

『診療提要』を用いたQ&A説明会

2024年6月27日（木）14時～16時

会場 京都府保険医協会会議室／WEB併用

講師 加藤俊勝（京都府保険医協会事務局）

参加費 無料

内容 当会が24年5月26日に発行した『社会保険診療提要』を用いたQ&A等の説明会です。

- 次第
- ①入院外点数の算定に関するQ&A等の説明
 - ②入院外点数の施設基準に関するQ&A等の説明
 - ③レセプト記載要領の変更、療養担当規則、選定療養など（5分程度休憩）
 - ④入院点数の算定に関するQ&A等の説明
 - ⑤入院点数の施設基準に関するQ&A等の説明

主催 京都府保険医協会

『社会保険診療提要』とは？



- 京都府保険医協会が点数改定の度に全会員に1冊無料配布している赤い表紙の点数表です。
- 昭和33年から出版している歴史のある本です。
- 編集、出版、印刷は民間の出版社ですが、京都府保険医協会事務局をはじめ、全国の保険医協会、保団連の事務局が編集作業に関わり、内容を点検、精査、Q&Aの追加等を行っています。
- 点数表の告示・通知を点数表毎に並び替え、読みやすく編集している点が特徴です。

P.1 本書をご利用になる前に

1. 本書の構成と色分け

- (1) 点数表本体の点線囲み **(水色)** (「通則」については **(薄紫色)**) で表示した部分は、健康保険の診療報酬が告示されたもの (標準点数) です。
- (2) **(水色)** の枠の外に小活字で掲載したものは、厚生労働省保険局医療課長名で通知されたもの (例: 保医発0305第4号 / 具体的な解釈・算定要件・準用点数) です。
- (3) 厚生労働省発出の事務連絡は **事務連絡** として、2024年改定に伴うものは **深緑の文字** で、その他は **濃紺の文字** で示しています。
- (4) 各医療団体から出されるQ&Aなどの参考情報は **参考** として、あるいは **(編注)** として **青色の文字** で示しています。この **青色文字** の部分は公式の規定ではありませんが、行政機関等に確認したもののみを掲載しています。参考情報としてご利用ください。
- (5) レセプト摘要欄への記載が必須の点数項目については、**摘要欄** の表示及び「記載事項等一覧」の該当ページを示しています。
- (6) 明細書の略号が規定されている項目 (主なもの) には、**茶色文字** で略号を併記しています。
- (7) 2024年改定により実質的に内容の変わった部分を「**緑色**」で区別しました。見出し、注・項目番号の **緑色アミ掛け** または **新** はその項目自体が新しいか、または全面的に変わったものです。点数変更または表記の一部のみ変わった場合は **緑色の下線** を付しました。
- (8) 改定前の2023年4月から2024年3月まで1年間に発出された告示・通知により変更された部分には、**オレンジ色の下線** または **オレンジアミ** を付して区別してあります。

①入院外点数の算定に関する Q&A等の説明

- 一部、『社会保険診療提要』に掲載できなかった、厚労省疑義解釈その3、4、5、7から抜粋して説明します。

P.41 発熱患者等対応加算

- 左段、一番下

問1 A000初診料の「注11」ただし書及びA001再診料の「注15」ただし書に規定する発熱患者等対応加算について、当該保険医療機関において既に外来感染対策向上加算を算定している患者であって、発熱患者等対応加算を算定していないものが、同月に発熱その他感染症を疑わせるような症状で受診した場合について、どのように考えればよいか。

答 外来感染対策向上加算は算定できないが、要件を満たせば発熱患者等対応加算は算定できる。

問2 発熱患者等対応加算について、……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。

P.41 医療情報取得加算

- ・右段、一番下

問1 A000初診料の「注15」、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について、オンライン資格確認により患者の診療情報等の取得を試みた結果、患者の診療情報等が存在していなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。

答 加算2又は4を算定する。

問2 患者が診療情報等の取得に一部でも同意しなかった場合の算定について、（→P.45へ）どのように考えればよいか。また、マイナ保険証が破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。

答 いずれの場合も、加算1又は3を算定する。

P.45 医療情報取得加算

- 左段、下の方

問3 情報通信機器を用いた診療を行う場合であっても算定できるのか。

答 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを活用することで、当該加算を算定できる。なお、情報通信機器を用いた診療において、オンライン資格確認を行うに際しては、事前準備として、次の点について留意する。

- あらかじめ、保険医療機関又は保険薬局において、オンライン資格確認等システムにおいて「マイナ在宅受付 Web」の URL 又は二次元コードを生成・取得すること等が必要である。
- 患者において、自らのモバイル端末等を用いて二次元コード等から「マイナ在宅受付 Web」へアクセスし、マイナンバーカードによる本人確認を行うことで、オンライン資格確認が可能となり、薬剤情報等の提供について、同意を登録すること可能となること。

(参考) 「訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）の実施上の留意事項について」（令和6年3月21日保連発0321第1号・保医発0321第9号）

P.250 小児特定疾患カウンセリング料

- 左段上

問1 イの(1)について、「原則として同一患者に対して、初めてカウンセリングを行った場合に限り算定することができる」とあるが、同一患者に対して、初めてカウンセリングを行った場合以外に、イの(1)を算定できるのはどのような場合か。

答 当該カウンセリングを受けた症状及び疾病等にかかる治療が終了した後、再度当該医療機関に治療が終了した症状及び疾病等と異なる症状及び疾病等により受診し、カウンセリングを受ける必要があると医師が判断する場合においてのみ算定できる。

P.250 小児特定疾患カウンセリング料

- 左段上

問2 問1について、同一の保険医療機関においてある疾病に係るカウンセリングを継続的に実施している患者について、他の疾病に係るカウンセリングを開始した場合は、イの(1)を算定できるか。

答 不可。

問4 イ(1)を算定した診療月において、2回目のカウンセリングを医師が実施した場合は、イの(2)の②(月の2回目：500点)を算定するのか。

答 そのとおり。

P.279 慢性腎臓病透析予防指導管理料

- ・右段下

問1 当該点数を算定する日において、慢性腎臓病透析予防診療チームである医師、看護師又は保健師及び管理栄養士それぞれによる指導の実施が必要か。

答 そのとおり。当該指導に当たり、必ずしも医師、看護師又は保健師及び管理栄養士が同席して指導を行う必要はないが、それぞれが同日に指導を行う必要があることに留意されたい。

問2 腎臓病教室に参加していない患者であっても、要件を満たす場合は、当該点数を算定可能か。

答 そのとおり。

P.279 慢性腎臓病透析予防指導管理料

- 右段下

問4 腎臓病教室等で複数の患者に同時に指導を行った場合でも算定可能か。

答 算定できない。

問5 「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。

P.295 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

- ・右段下

問2 管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、（→P.296へ）患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものとされているが、署名の取扱い如何。

答 初回については、療養計画書に患者の署名を受けることが必要。ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合については、患者署名を省略して差し支えない。

P.296 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

- 左段下

問3 問2について、療養計画書の内容について医師による丁寧な説明を実施した上で、薬剤師又は看護職員等の当該説明を行った医師以外のものが追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けた場合にも算定可能か。

答 可能。

問4 管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）に、外来管理加算の費用は含まれるものとされているが、管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定した患者に対して診療を行った場合に、外来管理加算を算定することは可能か。

答 外来管理加算の算定要件を満たせば可能。

P.299 生活習慣病管理料（Ⅱ）

- 右段下

問1 管理料（Ⅱ）について、「第2章第1部第1節医学管理等（……を除く）の費用は、管理料（Ⅱ）に含まれるものとする」とされているが、管理料（Ⅱ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等の費用は算定可能か。

答 不可。

P.299 生活習慣病管理料（Ⅱ）

- 右段下

問2 情報通信機器を用いた指導管理により管理料（Ⅱ）を算定する場合において、療養計画書への署名についてどのように考えればよいか。

答 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」に遵守した上で、例えば、電子署名を活用する方法や、患者が使用するタブレット等の画面に自署してもらう方法が想定される。

なお、留意事項の通則（9）を踏まえて対応する。また、情報通信機器を用いた指導管理を行う上での留意点を療養計画書に記載する。

P.365 在宅患者訪問診療料（I）

- 左段下

問 訪問診療料（I）の注12において、直近3月の訪問診療を行っている患者（一部の患者を除く）1人あたりの平均の訪問診療回数（以下「平均訪問診療回数」という）が一定以上の場合の取扱いが示されているが、当該実績の計算はどのように行えばよいか。また、平均訪問診療回数が一定以上であった場合の取扱い如何。

答 訪問診療の実績については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておく。また、平均訪問診療回数が一定以上であることを確認した場合は、同一患者について当該月の4回目までの訪問診療については100分の100の点数を算定するが、5回目以降の訪問診療については、当該月の間は100分の50に相当する点数により算定する。

P.378 在宅時医学総合管理料

- 左段下

問6 注5に規定する頻回訪問加算について、過去に当該加算を算定していた患者であって、病状が安定したこと等により当該加算を算定しなくなったものについて、再び病状が悪化した等の理由で頻回の訪問が必要となった場合、アの「初回の場合」とイの「2回目以降の場合」のどちらの点数を算定すれば良いか。

答 イの「2回目以降の場合」を算定する。ただし、過去に頻回の訪問を必要としていた疾患と異なる疾患により、頻回の訪問が必要となる場合については、初回に限りアの「初回の場合」を算定して差し支えない。

P.382 救急患者連携搬送料

- 右段下（下り搬送の評価の点数）

問1 搬送先の保険医療機関に属する緊急自動車が患者の初期診療を行った保険医療機関まで赴き、初期診療を行った保険医療機関の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上で当該患者を搬送した場合は算定可能か。

答 要件を満たせば算定可能。

問2 市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の緊急自動車により搬送が行われた場合でも、算定できるのか。

答 算定できない。

P.623 急性期リハビリテーション加算

- 右段下（疾患別リハの加算）

問1 加算の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等の別表第9の10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、対象となくなっただけの場合は算定できないのか。

答 そのとおり。

P.623 急性期リハビリテーション加算

- 右段下

問2 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(→P.623へ)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。

P.627 疾患別リハビリテーション料

・左段下

問5 「要介護認定を申請中の者又は……要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書を文書により提供する」とされているが、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書以外にどのような文書が該当するのか。

答 別紙様式21の6に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する。

- ・本人家族等の希望
- ・健康状態、経過
- ・活動
- ・リハビリテーションの長期目標
- ・本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）
- ・リハビリテーション実施上の留意点
- ・リハビリテーションの見直し・継続理由
- ・リハビリテーションの終了目安
- ・心身機能・構造
- ・リハビリテーションの短期目標
- ・リハビリテーションの方針

P.627 疾患別リハビリテーション料

- 左段下

問6 問5における「利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等」とは、「当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう」とされているが、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、指定通所リハビリテーション事業所等の利用を確認できなかった場合、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等の提供は不要か。

答 そのとおり。

P.663 通院・在宅精神療法

・右段下

問9 「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を10分単位で記載する」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか。

答 当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載する。

- ・ 5分を越え以上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。

P.818 病変検出支援プログラム加算

- 左段上

問9 K721内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術「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のうち、大腸内視鏡検査に関し専門の知識及び経験を有する医師が用いた場合に、用いない場合と比較して診断精度が上昇することが示されていると認められた製品」は何が含まれるか。

答 現時点では、「内視鏡画像診断支援プログラム EndoBRAIN-EYE（……）」が含まれる。

②入院外点数の施設基準に関する Q&A等の説明

- 一部、『社会保険診療提要』に掲載できなかった、厚労省疑義解釈その3、4、5、7から抜粋して説明します。

P.1053 外来感染対策向上加算 等

- 左段上

問15 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及び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。

P.1053 外来感染対策向上加算

- 左段上

問16 「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。。

P.1054 抗菌薬適正使用体制加算

- 左段中程

問 1 A000 初診料の注 14、A001 再診料の注 18 及び 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ける「抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加している」とは具体的には何を指すのか。

答 初診料の注 14 及び再診料の注 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は、診療所版感染対策連携共通プラットフォーム（以下「診療所版 J-SIPHE」という）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出すること、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は、感染対策連携共通プラットフォーム（以下「J-SIPHE」という）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出することを指す。

P.1054 抗菌薬適正使用体制加算

- 左段中程

問2 「直近6か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内である」……について、どのように確認すればよいか。

答 J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおいて、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうち Access 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果が施設基準を満たす場合に、当該結果の証明書を添付の上届出を行う。なお、使用した抗菌薬のうち Access 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位については、提出データの対象期間における抗菌薬の処方件数が30件以上ある場合に集計対象となる。

P.1054 抗菌薬適正使用体制加算

J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおけるデータ受付時期等

データ受付時期（予定）	提出データの対象期間	結果の返却時期
2024年 4月9日～ 4月30日	2023年 10月～3月	2024年5月中旬
2024年 7月	2024年 1月～6月	2024年8月
2024年 10月	2024年 4月～9月	2024年11月
2025年 1月	2024年 7月～12月	2025年2月

※ データ提出方法及びデータ受付時期並びに結果の返却時期の詳細については、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/>

【診療所版J-SIPHE】

出力日時：2024-05-23 01:06

抗菌薬使用状況評価 証明書

処方箋発行医療機関コード：

施設名：

対象期間6カ月の抗菌薬におけるAWaRe分類での割合評価

対象期間：2023年10月～2024年03月（2024年05月14日0時 確定）

抗菌薬処方件数の実績	登録年月数
抗菌薬処方件数	235件
受診件数	1111件
6ヵ月分	

- 対象施設の条件を満たしています。
 対象施設の条件を満たしていません。

※ 確定日時までに以下の条件を満たした場合のみ対象施設と判定されます。

- 対象期間の全ての月でデータを登録している場合。
- 抗菌薬処方件数が30件以上の場合。

AWaRe分類	DDDs	比率
Access	152.79	19.39 %
Watch	631.05	80.1 %
Reserve	4.0	0.51 %
Not recommended	0	0 %
未分類	0	0 %

- Access比率が60%以上です。
 Access比率が60%未満です。

AWaRe分類	対象施設の数	Access使用比率順位
Access比率	1366	48.94%

- Access比率が上位30%に入っています。
 Access比率が上位30%に入っていません。

※ 2024年05月14日0時の時点の固定されたデータから計算します。

※ 「比率」は、集計対象の抗菌薬におけるAWaRe分類ごとの比率です。

※ 「Access使用比率順位」は、対象施設のAccess比率の順位をパーセントで表示したものです。

P.1054 抗菌薬適正使用体制加算

- 右段上

問3 問2により施設基準を満たすことを確認した上で届出を行った場合について、届出後の施設基準の適合性について、どのように考えればよいか。

答 施設基準の届出を行った場合には、届出後についてもJ-SIPHE又は診療所版J-SIPHEに少なくとも6か月に1回はデータを提出した上で直近に提出したデータの対象期間における施設基準の適合性の確認を行い、満たしていなかった場合には変更の届出を行う。

P.1055 医療DX推進体制整備加算

・右段

問1 A000初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等を診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、医師等が閲覧又は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 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診察室等において医師等が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。

P.1055 医療DX推進体制整備加算

- 右段中程

問3 「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、アからウまでの事項が示されているが、アからウまで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、参考にすることはあるか。

答 まとめて掲示しても差し支えない。また、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

周知素材について（これらのポスターは医療DX推進体制整備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

P.1055 医療DX推進体制整備加算

- ・右段下

問4 「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 保険医療機関において「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3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。

P.1055 医療DX推進体制整備加算

- 右段下

問5 「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」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。

P.1056 医療DX推進体制整備加算

- 左段上

問6 「……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」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。

P.1057 時間外対応加算

- 左段中程

問1 時間外対応加算1、2及び3において、「医師、看護職員又は事務職員等」が対応できる体制が求められているが、どのような職員が該当するのか。

答 医師、看護職員（看護師及び准看護師）等の医療従事者又は事務職員であって、当該診療所に勤務している者が該当する。

P.1059 地域包括診療加算 等

・右段下

問12 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 日以上の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、具体的にどのような内容を掲示すればよいか。

答 当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、

- ・28 日以上の長期の投薬が可能である
- ・リフィル処方箋を交付する

のいずれの対応も可能であることを掲示する。なお、具体的な掲示内容としてはポスター（※）を活用しても差し支えない。

（※）https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39295.html に掲載

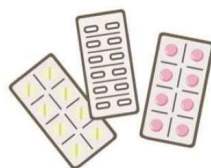
P.1059 地域包括診療加算 等

長期処方・リフィル処方せんについて 当院からのお知らせ

当院では患者さんの状態に応じ、

- ・ 28日以上の長期の処方を行うこと
- ・ リフィル処方せんを発行すること

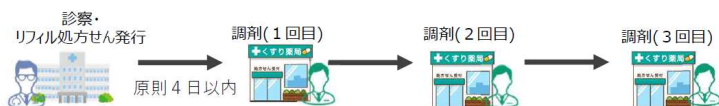
のいずれの対応も可能です。



※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が
対応可能かは病状に応じて担当医が判断致します。

リフィル処方せんとは？

症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、**一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方せん**です。



同一保険薬局で継続して調剤を受けることが出来ない場合は、前回調剤された薬局にもご相談ください

リフィル処方せんの留意点

- 医師が患者の病状等を踏まえ、個別に投与期間を判断します。(最大3回まで)
- 投薬量に限度が定められている医薬品及び貼付剤(一部を除く)は、リフィル処方できません。
- 薬剤師から、体調や服薬状況の確認のため、同一の保険薬局で調剤を受けることを勧める説明をすることがあります。
- 薬剤師から、次回の調剤予定の確認、予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により状況を確認することがあります。また、患者が他の薬局において調剤を受ける場合は、当該薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供することがあります。
- 患者の体調変化を考慮し、リフィル処方せんの有効期間内であっても、薬剤師は、調剤を行わず患者に受診を勧め、処方医へ情報提供する場合があります。

- ・ 24.4.26追加
問 12の内容に加え、「当院では主に院内処方を行っています」又は「当院では主に長期の投薬をご案内しています」といった内容を併せて院内掲示してもよいか。
答 差し支えない。

P.1313 慢性腎臓病透析予防指導管理料

- 右段中程

問1 施設基準で求められている医師、看護師、保健師及び管理栄養士のそれぞれの経験は、過去に複数の施設で必要な経験年数を満たしていてもいいのか。

答 そのとおり。

問2 腎臓病透析予防指導管理料の医師、看護師、保健師、管理栄養士は、A233-2栄養サポートチーム加算の専任の医師、看護師、管理栄養士、B001の27糖尿病透析予防指導管理料の専任の医師、看護師、保健師、管理栄養士との兼任は可能か。

答 栄養サポートチームの専従ではない医師、看護師、管理栄養士は兼任が可能である。また、糖尿病透析予防指導管理料の専任の医師、看護師、保健師、管理栄養士は兼任が可能である。

P.1318 小児かかりつけ診療料

・左段下

問2 施設基準における「発達障害等に関する適切な研修」とは具体的にはどのようなものがあるか。

答 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・日本小児科医会「『子どもの心』研修会」
- ・日本小児保健協会、日本小児科学会、日本小児精神神経学会「小児かかりつけ医のための発達障害スキルアップ講座」
- ・日本小児神経学会「子どものこころのプライマリケア・セミナー」

問3 施設基準における「虐待に関する適切な研修」とは具体的にはどのようなものがあるか。

答 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・日本子ども虐待医学会「BEAMS Stage1」

P.1331 こころの連携指導料（I）

- 右段下

問2 医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

答 現時点では、以下の研修が該当する。

- 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する自殺未遂者ケア研修（かかりつけ医版）、自殺未遂者ケア研修（精神科救急版）又は自殺未遂者ケア研修（一般救急版）
- 日本臨床救急医学会等が実施するPEECコース

また、自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修を令和6年5月31日以前に修了した者については、当該研修を修了したものとする。

P.1341 緊急往診加算等

- 左段中程

問5 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60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。

P.1341 介護保険施設等連携往診加算

・右段下

問 往診料の「注10」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に介護保険施設等の管理者等に対して説明の上、提供している」及び「当該介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により当該介護保険施設等に提供している」とされているが、連絡を受ける担当者及び往診担当医について、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準で規定されている連絡を受ける担当者及び往診担当医と兼任することは可能か。

答 可能。

P.1194 介護保険施設等連携往診加算

- ページを少し戻ってください。左段下

問4 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「ICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有している」とされているが、具体的にどのような場合が該当するか。

答 例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という）に参加し、当該介護保険施設等に所属する医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。

この場合、当該介護保険施設等に所属する医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録する。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供する。

※全国の医療介護現場で利用されているコミュニケーションツール、メディカルケアステーション（MCS）はこれに該当します。

P.1194 介護保険施設等連携往診加算

- 右段上

問5 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準における「年3回以上の頻度でカンファレンスを実施している」について、ICTで診療情報等の共有がなされている場合、当該カンファレンスの内容は、具体的にはどのようなものであればよいか。

答 具体的な定めはないが、例えば、以下のような内容を含んでいる。

- 病状の変化のあった入所者の最新の病状等の診療状況、治療方針、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、家庭の状況及び急変時の対応方針（以下「診療情報等」という）
- 新規入所者の診療情報等
- 前回のカンファレンス時以降、入院退所となった入所者で当該協力医療機関に入院しなかった患者の入院先、入院理由等
- 介護保険施設等が協力医療機関に求める事項

P.1343 在医総管の「注14」

- 直近3月間の訪問診療回数（特別の関係にある他医含む）の合計が2,100回未満、の基準
- 右段下

問1 在医総管の注14（施医総管の注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、「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」とされているが、基準を満たすことの確認方法及び基準を満たさない場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか。

（P.1344に移って）

答 訪問診療回数については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておく。また、当該基準を満たさない場合は、速やかに届出を行い、翌月から在医総管注14に掲げる点数を算定する。

P.1344 在医総管の「注14」

- 直近3月間の訪問診療回数（特別の関係にある他医含む）の合計が2,100回未満、の基準
- 左段上

問2 在医総管の「注14」に規定する基準施設における「要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」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等」の「等」にはどのような患者が含まれるか。

答 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上と診断した状態の患者及び障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分2以上と認定されている状態の患者が該当する。

P.1344 在医総管の「注14」

・24年5.17追加

問 「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）（下線部24.5.10追加）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 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。
- ・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）
- ・看取り加算を算定した患者（算定した月に限る）
- ・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。

P.1392 通院・在宅精神療法の注12

- I002通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いて行う場合の施設基準
- 左段下

問1 「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っている」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるのか。

答 含まれる。

問2 「精神保健指定医として業務等を年1回以上行っている」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務は含まれるのか。

答 含まれる。ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医である。なお、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管する。

P.1405 ストーマ合併症加算

- 左段上

問 J043-3ストーマ処置の注4に規定するストーマ合併症加算の施設基準において求める常勤の看護師の「排泄ケア関連領域における適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

答 現時点では、以下の研修が該当する。

- ①日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」
- ②日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会「ストーマリハビリテーション講習会」

P.1457 看護職員処遇改善、ベースアップ

- 右段中程

問1 看護職員処遇改善評価料並びにベースアップ評価料の施設基準において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金（超過勤務手当）や賞与に反映させる必要はあるのか。

答 労働基準法第37条第5項及び労働基準法施行規則第21条で列挙されている手当に該当しない限り、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。当該評価料に係る「決まって毎月支払われる手当」については、その性質上、上記手当には該当しないことから、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。なお、「決まって毎月支払われる手当」をいわゆる賞与の算定に際して反映させるか否かは、各医療機関の定めによる。

P.1457 看護職員処遇改善、ベースアップ

- 右段中程

問2 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、対象職員の賃金の改善措置を実施する具体的方法（金額・割合等）について、職員に応じて区分することは可能か。

答 可能。各保険医療機関又は訪問看護ステーションの実情に応じて、賃金の改善措置の方法を決定する。

問3 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、基本給等について、常勤職員へは当月払いし、非常勤職員へは翌月払いしている場合、賃金の実績額及び改善実施期間はどのように判断すべきか。

答 いずれについても、基本給等の支払われた月ではなく、対象となった月で判断する。

P.1457 看護職員処遇改善、ベースアップ

- 右段中程

問4 看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料についての施設基準における対象職員には、……派遣職員など、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションに直接雇用されていないものも含むのか。

答 対象とすることは可能。ただし、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、「賃金改善計画書」や「賃金改善実績報告書」について、対象とする派遣労働者を含めて作成する。

P.1458 看護職員処遇改善、ベースアップ

- ・左段上

問6 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、賃金改善に伴い増加する法定福利費等について、どのような範囲を指すのか。

答 次の①及び②を想定している。

- ①健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、児童手当拠出金、雇用保険料、労災保険料等における、賃金改善に応じた増加分（事業者負担分を含む）
- ②退職手当共済制度等における掛金等が増加する場合の増加分（事業者負担分を含む）

P.1458 看護職員処遇改善、ベースアップ

- ・左段上

問7 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の施設基準において、「対象医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守する」とあるが、具体的にどのような対応が必要か。

答 当該評価料による賃金改善を行うための就業規則等の変更について労働者の過半数を代表する者の意見を聴くことや、賃金改善に当たって正当な理由なく差別的な取扱いをしないことなど、労働基準法やその他関係法令を遵守した対応が必要である。その他、賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定することが望ましい。

P.1461 ベースアップ評価料

- 右段下

問3 ベースアップ評価料の施設基準において、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、『賃金改善計画書』の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知することとされているが、周知の具体的方法如何。

答 例えば、「賃金改善計画書」及び就業規則等を書面で配布する方法や職員が確認できる箇所に掲示する方法が挙げられる。

P.1462 ベースアップ評価料

- 左段下

問8 ベースアップ評価料において、……別表4のミ「その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く）」とは、具体的にどのような職員か。

答 別表4又は別表1のア～マに該当しない職種の職員であって、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を指す。ただし、専ら事務作業（医師事務作業補助者、歯科業務補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。

③レセプト記載要領の変更、
療養担当規則、選定療養など

P.1636 レセプト記載要領の変更

- ・診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧の変更(1)
- (1) 計63項目の記載事項、168項目のレセプト電算処理システム用コードが削除された。主なものは以下の通り。
- ア. A001再診料、A002外来診療料の乳幼児加算算定に当たり、月途中から加算を算定しなくなった場合に、月途中まで乳幼児であった旨。
 - イ. B004退院時共同指導料1を算定する場合の入院年月日。
 - ウ. C000往診料、C001在宅患者訪問診療料を同一月に算定している場合の、往診年月日、訪問診療年月日。
 - エ. C001在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算を算定する場合の、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療年月日。

P.1636 レセプト記載要領の変更

- (2) 別表 I に「紙レセのみ記載」の欄が追加された。これにより電子レセプトで請求を行う医療機関は、該当する158項目のレセプト電算処理システム用コードで記された記載内容について、別途コメントの記載は不要であることが明確化された。
- (3) 診療行為が64項目追加、記載事項が96項目以上追加、改定された（緑色の網掛けが該当部分）。当該改定については、2024年6月診療分（7月請求分）より対応が求められる。
- (4) 各記載事項でのレセプト電算処理システム用コードが311個追加された（緑色の網掛けが該当部分）。新設のコードは2024年6月1日から適用されるが、選択するのは2024年10月診療分以降でよい。

P.1636 レセプト記載要領の変更

(5) 「摘要」欄への記載事項が追加・改定された項目のうち、主なものは以下の通り（2024年6月診療分から実施）。

ア. 医学管理等

- B001の37慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合、初回算定年月日を記載する。

イ. 在宅医療

①C000往診料のレセプト記載について、以下が変更となった。

- i) 往診医療機関と連携体制を構築する他医療機関で、過去60日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定する患者への算定の場合は、当該他の保険医療機関の名称を記載する。
- ii) 協力医療機関として定められている介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの入所患者への算定の場合は、当該介護保険施設等の施設名称を記載する。

②C000往診料の在宅ターミナルケア加算を算定する場合は、死亡年月日を記載する。

P.1636 レセプト記載要領の変更

- ③C005在宅患者訪問看護・指導料・C005-1-2同一建物居住者訪問看護・指導料の緊急訪問看護加算を算定する場合は、加算を算定する詳細な理由並びに緊急の訪問看護を行った年月日を記載する。
- ④在宅療養指導管理料の算定に当たり、指導管理に係る薬剤を支給した場合は、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載することとされているが、院外処方の場合は記載が不要である旨が明確化された。

ウ. 検査

- ①全てのCOVID-19関連検査について、検査結果が陰性であったが、COVID-19以外の診断がつかない場合で、さらに同じ検査を1回算定した場合に検査が必要と判断した医学的根拠を記載することとされ、初回の検査時は記載が不要となった。
- ②D023の4 HBV核酸定量の算定に当たり求められる「治療中又は治療終了年月日」の記載は、B型肝炎ウイルス既感染者で、免疫抑制剤の投与や化学療法を行う悪性リンパ腫等の患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮して実施した場合に限り求められることが明確化された。

P.1636 レセプト記載要領の変更

- ③D023の25 HPVジェノタイプ判定を算定する場合、あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果、CIN1又はCIN2のいずれに該当するかを記載する。
- ④ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に当たり、核酸増幅法の検査の結果、陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められるなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定した場合は、医療上の必要性について記載する。

エ. リハビリテーション

- ①各疾患別リハビリテーションを算定する場合は、リハビリテーションの実施者別に算定単位数及び実施日数を記載することとされた。
- ②各疾患別リハビリテーションの急性期リハビリテーション加算を算定する場合は、算定の根拠となった要件を日毎に記載する。

P.1636 レセプト記載要領の変更

カ. 精神科専門療法

①I002通院・在宅精神療法

- i) 算定に当たり、1回の処方で2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等を患者に説明を行った旨を記載する。
- ii) 情報通信機器を用いて通院・在宅精神療法を行った場合は、オンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを記載する。また、当該精神療法で処方を行った場合は当該処方が同指針に沿った適切な処方であることを記載する。

②I012精神科訪問看護・指導料の精神科緊急訪問看護加算を算定する場合は、加算を算定する詳細な理由並びに緊急の訪問看護を行った年月日を記載する。

P.1636 レセプト記載要領の変更

キ. 手術

- ①K917-5の1 精子凍結保存管理料「1 精子凍結保存管理料（導入時）」を算定する場合は凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を記載する。
- ②K917-5の2 精子凍結保存管理料「2 精子凍結保存維持管理料」を算定する場合は、維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を記載する。

ク. 入院基本料

- A108 有床診療所入院基本料の有床診療所急性期患者支援病床初期加算を算定する場合は、入院元を記載する。入院元が急性期医療を担う病院である場合は、当該加算の算定対象である旨及び過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載する。

P.1636 レセプト記載要領の変更

ケ. 入院基本料等加算

- ①A205の1 救急医療管理加算1、A205の2 救急医療管理加算2の算定に当たり、他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合は、転院前の入院における主傷病名を記載する。
- ②A209 特定感染症入院医療管理加算を算定する場合は算定の根拠となる感染症を記載する。7日を超えて算定する場合は病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠を記載する。
- ③A253 協力対象施設入所者入院加算を算定する場合は、当該入院患者の入所していた介護保険施設等の名称を記載する。

コ. 長期収載品の選定療養に関する取扱い

- ・選定療養の対象とはせずに保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む）は理由のうち該当するものを記載する（24年10月より）。
なお、レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言（理由の具体例）は追って示される予定である。

P.1636 レセプト記載要領の訂正

- ・ 当会6月25日発行『グリーンペーパー』で確認のこと。

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 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IIb 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	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IIb
			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）：

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
		<p>3 頻回の訪問看護を受けている状態</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>6 麻薬投薬を受けている状態</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>7 - 2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者</p> <p>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</p>	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	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): 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): 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
		<p>☞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</p>	820100640	<p>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</p>
			820100641	<p>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</p>

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）

※ 24年5月1日発出の訂正でコードが示された。
「5分を超え」であることに注意する。

P.1536 療養担当規則の変更

- (1) 長期収載医薬品の選定療養化については、差額徴収額の計算方法が定められることから、「厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受ける」とされた。24年10月1日適用。 (P.1537の右段上)
- (2) 処方箋様式が変更され、24年10月1日から適用される。ただし、24年10月以降、旧様式による用紙が現存する場合は、当分の間取り繕って使用できる。 (P.1542の右段下、第3条)
- (3) 厚生労働大臣の定める掲示事項 (P.1536の右段の第2条の6の2)、食事療養 (P.1538の左段の第5条の3の5)、生活療養 (第5条の3の2の5)、保険外併用療養費 (第5条の4の3) の内容及び費用に関して、ウェブサイトへの掲載が義務付けられた。ただし、ホームページ等を有しない場合は対応不要。25年5月31日まで経過措置がある。

P.1536 療養担当規則の変更

- (4) 明細書発行機能がないレセコンを使用している等の「正当な理由」に該当し、明細書の無料発行に対応していない診療所が行う毎年の現状報告について、7月1日から8月1日に変更された。
- (5) 「正当な理由」については、診療報酬DXにかかる28年以降の標準型レセコン提供が実施される時期を目途に廃止する予定であることが示された。
- (6) 明細書の発行状況に関し院内掲示が義務付けられている事項は、原則ウェブサイトに掲載しなければならないとされた。ただし、ホームページ等を有しない場合は対応不要。25年5月31日まで経過措置がある。

P.1571 長期収載品の処方等又は調剤に関する事項

(1) (略)

→右段上 (2) 長期収載品とは、後発医薬品のある先発医薬品（いわゆる「準先発品」を含む）をいう。

(3) 本制度の対象となる長期収載品は、次の①又は②の要件を満たす医薬品あって、当該長期収載品の薬価が、当該長期収載品の後発医薬品（組成、剤形及び規格が同一であるものに限る。以下同じ）のうち最も薬価が高いものの薬価を超えているものである。

①当該長期収載品に係る後発医薬品が初めて薬価基準に収載された日の属する月の翌月の初日から起算して5年を経過した長期収載品（バイオ医薬品を除く）

②当該長期収載品に係る後発医薬品が初めて薬価基準に収載された日の属する月の翌月の初日から起算して5年を経過しない長期収載品であって、後発品置換え率が50%以上であるもの（バイオ医薬品を除く）

ただし、①の要件を満たす医薬品であっても、後発品置換え率が1%未滿の長期収載品は、対象外とする。

P.1571 長期収載品の処方等又は調剤に関する事項

なお、対象となる長期収載品の具体的な品目の一覧（長期収載品の薬価、当該長期収載品の後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価等を含む）は別途作成し、厚生労働省のウェブサイトに掲載予定である。

→すでに掲載されています。

(4) 保険外併用療養費の支給額は、所定点数から次に掲げる点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価を控除して得た価格に4分の1を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて次の各区分の例により算定した点数を加えた点数をもとに計算される。

- ①別表第一C200に掲げる薬剤（在宅医療に用いる注射薬）
- ②別表第一F200に掲げる薬剤（院内処方する薬剤）
- ③別表第一G100に掲げる薬剤（院内で投与する注射薬）
- ④別表第二F200に掲げる薬剤（歯科で用いる薬剤）
- ⑤別表第二G100に掲げる薬剤（歯科で用いる薬剤）
- ⑥別表第三20に掲げる使用薬剤料（調剤薬局で調剤される薬剤）

P.1571 長期収載品の処方等又は調剤に関する事項

(5) 長期収載品の処方等又は調剤を行おうとする保険医療機関又は保険薬局は、……(1)に示す本制度の趣旨及び特別の料金について院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならない。

また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならない。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関又は保険薬局については、この限りではない。なお、ウェブサイトへの掲載について、令和7年5月31日までの間、経過措置を設けている。

P.1571 長期収載品の処方等又は調剤に関する事項

(6) 本制度が適用されるのは、次の①から③までのすべてを満たす場合に限られる。(→P.1572)

①患者に対して長期収載品の処方等又は調剤に関する十分な情報提供がなされ、医療機関又は薬局との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られる。なお、今般、本制度の導入にあたっては、院外処方や院内処方等及びそれを踏まえた調剤時における患者の希望による長期収載品の選択を対象とし、入院中の患者については対象外とする。

②長期収載品を処方等又は調剤することに医療上必要があると認められる場合に該当しない。具体的には、処方箋の「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載された長期収載品は、医療上必要があると認められるため保険給付の対象となり、選定療養の対象にはならない。他方、患者の希望を踏まえ銘柄名処方され、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載された長期収載品や、一般名処方され、患者が調剤を希望した長期収載品は、選定療養の対象となる。

③当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当しない。

P.1572 長期収載品の処方等又は調剤に関する事項

(7) 患者から長期収載品の処方等又は調剤に係る特別の料金の費用徴収を行った保険医療機関又は保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するもの。

(8) 特別の料金については、……長期収載品と後発医薬品の価格差の一定割合とする。また、後発医薬品の使用促進を進めていく観点からも、当該一定割合分を徴収しなければならない。

具体的には、当該長期収載品の薬価から、当該長期収載品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に4分の1を乗じて得た価格を用いて算定告示の例により算定した点数に10円を乗じて得た額とする。ここでいう当該長期収載品の後発医薬品の薬価とは、該当する後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価をいう。

なお、……前述の額に消費税分を加えて徴収する必要がある。

(9) この取扱については、……令和6年10月1日より適用する。

④入院点数の算定に関する Q&A等の説明

- 一部、『社会保険診療提要』に掲載できなかった、厚労省疑義解釈その3、4、5、7から抜粋して説明します。

P.87 療養病棟入院基本料

- 左段、一番下

問16 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、消化管瘻若しく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、令和6年6月1日以前より当該病棟において中心静脈栄養を開始した場合の取扱い如何。

答 令和6年6月1日以前の中心静脈栄養を開始した日から起算して30日を超えている場合、令和6年6月1日以降は、処置等に係る医療区分2として評価する。ただし、令和6年3月31日時点において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であって、中心静脈栄養を実施している患者については、当面の間、処置等に係る医療区分3として取り扱う。

- 右段、一番上

問17 問16のただし書について、令和6年4月1日以降に、中心静脈栄養を中止した後に再開した患者であっても経過措置の対象となるのか。

答 経過措置の対象とならない。

GP4月号 療養病棟入院基本料

・24.4.26追加

問 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 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。

P.84 経腸栄養管理加算

- 前に戻って、右段上

問1 A101療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算について、「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明を行うとされているが、経腸栄養の開始後に本人又はその家族等に説明を行った場合であっても算定できるか。

答 説明を行った日から算定できる。ただし、この場合であっても、算定期間は、経腸栄養を開始した日から7日を限度とする。

問2 「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明について、具体的な内容如何。

答 以下の内容について説明する。

- 消化管が機能している場合は、中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することが基本であるとされていること
- 中心静脈栄養によりカテーテル関連血流感染症が合併すること等の経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等

P.84 経腸栄養管理加算

問3 「入棟前の1ヶ月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない」とされているが、他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合について、どのように考えればよいか。

答 他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合であっても算定できない。

問4 ……経腸栄養を開始した後に中止し、その後再開した場合について、どのように考えればよいか。

答 経腸栄養を開始して7日以内に中止・再開した場合であっても、経腸栄養を開始した日から7日間に限り算定できる。

問6 ……経腸栄養を開始した日から7日が経過した後に転棟あるいは退院し、再度入院した場合、入院期間が通算される場合であっても再度算定できるのか。

答 入院期間が通算される場合は算定できない。

問7 ……当該加算を算定した後に退院し、経腸栄養を実施せずに1か月以上経過した後に入院となり、入院期間が前回入院から通算されない場合について、当該加算は再度算定可能か。

答 可能。

P.101 障害者施設等入院基本料 等

- 左段下

問4 障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14、特殊疾患入院医療管理料の注4、注6及び注7、特殊疾患病棟入院料の注4、注6及び注7において、医療区分の評価に基づき相当する点数を算定することとされているが、「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」の中心静脈栄養の項目について、療養病棟入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料のいずれに準じて評価を行うのか。

答 有床診療所療養病床入院基本料に準じて評価を行う。

P.105 有床診療所在宅患者支援病床初期加算

- 左段上

問9 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について、……どのような患者が算定の対象となるのか。

答 算定の対象は、例えば、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返して予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合など、患者の年齢や疾患に関わらず、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なる。

P.141 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 等

- 左段中程

問1 A233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において、入棟後、原則48時間以内に評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することとなっているが、入院前に、入退院支援部門と連携し、入院時支援の一環として栄養状態の評価を行った場合、その評価に基づき計画作成を行ってもよいか。

答 当該病棟の専任の管理栄養士が、入退院支援部門と連携して栄養状態の評価を行った場合は差し支えない。ただし、入院前と患者の状態に変更がある場合は、必要に応じて栄養状態の再評価を行う。

- 左段中程

問2 専任の管理栄養士が休み等で不在の場合であって、入棟後48時間以内の患者との対面による確認や週5回以上の食事提供時間の観察等ができない場合についてどのように考えればよいか。

答 専任の管理栄養士が休み等で不在の場合、専任の管理栄養士以外の管理栄養士が実施しても差し支えない。なお、専任の管理栄養士以外が実施する場合は、随時、専任の管理栄養士に確認できる体制を整備しておく。

・左段中程

問3 「週5回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと」とあるが、1回の食事提供時間に、全ての患者の食事の状況を観察しないといけないのか。また、1日2回行ってもよいか。

答 1回の食事の観察で全ての患者の状況を確認する必要はなく、週5回以上の食事の観察を行う中で計画的に確認できれば差し支えない。また、必要に応じ1日2回行ってもよいが、同日に複数回実施した場合であっても1回として数える。

P.141 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 等

- ・左段一番下

問5 「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を策定した日から14日を限度として算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合には、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする」とあるが、初回入棟後に計画を策定した日あるいは初回入棟後3日目のいずれかのうち早い日より14日を経過した後に、入院期間が通算される再入院の患者に対して計画を再度策定した場合であっても算定することは可能か。

答 不可

P.141 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 等

・右段上

問7 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について、病棟の専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定をできないこととされているが、当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士にかかる疾患別リハビリテーション料の取り扱い如何。

答 当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、他の病棟での疾患別リハビリテーション料を含めて、1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料の算定はできない。

P.204 回復期リハビリテーション病棟入院料 1

・右段下

問17 GLIM基準による栄養状態の評価は、どのくらいの頻度で行えばよいか。

答 栄養状態の再評価を行う際に、毎回GLIM基準を用いる必要はないが、患者の状態に応じて必要な期間を判断することとし、少なくとも入棟時と退棟時（死亡退院等のやむを得ない場合は除く）にはGLIM基準による栄養状態の評価を行う。

問18 GLIM基準による栄養状態の評価について、具体的な評価方法をどのように考えればよいか。

答 日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）ホームページの「GLIM基準について」を参考にする。

＜参考＞GLIM基準に関する研修会は、現時点で、下記の関係団体で開催予定。

- ・回復期リハビリテーション病棟協会（令和6年5月）
- ・日本栄養士会（令和6年5月以降順次開催）

P.204 回復期リハビリテーション病棟入院料 1

- 右段下

問19 栄養スクリーニングで低栄養リスクがなく、GLIM基準による判定を行わなかった場合、栄養管理計画書、リハビリテーション実施計画書等、栄養情報連携料の様式における「GLIM基準による評価」の判定はどのように記載すればよいか。

答 「GLIM基準による評価」とは、GLIM基準を用いた栄養状態の評価に係る栄養スクリーニングも含めたプロセスを指す。そのため、栄養スクリーニングで低栄養リスクがなかった場合、「GLIM基準による評価」は「低栄養非該当」を選択する。

⑤入院点数の施設基準に関する Q&A等の説明

- 一部、『社会保険診療提要』に掲載できなかった、厚労省疑義解釈その3、4、5、7から抜粋して説明します。

P.1065 通則 栄養管理体制

- 左段中程

問2 「あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成する」とされているが、「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」の、具体的な内容如何。

答 GLIM基準による栄養状態の評価を位置づけることが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を栄養管理手順に位置づけた場合も含まれる。ただし、血中アルブミン値のみで栄養状態の評価を行うことは標準的な手法に含まれないため、複合的な栄養指標を用いた評価を位置づける。

問3 「退院時を含む定期的な評価」は、全ての患者に退院時の評価を行う必要があるか。

答 必ずしも全ての患者について退院時の評価を行う必要はないが、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、どのような患者や状況の場合に退院時の評価を行うかなどを栄養管理手順に位置づけておく。

P.1065 通則 身体的拘束の最小化

・右段下

問 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、……院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるのか。

答 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会等及び研修は、「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6年3月5日保医発第0305第5号）」の別添2の第1の2、3、4及び7の規定に基づき実施されるものである。

P.1131 救急医療管理加算

- ・右段下
- ・注1ただし書……「2」が420点でなく210点となる基準

問3 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7の3の13「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上である」とされているが、割合の計算は、診療報酬明細書の摘要欄に記載する患者の状態に基づき行うのか。

答 そのとおり。

問4 問3について、月毎にその時点の直近6か月間（令和6年6月以降に限る）における割合を確認し、当該割合が5割以上である場合に該当すると考えてよいか。また、該当した場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

答 そのとおり。また、当該施設基準に該当した場合、該当することを確認した月の翌月（例えば6月から11月の実績で該当することを12月に確認した場合は翌年1月）より注1ただし書の点数を算定する。

P.1131 救急医療管理加算

- 右段下

問5 問4について、一度当該施設基準に該当した場合であって、その後、月毎にその時点の直近6か月間における割合を確認し、当該割合が5割未満となった場合は、その時点で当該施設基準に該当しないものと考えてよいか。また、その場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

答 そのとおり。また、当該施設基準に該当しなくなった場合については、該当しないことを確認した月の翌月より注1本文の点数を算定する。

P.1134 診療録管理体制加算

- 右段上

問13 「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、「非常時に備えた医療情報システム」とは、何を指すか。

答 ここでいう医療情報システムは、非常時において継続して診療が行えるために最低限必要なシステムを想定しており、電子カルテシステム、オーダーリングシステムやレセプト電算処理システムを指す。

問14 「バックアップを複数の方式で確保」とは具体的にどのようなものを指すか。

答 例えば、HDDとRDX（Removable Disk Exchange system）、クラウドサービスとNAS（Network Attached Storage）など複数の媒体でバックアップを保存することなどが考えられる。

P.1134 診療録管理体制加算

・右段中程

問15 問13における「バックアップ」について、例えば、クラウドサービスにおいてオンラインでデータを保存するとともに、オフラインのバックアップを取っている場合について、どのように考えればよいか。

答 クラウドサービスを利用したバックアップの考え方については、以下の考え方に基づき、対応する。

- ①クラウドサービスから、専用アプリを用い抽出したデータを、RDXなど別の媒体で保管している場合には要件を満たしていると考えられるが、この場合においても世代管理も十分に行うことに留意されたい。
- ②クラウドサービスから外部のNAS等に自動でデータが転送される場合であって、常時（データ転送の際を除く）ネットワークから切り離した状態でのバックアップを行っている場合には要件を満たしている。
- ③クラウドサービスから、当該クラウドサービス内の他の論理的に切り離されている領域にバックアップ（いわゆるオフサイトバックアップ）を取っている場合であって、災害時等に速やかにデータ復旧が可能な状態にある場合には、要件を満たしている。

P.1134 診療録管理体制加算

- 右段下

問16 問13において、例えば、電子カルテなどのオンラインのサーバからインターネットを介して別の媒体であるRDX、NAS等にバックアップを取った場合は要件を満たしているといえるか。

答 単にバックアップを取るだけではなく、当該媒体が常時ネットワークから切り離された状態（データ転送の際を除く）であって、データ転送にてバックアップが取得された後に、ネットワークと完全に切り離された状態であることを十分に確認し、バックアップデータを適切に保存した場合に限り要件を満たす。

したがって、媒体がネットワークから切り離されたオフラインでのバックアップがされていない場合やネットワークと完全に切り離されている状態であることが確認することができない状態である場合は要件を満たさない。

P.1137 医師事務作業補助体制加算

- 左段下

問13 「医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい」とあるが、どのような取組を行えばよいか。

答 医師事務作業補助者の勤務状況や、医師の業務を補助する能力の評価を定期的に行うことが想定される。

- 右段上

問14 医師の指示の下に行う、診療録等を参照して症状詳記を記載する業務は、医師事務作業補助業務に含まれるか。

答 含まれる。

P.1161 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

- ・左段上

問3 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る」とあるが、1名の管理栄養士がそれぞれの施設基準について1病棟ずつ兼務することができるか。

答 不可。

- ・ADLが低下した患者の割合：加算は3%、地域包括医療病棟は5%

問4 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 (24.5.10修正) 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（中略）のうち、退院又は転棟時におけるADL（中略）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。

P.1161 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

- ・左段上

問5 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 (24.5.10修正) 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（中略）のうち、退院又は転棟時におけるADL（中略）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、……差し支えない。

P.1187 精神科入退院支援加算

- 左段下

問1 入退院支援及び地域連携業務に専従している看護師又は精神保健福祉士が、A312精神療養病棟入院料又はA318地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における退院支援相談員の業務を兼ねてもよいか。

答 差し支えない。

P.1228 地域包括医療病棟入院料

- 右段中程

問1 「入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有している」とあるが、当該病棟内にリハビリテーションを行う専用の設備は必要か。

答 不要。

問2 「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」とあるが、MRI撮影等は、オンコールを行っている職員により対応する体制でもよいか。

答 救急患者への対応を実施出来る体制であれば、オンコールを行っている職員により対応する体制でも差し支えない。

P.1242 回復期リハビリテーション病棟入院料

・右段上

問12 入院料1及び2の施設基準において、「在宅復帰支援を担当する専従の社会福祉士等」を1名以上の常勤配置を行うことを求めているが、「等」には社会福祉士の他にどのような職種が含まれているか。

答 在宅復帰支援に関する十分な経験を有する専従の看護師が含まれる。

問13 入院料1及び2（略）の施設基準において求められる「病棟に専従配置される社会福祉士」又はA308-3地域包括ケア病棟入院料の施設基準において求める「医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士」は、入退院支援加算の施設基準において求める「入退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士」と兼任できるか。また、A247認知症ケア加算1の施設基準における認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できるか。

答 回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士は、……当該社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限り、入退院支援加算における専任の社会福祉士と兼任できるが、認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。また、地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士は、入退院支援加算における専任の社会福祉士又は認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。

P.1242 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 右段中程

問14 入院料1及び3（略）の施設基準において、「当該保険医療機関のFIMの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してFIMの測定に関する研修」を実施することを求めているが、FIMの測定に関わる看護職員も同様に当該研修の対象に該当するか。

答 該当する。

今後のQ&A、正誤、 期中改定は 『グリーンペーパー』 に掲載します

- 毎月25日に発行しています。
- Q&A、正誤、検査等の準用点数の追加を掲載しています。
- 自院にとって重要な変更、解釈は書き込んだり、コピーして貼っておきましょう。



京都府保険医協会・保険部会だより

No.334 (2024年6月)

当協会発行の「京都保険医新聞」や本誌『グリーンペーパー』はすぐ廃棄したり、しまい込んだりせず、ぜひお目通しください。点数の取扱い、公費負担医療などについて、随時情報を掲載、同封しています。医療事務担当職員、窓口事務担当職員にも回覧し、情報を共有してください。

CONTENTS

7月のレセプト受付・締切	2
ミニエッセイリレー2	3
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)	4
新点数関連告示・通知の一部訂正	20
検査料の取扱い	31
在宅自己注射指導管理料等に規定する注射薬	32
薬価基準の一部改正等に伴う留意事項等	34
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	37
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	38
公費負担医療等関連情報	
(2024年8月診療分から)重度心身障害児者医療助成制度 ^④ ・重度心身障害老人健康管理事業(健管)の拡充について	40
医療安全情報	
医薬品・医療機器等安全性情報	42
医療事故情報収集等事業 医療安全情報	43
審査委員会情報	44
医療安全対策関連出版物のご案内	45
「改定関連書籍」発行のご案内	46
保険請求に関する質問用紙	47
保険審査通信 (FAX用)	48

国保及び基金提出用の返却(取下げ)請求書及び再審査請求書については、以下のインターネットサイトからダウンロード願います。
 ・基金分 社会保険診療報酬支払基金トップページ>様式集>医療機関・薬局の方>5. 再審査>再審査等請求書 (Word) (PDF)
 ・国保分 京都府国民健康保険団体連合会トップページ>保険医療機関 保険薬局等のみなさまへ>各種様式> 返却請求書 (PDF) (Excel) / ・再審査請求書 (PDF) (Excel)

※当会の各種会合への参加にあたっては、マスクの着用は個人の判断に委ねます。ただし、手洗い又は手指のアルコール消毒、咳エチケットの順守をお願いします。



※京都府保険医協会のホームページにあるバナーの京都保険医新聞データ検索/グリーンペーパー/ログインページ(ユーザー名:kyohoi、パスワード:soud@nslyou! (相談しよう!))に入ると過去の記事を確認することができます。 ▲協会サイト

※本誌は2024年10月以降、原則ペーパーレス化への移行を予定していましたが、再検討の結果、当面誌面の発行を継続することとしました。
 ※本紙の無断転載を禁じます。