるのは、「2 精子凍結保存維持管理料」と読み替えるものとする。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添3の間27（p.842【問7】）は廃止する。

疑義解釈資料の送付（その8）

（令6.6.18）

医科診療報酬点数表関係

【経過措置】

問1 「入院基本料等の施設基準等」において、「意思決定支援の基準」及び「身体拘束最小化の基準」については、令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和7年5月31日までの間に限り当該基準を満たしているものとされているが、令和7年5月31日までの間に、入院基本料又は特定入院料の施設基準を変更した場合の当該経過措置の取扱い如何。

答 令和6年3月31日において、入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床について、令和7年5月31日までの間に当該施設基準の変更の届出を行った場合も、令和7年5月31日までの間に限り「意思決定支援の基準」及び「身体拘束最小化の基準」を満たしているものとする。

【診療録管理体制加算】

問2 A207 診療録管理体制加算の施設基準において、「ネットワークから切り離れたオフラインで保管していることについては、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているか確認し、当該契約書等の記載部分についても届出の添付資料とすること」とあるが、オフラインでのバックアップの保管にあたり、事業者との契約を行っていない場合について、どのように考えればよいか。

答 厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の「企画管理編」、[15. 技術的な安全管理対策の管理]に基づいて作成された院内の運用管理規程を添付資料とする。なお、当該規程には、オフラインでの保管を行うにあたっての具体的な運用方法（追記不能設定がなされたバックアップ用機器又はクラウドサービスを利用する場合にあっては、当該機器又はサービスの機能の詳細や非常時の復旧方法）に関する記載が含まれている。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問1 「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添2の間6（p.1462）において、「届出時点において『賃金改善計画書』の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる」とあるが、「条例の改正が必要であること等やむを得ない理由」に労使交渉を行っているものの、やむを得ず妥結していない場合も含まれるか。

答 含まれるが、届出時点において「賃金改善計画書」の提出が必要。ただし、「疑義解釈資料（その2）」（令和6年4月12日）別添2の間5（p.1463【問16】）のとおり、労使交渉妥結後に修正した場合は、「賃金改善計画書」含む届出様式一式を速やかに再度地方厚生（支）局長に届け出る。

問2 「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添2の問6（p.1462）において、「原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい」とあるが、令和6年7月以降に届出を行った場合も令和6年4月以降の賃金改善分について、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよいか。

答 令和6年6月から令和7年3月までに算定を開始した場合、令和6年4月以降の賃金改善分について、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。

疑義解釈資料の送付（その9）

（令6.6.20）

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係【ベースアップ評価料】

問1 「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添2の問1（p.1461）において、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いて差し支

ない旨があるが、当該評価料による収入が人事院勧告に伴う引き上げ水準を上回る場合であっても、人事院勧告のベース水準を理由として当該評価料の算定を見送るのではなく、当該評価料を算定した上でその収入による賃上げを実施することは可能か。

答 自治体病院の職員の給与については、関係法令に定める均衡の原則等の給与決定原則に基づき、人事委員会勧告等を踏まえ、各地方公共団体において適切に対応することとなる。

医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【一般不妊治療管理料】

問1 B001の「32」一般不妊治療管理料、B001の「33」生殖補助医療管理料、及びK838-2精巣内精子採取術の施設基準における「国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること」とは、具体的には何を指すのか。

答 現時点では、令和6年6月19日にこども家庭庁成育局母子保健課より発出された事務連絡「不妊症に係る医療機関の情報提供に関する協力依頼について」が示す事業に協力することを指す。なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その52）」（令和5年6月28日）別添の問1（p.1312右段13～20行目「問2」）は廃止する。

2. 「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」等の一部改正

（2024年4月30日、保医発0430第1号）

■ p.460 右段下から29～22行目、下線部訂正・追加

→悪性腫瘍組織検査

(4) 「1」の「ロ」処理が複雑なものとは、（中略）

ウ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査、RET融合遺伝子検査

エ（略）

オ 甲状腺癌におけるRET融合遺伝子検査、BRAF遺伝子検査

カ～ク（略）

ケ 乳癌におけるAKT1遺伝子変異検査、PIK3CA遺伝子変

異検査、PTEN遺伝子変異検査

■ p.469 左段1～4行目、下線部訂正・追加

→がんゲノムプロファイリング検査

(6) 「注2」に係る規定は、（中略）

キ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査、RET融合遺伝子検査

ク・ケ（略）

コ 乳癌におけるAKT1遺伝子変異検査、PIK3CA遺伝子変異検査、PTEN遺伝子変異検査

3. 検査料の点数の取扱い（2024年4月30日、5月31日、6月28日）

保医発0430第3号（4月30日）

■ p.882 右段13～18行目、下線部訂正・追加

→PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

(1) PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、（後略）

(2) CLDN18タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、治癒切除不能な進行・再発の胃癌患者を対象として、抗CLDN18.2モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

保医発0531第2号（5月31日）

■ p.502 左段下から4行目、下線部訂正

→「13」の百日咳菌核酸検出

「13」の百日咳菌核酸検出は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす患者に対して、LAMP法又はPCR法により測定した場合に算定できる。

保医発0628第2号（6月28日）

■ p.495 左段13～22行目、下線部訂正

→「30」の抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、抗β₂グリオプロテインI IgG抗体、抗β₂グリオプロテインI IgM抗体

ア「30」の抗カルジオリピンIgM抗体は、（中略）ELISA法、CLIA法又はFIA法により実施した場合（後略）

イ「30」の抗β₂グリオプロテインI IgG抗体は、（中略）、CLEIA法、CLIA法又はFIA法により実施した場合（後略）

ウ「30」の抗β₂グリオプロテインI IgM抗体は、（中略）、CLEIA法、CLIA法又はFIA法により実施した場合（後略）

4. 厚生労働省の訂正事務連絡（2024年5月1日、17日、30日、7月11日）

事務連絡（5月1日）

■ p.52 左段下から8行目、下線部訂正

→地域包括診療加算

エ 患者又はその家族からの求めに応じ、（中略）その際、文書の交付については電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーを入力し、（後略）

■ p.286 右段下から 18 行目, 下線部訂正

→地域包括診療料

(4) 患者又はその家族からの求めに応じ、(中略)その際、文書の交付については電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーを入力し、(後略)

■ p.373 右段 4 行目の次に挿入

→在宅時医学総合管理料, 施設入居時等医学総合管理料

(3) 施設入居時等医学総合管理料は、(中略)
ア 次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者(イ)～(ハ) (略)

(ト) 指定障害者支援施設(生活介護を行う施設に限る)

■ p.467 左段下から 26 行目, 下線部訂正

→骨髄微小残存病変量測定

(3) 「2」のモニタリングに用いるものについては、「1」の遺伝子再構成の同定に用いるものを行った患者に対して、(後略)

■ p.504 右段 24 行目, 下線部訂正

→「22」のウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの)

イ 本検査は、以下のいずれかに該当する場合に算定できる。
(イ) A300 救命救急入院料, A301 特定集中治療室管理料、(中略) A302 新生児特定集中治療室管理料, A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は A303 総合産産期特定集中治療室管理料の「2」(後略)

■ p.658 左段 17～18 行目, 下線部訂正

→通院・在宅精神療法

(8) 通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、(中略)また、5分を超えて10分未満の診療を行った場合は、「5分を超え10分未満」と記載する。

■ p.686 右段下から 25～23 行目, 下線部訂正

→精神科在宅患者支援管理料

(2) 「1」のイ及び「2」のイについては、(中略)、『「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について』(平成18年老発第0403003号)(基本診療料施設基準通知の別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当する。(後略)

■ p.730 左段 7 行目の次に挿入

→酸素及び窒素の価格

(16) (5)、(7)及び(ハ)に掲げる対価については、平成30年1月1日から令和元年9月30日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に108分の110を乗じて得た額の1円未満の端数を四捨五入した額とする。

■ p.817 右段最下行, 取消線削除

→内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

(8) 「注3」に規定する病変検出支援プログラム加算については、(中略)本加算の算定に当たっては、手術の概要を診療録の摘要欄に記載し、(後略)

■ p.853 右段下から 8 行目, 下線部訂正

→切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算

(2) 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算の算定対象となる患者は、(中略) A302 新生児特定集中治療室管理料, A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は A303 総合産産期特定集中治療室管理料を算定する患者であって、(後略)

■ p.895 右段 27 行目, 下線部訂正

4 その他の診療料

又 第2章特掲診療料第14部その他に掲げる診療料(外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び外来・在宅ベースアップ評価料(II)(いずれも再診時に限る)を除く)

■ p.1042 左段下から 10 行目, 下線部訂正

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合には、保険医療機関の開

設者は遅滞なく変更の届出等を行う。

■ p.1093 左段下から 3 行目, 下線部訂正

16の2 障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準
イ 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、(中略)なお、研修内容については、11の2の(1)のイの例による。

■ p.1098 「別紙7」中, 下線部訂正

別紙7

一般病棟用の重症度, 医療・看護必要度 I に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 (以下略)	なし

(編注:p.1098「一般病棟用の重症度, 医療・看護必要度 II に係る評価票」も同じ修正)

■ p.1104 「別紙8」中, p.1108～p.1111, p.1118～p.1119, 緑アミ部分追加・下線部訂正・取消線削除

別紙8 医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き(抄)

II 算定期間に限りがない区分

31. 欠番

(4) 処置等に係る医療区分2(別表第5の3)

32. 中心静脈栄養(広汎性腹膜炎, 腸閉塞, 難治性嘔吐, 難治性下痢, 活動性の消化管出血, 炎症性腸疾患, 短腸症候群, 消化管瘻又は急性脾炎を有する患者以外を対象として, 中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る)

33. 人工腎臓, 持続緩徐式血液濾過, 腹膜灌流又は血漿交換療法
34. 肺炎に対する治療
35. 褥瘡に対する治療(DSIGN-R2020分類d2以上の場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る)

36. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療

37. うつ症状に対する治療

38. 1日8回以上の喀痰吸引

39. 気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態を除く)

40. 創傷(手術創や感染創を含む), 皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎, 膿等の感染症に対する治療

41. 酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く)

別紙8の2 医療区分・ADL区分等に係る評価票(療養病棟入院基本料)(抄)

別紙8の3 医療区分・ADL区分等に係る評価票(有床診療所療養病床入院基本料)(抄)(編注:[32]は別紙8の2のみにあり, 別紙8の3では欠番となる)

13	86に該当, かつ, 1～41(13及び31を除く)に1項目以上該当する場合
31	86に該当, かつ, 1～41(13を除く)に該当しない場合

32. 中心静脈栄養(広汎性腹膜炎, 腸閉塞, 難治性嘔吐, 難治性下痢, 活動性の消化管出血, 炎症性腸疾患, 短腸症候群, 消化管瘻又は急性脾炎を有する患者以外を対象として, 中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る)

33. 人工腎臓, 持続緩徐式血液濾過, 腹膜灌流又は血漿交換療法

34. 肺炎に対する治療

35. 褥瘡に対する治療(DSIGN-R2020分類d2以上の場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る)

36. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療

37	うつ症状に対する治療
38	1日8回以上の喀痰吸引
39	気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態を除く）
40	創傷（手術創や感染創を含む）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療
41	酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）
44	86に該当、かつ、1～40（13を除く）に該当しない場合

■ p.1175 右段1～2行目、下線部訂正

→褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

- (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、(中略)オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下である。

■ p.1181 左段9行目、24行目、下線部訂正

→病棟薬剤業務実施加算1の施設基準

- (2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟【A106 障害者施設等入院基本料、A304 地域包括医療病棟入院料又はA307 小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る）を算定する病棟を除く】に配置されている。(後略)
- (3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟【A106 障害者施設等入院基本料、A304 地域包括医療病棟入院料又はA307 小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る）を算定する病棟を除く】があってはならない。

■ p.1197 左段10～11行目、下線部訂正

10 救命救急入院料の「注8」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

- (5) (1)のイに掲げる専任の常勤看護師は、第2の1の(2)の看護師が兼ねることは差し支えない。(後略)

■ p.1202 右段下から25～24行目、取消線削除

9 特定集中治療室管理料の「注4」に規定する早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

- (5) (1)のイに掲げる専任の常勤看護師は、特定集中治療室管理料1及び2を届け出る治療室に配置される1の(2)の看護師が兼ねることは差し支えない。(後略)

■ p.1210 右段24～25行目、下線部訂正

3 ハイケアユニット入院医療管理料の「注3」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

- (5) (1)のイに掲げる専任の常勤看護師は、第2の1の(2)の看護師が兼ねることは差し支えない。(後略)

■ p.1217 左段10～11行目、下線部訂正

2 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の「注3」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

- (5) (1)のイに掲げる専任の常勤看護師は、第2の1の(2)の看護師が兼ねることは差し支えない。(後略)

■ p.1219 左段7～8行目、下線部訂正

3 小児特定集中治療室管理料の「注3」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

- (5) (1)のイに掲げる専任の常勤看護師は、第2の1の(2)の看護師が兼ねることは差し支えない。(後略)

■ p.1227 左段33行目、下線部訂正

6 地域包括医療病棟入院料の「注8」に掲げる看護補助体制充実加算の施設基準

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- イ 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、(中略)なお、研修内容については、別添2の第2の11の2の(1)のイの例による。

■ p.1232 左段最下行、下線部訂正

6 小児入院医療管理料の「注7」に規定する、養育支援体制加算の施設基準

(2) 養育支援チームの行う業務に関する事項

- オ 養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施する。(中略)なお、当該研修は、第16の3の2(2)のオに規定する(後略)

■ p.1252 左段15行目、下線部訂正

11の2 地域包括ケア病棟入院料の「注5」に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- イ 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、(中略)なお、研修内容については、別添2の第2の11の2の(1)のイの例による。

■ p.1252 左段下から21～20行目、右段18行目下線部訂正

12 地域包括ケア病棟入院料の「注8」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準

- (2) 認知症等の患者の割合は、(中略)認知症及びせん妄状態に関する項目（「13. 診療・療養上の指示が通じる」又は「14. 危険行動」）に該当する患者の割合が、3割以上である。(後略)

【届出に関する事項】地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、(中略)

「注3」、「注4」、「注5」及び「注8」に規定する看護職員配置加算、(後略)

■ p.1274 右段下から33行目の次に挿入

1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

20 令和6年5月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(15)から(17)までの規定について、それぞれ以下のとおりとする。

- ア (15)の「算定開始」及び「地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間」については、それぞれ「令和6年6月」及び「令和6年6月以降に地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間」と読み替えるものとする。

- イ (16)の「算定開始」、「算定開始月の翌年以降の同じ月」、「届出前月末日」及び「当該病棟の算定年数」については、それぞれ「令和6年6月」、「令和7年6月以降の毎年6月」、「令和6年5月31日」及び「令和6年6月以降の当該病棟の算定年数」と読み替えるものとする。

- ウ (17)の「届出前月末日」及び「当該病棟の算定月数」については、それぞれ「令和6年5月31日」及び「令和6年6月以降の当該病棟の算定月数」と読み替えるものとする。

■ p.1310 左段下から11行目、下線部訂正

2 糖尿病透析予防指導管理料の「注5」に関する施設基準 (内容略)

■ p.1340 左段21行目、下線部訂正

→往診料に規定する患者

以下のいずれかに該当する者であって、当該患者又はその家族等の患者の看護等に当たる者が、(後略)

■ p.1379 右段10行目、下線部訂正

《第41 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)》

→1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

- (3) 第40の2の1の(3)及び(4)を満たしている。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(内法による測定で8㎡以上)1室以上を別に有していることとし、

言語聴覚療法のみを行う場合は、当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。

■ p.1390 右段 19 行目, 下線部訂正

4 通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算の施設基準

(3) 診療所にあつては、(中略)当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数で除した数が60以上である。

■ p.1415 右段 3 行目, 取消線削除

→気管支バルブ留置術に関する施設基準

【届出に関する事項】気管支バルブ留置術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の58を用いる。

■ p.1458 右段下から9～4行目, 取消線削除・下線部訂正

→外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準

【届出に関する事項】

(2) 1の(6)の「賃金改善計画書」を、別添2の様式95又は様式98の2により新規届出時及び毎年4月に作成し、(後略)

(3) 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式98により作成し、(後略)

■ p.1459 右段 11 行目, 下線部訂正

→外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

(5) (4)について、算出を行う月、(中略)

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表7の対象となる12か月の「対象職員の給与総額」並びに別表7の対象となる3か月の「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、(後略)

■ p.1460 右段下から 24 行目, 下線部訂正

→入院ベースアップ評価料の施設基準

(5) (4)について、算出を行う月、(中略)

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表7の対象となる12か月の「対象職員の給与総額」並びに別表7の対象となる3か月の「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、(後略)

■ p.1488 右段 2 行目, 下線部追加

第4 経過措置等

表1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

胸腔鏡下弁置換術(内視鏡手術支援機器を用いる場合)

経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)

胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術(後略)

■ p.1489 左段下から 15 行目, 取消線削除

表3 施設基準の改正された特掲診療料(届出が必要でないもの)

縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)(後略)

■ p.1508 右欄 18 行目, 下線部訂正

3 短期入所療養介護〔介護老人保健施設又は介護医療院の療養室(以下「療養室」という)において行われるものを除く〕又は介護予防短期入所療養介護(療養室において行われるものを除く)を受けている患者	次に掲げる療養 1 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ～チ(略) リ 別表第1第2章第10部から第12部までに規定する点数
--	--

■ p.1638, 「A205の1 救急医療管理加算1」, 下線部の枠を「820101048」の枠の下に挿入

A205の1	救急医療管理加算1	以下の内容について、記載する。 ア「基本診療料の施設基準等」の別表7の3(以下この項において「別表」という)別表の1から12までのうち該当する状態(以下略)	842100116	呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1)であつて、酸素投与後の場合におけるFiO2の値(%)
--------	-----------	---	-----------	---

■ p.1523「別紙1」中、「0100 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」と「0101 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」の列の、「2. 入院中の患者」「短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く)を受けている患者」の欄を訂正
「一」→「x」

■ p.1525「別紙2」中、「医学管理等」の「通則の3 外来感染対策向上加算」の列の下に挿入

通則第3号ただし書 発熱患者等対応加算	○
---------------------	---

■ p.1570 左段 22 行目～, 下線部訂正・緑アミ部分追加

→27 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であつて、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものに関する事項

(2) 当該プログラム医療機器の使用にあたり、(中略)当該条件を遵守する必要がある。保険薬局にあつては、要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づきプログラム医療機器を支給するものである。

(3) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。保険医療機関においては、当該プログラム医療機器の(後略)

(4)～(5) (略)

6 処方箋を交付する場合であっても、(5)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該プログラム医療機器の支給が可能であるか事前に確認する。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

(7) 保険医療機関又は保険薬局が、(後略)

(8) 患者からプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用徴収を行った保険医療機関又は保険薬局は、(後略)

(9) 本制度に基づき、(後略)

■ p.1570 右段 18 行目～, 下線部訂正・緑アミ部分追加

→28 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用(算定告示に掲げる療養としての使用を除く)に関する事項

(2) 本制度による間歇スキャン式持続血糖測定器の使用は、(中略)を満たす保険医療機関において行われるもの又は要件を満たす保険医療機関の医師若しくは歯科医師から交付された処方箋に基づき間歇スキャン式持続血糖測定器を支給する保険薬局において行われるものに限られる。

(3)～(5) (略)

6 処方箋を交付する場合であっても、(5)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該間歇スキャン式持続血糖測定器の支給が可能であるか事前に確認する。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

(7) 保険医療機関又は保険薬局が、(後略)

(8) 患者から間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用徴収を行った保険医療機関又は保険薬局は、(後略)

(9) 本制度に基づき、(後略)

■ p.1640, 「A205 の 2 救急医療管理加算 2」, 下線部の枠を「820101054」の枠の下に挿入

A205 の 2	救急医療管理加算 2	以下の内容について、記載する。 ア 別表の 1 から 12 までに準ずる状態又は 13 の状態として該当するもの (以下略)	842100117	呼吸不全で重篤な状態 (救急医療管理加算 2) であって、酸素投与後の場合における FiO ₂ の値 (%)
----------	------------	---	-----------	---

■ p.1641, 「A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算」の右欄中, p.1642, 「A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算」の右欄中, 以下のとおり訂正

特定感染症入院医療管理加算 → 特定感染症患者療養環境特別加算

■ p.1660, 4 枠目「在宅療養指導管理料」を削除

G	在宅療養指導管理料	(退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合) 算定理由を記載する。	830100818	退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外で算定する理由 (在宅療養指導管理料); *****
---	-----------	--	-----------	--

■ p.1682, 下から 6 枠目「I002 通院・在宅精神療法」, 「852100008」の列を下線部に訂正

I002	通院・在宅精神療法	診療に要した時間に応じて、選択して記載する。 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。	820101309	5 分を超え 10 分未満 (通院・在宅精神療法)
			820101310	10 分以上 20 分未満 (通院・在宅精神療法)
			820101311	20 分以上 30 分未満 (通院・在宅精神療法)
			820101312	30 分以上 40 分未満 (通院・在宅精神療法)
			820101313	40 分以上 50 分未満 (通院・在宅精神療法)
			820101314	50 分以上 60 分未満 (通院・在宅精神療法)
			820101315	30 分超 (通院・在宅精神療法)
820101316	60 分超 (通院・在宅精神療法)			

■ p.1685, 下から 1 枠目「J003-4 多血小板血漿処置」, 下線部訂正

J003-4	多血小板血漿処置	(創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と多血小板血漿処置のそれぞれの対象部位を記載する。	830100860	併算定した処置の部位 (多血小板血漿処置); *****
			830100861	対象部位 (多血小板血漿処置); *****

■ p.1692, 下から 9 枠目「K695 肝切除術」, 下線部訂正

K695	肺切除術	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載する。	830100921	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由 (肝切除術); *****
------	------	-----------------------------------	-----------	---

事務連絡 (5月17日)

■ p.169 右段 24 ~ 下から 23 行目, 下線部訂正

→ 特定入院料の「一般的事項」

(1) 特定入院料 (中略)

ただし、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、小児新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、(中略)、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料 (新生児集中治療室管理料を算定するものに限る)、(中略)、新生児特定集中治療室、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理を行う治療室、総合周産期特定集中治療室 (中略) を算定する治療室へ入院させた場合には、これを算定できるものとする。

■ p.176 左段下から 12 行目, 下線部訂正

→ 救命救急入院料

(8) 「注 5」に規定する急性薬毒物中毒加算 2 については、急性薬毒物中毒患者の原因物質等について、(6) の機器分析以外の検査を当該保険医療機関において行い、(後略)

■ p.199 右段下から 16 行目 ~ p.201 左段下から 13 行目, 下線部訂正

→ 回復期リハビリテーション病棟入院料

(12) 「注 3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。

ア 基本診療料の施設基準等別表第 9 の 3 に規定する (後略)

① 前月までの 6 か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室から退棟又は退室した患者数 (後略)

② 直近 6 か月間の回復期リハビリテーションを要する状態の患者 (在棟中又は在室中に死亡した患者、入棟日又は入

室日においてウの①から④までのいずれかに該当した患者及びエの規定によりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者を含む) に対する 1 日当たりのリハビリテーション提供単位数の平均値

イ 基本診療料の施設基準等別表第 9 の 3 に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの 6 か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室から退棟又は退室した患者 (中略) について、以下の①の総和を②の総和で除したもの (中略) を各年度 4 月、7 月、10 月及び 1 月において算出し、リハビリテーション実績指数が 2 回連続して 27 を下回った場合をいう。

① 退棟時又は退室時の FIM 運動項目の得点から、入棟時又は入室時の FIM 運動項目の得点を控除したものを、

② 各患者の入棟又は入室から退棟又は退室までの日数を、「注 1」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時又は入室時の状態に応じたもので除したものを

[計算例] (中略)

ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日又は入室日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数又は入室患者数 (入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る) の 100 分の 30 を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。(後略)

エ 前月までの 6 か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室を退棟又は退室した患者 (在棟中又は在室中に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定した患者に限る) の数に対する高次脳機能障害の患者 (中略) に該

当し、(中略)、当該月に入棟又は入室した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数又は入室患者数(入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る)の100分の30」を、「当該月の入棟患者数又は入室患者数(入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る)のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。

オ ウ及びエの除外の判断に当たっては、(中略)当該患者の入棟月又は入室月の診療報酬明細書の摘要欄に、(後略)

カ 在棟中又は在室中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものについては、リハビリテーション実績指数の算出においては、当該低下の直前の時点をもって退棟又は退室したものとみなすことができる。(後略)

■ p.267 左段 23, 24 行目, 下線部訂正

23 がん患者指導管理料

注6 ハについて、(中略)F100 処方料の注6に規定する加算又はF400 処方箋料の注5に規定する加算は、別に算定できない。

■ p.586 左段 31 行目, 下線部訂正

→ 処方箋料

(1) 乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算はF100 処方料の(8)、(9)又は(10)に準じる。(後略)

■ p.1058 右段 18～20 行目, 下線部訂正

【届出に関する事項】

(2) 令和6年3月31日において現に地域包括診療加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までの間に限り、1の(3)、(10)又は(12)を満たしているものとする。

(3) 令和6年3月31日において現に地域包括診療加算の届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)を満たしているものとする。

■ p.1127 右段下から 15～13 行目, 取消線削除

→ 1 通則

(3) 24時間の救急医療提供として、(後略)

ア 以下のいずれかを満たしている。

(イ) (略)

(ロ) 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が、年間で2,000件以上、又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり6.0件/年以上である。

■ p.1211 左段最下行の次に挿入

【届出に関する事項】

(5) 令和6年3月31日時点で、現にハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和7年5月31日までの間に限り、1の(7)に該当するものとみなす。

■ p.1269 左段下から 33 行目, 下線部訂正

→ 精神科地域包括ケア病棟入院料に関する施設基準等

(9) 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。

ただし、休日の日勤時間帯にあっては当該保険医療機関内に作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が1人以上配置されており、必要に応じて当該病棟の入院患者に作業療法、相談支援又は心理支援等を提供できる体制を有していればよいこととする。

■ p.1290 左段下から 18～12 行目, 取消線削除・下線部訂正

第2 届出に関する手続き

4 届出に当たっては、(中略)

特定集中治療室管理料の施設基準のうち1の(12)及び3の(5)につ

いては届出前3か月、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料及び精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準については届出前4か月、(中略)、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準については届出前6か月、精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準については届出前7か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有している。

■ p.1293 右段3行目の次に挿入

第4 経過措置等

2 精神科病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

■ p.1317 右段 17～19 行目, 下線部訂正

【届出に関する事項】

(2) 令和6年3月31日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までの間に限り、1の(3)、(9)及び(7月11日事務連絡で訂正)(11)を満たしているものとする。

(3) 令和6年3月31日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)を満たしているものとする。

■ p.1343 右段下から 30 行目, 下線部訂正

3 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

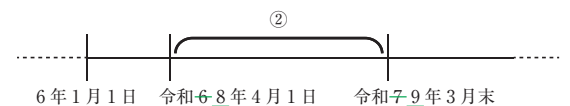
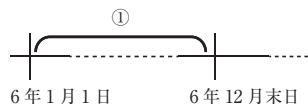
(3) 当該保険医療機関において、(中略)、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者(特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等を除く)の割合が7割以下である。

■ p.1479 右段上「例1」「例3」の図, 下線部訂正

第2 届出に関する手続き

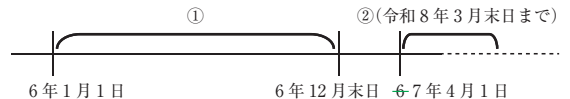
例1：イ(イ)による届出の場合

・令和6年1月1日から12月末日までの期間(下図①)(中略)



例3：イ(ハ)による届出の場合

・令和6年1月1日から12月末日までの期間(①)(中略)



事務連絡(5月30日)

■ p.502 右段 28 行目の次に挿入

→ヘリコプター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出

ウ 上部消化管内視鏡検査の廃液を検体として本検査を実施した場合は、D419 その他の検体採取の「1」胃液・十二指腸液採取(一連につき)は算定できない。

■ p.860 左段 24 行目～右段9行目, 下線部訂正

→麻酔の実施時間

ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、(後略)

例1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

●基本となる2時間に②の2時間を充当 9,170点
【算定点数】 10,670点

例3 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

●基本となる2時間に③の1時間27分+②と④の51分のうち33分 16,720点
【算定点数】 17,380点

例4 麻酔が困難な患者に対し、次の心臓手術の麻酔を行った場合

●基本となる2時間に③の2時間を充当 16,720点
【算定点数】 21,220点

■ p.1014 右段下から 28 ～ 20 行目, 下線部訂正

→血管内手術用カテーテルの算定

カ 血栓除去用カテーテル

a 経皮的血栓除去用・破砕吸引型及び脳血栓除去用は、(後略)

b 経皮的血栓除去用・破砕吸引型及び脳血栓除去用は、(後略)

c 経皮的血栓除去用・破砕吸引型及び脳血栓除去用を使用するに当たっては、(後略)

d 脳血栓除去用・破砕吸引型については、(中略)、カテーテルのみを使用して脳血栓の除去を行った場合は、脳血栓除去用・破砕吸引型は算定できず、直接吸引型として算定する。

e 経皮的血栓除去用・破砕吸引型については、ワイヤーを使用せず、カテーテルのみを使用して血栓の除去を行った場合は、経皮的血栓除去用・破砕吸引型は算定できず、経皮的血栓除去用・標準型として算定する。

■ p.1143 左段下から7行目, 下線部訂正

4 看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準

(2) 急性期一般入院科2から6までのいずれかを算定する病棟である。

■ p.1181 右段下から14行目, 取消線削除

3 薬剤業務向上加算の施設基準

(2) 「免許取得直後の薬剤師を対象とした(後略)

オ 調剤, 病棟薬剤業務, チーム医療, (中略) なお, 研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、(後略)

■ p.1193 左段下から31～29行目, 下線部訂正

→地域医療体制確保加算に関する施設基準

(5) (2)の救急医療に係る実績は、4月から翌年3月までの1年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年度の4月1日から翌々年の3月末日まで(後略)

■ p.1294 右段下から19行目, 下線部訂正

第4 経過措置等

表2 施設基準が改正された入院基本料等

超急性性脳卒中加算〔別添3の第3の1の(1)のイに該当する場合であって、令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る〕

■ p.1295 右段13行目, 下線部訂正

表4 施設基準等の名称が変更されたが、令和6年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

■ p.1370 左段下から2行目, 下線部訂正・追加

→心臓MRI撮影加算に関する施設基準

(2) 以下のいずれかの要件を満たす。

ア 画像診断管理加算2,3又は4に関する施設基準を満たす。

イ 以下のいずれも満たすものである。

(イ) 画像診断管理加算1に関する基準を満たす。

(ロ) 循環器疾患を専ら担当する常勤の医師(専ら循環器疾患の診療を担当した経験を10年以上有するもの)又は画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの)が合わせて3名以上配置されている。

(ハ) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断, CT撮影及びMRI撮影について、画像診断管理加算1に関する施設基準の(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われている。

■ p.1383 右段下から27～22行目, 取消線削除

3 摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準

(3) 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者(療養病棟入院科1又は2を算定する病棟の入院患者に限る)のうち、(中略)2名以上である。ただし、令和4年3月31日時点において療養病棟入院科1又は2を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。

■ p.1481 左段下から14行目, 下線部訂正

第2 届出に関する手続き

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注13〔在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注6の規定により準用する場合を含む〕、在宅がん医療総合診療料の注8及び歯科訪問診療料の注20に規定する在宅医療DX情報活用加算 (在宅DX)第号

■ p.1488 左段13～17行目, 下線部訂正・取消線削除

第4 経過措置等

表1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注13〔在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注6の規定により準用する場合を含む〕、在宅がん医療総合診療料の注8及び歯科訪問診療料の注20に規定する在宅医療DX情報活用加算

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含む〕に規定する基準

■ p.1488 右段30行目, 下線部訂正

表2 施設基準の改正された特掲診療料(届出が必要なもの)

外来腫瘍化学療法診療料1(令和6年10月以降に引き続き算定する場合に限る)

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(令和6年10月以降に算定する場合に限る)

小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算(後略)

■ p.1489 左段6行目, 下線部訂正

表3 施設基準の改正された特掲診療料(届出が必要でないもの)

血流予備量比コンピューター断層撮影

心臓MRI撮影加算

外来後発医薬品使用体制加算(後略)

■ p.1489 右段下から19行目, 下線部訂正

表4 施設基準等の名称が変更されたが、令和6年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

■ p.1657, 「C002, C002-2 在宅時医学総合管理料施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算」取消線削除・下線部訂正

C002, C002-2 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算	C002 在宅時医学総合管理料及び C002-2 施設入居時等医学総合管理料の23に規定するものうち、該当するものを選択して記載する。なお、23に規定するものについては、以下のとおりである。 [1 要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態] 1 1 要介護2 1 - 1 要介護3 1 - 2 要介護4 1 - 3 要介護5 1 - 4 障害支援区分2以上 [2 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上] 2 1 ランクⅡb 2 - 1 ランクⅢa 2 - 2 ランクⅢb 2 - 3 ランクⅣ 2 - 4 ランクⅤ 3 頻回の訪問看護を受けている状態 4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 6 麻薬投薬を受けている状態 [7 その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態] 7 - 1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者 7 - 2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 7 - 3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 7 - 4 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員等の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者	820100625 該当する状態(包括的支援加算): 1-1 要介護2	820100626 該当する状態(包括的支援加算): 1-1 要介護3	820100627 該当する状態(包括的支援加算): 1-2 要介護4	820100628 該当する状態(包括的支援加算): 1-3 要介護5	820100629 該当する状態(包括的支援加算): 1-4 障害支援区分2以上	820100630 該当する状態(包括的支援加算): 2-1 ランク2b	820100631 該当する状態(包括的支援加算): 2-1 ランク3a	820100632 該当する状態(包括的支援加算): 2-2 ランク3b	820100633 該当する状態(包括的支援加算): 2-3 ランク4	820100634 該当する状態(包括的支援加算): 2-4 ランクⅤ (略)	820101318 該当する状態(包括的支援加算): 6 麻薬投薬を受けている状態	820100638 該当する状態(包括的支援加算): 7-1 脳性麻痺等、(以下略)	820100639 該当する状態(包括的支援加算): 7-2 出生時体重が1,500g未満(以下略)	820100640 該当する状態(包括的支援加算): 7-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」(以下略)	820100641 該当する状態(包括的支援加算): 7-4 家族等患者の看護に当たる者が(以下略)
---	--	---	--	--	--	---	---	---	---	--	---	--	---	---	--	---

事務連絡 (7月11日)

■ p.409 左段下から 10 行目, 下線部訂正

→在宅療養指導管理料の一般的事項

(3) また、医師は(中略)、保険薬局(当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅薬学総合体制加算の届出を行っているものに限る)に対して、(後略)

■ p.1120 右段下から 2 ~ 1 行目, 取消線削除

【入院基本料の届出に関する事項】

3 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は(中略)。ただし、有床診療所(療養病床に限る)の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用い、~~有床診療所(一般病床に限る)の介護障害連携加算の届出は、別添7の様式12の3を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いる。~~(後略)

■ p.1210 左段下から 12 行目, 取消線削除・下線部訂正

2 ハイケアユニット入院医療管理料2に関する施設基準

(1) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を(中略)。なお、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のB項目の患者の状況等については、特定集中治療室ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準の対象から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っている。

■ p.1252 左段 32 ~ 36 行目, 緑アミ部分追加・下線部訂正

11の2 地域包括ケア病棟入院料の「注5」に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

カ 11の(1)から(4)までを満たしている。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のイからカを満たすものである。

(3) 看護補助体制充実加算3の施設基準

(1)のウ、エ及びカを満たすものである。

■ p.1295 左段下から 10 行目, 取消線削除

第4 経過措置等

表3 施設基準が改正された入院基本料等(届出を必要としないもの)

介護障害連携加算1及び2

■ p.1489 左段 27 ~ 28 行目, 取消線削除

第4 経過措置等

表3 施設基準が改正された特掲診療料(届出が必要でないもの)

皮膚悪性腫瘍切除術(皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る)

■ p.1489 右段下から 12 行目の「画像診断管理加算3→4」の枠の下に挿入

表4 施設基準等の名称が変更されたが、令和6年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

センチネルリンパ節加算	→	皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算
-------------	---	---------------------

■ p.1647, 2 科目「非定型抗精神病薬加算」, 下線部追加

A311	精神科救急急性期医療入院料	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載する。	(略)	(略)
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料		(略)	(略)
A311-3	精神科救急・合併症入院料		(略)	(略)
A315	精神科地域包括ケア病棟入院料 非定型抗精神病薬加算		830100922	向精神病薬名〔非定型抗精神病薬加算(精神科地域包括ケア病棟入院料)〕;*****

■ p.1662, 3 科目「C108-4」[在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料], 取消線削除・下線部訂正

C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料在宅麻薬等注射指導管理料(悪性腫瘍の場合)又は在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する保険医療機関と連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載する。	(略)	(略)
		[(在宅悪性腫瘍等患者の療養在宅麻薬注射又は在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く))薬剤の総点数, 所定単位当たりの薬剤名, 支給量, 特定保険医療材料の総点数, 名称及びセット数等を記載する。	(略)	(略)
			(略)	(略)
			(略)	(略)

5. 「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院(対診)について」の一部改正
(2024年5月31日, 老老発 0531 第1号)

■ p.899 左段下から 9 ~ 8 行目, 下線部訂正

→介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院(対診)

7 処方せんの取扱いについて

(2) 介護老人保健施設入所者を(後略)

⑥ 血友病の患者に対して使用する医薬品(血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る)の支給を目的とする処方せんを交付する場合

6. 療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正等/使用薬剤の薬価(薬価基準)等の一部改正 (2024年5月31日, 告示第207号, 保医発 0531 第1号)

■ p.1575 右段 19 ~ 20 行目, 下線部訂正・追加

第 10 厚生労働大臣が定める注射薬等

1 療担規則第 20 条第 2 号ト及び療担基準第 20 条第 3 号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬
インスリン製剤……ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、ベドリズマブ製剤及びミリキズマブ製剤

■ p.1471 左段 20 行目, 下線部追加

別表第 9 在宅自己注射指導管理料, 間歇注入シリンジポンプ加算, 持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

(前略)

エフガルチギモド アルファ・ボルヒアルロニダーゼ アルファ配合剤

ベドリズマブ製剤

ミリキズマブ製剤

■ p.411 左段下から 14 行目, 下線部訂正

→在宅自己注射指導管理料

(2) インターフェロンアルファ製剤については, (中略)なお, ベグインターフェロンアルファ製剤(ロベグインターフェロンアルファ製剤について, 真性多血症の治療を目的として皮下注射により用いた場合を除く)については算定できない。

■ p.437 右段 6 ~ 7 行目, 下線部訂正・追加

→薬剤

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤……オゾラズマブ製剤, トラロキズマブ製剤, エフガルチギモド アルファ・ボルヒアルロニダーゼ アルファ配合剤, ドブタミン塩酸塩製剤, ドパミン塩酸塩製剤, ノルアドレナリン製剤, ベドリズマブ製剤及びミリキズマブ製剤

■ p.1576 右段 14 行目の次に挿入

→揭示事項等告示の一部改正

ベドリズマブ製剤及びミリキズマブ製剤について, 揭示事項等告示第 10 第 1 号の「療担規則第 20 条第 2 号ト及び療担基準第 20 条第 3 号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬」として定めたものである。(令 6 保医発 0531・1)

7. 厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正
(2024年4月30日, 5月31日, 6月28日)

告示第 124 号 (3月 27 日)

■ p.1595 ~ 1604 「告示 129」, 項目削除・項番繰上げ

- (1) 「削除」項目(「第 2」の 1, 8, 「第 3」の 1, 2, 6 ~ 9, 12, 13, 15, 17, 18, 21, 24, 25, 28, 42, 43, 45, 49, 51, 55, 59)の項番をすべて削除。
- (2) 「第 2」の「4 抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査」, 「6 腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術」, 「14 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術及び十二指腸空腸バイパス術」を削除。
- (3) (1)(2)の削除に伴い, 「第 2」「第 3」の項番を繰り上げる。
→ (第 2)「1 陽子線治療」~「27 子宮腺筋症病巣除去術」
→ (第 3)「1 インターフェロン α 皮下投与及びジドブジン

経口投与の併用療法」~「50 タミバロテン経口投与及びベムプロリズマブ静脈内投与の併用療法」

■ p.1596 左段 6 行目, 下線部追加

② 放射線科専門医(一般社団法人日本専門医機構又は公益社団法人日本医学放射線学会が認定したものをいう。以下同じ)である。

■ p.1596 右段下から 5 行目, 下線部追加

(前略)精神科専門医(一般社団法人日本専門医機構又は公益社団法人日本精神神経学会が認定したものをいう)(後略)

■ p.1597 左段 14 行目, 下線部追加

⑨ 遺伝子関連検査検体品質管理マニュアル(公益社団法人日本臨床検査標準協議会が平成 23 年 12 月に作成したものをいう。以下同

じ)に従って検体の品質管理が行われている。

■ p.1597 右段1行目, 取消線削除・下線部訂正

④ 専任の細胞培養を担当する者が配置され、院内の業務において選任で細胞培養を実施している。

■ p.1597 右段5行目, 下線部訂正

⑦ 緊急の場合における手術を実施する体制(以下「緊急手術体制」という)が整備されている。

■ p.1597 右段30, 32, 37, 39, 42行目, 取消線削除・下線部訂正

9-5 ウイルスに起因する難治性の眼感染症患に対する迅速診断(PCR法)

□ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

- ① 専ら眼科に従事し、当該診療科について5年以上の経験を有する。
- ② 眼科専門医(一般社団法人日本専門医機構又は公益財団法人日本眼科学会が認定したものをいう。以下同じ)又は感染症専門医(一般社団法人日本感染症学会が認定したものをいう。以下同じ)である。
- ③ (略)
- ④ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師として10例以上の症例を実施している。

(2) 保険医療機関に係る基準

- ① 内科及び眼科を標榜している
- ② (略)
- ③ 内科において、常勤の医師が配置されている。(後略)

■ p.1597 右段下から5, 3行目, p.1598 左段1, 3, 6行目, 取消線削除・下線部訂正

10-6 細菌又は真菌に起因する難治性の眼感染症患に対する迅速診断(PCR法)

□ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

- ① 専ら眼科に従事し、当該診療科について5年以上の経験を有する。
- ② 眼科専門医又は感染症専門医である。
- ③ (略)
- ④ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師として10例以上の症例を実施している。

(2) 保険医療機関に係る基準

- ① 内科及び眼科を標榜している
- ② (略)
- ③ 内科において、常勤の医師が配置されている。(後略)

■ p.1598 右段6行目, 下線部追加

(ロ) 小児科専門医(一般社団法人日本専門医機構又は公益財団法人日本小児科学会が認定したものをいう。以下同じ)である。

■ p.1599 左段下から13行目, 下線部追加

汎発型の皮疹〔皮膚科専門医(一般社団法人日本専門医機構又は公益社団法人日本皮膚科学会が認定したものをいう。以下同じ)が重症又は重症化の(中略)、薬疹が疑われるものに限る〕。

■ p.1599 右段35行目, 下線部訂正

- ② 保険医療機関に係る基準
(イ)(ロ)(略)
(ハ) 病理の検査を実施する部門(以下「病理部門」という)が設置され、専ら病理の診断を実施する医師(以下「病理医」という)が配置されている。

■ p.1599 右段下から18行目, 下線部追加

- ① 主として実施する医師に係る基準
(イ)(略)

(ロ) 呼吸器専門医又は外科専門医(一般社団法人日本専門医機構又は一般社団法人日本外科学会が認定したものをいう。以下同じ)である。

■ p.1600 左段下から2行目, 下線部訂正

④ 常勤の麻酔に従事する医師(麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という)が1名以上配置されている。

■ p.1600 右段29行目, 下線部追加

- (1) 主として実施する医師に係る基準
① (略)
② 産婦人科専門医(一般社団法人日本専門医機構又は公益社団法人日本産婦人科学会が認定したものをいう。以下同じ)であり、(後略)

■ p.1604 左段下から25行目, 取消線削除・下線部追加

(63)41 タクロリムス経口投与療法(後略)

告示第195号(4月30日)

■ p.1604 右段3行目の次に挿入

51 経皮的前立腺がんマイクロ波焼灼・凝固療法〔前立腺がん(限局性のものに限る)〕

52 アルゴンプラズマ高周波焼灼・凝固療法(切除が不可能な食道表在がん)

告示第208号(5月31日)

■ p.1603 左段下から26~22行目, 削除

(5)3 削除(全身性エリテマトーデスに対する初回副腎皮質ホルモン治療におけるクロビドレル硫酸塩、ピタバスタチンカルシウム及びトコフェロール酢酸エステル併用投与の大腿骨頭壊死発症抑制療法)

■ p.1603 右段23~24行目, 削除

(27)13 削除(TRPV2阻害薬経口投与療法)

■ p.1604 右段3行目の次に挿入

53 脂肪組織由来の多系統前駆細胞を用いた歯周組織再生療法〔重度歯周炎(従来の歯周組織再生療法ではその治療に係る効果が認められないものに限る)〕

告示第236号(6月28日)

■ p.1596 右段下から13行目~p.1597 左段8行目, 下線部訂正

3 家族性アルツハイマー病の遺伝子診断

□ 施設基準

(2) 保険医療機関に係る基準

- ⑤ 倫理委員会が設置されており、届出後「地方厚生局長等が届出を受理した日の属する月の翌月(その日が月の初日であるときは、その日の属する月。以下「届出月」という)以降をいう。以下同じ」当該療養を初めて実施するときは、必ず事前に開催する。(以下略)

■ p.1597 左段下から23行目~右段17行目削除

4 削除(末梢血単核球移植による血管再生治療)

■ p.1598 左段20行目~下から12行目, 下線部訂正

7 多項目迅速ウイルスPCR法によるウイルス感染症の早期診断

□ 施設基準

(2) 保険医療機関に係る基準

- ⑦ 緊急の場合における手術を実施する体制(以下「緊急手術体制」という)が整備されている。

■ p.1604 右段3行目の次に挿入

54 自家骨髄単核球移植による血管再生治療〔包括的高度慢性下肢虚血(閉塞性動脈硬化症を伴うものに限る)〕

8. 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正 (2024年保医発0712第1号)

■ p.1697, 《その他》の2枠目「長期収載品の選定療養に関する取扱い」, 取消線削除・下線部訂正

<p>長期収載品の選定療養に関する取扱い</p>	<p>〔長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む）医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載する。なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。〕</p> <p>① 長期収載品と後発医薬品で薬事承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上必要があると医師が判断する場合。</p> <p>② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上必要があると判断する場合。</p> <p>③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上必要があると判断する場合。</p> <p>④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。</p> <p>※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。</p>	<p>※レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言（理由の具体例）については、追ってお示しする</p> <p>820101320 長期収載品と後発医薬品で薬事承認された効能・効果に差異があるため</p> <p>820101321 患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため</p> <p>820101322 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため</p> <p>820101323 剤形上の違いにより、長期収載品を処方等が必要があるため</p>
--------------------------	---	--

9. 医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱い (2024年7月17日 中央社会保険医療協議会/答申)

医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱いにつき、7月17日に中医協に諮問・答申されました。「医療DX推進体制整備加算」は10月1日施行、「医療情報取得加算」(A000初診料「注15」、A001再診料「注19」、A002外来診療料「注10」)の改正規定は、12月1日施行となります。
2024年8月中に正式告示・通知が発出される予定です。

■ p.34 右段 12～28 行目, 下線部訂正・追加

A000 初診料

注1～14 (略)

15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。

16 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算1 11点

ロ 医療DX推進体制整備加算2 10点

ハ 医療DX推進体制整備加算3 8点

■ p.48 左段5～14 行目, 下線部訂正

A001 再診料

注1～18 (略)

19 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

■ p.56 右段下から5行目～p.57 左段5行目, 下線部訂正

A002 外来診療料

注1～9 (略)

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

■ p.1055 左段 29 行目～, 緑ア3部分追加・下線部訂正

→ 1 医療DX推進体制整備加算1に関する施設基準

(6) 医療DX推進体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ）が、令和6年10月1日から12月31日までの間においては15%以上である。

(7) (6)について、令和7年1月1日以降においては、「15%」とあるのは「30%」とする。

(8) (6)について、医療DX推進体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

(9) (略)

(10) (9)の揭示事項について、(略)

(11) マイナポータルでの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有している。

2 医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準

(1) 1の(1)から(5)まで及び(9)から(11)までの基準を満たす。

(2) 医療DX推進体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和6年10月1日から12月31日までの間においては10%以上である。

(3) (2)について、令和7年1月1日以降においては、「10%」とあるのは「20%」とする。

(4) 1の(8)の規定は、医療DX推進体制整備加算2について準用する。

3 医療 DX 推進体制整備加算3に関する施設基準

- (1) 1の(1)から(5)まで、(9)及び(10)の基準を満たす。
- (2) 医療 DX 推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和6年10月1日から12月31日までの間においては5%以上である。
- (3) (2)について、令和7年1月1日以降においては、「5%」とあるのは「10%」とする。
- (4) 1の(8)の規定は、医療 DX 推進体制整備加算3について準用する。

【届出に関する事項】

- (1)(2) (略)
- (3) 医療 DX 推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(6)から(8)まで及び(11)、2の(1)のうち1の(11)に係る基準及び2の(2)から(4)まで並びに3の(2)から(4)までについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はない。

(4)(5) (略)

【経過措置】

- 1 医療 DX 推進体制整備加算の施設基準のうち、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率の基準については、令和6年10月から令和7年1月までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、医療 DX 推進体制整備加算を算定する月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証による資格確認件数を同月のオンライン資格確認等システムの利用件数で除した割合)であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ)を用いることができる。
- 2 1について、医療 DX 推進体制整備加算を算定する月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

正誤

● p.14 「6. 入院時の食事に係る標準負担額」 ● p.1043 「参考 入院時食事療養費の標準負担額」	(例外2) 精神病床入院患者(※1) 280円 → 260円
● p.17 「A207-3 急性期看護補助体制加算〔注4〕看護補助体制充実加算1 / A214 看護補助加算〔注4〕看護補助体制充実加算1」の欄(下から7枠目)	削除
● p.119 A207-3 急性期看護補助体制加算 ● p.124 A214 看護補助加算	【2024年改定による主な変更点】 (2) (中略) 〔経過措置〕2024年3月末時点の看護補助体制充実加算の届出医療機関は、2024年9月末までは上記①②の基準を満たすものとする。
● p.70 「参考 入院患者が他医療機関を受診した場合の算定」(※2)の3行目)	※2 (中略) A106 障害者施設等入院基本料(〔注6〕〔注12〕 → 〔注13〕〔注14〕…)
● p.110 (加算一覧中)「A209 特定感染症入院医療管理加算」	(左から2列目)「地域一般」の空欄 → ○
● p.122 A211 特殊疾患入院施設管理加算 ● p.194 A306 特殊疾患入院医療管理料 ● p.211 A309 特殊疾患病棟入院料	【2024年改定による主な変更点】 「暦月で6か月を超えない」 → 「暦月で3か月を超えない」
● p.174 「参考 特定入院料」〔問2〕	「A300～A319の特定入院料」 → 「A300～A303-2の特定入院料」
● p.208 「参考 地域包括ケア病棟入院料の構造」〔※1〕(3)の⑤ ● p.1253 「参考 A308-3 地域包括ケア病棟入院料/施設基準一覧表」の「1の基準」の「ホ」⑤、「2～4の基準」⑦	⑤介護保険の訪問介護、訪問看護(削除)、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護(削除)、介護予防訪問リハビリテーションの提供実績がある施設を併設
● p.238 「事務連絡」問9「答」(右段上から11行目)	「含まれない」 → 「含まれる」
● p.293 B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)〔注2〕(右段下から29行目)	「第2章第1部第1節医学管理料等」 → 「第2章第1部医学管理料等」
● p.515 「参考」(右段下から7～6行目)	削除
● p.542 「事務連絡」〔問2〕(右段下から18行目、13行目)	「12月に2回」 → 「12月に3回」
● p.625 「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」 ● p.628 「H001-2 廃用症候群リハビリテーション料」 ● p.632 「H002 運動器リハビリテーション料」	【2024年改定による主な変更点】 (5) 【新設】〔注4〕急性期リハビリテーション加算：(中略)急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早い日から(削除)14日を限度に…
● p.749 K013 分層植皮術、K013-2 全層植皮術 ● p.756 K069-4 関節鏡下半月板制動術	復50を追加

<ul style="list-style-type: none"> ● p.892 「地方厚生（支）局都道府県事務所等」の欄 	<p>北海道 [011-709-231+] → [011-796-5105] 宮城県 [022-726-9260] → [022-206-5217] 栃木県 [028-341-2009] → [028-341-8486] 埼玉県 [048-740-071+] → [048-851-3060] 千葉県 [043-379-2716] → [043-382-8102] 山梨県 [055-206-0569] → [055-209-1001] 長野県 [026-474-1002] → [026-474-4346] 岐阜県 [058-269-3313] → [058-249-1822] 愛知県 [052-971-883+] → [052-228-6179] 大阪府 [06-6942-224+] → [06-7663-7663] 広島県 [082-223-818+] → [082-223-8209] 香川県 [087-851-9565] → [087-851-9593] 福岡県 [092-707-1115] → [092-707-1125]</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● p.1496 「悪性腎硬化症」の欄（右段下から14 枠目） ● p.1500 「高血圧性網膜症」の欄（左段上から5 枠目） ● p.1501 「腎性高血圧症」の欄（右段下から28 枠目） ● p.1503 「低脂血症」の欄（右段上から13 枠目） ● p.1503 「低ペータリポ蛋白血症」の欄（右段上から16 枠目） ● p.1503 「動脈硬化腎」の欄（右段下から26 枠目） ● p.1503 「内分泌性高血圧症」の欄（右段下から5 枠目） 	<p>特 → 生習</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● p.1640 「A205 の2 救急医療管理加算2」（右列31 枠目） 	<p>十三 その他の重症な状態の医学的根拠（削除）（救急医療管理加算2）；*****（削除）</p>

—以上、謹んでお詫びし訂正いたします。