

# 厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 閣政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

事	疑義解釈資料の送付 (その3~5, 7) (4/20, 5/10, 5/17, 5/31 保険局医療課)	p.49
告	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 (4/30 告示 195)	p.59
通	「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 (保医発 0430-1)	p.59
通	検査料の点数の取扱い (保医発 0430-3, 0531-1)	p.60
他	支払基金における審査の一般的な取扱い (医科) (4/30, 5/31 支払基金)	p.60
事	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 (5/1, 5/17, 5/30 保険局医療課事務連絡)	p.65
告通	療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等及び特掲診療料の施設基準等の一部改正/療担規則及び薬担規則並びに療担基準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 (5/31 告示 207, 保医発 0531-1)	p.74
告	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 (5/31 告示 208)	p.74
告通	厚生労働大臣が定める傷病名, 手術, 処置等及び定義副傷病名及び厚生労働大臣が別に定める者の一部改正等 (DPC/PDPS) (5/21 告示 202, 保医発 0521-4)	p.74
* * *		
事	医療機関等の窓口におけるマイナンバーカードの取扱い (4/10 保険局医療介護連携政策課)	p.76
事	医療機関等の窓口におけるオンライン資格確認等システムによる照会の取扱いに関する疑義解釈資料の送付 (4/17 保険局医療課)	p.77
事	令和6年度における外来データ提出加算等の取扱い (4/30 保険局医療課)	p.77
事	令和6年度における「データ提出加算 (A245)」の取扱い (4/30 保険局医療課)	p.78
事	保険医及び保険薬剤師の登録に係る取扱いに関する疑義解釈資料の送付 (5/17 保険局医療課)	p.80
事	令和6年度診療報酬改定で新設されたベースアップ評価料に係る届出 (5/20 保険局医療課)	p.80
事	令和6年度薬価改定を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い (5/22 保険局医療課)	p.81

\* 本欄で示す“p.00”は、原則「診療点数早見表 (DPC 点数早見表) 2024 年度」ページ数です。



## 事

### 疑義解釈資料の送付 (その3~5)

令和6年4月26日, 5月10日, 17日  
保険局医療課事務連絡

【解説】2024年診療報酬改定の疑義解釈に関する事務連絡が発出されました。

#### その3 (令和6年4月26日)

##### 医科診療報酬点数表関係

##### 【施行時期後ろ倒し】

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

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

##### 【抗菌薬適正使用体制加算】

問2 A000 初診料の注14及びA001 再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準において「直近6か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用率が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。  
J-SIPHE : <https://j-siphe.ncgm.go.jp>  
診療所版 J-SIPHE : <https://oascis.ncgm.go.jp/manual/glossary>

##### 【時間外対応加算】

問3 A001 再診料の注10に規定する時間外対応加算において、患者からの電話等による問い合わせに対応する体制が求

められているが、ビデオ通話による問い合わせに対してビデオ通話で対応する体制でよいか。

答 よい。

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

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

答 差し支えない。

【一般病棟入院基本料】

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

答 令和6年6月1日からの算定については、同年5月2日以降に届出書の提出を行うことができ、また、遅くとも6月の最初の開庁日までに届出がされている必要があるが、平均在院日数の実績については、令和6年5月2日から同31日に届出を行う場合は同年2月から4月、同年6月3日に届出を行う場合は、同年3月から5月の実績を用いる。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、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、中心静脈栄養を開始した日から30日が経過した後に、転床又は退院後に、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も入院期間が通算される場合はどのように評価するのか。

答 処置等に係る医療区分2として評価を行う。

【看護補助体制充実加算】

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

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

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 当該保険医療機関において勤務する看護補助者の常勤換算後の人数を用いて算出する。この場合、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

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こととされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」を兼ねることは可能か。また、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」を兼ねることは可能か。

答 可能。

【特定集中治療室管理料】

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

答 15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアにより評価する。ただし、15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアで基準を満たさない場合であっても、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「入院中の子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。

（※）令和5年度子ども・子育て支援推進研究事業「入院中の子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「入院中の子どもへの付添い等に関する医療機関の取組実実のための事例集」  
[https://www.nri.com/jp/knowledge/report/1st/2024/mcs/social\\_security/0410\\_8](https://www.nri.com/jp/knowledge/report/1st/2024/mcs/social_security/0410_8)  
 （野村総合研究所ウェブサイト内に設置）

#### 【在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院】

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

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

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り）に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における（中略）「PET撮像施設認証」を受けている施設であること」とあるが、PET装置の更新等により再度認証を受ける必要がある場合、再度認証を受けるまでの期間の取扱いについてどのように考えればよいか。

答 PET装置の更新等の以前に受けていたPET撮像施設認証に係るアミロイドPET検査（当該認証を受けていた撮像区分であって、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り）に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における（中略）「PET撮像施設認証」を受けている施設であること」とあるが、現時点で関係学会による認証基準が定められていないPET/MRI装置又は頭部専用PET装置を用いる場合についてはどのように考えればよいか。

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

**【通院・在宅精神療法】**

問 21 I002 通院・在宅精神療法について、「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を10分単位で記載すること」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか。

答 当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載する。

- ・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、「診療報酬の算定方法」別表第1 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2 歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という)におけるP100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、P101 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)及びP102 入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料(以下単に「ベースアップ評価料」という)の届出を行うに当たって、対象職員に対する給与の支払い実績は必要か。

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

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

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

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

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

答 当該評価料の算定にあたっては、施設基準において、その収入の全額を対象職員のベースアップ等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いることが要件とされている。その上で、さらに当該評価料以外の収入や、賃上げ促進税制などの活用により、政府目標の達成を目指すことが望ましい。

問 4 ベースアップ評価料による収入を対象職員の賃上げに用いる場合、例えば現在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 介護報酬における「介護職員等処遇改善加算」又は障害福祉サービス等報酬における「福祉・介護職員等処遇改善加算」を算定している医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、ベースアップ評価料における対象職員及び給与総額はどのように考えればよいか。

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





実態に応じて常勤換算方法等により按分して計算することを想定している。

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

なお、当該「介護職員等処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等処遇改善加算」による賃上げ分については、「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」における賃金改善の見込み額及び実績額の記載において、ベースアップ評価料による算定金額以外の適切な欄に記載する。  
**（本誌 p.54 「問 2」 により上記は削除）**

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

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

#### 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。

#### その 4（令和 6 年 5 月 10 日）

第 79 巻・第 6 号（通巻 1610 号）

#### 医科診療報酬点数表関係

##### 【地域包括診療加算，地域包括診療料】

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

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

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

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

**答** 該当する。

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

**答** 不要。

##### 【療養病棟入院基本料】

**問 4 令和 6 年 3 月 31 日時点で現に旧医科点数表の注 11 に係る届出を行っている**

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 の測定をする必要があるのか。**

**答** そのとおり。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料（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こととされているが、どの時点から40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の賃金の改善を行うことができるのか。

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

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

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

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

答 当該医療機関又は訪問看護ステーションにおける業務実態として、主として医療に従事しているものについて、対象職員として含めて差し支えない。ただし、対象職員ごとの給与総額について、業務実態に応じて常勤換算方法等により按分

して計算することを想定している。

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

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

なお、令和6年4月及び5月分の「介護職員等処遇改善加算」、「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。

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(本誌p.52「問6」)は廃止する。

**医科診療報酬点数表関係(DPC)**

**【診断群分類点数表等により算定される診療報酬について】**

問1 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添4の問6-27において、手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限ることとされているが、「注射用レザフィリン100mg」、「アラベル内用剤1.5g」及び「アラグリオ顆粒剤分包1.5g」についても同様の取扱いとなるか。

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

これに伴い、「疑義解釈資料(その1)」(令和6年3月28日)別添4の問6-28(DPC, p.460)は廃止する。

**その5(令和6年5月17日)**

**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 総合産期特定集中治療室管理料を算定する患者について、A209 特定感染症入院医療管理加算を算定する場合を指す。

### 【バイオ後継品使用体制加算】

問2 A243-2 バイオ後継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継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継品であるかどうかは、厚生労働省ホームページ「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」に示された後発医薬品に係る情報を参考にすることでよいか。

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

(参考) 薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2024/04/tp20240401-01.html>

### 【精神科地域包括ケア病棟入院料】

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

答 当該事務連絡のとおり、当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、

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

なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その1）」（令和6年3月28日）別添1の問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 C002 在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む）の施設基準において、「当該保険医療機関において、直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者を除く）の割合が7割以下であること」とあるが、「患者等」にはどのような患者が含まれるか。

答 特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる患者のほか、以下の患者を指す。

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

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

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

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

- ・令和6年3月に施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（令和7年3月31日までの間に限る）。ただし、「直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居

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

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、その場合であっても、早期に別紙様式1又は別紙様式2の形式で領収証が発行できるようにすることが望ましい。

### その7（令和6年5月31日）

#### 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

### 【在宅医療 DX 情報活用加算】

問 8 居宅同意取得型のオンライン資格確認等において、マイナンバーカードを読み取れない場合や利用者が 4 桁の暗証番号を忘れた場合はどのように対応すればよいのか。

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

（参考）

[https://iryohokenjyoho.servicenow.com/csm?id=kb\\_article\\_view&sys\\_kb\\_id=cedd596c3a142506e19fd777a0131d5](https://iryohokenjyoho.servicenow.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=cedd596c3a142506e19fd777a0131d5)

### 【入院時食事療養費及び入院時生活療養費】

問 9 A307 小児入院医療管理料について、「小児入院医療管理料を算定する場合であって、患者の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮すること」とされているが、患者の家族等の希望に応じ、患者に提供される食事と同一の給食施設で調理された食事を提供する場合は、「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につい

て」（令和 6 年 3 月 5 日付け保医発 0305 第 13 号保険局医療課長通知）の別添「入院時食事療養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のか。

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、ア～ウの事項が示されているが、ア～ウの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。

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

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

施設内での掲示ポスター

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

[https://www.mhlw.go.jp/stf/index\\_16745.html](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。

（参考）  
[https://iryohokenjyoho.servicenow.com/csm?id=kb\\_article\\_view&sys\\_kb\\_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5](https://iryohokenjyoho.servicenow.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5)

#### 【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、自己心膜を用いた弁形成術や経カテーテル的大動脈弁植込術が例示されているため、日本透析医学会ホームページにて公開されている説明文書を参考とする。

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について」（令和6年3月5日保医発0305第11号）に掲げる定義に適合する医療機器が該当する。

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

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

#### 【病変検出支援プログラム加算】

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

答 そのとおり。

#### 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

##### 【ベースアップ評価料】

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





答 厚生労働省のホームページに掲載しているリーフレット等を活用し、適切な対応をお願いしたい。

URL: [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00053.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html)

**医科診療報酬点数表関係（不妊治療）**

**【胚凍結保存管理料】**

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

答 よい。なお、これに伴い、「疑義解釈資料（その1）」（令和4年3月31日）別添2の問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年を経過するこ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の問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の問9（p.839「問10」）は廃止する。

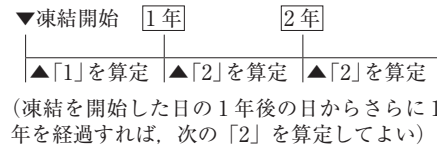
問4 問3について、令和6年8月に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合、2回目の「2 胚凍結保存維持管理料」を算定可能となる時期について、どのように考えればよいか。

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の問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者の負担として差し支えない。なお、治療中断の際の取扱いについては、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日付医療課事務連絡）問75も参考にされたい。

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

**告**

**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**

令和6年4月30日  
告示第195号

【解説】 先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の告示が更新されました。5月1日からの適用です。

（p.1604 右段 3行目の次に挿入）

73 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）〕

74 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）  
（\*6月1日から、それぞれ「73」→「53」、「74」→「54」となる）

**通**

**「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**

令和6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）  
ア・イ（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 (令6 保医発 0305・4, 0430・1)

(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)  
 ア〜カ (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 AKTI 遺伝子変異検査, PIK3CA 遺伝子変異検査, PTEN 遺伝子変異検査 (令6 保医発 0305・4, 0430・1)

通

検査料の点数の取扱い

令和6年4月30日 保医発 0430 第3号  
 5月31日 保医発 0531 第2号

(令6 保医発 0305・4, 0430・3)

【解説】令和6年3月5日付け保医発 0305 第4号「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」が一部改正されました。保医発 0430 第3号, 0531 第2号ともに6月1日からの適用です。

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, (中略)

(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。(令6 保医発 0305・4, 0531・2)

他

支払基金における審査の一般的な取扱い (医科)

令和6年4月30日  
 社会保険診療報酬支払基金

【解説】「支払基金における審査の一般的な取扱い (医科)」が, 4月30日に45事例, 5月31日に39事例が示され, これまでの事例と合わせて191事例となりました。

令和6年4月30日(第11回:45事例)

【医学管理】

108. 慢性疼痛疾患管理料の算定

- ① 骨折, 脱臼, 捻挫に対する初診月の B001「17」慢性疼痛疾患管理料の算定は, 原則として認められない。
- ② 筋膜炎に対する B001「17」慢性疼痛疾患管理料の算定は, 原則として認められる。

【投薬】

109. 過活動膀胱治療剤 (抗コリン薬2種類並びに抗コリン薬及びβ<sub>3</sub>受容体作動薬) の併用

- ① 過活動膀胱治療剤について, 抗コリン薬2種類の併用は, 原則として認められない。
- ② 過活動膀胱治療剤について, 抗コリン薬とβ<sub>3</sub>受容体作動薬の併用は, 原則として認められる。

110. 前立腺肥大症に対するα<sub>1</sub>遮断薬と

排尿改善薬と抗男性ホルモン薬の併用

前立腺肥大症に対するα<sub>1</sub>遮断薬と排尿改善薬 (ホスホジエステラーゼ5阻害剤・植物エキス配合剤・アミノ酸配合剤) と抗男性ホルモン薬 (抗アンドロゲン薬・5α還元酵素阻害薬) の併用投与は, 原則として認められる。

111. ヘパリン類似物質の算定②

次の傷病名に対するヘパリン類似物質 (ヒルドイド) の算定は, 原則として認められる。

- (1)皮膚炎 (乾燥性)・湿疹 (乾燥性), (2) 皮脂欠乏性湿疹, (3)乾皮症, (4)皮脂欠乏性皮膚炎

112. 精製ヒアルロン酸ナトリウム点眼液の算定

結膜炎 (アレルギー性含む) に対する精製ヒアルロン酸ナトリウム点眼液 (ヒアレイン点眼液) の算定は, 原則として認められない。

113. ジクアホソルナトリウム及びレバミピド点眼液の算定

次の傷病名に対するジクアホソルナトリウム (ジクアス点眼液 3%) 及びレバミピ

ド点眼液 (ムコスタ点眼液 UD2%) の算定は, 原則として認められない。

- (1)角膜炎, (2)兎眼症

【処置】

114. 骨粗鬆症に対する介達牽引の算定

骨粗鬆症に対する J118 介達牽引の算定は, 原則として認められない。

115. 耳垢栓塞除去 (複雑なもの) の連月の算定

J113 耳垢栓塞除去 (複雑なもの) について, 同一部位に対する連月の算定は原則として認められる。

116. ドレーン法 (ドレナージ) (持続的吸引を行うもの) の算定

処置時の 029 吸引留置カテーテルの算定がない場合の J002 ドレーン法 (ドレナージ) 「1」持続的吸引を行うものの算定は, 原則として認められない。

117. 耳処置の算定

- ① 次の場合の滲出性中耳炎に対する J095 耳処置の算定は, 原則として認められる。  
 (1)鼓膜切開後, 鼓膜穿孔あり又はチュービング中若しくはチュービング後の場





合、(2)鼓膜穿刺後の場合

- ② 次の傷病名に対する J095 耳処置の算定は、原則として認められない。

(1)滲出性中耳炎(①の場合を除く)、(2)耳閉感、(3)耳垂腫瘍、(4)耳鳴症、(5)(感音)難聴、(6)耳痛症、(7)めまい症、(8)軟耳垢

## 【手術】

### 118. 碎石用バスケットカテーテルの算定がない場合の内視鏡的胆道結石除去術又は内視鏡的乳頭切開術の胆道碎石術を伴うものの算定

胆道結石除去用カテーテルの碎石用バスケットカテーテルの算定がなく、次の詳記\*もない場合の K685 内視鏡的胆道結石除去術「1」胆道碎石術を伴うもの又は K687 内視鏡的乳頭切開術「2」胆道碎石術を伴うものの算定は、原則として認められない。  
\*電気水圧衝撃波、超音波、碎石用把持鉗子等により結石を破碎した等の内容

### 119. 長期留置型腹膜透析用カテーテルの抜去の手技料

長期留置型腹膜透析用カテーテルの抜去の手技料は、原則として K000 創傷処理「1」筋肉、臓器に達するもの(長径5cm未満)の算定とする。したがって、K631 腹壁瘻手術「2」腹腔に通ずるものの算定は認められない。

### 120. 創傷処理の算定②

次の部位に対する K000 創傷処理(筋肉、臓器に達するもの)の算定は、原則として認められる。

(1)頭部、(2)眼瞼

### 121. 開胸又は開腹術後の出血に対する手術翌日以降等の試験開胸術又は試験開腹術の算定

- ① 開胸又は開腹術後の出血に対する手術当日の K488 試験開胸術又は K636 試験開腹術の算定は、原則として認められない。  
② 開胸又は開腹術後の出血に対する手術翌日以降の K488 試験開胸術又は K636 試験開腹術の算定は、原則として認められる。

### 122. ペリプラストPコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定

- ① 次の手術時のペリプラストPコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定は、原則として認められる。

(1)硬膜切開を伴う開頭術又は脊髄手術、(2)弁形成術(1弁)、(3)腹腔鏡下手術

- ② 次の手術時等のペリプラストPコンビセット組織接着用又はボルヒール組織接着用の算定は、原則として認められない。

(1)指創傷処理、指創傷処置時、(2)乳房切除術時

### 123. 骨移植術(軟骨移植術を含む)の算定

同一手術野の局所骨からの採取に対する K059 骨移植術(軟骨移植術を含む)の算定は、原則として認められる。

### 124. 骨セメント(人工関節固定用)の算定

次の手術時の 079(2)骨セメント(人工関節固定用)の算定は、原則として認められる。

(1)人工骨挿入術、(2)人工関節置換術後の二次感染に対する手術

## 【麻酔】

### 125. 笑気ガスの使用量

閉鎖循環式全身麻酔時の笑気ガスの使用量は、原則として1分間当たり4Lまで認められる。

## 【検査】

### 126. 同一日の糞便中ヘモグロビン定性等の2回の算定

同一日における2検体での D003「5」糞便中ヘモグロビン定性、D003「7」糞便中ヘモグロビン又は D003「8」糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量の2回の算定は、原則として認められる。

### 127. ロタウイルス感染に対するロタウイルス抗原定性(糞便)等の算定

ロタウイルス感染に対する D012 感染症免疫学的検査「8」ロタウイルス抗原定性(糞便)又は D012 感染症免疫学的検査「8」ロタウイルス抗原定量(糞便)の算定は、原則として年齢にかかわらず認められる。

### 128. 超音波検査(断層撮影法)(その他)のパルスドプラ法加算の算定

- ① 頸動脈又は内頸動脈狭窄症(疑いを含む)に対する D215 超音波検査(断層撮影法)(その他)のパルスドプラ法加算の算定は、原則として認められる。  
② 頸動脈又は内頸動脈狭窄症(疑いを含む)のない、次の基礎疾患に対するスクリーニング検査としての D215 超音波検査

査(断層撮影法)(その他)のパルスドプラ加算の算定は、原則として認められない。

基礎疾患: 高血圧症、脂質異常症、糖尿病、虚血性脳疾患

### 129. 敗血症疑いでのプロカルシトニン(PCT)定量等の算定

敗血症疑いでの D007 血液化学検査「58」プロカルシトニン(PCT)半定量又はプロカルシトニン(PCT)定量の算定は、細菌培養同定検査(血液)がない場合でも原則として認められる。

### 130. B型肝炎に対する食道ファイバースコピーの算定

B型肝炎〔食道静脈瘤(疑い含む)がない場合〕に対する D306 食道ファイバースコピーの算定は、原則として認められない。

### 131. 胆汁酸の算定

次の傷病名に対する D007「13」胆汁酸の算定は、原則として認められない。

(1)高血圧症、(2)高脂血症

### 132. 抗SS-A/Ro抗体定性等の算定

- ① シェーグレン症候群(疑い含む)に対する D014「15」抗SS-B/La抗体定性等<sup>\*1</sup>及び D014「16」抗SS-A/Ro抗体定性等<sup>\*2</sup>の算定は、原則として認められる。

- ② 次の傷病名に対する D014「15」抗SS-B/La抗体定性等<sup>\*1</sup>の算定は、原則として認められない。

(1)膠原病、(2)強皮症、(3)全身性エリテマトーデス疑い

- ③ 次の傷病名に対する D014「16」抗SS-A/Ro抗体定性等<sup>\*2</sup>の算定は、原則として認められない。

(1)膠原病、(2)強皮症

(※1) D014「15」抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量又は抗SS-B/La抗体定量

(※2) D014「16」抗SS-A/Ro抗体定性、抗SS-A/Ro抗体半定量又は抗SS-A/Ro抗体定量

### 133. BNPの連月算定

心不全の確定病名に対する D008「20」BNPの連月の算定は、原則として認められる。

### 134. HbA1cの算定

糖尿病の傷病名のない場合の、次の傷病

名に対する D005「9」HbA1c の算定は、原則として認められない。

(1)成長ホルモン分泌不全性低身長症、(2)ターナー症候群、(3)腎臓疾患、(4)下垂体疾患、(5)低血糖（疑い含む）

### 135. グリコアルブミンの算定

糖尿病の傷病名のない場合の、次の傷病名に対する D007「17」グリコアルブミンの算定は、原則として認められない。

(1)下垂体疾患、(2)ターナー症候群、(3)低身長

### 136. 葉酸の算定

① 次の傷病名に対する D007「41」葉酸の算定は、原則として認められる。

(1)大球性貧血、(2)巨赤芽球性貧血（疑い含む）、(3)葉酸欠乏症

② 次の傷病名に対する D007「41」葉酸の算定は、原則として認められない。

(1)甲状腺機能亢進症（疑い含む）、(2)溶血性貧血（疑い含む）、(3)汎血球減少症（疑い含む）

### 137. 20歳以上の屈折異常に対する初診時の精密眼圧測定の算定

20歳以上の屈折異常（近視・遠視・混合乱視・近視性乱視・遠視性乱視）に対して、初診時の D264 精密眼圧測定の算定は原則として認められる。

### 138. シスタチン C の算定

① 次の傷病名に対する D007「30」シスタチン C の算定は、原則として認められる。

(1)腎機能低下（疑い含む）、(2)慢性腎炎、(3)腎不全の疑い、

② 次の傷病名に対する D007「30」シスタチン C の算定は、原則として認められない。

(1)末期腎不全、(2)腎不全（透析施行中）

### 139. 高脂血症又は脂質異常症に対するアポリポ蛋白等の算定

高脂血症又は脂質異常症に対する次の検査の算定は、原則として認められる。

- (1) D007「10」アポリポ蛋白
- (2) D007「15」リポ蛋白分画
- (3) D007「21」リポ蛋白分画（PAG ディスク電気泳動法）
- (4) D007「34」リポ蛋白分画（HPLC 法）

### 140. 高脂血症疑い又は脂質異常症疑い

### に対するアポリポ蛋白等の算定

高脂血症疑い又は脂質異常症疑いに対する次の検査の算定は、原則として認められない。

- (1) D007「10」アポリポ蛋白
- (2) D007「15」リポ蛋白分画
- (3) D007「21」リポ蛋白分画（PAG ディスク電気泳動法）
- (4) D007「34」リポ蛋白分画（HPLC 法）
- (5) D007「26」リポ蛋白（a）
- (6) D007「43」レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP-C）

### 141. Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体の算定

① 次の傷病名に対する D007「48」Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体の算定は、原則として認められる。

(1)慢性肝炎、(2)アルコール性肝炎、(3)非アルコール性脂肪性肝炎、(4)原発性胆汁性胆管炎、(5)自己免疫性肝炎、(6)ヘモクロマトーシス、(7)ウイルソン病、(8)特発性門脈圧亢進症、(9)肝硬変

② 次の傷病名に対する D007「48」Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体の算定は、原則として認められない。

(1)肝機能障害・肝障害（疑い含む）、(2)脂肪肝（疑い含む）、(3)急性肝炎（疑い含む）、(4)肝臓疑い、(5)ヘモクロマトーシス疑い、(6)ウイルソン病疑い、(7)特発性門脈圧亢進症疑い

### 142. 標準純音聴力検査の算定

① 次の傷病名に対する D244 自覚的聴力検査「1」標準純音聴力検査の算定は、原則として認められる。

(1)難聴（疑い含む）、(2)感音性難聴（疑い含む）、(3)突発性難聴、(4)中耳炎、(5)めまい、(6)耳管狭窄症、(7)メニエール病、(8)内リンパ水腫、(9)顔面神経麻痺

② 3歳未満の患者に対する D244 自覚的聴力検査「1」標準純音聴力検査の算定は、原則として認められない。

### 143. 自記オージオメーターによる聴力検査の算定

① 次の傷病名に対する D244 自覚的聴力検査「1」自記オージオメーターによる聴力検査の算定は、原則として認められる。

(1)難聴、(2)突発性難聴、(3)メニエール病

② 3歳未満の患者に対する D244 自覚的聴力検査「1」自記オージオメーターに

よる聴力検査の算定は、原則として認められない。

### 144. 簡易聴力検査の算定

① 次の傷病名に対する D244 自覚的聴力検査「3」簡易聴力検査「イ」気導純音聴力検査の算定は、原則として認められる。

(1)難聴、(2)突発性難聴、(3)中耳炎、(4)めまい、(5)耳管狭窄症、(6)メニエール病、(7)顔面神経麻痺

② 次の傷病名に対する D244 自覚的聴力検査「3」簡易聴力検査「ロ」その他（種目数にかかわらず一連につき）の算定は、原則として認められる。

(1)難聴、(2)突発性難聴、(3)中耳炎、(4)めまい、(5)耳管狭窄症、(6)メニエール病、(7)顔面神経麻痺

### 145. 内耳機能検査の算定

① 次の傷病名に対する D244 自覚的聴力検査「5」内耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）の算定は、原則として認められる。

(1)難聴、(2)突発性難聴、(3)メニエール病

② 次の傷病名に対する D244 自覚的聴力検査「5」内耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）の算定は、原則として認められない。

(1)中耳炎、(2)耳管狭窄症、(3)顔面神経麻痺

### 146. 耳鳴検査の算定

① メニエール病に対する D244 自覚的聴力検査「5」耳鳴検査（種目数にかかわらず一連につき）の算定は、原則として認められる。

② 次の傷病名に対する D244 自覚的聴力検査「5」耳鳴検査（種目数にかかわらず一連につき）の算定は、原則として認められない。

(1)中耳炎、(2)耳管狭窄症、(3)顔面神経麻痺

### 147. 原発性胆汁性胆管炎に対するα-フェトプロテイン（AFP）の算定

原発性胆汁性胆管炎（原発性胆汁性肝硬変）に対する D009 の「3」α-フェトプロテイン（AFP）の算定は、原則として認められる。

### 【画像診断】

### 148. CT 撮影時にイオトロクス酸を用い



**て造影した場合の造影剤使用加算 (CT) の算定**

CT撮影時にイオトロクス酸（ピリスコピン点滴静注50）を用いて造影した場合の造影剤使用加算（CT）の算定は、原則として認められる。

**149. 脳梗塞の診断時における CT 撮影と MRI 撮影の併算定**

脳梗塞の診断時における E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）「1」CT撮影と E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の併算定は、原則として認められる。

**【放射線治療】****150. ガンマナイフによる定位放射線治療の算定回数**

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療について、3か月未満の複数回の算定は、原則として認められない。

**151. 直線加速器による放射線治療の算定回数**

M001-3 直線加速器による放射線治療について、3か月未満の複数回の算定は、原則として認められない。

**【食事】****152. 特別食加算の算定**

- ① 次の傷病名等に対する特別食加算の算定は、原則として認められる。
  - (1) 胃癌術後、(2) 直腸癌術後、(3) 大腸内視鏡検査時
- ② 次の傷病名等に対する特別食加算の算定は、原則として認められない。
  - (1) 虫垂切除術後、(2) 胆嚢摘出術後、(3) 不整脈

**令和6年5月31日(第12回:39事例)****【検査】****153. Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体等の算定間隔**

次の検査の算定は、原則として3か月に1回認められる。

- (1) D007「36」IV型コラーゲン
- (2) D007「37」プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド(P-Ⅲ-P)
- (3) D007「40」IV型コラーゲン・7S
- (4) D007「43」ヒアルロン酸
- (5) D007「48」Mac-2結合蛋白糖鎖修

飾異性体

**154. 初回受診時の心不全に対するBNPの算定**

- ① 初回受診時の基礎疾患のない心不全に対するD008「20」BNPの算定は、原則として認められる。
- ② 初回受診時の胸部レントゲン撮影や心臓超音波検査の算定がない心不全に対するD008「20」BNPの算定は、原則として認められる。

**155. 肺炎等に対するクラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体等の算定**

クラミジア感染症の記載がない次の傷病名に対するD012「9」クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体、D012「10」クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体又はD012「27」クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体の算定は、原則として認められない。

- (1) 肺炎（疑い含む）、(2) 肺結核、(3) 慢性閉塞性肺疾患、(4) 急性上気道炎、(5) 急性気管支炎、(6) 急性副鼻腔炎、(7) 気管支喘息

**156. トキソプラズマ抗体とトキソプラズマIgM抗体の併算定**

次の傷病名等に対するD012「14」トキソプラズマ抗体と「15」トキソプラズマIgM抗体の併算定は、原則として認められる。

- (1) 先天性トキソプラズマ症疑い
- (2) 胎児のトキソプラズマ症が疑われた妊婦
- (3) トキソプラズマ感染妊婦からの出生児

**157. 抗Sm抗体定性等の算定**

- ① 全身性エリテマトーデス（疑い含む）に対するD014「12」抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量又は抗Sm抗体定量の算定は、原則として認められる。
- ② 関節リウマチの疑いに対するD014「12」抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量又は抗Sm抗体定量の算定は、原則として認められない。

**158. TARCと非特異的IgE半定量又は非特異的IgE定量の併算定**

D015「19」TARCと「10」非特異的IgE半定量又は「10」非特異的IgE定量の併算定は、原則として認められる。

**159. インフルエンザウイルス抗原定性の算定**

インフルエンザの診断確定後に対するD012「22」インフルエンザウイルス抗原定性の算定は、原則として認められない。

**【画像診断】****160. 各種癌に対するMRI撮影の算定**

次の傷病名（各種癌）に対するE202磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の算定は、原則として認められる。

- (1) 乳癌（疑い含む）、(2) 悪性腫瘍確定患者、(3) 前立腺癌疑い

**161. 狭心症、心筋梗塞に対する冠動脈CT撮影又はMRI撮影の算定**

次の傷病名に対する冠動脈CT撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の算定は、原則として認められる。

- (1) 狭心症、(2) 心筋梗塞

**162. 関節リウマチに対するMRI撮影の算定**

関節リウマチ（初診時・経過観察時）に対するE202磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（四肢）の算定は、原則として認められる。

**【投薬】****163. 急性気管支炎等に対するアズレンスルホン酸ナトリウム水和物（口腔用に限る）の算定**

次の傷病名に対するアズレンスルホン酸ナトリウム水和物（口腔用に限る）の算定は、原則として認められない。

- (1) 急性気管支炎、(2) 慢性気管支炎

**164. リトドリン塩酸塩の算定**

次の傷病名に対するリトドリン塩酸塩【内服薬・注射薬】（ウテメリン等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 骨盤位、(2) 前期破水（子宮内感染症を伴う場合を含む）

**165. ベタメタゾン吉草酸エステル等の算定**

次の傷病名に対するベタメタゾン吉草酸エステル（リンデロン-V軟膏0.12%）の算定は、原則として認められない。

- (1) じんま疹、(2) 慢性じんま疹、(3) 乾皮症、皮脂欠乏症

**166. ジフロラゾン酢酸エステル又はフルオシノニドの算定**

次の傷病名に対するジフロラゾン酢酸エステル（ダイアコート軟膏 0.05%）又はフルオシノニド（トブシム軟膏 0.05%）の算定は、原則として認められない。

- (1) じんま疹, (2) 慢性じんま疹

**167. オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン等の算定**

次の傷病名に対するオキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン（テラ・コートリル軟膏）又はベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩（ベトネベートN軟膏）の算定は、原則として認められない。

- (1) じんま疹, (2) 慢性じんま疹

**168. ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩の算定**

次の傷病名に対するベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩（リンデロン-VG軟膏 0.12%）の算定は、原則として認められない。

- (1) じんま疹, (2) 慢性じんま疹, (3) せつ, (4) 乾皮症, 皮脂欠乏症

**169. フラジオマイシン硫酸塩・ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ジフェンヒドラミン塩酸塩配合軟膏の算定**

次の傷病名に対するフラジオマイシン硫酸塩・ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ジフェンヒドラミン塩酸塩配合軟膏（強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏）の算定は、原則として認められない。

- (1) じんま疹, (2) 慢性じんま疹

**170. ポビドンヨード含嗽剤及びデカリニウム塩化物の算定①**

次の傷病名に対する含嗽剤及びデカリニウム塩化物（SP トローチ）の算定は、原則として認められない。

- (1) 気管支炎, (2) 肺炎, (3) 副鼻腔炎, (4) アレルギー性鼻炎, 花粉症

**171. 裂肛に対するジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン配合の算定**

他の痔疾患のない裂肛に対するジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン配合（ネリザ軟膏等）の算定は、原則として認められない。

**172. 急性上気道炎等に対するトスフロキサシントシル酸塩水和物【小児用】の算定**

次の傷病名に対するトスフロキサシントシル酸塩水和物【小児用】（オゼックス錠 小児用等）の算定は、小児・成人ともに原則として認められない。

- (1) 急性上気道炎, (2) 術後感染症

**173. ベタメタゾン・d-ークロルフェニラミンマレイン酸塩配合の算定**

次の傷病名に対するベタメタゾン・d-ークロルフェニラミンマレイン酸塩配合（セレスタミン配合錠等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 急性気管支炎, (2) 急性上気道炎, 扁桃炎, 鼻咽頭炎, 感冒, (3) 慢性上気道炎, (4) 副鼻腔炎, (5) 鼻炎, (6) 化膿性中耳炎, (7) 滲出性中耳炎, (8) アレルギー性結膜炎

**【注射】**

**174. 濃グリセリン・果糖注射液の算定①**

次の傷病名等に対する濃グリセリン・果糖注射液（グリセオール注等）の算定は、原則として認められない。

- (1) めまい症, (2) 感音難聴, (3) 突発性難聴, (4) 慢性透析施行時（透析不均衡症候群なし）

**175. アセトアミノフェン静注液又はトラマドール塩酸塩注射液とフルルピプロフェン アキセチルの併用投与**

次の薬剤に対するフルルピプロフェン アキセチル（ロピオン静注）の併用投与は、原則として認められる。

- (1) アセトアミノフェン静注液（アセリオ静注液）, (2) トラマドール塩酸塩注射液（トラマール注）

**176. 脳梗塞に対するエダラボン注射液とオザグレルナトリウム注射液等の併用投与**

脳梗塞に対する次の薬剤の併用投与は、原則として認められる。

- (1) エダラボン注射液（ラジカット注等）とオザグレルナトリウム注射液（カタクロット注射液等）  
(2) エダラボン注射液（ラジカット注等）とアルガトロバン水和物注射液（ノバスタン HI 注等）

**【リハビリテーション】**

**177. 運動器リハビリテーション料の算定**

- ① 関節拘縮の傷病名がある場合の K476 乳腺悪性腫瘍手術後の H002 運動器リハビリテーション料の算定は、原則として認められる。
- ② 腋窩部郭清等を伴う次の K476 乳腺悪性腫瘍手術後の H002 運動器リハビリテーション料の算定は、原則として関節拘縮の傷病名がない場合であっても認められる。
- (1) 「4」乳房部分切除術〔腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む）〕  
(2) 「5」乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの  
(3) 「6」乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの  
(4) 「7」拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）  
(5) 「9」乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）
- ③ 腋窩部郭清等を伴わない次の K476 乳腺悪性腫瘍手術後の H002 運動器リハビリテーション料の算定は、原則として関節拘縮の傷病名がない場合は認められない。
- (1) 「1」単純乳房切除術（乳腺全摘術）  
(2) 「2」乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）  
(3) 「3」乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）  
(4) 「8」乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）

**【処置】**

**178. 皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）の算定**

- ① 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）の算定は、原則として認められる。
- (1) 挫創, (2) 挫滅創, (3) 褥瘡, (4) 皮膚潰瘍, (5) 表皮剝離, (6) 熱傷・凍傷（Ⅱ度以上）, (7) 擦過創
- ② 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用）の算定は、原則として認められない。
- (1) 熱傷・凍傷（Ⅰ度）, (2) 挫傷

**179. 皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）の算定**





- ① 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）の算定は、原則として認められる。  
 (1) 挫創, (2) 挫滅創, (3) 褥瘡, (4) 皮膚潰瘍
- ② 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用）の算定は、原則として認められない。  
 (1) 熱傷・凍傷（Ⅰ度）, (2) 擦過傷, (3) 挫傷, (4) 搔創

**180. 皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）の算定**

- ① 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）の算定は、原則として認められる。  
 (1) 挫滅創, (2) 褥瘡
- ② 次の創傷等に対する皮膚欠損用創傷被覆材（筋・骨に至る創傷用）の算定は、原則として認められない。  
 (1) 擦過傷, (2) 挫傷, (3) 熱傷・凍傷（Ⅰ度）, (4) 擦過創, (5) 刺創, (6) 搔創, (7) 表皮剝離

**181. 乳癌手術後の創部体液貯留に対する乳腺穿刺の算定**

乳癌手術後の創部体液貯留に対する J014 乳腺穿刺の算定は、原則として認められない。

**【手術】**

**182. 挫創に対するデブリードマン加算の算定**

挫創に対する K000 創傷処理及び K000-2

小児創傷処理（6歳未満）のデブリードマン加算の算定は、レセプトの記載上、汚染について明示されていない場合であっても、原則として認められる。

**183. 創傷処理の算定①**

次の創傷等に対する K000 創傷処理の算定は、原則として認められる。  
 (1) 挫創, (2) 裂創（裂傷を含む）, (3) 切創, (4) 挫滅創, (5) 割創, (6) 手術創離開, (7) 術後二次感染（感染創を洗浄した手術創）, (8) 褥瘡。

なお、挫傷に対する K000 創傷処理の算定は、原則として認められない。

**184. 骨折非観血的整復術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）の算定**

肋骨骨折に対する K044 骨折非観血的整復術「3」鎖骨、膝蓋骨、手、足その他の算定は、原則として認められない。

**185. 開頭による頭蓋内手術翌日以降の試験開頭術の算定**

開頭による頭蓋内手術翌日以降の術後血腫（血腫除去）に対する K148 試験開頭術の算定は、原則として認められる。

**186. 大伏在静脈抜去術の算定**

下肢静脈瘤に対する K617-2 大伏在静脈抜去術について、大伏在静脈瘤の傷病名や大伏在静脈を抜去した旨の詳記等がない場合であっても、原則として認められる。

**187. 内視鏡的膵管ステント留置術の算定**

ERCP（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）後

膵炎予防の K708-3 内視鏡的膵管ステント留置術の算定は、原則として認められない。

**188. 膵疾患がない場合の内視鏡的膵管ステント留置術と同日の内視鏡的乳頭切開術等の算定**

膵疾患がない場合の次の手術と同日の K708-3 内視鏡的膵管ステント留置術の算定は、原則として認められない。

- (1) K687 内視鏡的乳頭切開術, (2) K688 内視鏡的胆道ステント留置術

**189. 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の再算定**

外来において、前回手術日から2週間未満での K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の再算定は、原則として認められない。

前回手術日から1か月以上経過している K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の再算定は、原則として認められる。

**【麻酔】**

**190. 閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術時における眼軟膏剤の算定**

閉鎖循環式全身麻酔を伴う眼科手術以外の手術時における眼軟膏剤（タリビッド眼軟膏等）の算定は、原則として認められない。

**【病理診断】**

**191. 虫垂炎に対する病理組織標本作製の算定**

虫垂炎に対する N000 病理組織標本作製の算定は、原則として年齢にかかわらず認められる。

**事**

**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1日、17日  
 保険局医療課事務連絡

【解説】2024年3月5日の改定関連告示や通知、同27日の改定関連通知に関する訂正の事務連絡が発出されました。

**事務連絡（令和6年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、（以下略）  
 （令6保医発0305・4、令6.5.1事務連絡）

(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、（以下略）  
 （令6保医発0305・4、令6.5.1事務連絡）

(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）

（令6保医発0305・4、令6.5.1事務連絡）

(p.446 右段下から28行目、下線部訂正)

**→基本診療料に含まれる検査**

第1節及び第3節に掲げられていない検査で簡単な検査は、（中略）

(3) 眼科検査のうち斜照法、徹照法、細隙灯検査（ルーペ式）、機器を使用しない眼圧測定検査（以下略）  
 （令6保医発0305・4、令6.5.1事務連絡）

(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、(以下略) (令 6 保医発 0305・4, 令 6.5.1 事務連絡)

(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 総合周産期特定集中治療室管理料の「2」(以下略)

(令 6 保医発 0305・4, 令 6.5.1 事務連絡)

(p.533 右段最下行, 下線部訂正)

→**汎網膜硝子体検査**

増殖性網膜炎, 網膜硝子体界面症候群又は硝子体混濁を伴うぶどう膜炎の患者に対して、散瞳剤を使用し、細隙灯顕微鏡及び特殊レンズを用いて (以下略)

(令 6 保医発 0305・4, 令 6.5.1 事務連絡)

(p.536 右段下から 27 ~ 19 行目, 下線部訂正)

→**細隙灯顕微鏡検査 (前眼部)**

- (1) 細隙灯顕微鏡検査 (前眼部) とは、細隙灯顕微鏡を用いて行う前眼部及び透光体の検査をいうものであり、D257 細隙灯顕微鏡検査 (前眼部及び後眼部) と併せて算定できない。
- (2) 細隙灯を用いた場合であって、(中略)
- (3) 細隙灯顕微鏡検査 (前眼部) を行った後、(以下略)

(令 6 保医発 0305・4, 令 6.5.1 事務連絡)

(p.538 左段 24 行目, 下線部訂正)

→**コンタクトレンズ検査料**

- (5) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して (中略) 汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査, 細隙灯顕微鏡検査 (前眼部及び後眼部) 並びに眼底カメラ撮影を実施し、(以下略)

(令 6 保医発 0305・4, 令 6.5.1 事務連絡)

(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。

(令 6 保医発 0305・4, 令 6.5.1 事務連絡)

(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 4 月 3 日老発第 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。(以下略)

(令 6 保医発 0305・4, 令 6.5.1 事務連絡)

(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(11)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。

(令 6 保医発 0305・4, 令 6.5.1 事務連絡)

(p.817 右段最下行, 下線部訂正)

→**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、(以下略)

(令 6 保医発 0305・4, 令 6.5.1 事務連絡)

(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 総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者であって、(以下略)

(令 6 保医発 0305・4, 令 6.5.1 事務連絡)

(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 左段 ~ p.1109 右段, p.1110 ~ p.1111, p.1118 ~ p.1119, 下線部訂正・追加)

**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, 消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から 30 日を超えて実施するものに限る)

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 (DESIGN-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、消化管瘻又は急性肺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（DESIGN-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。(中略)
- (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〕があつてはならない。

(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。(以下略)

(p.1202 右段下から25～24行目、下線部訂正)

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。(以下略)

(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。(以下略)

(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。(以下略)

(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。(以下略)

(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(以下略)

(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。(中略)

**【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、(以下略)

(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患者の看護等に当たる者が、(以下略)

(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、下線部訂正)

**→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、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、(中略)

(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、(以下略)

(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」、(以下略)

(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」、(以下略)

(p.1467 右段下から 23 行目、下線部訂正)

**別表第1 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患**

(p.1488 右段 2 行目、下線部訂正)

**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**

がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算(中略)

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

(p.1489 左段下から 15 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)**

外来緩和ケア管理料(中略)

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)

(p.1508 右欄 18 行目、下線部訂正)

3 短期入所療養介護	次に掲げる療養
[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	1 次に掲げる療養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.1523 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の別紙1中、「O100 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」と「O101 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」の、「2. 入院中の患者」の「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」列、下線部訂正)





「一」→「×」に

(p.1525 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の別紙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～下から13行目、下線部訂正・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って、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の使用に関する事項

- (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。保険薬局にあっては、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保険適用期間中(中略)

- (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、(中略)
- (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、(中略)
- (9) 本制度に基づき、(以下略)

(p.1570 右段18～下から18行目、下線部訂正・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、(中略)
- (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、(中略)
- (9) 本制度に基づき、(以下略)

(p.1638, 下から1枠目「A205の1 救急医療管理加算1」, 下線部を「820101048」の下に挿入)

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
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)であって、酸素投与後の場合におけるFIO2の値(%)

(p.1640, 1枠目「A205の2 救急医療管理加算2」, 下線部を「820101054」の下に挿入)

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
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FIO2の値(%)

(p.1641, 下から1枠目「A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算」, 下線部訂正。「左記コードによるレセプト表示文言」列、「エ」以下も同じ訂正。p.1642, 2枠目「A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算」の「左記コードによるレセプト表示文言」列も同じ訂正)

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算	個室管理を必要とする原因となった感染症について、記載する。	820101088	イ 鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く)[個室加算(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)

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
G	在宅療養指導管理料	<del>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。</del>	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」, 「85210008」の列に下線部を挿入)

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
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)

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
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)

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
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(令和6年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(新生児集中治療室管理料を算定するものに限る)、新生児治療回復室入院医療管理料、精神科救急急性期医療入院料、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。

(令6保医発0305・4, 令6.5.17事務連絡)

(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、(以下略)(令6保医発0305・4, 令6.5.17事務連絡)

(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(中略)

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(ウ及びエの規定により計算対象から除外するものを除く)

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(在棟中又は入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(ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く)について、以下の①の総和を②の総和で除したもの(以下「リハビリテーション実績指数」という)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。

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

[計算例](中略)

ウ 在棟中又は入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入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。(中略)

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(基本診療料の施設基準等別表第9に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」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、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、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、(中略)

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。(以下略) (令6保医発0305・4、令6.5.17事務連絡)

(p.267 左段 23, 24 行目, 下線部訂正)

(B001 特定疾患治療管理料)

## 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

(11) 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)に準じるものとする。(以下略) (令6保医発0305・4、令6.5.17事務連絡)

(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, 下線部訂正)

### →1 通則

- (3) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当している。
- ア 以下のいずれかを満たしている。
- (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, 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)又は(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

直近3月間の当該保険医療機関(中略)

(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」の図, 8行目「例3」の図, 下線部訂正)

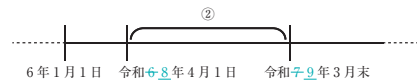
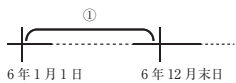
第2 届出に関する手続き

4 届出に当たっては, (中略)

(10) 胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術, 腹腔鏡下胃瘻造設術)及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

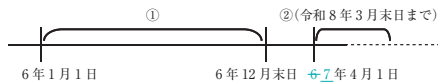
例1: イ (イ) による届出の場合

・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(令和6年5月30日)

(p.502 右段 28 行目の次に挿入)

→ヘリコバクター・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。(令6保医発0305・4, 令6.5.31事務連絡)

(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, (中略)

(二) (ハ) の場合において, (中略)

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

(令6保医発0305・4, 令6.5.31事務連絡)

(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, (中略)

b 経皮的血栓除去用・破砕吸引型及び脳血栓除去用は, (中略)

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, (中略)

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) 急性期一般入院料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, 下線部訂正)

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(中略)

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<sup>等</sup>で公開するとともに, (以下略)

(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<sup>度</sup>の4月1日から翌々年の3月末日まで(以下略)

(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期脳卒中加算〔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, 下線部訂正)

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(療養病棟入院料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料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.1480 左段下から 14 行目, 下線部訂正)

**第 2 届出に関する手続き**

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、(中略)

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)

**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 (以下略)

(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

(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, 下から 2 枠目「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」下線部訂正)

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
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	「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」別添 1 第 2 章第 2 部 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②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、③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 M 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 M
			820100635	(略)
			820100636	(略)
			820100637	(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)			

告 通

使用薬剤の薬価（薬価基準）及び特掲診療料の施設基準等の一部改正等／使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等

令和6年5月31日  
告示第207号，保医発0531第1号

【解説】使用薬剤の薬価（薬価基準）及び特掲診療料の施設基準等の一部改正等告示と、それに伴う関連通知の一部改正通知が発出され、6月1日から適用されます。

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正（告示第207号第1条）

(p.1575 右段20行目，下線部訂正)

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

特掲診療料の施設基準等の一部改正（告示第207号第2条）

(p.1471 左段20行目，下線部訂正)

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

インスリン製剤

(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

療担規則及び薬担規則並びに療担基準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(保医発0531第1号)

(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、ペグインターフェロンアルファ製剤（ロペ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。

(令6保医発0305・4，0531・1)

(p.437 右段6～7行目，下線部訂正)

→薬剤

(1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤……オゾラリズマブ製剤，トラロキヌマブ製剤，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，ドパミン塩酸塩製剤，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

(令6保医発0305・4，0416・21，0531・1)

(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)

告

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

令和6年5月31日  
告示第208号

【解説】先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の告示が更新されました。6月1日からの適用です。

(p.1603 左段下から26～22行目，削除)

5 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ヒドグレル

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 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）〕



事

医療機関等の窓口におけるマイナンバーカードの取扱い

令和6年4月10日  
保険局医療介護連携政策課事務連絡

【解説】医療機関等の窓口におけるマイナンバーカードの取扱いについてのQAが出されました。

**問** 医療機関・薬局において、マイナンバーカードの表（おもて）面の情報を確認するために、一時的に患者のマイナンバーカードを預かることや、その表面をコピーして、管理しておくことは可能か。また、具体的にどのようなケースで、こうした対応を行うことが想定されるか。

**答** ○ マイナンバーカードによる資格確認を行った際、保険請求の実施に必要な範囲内で、患者本人の了解の上、マイナンバーカードの表面に印字された患者の氏名・住所等の情報を確認する

ことや、そのために一時的に医療機関・薬局の職員が患者のマイナンバーカードを預かることやその表面をコピーして保管することは差し支えない。

- このとき、医療機関・薬局の職員が、意図せずにマイナンバーカードの裏面に記載されたマイナンバーを見てしまうことは、法令上問題にならないが、マイナンバーカードの裏面に記載されたマイナンバーを書き写したり、裏面のコピーを取ったりすることはできない。
- なお、マイナンバーカードの表面を確認する場面としては、具体的に、
  - ・マイナンバーカードによるオンライン資格確認を実施した際、氏名・住所等に旧字等が含まれているため、

黒丸「●」で表示され、正確な表記を確認する場合

- ・何らかの事情により、マイナンバーカードによるオンライン資格確認やその他の方法による資格情報の確認を行うことができず、患者から被保険者資格申立書の提出を受け、マイナンバーカードの表面の情報を把握する必要がある場合
- ・暗証番号認証等を行う際、明らかに本人であることに疑いがあり、マイナンバーカードの表面の写真を確認する場合  
等が想定される。
- 上記の取扱いについては、デジタル庁と協議済みである。



事

医療機関等の窓口におけるオンライン資格確認等システムによる照会の取扱いに関する疑義解釈資料の送付

令和6年4月17日  
保険局医療課事務連絡

【解説】医療機関等の窓口におけるオンライン資格確認等システムによる照会について、その取扱いに関する疑義解釈が出されました。

問 令和3年10月のオンライン資格確認等システムの本格運用開始以後、既に保険医療機関等において把握されている被保険者番号等により、オンライン資格確認等システムに照会を行い、その資格が有効であることを確認することも可能になっているが、診察券等で受診等する患者について、オンライン資格確認等システムへ照会し、受給資格の確認を行う場合は、マイナンバーカード又は現行の健康保険証による資格確認を省略する取扱いが可能か。

- 答 ○ 受給資格の確認は、受診等の都度、患者本人が提示した情報に基づく資格確認を行う必要があることから、
- ① 患者がマイナンバーカードを利用して電子資格確認を受ける
  - ② 患者が保険医療機関等に現行の健康保険証を提出する
- のいずれかにより行うことが基本である。

る。

- このため、その月の全ての受診等において保険医療機関等が発行した診察券等の提示のみを求め、オンライン資格確認等システムへの照会をもって受給資格の確認を行ったとする運用は、受診等の際に患者本人が提示した情報に基づく資格確認を行っていない点で十分とは言えず、適切な対応とは言えない。
- ただし、令和6年12月2日以降、健康・医療情報の確認が可能となるマイナンバーカードによる受診等が基本となることを踏まえ、現在、保険医療機関等においては、マイナンバーカードと診察券等との一体化、マイナンバーカードによる受診等を前提とした動線・事務フローの見直しを進めているところであるが、現時点においてはその途上にあることや、保険医療機関等の現場における実態を勘案すれば、レセプト請求の単位である月に一度以上、マイナンバーカードによる電子資格確認又は現行の健康保険証の提示が行われ、

・それ以外の受診等時にあつては、動線等の事情からやむを得ない場合であつて、保険医療機関等において管理している被保険者番号等を基にオンライン資格確認等システムに照会して資格が有効であると確認できたときは、改めてマイナンバーカードの利用又は現行の健康保険証の提示を求めないとする運用は、マイナンバーカードを活用した医療DXが進展するまでの移行期間においては、やむを得ない対応と解される。

なお、こうした移行期間の対応は、あくまで暫定的なものであり、今後、現行の健康保険証が廃止されること、電子処方箋の普及等が見込まれることを踏まえると、できるだけ早期に、現行の健康保険証から健康・医療情報の活用が可能となるマイナンバーカードへの移行が実現できるよう、患者に受診の都度マイナンバーカードを持参いただくよう働きかけることについて御協力いただきたい。

事

令和6年度における外来データ提出加算等の取扱い

令和6年4月30日  
保険局医療課事務連絡

【解説】2024年度における「外来データ提出加算等」に係る具体的な手続き等の取扱いが発出されました。

1 外来データ提出加算等の届出を希望する保険医療機関の手続き

- (1) 必要な届出等の流れ
  - ① 当該保険医療機関は、施設基準通知に定める様式7の10を、令和6年5月20日、8月20日、11月20日又は令和7年2月20日までに地方厚生(支)局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出る。なお、複数の外来データ提出加算等の届出を希望する場合は、該当する項目にチェックし届け出る。
  - ② 様式7の10の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分(当該届出の期限が令和7年2月20日である場合のみ、当該届出の期限となつて

いる月を含む2月分)の試行データを作成し、外来医療等調査事務局に提出する。なお、厚生労働省保険局医療課(以下「保険局医療課」という)が様式7の10を受領した後、外来医療等調査事務局より試行データ作成に係る案内を電子メールにて送信するので、これに従って試行データを作成する。

- ③ 保険局医療課は、外来医療等調査事務局に提出された試行データが適切に作成及び提出されていることを確認した場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、保険局医療課からの事務連絡(以下「データ提出事務連絡」という)を当該医療機関の担当者あてに外来医療等調査事務局から電子メールにて送信する。あわせて、地方厚生(支)局医療課長等あてにデータ提出の実績が認められた保険医療機関を通知するとともに、当該通知を厚生労働省のホームページへ公表する。

- ④ データ提出事務連絡を受けた保険医療機関は、施設基準通知に定める様式7の11を用いて地方厚生(支)局に届出を行うことで、外来データ提出加算等を算定することができる。なお、複数の外来データ提出加算等について届出を行う場合は、該当する項目にチェックし届け出る。
  - ⑤ 様式7の11の届出を行った保険医療機関は、算定が開始される月の属する四半期(※)からデータを作成(以下「本データ」という)し、「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料(以下「調査実施説明資料」という)において指定する期日及び方法により、外来医療等調査事務局に提出する。
- (※) 第一四半期は診療報酬改定の施行月を除く2月分であり、第二四半期は診療報酬改定の施行月を含む4月分となるため留意する。なお、令



和6年度の様式7の11の受理日及び作成すべきデータの関係については以下のとおり例示を示す。特に初回の届出となっている5月31日までに様式7の11が受理された場合についての作成すべきデータの扱いについては上記の限りではないため留意する。

様式7の11 受理日	算定 開始月	本データ 作成開始 四半期	オンラインによる提出 期限
～5月31日(金)	6月～	4月、 5月	令和6年7月18日(木) 12時00分00秒まで ※配送の場合：7月17日(水)
～6月3日(月)	6月～	6月～	令和6年10月17日(木) 12時00分00秒まで ※配送の場合：10月16日(水)
～7月1日(月)	7月～	7月～	
～8月1日(木)	8月～	8月～	
～9月2日(月)	9月～	9月～	令和7年1月16日(木) 12時00分00秒まで ※配送の場合：1月15日(水)
～10月1日(火)	10月～	10月～	
～11月1日(金)	11月～	11月～	
～12月2日(月)	12月～	12月～	令和7年4月17日(木) 12時00分00秒まで ※配送の場合：4月16日(水)
～1月6日(月)	1月～	1月～	
～2月3日(月)	2月～	2月～	
～3月3日(月)	3月～	3月～	

※作成するデータは、受理日で判断することに留意する。

**(2) 試行データの作成及び提出方法**

本データに準じた取扱いとするため、提出用データの作成及び提出方法については、調査実施説明資料をよく参照する。また、試行データの作成対象月及び提出に係るスケジュール等を以下の表にまとめたので、併せて参照する。

	様式7の10 届出期限	試行データ 作成対象月	オンラインによる試行 データ提出期限
第1回目	5月20日	6月、7月	令和6年8月22日(木) 12時00分00秒まで ※配送の場合：8月21日(水)
第2回目	8月20日	9月、10月	令和6年11月21日(木) 12時00分00秒まで ※配送の場合：11月20日(水)

第3回目	11月20日	12月、1月	令和7年2月20日(木) 12時00分00秒まで ※配送の場合：2月19日(水)
第4回目	2月20日	2月、3月	令和7年4月17日(木) 12時00分00秒まで ※配送の場合：4月16日(水)

※第4回目の試行データのみ、作成対象月が様式7の10届出期限の月を含めた2月分になっていることに注意する。

**(3) 本データの作成及び提出方法**

本データの作成等は、保険局医療課が、様式7の11を受理した後、外来医療等調査事務局から本データ作成等に関する案内が電子メールにて配信されるため、当該連絡に従い本データを作成する。その際の作成及び提出方法については、調査実施説明資料をよく参照する。なお、「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日付け保医発0305第4号)に定めるとおり、データの提出を行っていない場合又はデータの提出(データの再照会に係る提出も含む)に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できなくなるため、十分注意する。なお、遅延等とは調査実施説明資料に定められた期限までに、外来医療等調査事務局宛に当該医療機関のデータが提出されていない場合(提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料に定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む)、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合(データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む)をいう。

**2 その他留意事項等**

(1) 様式の提出先については、以下のとおりである。

① 「様式7の10」：保険医療機関の所

在地を管轄する地方厚生(支)局医療課  
② 「様式7の11」：保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生(支)局各都府県事務所又は指導監査課

③ 「様式7の12」：保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生(支)局医療課

(2) 令和6年度診療報酬改定の施行は令和6年6月1日となるが、5月20日までの届出についても新様式での提出とする。ただし、既に提出の場合は旧様式での受付も可とするが、旧様式で様式7の10の届出を行う場合は、1加算につき1届出とし、表題において届出を行う外来データ提出加算等の種別を判読できるようにする。

(3) 外来データ提出加算等に係る施設基準は、様式7の10の届出時点で満たすことは必須ではなく、様式7の11の届出時点で満たしていれば良い。

(4) 当該調査年度において、データの提出に遅延等が累積して3回認められた場合には、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出(様式7の12の提出)を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から外来データ提出加算等が算定できなくなる。なお、「遅延等」の考え方は1の(3)と同様である。

(5) データ提出等に関する連絡は、1(1)③のデータ提出事務連絡を含め様式7の10にて登録された連絡担当者へ保険局医療課担当者又は外来医療等調査事務局より、原則、電子メールにて送信されるため、確認漏れのないよう注意する。

(6) 外来医療等調査事務局メールアドレス support@gairai.jp

当日16:30までに問い合わせのあった質問については、基本的には当日中に返信する(土日、祝日及び年末年始を除く)

**事**

**令和6年度における「データ提出加算(A245)」の取扱い**

令和6年4月30日  
保険局医療課事務連絡

【解説】2024年度におけるA245データ提出加算に係る具体的な手続き等の取扱いが発出されました。

**1 データ提出加算の届出を希望する病院であって、令和6年6月1日時点でDPC対象病院又はDPC準備病院でない病院**

**(1) 必要な届出等の流れ**

① 当該病院は、施設基準通知に定める様式40の5を、令和6年5月20日、

8月20日、11月20日、令和7年2月20日までに地方厚生(支)局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出る。

② 様式40の5の届出を行った病院は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分(当該届出の期限が令和7年2月20日である場合のみ、当該届出の期限となっている月を含む2月分)の試行データを作成し、DPC

調査事務局に提出する。なお、厚生労働省保険局医療課(以下「保険局医療課」という)が様式40の5を受領した後、DPC調査事務局より試行データ作成に係る案内を電子メールにて送信するので、これに従って試行データを作成する。

③ 保険局医療課は、DPC調査事務局に提出された試行データが適切に作成及び提出されていることを確認した場



合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、DPC 調査事務局を通じて保険局医療課から事務連絡（以下「データ提出事務連絡」という）を当該医療機関の担当者あてに電子メールにて送信する。あわせて、地方厚生（支）局医療課長等あてにデータ提出の実績が認められた保険医療機関を通知するとともに、当該通知を厚生労働省のホームページへ公表する。

④ データ提出事務連絡を受けた保険医療機関は、施設基準通知に定める様式40の7を用いて地方厚生（支）局に届出を行うことで、データ提出加算を算定することができる。なお、入院データのみ提出する場合はデータ提出加算1及び3、入院データ及び外来データを提出する場合はデータ提出加算2及び4を届け出る。

⑤ 様式40の7の届出を行った病院は、算定が開始される月の属する四半期（※）からデータを作成（以下「本データ」という）し、DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という）において指定する期日及び方法により、DPC 調査事務局に提出する。様式40の7と本データ作成開始四半期は以下の表を参照する。

（※）第一四半期は診療報酬改定の施行月を除く2月分であり、第二四半期は診療報酬改定の施行月を含む4月分となるため留意する。特に初回の届出となっている5月31日までに様式40の7が受理された場合についての作成すべきデータの扱いについては上記の限りではないため留意する。

様式40の7 受理日	算定 開始月	本データ 作成開始 四半期	本データ提出 期限（配送）	本データ提出 期限（オンライン）
～5月31日(金)	6月～	4月、 5月	7月22日(月)	7月23日(火) 12時00分00秒 まで
～6月3日(月)	6月～	6月～ 9月分	10月22日(火)	10月23日(水) 12時00分00秒 まで
～7月1日(月)	7月～			
～8月1日(木)	8月～			
～9月2日(月)	9月～			
～10月1日(火)	10月～	10月～	1月22日(水)	1月23日(木) 12時00分00秒 まで
～11月1日(金)	11月～	12月分		
～12月2日(月)	12月～			
～1月6日(月)	1月～			
～2月3日(月)	2月～	1月～ 3月分	4月22日(火)	4月23日(水) 12時00分00秒 まで
～3月3日(月)	3月～			

(2) 試行データの作成及び提出方法

本データに準じた取扱いとするため、提出用データの作成及び提出方法については、調査実施説明資料をよく参照する。また、試行データの作成対象月及び提出に係るスケジュール等を以下の表にまとめたので、併せて参照する。なお、データ提出加算2及び4の届出を希望する病院であっても、試行データにおいては、外来EF 統合ファイル及びKファイルの作成は必要ない。また、入院EF 統合ファイルは、試行データ作成対象月の入院症例全てについて作成する。

	様式40の5 届出期限	試行データ 作成対象月	様式1の作成対象症例		提出期限
			入院日	退院転棟日	
第1回目	5月20日	6月、7月	6月1日 入院～	6、7月 退院転棟	8月22日
第2回目	8月20日	9月、10月	9月1日 入院～	9、10月 退院転棟	11月22日
第3回目	11月20日	12月、1月	12月1日 入院～	12、1月 退院転棟	2月22日
第4回目	2月20日	2月、3月	2月1日 入院～	2、3月 退院転棟	4月22日

※第4回目の試行データのみ、作成対象月が様式40の5届出期限の月を含めた2月分になっていることに注意する。

- なお、調査実施説明資料に記載する様式1以外のデータ作成については下記の通り。
- ・様式3は、試行データ作成対象月毎月1日時点の病床等の情報を入力する。
  - ・様式4は、試行データ作成対象月に退院した症例全て作成する（自費患者等も含める）。
  - ・入院EF 統合ファイルは、試行データ作成対象月入院中の症例の医科保険診療項目等を作成する。
  - ・Hファイルは、試行データ作成対象月の作成対象病棟入院症例の重症度、医療・看護必要度情報を作成する。

(3) 本データの作成及び提出方法

本データの作成等は、保険局医療課が様式40の7を受理した後、DPC 調査事務局から本データ作成等に関する案内が電子メールにて配信されるため、当該連絡に従い本データを作成する。その際の作成及び提出方法については、調査実施説明資料をよく参照する。なお、「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日付け保医発0305第4号）に定めるとおり、データの提出（データの再照会に係る提出も含む）に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月において、データ提出加算を算定することができないため、十分注意する。なお、遅延等とは調査実施説明資料に定められた期限ま

で、DPC 調査事務局宛に当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料に定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む）をいう。ただし、A207 診療録管理体制加算1の届出を行っている保険医療機関において、サイバー攻撃により診療体制に甚大な影響等が発生し、データを継続的かつ適切に提出することが困難である場合は、この限りでない。

また、様式1は、本データ作成開始対象の該当四半期月の初月の1日以降の入院症例であって、本データ作成対象月の退院転棟症例について作成する。

（例）令和6年5月20日までに様式40の5の届出を行い、6月及び7月の試行データ提出等を経て9月末日までに様式40の7の届出を受理された病院は、10月から12月の本データを作成することとなるが、当該データ（様式1）は、令和6年10月1日以降に入院し、10月から12月に退院転棟した患者を対象とする。

2 データ提出加算の届出を希望する病院であって、令和6年6月1日時点でDPC 対象病院又はDPC 準備病院である病院

「その他病棟グループ」に係る入院基本料等の届出を行っていないDPC 対象病院又はDPC 準備病院として提出しているデータの内容と、本データとの内容に相違が生じない場合に限り、様式40の7の届出のみを行うことで当該加算を算定できる。

ただし、様式40の7の届出をする前に様式40の8の届出実績がある病院及び令和6年5月31日時点でDPC 対象病院又はDPC 準備病院であってデータ提出加算の届出を行っていない病院については、次の手続きによる。

① 当該病院は、様式40の5を、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出る。

当該届出を行った病院は、当該届出が地方厚生（支）局に受理された月の属する四半期分のデータを提出する際には、通常DPC 対象病院又はDPC 準備病院として提出しているデータ（全病棟）を作成し、DPC 調査事務局に提出する。なお、このデータを試行データとして見



なすため、提出期限は通常のスケジュールと同様である。

- ② 保険局医療課は、DPC 調査事務局に提出されたデータが適切に作成及び提出されていることを確認した場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、DPC 調査事務局を通じて保険局医療課よりデータ提出事務連絡を当該医療機関の担当者あてに電子メールにて送信する。あわせて、地方厚生（支）局医療課長等あてにデータ提出の実績が認められた保険医療機関を通知するとともに、当該通知を厚生労働省のホームページへ公表する。
- ③ データ提出事務連絡を受けた保険医療機関は、様式 40 の 7 を用いて地方厚生（支）局に届出を行うことで、データ提出加算を算定することができる。なお、入院データのみ提出する場合はデータ提出加算 1 及び 3、入院データ及び外来データを提出する場合はデータ提出加算 2 及び 4 を届け出る。
- ④ 様式 40 の 7 の届出を行った病院は、当該届出が受理された月の属する四半期分からその他病棟グループを含めたデータを作成し、調査実施説明資料において指定する期日及び方法により DPC 調査

事務局に提出する。

### 3 データ提出加算 1 及び 3 から加算 2 及び 4 への変更を希望する病院

- (1) データ提出加算 1 及び 3 から加算 2 及び 4 への変更を希望する病院は、様式 40 の 7 を用いて届出を行う。
- (2) 算定が開始される月の属する四半期分から外来 EF 統合ファイル分も含めたデータを作成し、調査実施説明資料において指定する期日及び方法により DPC 調査事務局に提出する。

なお、データ提出加算 2 及び 4 の届出を行っている病院が、外来データを提出しないものとして、データ提出加算 1 及び 3 へ届出を変更することはできない。

### 4 その他留意事項等

- (1) 様式の提出先については、以下のとおりである。
  - ① 「様式 40 の 5」：病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課
  - ② 「様式 40 の 7」：病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局各都府県事務所又は指導監査課
  - ③ 「様式 40 の 8」：病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課
- (2) データ提出加算に係る施設基準は、様

式 40 の 5 の届出時点で満たすことは必須ではなく、様式 40 の 7 の届出時点で満たしていれば良い。

- (3) 当該調査年度において、データ提出の遅延等が累積して 3 回認められた場合には、3 回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出（様式 40 の 8 の提出）を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定できなくなる。この場合、データ提出加算の届出が施設基準の 1 つとなっている入院料についても算定できなくなるため十分に注意する。なお、「遅延等」の考え方は 1 の(3)と同様である。
- (4) (3)に該当しデータ提出加算を算定できなくなった場合は、データ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して 1 年に限り、急性期一般入院料 6、地域一般入院料 3 又は療養病棟入院料 2 について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなす。
- (5) データ提出等に関する連絡は、1(1)③のデータ提出事務連絡を含め様式 40 の 5 にて登録された連絡担当者へ保険局医療課担当者又は DPC 調査事務局より、原則、電子メールにて送信されるため、確認漏れのないよう注意する。

## 事

### 保険医及び保険薬剤師の登録に係る取扱いに関する疑義解釈資料の送付

令和 6 年 5 月 17 日  
保険局医療課事務連絡

【解説】保険医および保険薬剤師の登録について、その取扱いに関する疑義解釈が出されました。

問 医師国家試験、歯科医師国家試験又は薬剤師国家試験合格後、保険医登録又は保険薬剤師登録の申請を行った者が実施す

る臨床研修又は調剤について、保険医登録票又は保険薬剤師登録票の交付前であっても、診療報酬の請求は認められるのか。

答 当該申請を行った医師等が、医籍登録、歯科医籍登録又は薬剤師名簿登録後 3 月以内に臨床研修又は調剤を開始した場合

であって、当該医師等に対し、保険医又は保険薬剤師が関係法令及び通知において定める診療報酬請求上のルールに関して実地に指導監督する等の体制が確保されている場合には、当該申請の受付日以降に、診療報酬の請求が認められる。

## 事

### 令和 6 年度診療報酬改定で新設されたベースアップ評価料に係る届出

令和 6 年 5 月 20 日  
保険局医療課事務連絡

【解説】2024 年改定で新設されたベースアップ評価料に係る施設基準とその届出の作成に一定程度時間を要することを踏まえて、以下のような取扱いが示されました。

令和 6 年 6 月 1 日からの算定に係る「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)」、及び「訪問看護ベースアップ評価料 (I)」の施設基準の届出については、令和 6 年 6

月 21 日までに届出を受理した場合には、同月 1 日から算定する。

なお、令和 6 年 6 月 1 日からの算定に係る「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)」の施設基準の届出については、令和 6 年 6 月 3 日までに届出を受理した場合には、同月 1 日

から算定する。

(参考) 令和 6 年 6 月 1 日からの算定に係る施設基準の届出について

①	②以外の施設基準に係る届出	令和 6 年 6 月 3 日までに届出
②	「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)」及び「訪問看護ベースアップ評価料 (I)」に係る施設基準の届出	令和 6 年 6 月 21 日までに届出



事

令和6年度薬価改定を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い

令和6年5月22日  
保険局医療課事務連絡

【解説】後発医薬品使用体制加算等に関する施設基準の具体的取扱いに関する事務連絡が発出されました。

1 後発医薬品使用体制加算等に係る要件のうち、当該保険医療機関等において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合(以下「カットオフ値の割合」という)に係る要件の取扱いについて、令和6年4月の実績から当面の間は、カットオフ値の割合を算出するに当たって、別添(略)に示す医薬品を、調剤した「後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量」に含めて計算しても差し支えないものとする。

なお、本取扱いはカットオフ値の割合の算出に関してのみ適用されるものであり、後発医薬品使用体制加算等に係る要

件のうち、後発医薬品の使用(調剤)割合の算出に当たっては、本取扱いは適用されないため、引き続き別添(略)に示す医薬品を含めずに計算する。

- 2 1の取扱いについては、1月単位で適用できることとし、外来後発医薬品使用体制加算及び後発医薬品調剤体制加算の施設基準では、直近3月のカットオフ値の割合の平均を用いるとされているところ、当該3月の期間中に1の取扱いを行う月と行わない月が混在しても差し支えない。
- 3 後発医薬品使用体制加算等に係る届出については、施設基準通知において新規届出又は辞退について規定されているが、その具体的な手続きに当たっても1の取扱いを踏まえて行う。

(参考1)

- 後発医薬品使用体制加算に係るカットオフ値の計算

3月分実績	本事務連絡の適用なし
4月分実績(※)	本事務連絡の適用あり
5月分実績(以降)	本事務連絡の適用あり(当面の間)

○外来後発医薬品使用体制加算及び後発医薬品調剤体制加算に係るカットオフ値の計算

1・2・3月分実績	本事務連絡の適用なし
2・3・4月分実績(※)	本事務連絡の適用あり(4月分実績のみ)
3・4・5月分実績	本事務連絡の適用あり(4・5月分実績のみ)
4・5・6月分実績(以降)	本事務連絡の適用あり(当面の間)

(参考2)

本取扱いは令和6年4月の実績の計算から適用するため、(※)の4月分の実績の算出に関して、既に地方厚生(支)局に辞退の届出を行ったものの、本取扱いを踏まえ、辞退の届出が不要となる保険医療機関等は、速やかに地方厚生(支)局に申し出る。