

## 令和6年度診療報酬改定の疑義解釈（Q&A）について

厚生労働省より、令和6年度診療報酬改定に係る事務連絡が発出されています。  
 本号では、3月28日及び4月12日に発出された疑義解釈より、医科に関する内容について一部ご紹介します。

### Topic解説

#### 医科診療報酬点数表関係の疑義解釈（一部紹介）

##### 【医療DX推進体制整備加算】

Q 「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。

A 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。

Q 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。

A 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](https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html)

Q 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。

A 保険医療機関において「マイナ保険証をお出しください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示を行う必要があり、「保険証をお出しください」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。

Q 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。

A 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。

# Topic解説

## 【総合入院体制加算】

- Q 「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。
- A 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】

- Q 「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。
- A 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】

- Q 「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。
- A 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。

- Q 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。
- A 実患者数により算出する。

- Q 「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。
- A 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。

## 【薬剤業務向上加算】

- Q 「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。
- A 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。

# Topic解説

## 【がん薬物療法体制充実加算】

- Q 「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。
- A 「B001」の「23」がん患者指導管理料の八と同様に、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。

## 【外来腫瘍化学療法診療料】

- Q 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「□」、「2」の「□」又は「3」の「□」は算定可能か。
- A 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。

- Q 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「□」を算定可能か。
- A 可能。

- Q 外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「□」、「2」の「□」及び「3」の「□」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。
- A 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。

- Q 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。
- A 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。

## 【在宅患者訪問診療料】

- Q 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。
- A 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】

- Q 「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。
- A 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。

- Q 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ヶ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よいか。
- A 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。

- Q 「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。
- A 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。

出典：厚生労働省\_令和6年度診療報酬改定について(2024/03/28) 事務連絡\_疑義解釈資料の送付について(その1)  
厚生労働省\_令和6年度診療報酬改定について(2024/04/12) 事務連絡\_疑義解釈資料の送付について(その2)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00045.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html)

