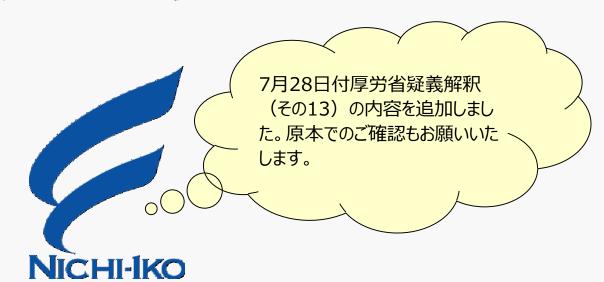
日医工MPI行政情報

http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/

2016年度診療報酬改定 疑義解釈(医科)

日医工医業経営研究所(日医工MPI)

作成: (公社) 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345 寺坂裕美



資料No.20170731-429-19

NICHI-IKO

疑義解釈まとめについて

厚生労働省等から発出された疑義解釈(2017年7月31日時点で10本)について医科の項目ごとにとりまとめました。

- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について(その1)』平成28年3月31日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について(その2)』平成28年4月25日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について(その4)』平成28年6月14日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について(その5)』平成28年6月30日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について(その7)』平成28年9月15日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について(その8)』平成28年11月17日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について(その10)』平成29年3月31日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について(その11)』平成29年5月26日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について(その12)』平成29年6月14日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について(その13)』平成29年7月28日
- ※資料の作成には細心の注意を払っておりますが、原本でのご確認もお願いいたします。
- ※参考として日本医師会発出『平成28年度診療報酬改定『Q&A』(その1)』(平成28年3月5日付)、日本看護協会発出『平成28年度診療報酬改定に関するQ&A(その1)』(平成28年3月29日付)、公益社団法人全日本病院協会発出『平成28年度診療報酬改定説明会(H28.3.14)質疑応答集』(平成28年4月8日付)の内容も掲載しました。

154 入院時食事療養費・入院時生活療養費

155 患者申出療養

160 治験 163 指定難病

165 その他

157 大病院定額自己負担159 明細書無料発行

164 認知症疾患医療センター



4	基本診療料の施設基準等及びその届出	65	精神疾患診療体制加算	109	国際標準検査管理加算
5	初·再診料通則	66	新生児特定集中治療室管理料	110	画像診断管理加算
6	再診料	67	総合周産期特定集中治療室管理料	111	画像診断
7	時間外加算等(再診料、外来診療料)	68	特殊疾患入院医療管理料·特殊疾患病棟入院料	112	コンピューター断層撮影・磁気共鳴コンピューター断層撮影
8	地域包括診療加算	69	回復期リハビリテーション病棟入院料	113	処方せん様式
9	認知症地域包括診療加算	72	地域包括ケア病棟入院料	114	湿布薬
10	一般病棟用の重症度・医療、看護必要度	73	地域移行機能強化病棟入院料	115	向精神薬多剤投与
21	病棟群単位の届出	75	短期滞在手術等基本料	118	認知症薬
22	看護補助者	77	外来栄養食事指導料	119	外来後発医薬品使用体制加算
24	月平均夜勤時間超過減算等	78	入院栄養食事指導料	120	一般名処方
25	ADL維持向上等体制加算	79	夜間休日救急搬送医学管理料	121	注射
26	夜勤時間特別入院基本料	80	地域包括診療料	122	リハビリテーション料
27	療養病棟入院基本料	81	認知症地域包括診療料	123	心大血管リハビリテーション料
30	障害者施設等入院基本料	82	小児かかりつけ診療料	124	廃用症候群リハビリテーション料
32	有床診療所在宅復帰機能強化加算等	84	ニコチン依存症管理料	125	運動器リハビリテーション料
33	総合入院体制加算	85	喘息治療管理料	126	呼吸器リハビリテーション料
34	救急医療管理加算	86	排尿自立指導料	127	目標設定等支援·管理料
35	医師事務作業補助体制加算	88	退院後訪問指導料	130	リンパ浮腫複合的治療料
36	急性期看護補助体制加算	89	薬剤総合評価調整管理料	132	摂食機能療法
37	夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)	90	地域連携診療計画加算(診療情報提供料(I))	133	入院精神療法
42	看護職員夜間12対1配置加算1	91	検査·画像情報提供加算	134	通院·在宅精神療法
45	看護職員夜間12対1配置加算2	93	電子的診療情報評価料	136	救急患者精神科継続支援料
46	看護補助加算	94	薬剤情報提供料	137	認知療法·認知行動療法
47	夜間看護体制加算(看護補助加算)	95	在宅専門医療機関	138	依存症集団療法
50	緩和ケア診療加算・緩和ケア病棟入院料	96	往診料	139	精神科デイ・ケア等
51	精神科リエゾンチーム加算	97	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料	140	衛生材料等提供加算
52	歯科医師連携加算(栄養サポートチーム加算)	100	衛生材料等提供加算	141	精神科重症患者早期集中支援管理料
53	感染防止対策加算	101	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	142	処置
54	患者サポート体制充実加算	102	在宅療養指導管理材料加算	144	手術
55	後発医薬品使用体制加算	103	特殊カテーテル加算	150	麻酔
56	病棟薬剤業務実施加算	104	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算・在宅酸素療法材料加算	151	放射線治療
57		105	検査	152	病理診断
61	認知症ケア加算	108	検体検査管理加算	153	常勤配置の取扱いの明確化
-					

基本診療料の施設基準等及びその届出

[疑義解釈(厚労省⑦2016年9月15日)]【1日平均入院患者数】

(問2)「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成28年3月4日付保医発0304第1号)別添7様式9から9の4における「1日平均入院患者数」の算出において、退院日の患者数は含めるか。

(答) 含めない。ただし、入院日に死亡又は退院した場合は含める。

初•再診料通則

[疑義解釈(厚労省⑦2016年9月15日)] 【再診時の時間外・休日・深夜加算】

(問3)入院中の患者に対する区分番号 [A001]再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号 [A002]外来診療料の注8及び注9に規定する加算について、別途算定できることとされたが、区分番号 [A306]から [A318]に規定される特定入院料(区分番号 [A317]については注7に限る。)を算定する場合は算定できないと考えてよいか。

(答) そのとおり。告示の注において、一部の診療行為等を除き診療に係る費用が当該入院料に含まれるとされている特定入院料を算定した場合は、別途算定できない。

再診料

[疑義解釈(厚労省⑧2016年11月17日)]【電話による再診】

(問5) 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から電話等 (テレビ画像等による場合も含む) により治療上の意見を求められ、必要な指示をしたときは、再診料を算定できるか。 (答) 再診料を算定できる。

(問6)診療継続中の患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後に、慢性疾患等明らかに同一の疾病について電話等(テレビ画像等による場合も含む)により治療上の意見を求められ、必要な指示が行われた場合であっても、再診料を算定できるか。

(答) 再診料を算定できる。

(問7)区分番号「A001」再診料の注9に規定する電話等(テレビ画像等による場合も含む)による再診料を算定できる場合、併せて区分番号「B000」特定疾患療養管理料を算定できるか。

(答) 再診が電話等 (テレビ画像等による場合も含む) により行われた場合にあっては、算定できない。

A001注5、6 時間外加算等 A002注8、9 時間外加算等

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【再診料·外来診療料】

(問1)区分番号「A001」再診料の注5並びに注6に規定する加算及び区分番号「A002」外来診療料の注8並びに注9に規定する加算については、所定の入院料と別途算定可能となったが、当該加算については、入院後に入院中の保険医療機関において別疾患で再診を受けた場合であっても算定可能であるか。

(答) 算定できない。

A001注12 地域包括診療加算

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q. 地域包括診療加算・地域包括診療料の研修要件について、平成27年3月31日までに届出を行った場合には、次回の届出は平成29年3月31日(2年間の有効期間)までに行えばよいか?
- A. 平成26年度中に研修実績を添えて届け出た場合は、平成27年4月1日から起算して2年ごとに4月1日までに研修実績を提出する必要がある。当初の届出時には研修実績を提出せず、追って平成26年度中に研修実績を提出した場合についても同様である。 おお、平成27年4月以降に初回の届出を行った場合は、当該届出に係る診療報酬を算定する月の1日から起算して2年ごとに研修実績を提出する必要がある。

A001注13 認知症地域包括診療加算

「**疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)**]【認知症地域包括診療加算】

(問12) 認知症地域包括診療加算について、「同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの」が要件とされているが、各月の最初の受診(再診)で投薬を受けていなければ必ず算定できると解釈されるのか。また、月の初回の受診時には算定要件を満たしていたが、その後、同月内の受診で算定要件を満たさなかった場合の扱いはどのようになるか。

(答) 各月の最初の受診(再診)については、それ以前の投薬に関し当該受診の日まで薬剤数に関する要件を満たしている場合に限り、算定できる。月の初回の受診時に算定要件を満たしていたが、その後、薬剤数が増えたため算定要件を満たさなくなった場合には、その日からは当該加算を算定できないが、同月内の過去の受診に遡って加算を取り消す必要はない。

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)] 【認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料】(P74再掲) (問6) 屯服薬も内服薬の種類としてカウントするのか。

(答) そのとおり。

ただし、疑義解釈(その1)問94において、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こととされており、臨時に1回だけ処方した屯服薬であって、投薬期間が2週間以内のものは、カウントしない。同じ銘柄の屯服薬を2回目以降に処方した場合は、臨時の投薬とはいえず、内服薬の種類としてカウントすることとなる。

「疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

Q. 地域包括診療加算・地域包括診療料を届出している医療機関は、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料の届出は不要か?

A. そのとおり。

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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もの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 16 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。

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(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」骨掻爬術、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 「K439」下顎骨悪性腫瘍手術、区分番号「K442」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。

NICHI-IKO

A100等 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(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「L008」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「K178」脳血管内手術、区分番号「K178-2」経皮的脳血管形成術、区分番号「K178-3」経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、区分番号「K178-4」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「K546」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K548」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「K549」経皮的冠動脈ステント留置術、区分番号「K550」冠動脈内血栓溶解療法、区分番号「K550-2」経皮的冠動脈血栓吸引術、区分番号「K570-3」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「K595」経皮的カテーテル心筋焼灼術、区分番号「K595-2」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「K682-3」内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術、区分番号「K685」内視鏡的胆道結石除去術、区分番号「K686」内視鏡的胆道拡張術、区分番号「K687」内視鏡的乳頭切開術、区分番号「K688」内視鏡的胆道ステント留置術、区分番号「K708-3」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。

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(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「K682-2」経皮的胆管ドレナージ術、区分番号「K689」経皮経肝胆管ステント挿入術、区分番号「K691-2」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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)] 【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(問2)「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票評価の手引き」について、「Aモニタリング及び処置等」の「8 救急搬送後の入院」において、「救急搬送後の入院は、救急用の自動車(市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る)又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され」とあるが、転院搬送の場合も対象となるのか。

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

「疑義解釈(厚労省42016年6月14日)」 【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」について、「C 手術等医学的状況」において「同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ対象となること」とあるが、一旦退院し再度入院した場合(入院期間が通算される再入院を含む)には、評価の対象となるのか。

(答)対象となる。

- (問2) 重症度、医療・看護必要度に係る評価について、「入院した日に退院(死亡退院含む)した患者は、延べ患者数に含めるものとする。」とされたが、①転棟した場合の評価はどちらの病棟ですればよいか。②転棟したその日に退院(死亡退院含む)した場合は延べ患者数に含めるのか。
- (答) ①病棟種別が同じ病棟(病室)間で転棟する場合は、転棟先の病棟(病室)において、転棟時までの評価を含めた評価を行い、基準を満たす患者の割合の算出時の延べ患者数に含める。病棟種別が違う病棟(病室)間で転棟する場合は、転棟前の病棟(病室)において、転棟時まで評価を行うが、延べ患者数には含めない。転棟先の病棟(病室)においては、入棟時からを評価対象として評価を行い、延べ患者数に含める。
- ②転棟する病棟(病室)の病棟種別が同一かどうかに関わらず、転棟前及び転棟先の両方の病棟で退棟時までの評価は行うが、転棟日(退院日)の延べ患者数には含めない。

【許可病床数】

(問3) 平成28年3月31日において現に一般病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る届出を行っている許可病床数が200床未満の保険医療機関であってそれぞれの10対1入院基本料に係る届出を同時に行わないものについては、平成30年3月31日までの間に限り「重症度、医療・看護必要度」割合の要件が23%以上とされたところだが、ここでいう許可病床数とは何を指すのか。

(答) ここでいう許可病床数は、医療法上許可された病床(一般病床以外の病床を含む。)の合計を指す。

[疑義解釈(厚労省⑤2016年6月30日)]【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」について、「7 専門的な治療・処置」の「⑪ 無菌治療室での治療」の留意点に、個室であることが求められているが、個室ではないが多床室において、パーテーションなど個室に準ずる状態で、室内の空気清浄度等の基準を満たしていれば、当該項目に該当するとしてよいか。

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

[疑義解釈(厚労省⑦2016年9月15日)] 【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」について、肝動脈化学塞栓術(TACE)など、抗悪性腫瘍剤を併用して塞栓を行う場合

- ① A 項目の「7 専門的な治療・処置」の①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)に含まれるか。
- ② C 項目の「22 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含まれるか。 (答) ①含まれない。②含まれる。

[疑義解釈(厚労省⑧2016年11月17日)] 【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

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

(答) よい。

- (問2)一般病棟7対1の病棟に入院している患者が90日を超えて入院し、療養病棟入院基本料1の例により算定する場合、 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価は行うのか。
- (答)「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成28年3月4日保医発0304第1号) に記載のとおり、評価の対象は、一般病棟入院基本料(7対1)を届け出ている病棟に入院している全ての患者であり、当該 患者についても対象に含まれる。
- (問3)一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価において、A項目3点以上、C項目1点以上該当しており、基準を満たしている場合、A項目あるいはC項目のどちらか一方の得点について評価票等に計上すればよいか。
 - (答) 該当する項目の得点は全て計上する。

[疑義解釈(厚労省⑧2016年11月17日)]【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(問4)一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の共通事項において、「同一入院中に複数の手術等を実施し、実施日が異なる場合には、それぞれの手術日から起算して評価が可能である」とあるが、異なる疾患で別の日に2回目の手術を行った場合、最初の手術の評価期間と次の手術の評価期間が重なった日のC項目の合計得点は2点としてよいか。

(答) (答) 異なる疾患で異なる評価項目に該当する場合はよい。

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q. 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の項目や基準が見直されたが、C項目として追加された救命等に係る内科的治療とは、具体的には何を指すのか?
- A. 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙7に以下のように定められている。 〈救命等に係る内科的治療〉 [参考資料 p.1042(1037~1043)]
- ①経皮的血管内治療

経皮的血管内治療は、経皮的な脳血管内治療、t-PA療法、冠動脈カテーテル治療、胸部若しくは腹部のステントグラフト挿入術又は選択的血管塞栓による止血術が行われた場合に評価する項目である。(検査のみの場合は含めない。)

②経皮的心筋焼灼術等の治療

経皮的心筋焼灼術の治療は、経皮的心筋焼灼術、体外ペースメーキング術、ペースメーカー移植術または除細動器移植術が行われた場合に評価する項目である。なお。ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない。また、体外ペースメーキング術については、1入院中に初回に実施した日から2日間までに限り評価を行う項目である。

③侵襲的な消化器治療

侵襲的な消化器治療は、内視鏡による胆道・膵管に係る治療、内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術、肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法又は緊急時の内視鏡による消化管止血術が行われた場合に評価する項目である。なお、検査のみの場合、内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施した場合は含めない。また、緊急時の内視鏡による消化管止血術は、緊急に内視鏡下で消化管止血を実施した場合に評価を行う項目であり、慢性疾患に対して予定された止血術や硬化療法を行った場合、同一病変について1入院中に再止血を行う場合や、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含めない。

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

- (1)A項目について
- Q1.「8.救急搬送後の入院」の定義は何か。ドクターカー、救急車、救急へりはすべて含まれるのか。
- A.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」9ページ参照。救急車、救急へりは含まれる。ドクターカーは含まれない。
- Q2.「8.救急搬送後の入院」について患者の重症度は問われるのか。
- A.問わない。
- (2)B項目について
- Q3.「14.診療・療養上の指示が通じる」「15.危険行動」の評価基準となるものは何か。記録・看護計画があることが前提条件か。
- A.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」13ページ参照。危険行動に対する対策をとっていることが前提条件となる。
- (3)C項目について
- Q4.手術後7日間は手術当日も含めるのか。
- A.含む。一般病棟用の重症度、医療・看護必要に係る評価票「手引き」 14 ページ、 C項目共通事項7参照。
- Q5.開腹・開胸・開頭の定義について、教えてほしい。
- 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」14~15ページ参照。
- 06.救命等に係る内科的治療の定義・評価基準について、教えてほしい。
- 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」16~17ページ参照。
- Q7.C項目の手術患者がICUに入室後、一般病棟に移動した場合、移動日から算出開始できるのか。評価の日数について、ICU入室日数も含めて考えるのか。
- A.ICU入室日数も含めた手術当日からの日数により評価する。
- 例:4月1日に開腹手術を行いICUに入室し、4月3日に一般病棟に移動した。この場合、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象は4月3日から4月5日までの3日間となる。

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

Q8.C項目の骨の観血的手術は、部位に関係なく5日間評価できるのか。

A.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」15ページ参照。当該ページの「骨の手術」の定義に該当するものであれば、術当日より5日間評価される。なお、一部、手足の指を除くものや、下肢・骨盤に限るものがあるのでご留意頂きたい。

Q9.C項目全部術後の日数さえ該当していれば、患者の状態は問わないのか。

A.各項目の定義に該当する手術・治療を実施したものであれば、患者の状態は問わない。詳細な判断基準や留意点について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「評価の手引き」14ページ目以降を参照。

[**質疑応答集(全日病**①2016年4月8日)]【重症度、医療·看護必要度】

(質問2) A項目に救急搬送から2日間該当となるが、患者の状態について特に定めはないのか

(回答) 特段の定めはない。救急搬送後に入院した行為を評価するものである。

(質問3) 平成28年3月31日現在で、現に7対1入院基本料の施設基準である1割5分を満たしていれば、平成28年4月1日以降平成28年9月30日までの間は、1割5分を満たさなくても、施設基準を満たしているものとして良いか

(回答) そのとおり。

(質問4) 救急搬送とは自院若しくは他院の救急搬送車による搬送も含まれるか

(回答) 含まれない。

(質問5) C項目の19 骨の手術につき、下肢、骨盤以外の骨接合に係る手術(上肢、鎖骨等)は評価の対象とならないのか (回答) 対象とならない。

(質問6) 病院車両を用いて救急搬送した場合はA項目の該当とならないが、東京都(八王子市、葛飾区等)のように自治体事業で病院救急車を使用する制度が出来ている地域の場合も該当とならないのか

(回答) 該当とならない。市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る。

(質問7) C項目に該当するものについて、Kコードで示されないのか

(回答) Kコードでお示しする予定は無い。

(質問8) 平成28年4月以降に新基準の評価用紙を用い測定した場合でも、平成28年9月30日までの間は経過措置が有効となるのか

(回答)有効となる。

(質問9) 7対1入院基本料を算定するものとして届出た病棟に、地域包括ケア入院医療管理料を届出てる場合は、それぞれの病室において入院する患者を対象として割合を算出することで良いか

(回答) そのとおり。

A100等 病棟群単位の届出

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

Q10.一般病棟7対1から10対1への届け出変更について、7対1の病棟群を病床全体の60%以下に設定しないといけない時期はいっか。

A.平成29年4月1日となる。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)の別添2入院基本料等の施設基準等、第6病棟群単位による届出に関する留意事項の5参照(p.27)。

Q11.原則7対1病棟と10対1病棟間での転棟はできないとされているが、転科などのやむを得ない理由により転棟した場合算定はどうなるか。

A.原則として病棟間での転棟は行わないものとするが、やむを得ず転棟した場合は、転棟の前月分から10対1入院基本料を算定する。「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(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第3号)別添1 医科診療報酬点数表に関する事項、第2部入院料等、第1節入院基本料の(14)参照(基本料p.10)。

「質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【病棟群】

(質問1) 病棟群制度を利用し必要な要件を満たした場合にあっては、10対1入院基本料へ変更した病棟を7対1入院基本料へ戻すことは可能か

(回答) 可能である。ただし、病棟群制度の利用は1回のみであることにご留意頂きたい。

NICHI-IKO

A100等 看護補助者

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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。
- どちらも不可。

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

Q17.主として事務的業務を行う看護補助者の配置は200対1以下という基準が示されたが、どのような計算をするのか。入院患者 550人につき補助者2人、入院患者600人につき補助者3人ということか。

A.通常の看護職員配置「○対1」の考え方と同じである。

<施設基準を満たす月平均1日あたり看護補助者の配置人数の計算方法>

主として事務的業務を行う看護補助者配置数=(1日平均入院患者数/200)×3

※1人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が5割以上を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」としてカウントする。

したがって、1日あたりの「主として事務的業務を行う看護補助者配置数」は、

入院患者550人/200×3=8.25人

入院患者600人/200×3=9人

を超えない範囲で配置できる。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添2入院基本料の施設基準等、第2病院の入院基本料等に関する施設基準の4(2)キ(ハ)(p.7)、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)」(平成28年3月告示第53号)【七の三急性期看護補助体制加算の施設基準】【十三看護補助加算の施設基準】、別添7様式9「入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類」参照。

A100等 看護補助者

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

Q18.看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行が可能となるが、具体的な業務内容については、各施設で決めてもよいのか。 また、作成の代行をした場合は看護師の承認サイン等が必要になるのか。

A.看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に業務を行うものであり、業務範囲や具体的な業務内容については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(平成19年12月28日医政発第1228001号)にある、「2役割分担の具体例(1)医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」に基づき、各施設で院内規程を定めてよい。なお、個別の業務内容については、文書で整備していることが求められる。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添2入院基本料の施設基準等、第2病院の入院基本料等に関する施設基準の4(6)イ(P.9)、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)」(平成28年3月告示第53号)【七の三急性期看護補助体制加算の施設基準】【十三看護補助加算の施設基準】、別添7様式9「入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類」参照。

A100注2等 月平均夜勤時間超過減算等

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)]【月平均夜勤時間】

(問5)看護職員の月平均夜勤時間の計算方法が見直され、「夜勤時間帯に看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合」の計算方法が示されたが、この場合、①この夜勤時間帯は、連続した1回の夜勤帯において兼務した場合だけでなく、別の日に病棟以外(当該病棟で算定する入院基本料とは別の入院基本料等を算定する病棟及び病室を含む。)で夜勤をした場合も兼務者としてこの計算を行うことでよいか。②計算に計上する時間に、休憩時間は含まれるのか。

(答) ①そのとおり。

②当該病棟に勤務している時間帯に休憩した場合に限り、含めてよい。

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

Q12.夜勤時間帯に看護要員が病棟勤務と外来勤務等とを兼務する場合とは、具体的にどのような状況か説明してほしい。また、この要件が追加されたのはなぜか。

A.夜勤時間帯に病棟で勤務している者が救急外来への応援に行くなど、夜勤時間帯に外来等と病棟を兼務する者が想定される。 従来は、夜勤時間帯だけでなく、日中に病棟外で勤務した場合でも、延べ夜勤時間数と夜勤従事者数は常勤職員の所定労働時間による比例計算を行っていたため、夜勤の実態に即した見直しを行ったもの。

Q13.計算方法の見直しに関する新旧の規定の違いについて教えてほしい。7対1、10対1は8時間勤務2回、13対、15対1は8時間勤務1回でも含めて構わないということか。

A.その通り。

A100注12等 ADL維持向上等体制加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

A100注13等 夜勤時間特別入院基本料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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://iryou-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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【夜勤時間特別入院基本料/障害者施設等入院基本料】

(問5)入院基本料の算定について、夜勤時間特別入院基本料について、「それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる」とあるが、この所定点数は、加算を含まない入院基本料の点数(例7対1入院基本料1,591点)を100分の70として算定してよいか。

(答) よい。

別項目に関する質問とまとめられていたため分割

NICHI-IKO

A101 療養病棟入院基本料

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

A101 療養病棟入院基本料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【療養病棟入院基本料】

(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、酢酸リュ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。

[**疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)**]【療養病棟入院基本料】

(問3) 療養病棟入院基本料注11の規定により、100分の95に相当する点数を算定する場合には、特別入院基本料の例により入院基本料等加算を算定してよいか。

(答) そのとおり。

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

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

A101 療養病棟入院基本料

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【療養病棟入院基本料】

(質問10) 医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員25対1の配置基準を満たさなくなった場合でも、平成30年3月末までの間は、所定点数の95/100で算定できるとあるが、同入院基本料を複数有する医療機関の場合、病棟ごとに適用されると理解して良いか

(回答)療養病棟入院基本料2を算定する病棟全体に適用される。

(質問11) 平成28年3月31日現在で、過去6ヵ月以上療養病棟入院基本料1を算定している病棟が、平成28年4月1日付けで療養病棟入院基本料2の届出を行った場合は、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員25対1の配置基準を満たさなくなった場合でも、平成30年3月末までの間は、所定点数の95/100で算定できるのか

(回答)看護職員の配置が30対1以上であれば医療区分2・3の患者割合の基準を満たさない場合であっても所定点数の95/100を算定できる。

A106 障害者施設等入院基本料

「**疑義解釈(厚労省()2016年3月31日)**]【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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【夜勤時間特別入院基本料/障害者施設等入院基本料】

(問5)入院基本料の算定について、区分番号「A106障害者施設等入院基本料」の「注2」における月平均夜勤時間超過減算の規定については、「注6」にある重度の意識障害の患者で医療区分2又は医療区分1の患者に相当する場合の各病棟区分別の入院基本料を算定する場合であっても適用されるのか。

(答) 適用される。

別項目に関する質問とまとめられていたため分割

NICHI-IKO

A106 障害者施設等入院基本料

「質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【障害者施設等入院基本料】

(質問12) 精神保健指定医がうつ症状に対する治療として投与している場合に医療区分2で算定できるとあるが、他院の精神保健指定医が診察し、診療情報提供等を受け、自院の精神保健指定医以外の医師が投与した場合でも可能か

(回答)精神保健指定医が診療し、具体的に指示のあった直後の処方1回に限り、次回処方日まで、医療区分2に該当する。

(質問13) 平成28年3月31日時点で、継続して6月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって入院している患者にあっては医療区分3に相当するものとみなすとあるが、この場合は医療区分の測定をしなくても良いか

(回答)良い。

(質問14) 重度の意識障害を有する脳卒中患者で医療区分を測定する場合、ADL区分についても測定する必要があるのか (回答) 必要ない。

(質問15) 平成28年4月以降に入院した患者について、医療区分1、2に該当する場合で、月途中で医療区分3の状態となった場合は、変更後の出来高で算定しても良いか

(回答) 医療区分3に該当する日については、算定して良い。

(質問16) 医療区分1、2に該当する患者も、施設基準である患者の割合の7割に含めて良いか

(回答)良い。

(質問17)平成28年3月31日に既に6ヵ月以上入院している患者とは、当該病棟に連続して6ヵ月入院していなければならないのか

(回答) そのとおり。

(質問18) 療養病棟入院基本料と同様に、医療区分を測定した結果を患者、家族に説明することが要件となるのか

(回答)病棟における医療区分の判断については、医療区分に関する患者及び家族等への特段の説明は不要だが、医療機関で適切に記録する必要がある。

A108注11等 有床診療所在宅復帰機能強化加算等

[**疑義解釈(厚労省**①2016年3月31日)]【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。

A200 総合入院体制加算

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

「疑義解釈(厚労省42016年6月14日)]【総合入院体制加算】

(問7)区分番号「A200」総合入院体制加算の施設基準において、『区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上であること』とあるが、区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注15」の加算を算定する退院患者についても、区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注7」の加算を算定する退院患者数の中に含める事は出来るか。 (答)そのとおり。

「**質疑応答集(全日病**①2016年4月8日)]【総合入院体制加算】

(質問40)外来を縮小する体制の確保において、診療情報提供料注7の加算を算定する患者等は、総退院患者数の4割以上である必要があるが、注7を算定せずに新設された注15(電子的送受信)を算定した患者も含めて計算しても良いか (回答)新設された注15の加算は含まない。

A205 救急医療管理加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

A207-2 医師事務作業補助体制加算

[疑義解釈(厚労省42016年6月14日)]【医師事務作業補助体制加算】

(問8) 区分番号「A 2 0 7 - 2」医師事務作業補助体制加算 1 において、「医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の 8 割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること」とあるが、病棟又は外来において研究データの整理や統計・調査の入力業務を行った場合も、病棟又は外来において行われた医師事務作業補助者の業務時間に含めて良いか。

(答)研究データの整理や統計・調査の入力業務など、個々の患者の診察と直接的に関係ない業務は、一般的に病棟又は外来以外の場所において実施されるものであり、敢えて病棟又は外来において行った場合であっても病棟又は外来における業務時間に含まれない。

A207-3 急性期看護補助体制加算

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

Q19.「所定の研修を修了した看護師長等が配置されることが望ましい」とあるが、所定の研修とはどのような研修か教えてほしい。

A.次に掲げる所定の研修を修了した(修了証が交付されているもの)看護師長等が配置されていることが望ましい。具体的には、各都道府県等で行われている「看護補助者活用推進研修」がこれに該当する。

ア国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること(5時間程度)

イ講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

- (イ)看護補助者の活用に関する制度等の概要
- (□)看護職員との連携と業務整理
- (八)看護補助者の育成・研修・能力評価
- (二)看護補助者の雇用形態と処遇等

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の3急性期看護補助体制加算】1(7)(p.16)、同【第6看護補助加算】1(5)(p.22)参照。

A207-3注3 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)

[**疑義解釈(厚労省**①**2016年3月31日)**]【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。

A207-3注3 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)

[**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【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。

NICHI-IKO 日医IMPS2017

A207-3注3 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)

[**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【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。

【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。

[**疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)**]【急性期看護補助体制加算/看護職員夜間配置加算/看護補助加算】

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

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

[疑義解釈(厚労省⑦2016年9月15日)]【看護職員夜間配置加算】

(問4)区分番号「A207-4」看護職員夜間配置加算について、「当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3以上であること」と施設基準に規定されたが、同一の入院基本料を届け出ている複数の病棟がある場合、各病棟の病床数にかかわらず全ての病棟に3人以上の配置が必要であるか。

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

NICHI-IKO 日医工MPS2017

A207-3注3 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

Q15.「②正循環の勤務編成」については、100%実施しなければならないのか。逆循環のシフトが時にあってもよいのか。

A.やむを得ない理由により結果的に正循環を満たさない勤務があっても、1か月で0.5割以内であれば認められる。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の3急性期看護補助体制加算】の9(3)参照(p.18)。

Q16.「⑦夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること」の夜勤時間帯について、「20時まで」開設している院内保育所は認められるのか。

院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれていなければならない。例えば、保険 医療機関で任意に定める夜勤時間帯が16時から翌8時である場合は、16時から20時まで4時間が保育時間に含まれるので、認め られる。

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【看護職員夜間配置加算】

(質問19) 最少必要数を超えた3人以上とあるが、救急外来などにより、病棟に看護職員等が一時的に2人になる時間が存在する場合でも算定可能か

(回答) 算定不可。

NICHI-IKO 日医工MPS2017

A207-3注3 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【夜勤看護体制】

(質問20) 各部署の業務量を把握し、調整するシステムとあるが具体的にはどのようなことを指すのか

(回答) 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、業務量に応じて一時的に病棟を越えての応援にいくなどが考えられる。(例、手厚い配置をしている病棟で、患者が少ない日や重症度の低い患者が多い日や期間に、その病棟から手術件数の多いなど必要度の高い病棟に夜勤時間帯だけ看護師を手伝いに行かせる)

(質問21)過去一年間に当該システムを夜間時間帯に運用した実績があることとあるが、届出は直近1年が実績となるのか (回答) そのとおり。

(質問22) 2交代の夜勤体制の場合は、1回の夜勤を2回まで連続して行っても可能と考えて良いか

(回答)良い。始業時刻から終業時刻までの一連の夜勤を1回と考える。

(質問23) 夜勤専従職員の場合は、連続夜勤2回までの除外として良いか

(回答)良い。夜勤専従者は「夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員」には当たらないないため、当該要件の対象とならない。

(質問24) 医療機関で定めた夜勤時間帯に、遅番の業務の終了となる場合、連続夜勤の1回目として数えることとなるのか (回答) 「連続して行う夜勤の数」において、早出・遅出等は、病院で定める勤務体制で夜勤と定めていない限り『夜勤』には含めない。

A207-4 1のイ 看護職員夜間12対1配置加算1

[**疑義解釈(厚労省**①2016年3月31日)]【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)】(再掲)

(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。

A207-4 1のイ 看護職員夜間12対1配置加算1

[**疑義解釈(厚労省**①**2016年3月31日)**]【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)】(再掲)

(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。

A207-4 1のイ 看護職員夜間12対1配置加算1

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

Q14.12対1、16対1夜間看護職員配置加算について、最小必要数3人以上である場合に限るとあるが、病床数が30以下など小規模病棟でも病棟毎に3人以上の配置が必要になるのか。

A.その通り。看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、各病棟で夜勤を行う看護職員は最小必要数を超えた3人以上でなければならない。「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」(通知)(平成28年3月4日保医発0304第3号)別添1医科診療報酬点数表に関する事項、第2部入院料等、第2節入院基本料等加算(加算p.5)、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の4看護職員夜間配置加算】参照(p.19、20)。

(再掲)Q15.「②正循環の勤務編成」については、100%実施しなければならないのか。逆循環のシフトが時にあってもよいのか。

A.やむを得ない理由により結果的に正循環を満たさない勤務があっても、1か月で0.5割以内であれば認められる。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の3急性期看護補助体制加算】の9(3)参照(p.18)。

(再掲)Q16.「⑦夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること」の夜勤時間帯について、「20時まで」開設している院内保育所は認められるのか。

院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれていなければならない。例えば、保険 医療機関で任意に定める夜勤時間帯が16時から翌8時である場合は、16時から20時まで4時間が保育時間に含まれるので、認め られる。

A207-4 1のD 看護職員夜間12対1配置加算2

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

(再掲)Q14.12対1、16対1夜間看護職員配置加算について、最小必要数3人以上である場合に限るとあるが、病床数が30以下など小規模病棟でも病棟毎に3人以上の配置が必要になるのか。

A.その通り。看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、各病棟で夜勤を行う看護職員は最小必要数を超えた3人以上でなければならない。「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」(通知)(平成28年3月4日保医発0304第3号)別添1医科診療報酬点数表に関する事項、第2部入院料等、第2節入院基本料等加算(加算p.5)、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の4看護職員夜間配置加算】参照(p.19、20)。

A214 看護補助加算

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)] (再掲)

Q19.「所定の研修を修了した看護師長等が配置されることが望ましい」とあるが、所定の研修とはどのような研修か教えてほしい。

A.次に掲げる所定の研修を修了した(修了証が交付されているもの)看護師長等が配置されていることが望ましい。具体的には、各都道府県等で行われている「看護補助者活用推進研修」がこれに該当する。

ア国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること(5時間程度)

イ講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

- (イ)看護補助者の活用に関する制度等の概要
- (□)看護職員との連携と業務整理
- (八)看護補助者の育成・研修・能力評価
- (二)看護補助者の雇用形態と処遇等

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の3急性期看護補助体制加算】1(7)(p.16)、同【第6看護補助加算】1(5)(p.22)参照。

A214注3 夜間看護体制加算(看護補助加算)

[**疑義解釈(厚労省**①2016年3月31日)]【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)】(再掲)

(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。

[**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【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)】

(再掲) (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。

(再掲) (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。

A214注3 夜間看護体制加算(看護補助加算)

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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)】

(再掲)(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。

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

(再掲) Q15.「②正循環の勤務編成」については、100%実施しなければならないのか。逆循環のシフトが時にあってもよいのか。

A.やむを得ない理由により結果的に正循環を満たさない勤務があっても、1か月で0.5割以内であれば認められる。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の3急性期看護補助体制加算】の9(3)参照(p.18)。

(再掲) Q16.「⑦夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること」の夜勤時間帯について、「20時まで」開設している院内保育所は認められるのか。

院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれていなければならない。例えば、保険 医療機関で任意に定める夜勤時間帯が16時から翌8時である場合は、16時から20時まで4時間が保育時間に含まれるので、認め られる。

A226-2 緩和ケア診療加算 A310 緩和ケア病棟入院料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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。

A230-4 精神科リエゾンチーム加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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。

A233-2注3 歯科医師連携加算(栄養サポートチーム加算)

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

(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。

A234-2 感染防止対策加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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全員で行うことが望ましく、少なくとも2名以上で行うこと。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、各病棟を毎回巡回することとするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生のリスクの評価を定期的に実施している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回し、それ以外の病棟についても巡回を行っていない月がないこと。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、2月に1回以上巡回していること。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。(赤文字は2016年4月25日追加訂正)

A 234-3 患者サポート体制充実加算

「疑義解釈(厚労省⑦2016年9月15日)] 【患者サポート体制充実加算】

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

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

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

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

- ・患者サポートに関する業務を1年以上経験
- ・患者の相談を受けた件数が20件以上
- ・患者サポートに関する院内外での活動(研修会への参加や研修会での講師の経験など)
- の経験を必要としているが、現時点で職務にあたっている医療機関以外での経験であっても、所定の要件を満たす場合は届出可能か。 (答) そのとおり。

A243 後発医薬品使用体制加算

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)] 【後発医薬品使用体制加算/外来後発医薬品使用体制加算】 (問10) 区分番号「A 2 4 3 」後発医薬品使用体制加算及び区分番号「F 1 0 0 」の「注 1 1 」の外来後発医薬品使用体制加算において、当該保険医療機関で調剤した医薬品に、注射や在宅の部で算定され、直接患者に交付される薬剤は含まれるか。 (答) 含まれる。

A244 病棟薬剤業務実施加算

「**疑義解釈(厚労省**①2016年3月31日) 【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。

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)]【病棟薬剤業務実施加算】

(問11) 区分番号「A 2 4 4 」病棟薬剤業務実施加算の施設基準において、「医薬品に係る情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知すること」とされているが、医療従事者への速やかな周知は電子的媒体、紙媒体いずれでもよいか。

(答) 速やかに周知されていれば電子的媒体、紙媒体いずれでもよい。

A246 退院支援加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)] 【退院支援加算】

(問8) 退院支援加算1の施設基準において、当該医療機関の退院支援・地域連携担当者と、20以上の連携保険医療機関等の職員が年3回以上面会することとされているが、他の20以上の連携保険医療機関等の職員と、会合や研修等で一同に会すれば、当該要件を満たすこととなるか。

(答) それぞれの連携保険医療機関等の職員と、直接に対面して業務上の意思疎通を行うことが必要であり、会合や研修で一同に会することでは、当該要件を満たすことにならない。なお、退院支援において数か所連携保険医療機関等と退院調整の打ち合わせを行う等の場合には、全ての連携保険医療機関等の職員と相互に十分な意思疎通を図ることができれば、それぞれの連携保険医療機関等の職員と面会したものと扱うことができる。

NICHI-IKO

A246 退院支援加算

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)] 【退院支援加算】

(問12) 区分番号「A 2 4 6] 退院支援加算の施設基準における専従者は、非常勤でも良いのか。

(答)不可。ただし、平成28年3月31日に退院調整加算を算定していた保険医療機関で、平成28年4月1日以降退院支援加算2を算定している保険医療機関において、従前から非常勤の専従者を配置している場合にあっては、平成30年3月31日までは非常勤であっても差し支えない。

(問13)区分番号「A 2 4 6」退院支援加算1の施設基準に、過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数に係る要件があるが、回復期リハビリテーション病棟入院料等、介護支援連携指導料の点数が当該入院料に含まれており、別途算定できない場合の取扱い如何。

(答)介護支援連携指導料の点数が入院料に含まれており別途算定できない場合であっても、介護支援連携指導料が求める要件と同等の実績(1回の入院中2回までに限る)が認められる場合は、退院支援加算1の過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数に係る要件において、算定回数に含めることが可能である。

(問14)同一の保険医療機関において、退院支援加算1と、退院支援加算2の両方の届出を行い、それぞれの算定要件を満たす患者についてそれぞれの点数を算定することができるか。

(答) 不可。退院支援加算 1 と退院支援加算 2 は、各保険医療機関において、いずれか片方を届け出るものである。

(問15) 区分番号「A 2 4 6 」退院支援加算 1 において、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出するとある。入院後 3 日以内には退院困難な要因に該当しなかったが、その後の病状の変化により、退院困難な要因に該当することとなった者について、直ちに、退院困難な要因を有する患者として抽出し、算定要件として定められている支援を実施した場合に、退院支援加算 1 を算定することはできるか。

(答)算定できる。退院支援加算1においては、全ての入院患者について病棟専任の退院支援職員が入院後3日以内に患者の 状況を把握することとされており、こうした把握を行った後に、新たに退院困難な要因が発生した場合については、算定対象の患者に加 えることができる。なお、この場合であっても、退院支援計画の作成や家族等との話し合いについての要件を含め、他の算定要件を満た す必要がある。

(問16) 区分番号「A 2 4 6 」退院支援加算 1 において、退院支援職員が原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出するとあるが、入院後 3 日間がいずれも土曜・休日である場合の取扱い如何。

(答)最初の平日に退院支援職員が患者の状況を把握し患者の抽出を行うことも可能とする。金曜日の夜間や、連休前日の夜間に入院した場合も同様である。

A246 退院支援加算

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q. 今回の改定で、従来の退院調整加算が退院支援加算に改変されたが、退院支援加算1の算定要件について「各病棟に専任で配置された退院支援職員」は、退院支援部門の看護師や社会福祉士が兼務することは可能か?
- A. 退院支援部門に専従の職員が兼務することはできないが、当該部門に専任の職員が兼務することはできる。
- Q. 現行の退院調整加算の要件で「専従の看護師又は専従の社会福祉士」の配置が必要になっているので、退院支援部門には、病棟配置されない専従の職員が少なくとも1人は必ず必要という理解でよいか?
- A. 退院支援部門に専従の看護師又は社会福祉士が1人以上必要である。

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

Q20.専任の退院支援職員(看護師、社会福祉士)は、7対1入院基本料すべての病棟に配置しなければならないのか。それとも、退院支援が必要な病棟のみの配置でよいのか。

A.「退院支援加算1」を届け出た医療機関のうち、算定対象の病棟全てに専任の退院支援職員(退院支援及び地域連携業務に 専従する看護師又は社会福祉士)を配置する。なお、専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計 120床まで受け持ってかまわない。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第26の5退院支援加算】(p.53)参照。

NICHI-IKO

A246 退院支援加算 A246注4 地域連携診療計画加算

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)] 【退院支援加算1】

(質問25) 退院調整部門に専従配置された社会福祉士を病棟の退院支援員として専任で配置して良いか (回答) 不可。

(質問26) 病棟で勤務している看護職員を専任で退院調整部門に配置している場合、当該看護師を病棟の退院支援員として 専任で配置して良いか

(回答)不可。

(質問27)連携先と年3回以上面会により情報共有を行うこととあるが、20の医療機関等を連携先とする場合、すべての機関と個別に情報共有をする場合は合計60回以上、面会の場を設ける必要があるのか

(回答) そのとおり。

(質問28) 介護支援連携指導料の算定回数の実績は、届出は直近1年が実績となるのか

(回答) そのとおり。

(質問29)介護連携指導料が算定項目として包括となってしまう病棟、病室に入院している患者でも、算定要件を満たせば実績数として加えて良いか

(回答)不可。

(質問30) 連携する医療機関等とは、個別に契約書等の書面で連携する旨を確認する必要があるのか

(回答)年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている医療機関等であり、面会の日付等を一覧で記録していること。

(質問31) 入院後7日以内に面談等をするとあるが、患者の状態が悪くまた、家族等とも面会できない場合は算定できないのか

(回答) 原則として7日以内に患者・家族との話合いを行うことが必要だが、やむを得ない理由のあるごく一部の場合については7日を過ぎていても算定を行うことは可能。

「質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【地域連携診療計画加算】

(再掲) (質問52) 同加算を算定するには、連携医療機関の届出をする必要があるのか。

(回答) そのとおり。(届出様式を参照のこと)

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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。

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【認知症ケア加算】

(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□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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)] 【認知症ケア加算】

(問6) 認知症ケア加算1の認知症ケアチームは、週1回以上、各病棟を巡回することとなっているが、巡回の際、当該チームメン バー全員で行う必要があるか。

(答)全員揃っていることが望ましく、少なくとも看護師を含め2名以上で巡回することが必要である。

[疑義解釈(日看協①2016年3月29日)]

Q21.認知症ケア加算1,2にある研修を受けた看護師の研修の要件について、時間数や内容等、具体的に教えてほしい。

A.「認知症ケア加算1」と「認知症ケア加算2」では研修の要件が異なる。「認知症ケア加算1」の研修は、講義および演習、実習を含む研修であり、6か月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものを指す。「認知症ケア加算2」の研修は、9時間以上の講義および演習を含む研修であり、修了証が交付されるものを指す。

Q22.日常生活自立度判定基準Ⅲ以上は看護師の判断によるものでよいのか。

厚労省疑義解釈問68、問69参照

A.よい。

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)] 【認知症ケア加算1】

(質問44) 精神科や神経内科等の医師でなくても、実際に認知症の診療を行っており経験、知識ともに十分な場合は、専任の医師として届出ることは可能か

(回答) 不可。適切な研修を受ける必要がある。

(質問45) 医師が修了する研修とは、国、都道府県又は医療団体等が主催する研修とあるが、具体的にどの研修が該当するのか (回答) 平成28年3月31日発出の疑義解釈資料の送付について(その1) をご参照頂きたい。

(質問46)施設基準で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として、認知症治療に係る適切な研修を修了した医師の配置が求められているが、一般社団法人日本認知症学会の専門医は適切な研修を修了した医師として取り扱えるのか。

(回答) 不可。必要な研修を受けて頂く必要がある。

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)] 【認知症ケア加算2】

(質問47)病棟に適切な研修を終了した看護師を複数名配置することとあるが、同加算の届出は病棟毎で良いか

(回答) 不可。医療機関ごとに届け出る必要がある。

(質問48)病棟に適切な研修を終了している看護師がいない場合でも、平成28年度中に受講する見込みで届けることは可能か

(回答) 不可。ただし、平成28年度中は、病棟に1名で良いとの経過措置がある。

(質問49) 適切な研修を看護師が受ける必要があり、該当する事項もさだめられているが 具体的にはどの研修が該当するのか

(回答) 平成28年3月31日発出の疑義解釈資料の送付について(その1)をご参照頂きたい。

A248 精神疾患診療体制加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【精神疾患診療体制加算】

(問7) 精神疾患診療体制加算2の算定日と、入院精神療法の算定日が同一週の場合に、入院精神療法の週あたりの算定回数を計算する際に精神疾患診療体制加算2の算定日についても、入院精神療法の算定日とみなすのか。 (答) そのとおり。

「質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【精神疾患診療体制加算】

(質問42) 精神病床が50%未満とあるが、精神病床が無い場合でも施設基準を満たすこととなるのか (回答) 満たす。

(質問43) 内科、外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供していることとあるが、当該診療科とは内科、外科を指すのか (回答) そのとおり。

A302 新生児特定集中治療室管理料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

A303 総合周產期特定集中治療室管理料

[疑義解釈(厚労省⑧2016年11月17日)]【総合周産期特定集中治療室管理料】

(問8)区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準において、「専任の医師が常時、母体・胎児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た場合、施設基準を満たしているといえるか。

(答)満たしているといえない。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。

A306 特殊疾患入院医療管理料 A309 特殊疾患病棟入院料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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、退棟したものとは扱わない。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。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

「**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【回復期リハビリテーション病棟入院料】

(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ければならないのか。

(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。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【回復期リ八病棟】

(質問35)過去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が10人未満の場合は除くとあるが、高次脳機能障害の患者を除いた結果が10人未満となる場合も除くと考えて良いか

(回答) その通り。

(質問36) 高次脳機能障害の患者について除外となるのは、退棟患者が4割以上の場合で良いか

(回答) その通り。各月において、前月までの6ヶ月間に退棟した患者のうち、高次脳機能障害の患者が4割以上となるか否かで判断する。

(質問37) 廃用症候群リハビリテーションの算定要件が急性疾患等(治療の有無を問わない)に伴う廃用症候群とあるが、回復期リハビリテーション病棟においても同要件となるのか

(回答) 否。廃用症候群リハビリテーション料の対象患者と回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できる回復期リハビリテーションを要する状態における廃用症候群は異なる。後者は改定前と同様。

「質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【FIM評価】

(質問55) 【経過措置】平成29年1月1日から実施とあるが、具体的な評価期間は最短で28年7月からで良いか

(回答) 平成28年4月以降に入棟した患者であって、かつ平成28年7月以降に退棟した患者が対象となる。 (入院時の評価は平成28年4月から必要

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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。

NICHI-IKO

A318 地域移行機能強化病棟入院料

「**疑義解釈(厚労省**①2016年3月31日)]【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。

A318 地域移行機能強化病棟入院料

「疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【精神療養病棟入院料·地域移行機能強化病棟入院料】

(問10) 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する精神科医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務については、週2日以内とされているが、週2日以外の日に措置診察等に対応することが可能か。

(答)予定外の緊急の重症患者への対応及び精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)については、外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務に含めず、必要に応じ従事することができる。

[疑義解釈(厚労省⑤2016年6月30日)]【地域移行機能強化病棟入院料】

(問2)区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における「当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者」について、身体合併症の診療のために別の保険医療機関に短期間転院し、引き続き再度当該医療機関に転院した患者のうち、当該保険医療機関の入院期間を合算して1年以上の患者を含めることができるか。

(答) このような場合であって、当該保険医療機関への再入院が、入院期間が通算される入院である場合に限り、当該保険医療機関の入院期間を合算して1年以上の患者を含めることができる。

NICHI-IKO

A400 短期滞在手術等基本料

「**疑義解釈(厚労省**①2016年3月31日)]【短期滞在手術等基本料】

(問91) 区分番号「K616-4」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「K768」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。

[疑義解釈(厚労省⑦2016年9月15日)]【短期滞在手術等基本料】

(問7)区分番号「A400」短期滞在手術等基本料について、「内視鏡を用いた手術を実施する場合については、内視鏡室を使用してもよい。」とあるが、短期滞在手術等基本料3の「カK616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を算定する場合、当該手術を血管造影室又は透視室で実施した場合、算定可能か。

(答) 算定可能である。

A400 短期滞在手術等基本料

[疑義解釈(厚労省⑧2016年11月17日)]【短期滞在手術等基本料】

(問9)短期滞在手術等基本料3を算定する病棟において、インターフェロン、酢酸リュ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、短期滞在手術等基本料3の注5に規定されている「別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬」の抗悪性腫瘍剤として、薬剤料を算定可能か。

(答) 算定可能。

(問10)短期滞在手術等基本料3の注5に規定されている「別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬」に「疼痛コントロールのための医療用麻薬」とあるが、フェンタニル、モルヒネ等を術中の疼痛コントロールとして使用した場合においても算定可能か。

(答) 算定不可。術中に使用した場合の費用は、別途算定できない。

[疑義解釈(厚労省⑬2017年7月28日)]【短期滞在手術等基本料】

(問1)区分番号「A400」短期滞在手術等基本料3を算定する患者について、6日目以降においても入院が必要な場合には、6日目以降の療養に係る費用は、第1章基本診療料(第2部第4節短期滞在手術等基本料を除く。)及び第2章特掲診療料に基づき算定することとされているが、当該6日目以降(短期滞在手術等基本料3算定と同一月又は同一入院期間の場合)における以下費用の算定は可能か。

- ① 月1回に限り算定可能な検体検査判断料及びコンピュータ断層診断などの判断料
- ② 月1回に限り算定可能な検査実施料(BNP等)
- ③ 入院期間中1回又は退院時1回に限り算定可能な入院基本料等加算
- (答) ①及び②については、同一月においては算定できない。
- ③については、同一入院期間中においては算定できない。

B001 9 外来栄養食事指導料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)]【外来栄養食事指導料】

(問17) 平成28年3月31日付け事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その1)」の別添1の問184の答において「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。」とあるが、外来患者が自ら診療を中止した後に数か月以上にわたり受診せず、新たに別の疾病で診療を開始し、当該疾病に係る外来栄養食事指導を実した場合も、「初回」の指導料を新たに算定できるか。

(答) このような事例についても、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た場合はその全ての診療)が終了したと医師が判断し、医師の指示により新たな疾病についてのみ外来栄養食事指導を行う場合は、「初回」の指導料を算定できる。

B001 10 入院栄養食事指導料

「**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【入院栄養食事指導料】

(再掲) (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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【入院栄養食事指導料】

(問11) 最初の入院時に栄養食事指導を行い、退院後数日で同一傷病により再入院した患者に対し栄養食事指導を行う場合、「初回」の入院栄養食事指導料を再度算定できるか。

(答)「初回」の入院栄養食事指導料は、前回入院時と入院起算日が変わらない再入院の場合、算定できない。

「**疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)**]【入院栄養食事指導料】

(問18)最初の入院時に入院栄養食事指導料を2回算定し、退院後数日で再入院した患者に対し栄養食事指導を行う場合、 入院栄養食事指導料を再度算定できるか。

(答)入院起算日が同じ入院の場合には再度算定できない。入院起算日が異なる入院の場合に限り、改めて入院栄養食事指導料を2回まで算定できる。

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q.「(土曜日以外の日(休日を除く)にあっては、夜間に限る。)」とはどのような時間帯をいうか?
- A. 月曜日から金曜日 (休日を除く) の午後6時から午前8時までの時間帯をいう。

B001-2-9 地域包括診療料

「疑義解釈(日医①2016年3月5日)](再掲)

- Q. 地域包括診療加算・地域包括診療料の研修要件について、平成27年3月31日までに届出を行った場合には、次回の届出は平成29年3月31日(2年間の有効期間)までに行えばよいか?
- A. 平成26年度中に研修実績を添えて届け出た場合は、平成27年4月1日から起算して2年ごとに4月1日までに研修実績を提出する必要がある。当初の届出時には研修実績を提出せず、追って平成26年度中に研修実績を提出した場合についても同様である。 おお、平成27年4月以降に初回の届出を行った場合は、当該届出に係る診療報酬を算定する月の1日から起算して2年ごとに研修実績を提出する必要がある。

B001-2-10 認知症地域包括診療料

「**疑義解釈(厚労省**①2016年3月31日)] 【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。

[**疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)**] 【認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料】(P8再掲) (問6) 屯服薬も内服薬の種類としてカウントするのか。

(答) そのとおり。

ただし、疑義解釈(その1)問94において、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こととされており、臨時に1回だけ処方した屯服薬であって、投薬期間が2週間以内のものは、カウントしない。同じ銘柄の屯服薬を2回目以降に処方した場合は、臨時の投薬とはいえず、内服薬の種類としてカウントすることとなる。

[**疑義解釈(日医①2016年3月5日)**](再掲)

Q. 地域包括診療加算・地域包括診療料を届出している医療機関は、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料の届出は不要か?

A. そのとおり。

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【認知症包括診療料】

(質問50) 急性増悪した場合などで、臨時薬等で5種類を超えて処方するような場合は算定できないのか (回答) 平成28年3月31日発出の疑義解釈資料の送付について(その1)をご参照頂きたい。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【小児かかりつけ診療料】

(問13) 小児科外来診療料については、初診を行いそのまま入院となった場合、当該診療料ではなく初診料を算定することとされているが、小児かかりつけ診療料についても同様か。

(答) 小児かかりつけ診療料についても同様の算定方法となる。

NICHI-IKO

B001-2-11 小児かかりつけ診療料

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q. 内科・小児科や外科・小児科を標榜し、医師1人の場合でも算定できるか?
- A. 算定できる。ただし、小児科外来診療料を算定している保険医療機関であって、当該医師は、専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師であること。
- Q. 小児科を含めて複数の診療科を標榜する医療機関で、小児科以外の診療科のみを受診した場合も小児かかりつけ診療料で算定するのか?
- A. そのとおり。
- Q. 小児かかりつけ診療料は小児科外来診療料と同様に、届出した医療機関では対象患者すべてに算定しなければならないのか?
- A. 小児科外来診療料とは異なり、医療機関が説明を行い、同意を得た患者のみ算定となる。
- Q. 再診が電話等により行われた場合、小児かかりつけ診療料は算定できないと記載されているが、その場合、何を算定するのか?
- A. 再診料や乳幼児加算の点数を算定する。
- Q. 専門の診療が必要となり、小児かかりつけ診療料の算定患者を診療情報提供書を添えて他の医療機関に紹介した場合には、診療情報提供料の算定は可能か?
- A. 小児科外来診療料とは異なり、別途算定できる。
- Q. 指導・相談等を行う旨を、患者に書面を交付して説明し・同意を得る要件となっているが、説明書や同意書の様式は示されているか?
- A. 厚生労働省から例(別紙様式10)が示されているので参考にされたい。[参考資料 p.1182・1183]
- Q. 発達段階に応じた助言・指導や保護者からの健康相談(ともに診療を伴わない)に応じた場合、小児かかりつけ診療料の初診
- 時、再診時のいずれかの算定は可能か?
- A. 助言・指導や健康相談のみが行われる場合については算定できない。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q. 今回、35歳未満の者については1日の喫煙本数×喫煙年数≥200の要件が廃止されたと考えてよいか?
- A. そのとおり。
- Q. 今回の改定により、高校生などの未成年者への投与についてもニコチン依存症管理料の算定が可能と考えてよいか?
- A. 依存状態等を医学的に判断し、本人の禁煙の意志を確認するとともに、家族等と相談の上算定することとなる。

[疑義解釈(厚労省迎2017年6月14日)] 【ニコチン依存症管理料】

(問1)区分番号「B001-3-2」ニコチン依存症管理料については、「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」(平成28年3月4日保医発0304第2号)において、平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関(以下「経過措置に係る保険医療機関」という。)は、平成29年7月1日以降に引き続き算定する場合、届出が必要となっているが、いつまでに届出が必要となるか。また、平成28年4月以降に新規の届出を行った保険医療機関については、再度届出を行う必要があるのか。

(答)経過措置に係る保険医療機関の届出は、平成29年7月の最初の開庁日までに必要となる。なお、平成28年4月1日から平成29年3月31日までの期間に新規に当該届出を行った保険医療機関についても、当該届出により算定を開始した月から平成29年3月31日までの期間における実績を記載し平成29年7月の最初の開庁日までに再度の届出が必要となる。また、上記における再度の届出は、いずれも様式8(別紙参照)のみの届出でよいが、当該項目の施設基準における様式8の2を用いた地方厚生(支)局長への報告は別途行う必要がある。

B001-16 喘息治療管理料

「**疑義解釈(厚労省**④2016年6月14日)]【喘息治療管理料】

- (問19)「喘息治療管理料2」について、吸入補助器具を患者に提供し、服薬指導を行った場合に、初回に限り算定することとされたが、
- ①「初回に限り算定する」の初回とはどういう意味か。吸入は以前から行っていたが、新たに補助器具を用いて指導を行った際にも算定できるのか。
- ②薬剤の変更や、吸入補助器具の汚損等の理由により、再度算定することは可能か。
- (答)①初回とは、吸入補助器具が初めて患者に提供され、併せて服薬指導が実施された時点をいう。従前から吸入を実施していた患者について、吸入補助器具を初めて交付し、併せて服薬指導を実施した際にも算定できる。
- ②吸入補助器具については、汎用性及び耐久性のあるものを交付すべきであり、薬剤の変更や、吸入補助器具の破損等により再交付する場合については、初回に算定する管理料に含まれる。但し、算定から年月が経過し、小児の成長に伴い、大きさの異なる補助器具を使用する必要が生じた場合に限り、1回(初回の交付が1歳未満の場合には2回)に限り、再度算定できる。この場合には、再度算定が必要な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

B005-9 排尿自立指導料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

「**疑義解釈(厚労省**④2016年6月14日)]【排尿自立指導料】

(問20)区分番号「B005-9」排尿自立指導料の注に「週1回に限り、患者1人につき6回を限度として算定する。」とあるが、

- ①同一入院中にカテーテルの再留置が必要となった場合は、再度の算定が可能か。
- ②別の医療機関に転院した場合、新たに6回を限度に算定できるのか。 (答)
- ①同一入院期間中は6回までである。
- ②入院期間が通算される入院の場合、通算して6回を限度として算定する。

B005-9 排尿自立指導料

[疑義解釈(厚労省⑩2017年3月31日)]【排尿自立指導料】

(問1)区分番号「B005-9」排尿自立指導料の留意事項通知における、「排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム」において、①作業療法士はチームメンバーに含まれるか。②包括的排尿ケアを実施する際に、作業療法士が排尿に関連する動作訓練の実施者となってよいか。

(答) ①含まれる。②よい。

B007-2 退院後訪問指導料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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。

「**疑義解釈(厚労省22016年4月25日)**]【退院後訪問指導料】

(問14) 区分番号「B007-2」退院後訪問指導料を入院していた保険医療機関が算定した日において、当該保険医療機関と同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、医療保険では、在宅患者訪問看護・指導料を算定できないこととされたが、介護保険の訪問看護費は算定できるのか。

(答) 算定できない。

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)] 【退院後訪問指導料】

(質問53) 患者が入院していた病棟以外の病棟又は外来等に従事する看護師等が訪問した場合でも算定は可能か(回答) 算定可。(当該病棟の退院支援職員、退院調整部門の看護師等が想定される)

B008-2 薬剤総合評価調整管理料

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q. 6種類以上の内服薬が処方されていた患者に対し、内服薬が2種類以上減少して算定したが、その後の病状の急変などで増薬した後に、内服薬が2種類以上減少した場合も算定できるか?
- A. 同一医療機関で当該点数を算定してから1年以内に算定するときは、前回の算定にあたって減少した後の種類数から、さらに2種類以上減少しているときに限られている。
- Q. 例えば、そもそも10種類以上の内服薬を服用中の患者がいる場合、医学的な判断のもと、急激な減薬による影響を踏まえ、1月目で2種類、2月目で2種類減らし、6種類とした場合にそれぞれの月で管理料を算定可能という解釈でよいか。
- A. よい。同一医療機関で当該点数を算定してから1年以内に算定するときは、前回の算定にあたって減少した後の種類数から、さらに2種類以上減少しているときに限り算定可能である。

B009注14 地域連携診療計画加算(診療情報提供料(I))

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【地域連携診療計画加算】

(再掲) (質問52) 同加算を算定するには、連携医療機関の届出をする必要があるのか。

(回答) そのとおり。(届出様式を参照のこと)

B009注15 検査·画像情報提供加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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

(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)以下の場合は、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 q: 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。

B009注15 検査·画像情報提供加算

「疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)] 【検査·画像情報提供加算/電子的診療情報評価料】

(問20)検査・画像情報提供加算と電子的診療情報評価料の施設基準に定める「厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能」について、厚生労働省標準規格とは具体的には何を指すのか。

(答)「保健医療情報分野の標準規格(厚生労働省標準規格)について」の一部改正について(平成28年3月28日医政発0328第6号・政社発0328第1号)に定める標準規格を指す。なお、ストレージ機能については、当該通知において、SS-MIX2が含まれることされている点に留意すること。

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q. 電子的に発行した診療情報提供書に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容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、タイムスタンプ付き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、算定できるか?
- A. 算定できる。
- Q. 電子的に発行した診療情報提供書に、診療記録のうち主要な、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容等のファイルを電子的方法により添付した電子紹介状に、タイムスタンプ付き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、算定できるか?
- A. 算定できる。

B009-2 電子的診療情報評価料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)] 【検査・画像情報提供加算/電子的診療情報評価料】(再掲) (問20) 検査・画像情報提供加算と電子的診療情報評価料の施設基準に定める「厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能」について、厚生労働省標準規格とは具体的には何を指すのか。

(答)「保健医療情報分野の標準規格(厚生労働省標準規格)について」の一部改正について(平成28年3月28日医政発0328第6号・政社発0328第1号)に定める標準規格を指す。なお、ストレージ機能については、当該通知において、SS-MIX2が含まれることされている点に留意すること。

B011-3 薬剤情報提供料

「**疑義解釈(厚労省**①2016年3月31日)]【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。

C在宅専門医療機関

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

C000 往診料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

NICHI-IKO 日医IMPS2017

C002、C002-2 在宅時(施設入居時等)医学総合管理料

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

(問15) 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料について、処方せんを交付しない場合の加算が創設されたが、 当該月に処方を行わない場合にも算定できるか。

(答) 算定できない。

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)]【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

(問21) 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅及び認知症グループホームに居住する患者であって、平成28年3月以前に在宅時医学総合管理料を算定していた患者のうち、当該住居に居住している間に在宅時医学総合管理料を算定していた患者は、平成29年3月末まで引き続き在宅時医学総合管理料を算定可能とされている。一方、「『医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について』の一部改正について(平成28年3月25日保医発0325第8号)」では、これらの患者について、在宅時医学総合管理料は算定できないとされているが、平成29年3月末までの間は、算定できると考えてよいか。

(答)よい。

「**疑義解釈(厚労省**⑤2016年6月30日)]【在宅時医学総合管理料】

(問3) 特掲診療料の施設基準等の、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者」(別表第8の2) や、「頻回訪問加算に規定する状態等にある患者」(別表第3の1の2)の一つに、「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」があるが、胃瘻カテーテルを使用している患者は、この状態に該当するか。 (答) 該当しない。 NICHI-İKO

C002、C002-2 在宅時(施設入居時等)医学総合管理料

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

Q. 「同一建物居住者」と「単一建物診療患者」は、どう異なるのか?

A. 「同一建物居住者」とは、在宅で療養を行っている患者と同一の建物に居住する他の患者に対して、当該保険医療機関が同一日 に訪問診療を行う場合の当該患者を指す。

一方、「単一建物診療患者」とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものを指す。

なお、在宅患者訪問診療料は同一建物居住者か否かで点数が異なり、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料は単一建物診療患者の人数に応じて点数が異なる。

- Q. 重症度が高い患者(別に厚生労働大臣が定める状態の患者)の区分が設けられたが、具体的にはどのような患者を指すのか?
- A. 「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」に該当する患者とは、施設基準告示の別表第八の二に該当する患者を指す。

<施設基準告示の別表第八の二>[参考資料p.779]

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

一次に掲げる疾患に罹患している患者

【末期の悪性腫瘍】【スモン】【難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病】

【後天性免疫不全症候群】【脊髄損傷・真皮を超える褥瘡】

二 次に掲げる状態の患者

【在宅自己連続携行式腹膜灌(かん)流を行っている状態】【在宅血液透析を行っている状態】【在宅酸素療法を行っている状態】

【在宅中心静脈栄養法を行っている状態】【在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態】【在宅自己導尿を行っている状態】

【在宅人工呼吸を行っている状態】【植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態】

【肺高血圧症であって、プロスタグランジンI2製剤を投与されている状態】【気管切開を行っている状態】

【気管カニューレを使用している状態】【ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態】

【人工肛門又は人工膀(ぼう)胱(こう)を設置している状態】

日医工MPS2017

NICHI-IKO

C002、C002-2 在宅時(施設入居時等)医学総合管理料

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q. 特別な管理を必要とする患者に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合に算定できる加算が、重症者加算から 頻回訪問加算に変更されたが、対象患者はこれまでと同様と考えてよいか?
- A. そのとおり。
- Q. 重症度が高く月2回以上訪問診療を行う患者1人と、月2回以上訪問診療を行う患者2人が単一建物に居住している場合、重症度が高い患者は当該建物に1人なので、当該患者については単一建物居住者(1人)の点数を算定してよいのか?
- A. 単一建物に居住する患者が3人であるため、当該患者については、重症度が高く月2回以上訪問診療を行う患者の点数のうち、単一建物診療患者(2人以上9人以下)の点数を算定する。また、他の2人についても月2回以上訪問診療を行う患者の点数のうち、単一建物診療患者(2人以上9人以下)の点数を算定する。
- Q. 在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する患者が、月の途中で患者が2人になった場合は、重症度が高く月2回以上訪問診療を行う患者であっても、2人以上の点数を算定するという理解でよいか?
- A. 2人とも在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した場合は、そのとおり。
- Q. 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料に包括されている項目が6項目から30項目になったが、包括範囲が拡大されたのか?
- A. 現行の6項目に包括されているために算定できなかった項目を明示した上で、新設された衛生材料等提供加算(C007及びI012-
- 2) が追加されただけで、包括範囲は拡大していない。
- Q. 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料に包括されている項目として生活習慣病管理料が示されているが、生活習慣病管理料に包括されている項目も在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料に包括され、算定できないのか?
- A. 生活習慣病管理料だけが包括されている趣旨であり、生活習慣病管理料に含まれる項目を算定不可とする趣旨ではない。

C007注3 衛生材料等提供加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

「**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【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。

[**疑義解釈(厚労省⑤2016年6月30日)**]【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

(問4)区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「2」について、通知の(3)のイの「心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会によるASV適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV療法を継続せざるを得ない場合」に該当し、当該管理料を算定する場合、診療報酬明細書の「摘要」欄に直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は必要か。

(答) 現時点では、不要である。なお、初回の指導管理を行った月日、当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見及び2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合はその理由を記載する必要があることに留意すること。

C 在宅療養指導管理材料加算

[疑義解釈(厚労省⑤2016年6月30日)]【在宅療養指導管理材料加算】

(問5)区分番号「C157」酸素ボンベ加算、区分番号「C158」酸素濃縮装置加算、区分番号「C159」液化酸素装置加算、区分番号「C159-2」呼吸同調式デマンドバルブ加算、区分番号「C165」在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算、区分番号「C171」在宅酸素療法材料加算、区分番号「C171-2」在宅持続陽圧呼吸療法材料加算について、1月に3回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか診療報酬明細書の「摘要」欄に記載することとされているが、1月に2回分の算定を行う場合も、当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかの記載は必要か。

(答)必要である。

C163 特殊カテーテル加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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。

C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 C171 在宅酸素療法材料加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

D 検査

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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IBRAF遺伝子検査は、どのような場合に算定できるのか。

(答)BRAF阴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I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ィ学会が行う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ィ学会が定める 「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。

1 (答) 算定できる。

NICHI-IKO 日医工MPS2017

D 検査

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【検査】

(問124)健康診断において、胃・十二指腸ファイバースコピー又は大腸ファイバースコピーを実施し、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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【検査・その他の検体採取】

(問19) その他の検体採取の「6」鼻腔・咽頭拭い液採取について、同日に複数検体の検査を行った場合、検査の検体ごとに算定は認められるか。

(答)1日につき1回の算定となる。

[疑義解釈(厚労省⑧2016年11月17日)] 【検査】

(問11)「疑義解釈資料の送付について(その9)」(平成23年9月16日付け事務連絡)において、「免疫抑制剤の投与や化学療法を行う患者又は行っている患者(肝炎症状がないものを含む。)に対して、B型肝炎の再活性化を考慮して、HBs抗原を測定し、これを算定することは可能か。」に対し、「当該報告のガイドライン等を踏まえ、医学的に妥当かつ適切であれば、HBs抗原を測定し算定しても差し支えない。」とあるが、C型慢性肝疾患の患者に対して抗C型肝炎ウイルス治療を行う場合においても、B型肝炎の再活性化が考慮されるが、この場合についてもHBs抗原を測定し、これを算定することは可能か。

(答) 医学的に妥当かつ適切であれば、差し支えない。

(問12)「疑義解釈資料の送付について(その10)」(平成23年9月22日付け事務連絡)の問1において、「B型肝炎ウイルスの感染が確認された患者及びB型肝炎ウイルス既往感染者(それぞれ、肝炎症状がない者を含む。)について、免疫抑制剤の投与や化学療法を行う際、もしくはそれらを行った後に、B型肝炎の再活性化を考慮して、HBV核酸定量検査を行った場合に、これを算定することは可能か。」に対し、「医学的に妥当かつ適切であれば、差し支えない。」とあるが、B型肝炎ウイルスの感染が確認された患者及びB型肝炎ウイルス既往感染者(それぞれ、肝炎症状がない者を含む。)であって、C型慢性肝疾患の患者に対して抗C型肝炎ウイルス治療を行う際もしくは治療を行った後に、B型肝炎の再活性化を考慮し、HBV核酸定量検査を行った場合も、これを算定することは可能か。

(答) 医学的に妥当かつ適切であれば、差し支えない。

D 検査

[疑義解釈(厚労省⑩2017年3月31日)] 【検査】

(問2) 平成28年12月1日より、FIP1L1-PDGFRa融合遺伝子検査が保険適用となったが、どのような場合に算定できるか。

(答) FISH法によるFIP1L1-PDGFRa融合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て、測定した場合に限り算定できる。

[疑義解釈(厚労省32017年7月28日)]【他医療機関で撮影した内視鏡検査】

(問2) 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の点数(内視鏡検査の通則3に示される点数)は、コンピューター断層診断の留意事項通知に示される取扱いと同様に、初診料を算定した日に限り算定できるのか。 (答) 初診料を算定した日に限り算定する。

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【検査】

(質問41) 超音波エラストグラフィーが新設されたが、乳腺超音波検査施行時にエラストグラフィーを行った場合は併算定可能か (回答) 肝硬変の患者 (肝硬変が疑われる患者を含む。) に対し、肝の線維化の程度を非侵襲的に測定した場合は、併算定可能である。

D026注3 検体検査管理加算

「**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【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。

D026注4 国際標準検査管理加算

「**疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)**]【国際標準検査管理加算】

(問16) 国際標準検査管理加算の施設基準に「国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること とあるが、どのような認定が必要なのか。

- (答) ISO15189に基づく臨床検査室の認定について、「基幹項目」及び「非基幹項目」を対象として認定を取得することが必要。 (問17) 国際標準検査管理加算は、当該保険医療機関が取得している認定の対象となっている検査項目 (例えば、ISO15189の「基幹項目)、「非基幹項目)に該当する検査項目)以外の検査については、加算できないのか。
- (答)認定の対象となっている検査かどうかに関わらず、検体検査管理加算(Ⅱ検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)の算定と併せて、国際標準検査管理加算を算定できる。
- (問18) ISO15189に基づく臨床検査室の認定を取得してない保険医療機関が、当該認定を取得している衛生検査所に検査の実施を委託した場合、国際標準検査管理加算は算定できないのか。
 - (答) 当該保険医療機関が認定を受けていない場合は算定できない。

E通則4 画像診断管理加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

E 画像診断

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【造影剤注入手技】

(問21) E003造影剤注入手技の3動脈造影カテーテル法について、「注2 頸動脈閉塞試験(マタス試験)を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点が加算される」とあるが、閉塞方法を問わず算定できるのか。

(答) 用手的な圧迫のみの場合は算定できず、バルーンカテーテルを用いて頸動脈閉塞試験を実施した場合のみ算定できる。

E200 コンピューター断層撮影 E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q. 64列以上のマルチスライスCTまたは3テスラ以上のMRI撮影の場合について、別に厚生労働大臣が定める施設基準で、当該医療機関において、「画像診断機器の施設共同利用率について計算式により算出した数値が100分の10以上」とあるが、施設共同利用率とはどのように算出するのか?
- A. 以下で算出する。
- ①保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数
- ②当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数
- ③特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数
- ④施設共同利用率= (2-3) / (1-3) ×100=%
- Q. 「診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼する」場合には、診療情報提供書を添えて、別の保険医療機関での診療のために紹介を行った場合や画像診断の判読も含めた依頼の場合は含まれるか?
- A. 患者を紹介した場合は含まれない。別の保険医療機関で撮影のみを行い、当該医療機関で診断を行うような場合(単なる撮影機器等の設備の提供)である。

処方せん様式

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【処方料】

(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。

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]【残薬確認】

- Q. 処方せんの様式が変更され、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄が設けられたが、処方医が必要と判断した場合は、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」と「保険医療機関へ情報提供」のどちらかを指示するのか?
- A. そのとおり。薬局で残薬確認の必要があると処方医が判断した場合、処方せんを使って薬局に指示することができるようになった。
- Q. 処方せんの様式が見直され、残薬に係る医師のチェック欄が設けられたが、薬局が処方医の了解なく投与日数を変更することが可能となったものではないと理解してよいか。
- A. そのとおり。

F 湿布薬

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【湿布薬】

(質問38)1処方につき70枚までとあるが、70枚を14日で使用が必要な場合、結果的に月に2回の処方で合計140枚となるが 算定可能か

(回答) 医学的に必要性が認められる場合、可能。

F 向精神薬多剤投与

[**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【投薬】

(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種類以上の脏悪薬、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。」との問に「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。

NICHI-IKO

F 向精神薬多剤投与

[**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【投薬】

(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。

* 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	・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 ・薬剤料の逓減 28×0.8=22.4→22点 ・逓減後の剤の合計点数 22+1=23点
* 向精神薬D 164.4円 向精神薬E 61.0円	・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 ・薬剤料の逓減 23×0.8=18.4→18点 ・逓減後の剤の合計点数 18点
* 向精神薬以外 252.8円	・調剤単位に求める点数 252.8円→25点
* 向精神薬F 365.9円	・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 ・薬剤料の逓減 37×0.8=29.6→30点 ・逓減後の合計点数 30点
	薬剤料合計 23+18+25+30=96点

F 向精神薬多剤投与

[**疑義解釈(厚労省22016年4月25日)**]【投薬】

(問22) F200薬剤料について、注2 (例えば、3種類以上の抗不安薬) と注3 (7種類以上の内服薬) の両方に該当する場合については、薬剤費をどのように算定するのか。

- ①3種類の抗不安薬と、4種類の「向精神薬(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬)以外の薬剤」を投薬する場合
- ②3種類の抗不安薬と、7種類の「向精神薬以外の薬剤」を投薬する場合
- (答) ①の場合については、抗不安薬について所定点数の100分の80で、「向精神薬以外の薬剤」については所定点数の100分の100で算定する。
- ②の場合については、抗不安薬について所定点数の100分の80で算定した上で、抗不安薬を除いても注3の要件に該当することから、 「向精神薬以外の薬剤」について、所定点数の100分の90で算定する。

[疑義解釈(厚労省®2016年11月17日)]【処方料等】

(問13)「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成26年3月31日付け事務連絡)の問72において、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師については、日本精神神経学会が認定する精神科専門医であることを証する文書及び日本精神神経学会が認定する研修を修了したことを証する文書を「別紙様式39」に添付して地方厚生(支)局長に届け出ることとされているが、他にどのような医師が精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に該当するのか。

(答) 当該要件への該当の可否については、個別に各地方厚生(支)局に確認されたい。

F 認知症薬

[疑義解釈(厚労省⑪2017年5月26日)]【認知症薬】

(問2)認知症治療薬について、患者の症状等により添付文書の増量規定(※)によらず当該規定の用量未満で投与した場合、 当該用量未満の認知症治療薬の取扱いはどのようになるか。

- ※ 例えば、ドネペジル塩酸塩錠については、添付文書の「用法・用量」欄において、「通常、成人にはドネペジル塩酸塩として 1 日 1 回 3 m g から開始し、 1 ~ 2 週間後に 5 m g に増量し、経口投与する」と記載されている。
- (答) 添付文書の増量規定によらず当該規定の用量未満で投与された認知症治療薬については、平成28年6月1日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡により審査支払機関に対して、一律に査定を行うのではなく、診療報酬明細書の摘要欄に記載されている投与の理由等も参考に、個々の症例に応じて医学的に判断するよう連絡している。

F100注11 外来後発医薬品使用体制加算

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)] 【後発医薬品使用体制加算/外来後発医薬品使用体制加算】 (再掲) (問10) 区分番号「A 2 4 3 」後発医薬品使用体制加算及び区分番号「F 1 0 0 」の「注 1 1 」の外来後発医薬品使用体制加算において、当該保険医療機関で調剤した医薬品に、注射や在宅の部で算定され、直接患者に交付される薬剤は含まれるか。

(答)含まれる。

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]

- Q. 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も算定できるか?
- A. 薬剤部門に薬剤師の配置は必須ではない。医師等が配置(兼務も可能)されている場合も、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、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備等されていれば算定できる。
- Q. 規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品は何か?
- A. 経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬(薬効分類番号510)、漢方製剤(薬効分類番号520)、その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品(薬効分類番号590)であり、詳細は参考資料 p.828を参照されたい。

F400注7 一般名処方加算

「疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)] 【投薬】

(問22) 一般名処方加算1について、「後発医薬品のある全ての医薬品(2品目以上の場合に限る。)が一般名処方されている場合とあるが、先発医薬品のない後発医薬品も一般名で処方される必要があるのか。

(答) そのとおり(ただし、先発医薬品と薬価が同額又は高いものは除く。)。なお、平成29年3月31日までの間は、後発医薬品のある先発医薬品及び先発医薬品に準じたものについてのみ一般名処方されていれば、先発医薬品のない後発医薬品が一般名処方がなされていなくても加算1を算定して差し支えない。また、一般名処方加算2の対象については従前の通り、先発医薬品のない後発医薬品は含まれない。

[疑義解釈(厚労省⑪2017年5月26日)]【一般名処方加算】

(問3)区分番号「F400」処方せん料の注7に規定する一般名処方加算について、一般的名称で処方薬が記載された処方せんに、医療安全の観点から類似性等による薬の取り違えを防ぐ目的の参考情報として、一般的名称に先発品又は後発品の銘柄名を併記する場合は、当該加算は算定可能か。

(答) 算定可能である。

一般名処方加算は、一般的名称による処方せんを交付した場合に限り算定できるものであり、医師が個別の銘柄にこだわらずに処方を行っていることを評価した点数である。したがって、この場合に併記される銘柄名は、処方薬に係る参考情報であることから、個別銘柄の指定と誤解されることのないよう、備考欄などに記載することが望ましい。

(参考)

この疑義解釈については、薬剤名の一般的名称を基本とした販売名の類似性に起因する薬剤取り違え防止のための対応が課題とされた「平成27年度厚生労働科学研究内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」を踏まえ、その対応策の一つとして、類似性等による取り違えリスクが特に懸念される名称のものについては、先発品の使用が誘引されることがない範囲で、先発品や代表的な後発品の製品名等を参考的に付記する等の工夫が有効と考えられることを示した平成29年5月26日付け厚生労働省事務連絡「平成27年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」結果の概要について(情報提供)」において医療機関等へ周知されることになったことに合わせて、個別の銘柄へのこだわりではなく医療安全の観点での銘柄名の併記による、一般名処方加算についての取り扱いを明確にしたものである。

G注射

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] [注射]

(問133)区分番号「E200」の注3又は区分番号「E202」の注34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。 (赤文字は2016年6月14日追加訂正)

「疑義解釈(厚労省⑬2017年7月28日)]【注射:薬剤料】

(問3)注射剤の中には、体重換算等に基づく用量が設定されているものがあり、一つのバイアルを二名の患者に同時に調剤して使用する場合があるが、どのように保険請求すべきか。

(答) それぞれの患者に対する使用量に応じて請求し、二バイアル分は請求できない。

NICHI-IKO

H リハビリテーション料

「**疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)**] 【リハビリテーション料】

(問23)疾患別リハビリテーション料の施設基準に基づいて専従配置された理学療法士等が、回復期リハビリテーション病棟入院料、 又はADL維持向上等体制加算の施設基準に基づいて別の理学療法士等が専従配置された病棟でリハビリテーションを提供した場合、 疾患別リハビリテーション料は算定できるか。また、回復期リハビリテーション病棟入院料、又はADL維持向上等体制加算の施設基準 に基づいて病棟に専従配置された理学療法士等が、当該病棟の入院患者に対し当該病棟以外の場所でリハビリテーションを提供した 場合、疾患別リハビリテーション料は算定できるか。

(答) いずれも算定できる。

[疑義解釈(厚労省⑬2017年7月28日)]【疾患別リハビリテーション料】

(問4)いわゆる「シーティング」として、理学療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合に、疾患別リハビリテーション料の算定が可能か。

(答) 算定可能。この場合の「シーティング」とは、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下をきした患者に対し、理学療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことをいい、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は該当しない。

H000 心大血管リハビリテーション料

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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は可能である。」とあるが、心大血管リハビリテーションの専従者とサイできるか。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。

[**疑義解釈 (厚労省**② 2016年4月25日)] 【リハビリテーション料】

「問25)心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の対象となる急性心筋梗塞及び大血管疾患は発症後又は手術後1月以上経過したものとされているが、例えば5月25日に手術を行った例は、6月1日からではなく、6月26日から心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の対象となるのか。

(答) そのとおり。発症又は手術の日の翌日から起算して1月を経過した日から対象となる。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【リハビリテーション】

(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「H007」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。

H002 運動器リハビリテーション料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【リハビリテーション】

(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。

NICHI-IKO

H003 呼吸器リハビリテーション料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【リハビリテーション】

(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。

「**疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)**] 【リハビリテーション料】

(問26) 呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算を算定する場合、その期限について「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日に限り」とされているが、「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの」は当該30日の期間に含まれるか。

(答) 含まれる。

H003-4 目標設定等支援·管理料

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【リハビリテーション】

(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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)] 【リハビリテーション料】

(問24)「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について(平成28年3月25日保医発0325第8号)によると、「目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとはみなさない。」とされているが、こうした取り扱いとできるのはどの程度の期間か。

(答) 当該取り扱いは、介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的であることから、一か所の通所リハビリテーション事業所につき、3月を超えることができない。

H003-4 目標設定等支援·管理料

「疑義解釈(厚労省⑦2016年9月15日)]【目標設定等支援·管理料】

(問8)「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料注6等においては、要介護被保険者等である患者に対し、標準的算定日数の3分の1を経過した後に要介護被保険者等に対し引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内に目標設定等・支援管理料を算定していない場合に100分の90に相当する点数により算定することとされている。ここでいう「過去3月以内に算定していない場合」とは、具体的にどのような場合をいうのか。

- (答) リハビリテーション料を算定する月の前月を1月目と数えた上で、3月目の初日以降に目標設定等支援・管理料を算定していない場合が該当し、例えば、以下の期間に算定していない場合をいう。
- 例1)10月1日に脳血管疾患等リハビリテーションを算定する場合 7月1日~10月1日
- 例2)10月25日に脳血管疾患等リハビリテーションを算定する場合 7月1日~10月25日
- (問9)目標設定等支援・管理料は、3月に1回に限り算定可能とされているが、継続して算定が必要な場合に、いつから算定可能となるのか。
- (答)目標設定等支援・管理料を継続して算定する必要がある場合には、直近の算定日が属する月を1月目と数えた上で、4月目の初日以降に算定可能であり、例えば、以下のとおり算定可能である。
- 例1) 7月1日に目標設定等・支援管理料を算定した場合 10月1日以降に再度算定可能
- 例2) 7月25日に目標設定等・支援管理料を算定した場合 10月1日以降に再度算定可能
- (問10) 目標設定等支援・管理料を算定した上で、脳血管疾患等リハビリテーションを実施している患者に、骨折等別の疾患別リハビリテーションを必要とする疾患が生じた場合に、目標設定等支援・管理料「初回の場合」を再算定することが可能か。
- (答)可能である。ただし、リハビリテーションを必要とする疾患が2つ以上にわたる患者であっても、患者の状態を総合的に勘案した目標設定等支援・管理料が行われることが適切であり、「初回の場合」を再算定した後に、継続して目標設定等支援・管理料(2回目以降の場合)の算定が必要な場合は、3月に1回の算定に限られること。

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【目標設定等支援·管理料】

(質問56)入院患者においても標準的算定日数の3分の1を経過したものについて当該管理料を算定していない場合には減算となるか

(回答) 減算となる。

H003-4 目標設定等支援·管理料

「**疑義解釈(厚労省⑩2017年3月31日)**]【目標設定等支援·管理料】

- (問3)目標設定等支援・管理料を算定している患者が、他の保険医療機関へ転院する場合、転院先の保険医療機関で目標設定等支援・管理料の「初回の場合」を算定可能か。
- (答)算定要件を満たしている場合には算定可能。目標設定等支援・管理料は、脳血管疾患等リハビリテーション等を実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定可能となっているが、転院の場合に限り、転院元の保険医療機関での算定から3月を経過していなくとも差し支えない。

(問4)以下の①、②の場合、それぞれいつから目標設定等支援・管理料を算定可能か。

- ①介護保険を申請後、患者の元へ認定通知が届くまでに、リハビリテーションの標準的算定日数の3分の1を経過し、その間に当該患者ヘリハビリテーションの実施が必要となった場合
- ②リハビリテーションの標準的算定日数の3分の1を経過後に介護保険の申請を行い、患者の元へ認定通知が届くまでに、当該患者 ヘリハビリテーションの実施が必要となった場合
- (答)目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対し、脳血管疾患等リハビリテーション等を実施する場合の目標設定等の取り組みについて評価したものであり、患者が要介護被保険者等である旨の通知を受け取る等して、その事実を知り得た日から、この取り組みが行われることを想定している。
- したがって、①、②のいずれの場合においても、市区町村による要介護認定・要支援認定等結果通知書の通知日から速やかに目標 設定等支援・管理料を算定することが可能である。
- なお、標準的算定日数の3分の1を経過後に、疾患別リハビリテーションを実施する際の、過去3月以内に目標設定等支援・管理料を算定していないことによる減算については、要介護認定・要支援認定等結果通知書の通知日が属する月及びその翌月に行った疾患別リハビリテーションについては、適用されない。
- また、通知日が属する月の翌々月以降の取扱いについては、「疑義解釈資料の送付について(その7)」(平成28年9月15日付け事務連絡)の問8のとおりであること。

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【リハビリテーション】

(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。

[疑義解釈(厚労省⑧2016年11月17日)] 【リンパ浮腫複合的治療料】

(問14)「H007-4」リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準の(1)ウについて、「疑義解釈資料の送付について(その4)」(平成28年6月14日付け事務連絡)の問23で「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」にかかる要件を満たす研修として示したもの以外に、どのような研修があるか。

(答)「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」においては、多層包帯法(MLLB)30時間以上、用手的リンパドレナージ(MLD)28時間以上等の研修とされており、当該要件への該当の可否については、個別に各地方厚生(支)局に確認されたい。

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)] 【リンパ浮腫複合的治療料】

(問23) リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準の(1)ウについて、以下の研修を修了した者は、「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」にかかる要件を満たすものと考えてよいか。

(座学部分のみ要件を満たす研修として)

- ・厚生労働省委託事業として実施された「新リンパ浮腫研修」(平成25年度に実施のもの)
- ・一般社団法人ライフ・プランニング・センターにより実施された「新リンパ浮腫研修」(平成26年度から28年度に実施のもの。)
- ・日本 D L M技術者会による「D V T M研修」(平成22年度から24年度に実施のもの) (実習部分のみ要件を満たす研修として)
- ・フランシラセラピストスクール日本校による「リンパ浮腫セラピスト」認定コース(平成26年度から28年度に実施のもの)
- ・一般社団法人 ICAAによる「リンパドレナージセラピスト育成講座」(平成26年度から28年度に実施のもの)
- ・一般社団法人日本浮腫緩和療法協会による「上級コース(リンパ浮腫コース)」(平成26年度から28年度に実施のもの)
- ・特定非営利活動法人日本リンパドレナージスト協会による「リンパ浮腫セラピスト実技研修コース B 基礎講習 + 基礎補完」(平成26年度に実施のもの)

(座学部分、実習とも要件を満たす研修として)

- ・フランシラセラピストスクール日本校による「リンパ浮腫セラピスト」認定コース(平成22年度から25年度に実施のもの)
- ・公益財団法人がん研究会有明病院によるリンパ浮腫セラピスト養成講習会(平成23年度から28年度に実施のもの)
- ・日本DLM技術者会による「DVTM研修」(平成25年度から28年度に実施のもの)
- ・特定非営利活動法人日本リンパドレナージスト協会による「MLD/CDT技能者(リンパ浮腫)養成講座」(平成24年度又は25年度に実施のもの)、「リンパ浮腫セラピスト養成講座」(平成26年度から28年度に実施のもの)
- ・一般社団法人ICAAによる「リンパドレナージセラピスト育成講座」(平成24年度に実施のもの)
- ・東京医療専門学校による「リンパ浮腫療法士・資格取得講習会」(平成25年度から28年度に実施のもの)
- ・特定非営利活動法人日本医療リンパドレナージ協会による「養成講習会」(平成11年度から28年度の間に実施のもの)
- ・一般社団法人リンパ浮腫指導技能者養成協会による「リンパ浮腫指導技能者養成講座」(平成20年度から平成25年度に実施のもの)

(答) よい。

H004 摂食機能療法

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)] 【摂食機能療法】

(質問51)胸部X線撮影で誤嚥性肺炎の診断をした場合でも、VF、VE検査を施行しなければ摂食機能療法の算定はできないのか

(回答) そのとおり。

I001 入院精神療法

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【精神疾患診療体制加算】

(再掲) (問7) 精神疾患診療体制加算2の算定日と、入院精神療法の算定日が同一週の場合に、入院精神療法の週あたりの 算定回数を計算する際に精神疾患診療体制加算2の算定日についても、入院精神療法の算定日とみなすのか。 (答) そのとおり。

I002 通院·在宅精神療法

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【通院·在宅精神療法】

(問9) 児童思春期精神科専門管理加算の施設基準における、16歳未満の患者の数について、のべ患者数と実患者数のいずれをいうのか。

(答)のべ患者数をいう。

(問27) 通院・在宅精神療法の算定について、「当該保険医療機関において、3種類の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること」を別紙様式40を用いた1月、4月、7月、10月の報告のうち直近のものを用いて判断することが必要となるが、10月においては7月の報告を用いて判断してよいか。また、平成28年9月までは全ての医療機関が条件を満たすものとして扱われるが、平成28年10月についても、同様に条件を満たすものとして扱ってよいか。

(答)いずれもよい。11月、12月、1月の3ヶ月の診療報酬については10月の報告に基づいて判断することになる。

「疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)]【通院·在宅精神療法】

(問24) 児童思春期精神科専門管理加算のうち、ロに規定する加算を算定する際には、「発達障害の評価に当たっては、ADI-R(Autism Diagnostic Interview-Revised)やDISCO (The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders) 等で採用されている診断項目を考慮すること。」とされているが、ADI-R及びDISCO以外に、どの診断用アセスメント・ツールを考慮すればよいのか。

(答) 患者の状態に応じ、ADI-R及びDISCOの他、ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) 及びCAADID (Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV) 日本版で採用されている診断項目を考慮すること。

I002 通院·在宅精神療法

[**疑義解釈(厚労省⑪2017年5月26日**)]【通院·在宅精神療法】

(問4)区分番号「I 0 0 2 」通院・在宅精神療法については、注6により、1回の処方において3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって以下の1つでも満たさない場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定するとされている。

<要件>

- 1 当該保険医療機関における3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が低いこと。
- 2 当該患者に対し、適切な説明及び医学管理が行われていること。
- 3 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること。

また、上記要件の「3 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること」については、留意事項通知により、区分番号「F100」処方料の留意事項通知(3)のアの(イ)から(二)までのいずれかに該当するものであるとされている。上記要件の1と2を満たしている保険医療機関において、区分番号「F100」処方料の留意事項通知(3)のアの(二)に該当し、患者の病状等によりやむを得ず4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合、通院・在宅精神療法について、所定点数の100分の100に相当する点数を算定することができるか。

(答) 算定できない。

区分番号「F100」処方料の留意事項通知(3)のアの(二)は、アの前段にあるとおり、3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合に限り適用されるものである。

したがって、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、当該(3)のアの(二)には該当せず、上記要件の3を満たさないこととなるため、通院・在宅精神療法は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定することとなる。

I002-3 救急患者精神科継続支援料

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

I003-2 認知療法·認知行動療法

「**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【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。

[**疑義解釈(厚労省②2016年4月25日**)]【認知療法·認知行動療法】

(問28) 認知療法・認知行動療法3の施設基準について、「うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の(2)の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。 とあるが、「ウの研修の講師」による確認を行う講師は医師でなければならないか。

(答)必ずしも医師である必要はないが、「ウ」の研修において、研修後、受講生による面接を確認する者として定められたものである必要がある。

(問29) 認知療法・認知行動療法について、「『1』、『2』及び『3』は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、『3』の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、『1』の点数を算定できる。」とあるが、一連の治療において、「1」を算定すべきものと「2」を算定すべきものが混在する場合、どのように算定すればよいか。

(答)一連の治療において、やむを得ず「1」を算定すべきものと「2」を算定すべきものが混在する場合に限り、それぞれにおいて算定すべき点数を算定してよい。

「**疑義解釈(厚労省⑩2017年3月31日)** 【認知療法·認知行動療法】

- (問 5) 認知療法・認知行動療法 3の施設基準において専任の看護師が受講することとされている研修については、「認知療法・認知行動療法 1又は 2を行う外来に 1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものであること」が満たすべき要件の 1 つとして規定されている。
- ① 研修受講時点で治療に係る面接に60回以上同席している看護師については、上記の要件のみを満たさない研修を受講した場合でも、専任の看護師が受講することとされている研修を受講したとみなして、届出を行うことが可能か。
- ② ここでいう「治療に係る面接」は、認知療法・認知行動療法に係る面接に限定されるのか。
- (答) ①可能である。②通院・在宅精神療法に係る面接など、認知療法・認知行動療法に係る面接以外の医師が行う面接も含む。

I006-2 依存症集団療法

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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」

IOO9、IO10、IO10-2 精神科デイ・ケア等

「**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【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日以上の精神科デイ・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日以上の精神科デイ・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日以上の精神科デイ・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日以上の精神科デイ・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。

I012-2注3 衛生材料等提供加算

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料】

(再掲) (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。

I016 精神科重症患者早期集中支援管理料

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)]【精神科重症患者早期集中支援管理料】

(問25) 当該管理料を算定中又は算定後の患者が入院し、再度、対象患者の要件に該当した場合に、当該管理料を再算定することができるか。

(答) 算定可能。当該管理料を算定中の者が再算定する場合には、再算定を開始した日を初回算定日として算定すること。

J 処置

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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って、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。

「**疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)**]【排痰誘発法】

(問30)区分番号「J115-2」排痰誘発法について、留意事項通知において「結核を疑う患者に対し」とあるが、結核患者の退院の可否を判定する等の目的で実施した場合にも算定できるか。

(答) 算定できる。

【処置・ロボットスーツによるもの】

(問31)区分番号「J118-4」歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を実施するに当たって、初めてロボットスーツを装着する際には患者の体重、大腿長、下腿長、腰幅などを勘案して当該患者に適切な装着条件を探索する必要があるが、当該プロセスに係る技術はどのように算定するのか。

(答)初めて当該処置を実施する場合の装着条件の探索については、1肢毎に区分番号「J129」治療装具の採型ギプスの「2」義 肢装具採型法(四肢切断の場合)(1肢につき)に準じて算定する。

J 処置

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)]【処置の休日・時間外・深夜加算】

(問26) 医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者について、第9部処置の通則5の口に定める、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に算定できる休日・時間外・深夜加算は算定可能か。 (答) 算定不可。

【人工腎臓】

(問27)区分番号「J038」人工腎臓の注3下肢末梢動脈疾患指導管理加算について、当該医療機関がABI検査やSPP検査の設備を有しておらず、他の医療機関で実施した検査の結果を見て、専門的な医療機関へ紹介している場合、当該加算の施設基準を満たすか。

(答) 当該医療機関で検査を実施している場合に限り算定できる。

K 手術

「**疑義解釈(厚労省**①2016年3月31日)]【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」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。

NICHI-IKO

K 手術

[**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【手術】

(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」経皮的大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、経皮的大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、一連の治療過程中に、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) とト(自己) 骨格筋由来細胞シート関連学会協議会を指す。

K 手術

[**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日**)]【手術】

(問172)区分番号「K685」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「K695-2」腹腔鏡下肝切除術(亜区域切除、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、日本外科学会系のデータベースである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。(赤文字は2016年4月25日追加訂正)(問174)区分番号「K703-2」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、<u>日本外科学会系のデータベースである</u>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。<u>(赤文字は2016年4月25日追加訂正)</u>

(問175) 区分番号「K898」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「K920」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。

K 手術

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] [手術]

(問177) 区分番号「K939-6」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。

[疑義解釈(厚労省②2016年4月25日)]【超音波骨折治療法】

(問32)「四肢の骨折に対する観血的手術の手術中に行われたものは算定できない。」が削除されたが、取扱いに変更があるのか。 (答) そもそも当該治療法を手術中に行われるものではないことから、従前のとおり算定できない。

【自家培養軟骨組織採取術】

(問33) 特定保険医療材料である150 ヒト自家移植組織(2)自家培養軟骨については、機能区分が①採取・培養キット及び ②調製・移植キットに細分化されたが、平成28年3月31日以前に区分番号「K126-2」自家培養軟骨組織採取術を実施したことか ら①採取・培養キットを算定しなかった患者が、平成28年4月1日以降に区分番号「K059」骨移植術(軟骨移植術を含む)4 自 家培養軟骨移植術を実施した場合であっても、②調製・移植キットしか算定ができないのか。

(答)区分番号「K126-2」自家培養軟骨組織採取術を平成28年3月31日以前に実施し、平成28年4月1日以降に区分番号「K059」骨移植術(軟骨移植術を含む)4自家培養軟骨移植術を実施した場合に限り、「K059」の算定時に、特定保険医療材料150とト自家移植組織(2)自家培養軟骨①採取・培養キット及び②調製・移植キットを算定できる。その際は、摘要欄に区分番号「K126-2」を実施した日付を記載すること。

NICHI-IKO

K 手術

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)]【帝王切開術】

(問28) 区分番号「K 8 9 8」帝王切開術の「注」に規定されている複雑な場合について、「オ開腹歴(腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう。) のある妊婦に対して実施する場合」とあるが、帝王切開術の既往のある妊婦に対して新たに帝王切開術を実施する場合も対象となるのか。

(答) そのとおり。

【希釈式自己血輸血】

(問29)区分番号「K9205」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」及び関連学会のガイドライン等を遵守し、保管管理等に留意するものであること。

(問30)区分番号「K9205」希釈式自己血輸血について、「麻酔導入後から執刀までの間に自己血の貯血を行った後に」とあるが、麻酔導入後から執刀までの間に自己血の貯血を行った場合に、別途、区分番号「K9203」自己血貯血の費用を算定出来るか。

(答) 算定できない。

「疑義解釈(厚労省⑦2016年9月15日)]【手術】

(問11) 同一日に区分番号「K603-2」小児補助人工心臓と区分番号「K600」大動脈バルーンパンピング法(IABP法)、区分番号「K601」人工心肺又は区分番号「K602」経皮的心肺補助法を併施した場合、それぞれの点数を算定してよいか。

(答)算定できない。区分番号「K 6 0 0 」大動脈バルーパンピング法(I A B P 法)、区分番号「K 6 0 1 」人工心肺、区分番号「K 6 0 2 」経皮的心肺補助法又は「K 6 0 3 – 2 」小児補助人工心臓を併施した場合においては、1日ごとに主たるもののみにより算定する。

K 手術

[**疑義解釈(厚労省⑫2017年6月14日)**]【特定保険医療材料料】

(問2)「特定保険医療材料133 血管内手術用カテーテル(5)下大静脈留置フィルターセットイ特殊型」の定義については、「留置後から必要時回収するまでの期間に制限がないこと」とされているが、添付文書の警告、禁忌及び使用上の注意欄等において、回収期限を制限する記載がされている場合は、当該機能区分の定義に該当するといえるのか。 (答)該当しない。

L 麻酔

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] [麻酔]

(問178)区分番号「L100」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。

M 放射線治療

「疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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、キャンサ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、必要に応じてキャンサ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キャンサ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) 自施設のキャンサーボードに係る様式については、キャンサーボードの目的、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キャンサ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、連携先のキャンサ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。

NICHI-IKO

N 病理診断

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

[疑義解釈(厚労省④2016年6月14日)]【病理診断】

(問31) 保険医療機関間の連携による病理診断について、送付側として、病理診断管理加算を算定している保険医療機関が、病理診断管理加算を算定している受取側の保険医療機関と連携して病理診断を行うことは可能か。また、その際、病理診断管理加算については、受取側の保険医療機関における該当区分に従い、送付側で算定される病理診断料に加算するのか。 (答) そのとおり。

【細胞診】

(問32)区分番号「N004」細胞診の「3」セルブロック法によるものにより作製された標本について、病理診断を実施した場合、「N006」病理診断料の「2」細胞診断料を算定するのか。

(答) そのとおり。

「疑義解釈(厚労省⑧2016年11月17日)]【病理診断】

(問15)「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)の第2章の第13部病理診断の通則6において、「標本の受取側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本の送付側、標本の受取側の保険医療機関間における相互の合議に委ねる」とあるが、「特掲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54号。)の「第十四の二病理診断一保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準」に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において、標本の送付側の保険医療機関(以下、「送付側」という。)が標本の受取側の保険医療機関(以下、「受取側」という。)に病理診断を依頼した場合であって、受取側が病理診断管理加算を届け出ている場合は、その届出内容に応じ、送付側において病理診断管理加算を算定することは可能か。

(答) 算定可能。

常勤配置の取り扱いの明確化

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【常勤配置の取り扱いの明確化】

(質問32) 複数人の非常勤勤務者の合計が1を越える場合、常勤者が1名配置されていると解釈して良いか(回答) 良い。

(質問33) 複数の常勤職員が兼務して勤務した場合でも、勤務時間の合計が1を超えた場合は、施設基準を満たしていると解釈して良いか

(回答) 既にいる複数の常勤職員を他業務と兼務させて常勤1名とすることは想定していない。

(質問34) 育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとするとあるが、同法に定める努力義務を、医療機関が努力して就業規則に定めている場合は、就学までの期間も同規定にある常勤扱いとみなしてよいか

(回答) 良い。ただし、就業規則に定めていることが必要。

入院時食事療養費·入院時生活療養費

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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、通常の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、通常の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、通常の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、通常の額を算定できる。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

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【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。

患者申出療養

[疑義解釈(厚労省⑪2017年5月26日)]【先進医療·患者申出療養】

(問5)先進医療又は患者申出療養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) 先進医療又は患者申出療養において発生した副作用等に係る診療については、原則として保険給付の対象である。

NICHI-IKO 日医工MPS2017

大病院定額自己負担

「**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【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 1:の患者 には当たらない。

大病院定額自己負担

[**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【大病院定額自己負担】

(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。

「**疑義解釈(厚労省42016年6月14日)**]【大病院定額自己負担】

(問33)特定機能病院及び一般病床(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2第2項に規定する指定発達支援 医療機関及び同法第40条の2第2号に規定する医療型障害児入所施設に係る一般病床を除く。以下同じ。)の数が500床以 上の地域医療支援病院は、既に平成28年3月31日までに病床数が200床以上の病院について受けた初診・再診に係る特別の料 金等の内容の定めについて地方厚生(支)局長に報告を行っている場合であっても、特定機能病院及び一般病床500床以上の地 域医療支援病院の初診・再診に係る特別の料金等の内容の定めについて改めて報告する必要があるか。

(答)特別の料金の徴収額に変更がない場合も含め、特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院の初診・再診に係る特別の料金等の内容の定めについて改めて報告する必要がある。

「質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【大病院受診時定額負担】

(質問54) 定額負担を求めなくても良い場合の例があるが、該当する場合でも病院の判断で求めることは可能か (回答) 徴収可能。

明細書無料発行

[**疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)**]【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。

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]【明細書無料発行】

- Q. 公費負担医療にかかる給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)には生活保護受給者は含まれるか?
- A. 生活保護受給者については(健康保険と生活保護を併用する者を除き) 含まれない。
- Q. レセプト電子請求が義務付けられた医療機関は、正当な理由がない限り、一部負担金等の支払いがない患者(費用の全額が 公費によるものを除く)についても、患者から求められたときは明細書を無償で発行しなければならないこととされたが、「正当な理由」と は何か?
- A. 正当な理由とは以下のとおりである。なお、病院については、以下の内容が正当な理由として認められるのは、平成29年度末までとなる。
- ①一部負担金等の支払い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プトコンピューターを使用している場合
- ②自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

治験

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] 【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れたいこと。

(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。

治験

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)]【治験】

(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れたい。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。

治験

[疑義解釈(厚労省①2016年3月31日)] [治験]

(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、診療報酬点数表に収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収載される場合がある。

指定難病

[疑義解釈(厚労省42016年6月14日)]【指定難病·小児慢性特定疾病】

(問4)指定難病については、

- ○区分番号「A 1 0 1 」療養病棟入院基本料の「医療区分・ADL区分に係る評価表評価の手引き」19~23、区分番号「B 0 0 1 7 」難病外来指導管理料、区分番号「C 1 0 9 」在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号「F 2 0 0 」薬剤注 1、区分番号「J 0 3 8 」人工腎臓注 3 等においては、「同法(難病の患者に対する医療等に関する法律)第 7 条第 4 項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る」
- ○区分番号「C002」在宅時医学総合管理料の注5等に規定する「別に厚生労働大臣が定める状態」においては、「難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病」と規定されている。
- これらについて、いずれも病名及び重症度が「特定医療費の支給認定に係る基準」を満たすことを患者が受診する保険医療機関の医師が診断したが、受給者証の交付を受けていない場合も、対象に含まれるか。
- また、小児慢性特定疾病については、区分番号「BOO1 5」小児科療養指導料において、「児童福祉法第6条の2第1項に 規定する小児慢性特定疾病(同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。)」とあるが、これについても同様か。
- (答)いずれも、医師が、病名及び重症度が基準を満たすことを客観的な根拠とともに医学的に明確に診断できる場合には含まれる。

認知症疾患医療センター

[疑義解釈(厚労省⑪2017年5月26日)] 【認知症疾患医療センター】

(問1) 平成29年度より、認知症疾患医療センターについて、従来の「診療所型」の設置要件に病院が追加され、「連携型」に区分が改正されたが、認知症疾患医療センター「連携型」への鑑別診断を目的とした紹介や、認知症疾患医療センター「連携型」での鑑別診断等について、以下の項目を算定することができるか。

- ① 診療情報提供料(I)認知症専門医紹介加算
- ② 認知症専門診断管理料 1「診療所型」
- ③ 認知症療養指導料
- (答) ①については、鑑別診断を目的に認知症疾患医療センターへ患者を紹介した場合について、認知症疾患医療センターの区分を問わず、紹介元の保険医療機関において算定できる。②と③については、認知症疾患医療センター「連携型」のうち、診療所である場合にのみ、算定できる。なお、認知症疾患医療センターの区分が明らかでない場合には、これらの診療報酬を算定するのに先立ち、都道府県の担当部局に確認すること。

その他

[疑義解釈(日医①2016年3月5日)]【診療等に要する文書の電子化】

- Q. 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、日医認証局の医師資格証を使って電子署名した場合は要件を満たすか?
- A. 日医認証局の医師資格証は要件を満たす。
- Q. 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)には何が書かれているか?
- A. 安全管理のガイドラインは、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」が参照する、情報システムにおけるガイドラインという位置付けのものである。従って、情報システムにおいて個人情報を保護するための基準が書いてある。そのため、ネットワークのセキュリティについても記述があり、どのようなネットワークであれば安全に医療情報が交換できるかの基準が書かれている。

【施設基準等の届出】

- Q. 届出が必要な項目はどこに記載されているのか?また、いつまでに届け出なければならないのか?
- A. 届出が必要な項目や届出書については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」に掲載されている。
- また、各月の末日までに要件審査を終え、届出が受理された場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。 なお、平成28年4月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1日に遡って算定することができる。
- Q. 夜間・早朝等加算など届出の簡素化から、施設基準を満たしていれば、厚生局に届出を行う必要がなくなった点数があるが、どのような確認が行われるのか?
- A. 適時調査や指導などで施設基準を満たしていることが確認される。

[質疑応答集(全日病①2016年4月8日)]【電子化】

(質問39) 電子的な送受とは、電子的記録媒体(CDR等)で提供する場合でも該当するのか (回答) 該当しない。