

診療報酬関連情報

新点数Q & A (厚労省疑義解釈その3、4、5、7)

2024年(令和6年)4月26日、5月10日、17日、31日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】厚生労働省は4月26日、5月10日、17日、31日、2024年(令和6年)度診療報酬改定に係るQ & A(疑義解釈)を事務連絡しました。

なお、その1～2は『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月版に反映済みです。また、その6は歯科のみのため省略します。

文末に「提要P.○」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

(2024年4月26日分)

【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1 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。

(令和6.4.26)(提要P.1293に追加)

【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カ月における使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内である」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カ月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内である」とされているが、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率は、具体的にはどのように計算されるのか。

答2 各抗菌薬のAccess抗菌薬への該当性(AWaRe分類における位置づけ)並びにAccess抗菌薬に分類されるものの使用比率に係るJ-SIPHE及び診療所版J-SIPH

E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>

(令和6.4.26)(提要P.1054に追加)

【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のか。

答3 よい。

(令和6.4.26)(提要P.1057に追加)

【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、「患者の状態に依り、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能である」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、「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の間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のか。

答4 差し支えない。

(令和6.4.26) (提要P.1059に追加)

【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5 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カ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。

(令和6.4.26) (提要P.1078に追加)

【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、再開した場合にどのように評価するのか。

答6 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、転棟又は退院後に、再度療養病棟に入棟又は入院して、中心

静脈栄養を実施した場合であって入院期間が通算される場合はどのように評価するのか。

答7 処置等に係る医療区分2として評価を行う。

(令和6.4.26) (提要P.1090に追加)

【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」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8 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」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9 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」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10 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)以上であること。

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

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

② 当該看護補助者にみなし看護補助者は含まない。

(令和6.4.26) (提要P.1091に追加)

【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11 可能。

(令和6.4.26) (提要P.1187に追加)

【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S O F A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12 15歳以上の患者の入室日のS O F A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S O F Aスコアで基準を満たさない場合であって、15歳未満の患者をpS O F A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、S O F Aスコアの基準を満たすものとして差し支えない。

(令和6.4.26) (提要P.1204に追加)

【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13 差し支えない。

(令和6.4.26) (提要P.1228に追加)

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

(※) 令和5年度子ども・子育て支援推進調査研究事業

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

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)

(令和6.4.26) (提要P.1233に追加)

【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る）

答15 そのとおり。

(令和6.4.26) (提要P.1327に追加)

【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16 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。

(令和6.4.26) (提要P.1346に追加)

【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」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17 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。

(令和6.4.26) (提要P.420に追加)

【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18 そのとおり。

(令和6.4.26) (提要P.503に追加)

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

問19 E101-2ポジトロン断層撮影、E101-3ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はE101-4ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る）に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における（中略）「PET撮像施設認証」を受けている施設である」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19 PET装置の更新等の以前に受けていたPET撮像施設認証に係るアミロイドPET検査（当該認証を受けていた撮影区分であって、当該認証を受けていた装置と同種の装置を用いる検査に限る）について、再度認証が必要となった時点から起算して3月以内に限

り、当該要件を満たしているものとみなす。

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

答20 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。

(令和6.4.26)(提要P.1369に追加)

【通院・在宅精神療法】

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

答21 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分を超え且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。

(令和6.4.26)(提要P.663、右段下から6行目を訂正)

【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22 算定可能。

(令和6.4.26)(提要P.751に追加)

【粒子線治療】

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23 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。

(令和6.4.26)(提要P.872に追加)

【ベースアップ評価料】

問1 新設した医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、医科点数表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、歯科点数表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「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1 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2 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)の関係如何。

答3 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、例えば現行の賃金
水準が低い職員・職種に重点的に配分するな
ど、対象職員ごとに賃金改善額に差をつけて
よいか。

答4 差し支えない。

問5 ベースアップ評価料の届出及び賃金改善
計画書若しくは賃金改善実績報告書の作成を
行うに当たり、対象職員の給与総額に法定福

利費等の事業主負担分を含めて計上するに当
たって、0000看護職員処遇改善評価料と同
様に、法定福利費が必要な対象職員の給与総
額に16.5%(事業者負担相当額)を含めて計
上してもよいか。

答5 差し支えない。

問6 「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6 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。

(令和6.4.26)(提要P.1463に追加)

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

(令和6.4.26)(提要P.841に追加)

(2024年5月10日分)

【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1 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2 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の間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3 不要。

（令和6.5.10）（提要P.1059に追加）

【療養病棟入院基本料】

問4 令和6年3月31日時点で現に旧医科点数表の注11に係る届出を行っている病棟については、令和6年4月1日より令和6年9月30日までの期間において、入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上の要件については、療養病棟入院料2の施設基準に該当するものとみなすとの経過

措置が設けられているが、当該経過措置以外の施設基準を満たし療養病棟入院料2を算定する場合においても、届出を行う必要があるか。

答4 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の届出を行うこと。

（令和6.5.10）（提要P.1091に追加）

【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5 そのとおり。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和6年4月12日事務連絡）別添1の間15（提要P.1161、左段問4のこと）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6 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、「疑義解釈資料の送付について(その2)」(令和6年4月12日事務連絡)別添1の問16(提要P.1161、左段問5のこと)は廃止する。

(令和6.5.10)(提要P.1116に追加)

【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」とあるが、具体的にはどのようなものがあるか。

答7 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8 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。

(令和6.5.10)(提要P.421に追加)

【ベースアップ評価料】

問1 O100外来・在宅ベースアップ評価料(I)、P100歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、06訪問看護ベースアップ評価料(I)の施設基準において、令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2分5厘以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4分5厘以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の当該医療機関又は当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金(役員報酬を除く)の改善(定

期昇給によるものを除く)を実績に含めることができるかとされているが、どの時点から40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の賃金の改善を行うことができるのか。

答1 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2 当該医療機関又は訪問看護ステーションにおける業務実態として、主として医療に従事しているものについて、対象職員として含めて差し支えない。ただし、対象職員ごとの給与総額について、業務実態に応じて常勤換算方法等により按分して計算することを想定

している。

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

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

なお、令和6年4月及び5月分の「介護職員処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」、「介護職員等ベースアップ等加算」、「福祉・介護職員等処遇改善加算」、「福祉・介護職員等特定処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等ベースアップ等加算」についても、同様の取扱いとする。

(令和6.5.10) (提要P.1463に追加)

(2024年5月17日分)

【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1 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総合周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。

(令和6.5.17) (提要P.121に追加)

【バイオ後続品使用体制加算】

問2 A243-2バイオ後続品使用体制加算の施設基準において、当該保険医療機関において調剤した対象薬剤について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単

位数量の割合に係る規定があるが、対象薬剤のバイオ後続品であるかどうかは、厚生労働省ホームページ「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」に示された後発医薬品に係る情報を参考にすればよい。

答2 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>

(令和6.5.17) (提要P.1180に追加)

【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おいて常時1人以上配置されていることとされているが、「令和6年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」(令和6年5月17日事務連絡)による取扱い如何。

答3 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は廃止する。

(令和6.5.17) (提要P.1254に追加)

【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カ月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等

医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等を除く）の割合が7割以下である」とあるが、「患者等」にはどのような患者が含まれるか。

答4 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カ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カ月ごとに地方厚生（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カ月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等を除く）の割合」を令和7年3月31日までに7割以下とするための

計画書には、どのような事項を含めるのか。

答5 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。

（令和6.5.17）（提要P.1344に追加）

（2024年5月31日分）

【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」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1 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。

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」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2 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。

(令和6.5.31) (提要P.1135に追加)

【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」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」と同じ病院を指すものと考えてよいか。

答3 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4 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。

(令和6.5.31) (提要P.1154に追加)

【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」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5 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)の職員として継続的に勤務している必要がある。

(令和6.5.31) (提要P.1182に追加)

【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」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6 概ね3カ月に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
- 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

(令和6.5.31) (提要P.1206に追加)

【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7 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カ月上限とし、当該期間を実績の対象期間から除いて差し支えない。

- 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カ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カ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カ月上限に、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。

- 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カ月の実績」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
		●	○	○	○	○	★	○

○：通常の見取りのとおり、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

●：臨時的な見取り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カ月の実績」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
			○	○	○	○	■	○

○：通常の見取りのとおり、実績を求める対象とする月

■：○の平均値を代用する月

(令和6.5.31) (提要P.1228に追加)

【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8 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.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

(令和6.5.31) (提要P.365に追加)

【入院時食事療養費及び入院時生活療養費】

問9 A307小児入院医療管理料について、「小児入院医療管理料を算定する場合であって、患者の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮する」とされているが、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、「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9 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。

(令和6.5.31) (提要P.1045に追加)

【プログラム医療機器等指導管理料】

問10 B005-14プログラム医療機器等指導管理料に関する施設基準のうち高血圧症治療補助アプリを用いる場合及び特定保険医療材料の機能区分「227高血圧症治療補助アプリ」の算定留意事項に「B001-3生活習慣病管理料(I)の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者(入院中の患者を除く)」と

あるが、当該患者には、令和6年度診療報酬改定前のB001-3生活習慣病管理料の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者（入院中の患者を除く）が含まれると考えてよいか。

答10 そのとおり。

(令和6.5.31) (提要P.1332に追加)

【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とされているが、この「届出」の取扱い如何。

答11 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。

(令和6.5.31) (提要P.1344に追加)

【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」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12 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る

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

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

｜施設内での掲示ポスター

これらのポスターは「在宅医療DX情報活用加算」、「在宅医療DX情報活用加算（歯科）」及び「訪問看護医療DX情報活用加算」の掲示に関する施設基準を満たします。
https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

問14 在宅医療DX情報活用加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関である」を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示としてしているが、「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14 当該保険医療機関又は患家において「マイナ保険証をお出してください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示（問13に示す掲示の例を含む）を行う必要があり、「保険証をお出してください」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のか。

答15 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.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=ceddb596c3a142506e19fd777a0131d5

(令和6.5.31)(提要P.365に追加)

【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16 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カ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」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カ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17 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。

(令和6.5.31)(提要P.1392に追加)

【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」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18 例えば、日本透析医学会、日本胸部外科

学会等による説明文書においては、透析患者の心臓弁膜症に対する治療としては、自己心臓を用いた弁形成術や経カテーテル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」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19 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。

(令和6.5.31)(提要P.1403に追加)

【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カ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」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20 含まれない。

(令和6.5.31)(提要P.1392に追加)

【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21 「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22 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。

(令和6.5.31)(提要P.1410に追加)

【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23 そのとおり。

(令和6.5.31)(提要P.818に追加)

【ベースアップ評価料】

問24 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24 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。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

(令和6.5.31)(提要P.886に追加)

【胚凍結保存管理料】

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

答1 よい。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務

連絡)別添2の間63(提要P.838、右段の間3のこと)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」とされているが、具体的には、胚の凍結を開始した日から起算して1年を経過するごとに算定可能となるという理解でよいか。

答2 よい。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添2の間62(提要P.838、右段の間2のこと)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3 不可。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添3の間9(提要P.839、右段の間10のこと)は廃止する。

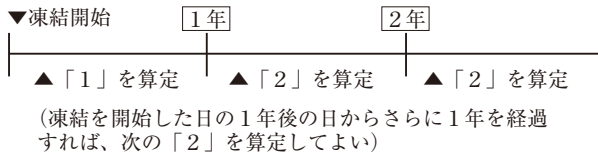
問4 問3について、令和6年8月に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合、2回目の「2 胚凍結保存維持管理料」を算定可能となる時期について、どのように考えればよいか。

答4 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、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添3の間10(提要P.839、右段の間11のこと)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5 算定不可。この場合、1年経過後から、2年経過後までの間については、「妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合」に該当すると考えられ、その分の費用については患家の負担として差し支えない。なお、治療中断の際の取扱いについては、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日付医療課事務連絡)問75も参考にされたい。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付

について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添3の問11(提要P.839、右段の問12のこと)は廃止する。

(令和6.5.31)(提要P.839に追加)

【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6 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、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添3の問27(提要P.842、問7のこと)は廃止する。

(令和6.5.31)(提要P.842に追加)

新点数関連告示・通知の一部訂正

2024年（令和6年）5月1日、17日、30日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】厚生労働省は5月1日、17日、30日、2024年（令和6年）度診療報酬改定に係る訂正について事務連絡しました。このうち、算定要件の変更を伴う訂正のみピックアップして掲載します。

単純な誤字の訂正等は省略します。また、届出用紙は厚生労働省及び近畿厚生局のホームページに掲載されている、最新のものをご活用ください。

なお、3月29日付の訂正は『社会保険診療提要』2024年（令和6年）6月版に反映済みです。

文末に「提要P.○」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年（令和6年）6月改定版の該当ページです。

1. 官報告示の訂正

(1) 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (厚生労働省告示第57号)

・第2章 特掲診療料

B001「23」がん患者指導管理料

注6 ハについて、B001の18小児悪性腫瘍患者指導管理料、B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料、B008薬剤管理指導料、F100処方料の注6注7に規定する加算又はF400処方箋料の注5注6に規定する加算は、別に算定できない。

(令和6.5.17) (提要P.267、左段上から23、24行目を訂正及び下線部追加)

・第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

4 その他の診療料

イ～リ (略)

ヌ 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）

(令和6.5.1) (提要P.1895、右段上から27行目に下線部追加)

(2) 要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する告示（厚生労働省告示第125号）

別表第1

患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
3 短期入所療養介護 (介護老人保健施設又	次に掲げる療養 1 次に掲げる点数が算

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	定されるべき療養イ～チ (略) リ 別表第一第2章第10部から第12部第14部までに規定する点数
--	---

(令和6.5.1) (提要P.1508、上から18行目、訂正及び下線部追加)

2. 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項（令和6年・保医発0305第4号）の訂正

→特定入院料の「一般的事項」

(1) 特定入院料（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を除く。以下この項において同じ）は、1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できるものであり、1回の入院期間中に、当該特定入院料を算定した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度同一の特定入院料を算定することはできない。

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、新生児

掲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）、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及び精神科救急・合併症入院料については、前段の規定にかかわらず、1回の入院期間中に当該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、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）、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した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度病状が悪化などして当該特定集中治療室、ハイケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室、脳卒中ケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室、小児特定集中治療室、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。

(令和6.5.17) (提要P.169、右段上から26行目～41行目、訂正及び下線部追加)

→ A 308 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。

ア (略)

- ① 前月までの6カ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カ月間の回復期リハビリテーシ

ョンを要する状態の患者（在棟中又は在室中に死亡した患者、入棟日又は入室日においてウの①から④までのいずれかに該当した患者及びエの規定によりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者を含む）に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数の平均値

イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「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カ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] (略)

ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日又は入室日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る）の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の⑤に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るFIMの測定を行う。

- ①～⑤ (略)

エ 前月までの6カ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九に掲げる「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、回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る）の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、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、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。

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。

(令和6.5.17) (提要P.199、右段下から15行目P.201、左段下から13行目、下線部追加)

→C002 在宅時医学総合管理料、C002-2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、施設において療養を行っている次に掲げる患者であって、通院困難な者に対して個別の患者ごとに

総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。(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) 養護老人ホーム

(ロ) 軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」（平成20年厚生労働省令第107号）附則第2条第1号に規定する軽費老人ホームA型に限る）

(ハ) 特別養護老人ホーム

(ニ) 有料老人ホーム

(ホ) 高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅

(ヘ) 認知症対応型共同生活介護事業所

(ト) 指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る）

イ (略)

(令和6.5.1) (提要P.373、右段上から4行目の次に下線部追加)

D023 微生物核酸同定・定量検査

→「13」のヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出

ア、イ (略)

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。

(令和6.5.30) (提要P.502、右段上から29行目の次に下線部追加)

→「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）

ア (略)

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、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総合周産期特定集中治療室管理料の「2」

新生児集中治療室管理料を算定する病床
で集中治療が行われた場合。

(ロ) (略)

ウ (略)

(令和6.5.1) (提要P.504、右段上から24行目に下線部追加)

→ F 400 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。ただし、(9)の
ウに規定する「特定疾患に対する薬剤の処方
期間が28日以上」については、「特定疾患に
対する薬剤の処方期間が28日以上(リフィル
処方箋の複数回の使用による合計の処方期間
が28日以上の場合を含む)」と読み替える。

(令和6.5.17) (提要P.586、左段上から30行目に下線部追加)

→ I 002 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、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。
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、「〇分
超」などの記載でも差し支えない。また、5
分以上を超えて10分未満の診療を行った場合
は、「5分以上を超え10分未満」と記載する。

(令和6.5.1) (提要P.658、左段上から17、18行目を訂正及び下線部追加)

→ 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。

(令和6.5.1) (提要P.730、左段下から14行目の次に(6)を追加)

→ K 721 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)患者1人の一連
の大腸内視鏡検査につき1回に限り算定でき
る。なお、本加算は、内視鏡検査に関する専

門の知識及び5年以上の経験を有する医師に
より実施された場合に算定することとし、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、大腸内視鏡動画から大
腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行
うプログラム医療機器を使用している画面の
写しを診療録に添付する。

(令和6.5.1) (提要P.817、右段下から1行目を訂正)

→ K 939-9 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、A301特定集中治療室管理
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総合周産期特定集中治療室
管理料を算定する患者であって、次に掲げる
患者である。なお、次に掲げる患者のいずれ
に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に詳
細に記載する。

ア～ク (略)

(令和6.5.1) (提要P.853、右段下から8行目に下線部追加)

→ L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環 式全身麻酔

(12) 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、以下のように算定する。

(ニ) (ハ)の場合において、各々の区分に係る
麻酔が30分を超えない場合については、
それらの麻酔の実施時間を合計し、その
中で実施時間の長い区分から順に加算を
算定する。なお、いずれの麻酔の実施時
間も等しい場合には、その中で最も高い
点数の区分に係る加算を算定する。

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

① 最初に仰臥位で10分間

② 次に伏臥位で2時間30分間

③ 最後に仰臥位で20分間

の計3時間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

~~9,050~~9,170点

②の残り30分の加算

900点

仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算 600点
算定点数 ~~10,550~~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

- ① 最初に仰臥位で5分間
- ② 次に側臥位で21分間
- ③ 次に分離肺換気で1時間27分間
- ④ 次に側臥位で30分間
- ⑤ 最後に仰臥位で5分間

の計2時間28分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

~~16,600~~16,720点
②と④の残り18分+①と⑤の10分の合計28分の加算 660点
算定点数 ~~17,260~~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

- ① 最初に仰臥位で10分間
- ② 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに45分間
- ③ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用して2時間25分間
- ④ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに1時間
- ⑤ 最後に仰臥位で10分間

の計4時間30分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
~~16,600~~16,720点

②+④で1時間45分となり、このうち30分×3の加算 2,700点
③の残り25分間に④の残り15分間のうち5分間を加算 1,200点
①+⑤の20分間に④の残り10分間を加算 600点
算定点数 ~~21,100~~21,220点

(令和6.5.30) (提要P.860、左段上から4行目～右段上から10行目を訂正)

3. 基本診療料の施設基準等

第2 届出に関する手続き

4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1カ月の実績を有している。ただし、次に掲げ

る入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによる。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

特定集中治療室管理料の施設基準のうち1の(2)及び3の(5)については届出前3カ月、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カ月、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2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、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カ月、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カ月、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。

(令和6.5.17) (提要P.1290、左段下から19、18行目を訂正及び下線部追加)

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」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。

(令和6.5.17) (提要P.1293、右段上から3行目の次に下線部追加)

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)

(令和6.5.30) (提要P.1294、右段下から19行目、下線部追加)

表4 施設基準等の名称が変更されたが、令和6年3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

(令和6.5.30) (提要P.1295、右段上から13行目を訂正)

初・再診料の施設基準等

第2の3 地域包括診療加算

3 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。

(令和6.5.17) (提要P.1058、右段上から18行目～20行目に下線部追加)

入院基本料の施設基準等

別添6 別紙7 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ、Ⅱに係る評価票

・「Aの6 専門的な治療・処置」の①～⑪の右横の斜線 → 「なし」に変更

(令和6.5.1) (提要P.1098)

別紙8 医療区分・ADL区分等に係る評価票評価の手引き

Ⅱ 算定期間に限りがない区分

31. 欠番

31. →32. 以下、40. まで、一つずつ番号繰り下げ

(令和6.5.1) (提要P.1108～1109)

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)

13 86に該当、かつ、1～~~40~~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

31. →32. 以下、40. まで、一つずつ番号繰り下げ

~~41 86に該当、かつ、1～40(13を除く)に該当しない場合~~

(令和6.5.1) (提要P.1119)

入院基本料等加算の施設基準等

第1の2 急性期充実体制加算

→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。

(令和6.5.17) (提要P.1127、右段下から15行目を訂正)

第4の4 看護職員夜間配置加算

→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。

(令和6.5.30) (提要P.1143、左段下から7行目を訂正)

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

→1 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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、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。

(令和6.5.1) (提要P.1175、右段上から1、2行目に下線部追加)

第26の3 病棟薬剤業務実施加算

→1 病棟薬剤業務実施加算1の施設基準

(2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟(A106障害者施設等入院基本料、A304地域包括医療病棟入院料又はA307小児入院医療管理料以外の特定入院料(病棟単位で行うものに限る)を算定する病棟を除く)に配置されている。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。

病棟の概念及び1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添2の第2の1及び

2による。

なお、病棟薬剤業務実施加算を算定できない手術室、治療室及び小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努める。

- (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カ月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟（A106障害者施設等入院基本料、A304地域包括医療病棟入院料又はA307小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る）を算定する病棟を除く）があつてはならない。

(令和6.5.1) (提要P.1181、左段上から9、24行目に下線部追加)

→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病棟業務等に係る総合的な研修」とは、次に掲げる体制を整備する保険医療機関が実施するものをいう。

オ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している。なお、研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施する体制を有している。

(令和6.5.30) (提要P.1181、右段下から15行目、「等」を削除)

第26の10 地域医療体制確保加算

→1 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、~~1月~~から~~12月~~4月から翌年3月までの1年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年度の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できる。

(令和6.5.30) (提要P.1193、左段下から31行目を訂正)

特定入院料の施設基準等

第3 ハイケアユニット入院医療管理料

5 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つては、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。

(令和6.5.17) (提要P.1211の右段下から1行目の次に(5)を追加)

第19の2 精神科地域包括ケア病棟入院料

→1 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、日勤時間帯にあつては作業療法士、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つ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。

(令和6.5.17) (提要P.1269の左段下から32行目を訂正及び下線部追加)

4. 特掲診療料の施設基準等

第2 届出に関する手続き

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

- (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

図② 令和6年1月1日 令和~~6~~8年4月1日 令和~~7~~9年3月末

例3：イ(ハ)による届出の場合

図①② 6年1月1日 6年12月末日 ~~6~~7年4月1日

(令和6.5.17) (提要P.1479の右段上を訂正)

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものである。

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

(令和6.5.30) (提要P.1481、左段下から14行目に下線部追加)

第4 経過措置等

表1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

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を含む) に規定する基準

(令和6.5.30) (提要P.1488、左段上から14行目、下線部挿入。16～18行目を削除)

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)

(令和6.5.30) (提要P.1488、右段上から28行目の次に下線部追加)

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

(令和6.5.30) (提要P.1489、左段上から6行目の次に下線部追加)

表4 施設基準等の名称が変更されたが、令和6年3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

遺伝学的検査の注に規定する基準	→	遺伝学的検査の注1に規定する基準
-----------------	---	------------------

(令和6.5.30) (提要P.1489、右段、表4の一番上に追加)

第6の8 地域包括診療料

3 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。

(令和6.5.17) (提要P.1317の右段上から17行目から19行目に下線部追加)

第15 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

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及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関 (令和6年3月31日以前に開設されたものを除く) の訪問診療回数の合算が2,100回未満である。なお、次の要件をいずれも満たす場合は当該基準に該当するものとする。

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

(令和6.5.17) (提要P.1343の右段下から30行目に下線部追加)

第36 心臓MRI撮影加算

→1 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。

(令和6.5.30) (提要P.1370、左段下から2行目に下線部追加)

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平方メートル以上)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。

(令和6.5.1) (提要P.1379の右段上から10行目に下線部追加)

第45の2 摂食嚥下機能回復体制加算

→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、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、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。~~

(令和6.5.30) (提要P.1383、右段下から27行目から22行目まで削除)

第47の7 通院・在宅精神療法

→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、当該保険医療機関が過去6カ月間に実施した通院・在宅精神療法の「1」の口又は「2」の口の算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数で除した数が60以上である。

(令和6.5.1) (提要P.1390の右段上から19行目に下線部追加)

第105 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

→2 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、新規届出時及び毎年6月において、地方厚生(支)局長に届け出る。
- (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99の1又は様式99の2様式98により作成し、地方厚生(支)局長に報告する。

(令和6.5.1) (提要P.1458の右段下から9行目、5行目を訂正及び下線部追加)

第106 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

→1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

- (5) (4)について、(中略)を算出する。

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~~3~~12カ月の「対象職員の給与総額」~~＝並びに~~別表7の対象となる3カ月の「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」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わない。

(令和6.5.1) (提要P.1459の右段上から11行目、12行目を訂正及び下線部追加)

第107 入院ベースアップ評価料

→1 入院ベースアップ評価料の施設基準

- (5) (4)について、(中略)を算出する。

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~~3~~12カ月の「対象職員の給与総額」~~＝並びに~~別表7の対象となる3カ月の「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」、「延べ入院患者数」及び【C】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わない。

(令和6.5.1) (提要P.1460の右段下から26行目を訂正及び下線部追加)

5. 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正(令和6年3月27日保医発0327第5号)

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(医科)

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～エ(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(%)
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～エ(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(%)
€	在宅療養指導管理料	(退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合) 算定理由を記載する。	830100818	退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外で算定する理由(在宅療養指導管理料) *****
C002 C 002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算	C002 在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料の 22 23に規定するもののうち、該当するものを選択して記載する。なお、 22 23に規定するものについては、以下のとおり。 〔1 要介護 2 3以上の状態又はこれに準ずる状態〕 1-1 要介護2 1- 2 1 要介護3 1- 3 2 要介護4 1- 4 3 要介護5 1- 5 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 II III以上〕 2-1 ランクII 2- 2 1 ランクIII a 2- 3 2 ランクIII b 2- 4 3 ランクIV 2- 5 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 〔 6 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〕 〔 6 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〕 6 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 6 7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 6 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	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- 2 1 要介護3
			820100627	該当する状態(包括的支援加算): 1- 3 2 要介護4
			820100628	該当する状態(包括的支援加算): 1- 4 3 要介護5
			820100629	該当する状態(包括的支援加算): 1- 5 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2
			820100631	該当する状態(包括的支援加算): 2- 2 1 ランク3 a
			820100632	該当する状態(包括的支援加算): 2- 3 2 ランク3 b
			820100633	該当する状態(包括的支援加算): 2- 4 3 ランク4
			820100634	該当する状態(包括的支援加算): 2- 5 4 ランクM
			820100635	該当する状態(包括的支援加算): 3 頻回の訪問看護を受けている状態
			820100636	該当する状態(包括的支援加算): 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
			820100637	該当する状態(包括的支援加算): 5 施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態
			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): 6 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			
820100639	該当する状態(包括的支援加算): 6 7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者			

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
		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	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」による判定スコアが10以上である患者
			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注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者
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）
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 局所陰圧閉鎖処置 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）；*****
K695	肝切除術	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。	830100315 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（ 腹腔鏡下 肝切除術）；*****

(令和6.5.1) (提要P.1638～1692を訂正及び下線部追加)

6. 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」の一部改正（令和6年3月27日保医発0327第8号）

別紙2

区分	ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る）を受けている患者	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
医学管理等	通則の3外来感染対策向上加算	○			
	通則第3号ただし書発熱患者等対応加算	○			
	通則の4連携強化加算	○			

(令和6.5.1) (提要P.1525、下線部追加)

7. 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱い（令和6年3月5日保医発0305第13号）

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。

(令和6.5.1) (提要P.1042、左段下から10行目、下線部追加)

8. 特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項（令和6年3月5日保医発0305第8号）

→133 血管内手術用カテーテルの算定

(6) 血栓除去用カテーテル

- ア 経皮的血栓除去用・破砕吸引型及び脳血栓除去用は、1回の手術に対し、3本を限度として算定する。

- イ 経皮的血栓除去用・破砕吸引型及び脳血

栓除去用は、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

- ウ 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、関係学会の定める実施基準に準じる。

- エ 脳血栓除去用・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。

- オ 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。

(令和6.5.30) (提要P.1014、右段下から29行目～21行目、下線部追加) (提要の表記は(6)→カ、ア～エがa～dになっている)

検査料の取扱い

2024年（令和6年）5月31日 保医発0531第2号

【編注】厚生労働省は5月31日、百日咳菌核酸検出にPCR法を追加しました。適用は2024年6月1日です。

文末に「提要P.○」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年（令和6年）6月改定版の該当ページです。

【第2章 特掲診療料】

【第3部 検査】

【第1節 検体検査料】

【第1款 検体検査実施料】

D023 微生物核酸同定・定量検査

→ 「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0531・2) (提要P.502、右段下から4行目に下線部追加)

在宅自己注射指導管理料等に規定する注射薬

2024年(令和 6年) 5月31日 厚生労働省告示第207号

保医発0531第1号

【編注】厚生労働省は5月31日、①中等症から重症の潰瘍性大腸炎の維持療法(既存治療で効果不十分な場合に限る)、中等症から重症の活動期クローン病の維持療法(既存治療で効果不十分な場合に限る)に効能・効果を有するベドリズマブ(遺伝子組換え)【販売名】エンタイビオ皮下注108mgペン、同皮下注108mgシリンジ、②中等症から重症の潰瘍性大腸炎の維持療法(既存治療で効果不十分な場合に限る)に効能・効果を有するミリキズマブ(遺伝子組換え)【販売名】オンボー皮下注100mgオートインジェクター、同皮下注100mgシリンジを、在宅医療で用いることのできる「厚生労働大臣が定める注射薬」として告示、通知しました。適用は2024年6月1日です。

文末に「提要P.〇」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

厚生労働省告示第207号(2024年6月1日適用)

1. 特掲診療料の施設基準等の一部改正

- ・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(略)

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

ベドリズマブ製剤

ミリキズマブ製剤

(令6.5.31 告示207)(提要P.412、右段下から5行目の次に下線部追加)

- ・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掲示事項等の一部改正

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(中略)、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、ドブタミン塩酸塩製剤、ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、ベドリズマブ製剤及びミリキズマブ製剤

(令6.5.31 告示207)(提要P.1575、右段上から20行目の次に下線部追加)

保医発0531第1号(2024年6月1日適用)

【第2章 特掲診療料】【第2部 在宅医療】

【第3節 薬剤料】

【C200 薬剤】

→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、(中略)、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、ドブタミン塩酸塩製剤、ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、ベドリズマブ製剤及びミリキズマブ製剤

(令6 保医発0531・1)(提要P.437、右段上から7行目に下線部追加)

- ・関係通知の一部改正

【第2章 特掲診療料】

【第2部 在宅医療】

【第2節 在宅療養指導管理料】

【第1款 在宅療養指導管理料】

→C101 在宅自己注射指導管理料

- (2) インターフェロナルファ製剤については、C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善(血中HCV RNA量が高い場合を除く)を目的として単独投与に用いた場合、C型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善(セログループ1の血中HCV RNA量が高い

場合を除く)を目的として単独投与に用いた場合、HB e抗原陽性でかつDNAポリメラーゼ陽性のB型慢性活動性肝炎のウイルス血症の改善を目的として単独投与に用いた場合及びHTLV-1関連脊髄症(HAM)に対して用いた場合に限り算定する。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0531・1)(提要P.411、左段下から19行目に下線部追加)

(21) ベドリズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。

(22) ミリキズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。

(令6保医発0531・1)(提要P.412、左段下から23行目の次に(21)(22)を追加)

・薬価基準の一部改正に伴う留意事項(2024年6月1日適用)

→**エンタイビオ皮下注108mgペン、同皮下注108mgシリンジ**

① 本製剤はベドリズマブ製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管

理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。

② 本製剤は針付注入器一体型のキットであるため、C151注入器加算及びC153注入器用注射針加算は算定できない。

→**オンボー皮下注100mgオートインジェクター、同皮下注100mgシリンジ**

① 本製剤はミリキズマブ製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。

② 本製剤は針付注入器一体型のキットであるため、C151注入器加算及びC153注入器用注射針加算は算定できない。

→**ベスレミ皮下注250μgシリンジ及び同皮下注500μgシリンジ**

(1) 本製剤はインターフェロンアルファ製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。

(2) 本製剤は針付注入器一体型のキットであるため、C151注入器加算及びC153注入器用注射針加算は算定できない。

薬価基準の一部改正等に伴う留意事項等

2024年(令和6年)5月21日 厚生労働省告示第201号
保医発0521第1号

【編注】5月21日、薬価基準が一部改正されました。令和6年厚生労働省告示第201号の適用は2024年5月22日です。

このうち「薬価基準の一部改正に伴う留意事項について」等について掲載します。

なお、京都府保険医協会では薬価に関する情報提供は行っておりません。今回の薬価改定に関する収載品目及び価格に関する令和6年厚生労働省告示第201号についてはインターネットの「厚生労働省ホームページ/法令等データベースサービス-登載準備中の新着法令-」を閲覧してください。

1. 薬価基準の一部改正等に伴う留意事項等

→エンレスト粒状錠小児用12.5mg及び同粒状錠小児用31.25mg

① 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始前にアンジオテンシン変換酵素阻害薬又はアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬を投与されている場合はそれらの薬剤から切り替え、投与されていない場合は患者の状態を観察しながら本剤を慎重に投与する」及び「小児の慢性心不全の治療に十分な知識及び経験を有し、「臨床成績」の項の内容及び臨床試験に組み入れられた患者の背景(基礎疾患や心不全の病態、前治療、収縮期血圧等)を十分に理解した医師のもとで、本剤の投与が適切と判断される患者に対して適用を考慮する」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

② 本製剤は、既に薬価収載後1年以上を経過している「エンレスト錠50mg、同錠100mg及び同錠200mg」と有効成分が同一であり、今般、錠剤である既収載品において1歳以上の小児における慢性心不全の効能又は効果並びに用法及び用量が追加されたことに伴い、小児等が服用しやすい粒状錠として承認された剤形追加医薬品であることから、掲示事項等告示第10第2号(一)に規定する新医薬品に係る投薬期間制限(14日間を限度とする)は適用されない。

→オルミエント錠1mg

本製剤は、既に薬価収載後1年以上を経過している「オルミエント錠2mg及び同錠4mg」と

有効成分が同一であり、今般、既収載品において既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎及び多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎に係る2歳以上の小児における用法・用量が追加されたことに伴い、当該用法・用量に必要となる製剤として承認された剤形追加医薬品であることから、掲示事項等告示第10第2号(一)に規定する新医薬品に係る投薬期間制限(14日間を限度とする)は適用されない。

→トルカプ錠160mg及び同錠200mg

本製剤の効能又は効果は「内分泌療法後に増悪したPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を有するホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性及びPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載する。

→エルレフィオ皮下注44mg及び同皮下注76mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤による治療は、免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤及び抗CD38モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも3つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した患者を対象とする」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

→ビキセオス配合静注用

本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤の投与対象となる高リスク急性骨髄

性白血病の定義について、各種診療ガイドライン等で示されている高リスクや予後不良因子の定義と必ずしも一致はしていないため、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行う」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

→ピロイ点滴静注用100mg

本剤の効能又は効果に関連する注意において、「CLDN18.2陽性の定義について「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、CLDN18.2陽性が確認された患者に投与する」及び「HER2陰性の患者に投与する」とされているので、CLDN18.2陽性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載する。

→ミチーガ皮下注用30mg バイアル

① 本剤を「既存治療で効果不十分な結節性痒疹」に用いる場合は、本剤の警告において、「本剤についての十分な知識と適応疾患の治療の知識・経験をもつ医師が使用する」、また、効能又は効果に関連する注意において、「最新の診療ガイドライン等を参考に、臨床症状及び全身検索に基づいて他の皮膚疾患との鑑別を行う」とされていることから、結節性痒疹の診断及び治療に精通した医師のもとで、本剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できる。

② 本剤を「既存治療で効果不十分な結節性痒疹」に用いる場合は、効能又は効果に関連する注意において、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景を十分に理解した上で、ステロイド外用剤等の抗炎症外用剤及び抗ヒスタミン剤等の抗アレルギー剤による適切な治療を一定期間施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に投与する」とされているので、本剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 既存治療として使用していた薬剤の品名

及び使用期間（既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由）

イ 投与開始時の痒疹結節数

ウ 投与開始時の病変部位

エ 投与開始時のそう痒スコア

③ 本剤は、「揭示事項等告示」の第10第1号に規定する療担規則第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「ネモリズムマブ製剤」に該当するが、C101在宅自己注射指導管理料は算定できない。

→ベイフォータス筋注50mgシリンジ及び同筋注100mgシリンジ

① 本剤は、「生後初回又は2回目のRSウイルス（Respiratory Syncytial Virus）感染流行期の重篤なRSウイルス感染症のリスクを有する新生児、乳児及び幼児における、RSウイルス感染による下気道疾患の発症抑制」に使用した場合に限り、算定できる。

② 本剤の効能又は効果に関連する注意において、「重篤なRSウイルス感染症のリスクを有する新生児、乳児及び幼児に使用する場合、以下のいずれかに該当することを確認した上で投与する」とされているため、使用に当たっては十分留意する。

1) 生後初回のRSウイルス感染流行期の、流行初期において

- 在胎期間28週以下の早産で、12カ月齢以下の新生児及び乳児
- 在胎期間29～35週の早産で、6カ月齢以下の新生児及び乳児

2) 生後初回及び生後2回目のRSウイルス感染流行期の、流行初期において

- 過去6カ月以内に慢性肺疾患の治療を受けた24カ月齢以下の新生児、乳児及び幼児
- 24カ月齢以下の血行動態に異常のある先天性心疾患の新生児、乳児及び幼児
- 24カ月齢以下の免疫不全を伴う新生児、乳児及び幼児
- 24カ月齢以下のダウン症候群の新生児、乳児及び幼児

→オビザー静注用500

本剤は、後天性血友病A患者における出血

抑制に使用するものであり、予防的に使用するものではない。

→ピアスカイ注340mg

本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤は、フローサイトメトリー法等により、発作性夜間ヘモグロビン尿症と確定診断された患者に使用する」とされているので、発作性夜間ヘモグロビン尿症の確定診断が行われた場合にのみ投与する。

2. 関係通知の一部改正

→オルミエント錠2mg、同錠4mg及び同錠1mg

①～⑥ (略)

(平29保医発0829・8、令6保医発0521・1一部改正)

→オルミエント錠2mg、同錠4mg及び同錠1mg

(1) 最適使用推進ガイドラインに従い、有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間、国内臨床試験の結果等から本製剤の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに、副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用できるよう十分留意する。

(令2保医発1225・3「ヤススキナーゼ阻害剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」、令6保医発0521・1一部改正)

→メンクアッドフィ筋注

本製剤は、エクリズマブ(遺伝子組換え)、ラブリズマブ(遺伝子組換え)、スチムリマブ(遺伝子組換え)、ペグセタコプラン、ジルコプランナトリウム、ダニコパン又はクロバリマブ(遺伝子組換え)投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるため、これらの製剤のうちいずれかの投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入する(同一の診療報酬明細書においてこれらの製剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く)。

(令4保医発1115・9、令6保医発0521・1一部改正)

→ジスバルカプセル40mg及び同カプセル20mg

本製剤の効能・効果に関連する注意において「遅発性ジスキネジアと診断された患者に使用する」とされていることから、遅発性ジスキネジアの診断及び治療に精通した医師のもとで、本剤

の投与が適切と判断される症例に使用する。

(令4保医発0523・3、令6保医発0521・1一部改正)

→カナグル錠100mg及び同OD錠100mg

①～③ (略)

(令4保医発0620・2、令6保医発0521・1一部改正)

→ゾレア皮下注用150mg、同皮下注75mgシリンジ、同皮下注150mgシリンジ、同皮下注75mgペン、同皮下注150mgペン及び同皮下注300mgペン

①・② (略)

(令3保医発0811・3、令6保医発0521・1一部改正)

→フォリスチム注300IUカートリッジ、フォリスチム注600IUカートリッジ

① ~~本製剤は、「視床下部＝下垂体機能障害に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の効能・効果に使用した場合に限り算定できる。~~

② ~~本製剤を投与した場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。なお、その保険適用上の取扱いの詳細については、別に通知する。~~

(平20保医発0620002、令6保医発0521・1削除)

→フォリスチム注300IUカートリッジ、同注600IUカートリッジ及び同注900IUカートリッジ

① ~~本製剤は、「視床下部＝下垂体機能障害に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の効能・効果に使用した場合に限り算定できる。~~

② 本製剤は性腺刺激ホルモン製剤であり、本製剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、C101在宅自己注射指導管理料を算定できる。

(平23保医発0922・1、令6保医発0521・1一部改正)

→メトジェクト皮下注7.5mgシリンジ0.15mL、同皮下注10mgシリンジ0.20mL、同皮下注12.5mgシリンジ0.25mL、同皮下注15mgシリンジ0.30mL、同皮下注7.5mgペン0.15mL、同皮下注10mgペン0.20mL、同皮下注12.5mgペン0.25mL及び同皮下注15mgペン0.30mL

①・② (略)

③ 本製剤は針付注入器一体型のキットであるため、C151注入器加算及びC153注入器用注射針加算は算定できない。

(令4保医発1115・9、令6保医発0521・1一部改正)

ネモリズマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドライン の策定に伴う留意事項

2024年(令和6年)5月21日 保医発0521第2号

【編注】ネモリズマブ(遺伝子組換え)製剤については、「ネモリズマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」(令和4年保医発0524第4号通知)において、保険適用上の取扱いに係る留意事項が通知されています。

今般、「ネモリズマブ(遺伝子組換え)製剤の最適使用推進ガイドライン(アトピー性皮膚炎に伴うそう痒)の一部改正について」(令和6年医薬薬審発0521第1号通知、掲載省略)のとおり、最適使用推進ガイドラインが改訂されたことに伴い、算定留意事項通知が改正されました。

→ミチーガ皮下注用60mgシリンジ及び同皮下 注用30mgバイアル

- (1) (略)
- (2) アトピー性皮膚炎に伴うそう痒
 - 1) (略)
 - 2) 本剤投与前の治療の状況
 - ア 6歳以上13歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬(ストロングクラス以上)又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間(4週間未満又は行っていない場合はその理由)
 - イ 6歳以上13歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間(2週間未満又は行っ

ていない場合はその理由)

- 3) 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、ア及びイについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載する。

ア～ウ (略)

- 4) 6歳以上13歳未満のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、アについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載する。

ア かゆみスコア

イ EASIスコア

抗PD-1 抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項

2024年(令和6年)5月17日 保医発0517第1号

【編注】抗PD-1 抗体抗悪性腫瘍剤である「ペムブロリズマブ(遺伝子組換え)製剤(販売名:キイトルーダ点滴静注100mg)」については、「抗PD-1 抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」(平成29年保医発0214第4号通知)において、保険適用上の取扱いに係る留意事項が通知されています。

今般、「ペムブロリズマブ(遺伝子組換え)製剤の最適使用推進ガイドライン(胃癌及び胆道癌)の作成及び最適使用推進ガイドライン(非小細胞肺癌、古典的ホジキンリンパ腫、尿路上皮癌、高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する固形癌及び結腸・直腸癌、頭頸部癌、腎細胞癌、食道癌並びに乳癌)の簡略版への切替えについて」(令和6年医薬審発0517第5号通知。掲載省略)のとおり、最適使用推進ガイドラインが改訂されたことに伴い、本製剤に係る算定留意事項通知が改正されました。

→キイトルーダ点滴静注100mg

(2) 悪性黒色腫

~~4) 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)~~

~~ア ペメトレキセド及びプラチナ製剤併用化学療法との併用投与~~

~~イ カルボプラチン及びパクリタキセル又はnab-パクリタキセル併用化学療法との併用投与~~

(7) 再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌

1) ~ 2) (略)

~~3) 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨(「併用投与ア」と記載)~~

~~ア 5-FU及びプラチナ製剤との併用投与~~

(11) PD-L1陽性のホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌

1) ~ 4) (略)

~~5) 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)~~

~~ア ゲムシタビン及びカルボプラチンとの併用投与~~

~~イ パクリタキセルとの併用投与~~

~~ウ パクリタキセル(アルブミン懸濁型)との併用投与~~

(15) ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術前・術後薬物療法1) ~ 3) (略)

~~4) 本製剤を術前薬物療法として他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)~~

~~ア パクリタキセル及びカルボプラチンとの併用投与~~

~~イ ドキソルビシン塩酸塩及びシクロホスファミド水和物との併用投与~~

~~ウ エピルビシン塩酸塩及びシクロホスファミド水和物との併用投与~~

(18) 治癒切除不能な進行・再発の胃癌(新設) 本製剤を治癒切除不能な進行・再発の胃癌の治療に用いる場合は、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)

ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など)

- イ 特定機能病院
- ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）
- エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設
- オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設
- 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）
- ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。
- イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っている。
- ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っている。
- 3) 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「HER2陰性の患者に投与する」とされているので、HER2陰性を確認した検査の実施年月日
- (19) 治癒切除不能な胆道癌（新設）
本製剤を治癒切除不能な胆道癌の治療に用いる場合は、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）
- ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）
- イ 特定機能病院
- ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）
- エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設
- オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設
- 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）
- ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。
- イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含むがん治療の研修を行っている。
- 3) 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）
- ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与