

医科診療報酬点数表関係

【届出関係】

問1 令和6年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。

(答) 「令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」(令和6年3月25日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の別添のチェックリストを参照のこと。

問2 令和6年度診療報酬改定が施行される令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。

(答) 令和6年6月診療分の施設基準の届出については、令和6年5月2日から6月3日まで地方厚生(支)局等において受け付けているところ、令和6年5月下旬以降に地方厚生(支)局等の窓口は届出が集中し、混雑が予想されることから、可能な限り令和6年5月17日までの届出に努めること。

ただし、令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る電子申請は令和6年5月20日から受付開始となるため、留意すること。

【医療DX推進体制整備加算】

問3 「A000」初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算(以下「医療DX推進体制整備加算」という。)の施設基準において、「国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については令和7年9月30日までの間は経過措置が設けられているが、電子カルテ情報共有サービスについて、届出時点で具体的な導入予定等が不明であっても、当該加算は算定可能か。

(答) 経過措置が設けられている令和7年9月30日までの間は、算定可能。なお、電子カルテ情報共有サービスの導入等の具体については、当該サービスが実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

問4 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋管理サービスの運用について」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。)に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については、令和7年3月31日までの間は経過措置が設けられているが、電子処方箋につい

て、届出時点で未導入であっても、当該加算は算定可能か。

(答) 経過措置が設けられている令和7年3月31日までの間は、算定可能。なお、施設基準通知の別添7の様式1の6において、導入予定時期を記載することとなっているが、未定又は空欄であっても差し支えない。

問5 医療DX推進体制整備加算の施設基準で求められている電子処方箋により処方箋を発行できる体制について、経過措置期間終了後も電子処方箋を未導入であった場合、届出後から算定した当該加算についてどのように考えればよいか。

(答) 経過措置期間終了後は、当該加算の算定要件を満たさないものとして取り扱う。

#### 【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問6 「A000」初診料の注11本文等に規定する外来感染対策向上加算(以下「外来感染対策向上加算」という。)及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算に関する施設基準において、感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関であることが求められているが、協定指定医療機関の指定を受けた後、都道府県がホームページ上に当該医療機関を協力指定医療機関として掲載するまでの間も、届出は可能か。

(答) 協定指定医療機関の指定を受けた後であれば、届出可能。

#### 【外来感染対策向上加算】

問7 外来感染対策向上加算の施設基準において、「当該保険医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表」していることが求められているが、当該公表については、当該保険医療機関が公表を行う必要があるのか。

(答) 当該保険医療機関のホームページにより公表することが想定されるが、例えば、自治体、地域医師会等のホームページ又は広報誌に掲載されている場合等においては、別に当該保険医療機関のホームページで公表を行う必要はない。

**【発熱患者等対応加算】**

問8 「A000」初診料の注11 ただし書等に規定する発熱患者等対応加算について、「発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定する。」とあるが、情報通信機器を用いた診療の場合でも算定できるのか。

(答) 算定不可。

**【医療情報取得加算】**

問9 「A001」再診料の注19 及び「A002」外来診療料の注10 に規定する医療情報取得加算3 及び4 について、「A000」初診料の注15 に規定する医療情報取得加算1 又は2 を算定した月に、再診を行った場合について、算定できるか。

また、医療情報取得加算1 又は2 について、医療情報取得加算3 及び4 を算定した月に、他の疾患で初診を行った場合について、算定できるか。

(答) いずれも算定不可。

問10 医療情報取得加算1 及び2 について、同一の保険医療機関において、同一月に、同一の患者について、他の疾患で初診料を2 回算定した場合について、医療情報取得加算1 又は2 を2 回算定できるか。

(答) 算定不可。

問11 医療情報取得加算3 及び4 について、それぞれ、3 月に1 回に限り所定点数に加算することとされているが、同加算3 を算定する患者について、3 月以内に同加算4 は算定可能か。また、同加算4 を算定する患者について、3 月以内に同加算3 は算定可能か。

(答) いずれも算定不可。医療情報取得加算3 又は医療情報取得加算4 のいずれかを3 月に1 回に限り算定できる。

**【救急医療管理加算】**

問12 「A205」救急医療管理加算の対象患者の状態について、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」とあるが、緊急処置とは具体的にはどのような処置を指すのか。

(答) 現時点では、「J034」イレウス用ロングチューブ挿入法及び「J034-3」内視鏡的結腸軸捻転解除術を指す。

問 13 「A205」救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準について、「当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。」とされているが、令和6年6月から同年11月末までにおける「直近6か月間」の考え方としては、令和6年6月からその時点までの期間を指すと考えてよいか。

(答) そのとおり。

#### 【療養病棟入院基本料】

問 14 医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施する場合は、処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を中止し、再開した場合はどのように評価するのか。

(答) 当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を最初に実施した日から30日を超えて中心静脈栄養を実施した場合については、処置等に係る医療区分2として評価を行う。

#### 【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

問 15 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び「A304」地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合」について、同一入院料を算定する別の病棟への転棟時もADLの測定を必要があるのか。

(答) そのとおり。

問 16 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び「A304」地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時

におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合について、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いることは可能か。

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

#### 【特定集中治療室遠隔支援加算】

問 17 「A301」特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。」とあるが、「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師」とは何を指すのか。

（答）現時点では、以下の①から④までのいずれかの研修を修了した看護師又は日本集中治療医学会により集中治療認証看護師の認証を得た看護師（認証書を受領する前であって、合否結果に基づき合格を確認している看護師を含む。また、令和6年12月末までの間に限り、集中治療認証看護師の受験申請を行った看護師を含む。ただし、受験申請後に、合格に至らないと判明した場合は、判明した時点から、要件に該当しない。）を指す。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア※」  
※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
- ③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の8区分の研修を全て修了した場合に限る。）
  - ・ 「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」
  - ・ 「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」
  - ・ 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
  - ・ 「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」

- ・ 「循環動態に係る薬剤投与関連」
- ・ 「術後疼痛管理関連」
- ・ 「循環器関連」
- ・ 「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」

④ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修

- ・ 集中治療領域
- ・ 救急領域
- ・ 術中麻酔管理領域
- ・ 外科術後病棟管理領域

**【総合周産期特定集中治療室管理料】**

問 18 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「1」母体・胎児集中治療室管理料の施設基準において、「専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること」又は「専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時2名以上当該保険医療機関内に勤務していること」のいずれかを満たすこととされているが、日によっていずれの体制をとるかは異なってもよいか。

(答) 差し支えない。

**【慢性腎臓病透析予防指導管理料】**

問 19 「B001」の「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料について、「慢性腎臓病の患者のうち慢性腎臓病の重症度分類で透析のリスクが高い患者」が対象とされているが、具体的にはどのような患者が対象になるのか。

(答) 具体的には、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」に記載されている尿蛋白及び糸球体濾過量で判断される慢性腎臓病の重症度分類において、CKDステージG3aA3、G3bA2-3、G4A1-3、又はG5A1-3と分類される患者が対象となる。

**【がん薬物療法体制充実加算】**

問 20 「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の注9に規定するがん薬物療法体制充実加算の施設基準における「40時間以上のがんに係る適切な研修を修了する」とは、具体的にどのようなことか。また様式39の3について、「がんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが

確認できる文書」とは、具体的に何を指すのか。

(答) 「B001」の「23」がん患者指導管理料のハと同様に、現時点では、日本病院薬剤師会、日本臨床腫瘍薬学会又は日本医療薬学会が認めるがんに係る研修について修了していることを指す。

また、様式 39 の 3 の届出に当たり添付する文書としては、現時点では、日本病院薬剤師会が認定するがん薬物療法認定薬剤師、日本臨床腫瘍薬学会が認定する外来がん治療認定薬剤師又は日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師であることを証する文書を指す。

#### 【栄養情報連携料】

問 21 「B011-6」栄養情報連携料について、入院中の栄養管理に関する情報等を示す文書の作成や他の保険医療機関等の管理栄養士への説明を行ったが、病態の変化等により、予定していた保険医療機関以外への転院又は死亡した場合は、算定できるか。

(答) 不可。

問 22 栄養情報連携料について、「入院中に 1 回に限り算定する。」とあるが、退院後、同一保険医療機関に再入院した場合も、算定できるか。

(答) 入院期間が通算される再入院をした場合には、算定できない。

#### 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

問 23 「C000」往診料に規定する別に厚生労働大臣が定める患者における「往診を行う保険医療機関において過去六十日以内に在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの」について、同一の患家において 2 人以上の患者を診療している場合であって、2 人目以降として「A001」再診料等のみを算定している場合は当該患者に該当するとみなしてよいか。

(答) みなしてよい。ただし、当該患者に対して往診を行い、当該患者に該当するものとして緊急往診加算等を算定する場合には、同一の患家における 2 人目以降の患者である旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

#### 【急性期リハビリテーション加算】

問 24 急性期リハビリテーション加算の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等(平成 20 年厚生労働省告示第 63 号)の別表第九の十に規定する患者であって、算定留意事項通知の「H000」の(11)で示したアからエまでのいずれかに該当するものとされているが、日毎に評価を行い、対

象とならなくなった場合は算定できないのか。

(答) そのとおり。

問 25 算定留意事項通知の「H000」の(11)エにおいて「リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者とは、「A209」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑うもの。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。」とされているが、この初日とは、疑似症を疑った上で急性期リハビリテーション加算を算定した初日のことか。

(答) そのとおり。

#### 【通院・在宅精神療法】

問 26 「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者として、精神科を担当する医師が判断したものが対象とされているが、医師が判断するに当たっての基準についてどのように考えればよいか。

(答) 「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」等のガイドラインに基づき、心的外傷に起因する症状を有する患者として、医師が、心理支援を必要と判断した患者について、対象となる。なお、この場合において、心的外傷に起因する症状を有する患者であって、心的外傷後ストレス障害の診断基準を全て満たさない場合も、要件を満たせば対象となる。ただし、心的外傷に起因する症状を認めず、適応障害の診断基準を満たす患者については、算定できない。

問 27 「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、例えば、学校でのいじめや職場内のハラスメントを原因として、侵入症状を認めている患者は対象となるか。

(答) 精神科を担当する医師が、「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」等のガイドラインに基づき、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者として、心理支援を必要と判断した場合は対象となる。

問 28 「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、次の1から3までのいずれかによる外傷体験を有している患者であって、心的外傷に起因する症状を有するものに対して、精神科を担当する医



師が心理支援を必要と判断し、医師の指示の下、公認心理師が心理支援を実施した場合についても、算定可能か。

1. 他人に起こった心的外傷的出来事を直に目撃する。
2. 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする。
3. 心的外傷的出来事の強い不快感をいだく細部に、繰り返し又は極端に曝露される経験をする。

(答) 算定可能。

問 29 「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注 9」に規定する心理支援加算について、「心的外傷に起因する症状を有する者」が対象とされているが、症状が 1 か月以上持続している必要があるか。

(答) 1 か月未満であっても対象となる。