

## NICHII 医事ニュース

発行元：事業統括本部 医療関連事業本部 運用企画部 運用企画課

協力：経営支援チーム

## 主旨

激変する医療界の動向について、医療経営の視点で必要な情報を提供すると共に、医事業務に必要な実務知識の提供をしています

## 今月のトピックス

## 施設基準の経過措置について

経過措置は診療報酬改定において一部の施設基準に設定された猶予期間です。2024年度診療報酬改定では、1つの項目に多数の経過措置が設けられているものがあり、経過措置の期日を把握し届出のタイミングを見逃さないようご留意下さい。

## 2024年9月30日までの主な経過措置

番号	診療区分番号	項目	経過措置
1	A000	初診料注16：医療DX推進体制整備加算	マイナ保険証の利用率が一定割合以上については、令和6年10月1日から適用する。なお、利用率の割合については別途示す予定。
2	A001 B001-2-9 B001-2-10	再診料注12：地域包括診療加算 再診料注13：認知症地域包括診療加算 地域包括診療料 認知症地域包括診療料	地域包括診療加算、地域包括診療料について①指定事項の掲示②サービス担当者会議等の実績③適切な意思決定支援に関する指針を定めることについては、令和6年9月30日までの間に限り、満たしているものとする。 令和6年3月31日時点の届出医療機関は令和6年9月30日までは従前の例による。
3	A109	有床診療所療養病床入院基本料	令和6年3月31日において現に届出を行っている医療機関については、令和6年9月30日までの間に限り、従前の例による。
4	A101	療養病棟入院基本料の医療区分	療養病棟入院基本料の注11を削除した上で、令和6年3月31日において療養病棟入院基本料注11の届出を行っている医療機関は、令和6年9月30日までは、医療区分2・3の患者の合計が5割以上であることの基準に該当するものとみなす。
5	A101	療養病棟入院基本料の疾患別リハビリテーション料	令和6年3月31日において療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までの間に限り、療養病棟入院基本料1・2「入院料27」を算定する日の2単位超の疾患別リハビリテーションの費用の包括規定を適用しない。
6	A100 A102 A103 A105 A200 A207-3 A207-4 A214 A308-3 A317	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和6年3月31日において下記に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における基準を満たす病棟については、令和6年9月30日までの間は令和6年度改定後の基準をそれぞれ満たすものとみなす。 急性期一般入院基本料1～5 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（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料注7、看護必要度加算1～3、総合入院体制加算1～3、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1
7	A100 A103 A105	重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和6年3月31日時点で下記の届出を行っている病棟にあつては、令和6年9月30日までの間に限り、令和6年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。 急性期一般入院料6、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（結核病棟入院基本料に限る。））、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

上記は一部抜粋になります。弊社では「医療機関向けサービスサイト」にてお役立ち情報を発信しています。抜粋ではない経過措置一覧もそちらに掲載していますので、あわせてご確認ください。

『NICHII 学ぼう!! シリーズ 診療報酬改定編 ③施設基準の届出に関する経過措置』



**時効が近づいてきているレセプトはありませんか**

レセプト（医科・歯科・調剤）の請求期間は、2020年3月31日までは3年でしたが、2020年4月1日以降、民法の改正により、5年となりました。対象となるレセプトは、診療月で起算日を考えます。保留等による月遅れ請求の請求月ではありません。よって、2020年4月の診療分レセプトについては2025年より順次時効を迎えることとなります。請求忘れ・返戻の未処理で机の引き出しの奥の方にしまい込んでいるレセプトはないでしょうか。確認しておきましょう。

参考 厚生省保険局長通知  
「診療報酬請求権の消滅時効について」  
(昭和35年4月23日付け  
保文発第3085号)

**社保の時効の起算日：診療月の翌月の1日が起算日**

2020年（令和2年）4月のレセプトの請求期間は、2020年（令和2年）5月1日を起算日として、5年間なので、時効の成立は、2025年（令和7年）5月1日。時効に間に合わせるには、2025年（令和7年）4月10日までに提出する必要がある。

参考 厚生省国民健康保険課長通知  
「診療報酬請求権の時効の起算日について」  
(昭和38年1月18日 保険発第7号)

**国保の時効の起算日：診療月の翌々々月（3ヵ月後）の1日が起算日**

2020年（令和2年）4月のレセプトの請求期間は、2020年（令和2年）7月1日を起算日として、5年間なので、時効の成立は、2025年（令和7年）7月1日。時効に間に合わせるには、2025年（令和7年）6月10日までに提出する必要がある。

請求支払に関するQ&Aより引用 社会保険診療報酬支払基金HP

質問		回答
Q3	保険医療機関における診療報酬請求権の時効については、民法で3年間とされていたが、令和2年4月1日施行の民法改正により何年になるのか。	保険医療機関における診療報酬請求権の時効については、令和2年3月診療分までは3年間、令和2年4月診療分からは原則5年間とされました。なお、その起算日については、診療月の翌月1日とされています。
Q4	保険医療機関における診療報酬請求権の時効については、支払基金の原審査の結果、診療報酬債権が減額された場合の時効は何年か。	支払基金の原審査の結果、診療報酬債権が減額された場合についても、診療報酬請求権と同様に、令和2年3月診療分までは3年間、令和2年4月診療分からは原則5年間とされています。なお、その起算日については、診療月の翌月1日とされています。





算定 à la carte

A205救急医療管理加算の「ただし書き」の運用について

今回の診療報酬改定において「A205救急医療管理加算」に「ただし書き」が記載されました。これに関して、いつからの減算規定なのかを厚生局へ質問しており、5月30日に厚生局神奈川支部から、お返事をいただくことができました。「**来年1月以降の減算**」ということでした。

疑義解釈ではありませんので、地域によって差があるかもしれませんが、参考としていただき、算定方法について医療機関内でご検討いただければと思います。関係通知等をお示しいたしますので、確認しておきましょう。

現行

【算定要件】

(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。



改定後

【算定要件】

(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。**ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。**

[ただし書きに規定する施設基準]

**救急医療管理加算2を算定する患者のうち、直近6カ月において、5割以上が「その他の重症な状態」であること。**

救急医療管理加算の診療報酬明細書の摘要欄への記載事項

状態		救急医療管理加算 1 1050点	救急医療管理加算 2 420点
二	意識障害又は昏睡	<ul style="list-style-type: none"> <li>● JCS</li> <li>● JCS 0 は緊急入院が必要であると判断した医学的根拠</li> </ul>	
三	呼吸不全で重篤な状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>● P/F比</li> <li>● P/F比400以上は緊急入院が必要であると判断した医学的根拠 (P/F比は酸素投与前の値)</li> </ul> 酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400 以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載	
四	心不全で重篤な状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>● NYHA</li> <li>● NYHAI度は緊急入院が必要であると判断した医学的根拠</li> </ul>	
六	ショック	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院時の状態に係る指標 (平均血圧)</li> </ul>	
七	重篤な代謝障害 (肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院時の状態に係る指標 (AST値、ALT値、eGFR値、JDS値、NGSP値、随時血糖値、具体的な状態)</li> </ul>	
八	広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Burn Index</li> <li>● (顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く) Burn Index 0 は緊急入院が必要であると判断した医学的根拠</li> </ul>	

疑義解釈（その1）（2024.3.28）

疑義	回答
<p>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。</p>	<p>そのとおり。</p>
<p>問45 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か。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か。</p>	<p>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。</p>
<p>問46 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か。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か。</p>	<p>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。</p>

疑義解釈（その2）（2024.4.12）

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

厚生局神奈川支部へ質問（書面）

疑義解釈その1の問45に「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～」と記載されています。6月以降の算定につきまして以下の①か②かどちらの解釈が適当でしょうか。ご教授下さい。

- ① 6月改定施行のため 施行月から6ヶ月をさかのぼってのカウントはしない  
6月～11月迄は減算せず 通常通り「1」か「2」の算定とする。  
施行月～6ヶ月（6月～11月）のカウントで50%を超えている場合には、12月から210点の算定。
- ② 6ヶ月のカウントは6月～のため 平均値をもとに算定をする  
6月：通常通り「1」か「2」の算定  
7月：6月が50%を超えていると確認するが、算定は、通常通り「1」か「2」の算定  
8月：6月が超えていたので、210点の算定。6月と7月の平均が50%を切っていたことを確認。  
9月：通常通り「1」か「2」の算定に戻す。

厚生局神奈川支部より回答（口頭）

「疑義解釈その1，その2を踏まえて①の考え方でよろしいかと思えます。**実際は来年1月以降の減算**になります。」