埼医業Ⅱ第１９５３号
令和６年１１月１１日

郡市・大学医師会長　　殿
（医療保険担当理事）

埼玉県医師会長　　金　井　忠　男
（担当常任理事　　小　室　保　尚）
（公印省略）

令和６年度診療報酬改定に関する質問の回答について

日頃、本会医療保険事業に格別のご理解・ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、貴会会員から寄せられた質問の回答を別添のとおりお送りいたします。

なお、本件については日本医師会提出後、日本医師会で確認の上、厚生労働省へ照会していたため、回答までに時間を要しておりました。ご了承のほどお願い申し上げます。

担　当：業務課　業務Ⅱ担当　山口
電　話：０４８－８２４－２６１１
ＦＡＸ：０４８－８２２－８５１５
E-mail：yamaguchi@office.saitama.med.or.jp

No.	質問項目	質問内容	回答
1	生活習慣病管理料	生活習慣病管理料（Ⅰ・Ⅱ）を算定している患者で、特定疾患も有している場合、生活習慣病管理料を算定する月と特定疾患療養管理料を算定する月があってもよいのか？	併算定は不可 主病名が変われば可
2	生活習慣病管理料	①生活習慣病管理料１に包括される検査は？ ②生活習慣病管理料１で例えば「高脂血症」を取った時、緊急で腹痛や胸痛・風邪などで受診した時の算定は	①第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用 ②風邪で受診 再診＋外来管理＋処方箋料の算定は可。検査・注射は算定不可 生活習慣病管理料は、1月あたりの点数なので同一医療機関の他科受診、他疾患がある場合も包括項目は包括となる。
3	生活習慣病管理加算	DM・HT・脂質異常症と他に特定疾患療養管理料の病名が付いている患者さんでは今月は１回しか診療していないので生活習慣病管理料Ⅱを１回算定 来月は２回診療したので生活習慣病管理料Ⅱは取らずに、特定疾患療養管理料を２回算定することは可能か 来月2回診療しても、生活習慣病管理料Ⅱを１回しか算定できないのか	特定疾患療養管理料月２回まで算定可 生活習慣病管理料Ⅱ月１回の算定可 ただし、レセプト上主傷病が複数記載されている場合であっても、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を２種類以上算定することは認められない。このような場合は、主傷病として記載されている疾患のうち，どの疾病が主病であるかを医療機関に判断させることとなる。
4	生活習慣病管理料	１）生活習慣病管理料（Ⅰ）を選択し、固定期間中6か月の途中で生活習慣病以外の疾患（感染症、癌等）は発生、発現し治療を要するようになった場合の取扱いはどうなるのか？ ２）移行について （Ⅱ）→（Ⅰ）の移行も6か月経過以降になるのか ６カ月固定終了後の変更は随時可能か？ （例えば、7か月後から、10か月後からなど）	１）Ⅰを算定しない月は可。また、月の途中で主病が変更になり、医師の判断で算定すべき管理料を特定疾患療養管理料等に変更することは可能である。その際、患者に対して説明を行うこと。 ２）ⅡからⅠへの移行については、決まりはないため、翌月から移行可
5	生活習慣病管理料Ⅱ	初診時または再診時の脂質異常症・高血圧症・糖尿病の開始日当日について、生活習慣病管理料Ⅱの算定は可能か？	初診時は不可
6	生活習慣病管理料Ⅱ	高血圧と気管支喘息の病名がついている方で、高血圧の薬処方はなく、気管支喘息の薬が処方されている場合、主病名が気管支喘息なら今までどおり特定疾患療養管理料を算定できるか？	主病名が気管支喘息なら特定疾患療養管理料を算定（生活習慣病管理料は不可）
7	生活習慣病管理料（Ⅱ）	高脂血症や高コレステロール血症の病名の方は脂質異常症へ変更しないと算定できないのか？	そのままで算定可能
8	生活習慣病管理料	生活習慣病管理料の療養計画書は4か月に一度患者に交付する以外に、来院された時は算定の度にカルテに添付したほうが良いのか	署名が必要なのは初回のみで、２回目以降は療養計画書を４か月おきに交付（署名不要）すれば、月に１回生活習慣病管理料を算定可
9	生活習慣病管理料同時算定について	生活習慣病管理料（Ⅱ）と地域包括診療料加算２との同時算定は可能か	可
10	生活習慣病管理料（Ⅱ）と在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２併用算定について	生活習慣病管理料（Ⅱ）と在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の併用算定は可能か	Ｂ００１－３生活習慣病管理料注２にて第１款在宅療養指導管理料を包括する旨は示されていない為、生活習慣病管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料それぞれの算定要件を満たす指導管理を行っているならば併算定可

No.	質問項目	質問内容	回答
11	生活習慣病療養計画書について	療養計画書「血液検査項目」の採血日については過去３か月前～６か月前の結果でも構わないのか。それとも１か月以内のものなどに限られるのか	血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。
12	生活習慣病管理料	市の胃癌検診は、悪性を疑った場合生検し、その分だけを健保に請求します。 この場合、改訂後は検診で生検した月は、生活習慣病指導料(I)が取れなくなり、(II)になるという理解で合ってますか？ そうすると(I)を算定して６ヶ月経っていない人の場合はどうするのでしょうか？ それと(I)は注射も丸めですが、例えば骨粗鬆症のボンビバ注も丸めの内側ですか？ Q２．慢性疾患管理料の療養計画書は「交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする」と記載されていますが、当院ではこの書類を電子カルテの機能を使って印刷します だから電子カルテの中に計画書の元データが毎回残っていきます、これだけで診療録に添付した事になりますか？ あるいは印刷後に患者さんにサインしてもらったものをコピーして残す必要がありますか？ その場合は紙にコピーでは無く、スキャンしてPDFファイルで保存しても良いですか？	生活習慣病管理料（Ｉ）を算定せず、生検のみ請求する Ｂ００１－３生活習慣病管理料（Ｉ）、Ｂ００１－３－３生活習慣病管理料（Ⅱ）の通知（５）患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。 Ｂ００１－３生活習慣病管理料（Ｉ）の通知（４）、Ｂ００１－３－３生活習慣病管理料（Ⅱ）の通知（２）では生活習慣病管理料（Ｉ）または(Ⅱ)を継続して算定する月においては、「療養計画書を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。」
13	生活習慣病管理料	生活習慣病管理料を算定した場合、外来管理加算は算定できない（包括される）とありますが、同月の別の日に再診があった場合は、外来管理加算は算定可能ですか？	疑義解釈（その１）令和6年3月28日 問133生活習慣病管理料（Ｉ）及び（Ⅱ）に、外来管理加算の費用は含まれる ものとされているが、生活習慣病管理料（Ｉ）及び（Ⅱ）を算定した月に おいて、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病 管理料（Ｉ）及び（Ⅱ）を算定した患者に対して診療を行った場合に、外 来管理加算を算定することは可能か。 （答）外来管理加算の算定要件を満たせば可能。

No.	質問項目	質問内容	回答
14	生活習慣病管理料（Ⅱ）について	Ｑ１．1型糖尿病、2次性高血圧症も生活習慣病になるのでしょうか？ Ｑ２．必要な体制とは？ Ｑ３．患者の状態とは？ 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬となっているようですが、28日未満の投薬の場合は算定できないのでしょうか 例えば、高血圧症で非常に高値の場合などは安定するまでは短期間の受診でも算定可能でしょうか 患者の状態は安定している場合でも、長期処方ができない新薬の場合はどうなりますか Ｑ４．他職種と連携しての実施が望ましいとなっているようですが、連携できない場合、算定できないのでしょうか 「望ましい」との表現なので、医師1人でも算定可能と考えていいのでしょうか？	１．可 ２．生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携 患者の状態に応じて医師の判断 連携がとれる体制が整備されていること ３．新薬の場合は長期処方ができない。この規定はあくまで「患者の状態に応じ、28 日以上の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を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること」である。 ４．「望ましい」なので連携できない場合も算定可。
15	生活習慣病管理料の計画書について	Q1. 計画書の作成において上記のスケジュールで間違いないでしょうか？ それとも90日処方の場合、9月受診の際に初回作成（6月）から次回の診察（12月）まで4ヶ月以上空いてしまうため計画書の作成が必要でしょうか？ Q2. 生活習慣病の病名と特定疾患の病名が複数ある患者について両方とも主病となる場合 どのパターンも管理料をどちらにするか選択可能でしょうか？ Q3. 生活習慣病の（Ⅰ）→（Ⅱ）への変更は6ヶ月出来ないとされているが、（Ⅱ）→（Ⅰ）への変更は特に規定がなさそうなので翌月でも変更可能でしょうか？	6月作成の場合は、含め7月8月9月にて算定可。その後、12月に来院した場合は、改めて作成し、同月と1月2月3月にて算定となる。 不可いずれか一つを主病とする ⅡからⅠへの移行については、決まりはないため、翌月から移行可
16	生活習慣病管理料の病名について	生活習慣病管理料を算定するに主病名は脂質異常症、高血圧症又は糖尿病とあるが、高脂血症、又は高コレステロール血症でも可能でしょうか	そのままで算定可能

No.	質問項目	質問内容	回答
17	生活習慣病管理料	◇令和６年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料を算定した時期にかかわらず、生活習慣病管理料（Ⅱ）が算定できる。つまり、令和６年６月１日以降、生活習慣病管理料を算定する場合には、患者の状態に応じて、（Ⅰ）又は（Ⅱ）を選択できる。ただし、（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して６か月以内の期間においては（Ⅱ）は算定できない。 R6.6生高Ⅱ算定R6.7〇特算定やR6.6生高Ⅱ算定R6.7生高Ⅰ算定 上記のような算定の仕方は可能か ◇従来、脂質異常症、高血圧症、糖尿病を有する患者さんに対して特定疾患療養管理料を算定してきた場合、今後は、生活習慣病管理料（Ⅰ）または、生活習慣病管理料（Ⅱ）で算定することになるが、別に特定疾患療養管理料の対象疾患を有する患者さんに（主病管理が行われている場合）は、引き続き、特定疾患療養管理料を算定することができる。 ①狭心症②胃潰瘍などの特定疾患があるが、その病名に対しての薬は処方していない。 が、上記①②の病名も主病で①②に対しても日々の生活での注意事項を指導したり、相談にのるなどをしていれば特定疾患療養管理料の算定が可能という事か	レセプト上主傷病が複数記載されている場合であっても、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を２種類以上算定することは認められない。このような場合は、主傷病として記載されている疾患のうち，どの疾病が主病であるかを医療機関に判断させることとなる。
18	生活習慣病管理料	当該管理料を算定した患者に、生活習慣病以外に対しての検査や情報提供、注射等の包括とされている項目を実施した場合 ①管理料の算定日 ②算定日の別日 ③①、②が不可の場合、算定しない月はそれぞれ出来高算定可能でしょうか？	①②は同月は不可 ③そのとおり
19	生活習慣病管理料	・生活習慣病療養計画書初回用の患者署名の欄で、自分で文字が書けない人や透析患者で送迎付きで1人で来ている人(付き添いのいない人)はどうしたらよいですか。 ・代筆するときはどこまでの関係の方が代筆できますか。施設のヘルパーでも可ですか。	疑義解釈なし
20	生活習慣病管理料（Ⅱ）	日医発第45号（令和6年4月2日）の都道府県医師会への文章における同管理料の算定要件の部分（３頁目）で、２８日以上の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を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する～と又はと記載されていますが、そのあとにある院内掲示例の中では、上記のいずれの対応も可能となっています。 長期処方のみ可能と考えている診療所も多いと思いますが、その場合はこの生活習慣病管理料Ⅱが算定できなくなってしまいます。いかがでしょうか。 又は、でいいのでしょうか。ご教示宜しくお願い致します。	院内掲示例の中に記載にあるとおり、対応可能かは病状に応じて担当医が判断する

No.	質問項目	質問内容	回答
21	生活習慣病管理料の算定に関して	生活習慣病管理料を算定する場合、28日以上の長期処方を行うこと、リフィル処方箋を発行することが要件になっています。 例えば56日処方を行っている場合、リフィル処方箋では代々１６８日後（５６日×３）に診察することになります。 投薬に関しては漠然とした投薬は避けるべきというのが基本的な前提であり、診療間隔の延長は管理していない状態と等しく、効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取り組みが難しくなることが想定されます。４カ月に一度の療養計画の作成も難しくなります。 （１）前述した例の場合、患者は56日処方を求めると思いますが、56日処方を14日処方とし42日後（14日×3）に診察、あるいは28日処方として56日後（28日×２）、あるいは28日処方として56日後（28日×２）、あるいは84日後（28日×３）に診察というように医師の裁量で変更することは問題ないのでしょうか。 （２）4カ月に一度療養計画書を作成することからすると120日を超えてのリフィル処方箋の利用はありえないと考えてよろしいでしょうか	（１）リフィル処方箋にするかは医師の判断によります。 長期処方＝リフィル処方箋ではない為、ご指摘のとおり56日処方を行えばよろしいかと （２）投薬に関しては漠然とした投薬は避けるべきというのが基本的な前提であり、診療間隔の延長は管理していない状態と等しく、効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取り組みが難しくなることが想定されます。４カ月に一度の療養計画の作成も難しくなります。 との事であれば、56日処方で行えばよろしいかと
22	生活習慣病管理料	生活習慣病管理料は今までの特処加算も含まれているようですが、例えば2か月処方の方が別の相談に来られて、処方ができなかった場合、その月も管理料は算定してもいいのでしょうか	月１回は可
23	生活習慣病管理料（Ⅱ）	特定疾患療養管理料は初診１か月たたないと算定できませんでしたが、生活習慣病管理料（Ⅱ）は6月の1回目から算定できますか	生活習慣病管理料は、「初診料を算定した日の属する月には算定できない」とされています。よって、初診から1月経過していなくても、暦上の月が変われば算定可能です。 例えば、6月28日に初診料を算定、主病が高血圧となった患者が7月1日に来院した場合、7月1日に生活習慣病管理料が算定できます。 （茨城県保険医協会ホームページより抜粋）
24	生活習慣病管理料（Ⅱ）と特定疾患療養管理料について	①喘息などの特定疾患と生活習慣病管理料（Ⅱ）が算定できる高血圧症などの服薬治療を行っている場合、どちらを優先と考え主病とするのか？又、その際は特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料（Ⅱ）のどちらを算定すればいいのか？ ②生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定した場合、喘息に対して28日以上薬を処方したとき、特定疾患処方管理料（56点）は算定可能か？ 又、特定疾患療養管理料を算定した場合も高血圧症の服薬指導を行っているため、生活習慣病療養計画書の作成は必要になるのかを伺いたい。	医師の判断により主病名に従い算定 不可 特定疾患療養管理料を算定している場合、療養計画書は必要ない

No.	質問項目	質問内容	回答
25	生活習慣病管理料	生活習慣病管理料（Ⅱ）の対象疾患と癌病名を持つ患者が採血で腫瘍マーカーをとった場合、悪性腫瘍特異物質治療管理料と生活習慣病管理料の併算定不可となっていますが、腫瘍マーカーはどのように算定したらよいですか？ （以前、癌患者に対して腫瘍マーカーで算定した際、査定されました） 疑義解釈問136生活習慣病管理料（Ｉ）について、「第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩医－37和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号Ｂ００１の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（Ｉ）に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料（Ｉ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用は算定可能か。（答）不可。 生活習慣病のためではない場合、算定可能ですか？ （例えばコロナ検査、定期的な内視鏡検査）	疑義解釈なし
26	生活習慣病管理料	生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定するためにオンライン診療の届出は必要ですか？ 生活習慣病管理料（Ⅱ）３３３点を算定するために必要な施設基準などありましたら教えてください。	情報通信機器を用いて行う場合は必要 〇「生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)」の施設基準には、 ・生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有している(治療計画に基づく総合的 な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施するこ とが望ましい)。 ・患者の状態に応じ、28日以上の長期投薬又はリフィル処方箋の交付が可能であることを 当該医療機関の見やすい場所に掲示する。 （「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。：疑義解釈その３）

No.	質問項目	質問内容	回答
27	外来診療	長期処方やリフィル処方箋の掲示について、当院の条件の掲示はしても良いでしょうか？ 例)65才未満で2剤まだの処方の患者で希望する方	疑義解釈資料（その１）（令和６年３月28日付け） 問144地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、２８日以上の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、具体的には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日以上の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。
28	生活習慣管理料Ⅱ	「生活習慣管理料II」の計画書は、４ヶ月毎に患者さんに渡すのでしょうか？ 患者さんのサインは最初だけで良いですか？４ヶ月毎に必要ですか？ また、カルテ内には、毎月「患者さんのサインの無い計画書」を保管する必要がありますか？	4ヵ月毎に交付する 初回および内容変更時はサインが必要、毎月交付の必要はない
29	特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料について	現在複数の主病名がある場合、たとえば高血圧症・狭心症・脂質異常症がある場合、診察の際、ある日は高血圧症に対して指導し、別の日は狭心症に対して、また別の日は脂質異常症に対して指導することが日常的にありますが、（毎回全疾患の指導をすることは稀だと思います）、現在はその指導をおこなってお特定疾患療養管理料で請求するので指導内容自体の区別をする必要がありません。 6月以降はこのような場合、高血圧症や脂質異常症に対して指導した場合は生活習慣病管理料を請求し、狭心症に対して指導した場合、特定疾患療養管理料を請求すべきなのでしょうか。 それともどの様な指導をしてもどちらか一方で毎月請求すべきなのでしょうか 月ごとに変更するのも変だと思いますが、指導内容に一致しない管理料を請求するもの変だと思いまして質問させていただきます。	レセプト上主傷病が複数記載されている場合であっても、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を２種類以上算定することは認められない。このような場合は、主傷病として記載されている疾患のうち，どの疾病が主病であるかを医療機関に判断させることとなる。

No.	質問項目	質問内容	回答
30	特定疾患療養管理料について	・会社で健診を受けている方も採血をしないとでしょうか。 ・例えば高血圧症のPtにもコレステロールの値、BS、体重等 すべて計測採血が必要でしょうか。 ・脂質異常症のPtで会社の健診等でHbA1cの採血をしていない場合、採血する必要があるでしょうか。 ・検査データは、会社健診等で何か月前のデータを使用してもよいのでしょうか。 ・４か月に1回必ず添付する必要がありますか。 もしPtの都合等で5か月以上添付ができない場合は、加算は認められないでしょうか。 ・リフィル処方箋に使用期限はありますか。 ・気管支喘息と高血圧症のPtを算定する場合、喘息を主病名にして算定する際はレセプト上、喘息を主病名とわかるようにするべきでしょうか。	特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月２回に限り算定する。
31	特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料について	・主病名が「慢性胃炎」で、投薬は血圧の薬のみの場合、算定するのは「特定疾患療養指導料」と「生活習慣病管理料」のどちらなのか（高血圧の病名あり） ・主病名が「高血圧」で投薬は血圧の薬のみだが、年に何度か胃薬が処方されている。その場合、胃薬が処方された月は「特定疾患療養指導料」を算定し、血圧の薬のみの月は「生活習慣病管理料」を算定していいのか。（主病名ではないが慢性胃炎の病名は入っている） 同様に癌術後の病名が入っていて、癌に関する検査を行った日は、「特定疾患療養指導料」を算定していいのか	主病名で該当する管理料を算定する 生活習慣病管理料を算定するのであれば「特定疾患療養管理料」は算定できない
32	特定疾患療養管理料について	・特定疾患療養管理料について ・糖尿病性肝疾患や高血圧性肝疾患は特定疾患療養管理料での算定なのか？生活習慣 病管理料での算定なのか？	診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関するQ&Aの送付について（平成14年３月28日医療課事務連絡） レセプト上主傷病が複数記載されている場合であっても，ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を２種類以上算定することは認められない。このような場合は，主傷病として記載されている疾患のうち，どの疾病が主病であるかを医療機関に判断させることとなる。
33	外来診療	質問１：特定疾患指導管理料は初診の日から１月以内に行った管理の費用は初診料に含まれるが、生活習慣病指導管理料は初診時から算定可能か？ 質問２：生活習慣病指導管理料と自宅在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の併算定は可能か？ 質問３：外来データ提出加算についての詳細が知りたい。無床診療所でも算定可能か？具体的に何のデータをいつどのように提出するのか？ 質問４：生活習慣病指導管理料Ⅱは月初めに風邪症状などで来院し、主病名ではない診察を行った場合でも算定可能か？	１再診 ２茨城県保険医協会HPより抜粋FAX速報(6/18)【医科】生活習慣病管理料の算定について 生活習慣病管理料を算定する患者に、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を併せて算定できますか。 算定できます。生活習慣病管理料の包括項目には、在宅療養指導管理料は含まれておりません（糖尿病が主病の場合の在宅自己注射指導管理料を除く）。そのため、併算定は可能です。 ３無床診でも算定可 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39991.html 詳細は、厚生労働省HP令和6年度外来データ提出加算等に係る説明会の開催についてを参照 ４生活習慣病指導管理料は初診時算定不可

No.	質問項目	質問内容	回答
34	主病名の付け方について	主病名の付け方に規則はありますか 主病名の付け方を理由に査定される可能性はありますか	「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年８月７日保険発第82号） 主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として１つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。 （８）「傷病情報」欄について①「傷病情報」欄については、次のア及びイに掲げる事項については必ず記載し、ウからオまでに掲げる事項については該当がある場合は順次記載すること。ア「主傷病名」医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として１つ記載すること。 「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関するQ&Aの送付について（平成14年３月28日医療課事務連絡）」の問３にて 問３主傷病としての記載が複数ある場合には，ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を２種類以上算定できることとなるのか。例えば、主傷病として「糖尿病」及び「ベーチェット病」という記載がある場合には、「特定疾患処方管理加算」及び「難病外来指導管理料」の双方を算定することが認められることとなるのか。 答レセプト上主傷病が複数記載されている場合であっても、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を２種類以上算定することは認められない。このような場合は、主傷病として記載されている疾患のうち，どの疾病が主病であるかを医療機関に判断させることとなる。
35	外来栄養食事管理指導料	外来栄養食事管理指導料（1もしくは2）の適用疾患名は何がありますか？糖尿病は適用でしょうか？	糖尿病は可 生活習慣病管理料（Ⅰ）との併算定は不可。（Ⅱ）は可 「疑義解釈資料の送付について（その１）」の問136問143
36	入院ベースアップ評価料について	Q１. 「この評価料で得た報酬は全額ベースアップの費用として使う」となっていますが、後日実績報告（実績報告の詳細も分かれば教えてください）をする際にこの“ベースアップの費用”に法人負担の法定福利費を含めて実績となるのでしょうか？それとも、実績は職員の給与分のみを言うのでしょうか？ Q２. この評価料の2年後以降の見通しについて情報等がありましたら教えてください	法人負担の法定福利費も含める ◆「ベースアップ評価料」の令和8年度以降の診療報酬上の取り扱いは明らかになっていませんが、介護保険施設では10年余り前から介護職員処遇改善加算等による処遇改善が図られており、その後の改定においてもその加算等については維持されています。このことを踏まえますと、今後の診療報酬改定で今回設けられた「ベースアップ評価料」が単純に廃止されることは考えにくいと思われます。 （日医ホームページより抜粋） https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011780.html
37	ベースアップ評価料	令和6年度に法人成りをした無床診療所は、法人成り後でも届出が認められるのでしょうか	認められる
38	ベースアップ評価料の給与総額について	MS法人から派遣社員として、医療スタッフを雇用している場合、ベースアップ評価料対象職員として、給与総額に加えても良いか否か。	可 ベースアップ評価料の対象職員であれば、常勤換算して加える

No.	質問項目	質問内容	回答
39	賃上げベースアップ評価料	「外来在宅ベースアップ評価料」を算定しない場合はベースアップ関連の厚労省への報告は不要でしょうか？	ご指摘のとおり
40	賃上げベースアップ評価料	過去において昇給する際に、定期昇給とベースアップの区分をせずに包括的に額を決めておりますが、どの様に対応すればよろしいでしょうか	ベースアップ評価料計算支援ツールを活用
41	賃上げベースアップ評価料	最低評価率は何%でしょうか	ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定だけでは1.2%未満の賃上げにしかならない場合、ベースアップ評価料（Ⅱ）を算定できるとある なお、2.5%は政府目標であり、 賃金を2.5%引き上げないとベースアップ評価料を算定できないわけではありません。 仮に引き上げ率が0.1%であっても算定可
42	医療DX推進体制整備加算	利用率が支払基金からお知らせが来るとありますが、いつ頃どんな方法で届くのでしょうか	5月末に基金から医療機関あてに通知がなされている マイナ保険証利用率の計算方法（令和6年3月の例） （令和6年3月のマイナ保険証利用人数（名寄せ後））÷（令和6年4月のレセプト請求枚数（電子請求による外来レセのみ）） ＝令和6年3月のマイナ保険証利用率
43	医療ＤＸ推進体制整備加算について	施設基準の中にマイナンバーカードの実績を一定程度有している事（令和６年１０月１日適用）とあるが、届出をして、その他の基準（経過措置を除く）を満たしていれば、令和６年９月３０日までは算定可能か また、１０月１日以降の一定程度の基準等についてはいつ示されるのか	疑義解釈（その２）問3.4.5の（答） ３．経過措置が設けられている令和７年９月30日までの間は、算定可能。なお、電子カルテ情報共有サービスの導入等の具体については、当該サービスが実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。 ４．経過措置が設けられている令和７年３月31日までの間は、算定可能。なお、施設基準通知の別添７の様式１の６において、導入予定時期を記載することとなっているが、未定又は空欄であっても差し支えない。 ５．経過措置期間終了後は、当該加算の算定要件を満たさないものとして取り扱う。
44	医療情報習得加算Ⅰ・Ⅱ	初診時問診票を用いることとありますが、問診票を用いていない場合、問診票と同等の内容を診察時に確認しカルテに記載することで算定は可能か？	疑義解釈資料の送付について（その１） 問12医療情報取得加算１又は２について、初診時問診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか。 （答）別紙様式54は初診時の標準的な問診票（紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。）の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要さず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。なお、患者情報の取得の効率化の観点から、オンライン資格確認により医－5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
45	外来感染対策向上加算	外来感染対策向上加算の届出も6月3日までに届出しても良いのか 年末に再届出するのでしょうか？	県の医療措置協定締結後に届出を行う

No.	質問項目	質問内容	回答
46	外来感染対策向上加算	現在、令和4年度に届出を行い外来感染対策向上加算を算定しているが、今回診療報酬改定での要件見直しがあり、令和7年1月1日以降に算定をする場合には再度届け出が必要だと理解しています。 今回の外来感染対策向上加算に係る届出書の添付書類（様式1の４）に、５新興感染症の発生・まん延の対応の欄に公表している自治体のホームページを記載する欄がある。 その蘭には、埼玉県の第2種協定指定医療機関の協定を締結し、その協定を結んでいる医療機関が公表されそのページを記載すると理解しているが、現時点で県と協定を結んでいない場合はホームページの欄はどのように記載するのか？ 令和6年12月31日まで経過措置期間であるため、今後協定を結んでから再届出をすればよいのか？ その場合、令和6年6月3日までに届出を提出するのは困難だがそれでよいのか？	令和6年12月31日まで今後協定を結んでから再届出
47	発熱患者等対応加算について	発熱患者等対応加算について、急性上気道炎や扁桃炎急性気管支炎などの病名で算定は可能か	外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。
48	外来感染対策向上加算について	①施設基準の見直しがあり、第二種協定指定医療機関または医療措置協定とありますが、CLは協定を結んでいますでしょうか ②「医療措置協定締結に向けた調査の際の実施について（依頼）」の文書について、この締結が上記の「外来感染対策向上加算」の算定に関わるのでしょうか	①県感染症対策課（０４８－８３０－７５０３）に確認 ②ご指摘のとおり
49	発熱患者等対応加算	発熱、その他感染症を疑う症状を呈する患者が、別症状(皮膚科等)で来院し感染防止対策を講じた上で診察を行った場合当該加算は算定可能でしょうか。 また算定可能な場合、発熱その他感染症の病名もしくは症状詳記が必要でしょうか。	発熱患者等対応加算 [算定要件]外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、月１回に限り更に所定点数に加算する。 別症状では算定不可月替わりであれば算定可
50	ポストコロナにおける感染症対策	特定感染症入院医療管理加算の治療室の定義とは	疑義解釈資料の送付について（その５）令和６年５月17日 【特定感染症入院医療管理加算】問１「Ａ２０９」特定感染症入院医療管理加算について、治療室の場合とは何を指しているのか。 （答）「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、「Ａ３０２－２」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者について、「Ａ２０９」特定感染症入院医療管理加算を算定する場合を指す。

No.	質問項目	質問内容	回答
51	ポストコロナにおける感染症対策	①外来感染対策向上加算は改定後、第二種指定医療機関のみ算定可能になるのでしょうか。それとも、令和6年3月31日の時点で届出を既に提出している場合は算定しても良いのでしょうか ②時間外対応加算2についてのコールバックは24時間体制を示すものになるのでしょうか	埼玉県との医療措置協定締結後、厚生局に届け出る必要がある 様式２時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類 あらかじめ患者に伝えてある電話に応答できない場合の体制 医師の携帯・自宅電話へ転送留守録による応答後、速やかにコールバック とある
52	外来感染対策向上加算に係る届出書（様式１の４）その他について	①「４．受信歴の有無に関らず、発熱患者等の受入れを行う旨が公表されているホームページ」とは、当院のホームページでもよいか。 ②令和７年１月以降も引き続き算定するための再提出の場合、令和６年１２月までに提出すればよいのか。	可 ご指摘のとおり、ただし埼玉県と感染症法に基づく医療措置協定を締結することが条件
53	発熱患者等対応加算外来感染症対策向上加算	３月までは「院内トリアージ」を取っていましたが、６月から「発熱患者等対応加算20点」と「外来感染症対策向上加算6点」は取れますか？また取る場合、何か条件がありますか？	発熱患者等対応加算と外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、月１回に限り更に所定点数に加算する。 外来感染症対策向上加算 県との医療措置協定締結後、厚生局への届出が必要
54	抗菌薬適正使用加算	J-SIPHEから証明書が発行されたが施設基準を満たしているのかわからない	１ 抗菌薬適正使用体制加算に関する施設基準 （１）外来感染対策向上加算に係る届出を行っていること。 （２）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。 （３）直近６か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること。 ２ 届出に関する事項 抗菌薬適正使用体制加算に係る届出は、別添７の様式１の５を用いること。
55	抗菌薬適正使用体制加算	疑義解釈の1の問6にある診療所版J-SIPHEの回答にある（答）Ｊ－ＳＩＰＨＥ及び診療所版Ｊ－ＳＩＰＨＥにおいて、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出（中略）抗菌薬の処方件数が30件以上ある場合に集計対象となる。とあるが、30件未満の場合はどうか、また、抗生剤の出荷調整等によりAccess抗菌薬の処方ができない状況下にある場合はどうしたらいいか	施設基準は下記のとおりであり、抗菌薬の処方件数が30件以上ある場合に集計対象となる。 １ 抗菌薬適正使用体制加算に関する施設基準 （１）外来感染対策向上加算に係る届出を行っていること。 （２）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。 （３）直近６か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること。

No.	質問項目	質問内容	回答
56	Access抗菌薬60%以上について	抗菌薬適正使用加算に係る届出の条件のひとつに 「使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上」というものがあるが、現在Access抗菌薬の極度の不足場外でほとんど入手できない。 Access抗菌薬が充分供給されるまで、経過措置として「60%以上」に達していなくても算定できるようにしていただきたい。	疑義解釈が出ていない ご要望として日本医師会に申し伝える。
57	慢性維持透析患者外来医学管理料	Q１．慢性維持透析患者外来医学管理料を算定する透析患者に対し、生活習慣病管理料（Ⅱ）に該当する疾病の患者へ生活習慣に関する治療管理を行った場合、併算定は可能になりますか？ Q２．慢性腎臓病透析予防指導管理料の算定要件となる、具体的な指導内容を教えてください Q３．慢性腎臓病透析予防管理料を算定する場合、様式を用いて患者人数、状態の変化等について報告を行うこととなっていますが、報告時期、様式、報告方法等はどのようになりますか？	Ｂ００１－３生活習慣病管理料の通知（３） 当該患者の診療に際して行った第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。と規定されており、第１部医学管理等から除かれる指導管理料にＢ００１_15慢性維持透析患者外来医学管理料が掲げられていないため、併算定はできない 疑義解釈（その１）令和6年3月28日 問146「B001」の「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料について、当該点数を算定する日において、慢性腎臓病透析予防診療チームである医師、看護師又は保健師及び管理栄養士それぞれによる指導の実施が必要か。 答：そのとおり。当該指導に当たり、必ずしも医師、看護師又は保健師及び管理栄養士が同席して指導を行う必要はないが、それぞれが同日に指導を行う必要があることに留意されたい。 問147慢性腎臓病透析予防指導管理料について、腎臓病教室に参加していない患者であっても、要件を満たす場合は、当該点数を算定可能か。 答：そのとおり。 問148慢性腎臓病透析予防指導管理料について、腎臓病教室等で複数の患者に同時に指導を行った場合でも算定可能か。 答：複数の患者に同時に指導を行った場合には算定できない。 問149慢性腎臓病透析予防指導管理料の施設基準で求められている医師、看護師、保健師及び管理栄養士のそれぞれの経験は、過去に複数の施設で必要な経験年数を満たしていてもいいのか。 答：そのとおり。 問150慢性腎臓病透析予防指導管理料の医師、看護師、保健師、管理栄養士は、「A233-2」栄養サポートチーム加算の専任の医師、看護師、管理栄養士、「B001」の「27」糖尿病透析予防指導管理料の専任の医師、看護師、保健師、管理栄養士との兼任は可能か。 答：栄養サポートチームの専従ではない医師、看護師、管理栄養士は兼任が可能である。また、糖尿病透析予防指導管理料の専任の医師、看護師、保健師、管理栄養士は兼任が可能である。

No.	質問項目	質問内容	回答
58	手術記録の有無について	内視鏡下鼻中隔手術 新設の内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型、Ⅳ型について 算定する際に施設基準や手術記録、CT所見の提出も必要でしょうか	鼻中隔彎曲症等に、鼻中隔前彎又は外鼻変形を合併した場合に対する手術を新設する。 （新）内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型（前彎矯正術）29,680点 （新）内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型（外鼻形成術）46,070点 【当該点数に係る施設基準の記載事項】 Ｋ３４０－３ 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開窓術）、Ｋ３４０－４ 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）、Ｋ３４０－５ 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）、Ｋ３４０－６ 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）、Ｋ３４０－７ 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術） 「Ｋ３４０－３」から「Ｋ３４０－７」までに掲げる手術を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。
59	療養病棟入院基本料について	医療区分について、「対象疾患の名称」及び「対象となる状態」による区分から「対象となる疾患・状態」「対象となる処置等」による区分に再編されましたが、医療区分が再編されたことによって、「対象となる疾患・状態」と「対象となる処置等」のどちらかに医療区分1があった場合も医療区分2.3の割合に含まれると解釈してよいのか。 もしくは、「対象となる疾患・状態」と「対象となる処置等」のどちらも医療区分2ないし3でないと、医療区分2.3の割合としてカウントしてはいけないのか。 ご教示をお願い申し上げます。	厚労省資料令和6年3月5日版 令和６年度診療報酬改定の概要【入院Ⅳ（慢性期入院医療）】を参考に
60	往診料及びターミナルケア加算算定	【往診料及びターミナルケア加算算定に関する質問】わかりにくくて恐縮です 本人の望む場所で看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算について、死亡日あるいは、死亡日前14日以内の15日間に退院時共同指導及び往診を実施した上で往診を実施した場合に算定可能とされたが、退院時共同指導料と初診料、再診料、往診料、在宅患者訪問診療料Ⅰ、Ⅱが併算定できないことより、往診し看取りを行った場合の往診料に関し緊急往診加算325点、夜間・休日加算405点、深夜往診加算485点の算定となるか、 【参考】 往診料の見直しに関し、①往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療等を算定している患 者、②往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保健医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪 問診療料を算定している患者、③往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者、④往診を 行う保険医療機関と平時から連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者である場合にそれぞれ算定でき る、退院時共同指導を算定した場合はこれに該当しないと考えてよろしいでしょうか	下記資料をご参照ください。 https://nihonishikai-my.sharepoint.com/:p:/g/personal/rmatsu_office_med_or_jp/EXTcNUWIfphOrQoEP3WyDR8BG_gr7xLU33mjhJWrpaYeKg?e=A6iB3G また、「退院時共同指導料１」は初診料、再診料、往診料、在宅患者訪問診療料Ⅰ、Ⅱが併算定できないが、「退院時共同指導料２」にはこのような規定はない。

No.	質問項目	質問内容	回答
61	外来栄養食事指導料２	外来栄養食事指導料１自院で雇用している管理栄養士による指導 外来栄養食事指導料２外部の管理栄養士による指導 疑義解釈その１ 問143生活習慣病管理料（Ⅱ）において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料２を算定できるか。 （答）算定可能。ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること。 この文書には書いてないが、管理栄養士と連絡が取れれば、自分のクリニックに管理栄養士がきて指導してもらわなくてもどこかの医療機関に栄養士をお願いしてもとれるのではないか	Ｂ００１＿９外来栄養食事指導料 エ 当該指導において、患者の個人情報を情報通信機器等の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得ること。また、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に 関するガイドライン」等に対応していること。加えて、情報通信機器等による指導の実施に際しては、オンライン指針を参考に必要な対応を行うこと。 オ情報通信機器等による指導は、原則として当該保険医療機関内において行うこと。なお、当該保険医療機関外で情報通信機器等による指導を実施する場合であっても上記「エ」に沿った対応を行うとともに、指導を実施した場所については、事後的に実施状況が確認可能な場所であること。
62	時間外対応加算	現在、時間外対応加算（２）を算定している 今まで算定した時間外対応加算（２）は時間外対応加算（３）になるが、再届出は必要か？	改定により、現行の2は6月より「3」に区分変更となります。基準の内容に変更はないので、改めて届出は必要ありません。 ちなみに、現行の1は「1」、2は「3」、3は「4」となり、新しく「2」が新設されました。 よって、現行の1、2、3の届出医療機関は改めて届出は不要です。
63	血糖自己測定指導加算（新設）について	インスリン製剤を使用していない2型糖尿病患者に対し、自己血糖測定値に基づく指導を行った場合、年に1回だけ500点加算できるようですが、トルリシティ・オゼンピック・マンジャロなどを使用し自己血糖測定を行っている患者の場合は加算可能ですか？	血糖自己測定指導加算 インスリン製剤を使用していない 血糖自己測定器加算 インスリン製剤を使用
64	介護保険施設等連携往診加算	介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な～ （新点数） ・介護保険施設等連携往診加算２００点 ・協力対象施設入所者入院加算 １．往診が行われた場合６００点 ２．１以外の場合２００点 対象の介護保険施設とは （介護保険施設介護医療院特別養護老人ホーム）と ①サービス付高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護） ②サービス付高齢者受け住宅 ①②は対象？対象外？ ご回答の程よろしくお願いいたします。	介護保険施設等連携往診加算および・協力対象施設入所者入院加算の対象施設は、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（地域密着型介護老人福祉施設を含む）である。 疑義解釈資料の送付について（その１）厚生労働省保険局医療課令和６年３月28日 【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算 】問75「Ａ２５３」協力対象施設入所者入院加算及び「Ｃ０００」往診料の「注10」に規定する介護保険施設等連携往診加算における「介護保険施設等」について、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第百三十条第一項に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設は含まれるか。 （答）含まれる。

No.	質問項目	質問内容	回答
65	「中心静脈栄養の医療区分の見直し」	療養型病院において、今までは疾患に関わらず中心静脈栄養を実施すると医療区分3でしたが、今回から広範性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐・・・などの疾患以外の方の医療区分は、すべて医療区分2と考えて宜しいでしょうか？　脳血管疾患、認知症などによる嚥下機能障害、摂食機能障害で、消化管の機能には異常なく、ご家族様の希望で経鼻胃管や胃瘻ではなく、中心静脈栄養を選択されることがございます。その際に実施する中心静脈栄養は医療区分２と判断しても宜しいかどうか、もしくは消化管に異常がない（消化管機能障害なし）ため医療区分１になるのでしょうか？	【療養病棟入院料】 ［施設基準］（概要） 医療区分３ 　中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、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を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。） 医療区分２ 　中心静脈栄養（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ものに限る。）
66	その他	ベースアップ評価料 なぜ勤務医が対象として除外されているのですか 医師に対する無給徴用時代から今現在にみこんなに差別虐待されています。 まさしく任権侵害問題だろうか	ご要望として日本医師会に申し伝える。
67	その他	自民党支持を止めました。 医師連盟も止めます よろしくお願い致します。	ご要望として日本医師会に申し伝える。