

(公 印 省 略)

分 医 発 第 5 7 6 号

令 和 6 年 4 月 2 2 日

各 郡 市 等 医 師 会

社 会 保 険 担 当 理 事 殿

大 分 県 医 師 会

常 任 理 事 吉 賀 攝

疑義解釈資料の送付について（その2）

今般、厚労省より、標記について地方厚生(支)局等宛に事務連絡が発出された旨、日医担当理事より別紙のとおり通知がありましたので、貴会会員への周知方につきましてよろしくお願ひ申し上げます。

日医発第194号（保険）
令和6年4月15日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

疑義解釈資料の送付について（その2）

令和6年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和6年3月7日付け（日医発第2149号（保険））「令和6年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、令和6年度診療報酬改定に関するQ&A「疑義解釈資料の送付について（その2）」が発出されましたので、ご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和6年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

<添付資料>

疑義解釈資料の送付について（その2）

（令6.4.12 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事務連絡
令和6年4月12日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その2）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発 0305 第4号）等により、令和6年6月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1から別添5までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

医科診療報酬点数表関係

【届出関係】

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

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

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

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

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

【医療DX推進体制整備加算】

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

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

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

て、届出時点で未導入であっても、当該加算は算定可能か。

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

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

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

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

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

(答) 協定指定医療機関の指定を受けた後であれば、届出可能。

【外来感染対策向上加算】

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

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

【発熱患者等対応加算】

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

(答) 算定不可。

【医療情報取得加算】

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

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

(答) いずれも算定不可。

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

(答) 算定不可。

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

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

【救急医療管理加算】

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

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

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

(答) そのとおり。

【療養病棟入院基本料】

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

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

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

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

(答) そのとおり。

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

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

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

【特定集中治療室遠隔支援加算】

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

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

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

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

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

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

【総合周産期特定集中治療室管理料】

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

(答) 差し支えない。

【慢性腎臓病透析予防指導管理料】

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

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

【がん薬物療法体制充実加算】

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

確認できる文書」とは、具体的に何を指すのか。

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

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

【栄養情報連携料】

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

(答) 不可。

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

(答) 入院期間が通算される再入院をした場合には、算定できない。

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

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

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

【急性期リハビリテーション加算】

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

象とならなくなった場合は算定できないのか。

(答) そのとおり。

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

(答) そのとおり。

【通院・在宅精神療法】

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

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

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

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

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

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

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

(答) 算定可能。

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

(答) 1 か月未満であっても対象となる。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料】

問1 「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）における「0000」及び「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における「P000」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「特定した賃金項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならないこと。」並びに医科点数表における「0100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「0101」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「0102」入院ベースアップ評価料、歯科点数表における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（以下「ベースアップ評価料」という。）の施設基準における「賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならないこと。」について、新型コロナウイルス感染症対応を行った場合における手当について、感染状況を踏まえて減額・廃止する場合は、業績等に応じて変動するものとして賃金項目の水準低下には当たらないものと考えてよいか。

(答) 差し支えない。

問2 「0101」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、「P102」入院ベースアップ評価料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準において「常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。」とあるが、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された者の場合、常勤とみなしてよいか。

(答) 週30時間以上勤務している者であれば、常勤とみなすこと。

問3 ベースアップ評価料の届出についてはどのように行えばよいか。

(答) ベースアップ評価料に係る届出については、医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局都道府県事務所ごとに設定されたメールアドレスに、エクセルファイルを提出することにより行うこと。ただし、自ら管理するメールアドレスを有しない等の場合には、書面による提出を妨げない。なお、メールアドレスについては各地方厚生(支)局のホームページを参照すること。

問4 ベースアップ評価料の施設基準において、「対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。」とあるが、時給制で労働する対象職員について、時給の引き上げによって賃上げを実施してもよいか。

(答) 差し支えない。また、この場合において、労働時間が短縮したことにより月の給与総額が減少していても、差し支えない。

ただし、届出等に係る「対象職員の給与総額」の記入においては、実際に対象職員に対し支払った給与総額を用いること。

問5 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添2の問1において、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いて差し支えない旨があり、さらに同問6において、「届出時点において『賃金改善計画書』の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる。」とあるが、ベースアップ評価料の届出及び算定を開始した後、算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する以前に、人事院勧告を踏まえ、ベースアップ評価料による収入の一部を令和7年度の賃金の改善等に繰り越すために、賃金改善計画書を修正してもよいか。

(答) 差し支えない。この場合において、修正した「賃金改善計画書」を速やかに地方厚生(支)局長に届け出ること。

歯科診療報酬点数表関係

【施行時期後ろ倒し】

問1 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添5の問2において、令和6年6月1日以降の歯科外来診療感染対策加算1の経過措置の取扱いについて示されたが、その他の歯科診療報酬点数表に係る令和6年度診療報酬改定における施設基準について、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。

【届出関係】

問3 令和6年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。

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

問4 令和6年度診療報酬改定が施行される令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。

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

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

【医療DX推進体制整備加算】

問5 「A000」初診料の注15に規定する医療DX推進体制整備加算(以下「医療DX推進体制整備加算」という。)の施設基準において、「国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については令和7年9月30日までの間は経過措置が設けられているが、電子カルテ情報共有サービスについて、届出時点で具体的な導入予定等が不明であっても、当該加算は算定可能か。

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

問6 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋管理サービスの運用について」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。)に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については、令和7年3月31日までの間は経過措置が設けられているが、電子処方箋について、届出時点で未導入であっても、当該加算は算定可能か。

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

問7 医療DX推進体制整備加算の施設基準で求められている電子処方箋により処方箋を発行できる体制について、経過措置期間終了後も電子処方箋を未導入であった場合、届出後から算定した当該加算についてどのように考えればよいか。

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

【医療情報取得加算】

問8 「A002」再診料の注11に規定する医療情報取得加算3及び4について、「A000」初診料の注14に規定する医療情報取得加算1又は2を算定した月に、再診を行った場合について、算定できるか。

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

(答) いずれも算定不可。

問9 医療情報取得加算3及び4について、それぞれ、3月に1回に限り所定点数に加算することとされているが、同加算3を算定する患者について、3月以内に同加算4は算定可能か。また、同加算4を算定する患者について、3月以内に同加算3は算定可能か。

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

【クラウン・ブリッジ維持管理料】

問10 クラウン・ブリッジ維持管理料の「注1」に係る地方厚生(支)局長への届出を行っていない保険医療機関において、第12部の通則第8号に規定する歯冠補綴物以外の歯冠補綴物を製作し、装着した場合の費用については、所定点数の100分の100に相当する点数により算定可能か。

(答) 算定可能。

【ポンティック】

問11 留意事項通知の(6)のイの(ト)において「隣在歯等の状況からやむをえず、支台歯1歯及びポンティック1歯による接着カンチレバー装置を製作する場合は、切歯(上顎中切歯を除く。)の1歯欠損症例において、支台歯を生活歯に求める場合に限り認められる。」とあるが、接着カンチレバー装置とはどのようなものか。

(答) 留意事項通知の(6)のイの(ト)にある接着カンチレバー装置とは、次の要件を全て満たす補綴装置をいう。

- ① 支台装置が接着冠であること。
- ② 支台歯及びポンティックがそれぞれ1歯ずつの2ユニット型の接着ブリッジであること。
- ③ 上顎中切歯を除く切歯の1歯欠損症例において、隣在歯等の状況からやむをえず製作するものであること。

なお、接着カンチレバー装置の製作にあたっては、公益社団法人日本補綴歯科学会の「接着カンチレバー装置の基本的な考え方」を参考とすること。

【歯科衛生実地指導料】

問 12 算定留意事項通知の「B001-2」歯科衛生実地指導料の留意事項通知（3）及び「C001」訪問歯科衛生指導料の留意事項通知（6）において、患者に提供する文書に当該指導を行った歯科衛生士の氏名を記載することとされているが、必ず姓名双方の記載が必要なのか。

（答）カスタマーハラスメントの防止等の観点から、名字のみの記載とすることは可能。

【口腔内装置調整・修理】

問 13 「I017」口腔内装置の留意事項通知（1）の「又 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、日常生活時の外傷歯の保護を目的とするもの及び運動時の外傷歯の保護を目的とするものをそれぞれ製作した場合において、それぞれの口腔内装置に係る「I017-2」口腔内装置調整・修理の注2及び注5の算定についてどのように考えればよいか。

（答）それぞれの口腔内装置ごとに「I017-2」口腔内装置調整・修理を算定して差し支えない。

【回復期等口腔機能管理料】

問 14 回復期等に関する口腔機能管理を必要とする患者の場合であって、う蝕や歯周病等がない場合等については、算定するに当たって用いる傷病名はどのようなものが考えられるか。

（答）当面は、傷病名を「回復期口腔機能管理中」として差し支えない。

調剤報酬点数表関係

【届出関係】

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

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

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

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

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

【地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算】

問3 地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算の施設基準において、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて各加算の要件に示す情報を周知することとされているが、どのように周知すればよいのか。

(答) 各加算の施設基準において求められる機能等について、地域の住民や行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等が当該情報を把握しやすいよう、市町村や地区の単位で整理し、周知することが求められるため、保険薬局においては、当該薬局の所在地の地域でこれらの対応を実施することになる行政機関又は薬剤師会等と相談されたい。また、このような情報は定期的に更新されている必要があり、さらに、都道府県単位で集約して周知されていることがより望ましい。

各加算に関して周知すべき情報としては、各加算の要件に基づき、例えば以下のようなものが考えられるが、これらに限らず地域にとって必要な情報を収集及び整理すること。

○地域支援体制加算

(当該加算で求めている周知すべき情報)

休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る情報

(具体的な項目例)

- ・ 休日、夜間に対応できる薬局の名称、所在地、対応できる日時（開局日、開局時間）、連絡先等（地域ごとに、輪番制の対応も含め、具体的な日付における休日、夜間対応できる薬局の情報を示すこと）

○連携強化加算

(当該加算で求めている周知すべき情報)

災害や新興感染症における対応可能な体制に係る情報

(具体的な項目例)

- ・ 改正感染症法に基づく第二種協定指定医療機関としての指定に係る情報
- ・ オンライン服薬指導の対応の可否
- ・ 要指導医薬品・一般用医薬品の取扱いに係る情報
- ・ 検査キット（体外診断用医薬品）の取扱いに係る情報

○在宅薬学総合体制加算

(当該加算で求めている周知すべき情報)

患者の急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る情報

(具体的な項目例)

- ・ 開局時間外の在宅業務への対応の可否（対応可能な時間帯を含む。）
- ・ 医療用麻薬（注射薬を含む。）の取扱いに係る情報
- ・ 高度管理医療機器の取扱いの可否
- ・ 無菌製剤処理の対応の可否（自局での対応の可否を含む。）
- ・ 小児在宅患者（医療的ケア児等）の対応の可否
- ・ 医療材料・衛生材料の取扱いの可否

なお、既にこのような情報を地域で整理し、ホームページで公表しているものの、各加算で周知が求められる項目の一部が対応していない場合には、当面の間は、対応できていない情報を追加的にまとめた一覧を公表するなどの対応で情報を補完することでも差し支えない。

これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添6の問2は廃止する。

【医療DX推進体制整備加算】

問4 医療DX推進体制整備加算の算定要件として、「紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録」することとされているが、保険薬局において1週間分の調剤結果をまとめて登録するような場合でも要件を満たすか。

(答) 不可。処方医への疑義照会を踏まえた薬剤の変更等を含め、最新の薬剤情報を活用できるようにするため、調剤後速やかに調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録すること。

【かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料】

問5 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準である「医療に係る地域活動の取組に参加していること」に該当するものとして、「疑義解釈資料の送付について（その3）」（平成28年5月19日事務連絡。以下「平成28年事務連絡」という。）別添1の問2において、「当面の間は要件に該当する」とされていた事例は、今後も要件として認められるのか。

(答) 「医療に係る地域活動の取組に参加していること」の要件についての考え方は、平成28年事務連絡の問1に示したとおりであり、同事務連絡の問2に示す活動についても、引き続き当面の間は差し支えないが、薬局の薬剤師として主体的・継続的に参画することが必要である。なお、実施期間が設定されている活動については、単に年に1回程度参加しているだけでなく、複数の活動に1年を通して、薬局の薬剤師として積極的に参画する必要がある。

(参考) 「疑義解釈資料の送付について（その3）」（平成28年5月19日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添1（抄）

問1 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準である、「医療に係る地域活動の取組に参加していること」について、どのように考えればよいか。

(答) 「医療に係る地域活動の取組に参加していること」の要件についての考え方は、次のような活動に主体的・継続的に参画していることである。

- ・地域包括ケアシステムの構築に向けた、地域住民を含む、地域における総合的なチーム医療・介護の活動であること。
- ・地域において人のつながりがあり、顔の見える関係が築けるような活動であること。

具体的には、地域における医療・介護等に関する研修会等へ主体的・継続的に参加する事例として以下のようなことが考えられる。

- ① 地域ケア会議など地域で多職種が連携し、定期的に継続して行われている医療・介護に関する会議への主体的・継続的な参加
- ② 地域の行政機関や医療・介護関係団体等（都道府県や郡市町村の医師会、歯科医師会及び薬剤師会並びに地域住民に対して研修会等サービスを提供しているその他の団体等）が主催する住民への研修会等への主体的・継続的な参加

問2 上記の活動のほかに、「医療に係る地域活動の取組に参画していること」に該当するものはあるのか。

(答) 本来の地域活動の取組としては、上記のような考え方に基づく活動に薬局の薬剤師として積極的に参画することが求められるが、以下のような事例も当面の間は要件に該当すると考えられる。なお、薬局として対応している場合は、届出に係る薬剤師が関与していることが必要である。

- ・行政機関や学校等の依頼に基づく医療に係る地域活動（薬と健康の週間、薬物乱用防止活動、注射針の回収など）への主体的・継続的な参画（ただし、薬局内でのポスター掲示や啓発資材の設置のみでは要件を満たしているとはいえない。）
- ・行政機関や地域医師会、歯科医師会、薬剤師会の協力のもとで実施している休日夜間薬局としての対応、休日夜間診療所への派遣・委嘱を受けて行う学校薬剤師の業務等

訪問看護療養費関係

【訪問看護管理療養費】

問1 訪問看護管理療養費の届出について、「同一建物居住者であるものの占める割合については、直近1年間における訪問看護ステーションの実利用者数の合計から、直近1年間における同一建物居住者に該当する実利用者数の合計で除した値をもって当該割合とする。」とあるが、「実利用者数」は、「医療保険と介護保険両方を利用した利用者」、「医療保険のみの利用者」及び「介護保険のみの利用者」の合計でよいのか。

(答) 「医療保険と介護保険両方を利用した利用者」及び「医療保険のみの利用者」の合計であり、「介護保険のみの利用者」は含まない。