

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	医療情報取得加算及び医療 DX 推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付 (その 1, 2) (9/3, 27 保険局医療課)	p.65
事	「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」の一部訂正 (9/10 保険局医療課)	p.66
事	ベースアップ評価料に係る届出様式の改定 (9/11 保険局医療課)	p.66
事	令和 6 年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱い (9/13 保険局医療課)	p.67
事	後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い (9/24 保険局医療課)	p.69
事	長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品の追加 (9/24 保険局医療課)	p.70
事	長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付 (その 3) (9/25, 26 保険局医療課)	p.70
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の一部改正等 (9/25 告示 303, 保医発 0925-3)	p.70
事	疑義解釈資料の送付 (その 12) (9/27 保険局医療課)	p.71
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 (9/30 告示 306)	p.71
通	医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱い (保医発 0930-1)	p.71
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 0930-7)	p.72
通	検査料の点数の取扱い (保医発 0930-9)	p.73
他	支払基金における審査の一般的な取扱い (医科) (9/30 支払基金)	p.73
事	令和 6 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正 (10/1 保険局医療課)	p.75
通	令和 6 年度地域医療指数 (体制評価指数) 等の確認に係る手続き (DPC/PDPS) (保医発 0927-1)	p.75
告	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院, 基礎係数, 機能評価係数 I, 機能評価係数 II, 救急補正係数及び激変緩和係数の一部改正 (9/30 告示 311)	p.77

* 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

医療情報取得加算及び医療 DX 推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付 (その 1, 2)

令和 6 年 9 月 3 日, 27 日
保険局医療課事務連絡

その 1 (令和 6 年 9 月 3 日)

令和 6 年度診療報酬改定にかかる「疑義解釈資料の送付について」の医療情報取得加算に関する疑義解釈の一部(※)については, 令和 6 年 12 月 1 日以降, 「医療情報取得加算 2 又は医療情報取得加算 4」, 「医療情報取得加算 1 又は医療情報取得加算 3」, 「医療情報取得加算 1 又は 2」, 「医療情報取得加算 3 及び 4」, 「医療情報取得加算 1 及び 2」, 「同加算 3」, 「同加算 4」, 「医療情報取得加算 3 又は医療情報取得加算 4」とあるのは, 「医療情報取得加算」と読み替えるものとする。同時に, 「調剤点数表関係」において「6 月」とあるのは「1 年」と読み替えるものとする。

※医療情報取得加算に関する疑義解釈の一部「疑義解釈資料の送付について (その 1)」(令和 6 年 3 月 28 日厚生労働省保険局医療課事務連絡) 別添 1, 別添 5 及び別添 6
「疑義解釈資料の送付について (その 2)」(令和 6 年 4 月 12 日厚生労働省保険局医療課事務連絡) 別添 1 及び別添 3
「疑義解釈資料の送付について (その 4)」(令和 6 年 5 月 10 日厚生労働省保険局医療課事務連絡) 別添 5

【医療 DX 推進体制整備加算】

問 1 すでに医療 DX 推進体制整備加算の

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

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

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

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

(参考) 医療機関等向け総合ポータルサイト
<https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm>

問 3 保険医療機関の責めによらない理由

により, マイナ保険証利用率が低下することも考えられ, その場合に医療 DX 推進体制整備加算が算定できなくなるのか。

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

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

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

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

件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる」とあるが、具体的にはどのように用いることができるのか。

答 例えば令和6年10月分の当該加算算定におけるマイナ保険証利用率については、同年7月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が適用されるが、同年5月あるいは6月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。また、令和6年10月から令和7年1

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

その2 (令和6年9月27日)

【医療DX推進体制整備加算】

問1 「医療情報取得加算及び医療DX推

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

答 辞退の届出は不要。

事

「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」の一部訂正

令和6年9月10日
保険局医療課事務連絡

【解説】「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について(保医発0305第8号)」の訂正がありました。

(p.1023 左段35行目, 下線部訂正)

→ヒト自家移植組織の算定

- ア 自家培養表皮(重症熱傷に対し使用する場合)
- c 凍結保存皮膚を用いた皮膚移植術を行うことが可能であって、(中略)特

定集中治療室管理料2、又は特定集中治療室管理料4又は特定集中治療室管理料6の施設基準の届出を行っている保険医療機関において使用する。

(p.1031 右段下から25行目, 下線部訂正)

→腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットの算定

イ 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットは、(中略)A301特定集中治療室管理料(1日につき)「1」特定集中治療室管理料1

から「6」特定集中治療室管理料6までのいずれか、(以下略)

(p.1034 右段下から9~8行目, 下線部訂正)

→自家皮膚細胞移植用キットの算定

ウ 皮膚移植術を行うことが可能であって、(中略)特定集中治療室管理料2、又は特定集中治療室管理料4又は特定集中治療室管理料6の施設基準の届出を行っている保険医療機関において使用する。

事

ベースアップ評価料に係る届出様式の改定

令和6年9月11日
保険局医療課事務連絡

【解説】ベースアップ評価料に係る施設基準の届出様式の簡素化を目的とした改定が行われました。改定に伴う疑義解釈について掲載します。届出様式については、弊社HPに掲載しています。

【ベースアップ評価料】

問1 本事務連絡による届出様式の改定趣旨如何。

- 答 届出を行う医療機関の負担を軽減し円滑な届出を可能とする観点から、以下について改定を行った。
- 「賃金改善計画書」のベースアップ評価料対象外職種の基本給等に係る事項における給与総額の記載項目の削除。
 - 「(診療所)賃金改善計画書」及び「(歯科診療所)賃金改善計画書」の基本給等に係る事項における職種グループ別の記載項目の削除。
 - 「(参考)賃金引き上げ計画書作成のための計算シート(Ⅱを算定しない診療所向け)」の届出種別欄の削除及び届出を行う月の記載方法の簡略化。
 - その他、記載上の注意等の文言に係る

修正。

なお、既に届出を行っている医療機関については、改定後の様式で改めて届出を行う必要はない。

問2 改定前の届出様式で届出を行うことは可能か。

答 可能。

問3 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)を届け出ている医療機関又は訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)を届け出ている訪問看護ステーションが、その翌月以降に外来・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又は訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の届出を新たに行う場合は、どのような届出が必要か。

答 それぞれ以下のとおり。

- 保険医療機関(医科)については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)に係る届出書添付書類」又は「入院ベ

ースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要

- 保険医療機関(歯科)については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要
- 訪問看護ステーションについては、「訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準に係る届出添付書類」の届出が必要

問4 問3の場合において、修正した「賃金改善計画書」を提出する必要があるか。

答 既に外来・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)又は訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行った際に提出がなされているため、修正した「賃金改善計画書」の提出は必須ではないが、再度地方厚生(支)局長に提出しても差し支えない。

問5 「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おいて、既に提出した「賃金改善計画書」に記載している内容に変更が生じた際も問4と同様の取扱いとなるのか。

答 そのとおり。

問6 「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が、届出の取り下げを行った場合においても「賃金改善実績報告書」を提出する必要があるか。

答 ベースアップ評価料の届出を取り下げた場合も、翌年度の8月において、ベースアップ評価料を算定していた期間に係る賃金改善実績報告書を提出する。

事

令和6年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱い

令和6年9月13日
保険局医療課事務連絡

【解説】令和6年10月1日以降も算定する場合に施設基準の届出が必要なもの等が取りまとめられました。また、下記の届出対象

象について、令和6年10月15日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについ

ては、同月1日にさかのぼって算定することができますとされています。

令和6年10月1日以降も算定する場合に届出が必要なもの

●基本診療料

区分	項番	届出対象（令和6年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関）	経過措置に係る要件（概要）	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
初再診料 入院基本料	1	地域包括診療加算	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)及び(12)を満たしているものとする。	地域包括診療加算	別添7、別添7の様式2の3
	2	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料6を除く、地域一般入院基本料、特別入院基本料を除く）	令和6年3月31日において、現に急性期一般入院基本料（急性期一般入院料6を除く）に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和6年9月30日までの間は令和6年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。	急性期一般入院料1 急性期一般入院料2 急性期一般入院料3 急性期一般入院料4 急性期一般入院料5	別添7、別添7の様式10
	3	結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る）	令和6年3月31日において、現に7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和6年9月30日までの間は令和6年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。	結核病棟入院基本料	別添7、別添7の様式10
	4	特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）（7対1入院基本料に限る）	令和6年3月31日において、現に7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る））に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和6年9月30日までの間は令和6年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。	特定機能病院入院基本料	別添7、別添7の様式10
	5	特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算	令和6年3月31日において、現に看護必要度加算1、2又は3を算定するものであって、旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす場合は、令和6年9月30日まではそれぞれ令和6年度改定後の看護必要度加算1、2又は3の基準を満たすものとみなすものであること。	看護必要度加算1 看護必要度加算2 看護必要度加算3	別添7、別添7の様式10
	6	専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る）	令和6年3月31日において、現に専門病院入院基本料に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和6年9月30日までの間は令和6年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。	専門病院入院基本料	別添7、別添7の様式10
	7	専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算	令和6年3月31日において、現に看護必要度加算1、2又は3を算定するものであって、旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす場合は、令和6年9月30日まではそれぞれ令和6年度改定後の看護必要度加算1、2又は3の基準を満たすものとみなすものであること。	看護必要度加算1 看護必要度加算2 看護必要度加算3	別添7、別添7の様式10
	8	有床診療所療養病床入院基本料	令和6年3月31日において現到有床診療所療養病床入院基本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、第6の3の規定にかかわらず、なお従前の例によることことができる。	有床診療所療養病床入院基本料	別添7、別添7の様式5、12～12の10
	入院基本料等加算	9	総合入院体制加算1、2	令和6年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあつては、令和6年9月30日までの間、令和6年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。 また、令和6年3月31日において、現に総合入院体制加算1又は2の届出を行っている保険医療機関にあつては、令和6年9月30日までの間、1の(3)、2の(2)の全身麻酔による手術件数の基準を満たすものとみなすものであること。	総合入院体制加算1 総合入院体制加算2

	10 総合入院体制加算 3	令和 6 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和 6 年 9 月 30 日までの間、令和 6 年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	総合入院体制加算 3	別添 7、別添 7 の様式 10
	11 急性期看護補助体制加算 (急性期一般入院料 6 又は 10 対 1 入院基本料に限る)	令和 6 年 3 月 31 日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和 6 年 9 月 30 日までの間は、令和 6 年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	急性期看護補助体制加算	別添 7、別添 7 の様式 10
	12 看護職員夜間配置加算 (急性期一般入院料 6 又は 10 対 1 入院基本料に限る)	令和 6 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和 6 年 9 月 30 日までの間、令和 6 年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	看護職員夜間配置加算	別添 7、別添 7 の様式 10
	13 看護補助加算 1 (地域一般入院料 1 若しくは地域一般入院料 2 又は 13 対 1 入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る)	令和 6 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和 6 年 9 月 30 日までの間、令和 6 年度改定後の看護補助加算 1 の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	看護補助加算 1	別添 7、別添 7 の様式 10
	14 入退院支援加算 1	1 の(4)に掲げる連携機関等の規定については、当該保険医療機関において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料 (一般病棟の場合に限る) 若しくは専門病院入院基本料 (13 対 1 入院基本料を除く) を算定する病棟を有する場合又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合に限り、令和 6 年 3 月 31 日において現に入退院支援加算 1 に係る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、当該基準を満たすものとみなすものであること。	入退院支援加算 1	別添 7、別添 7 の様式 40 の 9
特定入院料	15 救命救急入院料 2、4	令和 6 年 3 月 31 日において、現に救命救急入院料 2 又は 4 に係る届出を行っている治療室のうち、旧算定方法における特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす治療室については、令和 6 年 9 月 30 日までの間は、令和 6 年度改定後の特定集中治療室 1 又は 3 における重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	救命救急入院料 2 救命救急入院料 4	別添 7、別添 7 の様式 43
	16 特定集中治療室管理料 1～4	令和 6 年 3 月 31 日時点で特定集中治療室管理料に係る届出を行っている治療室であって、旧算定方法における特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす治療室については、令和 6 年 9 月 30 日までは令和 6 年度改定後の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。 また、令和 6 年 3 月 31 日時点で特定集中治療室管理料を行っている治療室にあっては、令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、1 の(2)又は 3 の(5)に該当するものとみなす。	特定集中治療室管理料 1 特定集中治療室管理料 2 特定集中治療室管理料 3 特定集中治療室管理料 4	別添 7、別添 7 の様式 42、43
	17 特定集中治療室管理料 5、6	令和 6 年 3 月 31 日時点で特定集中治療室管理料又は救命救急入院料に係る届出を行っている治療室であって、令和 6 年度改定後に特定集中治療室管理料 5 又は 6 の届出を行う治療室については、令和 6 年 3 月 31 日時点で届出を行っている特定集中治療室管理料又は救命救急入院料の旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす場合に限り、令和 6 年 9 月 30 日までの間は令和 6 年度改定後の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	特定集中治療室管理料 5 特定集中治療室管理料 6	別添 7、別添 7 の様式 43
	18 ハイケアユニット入院医療管理料 1、2	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 1 又は 2 に係る届出を行っている治療室であって、旧算定方法におけるハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす治療室については、令和 6 年 9 月 30 日までの間は令和 6 年度改定後のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。	ハイケアユニット入院医療管理料 1 ハイケアユニット入院医療管理料 2	別添 7、別添 7 の様式 43
	19 回復期リハビリテーション病棟入院料 1、3	令和 6 年 3 月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 3 に係る届出を行っている病棟については、令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、2 の(9)又は 3 の(6)に該当するものとみなす。	回復期リハビリテーション病棟入院料 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 3	別添 7、別添 7 の様式 49 の 2 又は 49 の 3
20 地域包括ケア病棟入院料 1～4	令和 6 年 3 月 31 日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、1 の(2)に定める重症度、医療・看護必要度の基準に該当するものとみなす。	地域包括ケア病棟入院料 1 地域包括ケア病棟入院料 2 地域包括ケア病棟入院料 3 地域包括ケア病棟入院料 4	別添 7、別添 7 の様式 10	
21 地域包括ケア入院医療管理料 1～4	令和 6 年 3 月 31 日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、1 の(2)に定める重症度、医療・看護必要度の基準に該当するものとみなす。	地域包括ケア入院医療管理料 1 地域包括ケア入院医療管理料 2 地域包括ケア入院医療管理料 3 地域包括ケア入院医療管理料 4	別添 7、別添 7 の様式 10	



22	特定一般病棟入院料 1, 2	令和 6 年 3 月 31 日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和 6 年 9 月 30 日までの間、令和 6 年度改定後の当該入院料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	特定一般病棟入院料 1 特定一般病棟入院料 2	別添 7、別添 7 の様式 10
----	----------------	--	----------------------------	------------------

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めめるのではなく、必要最小限の様式の届出を求めめるもの。

●特掲診療料

区分	項番	届出対象	経過措置に係る要件 (概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
医学管理料	1	地域包括診療料	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(11)を満たしているものとする。	地域包括診療料	別添 2、別添 2 の様式 7 の 7
	2	外来腫瘍化学療法診療料 1	令和 6 年 3 月 31 日時点で外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている保険医療機関については、同年 9 月 30 日までの間、1 の(10)及び(13)の基準を満たしているものとする。	外来腫瘍化学療法診療料 1	別添 2、別添 2 の様式 39
在宅	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	令和 6 年 3 月 31 日時点で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の届出を行っている保険医療機関については、同年 9 月 30 日までの間に限り、「3」に該当するものとみなす。	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	別添 2、別添 2 の様式 19 の 2

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めめるのではなく、必要最小限の様式の届出を求めめるもの。

令和 6 年 10 月 1 日以降も算定するに当たり注意が必要なもの等

●基本診療料

区分	項番	対象 (令和 6 年 3 月 31 日において下記施設基準を届出していた保険医療機関)	経過措置に係る要件 (概要)	引き続き算定する施設基準
入院基本料等加算	1	認知症ケア加算	令和 6 年 3 月 31 日時点で認知症ケア加算に係る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、1 の(5)のエ、2 の(7)及び 3 の(3)の基準を満たしているものとみなす。	認知症ケア加算

事

後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い

令和 6 年 9 月 24 日
保険局医療課事務連絡

【解説】後発医薬品の供給停止や出荷調整の頻発により、代替の後発医薬品の入手が困難な状況が続いているため、一部の供給停止品目と供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品について、後発医薬品使用体制加算等の実績要件である後発医薬品の使用割合を算出する際に、算定対象から除外して差し支えない措置がとられています。この措置は 9 月 30 日から 2025 年 3 月 31 日まで延長する旨が示されました。

1. 供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱い

(1) 後発医薬品使用体制加算等における後発医薬品の使用割合等に係る要件の取扱い

① 医政局医薬産業振興・医療情報企画課と連携して日本製薬団体連合会が行っている「医薬品供給状況にかかる調査」を踏まえ、別添 2 (略) に示す医薬品 (以下「供給停止品目」という) と同一成分・同一剤形の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」、「外来後発医薬品使用体制加算」、「後発医

薬品調剤体制加算」及び「調剤基本料」注 8 に規定する減算 (後発医薬品減算) (以下「加算等」という) における実績要件である後発医薬品の使用 (調剤) 割合 (以下「新指標の割合」という) を算出する際に、算出対象から除外しても差し支えないものとする。

当該取扱いについては、令和 6 年 10 月診療・調剤分から適用することとし、令和 7 年 3 月 31 日を終期とする。

② ①の取扱いを行う場合においては、別添 2 に示す全ての品目について、新指標の割合の算出対象から除外することとし、一部の成分の品目のみ算出対象から除外することは認められない。

また、①の取扱いについては、1 月ごとに適用できることとし、加算等の施設基準について、直近 3 月の新指標の割合の平均を用いる場合においては、当該 3 月に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ものとする。

なお、カットオフ値の算出については、今回の臨時的な取扱いの対象とはしないこととし、新指標の割合について①の取扱いを行った場合においても、カットオフ値については、「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について」(令和 6 年 5 月 22 日厚生労働省保険局医療課事務連絡) も参考にしつつ算出し、加算等の施設基準の実績要件を満たすかどうか確認する。

③ ①の取扱いを行った上で加算等の区分に変更が生じる場合又は基準を満たさなくなる場合には、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和 4 年 3 月 4 日保医発第 0304 第 2 号) 及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」(令和 4 年 3 月 4 日保医発第 0304 第 3 号) に従い、しかるべく変更等の届出を行う必要がある。その際、後発医薬品の使用割合

等については、①の取扱いにより算出した割合を記載しても差し支えないこととする。

2. その他の診療報酬の取扱い

別添1のとおりとする。

(別添1)

【共通】

問1 1(1)の①の取扱いにおいて、新指標の割合の算出対象から除外する際に、本事務連絡の別添2に示す品目ではなく、令和6年3月18日に発出された事務連

絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の別添2の品目を除外対象とすることは可能か。

答 本事務連絡は令和6年10月1日から適用されることを踏まえ、9月診療・調剤分までの加算等の実績要件を判断するに当たっては、令和6年3月事務連絡の別添2に示す品目を除外し、10月診療・調剤分以降については本事務連絡の別添2に示す品目を除外する。

【医科】

問1 1(1)の①の取扱いの対象となる医薬品について、一般名処方を行った場合、一般名処方加算1及び2は算定できるか。

答 算定可。なお、今回の臨時的な取扱いについては、加算等の施設基準における新指標の割合の算出等に係るものであり、一般名処方加算における後発医薬品のある医薬品の取扱いを変更するものではない。

事

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品の追加

令和6年9月24日
保険局医療課事務連絡

【解説】長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品に追加がありました。

薬価基準 収載医薬 品コード	品名	成分名	規格	メーカー 一名
2699801 V1165	ユーパスタ軟膏	精製白糖・ポビドンヨード	1g	テイカ製薬

薬価	後発医薬品最高価格	長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1	保険外併用療養費の算出に用いる価格
12.4	9.7	0.68	11.72

事

長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付（その3）

令和6年9月25日、26日
保険局医療課事務連絡

【解説】長期収載品の処方等又は調剤に関する疑義解釈（その3）が示されました。9月26日訂正事務連絡で、下線部が訂正されています。

【入院中の患者以外の患者に対する注射について】

問1 「『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『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の実施上の留意事項について」（令和6年3月27日保医発0327第10号）において、「別表第1区分番号C200に掲げる薬剤」、「別表第1区分番号G100に掲げる薬剤」及び「別表第2区分番号G100に掲げる薬剤」が選定療養の対象となるとされている

が、入院中の患者以外の患者（往診又は訪問診療を行った患者も含む）に対して医療機関が注射を行った場合も、長期収載品の選定療養の対象となるのか。

答 長期収載品の選定療養の対象とはならない。

なお、在宅自己注射を処方した場合には、「長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年7月12日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「疑義解釈その1」という）問9に記載するとおり、長期収載品の選定療養の対象となる。

【医療上の必要性について】

問2 疑義解釈その1問1の②において、「当該患者が後発医薬品を使用した際に」

とあるが、後発医薬品の添付文書において、当該患者への投与が禁忌とされている場合も、実際に当該患者に使用したうえで判断する必要があるのか。

答 後発医薬品の添付文書において禁忌とされている患者に対しては、当該後発医薬品を使用したうえで判断する必要はなく、この場合は疑義解釈その1問1の②に該当するとみなして差し支えない。

問3 複数の医薬品を混合する際、後発医薬品を用いると配合変化により薬剤が分離する場合であって、長期収載品を用いることにより配合変化が回避できる場合は、医療上の必要性があると認められるか。

答 疑義解釈その1問1の④に該当するため、医療上の必要性があると認められる。

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

令和6年9月25日
告示303号、
保医発0925第3号

【解説】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と、それに伴う関連通知の一部改正通知が発出されました。

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303号）

(p.1575 右段 10～11 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……チルゼパチド製剤、

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に



ビメキズマブ製剤（4週間を超える間隔で投与する場合を除く）、ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物配合剤、（以下略）

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0925第3号)

(p.1576 右段 14 行目の次に挿入)

→揭示事項等告示の一部改正

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」であるビメキズマブ製剤について、「4週間に1回投与する場合に限る」を「4週間を超える間隔で投与する場合を除く」に改めたものである。
(令6保医発0925・3)

事

疑義解釈資料の送付（その12）

令和6年9月27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。

【看護補助体制充実加算】

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

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

【有床診療所在宅患者支援病床初期加算】

問2 A108 有床診療所入院基本料の注3に規定する有床診療所在宅患者支援病床初期加算の算定の対象となる患者については、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添1の問36において、「意思決定に対する支援が必要な患者であって、医師の医学的判断によるもの」とされているところであるが、ここでいう「意思決定に対する支援」とは、人生の最終段階における医療・ケアの決定に関する意思決定の支援に限られるのか。

答 ここでいう「意思決定に対する支援」は、患者の年齢や疾患に応じて行われる

ものであり、必ずしも人生の最終段階における医療・ケアの決定に関する意思決定の支援に限られるものではない。患者の年齢や疾患に関わらず、医師の医学的判断により、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援が必要な患者に対して支援を行うことで算定できる。

【注射薬】

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

答 差し支えない。

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9月30日
告示第306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。10月1日からの適用です。

(p.1601 左段 28～29 行目、下線部訂正)

17 ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能

性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る）

通

医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱い

令和6年9月30日
保医発0930第1号

(p.596 左段 32 行目の次に挿入)

● クロミフェンクエン酸塩【内服薬】〔その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む）/クロミフェンクエン酸塩（クロミッド錠50mg）：原則、「生殖補助医療における調節卵巣刺激」に対して「1日50mgから100mgを月経周期3日目から投与開始し卵胞が十分発育するまで継続」した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.596 右段 10 行目の次に挿入)

● ジゴキシシ【内服薬・注射薬】（不整脈用剤/ジゴキシシ）（ジゴシン注0.25mg、ジゴキシシ錠0.125mg、同0.25mg）：原則、「胎児頻脈性不整脈（持続して胎児心拍数180bpm以上となる上室頻拍又は心房粗動）」に対して処方・使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.596 右段下から 30 行目の次に挿入)

● ソタロール塩酸塩【内服薬】（不整脈用剤/ソタロール塩酸塩）（ソタコール錠40mg、同80mg、他後発品あり）：原則、「胎児頻脈性不整脈（持続して胎児心拍数180bpm以上となる上室頻拍又は心房粗動）」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.597 右段 4 行目の次に挿入)

● フレカイニド酢酸塩【内服薬】（不整脈用剤/フレカイニド酢酸塩）（タンボコール錠50mg、同100mg、他後発品あり）：原則、「胎児頻脈性不整脈（持続して胎児心拍数180bpm以上となる上室頻拍又は心房粗動）」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.597 右段 32～36 行目、下線部訂正・追加)

● ミコフェノール酸モフェチル【内服薬】（他に分類されない代謝性医薬品/ミコフェノール酸モフェチル）（セルセプトカプセル250、セルセプト懸濁用散31.8%、他後発品あり）：

- (1) 原則、「同種造血細胞移植時の移植片対宿主病の抑制」、(中略)
- (2) 原則、「ANCA関連血管炎（顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症）」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。
- (3) 原則、「皮膚筋炎」、「若年性皮膚筋炎」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.609 右段 22 行目の次に挿入)

- **イオジキサノール【注射薬】** (X線造影剤/イオジキサノール) (ビジバーク 270注 20mL, 同 50mL, 同 100mL, ビジバーク 320注 50mL, 同 100mL): 原則, 「以下の場合における消化管造影: 狭窄の疑いのあるとき, 穿孔の恐れのあるとき (消化器潰瘍, 憩室), その他外科手術を要する急性症状時, 胃及び腸切除後 (穿孔の危険, 縫合不全), 胃・腸瘻孔の造影」に対して使

- **イオヘキソール【注射薬】** (X線造影剤/イオヘキソール) (オムニバーク 240注 10mL, オムニバーク 300注 10mL, 同 20mL, 同 50mL, 同 100mL, オムニバーク 350注 20mL, 同 50mL, 同 100mL, オムニバーク 240注 シリンジ 100mL, オムニバーク 300注 シリンジ 50mL, 同 80mL, 同 100mL, 同 110mL, 同 125mL, 同 150mL, オムニバーク 350注 シリンジ 45mL, 同 70mL, 同 100mL, 他後発品あり):

原則, 「以下の場合における消化管造影: 狭窄の疑いのあるとき, 穿孔の恐れのあるとき (消化器潰瘍, 憩室), その他外科手術を要する急性症状時, 胃及び腸切除後 (穿孔の危険, 縫合不全), 胃・腸瘻孔の造影に対して使用した場合, 当該使用事例を審査上認める。

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9月30日
保医発 0930 第7号

【解説】10月1日から適用されます。

(p.749 右段 13 行目, 下線部訂正)

→皮膚剥削術

皮膚剥削術 (グラインダーで皮膚を剥削する手術) は, 小腫瘍, 丘疹性疾患及び外傷性異物の場合に算定する。また, 非外科的治療が無効又は適応とならない白斑の治療を目的とした自家培養表皮移植の前処置 として行う際には, グラインダー, 炭酸ガスレーザー, 超音波手術器, エルビウム・ヤグレーズ及び水圧式ナイフ等で剥削した場合に算定できる。なお, 単なる美容を目的とした場合は保険給付の対象とならない。
(令6保医発 0305・4, 0930・7)

(p.1402 左段 9 行目, 下線部訂正)

→多血小板血漿処置の施設基準

(4) 当該処置の実施に当たり, 再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守している (ただし, 自己多血小板血漿ゲルを用いた創傷治癒の促進に用いるものとして薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合を除く)。

(p.995 左段最下行, 下線部訂正)

→人工骨の定義

【機能区分の定義】

- ⑥ 汎用型・吸収型 (多孔体・蛋白質配合型): 次のアからエまでに該当する。ただし, ヒト同種骨組織由来の材料については, 次のアからオまでに該当する。
エ コラーゲン又はゼラチンが配合されている。

(p.1024 左段 35 行目の次に挿入)

→ヒト自家移植組織の算定

ク 自家培養表皮 (非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場

- 合)
 - a 非外科的治療が無効又は適応とならない白斑患者のうち, 12歳以上の患者に対して使用した場合に限り算定できる。
 - b 調製・移植キットについては, 非外科的治療が無効又は適応とならない白斑を切除した後の創部に対して, 創閉鎖を目的として使用した場合に, 原則として一連の治療計画につき 40枚を限度として算定する。ただし, 医学的に必要な場合は, その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載した上で 50枚を限度として算定できる。
 - c 関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。
 - d 次のいずれにも該当する医師が術者として使用した場合に限り算定する。
 - i 皮膚科又は形成外科の経験を5年以上有している。
 - ii K014皮膚移植術 (生体・培養) を術者として3例以上実施した経験を有する常勤の医師又は K014皮膚移植術 (生体・培養) を術者として3例以上実施した経験を有する医師の指導下で当該手術を実施する常勤の医師である。
 - e 自家培養表皮 (非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合) を使用することについて, 医療上の必要性及び合併症等について患者に説明し, 説明した内容を診療録に記載するとともに, 説明を行った旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
 - f 採取・培養キットについては, 一連の治療計画の初回治療月に1回に限り算定できる。
 - g 診療報酬明細書の摘要欄に, 非外科的治療が無効又は適応とならないと判断し, かつ, 自家培養表皮 (非外科的

治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合) の適応となると判断した医学的理由を詳細に記載する。また, 複数回に分けて治療することが予定されている場合は, 一連の治療計画の内容として以下の事項を摘要欄にあわせて記載する。

- i 治療開始年月及び治療終了予定年月
- ii 治療間隔 (日数) 及び治療回数
- iii 一連の治療において使用することを計画している枚数

(p.1024 右段 5 行目, 下線部訂正)

→ヒト自家移植組織の定義 薬事承認又は認証上, 類別が「ヒト細胞加工製品(1)ヒト体細胞加工製品」又は「ヒト細胞加工製品(2)ヒト体性幹細胞加工製品」であって, 一般的名称が「ヒト (自己) 表皮由来細胞シート」, 「メラノサイト含有ヒト (自己) 表皮由来細胞シート」, 「ヒト (自己) 軟骨由来組織」, (以下略)

(p.1030 左段下から 26 行目, 23 行目, 下線部訂正)

→末梢血管用ステントグラフトの定義 次のいずれにも該当すること。

- ② 次のいずれかに該当。
 - ア 胸部, 腹部, 骨盤内の動脈 (大動脈, 冠動脈, 腕頭動脈, 頸動脈, 椎骨動脈及び肺動脈を除く) に対し, 外傷性若しくは医原性血管損傷の止血を目的に又は浅大腿動脈に病変がある ステント内再狭窄病変若しくは対象病変長 10cm 以上の症候性末梢動脈疾患 に対し, (中略)
 - イ 浅大腿動脈に病変がある ステント内再狭窄病変又は対象病変長 10cm 以上の症候性末梢動脈疾患 に対し, (以下略)



通

検査料の点数の取扱い

令和6年9月30日
保医発 0930 第9号

【解説】10月1日からの適用です。

(p.480 左段下から8行目, 下線部訂正)

→「52」の抗ミューラー管ホルモン (AMH)

不妊症の患者に対して、(中略)血清又は血漿を検体としてEIA法、CLEIA法、

ECLIA法又はCLIA法により測定した場合に、6月に1回に限り算定できる。

(令6保医発0305・4、0930・9)

(p.493 左段28行目の次に挿入)

→HCV抗体・HCVコア蛋白同時検出定性

ECLIA法により測定した場合に、D013肝炎ウイルス関連検査の「5」HCV抗体定性・定量の所定点数を準用して算定する。

(令6保医発0930・9)

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9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)」30事例が示され、これまでの事例と合わせて313事例となりました。

【検査】

284. 時間外緊急院内検査加算の算定

- ① 処置・手術の算定がない患者における、次の傷病名等に対するD000尿中一般物質定性半定量検査時の時間外緊急院内検査加算の算定は、原則として認められる。
- (1)急性腹症、(2)血尿

- ② 処置・手術の算定がない患者における、D012「22」インフルエンザウイルス抗原定性時の時間外緊急院内検査加算の算定は、原則として認められる。

285. 心房細動等に対するNT-proBNPの算定

次の傷病名に対するD008「20」脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) の算定は、原則として認められない。

- (1)心房細動、(2)高血圧症

286. BNPとNT-proBNP

D008「18」脳性Na利尿ペプチド (BNP) とD008「20」脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) は、原則として同等として取り扱う。

287. 脂肪酸分画の算定

- ① 脂質異常症と次の併存病名のみに対するD010「7」脂肪酸分画の算定は、原則として認められる。

- (1)心筋梗塞、(2)狭心症、(3)脳梗塞、(4)慢性動脈閉塞症〔閉塞性血栓血管炎 (バージャー病) 又は閉塞性動脈硬化症〕
- ② 脂質異常症疑いと動脈硬化症の併存病名のみに対するD010「7」脂肪酸分画の算定は、原則として認められない。

- ③ 高血圧症と次の併存病名のみに対するD010「7」脂肪酸分画の算定は、原則として認められない。

- (1)慢性動脈閉塞症〔閉塞性血栓血管炎 (バージャー病) 又は閉塞性動脈硬化症〕、(2)動脈硬化症

- ④ 高血圧症疑いと次の併存病名のみに対するD010「7」脂肪酸分画の算定は、原則として認められない。

- (1)心筋梗塞、(2)狭心症、(3)脳梗塞、(4)慢性動脈閉塞症〔閉塞性血栓血管炎 (バージャー病) 又は閉塞性動脈硬化症〕、(5)動脈硬化症

288. A群β溶連菌迅速試験定性の算定

溶連菌感染症に対するD012「19」A群β溶連菌迅速試験定性の算定は、原則として、1エピソード (1発症) につき1回まで認められる。

なお、溶連菌感染症の治癒判定目的での当該検査の算定は、原則として認められない。

289. 疑い傷病名に対する細菌薬剤感受性検査の算定

疑い傷病名に対するD019細菌薬剤感受性検査「1」1菌種、「2」2菌種又は「3」3菌種以上の算定は、原則として認められない。

290. 精密眼圧測定の算定

次の場合のD264精密眼圧測定の算定は、原則として認められる。

- (1)調節緊張症に対する散瞳点眼剤投与時
(2)副腎皮質ホルモン製剤投与時

291. 角膜曲率半径計測の算定

- ① 次の傷病名等に対するD265角膜曲率半径計測の算定は、原則として認められる。

- (1)初診時の屈折異常 (近視・遠視・近視性乱視・遠視性乱視・混合性乱視)、
(2)白内障手術前

- ② 次の傷病名等に対するD265角膜曲率半径計測の算定は、原則として認められない。

- (1)結膜炎 (屈折異常なし)、(2)眼底疾患 (屈折異常なし)、(3)眼精疲労 (屈折異常なし)

292. 子宮頸管粘液採取時等のゼラチン (ゼルフォーム等) の算定

- ① D418「1」子宮頸管粘液採取時におけるゼラチン (ゼルフォーム等) の算定は、原則として認められない。

- ② K867子宮頸部 (陰部) 切除術時におけるゼラチン (ゼルフォーム等) の算定は、原則として認められる。

【画像診断】

293. 時間外緊急院内画像診断加算の算定

処置・手術の算定がない患者における、緊急に画像診断の必要性を認めた場合の時間外緊急院内画像診断加算の算定は、原則として認められる。

294. 胆管造影時の血管造影用ガイドワイヤー (交換用) の算定

胆管造影時の血管造影用ガイドワイヤー (交換用) の算定は、原則として認められない。

295. 蘇生に成功した心肺停止に対するCT撮影の算定

蘇生に成功した心肺停止に対するE200コンピューター断層撮影 (CT撮影) の算定は、原則として認められる。

【投薬】

296. イソロイシン・ロイシン・バリンの算定

- ① 肝硬変かつ低アルブミン血症に対するイソロイシン・ロイシン・バリン (リーバクト配合顆粒等) の算定は、原則として認められる。

- ② 次の傷病名のみに対するイソロイシン・ロイシン・バリン (リーバクト配合顆粒等) の算定は、原則として認められない。

(1)低アルブミン血症, (2)C型慢性肝炎, (3)慢性肝炎, (4)劇症肝炎, (5)高アンモニア血症, (6)肝硬変, (7)肝性脳症, (8)肝不全, (9)慢性肝炎かつ低アルブミン血症, (10)肝硬変かつ食道静脈瘤

297. HMG-CoA 還元酵素阻害薬 (スタチン製剤) 2 剤の併用投与

HMG-CoA 還元酵素阻害薬 (スタチン製剤) 2 剤の併用投与は, 原則として認められない。

298. 5-HT₃ 受容体拮抗型制吐剤等の屯服薬としての算定

- ① 5-HT₃ 受容体拮抗型制吐剤 (ナゼア錠等) の屯服薬としての算定は, 原則として認められる。
- ② 次の薬剤の屯服薬としての算定は, 原則として認められない。
 - (1)経口抗菌薬
 - (2)選択的 direct 作用型第 Xa 因子阻害剤 (イグザレルト錠等)
 - (3)神経障害性疼痛又は線維筋痛症に対する疼痛治療剤 (リリカカプセル錠等)

299. リマプロスト アルファデクス錠 (オパルモン錠等) の算定

慢性動脈閉塞症 [閉塞性血栓血管炎 (バージャー病) 又は閉塞性動脈硬化症] に対するリマプロスト アルファデクス錠 (オパルモン錠等) の算定は, 原則として認められる。

300. シロスタゾール (プレタール OD 錠等) の算定

次の傷病名に対するシロスタゾール (プレタール OD 錠等) の算定は, 原則として認められる。

- (1)内頸動脈狭窄症, 脳動脈狭窄症
- (2)慢性動脈閉塞症 [閉塞性血栓血管炎 (バージャー病) 又は閉塞性動脈硬化症]
- (3)心原性及び出血性のない脳血管障害 (脳血流障害, 一過性脳虚血発作)

301. 慢性疼痛等に対するデュロキセチン塩酸塩の算定

次の傷病名に対するデュロキセチン塩酸塩 (サインバルタカプセル等) の算定は, 原則として認められない。

- (1)慢性疼痛, (2)癌性疼痛

302. 悪性黒色腫に対するウベニメクスの算定

悪性黒色腫に対するウベニメクス (ベスタチンカプセル) の算定は, 原則として認められない。

303. 小児のめまい症等に対するドンペリドン坐剤【10, 30mg】の算定

小児における次の傷病名に対するドンペリドン坐剤【10, 30mg】(ナウゼリン坐剤 10, 30 等) の算定は, 原則として認められない。

- (1)めまい症, (2)蕁麻疹, (3)痔核

304. 成人の下痢症等に対するドンペリドン坐剤【60mg】等の算定

① 成人における次の傷病名に対するドンペリドン坐剤【60mg】(ナウゼリン坐剤 60 等) の算定は, 原則として認められない。

- (1)下痢症, (2)蕁麻疹, (3)痔核, (4)感冒, 急性咽頭炎, (5)めまい症

② 成人における次の傷病名に対するドンペリドン坐剤【10, 30mg】(ナウゼリン坐剤 10, 30 等) の算定は, 原則として認められない。

- (1)蕁麻疹, (2)痔核, (3)感冒, 急性咽頭炎

305. 吸入ステロイド剤等の算定がないサルメテロールキシナホ酸塩の算定

気管支喘息に対する吸入ステロイド剤等の算定がないサルメテロールキシナホ酸塩 (セレベント 50 ディスカス) の算定は, 原則として認められない。

306. 爪白癬に対するルリコナゾール外用液等複数の爪白癬治療剤又は抗真菌剤の併用投与

爪白癬に対する次の爪白癬治療剤又は抗真菌剤の併用投与は, 原則として認められない。

- (1) ルリコナゾール外用液 (ルコナック爪外用液) とイトラコナゾール (イトラコナゾール錠等)
- (2) ルリコナゾール外用液 (ルコナック爪外用液) とホスラブコナゾール L-リシンエタノール付加物カプセル (ネイリンカプセル)
- (3) ルリコナゾール外用液 (ルコナック爪外用液) とエフィナコナゾール外用液 (クレナフィン爪外用液)
- (4) イトラコナゾール (イトラコナゾール錠等) とエフィナコナゾール外用液 (クレナフィン爪外用液)

307. 爪白癬治療剤の一処方 3 月分の投与量

一側の手又は足に対する次の爪白癬治療剤の一処方 3 月分の投与量は, 原則として 6 本まで認められる。

- (1) ルリコナゾール外用液 (ルコナック爪外用液) 3.5g (4mL)
- (2) エフィナコナゾール外用液 (クレナフィン爪外用液) 3.56g (4mL)

308. 顕微鏡検査等のない爪白癬治療剤又は抗真菌剤の算定

爪白癬の診断確定時における顕微鏡検査又は培養検査のない次の爪白癬治療剤又は抗真菌剤の算定は, 原則として認められない。

- (1) エフィナコナゾール外用液 (クレナフィン爪外用液)
- (2) ホスラブコナゾール L-リシンエタノール付加物カプセル (ネイリンカプセル)
- (3) ルリコナゾール外用液 (ルコナック爪外用液)

【注射】

309. 重症急性膵炎等に対するオクトレオチド酢酸塩注射液の算定

次の傷病名に対するオクトレオチド酢酸塩注射液 (サンドスタチン皮下注等) の算定は, 原則として認められない。

- (1)重症急性膵炎, (2)膵液瘻

310. 癌性疼痛に伴う鎮痛等に対するハロペリドール【注射薬】の算定

次の傷病名等に対するハロペリドール【注射薬】(セレネース注等) の算定は, 原則として認められない。

- (1)癌性疼痛に伴う鎮痛, (2)認知症に伴う不眠症

311. 人工透析中の閉塞性動脈硬化症等に対するアルプロスタジルの算定

① 次の傷病名に対するアルプロスタジル (パルクス注, リブル注等) の算定は, 原則として認められる。

- (1)人工透析中の閉塞性動脈硬化症
- (2)潰瘍を伴わない慢性動脈閉塞症 [閉塞性血栓血管炎 (バージャー病) 又は閉塞性動脈硬化症]

② 人工透析に対するアルプロスタジル (パルクス注, リブル注等) の算定は, 原則として認められない。

【手術】

312. 麻酔薬の算定がない小児創傷処理(6 歳未満)等の算定

麻酔薬の算定がない次の手術の算定は, 原則として認められる。

- (1) K000-2 小児創傷処理 (6 歳未満)「5」筋肉, 臓器に達しないもの (長径 2.5cm 未満)



- (2) K001 皮膚切開術「1」長径10cm未満
- 313. 手術時等のペルフルプタンの算定**
- ① 次の手術時のペルフルプタン（ソナゾイド注射用）の算定は、原則として認められる。

- (1) K697-2 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法,
(2) K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
- ② 次の傷病名（診断確定時を含む）に対する超音波内視鏡検査時のペルフルプタン（ソナゾイド注射用）の算定は、原則

として認められない。
(1)胆のう炎, (2)胆管炎, (3)脾臓炎, (4)脾臓炎・膵管内乳頭粘液性腫瘍等の膵疾患

事

令和6年度診療報酬改定関連通知の一部訂正

令和6年10月1日
保険局医療課事務連絡

【解説】2024年3月5日、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。

(p.1204 左段 18 行目, 下線部訂正)

13 1 から 6 までに掲げる内法の規定の

適用について

(p.1453 左段 25 行目, 下線部訂正)

→保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準

- (2) 標本等の受取又は受信側（中略）
ア 病理診断管理加算、悪性腫瘍病理組織標本加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設である。