

事務連絡
平成28年3月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その1）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成28年厚生労働省告示第52号）等については、「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28年3月4日保医発0304第3号）等により、平成28年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添5のとおり取りまとめたので、改定説明会等にて回答した事項と併せて、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いいたします。

医科診療報酬点数表関係

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(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4) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目共通事項において、「同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ評価の対象とすること。」とあるが、

- ① 予定手術として二期的に手術を行う場合も初回の手術のみが評価の対象となるのか。
- ② 救命等に係る内科的治療において、同一疾患に起因した一連の再治療の場合の取り扱いはどうなるのか。

(答) ① 予定手術として二期的に手術を行う場合は、それぞれの手術が評価の対象となる。

- ② 同一疾患に起因した一連の再治療が一回の入院中に行われる場合は、初回の治療のみ評価の対象となる。なお、予定していたものとして二期的に治療を行う場合は、それぞれの治療が評価の対象となる。

(問5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の開腹手術について、「腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法（腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む）により手術が行われた場合に評価する」とあるが、腹壁を切開しない方法で腹腔・骨盤腔又は後腹膜腔の臓器に達する手術は、対象となるのか。

(答) 対象とならない。

(問6) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「骨切り若しくは骨の切除・移植を要する手術（指（手、足）の手術は除く）」において、区分番号「K033」筋膜移植術、区分番号「K034」腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）、区分番号「K035」腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）、区分番号「K035-2」腱滑膜切除術、区分番号「K037」腱縫合術、区分番号「K037-2」アキレス腱断裂手術、区分

番号「K039」腱移植術（人工腱形成術を含む。）、区分番号「K040」腱移行術、区分番号「K042」骨穿孔術、区分番号「K043」骨搔爬術、区分番号「K066」関節滑膜切除術、区分番号「K066-2」関節鏡下関節滑膜切除術、区分番号「K066-4」関節鏡下滑液膜摘出術、区分番号「K067」関節鼠摘出手術、区分番号「K067-2」関節鏡下関節鼠摘出手術は含まれるか。

(答) 含まれない。

(問7) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「骨切り若しくは骨の切除・移植を要する手術（指（手、足）の手術は除く）」において、区分番号「K320」アブミ骨摘出術・可動化手術等、頭頸部の骨の切除・移植を要する手術は含まれるか。

(答) 含まれる。ただし、軟骨のみの操作で骨の操作を伴わないもの、開窓や穿孔のみの操作で骨の切除を伴わないものは対象とならない点に留意すること。

(問8) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「下肢・骨盤の骨接合に係る手術」において、区分番号「K044」骨折非観血的整復術、区分番号「K061」関節脱臼非観血的整復術は含まれるか。

(答) 含まれない。

(問9) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「下肢・骨盤の骨接合に係る手術」について、抜釘術は含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問10) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「骨悪性腫瘍に係る手術」において、区分番号「K 4 3 9」下顎骨悪性腫瘍手術、区分番号「K 4 4 2」上顎骨悪性腫瘍手術等、頭頸部の骨に対する悪性腫瘍の手術は含まれるか。

(答) 含まれる。ただし、軟骨のみの操作で骨の操作を伴わないものは対象とならない点に留意すること。

(問11) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目「全身麻酔の手術」について、静脈麻酔によるものも含まれるのか。

(答) 静脈麻酔で行われたもののうち、区分番号「L 0 0 8」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔として実施されたものであれば含まれる。

(問12) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における①経皮的血管内治療の「脳血管内治療」の中に、区分番号「K 1 7 8」脳血管内手術、区分番号「K 1 7 8 - 2」経皮的脳血管形成術、区分番号「K 1 7 8 - 3」経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、区分番号「K 1 7 8 - 4」経皮的脳血栓回収術は含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問13) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における①経皮的血管内治療の中に「冠動脈カテーテル治療」とあるが、区分番号「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、区分番号「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術、区分番号「K 5 5 0」冠動脈内血栓溶解療法、区分番号「K 5 5 0 - 2」経皮的冠動脈血栓吸引術、区分番号「K 5 7 0 - 3」経皮的肺動脈形成術は含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問14) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における①経皮的血管内治療の「選択的血管塞栓による止血術」について、肝動脈塞栓術は含まれるか。

(答) 含まれる。

(問15) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における②経皮的心筋焼灼術等の治療の中に「経皮的心筋焼灼術」とあるが、区分番号「K 5 9 5」経皮的カテーテル心筋焼灼術、区分番号「K 5 9 5 - 2」経皮的中隔心筋焼灼術は含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問16) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における③侵襲的な消化器治療の中に、「内視鏡による胆道・膵管に係る治療」とあるが、区分番号「K 6 8 2 - 3」内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術、区分番号「K 6 8 5」内視鏡的胆道結石除去術、区分番号「K 6 8 6」内視鏡的胆道拡張術、区分番号「K 6 8 7」内視鏡的乳頭切開術、区分番号「K 6 8 8」内視鏡的胆道ステント留置術、区分番号「K 7 0 8 - 3」内視鏡的膵管ステント留置術は含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問17) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における③侵襲的な消化器治療の「内視鏡による胆道・膵管に係る治療」について、区分番号「K 6 8 2 - 2」経皮的胆管ドレナージ術、区分番号「K 6 8 9」経皮経肝胆管ステント挿入術、区分番号「K 6 9 1 - 2」経皮的肝膿瘍ドレナージ術などの経皮的な治療は含まれるのか。

(答) 含まれない。

(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。

【ADL維持向上等体制加算】

(問19) ADL維持向上等体制加算を算定する病棟で専任者として登録する理学療法士等は、疾患別リハビリテーション料の専従者と兼務できるか。

(答) できる。

(問20) ADL維持向上等体制加算について、登録した理学療法士等が当該病棟で6時間以上勤務した日に算定できるとされているが、複数の理学療法士等の勤務時間を合算して6時間以上となれば算定できるか。

(答) できない。少なくとも一人の理学療法士等が、当該病棟で6時間以上勤務している必要がある。

【月平均夜勤時間】

(問21) 看護職員の月平均夜勤時間数の計算方法が見直されたが、4週間を単位として計算している医療機関について、

① 4週間が4月1日をまたぐ場合、改定前あるいは改定後のど

こちらの計算方法で計算すればよいか。

- ② ①の場合に、4週間の始期をリセットし、平成28年4月1日から計算を開始することができるか。

(答) ① 改定前の計算方法で計算すること。

- ② 平成28年4月1日をまたぐ4週間を改定前の計算方法で計算し要件を満たしていることを確認した上であれば、4月1日から計算を開始してもよい。

【夜勤時間特別入院基本料】

(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か。

(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)

URL：<http://iryuu-kinmukankyou.mhlw.go.jp/> ※「いきサポ」で検索。

(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か。

(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。

【病棟群届出】

(問27) 原則として、異なる病棟群への転棟はできないとあるが、例外とはどのような場合か。

(答) 例えば、入院中に新たな疾患を発症し、その治療のために別の診療科への転科が必要となったことに伴う他病棟への転棟などである。

(問28) やむを得ず転棟した場合の入院費用の算定方法はどのようにすればよいか。

(答) 転棟した患者は入院期間を通して10対1の入院基本料を算定すること。なお、既にレセプト請求している場合は、前月まで遡りレセプトを取り下げ、修正して請求し直すこと。

【主として事務的業務を行う看護補助者】

(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。

【療養病棟入院基本料】

(問31) 療養病棟入院基本料2の注11に定める所定点数の100分の95を算定する場合は、以下の①及び②のどのような組み合わせにおいて算定可能か。

- ① 看護職員配置25対1
- ② 当該病棟の入院患者のうち、医療区分3と医療区分2との患者の合計が5割以上

(答) 療養病棟入院基本料2の注11に定める、所定点数の100分の95の点数は、以下のいずれの場合にも算定できる。

1. ①のみを満たす場合（平成28年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟である場合に限る。）
2. ②のみを満たす場合（平成28年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟である場合、かつ、看護職員配置30対1以上である場合に限る。）
3. ①及び②の両方を満たさない場合（平成28年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟である場合、かつ、看護職員配置30対1以上である場合に限る。）

(問32) 別紙8「医療区分・ADL区分に係る評価票 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」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」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区分に係る評価票 評価の手引き」
「17. 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3L/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。

(問35) 療養病棟入院基本料を算定する病棟において、インターフェロン、酢酸リユープロレリン等の悪性腫瘍に対する効能を有する薬剤を使用した場合、抗悪性腫瘍剤として薬剤料を算定できるか。

(答) 算定できる。

【障害者施設等入院基本料】

(問36) 障害者施設等入院基本料を算定する脳卒中を原因とする重度の意識障害の患者であって、病状が医療区分1又は2に相当し、入院期間が90日を越えるものは、「注5」に定める特定患者と同様の扱いとなるのか。

(答) 脳卒中を原因とする重度の意識障害の患者については、特定患者に該当しないことから、入院期間が90日を超える場合であっても、「注6」の対象となる。

(問37) 障害者施設等入院基本料の「注6」に定める点数を算定する場合の医療区分の判断については、別紙様式2「医療区分・ADL区分に係る評価票」を毎日記録する必要があるか。

(答) 障害者施設等入院基本料における医療区分の判断については、様式は定めていないが、医療機関で適切に記録する必要がある。

【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38) 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おり、そのうちどちらか一方のみにおいて在宅復帰機能強化加算を届け出ている場合、他方の病床に入院している患者についても在宅復帰機能強化加算を算定できるか。

(答) できない。

(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。

【総合入院体制加算】

(問40) 総合入院体制加算 1 及び 2 の要件について、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、下記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) 該当する。

【救急医療管理加算】

(問41) 救急医療管理加算における「緊急カテーテル治療・検査」について、緊急の消化器出血に対する経カテーテル的止血術も含まれるか。

(答) 含まれる。

【看護職員夜間配置加算】

(問42) 平成28年 3 月31日において、現に看護職員夜間配置加算を算定する保険医療機関が、平成28年 4 月以降において看護職員夜間12 対 1 配置加算 2 を算定するためには、新たに届け出る必要がある

のか。

(答) 7対1入院基本料については新たな届出は不要である。10対1入院基本料を算定する保険医療機関には、当該加算の施設基準にある重症度、医療・看護必要度に関する経過措置が適用されるため、平成28年10月1日以降も引き続き当該加算を算定するためには、重症度、医療・看護必要度の新基準を満たした上で届け出る必要がある。

【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（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、一時的に応援に来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い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 毎日開所していないと該当しないのか。
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 院内保育所の保育時間に夜勤時間帯のうち4時間以上含まれる日が週5日以上ある場合は該当する。なお、4時間以上とは、連続する4時間ではなく、夜勤時間帯の中で保育時間が重複する時間の合計が4時間の場合も該当する。
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。

(問50) 区分番号「A207-4」看護職員夜間12対1配置加算1あるいは看護職員夜間16対1配置加算を算定している場合に、急性期看護補助体制加算の夜間看護体制加算は算定可能か。

(答) 算定可能。

(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か。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。

【急性期看護補助体制加算／看護補助加算（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、主任でもよいか。

（答）よい。

【緩和ケア診療加算／緩和ケア病棟入院料】

（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。

【リエゾンチーム加算】

（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。

【栄養サポートチーム加算】

(問56) 歯科医師連携加算について、栄養サポートチームの構成員として継続的に診療に従事していれば、院外の歯科医師であっても差し支えないとされているが、どの程度診療に従事していれば継続的に従事しているものとみなされるか。

(答) 栄養サポートチームの構成員として、1回/2週以上の頻度で診療に携わっていることが必要。

【感染防止対策加算】

(問57) 感染防止対策加算において、感染制御チームによる1週間に1回程度の院内巡回が施設基準として規定されたが、

- ① 院内の巡回は施設基準で定められている構成員全員で行う必要があるのか。
- ② 院内巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。

(答) ① そのとおり。
② 必要性に応じて各部署を巡回すること。なお、少なくとも各病棟を毎回巡回するとともに、病棟以外の各部署についても巡回を行っていない月がないこと。

【病棟薬剤業務実施加算】

(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。

【退院支援加算】

(問59) 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。

(問60) 注 4 に掲げる地域連携診療計画加算は、相手先の医療機関との間で地域連携診療計画が作成・共有されていれば、必ずしも相手先の医療機関が当該加算を算定していなくても算定できるか。

(答) 算定できる。

(問61) 退院支援加算で配置されている退院支援部門の看護師及び各病棟において退院支援及び地域連携業務に専従する看護師が、退院支援として退院後訪問指導を実施してよいか。

(答) よい。

【認知症ケア加算】

(問62) 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

(答) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注 2」の点数は適用しなくてよい。

(問63) 「注 2」に掲げる点数が適用されるにあたり、身体的拘束の実施時間について規定はあるか。

(答) ない。時間によらず、実施した日は「注2」に掲げる点数を算定する。

(問64) 認知症ケア加算の算定には、認知症の確定診断が必要か。

(答) 認知症と診断されていなくても、算定要件を満たしていれば算定できる。

(問65) 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクⅢ以上かどうかは、誰が判断するのか。

(答) 担当する医師又は看護職員が判断する。

(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にある所定の研修とみなすことができる。

(問70) 認知症ケア加算のイの期間とロの期間の日数は、入院日から数えた期間か、それとも、ケア開始日から数えた期間か。

(答) 入院日を起算日とした日数。例えば、認知症ケア加算1を届け出てい

る病棟において、入院7日目に関与し始め、20日目に退院した場合、150点を8日間、30点を6日間算定する。

【精神疾患診療体制加算】

(問71) 夜間休日救急搬送医学管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

(答) 可能。

【新生児特定集中治療室管理料】

(問72) 区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の施設基準において、専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していることとされているが、出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れてもよいか。

(答) 不可。当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。ただし、救急搬送された母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入院することが想定される場合等、緊急かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。

【特殊疾患入院医療管理料／特殊疾患病棟入院料】

(問73) 特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の「注4」に定める点数を算定した場合、「注2」及び「注3」に定める加算は算定できるのか。

(答) 「注3」は要件を満たせば算定可能。「注2」は、人工呼吸器を使用している場合の加算であり、人工呼吸器を使用する場合は医療区分3に相当するため、「注4」に定める点数の対象患者とはならない。

(問74) 特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の「注4」に定める点数を算定する場合の医療区分の判断については、別紙様式2「医療区分・ADL区分に係る評価票」を毎日記録する必要があるか。

(答) 特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料における医療区分の判断については、様式は定めていないが、医療機関で適切に記録する必要がある。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

(問75) 回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知(12)ウ及びエにある実績指数の算出から除外できる患者は、アで「リハビリテーションの提供実績を相当程度有する」との判断の際にも計算対象から除外できるか。

(答) 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の数が10名以上であるかの判断は、ウ及びエで実際に除外した患者を除いて行う。1日あたりのリハビリテーション提供単位数が平均6単位以上であるかの判断は、ウ及びエにおける除外の有無にかかわらず、直近6か月間の回復期リハビリテーションを要する状態の患者について行う。

(問76) 回復期リハビリテーション病棟の実績指数を算出するにあたり、「当該月に入棟した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から全て除外することができる」とあるが、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者の一部をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を対象とできるか。

(答) できない。月毎に、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者を、リハビリテーション効果実績指数の算出対象から全員除外するか、全員含めるかのいずれかを選ぶこと。

(問77) 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供実績の評価(留意事項通知 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料(12)ア)及び実績指数の評価(同イ)において、「入棟する」「退棟する」とは、算定する入院料にかかわらず当該病棟に入棟又は退棟することをいうのか。それと

も、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定を開始又は終了することをいうのか。

(答) 算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退棟することをいう。従って、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数を超えた患者であっても、当該病棟で療養を続ける限り、退棟したものは扱わない。なお、一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者については、実績指数の評価の対象とはならないことに留意されたい。

(問78) 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料において、区分番号「J038」に掲げる人工腎臓の費用は別途算定できることとなっているが、区分番号「J038」人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できるか。

(答) できる。

(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。」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。

(問80) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士、体制強化加算の施設基準に従い病棟に専従配置される社会福祉士、地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い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は、退院支援加算1の施設基準に従い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と兼任できるか。また、認知症ケア加算1の認知症ケアチー

ムの専任の社会福祉士と兼任できるか。

(答) 体制強化加算の施設基準に従い病棟に専従配置される社会福祉士は、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、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして当該病棟に専任配置される社会福祉士（当該の社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限る。）と兼任できるが、認知症ケア加算1の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。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士及び地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い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は、退院支援加算1の施設基準に従い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又は認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。

(問81) 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算2の施設基準において、前月に外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していることが求められているが、専従医師として届け出る医師が行っていないか。

(答) 当該保険医療機関として行っていればよい。

(問82) 廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できるか。

(答) 廃用症候群リハビリテーション料の対象となる廃用症候群は、「急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない）による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」である。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料の対象となる「回復期リハビリテーションを要する状態」の廃用症候群は、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）」である。

従って、それ以外の廃用症候群は、廃用症候群リハビリテーション料の対象となったとしても、回復期リハビリテーション病棟入院料の対象とはならない。

【地域包括ケア病棟入院料】

(問83) 平成28年1月1日時点で許可病床数500床未満であり地域包括ケア病棟入院料を2病棟以上届け出ていた保険医療機関が、平成28年1月1日以降、増床によって許可病床数が500床以上となる場合、地域包括ケア病棟を1病棟以下とするべきか。また同様に、平成28年1月1日時点で救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料を届け出ておらず、かつ地域包括ケア病棟を2病棟以上有している保険医療機関が、平成28年4月以降にこれらの入院料、管理料等を届け出る場合も、地域包括ケア病棟を1病棟以下とするべきか。

(答) そのとおり。平成28年4月以降に許可病床数の増床により500床以上となる場合や救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料の届出を行う場合は、2病棟以上の地域包括ケア病棟を持つことができない。

(問84) 平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料を2病棟届出しており、かつ許可病床数が500床以上、または救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び、小児特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関について、平成28年4月以降、許可病床数の増床、地域包括ケア病棟入院料又は救命救急入院料等の新たな届出を行うことができるか。

(答) 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を複数維持する場合はできない。平成28年4月以降、増床や新たな届出を行う場合には、地域包括ケア病棟入院料の取下げ等により、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を1病棟以下とする必要がある。

【地域移行機能強化病棟入院料】

(問85) 地域移行機能強化病棟に転棟する前に、当該保険医療機関の他の精神病棟で一部の退院支援業務を開始してもよいか。

(答) 他の精神病棟で実施した退院支援業務についても、地域移行機能強化病棟で実施した退院支援業務とみなすことができる。この場合、退院支援計画に他の精神病棟で行った退院支援内容を記載する必要があること。なお、当該病棟への入院期間が1か月未満で、退院支援委員会の開催前に退院する患者については、退院前に、退院支援相談員が、患者及び患者の家族等に、実施した退院支援の内容と退院後の医療及び相談支援の体制等について、文書で説明する必要があること。

(問86) 退院支援委員会の開催に当たり、相談支援事業者等、外部の支援者が必ず出席する必要があるのか。

(答) 当該患者の地域移行支援を担当する事業者等が決定している場合には、出席を求める必要があること。出席を求めたものの、やむを得ず当該事業者等が欠席する場合には、診療録等に退院支援委員会の議事の要点を記録する際に、欠席の理由を記載する必要があること。

(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。

【短期滞在手術等基本料】

(問91) 区分番号「K 6 1 6 - 4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術については、3 か月に 1 回に限り算定することとされているが、短期滞在手術等基本料 3 「カ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を算定後、3 か月以内に入院して同手術を実施した場合、再度、短期滞在手術等基本料 3 「カ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を算定できるか。

(答) 不可。経皮的シャント拡張術・血栓除去術を実施後、3 か月以内に入院して同手術を再度実施した場合、当該手術料及び短期滞在手術等基本料 3 については算定できない。

(問92) 区分番号「K 7 6 8」体外衝撃波腎・尿管結石破砕術については、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う治療過程は一連の評価とされているが、短期滞在手術等基本料 3 「ヤ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を算定後、所期の目的

を達する前に、再度、入院して同手術を実施した場合、短期滞在手術等基本料3「ヤ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を算定できるか。

(答) 不可。体外衝撃波腎・尿管結石破砕術において、一連の治療過程に当たる期間については、手術料又は短期滞在手術等基本料3を再び算定することはできない。

(問93) 区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療については、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても所定点数は1回のみ算定することとされているが、短期滞在手術等基本料3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定後、一連の治療過程において、再度、入院して同治療を実施した場合、短期滞在手術等基本料3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定できるか。

(答) 不可。ガンマナイフによる定位放射線治療において、一連の治療過程に当たる期間については、放射線治療又は短期滞在手術等基本料3を再び算定することはできない。

【認知症地域包括診療料】

(問94) 認知症地域包括診療料の算定要件において、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合は算定の対象とならないこととされているが、内服薬の種類数には臨時の処方によるものを含むか。

(答) 臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものは除く。

【小児かかりつけ診療料】

(問95) 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していることが要件となっているが、1度でも往診に行っていれば実績として数えることができるか。

(答) 実績とは数えられない。3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番

号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定していることが必要。

(問96) 小児かかりつけ診療料について、「当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応すること」とされているが、深夜帯において、#8000等の利用を勧めてはならないのか。

(答) 深夜帯において、小児救急電話相談事業（#8000）等の利用を勧めることを妨げるものではない。患者から緊急に連絡のあった場合には可能な限り対応を行うこととし、対応できなかった場合にあっては、可能な限り速やかに患者にコールバックすること。

【排尿自立指導料】

(問97) 区分番号「B005-9」排尿自立指導料の医師及び看護師の要件である研修の内容が施設基準通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修である。

医師については、日本慢性期医療協会「排尿機能回復のための治療とケア講座」、看護師については、

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」の研修
- ② 日本創傷・オストミー・失禁管理学会、日本老年泌尿器科学会、日本排尿機能学会「下部尿路症状の排尿ケア講習会」
- ③ 日本慢性期医療協会「排尿機能回復のための治療とケア講座」

なお、特定非営利活動法人日本コンチネンス協会が行っている「コンチネンス中級セミナー」及び認定特定非営利法人愛知排泄ケア研究会が行っている「排泄機能指導士養成講座」は、排尿自立指導料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、「コンチネンス中級セミナー」と併せて、「コンチネンス中級セミナー追加研修」を修了した場合又は「排泄機能指導士養成講座」と併せて「下部尿路機能障害の排尿自立支援指導講習」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、排尿自立指導料にある所定の研修とみなすことができる。

【退院後訪問指導料】

(問98) 病棟の看護師等が退院後訪問指導をした時間は、入院基本料の看護職員の数として算入してよいか。

(答) 算入できない。

(問99) 区分番号「B007-2」退院後訪問指導料の訪問看護同行加算を入院していた医療機関が算定した場合、同行訪問した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料を算定できるのか。

(答) 同行した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は、訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護・指導料を算定できる。

【検査・画像情報提供加算】

(問100) 保険医療機関が、他の保険医療機関に対し診療情報提供書及び検査結果等を別々の日に提供した場合は算定可能か。

(答) 診療情報提供書及び検査結果等は、原則同日に提供する必要がある。
検査結果等を提供する側の保険医療機関が、電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供する場合は、他の保険医療機関が閲覧できるよう速やかに提供する必要がある。
なお、当該保険医療機関が、当該検査結果等に関する情報を電子的な診療情報提供書に添付する場合には、必然的に診療情報提供書及び検査結果等を同日に提供することとなる。

(問101) 検査結果等をCD-ROMで提供した場合は算定可能か。

(答) 算定不可。

(問102) 以下の場合は、電子的に送受される診療情報提供書に添付し

た場合に該当するか。

- ① 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なものを電子的方法により埋め込み（貼り付け）を行い、電子署名を付与し、安全な通信環境を確保した上で送付した場合。
- ② 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なもののファイルを添付し、電子署名を付与し、安全な通信環境を確保した上で送付した場合。

(答) いずれも該当する。

(問103) 以下の場合、医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合に該当するか。

電子的に提供する診療情報提供書に電子署名を付与し、安全な通信環境を確保して送付した上で、検査結果等の診療記録のうち主要なもののデータについては、当該保険医療機関が参加している医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークの有するシステムへアップロードし、当該診療情報提供書及び検査結果等の提供を受ける別の保険医療機関が常時閲覧できるようにした場合。

(答) 該当する。

(問104) 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこととされたが、当該基準を満たす電子署名を施すことが出来るものとして、どのようなものが該当するのか。

(答) 平成28年3月時点において、一般社団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）HPKI電子認証局の発行するHPKI署名用電子証明書及び日本医師会の発行する医師資格証が該当する。

【電子的診療情報評価料】

(問105) 別の保険医療機関より、検査結果等をCD-ROMで提供された保険医療機関が、当該検査結果等を当該医療機関の診療情報を閲覧するシステムに取り込み、当該検査結果等を診療に活用した場合も算定可能か。

(答) 算定不可。

(問106) 保険医療機関が、同一月に同一患者について、同一の紹介先保険医療機関に診療情報提供書を複数回提供した場合には、月1回に限り診療情報提供料（I）の算定が可能だが、例えば月2回目以降の情報提供など、当該保険医療機関において診療情報提供料（I）が算定できない場合であっても、診療情報提供書の提供を受ける際に検査結果等の診療情報のうち主要なものを電子的方法により提供された紹介先保険医療機関において、当該検査結果等を診療に活用した場合には、その都度、電子的診療情報評価料を算定できるか。

(答) 算定不可。検査結果等の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、区分番号「B009」に掲げる診療情報提供料（I）を算定する他の保険医療機関からの1回の診療情報提供に対し、1回限り算定する。

【薬剤情報提供料】

(問107) 区分番号「B011-3」薬剤情報提供料について、電子版の手帳であって、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）の「第三 運営事業者等が留意すべき事項」を満たした手帳を保有する患者が医療機関を受診した際、当該手帳の内容を一元的に情報閲覧できる仕組みが利用できない医療機関では、

- ① どのように手帳の内容を確認することになるのか。
- ② 注2に規定する手帳記載加算は算定できるのか。

(答) ① 患者からお薬手帳の情報が含まれる電子機器の画面を見せてもらう

等の方法により、服薬状況を確認すること。なお、患者の保有する電子機器を直接受け取って閲覧等を行おうとすることは、患者が当該電子機器を渡すことを望まない場合もあるので、慎重に対応すること。

- ② 当面の間、この様な場合に限って、当該情報が記載されている文書（シール等）を交付することで手帳記載加算を算定できることとする。なお、保険薬局（電子版の手帳を提供した保険薬局等）においては、当該患者が来局した場合、当該医療機関が提供した文書の情報を電子的に手帳に入力するなど、電子版の手帳で一元的に管理できるよう対応すること。

【在宅医療のみを実施する保険医療機関】

（問108）「在宅医療のみを実施する医療機関に係る保険医療機関の指定の取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第16号）において、保険医療機関の指定に当たっては、外来応需の体制を有することが必要であるが、在宅医療のみを実施する医療機関であっても、所定の要件を満たすことが確認できる場合にあっては保険医療機関としての指定が認められる旨示されたが、これまで外来応需の体制を有していた医療機関が在宅医療のみを実施することとした場合、地方厚生（支）局長に対して所定の要件を満たしている旨を報告する必要はあるか。

（答）在宅医療のみを実施する医療機関については、所定の要件を満たすことが確認できる場合に限って保険医療機関としての指定が認められるものであり、要件を満たしていることを地方厚生（支）局長が確認できるよう報告することが求められる。

【往診料】

（問109）区分番号「C000」往診料の注3に規定する死亡診断加算について、「死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する」と規定されているが、夜間に死亡した場合であって、死亡診断の結果、前日に死亡していると判断された場合に、当該加算を算定できるか。

（答）算定できる。

【訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料】

(問110) 訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料を算定していない月においても、必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を提供した場合は衛生材料等提供加算の算定が可能か。

(答) 衛生材料等提供加算は、訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料を算定した月にのみ算定可能である。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

(問111) 「疑義解釈の送付について(その7)」(平成26年6月2日事務連絡)において、「在宅酸素療法指導管理料及び在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の要件を満たす慢性心不全患者に対してASVを使用した場合、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び人工呼吸器加算2を算定できる」とされたが、今回の診療報酬改定によって、当該患者はどの管理料等を算定するのか。

(答) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1の基準を満たす患者にASVを実施した場合は、当該管理料1、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1及び在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定できる。また、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア又はイの基準を満たす患者にASVを実施した場合は、当該管理料2、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1及び在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定できる。

【特殊カテーテル加算】

(問112) 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルとして、「イ 親水性コーティングを有するもの」と「ロ イ以外のもの」を同時に支給した場合はどのように算定するのか。

(答) 「ロ イ以外のもの」の点数により算定する。

【在宅持続陽圧呼吸療法材料加算／在宅酸素療法材料加算】

(問113) 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算について、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1又は2と併せて算定することは出来るのか。

また、在宅酸素療法材料加算については、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算又は人工呼吸器加算と併せて算定することは出来るのか。

(答) 算定可能である。

【検体検査管理加算】

(問114) 施設基準の項目として、「次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること」とあるが、これらの検査項目について、当該保険医療機関内で常時実施されていることが必要なのか。

(答) 緊急検査を常時実施できる体制を求めるものであり、必ずしもこれらの検査項目について、毎回院内で実施されることを求めるものではない。

(問115) 検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)及び(Ⅳ)の施設基準において、「検体検査結果の判断の補助」及び「院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答) 「検体検査結果の判断の補助」とは、例えば、以下のようなものを指す。

- ・ 検査をオーダーした医師に迅速に報告すべき緊急異常値(いわゆるパニック値)の設定及び運用に係る判断
 - ・ 検査結果の解釈や追加すべき検査等に関する助言 など
- 「院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理」とは、例えば、以下のようなものを指す。
- ・ 院内において臨床検査の適正化に関する委員会を運営し、検査室での検査の精度管理に関与すること
 - ・ 適切な機器・試薬の選定に係る判断 など

(問116) 検体検査管理加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の施設基準における「臨床検査を専ら担当する医師」、画像診断管理加算1及び2の施設基準における「画像診断を専ら担当する医師」並びに病理診断管理加算

の施設基準における「病理診断を専ら担当する医師」について、勤務時間のうち少しでも外来診療を担当している場合は、一切認められないのか。

(答) 勤務時間の大部分において、それぞれ臨床検査、画像診断又は病理診断に携わる業務を行っていれば差し支えない。

【検査】

(問117) 鎮静下に内視鏡検査を実施する際のモニターとして、心電図、呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定は認められるか。

(答) 当該項目の算定要件を満たしている場合には、それぞれの所定点数を算定できる。

(問118) 区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「ヌ」BRAF遺伝子検査は、どのような場合に算定できるのか。

(答) BRAF阻害薬の投与の適応を判断することを目的としてリアルタイムPCR法によりBRAF遺伝子検査が可能な体外診断用医薬品として薬事承認を得ているものを用いた場合に限り算定できる。

(問119) 区分番号「D006-4」遺伝学的検査の留意事項通知(1)のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査について、関係学会の定める遺伝学的検査の実施に関する指針とは何か。

(答) 日本神経学会、日本小児科学会、日本人類遺伝学会、日本衛生検査所協会の定める「遺伝学的検査の実施に関する指針」を指す。

(問120) 区分番号「D235-3」長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準に「てんかん診療拠点機関として選定されていること。」とあるが具体的には何を指すのか。

(答) 「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」(平成27年5月28日障発0528第1号)に定めるてんかん診療拠点機関を指す。

(問121) 区分番号「D238」脳波検査判断料1の施設基準に「関係学会により教育研修施設として認定されている施設であること。」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答) 日本てんかん学会認定研修施設、日本神経学会認定施設、日本脳神経外科学会専門研修施設、日本小児神経学会小児神経専門医研修認定施設及び日本臨床神経生理学会認定研修施設を指す。

(問122) 区分番号「D239-5」精密知覚機能検査の算定留意事項にある「当該検査に関する研修」及び「関係学会の定める診療に関する評価マニュアル」とは何を指すのか。

(答) 前者は日本ハンドセラピー学会が行うSW-test講習を指し、後者は日本手外科学会及び日本ハンドセラピー学会が定める「SWTによる静的触覚の評価マニュアル」を指す。

(問123) 弱視又は不同視等が疑われる6歳未満の小児に対して、区分番号「D261」屈折検査と区分番号「D263」矯正視力検査を併施した場合は、3月に1回に限り併せて算定できるが、散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回の合計2回算定できるか。

(答) 算定できる。

(問124) 健康診断において、胃・十二指腸ファイバースコープ又は大腸ファイバースコープを実施し、病変を認めた場合、引き続いて実施される狭帯域光による観察又は粘膜点墨法について、狭帯域光強調加算又は粘膜点墨法に係る加算の項目のみを算定できるか。

(答) 算定できない。

【画像診断管理加算】

(問125) 画像診断管理加算について、夜間又は休日に撮影された画像を、当該専ら画像診断を担当する医師が、当該保険医療機関以外の場所で読影及び診断を行い、その結果を報告する場合、読影、診断及び報告は夜間又は休日以外の時間帯でも算定は可能であるか。

(答) 算定可能である。

【処方料】

(問126) 注11に掲げる外来後発医薬品使用体制加算は、薬剤師がいない診療所であっても算定できるか。

(答) 薬剤師がいない場合であっても、薬剤部門に医師等が配置され（兼務も可能）、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえて後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていれば算定できる。

(問127) 診療報酬改定等により処方せん様式が改正された場合、改定後に従前の様式を使用することはできないのか。

(答) 改正後の処方せん様式に係る必要事項が記載されていれば、従前の様式を取り繕って使用しても差し支えない。

なお、従前の処方せん様式の在庫が残っている保険医療機関において、既にある従前の様式をそのまま使用することも差し支えない。

【投薬】

(問128) 湿布薬については、1処方につき70枚の制限となっているが、「70枚」の判断は、湿布薬の種類ごとに70枚ではなく、処方された湿布薬全体の合計枚数が70枚という理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問129) 「疑義解釈資料の送付について (その10)」 (平成26年10月10日事務連絡) において、「1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合、同一処方したその他の薬剤を含む全ての内服・頓服・外用に係る薬剤料を所定点数の100分の80に相当する点数で算定することになるのか。」との間に「そのとおり。」と答えているが、平成28年度診療報酬改定により、100分の80に相当する点数で算定することになる薬剤料の範囲は抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬に限定されるのか。

(答) そのとおり。

(問130) 例えば、抗不安薬3種類、抗精神病薬1種類、睡眠薬1種類を1回に処方されていた場合、抗不安薬だけでなく、抗精神病薬、睡眠薬についても、薬剤料が所定点数の100分の80に相当する点数で算定するのか。

(答) そのとおり。

(問131) 処方料等について、「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」を別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出ることになっているが、届け出た医師が退職した場合、要件を満たさなくなった場合等は、その都度、改めて届け出ることが必要か。

(答) そのとおり。

(問132) 区分番号「F200」薬剤料の注2(向精神薬多剤投与の場合の100分の80減算)について、1剤(服用時点、服用回数が同じもの)に向精神薬とそれ以外が混在する場合、どのように計算するか。

(答) 以下の例のとおり。

<p>* 向精神薬A 79.3円 向精神薬B 184.4円 向精神薬C 20.4円 向精神薬以外 5.6円</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤単位に求める点数 $79.3+184.4+20.4+5.6=289.7$円→29点 ・向精神薬の点数 $79.3+184.4+20.4=284.1$円→28点 ・向精神薬以外の点数 $29-28=1$点 ・薬剤料の逡減 $28 \times 0.8=22.4$→22点 ・逡減後の剤の合計点数 $22+1=23$点
<p>* 向精神薬D 164.4円 向精神薬E 61.0円</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤単位に求める点数 $164.4+61.0=225.4$円→23点 ・向精神薬の点数 $164.4+61.0=225.4$円→23点 ・薬剤料の逡減 $23 \times 0.8=18.4$→18点 ・逡減後の剤の合計点数 18点
<p>* 向精神薬以外252.8円</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤単位に求める点数 252.8円→25点
<p>* 向精神薬F 365.9円</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤単位に求める点数 365.9円→37点 ・向精神薬の点数 365.9円→37点 ・薬剤料の逡減 $37 \times 0.8=29.6$→30点 ・逡減後の合計点数 30点
	<p>薬剤料合計 $23+18+25+30=96$点</p>

【注射】

(問133) 区分番号「E200」の注3又は区分番号「E202」の注4を算定した場合、同一日に区分番号「G004」点滴注射は算定できないが、当該点滴注射により生物学的製剤等の投与を実施した場合に、注射の部通則3から6までの加算は算定可能か。

(答) このような場合においては、注射の部通則3から6までに規定する加算について、それぞれの算定要件を満たす場合であれば算定を行っても差し支えない。

【リハビリテーション】

(問134) 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準において、「循環器科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること」とあるが、前者が後者を兼ねることはできるか。同様に、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準において、「心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する医師（非常勤を含む。）及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師（非常勤を含む。）が1名以上勤務していること」とあるが、前者が後者を兼ねることはできるか。

(答) それぞれの要件を満たしていれば兼ねることができる。

(問135) あん摩マッサージ指圧師がリンパ浮腫複合的治療を実施する場合、「専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定できる。」とあるが、毎回の治療において指示及び報告が必要なのか。

(答) 毎回の治療において、指示及び報告が必要である。また、様式は問わないが、指示の内容及びその指示者並びに報告の内容及びその報告を受けた者を記録として残すこと。

(問136) 運動器不安定症の定義は何か。また、その診断は何を基準として行うか。

(答) 日本整形外科学会、日本運動器リハビリテーション学会及び日本臨床整形外科学会が示した「運動器不安定症の定義と診断基準」による定義及び診断基準を用いる。なお、当該「運動器不安定症の定義と診断基準」は、平成28年2月18日に改訂されたことに留意すること。

(問137) 運動器不安定症に対して疾患別リハビリテーションを実施するにあたり、標準的算定日数の起算日はいつとすべきか。

(答) 運動器不安定症の急性増悪があった場合はその日とする。それ以外の場合は、運動器不安定症の診断が最初になされた時点を起算日とする。なお、最初に運動器不安定症と診断した際とは別の要件で新たに診断基準を満たした場合でも、新たに標準的算定日数を起算することはできないので留意すること。

(問138) 運動器不安定症に対して疾患別リハビリテーションを実施する場合、運動器リハビリテーション料を算定すると考えてよいか。

(答) 運動器不安定症に対しては、原則として運動器リハビリテーション料を算定する。ただし、運動器不安定症と診断する際、診断基準のうち「運動機能低下を来す疾患」が「長期臥床後の運動器廃用」の既往又は罹患のみであった場合は、廃用症候群リハビリテーション料を算定する。また、運動器不安定症に対して廃用症候群リハビリテーション料を算定した患者について、その後、同一の保険医療機関において再び運動器不安定症を原因疾患としてリハビリテーションを開始する場合は、「運動機能低下を来す疾患」の該当状況にかかわらず廃用症候群リハビリテーション料を算定する。

(問139) 疾患別リハビリテーション料等の施設基準において「当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない」とあるが、介護保険によるリハビリテーションは「他

の業務」に含まれるか。

(答) 含まれる。

(問140) 区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料（I）の施設基準通知（2）には、「心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士もしくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。（中略）ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えないこと。（中略）また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることとは可能である。」とあるが、心大血管リハビリテーション料の専従者及び専任者は他の疾患別リハビリテーションの専従者と兼任できるか。

(答) 心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、通知の通り兼任できる。心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が重複する場合は兼任できない。

(問141) 廃用症候群リハビリテーション料の留意事項に「区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション料、区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する。」とあるが、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合も同様に、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定すると考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問142) 区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションの前又は後に、区分番号「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定を行った場合、リハビリテーションの前であるか後であるかを問わず経皮的動脈血酸素飽和度測定は算定できないと考えてよいか。

(答) そのとおり。呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、区分番号「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用が含まれるが、これは当該測定の実施がリハビリテーションの前であるか後であるかを問わない。

(問143) 区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションを実施した日の、リハビリテーションとは別の時間帯に行った酸素吸入の費用は、別に算定できるか。

(答) できる。呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、呼吸機能訓練と同時に行った区分番号「J024」酸素吸入の費用は含まれるが、呼吸機能訓練と別に行った酸素吸入の費用は同日であっても別に算定できる。

(問144) 目標設定等支援・管理料を算定した患者に対して介護保険のリハビリテーションを紹介した場合、体験等の目的で介護保険のリハビリテーションを1月に5日を超えない範囲で受けても、引き続き医療保険のリハビリテーションを算定することが可能とされているが、介護予防通所リハビリテーションのように月額で算定されるリハビリテーションはどのように解釈するべきか。

(答) 支払いの方式にかかわらず、当該患者が介護保険のリハビリテーションを受けた日数が1月に5回を超えないことが要件である。なお、目標設定等支援・管理料を算定した患者に介護保険のリハビリテーションを紹介した医療機関は、紹介先の事業所への照会等によって、当該

患者による介護保険のリハビリテーションの利用が暦月で5日を超えたことがあるかを把握し、当該患者を他の保険医療機関に紹介する場合等にも当該情報が引き継がれるよう留意すること。

(問145) 目標設定等・支援管理料とリハビリテーション総合計画評価料は同一月に併算定できるか。

(答) できる。

(問146) 呼吸器リハビリテーションについて、「疑義解釈資料の送付について」(平成20年3月28日事務連絡)で「術前に呼吸器リハビリテーションを開始した場合、手術後の治療開始日を改めて標準的算定日数の算定開始日とできるのか。」という問に対し「可能である」とある。これは平成28年4月以降も適用されるか。また、初期加算、早期リハビリテーション加算についても同様の取扱いとなるか。

(答) 標準的算定期間についての取扱いは変わらない。早期リハビリテーション加算及び初期加算について、術前のリハビリテーションについては治療開始日から算定できる。術後のリハビリテーションに係る早期リハビリテーション加算及び初期加算については、手術から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日及び14日に限り算定できる。

【救急患者精神科継続支援料】

(問147) 自殺企図等によって生じた外傷又は身体症状については入院の必要はないものの、自傷他害の恐れがあるため入院が必要と診断した患者について、算定可能か。

(答) 算定できない。自殺企図等によって生じた外傷又は身体症状に対し、入院治療が必要な患者についてのみ算定可能である。

(問148) 電話による指導等を試みたが、患者が電話に応答しなかった場合に、救急患者精神科継続支援料2を算定できるか。

(答) 算定できない。

(問149) 「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」にはどのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、「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・マネージメントに関する研修会（国立精神・神経医療センターが実施するもの又は厚生労働省自殺未遂者再企図防止事業の一部として実施するものに限る。）」が相当する。

【認知療法・認知行動療法】

(問150) 認知療法・認知行動療法3の施設基準通知において、「認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること」が要件とされているが、同席する面接は医師によるものでなくてもよいのか。

(答) 同席の対象は認知療法・認知行動療法1又は2を算定する面接に限る。従って、医師によって行われる面接のみが対象となる。なお、認知療法・認知行動療法3を算定する面接は対象とならないので留意すること。

【依存症集団療法】

(問151) 「依存症に対する集団療法に係る適切な研修」にはどのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修が相当する。

- ① 独立行政法人精神・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」
- ② 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」

【精神科デイ・ケア等】

(問152) 週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する患者に対し作成する診療計画の様式は、「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」の別添2の様式46の2を用いてもよいのか。

(答) 用いることができる。なお、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等が記載されていれば、様式は問わない。

(問153) 従前より区分番号「I009」精神科デイ・ケア「大規模なもの」では、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成することとされているが、今後、1年以上精神科デイ・ケア等を継続して実施している患者に対し、診療計画を作成の上、週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合、別に診療計画を作成する必要があるのか。

(答) 単一の診療計画で差し支えない。ただし、1年以上継続している患者に週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合には、精神保健福祉士等による意向の聴取を踏まえて診療計画を作成する必要がある。

(問154) 1年以上精神科デイ・ケア等を継続している患者であって、診療計画を作成の上、週4日以上精神科デイ・ケア等を実施するものに対し、区分番号「I010-2」精神科デイ・ナイト・ケアを実施した場合に、疾患別等診療計画加算を算定することができるのか。

(答) 疾患別等診療計画加算の算定要件を満たしている場合には、別に算定可能である。なお、疾患別等診療計画加算を算定する場合に作成する診療計画は、1年以上継続している患者に週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合に、精神保健福祉士等による意向の聴取を踏まえて作成する診療計画と同一で差し支えない。

(問155) 区分番号「I009」精神科デイ・ケアの注4に規定する、精神疾患により、通算して1年以上の長期の入院歴を有する患者に

ついて、他の保険医療機関での入院期間を合算して1年以上の入院歴を有する患者も該当するのか。

(答) 該当する。

【処置】

(問156) 区分番号「J007-2」硬膜外自家血注入について、同一月に複数回算定することは可能か。

(答) 安静その他の方法によって改善しないなど、医学的に妥当と考えられる場合に限り、当該処置を同一月に複数回算定することは可能である。

(問157) 区分番号「J038」人工腎臓の「注3」の加算の留意事項通知のウの要件において、「腎疾患により受給者証を発行されているものを除く。」とあるが、IgA腎症、多発性嚢胞腎、非典型溶血性尿毒症症候群、一次性ネフローゼ症候群、一次性膜性増殖性糸球体腎炎、紫斑病性腎炎及び先天性腎性尿崩症により受給者証を発行されているものは、「腎疾患により受給者証を発行されているもの」に該当するのか。

(答) 該当する。

(問158) 区分番号「J086」眼処置について、処置の通則3により簡単な処置の費用は、基本診療料に含まれるものとされているが、眼軟膏の塗布についても該当するのか。

(答) そのとおり。

(問159) 区分番号「J120」鼻腔栄養に間歇的経管栄養法加算が設けられた。通常、鼻腔栄養は経鼻的に行うが、間歇的経管栄養法の場合には経口的に行うことが一般的である。経口的に行った間歇的経管栄養法でも算定できるか。

(答) 間歇的経管栄養法を行う場合に限り、経口的に行った場合でも算定できる。

【胃瘻造設術／胃瘻造設時嚥下機能評価加算】

(問160) 医科点数表第2章第10部手術の通則16に掲げる手術の施設基準におけるカンファレンス要件について、主治の医師が、「リハビリテーション医療に関する経験を3年以上有する医師、耳鼻咽喉科に関する経験を3年以上有する医師又は神経内科に関する経験を3年以上有する医師」である場合、当該患者を担当する医師と兼務することができるか。また、この場合、カンファレンスの出席者は、当該手術を実施する診療科に属する医師と併せて少なくとも2名が出席することとして良いか。

(答) そのとおり。

【貯血式自己血輸血管理体制加算】

(問161) 貯血式自己血輸血管理体制加算について、今回新たに、関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の看護師の配置が施設基準に追加されたが、既に届出を行っている医療機関について、再度届出は必要か。

(答) 既に当該加算の届出を行っている医療機関が、平成28年度診療報酬改定後の当該加算の施設基準を満たす場合には、再度の届出は不要である。

【手術】

(問162) 区分番号「K047」難治性骨折電磁波電気治療法、区分番号「K047-2」難治性骨折超音波治療法及び区分番号「K047-3」超音波骨折治療法について、鎖骨を対象に実施した場合も算定できるのか。

(答) 医学的に妥当かつ適切であれば算定できる。

(問163) 区分番号「K044」骨折非観血的整復術を行った後に、区分番号「K047-3」超音波骨折治療法を実施した場合、当該点数を算定できるか。

(答) 算定できない。

(問164) 区分番号「K773-5」腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の施設基準に規定されている「当該療養」とは、「腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）」を示しているのか。

(答) そのとおり。

(問165) 区分番号「K000-2」小児創傷処理（6歳未満）について、長径20センチメートル以上の筋肉、臓器に達する頭頸部の創に対して創傷処理を行った場合はどのように算定するのか。

(答) 従前通り、区分番号「K000-2」小児創傷処理の「4」筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）にて算定する。

(問166) 区分番号「K014」皮膚移植術（生体・培養）を実施するに当たり、特定保険医療材料の採取・培養キット及び調製・移植キットは、どのタイミングで算定されるのか。

(答) 実際に移植に至った場合、移植を実施した時点で「K014」皮膚移植術（生体・培養）とともに算定する。

(問167) 区分番号「K529-2」胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術について、区分番号「K931」超音波凝固切開装置等加算の算定留意事項通知の悪性腫瘍等に係る手術に掲げられていないが、超音波凝固切開装置等加算を併せて算定することは出来るのか。

(答) 胸腔鏡による手術については超音波凝固切開装置等加算の算定は可能であるため、併せて算定できる。

(問168) 平成27年12月1日付けで保険適用された「Z-MED II」について、区分番号「K555-2」経皮的動脈弁置換術を実施した場合に算定可能か。

(答) 現在、薬事上の使用方法において、「【組み合わせて使用する医療機器】以下の経カテーテル自己拡張型生体弁の後拡張に使用することができる。日本メドトロニック株式会社 販売名:コアバルブ (承認番号:22700BZX00100000)」と記載されていることから、経皮的動脈弁置換術に用いる場合、当該使用方法のみにおいて算定できる。

(問169) 区分番号「K561」ステントグラフト内挿術について、一連の治療過程に、血管塞栓術を実施した場合の手技料も原則として所定点数に含まれ、別途算定できないとあるが、ステントグラフト内挿術と血管塞栓術を別々の入院で実施する医学的な必要性がある場合は、別途算定は出来るのか。

(答) ステントグラフト内挿術と血管塞栓術を別の入院で実施する必要がある等、医学的な必要性が認められる場合は、別途算定は可能である。但し、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

(問170) 区分番号「K603-2」小児補助人工心臓(1日につき)の施設基準通知における関連学会とは、どの学会を指すのか。

(答) 日本臨床補助人工心臓研究会を指す。

(問171) 区分番号「K605-5」骨格筋由来細胞シート心表面移植術の留意事項通知等における関連学会とは、どの学会を指すのか。

(答) ヒト(自己)骨格筋由来細胞シート関連学会協議会を指す。

(問172) 区分番号「K 6 8 5」内視鏡的胆道結石除去術等におけるバルーン内視鏡を用いた場合の加算について、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できるとあるが、Billroth I 法による再建腸管を有する患者は算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問173) 区分番号「K 6 9 5 - 2」腹腔鏡下肝切除術（Ⅱ区域切除、1 区域切除（外側区域切除を除く。）、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの）に関する施設基準において、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていることとは具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合における National Clinical Database 及び一般社団法人日本肝胆膵外科学会並びに肝臓内視鏡外科研究会における症例登録制度に症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っている場合を指す。

(問174) 区分番号「K 7 0 3 - 2」腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術に関する施設基準において、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていることとは具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合における National Clinical Database に症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っている場合を指す。

(問175) 区分番号「K 8 9 8」帝王切開術の「注」加算の対象について、「開腹歴」には、腹腔鏡を用いた手術など腹腔・骨盤内の全ての手術が含まれるのか。

(答) 原則として腹腔鏡を用いた手術も含まれる。ただし、当該加算が帝王切開手術が複雑な場合の加算であることから、腹腔鏡の使用の有無に関わらず、帝王切開術の手技を複雑にしないと考えられる上腹部のみを手術野とする手術は、加算の対象とならない。

(問176) 区分番号「K 9 2 0」希釈式自己血輸血について、「手術時及び手術後 3 日以内に予め貯血をしておいた 自己血を輸血した場合に算定できる。」とあるが、手術後に輸血をする際は、手術室以外の場所で輸血した場合であっても算定出来るのか。

(答) 算定できる。ただし、手術後に手術室以外で輸血をする場合であっても、「輸血療法の実施に関する指針」等を遵守し、保管管理等に留意するものであること。

(問177) 区分番号「K 9 3 9 - 6」凍結保存同種組織加算について、「組織適合性試験及び同種組織を採取及び保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。」「組織移植を行った保険医療機関と組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、組織移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。」との内容について、合議の上、組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関が、当該技術の所定点数 (9,960点) と異なる費用を組織移植を行った保険医療機関に対して請求することは可能か。

(答) それぞれの保険医療機関において要した費用を考慮して相互の合議の上で、当該所定点数と異なる金額 (当該所定点数を超える又は未満の金額) を、組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関が組織移植を行った保険医療機関に請求することは可能である。

【麻酔】

(問178) 区分番号「L 1 0 0」神経ブロック (局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用) について、神経根ブロックに先立って行われる超音波検査については、別に算定できるか。

(答) 神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

【放射線治療】

(問179) 区分番号「M001-4」の「注3」粒子線治療適応判定加算について、がんセンターボードにおいて適応判定が実施されない粒子線治療の患者については、当該加算は算定できないのか。

(答) 当該適応判定加算は、必要に応じてがんセンターボードにおいて適応判定等が実施可能な体制を有していることを評価するものであり、施設基準を満たしていれば、粒子線治療を行う個々の患者に対して当該適応判定等が実施されなくても算定できる。

(問180) 区分番号「M001-4」の「注3」粒子線治療適応判定加算に係るがんセンターボードの届出の様式は自由とされているが、どのような項目の記載が必要なのか。

(答) 自施設のがんセンターボードに係る様式については、がんセンターボードの目的、構成者の情報（診療科、職種、氏名等）及び開催頻度が記載されているとともに、開催記録（開催日時、参加者名及び症例毎の検討内容等）を適切に保存することが規定されていることが必要。また、がん連携拠点病院のがんセンターボードと連携する場合の様式については、当該がん診療連携拠点病院との連携を示す契約書等の文書を提出すること。なお、当該文書には、連携先のがんセンターボードに参加する医師の情報（氏名、診療科、参加頻度）が記載されているとともに、開催記録（開催日時、参加者名及び症例毎の検討内容等）を適切に保存することが規定されていることが必要。

(問181) 区分番号「M001-4」粒子線治療の「注2」に係る別表第十一の四及び留意事項通知に規定されている小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る）について、対象となる年齢如何。

(答) 当該小児腫瘍については、原則20歳未満に発生した限局性の固形悪性腫瘍である。なお、20歳未満に発生して診療中に20歳を超えたものなどに

対して陽子線治療を根治的な治療法として実施した場合は、「注2」に規定する加算の対象となる。

ただし、20歳未満に発生した限局性の固形悪性腫瘍であっても、姑息的な治療法として陽子線治療を行った場合には、「注2」に規定する加算の対象とならない。

(問182) 区分番号「M001-4」粒子線治療の「注4」粒子線治療医学管理加算の施設基準に定める医学物理士については、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算等に定める診療放射線技師との兼任は可能であるか。

(答) 粒子線治療医学管理加算の施設基準に定める医学物理士については、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができない。

【病理診断】

(問183) 保険医療機関間の連携による病理診断及び病理診断管理加算2において、同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていることとあるが、全ての病理組織診断に関して、複数の常勤の医師の鏡検が行われ、2名以上の署名が必要があるのか。

(答) 病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制を求めるものであり、全ての病理組織標本に関して、複数の常勤の医師の鏡検が行われ、2名以上の署名を必要とするものではないが、臨床上の鑑別が困難な症例や頻度が低い症例等、複数医師による鏡検が必要と考えられる場合にあっては、複数の常勤の医師が鏡検し、それらの医師が署名をする必要がある。

【外来栄養食事指導料】

(問184) 同一の保険医療機関において、ある疾病に係る治療食の外来栄養食事指導を継続的に実施している患者について、医師の指示により、他の疾病の治療食に係る外来栄養食事指導を実施することとなった場合、「初回」の指導料を新たに算定できるか。

(答) 算定できない。同一の保険医療機関において診療を継続している患者については、他の疾病に係るものであるかにかかわらず、「初回」の外来栄養食事指導料を算定できるのは1回に限られる。

なお、当該保険医療機関における診療（複数の疾病について診療を受けている場合はその全ての診療）が終了した後に、他の疾病の診療を開始し、当該疾病に係る外来栄養食事指導を実施した場合には、「初回」の指導料を新たに算定することができる。

(問185) 入院栄養食事指導を実施した患者が退院し、同一の保険医療機関において外来栄養食事指導を実施することとなった場合、その最初の外来指導時に「初回」の指導料を算定することはできるか。

(答) 外来栄養食事指導の実施が初めてであれば、「初回」の指導料を算定できる。

【入院栄養食事指導料】

(問186) 栄養サポートチーム加算と入院栄養食事指導料は同一週に算定できるか。

(答) 算定できない。

【入院時食事療養費・入院時生活療養費】

(問187) 栄養管理が概ね経管栄養法による市販の流動食によって行われている患者について、経口による食事の摂取を進めるため、経口摂取の量を徐々に増やし、経管栄養法による市販の流動食と経口摂取を併用する場合、この期間の食事療養費等は「流動食のみを提供する場合」の額ではなく、通常額を適用できると考えてよいか。

(答) 医師の指示に基づき、栄養管理を経口で行うための取組として、栄養管理計画に従い、経口摂取の量を徐々に増やしていく期間については、通常額を算定して差し支えない。

(問188) 自院で調理した流動食を使用した場合の入院時食事療養費等は、「流動食のみを提供する場合」の額ではなく、通常額を適用できると考えてよいか。

(答) 自院で調理した流動食等の場合は、通常額を算定できる。ただし、栄養管理が概ね経管栄養法による市販の流動食によって行われている患者に対し、市販の流動食とは別に又は市販の流動食と混合して、少量の食品又は飲料を提供した場合（経口摂取か経管栄養の別を問わない。）は、「流動食のみを提供する場合」の額の適用となる。

(問189) 市販の半固形タイプの経腸栄養用食品のみを経管栄養法により提供した場合の入院時食事療養費等は、「流動食のみを提供する場合」の額が適用されると考えてよいか。

(答) そのとおり。この例のほか、市販の流動食に半固形化剤を添加し、それのみを経管栄養法で提供した場合についても、「流動食のみを提供する場合」の額が適用される。

【入院時食事療養費・入院時生活療養費（特別食加算）】

(問190) ケトン食は「てんかん食」とみなしてよいか。

(答) 患者の病態に応じて炭水化物量の制限と脂質量の増加を厳格に行ったものであって、医師の発行する食事せんに基づき、難治性てんかん（外傷性のものを含む。）、グルコーストランスポーター1欠損症及びミトコンドリア脳筋症の患者に対して治療食として提供した場合は、てんかん食として特別食加算を算定することができる。

なお、栄養食事指導料の算定対象となる「てんかん食」についても、これと同様の考え方とする。

【患者申出療養】

(問191) 通常の保険診療の一連の流れにおいて、患者から患者申出療養に係る相談を受け、患者が患者申出療養を受けるための相談をセカンドオピニオンとして希望したため、特定機能病院又は臨床研究中核病院に対して患者を紹介する場合に、照会元の医療機関において診療情報提供料（Ⅱ）を算定することが可能か。

(答) 算定要件を満たしていれば、算定できる。

(問192) 特別の料金として徴収する患者申出療養に係る費用について、当該療養に関係するとして当該患者に現に必要とされる、臨床研究の運営等に係る費用を請求することは可能か。

(答) 患者申出療養に係る自己負担額において、診療報酬点数表の例によらない部分については、当該患者に対する患者申出療養の実施に現に必要とされるもので、社会的にみて妥当適切な範囲のものであれば徴収することは可能である。ただし、事前に患者に十分な説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得ること。

(問193) 患者申出療養の申出は、本人の代わりに家族等が行うことができるのか。

(答) 患者申出療養の申出は、治療を受けようとする患者本人が行うこととされている。ただし、患者本人が未成年者又は成年被後見人である場合にあっては、法定代理人が患者本人に代わって書類の提出等を行うことができる。

(問194) 特定機能病院であれば、全て患者の相談について専門的・総合的に対応する窓口を有することが求められるのか。

(答) 各特定機能病院の実情に応じ判断されるものであるが、患者の相談に係る利便性等の観点からは、特定機能病院においてできる限り対応窓口が設置されることが望ましい。

(問195) 臨床研究中核病院において意見書の作成が困難な場合も、患者に相談等の費用を請求することは可能なのか。

(答) 患者申出療養に係る相談の費用については、意見書の作成の有無にかかわらず、社会的にみて妥当適切な範囲のものであれば患者から徴収しても差し支えない。

(問196) 申出に係る相談を実施中に、患者が亡くなった場合でも申出を行うことはできるのか。

(答) 患者申出療養の申出は、治療を受けようとする本人が行うこととされているが、既に行われた申出は、全ての被保険者に対し影響を及ぼすものである。

したがって、申出に係る相談の段階で患者が亡くなった場合、申出を行うことはできないが、申出を行った後に亡くなった場合には、その効力は引き続き有するものである。

【大病院定額自己負担】

(問197) 定額負担には、消費税分は含まれるのか。例えば、医科の初診の金額について、消費税分を含めて5,000円とすることは許容されるのか。

(答) 含まれる。消費税分を含めて、告示で定める金額以上の金額を社会的にみて妥当適切な範囲で徴収していれば良い。

(問198) 地方単独の公費負担医療の対象となる患者は、今回の定額負担の対象となるのか。

(答) 地方単独の公費負担医療のうち、特定の疾病又は障害に着目したものの対象となる患者については、定額負担を求めてはならないこととしている。

(問199) 「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」について、「がん検診等」の「等」には具体的に何が含まれるのか。例えば、人間ドックで精密検査の指示を受けた場合は含まれるのか。

(答) 特定健康診査、がん検診のほか、公的な制度に基づく健康診断が含まれる。

(問200) 「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」への該当性は、具体的にどのような基準で判断すれば良いのか。

(答) 原則として、保険医療機関において個別に判断いただくものと考えている。なお、少なくとも以下のような場合は、近隣の医療機関との機能分化を行うことが必要又は可能と考えられることから、当該要件には該当しない。

- ・ 当該地域において通常用いる交通手段によって当該保険医療機関から15分程度で移動できる距離に当該診療科を標榜する保険医療機関がある場合
 - ・ 当該診療科において、紹介状を有しない患者に対し、選定療養として定額負担の徴収の実績を有する場合
- ただし、近隣の医療機関における応需体制が乏しい等、実態上近隣の医療機関との機能分化を行うことが困難と地域医師会等が認めた場合にはこの限りでない。

(問201) 標榜する診療科の区分は、地方公営企業の設置条例で定める診療科という認識でかまわないか。(内科の場合、「呼吸器内科」、「消化器内科」、「循環器内科」、「腎臓内科」、「神経内科」、「血液内科」、「肝臓内科」、「緩和ケア内科」、「腫瘍内科」、「糖尿病内科」)

(答) 医療法施行令第3条の2に定める広告することができる診療科に当たするため、差し支えない。

(問202) 定額負担を求めなくて良い場合の「自費診療の患者」の定義は何か。(例えば、保険証を未持参で受診した場合に自費扱いとした場合にも負担を求めることは可能か。

(答) 保険診療の対象とならない患者をいう。なお、例示されているケースは本来保険診療として取り扱うべきであるから、「自費診療の患者」には当たらない。

(問203) 地方自治体による条例制定だけでなく、条例改正、規則・告示改正が必要となる場合も対象となるのか。

(答) 定額負担の定めに必要なものであれば、対象となる。

(問204) 経過措置の期間には、条例制定(改正)の経過措置期間(周知期間)も含まれるのか。例えば、6月の条例改正の施行日を平成28年10月1日とすることは可能か。

(答) 含まれる。条例の経過措置は、平成28年9月30日までの間に限り、設定可能である。

(問205) ①初診時に紹介状を持たず受診したため初診の定額負担を徴収した患者の再診時に、他医療機関に紹介する旨の申出を行ったにもかかわらず当院での受診を希望した場合には、定額負担の対象となるのか。

②再診の定額負担については、受診の都度徴収を行うのか。

(答) ①・②とも他の病院又は診療所に紹介する旨の申出を行ったにもかかわらず受診した場合は、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について(平成28年3月4日保医発0304第12号)に定める例外に該当しない限り、受診の都度徴収が必要。

【明細書無料発行】

(問206) 自己負担のない患者への明細書は、患者から求めのない場合も発行しなければならないのか。

(答) 患者から求めのない場合は発行する必要はない。なお、患者が希望する場合には自己負担のない患者にも明細書を無料発行する旨、院内掲示により予め周知すること。

(問207) 明細書の無料発行は、がん未告知の患者に対しても必要なのか。

(答) 患者から希望があれば明細書を無料発行する旨や、明細書には使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載される旨を院内掲示した上で、患者から求めがあった場合には発行が必要である。

(問208) 自己負担のない患者に明細書を発行しない場合、区分番号「A001」再診料の「注11」明細書発行体制等加算（1点）は算定可能なのか。

(答) 自己負担のない患者に明細書を発行しなくて良い正当な理由に該当しない限り、算定できない。

(問209) 公費負担医療であれば、全て今回の明細書無料発行の対象となるのか。例えば、生活保護受給者は対象となるのか。

(答) 費用負担が全額公費により行われる場合を除き、対象となる。生活保護については、健康保険と公費併用のものは対象となる。

(問210) 経過措置の対象となる「正当な理由」とは具体的にどのような場合か。

(答) ① 一部負担金等の支払がない患者に対応した明細書発行機能が付与

されていないレセコンを使用している場合、② 一部負担金等の支払がない患者への明細書発行を行うに当たり、自動入金機の改修が必要な場合が経過措置の対象となる。

【治験】

(問211) 治験に係る診療を保険外併用療養費の支給対象としているのは、どのような趣旨からであるのか。

(答) 治験に係る診療については、患者に対する適切な情報提供により患者の自由な選択と同意がなされた上で、医療としての質、治験の科学的な質等が確保されていることを前提として、当該治験に参加している患者の診療に係る費用について、医療保険制度と治験依頼者及び自ら治験を実施する者の適切な費用分担を図る観点から、評価療養として、保険外併用療養費の支給になじむ部分について医療保険制度から委託するものであり、その支給対象となる診療の範囲について明確化するとともに、保険請求上の取扱いの簡素化を図り、かつ恣意性を排除する観点から、診療報酬点数表上の各部ごとの項目によることとしているものである。なお、治験に係る保険外併用療養費の取扱いについては、これまでは「治験に係る診療の特定療養費化について」（平成9年1月31日医療課事務連絡）により示してきたところであるが、今後は本疑義解釈資料によらねたいこと。

(問212) 医薬品の治験において、保険外併用療養費の支給対象となる「当該治験を実施した期間」とは具体的にどのような期間を指すのか。

(答) 当該治験を実施した期間（以下「治験実施期間」という。）とは、医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成9年厚生省令第28号）第2条第7項に規定する治験薬の投与を開始した日から、投与を終了した日までをいう。

<参考：医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（抜粋）>

第二条

5 この省令において「被験薬」とは、治験の対象とされる薬物又は製造販売後臨床試験の対象とされる医薬品をいう。

6 この省令において「対照薬」とは、治験又は製造販売後臨床試験において被験薬と比較する目的で用いられる医薬品又は薬物その他の物質をいう。

7 この省令において「治験薬」とは、被験薬及び対照薬（治験に係るものに限る。）をいう。

(問213) 例えば、プラセボ期のように、治験のプロトコールにおいてプラセボのみが投与される期間も治験実施期間となるのか。

(答) そのとおり。

(問214) 治験薬の投与は単回であり、その後、検査により安全性の確認等を行うような場合の治験実施期間は、投与日のみとすることでよいか。

(答) 投与が単回であり、かつ、当該治験薬の効果が投与当日限りであるものについては、当該治験薬の投与日のみを治験実施期間とされたい。

(問215) 治験薬の投与が連日ではなく、一定間隔を置いて投与が繰り返されるようなプロトコールの場合、治験実施期間をどのように考えればよいか。

(答) 治験実施期間は、治験薬の投与を開始した日から投与を終了した日までをいうが、このような場合には、最初に治験薬を投与した日から最後に治験薬を投与した日までを治験実施期間とされたい。

(問216) 例えば、持続性注射剤のように、有効成分が一定期間にわたって体内に残存し、持続的に効果を発揮するような治験薬の場合、治験実施期間をどのように考えればよいか。

(答) 治験実施期間は、治験薬の投与を開始した日から投与を終了した日までをいうが、このような場合には、当該治験薬の予定される用法又は用量に従って、当該治験薬を投与した日からの治験実施期間を設定さ

りたい。なお、この場合においては、その旨を診療報酬明細書に添付する治験の概要に記載すること。

(問217) 医薬品の治験において、治験を中止又は治験から脱落した症例については、治験実施期間をどのように考えればよいか。

(答) 治験薬の投与を開始した日から、治験薬が最後に投与された日までを治験実施期間とされたい。ただし、有効成分が一定期間にわたって体内に残存し、持続的に効果を発揮するような治験薬を投与する場合にあっては、本疑義解釈資料の問216に示すとおりであること。

(問218) 治験実施期間中に、当該治験とは関係のない疾病（他科に属するものを含む。）に係る診療が実施された場合、保険外併用療養費の支給はどのようになるのか。

(答) 当該治験とは関係のない疾病に係る診療を含めて、保険外併用療養費の支給対象については、治験に係る診療と同様の扱いとなる。

(問219) 治験において発生した副作用等に係る診療の費用について、保険外併用療養費の支給はどのようになるのか。

(答) 治験において発生した副作用等に係る診療についても、原則として保険給付の対象であり、治験実施期間中であれば治験に係る診療と同様の扱いとなる。

(問220) 治験実施期間中に、治験のプロトコールにより、入院の上で検査が必要になる場合には、入院料等の基本診療料は保険外併用療養費の支給対象となるのか。

(答) 治験実施期間中であれば、保険外併用療養費の支給対象から除外されていない項目については、その支給対象となる。

(問221) 治験を実施する治験薬、治験機器又は治験製品を用いる医療技術が、当該治験を実施する時点の医学的知見において、診療報酬点数表に記載されている技術として実施されると判断される場合には、保険外併用療養費として当該技術に係る費用を算定してもよいか。

(答) 保険外併用療養費の支給対象から除外されていない項目であれば算定できる。ただし、当該治験薬等が薬事承認され保険収載される際には、当該製品又は当該製品に係る技術の評価の結果として、新たな医療技術として診療報酬点数表に記載される場合がある。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

1. DPC対象病院の基準について

（問1－1）診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

（答） 診療情報の管理、入院患者についての疾病統計におけるICD10コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

2. DPC対象患者について

（問2－1）DPC対象患者は、自らの意志で診断群分類点数表による算定か、医科点数表による算定を選択することができるのか。

（答） 選択できない。

（問2－2）同一日に入退院する、いわゆる「1日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいか。

（答） 包括評価の対象と考えてよい。

（問2－3）午前0時をまたがる1泊2日の入院についても、入院した時刻から24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

（答） 包括評価の対象外となる。

（問2－4）DPC算定の対象外となる病棟からDPC算定の対象病棟に転棟したが、転棟後24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

（答） 包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後24時間以内に死亡した」患者であり、転棟後24時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。

（問2－5）包括評価の対象外となる臓器移植患者は、厚生労働大臣告示に

定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。

(答) そのとおり。

(問2-6) DPC対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院しているが、当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。

(答) 入院している病棟(床)で判断するため、包括評価の対象とならない。

(問2-7) 分娩のために入院中の患者が、合併症等に罹患して保険給付が開始された場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。なお、包括評価の対象となる場合には、保険給付が開始された日を入院の起算日とする。

(問2-8) 治験、臓器移植、先進医療を行った患者等、包括評価の対象外となる患者がいったん退院し、同じ病院に再入院した場合は、包括評価の対象患者として算定してよいか。

(答) 医学的に一連の診療として判断される場合は医科点数表により算定すること。(包括評価の対象患者とならない。)

(問2-9) 外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合、その患者は包括評価の対象となるのか。

(答) 入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。

(問2-10) 先進医療として認められている技術が医療機器の保険収載等の理由により、途中で保険適用となった場合、該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。

(答) 保険適用後に入院した患者については包括評価の対象となる。保険適用となる以前から入院し既に当該技術による治療を受けている場合には包括評価の対象外となる。

(問2-11) 厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが、告示されていない診断群分類区分が適用される場合、その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。

(答) 当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず包括評価の対象となる。(薬剤名と対象診断群分類番号が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。)

(問2-12) 主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる。

(問2-13) 労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される場合は、医科点数表により算定するのか。

(答) 医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

(問2-14) 交通事故による患者も、医療保険を使用する場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 包括評価の対象となる。

3. 診断群分類区分の適用の考え方について

(1) 「医療資源を最も投入した傷病名」について

(問3-1-1) 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

(答) 「医療資源を最も投入した傷病」は、入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医がICD10コードにより選択する。

(問 3 - 1 - 2) 「一連」の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。

(答) そのとおり。

(問 3 - 1 - 3) 「医療資源を最も投入した傷病」については、DPC 算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。

(答) 含めない。DPC 算定病床に入院していた期間において、「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。

(問 3 - 1 - 4) 合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に、合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。

(答) そのとおり。

(問 3 - 1 - 5) 「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。

(答) あり得る。

(問 3 - 1 - 6) 抜釘目的のみで入院したが、「医療資源を最も投入した傷病」は「〇〇骨折」でよいか。

(答) 「〇〇骨折」でよい。

(問 3 - 1 - 7) 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するにあたり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料を含めることができるか。

(答) 含めることはできない。

(問 3 - 1 - 8) 「疑い病名」により、診断群分類区分を決定してよいのか。

(答) 原則として入院期間中に診断を確定し、確定した病名で診断群分類区分を決定すること。ただし、検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては、「疑い病名」により診断群分類区分を決定することができる。

(2) 「手術」について

(問3-2-1) 手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても、入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定をしてよいか。

(答) 入院診療計画等に手術を実施することが記載されており、かつ、患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。

(問3-2-2) 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として、主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが、算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合、当該手術に係る分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

(問3-2-3) 「K678 体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）」のように一連の治療につき1回しか算定できない手術について、算定できない2回目以降の手術に係る入院についても「手術あり」で算定することができるのか。

(答) 「手術あり」で算定することができる。(2回目の入院で「K678 体外衝撃波胆石破砕術」を再び行った場合、手術料は算定することができないが、診療行為として行われているため、「手術あり」として取り扱う。)ただし、その区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載する必要がある。

(問3-2-4) 診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第10部「手術」に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。

(答) 「手術あり」を選択する。ただし、「K920-2 輸血管理料」

のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

(問3-2-5) 手術の有無による分岐の決定において、「K920-2 輸血管理料」のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。

(答) そのとおり。

(問3-2-6) 他院において手術の実施後に自院に転院した患者については、自院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。

(答) そのとおり。

(問3-2-7) 入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も、診断群分類区分は「手術あり」として選択すべきか。

(答) そのとおり。

(問3-2-8) 手術の区分番号「K○○○」において、「●●術は区分番号「K△△△の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類区分を決定する際は「準用元の手術で判断すること」となっているが、これは区分番号「K○○○」で判断するということか。

(答) そのとおり。

(3) 「手術・処置等1・2」について

(問3-3-1) 「D291-2 小児食物アレルギー負荷検査」を9歳以上の患者に対して行った場合、食物アレルギー(診断群分類080270)の「手術・処置等1」は「あり」を選択するのか。

(答) 「なし」を選択する。

(問3-3-2) DPC留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について、例えば「L100 1 神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)神経根ブロック」には、他に医科点数表

に示されている「トータルスパイナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。

(答) 含まれない。「L100 2 神経ブロック 腰部硬膜外ブロック」「L100 5 神経ブロック 仙骨部硬膜外ブロック」についても同様に明示された手技に限る。

(問3-3-3) 手術に伴った人工呼吸は医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、DPCについても同様の取扱いか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸 なし」の診断群分類区分を選択する。

(問3-3-4) 「医療資源を最も投入した傷病」が胃の悪性腫瘍（060020）に該当するICD10コードであり、一入院中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術・処置等2」は「2（放射線療法あり）」を選択することとなるのか。

(答) そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合、化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

(問3-3-5) 化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっている抗がん剤に加えて、他の抗がん剤を併用しても選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

(問3-3-6) 診断群分類区分の決定にあたり、手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。

(答) 選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用、外来・退院時での処方含まれていない。

(問3-3-7) 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

(答) 化学療法に含まれない。

(問3-3-8) 化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。

(答) 抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。質問の例では、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。

(問3-3-9) 「手術・処置等2」に特定の薬剤名(成分名)での分岐がある場合、その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。(薬剤による診断群分類の分岐の指定については、原則として成分名で行っており、先発品か後発品かは問わない。)

(問3-3-10) 「G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射」を実施した場合、「手術・処置等2」の分岐の区分で「G005 中心静脈注射」を選択することができるのか。

(答) 選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。

(問3-3-11) 手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は、医科点数表では「手術当日に、手術(自己血貯血を除く)に関連して行う処置(ギプスを除く。)の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

(問3-3-12) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

(問3-3-13) 肺の悪性腫瘍(040040)において「カルボプラチン」と「パクリタキセル(アルブミン懸濁型)」を併用した場合には、「手術・処置等2」において、どの分岐の区分を選択するのか。

(答) 肺の悪性腫瘍(040040)の場合、「カルボプラチン」と「パクリタキセル(アルブミン懸濁型)」を併用した場合には「手術・処置等2」欄中、「カルボプラチン+パクリタキセルあり」を選択する。

(問3-3-14) 副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍(100180)において、「D4195 副腎静脈サンプリング(一連につき)」を算定した場合には、「手術・処置1」欄中、「あり」(造影剤注入手技 静脈造影カテーテル法 E0034 あり)を選択できるのか。

(答) 選択できない。

(4) 「その他(定義副傷病名等)」について

(問3-4-1) 「網膜剥離」については、「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが、いずれの診断群分類区分に該当するかは、一手術で判断するのか、一入院で判断するのか。

(答) 一入院で判断する。

(問3-4-2) 「白内障、水晶体の疾患」について、一入院中において、片眼に白内障の手術を、もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合、重症度等は、「両眼」を選択するのか。

(答) 「片眼」を選択する。

(問3-4-3) 「網膜剥離」について、一入院中において、片眼に「K275 網膜復位術」を実施し、もう一方の片眼に「K2761 網膜光凝固術(通常のもの)」を実施した場合、重症度は「両眼」を選択するのか。

(答) 「両眼」を選択する。

診断群分類番号上6桁が同一の疾患について、定義テーブルに掲げられた同一対応コードに含まれる複数の手術(フラグ97「その他のKコード」を除く。)を左眼、右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。

(問3-4-4) 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定するのか。また、出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。

(答) 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また、出生時の体重が不明である場合には、最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し、診療報酬明細書は「出生時体重不明」と記載する。

(問3-4-5) 定義副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」と判断してよいか。

(答) 確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には、「定義副傷病なし」と判断する。

(問3-4-6) 定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類番号上6桁の分類が記載されているが、その疾患の傷病名欄に記載されたICD10コードに該当する場合に「定義副傷病あり」になるということか。

(答) そのとおり。

(問3-4-7) 定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。

(答) 医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無に係わらず「定義副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。

4. 診療報酬の算定について

(問4-1) 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、4月1日以前から入院している患者については、4月1日から5月31日までの2か月間は医科点数表により算定し、6月1日より包括評価の算定となるのか。

(答) そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

(問4-2) 外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

(答) そのとおり。

(問4-3) 入院日Ⅲを超えた日以降に、医科点数表に基づき算定する場合、入院基本料はどの入院料を算定すればよいのか。

(答) 医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。

(問4-4) DPC算定の対象となる病床から「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、どのように算定するのか。

(答) 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること。(この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない。)また、入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

(問4-5) 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、改定前の4月1日以前から入院している患者が4月以降に退院(入院A)し、その後同一傷病により7日以内に再入院した場合(入院B)、入院Aおよび入院Bはどのように算定するのか。

(答) 入院Aについては医科点数表により算定する。また、入院Bについては、診断群分類点数表によって算定することとし、起算日は当該再入院した日とする。

5. 医療機関別係数について

(問 5 - 1) 医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。

(答) 医療機関別係数のうち、機能評価係数Ⅰは施設基準の届出の変更に伴い変更されうる。また、機能評価係数Ⅱは毎年度(4月1日)に実績を踏まえ変更される。

(問 5 - 2) 検体検査管理加算の届出を複数行っている場合(例:ⅠとⅣ)、医療機関別係数は両方の機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。

(答) 両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。

(問 5 - 3) 検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算することができるか。

(答) 検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは、その体制を評価するものであり、検体検査の実施の有無にかかわらず、医療機関別係数に合算することができる。

(問 5 - 4) 機能評価係数Ⅰに関連した施設基準を新たに取得した場合、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に、何か特別な届出が必要か。

(答) 医科点数表に基づく届出のみでよい。なお、機能評価係数Ⅰ(臨床研修病院入院診療加算及びデータ提出加算に係るものは除く。)は算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。

(問 5 - 5) 入院基本料等加算を算定することができない病棟(床)にDPC対象患者が入院している場合、当該入院基本料等加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算することができるか。(例:DPC対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数Ⅰ)

(答) 機能評価係数Ⅰは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たす等により、算定することができ

るのであれば、全てのDPC対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

(問5-6)「A204-2 臨床研修病院入院診療加算」について「実際に臨床研修を実施している月に限り加算できる」とあるが、臨床研修を実施している月と実施していない月で係数が異なることになるのか。

(答) そのとおり。

(問5-7)「A244 病棟薬剤業務実施加算(1 病棟薬剤業務実施加算1)」を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

(答) 一連の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。

(問5-8) 第2部入院料等の通則8に掲げる栄養管理体制に係る減算に該当する場合、入院日Ⅲまでの期間は当該機能評価係数Ⅰを合算して包括算定するが、入院日Ⅲを超えた日以降は医科点数表に基づき1日につき40点を減じて算定するのか。

(答) そのとおり。

(問5-9) DPC対象病院において、入院している患者が包括評価の対象外である場合、データ提出加算は算定することができるか。

(例1) 医科点数表算定コードに該当し、入院初日から退院日まで医科点数表で算定した場合

(例2) 入院日Ⅲを超えて医科点数表により算定することになった場合

(答) 「一連」の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。ただし、診断群分類点数表で算定した期間が1日もなければ、退院日にデータ提出加算を算定することができる。(例1は算定可、例2は算定不可)

(問5-10) ①DPC算定病棟(包括評価の対象)→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟(包括評価の対象外)と転棟した事例につ

いて、③の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。また、②DPC算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、③DPC算定病棟（包括評価の対象外）の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。

(答) いずれの場合も、①DPC算定病床（包括評価の対象）において機能評価係数Ⅰの「データ提出加算」で既に評価されているため、算定することができない。

6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

(問6-1) 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院し、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

(答) 算定することができない。

(問6-2) 外来で月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

(答) 算定することができる。

(問6-3) 外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 初診料を算定することはできるが、再診料又は外来診療料（時間外加算等を除く。）については算定することはできない。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

(問6-4) 医科点数表の留意事項通知では「A243 後発医薬品使用体

制加算」はDPC対象病棟に入院している患者を除き算定するとされている。しかし、DPCの留意事項通知では同加算は診断群分類点数表に含まれる費用から除かれている。DPC対象病棟に入院している場合、全ての患者について同加算は算定することができないのか。

(答) 算定することができない。診断群分類点数表に含まれない費用については医科点数表に従い算定の可否を判断すること。

(問6-5) 医科点数表の「在宅医療」に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。

(答) 「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

(問6-6) 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則1に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問6-7) 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則3に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問6-8) コロンブラッシュ法については、「D311 直腸鏡検査」の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は「N004 細胞診」の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は「N001 電子顕微鏡病理組織標本作製」の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 合算した点数を算定することができる。

(問6-9) 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」については、写真診断

を行った場合は使用フィルム代を10円で除して得た点数を加算して算定するが、本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができない。

(問6-10) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料、特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。

(答) そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

(問6-11) 月の前半が包括評価、月の後半が医科点数表に基づく評価（又は外来）の場合で、月の前半と後半に1回ずつ「D208 心電図検査」を実施した場合、心電図検査の費用は全額算定してよいか。また、その他の生体検査やCT、MRI等についても同様の取扱いとしてよいか。

(答) いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上、算定することとなる。

(問6-12) 「D206 心臓カテーテル法による諸検査」の注8に定められたフィルムの費用は、医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができない。

(問6-13) 包括評価の対象患者について、手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。

(答) 算定することができない。

(問6-14) 包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注書きで定められている加算点数については、別に医科点数表に基づき算定することはできるか。

(答) フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。

(問6-15) 経皮経肝胆管造影における「E003 造影剤注入手技」は、「D314 腹腔鏡検査」に準じて算定することとされているが、医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができない。

(問6-16) 入院を必要とする侵襲的処置を含む画像診断に係る費用は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

(問6-17) 核医学検査(核医学診断)に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。

(答) そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。

(問6-18) 第9部処置の通則に規定された休日加算、時間外加算及び深夜加算は、当該処置の開始時間が入院手続きの後であっても算定できることとされているが、包括評価の範囲に含まれない処置料について、本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問6-19) 包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等などの処置料に係る加算点数を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問6-20) 医科点数表に基づき算定するギプスの項目について、100分の20等の例により、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) ギプスの項目の基本点数が1,000点以上であっても、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を100分の20等の例によ

り算定した結果、1,000点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができない。

(問6-21) 診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。

(答) 診断群分類区分の内容にかかわらず、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

(問6-22) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また、輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち、「手術」の部において評価されるものについては、別に医科点数表により算定することができる。

(問6-23) 包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

(答) 医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

(問6-24) 「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」を実施した場合、注7に掲げる加算は算定できるのか。

(答) 算定することができる。

(問6-25) 「L100及びL101 神経ブロック」は別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

(答) そのとおり。

(問6-26) 出来高算定可能な抗HIV薬には、「後天性免疫不全症候群(エ

イズ)患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問6-27) 手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤(例:腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等)は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

(答) 手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。

(問6-28) グランツマン血小板無力症患者(GP IIb-IIIa及び/又はHLAに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの)に使用する「血液凝固第VII因子製剤(エプタゴルアルファ(活性型)(遺伝子組換え))」は出来高で算定することができるのか。

(答) 算定できる。

7. 特定入院料の取扱いについて

(問7-1) 1日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。

(答) 従来どおり、医科点数表、基本診療料の施設基準等に基づき、所定の手続を行う。

(問7-2) 「特定集中治療室管理料」を14日算定していた患者が引き続き「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病床に転床した場合、21日目まで15日以上21日以内の期間の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

(問7-3) 一度目の入院時に「救命救急入院料」を限度日数に満たない日数分算定し、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内

に再入院した場合で「救命救急入院料」算定可能病室に入室した際、
限度日数までの「救命救急入院料」は算定可能となるのか。

(答) 1回の入院期間とみなし、算定することができない。特定入院料の
算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。

(問7-4) 診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入
院した場合は、退院期間中の日数は入院期間として算入しないが、「小
児入院医療管理料」を継続して算定している場合、退院期間中の日数
は「小児入院医療管理料」に係る期間として算入しないのか。

(答) そのとおり。

(問7-5) 包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定し
ている期間においては、その期間中に実施した心臓カテーテル法によ
る諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に
含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。

(答) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採
取料については、診断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれて
いないため算定することができる。なお、包括評価の範囲に含まれて
いない入院基本料等加算については、特定入院料に係る加算の種類に
より算定できる範囲が異なるため注意すること。

8. 入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

(問8-1) 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された
場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬
剤料（制吐剤等）は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診
断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤
（併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限
る。）に係る薬剤料については算定することができない。また、生理
食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料も算定することがで
きない。

(問8-2) 入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患

者について、入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。

(答) 算定することができる。

(問 8 - 3) 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合であって、手術・処置等 2 の分岐が「2 放射線療法」「3 化学療法ありかつ放射線療法なし」となっている D P C コードについて、化学療法と放射線療法を実施したため、分岐 2 を選択した場合は、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

(問 8 - 4) 悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば「D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査 あり」を手術・処置等 1 の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、「D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査」に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

9. 同一傷病での再入院の取扱いについて

(問 9 - 1) 包括評価の対象患者が退院日同日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。

(答) 例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院をする場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない場合の再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院を入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について、再入院日の所定診断群分類点表により包括される点数は算定できないものとする。

(問 9 - 2) 「一連」の入院とみなす 7 日以内の再入院は、「診断群分類番号の上 2 桁が同一の場合」とされているが、再入院時の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に「一連」か否

かを判断することになるのか。

(答) 再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類番号上2桁と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類番号上2桁が一致するか否かで判断する。また、7日以内の再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコードを選択した場合も、一連の入院に該当することに留意すること。

(問9-3) 「一連」の入院とみなす7日以内の再入院では、ICD10コードが異なっても、診断群分類番号上2桁が同一であれば、「一連」とみなすのか。

(答) そのとおり。

(問9-4) 一度目の入院期間中に、入院日Ⅲを超えて退院した後、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合、どのように算定すれば良いか。

(答) 一連の入院中の傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

(問9-5) DPC対象病院から特別の関係であるDPC対象病院に診断群分類番号上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合は「一連」の入院と見なすのか。

(答) そのとおり。なお、この場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。また、診療報酬明細書の今回入院日欄に「一連」の入院とみなした入院年月日を記載し、摘要欄に「特別」と記載すること。

(問9-6) 一度目のDPC算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後、DPC算定対象とならない病棟へ転棟後、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再度DPC算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか。

(答) 一連の入院中の傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区

分を決定し算定する。

(問9-7) 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

(答) D P C 算定病棟以外の病棟から D P C 算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類番号上 2 桁が同一である傷病で転棟日から起算して 7 日以内に D P C 算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

(問9-8) 同一傷病に該当するか否かは診断群分類番号の上 2 桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。(例) 半月板損傷 (160620) にて入退院後、7 日以内に上腕骨骨折 (160730) にて入院

(答) そのとおり。

(問9-9) D P C 対象病院において、短期滞在手術等基本料 3 を算定した後、7 日以内に同一傷病で再入院した場合、どのように算定するのか。

(答) 前回入院で短期滞在手術等基本料 3 を算定した場合は、同一傷病による再入院の際も D P C 包括評価の対象外として取り扱うこと。

10. 退院時処方について

(問10-1) 退院時処方は、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

(問10-2) 診断群分類番号上 2 桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して 7 日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

(答) 退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類番号上2桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

(問10-3) 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

(問10-4) 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日もしくは前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

(答) 土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定は取り下げること。

(問10-5) 「フォルテオ皮下注キット600 μ g」について、入院中に薬剤料を算定する場合は、フォルテオ皮下注キット600 μ gの薬価を28(日分)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされているが、入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとするのは可能か。

(答) 入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものとして差し支えない。

(問10-6) 上記問10-6で入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したものとして差し支えないとされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

(答) 当該取扱いは薬価を使用可能日数(回数)で除したものを1日分(1

回分) の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。

(問10-7) 介護老人福祉施設に退院する場合、退院時処方薬剤料は別に算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

1 1. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

(問11-1) D P C 算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

(答) D P C 算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用(対診が実施された場合の初・再診料及び往診料は除く。)は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い、当該医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。D P C 算定病棟に入院している患者については、算定方法にかかわらず(診断群分類点数表・医科点数表のいずれで算定していても)同じ取扱いである。また、D P C 算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床(例:地域包括ケア入院医療管理料)に入院している患者についても同じ取扱いである。

(問11-2) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたD P C の包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

(問11-3) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたD P C の包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

(問11-4) D P C 算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断（P E T・M R I 等）のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしているがよいか。

(答) よい。

(問11-5) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。また、この場合、診断群分類番号の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

(問11-6) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、外来でしか算定できない診療行為について入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

(問11-7) D P C 算定病棟に入院中の患者が他医療機関を受診し先進医療を受けた場合について、入院中の保険医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。

(答) 他医療機関で実施した診療行為に係る費用のうち、保険給付の対象となるものは合議にて精算するが、保険外の費用は合議の対象とはならない。なお、先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。

(問11-8) D P C 算定病棟に入院中の患者に対診を実施した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

(問11-9) D P C 算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において請求し、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとされているが、当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。

(答) 健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は、消費税が非課税となる。（消費税法第6条）

質問のケースの場合、他医療機関が行う診療にあつては、社会保険診療であるから、当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。（当該合議により得る収入については、診療報酬に照らして妥当であればよく、必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。）

12. データ提出加算について

(問12-1) 「D P C 導入の影響評価に係る調査」の提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも「A 2 4 5 データ提出加算」を算定することができるのか。

(答) 「D P C 導入の影響評価に係る調査」の提出（データの再照会に係る提出も含む。）で提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の1か月分については「A 2 4 5 データ提出加算」は算定できない。

(問12-2) データ提出加算における「200床以上」とは医療法上の許可病床数になるのか。それともD P C 算定対象病床になるのか。

(答) 医療法第7条第2項第5号に規定する許可病床となる。（外来診療

料を算定する医療機関は「200床以上」の区分で、再診料を算定する医療機関は「200床未満」の区分で施設基準の届出を行うことができる。）

(問12-3) データ提出に遅延等が認められたため、1か月「データ提出加算」を算定できなくなった場合、当該1か月の診療分はどのように算定するのか。

(答) 包括評価対象分については、当該月診療分のデータ提出加算に係る機能評価係数Iを医療機関別係数に合算せずに算定すること。

また、包括評価対象外の患者については、当該月の診療分において、医科点数表に基づき、退院時に「A245 データ提出加算」を算定することができない。

1.3. 診療報酬の調整等について

(問13-1) 退院時に診断群分類区分が確定した時に、差額を調整する必要がある場合の一部負担金はどのように算定するのか。

(答) 差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。

(問13-2) 包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。

(答) 高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

(問13-3) 診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要か。

(答) 診断群分類点数表のみで算定する場合は、診断群分類点数表による請求額も月毎に確定するため、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要ない。

(問13-4) 切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後、自費で分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による算定の起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用と

なった日となるのか。

(答) そのとおり。

(問13-5) 入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつか。また、その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、当該入院すべてを医科点数表に基づき再請求をする。

(問13-6) 臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、退院時に診断群分類区分に該当する場合には、前月分を当該診断群分類区分により再請求する。

(問13-7) 入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は入院期間すべてを医科点数表に基づき算定をする。

(問13-8) 入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、再度包括評価の対象となる。

(問13-9) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日Ⅲを超えて医科点数表に

よる算定を行っている場合はどのように請求するのか。

(答) 入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

1 4. 平成28年改定に係る経過措置について

(問14-1) 改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定後そうではなくなり、かつ、「手術・処置等2」に分岐がない場合、当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。

(答) 当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない。）ことから、診断群分類区分をツリー図上の分岐の区分に従い決定する。改定後も引き続き告示がされている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。

(問14-2) 改定を挟んで7日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどのようになるのか。

(答) 診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とする。

(問14-3) 改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を3月中に実施した場合で4月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追加された分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

(問14-4) 改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について、4月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。

(例1) 3月29日に入院し、改定前は入院日Ⅲが3日で改定後は入院日Ⅲが4日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求。

(例2) 3月28日に入院し、改定前は入院日Ⅲが3日で改定後は入院日Ⅲが5日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求。

(答) 例1及び例2、いずれの場合も診断群分類点数表に基づき算定する。

(問14-5) 改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、どのように取り扱うのか。

例1 3月 1日 入院 診断群分類区分Aを決定

3月10日 診断群分類区分Bへ変更

例2 3月 1日 入院 包括対象の診断群分類区分を決定

4月10日 出来高の診断群分類区分Aへ変更

(答) いずれの場合も改定後の診断群分類区分は4月1日から適用となる。また、改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で終了しているため、4月1日以降の診療報酬からが調整の対象となる。

15. 診療報酬明細書関連について

(問15-1) 入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合、「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。また、退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。

(答) 包括評価の範囲に含まれない診療行為に関する記載の要領は医科点数表に従い、記載する必要がある。

(問15-2) 診療報酬明細書の「副傷病名」欄には、該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。

(答) そのとおり。

(問15-3) 該当する定義告示上の定義副傷病名が複数存在する患者については、診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した定義副傷病名を記載するのか。

(答) そのとおり。

(問15-4) 傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。

(答) 記載する必要はない。

(問15-5) 診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し、ICD10コードを記入するのか。

(答) そのとおり。

(問15-6) 入院中に処置を複数回実施した場合は、処置の実施日をどのように記載するのか。

(答) 初回の実施日を記載する。

(問15-7) 分娩のために入院中の患者が合併症等に罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合、診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また、「今回退院年月日」には保険給付が終了した日を記入するのか。

(答) そのとおり。

(問15-8) 審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書はどのようなものが対象となるのか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

(答) DPCの診療報酬明細書のうち、請求点数が40万点以上のものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

(問15-9) 入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。

(答) 保険者毎に診療報酬明細書を作成して請求する。変更前及び変更後の診療報酬明細書に医療保険等が変更された旨を記載するとともに、変更後の診療報酬明細書に変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお、診断群分類区分の変更があった場合であっても、退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため、従前の保険者への請求額は変更されない。

(問15-10) 診療報酬改定をまたいで入院している場合、3月診療分DPC

レセプトの「今回退院年月日」及び「転帰」欄はどう記載するのか。

(答) 改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で実施するが、入院しているため「今回退院年月日」及び「転帰」欄は空白（記載不要）とする。

(問15-11) 平成28年3月以前から継続して入院している患者で、3月に分岐に係る手術等を行った場合、4月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するのか。

(答) 3月に実施した手術等について、4月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお、3月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。

歯科診療報酬点数表関係

【初・再診料：初診料】

(問1) 自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者についての初診料の取扱いについて、「学校検診等」が削除されたが、学校検診の結果により受診した場合は初診料を算定できるのか。

(答) 初診料の取扱いは従前のとおり。

(問2) 初診料において、「歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷に係る診療が継続していると推定される場合」は初診として扱わないとされたが、歯周疾患等の慢性疾患である場合の初診料の取扱いが変更になったのか。

(答) 初診料の取扱いは従前のとおり。

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】

(問3) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所においてエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対する管理を行う場合は、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算により行う必要があるのか。

(答) 患者の状況に応じて、患者ごとにエナメル質初期う蝕管理加算又はフッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」のいずれかを選択して差し支えない。

なお、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う以前にフッ化物歯面塗布処置により管理を行っていた場合については、施設基準の届出後にエナメル質初期う蝕管理加算による管理に移行しても差し支えない。

(問4) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、歯周病安定期治療を行う場合は、歯周病安定期治療(Ⅱ)により行う必要があるのか。

(答) 患者の状況に応じて、患者ごとに歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)のいずれかを選択して差し支えない。

なお、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う以前に歯周病安定期治療(Ⅰ)を算定していた場合については、施設基準の届出後に歯周病安定期治療(Ⅱ)に移行しても差し支えない。

(問5) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準告示の(2)について、常勤歯科医師の複数名配置が必要か。また、歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上の配置の場合、歯科医師及び歯科衛生士ともに常勤配置が必要か。

(答) 歯科医師、歯科衛生士ともに常勤、非常勤は問わない。ただし、研修を受けた常勤歯科医師の配置は必要である。

(問6) 「疑義解釈資料の送付について」(平成20年5月9日事務連絡)にて、歯科外来診療環境体制加算の施設基準の要件となっている研修は届出日から3年以内、在宅療養支援歯科診療所の届出日から4年以内のものとされているが、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の要件となっている研修は、いつ頃に開催された研修をいうのか。

- (答) ① 現在、外来環、在宅療養支援歯科診療所の両施設基準とも届出を行っておらず、今回かかりつけ歯科医機能強化型診療所の施設基準の届出を行う場合は、いずれの研修についても届出日から3年以内のものをいう。
- ② 現在、外来環及び在宅療養支援歯科診療所の両施設基準の届出を行っており、研修の要件を満たしている場合は、年数を問わない。
- ③ 外来環又は在宅療養支援歯科診療所のいずれかについて届出を行っており研修の要件を満たしている場合は、届出を行っていない施設基準の研修について届出日より3年以内のものとする。(在宅療養支援歯科診療所についても3年以内)

【医学管理：歯科疾患管理料】

(問7) 歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算は、エナメル質初期う蝕に罹患している歯以外の他の部位に、より進行したう蝕（エナメル質の実質欠損を伴うう蝕症第1度又はう蝕症第2度等のう蝕）に罹患している歯がある場合であっても算定できるか。

(答) 算定できる。

(問8) 歯科疾患管理料において、例えばブリッジを製作する場合で傷病名がMTのみの患者は対象となるのか。

(答) 対象となる。

(問9) 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料の文書提供加算は1回目だけに限り算定できるのか。

(答) 文書提供加算については、1回目に限らず、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料の算定にあたり、歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供した場合に算定できる。

【医学管理：歯科衛生実地指導料】

(問10) 歯科衛生実施指導料の告示において、対象患者が「歯科疾患に罹患している患者」に変更になったが、留意事項通知は従来そのままとなっていることから取扱いは従来どおり、う蝕を原因とする疾患（Pul, Per等を含む）や歯周疾患に罹患している患者が対象となると考えてよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問11) 歯科衛生実施指導料において、「プラークチャート等を用いたプラークの付着状況の指摘」とされたが、プラークチャート以外の方法でプラークの付着状況を指摘してもよいのか。

(答) プラークチャートを使用しなくても、例えば口腔内カメラにより患者の口腔内をモニターに映す、デジタル写真を活用する等によりプラークの付着状況が確認できれば差し支えない。

【歯科治療総合医療管理料、在宅患者歯科治療総合医療管理料】

(問12) 患者のモニタリングは、診療時間内を通じて一定間隔で、血圧、脈拍及び経皮的酸素飽和度を同時にかつ継続的に自動測定することが必要か。

(答) 処置等の実施前・実施後及び患者の状態に応じて必要時点で血圧、脈拍及び経皮的酸素飽和度を測定すること。また、患者の状態及びモニタリング結果については診療録に記載又は添付すること。

(問13) 歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）又は歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）、在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）又は在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）を算定する場合に、経皮的動脈血酸素飽和度測定は別に算定できるか。

(答) 算定できない。

【在宅医療：歯科訪問診療料】

(問14) 在宅歯科医療を専門で行う歯科診療所以外の歯科診療所で、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っていない歯科診療所が歯科訪問診療を行う場合は、歯科訪問診療料の注13に関する施設基準の届出（様式21の3の2）による届出を行わないと歯科訪問診療1、2又は3の算定ができないのか。

(答) 貴見のとおり。平成29年3月31日までに届出を行うことが必要。
なお、この場合において、歯科訪問診療の実績が0人であっても差し支えない。

(問15) 病院が歯科訪問診療を行う場合に、歯科訪問診療料の注13に関する施設基準の届出（様式21の3の2）は必要か。

(答) 病院が歯科訪問診療を行う場合は、届出不要。

(問16) 特別の関係にある施設等へ訪問して歯科診療を行い初診料若しくは再診料及び特掲診療料を算定した場合において、著しく歯科治療が困難な者に対して診療を行った場合の加算は初診料の注6若しくは再診料の注4により算定するのか。又は、歯科訪問診療料の注5により算定するのか。

(答) 歯科訪問診療料の注5により算定し、診療報酬明細書の全体の「その他」欄に当該加算の名称、点数及び回数を記載する。

(問17) 特別の関係にある施設等へ訪問して歯科診療を行い初診料若しくは再診料及び特掲診療料を算定した場合においては、その旨を診療報酬明細書の「摘要」欄に記載し、歯科訪問診療料を算定したものとみなすことができる取扱いであるが、第2章第8部処置の「通則8」、「通則9」、第9部手術の「通則14」、「通則15」及び第12部歯冠修復及び欠損補綴の「通則6」、「通則7」等においても歯科訪問診療料を算定したものとみなして差し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問18) 特別の関係にある施設等に訪問して歯科訪問診療を行い、初診料又は再診料を算定した場合に、在宅患者等急性歯科疾患対応加算又は歯科訪問診療補助加算は算定できるか。また、訪問歯科衛生指導料は算定できるか。

(答) 算定要件を満たす場合においては、在宅患者等急性歯科疾患対応加算又は歯科訪問診療補助加算を算定可能。また、訪問歯科衛生指導料についても算定可能。

【在宅医療：歯科疾患在宅療養管理料】

(問19) 患者が入院している病院で栄養サポートチーム加算が算定されていない場合において、歯科疾患在宅療養管理料の栄養サポートチーム連携加算1は算定できるか。

(答) 算定できる。

(問20) 患者が入所している介護保険施設で経口維持加算（Ⅱ）が算定されていない場合において、歯科疾患在宅療養管理料の栄養サポートチーム連携加算2は算定できるか。

(答) 算定できる。

【在宅医療：在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

(問21) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、無歯顎者も対象になるのか。

(答) 摂食機能療法の対象となる患者については対象となる。

(問22) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定にあたって、嚥下機能検査が実施されていることが必要か。

(答) 摂食機能療法と同じ取扱いである。

発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある患者については、従前のおり。

(問23) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料と訪問歯科衛生指導料を同日に算定することはできるか。

(答) それぞれ算定要件を満たしている場合においては算定して差し支えない。この場合において、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の時間に訪問歯科衛生指導料の時間は含まれない。

(問24) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る通知において、「当該指導管理を開始する以前に、区分番号「D002」に掲げる歯周病検査を含む歯周病の治療を実施している場合においては、当該指導管理料は算定できない。ただし、歯周病の治療を開始後に摂食機能障害に対する訓練等が必要となった場合においては、当該指導管理料を算定できる。」との記載があるが、平成28年3月以前において、摂食機能障害を有する患者であって歯周病の治療を行っている場合には、同年4月以降においても、当該管理料は算定できない取扱いとなるのか。

(答) 平成28年3月以前において、摂食機能障害を有する患者であって歯周病の治療を行っている場合には、同年4月以降において、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て差し支えない。

【検査：歯周病検査】

(問25) 混合歯列期において、歯周基本検査で算定した場合に、算定する区分の歯数に含まれない乳歯に対しても歯周病検査は必要か。

(答) 乳歯も含めて、1口腔単位で歯周基本検査を行うことが必要である。

【検査：口腔内写真検査】

(問26) 口腔内写真検査の算定要件が「歯周病検査を行った場合において」から「歯周病検査を実施する場合において」に変更になったが、歯周病検査を算定する前に口腔内写真検査を算定しても差し支えないか。

(答) 差し支えない。ただし、1回の歯周病検査に対して、その実施前と実施後の2回算定することはできない。

【検査：歯冠補綴時色調採得検査】

(問27) 支台歯の隣在歯に天然歯がなく、対合歯にのみ天然歯がある場合は算定して差し支えないか。

(答) 色調の比較が可能な場合であれば、算定して差し支えない。

【検査：有床義歯咀嚼機能検査】

(問28) 有床義歯装着前の算定と装着後の算定が同月であった場合、同月内に2回まで算定できると考えてよいか。

(答) 貴見のとおり。

【処置：歯周病安定期治療（Ⅰ）、歯周病安定期治療（Ⅱ）】

(問29) 歯周病安定期治療（Ⅰ）、歯周病安定期治療（Ⅱ）の管理計画書の様式は歯科疾患管理料の文書提供加算時の文書に準じたもので差し支えないか。また、その場合、初回用又は継続用のどちらを使用すればよいのか。

(答) 必要に応じて、歯科疾患管理料の初回用又は継続用の様式を使用して差し支えない。

(問30) 歯周病安定期治療（Ⅰ）を算定した場合において、歯周疾患の治療を目的に行った咬合調整を算定することはできるか。

(答) 算定できない。歯周病安定期治療（Ⅱ）と同じ取扱いである。

(問31) 歯周病安定期治療（Ⅱ）は、口腔内カラー写真の撮影を行った場合に算定することとされたが、毎回全顎撮影を行うのか。

(答) 1回目は全顎の口腔内カラー写真の撮影を行い、2回目以降は管理の対象となっている部位の撮影を行う。

(問32) 歯周病安定期治療（Ⅱ）を開始する際の歯周病検査は歯周病精密検査を行うこととされ、同月に歯周病精密検査は算定できない取扱いとされたが、算定はどのように行えばよいのか。

(答) 例えば、

- ① 4月に歯周病精密検査を行い、その日から歯周病安定期治療（Ⅱ）を行う場合
- ② 4月に歯周病精密検査を行い、4月の他日から歯周病安定期治療（Ⅱ）を行う場合

については、4月は歯周病安定期治療（Ⅱ）の算定を行い、歯周病精密検査は算定できない。

また、4月に歯周病精密検査を行い、5月から歯周病安定期治療（Ⅱ）の算定を開始する場合については、4月に歯周病精密検査を算定して差し支えない。

【処置：フッ化物歯面塗布処置】

(問33) フッ化物歯面塗布処置について「1 う蝕多発傾向者の場合」、「2 在宅等療養患者の場合」又は「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」は併算定できるか。

(答) フッ化物歯面塗布処置は1 口腔単位での算定となるため、併算定はできない。

【手術：抜歯手術】

(問34) 乳歯に対して難抜歯加算を算定して差し支えないか。

(答) 乳臼歯の歯根が後継永久歯の歯根を包み込んでおり、抜歯が必要と判断し、歯根分離をして乳臼歯を抜歯した場合及び骨癒着が著しく、骨の開削又は歯根分離術を行う必要性が認められる場合に限っては算定して差し支えない。

なお、算定に当たっては、診療報酬明細書の「処置・手術」欄の「その他」欄に「難抜歯加算」と記載し、点数及び回数を記載する。

【手術：歯根端切除手術】

(問35) 「歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合」について、施設基準が新設されたが、4月1日以降は届出を行った医療機関以外は算定できないのか。

(答) 貴見のとおり。

【手術：歯周外科手術】

(問36) 「6 歯肉歯槽粘膜形成手術」が歯周外科手術に入ったが、歯周疾患以外の治療として行う「ハ 歯肉弁側方移動術」及び「ニ 遊離歯肉移植術」は従前通りの取扱いと考えてよいか。

(答) 貴見のとおり。

【歯冠修復及び欠損補綴：歯冠形成】

(問37) 区分番号「M001」歯冠形成について、注の見直しで、注3が注5に変わり、「前歯の4分の3冠又は前歯のレジン前装金属冠については」が「前歯の4分の3冠又は前歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成」となったが、従来どおり単冠およびBrの支台歯共に加算ができると考えてよいか。

(答) 貴見のとおり。

【歯冠修復及び欠損補綴：支台築造】

(問38) 後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対する全部金属冠の歯冠形成、硬質レジンジャケット冠の歯冠形成及び窩洞形成については、支台築造を算定して差し支えないとなっているが、この場合に限り窩洞形成に際しての支台築造が可能と考えるのか。

(答) 貴見のとおり。

【歯冠修復及び欠損補綴：充填】

(問39) 歯の根面部のう蝕において、隣接面を含む窩洞に対する充填は「複雑なもの」により算定するとなっているが、「隣接面を含む窩洞」とは、「隣接歯との接触面を含む窩洞」又は「隣接歯との接触面を含まないが近遠心面を含む窩洞」と考えてよいか。

(答) 貴見のとおり。

【歯冠修復及び欠損補綴：金属歯冠修復】

(問40) 金属歯冠修復の「複雑なもの」が「隣接歯との接触面を含む窩洞に行くインレーをいう。」となったが、例えば最後方臼歯の遠心面など、隣接歯がない場合の近心面又は遠心面にかかる窩洞はどのような取扱いになるのか。

(答) 隣接歯がない場合であって、接触面に相当する部位（近心面又は遠心面の最大膨隆部）を含む場合においては、「複雑なもの」として差し支えない。

【歯冠修復及び欠損補綴：硬質レジンジャケット冠】

(問41) 歯科用金属を原因とする金属アレルギー患者に対して小臼歯に硬質レジンジャケット冠を装着した場合において、応分の咬合力負担に耐えられる場合についてはクラウンブリッジ維持管理料の対象となるのか。

(答) 医科からの情報提供に基づき、歯科用金属を原因とする金属アレルギー患者に対して小臼歯に硬質レジンジャケット冠を装着した場合は、咬合力負担に耐えられるかどうかに関係なく、クラウンブリッジ維持管理料の対象外となる。

【歯冠修復及び欠損補綴：有床義歯内面適合法】

(問42) 平成28年3月に新たに製作した有床義歯に対して6月以内に有床義歯内面適合法を行った場合は、所定点数の50/100に相当する点数の算定となるのか。

(答) 平成28年4月1日以降に実施する有床義歯内面適合法については、平成28年3月31日以前に製作したものについても50/100で算定する。

【歯科矯正：歯科矯正診断料、顎口腔機能診断料】

(問43) 歯科矯正診断料及び顎口腔機能診断料の算定期間について、歯科矯正を「開始したとき」から「開始するとき」に変更になったが、開始する前に算定してもよいのか。また、模型調製については変更になっていないが、取扱いは変わらないという理解でよいのか。

(答) 診断を行った時であれば、歯科矯正を実際に開始する前であっても算定して差し支えない。また、模型調製についても、歯科矯正診断料及び顎口腔機能診断料と同様の取扱いとする。

【その他】

(問44) 医科点数表の区分番号「L009」麻酔管理料(1)注4の「長時間麻酔管理加算」について、当該管理料に係る施設基準を届け出た医科歯科併設の保険医療機関において、歯科点数表の区分番号「J093」遊離非弁術又は区分番号「J096」自家遊離複合組織移植術を行うに当たって、医科点数表に掲げる区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、当該加算を算定して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

(問1) 同一グループ内の処方せん受付回数の合計が1月に4万回を超えるグループが新規に開設した保険薬局については、新規指定時における調剤基本料の施設基準の届出時には同一グループ内の処方せん受付回数が1月に4万回を超えるグループに属しているものとして取り扱うことでよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問2) 新規に指定された保険薬局(遡及指定が認められる場合を除く。)が、新規指定時に調剤基本料の施設基準を届出後、一定期間を経て、処方せん受付回数の実績の判定をした際に、算定している調剤基本料の区分が変わらない場合は、施設基準を改めて届け出る必要はないと考えてよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、新規指定時に届け出た調剤基本料の区分から変更になった場合は速やかに届け出ること。

(問3) 既に指定を受けている保険薬局がある薬局グループに新たに属することになり、その結果、調剤基本料3の施設基準の要件に該当することになった場合は、年度の途中であっても調剤基本料の区分を変更するための施設基準を改めて届け出る必要があるか。

(答) 既に指定を受けている保険薬局としては、調剤基本料は4月1日から翌年3月末日まで適用されているので、同一グループに新たに所属したことをもって改めて届け出ることには不要であり、所属する前の調剤基本料が算定可能である。なお、次年度の調剤基本料の区分は、当年3月1日から翌年2月末日までの実績に基づき判断し、現在の区分を変更する必要がある場合は翌年3月中に調剤基本料の区分変更の届出を行うこと。

(問4) 同一グループ内の処方せん受付回数を計算する際、2月末時点に所属する保険薬局のうち、前年3月1日以降に所属することになった保険薬局については、処方せん受付回数を計算する際に同一グループに所属する以前の期間も含めて

計算することでよいか。

(答) 貴見のとおり。前年3月1日から当年2月末の処方せん受付回数をもとに計算すること。

(問5) 不動産の賃貸借取引関係について、同一グループの範囲の法人が所有する不動産を保険医療機関に対して賃貸している場合は対象となるという理解でよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問6) 同一グループの確認はどのようにするのか。

(答) 同一グループの範囲については、保険薬局の最終親会社等に確認を行い判断すること。また、当該最終親会社等にあっては、保険薬局が同一グループに属していることを確認できるよう、グループ内の各保険薬局に各グループに含まれる保険薬局の親会社、子会社等のグループ内の関係性がわかる資料を共有し、各保険薬局は当該資料を保管しておくこと。

(問7) 不動産の賃貸借の取引を確認する際、名義人として対象となる開設者の近親者とはどの範囲を指すのか。

(答) 直系2親等、傍系2親等を指す。

(問8) 不動産の賃貸借取引関係を確認する範囲は「保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるもの」とされているが、薬局の建物のほか、来局者のための駐車場（医療機関の駐車場と共有している場合も含む。）も含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問9) 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準（特例対象からの除外要件）について、薬剤師1人当たり月100回以上の算定とあるが、100人という意味か、それとも患者が同一月に複数回来局して算定した場合には、複数回カウントしてよいか。

(答) 患者数ではなく、実際に算定した回数として計算すること。

(問10) 調剤基本料の注3におけるかかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務の算定回数について、処方せん受付1回につき複数項目を算定した場合は、算定項目ごとに回数をカウントしてよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問11) 調剤基本料の注3におけるかかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務の算定回数について、「平成28年3月1日から3月末日においては、改定前の区分番号に相当する内容の算定回数で計算する」と規定されているが、改定前の区分番号に相当する点数については、それぞれ以下のとおりと理解してよいか。

- ・「重複投薬・相互作用等防止加算」→「重複投薬・相互作用防止加算
- ・「服薬情報等提供料」→「長期投薬情報提供料1」、「長期投薬情報提供料2」又は「服薬情報等提供料」

(答) 貴見のとおり。

(問12) 調剤基本料の注3（所定点数の100分の50に相当する点数により算定）に該当する保険薬局は、基準調剤加算を算定することが可能か。また、当該保険薬局の薬剤服用歴管理指導料についてはどのように取り扱えばよいか。

(答) 基準調剤加算は算定できない。薬剤服用歴管理指導料については、注1のただし書きに該当する保険薬局として取り扱うので50点を算定する。

(問13) 特定の保険医療機関に係る処方せん受付回数及び特定の医療機関に係る処方せんによる調剤の割合（集中率）の計算について、調剤基本料の施設基準に規定されている処方せんの受付回数に従い、受付回数に数えない処方せんを除いた受付回数を用いることでよいか。

(答) 貴見のとおり。

【分割調剤】

(問14) 同一医療機関で複数の診療科から発行された処方せんを同時に受け付けた際に、ある診療科からの処方せんは分割指示があり、他の診療科の処方せんでは

分割指示がない場合、調剤報酬の算定はどのように取り扱うべきか。

(答) 通常、同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合は受付回数を1回とするが、分割指示の処方せんが含まれる場合に限っては、同時に受け付けた場合であっても、分割指示の処方せんとして1回、分割指示のない処方せんとして1回のように、処方せんごとに別で取り扱い、それぞれの受付ごとに調剤報酬を算定して差し支えない。

なお、このような事例については、特定の診療科の処方せんのみ分割調剤することが妥当かどうか確認の上、医師に疑義照会するなど必要な対応を行うこと。

(問15) 上記の際に、分割指示の処方せんが複数あり、分割指示の方法（分割回数や期間）が異なる場合、どのように取り扱うべきか。

(答) 分割指示が異なる場合は、分割調剤の方法が異なることにより、患者が適切に服薬できるか等の妥当性を確認の上、医師に疑義照会するなど必要な対応を行うべきである。

(問16) 調剤基本料の「注8」の医師の指示に伴う分割調剤について、例えば2回目の調剤時に、残薬や副作用が確認され、医師に疑義照会して2回目以降の処方内容が変更された場合、重複投薬・相互作用等防止加算又は在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定は可能と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、当該分割調剤時に算定できる点数は、重複投薬・相互作用等防止加算又は在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含んだ技術料の合計の2分の1又は3分の1の点数を算定する。

(問17) 調剤基本料の「注8」の医師の指示に伴う分割調剤について、例えば、分割指示が3回で、1回目は時間外加算の対象、2回目は時間外加算の対象外、3回目は時間外加算の対象の場合、どのように算定することになるか。

(答) それぞれの分割調剤を実施する日に、当該処方せんについて分割調剤を実施しない場合に算定する点数（調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料）を合算した点数の3分の1に相当する点数を算定する。したがって、調剤時に時間外加算の要件を満たす場合には、当該加算も合算した点数に基づき算定することになる。

【具体例】(90日分処方 → 30日×3回の分割指示、調剤時には一包化を行う)

※薬剤料は調剤した分を算定

〈1回目〉 ※時間外加算を含めて合算する。

・調剤基本料	41点		
・基準調剤加算	32点		
・調剤料（1剤の場合）	87点	(90日分)	
・一包化加算	220点	(90日分)	
・ 時間外加算	160点		
・薬剤服用歴管理指導料	50点		
計	590点	$\times 1/3 = 196.66 \dots \approx 196$ 点	+ 薬剤料(30日分)

〈2回目〉

・調剤基本料	41点		
・基準調剤加算	32点		
・調剤料（1剤の場合）	87点	(90日分)	
・一包化加算	220点	(90日分)	
・薬剤服用歴管理指導料	38点		
・服薬情報等提供料	20点		
計	438点	$\times 1/3 = 146$ 点	+ 薬剤料(30日分)

〈3回目〉 ※時間外加算を含めて合算する。

・調剤基本料	41点		
・基準調剤加算	32点		
・調剤料（1剤の場合）	87点	(90日分)	
・一包化加算	220点	(90日分)	
・ 時間外加算	160点		
・薬剤服用歴管理指導料	38点		
・服薬情報等提供料	20点		
計	598点	$\times 1/3 = 199.33 \dots \approx 199$ 点	+ 薬剤料(30日分)

【基準調剤加算】

(問18) 基準調剤加算の算定要件に「当該保険薬局の開局時間は、平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること」とあるが、祝日を含む週（日曜始まり）については、「週45時間以上開局」の規定はどのように取り扱うのか。

(答) 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日並びに1月2日、3日、12月29日、12月30日及び31日が含まれる週以外の週の開局時間で要件を満たすか否か判断すること。

(問19) 基準調剤加算の算定要件について、「土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局」とあるが、「一定時間以上」は具体的に何時間必要か。

(答) 基準調剤加算の開局時間の要件は、特定の医療機関の診療時間にあわせるのでは

なく、地域住民のため、必要なときに調剤応需や相談等に応じられる体制を評価するために定めたものである。平日は毎日1日8時間以上の開局が必要であるが、土曜日又は日曜日の開局時間に関しては、具体的な時間数は規定しない。ただし、算定要件を満たすためだけに開局するのではなく、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できる開局時間を確保することが必要である。

(問20) 基準調剤加算の算定要件について、在宅の実績は年間1回でも算定実績があれば要件を満たしていると理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問21) 基準調剤加算の算定要件について「患者のプライバシーに配慮していること」とされているが、具体的にはどのような対応が必要となるのか。

(答) 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないように配慮する必要がある。具体的には、複数のカウンターがある保険薬局はその両サイドをパーテーションで区切ることが考えられる。また、カウンターと待合室との距離が短い場合は十分な距離を確保することや、会話が他の患者に聞こえないような対策をとるなど、やりとりが漏れ聞こえないような対応が必要となる。

【調剤料】

(問22) 自家製剤加算について「調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できないこと」とされているが、以下のような場合も同様に算定できないと理解してよいか。

RP A錠200mg 1回1.5錠 疼痛時服用

(注 A錠と同一有効成分の100mg規格は薬価基準に収載されていないが、300mg規格が収載されている。)

(答) この場合、200mg錠を1.5錠調剤したとしても、同量に相当する300mg錠があるので算定不可。

【薬剤服用歴管理指導料】

(問23) 薬剤服用歴管理指導料「1」について、「原則過去6月内に処方せんを持参した患者」とあるが、「6月内」の判断については、診療報酬改定前である

平成28年3月31日以前の来局についても対象となるか。

(答) 貴見のとおり。

(問24) 薬剤服用歴管理指導料「1」について、「原則過去6月内に処方せんを持参した患者」とあるが、6月を超えた処方せんであっても、当該指導料を算定するのはどのようなケースか。

(答) 1回の投薬が6ヶ月を超える場合の次回来局時などが考えられる。

(問25) 手帳を持参していない患者に対して、患者から求めがなければ手帳に関する説明をしなくても50点を算定可能か。

(答) そのような患者については、手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者が手帳を用いない場合はその旨を薬剤服用歴の記録に記載することとしているため、手帳に関する説明を全くしていない場合は薬剤服用歴管理指導料を算定してはならない。

(問26) 乳幼児服薬指導加算について、「指導の内容等について、手帳に記載すること」とされているが、手帳を持参していない患者に対して、手帳を交付又は手帳に貼付するシール等を交付した場合であっても、当該加算を算定できると理解してよいか。

(答) 乳幼児服薬指導加算については、手帳を利用しているが手帳を持参し忘れた患者にはシール等を交付することでよいが、手帳を利用していない患者に対しては手帳を交付した場合に算定できるものであること。

なお、シール等を交付した患者が次回以降に手帳を持参した場合は、当該シール等が貼付されていることを確認すること。

(問27) 薬剤情報提供料(医科)の手帳記載加算や、薬剤服用歴管理指導料(調剤)の算定に当たっては、薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳(経時的に薬剤の記録が記入でき、必要事項を記録する欄があるもの)を用いることとされているが、算定のために必須のこれらの欄に加えて、医療・介護サービスを提供する事業者等による情報共有及び連携のため、患者自らの健康管理に必要な情報の記録(患者の状況・治療内容・サービス提供の状況等)を含めて総合的に記載することができる手帳についても、当該手帳として用いても差

し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問28) 患者が電子版の手帳を持参してきたが、保険薬局が提携している電子版の手帳の運営事業者と患者が利用する電子版の手帳の運営事業者が異なる場合や運営事業者と提携していない保険薬局の場合など、薬剤師が薬局の電子機器等から患者の手帳の情報を閲覧できない場合はどのようなになるのか。

(答) 電子版の手帳については、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）の「第二 提供薬局等が留意すべき事項」の4（2）に規定する一元的に情報閲覧できる仕組みが公益社団法人日本薬剤師会より提供されているので（平成28年4月1日より）、当該仕組みの活用により、患者から手帳の情報が含まれる電子機器の画面を直接閲覧することなく情報把握することを原則とする。

このような仕組みが活用できない保険薬局においては、受付窓口等で患者の保有する手帳情報が含まれる電子機器の画面を閲覧し、薬剤服用歴に必要情報を転記した場合に限り、薬剤服用歴管理指導料を算定可能とする。この際、患者の保有する電子機器を直接受け取って閲覧等を行おうとすることは、患者が当該電子機器を渡すことを望まない場合もあるので、慎重に対応すること。

なお、このような方法で情報を閲覧等できない場合は、患者が手帳を持参していない場合の点数（50点）を算定するのではなく、薬剤服用歴管理指導料自体が算定できないことに留意すること。

(問29) 上記の保険薬局において、手帳に記載すべき情報はどのように提供すべきか。

(答) 「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）で示しているとおり、QRコード等により情報を提供すること。

【重複投薬・相互作用等防止加算】

(問30) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定対象の範囲について、「そのほか薬学的観点から必要と認める事項」とあるが、具体的にはどのような内容が含まれるのか。

(答) 薬剤師が薬学的観点から必要と認め、処方医に疑義照会した上で処方に変更された場合は算定可能である。具体的には、アレルギー歴や副作用歴などの情報に基づき処方変更となった場合、薬学的観点から薬剤の追加や投与期間の延長が行われた

場合は対象となるが、保険薬局に備蓄がないため処方医に疑義照会して他の医薬品に変更した場合などは当てはまらない。

(問31) これまでの「重複投薬・相互作用防止加算」では、同一医療機関の同一診療科の処方せんについて処方変更があったとしても算定できないとされていたが、平成28年度診療報酬改定で見直した「重複投薬・相互作用等防止加算」及び「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」については、同一医療機関の同一診療科から発行された処方せんであっても、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は算定可能と理解してよいか。

(答) 「重複投薬・相互作用等防止加算」及び「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」は、薬学的観点から必要と認められる事項により処方に変更された場合には算定可能としているので、上記の内容も含め、これまで算定できないとされていた「薬剤の追加、投与期間の延長」等であっても、要件に該当するものについては算定可能である。

【特定薬剤管理指導加算】

(問32) 薬効分類上の「腫瘍用薬」、「不整脈用剤」、「抗てんかん剤」に該当するが他の効能も有する薬剤については、それぞれ、「悪性腫瘍」、「不整脈」、「てんかん」の目的で処方され、必要な指導等を実施した場合に限り算定可能と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、対象薬剤の一覧については、厚生労働省のホームページに掲載している。

<http://www.iryohoken.go.jp/shinryohoshu/>

【かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料】

(問33) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の患者の同意取得について、例えば、患者が最初に来局した際にアレルギー歴や後発医薬品を使用することの意向等を確認するアンケートの中でかかりつけ薬剤師についても意向を確認した場合、そのアンケートの署名をもって同意を取得したことになるのか。

(答) アンケートを行う際に、アンケートとは別に、かかりつけ薬剤師を選択することの意向確認を行うことは差し支えないが、同意の取得に当たっては、かかりつけ薬剤師の業務内容、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等について、当該指導

料を算定しようとする薬剤師が改めて説明した上で、かかりつけ薬剤師に対する患者の同意を取得する必要がある。また、アンケートへの署名ではかかりつけ薬剤師の同意を取得したことにならないので、別途、かかりつけ薬剤師への同意に係る署名であることが明確にわかるようにすること。

(問34) 患者がかかりつけ薬剤師を別薬局の薬剤師に変更する場合はどのような対応が必要になるか。

(答) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料については、同一月内は同じ薬剤師により算定することが必要である。このため、患者の希望によりかかりつけ薬剤師を変更する場合、変更後のかかりつけ薬剤師は、変更前の算定状況を患者に確認して、算定可能となる時期（変更前のかかりつけ薬剤師が算定していた翌月以降）に留意して対応すること。この場合、変更前後の薬局においては、薬剤服用歴の記録に、かかりつけ薬剤師が変更された旨記載しておくこと。

なお、かかりつけ薬剤師は頻繁に変更されるものではないが、患者の引っ越し等の理由により、患者が別薬局で新たなかかりつけ薬剤師を選択する場合も想定されるため、かかりつけ薬剤師は患者に対して、かかりつけ薬剤師を変更する場合は、その旨を事前に伝えるよう説明しておくこと。

(問35) かかりつけ薬剤師が退職する等の理由で、当該薬局の別の薬剤師に引き継ぎを行う場合、新たなかかりつけ薬剤師として当該薬剤師が継続してかかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定することは可能か。

(答) 同一薬局内であっても、かかりつけ薬剤師を変更する場合には、新たなかかりつけ薬剤師を選択することの患者の同意が必要である。また、同一月内は同じ薬剤師により算定することとしているため、患者の同意を取得する時期も含め、薬局内で円滑に引き継ぎを行うこと。

なお、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は、患者の同意を取得した後の次回処方せん受付時以降に算定可能となるので、患者の同意を得る時期によっては、継続して算定することができない場合があることにも留意すること。

(問36) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料のいずれを算定するかは、薬局側が選択できるという理解でよいか。

(答) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料については、患者の同意を得た薬剤師が算定できるものであり、算定要件を満たす場合は患者の同意の下

でいずれかの点数を算定する。それ以外の場合は、算定要件を満たせば薬剤服用歴管理指導料を算定することになる。

(問37) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定要件に「患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝える」とあるが、担当患者に伝える連絡先は、かかりつけ薬剤師が専有する携帯電話等でなければならないか。

(答) 相談に応じる体制は、かかりつけ薬剤師が対応することを原則としているが、やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師による対応でも可能である。したがって、かかりつけ薬剤師又はあらかじめ患者に伝えた当該薬局の別の薬剤師が対応できる連絡先であればよい。

(問38) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する際の患者の同意については、患者本人の同意取得が困難な場合は、介護を行っている家族等の同意でもよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、施設の入所者等に対する患者本人の同意取得については、患者ごとの状況に応じて個別に判断すべきものであり、施設単位でまとめて同意取得すべきではない。

(問39) 特別養護老人ホーム入所者に対して、患者の同意を得た場合、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を算定することは可能か。

(答) 特別養護老人ホームに入所している患者に対して、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。施設での適切な服薬管理等を支援するための評価として新設された、薬剤服用歴管理指導料「3」を算定すること。

(問40) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、「保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること」とされているが、病院薬剤師の勤務経験についても勤務実績の期間に含めることは可能か。

(答) 制度が新設された経過的な取扱いとして、当面の間、病院薬剤師としての勤務経験が1年以上ある場合、1年を上限として薬局勤務経験の期間に含めることでよい。
なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の勤

務経験の取扱いも同様である。

(問41) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、別薬局と併任して勤務を行っていた期間であっても、当該期間については在籍期間とみなしてよいか。

(答) 施設基準として当該保険薬局に週32時間以上の勤務を求めていることを踏まえると、在籍期間に関しても勤務要件と同等の当該保険薬局における十分な勤務を前提とするものであり、当該保険薬局において施設基準と同等の十分な勤務時間が必要である。

なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の在籍期間の取扱いも同様である。

(問42) 保険薬局の在籍・勤務期間に関しては、施設基準の届出時点における直近の連続した在籍・勤務期間になるのか。例えば、3年前に当該保険薬局に「半年間の在籍期間」又「3年間の勤務期間」があれば、それぞれ「当該保険薬局に6月以上の在籍」又は「3年以上の薬局勤務経験」を満たすのか。

(答) 届出時点における直近の連続した在籍・勤務期間が必要となる。例示のような場合は、要件を満たさない。

なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の在籍・勤務期間の取扱いも同様である。

(問43) 当該保険薬局の在籍・勤務期間中に、育児休暇を取得した場合、育児休暇から復帰して6月又は3年経過しないと「当該保険薬局に6月以上の在籍」「3年以上の薬局勤務経験」を満たさないのか。

(答) 育児休暇の場合は、当該期間を除いた期間が6月又は3年あれば要件を満たすものとする。したがって、育児休暇前に6月以上在籍又は3年以上勤務していれば、育児休暇復帰時点でも要件を満たすことになる。

なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の在籍・勤務期間の取扱いも同様である。

(問44) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、M&Aで店舗を買収した場合、買収前の薬局における在籍期間を買収後の在籍期間に含めることは可能か。

(答) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、当該期間を在籍期間に含めることは可能。

(問45) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準における研修要件について、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱うこととされているが、施設基準の届出時に研修要件に係る内容の添付は不要と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

平成29年3月31日以前に当該施設基準の届出をした保険薬局のうち、研修要件に係る内容の添付をしていない保険薬局については、平成29年4月1日以降に継続して当該指導料等を算定する場合は、研修要件に係る内容を添付して改めて施設基準を届け出る必要がある。

なお、平成29年3月31日までの期間であっても、研修要件に係る内容を添付して届出をした保険薬局については、平成29年4月1日以降も継続して当該要件を満たしている場合は新たに届け出る必要はない。

(問46) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する施設基準の研修要件について、「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること」とされているが、「等」には日本学術会議協力学術研究団体である一般社団法人日本医療薬学会の認定制度は含まれるか。

(答) 含まれる。

(問47) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準として、「医療に係る地域活動の取組に参画していること」とあるが、具体的にはどのような取組が該当するか。

(答) 地域の行政機関や医療関係団体等が主催する住民への説明会、相談会、研修会等への参加や講演等の実績に加え、学校薬剤師として委嘱を受け、実際に児童・生

徒に対する医薬品の適正使用等の講演等の業務を行っている場合が該当する。

なお、企業が主催する講演会等は、通常、地域活動の取組には含まれないと考えられる。

(問48) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料については、「患者の同意を得た後の次の処方せん受付時以降に算定できる」とされているが、午前中に処方せんを持参した患者の同意を取得し、午後に当該患者が別の処方せんを持参した場合、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を算定することは可能か。

(答) 同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方せん又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方せんについては算定できない。それ以外の場合は、別の受付となるので、午後の処方せん受付時に算定できる。

(問49) 平成28年3月31日以前にかかりつけ薬剤師として患者の同意を得て同意書が作成されていれば、同年4月1日以降の調剤時から当該患者に対して、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料が算定可能と理解してよいのか。

(答) 患者の同意取得及び同意書の作成は平成28年3月31日以前に行ったものについても有効である。なお、4月1日から算定するためには、施設基準の届出を4月14日までにを行うことが必要であるので留意すること。

(問50) 患者の同意を得ていても、来局時に患者が手帳を持参し忘れた場合、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定できないのか。

(答) 手帳を持参し忘れたことのみをもって、当該指導料及び管理料が算定できないものではないが、患者や処方医等から確認すること等により、必要な情報を収集した上で指導等を行う必要がある。

【服薬情報等提供料】

(問51) 服薬情報等提供料について、患者、その家族等へ必要な情報提供、指導等を行った場合は月1回の算定制限がないと考えてよいのか。

(答) 貴見のとおり。

(問52) 服薬情報等提供料について、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には算定できないこととされているが、同一月内でこれらの指導料等を算定していれば、服薬情報等提供料は算定できないのか。

(答) かかりつけ薬剤師指導料等を算定している月であれば、服薬情報等提供料に相当する業務も当該指導料等の中で行うことになるので、服薬情報等提供料は算定できない。

訪問看護療養費関係

(問1) 機能強化型訪問看護管理療養費について、ターミナル件数のみで実績要件を満たしていたステーションが、(イ) ターミナル件数は満たさなくなったが、(ロ) ターミナル件数かつ超・準超重症児の利用者数の実績要件は満たす場合は、届出の変更が必要か。

(答) (イ) ターミナル件数、(ロ) ターミナル件数かつ超・準超重症児の利用者数又は(ハ) 超・準超重症児の利用者数の実績要件のうちいずれかを満たしている間は、変更の届出は必要ない。

(問2) 電子署名が行われていないメールやSNSを利用した、訪問看護指示書の交付や訪問看護計画書等の提出は認められないということか。

(答) そのとおり。