

医科診療報酬点数表関係

【施行時期後ろ倒し】

問1 令和6年度の診療報酬改定において、施行時期が令和6年6月1日に変更になったが、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った場合における、令和6年6月以降の経過措置の取扱い如何。

(答) 令和6年4月以降に令和6年度診療報酬改定前の施設基準による届出を行った保険医療機関又は保険薬局については、令和6年度診療報酬改定における施設基準(以下「新施設基準」という。)の経過措置であって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている経過措置の対象にならない。

問2 問1について、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った保険医療機関又は保険薬局における令和6年6月1日以降の届出についてどのように考えればよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

① 施設基準で改正がない場合(名称のみが改正された場合を含む。)又は施設基準が改正された場合であって届出が必要でない場合
令和6年6月3日以降に再度届出を行う必要はない。

② 施設基準が改正された場合であって届出が必要な場合(経過措置が置かれているものであって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている場合を含む。)

令和6年6月3日までに新施設基準による届出を行う必要がある。なお、当該届出を行った保険医療機関については、経過措置終了時期(例えば令和6年10月1日)の再度の届出は必要ない。

問3 問1及び問2について、例えば令和6年4月に急性期一般入院料1から急性期一般入院料4に変更の届出を行った保険医療機関又は急性期一般入院料4から急性期一般入院料1に変更の届出を行った保険医療機関における新施設基準の重症度、医療・看護必要度の基準の経過措置及び届出についてどのように考えればよいか。

(答) いずれの保険医療機関についても、令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要があり、経過措置については適用されない。

【発熱患者等対応加算】

問4 「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。

【抗菌薬適正使用体制加算】

問5 「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こと。」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。

問6 「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ける「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%以内であること。」、「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「直近6か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が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%以内であること。」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（初診料等における抗菌薬適正使用体制加算については診療所版J-SIPHEにおける結果、感染対策向上加算における抗菌薬適正使用体制加算についてはJ-SIPHEにおける結果をそれぞれ指す。）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こと。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。

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こと。

- ・ J-SIPHE (<https://j-siphe.ncgm.go.jp/>)
- ・ 診療所版 J-SIPHE (<https://oascis.ncgm.go.jp/>)

問 7 問 6 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こと。

【医療情報取得加算】

問 8 「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（以下単に「医療情報取得加算」という。）について、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）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) 医療情報取得加算 2 又は医療情報取得加算 4 を算定する。

問 9 医療情報取得加算について、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、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、医療情報取得加算 1 又は医療情報取得加算 3 を算定する。

問 10 医療情報取得加算について、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こと。

- ・ 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こと。
- ・ 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)

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0010235

問 11 「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報取得加算 1 又は 2 について、別紙様式 54 を参考とした初診時間診票は、「A000」初診料を算定する初診において用いることでよいか。

(答) よい。その他小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報取得加算 1 又は 2 を算定するときには、別紙様式 54 を参考とした初診時間診票を用いること。

問 12 医療情報取得加算 1 又は 2 について、初診時間診票の項目について別紙様式 54 を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか。

(答) 別紙様式 54 は初診時の標準的な問診票(紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。)の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要さず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。

なお、患者情報の取得の効率化の観点から、オンライン資格確認により

情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。

問 13 医療情報取得加算 1 又は 2 について、初診時問診票の項目について別紙様式 54 を参考とするとあるが、令和 6 年 6 月 1 日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか。

(答) 必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式 54 に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること。

問 14 「A001」再診料の注 19 及び「A002」外来診療料の注 10 に規定する医療情報取得加算 3 及び 4 について、「算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。」とあるが、再診時にすべての項目について問診を必ず行う必要があるのか。

(答) オンライン資格確認により情報が得られた項目については、省略して差し支えない。

【医療DX推進体制整備加算】

問 15 「A000」初診料の注 16 に規定する医療DX推進体制整備加算（以下「医療DX推進体制整備加算」という。）の施設基準において、「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（以下この項において「診療情報等」という。）を診療を行う診察室、手術室又は処置室等（以下「診察室等」という。）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こと。」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか。

(答) オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により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。

問 16 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和 4 年 10 月 28 日付け薬生発 1028 第 1 号医政発 1028 第 1 号保発 1028 第 1 号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合について、どのように考えればよいか。

(答) 現時点では、令和5年1月26日に稼働した基本機能(電子処方箋の発行・応需(処方・調剤情報の登録を含む。)、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック)に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。

問17 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。」とされており、ア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、参考にするものはあるか。

(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

問18 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。」を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。

(答) 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17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。

【時間外対応加算】

問19 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。

問20 時間外対応加算1において、「当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられてい

ること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。」とあるが、具体的にどのような体制が必要か。

(答) 常時、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。

- ① 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等
- ② 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等

問21 時間外対応加算3において、「標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。」とあるが、具体的にどのような体制が必要か。

(答) 標榜時間外の夜間の数時間は、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。

- ① 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等
- ② 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等

【看護師等遠隔診療補助加算】

問22 看護師等遠隔診療補助加算の施設基準において、「へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していること。」とされているが、「へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修」には、具体的に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。

- ・ 厚生労働省「オンライン診療研修・調査事業」として実施する「へき地における患者が看護師等という場合のオンライン診療に関する研修」

【入院料通則（栄養管理体制の基準）】

問23 栄養管理体制の基準について、「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）を作成すること。」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こと。

問 24 栄養管理体制の基準における「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こと。

【入院料通則（身体的拘束の最小化）】

問 25 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、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、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こと。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日事務連絡）別添1の間33及び「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成24年3月30日事務連絡）別添1の間22は廃止する。

【療養病棟入院基本料】

問 26 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。

問27 問26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。

【経腸栄養管理加算】

問28 「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、「「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえて経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等について説明を行うこと。」(以下「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明」という。)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29 「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こと。

- ・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

問30 経腸栄養管理加算について、「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 31 経腸栄養管理加算について、「経腸栄養管理加算は経腸栄養を開始した日から7日を限度に、経腸栄養を実施している期間に限り算定できる。」とされているが、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 32 経腸栄養管理加算について、白湯や薬剤のみを経鼻胃管や胃瘻等から投与している場合は算定可能か。

(答) 不可。

問 33 経腸栄養管理加算について、「入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。」こととされているが、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 34 経腸栄養管理加算について、「入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。」こととされているが、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。

【障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料】

問 35 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。

【有床診療所在宅患者支援病床初期加算】

問 36 「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、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針

に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。」とあるが、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。

【総合入院体制加算】

問 37 「A200」総合入院体制加算の施設基準において、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなす。」とあるが、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にあり、契約期間の満了により賃貸借契約を更新した場合は、当該特別の関係があるものとみなされるのか。

(答) 賃貸借契約等を更新した場合については、令和6年3月31日以前から特別の関係にあった特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借関係を継続する場合に限り、特別の関係がないものとみなす。

【救急時医療情報閲覧機能】

問 38 「A200」総合入院体制加算、「A200-2」急性期充実体制加算及び「A300」救命救急入院料の施設基準における「救急時医療情報閲覧機能」とは具体的に何を指すのか。

(答) 厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ」において検討されている、救急医療時における「全国で医療情報を確認できる仕組み (Action1)」を指す。

なお、機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

【急性期充実体制加算】

問 39 「A200-2」急性期充実体制加算について、令和6年度改定において、急性期体制充実加算1と急性期体制充実加算2に評価が細分化されたが、令和6年度改定前に急性期体制充実加算の届出を行っていた保険医療機関における、令和6年6月以降の届出についてどのように考えればよいか。

(答) 令和6年6月3日までに急性期体制充実加算1又は急性期体制充実加算2のいずれかの届出を行うこと。この場合であって、令和6年3月31日に

において急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、引き続き急性期体制充実加算の施設基準における経過措置の対象となる。

問 40 急性期充実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化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が6割以上であること。」とされているが、化学療法を実施した患者の数について、延べ患者数と実患者数のいずれにより割合を算出すればよいか。

(答) 実患者数により算出する。

問 41 問 40 における「外来で化学療法を実施した患者」とは、具体的にどのような患者を指すのか。

(答) 1 サイクル (クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間をいう。) 以上、外来で化学療法を実施した患者を指す。

【超急性期脳卒中加算】

問 42 「A 2 0 5」超急性期脳卒中加算の施設基準において、「「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域 (以下「医療資源の少ない地域等」という。) に所在する保険医療機関が他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。」とあるが、当該施設基準により届出を行った場合であって、届出後に保険医療機関の所在地が医療資源の少ない地域等に属さなくなった場合 (保険医療機関の移転により所在地が変更になった場合を除く。) の取扱いについてどのように考えればよいか。

(答) 届出を行った時点で、保険医療機関の所在地が医療資源の少ない地域等に属する場合には、当面の間は届出を取り下げる必要はなく、引き続き算定できる。

問 43 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域 (以下、「医療資源の少ない地域等」という。) に所在し、他の保険医療機関との連携により超急性期脳卒中加算の届出を行う場合において、連携する他の保険医療機関は、届出を行う保険医療機関が所在する地域又は区域に所在する必要はないと考えてよいか。

(答) 急性期脳卒中の診療に必要な迅速な転院搬送に支障を来さない限り、連携する他の保険医療機関は、届出を行う保険医療機関が所在する医療資源の少ない地域等に所在する必要はない。

【救急医療管理加算】

問 44 「A205」救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準について、「当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。」とされているが、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 45 問44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。

問 46 問45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。

【診療録管理体制加算】

問 47 「A207」診療録管理体制加算の施設基準において、「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。」とあるが、「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 48 診療録管理体制加算の施設基準において、「非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。」とあるが、「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

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。

問 49 問 47 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、対応すること。

- 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記録媒体 (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れ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と考えられる。
- 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と考えられる。

なお、ネットワークから切り離れたオフラインで保管していることについては、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についても十分に確認されたい。

問 50 問 47 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。

なお、常時ネットワークから切り離れたオフラインで保管が可能な状態であるかについては、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についても十分に確認されたい。

問 51 診療録管理体制加算の施設基準において、「例えば、日次でバックアップを行う場合、数世代（少なくとも3世代）確保する等の対策を行うこと。」とあるが、世代管理について、日次のバックアップは、差分のバックアップでよいのか。また、週次、月次のバックアップはどのように考えればよいか。

(答) 週次や月次の世代管理・方法については、病院の規模やバックアップの方式等によって異なることから一概に示すことが難しいが、緊急時に備えるために適した方法でリスクを低減する対策を講じること。

【医師事務作業補助体制加算】

問 52 「A207-2」医師事務作業補助体制加算の施設基準において、「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。

問 53 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。

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

問 54 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準において、「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が3%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。

(答) BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

問 55 同一の保険医療機関において、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した後に、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・口腔連携加算の届出を行っている病棟に転棟した場合について、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定期間をどのように考えればよいか。

(答) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した期間と通算し

て14日間に限り算定できる。なお、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定した後、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する場合でも同様である。

問 56 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。

問 57 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こと。

問 58 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「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、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こと。

問 59 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「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「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、必要に応じて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回として数えること。

問 60 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準において、適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了している常勤医師が1名以上勤務していることが求められているが、この「適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション診療、栄養管理、口腔管理に係る医師研修会」が該当する。

問 61 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「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おいては、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。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】

問 62 「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、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「1」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び「2」回復期リハビリテーション病棟入院料2並びに特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。」とされているが、この口腔状態に係る課題の評価の具体的な方法如何。

(答) 「歯の汚れ」「歯肉の腫れ、出血」「左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる」「義歯の使用」について、原則入棟後48時間以内に評価をおこなうこと。その後、口腔状態の変化に応じて定期的な再評価を行うこと。評価者は歯科専門職に限らない。なお、評価方法については日本歯科医学

会による「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する 口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方(令和6年3月)」を参考とすること。

参考：https://www.jads.jp/basic/index_2024.html

問 63 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。

【ハイリスク妊娠管理加算】

問 64 「A236-2」ハイリスク妊娠管理加算について、「分娩時の妊娠週数が22週から32週未満の早産である患者(早産するまでの患者に限る。)」とあるが、ハイリスク妊娠管理を行った時点での妊娠週数は問わないのか。

(答) そのとおり。医師がハイリスク妊娠管理を必要と認め、ハイリスク妊娠管理を行った場合に算定することができる。

【薬剤業務向上加算】

問 65 「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おける「都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制」について、協力する都道府県は、当該保険医療機関が所在する都道府県に限るのか。

(答) 当該保険医療機関が所在する都道府県と協力することが望ましいが、出向先を選定することが困難である場合には、他の都道府県との協力の下での出向を実施した場合でも該当する。

【精神科入退院支援加算】

問 66 「A246-2」精神科入退院支援加算について、「入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。」とあるが、退院支援計画の交付日についてどのように考えればよいか。

(答) 精神科入退院支援加算に係る退院支援計画を作成後、速やかに患者に交付すること。

問 67 精神科入退院支援加算について、「退院困難な要因」として「身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要なこと」とあるが、身体合併症とは具体的にどのような症状のことをいうのか。

(答) 「A 2 3 0 - 3」精神科身体合併症管理加算の算定患者と同様の取り扱いとする。

問 68 精神科入退院支援加算の施設基準において求められる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、「A 3 1 2」精神療養病棟入院料又は「A 3 1 8」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。

問 69 精神科入退院支援加算について、「退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及びその家族等と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。」とされているが、新たに当該加算を届け出た場合に、届出時点での入院患者についての取扱い如何。

(答) 当該加算の届出を行った時点で入院中の患者について、届出後に退院支援計画を作成し、その他の要件を満たした場合は、当該加算を算定可能。ただし、届出後3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

また、医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催があったもの又は当該入院の期間が1年以上のものについては、退院支援計画の作成時期によらず、それぞれ当該委員会の開催及び退院支援計画の作成又は退院支援計画の作成及び退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整又は障害福祉サービス等若しくは介護サービス等の導入に係る支援を開始することをもって、当該加算の算定対象となる。これらの患者についても、3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

【医療的ケア児（者）入院前支援加算】

問 70 「A 2 4 6 - 3」医療的ケア児（者）入院前支援加算について、患者が通所している障害福祉サービス事業所へ訪問し、当該加算を算定すべき入院前支援を行った場合、当該加算を算定する事はできるか。

(答) 患者の状態、必要な処置等を確認できる場合であって、居宅において患者に対してケアを行っている者がその場において、療養生活環境を確認でき

る場合に限り、患者が通所している障害福祉サービス事業所等への訪問でも当該加算を算定することができる。

【認知症ケア加算】

問 71 「A 2 4 7」認知症ケア加算 1 の施設基準において、「認知症ケアチームは、第 1 の 7 の (4) に規定する身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない」とされているが、認知症ケアチームの専任の常勤看護師が身体的拘束最小化チームに係る業務を兼務した時間は、認知症ケアチームの業務として施設基準で求める「原則週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること」に含めてよいか。

(答) 含めてよい。

【地域医療体制確保加算】

問 72 「A 2 5 2」地域医療体制確保加算の施設基準において、「医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。」とあるが、当該保険医療機関の全ての医師の労働時間について、客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録することが求められるのか。

(答) そのとおり。

問 73 地域医療体制確保加算の施設基準において、「当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第 63 条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下この項において、「対象医師」という。）の 1 年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。」とあるが、対象医師の時間外・休日労働時間が、原則として示された上限以下であることが求められるのか。

(答) そのとおり。

問 74 地域医療体制確保加算の施設基準において、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第 63 条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の令和 6 年度、令和 7 年度における 1 年間の時間外・休日労働時間の上限について、「ただし、1 年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。」とあるが、ホームページ等に掲示する等の方法での公開は、令和 6 年度、令和 7 年度の実績を把握した後、翌年度に行うことでよいか。

(答) よい。

【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算】

問 75 「A 2 5 3」協力対象施設入所者入院加算及び「C 0 0 0」往診料の「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算における「介護保険施設等」について、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第百三十条第一項に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設は含まれるか。

（答）含まれる。

問 76 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「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、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るためにカンファレンスを実施することとされているが、当該カンファレンスにはどのような職種が参加すればよいか。

（答）医師又は看護職員等の医療関係職種が参加すること。

問 77 問 76 のカンファレンスについて、協力医療機関として定められている全ての介護保険施設等とカンファレンスを実施していない場合においても算定可能か。

（答）算定可能。ただし、問 76 に掲げる点数は、定期的なカンファレンスを実施している介護保険施設等に入所している患者に対してのみ算定できる。

問 78 問 76 のカンファレンスについて、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両方の届出を行う場合、同一の介護保険施設等において、施設基準ごとにそれぞれカンファレンス 1 回以上を行う必要があるか。

（答）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カンファレンスは兼ねることは差し支えない。ただし、両方の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には、その旨を記録に残すこと。

問 79 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こと。」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回以上記録すること。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こと。

問 80 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こと。」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こと。

- ・ 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

問 81 問 76 のカンファレンスについて、協力医療機関に勤務している医師であって、特別養護老人ホームの配置医師が当該カンファレンスに参加する場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

(答) 当該配置医師について、協力医療機関の職員とカンファレンスを行った場合は、特別養護老人ホームの職員として扱い、特別養護老人ホームの職員とカンファレンスを行った場合は、協力医療機関の職員として扱ってもよい。なお、協力医療機関の職員として扱った場合においては、当該カンファレンスで共有された診療情報等については、当該配置医師以外の協力医療機関に所属する職員に十分に共有を行うこと。

問 82 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、「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は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、提供していること。」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こと。」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。

【治療室一般】

問 83 「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」、「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1、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び「A303」の「1」母体・胎児集中治療室管理料の施設基準において、「当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」とされているが、当該保険医療機関が宿日直許可を取得していないことが求められるのか。

(答) 当該要件は、保険医療機関が宿日直許可を取得していないことを求めるものではなく、当該治療室に勤務する専任の医師が、宿日直を行う医師ではないことが求めるものである。

問 84 「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」、「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1、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び「A303」の「1」母体・胎児集中治療室管理料の施設基準において、「当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」とされているが、当該治療室に勤務する医師が、宿日直を行う医師ではない医師であって、宿日直許可を取得している業務に従事する場合について、どのように考えればよいか。

(答) 宿日直許可を取得している業務に従事するかにかかわらず、専任の医師が当該治療室に勤務している間、宿日直を行っていないことが求められる。

【救命救急入院料】

問 85 「A300」救命救急入院料の注5急性薬毒物中毒加算1について、「診療報酬明細書の摘要欄に、急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物を記載する。」とあるが、どのように記載するのか。

(答) 日本中毒学会が作成する「急性中毒標準診療ガイド」における機器分析法に基づく機器分析を行い、急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物を記載する。

【特定集中治療室管理料】

問 86 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアの基準が定められているが、入室日というのは当該治療室に入った初日を指すのか。

(答) そのとおり。

問 87 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアの基準が定められているが、1回の入院において複数回入室した場合についてどのように考えればよいか。

(答) 入院期間が通算される1回の入院において、特定集中治療室に複数回入室した場合、初回の入室日のSOF Aスコアを評価する。

問 88 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアの基準が定められているが、入室日におけるSOF Aスコアの評価方法如何。

(答) 日本集中治療医学会ICU機能評価委員会による「JIPAD 日本ICU患者データベース データ辞書」等を参考に、原則として入室後、速やかに評価し、入室日に2回以上評価した場合、最も高いスコアをその患者のスコアとする。

問 89 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアの基準が定められているが、深夜に入院した場合等、入室日のSOF Aスコアを評価することが困難な場合について、どのように考えればよいか。

(答) 入室日のSOF Aスコアを評価することが困難な場合、入室後24時間以内に評価したスコアであって、評価が可能になったときに速やかに評価したスコアに限り、当該スコアをその患者のスコアとして差し支えない。

問 90 「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアについて、「15歳未満の小児は対象から除外する。」とあるが、入室中に15歳になった場合について、どのように考えればよいか。

(答) 入室日の年齢が15歳未満であれば、対象から除外する。

問 91 「A301」特定集中治療室管理料「1」から「4」の施設基準において、入室日のSOF Aスコアの基準が定められているが、令和6年5月31日以前に測定した、入室日のSOF Aスコアについてどのように考えればよいか。

(答) 令和6年5月31日以前に測定したSOF Aスコアについては、2023年度

「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料に基づいて測定しているSOFASコアであれば、施設基準の計算に用いてよい。

【特定集中治療室遠隔支援加算】

問 92 「A301」特定集中治療室管理料の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。」とあるが、当該別に配置されている医師は、支援側医療機関の特定集中治療室に入院する患者に係る業務を行ってもよいか。

(答) 特定集中治療室内に専任の医師が2名以上勤務しており、そのうち遠隔支援を担当する医師が特定集中治療の経験を5年以上有する医師である場合であって、当該医師が遠隔支援に係る助言を求められた際に対応可能である場合に限り、施設基準を満たすものとみなす。

問 93 「A301」特定集中治療室管理料の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。」とあるが、当該別に配置されている医師は、支援側医療機関の特定集中治療室内に勤務している必要はあるか。また、当該医師は宿日直を行う医師であってもよいか。

(答) 当該医師は支援側医療機関の特定集中治療室内に勤務している必要はなく、宿日直を行う医師であっても差し支えない。ただし、当該医師が被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを行っている看護師から助言を求められた場合に直ちに対応できる必要がある。

問 94 「A301」特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。」とあるが、患者のモニタリングを行う場所は、支援側の医療機関における特定集中治療室内である必要があるのか。

(答) モニタリングを行う場所は、支援側の保険医療機関内であれば、特定集中治療室内である必要はないが、患者のモニタリングを行う職員が集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師である場合には、特定集中治療の経験を5年以上有し、遠隔支援を担当する医師と速やかに連絡を取れる体制を有する必要がある。

【新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料】

問 95 「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準について、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の要件を満たす患者であって、「A302」新生児特定集中治療室管理料1又は「A303」新生児集中治療室管理料（以下「新生児特定集中治療室管理料等」という。）を算定するものについて、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準における実績に含めてよいか。

(答) 含めてよい。例えば、出生体重 700 グラムの新生児が入院した場合、新生児特定集中治療室管理料等の「直近1年間の出生体重 1,000 グラム未満の新生児の新規入院患者数」及び新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の「直近1年間の出生体重 750 グラム未満の新生児の新規入院患者数」の施設基準の両方の実績に含めることとなる。

問 96 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準において、「当該保険医療機関に常勤の臨床工学技士が1名以上配置されており、緊急時には常時対応できる体制がとられていること。」とあるが、電話のみの対応でも良いか。

(答) 電話対応のみでなく、必要に応じて治療室での対応が可能な体制を有している必要がある。

問 97 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準において、「当該専任の医師は、当該治療室における専任の医師と兼任であって差し支えない。」とあるが、当該管理料における専任の医師と、当該管理料を届け出る治療室における専任の医師が兼任でよいということか。

(答) そのとおり。

問 98 新生児特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に入院している患者が、入室から起算して7日以内に、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の算定要件を満たした場合、当該患者について、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定できるか。

(答) 算定可能。例えば、新生児特定集中治療室管理料1を届け出ている治療室に入院している患者が、入室2日目の午前2時に新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の算定要件を満たした場合、入室2日目は、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定できる。

問 99 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料について、入室日から新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定している患者が、入室から起算して7日以内に、当該管理料の算定要件を満たさなくなった

場合、満たさなくなった日は、当該管理料を算定できるか。

(答) 算定不可。新生児特定集中治療室管理料1の算定要件に該当する患者については、A302の1に掲げる新生児特定集中治療室管理料1の例により算定し、新生児特定集中治療室管理料1の算定要件に該当しない患者については、入院基本料等を算定する。

問 100 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を届け出ている新生児特定集中治療室管理料等の治療室について、当該管理料を算定する病床以外の病床について、入院患者の数が3又はその端数を増すごとに助産師又は看護師の数が1以上である必要があるのか。

(答) そのとおり。例えば、新生児特定集中治療室管理料1を24床届け出ている新生児特定集中治療室において、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料12名、新生児特定集中治療室管理料1を12名算定する場合、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定する患者に対して6人、新生児特定集中治療室管理料1を算定する患者に対して助産師又は看護師を4人、助産師又は看護師を配置する必要がある。

問 101 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定する患者及び治療室が届け出ている新生児特定集中治療室管理料等を算定する患者1名ずつの看護を行った場合について、どのように考えればよいか。

(答) 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び新生児特定集中治療室管理料等の要件を満たすこととなる。例えば、新生児特定集中治療室管理料1を9床届け出る新生児特定集中治療室において、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料5名、新生児特定集中治療室管理料1を4名算定する場合、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定する患者に対する助産師又は看護師は3名必要であり、うち1名の助産師又は看護師は新生児特定集中治療室管理料1を算定する1名の患者の看護にあたることができ、治療室として助産師又は看護師は4人の配置が必要となる。

問 102 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料について、「新生児特定集中治療室管理料1又は新生児集中治療室管理料の施設基準により看護を実施する場合は、新生児特定集中治療室管理料1の例により算定することができる。ただし、このような算定ができる期間は、当該患者が算定要件を満たす状態になった時点(入室時含む)から24時間以内に限る。」とされているが、算定対象となる新生児が入室し、入室後24時間経過した後に新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準により看護を実施した場合、その日から、入室から7日を経過する日までは新生児特

定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定することができるか。

(答) 算定不可。例えば、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の算定対象となる新生児が入室し、入室後 36 時間後から新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準により看護を実施した場合であっても、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料は算定できない。

【早期栄養介入管理加算】

問 103 早期栄養介入管理加算について、「当該加算を算定する場合は、同一日に「B001」の「10」入院栄養食事指導料を別に算定できないが、他の病棟に転棟後、退院後の生活を見据えて必要性が認められる場合は、この限りではない。」とあるが、他の病棟に転棟後、例えば、医師から疾病治療のための食事箋が発行されており、退院後も自宅での食事療法の継続が必要な場合など退院後の生活を見据えて必要性が認められる場合は、要件を満たせば入院栄養食事指導料を算定できるのか。

(答) 算定可。

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4年3月31日事務連絡)別添1の問106は廃止する。

【地域包括医療病棟入院料】

問 104 「A304」地域包括医療病棟入院料について、「入院患者のADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的で開催されており、医師、看護師、当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下この項において「専従の理学療法士等」という。)、当該病棟に専任の管理栄養士及び必要に応じてその他の職種が参加していること。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。」とあるが、地域包括医療病棟入院料を算定する全ての患者についてカンファレンスを行い、診療録にカンファレンスの内容を記録する必要があるか。

(答) 当該病棟において、ADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的で開催されていればよく、全ての患者について個別にカンファレンスを実施し、診療録に記録されている必要はない。

問 105 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「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こと。」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 106 地域包括医療病棟入院料について、「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。

問 107 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「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が5%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。

(答) BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

問 108 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料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、「社会福祉士等」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 109 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の1及び2並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料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」（以下「回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士」という。）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」（以下「地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士」という。）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」（以下「入退院支援加算における専任の社会福祉士」という。）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（以下「認知症ケアチームの専任の社会福祉士」という。）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、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、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。

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。

なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）別添1の問80は廃止する。

問110 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料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。

問111 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）」とされているが、回復期リハビリテーション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に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。

（答）特掲診療料の施設基準等の別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる。

問112 問111において、特掲診療料の施設基準等の別表第九の三に規定する「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの」について、どのような患者が該当するか。

（答）急性期一般病棟等において行われる発症後早期のリハビリテーションが提供された患者が該当する。

（参考）疑義解釈資料の送付について（その3）（平成18年3月31日医療課事務連絡）

（問96）1日当たり実施単位数の上限が緩和される疾患のうち、「脳血管疾患等の急性発症から60日以内の患者」とはいかなる患者を指すのか。

（答）特掲診療料の施設基準等告示別表九の四から九の七までに掲げる、各疾患別リハビリテーションの対象疾患のうち、急性発症したもの。

具体的には、心大血管疾患リハビリテーション料について急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者、脳血管疾患等リハビリテーション料について脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者及び脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者、運動器リハビリテーション料について上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者、呼吸器リハビリテーション料について肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者及び肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

問 113 回復期リハビリテーション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について、「リハビリテーションの効果に係る相当程度の実績が認められる」場合に限り、1日9単位を算定できるとされているが、当該実績が認められていれば、患者に対し運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できるか。

(答) 算定不可。当該実績が認められることのみをもって、運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できることにはならない。

問 114 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準を満たすものとして届出を行った後、半径12キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行った場合についてどのように考えればよいか。

(答) 届出を行った時点で要件を満たしていればよく、半径12キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行ったことをもって、変更の届出を行う必要はない。

問 115 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、「栄養状態の評価には、GLIM基準を用いること。」とされているが、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こと。

問 116 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) 具体的な評価方法については、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」を参考にすること。

<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）

問 117 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」を選択すること。

【地域包括ケア病棟入院料】

問 118 「A308-3」地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定しない病棟又は病室に入院後、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に転棟した場合、起算日についてどのように考えればよいか。

(答) 地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に最初に入院した日を起算日とする。

問 119 地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、令和6年5月31日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者であって、令和6年6月1日以降も地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者に係る起算日については、どのように考えればよいか。

(答) 令和6年5月31日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者についても、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の算定を開始した日を起算日とする。

【精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料】

問 120 「A312」精神科療養病棟入院料の「注4」及び「A318」地域移行機能強化病棟入院料の「注3」に規定する重症者加算1の施設基準について、令和6年度診療報酬改定前の施設基準における「地域搬送受入対応施設」や「身体合併症後方搬送対応施設」区分の指定を受けていた保険医療機関の取扱い如何。

(答) 令和6年3月31日時点で「地域搬送受入対応施設」や「身体合併症後方搬送対応施設」の指定を受けていた保険医療機関に限り、従前の例によることができる。

【精神科地域包括ケア病棟入院料】

問 121 「A315」精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が常時1人以上配置されていること。」とされているが、休日を含め全ての日において常時1人以上配置している必要があるか。

(答) そのとおり。

問 122 精神科地域包括ケア病棟入院料及び注2に規定する自宅等移行初期加算について、それぞれ180日及び90日の算定期間の上限があり、また、注3において過去1年以内に同入院料及び加算を算定した場合の通算の規定があるが、以下の場合についてどのように考えればよいか。

- ① 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年1月30日に退院、同年6月1日に再入院した場合
- ② 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年1月30日に退院、同年2月1日に再入院した場合
- ③ 精神科救急急性期医療病棟入院料、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（以下「精神科救急急性期医療入院料等」とする。）を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、90日間入院した後、同年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年4月10日に退院、同年8月1日に再入院した場合
- ④ 精神科救急急性期医療入院料等を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、90日間入院した後、同年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年4月10日に退院、同年5月1日に再入院した場合

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年6月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間に限り算定できる。
- ② 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年2月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間

に限り算定できる。

- ③ 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年8月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170日間又は80日間に限り算定できる。
- ④ 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、再入院してから退院するまでの間に、80日間に限り算定できる。なお、再度退院後、入院する場合（入院期間が通算される場合を除く。）について、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年5月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170日間又は80日間に限り算定できる。

問 123 精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、問122の①から④の場合について、それぞれどのように考えればよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 当該患者については分母・分子ともに計上する。
- ② 当該患者については分母に計上し、分子には計上しない。
- ③ 当該患者については分母・分子ともに計上する。
- ④ 当該患者については分母に計上し、分子には計上しない。

問 124 精神科救急急性期医療入院料等の施設基準について、「当該病棟において、(中略)新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、問122の③及び④の場合について、それぞれどのように考えればよいか。

(答) 当該患者については分母に計上し、分子には計上しない。

問 125 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に入院した日を1日目として、180日目に退院し、退院してから300日後(481日目)に当該病棟に再入院した場合について、

- ①精神科地域包括ケア病棟入院料は、再入院した日から起算して過去1年間(116日目から480日目までの間)に65日算定していることから、当該入院料について、再入院した日から115日間は算定可能ということで良いか。
- ②再入院した日から115日が経過した場合(596日目)について、精神科地域包括ケア病棟入院料については、596日目から845日目(481日目から365日後)までの間に65日間算定できるということで良いか。

(答) いずれもそのとおり。

問 126 精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。」とされているが、当該病棟に配置されている作業療法士が、当該入院料を算定する病棟に入院中の患者に対し、精神科作業療法を実施した場合に、「I 0 0 7」精神科作業療法を算定できるか。

(答) 算定可能

【小児特定疾患カウンセリング料】

問 127 「B 0 0 1」の「4」小児特定疾患カウンセリング料のイの(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) 当該保険医療機関において過去にカウンセリングを受けたことがある場合であって、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、再度当該保険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。

問 128 問 127 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、小児特定疾患カウンセリング料のイの(1)を算定できるか。

(答) 不可。

問 129 問 127 について、令和6年5月31日以前からカウンセリングを継続していた場合であって、令和6年6月1日以降の初回のカウンセリングを実施した際に、小児特定疾患カウンセリング料のイの(1)を算定できるか。

(答) 不可。

問 130 小児特定疾患カウンセリング料のイ(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、小児特定疾患カウンセリング料のイの(2)の②を算定するのか。

(答) そのとおり。

【生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)】

問 131 「B 0 0 1 - 3」生活習慣病管理料(Ⅰ)及び「B 0 0 1 - 3 - 3」生

活習慣病管理料（Ⅱ）（以下単に「生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）」という。）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、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。

問 132 問 131 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 133 生活習慣病管理料（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、生活習慣病管理料（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、生活習慣病管理料（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。

問 134 生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。」とされているが、同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいる場合の取扱い如何。

（答）同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいても差し支えない。

問 135 生活習慣病管理料（Ⅰ）と生活習慣病管理料（Ⅱ）は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。

（答）個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

問 136 生活習慣病管理料（Ⅰ）について、「第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩

和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料(I)に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料(I)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、検査、注射及び病理診断の費用は算定可能か。

(答) 不可。

問137 生活習慣病管理料(II)について、「第2章第1部第1節医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料及び区分番号B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料(II)に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料(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。

問138 生活習慣病管理料(II)について、「区分番号B001-3に掲げる「生活習慣病管理料(I)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(II)は、算定できない。」こととされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料についての取扱い如何。

(答) 令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料を算定した時期にかかわらず、生活習慣病管理料(II)が算定できる。

問139 生活習慣病管理料(I)及び(II)について、療養計画書を患者に交付することが算定要件とされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料において療養計画書を患者に交付していた場合、令和6年6月以降の療養計画書の取扱い如何。

(答) この場合、別紙様式9の2又はこれに準じた様式の療養計画書を作成することとするが令和6年度診療報酬改定前の様式を引き続き用いて差し支えない。

問140 情報通信機器を用いた指導管理により生活習慣病管理料(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、留意事項の通則において、「文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者等に提供等する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。」とされていることを踏まえて対応すること。

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こと。

問 141 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（厚生労働省平成30年3月（令和5年3月一部改訂））において、最低限遵守する事項として「医師がいる空間において診療に関わっていないものが診察情報を知覚できないこと」とされているが、情報通信機器を用いた指導管理により生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する場合であって、看護職員、管理栄養士等の多職種が係わる場合の対応如何。

(答) 情報通信機器を用いた診療を実施する際に、当該診療に関わる看護職員、管理栄養士等が同席することは差し支えない。ただし、当該職員が同席する旨を、診療開始前にその都度患者に説明し、患者の同意を得ること。

また、情報通信機器を用いた診療の終了後に、引き続き、看護職員、管理栄養士等による指導を実施する場合においても、情報通信機器を用いた診療の終了時間を記録していることが望ましい。

問 142 生活習慣病管理料（Ⅱ）の注3に規定する血糖自己測定指導加算を算定した後、1年以内に生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）の注3に規定する血糖自己測定指導加算を算定することは可能か。

(答) 不可。血糖自己測定指導加算を生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれかにおいて算定した場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれにおいても1年以内は算定できない。

問 143 生活習慣病管理料（Ⅱ）において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「B001」の「9」外来栄養食事指導料2を算定できるか。

(答) 算定可能。ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること。

問 144 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 of 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こと。」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 of 長期の投薬が可能であること
- ・リフィル処方箋を交付すること

のいずれの対応も可能であることを掲示すること。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

【小児運動器疾患指導管理料】

問 145 「B001」の「28」小児運動器疾患指導管理料の(2)のエに規定する「その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者」について、外傷に伴う骨端線損傷等により、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要であると医学的に判断される場合は当該指導管理料を算定可能か。

(答) 算定可能。

【慢性腎臓病透析予防指導管理料】

問 146 「B001」の「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料について、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 147 慢性腎臓病透析予防指導管理料について、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。

問 148 慢性腎臓病透析予防指導管理料について、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) 複数の患者に同時に指導を行った場合には算定できない。

問 149 慢性腎臓病透析予防指導管理料の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 150 慢性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。

【小児かかりつけ診療料】

問 151 「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の施設基準における「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 152 小児かかりつけ診療料の施設基準における「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」

【外来腫瘍化学療法診療料】

問 153 「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の「初回から3回目まで」について、レジメンの開始日からの回数ではなく、各月の初回の抗悪性腫瘍剤投与日から3回目の投与日までに算定するということか。

(答) そのとおり。

問 154 外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍以外の傷病について、当該診療料の算定する保険医療機関を受診した場合、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」、「2」の「ロ」又は「3」の「ロ」は算定可能か。

(答) 外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用以外の傷病について受診した場合は算定不可。

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4年3月31日事務連絡)別添1の問155は廃止する。

問 155 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者であって、当該医療機関において「3」の「イ」の(1)又は(2)を算定している場合に、当該保険医療機関と連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている医療機関において、同日に緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、「1」の「ロ」を算定可能か。

(答) 可能。

問 156 外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」について、「診察(視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む)の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。」とあるが、検査、投薬等を行わない場合であっても算定可能か。

(答) 算定可能。ただし、診察(視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む。)は必ず行うこと。

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1の問156は廃止する。

問 157 「疑義解釈資料の送付について(その19)」(令和4年7月26日医療課

事務連絡)別添1の問5において、「令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいものとする。」とされていたが、令和6年4月1日から令和6年5月31日までの取扱については、どのように考えればよいか。

(答) 令和6年5月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいものとする。

問 158 外来腫瘍化学療法診療料の施設基準において、「患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。」とあるが、当該指導を行った場合に「B001-9」療養・就労両立支援指導料は算定可能か。

(答) 要件を満たせば算定可能。

問 159 外来腫瘍化学療法診療料の施設基準において、「患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。」とされているが、当該指針について、具体的にはどのような内容が必要となるか。

(答) 少なくとも患者からの副作用等に係る相談等に24時間対応するための連絡体制について記載されていること。また、血管外漏出や過敏症出現時等におけるそれぞれの具体的な対応方法についても記載されていることが望ましい。

問 160 外来腫瘍化学療法3について、「外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に1回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。」とされているが、「治療等に必要な情報を文書により提供」とは具体的にどのようなものを指すのか。また、「適宜必要に応じて提供」とは、定期的に提供が必要ということか。

(答) 具体的には、診療情報提供書等の文書により、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関における、外来化学療法を主として実施する医師等に対して、実施中である及び今後実施を考慮してい

るレジメンの情報、患者に投与する抗悪性腫瘍剤の投与量、患者の既往歴、内服薬等の情報提供を行うことを指す。

後段については、例えばレジメン内容の切り替え等のタイミングにおいて、医学的な判断のもと、必要に応じて提供すること。

問 161 問 160 について、「少なくとも治療開始時に 1 回は提供」とあるが、治療開始時とは具体的にいつを指すのか。

(答) 抗悪性腫瘍剤による化学療法を計画し始めたときから、初回の抗悪性腫瘍剤投与までの期間を指す。

問 162 外来腫瘍化学療法診療料 3 の施設基準について、「当該保険医療機関において外来化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。」とあるが、有害事象等の診療とは具体的にはどのようなことを指すのか。

(答) 外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用に対する診療を指す。

問 163 外来腫瘍化学療法診療料 1 及び外来腫瘍化学療法診療料 3 の届出施設において、ウェブサイトに掲載することを求めている事項のうち、連携する保険医療機関に係る事項については、具体的にはどのような内容を掲載するのか。

(答) 少なくとも連携保険医療機関の名称、所在地及び電話番号を記載すること。

【遠隔連携診療料】

問 164 「B 0 0 5 - 1 1」遠隔連携診療料の注 2 について、難病の患者に対する医療等に関する法律第 5 条第 1 項に規定する指定難病又はてんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的とした場合に算定できるとされているが、指定難病の患者とは、同法第 7 条第 4 項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第 1 項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）を指すのか。

(答) 医療受給者証の交付の有無にかかわらず、指定難病と診断されていれば対象となる。

【こころの連携指導料】

問 165 「B 0 0 5 - 1 2」こころの連携指導料（I）の施設基準において求

める医師の「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。

なお、「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1の問162及び「疑義解釈資料の送付について（その14）」（令和4年6月22日事務連絡）別添の問5は廃止する。

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

問166 「C000」往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2（1）において、連携医療機関については、「計画的な医学管理の下、主治医として定期的に訪問診療を実施している保険医の所属する保険医療機関であって、往診医療機関と連携体制を構築していること。」とされているが、どのような連携体制を構築している必要があるか。

(答) 連携医療機関と往診医療機関との間で、連携医療機関が往診を行うことが困難な時間において、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受けた場合に適切に対応する旨及び患家からの連絡方法等について、あらかじめ取り決めを行っていること。なお、当該取り決めで定めた内容については連携医療機関及び往診医療機関において、文書にて保存し、患家の希望があった場合等に提供できる体制を有している必要がある。

問167 問166における取り決めについて、連携医療機関が、地域の自治体又は医師会等の協力により往診医療機関と取り決めを行った場合についてどのように考えればよいか。

(答) 取り決めについては連携医療機関及び往診医療機関において作成及び保存し、患家の希望があった場合等に必要に応じて当該文書を提供できる体制を有している必要があり、当該体制を有していない場合は要件を満たさない。

問168 往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設

基準通知の第 14 の 4 の 2 (2) において、「患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等の最新の情報（以下この項において「診療情報等」とする。）を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関が ICT 等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有していること。」とされているが、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない連携医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受け、連携医療機関に電話等により当該患者の診療情報等を確認した場合であって、連携医療機関が診療情報等を提供した場合についても該当するか。

(答) 連携医療機関の医師又は看護師等の医療関係職種が当該患者の最新の診療録等を確認の上、往診医療機関に当該診療情報等を適切に提供した場合は該当する。ただし、往診医療機関は、当該連携医療機関に対し電話を行った時間及び得られた情報の要点について、当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容について、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと。

問 169 往診料の注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第 14 の 4 の 2 (2) に規定する診療情報等の「ICT 等を用いて確認」は、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない主治医の所属する保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から往診の求めを受けた際に、当該患者の診療情報等を、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等（以下「地連NW等」という。）にアクセスして診療情報等を取得している状態は該当するか。

(答) 該当する。ただし、往診医療機関が地連NW等の活用のみで診療情報等を確認する場合は最新の診療情報等を常に取得できる状態である必要があり、地連NW等を活用した日時及び得られた情報の概要については当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容については、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと。

【在宅患者訪問診療料】

問 170 「C001」在宅患者訪問診療料（I）の注 12 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる「末期心不全の患者」及び「呼吸器疾患の終末期の患者」について、具体的にどのような患者のことをいうか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- 末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれかの基準に該当するもの
 - ① 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
 - ② 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
 - ③ 左室駆出率が20%以下であること。
 - ④ 医学的に終末期であると判断される状態であること。
- 呼吸器疾患の終末期の患者は、以下の①、②及び③のすべての基準に該当するもの
 - ① 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること。
 - ② 在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施していること。
 - ③ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認めること。

【在宅患者訪問診療料】

問 171 在宅患者訪問診療料（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こと。

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。

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

問 172 「C002」在宅時医学総合管理料の注 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よいか。

(答) イの「2 回目以降の場合」を算定すること。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。

問 173 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。以下同じ。）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 回未満であること。」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。

（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こと。

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「C002」在宅時医学総合管理料注 14 に掲げる点数を算定すること。

問 174 「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」別表第八の二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。

【救急患者連携搬送料】

問 175 「C004-2」救急患者連携搬送料について、搬送先の保険医療機関に属する緊急自動車は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 176 救急患者連携搬送料について、市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救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。

問 177 「A200」総合入院体制加算、「A200-2」急性期充実体制加算、「A252」地域医療体制確保加算及び「O000」看護職員処遇改善評価料に関する施設基準における「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」、「A207-3」急性期看護補助体制加算及び「A207-4」看護職員夜間配置加算に関する施設基準における「救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数」並びに「B001-2-

6」夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算1及び救急搬送看護体制加算2、「C004-2」救急患者連携搬送料に関する施設基準における「救急搬送件数」については、当該保険医療機関が患者を受け入れた件数又は人数を計上するものであり、当該保険医療機関が他の保険医療機関等に患者を搬送した件数又は人数は含まれないと考えてよいか。

(答) そのとおり。

【遠隔死亡診断補助加算】

問178 「C005」在宅患者訪問看護・指導料の注18に掲げる遠隔死亡診断補助加算（「C005-1-2」の注6の規定により準用する場合を含む。）の施設基準において求める看護師の「情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、厚生労働省「在宅看取りに関する研修事業」（平成29～31年度）及び「ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業」（令和2年度～）により実施されている研修が該当する。

【在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料】

問179 「C015」在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、患者が当該指導を行った上で入院となった場合において、当該指導料を算定することは可能か。

(答) 可能。

問180 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、「当該患者の計画的な医学管理を行う医師」が療養上必要な指導を行うことを求めているが、患者の主治医と同一の医療機関に所属する医師であって、当該患者の治療方針等を検討するカンファレンスに定期的に参加し、主治医が対応困難な時間帯に対応する者として主治医から患者に説明し、同意が得られている医師が当該指導を実施した場合であっても当該加算を算定することは可能か。

(答) 可能。

【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】

問181 「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料の注に規定する「在宅における抗悪性腫瘍剤の注射」について、例えば、末期ではない急性白血病の患者等に対し、携帯型ディスプレイ注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する場合は該当するのか。

(答) 該当する。

【在宅強心剤持続投与指導管理料】

問 182 「C 1 0 8 - 3」在宅強心剤持続投与指導管理料における「関係学会の定める診療に関する指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本心不全学会及び日本在宅医療連合学会の「重症心不全患者への在宅静注強心薬投与指針」を指す。

問 183 在宅強心剤持続投与指導管理料について、心不全の原因となった疾患に関わらず、循環血液量の補正のみでは Killip 分類 classIV 相当の心原性ショックからの離脱が困難な心不全の患者であれば、当該加算を算定可能か。

(答) 要件を満たせば可能。

【遺伝学的検査】

問 184 「D 0 0 6 - 4」遺伝学的検査の注 2 における「関係学会の定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会及び日本遺伝子診療学会の「指定難病の遺伝学的検査に関するガイドライン」を指す。

問 185 「D 0 0 6 - 4」遺伝学的検査の注 2 の施設基準における医師の「難病のゲノム医療に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、厚生労働省委託事業「難病ゲノム医療専門職養成研修」が該当する。

【コクリントモプロテイン (CTP)】

問 186 「D 0 0 7」遺伝学的検査の「64」コクリントモプロテイン (CTP) における「関連学会が定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本耳科学会の「外リンパ瘻の診断における Cochlin-tomoprotein (CTP) 検査の運用指針」を指す。

【アポリポ蛋白 A 2 (APOA 2) アイソフォーム】

問 187 「D 0 0 9」腫瘍マーカーの「35」アポリポ蛋白 A 2 (APOA 2) アイソフォームにおける「関連学会が定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本膵臓学会の「体外診断用医薬品「東レ APOA2-itQ」の適正使用指針」を指す。

【抗HLA抗体】

問 188 「D 0 1 4」自己抗体検査の「49」抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）について、留意事項通知において示されている「脱感作療法」とは具体的に何を指すのか。

（答）現時点では、日本移植学会の「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン 2023」に示されているもののうち、抗CD20モノクローナル抗体投与によるもの、又は人免疫グロブリン製剤投与によるものを指す。

【インフルエンザ核酸検出】

問 189 「D 0 2 3」微生物核酸同定・定量検査の「6」インフルエンザ核酸検出における「その他重症化リスクのある患者」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本感染症学会・日本臨床微生物学会の「インフルエンザ核酸検出検査の有効活用に向けた提言」における「インフルエンザ合併症のリスクの高い患者」を指す。

【百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出】

問 190 「D 0 2 3」微生物核酸同定・定量検査の「13」百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出における「関連学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本呼吸器学会の「咳嗽・喀痰の診療ガイドライン 2019」を指す。

【ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）】

問 191 「D 0 2 3」微生物核酸同定・定量検査の「24」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）における「関連学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、日本神経学会、日本神経治療学会及び日本神経感染症学会の「細菌性髄膜炎診療ガイドライン 2014」を指す。

【皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（MED）測定】

問 192 「D 2 9 1」皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（MED）測定について、「1箇所目から21箇所目までについては、1箇所につき「1」の所定点数により算定する。」及び「22箇所目以降については、1箇所につき「2」の所定点数により算定する。」こととされているが、具体的な算定方法如何。

（答）例えば、当該検査を25箇所実施した場合、以下の方法により算出する。

- ・ 1 箇所目から 21 箇所目について、16 点×21 箇所（336 点）
- ・ 22 箇所以降については、12 点× 4 箇所（48 点）
- ・ 25 箇所の合算 336 点+48 点（384 点）

【画像診断管理加算】

問 193 画像診断管理加算 3、画像診断管理加算 4、頭部MR I 撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の施設基準において、「当該保険医療機関において、関係学会の定める指針に基づく夜間及び休日の読影体制が整備されていること」とあるが、

- ① 「関係学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。
- ② 夜間及び休日に読影を行う医師は「画像診断を専ら担当する医師」である必要があるか。
- ③ 夜間及び休日に撮像された全ての画像について読影を行う必要があるか。
- ④ 夜間及び休日に読影を行った場合において、暫定的な読影の結果を報告し、翌診療日に改めて画像診断の結果を報告しても差し支えないか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 現時点では、日本医学放射線学会の「夜間及び休日の画像診断体制に関する指針」を指す。
- ② 画像診断を専ら担当する医師によって適切に管理されていれば、夜間及び休日に読影を行う医師は必ずしも「画像診断を専ら担当する医師」でなくてもよい。
- ③ 医学的判断に基づき適切に読影を行う体制が整備されていれば、必ずしも全ての画像について読影を行う必要はない。
- ④ 差し支えない。

問 194 遠隔画像診断による画像診断の施設基準において、「関係学会の定める指針に基づく画像診断管理を行っていることが望ましい」とあるが、「関係学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本医学放射線学会の「保険診療における遠隔画像診断の管理に関する指針」を指す。

【リハビリテーション総合計画評価料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料】

問 195 「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料は、多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定することとされており、また、がん患者リハビリテーション・認知

症患者リハビリテーションを行う際にリハビリテーション総合計画評価料を算定することとされているが、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションの開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても、リハビリテーション総合計画評価料を算定できるのか。

(答) リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能となる。ただし、がん患者リハビリテーション料及び認知症患者リハビリテーション料を算定するにあたっては、評価実施前であっても、多職種が共同して総合実施計画書を作成した時点でリハビリテーション総合計画評価料を算定できる。なお、この場合において、リハビリテーション総合計画評価料の算定後7日以内にリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行うこと。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成30年3月30日事務連絡)別添1の間173は廃止する。

【疾患別リハビリテーション料】

問 196 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料又は「H003」呼吸器リハビリテーション料(以下「疾患別リハビリテーション料」という。)において、「要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する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等を文書により提供すること。」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
- ・心身機能・構造
- ・活動
- ・リハビリテーションの短期目標
- ・リハビリテーションの長期目標

- ・リハビリテーションの方針
- ・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

問 197 問 196 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。

【I O O 2 通院・在宅精神療法】

問 198 「I O O 2」通院・在宅精神療法について、「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を 10 分単位で記載すること。」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか。

(答) 当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載すること。

- ・ 5分以上 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。

【療養生活継続支援加算】

問 199 「I O O 2」通院・在宅精神療法の注8に規定する療養生活継続支援加算について、「注8」に規定する療養生活継続支援加算の「ロ」は、対象

となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。」こととされているが、過去に注8のイを算定していた患者についても、新たに重点的な支援を要する状態になったときは、350点を算定するということがよいか。

(答) そのとおり。

【心理支援加算】

問 200 「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、精神科を担当する医師の診察において、患者本人の説明から、明らかな外傷体験が確認できない場合について、どのように考えればよいか。

(答) 明らかな外傷体験が確認できない場合、当該加算は算定不可。ただし、例えば、家族等から得られた情報に基づき、患者が外傷体験を有する可能性が高いと判断されるが、外傷体験の直後であるために患者が詳細を説明することが難しい等、特段の事情がある場合は、この限りではない。なお、その場合は、外傷体験を有する可能性が高いと判断した理由を診療録に記載する。また、後日、外傷体験を有することを確認した場合も、その旨を診療録に記載する。

問 201 通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、心理支援を終了した患者において、同一の心的外傷に起因する症状が再発し、新たに心理に関する支援を要する状態になった場合の取扱い如何。

(答) 症状の再発により心理に関する支援を要する状態になったと医師が判断した場合は、同一の心的外傷に起因する症状であっても、再度の算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定可。なお、この場合においては、再発した症状の詳細や、再び心理に関する支援を要する状態になったと判断した理由等について、診療録に記載すること。

問 202 通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、通院・在宅精神療法を実施する医師が公認心理師の資格を有している場合に、通院・在宅精神療法を実施する医師と心理支援を実施する公認心理師が同一の者であっても、心理支援加算を算定することは可能か。

(答) 不可。通院・在宅精神療法を実施する精神科を担当する医師と、医師の指示を受けて必要な支援を実施する公認心理師は、別の者である必要がある。

【療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算】

問 203 「I O O 2」通院・在宅精神療法の注 10 に規定する児童思春期支援指導加算の施設基準について、児童思春期の患者に対する当該支援指導に専任の精神保健福祉士は、注 8 に規定する療養生活継続支援加算の施設基準における当該支援に専任の精神保健福祉士と兼ねることは可能か。

(答) 可能。

【児童思春期支援指導加算】

問 204 「I O O 2」通院・在宅精神療法の注 10 に規定する児童思春期支援指導加算の施設基準において求める医師等の「児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修」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。

- ・ 国立国際医療研究センター国府台病院が実施する「児童・思春期精神保健研修（児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修及び児童・思春期精神保健対策専門研修（応用コース）の両方を受講した場合に限る。）」
- ・ 日本精神科病院協会が実施する「児童・思春期精神医学対策講習会 スタンダードコース」

【早期診療体制充実加算】

問 205 「I O O 2」通院・在宅精神療法の注 11 に規定する早期診療体制充実加算の施設基準について、「当該保険医療機関が過去 6 か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」のロ若しくはハの（1）又は「2」のロ若しくはハの（1）若しくは（2）の算定回数の合計の割合が 5%以上であること。」とされているが、「1」のハの（1）には、情報通信機器を用いて行った場合の算定回数も含まれるのか。

(答) 含まれる。

問 206 早期診療体制充実加算の施設基準について、「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 回以上行っていること。」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 207 早期診療体制充実加算の施設基準について、「精神保健指定医として業務等を年 1 回以上行っていること。」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こと。また、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において保管すること。

問 208 早期診療体制充実加算の施設基準について、「診療所にあつては、当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の「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医師の数で除した数が60以上であること。」とされているが、「当該保険医療機関に勤務する医師の数」の計算方法如何。

(答) 常勤の医師の数及び非常勤の医師を常勤換算した数の合計により算出する。

【通院・在宅精神療法 情報通信機器を用いた精神療法】

問 209 「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について、「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回以上行っていること。」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 210 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について、「精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること」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こと。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こと。

【ストーマ処置（ストーマ合併症加算）】

問 211 「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」

【再製造単回使用医療機器使用加算】

問 212 第10部手術の通則注21に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準において「再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した実績が5例以上あること。」とあるが、これまでに手術に使用した再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。以下同じ。）

の個数が5以上であることではなく、再製造単回使用医療機器を使用した手術が5例以上であることを要件としているのか。

(答) そのとおり。

問213 第10部手術の通則注21に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準において「再製造単回使用医療機器を使用することについて、あらかじめ文書を用いて患者に説明を行っていること。」とあるが、例えば、手術説明文書の中に「再製造単回使用医療機器を使用することがある」と記載しその旨を患者へ説明した上で、再製造単回使用医療機器についての説明文書を交付することにより、この要件を満たすものと考えてよいか。

(答) 差し支えない。なお、再製造単回使用医療機器の説明文書については、再製造単回使用医療機器の制度に加え、原型医療機器との違い、手術に使用した場合の影響等の説明を含むものであること。

問214 第10部手術の通則注21に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準において「再製造単回使用医療機器の原型医療機器の回収等について、再製造単回使用医療機器基準(平成29年厚生労働省告示第261号)第4の1(5)に規定する「再製造単回使用医療機器の製造販売の承認の際に交付される承認書に記載された方法」に基づき、適切に実施していること。」とあるが、現時点で原型医療機器を使用していない施設においては、原型医療機器を使用する際に適切に回収を実施すれば施設基準を満たすと考えてよいか。

(答) そのとおり。

<手術>

問215 「K022-3」慢性膿皮症手術について、算定留意事項通知にある「関係学会から示されているガイドライン等」とは具体的に何か。

(答) 現時点では、日本皮膚科学会の、「化膿性汗腺炎診療の手引き2020」を指す。

問216 「K147-3」緊急穿頭血腫除去術について、算定留意事項通知にある「関係学会が定める治療方針」とは具体的に何か。

(答) 現時点では、日本脳神経外傷学会・日本脳神経外科学会の、「頭部外傷治療・管理のガイドライン第4版」を指す。

問217 「K176-2」脳硬膜血管結紮術について、算定留意事項通知にある「関係学会が定めるガイドライン」とは具体的に何か。

(答) 現時点では、日本脳卒中学会の、「脳卒中治療ガイドライン2021年」を

指す。

問 218 「K 4 7 6 - 4」ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）について、算定留意事項通知にある「関係学会が定めるガイドライン」とは具体的に何か。

（答）現時点では、日本乳癌学会の、「乳癌診療ガイドライン（2022年）」を指す。

問 219 「K 8 3 0 - 3」精巣温存手術について、算定留意事項通知にある「関係学会が定めるガイドライン」とは具体的に何か。

（答）現時点では、日本泌尿器科学会の、「精巣癌診療ガイドライン」を指す。

問 220 「K 8 3 6 - 3」腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術について、算定留意事項通知にある「関係学会が定めるガイドライン」とは具体的に何か。

（答）現時点では、日本小児泌尿器科学会の「停留精巣診療ガイドライン」を指す。

問 221 「K 7 2 1」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（医療機器承認番号 30200BZX0020800）」が含まれる。