

疑義解釈（その 1）

【施行時期後ろ倒し】

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

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

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

（答） それぞれ以下のとおり。

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

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

令和6年6月3日までに新施設基準による届出を行う必要がある。

なお、当該届出を行った保険医療機関については、経過措置終了時期（例えば令和6年10月1日）の再度の届出は必要ない。

【共通事項】

問1 「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）における「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「O101」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「O102」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（以下単に「ベースアップ評価料」という。）の施設基準において、「令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。」とあるが、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いてよいか

（答） 差し支えない。

問2 「看護職員処遇改善評価料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4年9月5日事務連絡）別添の問18において、「A500」看護職員処遇改善評価料について、賃金改善に伴い増加する賞与、時間外勤務手当等、法定福利費等の事業者負担分及び退職手当については、「基本給等の引き上げにより増加した分については、賃金改善の実績額に含めてよい。ただし、ペア等には含めないこと。」とされていたが、ベースアップ評価料についても同様か。

（答） ベースアップ評価料は、対象職員のペア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。

問3 医科点数表における「O000」及び歯科点数表における「P000」看護職員処遇改善評価料（以下単に「看護職員処遇改善評価料」という。）並びにベースアップ評価料の施設基準において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金（超過勤務手当）や賞与に反映させる必要はあるのか。

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

問4 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、対象職員の賃金の改善措置を実施する具体的方法（金額・割合等）について、職員に応じて区分することは可能か。

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

問5 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、基本給等について、常勤職員へは当月払いし、非常勤職員へは翌月払いしている場合、賃金の実績額及び改善実施期間はどのように判断すべきか

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

問6 ベースアップ評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。

（答） 原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。ただし、届出時点において「賃金改善計画書」の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる。

問7 ベースアップ評価料の施設基準において、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、『賃金改善計画書』の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知することとされているが、周知の具体的方法如何。

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

問8 ベースアップ評価料について、区分変更を行う場合はどのような届出が必要か。

(答) それぞれ以下のとおり。

- 保険医療機関（医科）については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要
- 保険医療機関（歯科）については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要
- 訪問看護ステーションについては、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準に係る届出書添付書類」が必要

なお、いずれの場合についても「賃金改善計画書」については、更新する必要はない。

問9 「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「06」訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の施設基準において、令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2分5厘以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4分5厘以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができることとされているが、基本給等の引き上げ率についてどのように考えればよいか。

(答) 引き上げ率の確認については、次のいずれかの方法で行うこと。

- ① 給与表等に定める対象職員の基本給等について、令和5年度と比較し、令和6年度に2.5%又は令和7年度に4.5%の引き上げになっているかを確認する。
- ② 以下の計算式により基本給等の改善率を算出する。

当該年度において基本給等が引き上げられた後の
対象職員の1月当たりの基本給等の総額
－ 令和5年度における1月当たりの対象職員の
基本給等の総額
－ 定期昇給がある場合にあっては1月あたりの
対象職員の基本給等の引き上げ額のうち
定期昇給相当額の総額

×100 (%)

令和5年度における1月当たりの基本給等の総額

問10 問9について、給与表等の存在しない医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、令和5年度と令和6年度及び令和7年度を比較して対象職員の変動がある場合、計算式中の対象職員の基本給等の総額について、どのように考えたらよいか。

(答) 令和5年度及び令和6年度又は令和7年度のいずれの年度においても在籍している対象職員について、計算式に則り算出を行う。ただし、いずれの年度においても在籍している対象職員が存在しない等の理由でこの方法による算出が困難な場合においては、各年度における全ての対象職員の基本給等の総額を用いて算出を行ってもよい。

問11 ベースアップ評価料において、「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)の別表4のミ及び「訪問看護ステーションの基準に係る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7号)の別表1のミ「その他医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。)」とは、具体的にどのような職員か。

(答) 別表4又は別表1のア～マに該当しない職種の職員であって、医療機関又は訪問看護ステーションにおける業務実態として、主として医療に従事しているものを指す。ただし、専ら事務作業(医師事務作業補助者、歯科業務補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。)を行うものは含まれない。

問12 看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料についての施設基準における対象職員には、「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」別表4又は「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」別表1に含まれる職種であって、派遣職員など、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションに直接雇用されていないものも含むのか。

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

問13 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準において、「【B】に基づき、別表5に従い該当するいずれかの区分を届け出ること。」とあるが、「該当するいずれかの区分」について、どのように考えればよいか。

（答） 例えば、【B】の値が3.0である場合については、保険医療機関（医科）は「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2」又は「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3」のいずれか、保険医療機関（歯科）は「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2」又は「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3」のいずれかを届け出ることができる。
なお、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）についても同様の取扱いとなる。

問14 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準における「国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額」について、具体的な範囲如何。

（答） 国、地方公共団体及び保険者等が交付する収入金額であって、保険医療機関等に交付されているものを指す。例えば、地方自治体による単独の補助事業、保険者が委託する健診、病院の運営に当てられる地方自治体からの繰入金等が含まれる。

問15 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準において、「常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。」とされているが、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションの職員の退職又は休職等により、要件を満たさなくなった場合についてどのように考えれば良いか。

（答） 常勤換算の職員が2名を下回った場合は、速やかに地方厚生（支）局長に届出の変更を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定を行わないこと。ただし、暦月で3か月を超えない期間の一時的な変動の場合はこの限りではない。

問 16 看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の対象となる職員には、労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業、同条第 2 号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第 23 条第 2 項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第 1 項の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の職員等も含むのか。

（答） 含まない。

問 17 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、賃金改善に伴い増加する法定福利費等について、どのような範囲を指すのか。

（答） 次の①及び②を想定している。

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

問 18 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の施設基準において、「対象医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。」とあるが、具体的にどのような対応が必要か。

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

【医科点数表関係】

問 19 「看護補助者処遇改善事業補助金」や旧医科点数表の「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料によりすでに賃金改善を実施している場合について、どのように考えればよいか。

(答) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び入院ベースアップ評価料の算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の計算にあたり、それらの額は含めないものとする。
また、令和6年4月及び5月にそれらを用いて賃金改善を実施している場合には、「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」における賃金改善の見込み額及び実績額の記載にあたり、ベースアップ評価料以外によるベア等実施分に含めるものとする。

問 20 外来診療及び在宅医療を実施しておらず、入院医療のみを実施している保険医療機関について、ベースアップ評価料の届出及び算定についてどのように考えればよいか。

(答) 「O 1 0 0」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び「O 1 0 2」入院ベースアップ評価料の届出を行った上で、「O 1 0 2」入院ベースアップ評価料のみを算定する。

問 21 外来即入院となった患者について、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)を算定した上で、「O 0 0 0」看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を同日に算定することは可能か。

(答) 算定可能。

問 22 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関において、看護職員処遇改善評価料に係る賃金改善計画書及び賃金改善実績報告書の記載はどのようにすればよいか。

(答) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び入院ベースアップ評価料による賃金改善の見込み額については、賃金改善計画書における「Ⅲ. 賃金改善の見込み額」及び賃金改善実績報告書における「Ⅱ. 賃金改善の実績額」には含めないこと。

問 23 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料において、「延べ入院患者数」については、どのように算出するのか。

(答) 延べ入院患者数は、第 1 節入院基本料、第 3 節特定入院料又は第 4 節短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）を算定している患者を対象として、毎日 24 時現在で当該保険医療機関に入院していた患者の延べ数を計上する。ただし、退院日は延べ入院患者数に含め、また、入院日に退院又は死亡した患者も延べ入院患者数に含める。

問 24 問 23 について、自由診療や労災保険による患者について、「延べ入院患者数」に計上するのか。

(答) 自由診療の患者については、計上しない。公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

問 25 問 23 について、救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合、「延べ入院患者数」に計上するのか。

(答) 計上する。

問 26 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準において、「医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）を算定していない保険医療機関であること。」とされているが、算定していない期間等、具体的内容如何。

(答) 直近 3 か月において入院料等を算定していない保険医療機関をいう。
ただし、直近 3 か月の 1 月あたり平均延べ入院患者数が 30 人未満の保険医療機関については、当該要件に該当するものとみなして差し支えない。

問 27 問26について、「直近 3 か月の 1 月あたり平均延べ入院患者数が30人未満の保険医療機関については、当該要件に該当するものとみなして差し支えない。」とされているが、当該要件に該当している保険医療機関において、入院ベースアップ評価料の届出を行うことは可能か。

(答) 可能。ただし、外来ベースアップ評価料(Ⅱ)と両方の届出を行うことはできない。

問 28 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料については、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料(「A 4 0 0」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定している患者について算定するとされているが、外泊期間中であって、入院基本料の基本点数又は特定入院料の 15%又は 30%を算定する日においても、算定可能か。

(答) 算定可。

【歯科点数表関係】

問 29 問 19 から問 28 について、保険医療機関(歯科)であって、入院医療の体制を有する場合についても、同様の取扱いになるということか。

(答) そのとおり。

【歯科診療特別対応加算】

問 1 初診時歯科診療導入加算に代わって、歯科診療特別対応加算2が新設されたが、歯科診療特別対応加算2について、初診時のみではなく再診時でも算定可能か。

(答) 算定要件を満たす場合は、再診時でも算定可能。

【歯科外来診療感染対策加算】

問2 令和6年度診療報酬改定前の歯科点数表（以下「旧歯科点数表」という。）の「A000」初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算1の届出を行っていた歯科医療機関における、令和6年6月1日以降の歯科外来診療感染対策加算の経過措置の取扱いについて、どのように考えればよいか。

（答） それぞれ以下のとおり。

① 令和6年3月31日時点で歯科外来診療環境体制加算1の届出を行っている歯科医療機関が歯科外来診療感染対策加算1を算定する場合令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要はない。この場合においては、令和7年6月1日以降も歯科外来診療感染対策加算1を引き続き算定する場合は、届出を行う必要がある。

② 令和6年3月31日時点で歯科外来診療環境体制加算1の届出を行っている歯科医療機関が歯科外来診療感染対策加算2を算定する場合令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要がある。なお、この場合において、経過措置は適用されるが、令和7年6月1日以降においても歯科外来診療感染対策加算2を引き続き算定する場合は、再度届出を行う必要がある。ただし、新施設基準を全て満たした上で届出を行った歯科医療機関については、再度届出を行う必要は無い。

なお、令和6年3月31日時点で歯科外来診療環境体制加算1の届出を行っていない歯科医療機関が歯科外来診療感染対策加算1又は2を算定する場合は、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る。ただし、この場合において、経過措置は適用されない。

【医療情報取得加算】

問3 「A000」初診料の「注14」及び「A002」再診料の「注11」に規定する医療情報取得加算（以下単に「医療情報取得加算」という。）について、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）により患者の診療情報等の取得を試みた結果、患者の診療情報等が存在していなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。

（答） 医療情報取得加算2又は医療情報取得加算4を算定する。

問4 医療情報取得加算について、患者が診療情報等の取得に一部でも同意しなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。また、マイナ保険証が破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。

（答） いずれの場合も、医療情報取得加算1又は医療情報取得加算3を算定する。

問 5 医療情報取得加算について、情報通信機器を用いた診療を行う場合であっても算定できるのか。

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

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

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

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

問 6 「A 0 0 0」初診料の「注 14」に規定する医療情報取得加算 1 又は 2 について、別紙様式 5 を参考とした初診時間診票は、「A 0 0 0」初診料を算定する初診において用いることでよい。

(答) よい。その他外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報取得加算 1 又は 2 を算定するときには、別紙様式 5 を参考とした初診時間診票を用いること。

問 7 医療情報取得加算 1 又は 2 について、初診時間診票の項目について別紙様式 5 を参考とする
とあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。
また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよい。

(答) 別紙様式 5 は初診時の標準的な問診票(紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。)の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要せず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。

なお、患者情報の取得の効率化の観点から、オンライン資格確認により情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。

問8 医療情報取得加算1又は2について、初診時間診票の項目について別紙様式5を参考とする
とあるが、令和6年6月1日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか。

(答) 必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式5に示された問診票の項目
等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している
内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること。

問9 「A002」再診料の「注11」に規定する医療情報取得加算3及び4について、「算定に
当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等
により確認する。」とあるが、再診時にすべての項目について問診を必ず行う必要があるのか。

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

【医療DX推進体制整備加算】

問10 「A000」初診料の「注15」に規定する医療DX推進体制整備加算（以下「医療DX
推進体制整備加算」という。）の施設基準において、「オンライン資格確認等システムの
活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等（以下この項において「診療情報等」という。）
を診療を行う診察室、手術室又は処置室等（以下「診察室等」という。）において、医師等
が閲覧又は活用できる体制を有していること。」とあるが、具体的にどのような体制を有して
いればよいか。

(答) オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム
等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において
医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン
資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。

問11 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「「電子処方箋管理サービスの運用につい
て」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省
医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。)に基づく電子処方箋により処方箋を発行
できる体制を有していること。」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合に
ついて、どのように考えればよいか。

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

問 12 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。」とされており、アからウまでの事項が示されているが、アからウまでの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。

(答) まとめて掲示しても差し支えない。また、掲示内容については、以下の URL に示す様式を参考にされたい。

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

｜周知素材について（これらのポスターは医療DX推進体制整備加算の掲示に関する施設基準を満たします。）

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

問 13 医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。」を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。

(答) 保険医療機関において「マイナ保険証をお出してください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示（問 12 に示す掲示の例を含む。）を行う必要があり、「保険証をお出してください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない

【医療DX推進体制整備加算】

問 14 「B 0 0 0 - 4 - 2」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の施設基準において、「歯科疾患の重症化予防に資する継続管理（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理及び口腔機能の管理を含むものであること。）並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等に関する適切な研修」を受講した歯科医師が求められているが、どのような内容の研修が該当するのか。

（答） 「歯科疾患の重症化予防に資する継続管理（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理及び口腔機能の管理を含むものであること。）並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等に関する適切な研修」については、以下の内容をすべて含むものであること。

① う蝕（エナメル質初期う蝕、根面う蝕を含む。）の重症化予防と継続管理

② 歯周病の重症化予防と継続管理

（歯周病安定期治療の考え方を含むものであること。）

③ 以下のいずれか 1 つ以上の内容を含む口腔機能管理

・ 口腔機能発達不全症

・ 口腔機能低下症

・ 全身的な疾患を有する患者の口腔機能管理等

（ただし、④及び⑤の研修と同内容の研修は認められないこと。）

④ 高齢者・小児の心身の特性

⑤ 緊急時対応

問 15 旧歯科点数表のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の届出を行っていた医療機関において、当該施設基準における研修を受講していた歯科医師については、今回、「B 0 0 0 - 4 - 2」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の施設基準の要件で追加された根面う蝕の継続管理、小児の心身の特性についての研修のうち、既に受講済みの研修に含まれていない内容についての研修のみを受講することで差し支えないか

（答） 差し支えない。

問 16 問 15 について、追加で受講する研修は、いつ頃に開催された研修をいうのか。

（答） 届出時点より 3 年以内に受講している必要がある。なお、既に受講した旧歯科点数表のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準を満たす研修において、根面う蝕の継続管理、小児の心身の特性についての内容が含まれている場合、当該研修の受講は 3 年以内でなくても差し支えない。

【長期管理加算(周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅳ))】

問17 長期管理加算について、例えば、「B 0 0 0 - 5」周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、「B 0 0 0 - 9」周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)で管理を行っていた入院中の患者であって、一連の治療において、外来において「B 0 0 0 - 8」周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)で引き続き管理を行っている患者の場合、長期管理加算の起算月については、どのように考えればよいか。

(答) 「B 0 0 0 - 5」周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算する。なお、外来において「B 0 0 0 - 8」周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)で管理を行っていた患者であって、一連の治療において、入院した患者に対して「B 0 0 0 - 9」周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)で引き続き管理を行っている患者の場合も同様とする。

問18 「B 0 0 0 - 8」周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の注2又は「B 0 0 0 - 9」周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)の注2に規定する長期管理加算について、他の保険医療機関において、「B 0 0 0 - 5」周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した患者に対して当該加算を算定する場合の起算月をどのように確認すればよいか。

(答) 「B 0 0 0 - 5」周術期等口腔機能管理計画策定料を算定する他の保険医療機関から提供された当該患者に係る管理計画書を確認すること。

【口腔機能指導加算(歯科衛生実地指導料)】

問19 「B 0 0 1 - 2」歯科衛生実地指導料の注3に規定する口腔機能指導加算について、「口腔機能の発達不全を認める患者」又は「口腔機能の低下を認める患者」に対して指導を行った場合に算定できるとされているが、病名が口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の場合のみ算定可能なのか。

(答) 検査の結果、口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の確定診断には至らなかったが、口腔機能管理の必要性があり口腔機能管理を実施する場合は当該加算を算定可能である。この場合の傷病名は、「口腔機能管理中」として差し支えない。

【訪問歯科衛生指導料】

問 20

「C 0 0 1」訪問歯科衛生指導料の注3に規定する複数名訪問歯科衛生指導加算について、算定留意事項通知の（4）において「複数名による訪問歯科衛生指導の必要性については、前回訪問時の状況等から判断する。」とあるが、当該医療機関からの直近の訪問が、歯科衛生士のみの訪問による訪問歯科衛生指導であった場合について、どのように考えればよいか。

（答） 歯科医師が前回訪問した時の状況及び訪問歯科衛生指導を行った際の歯科衛生士の報告等を踏まえ、歯科医師が総合的に判断することとする。

【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】

問 21

「C 0 0 1 - 7」在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について、例えば、「C 0 0 1 - 3」歯科疾患在宅療養管理料を算定した日と別日に実施した場合であっても当該指導料は算定可能か。

（答） 算定可能。なお、「C 0 0 1 - 5」在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び「C 0 0 1 - 6」小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した日と別日に実施した場合であっても同様に算定可能

【加圧根管充填処置】

問 22

「I 0 0 8 - 2」加圧根管充填処置の注4に規定するNi - Tiロータリーファイル加算について、「歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いて根管治療を行った場合であって、Ni - Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合」に算定することとされているが、Ni - Tiロータリーファイル加算を算定するにあたって、令和6年度診療報酬改定前の施設基準において求められていた手術用顕微鏡加算に係る届出は不要になったということでよいか。

（答） そのとおり。

【歯周病重症化予防治療】

問 23 「B 0 0 0 - 4 - 2」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の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、「I 0 1 1 - 2」歯周病安定期治療を行っていた患者が病状の改善により「I 0 1 1 - 2 - 3」歯周病重症化予防治療に移行する場合であって治療間隔の短縮が必要とされる場合は、治療間隔を短縮して歯周病安定期治療を実施していた患者のみ、歯周病重症化予防治療を毎月算定できるのか。

(答) この場合は、実施していた歯周病安定期治療の治療間隔によらず、歯周病重症化予防治療を毎月算定できる。

【口腔内装置】

問 24 「I 0 1 7」口腔内装置の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、算定留意事項通知の(17)において「当該外傷歯の受傷日から起算して1年を超えた場合は、算定できない。」とされているが、受傷日について、どのように考えればよいか。

(答) 患者が、当該外傷の受傷時に、口腔内装置を算定する保険医療機関を受診した場合は当該保険医療機関の受診日、それ以外の場合は患者又はその家族から聞き取った受傷日を受傷日とする

問 25 「I 0 1 7」口腔内装置の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、算定留意事項通知の(17)において「当該外傷歯の受傷日から起算して1年を超えた場合は、算定できない。」とされているが、令和6年5月以前に受傷した場合について、どのように考えればよいか。

(答) 当該外傷の受傷日から起算して1年以内であれば、受傷日が令和6年5月以前であっても、「I 0 1 7」口腔内装置の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」を算定して差し支えない。

問 26 「I 0 1 7」口腔内装置の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、対象は暫間固定等を行った患者とされているが、当該保険医療機関において「I 0 1 4」暫間固定を算定していない場合は算定できないのか。

(答) 「I 0 1 4」暫間固定を算定していない場合であっても、当該外傷歯の歯冠をエナメルボンドシステム等により固定した患者に対しては算定可能。この場合において、その旨を診療録に記載すること。

【舌接触補助床】

問 27 「I 0 1 7 - 1 - 3」舌接触補助床について、口腔機能低下症の患者に対して製作する場合は、「D 0 1 2」舌圧検査を行い、その結果として低舌圧に該当している必要があるのか。

(答) そのとおり。

問 28 「I 0 1 7 - 1 - 3」舌接触補助床について、口腔機能低下症の患者に対して製作する場合、当該患者について「B 0 0 0 - 4 - 3」口腔機能管理料を算定している必要があるのか。

(答) 口腔機能管理料の算定の有無にかかわらず、口腔機能低下症と診断されていて、「D 0 1 2」舌圧検査の結果、低舌圧に該当する患者に対して、舌接触補助床を製作し、装着することができる。

【口腔バイオフィルム除去処置】

問 29 「I 0 1 1」歯周基本治療について、令和6年度改定前は「区分番号D 0 0 2 - 6に掲げる口腔細菌定量検査を行った場合、有歯顎患者に限り口腔バイオフィルム感染症の治療を目的として、「1 スケーリング」に限り算定して差し支えない。」とされており、当該スケーリングは3分の1顎単位で実施するものとされていたが、「I 0 3 0 - 3」口腔バイオフィルム除去処置についても同様に3分の1顎単位で実施するのか。

(答) 「I 0 3 0 - 3」口腔バイオフィルム除去処置は、1口腔単位で実施するものとする。

問 30 「I 0 3 0 - 3」口腔バイオフィルム除去処置について、「口腔バイオフィルムの除去が必要な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔バイオフィルムの除去を行った場合に、月2回に限り算定する。」とあるが、「D 0 0 2 - 6」口腔細菌定量検査の「1 口腔細菌定量検査1」の結果、口腔バイオフィルム感染症と診断された患者に対して当該処置を行う場合について、1回の検査に基づき行うことができる当該処置の回数に制限はあるのか。

(答) 口腔バイオフィルム感染症と診断された患者に対しては、口腔内の汚染状況が改善し、歯科医師が治癒したものと判断した上で改めて検査を実施するまでの間は、1回の検査に基づき当該処置を行うことができる。

問 31 「D 0 0 2 - 6」口腔細菌定量検査の「1 口腔細菌定量検査1」の結果を踏まえて「I 0 3 0 - 3」口腔バイオフィルム除去処置を行った場合であって、口腔内の状態に改善がみられ歯周病治療に移行するに当たっては、再度口腔細菌定量検査を行ったうえで「D 0 0 2」歯周病検査を行う必要があるのか。

(答) 「I 0 3 0 - 3」口腔バイオフィルム除去処置を行い、口腔内の状態に改善がみられた場合は、原則として再度口腔細菌定量検査を行うものであるが、歯周病治療に移行するに当たっては、必ずしも再度の口腔細菌定量検査を行わなくとも、「D 0 0 2」歯周病検査を行い、歯周病治療に移行してもよい。

【歯周外科手術】

問 32 「I 0 1 1 - 2」歯周病安定期治療の算定留意事項通知(7)において「歯周病安定期治療を実施後に行う歯周外科手術は、所定点数の100分の50により算定する。」とされているが、歯周病の治療を目的としない歯周外科手術を行う場合について、どのように考えればよいのか。

(答) 所定点数により算定可能。なお、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該手術の目的を記載する。

問 33 「J 0 6 3」歯周外科手術の算定留意事項通知(1)において、「歯周病の治療を目的としない「6 歯肉歯槽粘膜形成手術」を実施した場合はこの限りではない。」とあるが、これには歯周病の治療を目的としない「へ 結合組織移植術」を実施した場合も含まれるのか。

(答) 留意事項通知(1)の「6 歯肉歯槽粘膜形成手術」には、「イ歯肉弁根尖側移動術」から「へ 結合組織移植術」までのすべてが含まれる。なお、「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3の問36及び「疑義解釈資料の送付について(その6)」(平成28年9月1日)別添1の問9は廃止する。

【顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術】

問 34 下顎骨形成術において、両側に別個に使用された顎骨の固定等に用いた骨体固定金属板の撤去を行った場合は、「J 0 7 4」顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術の「2 困難なもの」の「イ 手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合」×2として算定できると考えてよいか。

(答) 両側に別個の皮切を行い、顎骨の固定等に用いた骨体固定金属板を、左右別個に撤去した場合にあっては、同一皮切により行い得る範囲にあたらないことから、「J 0 7 4」顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術の「2 困難なもの」の「イ 手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合」×2として算定して差し支えない。ただし、左右別個に使用された骨体固定金属板であっても、連続した一つの皮切によって撤去した場合にあっては、J 0 7 4に掲げる顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術の「2 困難なもの」の「ロ 手術範囲が全顎にわたる場合」×1として算定する。なお、「疑義解釈資料の送付について(その4)」(平成18年4月24日事務連絡)別添1の問13は廃止する。

問 35 上顎骨形成術として Le Fort I 型切離を行った場合において、一連の行為として複数の骨体固定金属板を使用し、切離した顎骨の固定を行った場合における骨体固定金属板を撤去する場合は、「J 0 7 4」顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術の「2 困難なもの」の「イ 手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合」×2又は「ロ 手術範囲が全顎にわたる場合」のどちらを算定するのか。

「2 困難なもの」の「ロ 手術範囲が全顎にわたる場合」を算定する。

(答) なお、複数の骨体固定金属板の撤去にあたり、別の皮切を行った場合であっても、「2 困難なもの」の「ロ 手術範囲が全顎にわたる場合」を算定すること。

【テンポラリークラウン】

問 36 「M 0 0 3 - 2」テンポラリークラウンについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った歯に対して算定可能か。

(答) 算定不可。なお、ブリッジの支台歯については、「M 0 0 4」リテーナーを算定する。

【光学印象】

問 37 「M003 - 4」光学印象の注1における「デジタル印象採得装置」とは、具体的にはどのようなものか。

(答) 特定診療報酬算定医療機器であって、薬事承認上の類別が「機械器具(60) 歯科用エンジン」、一般的名称が「デジタル印象採得装置」であり、「デジタル手法により、歯科修復物等のコンピュータ支援設計(CAD)及びコンピュータ支援製造(CAM)に用いるための三次元形状データを取得するもの」という条件を満たす医療機器をいう。なお、詳細については、「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」(令和6年3月5日保医発 0305 第11号)を参照されたい。

【歯科技工士連携加算、光学印象歯科技工士連携加算】

問 38 「M003」、「M006」及び「M007」に規定する歯科技工士連携加算1、歯科技工士連携加算2及び「M003 - 4」に規定する光学印象歯科技工士連携加算について、対面又は情報通信機器を用いて口腔内の確認等を行った歯科技工士が補綴物の製作を行う必要はあるか。

(答) 口腔内の確認等を行った歯科技工士が補綴物の製作まで行うことが想定されるが、別の歯科技工士が、口腔内の確認等を行った歯科技工士から補綴物に係る情報について十分な共有を受け、口腔内の確認等を行った歯科技工士と連携した上で当該補綴物を製作する場合は、当該別の歯科技工士が製作する場合においても当該加算を算定して差し支えない。

問 39 歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2について、「同時に2以上の補綴物の製作を目的として」とあるが、例えば、上顎両側中切歯にM011「レジン前装金属冠」を2個製作する場合において、同時に印象採得を行う場合の取扱いについてどのように考えればよいか。

(答) 同時に複数の歯冠補綴物に係る印象採得を行う場合においては、当該加算は1回に限り算定可能。

問 40 同時に複数の歯冠補綴物に係る印象採得を行う場合においては、当該加算は1回に限り算定可能。

(答) 可能。なお、歯科技工士連携加算2についても同様の取扱いである。

【装着】

問 41 「M005」装着の注1及び注2に規定する内面処理加算について、セメントにプライマー処理等の機能が含まれており、歯質に対する接着力を向上させるためのプライマー処理等が不要である接着性レジンセメントを用いて装着した場合は算定可能か

(答) 算定不可。なお、プライマー処理等の機能が含まれているセメントについても、さらに接着力を向上させる目的で、別にプライマーを用いて歯質に対する処理等を行った場合は内面処理加算を算定して差し支えない。

【接着冠】

問 42 「M010-3」接着冠について、「支台歯のうち少なくとも1歯の切削をエナメル質内にとどめ」とあるが、支台歯に対してグループ付与を行う際に、やむを得ない場合は象牙質まで切削してよいか。

(答) 接着ブリッジ製作にあたっての支台歯の切削はエナメル質内にとどめることとするが、グループ付与の際において、必要がある場合には象牙質まで切削して差し支えない。

問 43 「M015-2」CAD/CAM冠「2 エンドクラウンの場合」について、CAD/CAM冠用材料との互換性が制限されない歯科用CAD/CAM装置を用いて咬合面全体を被覆する形態のCAD/CAMインレーを製作した場合は算定可能か。

(答) 算定不可。CAD/CAM冠「2 エンドクラウンの場合」は、歯科用CAD/CAM装置を用いて、歯冠部と髄室保持構造を一塊にした歯冠補綴物を製作した場合をいい、咬合面全体を被覆する形態のCAD/CAMインレー（補助的保持形態を有するものを含む。）は含まれない。なお、エンドクラウンについては、公益社団法人日本補綴歯科学会の「保険診療におけるCAD/CAM冠の診療指針 2024」を参考とすること。

【有床義歯】

問 44 「M018」有床義歯について、「模型上で抜歯後を推定して製作する即時義歯は認められるが、即時義歯の仮床試適に係る費用は算定できない。」とあるが、抜歯予定部位が残根又は根面被覆等であって、仮床試適が可能な場合の有床義歯の取扱いについて、どのように考えればよいか。

(答) 即時義歯の仮床試適については算定できない。ただし、抜歯予定部位が残根又は根面被覆等であって、仮床試適が可能な場合においては、有床義歯を製作した上で、仮床試適を算定しても差し支えない。

【歯科矯正相談料】

問 45 「N 0 0 1 - 2」歯科矯正相談料の「1 歯科矯正相談料1」について、「N 0 0 0」歯科矯正診断料又は区分番号「N 0 0 1」顎口腔機能診断料の施設基準のみ届け出れば算定可能か。

(答) 「1 歯科矯正相談料1」は、「N 0 0 0」歯科矯正診断料又は区分番号「N 0 0 1」顎口腔機能診断料の施設基準の届出を行っている医療機関において算定可能であり、新たな施設基準の届出は不要である。

問 46 「N 0 0 1 - 2」歯科矯正相談料について、診療録に健康診断の実施日、結果、学校名を記載することとされているが、診療録への記載に代えて学校健康診断の結果の写しを添付してもよいか。

(答) 差し支えない。

問 47 「N 0 0 1 - 2」歯科矯正相談料の算定留意事項通知(6)において、「第 13 部歯科矯正に掲げる歯科矯正の適応とならないと診断された患者であって、咬合異常又は顎変形症以外の歯科疾患について継続的管理が必要な場合は、「B 0 0 0 - 4」に掲げる歯科疾患管理料を算定できる。」とされているが、口腔機能発達不全症により継続的管理が必要な場合は、歯科疾患管理料及び「B 0 0 0 - 4 - 2」小児口腔機能管理料は算定可能か。

(答) 算定可能。