

『施設基準等の事務手引 令和 8 年 6 月版』ウェブコンテンツ

(1)：疑義解釈資料集・基本診療料【令和 6 年改定以前】

2026 年 7 月社会保険研究所

目次

■基本診療料等の施設基準等（通則事項）【施設基準・第一／第二】	3	A 102 結核病棟入院基本料	48
■初・再診療 A 000-002【施設基準・第三】	8	A 103 精神病棟入院基本料	49
A 000 初診療・注 4（妥結率）	8	A 104 特定機能病院入院基本料	51
A 000 初診療・注 10（機能強化加算）	9	A 106 障害者施設等入院基本料	52
A 000 初診療・注 11～注 14 A 001 再診療・注 15 ～注 18（外来感染対策向上加算 連携強化加算 サーベイランス強化加算 抗菌薬適正使用体制 加算）	10	■診療所の入院基本料【施設基準・第六】	55
A 001 再診療・注 10（時間外対応加算（令和 8 年 改定で時間外対応体制加算に名称変更））	16	通則事項	55
A 001 再診療・注 11〔歯科 A 002 再診療・注 11〕 （明細書発行体制等加算）	18	A 109 有床診療所療養病床入院基本料	57
A 001 再診療・注 12（地域包括診療加算）	18	■入院基本料等加算【施設基準・第八】	58
A 001 再診療・注 20／A 002・注 11 外来診療料（看 護師等遠隔診療補助加算）	22	A 200 総合入院体制加算 A 200-2 急性期充実体 制加算（令和 8 年改定により A 200 急性期総合 体制加算として再編）	58
■入院料等の通則【施設基準・第三の二／第四 ／第四の二】	23	A 205 救急医療管理加算	62
入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理 体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及 び身体的拘束最小化の基準	23	A 205-2 超急性期脳卒中加算	64
入院・通則 7〔歯科入院・通則 5〕（定数超過入院 等の入院基本料）	27	A 207 診療録管理体制加算	64
■病院の入院基本料【施設基準・第五】	28	A 207-2 医師事務作業補助体制加算	65
通則事項	28	A 207-3 急性期看護補助体制加算	68
A 100 一般病棟入院基本料	40	A 207-4 看護職員夜間配置加算	73
A 101 療養病棟入院基本料	42	A 214 看護補助加算	74
		A 224 無菌治療室管理加算	74
		A 226-2 緩和ケア診療加算	75
		A 226-4 小児緩和ケア診療加算	76
		A 230-4 精神科リエゾンチーム加算	77
		A 231-3 依存症入院医療管理加算	77
		A 231-4 摂食障害入院医療管理加算	78
		A 232 がん拠点病院加算	78
		A 233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制 加算	78
		A 233-2 栄養サポートチーム加算	80

A 234 医療安全対策加算	82
A 234-2 感染対策向上加算・抗菌薬適正使用体制加算	83
A 234-3 患者サポート体制充実加算	92
A 234-4 重症患者初期支援充実加算	95
A 234-5 報告書管理体制加算	95
A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	96
A 237 ハイリスク分娩等管理加算	96
A 242 呼吸ケアチーム加算	96
A 242-2 術後疼痛管理チーム加算	98
A 243 後発医薬品使用体制加算（令和 8 年改定により地域支援・医薬品供給対応体制加算として再編）	98
A 243-2 バイオ後続品使用体制加算	99
A 244 病棟薬剤業務実施加算	100
A 245 データ提出加算	101
A 246 入退院支援加算	102
A 246-2 精神科入退院支援加算	104
A 247 認知症ケア加算	105
A 249 精神科急性期医師配置加算	107
A 251 排尿自立支援加算	108
A 252 地域医療体制確保加算	109
A 253 協力対象施設入所者入院加算	109
入院基本料等加算に規定する疾患等	111

■特定入院料【施設基準・第九】	113
通則事項	113
A 300 救命救急入院料	113
A 301 特定集中治療室管理料	116
A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	123
A 301-4 小児特定集中治療室管理料	124
A 302 新生児特定集中治療室管理料	124
A 302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	125

A 303 総合周産期特定集中治療室管理料	126
A 304 地域包括医療病棟入院料	127
A 307 小児入院医療管理料	128
A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料	129
A 308-3 地域包括ケア病棟入院料	131
A 310 緩和ケア病棟入院料	135
A 311 精神科救急急性期医療入院料	136
A 311-2 精神科急性期治療病棟入院料	A 311-3
精神科救急・合併症入院料	139
A 311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	139
A 312 精神療養病棟入院料	140
A 314 認知症治療病棟入院料	142
A 318 地域移行機能強化病棟入院料	142
A 319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	143

■短期滞在手術等基本料【施設基準・第十】

	144
A 400 短期滞在手術等基本料	144

■歯科の施設基準等（基本診療料）

・通則事項（届出関係・研修の実施形態）	146
・歯科初・再診料	146
A 000・注 1（歯科外来診療の院内感染防止対策）	146
A 000・2（地域歯科診療支援病院歯科初診料）	148
A 000・注 10／A 002・注 9（歯科外来診療医療安全対策加算）	148
A 000・注 15（医療DX推進体制整備加算（令和 8 年改定により電子的歯科診療情報連携体制整備加算に再編））	149
A 000・注 16／A 002・注 13（情報通信機器を用いた歯科診療）	150

基本診療料の施設基準等と診療報酬

基本診療料等の施設基準等（通則事項）【施設基準・第一／第二】

疑義解釈資料 令和6年改定

【施行時期後ろ倒し】

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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 上記「（令6.3.28 その1・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 2つ前の「（令6.3.28 その1・問1）」及び上記「（令6.3.28 その1・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。

その3（令和6年4月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 施設基準の経過措置について、令和6年3月31日において現に入院基本料等の届出を行っていることとされているが、単に届出を行っていれば経過措置の対象となるのか。

答 当該施設基準の届出を行ったうえで、令和6年3月31日において現に当該診療報酬を算定している場合は、経過措置の対象となる。

【横断的事項】

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問253 カンファレンス等の実施について、複数のカンファレンス等を同時に実施することは可能か。

答 それぞれの要件を満たしていれば可能である。ただし、実施の記録の管理を適切に行うこと。

問257 オンライン会議システムやe-learning形式等を活用し、研修を実施することは可能か。

答 可能。なお、オンライン会議システム、動画配信やe-learning形式を活用して研修を実施する場合は、それぞれ以下の点に留意すること。

＜オンライン会議システムを活用した実施に係る留意点＞

○出席状況の確認

（例）

- ・受講生は原則として、カメラをオンにし、講義中、事務局がランダムな時間でスクリーンショットを実施し、出席状況を確認すること。
- ・講義中、講師等がランダムにキーワードを表示し、受講生に研修終了後等にキーワードを事務局に提出させること。

○双方向コミュニケーション・演習方法

（例）

- ・受講生からの質問等については、チャットシステムや音声発信を活用すること。
- ・ブレイクアウトルーム機能を活用してグループごとに演習を実施後、全体の場に戻って受講生に検討内容を発表させること。

○理解度の確認

（例）

- ・確認テストを実施し、課題を提出させること。

＜動画配信又はe-learning形式による実施に係る留意点＞

○研修時間の確保・進捗の管理

（例）

- ・主催者側が、受講生の学習時間、進捗状況、テスト結果を把握すること。
- ・早送り再生を不可とし、全講義の動画を視聴しなければレポート提出ができないようにシステムを構築すること。

○双方向コミュニケーション

（例）

- ・質問を受け付け、適宜講師に回答を求めるとともに、質問・回答について講習会のWebページに掲載すること。
- ・演習を要件とする研修については、オンライン会議システムと組み合わせて実施すること。

○理解度の把握

（例）

- ・読み飛ばし防止と理解度の確認のため、講座ごとに知識習得確認テストを設定すること。

【届出】

（平成18年3月23日・事務連絡）

問8 休憩、食事時間は勤務時間から除外しなければならないか。

答 通常の休憩時間は勤務時間に含まれるので、除外する必要はない。

問9 届出の際に用いる勤務計画表（様式3の3）【勤務実績表（様式9）】を作成する際、残業時間は含めてよいか。

答 残業時間は含まない。当該保険医療機関の定める所定の勤務時間数で作成すること。

（平成20年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問149 「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」第2の5に該当する医療機関（不正を行って新たな届出が6か月できない医療機関等）については、第4の表1及び表2に係る届出を受理して良いか。

答 良い。

（平成20年5月9日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問58 基本診療料及び特掲診療料において、従来の届出と異なる区分への変更の届出を行う場合には、いつまでに届出を行い、いつから新たな報酬を算定するのか。特に、従来より低い区分への変更の届出（10対1入院基本料から13対1入院基本料への変更等）の場合には、どのように取り扱うのか。

答 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第3の2及び特掲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第3の1に規定するとおりであり、従来の届出区分より上の区分への変更であるか下の区分の変更であるかを問わず、以下のとおり取り扱うこととしたものである。

- ・月単位で算出する数値を用いた要件に関する施設基準の場合は、その変更を生じた月の翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定する。
- ・面積要件や常勤職員の配置要件等、月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合は、その変更を生じた日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定する。

（平成25年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 「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（平成24年3月5日保医発0305第2号）」別添6の別紙5「看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）（編注；看護要員等の算出方法及び配置状況例）」の1 一般病棟及び2 療養病棟（編注；3 看護要員の配置状況（例））に「※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24時から24時30分又は23時から23時30分）は申し送った従事者の夜勤時間には含めない。」とあるが、日勤帯についても同様の取扱いと理解してよろしいか。

答 そのとおり。

（平成28年9月15日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 「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」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添7様式9から9の4（編注；別添7様式9）における「1日平均入院患者数」の算出において、退院日の患者数は含めるか。

答 含めない。ただし、入院日に死亡又は退院した場合は含める。

【常勤】

（平成30年3月30日・事務連絡）

問206 病院勤務医の常勤要件について、週3日以上、週24時間以上（編注；22時間以上）

勤務している医師を常勤換算できることとなったが、週4日、1日6時間勤務（短時間勤務）の勤務医もその対象となるか。

答 対象となる。

問207 外来における常勤医師の要件について、「常勤」の定義は何か。

答 原則として、各医療機関で作成する就業規則において定められた医師の勤務時間の全てを勤務する医師を指す。なお、常時10人以上の従業員を使用する医療機関の使用者は、労働基準法第89条の規定により、就業規則を作成しなければならないこと。

問208 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24時間以上（編注；22時間以上）の勤務を行っている非常勤職員を常勤換算する場合については、換算する分母は当該保険医療機関の常勤職員の所定労働時間としてよいのか。

答 そのとおり。

（令和2年3月31日・事務連絡）

問174 週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算による配置が可能である項目について、週3日以上かつ週22時間以上の隔週勤務者を組み合わせてもよいのか。

答 隔週勤務者は常勤換算の対象にならない。

【届出受理後の措置】

（平成18年3月23日・事務連絡）

問20 届出後に1日でも配置数が少ない日が生じた場合には直ちに特別入院基本料となるのか。

答 月平均で1日あたりの配置数が満たされていればよい。また、暦月で1ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動については、届出の変更を行う必要はない。

※「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」第3 届出受理後の措置等 1(3)

問21 土日祝祭日についても常に届出区分を満たす看護職員を勤務させなければならないのか。

答 月平均で1日当たりの配置数が満たされていれば、一定の範囲内で傾斜配置ができる。

※「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」別添2 入院基本料等の施設基準等 第2-4(2)イ（編注；第2-4(4)）

問22 月平均夜勤時間数が72時間を超えた場合、実績期間の翌月の第1日に特別入院基本料の届出を行うこととなるのか。

答 通知第3 届出受理後の措置等 1(1)のとおり、暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動については、届出の変更を行う必要はない。

※「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」第3 届出受理後の措置等 1(1)

その7（平成26年6月2日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 施設基準通知の届出受理後の措置等において、暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、その都度の届出は必要ない旨記載されているが、7対1入院基本料において自宅等へ退院した患者の割合が、75%【現・80%】を下回った場合は、1割の範囲であれば3か月まで猶予されると理解して良いか。

答 自宅等退院患者割合については、暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定は適用されない。

その8（平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問10 施設基準通知の届出受理後の措置等において、暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、その都度の届出は必要ない旨記載されているが、地域包

括ケア病棟入院料（入院医療管理料） 1〔及び2〕において在宅等へ退院した患者の割合が、70%【現・72.5%】を下回った場合は、1割の範囲であれば3か月まで猶予されると理解して良いか。

答 在宅等退院患者割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定は適用されない。

問11① 精神科救急入院料〔精神科救急急性期医療入院料〕、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の施設基準における新規患者割合及び在宅移行率は届出受理後の措置等の暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定が適用されるか。

② また、精神病棟入院基本料及び精神療養病棟入院料の精神保健福祉士配置加算の在宅移行率についてはどうか。

答 ① 適用される。精神科救急入院料等の新規患者割合、在宅移行率については、1割以内の一時的な変動により基準を下回った場合は3か月まで届出が猶予される。

② 適用されない。

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問216 施設基準の変更の届出について、「届出受理後の措置」において変更の届出が必要なものが列記されているが、以下については、変更の届出が必要か。

- ・一般病棟入院基本料の「注11」及び特定一般入院料の「注9」における90日を超える入院患者の算定
- ・リンパ浮腫複合的治療料
- ・処置・手術の時間外加算1
- ・無菌製剤処理加算

答 必要である。

初・再診料 A 000-002 【施設基準・第三】

初・再診料

妥結率

A 000初診料・注 4

疑義解釈資料 令和 6 年改定

その14（令和 6 年11月 5 日・事務連絡〈別添 3・妥結率〉）

問 1 「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0305第 5 号）に掲げる様式 2 の 4 及び「特掲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0305第 6 号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。）に掲げる様式 85（以下、特段の指定がない場合は同様の様式を指す）の各設問において該当する項目が複数ある場合は、全てを選択することによいか。

答 該当する項目が複数ある場合は、全て選択すること。

問 2 様式 85 の「同一グループの保険薬局数（編注；同一グループの薬局数）」の「同一グループ」はどの範囲まで属している会社が該当するのか。

答 特掲診療料施設基準通知の第 88 の 2 における「調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点」の(6)の規定により判断すること。

問 3 設問 2 の(1)にある「価格交渉を代行する者」について、記載上の注意の 7（編注；6）に「医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等」とあるが、具体的にはどのような事業者が該当するのか。

答 「価格交渉を代行する者」の該当性については、以下により判断すること。なお、判断について疑義が生じる場合は、厚生労働省が設置している流通改善ガイドラインの相談窓口に照会すること。

○価格交渉を代行する者の該当性

事業者が次のいずれかに該当する場合、「価格交渉を代行する者」とする。なお「同一グループ」とは問 2 のとおりであるが、これに該当しない場合は「別グループ」という。

1. 医薬品卸と医療機関及び薬局（以下「医療機関等」という。）との価格交渉において、事業者が医療機関等に代わって医薬品卸と価格交渉を行う場合であって、医療機関等と事業者が別グループの場合（事業者と同一グループの医療機関・薬局分と別グループの医療機関・薬局分をあわせて価格交渉する場合も含む。）。

ただし、事業者が医薬品卸と直接価格交渉せず、医療機関等と医薬品卸の交渉の場に同席するなど、価格交渉に間接的に関与している場合も価格交渉を代行していることに含まれるが、ベンチマークなど価格交渉に影響を与えるデータの提供のみを行う場合は含まれない。

2. 医療機関等と別グループの事業者が大半の医療用医薬品（歯科用医薬品は除く。）を製薬企業から購入せず、医薬品卸から購入し、医療機関等に販売している場合、又は医療機関等と別グループの事業者が、医薬品卸と価格交渉し、医療機関等からの代金回収と医薬品卸への代金支払いを行うが、医薬品卸への発注や医療機関等からの受注が当該事業者を介さず、医薬品卸と医療機関で直接行われる場合（事業者と同一グループの医療機関・薬局分と別グループの医療機関・薬局分をあわせて購

入又は代金の回収や支払いをする場合も含む。)。

問4 設問2の(2)のイにある「年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度」とは、どのように解釈すべきか。

答 医薬品の価値の変動による妥結価格の変更等を除き、前年度の上半期の乖離率と比較して、下半期の乖離率に変動がなかった場合は、当該事項を選択すること。

問5 設問3の(1)における単品単価交渉について、記載上の注意の4に「他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。」とあるが、例えば、取引先と個別品目ごとに取引価格を決めていたとしても、これに該当しない交渉はあるか。

答 取引先と個別品目ごとに取引価格を決めていたとしても、例えば、以下については、単品単価交渉に該当しないと考えられる。

- ・総価値引率を用いた交渉
- ・全国最低価格に類する価格をベンチマークとして用いた交渉
- ・ベンチマークを用いた交渉の内、配送コストなどの地域差及び購入金額、支払条件、返品、急配等の取引条件を考慮していない単価をベンチマークとし、当該価格で決定する一方的な交渉
- ・法人格・個人事業主が異なる加盟施設との取引価格の交渉を一括して受託する業者の価格交渉について、加盟施設ごとの地域差や取引条件等を考慮しない取引価格での交渉や加盟施設の確認が行われない交渉

問6 設問3の(1)にある「新薬創出等加算品目について単品単価交渉を行っている。」について、例えば、1品目の新薬創出等加算品目のみ単品単価交渉を行っている保険医療機関又は保険薬局は該当するか。

答 取引する複数の新薬創出等加算品目の内、単品単価交渉をした新薬創出等加算品目が1品目のみの場合や、取引している全ての新薬創出等加算品目数に対して、単品単価交渉で取引された品目の割合が低い場合は該当しない。判断について疑義が生じる場合は、厚生労働省が設置している流通改善ガイドラインの相談窓口へ照会すること。

問7 設問3の(3)にある「医薬品の価値に変動がある場合」とはどのような場合が該当するのか。

答 「医薬品の価値に変動がある場合」とは、例えば、期中において薬価改定があった場合が該当する。なお、購入者側の都合で妥結価格を変更する場合はこれに該当しない。

問8 設問3の(4)にある「原則として全ての品目について単品単価交渉を行なっていること。」とはどのように解釈すべきか。

答 全ての品目について単品単価交渉を行っている場合は、当該事項を選択すること。なお、判断について疑義が生じる場合は、厚生労働省が設置している流通改善ガイドラインの相談窓口へ照会すること。

初・再診料

機能強化加算

A000初診料・注10

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【機能強化加算】

問7 区分番号「A000」初診料の注10に規定する機能強化加算の施設基準において、地

域におけるかかりつけ医機能として、必要に応じ実施する対応について、「ホームページ等に掲示する等の取組を行っていること」とされているが具体的にはどのようなことを指すのか。

答 例えば、

- ・当該保険医療機関のホームページへの掲載
- ・自治体、地域医師会等のホームページ又は広報誌への掲載
- ・医療機能情報提供制度等への掲載

等が該当する。

疑義解釈資料 平成30年改定

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【機能強化加算】

問2 施設基準要件にある「地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。（編注；地域におけるかかりつけ医機能として、必要に応じ、以下のアからオ（略）の対応を行っていること。また、当該対応を行っていることについて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していること。）」について、当該対応の対象は、当該医療機関を継続的に受診している患者であり、当該保険医療機関において地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、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の算定を行っている患者に限定されない、という理解でよいか。

答 よい。

初・再診料

外来感染対策向上加算 連携強化加算 サーベイランス強化加算 抗菌薬適正使用体制加算

A000初診料・注11～注14 A001再診料・注15～注18

疑義解釈資料 令和6年改定

【A000 初診料・外来感染対策向上加算、A001 再診料・外来感染対策向上加算】

その2（令和6年4月12日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

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。

【A000 初診料・抗菌薬適正使用体制加算、A001 再診料・抗菌薬適正使用体制加算】

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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〔注6〕」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」〔注6〕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7 〔令8.3.23 その1<別添1>問1（書籍49頁）〕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。

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問14 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算におけるカンファレンスについて、書面により持ち回りで開催又は参加することは可能か。

答 不可。

問15 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の届出医療機関間の連携について、以下の場合においては届出可能か。

- ① 特別の関係にある保険医療機関と連携している場合
- ② 医療圏や都道府県を越えて連携している場合

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 可能。
- ② 医療圏や都道府県を越えて所在する場合であっても、新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際に適切に連携することが可能である場合は、届出可能。

問18 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあつては、院内感染管理者。以下本問において同じ。）により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、当該研修は、必ず感染制御チームが講師として行わなければならないのか。

答 感染制御チームが当該研修を主催している場合は、必ずしも感染制御チームが講師として行う必要はない。

ただし、当該研修は、以下に掲げる事項を満たすことが必要であり、最新の知見を共有することも求められるものであることに留意すること。

- ・ 院内感染対策の基礎的考え方及び具体的方策について、当該保険医療機関の職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の院内感染対策に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能の向上等を図るものであること。
- ・ 当該保険医療機関の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること。
- ・ 保険医療機関全体に共通する院内感染対策に関する内容について、年2回程度定期的開催するほか、必要に応じて開催すること
- ・ 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。

なお、研修の実施に際して、AMR臨床リファレンスセンターが公開している医療従事者向けの資料（※）を活用することとして差し支えない。

※ <http://amr.ncgm.go.jp/medics/2-8-1.html>

問19 外来感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、保険医療機関外で開催される研修会への参加により、当該要件を満たすものとしてよいか。

答 不可。

問21 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること」とされているが、具体的にはどのような事項について掲示すればよいか。

答 以下の内容について掲示すること。

- ・ 院内感染対策に係る基本的な考え方
- ・ 院内感染対策に係る組織体制、業務内容
- ・ 抗菌薬適正使用のための方策
- ・ 他の医療機関等との連携体制

問25 外来感染対策向上加算並びに区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが、

- ① 「等」にはどのようなものが含まれるか。
- ② 具体的には、どのようなことを協議するのか。また、協議した内容は記録する必要があるか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 保健所や地域の医師会が含まれる。
- ② 有事の際に速やかに連携できるよう、例えば、必要な情報やその共有方法について事前に協議し、協議した内容を記録する必要がある。

問26 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けること」とされているが、具体的にはどのようなことをいうのか。

答 助言を受ける保険医療機関が、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドダンス」における地域の感染管理専門家から、適切に助言を受けられるよう、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関や地域の医師会から、助言を受け、体制

を整備しておくことをいう。

問27 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること」とされているが、当該訓練とは、具体的にはどのようなものであるか。また、当該訓練は対面で実施する必要があるか。

答 新興感染症患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係るものであり、例えば、個人防護具の着脱の訓練が該当する。また、当該訓練はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施して差し支えない。

問29 外来感染対策向上加算の施設基準において、「感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること」とされているが、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、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関は、地域の医師会と連携することとされていることから、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が主催するカンファレンスの内容を参考として差し支えない。なお、例えば、以下に掲げる事項に関する情報の共有及び意見交換を行い、最新の知見を共有することが考えられる。

（例）

- ・ 感染症患者の発生状況
- ・ 薬剤耐性菌等の分離状況
- ・ 院内感染対策の実施状況（手指消毒薬の使用量、感染経路別予防策の実施状況等）
- ・ 抗菌薬の使用状況

問31 区分番号「A000」初診料の注12、区分番号「A001」再診料の注16及び「A234-2」感染対策向上加算の注3（編注；注4）に規定する連携強化加算の施設基準において、「過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること」とされているが、具体的にはどのような内容について、どのくらいの頻度で報告すればよいか。

答 報告の内容やその頻度については、連携する感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関との協議により決定することとするが、例えば、感染症法に係る感染症の発生件数、薬剤耐性菌の分離状況、抗菌薬の使用状況、手指消毒薬の使用量等について、3か月に1回報告することに加え、院内アウトブレイクの発生が疑われた際の対応状況等について適時報告することが求められる。

その4（令和4年4月13日・事務連絡〈別添〉）

問1 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算並びに区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準の届出について、「当該加算の届出については実績を要しない」とこととされているが、この「実績」とは、具体的には何の実績を指すのか。

答 各加算について、以下の①から③までにそれぞれ掲げる施設基準通知の内容に係る実績を指す。

なお、施設基準通知に記載のとおり、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算については、届出に際して、当該実績を要しないとしていることに留意すること。

①外来感染対策向上加算

- ・ 「職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」における研修の実施
- ・ 「院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行

った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること」におけるカンファレンスへの参加

- ・ 「感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年 1 回以上参加していること」における訓練への参加

②③ 〔略〕

その 6（令和 4 年 4 月 21 日・事務連絡〈別添〉）

問 2 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算並びに区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準における「地域の医師会」とは、郡市区等医師会及び都道府県医師会のいずれも該当するか。

答 そのとおり。

その 8（令和 4 年 5 月 13 日・事務連絡〈別添 1・医科〉）

【サーベイランス強化加算】

問 1 区分番号「A000」初診料の注13、区分番号「A001」再診料の注17及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注 4（編注；注 5）に規定するサーベイランス強化加算並びに区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算 1 の施設基準における「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」について、

- ①「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20における「JANISの検査部門と同等のサーベイランス」とは、具体的にはどのようなものを指すのか。
- ②感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に基づく感染症発生動向調査は該当するか。
- ③地域において感染症等に係る情報交換を行うことを目的としたネットワークは該当するか。
- ④参加医療機関において実施される全ての細菌検査の各種検体ではなく、特定の臓器や部位等の感染症に限定して、細菌の分離頻度、その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況等に係る調査が実施されているものは該当するか。
- ⑤サーベイランス強化加算について、新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加する場合、どの時点から当該要件を満たすものとしてよいか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ①例えば、細菌検査により各種検体から検出される主要な細菌の分離頻度、その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況を継続的に収集・解析し、医療機関における主要菌種・主要な薬剤耐性菌の分離状況や抗菌薬使用量を明らかにするための薬剤耐性に関連する調査等を含むものを指す。
- ②該当しない。
- ③参加している各保険医療機関において細菌の分離頻度、その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況等に係る調査が実施されておらず、単に感染症等に係る情報交換を行っている場合は、該当しない。
- ④特定の臓器や部位等の感染症に限定して調査が実施されている場合は、該当しない。
- ⑤サーベイランス強化加算については、保険医療機関が新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加する場合、令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、JANIS又はJ-SIPHEの参加申込書を窓口に出した時点から当該要件を満たすものとして差し支えない。この場合、サーベイランス強化加算の施設基準の届出を行う際に、当該参加申込書の写しを添付すること。なお、参加医療機関から脱退した場合は、速やかにサーベイランス強化加算の届出を

取り下げること。

その10（令和4年6月1日・事務連絡〈別添・医科〉）

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問1 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という。）並びに区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが、有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制が保健所等の主導により既に整備されており、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等が当該体制に参加している場合、当該体制に参加することをもって上記の施設基準を満たすものと考えてよいのか。

答 差し支えない。

問2 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと」とされているが、

①感染対策向上加算においては、院内の巡回は施設基準で定められている感染制御チームの構成員全員で行う必要があるのか。

②院内の巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。

答 それぞれ以下のとおり。

①全員で行うことが望ましく、少なくとも2名以上で行うこと。

②必要に応じて各部署を巡回すること。なお、各病棟については毎回巡回することとするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生のリスクの評価を定期的実施している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回することとし、それ以外の病棟についても、巡回を行っていない月がないこと。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、2月に1回以上巡回していること。

無床診療所の場合は、各診察室については毎回巡回するとともに、診察室以外の場所についても、少なくとも月に一度は巡回すること。

その19（令和4年7月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 外来感染対策向上加算及びA234-2感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生等を想定した訓練については少なくとも年1回以上参加していること」における当該訓練については、「（令4.3.31 その1・問27）」が示されたが、他にどのようなものが考えられるか。

答 「（令4.3.31 その1・問27）」で示しているとおり、新興感染症患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係るものであり、参加医療機関の感染症対策等の状況も踏まえて決定することが望ましい。

なお、令和4年度地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」による「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）事例5において、対象者のレベルや役割に応じて、基本知識の習得や感染症病棟での実地訓練が実施されていることが掲げられていることを参照されたい。

その28（令和4年9月27日・事務連絡〈別添・医科〉）

問2 A000初診料の「注13」、A001再診料の「注17」に規定するサーベイランス強化加

算の施設基準において、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが、「診療所版J-SIPHE」は該当するか。

答 該当する。なお、参加にあたっては、少なくとも抗菌薬情報と微生物・耐性菌情報を提出している必要がある。（以下略）

その45（令和5年3月30日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 A000初診料の「注13」、A001再診料の「注17」及びA234-2感染対策向上加算の「注4」に規定するサーベイランス強化加算について、「（令4.5.13 その8・問1）」において、「保険医療機関が新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加する場合、令和5年3月31日までの間に限り、JANIS又はJ-SIPHEの参加申込書を窓口に提出した時点から当該要件を満たすものとして差し支えない。」とされているが、令和5年4月1日以降に保険医療機関が新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加する場合及びJANIS又はJ-SIPHEから一度脱退した医療機関が再び参加する場合について、どのように考えればよいか。

答 令和5年4月1日以降に保険医療機関が新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加し、当該加算の施設基準の届出を行う場合、JANIS又はJ-SIPHEにデータを提出していることを示す書類（データ提出状況を含む参加登録証明書等）を添付すること。

また、データ提出がないことにより参加登録を抹消されるなど、JANIS又はJ-SIPHEから一度脱退した医療機関については、脱退した時点で速やかにサーベイランス強化加算の届出を取り下げる必要があり、その後再びJANIS又はJ-SIPHEに参加し、サーベイランス強化加算の施設基準の届出を行う際には、JANIS又はJ-SIPHEにデータを提出していることを示す書類を添付すること。

初・再診料

時間外対応加算（令和8年改定で時間外対応体制加算に名称変更）

A001再診料・注10

疑義解釈資料 令和6年改定

【A001 再診料・時間外対応加算】

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問19 時間外対応加算（編注；時間外対応体制加算）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（編注；時間外対応体制加算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（編注；時間外対応体制加算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

その3（令和6年4月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 A001再診料の「注10」に規定する時間外対応加算（編注；時間外対応体制加算）において、患者からの電話等による問い合わせに対応する体制が求められているが、ビデオ通話による問い合わせに対してビデオ通話で対応する体制でよいか。

答 よい。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問10 時間外対応加算（編注；時間外対応体制加算）に関する施設基準にある「当該診療所において対応できる体制」とは、すぐに診察が可能である必要があるか。

答 患者からの電話等による問い合わせに対応できる体制であれば、必ずしも、診察が可能である体制でなくてよい。

問11 対応が求められる時間帯においては、必ず医師が直接対応することが必要か。

答 できるだけ速やかに対応する体制があれば、必ずしも直接、医師が対応すること限定するものではなく、例えば、転送電話や職員が対応した後に連絡等を受ける体制も認められる。

問12 時間外対応加算3〔時間外対応体制加算4〕について、連携する医療機関間の距離に係る要件はあるのか。

答 患者が通院可能な範囲であれば連携を行うことが可能であり、現時点においては、具体的な距離の要件はない。例えば、近接に医療機関が少ない地域等においては、地域の実態にあわせた連携を行うことが可能である。

問14 時間外対応加算2及び3〔時間外対応体制加算3及び4〕における標榜時間外の夜間の数時間とは、例えば深夜も含まれるのか。

答 標榜時間外の夜間の数時間の対応が必要であるが、深夜（午後10時から午前6時）及び休日（時間外対応加算3〔時間外対応体制加算4〕については当番日以外の日）においては、必ずしも対応は必要ではない。その場合、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

問15 時間外対応加算3〔時間外対応体制加算4〕について、当番日の医療機関は、自院の標榜時間外の数時間の対応を行う必要があるのか。

答 そのとおり。

初・再診料

明細書発行体制等加算

A001再診料・注11〔歯科A002再診料・注11〕

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問9 明細書としてレセプトを交付している場合でも要件に該当するのか。

答 個別の点数がわかるように必要な情報を付したうえで交付していれば、レセプトでも差し支えない。

問11 明細書発行体制等加算の要件には、レセプト電子請求を行っていることとあるが、電子請求の届出を審査支払機関に既に提出しており、確認試験中である場合には、当該要件を満たすことになるのか。

答 電子請求を行っていることが要件であるため、電子請求が可能となる月から算定可能である。

具体的には、例えば5月10日の請求から電子請求が可能となる場合には、その他の要件を満たしていれば、5月1日の診療分から明細書発行体制等加算が算定可能となる。

〔以下略〕（編注；平成28年4月から、明細書発行体制等加算の届出は不要。）

初・再診料

地域包括診療加算

A001再診料・注12

疑義解釈資料 令和6年改定

【A001 再診料・地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算】

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問144 A001の地域包括診療加算、B001-2-9地域包括診療料、B001-3生活習慣病管理料（Ⅰ）、B001-3-3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

その3（令和6年4月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 A001の地域包括診療加算、B001-2-9地域包括診療料、B001-3生活習慣病管理料（Ⅰ）、B001-3-3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、上記「（令6.3.28 その1・問144）」の内容に加え、「当院では主に院内

処方を行っています」又は「当院では主に長期の投薬をご案内しています」といった内容を併せて院内掲示してもよい。

答 差し支えない。

その4（令和6年5月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 A001再診料の「注12」に規定する地域包括診療加算及びB001-2-9地域包括診療料の施設基準において、「担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。」とされているが、この「認知症に係る適切な研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

答 認知症の患者に対する地域における医療・介護等の活用や多職種連携による生活支援方法等の内容を含む研修を想定しており、現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 日本医師会が主催する「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修（認知症に係る講義に限る。）
- ・ 都道府県及び指定都市が主催する「かかりつけ医認知症対応力向上研修」
- ・ 都道府県及び指定都市が主催する「認知症サポート医養成研修」

問2 A001再診料の「注12」に規定する地域包括診療加算及びB001-2-9地域包括診療料の施設基準において、「介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。」とされているが、電話による相談体制を構築している場合については、該当するか。

答 該当する。

問3 A001再診料の「注12」に規定する地域包括診療加算及びB001-2-9地域包括診療料の施設基準にある慢性疾患の指導に係る適切な研修については、「（平26.7.10 その8・問7～8）」において、「継続的に2年間で通算20時間以上の研修を修了しているもの」及び「届出時から遡って2年の間に当該研修を受ける必要がある」とされているが、前回届出時から2年を経過しておらず、令和6年度診療報酬改定による施設基準の改定に伴い届出を行う場合は、届出時から遡って2年の間に通算20時間以上の研修を受ける必要があるか。

答 不要。

疑義解釈資料 令和4年改定

その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添1〉）

問3 A001再診料の「注12」に規定する地域包括診療加算及びB001-2-9地域包括診療料の施設基準における「慢性疾患の指導に係る適切な研修」については、

- ・ 「（平26.7.10 その8・問7）」【→p19】において、「原則として、e-ラーニングによる研修の受講は認めない」とされており、
 - ・ 「（平30.7.10 その5・問4）」【→下記】において、「2年毎の研修修了に関する届出を2回以上行った医師については、それ以後の「2年間で通算20時間以上の研修」の履修については、日本医師会生涯教育制度においては、カリキュラムコードとして29認知能の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病の4つの研修についても、当該コンテンツがあるものについては、e-ラーニングによる単位取得でも差し支えない」とされているが、
- 「（横断的事項）」の「（令4.3.31 その1・問257）」【→p2】を踏まえ、これらの4つのカリキュラムコードを含め、当該研修についてはe-ラーニングにより受講してもよい。

答 差し支えない。なお、e-ラーニングにより受講する場合は「（横断的事項）」の「（令4.3.31 その1・問257）」の記載事項に留意すること。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問23 加算1又は診療料1の施設基準において、「直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）を算定した患者の数の合計」を算出することが規定されたが、数年前に継続的に外来を受診していたものの、それ以降は受診がなかった患者に対して往診等を行った場合に、この人数に含めることができるか。

答 含めることができる。ただし、診療録や診療券等によって、数年前の外来受診の事実が確認できる場合に限る。

問24 24時間の往診体制等の施設基準等を満たした上で、加算1又は診療料1を算定している医療機関は、以下の患者数や割合を毎月計算し、基準を満たさない月は加算2又は診療料2を算定するなど、月ごとに算定点数が変わるのか。

- ・直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、往診料等を算定した患者の数
- ・直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合

答 届出時及び定例報告時に満たしていればよい。

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【地域包括診療加算、地域包括診療料】

問4 区分番号「A001」再診料にかかる地域包括診療加算及び区分番号「B001-2-9」地域包括診療料の施設基準にある「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師」について、平成26年7月10日付け事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その8）」の

問7～問9において、研修の取扱いが示されているが、この取扱いは今回改定後も引き続き必要となるのか。

答 継続的に2年間で通算20時間以上の研修の修了及び2年毎の届出は引き続き必要である。ただし、研修の受講経験が複数回ある医師が今後増えてくることに鑑み、受講に当たっては、下記のとおりとする。

- (1)座学研修は、出退管理が適切に行われていれば講習DVDを用いた研修会でも差し支えない。
- (2)2年毎の研修修了に関する届出を2回以上行った医師については、それ以後の「2年間で通算20時間以上の研修」の履修については、日本医師会生涯教育制度においては、カリキュラムコードとして29認知能の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病の4つの研修についても、当該コンテンツがあるものについては、E-ラーニングによる単位取得でも差し支えない。
(例：平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなされていたため、平成27年4月1日から起算して2年ごとに研修修了の届出を行い、平成31年に3回目の研修修了に関する届出を行う場合は、E-ラーニングによる単位取得でも差し支えない。
(なお、現時点では、75脂質異常症に該当するE-ラーニングのコンテンツはない。))

疑義解釈資料 平成26年改定

その3（平成26年4月10日・事務連絡〈別添1〉）

問 8 地域包括診療料又は地域包括診療加算の届出にあたり、受講した研修の修了証等の添付が求められているが、主治医意見書の研修会については必ずしも修了証が発行されるものではないが、この場合どうすればよいか。

答 当該診療料又は加算の施設基準の主治医意見書の研修会については、それが確認できる資料を添付すればよく、必ずしも修了証を添付する必要はない。

その 4（平成26年 4 月23日・事務連絡〈別添 1〉）

問 9 〔編注；地域包括診療加算 1 については、〕当該患者の24時間の対応について、オンコール以外の対応は必要となるのか。

答 緊急時の往診等の体制を有していれば、オンコール対応で差し支えない。

問10 地域包括診療料、地域包括診療加算における施設基準の要件に「敷地内が禁煙であること」とあるが、医療機関が禁煙を行っているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行った場合、施設基準に適合しないものとみなされるか。

答 患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行ってしまった場合、単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。

なお、医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示する等職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに、来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

その 8（平成26年 7 月10日・事務連絡〈別添 1・医科〉）

問 7 A001 再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9 地域包括診療料の施設基準にある「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」という）」について、どのような研修が対象となるのか。

答 高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症を含む複数の慢性疾患の指導に係る研修であり、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれ、継続的に2年間で通算20時間以上の研修を修了しているものでなければならない。従って、初回に届出を行ったあとは、2年毎に届出を行うこと。また、原則として、E-ラーニングによる研修の受講は認めない。なお、当該研修は複数の学会等と共同して行われるものであっても差し支えない。

問 8 A001 再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、継続的に研修を受けていることが必要であるとされているが、2年毎に、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容を含む20時間以上の研修を受けなければいけないのか。

答 そのとおり。届出時から遡って2年の間に当該研修を受ける必要がある。

問 9 A001 再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、日本医師会が主催する日本医師会生涯教育制度に係る研修を受講し、平成26年12月に日医生涯教育認定証を受領した医師については、平成27年3月31日以降も適切な研修を修了したものと考えてよいか。

答 そのとおり。ただし、日本医師会生涯教育制度に係る研修について、日医生涯教育認定証を受領した後であっても、初回の届出以外は、2年間で通算20時間以上の研修を受講すること。また、20時間の講習の中には、カリキュラムコードとして29認知能の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならない。かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていなければならない。さらに、届出にあたっては、当該研修を受講したことを証明する書類を提出すること。なお、4つのカリキュラムコード以外の項目については、例外としてE-ラーニングによる受講であっても差し支えない。

なお、平成26年12月の日医生涯教育認定証を受領していない場合であっても、2年間で通算20時間以上の研修を受講している場合は、地域包括診療加算及び地域包括診療料の施設基準にある慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した者とみなす。ただし、20時間の講習の中には、カリキュラムコードとして29認知症の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならない。かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていなければならない。さらに、届出にあたっては、当該研修を受講したことを証明する書類を提出すること。なお、4つのカリキュラムコード以外の項目については、例外としてE-ラーニングによる受講であっても差し支えない。

今後、他の関係団体等が慢性疾患の指導に係る研修を実施するまでの当面の間、当該要件を満たすことを必要とする。

その12（平成27年2月3日・事務連絡〈別添1〉）

問2 A001 再診料に係る地域包括診療加算及びB001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、日本医師会が主催する日本医師会生涯教育制度に係る研修を受講した場合、研修時間をどのように確認するのか。

答 日本医師会生涯教育制度において、講習会（29認知症の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病の4つのカリキュラムコード以外については、e-learningを含む。）を受けた旨と、取得単位数が参加証等により証明できる場合、取得単位1単位を1時間と換算できるものとする。

日本医師会雑誌を利用した解答など、講習会及びe-learning以外で取得した単位については「慢性疾患の指導に係る適切な研修」に含まれないことから、取得単位数とカリキュラムコードのみでは、研修を受けたことの証明とはならないことに留意されたい。

ただし、平成25年度の研修実績を示す「学習単位取得証」については、29認知症の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病の4つのカリキュラムコードを除き、取得単位数に基づいて、取得単位1単位を1時間とみなして差し支えないこととする。

初・再診料

看護師等遠隔診療補助加算

【A001 再診料・看護師等遠隔診療補助加算、A002 外来診療料・看護師等遠隔診療補助加算】

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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」

入院料等の通則

【施設基準・第三の二／第四／第四の二】

入院通則

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準

疑義解釈資料 令和6年改定

【栄養管理体制】

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

【意思決定・身体拘束最小化】

その8（令和6年6月18日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 「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0305第5号）の別添2「入院基本料等の施設基準等」において、「意思決定支援の基準」及び「身体拘束最小化の基準」については、令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和7年5月31日までの間に限り当該基準を満たしているものとされているが、令和7年5月31日までの間に、入院基本料又は特定入院料の施設基準を変更した場合の当該経過措置の取扱い如何。

答 令和6年3月31日において、入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床について、令和7年5月31日までの間に当該施設基準の変更の届出を行った場合も、令和7年5月31日までの間に限り「意思決定支援の基準」及び「身体拘束最小化の基準」を満たしているものとする。

【身体的拘束最小化】

その17（令和6年12月18日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 医科点数表第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する身体的拘束最小化の基準について、「(6) (編注 ; 9)) (1)から(5)まで (編注 ; (3)から(6)まで及び(7)のイ) の規定にかかわらず、精神科病院 (精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているもの (編注 ; 精神病床が設けられている医療機関における精神病床) を含む) における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による」とされているが、一般病床と精神病床の両方を有する病院では、身体的拘束最小化チームの設置も含め、(1)から(5)まで (編注 ; (3)から(6)まで及び(7)のイ) の基準を満たさない場合、通則第9号 (編注 ; 第10号) に規定する減算の対象となるのか。

答 そのとおり。一般病床と精神病床の両方を有する病院において、一般病床に入院する患者の身体的拘束は、医療機関として(1)から(5)まで (編注 ; (3)から(6)まで及び(7)のイ) の基準をすべて満たした上で取扱う必要があり、精神病床に入院する患者の身体的拘束は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取扱うこととなる。

こうした規定を満たさず、通則第9号 (編注 ; 第10号) に規定する減算の対象となった医療機関では、一般病床及び精神病床で算定される入院料等を含む当該医療機関のすべての入院料等が減算となることに留意すること。 (以下略)

疑義解釈資料 令和4年改定

その1 (令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉)

【褥瘡対策】

問36 第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する褥瘡対策の施設基準において、「褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること」とあるが、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者について、「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4年3月4日保医発0304第2号) 別添6の別紙3「褥瘡対策に関する診療計画書」の<薬学的管理に関する事項>及び<栄養管理に関する事項>は、それぞれの対応が必要な場合に記載すればよいのか。

答 よい

問37 「褥瘡対策に関する診療計画書」の<薬学的管理に関する事項>における「薬剤滞留の問題」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

答 例えば、創の状態や外用薬の基剤特性の不適合等により、薬剤が創内に滞留維持できていないこと等が想定される。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1 (令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問175 安全管理の責任者等で構成される委員会、院内感染防止対策委員会及び医療安全対策加算に規定するカンファレンスについて、対面によらない方法でも開催可能とするとされたが、具体的にはどのような実施方法が可能か。

答 例えば、書面による会議や、予め議事事項を配布しメール等で採決をとる方法、電子掲示板を利用する方法が可能である。ただし、議事について、構成員が閲覧したことを確認でき、かつ、構成員の間で意見を共有できる方法であること。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1 (平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉)

【入院基本料】

問17 入院料等の通則 8 に掲げる栄養管理体制について減算されていた保険医療機関が、常勤の管理栄養士を配置した場合の減算措置は、いつから解除されるのか。

答 届出を行った月の翌月 1 日から解除される。

問18 平成24年 3 月31日において栄養管理実施加算を算定していない病院で、常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置が平成26年 6 月30日まで延長され、平成26年 7 月 1 日以降、常勤の管理栄養士が確保できない場合、減算の点数を算定することとなったが、この要件である「非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士」が離職して要件を満たさなくなった場合は、特別入院基本料の算定となるのか。

答 常勤の管理栄養士が離職して要件を満たさなくなった場合については、届出をした場合に限り 3 か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できることとしているが、「非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士」が離職して要件を満たさなくなった場合は、特別入院基本料の算定となる。

疑義解釈資料 平成24年改定

その 1（平成24年 3 月30日・事務連絡〈別添 1・医科〉）

【入院基本料】

問17 特別な栄養管理の必要性の有無について、入院診療計画作成時に必要ないと判断した患者が、治療途中に栄養管理が必要となった場合、改めて入院診療計画を作成し、栄養管理計画書を作成する必要があるのか。

答 特別な栄養管理が必要になった時点で、栄養管理計画書を作成すればよく、改めて入院診療計画書を作成する必要はない。

問18 入院基本料の褥瘡対策の要件では、褥瘡看護の臨床経験を有する看護職員の配置が必要とされているが、ここでいう褥瘡看護の臨床経験とはどういう経験をさすのか。

答 褥瘡を有する入院患者に対する看護の経験を想定しているが、経験を有する看護職員がいない場合には、外部（他院や団体等が主催）の褥瘡に関する研修を受講することが望ましい。

【歯科の入院基本料〈栄養管理体制の基準〉】 〈別添 3・歯科〉

問 5 基本診療料の施設基準等の通知において栄養管理体制の基準について、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、管理栄養士を 1 名以上配置することが求められているが、当該管理栄養士は非常勤であっても差し支えないか。

答 差し支えないが、常勤の管理栄養士を配置することが望ましい。

その 2（平成24年 4 月20日・事務連絡〈別添 1・医科〉）

【入院基本料等の褥瘡対策の基準】

問 1 産科だけの有床診療所を開業している場合などで、褥瘡に関する危険因子の評価の対象となる患者がいない場合には、褥瘡対策の基準を満たさなくても、入院基本料は算定できるのか。

答 従来より、褥瘡に関する危険因子の評価の対象となる患者がいない場合であっても、入院基本料の算定においては、褥瘡対策が要件となっており、褥瘡対策の体制の整備は必要となっている。

今回の改定においても、専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置し、褥瘡ケアが必要な患者が入院してきた場合に対応できるよう、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制をとっていることで算定できる。〔以下略〕

その3（平成24年4月27日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 各保険医療機関において体制を整備しなければならないとされている褥瘡対策について、体圧分散マットレス等の必要物品は、必ず保険医療機関が購入しなければならないのか。

答 体圧分散マットレス等の褥瘡対策に必要な物品については、レンタルやリースでも差し支えないが、その費用については保険医療機関が負担するものであり、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者の発生時に速やかに使用できる体制を整えておくこと。

疑義解釈資料 平成24年改定前

（平成19年6月1日・事務連絡）

【入院診療計画】

問5 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成19年3月30日医政発第0330010号）（以下「医政局長通知」という。）で、次の場合には入院診療計画書の交付及び適切な説明を行うことを要しないこととされたが、診療報酬上の取扱いはどうになるのか。

ア 患者が入院した日から起算して7日以内で退院することが見込まれる場合

イ 入院診療計画書を交付することにより、病名等について情報提供することとなり、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合

ウ 入院診療計画書を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合

答 入院基本料等の施設基準の要件とされている「入院診療計画の策定及び患者等への説明」については、次のとおりである。

○ （中略）（編注；入院前に外来で文書を提供し、説明した場合も、入院後7日以内に行ったものと同様の取扱いとする。また、入院期間が2日以内であると見込まれる場合又は3日以上入院が見込まれていたものの入院期間が2日以内となった場合であって、診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、総合的な入院診療計画の策定並びに患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない。この場合は、診療録に入院期間（見込みを含む。）、患者への入院診療に関する説明の内容及び説明を行った日時等を記載すること。）

○ 例えば、悪性腫瘍等で患者本人に告知していないなどの場合には、従前どおり、当該患者の家族とよく話し合った上で、可能な範囲において患者本人に入院診療計画の交付及び説明を行うことが必要である。なお、その場合においては、病名等について情報提供することが当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがあると判断した客観的な理由及び説明内容などをカルテに記載すること。

○ 一般的には、保険医療機関において、療養の給付を行う際に、入院診療計画を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合は想定できない。

問6 医政局長通知で、入院診療計画書の様式が示され、また、病院又は診療所の管理者は、患者又はその家族の承諾を得て、患者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより書面を作成することができるものである場合には、入院診療計画書の交付に代えて、入院診療計画書の記載事項を次の方法により提供することができることとされたが、診療報酬上の取扱いはどうになるのか。

ア パソコン等のモニター画面で表示する方法

イ 電子メールにより送信し、受信者の使用するパソコン等に備えられたファイルに記録する方法

ウ インターネットにより患者又はその家族の閲覧に供し、患者又はその家族の使用するパソコン等に備えられたファイルに記録する方法

エ フロッピーディスク、CD-ROM等に入院診療計画書に記載すべき事項を記録し、それを交付する方法

答 〔略〕患者等に対する入院診療計画書の提供方法については、患者が文書を入手することができないため、アの方法によることはできないが、イ～エにより行っても差し支えない。なお、その場合においても、当該入院診療計画書に添った患者等に対する説明は行われる必要があること。

入院通則

定数超過入院等の入院基本料

入院・通則 7〔歯科入院・通則 5〕

疑義解釈資料 令和 4 年改定前

その 5（平成18年 4 月28日・事務連絡）

問 7 入院基本料に係る看護師の員数は、実配置数で計算するよう改められたが（例：従前の 2：1 が 10：1 に改められた）、標欠の基準に係る医師、歯科医師の員数の計算方法についても改められるのか。

答 従前どおり、医療法の例による。指導・監査、定時報告、適時調査等の機会を通じて、医師・歯科医師の員数の把握を行うこと。

入院基本料の施設基準等

病院の入院基本料【施設基準・第五】

病院の入院基本料

通則事項

疑義解釈資料 令和6年改定

【平均在院日数】

その3（令和6年4月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 A100一般病棟入院基本料の「1」（編注；「2」）の「イ」急性期一般入院料1の施設基準における平均在院日数について、令和6年6月1日から算定を行うための届出を行う場合は、どの時点の実績に基づき届出を行うのか。

答 令和6年6月1日からの算定については、同年5月2日以降に届出書の提出を行うことができ、また、遅くとも6月の最初の開庁日までに届出がされている必要があるが、平均在院日数の実績については、令和6年5月2日から同31日に届出を行う場合は同年2月から4月、同年6月3日に届出を行う場合は、同年3月から5月の実績を用いること。なお、例えば令和6年2月から4月までの実績に基づき5月中に届出を行い、その後同年3月から5月までの実績では基準を満たさないことが判明した場合には、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動に該当する場合を除き、変更の届出を6月に行う必要があること。

【看護要員の勤務時間】

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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**問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**問22**は廃止する。

【重症度、医療・看護必要度 歯科の患者の割合が8割以上の病棟の場合】

医療課事務連絡（令和7年8月7日）

◇ 評価を行う入院患者のうち、歯科の患者の割合が8割以上の病棟における必要度の評価方法については、必要度Ⅰを用いて評価を行って差し支えない。（以下略）

問4 本事務連絡の取扱いにより、当該入院料等を算定する場合の届出はどのように行えばよいか。

答 「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0305第5号厚生労働省保険局医療課長通知）の別添7及び届出を行う施設基準に応じた様式を添付するとともに以下を記載すること。

- ・本事務連絡の対象となること
- ・届出にかかる入院料等の算定を開始する年月日

問5 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料1を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行うことされているが、本事務連絡における「評価を行う入院患者のうち、歯科の入院患者の割合が8割以上の病棟」はどのように判断するのか。

答 当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している患者であって、評価を行う入院患者のうち、歯科の患者の割合が8割以上となる場合は、本事務連絡の対象となる。

問6 本事務連絡の取扱いにより、重症度、医療・看護必要度の測定を行った結果、現に届出を行っている入院基本料等に変更がない場合も改めて地方厚生（支）局長に届出を行う必要はあるか。

答 不要。

疑義解釈資料 令和4年改定

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添・医科〉）

問9 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外する患者に「短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが、具体的にはどのような取扱いとなるのか。

答 当該患者に対して短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った日に限り、当該患者を重症度、医療・看護必要度の評価対象から除くこと。

問10 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外する患者のうち、

- ・短期滞在手術等基本料を算定する患者
- ・DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）
- ・短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者

について、短期滞在手術等基本料1と短期滞在手術等基本料3のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって、入院した日から起算して6日目以降も継続して入院しているものについては、どのような取扱いとなるのか。

答 入院した日から起算して5日までの期間においては、「短期滞在手術等基本料3を算定している患者」又は「DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者」として重症度、医療・看護必要度の評価対象

から除外し、6日目以降においては評価対象に含むこと。

【平均在院日数】

問7 「平均在院日数の計算対象としない患者」に「短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが、平均在院日数の算定において、具体的にはどのような取扱いとなるのか。

答 施設基準通知別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」に示す算定式において、

- ・ 分子の「① 当該病棟における直近3か月間の在院患者延日数」から、当該患者に対して短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った日を除き、
- ・ 分母の「②（当該病棟における当該3か月間の新入棟患者数＋当該病棟における当該3か月間の新退棟患者数）／2」の新入棟患者数及び新退棟患者数から、当該患者を除く

こととして算定する。

問8 「平均在院日数の計算対象としない患者」のうち、

- ・ 短期滞在手術等基本料1及び3（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）を算定している患者
- ・ DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）
- ・ 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者について、短期滞在手術等基本料1と短期滞在手術等基本料3のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって、入院した日から起算して6日目以降も継続して入院しているものについては、どのような取扱いとなるのか。

答 入院した日から起算して5日までの期間においては、「短期滞在手術等基本料3を算定している患者」又は「DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者」として平均在院日数の計算対象から除外し、6日目以降においては、平均在院日数の計算対象に含むこととし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

疑義解釈資料 令和2年改定

【重症度、医療・看護必要度】

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問7 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目について、レセプト電算処理システム用コード一覧に記載のない薬剤であって、当該薬剤の類似薬又は先発品が一覧に記載されている場合は、記載のある薬剤に準じて評価してよい。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象となる薬剤は、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2年3月5日保医発0305第2号）のレセプト電算処理システム用コード一覧に記載のある薬剤に限る。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その5）」（平成30年7月10日付け事務連絡）**問13**及び「疑義解釈資料の送付について（その8）」（平成30年10月9日付け事務連絡）**問1**は廃止する。

なお、当該一覧については、定期的な見直しを行っていくものであること。

問8 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。）及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価となったが、必要度Ⅱと同様に評価してよい。

答 よい。

その9（令和2年5月7日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへの評価方法の変更について、届出前3月におけるⅠの基準を満たす患者とⅡの基準を満たす患者との差についての要件が廃止されたが、「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2年3月5日保医発0305第2号）の別添7の様式10を用いて、4月又は10月の切替月に当該評価方法の変更のみを行う場合に、直近3月の評価の実績を記載する必要があるか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法の変更のみを行う場合には、切り替え後の評価方法による直近3月の実績を別添7の様式10に記載の上、届出を行うこと。ただし、区分番号「A100」一般病棟入院基本料の急性期一般入院料7及び地域一般入院料1、「A104」特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料（結核病棟に限る。）及び10対1入院基本料（一般病棟に限る。）、「A105」専門病院入院基本料の10対1入院基本料及び注4の一般病棟看護必要度評価加算、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び「A317」特定一般病棟入院料の注5の一般病棟看護必要度評価加算については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の割合に係る要件がないため、直近3月の実績について記載する必要はない。

問2 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠにおけるA8〔A7〕「救急搬送後の入院」及びⅡにおけるA8〔A7〕「緊急に入院を必要とする状態」について、「救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない」とされているが、どの入院料が評価対象に含まれないか。

答 評価対象に含まれない入院料は、区分番号「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、（編注；A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、）「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料、「A305」一類感染症患者入院医療管理料である。

その29（令和2年8月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰにおいても、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（以下「コード一覧」という。）を用いてA項目の一部の項目及びC項目の評価を行うこととなったが、歯科の入院患者についてはどのように評価を行えばよいか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰにおいては、歯科の入院患者も評価の対象に含める。コード一覧を用いて評価を行う項目については、コード一覧に掲載されている項目が該当するかを個々に確認することで評価を行うこととして差し支えない。

問2 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」のアセスメント共通事項「8. 評価の根拠」において、「当日の実施記録が無い場合は評価できない（後略）」とあるが、評価票と実施記録は異なると考えて、B項目は、「患者の状態」及び「介助の実施」の両方について、評価票による評価の他に、根拠となる記録を残す必要があるか。

答 B項目については、「『患者の状態』が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。」としており、「患者の状態」及び「介助の実施」を評価した評価票が実施記録にあたると考えて差し支えない。したがって、評価票による評価の他に、根拠となる記録を別に残す必要はない。

なお、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ」、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」及び「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」のB項目のいずれについても同様の取扱い

である。

疑義解釈資料 平成30年改定

【重症度、医療・看護必要度】

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問34 平均在院日数の計算及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から「DPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）」は除外されることとなったが、例えば短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を実施して入院から4日目に退院した患者であって、当該期間中に短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を複数実施した場合も対象から除外されるのか。

答 除外されない。短期滞在手術等基本料の算定要件に準じて、平成30年度改定前までは短期滞在手術等基本料が算定できないとされていた場合は、平均在院日数の計算及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から除外されない。

問38 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の対象について、「算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者」について測定するとあるが、自費の患者や労働災害保険の給付を受ける患者などの医療保険の給付の対象外の患者は、対象としなくてよいのか。

答 対象としなくてよい。

問40 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅡからⅠに切り替える場合において、届け出時に、ⅠとⅡの両方の基準を満たしている必要があるか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を届け出前3月において満たしていればよい。

問41 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡについては、改定により届出前1月の実績から3月の実績となったが、一月ごとに基準の割合を満たす必要があるのか。

答 直近3月の入院患者全体（延べ患者数）に対し、基準を満たす患者の割合であるため、一月ごとに算出するのではなく、毎月、直近3月ごとに算出する。

問42 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度が基準となっている入院料等について、一つの医療機関で当該入院料等を複数届け出る場合（例えば、急性期一般入院料1と地域包括ケア病棟入院料1を届け出る場合など）、ⅠとⅡのどちらかに揃えなければならないか。

答 別々に用いて差し支えない。

問48 重症度、医療・看護必要度の対象患者について、「短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者」は対象から除外されるとされたが、短期滞在手術等基本料の算定日数を超えて入院し、急性期一般入院基本料を算定する場合、当該患者を対象とする場合は、急性期一般入院基本料を算定する日からでよいのか。

答 そのとおり。

その2（平成30年4月6日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目「8〔7〕 救急搬送後の入院」について、「手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める」とあるが、外来受診後に手術室に入室後、日付をまたいだ翌日に病棟に入棟した場合は、手術室入室日に入院料を算定していれば、その日と翌日の入棟日の2日間を「あり」と評価してよいのか。

答 よい。

その7（平成30年7月30日・事務連絡）

問1 急性期一般入院料について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えについては、切替月（4月又は10月）の10日までに届け出ることとされているが、届出前3月の期間は具体的に何月から何月になるか。

答 評価方法の切り替えについて、4月に届け出の場合は1月から3月、10月に届け出の場合は7月から9月となる。ただし、4月又は10月からの切り替えにあたり、3月中又は9月中に届け出の場合は、それぞれ12月から2月、6月から8月の実績を用いて届け出ても差し支えない。なお、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等についても同様の取扱いとする。

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【看護職員配置】

問49 「夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の夜勤時間から除いて差し支えない。」とされたが、①日勤帯での申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の勤務時間から除かなくてよい。②時間を除くかどうかは、看護職員や日ごとに選択してよい。

答 ①夜勤時間帯の取扱いと同様に、除いても差し支えない。②基本的には同一入院基本料単位かつ月単位で選択すること。

【夜間看護体制特定日減算】

問51 入院患者数が31人以上の場合は、看護補助者の配置が求められているが、当該看護補助者は当該日の夜勤帯に常時配置が必要か。

答 少なくとも看護職員の数が一時的に2人未満となる時間帯において配置していること。

その4（平成30年5月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【病院の入院基本料の施設基準等】

問1 病院の入院基本料等の施設基準における「平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者」について、自費の患者や労災保険等の他制度による給付を受ける患者等の医療保険の給付の対象外の患者は、対象としなくてよい。

答 対象としなくてよい。

疑義解釈資料 平成28年改定

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」において、一部の評価項目において看護職員以外の職種が実施または評価するとあるが、

- ① 具体的にどの項目で、どのような職種が評価できるのか。
- ② 事務職員や看護補助者でも可能か。

答① 看護職員以外の職種が実施する可能性のある項目については、「看護職員等」と示している。実施する内容については、各職種の実施できる業務範囲に基づいて実施されたものが評価の対象となり、当該項目について各職種が記録したのもも評価の根拠となる。また、各職種の業務範囲の項目であれば、院内研修を受けた上で評価者として評価することができる。

- ② できない。ただし、転記や入力することは可能。

問2 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、

新たに加わった「専門的な治療・処置」の「無菌治療室の治療」の定義に「無菌治療室で6時間以上行った場合に評価する」とあるが、

- ① 治療開始時刻は入室時刻としてよいか。
- ② 入室した時刻が19時の場合、評価の対象となるか。
- ③ 午前5時に無菌治療室を退室し多床室に移動した場合は対象となるか。

答① よい。
② 対象とならない。
③ 対象とならない。

問3 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、「C 手術等医学的状況」において、手術の開始時刻及び終了時刻が0時をまたぐ場合、日数はどのように数えるのか。

答 手術が終了した日を手術当日として評価する。

問18 7対1入院基本料を算定するものとして届け出た病棟において、一部の病室を区分番号「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料又は区分番号「A306」特殊疾患入院医療管理料を算定する病室として届け出ている場合、当該特定入院料を届け出ている病室に入室している患者について、7対1入院基本料における「重症度、医療・看護必要度」の測定の対象であるか。

答 7対1入院基本料を算定しない病室に入院している患者であることから、7対1入院基本料における「重症度、医療・看護必要度」の測定対象とはならない。

その2（平成28年4月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、「A モニタリング及び処置等」の「8（編注；7） 救急搬送後の入院」において、「救急搬送後の入院は、救急用の自動車（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限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され」とあるが、転院搬送の場合も対象となるのか。

答 緊急時の転院搬送のみ対象となり、予定された転院搬送については対象とならない。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 重症度、医療・看護必要度に係る評価について、「入院した日に退院（死亡退院含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。」〔別添7の「評価の手引」アセスメント共通事項「3. 評価対象期間」〕とされたが、

- ① 転棟した場合の評価はどちらの病棟であればよいか。
- ② 転棟したその日に退院（死亡退院含む）した場合は延べ患者数に含めるのか。

答① 病棟種別が同じ病棟（病室）間で転棟する場合は、転棟先の病棟（病室）において、転棟時までの評価を含めた評価を行い、基準を満たす患者の割合の算出時の延べ患者数に含める。病棟種別が違う病棟（病室）間で転棟する場合は、転棟前の病棟（病室）において、転棟時まで評価を行うが、延べ患者数には含めない。転棟先の病棟（病室）においては、入棟時から評価対象として評価を行い、延べ患者数に含める。
② 転棟する病棟（病室）の病棟種別が同一かどうかに関わらず、転棟前及び転棟先の両方の病棟で退棟時までの評価は行うが、転棟日（退院日）の延べ患者数には含めない。

その5（平成28年6月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、「7（編注；6） 専門的な治療・処置」の「⑪ 無菌治療室での治療」の留意点に、個室であることが求められているが、個室ではないが多床室において、パーテーションなど個室に準ずる状態で、室内の空気清浄度等の基準を満たしていれば、当該項目に該当

するとしてよい。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価において、該当することとして差し支えない。

その8（平成28年11月17日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 短期滞手術等基本料を算定している患者の入院期間が延び、重症度、医療・看護必要度の評価が必要な入院料を算定する場合、重症度、医療・看護必要度の評価は、当該入院料を算定した日からでよい。

答 よい。

問2 一般病棟7対1〔急性期一般入院基本料〕の病棟に入院している患者が90日を超えて入院し、療養病棟入院基本料1の例により算定する場合、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価は行うのか。

答 「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」（平成28年3月4日保医発0304第1号）に記載のとおり、評価の対象は、一般病棟入院基本料（7対1）〔急性期一般入院基本料〕を届け出ている病棟に入院している全ての患者であり、当該患者についても対象に含まれる。

問3 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価において、A項目3点以上、C項目1点以上該当しており、基準を満たしている場合、A項目あるいはC項目のどちらか一方の得点について評価票等に計上すればよい。

答 該当する項目の得点は全て計上する。

【夜勤時間特別入院基本料】

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問22 夜勤時間特別入院基本料は、過去に月平均夜勤時間超過減算や夜勤時間特別入院基本料を算定していた場合でも算定できるか。

答 算定できる。

問23 夜勤時間特別入院基本料の届出に当たり、事前に医療勤務環境改善支援センターに相談する必要があるか。

答 届出の前後いずれでもよいが、相談状況及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生（支）局長に提出すること。

問24 夜勤時間特別入院基本料の施設基準において、医療勤務環境改善支援センターに相談することとなっているが、当該センターはどこに設置されているのか。また、当該都道府県に設置されていない場合はどうすればよい。

答 医療勤務環境改善支援センターは、平成28年2月末時点で43都道府県に設置されており、その連絡先については、ウェブサイト「いきいき働く医療機関サポートWEB（いきサポ）」を参照されたい。また、当該センターが設置されていない都道府県については、設置までの間は、都道府県労働局が委託事業により労務管理面の相談支援を実施している医療労務管理相談コーナーへ相談することでよいこととする。

・いきいき働く医療機関サポートWEB（いきサポ）

問25 医療勤務環境改善支援センターへは、何を相談すればよい。

答 医療勤務環境改善支援センターは、医療機関の厳しい勤務環境の改善とワーク・ライフ・バランスの確保等を通じて医療従事者の定着・離職防止を図るために医療機関の計画的な勤務環境改善の取組を支援する機関である。夜勤時間特別入院基本料を算定することとなる医療機関においては、当該センターに対して、人材の確保・定着に向けた自組織での勤務環境改善の取組の進め方等を相談し、必要に応じて、当該センターの支援を求められたい。

問26 医療勤務環境改善支援センターへの相談状況に関する書類とは、どのようなものか。

答 書式の指定はないが、相談日や相談内容がわかるものを添付すること。

【主として事務的業務を行う看護補助者】

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問29 看護補助者を配置する場合は、必ず主として事務的業務を行う看護補助者を配置しなければならないか。

答 配置する必要はない。

問30 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合、

- ① 新たな届出が必要か。
- ② みなし看護補助者でもよいか。また、医師事務作業補助者と兼務してもよいか。

答① 必要ない。

- ② どちらも不可。

【月平均夜勤時間】

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 看護職員の月平均夜勤時間の計算方法が見直され、「夜勤時間帯に看護要員〔看護職員〕が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合」の計算方法が示されたが、この場合、

- ① この夜勤時間帯は、連続した1回の夜勤帯において兼務した場合だけでなく、別の日に病棟以外（当該病棟で算定する入院基本料とは別の入院基本料等を算定する病棟及び病室を含む。）で夜勤をした場合も兼務者としてこの計算を行うことでよいか。
- ② 計算に計上する時間に、休憩時間は含まれるのか。

答① そのとおり。

- ② 当該病棟に勤務している時間帯に休憩した場合に限り、含めてよい。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料】

問14 90日を超えて入院している患者について、病棟毎に出来高算定を行う病棟、療養病棟入院基本料の例により算定する病棟の届出を行うのか。

答 病棟ごとに取扱を選択することは可能であるが、届出は療養病棟入院基本料の例により算定する病棟のみ必要となる。

【重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き】

問22 呼吸ケア、及び、人工呼吸器の装着（編注；管理）の項目について、NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含めるとあるが、SASの場合も含むのか。

答 NPPVの実施のうち、SASの場合については、呼吸ケア及び人工呼吸器の装着には含めない。

問23 輸血や血液製剤の投与を、緊急入院等のため23時ごろ実施し、翌日まで行った場合の評価はどのようになるのか。

答 輸血や血液製剤について看護師等による管理を実施した場合は、開始した日、終了した日の両日ともに評価に含めることができる。

問24 特殊な治療法（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）について、医師のみが実施した場合でも評価して良いのか。

答 医師が単独で行った場合は、評価の対象にならない。

その8（平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料】

問2 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の「A モニタリング及び処置等」の専門的な治療・処置の「⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用」について、ここで言う「持続点滴」とは、ワンショットで行うような注射ではなく、点滴で行っていただければ良いと解釈すれば良いか。

答 貴見のとおり。ワンショットで行う静脈内注射は含まない。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料・看護職員の夜勤時間数】

問19 入院基本料の算定要件にある夜勤に従事する看護職員の月平均夜勤時間数を4週間単位で算出している場合、月や年度が変わる際などに一度リセットして、新しい月の1日から始めてもよいのか。

答 不可。計算に含まない日が出ないように必ず連続する4週間ごとに算出すること。例一度4週間で算出する方法を選択し3月1日～3月28日で届出をした場合は、次の算出期間は3月29日～4月25日となる。

問20 月平均夜勤時間数は、「届出前1ヶ月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護職員の延夜勤時間数」を「夜勤時間帯に従事した実人員数」で除して算出するとされている。月平均夜勤時間数を4週間で算出している場合、看護配置等暦月でみる基準については別途書類を作成する必要はあるのか。

答 そのとおり。看護職員の月平均夜勤時間数の算出を4週間で算出している場合には、看護職員の配置基準は暦月で算出することとなっているため、別途書類作成が必要になる。

問21 夜勤専従者の月の所定労働時間（夜勤時間数）について、概ね72時間の2倍以内という要件が削除されたことにより、どのような勤務体系が可能となるか。

答 勤務形態の多様化及び夜間の看護補助者の配置の普及等を踏まえ、夜勤専従者の所定労働時間を日勤及び夜勤の両方を行う看護職員と同等の週当たり40時間が可能となる。ただし、本人の希望や夜勤による身体への負担等を考慮し、柔軟な運用と配慮を行うことが望ましい。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【一般病棟看護必要度評価加算】

問19 一般病棟看護必要度評価加算について、一般病棟から一般病棟以外（ICU、CCU等）へ評価時間を過ぎて転棟した患者について、転出させる一般病棟では転棟日も算定できるか。

答 転棟日は転棟後の入院料を算定することになっている。一般病棟入院基本料（編注；転棟前の入院基本料）を算定しない患者となるため、一般病棟以外に転棟した場合は算定できない。また、転棟日については別添7の様式10及び10の3の「入院患者延べ数」にも含めない。

【看護職員1人当たり月平均夜勤時間数の算出と変更の届出】

問33 月平均夜勤時間数が72時間以内という要件の算出方法はどうか。

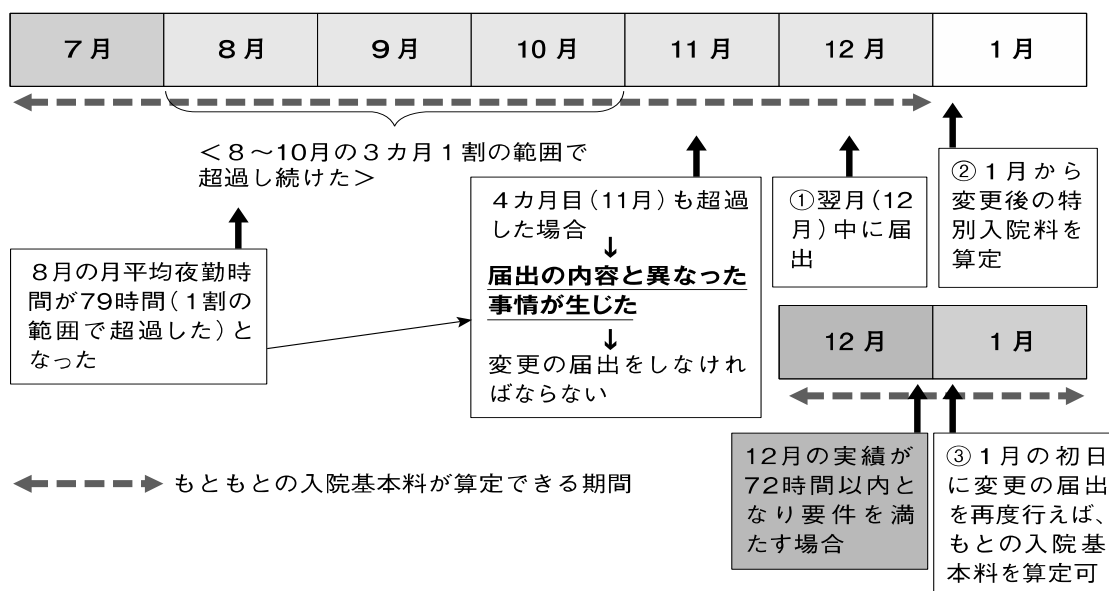
答 例えば、一般病棟入院基本料の10対1を算定する病棟（看護単位）が複数あれば、病院全体で、それらの複数の病棟（看護単位）を合計して、月平均夜勤時間数を算出する

問34 看護職員 1 人当たりの月平均夜勤時間数について、1 割以内の一時的な変動とは 79.2 時間以下での一時的変動をいうのか。

問35 届出の変更は具体的にどのようにすればよいのか。例えば、月平均夜勤時間数が、7月は72時間であったが、8～10月の3カ月間の毎月の実績が79時間（1割以内）であり、さらに11月の実績も79時間であった場合、どのように届出の変更を行えばよいのか。

答 届出の変更については従来通りである。具体的には、12月中に変更の届出を行い、1月より新たな入院基本料を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定することになるため、その後、12月の実績が要件を満たしていれば、1月の初日に変更の届出を再度行い、1月より新たな入院基本料を算定することになる。（別紙1参照）

(7月):72時間以内 (8~10月):79時間(1割の範囲内で超過) (11月):72時間を超過

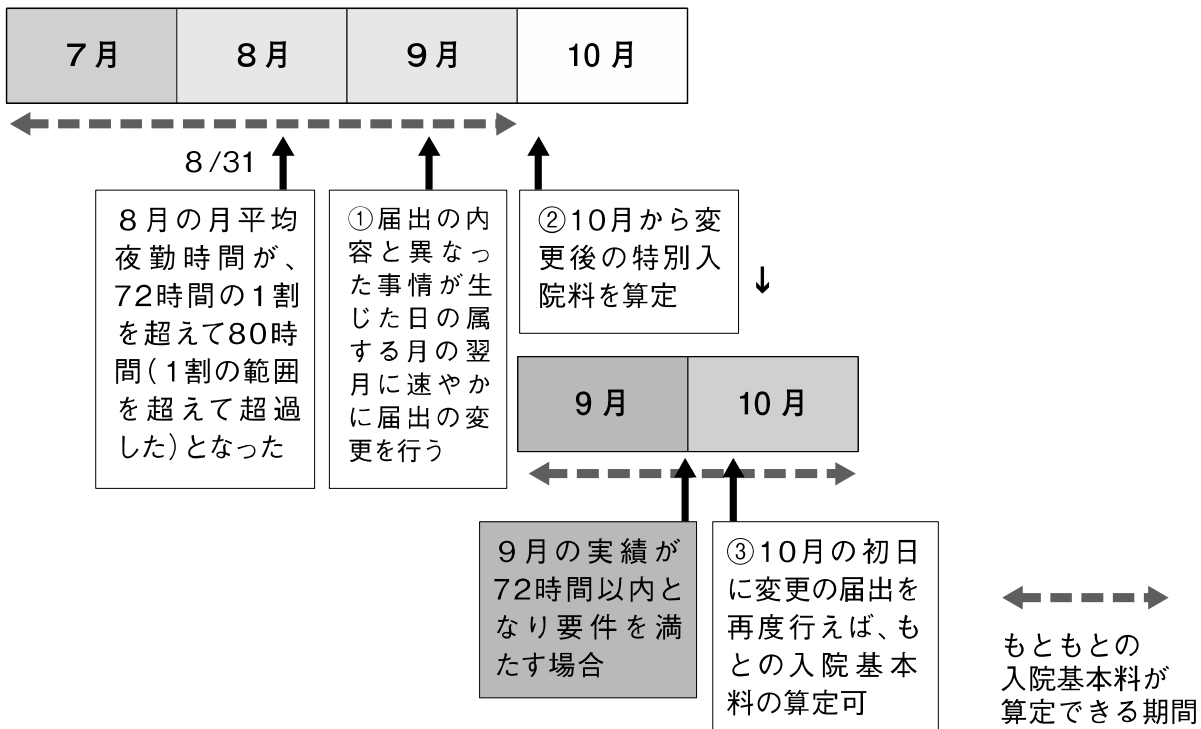


問36 届出の変更は具体的にどのようにすればよいのか。例えば、月平均夜勤時間数が7月は72時間であったが、8月の実績が80時間（1割超え）であった場合、どのように届出の変更を行えばよいのか。

答 届出の変更については従来通りである。具体的には、9月中に変更の届出を行い、10月より新たな入院基本料を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定することになるため、その後、9月の実績が要件を満たしていれば、10月の初日に変更の届出を再度行い、10月より新たな入院基本料を算定することになる。（別紙2参照）

届出の内容と異なった事情が生じた場合の届出事務のイメージ図（別紙2）

（7月）：72時間以内 （8月）：80時間（1割の範囲を超えて超過）



疑義解釈資料 平成20年改定

その3（平成20年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 産科患者で保険診療の対象である帝王切開になった患者も「一般病棟用の重症度・看護必要度の評価票」（編注；「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」）の測定対象から除外するのか。

答 その通り。保険診療の対象如何にかかわらず、産科の対象となる疾患、病状であれば測定対象から除外する。

疑義解釈資料 平成18年改定

その1（平成18年3月23日・事務連絡）

問1 入院患者数50人の一般病棟で、10対1入院基本料の場合、3交代制、2交代制でそれぞれ何人の看護職員を配置するのか。

答 入院患者数50人で10対1入院基本料を届出する場合、1勤務帯8時間1日3勤務帯を標準とすると、5人＋5人＋5人で、看護職員は1日に15人勤務（15人×8時間＝120人時間）することが必要となる。（さらに、例えば日勤帯11名、準夜帯2名、深夜帯2名配置する等の傾斜配置が可能。）また、1勤務12時間2交代制であれば、5人＋5人で1日10人（10人×12時間＝120人時間）勤務する。

【夜勤関連】

問11 月平均夜勤時間数を計算する場合、残業時間も含めるのか。

答 残業時間は含まない。

問14 15時から翌朝7時までを夜勤時間帯とする病棟で、16時から20時までの短時間夜勤に月5回従事する看護職員は、夜勤従事者と考えてよいのか。

答 当該病棟の定める夜勤時間帯が16時からの場合、16時間以上勤務している（4時間×

5回＝20時間）ため、夜勤従事者と考えてよい。

※「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」別紙2
看護要員の配置状況（例）

問15 15時から翌朝7時までを夜勤時間帯とする病棟で、遅出の看護職員（例 午前10時から午後6時まで勤務）については、夜勤時間数は何時間になるか。

答 当該勤務日については、3時間の夜勤を行ったこととなる。

問16 病棟種別ごとに夜勤時間帯が異なってもよい。

答 よい。

問17 1人当たり夜勤時間数の計算は個々の病棟ごとで行うのか、病棟の種別ごとの平均で行うのか。

答 病棟の種別ごとの平均で行う。例えば、一般病棟入院基本料の10対1入院基本料の届出を行う病棟を3病棟持つ保険医療機関の場合、3病棟全体で月平均夜勤時間数72時間以内であればよい。

問18 1人あたり夜勤時間数の計算にあたって、夜勤専従者の夜勤時間数は除外して計算してもよいのか。

答 専ら夜勤に従事する者（夜勤専従者）の実人員数及び延夜勤時間数は、除外して計算する。

【看護師比率】

問24 看護師比率は、どのように計算するのか。

答 その届出区分において、施設基準上で月平均1日当たり勤務することとなる必要看護職員数に対する看護師の数の割合である。実際に勤務している看護職員に対する看護師の比率ではない点に留意されたい。

その7（平成19年4月20日・事務連絡）

問34 入院基本料の施設基準において、夜勤専従者が、日勤の看護職員の急病時などの緊急やむを得ない場合に日勤を行った場合には、当該月は夜勤専従者とはみなされないのか。

答 勤務計画表に日勤が組み込まれていない者であって、日勤の看護職員の急病時などの真に緊急やむを得ない場合に限り日勤を行った程度のものであれば、夜勤専従者とみなして差し支えない。ただし、頻繁に日勤を行う必要性が生じることは想定されないことから、日勤を行うことが認められるのは、月に1回であることに留意されたい。

病院の入院基本料

A100一般病棟入院基本料

疑義解釈資料 平成30年改定

【急性期一般入院料1及び7対1入院基本料】

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問26 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料の施設基準にある、「自宅等に退院するもの」の中に、同一の敷地内にある介護医療院に退院した患者も含まれるか。

答 含まれる。

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問11 疑義解釈資料の送付について（その1）（平成30年3月31日付け事務連絡）の**問26**において、急性期一般入院料1及び7対1入院基本料の施設基準にある、「自宅等に退院するもの」の中に、同一の敷地内にある介護医療院に退院した患者も含まれることとされているが、同一の敷地内にある介護老人保健施設も含まれるという理解でよいか。

答 よい。

【急性期一般入院基本料】

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問28 急性期一般入院料2及び3の施設基準の「厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に適切に参加すること。ただし、やむを得ない事情が存在する場合には、この限りではない。」とあるが、「やむを得ない事情」とはどのような場合か。

答 「やむを得ない事情」とは、不測の事態により調査票が未着であった場合や調査対象となっていない場合など、調査への参加が困難な場合をいう。

その2（平成30年4月6日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 急性期一般入院料3を届け出るにあたり、「届出時点で、継続して3月以上、急性期一般入院料1又は2を算定していること」とあるが、急性期一般入院料1と急性期一般入院料2をあわせて3月の実績でよいか。

答 よい。

病院の入院基本料

A101療養病棟入院基本料

疑義解釈資料 令和6年改定

【医療区分・ADL区分等】

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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、A101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 上記「（令6.3.28 その1・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。

問35 A106障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14、A306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。

その2（令和6年4月12日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

その3（令和6年4月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問6 医療区分における中心静脈栄養の評価について、中心静脈栄養の終了後も7日間に関り、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日間に関り、引き続き処置等に係る医療区分3又は2として評価を行う。

問7 医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、中心静脈栄養を開始

した日から30日が経過した後に、転棟又は退院後に、再度療養病棟に入棟又は入院して、中心静脈栄養を実施した場合であって入院期間が通算される場合はどのように評価するのか。

答 処置等に係る医療区分2として評価を行う。

【看護補助体制充実加算（A101 療養病棟入院基本料「注13」※、A106 障害者施設等入院基本料「注10」※、A207-3 急性期看護補助体制加算「注4」、A214 看護補助加算「注4」、A304 地域包括医療病棟入院料「注9」※、A307 小児入院医療管理料「注10」、A308-3 地域包括ケア病棟入院料「注5」※）】（編注；「※」については、令和8年改定により看護補助・患者ケア体制充実加算に変更）

その3（令和6年4月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問8 （編注；看護補助・患者ケア体制充実加算1又は）看護補助体制充実加算1の施設基準において、「当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置されていること」とされているが、

- ① 当該看護補助者の割合を算出するにあたり用いる看護補助者の数は、どのように計上するのか。
- ② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよい。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 当該保険医療機関において勤務する看護補助者の常勤換算後の人数を用いて算出すること。この場合、常勤以外の看護補助者の場合は、実労働時間数を常勤換算し計上すること。
- ② 当該看護補助者の割合は、みなし看護補助者は含めずに算出すること。

問9 （編注；看護補助・患者ケア体制充実加算1又は）看護補助体制充実加算1の施設基準において、「当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置されていること」とされているが、「3年以上」は連続ではなく、通算でもよい。

答 よい。

問10 A101療養病棟入院基本料、A106障害者施設等入院基本料、A304地域包括医療病棟入院料及びA308-3地域包括ケア病棟入院料の注に規定する看護補助体制充実加算1及び2（編注；看護補助・患者ケア体制充実加算1及び2）の施設基準において、「主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1以上であること」とされているが、

- ① 当該看護補助者の数は、どのように計上するのか。
- ② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよい。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 月平均1日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数（※1）が、主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数（※2）以上であること。

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

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

- ② 当該看護補助者にみなし看護補助者は含まない。

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【看護補助体制充実加算】

問47 （編注；看護補助・患者ケア体制充実加算又は）看護補助体制充実加算の施設基準における看護補助者及び看護職員の研修受講者の氏名について、届出の際に提出する必要があるか。

答 必ずしも提出する必要はないが、求めに応じて提出できるよう保険医療機関内に控えておくこと。

問48 （編注；看護補助・患者ケア体制充実加算又は）看護補助体制充実加算の施設基準における看護職員に対して実施する院内研修について、

- ① 実施時間数や実施方法はどのようにすればよいか。
- ② 常勤の看護職員及び非常勤の看護職員のいずれも受講する必要があるのか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 日本看護協会「看護補助者との協働のための研修プログラム」（令和4年3月）を参考にされたい。
- ② いずれも受講する必要がある。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問9 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の施設基準において策定が求められている「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」について、参考にすべきものはあるか。

答 「医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き」（平成25年度厚生労働科学研究費補助金「医療機関における感染制御に関する研究」）の「カテーテル関連血流感染対策」等を参考とすること。なお、他の院内感染対策のための指針と併せて策定しても差し支えない。

問10 区分番号「A101」療養病棟入院基本料、区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料及び区分番号「A317」特定一般病棟入院料の注7について、保険医療機関が定める必要がある「適切な意思決定支援に関する指針」とは、令和2年3月31日以前の旧医科点数表における当該入院料等の施設基準の規定により保険医療機関が既に定めている「適切な看取りに対する指針」で差し支えないか。

答 当該指針に適切な意思決定支援に関する内容が含まれていれば差し支えない。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問54 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準（編注；意思決定支援の基準，地域包括診療加算の施設基準）に「「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」等の内容を踏まえ看取りに対する指針（編注；意思決定支援に関する指針）を定めている」とあるが、具体的にはどのようなものを作成すればよいか。

答 看取り（編注；意思決定支援）時の医療・ケアの方針をどのように決定するか、患者本人や家族等への説明や手続き等、当該医療機関としての手順を定めたものであり、各医療機関の実情にあわせて作成いただきたい。当該指針を定めるに当たっては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされること、患者本人や家族等の信頼できる者も含めた話し合いが繰り返し行われること、このプロセスに基づく話し合いの内容をその都度文書にまとめておくこと等、各ガイドラインの内容を踏まえた上で作成いただきたい。

問73 同一医療機関において、療養病棟入院料1を算定する病棟と療養病棟入院料2を算定する病棟を、それぞれ届け出ることとは可能か。（以下略）

答 療養病棟入院料1と2の両方を同一の医療機関が届け出ることとはできない（以下略）。

【夜間看護加算】

問55 看護補助者への研修は、全ての看護補助者に対して実施しなければならないのか。

答 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者である必要がある。ただし、当該看護補助者が介護福祉士等の介護業務に関する研修を受けている場合はこの限りでないが、医療安全や感染防止等、医療機関特有の内容については、院内研修を受講する必要がある。

問74 療養病棟入院基本料の注13〔注12〕の夜間看護加算について、医療機関に療養病棟が複数ある場合に、当該加算を届け出る病棟と届け出ない病棟があっても良いか。

答 同一入院料の病棟が複数ある場合、当該加算を届け出するためには、同一入院料の病棟全体で当該加算の要件を満たす必要がある。

【在宅復帰機能強化加算】

問71 療養病棟入院基本料の注10の在宅復帰機能強化加算について、医療機関に療養病棟が複数ある場合に、当該加算を届け出る病棟と届け出ない病棟があっても良いか。

答 同一入院料の病棟が複数ある場合、当該加算を届け出するためには、同一入院料の病棟全体で当該加算の要件を満たす必要がある。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問32 別紙8「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」「33. うつ症状に対する治療を実施している状態（編注；42. うつ症状に対する治療）」の項目の定義について、以下の場合は該当するか。

- ① 当該患者の入院する保険医療機関の精神保健指定医が当該患者を診察の上処方する場合
- ② 別の保険医療機関の精神保健指定医が当該患者を対診し、当該精神保健指定医の指示により、当該保険医療機関の精神保健指定医ではない医師が処方する場合
- ③ 当該患者が別の保険医療機関を受診し、当該別の保険医療機関の精神保健指定医が処方する場合

答① 該当する。

- ② 当該保険医療機関において別の保険医療機関の精神保健指定医が当該患者を対診し、当該精神保健指定医の具体的な指示に基づき、当該保険医療機関の医師がうつ症状に対する薬の処方を行う場合は、1回の処方に限り本項目に該当する。
- ③ 別の保険医療機関において精神保健指定医の診察を受け、当該精神保健指定医によってうつ症状に対する薬を処方される場合も本項目に該当する。

問33 別紙8「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」「33. うつ症状に対する治療を実施している状態（編注；42. うつ症状に対する治療）」の項目の定義に定める精神保健指定医について、常勤・非常勤どちらでも良いか。

答 精神保健指定医は、当該患者が入院する保険医療機関において、常勤又は非常勤のいずれの場合でも良い。

問34 別紙8「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」「18.（編注；20.）酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）」の項目の定義について、

- ① 1日の中で酸素流量が変動し、3L／分を下回る時間が存在する場合も医療区分3

として良いか。

② 「肺炎等」に相当する疾患は、どのようなものが含まれるか。

答① 1日の中で流量が3 L／分を下回る場合がある患者については、医療区分2に該当する。

② 「肺炎等」は、動脈血酸素飽和度を低下させる急性の呼吸器疾患等のこと。単なる痰や、慢性のものは該当しない。

その2（平成28年4月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 療養病棟入院基本料の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」17の、酸素療法を実施している状態（編注；20の、酸素療法）（密度の高い治療を要する状態に限る。）について、「なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、点滴を実施した日から30日間まで本項目に該当する。」とあるが、点滴の実施期間が30日未満であった場合にも点滴開始後30日間は該当するのか。また、30日間を超えて点滴を継続した場合は31日以降は該当しないのか。

答 肺炎等急性増悪により点滴治療が30日未満で終了した場合にも、開始から30日間は本項目に該当する。肺炎等急性増悪により点滴治療を30日を超えて実施した場合には、実施した日に限り、本項目に該当する。

疑義解釈資料 平成26年改定

その3（平成26年4月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「在宅生活を1月以上（退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上）継続することを確認をしていること」とあるが、考慮する医療区分は退院日の医療区分で良いか。

答 退院日の医療区分でよい。

その4（平成26年4月23日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 療養病棟入院基本料1の在宅復帰機能強化加算における退院した患者の定義について、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合は、在宅に退院したとみなされるのか。

答 みなされない。ただし、当該病棟から退院した患者（当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。）には含まれる。

問4 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「退院患者の在宅生活が1か月以上継続することを確認していること」とあるが、どのような方法で確認をし、どのように記録管理すべきか。

答 当該保険医療機関の職員により患者の居宅を訪問又は在宅療養を担当する保険医療機関からの情報提供により確認する。記録方法は問わないが、退院患者それぞれについて、どのように確認が行われたかがわかるように記録されていること。

その5（平成26年5月1日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【在宅復帰機能強化加算】

問1 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「在宅に退院した患者の退院後1月以内（医療区分3の患者については14日以内）に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、（略）当該患者の在宅における生活が1月以上（退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上）継続する見込みであることを確認」することとなっているが、当該保険医療機関が当該患者に対して外来診療を行う際に、在宅における生活が継続する見込みであることを確認した場合は、当該患者の居宅を訪問する必要はないか。

答 他の医療機関や介護老人保健施設に入院・入所していない等、外来診療時に、患者本人や同行した家族からの聞き取り等によって、当該患者が在宅における生活が継続する見込みであることを確認ができる場合は、必ずしも当該患者の居宅を訪問する必要はない。なお、この場合において、在宅から通院していることを確認できた理由を診療録等に記録すること。

疑義解釈資料 平成24年改定

その9（平成24年9月21日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 平成24年3月5日付け保医発0305第2号「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」の別添6の別紙8の31（編注；40）において、医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができるとされているが、同一医療機関において、他病棟から療養病棟に転棟時既に褥瘡が発生していた場合は、当該医療区分の規定は該当するか。

答 該当しない。ただし、他病棟に入院又は転院時に既に褥瘡が発生しており、他病棟で褥瘡対策を実施したにも関わらず、療養病棟へ転棟時にも、引き続き当該褥瘡が継続して発生している場合に限り、当該医療区分の規定に該当する。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【医療区分・ADL区分に係る評価票、治療・ケアの確認リスト】

問27 療養病棟入院基本料を算定する場合、「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄を記載し、レセプトとともに提出すれば、診療録等には記載する必要はないということによいか。

答 当然ながら、個々の患者について評価した結果は、診療録や看護記録に記録すること。

問28 「医療区分・ADL区分等に係る評価票」について、該当する項目全てに○ということだが、以下の場合には記入漏れということになるのか。

①「4脱水かつ発熱」（編注；「7 81（脱水に関する治療），かつ，83（発熱がある状態）の場合」）の項目に該当する患者が胃瘻栄養であって、「8胃瘻かつ発熱」（編注；「10 84（経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養），かつ，82（頻回の嘔吐に対する治療）又は83（発熱がある状態）の場合」）に○がない場合。

②ベッドを柵で囲んでいる医療区分3の患者について、「92身体抑制」（編注；「91身体的拘束を実施している」）の記載をしなかった場合。

答 そのとおり。

問29 「医療区分・ADL区分等に係る評価票」にある、同月内に複数回入退院をした場合についての「入院元」「退院先」の欄は、当該月の入院でない患者についても毎月記載しなければならないのか。

答 当該月に入院又は退院した場合に、その入院元又は退院先を記載すること。

病院の入院基本料

A 102結核病棟入院基本料

疑義解釈資料 令和4年改定

【入院基本料等の施設基準等】

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問53 施設基準通知において、「平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。」とされている。結核病床を構造上区分すること等医療法に規定する構造設備の基準を遵守した上で、当該一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とする病棟を複数有することは可能か。

答 可能。

病院の入院基本料

A 103精神病棟入院基本料

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問76 精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において、当該病棟又は治療室に専従配置された精神保健福祉士は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく医療保護入院者に対する退院後生活環境相談員に選任されることが可能か。

答 当該精神保健福祉士が専従配置された病棟又は治療室の入院患者に対して退院後生活環境相談員に選任される場合に限り、可能。なお、当該患者が同一の保険医療機関の他の病棟又は治療室に転棟又は転室し、当該保険医療機関に入院中の場合については、当該精神保健福祉士は継続して当該患者の退院後生活環境相談員の業務を行ってよい。

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添1〉）

問16 精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、（編注；精神科地域密着多機能体制加算、）精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において、同一の敷地内にある介護医療院又は介護老人保健施設に退院した場合も自宅等への退院に含まれるという理解でよい。

答 よい。

疑義解釈資料 平成26年改定

その2（平成26年4月4日・事務連絡〈別添1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

問17 複数病棟分届出があった場合、在宅〔自宅等〕へ移行した割合については、病棟単位で要件を満たす必要があるか。

答 その通り。

その7（平成26年6月2日・事務連絡〈別添1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

問3 精神病棟入院基本料等の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟（A）へ入院した患者が当初の入院日から起算して1年以内に在宅〔自宅等〕へ移行した場合であって、以下のケースに該当した場合、当該加算の在宅移行率計算における分母、分子の取扱いはどうなるのか。

- ① 当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟（B）へ転棟した後に、在宅〔自宅等〕へ移行した場合
- ② 当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定しない病棟（C）へ転棟した後に、元の配置加算病棟（A）へ転棟し、その後在宅〔自宅等〕へ移行した場合
- ③ 当該患者が在宅〔自宅等〕へ移行した後に、元の配置加算病棟（A）へ入院期間が

通算される再入院をし、その後、最初の入院日から起算して1年以内に在宅〔自宅等〕へ移行した場合

答① 病棟（B）において、分母・分子に計上し、病棟（A）においては分母・分子ともに計上しない。

② 病棟（A）において、分母に1回目の入棟のみを計上し、分子は在宅移行時を計上する。

③ 病棟（A）において、1回目の入棟を分母に計上し、最後の在宅移行を分子に計上する。（1回目の在宅〔自宅等〕移行、再入院は計上しない。）

なお、当該加算における在宅移行率の届出にあたっては、精神保健福祉士が配置されている期間の実績のみをもって届け出ることとする。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1〉）

問31 精神病棟入院基本料の13対1入院基本料を算定する病棟については、当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の4割以上が、入院時においてGAF尺度30以下又は区分番号A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象となる患者とされているが、この場合、精神科身体合併症管理加算の届出を行っていないと対象とはならないのか。それとも精神科身体合併症管理加算の対象となる患者が4割以上であれば良いということか。

答 精神科身体合併症管理加算の届出を行っていない場合であっても、当該加算の対象となる患者であれば差し支えないが、身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

病院の入院基本料

A104特定機能病院入院基本料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院栄養管理体制加算】

問50 区分番号「A104」特定機能病院入院基本料の注11〔注10〕に規定する入院栄養管理体制加算について、専従の常勤管理栄養士とは、雇用契約で定める所定労働時間に勤務する者でよいか。

答 よい。

病院の入院基本料

A106障害者施設等入院基本料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【看護補助体制充実加算】（編注；令和8年改定により、看護補助・患者ケア体制充実加算に変更）

問47 （編注；看護補助・患者ケア体制充実加算又は）看護補助体制充実加算の施設基準における看護補助者及び看護職員の研修受講者の氏名について、届出の際に提出する必要があるか。

答 必ずしも提出する必要はないが、求めに応じて提出できるよう保険医療機関内に控えておくこと。

問48 （編注；看護補助・患者ケア体制充実加算又は）看護補助体制充実加算の施設基準における看護職員に対して実施する院内研修について、

- ① 実施時間数や実施方法はどのようにすればよいか。
- ② 常勤の看護職員及び非常勤の看護職員のいずれも受講する必要があるのか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 日本看護協会「看護補助者との協働のための研修プログラム」（令和4年3月）を参考にされたい。
- ② いずれも受講する必要がある。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【夜間看護体制加算】

問11 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10〔注11〕、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3（編注；、A304地域包括医療病棟入院料の注8））、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5〔注4〕、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5〔注4〕）（編注；A304地域包括医療病棟入院料の注10））（編注；、時間外受入体制強化加算（A307小児入院医療管理料の注8）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、例えば、4月1日の18時から24時を越えて夜勤を行った場合には、4月3日に暦日の休日を確保するという事か。

答 そのとおり。

問12 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること」について、どのような勤務体制がとられていれば要件を満たすか。

答 深夜や早朝における患者の状態等に対応する業務量を把握した上で、早出や遅出等を組み合わせた勤務体制をとること。なお、勤務者の希望を加味した上で、1か月の間に10日以上、早出や遅出等の活用実績があることが望ましい。また、早出及び遅出の勤務時間には、各保険医療機関が定めた夜勤時間帯（午後10時から午前5時までの時間を含めた連続する16時間）のうち少なくとも2時間を含むこと。

問13 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること」について、どの程度の実績があればよいか。

答 少なくとも月に1人は利用実績があること。また、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）の**問49**の①は廃止する。

問14 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること」について、

① 具体的にはどのようなものを活用することが想定されるか。

② 1年に1回以上実施する看護要員による評価の方法に関する規定はあるのか。

答① 看護記録の音声入力、AIを活用したリスクアセスメント、ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等が例として挙げられる。単にナースコール、心電図又はSPO2モニター、電子カルテ等を用いていること等は該当しない。

② 看護要員の業務負担軽減に資するものとなっているかどうかを評価し、それをもとに活用方法等を検討することが可能であれば、具体的な手法については定めていない。

問15 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること」について、「5割以上」とは、各看護補助者の業務量でみるのか、もしくは、全看護補助者の業務をあわせて考えるのか。

答 各看護補助者の業務において、5割以上である必要がある。ただし、「主として事務的業務を行う看護補助者」は除いてよい。

その62（令和3年3月31日・事務連絡〈別添・医科〉）

【夜間看護体制加算】

問1 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10〔注11〕）を看護補助加算（「A106」障害者施設等入院基本料の注9）と、夜間看護体制加算（「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3）を夜間急性期看護補助体制加算（「A207-3」急性期看護補助体制加算の注2）と、夜間看護体制加算（「A214」看護補助加算の注3）を「A214」看護補助加算と、それぞれ同時に届け出ることは可能か。

答 可能。

問2 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10（編注；注11）、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3（編注；A304地域包括医療病棟入院料の注7））、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5【注4】、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5【注4】（編注；A304地域包括医療病棟入院料の注9））の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象となるか。

答 「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡）**問9**と同様に、勤務時間に午後10時から翌日5時までの時間帯が一部でも含まれる場合は、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象とする。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【急性期看護補助体制加算、看護補助加算】

問55 看護補助者への研修は、全ての看護補助者に対して実施しなければならないのか。

答 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者である必要がある。ただし、当該看護補助者が介護福祉士等の介護業務に関する研修を受けている場合はこの限りでないが、医療安全や感染防止等、医療機関特有の内容については、院内研修を受講する必要がある。

診療所の入院基本料【施設基準・第六】

診療所の入院基本料

通則事項

診療所の入院基本料の施設基準等（通則事項）

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【有床診療所在宅復帰機能強化加算、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算】

問39 一つの有床診療所が一般病床と療養病床の二つを有しているとき、在宅復帰機能強化加算の算定に用いる在宅復帰率、平均在院日数の計算において、一般病床から療養病床への転床、また療養病床から一般病床への転床はどのように取り扱うのか。

答 在宅復帰率、平均在院日数の計算において、同一有床診療所内における別の病床区分への転床は、退院と同様に取り扱う。なお、在宅復帰率の計算において、これらの患者は在宅に退院した患者数に含めない。

疑義解釈資料 平成24年改定

その2（平成24年4月20日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【入院基本料（有床診療所）】

問9 「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」（平成24年3月5日保医発0305第1号）に「有床診療所入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定することができる」とあるが、この場合、当該患者が入院している有床診療所入院基本料を算定している病床の面積要件の基準はあるのか。

答 有床診療所入院基本料注9の規定に基づき、有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合に限り、病床の面積要件は現に入院している一患者あたりで医療法に規定する療養病床の面積と同等のものを満たせば良いこととする。

問10 今回の改定で、有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料の両者を届出ている有床診療所にあっては患者の状態に応じて相互の入院基本料を算定することが可能となったが、一般病床に配置している看護職員を療養病床に配置すべき看護要員として重複カウントしてもよいのか。

答 重複カウントすることはできない。それぞれの病床における看護配置を含めた施設基準を満たした場合に、それぞれの算定が可能となる。

問11 有床診療所入院基本料注9の規定に基づき、有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合に、療養病床として届出している病床数に対する看護要員数ではなく、有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者数に相当する看護要員数が必要か。

答 そのとおり。

問12 有床診療所療養病床入院基本料を算定することが望ましい患者が増加した場合、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を増やし、一般病床に配置する看護職員数を減らして、その看護職員を療養病床に配置した上で、有床診療所入院基本料について

は看護職員数にあった区分を算定することはできるか。

答 可能である。なお、その場合改めて届出を行う必要はない。

診療所の入院基本料

A 109有床診療所療養病床入院基本料

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問25 救急・在宅支援療養病床初期加算【現；有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算】の「過去1年間に在宅患者訪問診療料の実績があること【現；過去1年間に訪問診療を実施した実績があること】」という要件について、ここでいう実績とは月ごとの患者数でよいのか。患者の氏名なども必要なのか。

答 当該保険医療機関において、届出日の直近1年間に在宅患者の訪問診療を1件以上実施していることを第三者により確認可能な書類が添付されていれば、その様式や記載内容は問わない。

入院基本料等加算【施設基準・第八】

入院基本料等加算

A 200総合入院体制加算

A 200-2急性期充実体制加算

令和8年改定により A 200急性期総合体制加算として再編

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問37 A 200総合入院体制加算（編注；急性期総合体制加算）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。

問38 A 200総合入院体制加算、A 200-2急性期充実体制加算（編注；急性期総合体制加算）及びA 300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。

その17（令和6年12月18日・事務連絡〈別添〉）

問2 「A 200」総合入院体制加算、「A 200-2」急性期充実体制加算（編注；急性期総合体制加算）及び「A 300」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」については、「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）において、「機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す」とされているが、具体的な内容はどのようなものか。

答 「救急時医療情報閲覧のオンライン資格確認等システムの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」において示されている、『意識障害等で患者意思を確認できない状況をはじめとした「患者の生命、身体の保護のために必要がある場合」において、マイナ保険証による同意取得が困難な場合でも医療情報閲覧利用を可能とする』ための救急時医療情報閲覧機能のうち、令和6年12月18日時点では、マイナ保険証を用いた本人確認による救急時医療情報閲覧機能を指す。

なお、当該施設基準の経過措置は令和7年3月31日までとなっているため、注意されたい。

（参考）救急時医療情報閲覧のオンライン資格確認等システムの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書（令和6年9月13日厚生労働省医政局）

その30（令和7年10月20日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 区分番号「A200」総合入院体制加算及び区分番号「A200-2」急性期充実体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準における「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」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

答 「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」ことについては、調剤点数表の特別調剤基本料における考え方と同様である。具体的には、次の①から④までのいずれにも該当しない場合を指す。

- ① 保険医療機関が当該保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合
 - ② 保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を当該保険薬局が利用して開局している場合
 - ③ 保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している場合
 - ④ 当該保険薬局が保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局している場合
- なお、①から④までの詳細については、調剤点数表の特別調剤基本料に係る規定を参照すること。

ただし、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準においては、病院が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あれば、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合でも、「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」に該当しない。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の**問61**は廃止する。

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問59 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準において求める「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「所定の研修」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。

- ① 一般社団法人日本集中治療医学会「Rapid Response System 出動スタッフ養成コース（日本集中治療医学会認定ハンズオンセミナー）」
- ② SCCM（米国集中治療医学会）「FCCS（Fundamental Critical Care Support）」
- ③ 一般社団法人医療安全全国共同行動「RRSセミナー～急変時の迅速対応とRRS」

※その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添1・医科〉問4）において、日本内科学会「JMECC（日本内科学会認定救急・ICLS講習会）～RRS対応」が追加されている。

問60 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準において「日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について第三者の評価を受けている病院」とあるが、「第三者の評価」には、以下に掲げるものは該当すると考えてよいか。

- ① JCI（Joint Commission International）の「大学医療センター病院プログラム」又は「病院プログラム」
- ② ISO（国際標準化機構）9001の認証

答 よい。

問63 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準における「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「年2回程度の院内講習の開催」について、区分番号「A234」医療安全対策加算における医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修と併せて実施することは可能か。

答 可能。

その10（令和4年6月1日・事務連絡〈別添・医科〉）

問5 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準における「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」について、院内迅速対応チームの医師及び専任の看護師は、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料、区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料及び区分番号「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料において常時配置が求められている医師又は看護師が兼任することは可能か。

答 不可。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問16 区分番号「A200」総合入院体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準における「保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号の規定による〔に規定する〕指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減」について、「保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による〔に規定する〕指定研修機関において行われる研修」には、どのようなものがあるか。

答 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のうち、いずれの区分であっても該当する。また、領域別パッケージ研修も該当する。

問17 区分番号「A200」総合入院体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準における「保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号の規定による〔に規定する〕指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減」について、当該看護師の勤務時間や特定行為の実施状況等といった活動実績に係る要件はあるか。

答 特定行為研修を修了した看護師について、活動実績に係る要件はない。ただし、当該医療機関において、当該看護師の特定行為研修修了者として果たす役割について、位置づけを明確にしておくこと。

問18 区分番号「A200」総合入院体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準における「院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減」について、院内助産や助産師外来の開設に係る要件や、妊娠褥婦の受入れ実績に係る要件はあるか。

答 開設及び実績に係る要件はないが、「院内助産・助産師外来ガイドライン2018（平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業）」を参考として開設し、当該医療機関の院内助産又は助産師外来における医師と助産師との役割分担を明確にしておくこと。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問77 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、当該計画に含まれている事項はすべて実施していることが必要であるのか。

答 計画の実施又は計画の達成状況の評価が行われていることが必要である。

問78 「当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと」とあるが、同一建物内ではなく同一敷地内に設置している場合は、総合入院体制加算（編注；急性期総合体制加算）の届出は可能か。

答 可能。

問209 「医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成するとあるが、複数年に渡る計画でもよいのか。

答 そのとおり。

問211 総合入院体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準で、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を作成し評価することが要件とされたが、病院に勤務する全ての医療従事者を対象とし、かつ各職種について、それぞれ負担の軽減及び処遇の改善に資する計画をたてなければいけないか。

答 対象とする医療従事者や、職種ごとに個別に負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定するかどうかは、医療機関の実情に照らし合わせて策定いただきたい。

疑義解釈資料 平成28年改定

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問7 区分番号「A200」総合入院体制加算（編注；急性期総合体制加算）の施設基準において、『区分番号「B009」診療情報提供料（I）の「注7【現・注8】」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数〔及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が〕が直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上であること』〔取扱い通知1(6)イ〕とあるが、区分番号「B009」診療情報提供料（I）の「注15【現・注18】」の加算を算定する退院患者についても、区分番号「B009」診療情報提供料（I）の「注7【現・注8】」の加算を算定する退院患者数の中に含める事は出来るか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成26年改定

その4（平成26年4月23日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問6 総合入院体制加算1（編注；急性期総合体制加算）における施設基準の要件に「当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること（編注；当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること）」とあるが、医療機関が敷地内禁煙である旨を掲示し、禁煙を行っているにも関わらず、来訪者が喫煙を行った場合、施設基準に適合しないものとみなされるか。

答 患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行ってしまった場合、単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。

なお、医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示し、職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに、来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

疑義解釈資料 平成26年改定前

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問37 総合入院体制加算（編注；急性期総合体制加算）について、特定入院料、医学管理等のうち、診療情報提供料が包括化されているものについては、診療情報提供料（Ⅰ）の「注7【現・注8】」の加算を算定できる場合と同様に情報提供を行った上で退院した場合を、総合入院体制加算（編注；急性期総合体制加算）の要件の退院患者数に算入してよい。

答 小児入院医療管理料、精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域連携診療計画管理料、がん治療連携計画策定料（編注；地域連携診療計画加算）、肝炎インターフェロン治療計画料については、診療情報提供料（Ⅰ）の「注7【注8】」の加算を算定できる場合と同様に情報提供を行った上で退院した場合であれば、退院患者数に含めて差し支えない。なお、その場合には情報提供の内容について確認できるように診療録へ記載する。

その6（平成20年12月26日・事務連絡）

問1 A200入院時医学管理加算（編注；急性期総合体制加算）、A207-2医師事務作業補助体制加算及びA237ハイリスク分娩管理加算【現・ハイリスク分娩等管理加算】では、「勤務医の勤務時間【現・医療従事者の勤務状況／医師事務作業補助体制加算では「医師の勤務時間」】を把握する」ことが要件となっているが、院内で研究等の直接業務とは関係ないことを行っている時間は、分けて把握しなければならないのか。

答 分けて把握することが望ましい。ただし、明確に分けることが困難な場合には、勤務以外の時間を含むことを明確にした上で、合わせた時間を把握すること。

その8（平成21年3月30日・事務連絡）

問2 A200入院時医学管理加算（編注；急性期総合体制加算）、A207-2医師事務作業補助体制加算、A237ハイリスク分娩管理加算【現・ハイリスク分娩等管理加算】の届出要件として、勤務医の負担の軽減【現・医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善／医師事務作業補助体制加算では「医師の負担の軽減及び処遇の改善」】に資する具体的計画を策定し職員等に周知していることとあるが、これは、策定する予定であれば届出が可能か。

答 上記の点数は、勤務医の負担軽減【現・医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善／医師事務作業補助体制加算では「医師の負担の軽減及び処遇の改善」】に対する体制を評価している加算であり、実際に勤務医の負担の軽減【現・医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善／医師の負担の軽減及び処遇の改善】に資する具体的計画を策定し、職員等に周知する等の取り組みを行っている場合に届出ができるものであり、具体的計画を策定する予定だけでは、届出は受理されない。なお、届出に際しては、策定した具体的計画の写し（様式自由）を添付すること（編注；原則として、様式13の4に記載すること）となっている。

入院基本料等加算

A205救急医療管理加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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 上記「（令6.3.28 その1・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。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。

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 上記「（令6.3.28 その1・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。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。

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。

その2（令和6年4月12日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問65 区分番号「A205」救急医療管理加算の施設基準において、「診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること」とあるが、医療従事者間で連携し、当直体制に支障が出ないよう体制を整えている場合においては、当直医師が重症救急患者の受入れに係る診療を行うことは可能か。

答 可能。ただし、当該医師の業務負担への配慮を十分に行うこと。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問21 区分番号「A205」救急医療管理加算について、「診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること」とあるが、施設基準の届出に際し、当該対応を行う医療従事者（医師を含む。）の氏名等を届け出る必要があるか。

答 重症救急患者の受入れに対応する医療従事者（通常の当直を行う医師とは別の医師を含む。）の氏名等について届け出る必要はないが、院内のいずれかの医師が当該対応を行うかについて、医療機関内でわかるようにしておくこと。

疑義解釈資料 令和22年改定

その5（平成22年6月11日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問22 救急医療管理加算→乳幼児救急医療管理加算については、三次救急医療機関であっても、施設基準を満たしていれば届出は可能か。

答 可能である。

入院基本料等加算

A205-2 超急性期脳卒中加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問42 A205-2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30条の4第6項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第2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30条の4第6項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第2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となる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。

入院基本料等加算

A207診療録管理体制加算

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問28 電子的な一覧表とは、電子カルテを導入している必要があるのか。

答 電子カルテを導入している必要はなく、表計算ソフト等によるものであっても差し支えない。

問29 年間の退院患者数2,000名あたり1名の専任の常勤診療記録管理者を配置することとされているが、例えば年間退院患者数が2,005名の場合は、何人配置すればよいのか。

答 2人。直近1年間の退院患者数を2,000で除して端数を切り上げた値以上の人数を配置すること。

問30 年間退院患者数はどのように計算するのか。

答 計算対象となる期間に退院日が含まれる患者の数を合計したものであり、同一患者の

再入院（「診療報酬の算定方法」第1章第2部「通則5〔6〕」に規定する入院期間が通算される再入院を含む）についても、それぞれ別に計算する。

問31 常勤診療記録管理者の配置に係る基準について、非常勤職員の常勤換算は認められるか。

答 認められない。

問32 常勤診療記録管理者は、派遣職員や指揮命令権のない請負方式などの場合でもよいのか。

答 どちらも認められない。

問33 常勤診療記録管理者は、がん拠点病院の基準で定められているがん登録の専従担当者でもよいのか。

答 認められない。

問34 「保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。（編注；任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。）」とあるが、外来診療記録についても必要か。また、「全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。（編注；退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。）」とあるが、退院時要約は看護師が作成した要約でもよいのか。

答 外来診療記録についても必要。退院時要約については、医師が作成しなければならない。

問35 「診療記録の保管・管理のための規定が明文化」とあるが、具体的にどのような内容になるのか、ひな形等はあるのか。

答 ひな形等は定めていない。通知の要件を満たしていればよい。

その3（平成26年4月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問11 診療録管理体制加算1の施設基準において、年間退院患者数2,000人に1名以上の専任配置、うち1名が専従とあるが、退院2,000人以内の場合でも専従配置は必要か。

答 必要である。

疑義解釈資料 平成22年改定

その5（平成22年6月11日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 診療録管理体制加算の施設基準について、過去の診療録も含めて電子カルテによる管理を行っている場合には、中央病歴管理室として専用の個室を備える必要があるのか。

答 中央病歴管理室については、必ずしも専用の個室である必要はなく、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成22年2月1日医政発0201第4号）（編注；第6.0版（令和5年5月））に準拠した体制をとっており、入退室が管理されている等、個人情報を入力、参照及び格納するための情報端末等が物理的な方法によって保護されていればよい。

入院基本料等加算

A207-2医師事務作業補助体制加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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のか。

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。

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問67 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算の施設基準における「当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること」について、

- ① 他の保険医療機関での勤務経験を通算することは可能か。
- ② 雇用形態（常勤・非常勤等）にかかわらず、勤務経験を通算することは可能か。
- ③ 5割以上の配置は、実配置数か、配置基準の数か。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 不可。
- ② 可能。
- ③ 配置基準の数である。なお、配置基準の数については、施設基準通知「第4の2 医師事務作業補助体制加算」の1の(2)を参照すること。また、同通知別添7の様式18における「1」の「ニ〔ホ〕」の「医師事務作業補助者数のうち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上」の項目については、配置基準の数で判断すること。

問68 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算について、病床種別の異なる病床を有する保険医療機関において、病床種別ごとに15対1、20対1等の異なる配置区分での届出は可能か

答 可能。ただし、同一保険医療機関が医師事務作業補助体制加算1の届出と医師事務作業補助体制加算2の届出を併せて行うことはできない。

問69 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算について、同一病床種別の病床に関し、様式18における「50対1、75対1又は100対1に限り算定できる病床」とそれ以外の病床で、異なる配置区分での届出は可能か。

答 可能。ただし、医師事務作業補助体制加算1の届出と医師事務作業補助体制加算2の届出を併せて行うことはできない。

その14（令和4年6月22日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 A207-2医師事務作業補助体制加算1の施設基準における「当該保険医療機関において3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること」について、

- ① 他の保険医療機関において勤務した期間を除いた通算勤務期間が3年以上である場合、「当該保険医療機関における3年以上の勤務経験」としてよいか。
- ② 当該保険医療機関が医師事務作業補助体制加算に係る届出を行っていない間に医師事務作業補助者として勤務した期間を、勤務経験に含めてよいか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 差し支えない。
- ② 差し支えない。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問79 「病院勤務医【現・医師】の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に含む項目として掲げられている「交替勤務制・複数主治医制の実施」について、交替勤務制と複

数主治医制の両方の実施が必要か。

答 当該保険医療機関の課題や実情に合わせて交替勤務制又は複数主治医制のいずれかを実施すればよい。

その8（平成30年10月9日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算について、「疑義解釈の送付について」（平成20年5月9日付け事務連絡）の**問8**において、基礎知識習得については、適切な内容の講習の時間に代えることは差し支えないとされているが、医師事務作業補助者が新たに配置される前に基礎知識習得に係る研修を既に受けている場合には改めて研修を受ける必要があるのか。

答 医師事務作業補助者を新たに配置する前に、当該医師事務作業補助者が基礎知識を習得するための適切な内容の研修を既に受けている場合は、当該医師事務作業補助者に再度基礎知識を習得するための研修を行う必要はない。ただし、業務内容についての6ヶ月間の研修は実施すること。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問35 A207-2 医師事務作業補助体制加算の施設基準に示される、年間の緊急入院患者数について医療保護入院又は措置入院により入院した患者も含まれるのか。

答 含まれる。

疑義解釈資料 平成24年改定前

その5（平成22年6月11日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 医師事務作業補助体制加算については、施設基準の届出にあたり、電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む）を整備している必要があるのか。

答 電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む）を整備していなくても、施設基準のその他の要件を満たしていれば、届出が可能である。なお、当該システムを整備している場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成22年2月1日医政発0201第4号（編注；第6.0版（令和5年5月）））に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備している必要がある。

（平成20年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問35 医師事務作業補助者は専従者であることが要件とされているが、複数の人間による常勤換算の場合の「専従」の取扱いはどうなるか。

答 常勤換算となるそれぞれの非常勤職員が、医師事務作業補助者として専従の職員でなければならない。

問36 従来からの事務職員や病棟クレークを医師事務作業補助者として配置しても、医師事務作業補助体制加算を算定することは可能か。

答 可能であるが、配置するにあたり研修が必要である。

問38 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に行うこととなっているが、業務委託とすることは可能か。

答 不可。

問39 医師事務作業補助者は、診療録管理者若しくは診療録管理部門の業務を行っても良いか。

答 不可。

問42 医師事務作業補助体制加算の算定対象である一般病床のうち、休床している病床がある場合は、どのように取り扱うか。

答 地方社会保険事務局長【現・地方厚生局長】に届け出ている一般病床の数を用いて、医師事務作業補助者の必要配置数の計算をする。

問43 医師事務作業補助者の必要配置数は、具体的にどのように計算するか。

答 医師事務作業補助者の数は、一般病床数比で小数点第一位を四捨五入して求める。例えば、医療法上の許可病床数350床（地方社会保険事務局長【現・地方厚生局長】に届け出ている一般病床数が340床）の病院の場合、各区分で求める配置すべき医師事務作業補助者の数は次のとおりとなる。

- ① 25対1 補助体制加算： $340 \div 25 = 13.6 \rightarrow 14$ 名以上
- ② 50対1 補助体制加算： $340 \div 50 = 6.8 \rightarrow 7$ 名以上
- ③ 75対1 補助体制加算： $340 \div 75 = 4.5 \rightarrow 5$ 名以上
- ④ 100対1 補助体制加算： $340 \div 100 = 3.4 \rightarrow 3$ 名以上

（平成20年5月9日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問8 医師事務作業補助体制加算の施設基準となっている研修について、既存の講習等を受けた場合にあっては、免除されるか。

答 基礎知識習得については、適切な内容の講習の時間に代えることは差し支えない。ただし、業務内容についての6か月間の研修は実施すること。

適切な内容の講習には、診療報酬請求、ワープロ技術、単なる接遇等の講習についての時間は含めない。なお、既存の講習等が32時間に満たない場合、不足時間については別に基礎知識習得の研修を行うこと。

問9 修得すべき基礎知識の中に、医療関係法規として健康保険法が規定されているが、診療報酬に関するものも含まれるのか。

答 あくまでも健康保険制度の理念、制度概要についての知識であり、診療報酬実務に関するものは含まれない。

入院基本料等加算

A 207-3急性期看護補助体制加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【看護補助体制充実加算】

問47 （編注；看護補助・患者ケア体制充実加算又は）看護補助体制充実加算の施設基準における看護補助者及び看護職員の研修受講者の氏名について、届出の際に提出する必要があるか。

答 必ずしも提出する必要はないが、求めに応じて提出できるよう保険医療機関内に控えておくこと。

問48 （編注；看護補助・患者ケア体制充実加算又は）看護補助体制充実加算の施設基準における看護職員に対して実施する院内研修について、

- ① 実施時間数や実施方法はどのようにすればよいか。
- ② 常勤の看護職員及び非常勤の看護職員のいずれも受講する必要があるのか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 日本看護協会「看護補助者との協働のための研修プログラム」（令和4年3月）を参考にされたい。
- ② いずれも受講する必要がある。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添〉）

問6 （編注；看護補助・患者ケア体制充実加算又は）看護補助体制充実加算の施設基準において、「当該病棟の看護師長等が所定の研修を修了していること」とされているが、当該加算を算定する各病棟の看護師長等がそれぞれ所定の研修を修了する必要があるか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【夜間看護体制加算】

問11 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10〔注11〕、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3（編注；、A304地域包括医療病棟入院料の注8））、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5〔注4〕、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5〔注4〕）（編注；A304地域包括医療病棟入院料の注10））（編注；、時間外受入体制強化加算（A307小児入院医療管理料の注8）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、例えば、4月1日の18時から24時を越えて夜勤を行った場合には、4月3日に暦日の休日を確保するということか。

答 そのとおり。

問12 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること」について、どのような勤務体制がとられていれば要件を満たすか。

答 深夜や早朝における患者の状態等に対応する業務量を把握した上で、早出や遅出等を組み合わせた勤務体制をとること。なお、勤務者の希望を加味した上で、1か月の間に10日以上、早出や遅出等の活用実績があることが望ましい。また、早出及び遅出の勤務時間には、各保険医療機関が定めた夜勤時間帯（午後10時から午前5時までの時間を含めた連続する16時間）のうち少なくとも2時間を含むこと。

問13 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること」について、どの程度の利用実績があればよい。

答 少なくとも月に1人は利用実績があること。また、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）の**問49**の①は廃止する。

問14 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること」について、

- ① 具体的にはどのようなものを活用することが想定されるか。
- ② 1年に1回以上実施する看護要員による評価の方法に関する規定はあるのか。

答① 看護記録の音声入力、AIを活用したリスクアセスメント、ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等が例として挙げられる。単にナースコール、心電図又はSpO₂モニター、電子カルテ等を用いていること等は該当しない。

- ② 看護要員の業務負担軽減に資するものとなっているかどうかを評価し、それをもとに活用方法等を検討することが可能であれば、具体的な手法については定めていない。

問15 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、

「看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること」について、「5割以上」とは、各看護補助者の業務量でみるのか、もしくは、全看護補助者の業務をあわせて考えるのか。

答 各看護補助者の業務において、5割以上である必要がある。ただし、「主として事務的業務を行う看護補助者」は除いてよい。

その62（令和3年3月31日・事務連絡〈別添・医科〉）

【夜間看護体制加算】

問1 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10〔注11〕）を看護補助加算（「A106」障害者施設等入院基本料の注9）と、夜間看護体制加算（「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3）を夜間急性期看護補助体制加算（「A207-3」急性期看護補助体制加算の注2）と、夜間看護体制加算（「A214」看護補助加算の注3）を「A214」看護補助加算と、それぞれ同時に届け出ることは可能か。

答 可能。

問2 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10（編注；注11）、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3（編注；A304地域包括医療病棟入院料の注7））、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5【注4】、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5【注4】（編注；A304地域包括医療病棟入院料の注9））の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象となるか。

答 「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡）問9と同様に、勤務時間に午後10時から翌日5時までの時間帯が一部でも含まれる場合は、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象とする。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【夜間看護体制加算】

問43 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のうちアからウは、勤務計画又は勤務実績のどちらで満たしていればよいか。勤務実績の場合は、届出前1か月の実績を有していればよいのか。

答 アからウの項目で施設基準を満たすのであれば、常時、勤務実績を満たしていること。届出に当たっては、届出前1か月の実績を有していること。

問44 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のうちアからウの実績は、一時的に応援にきた当該病棟以外の看護職員も含むのか。

答 当該病棟において夜勤を含む交代制勤務に従事した者であれば当該病棟以外の看護職員も含む。なお、この場合、当該病棟で勤務した時間において満たしていればよく、当該病棟以外で勤務した時間の実績は含めなくてよい。

問45 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のア及びイの開始時刻及び終了時刻は、超過勤務した時間を含めるのか。

答 含める。

問46 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のイの「勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降」とは、例えば、日勤（8-17時）をした翌

日が早出（7時-16時）の場合は要件を満たすと考えてよいのか。

答 直近の勤務の開始時刻の23時間後以降であれば、要件を満たす。

問47 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のウの夜勤の数について、

① どのように数えるか。例えば16時間夜勤の場合は、16時間を1回の夜勤と数えるのか、それとも準夜・深夜と考え2回と数えるのか。

② 夜勤と夜勤の間に休日を挟む場合は、連続しないと数えてよいのか。

答① 始業時刻から終業時刻までの一連の夜勤を1回として考える。この場合、1回と数える。

② よい。暦日の休日を挟んだ場合は、休日前までの連続して行う夜勤回数を数える。

問48 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のエ【現・カ】について、

① 「各部署の業務量を把握・調整するシステム」とはどのようなシステムか。

② 各部署の業務量は把握しているが、既に適切な配置をしており病棟間の応援等の実績がない場合は、要件を満たさないのか。

③ 「各部署」は、当該加算を算定している病棟のみか。

答① 例えば、「重症度、医療・看護必要度」を活用して各病棟の業務量を一括で把握し、業務量に応じ一時的に所属病棟以外の病棟へ応援に行く等のシステムである。

② 常に、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組んだ上で応援等は必要ないと判断したのであれば、運用実績があるとみなす。

③ 特に限定していない。

問49 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目の院内保育所の設置について、

① 【令2.3.31問13により廃止】

② 保育所が院内ではなく、同一敷地内に設置、道路をはさんだビルを賃貸して運営又は近隣の認定保育所と定員の一部を契約している等の場合は該当するか。

③ 病児保育のみを実施している場合は該当するか。

答① 【令2.3.31問13により廃止】

② 運営形態は問わないが、設置者が当該医療機関であること。また、保育料の補助のみ等の実際に保育所を設置・運営していない場合は含まない。

③ 該当しない。

【看護補助者活用に関する研修】

問52 区分番号「A207-3」急性期看護補助体制加算及び区分番号「A214」看護補助加算について、所定の研修を修了した看護師長等の配置とあるが、看護師長等とは副師長、主任でもよいのか。

答 よい。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【急性期看護補助体制加算／看護職員夜間配置加算／看護補助加算】

問9 急性期看護補助体制加算（夜間看護体制加算）、看護職員夜間配置加算及び看護補助加算（夜間看護体制加算）における看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のウの夜勤の数について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目の夜勤の連続回数の対象となるか。

答 勤務時間に午後10時から翌日5時までの時間帯が一部でも含まれる場合は当該加算の項目の夜勤の連続回数の対象として計上する。

その8（平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 急性期看護補助体制加算について、所定労働時間が週32時間未満の非常勤の看護補助者の勤務時間数も、看護補助者の勤務時間数の合計に算入してもよいのか。

答 急性期看護補助体制加算の看護補助者の算出方法については、「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」（平成26年3月5日保医発0305第1号）の別添7の様式9のとおりであるが、「看護補助者の月延べ勤務時間数の合計／（日数×8時間）」により、「月平均1日当たり看護補助者配置数」を算出するものであり、「看護補助者の月延べ勤務時間数の合計」には、非常勤の看護補助者の勤務時間数を算入しても差し支えない。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問36 A207-3急性期看護補助体制加算において、請負方式の非常勤の看護補助者を届出の対象に含めることは可能か。

答 当該加算に関わらず、保険医療機関の看護補助者は、看護師長や看護職員の指導の下に業務を行うこととされていることから、非常勤でも構わないが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などの看護補助者は含めない。（派遣職員は含んでも差し支えない。）

問37 今回改定で、A207-3急性期看護補助体制加算において看護補助者の夜間配置が評価されているが、看護補助者の夜勤については、看護職員と同様に72時間要件が適用されるのか。

答 月平均夜勤時間72時間以内の規定は適用されないが、基本診療料の施設基準等の第5「病院の入院基本料等」の通則(6)に示されているように、看護補助者の労働時間が適切なものになるよう配慮する必要がある。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問38 急性期看護補助体制加算の施設基準の要件である「年間の緊急入院患者数が200名以上」の「年間」とは何を指すのか。

答 直近の12か月を指す。

問39 急性期看護補助体制加算について、看護職員による勤務時間の一部を看護補助加算の勤務時間とみなしている場合、看護職員（いわゆるみなし看護補助者）に対しても院内研修が必要であるのか。

答 看護職員であれば既に習得している知識、技術であることから、院内研修は不要である。

問40 急性期看護補助体制加算の要件である院内研修については、院外の業者が行っている研修を受講することでもよいのか。また、院内で行う場合であっても、派遣元の業者に委託しても構わないのか。

答 院内での研修を要件としており、外部への研修の受講では要件を満たさない。また、通知で示したア～カまでの基礎知識を習得できる内容の一部を当該医療機関の職員と共に派遣元の業者等が行ってもよいが、医療機関の実情に合わせた実務的な研修を行うこと。

問41 看護補助者が、急性期看護補助体制加算の算定要件である院内研修の受講時間を勤務時間として計上することはできるか。

答 できない。勤務時間として計上できるのは、当該病棟で勤務する実働時間数であり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は算入できない。

問42 急性期看護補助体制加算を4月〔6月〕から算定するためには、3月〔5月〕中に一般病棟入院基本料等の10対1入院基本料【現・急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（7対1及び10対1）、専門病院入院基本料（7対1及び10対1）】を算定している実績が必要なのか。

答 3月〔5月〕中に10対1入院基本料を算定している実績までは必要ないが、3月〔5月〕中に10対1の看護配置【現・当該入院基本料の要件である看護配置】をしている実績及びその他の急性期看護補助体制加算の要件を満たす実績が必要である。

問44 急性期看護補助体制加算を算定している保険医療機関において、看護必要度の測定・評価により重症者の割合が10%又は15%【現・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱに係る評価票により基準を満たす患者の割合が急性期一般入院料6又は10対1入院基本料においてはⅠで0.6割、Ⅱで0.5割】を満たさない月が出た場合、直ちに届出の変更を行う必要があるのか。

答 従来どおり、該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、届出の変更は不要である。また、1割を超えた場合には翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。

問45 急性期看護補助体制加算及びA214 看護補助加算の施設基準の要件として「看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること」等、実質配置で「常時」の配置が要件となっている（看護補助加算については、今回改定から実質配置となっている）が、看護補助者も夜勤を行わなければならないのか。

答 看護要員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できることとしており、必ずしも看護補助者が夜勤を行う必要はない。

問46 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る病棟において必要最小数を越えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができるか。

答 従来通り計上できる。

問47 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算にかかる看護補助者が外来等を兼務できるか。例えば、午前3時間を加算に係る病棟で勤務し、午後3時間を外来で勤務した場合はどのようにすればよいか。

答 兼務できる。この例の場合は、午前に病棟で勤務した3時間を勤務時間として計上し、時間割比例計算により常勤換算とする。

問48 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算にかかる看護補助者の勤務時間として、有給休暇や残業時間を算入することができるか。

答 従来どおり、看護要員の勤務時間として計上できるのは、当該病棟で勤務する実働時間数であり、有給休暇や残業時間は算入できない。

入院基本料等加算

A207-4看護職員夜間配置加算

疑義解釈資料 平成28年改定

その7（平成28年9月15日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 区分番号「A207-4」看護職員夜間配置加算について、「当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、前段の規定にかかわらず、3以上であること」

と施設基準に規定されたが、同一の入院基本料を届け出ている複数の病棟がある場合、各病棟の病床数にかかわらず全ての病棟に3人以上の配置が必要であるか。

答 同一の入院基本料を届け出ている病棟間においての傾斜配置は可能であるが、全ての病棟に3人以上の配置が必要である。

入院基本料等加算

A214看護補助加算

疑義解釈資料 平成30年改定

その9（平成30年11月19日・事務連絡〈別添1〉）

問1 区分番号「A214」看護補助加算の夜間看護体制加算における看護補助者の夜勤時間帯の配置について、配置されている看護補助者全員（みなし看護補助者を除く。）が夜勤時間帯のうち4時間以上配置される日が週3日以上必要か。

答 看護補助者全員（みなし看護補助者を除く。）が夜勤時間帯に勤務する必要はなく、看護補助者（みなし看護補助者を除く。）が夜勤時間帯のうち4時間以上配置される日が週3日以上あればよい。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問51 区分番号「A214」看護補助加算の夜間看護体制加算について、看護補助者を夜勤時間帯に配置とあるが、

① この夜勤時間帯とは、病院が設定した夜勤時間帯でよい。また、看護補助者の勤務時間が夜勤時間帯に一部含まれる場合は該当するか。

② 毎日配置していなければいけないか。

答① 保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上、看護補助者（みなし看護補助者を除く。）を配置していればよい。

② 週3日以上配置していればよい。

入院基本料等加算

A224無菌治療室管理加算

疑義解釈資料 平成24年改定

その16（平成25年9月11日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 A224 無菌治療室管理加算1に関する施設基準に「室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス6以上である」とあるが、設定目標値がISOクラス7であっても、HEPAフィルターを通した空気を1時間あたり12回以上換気することによって、実際の測定値が常時ISOクラス6以上である場合については、当該施設基準を満たすのか。

答 当該施設基準を満たす。ただし、この場合において当該加算を算定する際は、室内の患者付近の空気清浄度を患者入室時及び週に1回以上測定し、状況を確認し記録するこ

とが必要である。

問3 A224無菌治療室管理加算1に関する施設基準に「個室であること」とあるが、医療法の届出上、多床室として届出られている部屋であっても、常時個室として使用し、その他の基準を全て満たす場合には、当該施設基準を満たすものとして届出は可能か。

答 可能。その場合、別添7の様式26の2の届出添付書類における「病床数」については、当該室1室につき1床と記載すること。また、当該室を多床室として使用する場合は、無菌治療室管理加算1の届出を取り下げるか、無菌治療室管理加算2として届出をし直す必要があることに留意すること。

入院基本料等加算

A226-2緩和ケア診療加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その48（令和3年1月19日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 日本看護協会の認定看護師教育課程における以下の研修について、令和2年度以降、変更後の研修名及び教育内容による研修を修了した者については、従前の疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件を満たしているとみなしてよい。

従前		令和2年度以降
救急看護	→	クリティカルケア
集中ケア		
緩和ケア	→	緩和ケア
がん性疼痛看護		
がん化学療法看護	→	がん薬物療法看護
透析看護	→	腎不全看護
摂食・嚥下障害看護	→	摂食嚥下障害看護
小児救急看護	→	小児プライマリケア
脳卒中リハビリテーション看護	→	脳卒中看護
慢性呼吸器疾患看護	→	呼吸器疾患看護

答 よい。なお、従前の研修名及び教育内容による研修を修了した者についても、疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件について引き続き満たされるものであること。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問81 「緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない」とあるが、具体的にはどのような取扱い。

答 緩和ケアチームの構成員がいずれも専任であるとして届出を行った場合、1日に当該加算を算定できる患者数は15人までとなる。1日に当該加算を算定する患者数が15人を超える場合については、緩和ケアチームの構成員のいずれか1人が専従であるとして変更の届出を行う必要がある。

問82 緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料の施設基準における「精神症状の緩和を

担当する医師」は、心療内科医であってもよい。

答 差し支えない。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問53 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料において、「公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院」とあるが、従前の公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価の「緩和ケア機能」の認定を受けている場合は対象となるのか。

答 対象となる。

問54 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料の施設基準である「がん診療連携（編注；がん診療）の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。」について、下記は該当すると考えてよい。

- ① 公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定
- ② ISO（国際標準化機構）9001の認証

答 ①及び②ともに該当する。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問52 緩和ケア診療加算の要件である「緩和ケア病棟等における研修」には、どのようなものがあるのか。

答 現時点では、従来からの① 日本看護協会認定看護師教育課程「緩和ケア」、「がん性疼痛看護」、「がん化学療法看護」又は「乳ガン看護」の研修、② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程に加え、日本看護協会認定看護師教育課程「がん放射線療法看護」のいずれかの研修と考えている。

問53 「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）（編注；緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催））等」とは他に何があるのか。

答 例えば、日本緩和医療学会が主催した緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会がある。

入院基本料等加算

A 226-4 小児緩和ケア診療加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その7（令和6年5月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 「A 226-4」小児緩和ケア診療加算の施設基準において「がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること」とあるが、これは「A 226-2」緩和ケア診療加算の施設基準における「がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること」と同じ病院を指すものと考えてよい。

答 そのとおり。

問4 「A 226-4」小児緩和ケア診療加算の施設基準における緩和ケアの経験を有する専

任の常勤看護師に係る「緩和ケア病棟等における研修」には、どのようなものがあるのか。

答 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程
- ② 日本看護協会の認定看護師教育課程の「緩和ケア※」、「がん薬物療法看護※」、「乳がん看護※」又は「がん放射線療法看護※」

※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

入院基本料等加算

A 230-4精神科リエゾンチーム加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問71 区分番号「A 230-4」精神科リエゾンチーム加算の施設基準において求める看護師の「精神看護関連領域に係る適切な研修」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。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「認知症看護」
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③ 日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程
- 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「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の区分の研修

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24年3月30日事務連絡）別添1の問39は廃止する。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問55 精神科等の経験を3年以上有する専任の常勤の看護師に必要な入院患者の看護とはどのようなものをいうのか。

答 精神科医とともに精神疾患を有する入院患者に対して行う診療における看護の経験をいい、リエゾンチームに所属して行うものを含む。なお、必ずしも病棟専従の看護師として看護を行っていることを求めるものではない。

入院基本料等加算

A 231-3依存症入院医療管理加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問72 区分番号「A 231-3」依存症入院医療管理加算の施設基準において求める医師等の「薬物依存症に係る適切な研修」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。

- ・ 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターが実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」
- ・ 日本アルコール・アディクション医学会が実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」

なお、令和4年4月1日以降に実施される上記の研修については、入院医療に関する要点等が含まれ、これを履修する必要があるが、令和4年3月31日以前に上記のいずれかの研修を修了した者については、当該要点等について履修しているものとみなす。

入院基本料等加算

A231-4 摂食障害入院医療管理加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問73 区分番号「A231-4」摂食障害入院医療管理加算の施設基準における「摂食障害の年間新規入院患者数」について、「新規入院患者」は、当該加算の対象となる「摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI（Body Mass Index）が15未満の患者」である必要があるか。

答 そのとおり。

入院基本料等加算

A232 がん拠点病院加算

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問60 がん診療連携拠点病院加算【現・がん拠点病院加算】のキャンサーボードについて、具体的な基準はあるか。

答 「がん診療連携拠点病院〔等〕の整備について〔令和4年8月1日健発0801第16号厚生労働省健康局長通知〕」に定められた内容を満たしていればよい。具体的には、手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスが開催されていればよい。

入院基本料等加算

A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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（編注；がん患者等）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「B I」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B Iの測定をする者についてどのように考えればよいか。

答 B Iの測定に関わる職員を対象としたB I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〔注11〕」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

その4（令和6年5月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、A304地域包括医療病棟入院料及びA304地域包括医療病棟入院料の「注10〔注11〕」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（編注；がん患者等）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「B I」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合」について、同一入院料を算定する別の病棟への転棟時もADLの測定をする必要があるのか。

答 そのとおり。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和6年4月12日事務連絡）別添1の**問15**は廃止する。

問6 A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、A304地域包括医療病棟入院料及びA304地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患

者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合」について、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いることは可能か。

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

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和6年4月12日事務連絡）別添1の問16は廃止する。

入院基本料等加算

A233-2栄養サポートチーム加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問74 区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算の施設基準において求める看護師の「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、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「摂食嚥下障害看護※」又は「脳卒中看護※」
- ② 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3区分の研修を全て修了した場合に限る。）
 - ・栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
 - ・栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
 - ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

※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。

疑義解釈資料 平成24年改定

その9（平成24年9月21日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 医師が、日本病院会の「医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー」を修了した場合、栄養サポートチーム加算にある、所定の研修を修了したとみなされるのか。

答 当該研修は、合計10時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たしているものであり、所定の研修を修了したとしてみなされる。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問61 日本静脈経腸栄養学会が、当該学会が認定した教育施設において、合計40時間の実地修練を修了した場合に修了証を交付している。看護師、薬剤師又は管理栄養士がこの修了証の交付を受けた場合、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したといえるか。あるいは、当該学会が認定している「NST専門療法士」の資格を得なければならないのか。

答 当該学会が認定した教育施設における合計40時間の実地修練を修了し、修了証が交付

されれば、所定の研修を修了したということができる。なお、本加算の算定にあたっては、その他の認定資格を要しない。

問68 管理栄養士を栄養サポートチーム加算の専従とした場合であっても、栄養管理実施加算【現・栄養管理体制】に係る栄養管理計画の作成であれば実施してよいのか。

答 認められない。

問70 栄養サポートチーム加算は、チームが稼働していることについて第三者機関による認定を受けた施設でないと算定が認められないか。

答 そのようなことはない。

その5（平成22年6月11日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 栄養サポートチーム加算にある、所定の研修として、日本栄養士会の「栄養サポートチーム担当者研修会」、日本健康・栄養システム学会の「栄養サポートチーム研修」及び日本健康・栄養システム学会の臨床栄養師となるために必要な研修は、該当するのか。

答 これらの研修は、いずれも合計40時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たしているものであり、所定の研修としてみなされる。

問6 日本栄養士会が行っているTNT-D（Total Nutritional Therapy Training For Dietitians）は、栄養サポートチーム加算にある所定の研修とみなされるのか。また、TNT-Dと併せて、日本栄養士会が行うTNT-D追加研修（12時間以上の講義かつ16時間以上の臨床研修）を行った場合は、所定の研修とみなされるのか。

答 TNT-Dは、栄養サポートチーム加算にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認められないが、TNT-Dと併せて、TNT-D追加研修を修了した場合には、合計40時間の研修となり、必要な研修内容を満たすものとなるため、栄養サポートチーム加算にある所定の研修とみなすことができる。

その6（平成22年7月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問6 看護師、薬剤師又は管理栄養士が日本病態栄養学会の「NSTセミナー（新規研修コース）」を修了した場合又は看護師が日本看護協会の認定看護師（摂食・嚥下障害看護）となるために必要な研修を修了した場合は、栄養サポートチーム加算にある、所定の研修を修了したとみなされるのか。

答 これらの研修は、いずれも合計40時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たしているものであり、所定の研修を修了したとしてみなされる。

問7 日本病態栄養学会のNSTコーディネーターとなるために必要な研修を看護師、薬剤師又は管理栄養士が修了した場合、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したものとみなされるのか。また、NSTコーディネーターとなるために必要な研修と併せて、看護師、薬剤師又は管理栄養士が日本病態栄養学会の行うNSTセミナー（追加研修コース）を修了した場合は、所定の研修を修了したとみなされるのか。

答 NSTコーディネーターとなるために必要な研修は、栄養サポートチーム加算にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認められないが、NSTコーディネーターとなるために必要な研修と併せて、NSTセミナー（追加研修コース）を修了した場合には、合計40時間の研修となり、必要な研修内容を満たすものとなるため、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したとみなすことができる。

問8 医師が、日本静脈経腸栄養学会の認定教育施設における指導医の資格要件となっている研修を修了した場合または日本病態栄養学会のNSTコーディネーターとなるために必要な研修を修了した場合は、栄養サポートチーム加算にある、所定の研修を修了したとみなされるのか。

答 これらの研修は、いずれも合計10時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たして

いるものであり、所定の研修を修了したとしてみなされる。

その8（平成23年4月1日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 医療関係団体等が認定する教育施設において、看護師、薬剤師及び管理栄養士に対して行う栄養サポートチーム加算に係る40時間以上の研修は、10時間以上の臨地での研修を含んでいなければならないのか。

答 その通り。

問2 医師が、日本健康・栄養システム学会の「栄養サポートチーム医師研修」を修了した場合、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したとみなされるのか。

答 この研修は、合計10時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たしているものであることから、所定の研修を修了したとしてみなされる。

入院基本料等加算

A234医療安全対策加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その30（令和7年10月20日・事務連絡〈別添〉）

問3 「A234」医療安全対策加算1の施設基準において「専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること（編注；医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること）」とされているが、この専従の医療安全管理者が、「A234-5」報告書管理体制加算の施設基準における「報告書確認対策チーム」が月1回程度開催する報告書管理の評価に係るカンファレンスに構成員として参加することは、施設基準通知の1の(2)に規定する医療安全管理者の業務に該当するか。

答 該当する。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問175 安全管理の責任者等で構成される委員会、院内感染防止対策委員会及び医療安全対策加算に規定するカンファレンスについて、対面によらない方法でも開催可能とするとされたが、具体的にはどのような実施方法が可能か。

答 例えば、書面による会議や、予め議事事項を配布しメール等で採決をとる方法、電子掲示板を利用する方法が可能である。ただし、議事について、構成員が閲覧したことを確認でき、かつ、構成員の間で意見を共有できる方法であること。

【医療安全対策地域連携加算】

問22 区分番号「A234」医療安全対策加算の医療安全対策地域連携加算2を届け出ている医療機関について、連携先の医療機関が、医療安全対策加算1に係る要件を満たしていないことがわかった場合、どの時点で、医療安全対策地域連携加算2の変更の届出を行う必要があるか。

答 連携先の医療機関が、医療安全対策加算1に係る要件を満たしていないことがわかった時点で遅滞なく変更の届出を行うこと。なお、医療安全対策地域連携加算1及び感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算についても同様の取扱いである。

疑義解釈資料 平成30年改定

【医療安全対策地域連携加算】

問88 医療安全対策地域連携加算1の施設基準である専任の医師は、医療安全対策加算1の施設基準である専従の医療安全管理者として配置された医師と兼任可能か。

答 兼任可能。

問89 医療安全対策加算の医療安全管理部門に配置されることとなっている診療部門等の専任の職員が医師である場合、当該医師は医療安全対策地域連携加算1の専任の医師と兼任可能か。

答 兼任可能。ただし、当該医師は、当該加算に規定される医療安全対策に関する評価に係る業務を行うことが必要。

問90 医療安全対策地域連携加算1は、一つ以上の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び一つ以上の医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携を行っている場合に届出可能であると理解してよいか。

答 そのとおり。

問91 医療安全対策地域連携加算において特別の関係にある保険医療機関と連携することは可能か。

答 可能。

問92 医療安全対策地域連携加算は特定機能病院は算定できないが、医療安全対策加算1又は2に係る届出を行っている特定機能病院と連携して医療安全対策に関する評価を行った場合についても医療安全対策地域連携加算は算定可能か。

答 可能。

問93 医療安全対策地域連携加算において連携する保険医療機関は、必ずしも近隣の保険医療機関でなくてもよいと理解してよいか。

答 そのとおり。ただし、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している保険医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要である。

問94 医療安全対策加算1を既に算定しており、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者を医療安全管理者として配置している保険医療機関が、新たに医療安全対策地域連携加算1の届出を行う場合、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師を配置することになるが、その際、医療安全対策加算1において配置する医療安全管理者について、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者に替えて、新たに配置する専任の医師を医療安全管理者とする場合も、医療安全対策加算1の施設基準を満たすとして理解してよいか。

答 その場合も、引き続き、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていれば、施設基準を満たすとして差し支えない。

問95 医療安全対策地域連携加算の施設基準では、医療安全対策加算1の届出を行っている医療機関と医療安全対策加算2の届出を行っている医療機関とが連携することになっているが、連携する医療機関が1対1ではない場合、複数の医療機関が合同で連携するその他の医療機関を評価することでもよいか。

答 そのとおり。

入院基本料等加算

A234-2感染対策向上加算・抗菌薬適正使用体制加算

その2（令和6年4月12日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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〔注6〕」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〔注6〕」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7 〔令8.3.23 その1<別添1>問1（書籍406頁）〕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。

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問12 区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関において、連携する感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、それぞれの保険医療機関と個別にカンファレンスを開催する必要があるか。

答 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3の届出を行っている複数の保険医療機関と合同でカンファレンスを開催して差し支えない。

問13 区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3の届出を行っている保険医療機関において、連携する感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、これらの保険医療機関が主催するカンファレンス全てに参加する必要があるか。

答 感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合でも、これらの保険医療機関が主催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回以上参加する必要があるが、これらの保険医療機関が合同でカンファレンスを主催している場合には、合同開催のカンファレンスに参加することをもって、それぞれの保険医療機関のカンフ

ァレンスに1回ずつ参加したこととして差し支えない。

問14 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算におけるカンファレンスについて、書面により持ち回りで開催又は参加することは可能か。

答 不可。

問15 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の届出医療機関間の連携について、以下の場合においては届出可能か。

- ① 特別の関係にある保険医療機関と連携している場合
- ② 医療圏や都道府県を越えて連携している場合

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 可能。
- ② 医療圏や都道府県を越えて所在する場合であっても、新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際に適切に連携することが可能である場合は、届出可能。

問16 区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、

- ① 感染対策向上加算2及び感染対策向上加算3の施設基準において、「当該保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする」とされているが、300床未満とは、医療法上の許可病床数をいうのか、診療報酬上の届出病床数をいうのか。
- ② 一般病床の数が300床未満の保険医療機関が、感染対策向上加算1の届出を行うことは可能か。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 医療法上の許可病床数をいう。なお、300床以上である場合であっても、感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3の施設基準を満たしていれば、届出を行って差し支えない。
- ② 可能。

問17 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年1回程度、（中略）感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること」とされているが、

- ① 複数の保険医療機関が、同一の保険医療機関の「感染防止対策に関する評価」を行うことは可能か。
- ② 「感染防止対策に関する評価」は、当該加算に係る感染制御チームが行う必要があるか。
- ③ 当該評価は対面で実施する必要があるか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 可能。
- ② 感染制御チームを構成する職種（医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師）のうち、医師及び看護師を含む2名以上が評価を行うこと。
- ③ リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

問18 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあつては、院内感染管理者。以下本問において同じ。）により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、当該研修は、必ず感染制御チームが講師として行わなければならないのか。

答 感染制御チームが当該研修を主催している場合は、必ずしも感染制御チームが講師として行う必要はない。

ただし、当該研修は、以下に掲げる事項を満たすことが必要であり、最新の知見を共有することも求められるものであることに留意すること。

- ・ 院内感染対策の基礎的考え方及び具体的方策について、当該保険医療機関の職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の院内感染対策に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能の向上等を図るものであること。
 - ・ 当該保険医療機関の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること。
 - ・ 保険医療機関全体に共通する院内感染対策に関する内容について、年2回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催すること
 - ・ 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。
- なお、研修の実施に際して、AMR臨床リファレンスセンターが公開している医療従事者向けの資料を活用することとして差し支えない。

問20 区分番号「A000」初診料の注13、区分番号「A001」再診料の注17及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注4〔注5〕に規定するサーベイランス強化加算並びに区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが、

- ① 対象となるサーベイランスには、JANIS及びJ-SIPHE以外にどのようなものがあるか。
- ② JANISに参加する場合にあっては、JANISの一部の部門にのみ参加すればよいのか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 現時点では、JANIS及びJ-SIPHEとするが、市区町村以上の規模でJANISの検査部門と同等のサーベイランスが実施されている場合については、当該サーベイランスがJANISと同等であることが分かる資料を添えて当局に内議されたい。
- ② 少なくともJANISの検査部門に参加している必要がある。なお、診療所についてもJANISの検査部門への参加は可能である。

問21 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること」とされているが、具体的にはどのような事項について掲示すればよいのか。

答 以下の内容について掲示すること。

- ・ 院内感染対策に係る基本的な考え方
- ・ 院内感染対策に係る組織体制、業務内容
- ・ 抗菌薬適正使用のための方策
- ・ 他の医療機関等との連携体制

問22 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において求める看護師の「感染管理に係る適切な研修」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。

- ・ 日本看護協会の認定看護師教育課程「感染管理」
- ・ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「感染症看護」の専門看護師教育課程
- ・ 東京医療保健大学感染制御学教育研究センターが行っている感染症防止対策に係る6か月研修「感染制御実践看護学講座」

問23 区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2の施設基準において求める薬剤師及び臨床検査技師の「適切な研修」並びに区分番号「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準において求める医師及び看護師の「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、厚生労働省の院内感染対策講習会③（受講証書が交付されるものに限る。）が該当する。なお、令和4年度の研修については、令和4年10月頃に配信される

予定である。

問24 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと」とされているが、

- ① 新たに抗菌薬適正使用支援チームに係る体制を整備する場合であっても届出可能か。
- ② (廃止)
- ③ 構成員のうち「3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師」について、院内に細菌検査室がなく、微生物検査を院外に委託している保険医療機関においては、微生物検査に係る管理を行っている院内の専任の臨床検査技師は、「微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師」に該当すると考えてよいか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 届出時点で当該体制が整備されていれば届出可能である。
- ② (廃止)
- ③ よい。

問25 外来感染対策向上加算並びに区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが、

- ① 「等」にはどのようなものが含まれるか。
- ② 具体的には、どのようなことを協議するのか。また、協議した内容は記録する必要があるか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 保健所や地域の医師会が含まれる。
- ② 有事の際に速やかに連携できるよう、例えば、必要な情報やその共有方法について事前に協議し、協議した内容を記録する必要がある。

問26 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けること」とされているが、具体的にはどのようなことをいうのか。

答 助言を受ける保険医療機関が、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドランス」における地域の感染管理専門家から、適切に助言を受けられるよう、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関や地域の医師会から、助言を受け、体制を整備しておくことをいう。

問27 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること」とされているが、当該訓練とは、具体的にはどのようなものであるか。また、当該訓練は対面で実施する必要があるか。

答 新興感染症患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係るものであり、例えば、個人防護具の着脱の訓練が該当する。また、当該訓練はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施して差し支えない。

問30 区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注2に規定する指導強化加算の施設基準において、「過去1年間に4回以上、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていること」とされているが、

- ① 「院内感染対策に関する助言」について、抗菌薬の適正使用に関する助言を行った

場合も当該要件を満たすものとしてよい。

- ② 複数の保険医療機関と連携している場合、1施設につき1年間に4回以上助言を行う必要があるか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① よい。

- ② 複数の保険医療機関と連携している場合には、複数の保険医療機関に対して助言を行った数の合計が過去1年間に4回以上であれば当該要件を満たすこととして差し支えない。

問31 区分番号「A000」初診料の注12、区分番号「A001」再診料の注16及び「A234-2」感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算の施設基準において、「過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること」とされているが、具体的にはどのような内容について、どのくらいの頻度で報告すればよい。

答 報告の内容やその頻度については、連携する感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関との協議により決定することとするが、例えば、感染症法に係る感染症の発生件数、薬剤耐性菌の分離状況、抗菌薬の使用状況、手指消毒薬の使用量等について、3か月に1回報告することに加え、院内アウトブレイクの発生が疑われた際の対応状況等について適時報告することが求められる。

その4（令和4年4月13日・事務連絡〈別添〉）

問1 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算並びに区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準の届出について、「当該加算の届出については実績を要しない」とこととされているが、この「実績」とは、具体的には何の実績を指すのか。

答 各加算について、以下の①から③までにそれぞれ掲げる施設基準通知の内容に係る実績を指す。

なお、施設基準通知に記載のとおり、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算については、届出に際して、当該実績を要しないとしていることに留意すること。

- ①外来感染対策向上加算 略

- ②感染対策向上加算1

- ・ 「職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」における研修の実施
- ・ 「保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること」におけるカンファレンス及び訓練の実施
- ・ 「他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）から当該評価を受けていること」における評価の実施及び他の保険医療機関から評価を受けること
- ・ 「抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施」における研修の実施

- ③感染対策向上加算2及び感染対策向上加算3

- ・ 「職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」における研修の実施
- ・ 「少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること」におけるカンファレンスへの参加
- ・ 「感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること」における訓練への参加

その6（令和4年4月21日・事務連絡〈別添〉）

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問2 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算並びに区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準における「地域の医師会」とは、郡市区等医師会及び都道府県医師会のいずれも該当するか。

答 そのとおり。

その8（令和4年5月13日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【サーベイランス強化加算】

問1 区分番号「A000」初診料の注13、区分番号「A001」再診料の注17及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注4〔注5〕に規定するサーベイランス強化加算並びに区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準における「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」について、

- ① 「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20における「JANISの検査部門と同等のサーベイランス」とは、具体的にはどのようなものを指すのか。
- ② 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に基づく感染症発生動向調査は該当するか。
- ③ 地域において感染症等に係る情報交換を行うことを目的としたネットワークは該当するか。
- ④ 参加医療機関において実施される全ての細菌検査の各種検体ではなく、特定の臓器や部位等の感染症に限定して、細菌の分離頻度、その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況等に係る調査が実施されているものは該当するか。
- ⑤ サーベイランス強化加算について、新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加する場合、どの時点から当該要件を満たすものとしてよいか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 例えば、細菌検査により各種検体から検出される主要な細菌の分離頻度、その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況を継続的に収集・解析し、医療機関における主要菌種・主要な薬剤耐性菌の分離状況や抗菌薬使用量を明らかにするための薬剤耐性に関連する調査等を含むものを指す。
- ② 該当しない。
- ③ 参加している各保険医療機関において細菌の分離頻度、その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況等に係る調査が実施されておらず、単に感染症等に係る情報交換を行っている場合は、該当しない。
- ④ 特定の臓器や部位等の感染症に限定して調査が実施されている場合は、該当しない。
- ⑤ サーベイランス強化加算については、保険医療機関が新たにJANIS又はJ-SIPHEに参

加する場合、令和5年3月31日までの間に限り、JANIS又はJ-SIPHEの参加申込書を窓口に提出した時点から当該要件を満たすものとして差し支えない。この場合、サーベイランス強化加算の施設基準の届出を行う際に、当該参加申込書の写しを添付すること。

なお、参加医療機関から脱退した場合は、速やかにサーベイランス強化加算の届出を取り下げること。

その10（令和4年6月1日・事務連絡〈別添・医科〉）

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問1 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という。）並びに区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが、有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制が保健所等の主導により既に整備されており、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等が当該体制に参加している場合、当該体制に参加することをもって上記の施設基準を満たすものと考えてよいのか。

答 差し支えない。

問2 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと」とされているが、

- ① 感染対策向上加算においては、院内の巡回は施設基準で定められている感染制御チームの構成員全員で行う必要があるのか。
- ② 院内の巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 全員で行うことが望ましく、少なくとも2名以上で行うこと。
- ② 必要に応じて各部署を巡回すること。なお、各病棟については毎回巡回することとするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生のリスクの評価を定期的の実施している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回することとし、それ以外の病棟についても、巡回を行っていない月がないこと。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、2月に1回以上巡回していること。

無床診療所の場合は、各診察室については毎回巡回するとともに、診察室以外の場所についても、少なくとも月に一度は巡回すること。

問3 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準における「抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修」とは、誰を対象として行うのか。

答 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など、抗菌薬使用に関する業務に従事する職員を対象とすること。

その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 A234-2の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、感染制御チームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行うこととされているが、当該カンファレンスには、感染制御チームの構成員全員が参加する必要があるか。

また、A234-2の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基

準において、感染制御チームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していることとされているが、当該カンファレンスには、感染制御チームの構成員全員が参加する必要があるか。

答 原則として、感染制御チームを構成する各職種（例えば、感染対策向上加算1については、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）について、少なくともそれぞれ1名ずつ参加すること。

その19（令和4年7月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 A234-2の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度」カンファレンスを行うこととされているが、

- ① 保健所及び地域の医師会のいずれか又は両方が参加していない場合であっても、当該カンファレンスに該当するか。
- ② 保健所や地域の医師会が主催するカンファレンスに参加することをもって、当該要件を満たすものとすることは可能か。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 該当しない。ただし、やむを得ない理由により参加できなかった場合であって、参加に代えて、後日書面等によりカンファレンスの内容を共有している場合は、該当する。
- ② 不可。感染対策向上加算1の届出を行った保険医療機関が開催する場合にのみ当該要件に該当するものである。なお、当該カンファレンスについて、感染対策向上加算1の届出を行った保険医療機関が、保健所や地域の医師会と共催した場合は可能。

問2 A234-2の「1」感染対策向上加算1の施設基準における、「保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンス」について、具体的にどのような内容であればよいか。

答 カンファレンスの内容については、参加する保健所、地域の医師会、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関との協議により決定して差し支えない。

なお、例えば、令和4年度地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」による「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）（※）事例2において、以下の項目が掲げられていること等を参照されたい。

- ・ 参加医療機関の感染対策にかかる情報共有
 - ・ 参加医療機関が、感染対策で困っていることや工夫していることを発表し、意見交換しながら改善策について検討
 - ・ 参加医療機関の相互ラウンドを行い、感染対策の共有や改善について検討
- （※）「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）

<http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikioken/html/2022.html>

問3 A234-2の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。」とされているが、具体的にどのような体制であればよいのか。

答 感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関から院内感染対策に関する助言を求められた場合に助言を行うことができるよう、連絡先の共有等を行うこと。

なお、助言内容については、例えば、令和4年度地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」による「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）事例2、事例4、事例5に掲げられる以下の項目等を参照されたい。

- ・ 多剤耐性菌が発生した医療機関に対し、ラウンドや指導を実施
- ・ 新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生しやすいと考えられる医療機関等への事前の臨地指導
- ・ 新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生した医療機関に対し、感染拡大防止に関する専門的な臨地指導、助言等を実施
- ・ 薬剤耐性菌対策に関する臨地指導、院内研修会開催

その32（令和4年11月16日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 A234-2の「1」感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で行う院内感染対策に関するカンファレンスについて、地域に感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、当該カンファレンスを合同で主催することは可能か。

答 可能。ただし、当該複数の感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関は、有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、あらかじめ協議し、連携している必要がある。

入院基本料等加算

A234-3患者サポート体制充実加算

疑義解釈資料 平成28年改定

その7（平成28年9月15日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算の施設基準にある「専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等」について、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（平成24年4月20日付け事務連絡）及び「疑義解釈資料の送付について（その12）」（平成25年3月21日付け事務連絡）では、医療有資格者以外の者については、患者サポートに関する院内外での活動（研修会への参加や研修会での講師の経験など）等の経験及び所定の要件を満たす研修の修了を必要としているが、平成28年4月1日以降については、どのような取扱いになるのか。

答 平成28年4月1日以降であって、当該加算の届出を行う場合であっても、従前の取扱いと同様、医療有資格者以外の者については、

- ・ 患者サポートに関する業務を1年以上経験
- ・ 患者の相談を受けた件数が20件以上
- ・ 患者サポートに関する院内外での活動（研修会への参加や研修会での講師の経験など）のすべての経験のある者であるとともに、「疑義解釈資料の送付について（その12）」（平成25年3月21日付け事務連絡）で示した要件を満たす研修を修了すること。

問6 区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算の施設基準にある「専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等」について、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（平成24年4月20日付け事務連絡）及び「疑義解釈資料の送付について（その12）」（平成25年3月21日付け事務連絡）では、医療有資格者以外の者については

- ・ 患者サポートに関する業務を1年以上経験
- ・ 患者の相談を受けた件数が20件以上
- ・ 患者サポートに関する院内外での活動（研修会への参加や研修会での講師の経験など）

の経験を必要としているが、現時点で職務にあたっている医療機関以外での経験であっても、所定の要件を満たす場合は届出可能か。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成24年改定

その2（平成24年4月20日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問19 施設基準にある専任の「医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等」について、どのような職種が対象となるのか。

答 患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について、適切に対応できる職種が対象となる。

問20 施設基準にある「患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制」について、どのような体制が必要か。

答 専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又その他医療有資格者等が、窓口で常時配置されており、必要に応じて専任の医療有資格者等が患者等からの相談に対応できる体制が必要である。

問23 施設基準における専任職員は非常勤職員でも可能か。

答 雇用形態を問わないが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などは不可である。なお、専任の担当者は医療機関の標榜時間中は窓口で常時1名以上配置されていなければならない。

問24 施設基準にある窓口担当者はA234医療安全対策加算における医療安全管理者と兼務でもよいのか。

答 医療安全対策加算2の専任の医療安全管理者は、医療安全に係る業務を行っている時間以外は、患者サポート体制充実加算の窓口担当者と兼務しても差し支えない。なお、当該窓口担当者が医療安全に係る業務を行っている間は、別の担当者を窓口配置する必要がある。

その8（平成24年8月9日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 施設基準にある窓口担当者は、A238退院調整加算における退院調整に関する部門【現・A246入退院支援加算における入退院支援及び地域連携業務を担う部門】に配置される専任の看護師又は社会福祉士と兼務でもよいのか。

答 退院調整加算【現・A246入退院支援加算】における、専任の看護師又は社会福祉士は、退院調整に係る業務を行っている時間以外は、患者サポート体制充実加算の窓口担当者と兼務しても差し支えない。なお、当該窓口担当者が退院調整に係る業務を行っている間は、別の担当者を窓口配置する必要がある。

問6 窓口担当者は、がん診療連携拠点病院の相談支援センターに配置される専任の担当者と兼務でもよいのか。また、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと患者サポート体制充実加算における相談窓口を同一場所に設置してもよいのか。

答 がん診療連携拠点病院の相談支援センターにおける「国立がん研究センターによる研修を修了した専任の相談支援に携わる者」は、相談支援センターに係る業務を行っている時間以外は、患者サポート体制充実加算の窓口担当者と兼務しても差し支えない。なお、当該窓口担当者が相談支援センターに係る業務を行っている間は、別の担当者を窓口配置する必要がある。

また、患者サポート体制充実加算に係る業務と、相談支援センターの業務である次のアからクまでを共に行う場合に限り、「がん診療連携拠点病院の相談支援センター」と「患者サポート体制充実加算に係る相談窓口」を同一場所に設置しても差し支えない。

- ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供
- イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供
- ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- エ がん患者の療養上の相談
- オ 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供
- カ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談
- キ HTLV-1関連疾患であるATLに関する医療相談
- ク その他相談支援に関すること

その12（平成25年3月21日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 A234-3「患者サポート体制充実加算」に関して、「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」の別添3の第21の2における「医療関係団体等が実施する医療対話仲介者（編注；医療対話推進者）の養成を目的とした研修」及び平成24年4月20日付事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その2）」における医療有資格者以外の者に必要な研修については、どのようなものが該当するのか。

答 平成25年4月1日以降については、以下の要件を満たすものをいう。

ア 医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針（平成25年1月10日付医政総発0110第2号厚生労働省医政局総務課長通知）の内容を満たすものである。

イ 研修期間は通算して20時間以上又は3日程度のものである。

また、当該加算の届出を行う時点で、1年以上の医療機関の勤務経験があり、勤務する医療機関において、各診療部門の現場を見学し、診療状況等についてスタッフと情報の共有を行っていること。

なお、医療有資格者については、従前どおり、当該研修を修了していることが望ましい。

問3 A234-3「患者サポート体制充実加算」において、どのような医療関係団体等が実施した研修を修了した場合、所定の研修を満たしているのか。

答 公益財団法人日本医療機能評価機構等が主催するものである。公益財団法人日本医療機能評価機構以外の関係団体が研修を実施する場合については、研修の内容を満たしているかどうか個別に厚生労働省まで問い合わせ願いたい。

その14（平成25年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 患者サポート体制充実加算の施設基準には、

- ・ 当該保険医療機関内に患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- ・ 当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。とあるが、相談窓口には医師や看護師等の専任の職員を配置せずに、単に事務員等が担当者へ取り次いでいる場合は、施設基準を満たすこととなるのか。

答 満たさない。

入院基本料等加算

A 234-4重症患者初期支援充実加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問75 区分番号「A234-4」重症患者初期支援充実加算の施設基準において、入院時重症患者対応メディエーターは、「以下のイに掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましいこと」、「イ以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者」であることとされているが、

- ① 「医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。
- ② 令和5年3月31日までに当該研修を修了できなかった場合、重症患者初期支援充実加算の施設基準の届出を取り下げる必要があるか。
- ③ 「当該支援に係る経験を有する」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 現時点では、一般社団法人日本臨床救急医学会が実施する「入院時重症患者対応メディエーター講習会」が該当する。
- ② 直ちに届出を取り下げる必要はないが、可能な限り速やかに研修を修了すること。
- ③ 集中治療領域における特に重篤な患者及びその家族等に対する支援について、3年以上の経験を有することを指す。

問76 区分番号「A234-4」重症患者初期支援充実加算について、当該加算を算定できる治療室を複数有している場合、全ての治療室にそれぞれ別の入院時重症患者対応メディエーターを配置する必要があるか。

答 当該保険医療機関内に入院時重症患者対応メディエーターが配置されていればよく、必ずしも全ての治療室にそれぞれ別の担当者が配置されている必要はない。

入院基本料等加算

A 234-5報告書管理体制加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問78 区分番号「A234-5」報告書管理体制加算の施設基準における「報告書管理の評価に係るカンファレンス」について、区分番号「A234」医療安全対策加算の施設基準におけるカンファレンスと兼ねることは可能か。

答 当該カンファレンスに、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加している場合に限り可能。ただし、医療安全対策加算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 区分番号「A234-5」報告書管理体制加算の施設基準における「医療事故が発生し

た際に適切に報告する体制を整備」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

答 現時点では、公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していることを指す。

その12（令和4年6月7日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 A234-5報告書管理体制加算の施設基準における「報告書管理を目的とした院内研修」とは、誰を対象として行うのか。

答 報告書確認対策チームの構成員のほか、患者を診療する医師、画像診断部門、病理診断部門又は医療安全管理部門の職員など、報告書管理に関する業務に従事する職員を対象とすること。

入院基本料等加算

A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問80 区分番号「A236」褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準において求める看護師の「褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修」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。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」
- ② 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「創傷管理関連」の区分の研修

入院基本料等加算

A237ハイリスク分娩等管理加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【地域連携分娩管理加算】

問82 区分番号「A237」の「2」地域連携分娩管理加算の施設基準における「助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された助産師」とは、具体的には何を指すのか。

答 現時点では、一般財団法人日本助産評価機構の認証を受けた「アドバンス助産師」を指す。

入院基本料等加算

A242呼吸ケアチーム加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問86 区分番号「A242」呼吸ケアチーム加算の施設基準において求める看護師の「呼吸ケアに係る適切な研修」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。

- 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※」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア※」又は「呼吸器疾患看護※」
- 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2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

※ 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。

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22年3月29日事務連絡）別添1の**問77**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**問53**は廃止する。

疑義解釈資料 令和2年改定

その48（令和3年1月19日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 日本看護協会の認定看護師教育課程における以下の研修について、令和2年度以降、変更後の研修名及び教育内容による研修を修了した者については、従前の疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件を満たしているとみなしてよい。

従前		令和2年度以降
救急看護	→	クリティカルケア
集中ケア		
緩和ケア	→	緩和ケア
がん性疼痛看護		
がん化学療法看護	→	がん薬物療法看護
透析看護	→	腎不全看護
摂食・嚥下障害看護	→	摂食嚥下障害看護
小児救急看護	→	小児プライマリケア
脳卒中リハビリテーション看護	→	脳卒中看護
慢性呼吸器疾患看護	→	呼吸器疾患看護

答 よい。なお、従前の研修名及び教育内容による研修を修了した者についても、疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件について引き続き満たされるものであること。

入院基本料等加算

A 242-2術後疼痛管理チーム加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問87 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算の施設基準において求める看護師の「術後疼痛管理に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

答 現時点では、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「手術看護」
- ② 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「術後疼痛管理関連」の区分の研修
- 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以下のいずれかの領域別パッケージ研修
 - ・ 外科術後病棟管理領域
 - ・ 術中麻酔管理領域
 - ・ 外科系基本領域
- ④ 日本麻酔科学会「術後疼痛管理研修」

なお、④については、令和4年3月31日までに、日本麻酔科学会が定める従前のカリキュラムにおいて研修を修了し、修了証等が発行されている者については、次期更新までは、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した者と判断して差し支えない。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添〉）

問2 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算の施設基準において求める薬剤師及び臨床工学技士の「術後疼痛管理に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

答 現時点では、日本麻酔科学会「術後疼痛管理研修」が該当する。

なお、令和4年3月31日までに、日本麻酔科学会が定める従前のカリキュラムにおいて研修を修了し、修了証等が発行されている者については、次期更新までは、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した者と判断して差し支えない。

問3 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算の施設基準における「専任の看護師は、年間200症例以上の麻酔管理を行っている保険医療機関において、手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を2年以上有するものであること」について、麻酔管理を行っている症例とは、「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者」に係るものを指すのか。

答 そのとおり。

その19（令和4年7月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問6 上記「（令4.3.31 その1・問87）」等において、施設基準で求める看護師の研修として「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領域別パッケージ研修」のいずれかが該当するとされているが、当該パッケージ研修に含まれる特定行為区分の研修をすべて修了している場合は、当該要件を満たしているとみなして差し支えないか。

答 差し支えない。

入院基本料等加算

A 243後発医薬品使用体制加算（令和8年改定により地域支

援・医薬品供給対応体制加算として再編)

疑義解釈資料 平成28年改定

その4 (平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問10 区分番号「A243」後発医薬品使用体制加算(編注;地域支援・医薬品供給対応体制加算)及び区分番号「F100」の「注11」の外来後発医薬品使用体制加算において、当該保険医療機関で調剤した医薬品に、注射や在宅の部で算定され、直接患者に交付される薬剤は含まれるか。

答 含まれる。

疑義解釈資料 平成22年改定

その3 (平成22年4月30日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問5 有床診療所における後発医薬品使用体制加算(編注;地域支援・医薬品供給対応体制加算)の施設基準において、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制の整備が必要とされているが、有床診療所において、薬剤師の配置がなく、医師が後発医薬品の評価や採用の決定をしている場合に、施設基準を満たしていると考えてよいか。

答 施設基準を満たしているとは認められない。当該加算は、薬剤部門又は薬剤師が、薬学的な観点から、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価する体制を整備していることを評価するものであること。

問6 有床診療所における後発医薬品使用体制加算(編注;地域支援・医薬品供給対応体制加算)の施設基準に関して、薬剤師の配置は、非常勤職員であっても認められるか。

答 有床診療所の場合には、非常勤の薬剤師であっても、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報収集・評価に従事しており、有床診療所としてその評価結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制を有しているのであれば、施設基準を満たしていると認められる。

入院基本料等加算

A243-2 バイオ後続品使用体制加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その5 (令和6年5月17日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問2 A243-2バイオ後続品使用体制加算の施設基準において、当該保険医療機関において調剤した対象薬剤について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合に係る規定があるが、対象薬剤のバイオ後続品であるかどうかは、厚生労働省ホームページ「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」に示された後発医薬品に係る情報を参考にすることでよいか。

答 よい。ただし、新医薬品等の薬価基準への収載、薬価改定により情報が更新されるため、最新の情報を参照されるよう留意されたい。

(参考) 薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2024/04/tp20240401-01.html>

入院基本料等加算

A244病棟薬剤業務実施加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

その7（令和6年5月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 「A244」病棟薬剤業務実施加算の注2に規定する薬剤業務向上加算の施設基準について、「現に出向を実施していること」が要件とされているが、出向先ではどのような勤務形態でもよいか。

答 出向先における勤務形態は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。）の職員として継続的に勤務している必要がある。

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問89 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算における病棟薬剤業務の実施時間について、区分番号「L009」の注5及び区分番号「L010」の注2に規定する周術期薬剤管理加算に係る業務に要する時間を含めることは可能か。

答 周術期薬剤管理加算における「専任の薬剤師」が行う周術期薬剤管理に係る業務に要する時間は病棟薬剤業務実施加算の病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできないが、周術期薬剤管理加算における「病棟薬剤師」が行う薬剤関連業務に要する時間は病棟薬剤業務実施加算の病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問58 病棟薬剤業務実施加算2について、算定対象となっている入院料ごとに届出を行うことは可能か。

答 可能。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問11 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算の施設基準において、「医薬品に係る情報【現・医薬品安全性情報等】を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報【現・医薬品安全性情報等】及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知すること」とされているが、医療従事者への速やかな周知は電子的媒体、紙媒体いずれでもよいか。

答 速やかに周知されていれば電子的媒体、紙媒体いずれでもよい。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問56 A244病棟薬剤業務実施加算¹については、病棟ごとに専任の薬剤師を配置することが要件となっているが、薬剤管理指導料の施設基準において医薬品情報管理室に配置することになっている常勤薬剤師と重複することは可能か。

答 医薬品情報管理室の常勤薬剤師を病棟専任の薬剤師として配置することは不可とはなっていないが、それぞれの業務について適切に行われる必要がある。

問60 保険医療機関内のすべての病棟（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料【現・A304地域包括医療病棟入院料又はA307小児入院医療管理料以外の特定入院料】（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に薬剤師が配置されていなければならない、また、病棟単位で算定することはできないという理解で良いか。

答 そのとおり。

問61 A244病棟薬剤業務実施加算¹について、①複数の薬剤師が一の病棟において、または、②一の薬剤師が複数の病棟において、病棟薬剤業務を実施することができるのか。

答 実施することができる。ただし、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を行う場合には、当該薬剤師の間で適切に情報を共有すること。

問67 救命救急入院料などの特定入院料を算定する患者のみが1看護単位で入院している病棟には、薬剤師を配置する必要がないという理解で良いか。また、原則として保険診療対象外となる患者のみが1看護単位で入院している病棟（産婦人科病棟等）には、配置の必要がないという理解で良いか。

答 当該病棟には当該病棟に専任の薬剤師を配置する必要はないが、当該病棟においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。ただし、当該病棟に入院基本料（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定する患者が含まれている場合には、薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施する必要がある。

入院基本料等加算

A245データ提出加算

疑義解釈資料 令和4年改定

その10（令和4年6月1日・事務連絡〈別添・医科〉）

問6 令和4年度診療報酬改定において、データ提出加算に係る届出を行っていることが施設基準に追加された入院料について、新規に医療機関を開設し、診療実績がないため、データ提出加算に係る基準を満たすことができない場合は、当該入院料を算定できないのか。

答 新規開設の医療機関については、様式40の5（データ提出開始届出書）を届け出ている場合に限り、必要なデータの提出を行っていなくても、当該様式を届け出た日の属する月から最長1年の間は、当該入院料のその他の施設基準を満たしていれば当該入院料を算定可能とする。なお、1年を超えて様式40の7（データ提出加算に係る届出書）の届出が行われない場合には、他の入院料への変更の届出が必要である。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成30年5月25日事務連絡）別添1の**問4**は廃止する。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問102 データ提出加算については、施設基準通知の別添3の第26の4の1の(1)において「次のアからウの保険医療機関【現・特定入院料（区分番号「A317」特定一般病棟入院料を除く。）のみの届出を行う保険医療機関】にあっては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。〔中略〕とあるが、当該ア、イ又はウに該当する保険医療機関【現・特定入院料（区分番号「A317」特定一般病棟入院料を除く。）のみの届出を行う保険医療機関】は、診療録管理体制加算1又は2の施設基準の要件を満たしていれば、診療録管理体制加算の届出は不要ということか。

答 そのとおり。

入院基本料等加算

A246入退院支援加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その27（令和7年5月29日・事務連絡〈別添〉）

問2 「A246」入退院支援加算1の施設基準において「入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること」とされており、また、「A246-2」精神科入退院支援加算の施設基準において「入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること」とされているが、入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師が、入退院支援加算1を算定する病棟に配置する専任の看護師と精神科入退院支援加算を算定する病棟に配置する専任の看護師を兼ねることは可能か。

答 可能。ただし、配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。

問3 社会福祉士と精神保健福祉士の両方の資格を有しており、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員が、入退院支援加算1を算定する病棟に配置される専任の社会福祉士と精神科入退院支援加算を算定する病棟に配置される専任の精神保健福祉士を兼ねることは可能か。

答 可能。ただし、配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問30 区分番号「A246」入退院支援加算3の施設基準で求める「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」には、どのようなものがあるか。

答 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会「小児在宅移行支援指導者育成試行事業研修」
- ② 日本看護協会「2019年度小児在宅移行支援指導者育成研修」
- ③ 日本看護協会「小児在宅移行支援指導者育成研修」

問31 区分番号「A246」入退院支援加算及び入院時支援加算について、非常勤の看護師又は社会福祉士を2名以上組み合わせる専任の看護師又は社会福祉士の配置基準を満たす場合、例えば、専任の看護師1名の代わりに、非常勤看護師1名と非常勤社会福祉士1名を組み合わせる配置してもよいのか。

答 不可。

【総合機能評価加算】

問33 区分番号「A246」の注8（編注；注9）の総合機能評価加算について、「総合的な機能評価に係る適切な研修」及び「関係学会より示されているガイドライン」とは、令和2年3月31日以前の旧医科点数表における区分番号「A240」総合評価加算の要件を満たす研修及びガイドラインで差し支えないか。

答 当該研修及びガイドラインに基づいて患者の総合機能評価を行い、結果を踏まえて入退院支援を行うことができる内容であれば差し支えない。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問61 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門の専従の看護師が、①入退院支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置される専従又は専任の看護師及び②入退院支援加算1の施設基準で求める病棟に配置される専任の看護師を兼ねてよい。

答① 兼ねることはできない。

② 兼ねることはできない（入退院支援加算1において、病棟に配置される専任の看護師が入退院支援部門の専任の看護師を兼ねる場合も含む）。

問63 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門の専任の職員が、①入退院支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置される専任の職員又は②入退院支援加算1の施設基準で求める病棟に配置される専任の職員を兼ねてよい。

答① 兼ねてよい。

② 兼ねてよい。ただし、入退院支援加算1において、病棟に配置される専任の職員が入退院支援部門の専任の職員を兼ねる場合は、入院時支援加算の専任の職員と兼ねることはできない。

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添1〉）

問18 入退院支援加算1の施設基準について、20以上【現・25以上】の連携する保険医療機関等と年3回以上の頻度の面会等が必要であるが、新たな届出にあたり、過去1年間の実績が必要か。

答 新たに届け出る際、届出時に過去1年間の面会実績は届け出る必要があるが、届出時点では20以上【現・25以上】の連携機関との年3回以上の面会を行っていないと、届出可能である。ただし、届出後に年3回以上の頻度で面会していること。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問59 退院支援加算1【現・入退院支援加算1】について、全ての病棟で要件を満たさなくても、一部の病棟で要件を満たせば、当該病棟において加算を算定できるか。

答 当該加算を算定することができる入院料を届け出ている病棟全てで要件を満たす必要がある。

その2（平成28年4月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問8 退院支援加算1【現・入退院支援加算1】の施設基準において、当該医療機関の退院支援・地域連携担当者と、20以上【現・25以上】の連携保険医療機関等の職員が年3回以上面会することとされているが、他の20以上【現・25以上】の連携保険医療機関等の職員と、会合や研修等で一堂に会すれば、当該要件を満たすこととなるか。

答 それぞれの連携保険医療機関等の職員と、直接に対面して業務上の意思疎通を行うことが必要であり、会合や研修で一堂に会することでは、当該要件を満たすことにならない。なお、退院支援【現・入退院支援】において数か所連携保険医療機関等と退院調整

の打ち合わせを行う等の場合には、全ての連携保険医療機関等の職員と相互に十分な意思疎通を図ることができれば、それぞれの連携保険医療機関等の職員と面会したものと扱うことができる。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問13 区分番号「A246」退院支援加算1【現・入退院支援加算1】の施設基準に、過去1年間の介護支援連携指導料（編注；介護支援等連携指導料）の算定回数に係る要件があるが、回復期リハビリテーション病棟入院料等、介護支援連携指導料（編注；介護支援等連携指導料）の点数が当該入院料に含まれており、別途算定できない場合の取扱い如何。

答 介護支援連携指導料（編注；介護支援等連携指導料）の点数が入院料に含まれており別途算定できない場合であっても、介護支援連携指導料（編注；介護支援等連携指導料）が求める要件と同等の実績（1回の入院中2回までに限る）が認められる場合は、退院支援加算1【現・入退院支援加算1】の過去1年間の介護支援連携指導料（編注；介護支援等連携指導料）の算定回数に係る要件において、算定回数に含めることが可能である。

入院基本料等加算

A246-2 精神科入退院支援加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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、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。

答 差し支えない。

その3（令和6年4月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問11 A246入退院支援加算及びA246-2精神科入退院支援加算を届け出ている保険医療機関において、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」を兼ねることは可能か。また、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」を兼ねることは可能か。

答 可能。

その27（令和7年5月29日・事務連絡〈別添〉）

問2 「A246」入退院支援加算1の施設基準において「入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること」とされており、また、「A246-2」精神科入退院支援加算の施設基準において「入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること」とされているが、

入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師が、入退院支援加算 1 を算定する病棟に配置する専任の看護師と精神科入退院支援加算を算定する病棟に配置する専任の看護師を兼ねることは可能か。

答 可能。ただし、配置される病棟は 1 人につき 2 病棟、計120床までに限る。

問 3 社会福祉士と精神保健福祉士の両方の資格を有しており、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員が、入退院支援加算 1 を算定する病棟に配置される専任の社会福祉士と精神科入退院支援加算を算定する病棟に配置される専任の精神保健福祉士を兼ねることは可能か。

答 可能。ただし、配置される病棟は 1 人につき 2 病棟、計120床までに限る。

入院基本料等加算

A247認知症ケア加算

疑義解釈資料 令和 6 年改定

その 1（令和 6 年 3 月 28 日・事務連絡〈別添 1・医科〉）

問71 A247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)（編注；別添 2 の第 1 の 7 の(5)）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。

疑義解釈資料 令和 2 年改定

その 1（令和 2 年 3 月 31 日・事務連絡〈別添 1〉）

問34 区分番号「A247」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」の専任の常勤看護師は、「原則週16時間以上」当該チームの業務に従事することとされているが、夏季休暇や病休等により週16時間以上の業務を行えない週があった場合には、施設基準を満たさないこととなるか。

答 夏季休暇や病休等により、当該看護師が認知症ケアチームの業務を週16時間以上行えない場合は、当該週の前後の週を含めた連続した 3 週間について、平均業務時間数が週 16 時間以上であれば施設基準を満たすものであること。ただし、当該看護師が不在の間は、当該チームの他の構成員によりチームの業務を適切に行うこと。

問35 区分番号「A247」認知症ケア加算 2（編注；認知症ケア加算 2 及び 3）の施設基準における「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師」のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

答 認知症ケア加算 1 と同様である。

「疑義解釈の送付について（その 1）」（平成28年 3 月 31 日事務連絡）の**問67**を参照のこと。

問36 区分番号「A247」認知症ケア加算 2（編注；認知症ケア加算 2 及び 3）の施設基準における「認知症患者の看護に従事した経験を 5 年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

答 認知症ケア加算 1 と同様である。

「疑義解釈の送付について（その１）」（平成28年３月31日事務連絡）の問68を参照のこと。

問37 区分番号「A247」認知症ケア加算２（編注；認知症ケア加算２及び３）の施設基準における「認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

答 認知症ケア加算３（令和２年度診療報酬改定前の認知症ケア加算２）と同様である。「疑義解釈の送付について（その１）」（平成28年３月31日事務連絡）の問69を参照のこと。

問38 区分番号「A247」認知症ケア加算２の施設基準の(4)及び認知症ケア加算３の施設基準の(1)（編注；(4)）における「認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る院内研修」について、

- ① 当該院内研修の具体的な内容や時間は決められているか。
- ② 当該院内研修は、認知症ケア加算２の施設基準(7)（編注；(8)）又は認知症ケア加算３の施設基準(3)（編注；(4)）で示されている「研修や事例検討会等」でもよい。
- ③ 認知症ケア加算２の場合は、施設基準の(1)に掲げる「認知症患者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」が実施しても差し支えないか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 具体的な内容や時間についての特段の規定はないが、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、知識・技術を得ることが可能な内容とすること。
- ② 認知症患者のアセスメントや看護方法等について知識・技術を得ることが可能な内容を含む研修や事例検討会等であればよい。
- ③ よい。

疑義解釈資料 平成28年改定

その１（平成28年３月31日・事務連絡〈別添１〉）

問66 認知症ケア加算１の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエゾンチームの専任看護師との兼務が可能か。

答 可能である。

問67 認知症ケア加算１の施設基準にある「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師」のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

答 現時点では、都道府県及び指定都市で実施する「認知症地域医療支援事業」に基づいた「認知症サポート医養成研修」である。

問68 認知症ケア加算１の施設基準にある認知症患者の看護に従事した経験を５年以上有する専任の常勤看護師に求められる「認知症治療（編注；認知症看護）に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

答 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老年看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」
ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

問69 認知症ケア加算２及び３の施設基準にある「認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

答 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 都道府県及び指定都市「平成28年度看護職員認知症対応力向上研修」
- ② 日本看護協会「平成25年度一般病院における認知症患者看護のマネジメント」、「平成27年度急性期病院で治療を受ける認知症高齢者の看護」、「平成28年度インターネット配信研修〔リアルタイム〕認知症高齢者の看護実践に必要な知識」
- ③ 日本老年看護学会「認知症看護対応力向上研修」
- ④ 日本精神科看護協会「認知症の理解とケア」
- ⑤ 日本慢性期医療協会「看護師のための認知症ケア講座」
- ⑥ 全日本病院協会「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」
- ⑦ 独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）本部研修センター「認知症看護研修」
- ⑧ 社会福祉法人恩賜財団済生会「認知症支援ナース育成研修」

なお、東京都が行っている「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ」又は平成24年度から平成27年度開催の「東京都看護師認知症対応力向上研修」は、認知症ケア加算2にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認められないが、「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ」又は平成24年度から平成27年度開催の「東京都看護師認知症対応力向上研修」と併せて、「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」を修了した場合には、必要な研修内容を満たすものとなるため、認知症ケア加算2及び3にある所定の研修とみなすことができる。

その2（平成28年4月25日・事務連絡〈別添1〉）

問6 認知症ケア加算1の認知症ケアチームは、週1回以上、各病棟を巡回することとなっているが、巡回の際、当該チームメンバー全員で行う必要があるか。

答 全員揃っていることが望ましく、少なくとも看護師を含め2名以上で巡回することが必要である。

入院基本料等加算

A249精神科急性期医師配置加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その27（令和7年5月29日・事務連絡〈別添〉）

問1 「A311」精神科救急急性期医療入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、「A311-3」精神科救急・合併症入院料及び「A249」精神科急性期医師配置加算1の施設基準において、算定を行う病棟における常勤の精神保健指定医を配置することとされており、また、「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準において、算定を行う病棟又は治療室における小児医療及び児童・思春期の精神医療に関し経験を有する常勤の医師を配置することとされているが、当該医師は配置されている病棟又は治療室に係る業務以外の業務を行うことはできるか。

答 当該病棟又は治療室における業務に従事した上で、外来業務等のそれ以外の業務に従事することは可能。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問40 区分番号「A249」精神科急性期医師配置加算の「1」又は「3」において求めら

れているクロザピンの年間新規導入実績の「年間」とは、直近1年間を指すのか。

答 そのとおり。

問42 区分番号「A249」精神科急性期医師配置加算、区分番号「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料の施設基準において、「（略）クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち、4割（6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、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者とは、当該保険医療機関の他の病棟から転棟した患者のみを指すのか。

答 転棟かどうかにかかわらず、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者を指す。

疑義解釈資料 平成30年改定

その4（平成30年5月25日・事務連絡〈別添1〉）

問3 精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料において、「「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設〔介護医療院又は精神障害者施設〕に入所した場合を除いたものをいう。」とあるが、当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟後、当該保険医療機関への入院日から起算して3月以内に自宅等に退院した場合は、自宅等へ移行したものとしてよいか。

答 よい。なお、精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算、地域移行機能強化病棟入院料については、当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合は、自宅等へ移行したものには該当しない。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問52 算定要件において定める『過去1年間の実績（時間外等の入院／外来対応実績）』とは、当該算定病棟における実績か、それとも医療機関全体における実績か。

答 医療機関全体の実績をいう。

問53 1日平均患者数の実績はどの期間で計算するのか。

答 届出前4月間の実績で計算する

問54 「時間外、休日又は深夜における外来診療（電話再診を除く。）件数が年間20件以上、かつ、入院件数が年間8件以上であること。」について、時間外、休日又は深夜に外来受診を経て入院した患者については両方に計上してもよいか。

答 よい。

入院基本料等加算

A251排尿自立支援加算

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問45 区分番号「A251」排尿自立支援加算の施設基準で求める医師の「排尿ケアに係る適切な研修」及び看護師の「所定の研修」には、どのようなものがあるか。

答 令和2年度診療報酬改定前の区分番号「B005-9」排尿自立指導料と同様である。
「疑義解釈の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）の問97を参照のこと。

問47 区分番号「A251」排尿自立支援加算の排尿ケアチームに構成されている職員は病棟専従者等を兼務しても差し支えないか。

答 病棟業務に専従することとされている職員については、専従する業務の範囲に「排尿ケアチーム」の業務が含まれないと想定されるため、兼務することはできない。

入院基本料等加算

A252 地域医療体制確保加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問72 A252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（編注；特定対象医師）」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（編注；特定対象医師）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（編注；特定対象医師）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（編注；8）年度、令和7（編注；9）年度の実績を把握した後、翌年度に行うことでよいのか。

答 よい。

入院基本料等加算

A253 協力対象施設入所者入院加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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 上記「（令6.3.28 その1・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、「（令6.3.28 その1・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 2つ前の「（令6.3.28 その1・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10」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10」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、「ICTを活用して当該（編注；患者の）診療情報及び（編注；病状）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（編注；年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（編注；年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ける「年3回（編注；年1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 5つ前の「（令6.3.28 その1・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。

その29（令和7年9月16日・事務連絡〈別添〉）

問2 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.16）（令和7年9月5日事務連絡）」において、「同項第3号に規定する『入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること』の要件については、必ずしも当該介護老人保健施設の入所者が入院するための専用の病床を確保する必要はなく、一般的に当該地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制が確保されていればよい。」との解釈が示されたが、「A253」協力対象施設入所者入院加算を算定するためには、上記に加え、当該保険医療機関において、緊急時に介護保険施設等に入所する患者が入院できる病床を常に確保し、やむを得ない事情により当該保険医療機関に入院させることが困難な場合は、当該保険医療機関が当該患者に入院可能な保険医療機関を紹介する必要があるか。

答 そのとおり。基本診療料の施設基準通知第26の11に規定する「当該保険医療機関において、緊急時に介護保険施設等に入所する患者が入院できる病床を常に確保していること。ただし、当該保険医療機関が確保している病床を超える複数の患者の緊急の入院が必要な場合等、やむを得ない事情により当該保険医療機関に入院させることが困難な場合は、当該保険医療機関が当該患者に入院可能な保険医療機関を紹介すること。」を満たす必要がある。

入院基本料等加算

入院基本料等加算に規定する疾患等

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問51 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の判定基準に「新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態1ヶ月以上継続する場合」とあるが、NICU退室後1ヶ月以上継続している必要があるのか。

答 NICU入室中の期間も含めて1ヶ月以上継続するとみなしてよい。

その6（平成22年7月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準について、「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」（平成22年3月5日保医発0305第2号）の別添6の別紙14に「以下の各項目に規定する状態が6か月以上継続する場合」とあるが、一時的（短期間）な中止や再開の頻度が多い状態（例えば酸素吸入、IVH、ネブライザー等）についても、6か月以上継続している必要があるのか。

答 一時的（短期的）な中止や再開により、それぞれの状態に若干の変動があっても、判定スコアの合計が基準点を6か月以上継続して超えている状態であればよい。

問2 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準の判定スコア(4)の「O₂吸入又はSP0₂

90%以下の状態が10%以上」とは、どのような状態と解釈したらよいのか。

答 「O₂吸入をしている状態」又は「SP0₂90%以下の状態が10%以上の時間続く状態」のことをいう。

問3 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準の判定スコア(6)に「ネブライザー6回以上／日または継続使用」とあるが、継続使用とはどの程度の使用頻度をいっているのか。

答 継続使用とは1日に継続して2時間以上行った場合のことをいう。

問4 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準の判定スコア(6)のネブライザーとは、どのようなものをいうのか。

答 薬液の有無は問わないが、吸気を湿潤させることで、排痰を促進する目的で使用するネブライザーのことをいう。ただし、レスピレーター回路内の加湿器は、これに該当しない。

特定入院料【施設基準・第九】

特定入院料

通則事項

疑義解釈資料 令和6年改定

【治療室一般】

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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」まで（編注；「1」）、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」まで、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のか。

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。

特定入院料

A300救命救急入院料

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問38 A200総合入院体制加算、A200-2急性期充実体制加算（編注；A200急性期総合体制加算）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。

その17（令和6年12月18日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 「A200」総合入院体制加算、「A200-2」急性期充実体制加算（編注；A200急性期総合体制加算）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」については、「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）において、「機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す」とされているが、具体的な内容はどのようなものか。

答 「救急時医療情報閲覧のオンライン資格確認等システムの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」において示されている、『意識障害等で患者意思を確認できない状況をはじめとした「患者の生命、身体の保護のために必要がある場合」において、マイナ保険証による同意取得が困難な場合でも医療情報閲覧利用を可能とする』ための救急時医療情報閲覧機能のうち、令和6年12月18日時点では、マイナ保険証を用いた本人確認による救急時医療情報閲覧機能を指す。

なお、当該施設基準の経過措置は令和7年3月31日までとなっているため、注意されたい。

（参考）救急時医療情報閲覧のオンライン資格確認等システムの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書（令和6年9月13日厚生労働省医政局）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001252407.pdf>

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問94 区分番号「A300」救命救急入院料の注1、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準において、「当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っていること」とあるが、「関連学会と連携」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

答 日本集中治療医学会のデータベースであるJIPAD（Japanese Intensive care Patient Database）に症例を登録し、治療方針の決定及び集中治療管理を行っていることを指す。

【精神疾患診断治療初回加算】

問96 区分番号「A300」救命救急入院料の注2に規定する精神疾患診断治療初回加算の「イ」の施設基準において求める医師の「自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修」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 厚生労働省自殺未遂者再企図防止事業（平成27～29年度）における「救命救急センターに搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修会」
- ② 一般社団法人日本自殺予防学会「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会」

【重症患者対応体制強化加算】

問107 重症患者対応体制強化加算の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」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。

- 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※」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア※」
- 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

※ 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。

問108 重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従の常勤看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修」及び常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修」はいずれも同じ研修である必要があるか。

答 同じ研修である必要はない。

問109 重症患者対応体制強化加算の施設基準における「専従の常勤看護師」を配置した場合、特定集中治療室管理料１及び２の施設基準における「適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の配置に係る基準を満たすこととしてよい。

答 よい。

問110 重症患者対応体制強化加算の施設基準において、「常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師が当該治療室内に２名以上配置されていること」とされているが、当該治療室内に配置される者について、変更することは可能か。

答 可能。なお、その場合、遅滞なく変更の届出を行うこと。

問111 問110について、当該治療室内に配置される看護師２名以上は、「集中治療を必要とする患者の看護に関する（中略）研修を受講すること」とされているが、研修の受講が決定しているものの、当該研修が開始されていない場合、届出を行うことは可能か。

答 届出を行う年度内に受講を開始する予定がある場合に限り届出可能。なお、届出時点で研修が開始されていない場合にあっては、届出時に受講開始予定日及び修了予定日を記載し、研修が開始された際に改めて当該看護師に係る届出を行うこと。

問112 受講中の研修を中断することになった場合、届出を取り下げる必要があるか。

答 遅延なく届出を取り下げる必要がある。

問113 重症患者対応体制強化加算の施設基準において、「常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師」が、「当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟の施設基準に係る看護師の数に含めないこと」とされているが、外来で勤務することは可能か。

答 可能。ただし、外来における重症患者への対応又は重症患者への看護実践の向上に寄与する内容に従事すること。

問114 重症患者対応体制強化加算の施設基準において、「常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師が当該治療室内に２名

以上配置されていること」とされているが、当該治療室内に配置する看護師は非常勤の者でもよいか。

答 不可。

問115 重症患者対応体制強化加算の施設基準における「常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師」が、既に適切な研修を修了している場合、当該看護師が院内研修に講師として参加することが必要か。

答 必要。

問116 重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従の常勤臨床工学技士は、院内研修に講師として参加することが必要か。

答 必ずしも必要ではないが、講師として参加しない場合においても、院内研修の講義及び演習等の内容が適切に実施されるよう、必要に応じて講師として参加する医師又は看護師と十分な連携を図ること。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問103 当該治療室に従事する医師の勤務場所について、「患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない」とされたが、一時的に離れる場合であっても、勤務場所は当該保険医療機関内に限定されるか。

答 そのとおり。

特定入院料

A301特定集中治療室管理料

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問86 A301特定集中治療室管理料の「1」から「4」まで（編注；「1」及び「2」）の施設基準において、入室日のS O F 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」まで（編注；「1」及び「2」）の施設基準において、入室日のS O F 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S O F 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」まで（編注；「1」及び「2」）の施設基準において、入室日のS O F Aスコアの基準が定められているが、入室日におけるS O F 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「J I P A D 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」まで（編注；「1」及び「2」）の施設基準において、入室日のS O F 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S O F 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S O F 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」まで（編注；「1」及び「2」）の施設基準において、入室日のS O F 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。

その2（令和6年4月12日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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

その3（令和6年4月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問12 A301特定集中治療室管理料「1」から「4」まで（編注；「1」及び「2」）において、患者の入室日のS O F Aスコアの基準が示され、15歳以上の患者が対象とされているが、15歳未満の患者を主として受け入れる治療室はどのように評価するのか。

答 15歳以上の患者の入室日のS O F Aスコアにより評価する。ただし、15歳以上の患者の入室日のS O F Aスコアで基準を満たさない場合であって、15歳未満の患者をp S O F Aスコアで評価し、15歳未満の患者も含めて評価して基準を満たす場合には、S O F Aスコアの基準を満たすものとして差し支えない。

その7（令和6年5月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問6 「A301」特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の被支援側医療機関の施設基準において、「支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること。」とあるが、この研修は具体的にどのようなものを指すのか。

答 概ね3か月に1回以上、例えば以下の内容を含む研修又はカンファレンスを施していること。また、当該研修等は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

- ・ 遠隔支援が行われた又は遠隔支援を行うことが適当と考えられた重症患者の症例についての検討
- ・ 当該施設間の遠隔支援に係る組織体制、運用マニュアル等について（マニュアル等の改正の検討を含む。）
- ・ 重症患者の治療に関する最新の知見について

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問92 「B 患者の状況等（B項目）」については、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価の基準の対象から除外されたが、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の評価票を用いて評価を継続する必要があるか。

答 必要。

問93 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへの評価方法の切替えを行う場合、届出時に、Ⅰ及びⅡのいずれの基準も満たしている必要があるか。

答 届出を行う前月において、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たしていればよい。

問94 区分番号「A300」救命救急入院料の注1、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準において、「当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っていること」とあるが、「関連学会と連携」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

答 日本集中治療医学会のデータベースであるJIPAD（Japanese Intensive care Patient Database）に症例を登録し、治療方針の決定及び集中治療管理を行っていることを指す。

問95 区分番号「A300」救命救急入院料2及び4（編注；A300救命救急入院料1）、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料並びに区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準における「手術室と同程度の空気清浄度を有する個室」について、空気清浄度の具体的な基準はあるか。

答 具体的な基準の定めはないが、「手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい」こととされている。

問98 区分番号「A301」特定集中治療室管理料1及び2の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」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。

- 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※」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア※」
- 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

※ 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。

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の問106は廃止する。

【早期離床・リハビリテーション加算】

問99 区分番号「A300」救命救急入院料の注８、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注４、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料の注３、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注３、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の注３に規定する早期離床・リハビリテーション加算（以下単に「早期離床・リハビリテーション加算」という。）の施設基準における早期離床・リハビリテーションチームの専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士は、疾患別リハビリテーションの専従者が兼任してもよい。

答 疾患別リハビリテーション料（２名以上の専従の常勤理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士の配置を要件とするものに限る。）における専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士のうち１名については、早期離床・リハビリテーション加算における専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士と兼任して差し支えない。ただし、早期離床・リハビリテーション加算に係る業務と疾患別リハビリテーション料に係る業務に支障が生じない範囲で行うこと。

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の問107は廃止する。

問100 早期離床・リハビリテーション加算の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」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。

- 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※」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア※」
- 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
 - ・術後麻酔管理領域
 - ・外科術後病棟管理領域

※ 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。

問101 早期離床・リハビリテーション加算の施設基準における早期離床・リハビリテーションチームの専任の常勤看護師は、区分番号「A300」救命救急入院料の注11 及び区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注6に規定する重症患者対応体制強化加算（以下単に「重症患者対応体制強化加算」という。）の専従看護師が兼任しても差し支えないか。

答 同一治療室内であれば、兼任して差し支えない。

問102 重症患者対応体制強化加算の施設基準における専従の常勤臨床工学技士は、早期離床・リハビリテーションに係る取組を行うことが可能か。

答 可能。

【早期栄養介入管理加算】

問103 区分番号「A300」救命救急入院料の注9、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算（以下単に「早期栄養介入管理加算」という。）の施設基準において求める管理栄養士の「集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験」とは、具体的にはどのようなことをいうのか。

答 早期栄養介入管理加算を算定できる治療室に入室した患者に対する栄養管理計画に基づく栄養管理の実施や、栄養サポートチームでの栄養管理業務に係る3年以上の経験をいう。

その12（令和4年6月7日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価については、「歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること」とされているが、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱについても同様の取扱いであると考えてよいか。

答 よい。

その23（令和4年8月24日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 A300救命救急入院料の注1、A301特定集中治療室管理料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準における「関連学会と連携」については、「（令4.3.31 その1・問94）」において「日本集中治療医学会のデータベースであるJIPAD（Japanese Intensive care Patient Database）に症例を登録し、治療方針の決定及び集中治療管理を行っていることを指す。」とされたが、新たにJIPADに参加する場合、日本集中治療学会のホームページに「JIPADにおける参加施設・準じる施設」として掲載されることをもって当該要件を満たすものとしてよいか。

答 差し支えない。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問48 区分番号「A301」特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「専任の常勤看護師」の配置について、当該看護師を2名組み合わせて週20時間以上配置する場合、3名以上の組み合わせでも可能か。

答 不可。

【早期栄養介入管理加算】

問50 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、施設基準にある管理栄養士は、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の

経験を有した後に、特定集中治療室における栄養管理【現・集中治療を必要とする患者の栄養管理】に係る３年以上の経験を積む必要があるのか。

答 栄養サポートチームの経験期間と特定集中治療室【現・集中治療を必要とする患者の栄養管理】の経験は、同一期間で差し支えない。

問51 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注５の早期栄養介入管理加算について、特定集中治療室での３年の経験【現・集中治療を必要とする患者の栄養管理の３年の経験】には、どのような内容の業務が含まれるのか。

答 特定集中治療室に入室中の患者に対する栄養管理計画に基づいた栄養管理やNSTでの栄養管理に係る業務が含まれる。

問52 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注５の早期栄養介入管理加算について、施設基準に「特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における（編注；専任の）管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに１以上であること。」とあるが、どのように算出するのか。

答 「直近１か月間の特定集中治療室に入室した患者の数の和の１日平均」を基に算出する。

問56 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注５の早期栄養介入管理加算について、管理栄養士の栄養サポートチームでの３年以上の経験は、栄養サポートチーム加算届出医療機関における栄養サポートチームでの経験が必要になるのか。

答 管理栄養士の栄養サポートチームの３年の経験について、区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算を算定している施設における経験である必要はない。

その48（令和３年１月19日・事務連絡〈別添・医科〉）

問１ 日本看護協会の認定看護師教育課程における以下の研修について、令和２年度以降、変更後の研修名及び教育内容による研修を修了した者については、従前の疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件を満たしているとみなしてよい。

従前		令和２年度以降
救急看護	→	クリティカルケア
集中ケア		
緩和ケア	→	緩和ケア
がん性疼痛看護		
がん化学療法看護	→	がん薬物療法看護
透析看護	→	腎不全看護
摂食・嚥下障害看護	→	摂食嚥下障害看護
小児救急看護	→	小児プライマリケア
脳卒中リハビリテーション看護	→	脳卒中看護
慢性呼吸器疾患看護	→	呼吸器疾患看護

答 よい。なお、従前の研修名及び教育内容による研修を修了した者についても、疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件について引き続き満たされるものであること。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問103 当該治療室に従事する医師の勤務場所について、「患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない」とされたが、一時的に離れる場合であっても、勤務場所は当該保険医療機関内に限定されるか。

答 そのとおり。

問105 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「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常勤看護師」は、当該治療室に週20時間以上配置することが求められているが、当該治療室における勤務時間が週20時間以上であればよいのか。

答 そのとおり。なお、勤務時間は、当該保険医療機関が定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）とすること。

【早期離床・リハビリテーション加算】

その3（平成30年4月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に求める早期離床・リハビリテーションに係るチームについて、①「集中治療に関する5年以上の経験を有する医師」とあるが、特定集中治療室管理料1及び2の施設基準に規定する医師と同様に「関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講していること」が必要か。②「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」とはどのようなものがあるか。

答① 集中治療（集中治療部、救命救急センター等）での勤務経験を5年以上有する医師であればよく、関係学会が行う特定集中治療に係る講習会等の研修受講の必要はない。

② [→令和4年改定その1・問98]

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問44 専任の臨床工学技士の配置について、「常時、院内に勤務」とあるが、当直体制でも可能か。あるいは、夜勤体制による対応が必要か。

答 当直体制による対応が必要である。ただし、集中治療室の患者の状態に応じて、夜勤体制であることが望ましい。

その2（平成26年4月4日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問21 「当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床あたり20㎡以上である。」とあるが、病床面積の定義はどのようなになるのか。

答 平成26年4月1日以降に特定集中治療室管理料1、2、3又は4を届け出る場合は、病床面積とは、患者の病床として専用するベッド周り面積を指す。

特定入院料

A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料

疑義解釈資料 令和6年改定前

（平成18年3月23日・事務連絡）

問37 脳神経外科又は脳神経内科の病棟の一面に脳卒中ケアユニットが存在し、そこに規定数の専従の看護師がいるということによいか。

答 病棟の一面を脳卒中ケアユニットとして利用してもよい。ただし看護師については、当該治療室に常時、入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上配置され、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないこと等の施設基準を満たす必要がある。

問38 「脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は（編注；専任の）作業療法士が1名以上、当該治療室に勤務していること。」とあるが、理学療法士又は作業療法士は他の病棟の勤務ができないのか。

答 脳卒中ケアユニット担当の理学療法士又は作業療法士は、専従の配置要件に係る従事者との兼任はできない。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A301 特定集中治療室管理料」を参照

特定入院料

A301-4小児特定集中治療室管理料

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問103 当該治療室に従事する医師の勤務場所について、「患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない」とされたが、一時的に離れる場合であっても、勤務場所は当該保険医療機関内に限定されるか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問74 A301-4 小児特定集中治療室管理料を算定する治療室は、8床以上を有していることが施設基準となっているが、同一の治療室について、当該管理料を算定する病床と、他の管理料（特定集中治療室管理料など）を算定する病床と合わせて8床以上となる場合にも算定可能か。

答 A301-4 小児特定集中治療室管理料としての届出病床が8床以上の場合に算定可能。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A301 特定集中治療室管理料」を参照

特定入院料

A302新生児特定集中治療室管理料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問95 区分番号「A300」救命救急入院料2及び4、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料並びに区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準における「手術室と同程度の空気清浄度を有する個室」について、空気清浄度の具体

的な基準はあるか。

答 具体的な基準の定めはないが、「手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい」こととされている。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問103 当該治療室に従事する医師の勤務場所について、「患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない」とされたが、一時的に離れる場合であっても、勤務場所は当該保険医療機関内に限定されるか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1〉）

問78 新生児特定集中治療室管理料1又はA303の「2」新生児集中治療室管理料を算定する治療室勤務の医師は、新生児治療回復室の当直勤務を併せて行ってもよい。

答 当該治療室と新生児治療回復室が同一病棟にある場合に限り、当直勤務を併せて行ってもよい。

問81 新生児特定集中治療室（NICU）と新生児治療回復室（GCU）が隣接して設置されている場合において、NICUに勤務している助産師又は看護師のうち、余剰となる人員がGCUで兼務することは可能であるか。

答 兼務は可能であるが、NICUは常時3対1、GCUは常時6対1の看護職員配置が必要であり、それぞれ別の看護単位で運用すること。なお、NICU勤務の看護師は、当該NICUに勤務している時間帯は、当該NICU以外での夜勤を併せて行わないこと。

特定入院料

A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

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。

特定入院料

A303総合周産期特定集中治療室管理料

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問95 区分番号「A300」救命救急入院料2及び4、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料並びに区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準における「手術室と同程度の空気清浄度を有する個室」について、空気清浄度の具体的な基準はあるか。

答 具体的な基準の定めはないが、「手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい」こととされている。

【成育連携支援加算】

その6（令和4年4月21日・事務連絡〈別添・医科〉）

問6 区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の注3に規定する成育連携支援加算の施設基準における成育連携チームの「専任の常勤看護師」及び「専任の常勤社

会福祉士」は、区分番号「A246」入退院支援加算における専任の看護師又は専任の社会福祉士が兼任することは可能か。

答 可能。

なお、入退院支援加算において各病棟に専任で配置されている「入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士」が兼任することも差し支えないが、この場合は、入退院支援加算に係る入退院支援及び地域連携業務並びに成育連携チームの業務のみ実施可能であること。

疑義解釈資料 平成22年改定

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1〉）

問80 母体・胎児集中治療室に勤務する助産師又は看護師は、一般病棟と兼務してもよいか。

答 兼務は可能である。ただし、母体・胎児集中治療室においては「常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。」の要件を満たす必要がある。また、一般病棟勤務と当該治療室のような集中治療室勤務を兼務する場合は、勤務計画表による病棟勤務の時間を比例計算の上、看護要員の数に算入してもよい。

なお、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないこと。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A302 新生児特定集中治療室管理料」を参照

特定入院料

A304地域包括医療病棟入院料

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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（編注；がん患者等）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「B I」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(編注;7%未満であること。ただし、当該医療機関における直近1年間の退院患者のうち、85歳以上のものの占める割合が2割に満たない場合は、5%未満)であること。」とされているが、入退棟時のB Iの測定をする者についてどのように考えればよいか。

答 B Iの測定に関わる職員を対象としたB I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。

その3(令和6年4月26日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問13 A304地域包括医療病棟の施設基準において、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること」とあるが、MRI撮影等の体制について、他の保険医療機関と連携し、必要な救急患者等に対して速やかにMRI撮影等を行うことができる体制でも差し支えないか。

答 差し支えない。

その4(令和6年5月10日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問5 A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、A304地域包括医療病棟入院料及びA304地域包括医療病棟入院料の「注10〔注11〕」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(編注;がん患者等)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「B I」という。))の合計点数をいう。)が入院時と比較して低下した患者の割合」について、同一入院料を算定する別の病棟への転棟時もADLの測定をする必要があるのか。

答 そのとおり。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その2)」(令和6年4月12日事務連絡)別添1の問15は廃止する。

問6 A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、A304地域包括医療病棟入院料及びA304地域包括医療病棟入院料の「注10〔注11〕」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(編注;がん患者等)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「B I」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。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その2)」(令和6年4月12日事務連絡)別添1の問16は廃止する。

特定入院料

A307小児入院医療管理料

疑義解釈資料 平成22年改定

その1(平成22年3月29日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問82 小児入院医療管理料1の要件にある「小児緊急入院患者数」に、転院患者は含まれ

るか。

答 緊急に入院した場合であれば含まれる。

問83 小児入院医療管理料1の夜勤時間帯の看護師の配置について、「当該病棟における看護師の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が9又はその端数を増すごとに1以上であること」が要件であるが、これは夜勤時間帯の月入院患者数に対して平均で1夜勤時間帯当たり9対1の看護配置を満たしていればよいのか。

答 不可。夜勤の時間帯も含め常時9対1よりも手厚い配置である必要がある。〔以下略〕

特定入院料

A308回復期リハビリテーション病棟入院料

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問108 A308回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2（編注；1、2、3及び4）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110 A308回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3（編注；「1」から「4」）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。

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問122 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3の施設基準における「第三者の評価」について、ISO（国際標準化機構）9001の認証は該当するか。

答 該当する。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添・医科〉）

問11 日常生活機能評価による測定対象から除外する患者に「短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが、具体的にはどのような取扱いとなるのか。

答 入院期間中に短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者について、測定対象から除くこと。

その8（令和4年5月13日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院」とあるが、公益財団法人日本医療機能評価機構による医療機能評価において、副機能としてリハビリテーション病院の評価を受けている病院についても該当するか。

答 該当しない。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問59 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準における「他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者」や、区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準における「在宅等に退院するもの」には、介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用する者を含むか。

答 含む。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問79 「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第53号）十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等(1)通則イに「回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。（編注；8割以上入院させる一般病棟又は療養病棟又は病室であること。）」とあるが、この「8割」とは、1日平均入院患者数の8割と解釈してよいか。

答 よい。

疑義解釈資料 平成26年改定

その3（平成26年4月10日・事務連絡〈別添1〉）

問16 休日リハビリテーション提供体制加算の届出については、休日における1日当たりの疾患別リハビリテーションの単位数の実績がなくてもよいか。

答 施設基準の届出にあたっては実績が必要である。

問17 回復期リハビリテーション病棟入院料1・体制強化加算（編注；令和6年度改定で廃止）における、専従医師に求められる研修は、当該専従医師が日本リハビリテーション医学会リハビリテーション科認定医の場合であっても所定の研修を新たに受講し、修了する必要があるのか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成24年改定

その6（平成24年6月21日・事務連絡〈別添1〉）

問2 複数の病棟で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている場合、施設基準は回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟全体で満たせば、一部の病棟で要件を満たさなくても差し支えないか。

答 病棟毎にその要件を満たす必要がある。

問4 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟において、一旦同入院料の届出を取り下げた上で、同じ病棟で再度回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行うことは可能か。

答 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟において、一旦同入院料の届出を取り下げた場合、6月間は同じ病棟で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行うことはできない。

問5 複数病棟の回復期リハビリテーション病棟入院料「1」（編注；「1」又は「2」）の届出を行っている医療機関において、1つの病棟でスタッフの離職等により、「1」（編注；「1」又は「2」）の要件を満たすことができなくなったが、「2」（編注；「3」又は「4」）の要件は満たしている場合、当該医療機関で回復期リハビリテーション病棟入院料「2」（編注；「3」又は「4」）の届出を行うことはできるのか。

答 届出可能。

疑義解釈資料 平成24年改定前

その1（平成22年3月29日・事務連絡〈別添1〉）

問84 回復期リハビリテーション病棟における休日リハビリテーション提供体制加算に規定される休日の定義は何か。

答 初・再診料の休日加算に規定される定義と同様。

（平成20年3月28日・事務連絡〈別添1〉）

問46 回復期リハビリテーション病棟入院料1【現・1又は2】の届出の際に、在宅復帰率、重症患者の中に死亡退院した患者は含めるのか。

答 死亡退院した患者については、在宅復帰率、重症患者の人数に含めない。（分母、分子ともに含めない。）

問48 「他の保険医療機関へ転院した者等以外の者」には、自宅に退院する患者以外にどのような者が含まれるのか。

答 退院後、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く）、地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る）、グループホーム（認知症対応型グループホーム）、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれる。なお、退院後、介護老人保健施設に入所する患者は「他の保険医療機関へ転院した者等」に含まれる。

特定入院料

A308-3地域包括ケア病棟入院料

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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任の社会福祉士は、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る、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。

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。

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問123 区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、「許可病床数が200床未満の保険医療機関の一般病床において、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場合にあっては、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は24時間の救急患者を受け入れていることにより当該基準を満たすものとみなすものであること」とあるが、「当該保険医療機関内に救急外来を有していること」とは、当該保険医療機関が「救急医療対策事業実施要項」（昭和52年7月6日医発第692号）に定める「救命救急センター」である必要があるということか。

答 当該保険医療機関が「救命救急センター」である必要はなく、当該保険医療機関内に救急患者を受け入れる外来が設置されていればよい。

その23（令和4年8月24日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 A308-3地域包括ケア病棟入院料の施設基準(10)について、「オ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること。」とされているが、当該訪問看護ステーションの開設者は当該保険医療機関と同一である必要はあるか。

答 原則として当該訪問看護ステーションの開設者は当該保険医療機関と同一である必要がある。ただし、当該保険医療機関と退院支援、訪問看護の提供における24時間対応や休日・祝日対応、人材育成等について連携している場合は、同一でなくても差し支えない。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問10 区分番号「A101」療養病棟入院基本料、（編注；A108有床診療所入院基本料の注3、）区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料及び区分番号「A317」特定一般病棟入院料の注7（編注；意思決定支援の基準，地域包括診療加算の施設基準）について、保険医療機関が定める必要がある「適切な意思決定支援に関する指針」とは、令和2年3月31日以前の旧医科点数表における当該入院料等の施設基準の規定により保険医療機関が既に定めている「適切な看取りに対する指針」で差し支えないか。

答 当該指針に適切な意思決定支援に関する内容が含まれていれば差し支えない。

問59 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準における「他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者」や、区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準における「在宅等に退院するもの」には、介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用する者を含むか。

答 含む。

問60 区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料について、「当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること」とあるが、当該部門及び部門に配置される看護師及び社会福祉士は、区分番号「A246」入退院支援加算の施設基準に規定される「入退院支援及び地域連携業務を担う部門」と同一の部門でよいか。
答 よい。

その44（令和2年11月24日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 「「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」の一部改正について」（令和2年6月18日保医発0618第2号）（以下、「6月18日通知」という。）の中で「地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院」について、一定の要件を満たす場合には地域包括ケア病棟入院料2又は4に係る届出を行うことができることとされているが、再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている場合も当該届出を行うことが可能か。

答 再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている場合、令和2年3月31日までに地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていた場合については、届出を行うことができる。なお、その場合、届出に当たって提出する「合意を得た地域医療構想調整会議の概要」において、合意を得た日付を記載すること。

問3 6月18日通知の中で「地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院」について、一定の要件を満たす場合には地域包括ケア病棟入院料2又は4に係る届出を行うことができることとされているが、再編又は統合を行う対象病院のいずれの病院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届出を行っていない場合も当該届出を行うことが可能か。

答 再編又は統合を行う対象病院のいずれの病院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届出を行っていない場合、令和2年3月31日までに地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていた場合については、届出を行うことができる。なお、その場合、届出に当たって提出する「合意を得た地域医療構想調整会議の概要」において、合意を得た日付を記載すること。

その47（令和2年12月22日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において療養病床により届出を行う場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限ることとされているが、同一の保険医療機関において療養病床及び一般病床それぞれで地域包括ケア病棟入院料を届け出ることとはできるか。

答 要件を満たした場合、届出してよい。ただし、療養病床により届出をすることができるのは1病棟に限る。

疑義解釈資料 平成30年改定

その3（平成30年4月25日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の1及び3（編注；1から4まで）の施設基準において、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護等を提供している【現・提供実績を有している】施設が「当該保険医療機関と同一の敷地内にあること【現・当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する】」とされているが、当該保険医療機関が介護保険法における保険医療機関のみなし指定を受けて、施設基準で求められている訪問看護等を提供している【現・訪問看護等の提供実績を有している】場

合も、要件を満たすと考えてよい。

答 保険医療機関がみなし指定を受けて、訪問看護等を提供している（編注；訪問看護等の提供実績を有している）場合も、施設基準をみたす。

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【重症度、医療・看護必要度】

問47 地域包括ケア病棟入院料の注7〔注8〕の看護職員夜間配置加算の届出において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度〔I〕のB項目の一部を用いるが、当該項目に係る院内研修は実施しなければならないか。

答 当該加算に係る院内研修は必要ないが、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」を参照し適切に評価すること。

【看護職員夜間配置加算】

問53 地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料（編注；精神科救急急性期医療入院料）、精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算については、

① 同一医療機関に同一の入院料を算定する病棟が複数ある場合、病棟全てで当該加算を届けなければならないか。

② 毎日、各病棟に看護師（編注；看護職員）3人以上の配置が必要か。

答① 病棟ごとに届け出ることが可能である。

② 夜勤帯において常時16対1を満たす必要があり、その上で病棟ごとに3人以上の配置の場合に算定できる。例えば、入院患者数が32人以下で、配置が2名となった場合は、16対1は満たしているが3人以上配置ではないため、当該日のみ算定できない。

【意思決定支援に対する指針】

問54 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準【現・療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）の施設基準】に「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」等の内容を踏まえ看取りに対する指針【現・意思決定支援に関する指針】を定めている」とあるが、具体的にはどのようなものを作成すればよい。

答 看取り【現・意思決定支援】時の医療・ケアの方針をどのように決定するか、患者本人や家族等への説明や手続き等、当該医療機関としての手順を定めたものであり、各医療機関の実情にあわせて作成いただきたい。当該指針を定めるに当たっては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされること、患者本人や家族等の信頼できる者も含めた話し合いが繰り返し行われること、このプロセスに基づく話し合いの内容をその都度文書にまとめておくこと等、各ガイドラインの内容を踏まえた上で作成いただきたい。

【看護補助者配置加算】

問55 〔地域包括ケア病棟入院料の看護補助者配置加算においては、〕看護補助者への研修は、全ての看護補助者に対して実施しなければならないのか。

答 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者である必要がある。ただし、当該看護補助者が介護福祉士等の介護業務に関する研修を受けている場合はこの限りでないが、医療安全や感染防止等、医療機関特有の内容については、院内研修を受講する必要がある。

疑義解釈資料 平成26年改定

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問50 病棟内にリハビリテーションを行う専用の部屋は必要か。

答 必要ない。

その2（平成26年4月4日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問27 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、「リハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上実施すること」とされているが、土・日・祝祭日も対象となるのか。

答 対象となる。

問29 地域包括ケア病棟入院料における看護補助者配置加算に規定される、「当該入院料の施設基準の最小必要人数」とは何名か。

答 原則として0名であるが、地域包括ケア入院医療管理料を療養病棟で算定する場合については、療養病棟入院基本料に規定する看護補助者の数を指し、当該看護補助者については看護補助者配置加算の計算対象とならない。

その4（平成26年4月23日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問8 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料含む）2【現3・4】を届け出る場合において、患者2人以上を入院させる病室の場合、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、1人当たりの居室面積は、4.3㎡以上と考えて良いのか。

答 そのとおり。

その8（平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が、同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間【現・同一保険医療機関内の地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間】は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定することと規定されているが、当該患者は、地域包括ケア入院医療管理料の施設基準における重症度、医療・看護必要度の算定に含まれるか。

答 含まれる。

その9（平成26年9月5日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類（様式50の3）の②「直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数」の算出について、入院途中からリハビリテーションが必要になった場合、リハビリテーションがなかった日数も含めて計算するのか。

答 入院後、途中からリハビリテーションが必要になった場合には、リハビリテーションの提供を開始した日以降の日数を計算に用いることで差し支えない。

問5 新たに複数の病室に対して地域包括ケア入院医療管理料の届出をする場合、実績要件は、届出を行う病室毎に満たす必要があるのか。それとも新たに届出を行う病室の合計で満たしていれば良いのか。

答 新たに届出を行う病室の合計で実績要件を満たしていれば良い。

特定入院料

A310緩和ケア病棟入院料

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問53 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料において、「公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院」とあるが、従前の公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価の「緩和ケア機能」の認定を受けている場合は対象となるのか。

答 対象となる。

問54 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料の施設基準である「がん診療連携（編注；がん診療）の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。」について、下記は該当すると考えてよいか。

- ① 公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定
- ② ISO（国際標準化機構）9001の認証

答 ①及び②ともに該当する。

特定入院料

A311精神科救急急性期医療入院料

疑義解釈資料 令和6年改定

その27（令和7年5月29日・事務連絡〈別添〉）

問1 「A311」精神科救急急性期医療入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、「A311-3」精神科救急・合併症入院料及び「A249」精神科急性期医師配置加算1の施設基準において、算定を行う病棟における常勤の精神保健指定医を配置することとされており、また、「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準において、算定を行う病棟又は治療室における小児医療及び児童・思春期の精神医療に関し経験を有する常勤の医師を配置することとされているが、当該医師は配置されている病棟又は治療室に係る業務以外の業務を行うことはできるか。

答 当該病棟又は治療室における業務に従事した上で、外来業務等のそれ以外の業務に従事することは可能。

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【精神科救急医療体制加算】

問126 区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準における「地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書」とは、具体的にはどのようなものか。

答 当該加算の届出を行う保険医療機関が所在する都道府県等において、都道府県等精神科救急医療体制連絡調整委員会又は圏域ごとの精神科救急医療体制若しくは身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会（精神科救急医療体制整備事業）における意見を踏まえて当該保険医療機関が120床を超えて精神科救急医療に対応する病床数を確保することが必要であると認定された文書をいう。具体的には、以下の事項を含むものであること。

- ・ 地域において精神科救急医療体制を整備するに当たり、届出保険医療機関において、

120床を超えた精神科救急医療に対応する病床が必要であること。

- ・ 精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）等からの依頼を断らずに当該保険医療機関において患者を受け入れていること又は受け入れられない事例について、都道府県等精神科救急医療体制連絡調整委員会等に対して患者の受療調整状況及び事例の件数を報告していること。

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添・医科〉）

【精神科救急医療体制加算】

問5 区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準のうち、「当該病棟における病床数が120床以下であること」については、当該基準に係る経過措置により、令和4年3月31日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床を超える場合であっても、当該基準に該当するものとみなされるのか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問42 区分番号「A249」精神科急性期医師配置加算、区分番号「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料の施設基準において、「（略）クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち、4割（6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、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者とは、当該保険医療機関の他の病棟から転棟した患者のみを指すのか。

答 転棟かどうかにかかわらず、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者を指す。

【看護職員夜間配置加算】

問11 夜間看護体制加算（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10〔注11〕、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3（編注；、A304地域包括医療病棟入院料の注8））、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5〔注4〕、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5〔注4〕）（編注；A304地域包括医療病棟入院料の注10））（編注；、時間外受入体制強化加算（A307小児入院医療管理料の注8）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、例えば、4月1日の18時から24時を越えて夜勤を行った場合には、4月3日に暦日の休日を確保するということか。

答 そのとおり。

問12 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること」について、どのような勤務体制がとられていれば要件を満たすか。

答 深夜や早朝における患者の状態等に対応する業務量を把握した上で、早出や遅出等を組み合わせた勤務体制をとること。なお、勤務者の希望を加味した上で、1か月の間に10日以上、早出や遅出等の活用実績があることが望ましい。また、早出及び遅出の勤務時間には、各保険医療機関が定めた夜勤時間帯（午後10時から午前5時までの時間を含

めた連続する16時間)のうち少なくとも2時間を含むこと。

問13 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること」について、どの程度の実績があればよいか。

答 少なくとも月に1人は利用実績があること。また、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)の問49の①は廃止する。

問14 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること」について、

① 具体的にはどのようなものを活用することが想定されるか。

② 1年に1回以上実施する看護要員による評価の方法に関する規定はあるのか。

答① 看護記録の音声入力、AIを活用したリスクアセスメント、ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等が例として挙げられる。単にナースコール、心電図又はPSO₂モニター、電子カルテ等を用いていること等は該当しない。

② 看護要員の業務負担軽減に資するものとなっているかどうかを評価し、それをもとに活用方法等を検討することが可能であれば、具体的な手法については定めていない。

その62(令和3年3月31日・事務連絡〈別添・医科〉)

問2 夜間看護体制加算(区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の注10(編注;注11)、「A207-3」急性期看護補助体制加算の注3、「A214」看護補助加算の注3(編注;A304地域包括医療病棟入院料の注7))、「A207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算(「A311」精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の注5【注4】、「A311-3」精神科救急・合併症入院料の注5【注4】(編注;A304地域包括医療病棟入院料の注9))の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日確保されていること」について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象となるか。

答 「疑義解釈資料の送付について(その4)」(平成28年6月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡)問9と同様に、勤務時間に午後10時から翌日5時までの時間帯が一部でも含まれる場合は、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象とする。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1(平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉)

問112 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く。)件数や入院件数等の実績は直近1年間という理解でよいか。

答 そのとおり。

問114 精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】の施設基準において、「なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行したものとして計上しない。」の文言が削除されたが、これは平成30年3月31日以前に精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】に入院し、4月1日以降に退院した患者についても適用されるのか。

答 そのとおり。

【看護職員夜間配置加算】

問53 地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料【現・精神科救急急性期医療入院料】、精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算については、

① 同一医療機関に同一の入院料を算定する病棟が複数ある場合、病棟全てで当該加算を届けなければならないか。

② 毎日、各病棟に看護師【現・看護職員】3人以上の配置が必要か。

答① 病棟ごとに届け出ることが可能である。

② 夜勤帯において常時16対1を満たす必要があり、その上で病棟ごとに3人以上の配置の場合に算定できる。例えば、入院患者数が32人以下で、配置が2名となった場合は、16対1は満たしているが3人以上配置ではないため、当該日のみ算定できない。

疑義解釈資料 平成30年改定前

（平成20年5月9日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問20 「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り扱いについて」において規定されている、精神科救急入院料（編注；精神科救急急性期医療入院料）及び精神科急性期治療病棟入院料の延べ入院日数の要件における「新規患者」とは、どのような患者を指すのか。

答 当該病棟への入院日が当該特定入院料の起算日に当たる患者であって、当該病棟に入院してから3ヶ月以内の患者をいうものである。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A103 精神病棟入院基本料」、「A249 精神科急性期医師配置加算」を参照

特定入院料

A311-2精神科急性期治療病棟入院料

A311-3精神科救急・合併症入院料

疑義解釈資料 令和6年改定

その27（令和7年5月29日・事務連絡〈別添〉）

問1 「A311」精神科救急急性期医療入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、「A311-3」精神科救急・合併症入院料及び「A249」精神科急性期医師配置加算1の施設基準において、算定を行う病棟における常勤の精神保健指定医を配置することとされており、また、「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準において、算定を行う病棟又は治療室における小児医療及び児童・思春期の精神医療に関し経験を有する常勤の医師を配置することとされているが、当該医師は配置されている病棟又は治療室に係る業務以外の業務を行うことはできるか。

答 当該病棟又は治療室における業務に従事した上で、外来業務等のそれ以外の業務に従事することは可能。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A311 精神科救急急性期医療入院料」、「A103 精神病棟入院基本料」、「A249 精神科急性期医師配置加算」を参照

特定入院料

A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料

疑義解釈資料 令和6年改定

その27（令和7年5月29日・事務連絡〈別添〉）

問1 「A311」精神科救急急性期医療入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、「A311-3」精神科救急・合併症入院料及び「A249」精神科急性期医師配置加算1の施設基準において、算定を行う病棟における常勤の精神保健指定医を配置することとされており、また、「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準において、算定を行う病棟又は治療室における小児医療及び児童・思春期の精神医療に関し経験を有する常勤の医師を配置することとされているが、当該医師は配置されている病棟又は治療室に係る業務以外の業務を行うことはできるか。

答 当該病棟又は治療室における業務に従事した上で、外来業務等のそれ以外の業務に従事することは可能。

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問82 A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料を病室単位で算定する場合、病棟全体で児童・思春期精神科入院医療管理料の看護配置を満たす必要があるのか。

答 病棟全体で看護配置を満たす必要がある。

問83 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料を届け出している病棟の一部病室でA311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料の届出は可能か。

答 できない。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A103 精神病棟入院基本料」を参照

特定入院料

A312精神療養病棟入院料

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問64 区分番号「A312」精神療養病棟入院料を算定する病棟に配置されている作業療法士が、当該保険医療機関における疾患別リハビリテーションの専従の常勤作業療法士を兼ねることはできるか。

答 不可。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1〉）

問115 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する常勤精神科医師の外来業

務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週 2 日以内とされているが、2 日間の従事時間を 3 日以上に分割して当該業務に従事することは可能か。

答 可能。

疑義解釈資料 平成28年改定

その 2（平成28年 4 月25日・事務連絡〈別添 1〉）

問10 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する精神科医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務については、週 2 日以内とされているが、週 2 日以外の日措置診察等に対応することが可能か。

答 予定外の緊急の重症患者への対応及び精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）については、外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務に含めず、必要に応じ従事することができる。

疑義解釈資料 平成26年改定

その 1（平成26年 3 月31日・事務連絡〈別添 1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

問20 精神療養病棟に入院する患者に対して指定される退院支援相談員と当該精神療養病棟において精神保健福祉士配置加算によって病棟専従配置された精神保健福祉士は兼務可能か。

答 退院支援相談員が当該精神療養病棟の入院患者に対してのみ指定される場合に限り、可。

その 2（平成26年 4 月 4 日・事務連絡〈別添 1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

問17 複数病棟分届出があった場合、在宅〔自宅等〕へ移行した割合については、病棟単位で要件を満たす必要があるか。

答 その通り。

その 7（平成26年 6 月 2 日・事務連絡〈別添 1〉）

【精神保健福祉士配置加算】

問 3 精神病棟入院基本料等の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟（A）へ入院した患者が当初の入院日から起算して 1 年以内に在宅〔自宅等〕へ移行した場合であって、以下のケースに該当した場合、当該加算の在宅移行率計算における分母、分子の取扱いはどのようになるのか。

- ① 当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟（B）へ転棟した後に、在宅へ移行した場合
- ② 当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定しない病棟（C）へ転棟した後に、元の配置加算病棟（A）へ転棟し、その後在宅へ移行した場合
- ③ 当該患者が在宅へ移行した後に、元の配置加算病棟（A）へ入院期間が通算される再入院をし、その後、最初の入院日から起算して 1 年以内に在宅へ移行した場合

答① 病棟（B）において、分母・分子に計上し、病棟（A）においては分母・分子ともに計上しない。

② 病棟（A）において、分母に 1 回目の入棟のみを計上し、分子は在宅移行時を計上する。

③ 病棟（A）において、1 回目の入棟を分母に計上し、最後の在宅移行を分子に計上

する。（１回目の在宅移行、再入院は計上しない。）

なお、当該加算における在宅移行率の届出にあたっては、精神保健福祉士が配置されている期間の実績のみをもって届け出ることとする。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A103 精神病棟入院基本料」、「A249 精神科急性期医師配置加算」、「A311 精神科救急急性期医療入院料」を参照

特定入院料

A314認知症治療病棟入院料

疑義解釈資料 平成30年改定

その１（平成30年３月30日・事務連絡〈別添１〉）

問118 生活機能回復のための訓練及び指導について、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えないこととされたが、この場合、認知症患者リハビリテーション料に規定される専用の機能訓練室又は精神科作業療法に規定される専用の施設は、認知症治療病棟入院料に規定される専用の生活機能回復訓練室と兼用することが可能か。

答 認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法が認知症治療病棟に入院している患者に対して行われる場合に限り、生活機能回復訓練室と兼用して差し支えない。

疑義解釈資料 平成24年改定

その１（平成24年３月30日・事務連絡〈別添１〉）

問88 A314認知症治療病棟入院料を算定する病棟において、準夜帯には看護要員が３人いるが、深夜帯にいない場合は認知症夜間対応加算を算定してよいか。

答 算定できない。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A312 精神療養病棟入院料」を参照

特定入院料

A318地域移行機能強化病棟入院料

疑義解釈資料 令和６年改定

その１（令和６年３月28日・事務連絡〈別添１・医科〉）

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。

疑義解釈資料 平成30年改定

その１（平成30年３月30日・事務連絡〈別添１〉）

問119 地域移行機能強化病棟入院料における「自宅等への退院」の要件について、特別養護老人ホームは患家に含まれるという理解でよいのか。

答 そのとおり。

疑義解釈資料 平成28年改定

その1（平成28年3月31日・事務連絡〈別添1〉）

問87 入院患者数が40人超の地域移行機能強化病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を精神保健福祉士とみなして、15対1の看護職員等の配置（看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士で構成されるもの）に含めることは可能か。

答 当該専従の社会福祉士を15対1の看護職員等の配置に含めることはできない。

問88 入院患者数が40人超の病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を退院支援相談員に指定することができるか。

答 精神障害者に関する業務に従事した経験3年以上を有する場合には、退院支援相談員に指定することができる。

問89 精神科地域移行実施加算の算定に必要な退院患者数の実績に、地域移行機能強化病棟からの退院患者数を含めることができるか。

答 できる。

問90 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における自宅等に退院した患者の数に係る実績について、自宅等に退院した後間もなく再入院した患者について、自宅等に退院した患者に含めることが可能か。

答 退院時に、自宅等での生活が3か月以上続くことが見込まれる患者については、自宅等への退院患者に含めることができる。

その5（平成28年6月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における「当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者」について、身体合併症の診療のために別の保険医療機関に短期間転院し、引き続き再度当該保険医療機関に転院した患者のうち、当該保険医療機関の入院期間を合算して1年以上の患者を含めることができるか。

答 このような場合であって、当該保険医療機関への再入院が、入院期間が通算される入院である場合に限り、当該保険医療機関の入院期間を合算して1年以上の患者を含めることができる。

※疑義解釈資料については、上記のほか、「A103 精神病棟入院基本料」、「A312 精神療養病棟入院料」を参照

特定入院料

A319特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

疑義解釈資料 令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

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。

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（編注；「1」から「4」）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。

疑義解釈資料 令和4年改定

その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問128 区分番号「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ける専従の常勤の管理栄養士の配置について、専従の非常勤の管理栄養士を2名以上配置して常勤換算することにより、当該基準の該当性を判断してよいか。

答 不可。

問129 区分番号「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ける専従の常勤医師の配置について、専従の非常勤医師を2名以上配置して常勤換算することにより、当該基準の該当性を判断してよいか。

答 不可。

短期滞在手術等基本料【施設基準・第十】

A400短期滞在手術等基本料

疑義解釈資料 令和4年改定

その7（令和4年4月28日・事務連絡〈別添〉）

問14 区分番号「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1の施設基準における「短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴うものに限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること」について、「全身麻酔」とは、具体的には何を指すのか。

答 医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち、区分番号「L007」開放点滴式全身麻

酔及び区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔（編注；L007吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）及びL008声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔）を指す。

歯科の施設基準等（基本診療料）

通則事項（届出関係・研修の実施形態）

疑義解釈資料 令和6年改定

その4（令和6年5月10日・事務連絡〈別添〉）

問1 初診料の注1、地域歯科診療支援病院歯科初診料、歯科外来診療医療安全対策加算1、歯科外来診療医療安全対策加算2、歯科外来診療感染対策加算1、歯科点数表の初診料の注16、再診料の注12、小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算、在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院の施設基準に規定する各研修について、オンライン会議システムやWEB配信を含むe-learning形式等を活用し、研修を実施することは可能か。

答 可能。ただし、オンライン会議システムやe-learning形式等を活用して研修を実施する場合は、出席状況の確認、研修時間の確保、受講者からの質問への対応、研修内容の理解度の確認等が行えるような形式で実施すること。

例えば、

- ・オンライン会議システムを活用する場合、受講者は原則としてカメラをオンにし、主催者が出席状況を確認できるようにする。
- ・e-learning形式の場合、主催者が、受講者の学習時間、進捗状況を含め受講前後のテスト等の実施により研修の完了を把握する。
- ・受講者からの質問等について、オンライン会議システムの場合は、チャットシステムや音声発信を用いることや、e-learning形式の場合は、別途質問を受け付け、回答できるような運用を行い、必要に応じ質問・回答について研修会のWebページに掲載する。

などが考えられる。

歯科初・再診料

A000・注1 歯科外来診療の院内感染防止対策

疑義解釈資料 令和2年改定

その1（令和2年3月31日・事務連絡〈別添3〉）

問1 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、どのような内容の研修を実施すべきか。

答 院内感染防止対策については、標準予防策、医療機器の洗浄・消毒・滅菌、感染性廃棄物の処理等が考えられるが、各保険医療機関の実情に応じて、実施されたい。

問3 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修の講師は管理者等が実施するものでよいか。

答 そのとおり。

問4 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、医療関係団体等が主催する研修（通信によるものを含む）に変えても差し支えないか。

答 差し支えない。

疑義解釈資料 平成30年改定

その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添3〉）

問3 初診料の注1に規定する施設基準について、通知において、「口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染予防対策を講じていること」とあり、様式2の6において「滅菌器」の製品名等の記載が必要であるが、具体的にどのようなものが該当するのか。

答 「滅菌器」に該当する装置（医療機器）の一般的名称が、

- ・包装品用高压蒸気滅菌器
- ・未包装品用高压蒸気滅菌器
- ・小型包装品用高压蒸気滅菌器
- ・小型未包装品用高压蒸気滅菌器

等であり、添付文書（または取扱説明書）の使用目的に器具機材の滅菌が可能なが記載されている装置が該当する。なお、アルコール等を使用した高压蒸気による滅菌を行う医療機器についても該当する。

なお、器具除染用洗浄器など、使用目的が手術器具等の消毒である装置は該当しない。

その4（平成30年5月25日・事務連絡〈別添2〉）

問1 主として歯科訪問診療を実施する診療所（直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の診療所）が、歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出を行う場合において、様式2の6及び様式2の7の「当該保険医療機関の保有する歯科用ハンドピース（歯科診療室用機器に限る）」及び「歯科用ユニット数」はどのように記載すればよいか。

答 歯科用ハンドピースについては、歯科診療室で使用するものと歯科訪問診療の際に使用するものを合算した保有数を記載すること。

なお、主として歯科訪問診療を実施する診療所以外の歯科医療機関においても、歯科訪問診療の際に使用する歯科用ハンドピースの保有数を合算した保有数を記載しても差し支えない。

歯科用ユニット数については、診療室の歯科用ユニット数及び歯科訪問診療の際に使用する歯科用ポータブルユニット及び携帯型マイクロモーターの保有数を合算した数を記載すること。

その5（平成30年7月10日・事務連絡〈別添2・歯科〉）

問1 初診料の注1に規定する施設基準において、「歯科外来診療の院内感染防止対策に係る〔標準予防策及び新興感染症に対する対策の〕研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。」とされているが、休日・夜間診療所など、院内感染防止対策を行っているが医療機関の特性上、常勤歯科医師を配置することが困難である場合はどのようにすればよいか。

答 当該施設基準は、常勤歯科医師が配置されていることが原則であるが、次の(1)～(3)に該当し、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理等の院内感染防止対策が実施されている医療機関であって、非常勤歯科医師（当該医療機関の管理者に相当する者又は主に院内感染防止対策を担当する者等）が必要な研修を受講している場合については、当該医療機関の院内感染防止対策を行う歯科医師を常勤歯科医師に準じるものとして取り扱う。この場合において、様式2の8〔様式2の6〕の受講者名の欄には、研修を受講した非常勤歯科医師名を記載する（研修を受講した歯科医師が複数名いる場合は、当該医療機関の管理者に相当する者又は主に院内感染防止対策を担当する者等の氏名の左に○を記載すること。）。

- (1) 自治体や地域の歯科医師会が開設する（自治体から委託又は補助金等を受けているものも含む）休日・夜間の急患や障害児（者）等を対象とする歯科医療機関であり、非常勤歯科医師が当番制で診療を担当している場合

- (2) 歯科を標榜する病院（歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科のいずれかを標榜）であり、歯科診療については非常勤歯科医師のみで行っている場合
- (3) その他、医療機関の特性上、常勤歯科医師の配置が困難であると認められる特段の理由がある場合
- (3)に該当すると考えられる場合においては、医療機関の現況（開設者、管理者、診療時間、非常勤歯科医師数及び勤務体制、当該医療機関が対象とする患者、診療内容等）と常勤歯科医師の配置が困難である理由を記載した理由書を地方厚生（支）局長に提出し、当該施設基準該当の適否について判断を求める。

歯科初・再診料

A 000・2地域歯科診療支援病院歯科初診料

疑義解釈資料 平成24年改定

その1（平成24年3月30日・事務連絡〈別添3〉）

問1 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準における初診の患者数の取扱いについて、休日診療等に係る輪番制に参画している保険医療機関において、紹介によらない救急の初診患者の取扱如何。

答 休日等における救急医療の確保のために診療を行っている保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における初診患者については、初診の患者数から除外して差し支えない。

歯科初・再診料

A 000・注10 A 002・注9 歯科外来診療医療安全対策加算

疑義解釈資料 令和6年改定

その4（令和6年5月10日・事務連絡〈別添4〉）

問2 歯科外来診療医療安全対策加算1の施設基準に係る届出書添付書類（様式4）の「8 医療安全対策に係る体制」の「① 公益財団法人日本医療機能評価機構が行う、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への登録状況」について、登録完了年月日を記載することとなっているが、当該施設基準の新設に伴い、登録しようとする歯科医療機関数が多く、「参加登録申請書」を郵送後、本登録までに時間を要する場合、本登録完了まで当該施設基準の届出を行うことができないのか。

答 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加登録の申請が行われ、「参加登録申請書」の郵送を行った場合は、仮登録完了時に機構から送付される「仮登録のお知らせ」の電子メールの受信日を「登録完了年月日」欄に記載し、日付の前に（仮登録）と記載することで差し支えない。その場合は、当該機構から送付される「仮登録のお知らせ」の電子メール（又はその写し）を本登録が完了するまで保存すること。

また、本登録が完了すると本登録が完了した旨の電子メールが当該機構から送信されるが、仮登録から一定期間が経過しても本登録が完了した旨の電子メールが届かない場合は、当該機構に問い合わせを行うこと。

なお、本登録が完了した歯科医療機関（参加登録歯科診療所）は、当該機構のWeb ページでも確認が可能である。（本登録完了から約1か月程度で掲載。）

(参考) 公益財団法人日本医療機能評価機構
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業参加登録歯科診療所一覧
<https://www.med-safe.jp/dental/contents/register/index.html>

その22 (令和7年3月24日・事務連絡〈別添〉)

問1 歯科外来診療医療安全対策加算について、「疑義解釈資料の送付について(その4)」(令和6年5月10日事務連絡)別添4の**問2**において、本登録までに時間を要する場合であって、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加登録の申請を行い、「参加登録申請書」の郵送を行った場合は、仮登録である旨を届出書添付書類(様式4)に記載すれば届出を行うことができるとされているが、当該機構の Web ページから参加登録の申請のみを行い、「参加登録申請書」の郵送を行っていない場合についてはどのような対応をすればよいのか。

答 当該機構のWebページから参加登録の申請のみを行い、「参加登録申請書」を郵送していない場合は、当該施設基準を満たさないため、当該機構へ「参加登録申請書」の郵送を行う必要がある。

なお、当該事業に参加するためには、当該機構のWebページで参加登録の申請を行った上で、当該機構へ「参加登録申請書」を郵送する必要がある、本登録が完了すると本登録が完了した旨の電子メールが当該機構から送信される。

また、本登録完了から約1か月程度で、本登録が完了した歯科医療機関(参加登録歯科診療所)として、当該機構の Web ページに掲載される。

(参考) 公益財団法人日本医療機能評価機構
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業参加登録歯科診療所一覧
<https://www.med-safe.jp/dental/contents/register/index.html>

疑義解釈資料 平成28年改定

その5 (平成28年6月30日・事務連絡〈別添2〉)

問4 「歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を有していること。」とあるが、歯科用吸引装置は、歯科ユニット毎に固定式の装置が設置されている必要があるか。

答 可動式の歯科用吸引装置であっても、歯科診療所の規模に応じて適切な数が用意されていれば、必ずしも固定式で歯科ユニット毎に設置されている必要はない。

その6 (平成28年9月1日・事務連絡〈別添1〉)

問19 「疑義解釈資料の送付について(その5)」(平成28年6月30日事務連絡)において、「可動式の歯科用吸引装置であっても、歯科診療所の規模に応じて適切な数が用意されていれば、必ずしも固定式で歯科ユニット毎に設置されている必要はない。」とあるが、固定式の歯科用吸引装置のみを設置する場合は、すべての歯科ユニットの台数と同数の歯科用吸引装置を設置されていることが必要か。

答 歯科診療所の規模及び診療内容に応じて、歯科用吸引装置の使用が必要な治療を行う患者に対しては歯科用吸引装置が設置されている歯科ユニットが使用できるような体制が確保されている場合においては、必ずしもすべての歯科ユニットに固定式の歯科用吸引装置が設置されている必要はない。

歯科初・再診料

A000・注15医療DX推進体制整備加算(令和8年改定により)

電子的歯科診療情報連携体制整備加算に再編)

疑義解釈資料 令和6年改定

その1 (令和6年3月28日・事務連絡〈別添5・歯科〉)

問12・問13 →同事務連絡〈別添1・医科〉の問17・問18と同様

※本冊子当該箇所参照

医その1 (令和6年9月3日・事務連絡〈別添2・歯科〉)

問2 保険医療機関は、自らの「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」・「オンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率」をどのように把握すればよいか。

答 社会保険診療報酬支払基金から毎月中旬頃に電子メールにより通知される予定である。なお、「医療機関等向け総合ポータルサイト」にログインして確認することも可能である。

(参考) 医療機関等向け総合ポータルサイト

<https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm>

DXその1 (令和7年2月28日・事務連絡〈別添2・歯科〉)

問3 保険医療機関の責めによらない理由により、マイナ保険証利用率が低下することもあると考えられ、その場合に医療DX推進体制整備加算が算定できなくなるのか。

答 その時点で算出されている過去3か月間で最も高い「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」率を用いて算定が可能である。

なお、これに伴い、「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年9月3日事務連絡)別添2の問3は廃止する。

問4 当該加算の施設基準通知において、「医療DX推進体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。」とあるが、具体的にはどのように用いることができるのか。

答 例えば令和7年4月分の当該加算算定におけるマイナ保険証利用率については、同年1月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が適用されるが、令和6年11月あるいは12月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

なお、これに伴い、「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年9月3日事務連絡)別添2の問5は廃止する。

歯科初・再診料

A000・注16/A002・注13情報通信機器を用いた歯科診療

疑義解釈資料 令和6年改定

その3 (令和6年4月26日・事務連絡〈別添〉)

問15 厚生労働省「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」において、「厚生労働省が定める研修受講することにより、オンライン診療を実施するために必須

となる知識を習得しなければならない。」とあるが、歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注13に掲げる施設基準に係る届出を行う場合、当該研修を受講しなければ届出はできないのか。

答 そのとおり。（後略）