事　務　連　絡
平成 30 年３月 30 日

地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）　　御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その１）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成 30 年３月５日保医発 0305 第２号）等により、平成 30 年４月１日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添１から別添５のとおり取りまとめたので、改定説明会等にて回答した事項と併せて、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

〈 別 添 1 〉

医科診療報酬点数表関係

【妊婦加算】

問１　妊婦であることはどのように確認すればよいのか。妊娠反応検査の実施や母子健康手帳の確認が必要であるか。

（答）妊婦加算は、医師が診察の上、妊婦であると判断した場合に算定可能であり、必ずしも妊娠反応検査の実施や母子健康手帳の確認は必要ではない。

問２　診察時には妊婦であるかが不明であったが、後日妊娠していることが判明した場合、遡って妊婦加算を算定することは可能か。

（答）診察の際に、医師が妊婦であると判断しなかった場合には、算定不可。

問３　妊婦加算は、妊婦が感冒等の妊娠に直接関連しない傷病について受診を行った場合に算定可能か。

（答）初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

問４　当日の診察で妊娠が確認された場合であっても妊婦加算は算定可能か。

（答）初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

問５　妊婦加算の算定に当たっては、診療録や診療報酬明細書にはどのような記載が必要か。

（答）当該患者が妊婦であると判断した旨の記載が必要である。

【オンライン診療料】

問６　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定してから６月の間は、毎月同一医師による対面診療を行う必要があるが、当該６月の間で、同一の疾患に対して継続的に診療を行っているが、算定した管理料等がオンライン診療料対象管理料等の中で異なる管理料等を算定する場合であっても、算定要件を満たすか。

（答）同一の疾患に対して６月間、毎月同一医師による対面診療を行っていれば、算定した管理料等がオンライン診療料対象管理料等の中で異なるものであっても、オンライン診療料の算定要件を満たすものとして差し支えない。

問７　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療

料対象管理料等の算定の対象とならない疾患について５月間対面診療を行った患者が、６月目にオンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患が発生した場合、オンライン診療料対象管理料等の算定の対象となる対面診療が１月間であっても、オンライン診療料は算定可能か。

（答）オンライン診療料対象管理料等の算定対象とならない疾患について対面診療を行った５月間については、連続する６月には含まれない。

問８　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定してから６月の間は、毎月同一医師による対面診療を行う必要があるが、連続する６月でなければならないのか。１月でも対面診療を行わない月があれば算定できないのか。

（答）連続する６月である必要がある。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から６月以上経過している場合は、直近 12 月以内に６回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

問９　オンラインによる診察を行う患者が、二つの保険医療機関に別々に受診しており、それぞれの保険医療機関で同一の医師がオンライン診療を行った場合、それぞれの保険医療機関において算定要件を満たしている場合は、両者の保険医療機関でオンライン診療料を算定可能か。

（答）それぞれの医療機関で要件を満たしていれば、算定可能。

問 10　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定する患者にオンライン診療を行う際に、オンライン診療の診療計画に含まれていない疾患について診療を行うことは可能か。

（答）オンライン診療の診療計画に含まれていない疾患については、対面診療が必要である。

問 11　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定する患者のオンライン診療に係る療養計画について、複数の疾患を計画の対象にすることは可能か。

（答）継続的な医学管理が必要な慢性疾患であれば、対象疾患に含めて差し支えない。

問 12　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定する患者が、老人ホーム等に入居している患者でも、オンライン診療料に関する要件を満たせば、オンライン診療料は算定可能か。

（答）オンライン診療料に関する要件を満たせば、算定可能。ただし、患者の

診療上のプライバシーに配慮した環境が確保されていることなどに留意して、適切に行われる必要がある。

問 13　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料の算定要件において、区分番号「Ｆ１００」処方料又は区分番号「Ｆ４００」処方箋料を算定できるとあるが、
①　区分番号「Ｆ２００」薬剤料も合わせて算定可能か。
②　区分番号「Ｆ１００」処方料又は区分番号「Ｆ４００」処方箋料に係る加算・減算は算定適用されるか。

（答）①算定可能。
②適用されない。

問 14　オンライン診察を行うにあたり、情報通信機器を医療機関に設置した上で、医師の自宅などへ画像情報等を転送し、オンライン診察を行う場合も算定可能か。

（答）不可。オンライン診察を行う医師は、当該医師が所属する保険医療機関においてオンライン診察を行う必要がある。

問 15　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定する患者が利用する情報通信機器は、医療機関が無償で貸与する必要があるか。予約や受診等に係るシステム利用に要する費用について、実費相当分について患者に自己負担を求めても良いか。

（答）予約や受診等に係るシステム利用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当適切な額を別途徴収できる。この場合、予め患者に対し、サービスの内容や料金等について明確かつ懇切に説明するなど「療養の給付と直接関係のないサービス等の取扱いについて」（平成 17 年９月１日保医発第 0901002 号）に従い運用すること。

問 16　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料の算定要件・施設基準にある「厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針」とは具体的には何を指すのか。

（答）「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（厚生労働省医政局）を指す。

問 17　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、当該保険医療機関において、オンライン診察を行う

医師と同一の医師による対面診察が可能である体制が必要か。

（答）オンライン診察を行う医師と同一の医師による対面診察が可能である体制が必要である。

問 18　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、患者が自院まで通院できないケースもあることから、概ね 30 分以内に往診が可能な体制でも施設基準の要件を満たすか。

（答）満たす。

問 19　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、算定対象となる患者に対して、厳密に 30 分以内に診察できる体制がなければ、施設基準の要件を満たさないのか。

（答）「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制」とは、日常的に通院・訪問による診療が可能な患者を対象とするものであればよい。

問 20　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、離島・へき地においても、当該施設基準を満たす必要があるか。

（答）離島・へき地においても、オンライン診療料等を算定する場合は、原則として、当該施設基準を満たす必要がある。ただし、離島・へき地において緊急時も当該医療機関が対応することとなっている場合は、30 分を超える場合であっても、施設基準を満たすものとして取扱って差し支えない。

問 21　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料に係る施設基準について、既に主治医として継続的に診療している患者であって、状態が安定している患者についても、「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」という要件を満たす必要があるのか。

（答）満たす必要がある。ただし、平成 30 年 3 月 31 日時点で、３月以上継続して定期的に電話、テレビ画像等による再診料を算定している患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、オンラインで診察を行った場合にも、電話等による再診として再診料を算定して差し支えない。

問 22　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料に係る施設基準にある「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関で対面診療が可能な体制」とは、夜間や休日など当該医療機関で対応できない時間帯について、あらかじめ救急病院などを文書等で案内することでもよいか。夜間や休日も当該保険医療機関で対応が必要か。

（答）夜間や休日なども含めた緊急時に連絡を受け、概ね 30 分以内に、当該医療機関で対面診療が可能な体制が必要である。

【地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料】

問 23　加算１又は診療料１の施設基準において、「直近１年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「Ｃ０００」往診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）を算定した患者の数の合計」を算出することが規定されたが、 数年前に継続的に外来を受診していたものの、それ以降は受診がなかった患者に対して往診等を行った場合に、この人数に含めることができるか。

（答）含めることができる。ただし、診療録や診療券等によって、数年前の外来受診の事実が確認できる場合に限る。

問 24　24 時間の往診体制等の施設基準等を満たした上で、加算１又は診療料１を算定している医療機関は、以下の患者数や割合を毎月計算し、基準を満たさない月は加算２又は診療料２を算定するなど、月ごとに算定点数が変わるのか。

・直近１年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、往診料等を算定した患者の数
・直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合

（答）届出時及び定例報告時に満たしていればよい。

【地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料】

問 25　手引きを参考にした抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組とはなにか。

（答）普及啓発の取組としては、患者に説明するほか、院内にパンフレットを置くことやポスターを掲示する等の対応を行っていること。

【急性期一般入院料１及び７対１入院基本料】

問 26　急性期一般入院料１及び７対１入院基本料の施設基準にある、「自宅等に退院するもの」の中に、同一の敷地内にある介護医療院に退院した患者も含まれるか。

（答）含まれる。

【急性期一般入院基本料】

問 27　急性期一般入院料２及び３の施設基準の「厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査」とは、①どのような調査で、いつ実施されるのか。②２年前に調査に参加した場合は該当するか。③届出に際して何を届け出ればよいのか。

（答）①中央社会保険医療協議会の議論に資する目的で実施される調査が対象であり、平成 30 年度下半期から平成 31 年度上半期に実施予定である。②過去に実施された調査は対象とならない。平成 30 年度以降に実施されたものが対象となる。③平成 30 年度以降の調査で、調査対象となった場合に適切に参加していることを求めているものであり、届出時の実績はなくてもよい。

問 28　急性期一般入院料２及び３の施設基準の「厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析･評価するために行う調査に適切に参加すること。ただし、やむを得ない事情が存在する場合には、この限りではない。」とあるが、「やむを得ない事情」とはどのような場合か。

（答）「やむを得ない事情」とは、不測の事態により調査票が未着であった場合や調査対象となっていない場合など、調査への参加が困難な場合をいう。

【重症度、医療・看護必要度】

問 29　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてＡ項目の評価を行う場合、手術や麻酔中に用いた薬剤も評価の対象となるか。

（答）そのとおり。

問 30　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてＡ項目の評価を行う場合、「Ａ３　点滴ライン同時３本以上の管理」と「Ａ６　輸血や血液製剤の管理」で共通するレセプト電算処理システム用コードが入力されている場合、それぞれの項目で評価の対象としてよいか。

（答）よい。

問 31　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてＡ項目の評価を行う場合、内服薬のレセプト電算処理システム用コードが入力されていない日でも、当該コードに該当する内服を指示している場合には評価の対象となるか。

（答）評価の対象とはならない。

問 32　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてＡ項目の評価を行う場合、内服薬について、レセプト電算処理システム用コードとして該当する薬剤が入力されていないが、当該薬剤を事前に処方しており内服の指示を行った日についても、評価の対象となるか。

（答）評価の対象とはならない。

問 33　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてＣ項目の評価を行う場合、手術等のレセプト電算処理システム用コードが入力されていない日でも、当該コードに該当する手術が実施されてから所定の日数の間は、Ｃ項目に該当すると評価してよいか。

（答）よい。

問 34　平均在院日数の計算及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から「ＤＰＣ対象病院において短期滞在手術等基本料２又は３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して５日までに退院した患者に限る。）」は除外されることとなったが、例えば短期滞在手術等基本料３の対象となる手術を実施して入院から４日目に退院した患者であって、当該期間中に短期滞在手術等基本料３の対象となる手術を複数実施した場合も対象から除外されるのか。

（答）除外されない。短期滞在手術等基本料の算定要件に準じて、平成 30 年度改定前までは短期滞在手術等基本料が算定できないとされていた場合は、平均在院日数の計算及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から除外されない。

問 35　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準の算出において、「直近３月において入院している全ての患者」となったが、改定前後の対象患者及び基準について、①平成 30 年４月から入院料等の変更を行う場合と②平成 30 年６月から入院料等の変更を行う場合の取扱いはどうすればよいか。

（答）①対象患者は１～３月に入院する患者であり、基準を満たす患者の割合は平成 30 年度改定後の基準で行う。②対象患者は３～５月に入院する患者であり、基準を満たす患者の割合は平成 30 年度改定後の基準で行う。

問 36　平成 30 年４月から一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合、過去３月の実績は１～３月の入院患者が対象となるが、①３月５日に公開されたレセプト電算処理システム用コード一覧は平成 30 年４月以降のコードで示されている。１～３月の評価においては、何を用いればよいか。②基準を満たす患者の割合は改定前後どちらの基準を用いればよいか。

（答）①平成 30 年２月７日の中央社会保健医療協議会総会（第 389 回）の総－１参考２「入院医療（その 11）で診療実績データを用いた判定の集計に用いたマスタ」を用いること。②平成 30 年度改定後の基準を用いること。

（参考ＵＲＬ）

①「入院医療（その 11）で診療実績データを用いた判定の集計に用いたマスタ」

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193512.xlsx

問 37　評価方法の切り替えは４月又は 10 月のみとし、切替月の 10 日までに届け出ることとされているが、平成 30 年４月に、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに切り替えたい場合、４月 10 日でなく、４月 16 日までに届け出ることでよいか。

（答）平成 30 年４月については、４月 16 日までによい。

問 38　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の対象について、「算定するものとして届け出た病床に、直近３月において入院している全ての患者」について測定するとあるが、自費の患者や労働災害保険の給付を受ける患者などの医療保険の給付の対象外の患者は、対象としなくてよいか。

（答）対象としなくてよい。

問 39　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合、「Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、それぞれ基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が 0.04 を超えないこと」とあるが、値がマイナスの場合でもよいのか。

（答）よい。例えば、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの値が 36％で、Ⅱの値が 28％の場合、差が－0.08 となるため、Ⅱを用いることは可能。

問 40　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅡからⅠに切り替える場合において、届け出時に、ⅠとⅡの両方の基準を満たしている必要があるか。

（答）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を届け出前３月において満たしていればよい。

問 41　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡについては、改定により届出前１月の実績から３月の実績となったが、一月ごとに基準の割合を満たす必要があるのか。

（答）直近３月の入院患者全体（延べ患者数）に対し、基準を持たす患者の割合であるため、一月ごとに算出するのではなく、毎月、直近３月ごとに算出する。

問 42　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度が基準となっている入院料等について、一つの医療機関で当該入院料等を複数届け出る場合（例えば、急性期一般入院料１と地域包括ケア病棟入院料１を届け出る場合など）、ⅠとⅡのどちらかに揃えなければならないか。

（答）別々に用いて差し支えない。

問 43　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のＡ及びＣ項目において、Ⅱについては、「レセプト電算処理システム用コード」一覧が示されたが、Ⅰの評価においては、従来どおり「評価の手引き」の定義を踏まえ、評価する方法でよいか。

（答）そのとおり。

問 44　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のＣ項目「17 開腹手術」の該当日数が「５日」から「４日」となったが、当該患者が４月１日をまたいで入院する場合、何日該当とすればよいか。

（答）４月１日以降に開腹手術を受けた患者から「４日」とする。

問 45　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のＡ項目の「３　点滴同時３本以上の管理」等の点滴使用の場合の項目において、「持続的に点滴する場合」とあるが、24 時間かけた持続点滴のみが対象となるか。

（答）24 時間より短い時間で行う持続点滴も対象となる。

問 46　特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票について、Ａ項目「10 人工呼吸器の装着」が「人工呼吸器の管理」に変更となったが、平成 30 年４月１日から変更された評価票を用いなければならないか。

（答）当該項目については、定義等の内容に係る変更ではないため、平成 30 年度改定前の評価票を用いて差し支えない。

問 47　地域包括ケア病棟入院料の注７の看護職員夜間配置加算の届出において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のＢ項目の一部を用いるが、当該項目に係る院内研修は実施しなければならないか。

（答）当該加算に係る院内研修は必要ないが、「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」を参照し適切に評価すること。

問 48　重症度、医療・看護必要度の対象患者について、「短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者」は対象から除外されるとされたが、短期滞在手術等基本料の算定日数を超えて入院し、急性期一般入院基本料を算定する場合、当該患者を対象とする場合は、急性期一般入院基本料を算定する日からでよいか。

（答）そのとおり。

【看護職員配置】

問 49　「夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の夜勤時間から除いて差し支えない。」とされたが、①日勤帯での申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の勤務時間から除かなくてよいか。②時間を除くかどうかは、看護職員や日ごとに選択してよいか。

（答）①夜勤時間帯の取扱いと同様に、除いても差し支えない。②基本的には同一入院基本料単位かつ月単位で選択すること。

【夜間看護体制特定日減算】

問 50　夜間看護体制特定日減算は、年６日以内であることや当該日が属する月が連続する２月以内であること等の算定要件があるが、年７日目若しくは連続した３月において、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が２名を満たさなくなった場合は、当該減算は算定できないか。

（答）算定できない。

問 51　入院患者数が 31 人以上の場合は、看護補助者の配置が求められているが、当該看護補助者は当該日の夜勤帯に常時配置が必要か。

（答）少なくとも看護職員の数が一時的に２人未満となる時間帯において配置していること。

問 52　夜間看護体制特定日減算は、夜間看護職員が２人未満となった１つの病

棟のみではなく、当該入院料を届け出る全ての病棟の患者において算定するのか。

（答）当該入院料を届け出る全ての病棟において算定する。なお、地域包括ケア病棟入院料に係る当該減算は病棟ごとに算定する。

【看護職員夜間配置加算】

問 53　地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算については、①同一医療機関に同一の入院料を算定する病棟が複数ある場合、病棟全てで当該加算を届けなければならないか。②毎日、各病棟に看護師３人以上の配置が必要か。

（答）①病棟ごとに届け出ることが可能である。

②夜勤帯において常時 16 対１を満たす必要があり、その上で病棟ごとに３人以上の配置の場合に算定できる。例えば、入院患者数が 32 人以下で、配置が２名となった場合は、16 対１は満たしているが３人以上配置ではないため、当該日のみ算定できない。

【看取りに対する指針】

問 54　療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１及び３の施設基準に「「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ看取りに対する指針を定めている」とあるが、具体的にはどのようなものを作成すればよいか。

（答）看取り時の医療・ケアの方針をどのように決定するか、患者本人や家族等への説明や手続き等、当該医療機関としての手順を定めたものであり、各医療機関の実情にあわせて作成いただきたい。当該指針を定めるに当たっては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされること、患者本人や家族等の信頼できる者も含めた話し合いが繰り返し行われること、このプロセスに基づく話し合いの内容をその都度文書にまとめておくこと等、各ガイドラインの内容を踏まえた上で作成いただきたい。

【看護補助加算等（夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注 13）、看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注９）、急性期看護補助体制加算、看護補助加算、看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注４））】

問 55　看護補助者への研修は、全ての看護補助者に対して実施しなければならないのか。

（答）当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年１回以上受講した者である必要がある。ただし、当該看護補助者が介護福祉士

等の介護業務に関する研修を受けている場合はこの限りでないが、医療安全や感染防止等、医療機関特有の内容については、院内研修を受講する必要がある。

【ＡＤＬ維持向上等体制加算】

問 56　ＡＤＬ維持向上等体制加算における院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合は、届出以降は「別添７」の「様式５の４」に基づき調査するとあるが、毎年７月の報告時のみ要件を満たしていればよいのか。

（答）届出月又は報告月（７月）の前月の初日を調査日として、入院後に院内で発生した褥瘡を保有する入院患者の割合が要件を満たしていればよい。なお、報告月に要件を満たしていなかった場合、変更の届出を行う必要があるが、報告月以後に調査を行い、要件を満たしていれば、次の報告月を待たず届出することは可能である。

【褥瘡対策】

問 57　対象患者に「皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用」が追加されたが、「長期かつ持続的」とは具体的にどれくらいの期間を指すのか。

（答）医療関連機器を１週間以上持続して使用する者が対象となる。なお、医療関連機器を１週間以上持続して使用することが見込まれる者及び当該入院期間中に医療関連機器を１週間以上持続して使用していた者も含まれる。

【入退院支援加算】

問 58　退院困難な要因の中に「生活困窮者であること」が加わったが、生活困窮者とは具体的にどのような状態の者のことをいうのか。

（答）生活困窮者とは、生活困窮者自立支援法第２条第１項の生活困窮者（現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者）をいうが、具体的な判断は、個々の患者の状況に応じて対応されたい。

問 59　留意事項通知に示す入院前に実施するアからクまでの支援を、入院当日に外来で行った場合でも算定できるか。

（答）算定できない。

問 60　入院時支援加算の算定要件において、「入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て」とあるが、この療養支援計画は、特定の書式に基づい

て作成しなければならないか。

（答）「療養支援計画」は、入院時に作成する看護計画や栄養管理計画等のことであり、従来より作成していりるものを用いればよく、本加算の算定にあたり新たな書式を作成するは必要ない。

問 61　入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門の専従の看護師が、①入退院支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置される専従又は専任の看護師及び②入退院支援加算１の施設基準で求める病棟に配置される専任の看護師を兼ねてよいか。

（答）①兼ねることはできない。

②兼ねることはできない（入退院支援加算１において、病棟に配置される専任の看護師が入退院支援部門の専任の看護師を兼ねる場合も含む）。

問 62　入退院支援加算の施設基準で求める専従の職員について、以下の者は非常勤でもよいか。

①　入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置する専従の看護師

②　入退院支援加算２の施設基準で求める専従者については、「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）では、非常勤は不可であるが、従前から配置している場合に限り平成 30 年３月 31 日までは非常勤でよいとされている者

（答）①　非常勤でもよい。

②　平成 30 年３月 31 日に退院支援加算２を算定している保険医療機関で、同年４月１日以降も引き続き入退院支援加算２を算定す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 32 年３月 31 日までは非常勤であっても差し支えない。

問 63　入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門の専任の職員が、①入退院支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置される専任の職員又は②入退院支援加算１の施設基準で求める病棟に配置される専任の職員を兼ねてよいか。

（答）①兼ねてよい。

②兼ねてよい。ただし、入退院支援加算１において、病棟に配置される専任の職員が入退院支援部門の専任の職員を兼ねる場合は、入院時支援加算の専任の職員と兼ねることはできない。

問 64　入院前に行う支援のうち、全ての項目について施設基準で求める専従又は専任の職員が行わなければならないのか。特定の項目を入退院支援部門以外の他の専門職と連携して対応することは可能か。

（答）可能である。入院前支援の内容に応じて、適切な職種が実施していただきたい。

問 65　入退院支援加算にかかる入院時支援加算について、平成 30 年４月１日以降入院予定の患者に対して、３月中に入院前支援を実施した場合に算定してよいか。

（答）入院前支援に加えて、当該患者が予定どおり入院し、退院支援を行った場合は算定できる。

【療養病棟入院基本料】

問 66　療養病棟入院基本料の注 11 及び注 12 に規定される病棟を算定する場合に、療養病棟入院基本料の注に規定される加算及び入院基本料等加算を算定できるか。

（答）療養病棟入院基本料の注 11 を算定する場合は、療養病棟入院料２の例により算定し（療養病棟入院基本料の注 13 に規定する夜間看護加算は除く。）、注 12 を算定する場合は、特別入院基本料の例により算定する。

問 67　平成 30 年３月 31 日に平成 30 年度改定前の療養病棟入院基本料１、療養病棟入院基本料２又は療養病棟入院基本料の注 11 の届出を行っている病棟については、平成 30 年４月１日以降引き続き療養病棟入院基本料を算定するに当たり、４月 16 日までに届出をし直すことが必要か。

（答）平成 30 年３月 31 日において、現に旧医科点数表別表１（以下「旧別表１」という。）の療養病棟入院基本料１の届出を行っている保険医療機関における当該病棟、現に旧別表１の療養病棟入院基本料２の届出を行っている保険医療機関における当該病棟又は現に旧別表１の療養病棟入院基本料の注 11 に規定する届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあっては、同年９月 30 日までの間に限り、それぞれ療養病棟入院料１、療養病棟入院基本料の注 11 又は療養病棟入院基本料の注 12 の基準を満たしているものとみなすため、平成 30 年４月における届出を要さず、当該入院料及び注が算定可能である。ただし、10 月１日以降に引き続き算定する場合は同日までに届出が必要である。また、旧別表１の療養病棟入院基本料２の届出を行っている病棟が４月から療養病棟入院料２を算定する場合にあっては、４月 16 日までに療養病棟入院料２の届出が必要である。

問 68　療養病棟入院基本料の施設基準について、看護職員の配置基準や医療区分２・３の患者割合等の要件について既に届け出ている場合に、「適切な看取りに対する指針を定めていること」のみについて、改めて届出を行う必要があるか。

（答）平成 30 年 10 月１日以降に引き続き療養病棟入院基本料を算定する場合は、同９月 30 日までに届け出る必要がある。

問 69　療養病棟入院基本料の注 11 に規定する病棟について、看護職員の配置は 25 対１以上を満たしている必要があるが、看護補助者についても 25 対１以上の配置でよいか。

（答）そのとおり。

問 70　平成 30 年度改定前の療養病棟入院基本料の注 11 に規定する病棟を届け出ていた場合、改定後の療養病棟入院基本料の注 11 に規定する病棟を届け出ることは可能か。

（答）施設基準を満たしている場合は可能。

問 71　療養病棟入院基本料の注 10 の在宅復帰機能強化加算について、医療機関に療養病棟が複数ある場合に、当該加算を届け出る病棟と届け出ない病棟があっても良いか。

（答）同一入院料の病棟が複数ある場合、当該加算を届け出るためには、同一入院料の病棟全体で当該加算の要件を満たす必要がある。

問 72　平成 30 年度改定前の療養病棟入院基本料２における、看護要員の１人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間以下であることの要件は、改定後の療養病棟入院料２、注 11 及び注 12 に規定される病棟には適用されないか。

（答）適用されない。

問 73　同一医療機関において、療養病棟入院料１を算定する病棟と療養病棟入院料２を算定する病棟を、それぞれ届け出ることは可能か。また療養病棟入院料１又は２を算定する病棟と、療養病棟入院基本料の注 11 又は注 12 に規定される病棟を、それぞれ届け出ることは可能か。

（答）療養病棟入院料１と２の両方を同一の医療機関が届け出ることはできないが、療養病棟入院料１又は２の病棟と、注 11 又は注 12 の病棟のいずれか一方又は両方を、それぞれ届け出ることは可能。

問 74　療養病棟入院基本料の注 13 の夜間看護加算について、医療機関に療養病棟が複数ある場合に、当該加算を届け出る病棟と届け出ない病棟があっても良いか。

（答）同一入院料の病棟が複数ある場合、当該加算を届け出るためには、同一入院料の病棟全体で当該加算の要件を満たす必要がある。

【介護医療院】

問 75　精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において規定される患家に介護医療院は含まれるのか。

（答）含まれる。

【精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算、地域移行機能強化病棟入院料】

問 76　精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において、当該病棟又は治療室に専従配置された精神保健福祉士は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく医療保護入院者に対する退院後生活環境相談員に選任されることが可能か。

（答）当該精神保健福祉士が専従配置された病棟又は治療室の入院患者に対して退院後生活環境相談員に選任される場合に限り、可能。なお、当該患者が同一の保険医療機関の他の病棟又は治療室に転棟又は転室し、当該保険医療機関に入院中の場合については、当該精神保健福祉士は継続して当該患者の退院後生活環境相談員の業務を行ってよい。

【総合入院体制加算】

問 77　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、当該計画に含まれている事項はすべて実施していることが必要であるのか。

（答）計画の実施又は計画の達成状況の評価が行われていることが必要である。

問 78　「当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと」とあるが、

同一建物内ではなく同一敷地内に設置している場合は、総合入院体制加算の届出は可能か。

（答）可能。

【医師事務作業補助体制加算】

問 79　「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に含む項目として掲げられている「交替勤務制・複数主治医制の実施」について、交替勤務制と複数主治医制の両方の実施が必要か。

（答）当該保険医療機関の課題や実情に合わせて交替勤務制又は複数主治医制のいずれかを実施すればよい。

【緩和ケア診療加算】

問 80　過去１年以内に心不全による急変時の入院が２回以上ある場合とは、具体的にはどのような場合が含まれるのか。

（答）過去１年以内に、心不全による当該患者の病状の急変等による入院（予定入院を除く。）の期間が２回以上ある場合を指し、必ずしも２回以上の入院初日がある必要はない。なお、当該保険医療機関以外の医療機関における入院であっても当該回数に計上して差し支えない。

問 81　「緩和ケアチームが診察する患者数が１日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない」とあるが、具体的にはどのような取扱いか。

（答）緩和ケアチームの構成員がいずれも専任であるとして届出を行った場合、１日に当該加算を算定できる患者数は 15 人までとなる。１日に当該加算を算定する患者数が 15 人を超える場合については、緩和ケアチームの構成員のいずれか１人が専従であるとして変更の届出を行う必要がある。

【緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料】

問 82　緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料の施設基準における「精神症状の緩和を担当する医師」は、心療内科医であってもよいか。

（答）差し支えない。

【精神科措置入院退院支援加算】

問 83　本加算を算定する場合、都道府県等と連携する必要があるが、都道府県等において医療機関と連携して退院後支援に関する計画を作成する体制が未整備の場合、当該体制が整備されてから算定可能と理解してよいか。

（答）そのとおり。

問 84　平成 30 年３月 31 日以前に措置入院又は緊急措置入院となり、４月以降に退院する患者も対象か。

（答）そのとおり。

問 85　措置入院から医療保護入院に切り替わった場合、算定するのは、医療保護入院の退院時か。

（答）そのとおり。

問 86　Ａ病院に措置入院後、Ｂ病院に医療保護入院として転院し、Ｂ病院から自宅等に退院した場合、Ａ病院、Ｂ病院のいずれで算定可能か。

（答）Ｂ病院で入院中から都道府県等と連携して退院に向けた支援を実施し、Ｂ病院から自宅等に退院した場合に限り、Ｂ病院で算定可能である。（Ａ病院では算定不可）

問 87　精神障害者の退院後支援に関する指針とは、具体的には何を指すのか。

（答）　「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」（平成 30 年３月 27 日障発 0327 第 16 号）を指す。

【医療安全対策加算（医療安全対策地域連携加算）】

問 88　医療安全対策地域連携加算１の施設基準である専任の医師は、医療安全対策加算１の施設基準である専従の医療安全管理者として配置された医師と兼任可能か。

（答）兼任可能。

問 89　医療安全対策加算の医療安全管理部門に配置されることとなっている診療部門等の専任の職員が医師である場合、当該医師は医療安全対策地域連携加算１の専任の医師と兼任可能か。

（答）兼任可能。ただし、当該医師は、当該加算に規定される医療安全対策に関する評価に係る業務を行うことが必要。

問 90　医療安全対策地域連携加算１は、一つ以上の医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関及び一つ以上の医療安全対策加算２に係る届出を行っている保険医療機関と連携を行っている場合に届出可能であると理解してよいか。

（答）そのとおり。

問 91　医療安全対策地域連携加算において特別の関係にある保険医療機関と連携することは可能か。

（答）可能。

問 92　医療安全対策地域連携加算は特定機能病院は算定できないが、医療安全対策加算１又は２に係る届出を行っている特定機能病院と連携して医療安全対策に関する評価を行った場合についても医療安全対策地域連携加算は算定可能か。

（答）可能。

問 93　医療安全対策地域連携加算において連携する保険医療機関は、必ずしも近隣の保険医療機関でなくてもよいと理解してよいか。

（答）そのとおり。ただし、少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携している保険医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要である。

問 94　医療安全対策加算１を既に算定しており、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者を医療安全管理者として配置している保険医療機関が、新たに医療安全対策地域連携加算１の届出を行う場合、医療安全対策に３年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師を配置することになるが、その際、医療安全対策加算１において配置する医療安全管理者について、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者に替えて、新たに配置する専任の医師を医療安全管理者とする場合も、医療安全対策加算１の施設基準を満たすとして理解してよいか。

（答）その場合も、引き続き、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていれば、施設基準を満たすとして差し支えない。

問 95　医療安全対策地域連携加算の施設基準では、医療安全対策加算１の届出を行っている医療機関と医療安全対策加算２の届出を行っている医療機関とが連携することになっているが、連携する医療機関が１対１ではない場合、複数の医療機関が合同で連携するその他の医療機関を評価することでもよいか。

（答）そのとおり。

【感染防止対策加算（抗菌薬適正使用支援加算）】

問 96　抗菌薬適正使用支援チームの構成員は、感染防止対策加算において規定される感染制御チームの構成員と兼任可能か。

（答）兼任可能である。また、いずれかのチームの専従者については、抗菌薬適正使用支援加算チーム及び感染制御チームの業務（院内感染防止対策に掲げる業務を含む。）のみ実施可能である。

問 97　広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団については、感染症早期からのモニタリングを実施する患者として設定することが必要か。

（答）施設基準で上げている患者は例示であり、各医療機関で診察を行う患者の特性等を踏まえ施設の状況に応じて設定を行えばよい。

問 98　抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修とは、誰を対象として行うのか。

（答）医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など、抗菌薬に関わる業務に従事する職員を対象とする。

問 99　抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修は、感染防止対策加算の要件となっている院内感染対策に関する研修とは別に行う必要があるか。

（答）双方の内容を含む場合については、併せて行ってよい。

【データ提出加算（提出データ評価加算）】

問 100　今回の改定でデータ提出加算の加算として、提出データ評価加算が新設されたが、既にデータ提出加算２を算定している場合は要件を満たしていれば新たに届出は不要か。

（答）提出データ評価加算については、届出を求めていない。

問 101　提出データ評価加算について、留意事項通知における要件に「その結果を記録し保存している場合に、データ提出加算２を算定する医療機関において算定できる。」とあるが、記録し保存する具体的内容はなにか。

（答）評価月の様式１、外来ＥＦファイル、入院レセプト、入院外レセプト、ＤＰＣ対象病院においてはＤＰＣレセプトのそれぞれにおける傷病名コードの総数及び未コード化傷病名の数を記録し、年度毎に各月の状況を保存すること。

問 102　データ提出加算１又は２については、施設基準通知の別添３の第 26 の

４の（１）において「次のアからウの保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０７」の診療録管理体制加算１又は２の施設基準を満たしていれば足りること。
ア　回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関
イ　地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関
ウ　回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関」とあるが、当該ア、イ又はウに該当する保険医療機関は、診療録管理体制加算１又は２の施設基準の要件を満たしていれば、診療録管理体制加算の届出は不要ということか。

（答）そのとおり。

【救命救急入院料等】

問 103　当該治療室に従事する医師の勤務場所について、「患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない」とされたが、一時的に離れる場合であっても、勤務場所は当該保険医療機関内に限定されるか。

（答）そのとおり。

【救命救急入院料（救急体制充実加算）】

問 104　平成 30 年３月 31 日において旧算定方法の規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成 30 年２月 16 日医政地発 0216 第１号）の救命救急センターの評価基準に基づく評価が行われるまでの平成 31 年３月 31 日までの間、引き続き当該届出に係る点数を算定することができると理解してよいか。

（答）そのとおり。

【特定集中治療室管理料】

問 105　特定集中治療室管理料１及び２の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」は、当該治療室に週 20 時間以上配置することが求められているが、当該治療室における勤務時間が週 20 時間以上であればよいのか。

（答）そのとおり。なお、勤務時間は、当該保険医療機関が定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）とすること。

問 106　特定集中治療室管理料１及び２の施設基準で求める「集中治療を必要と

する患者の看護に係る適切な研修」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である。

① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修

② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修

③ 日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修

④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修

⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程

⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の８区分の研修

なお、⑥については、８区分全ての研修が修了した場合に該当する。

【早期離床・リハビリテーション加算】

問 107　特定集中治療室管理料の注４に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に求める早期離床・リハビリテーションに係るチームの専任の常勤理学療法士及び常勤作業療法士は、疾患別リハビリテーションの専従者が兼任してもよいか。

（答）疾患別リハビリテーション料（２名以上の専従の常勤理学療法士又は２名以上の専従の常勤作業療法士の配置を要件としているものに限る。）における専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち１名については、早期離床・リハビリテーション加算における専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士と兼任して差し支えない。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

問 108　回復期リハビリテーション病棟１、３又は５において、実績指数がそれぞれ 37、30 又は 30 を上回る場合は、回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する１日当たりリハビリテーション提供単位数が６単位未満（２単位以上）であってもよいか。

（答）そのとおり。

問 109　回復期リハビリテーション病棟入院料の注３の規定において、１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料が入院料に包括されることと

なるリハビリテーション実績指数は、現行通り 27 を下回る場合と理解してよいか。

（答）そのとおり。

問 110　回復期リハビリテーション病棟入院料の注３に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る具体的な取扱いはどうなるのか。

（答）各年度４月、７月、10 月及び１月において「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合には、地方厚生（支）局長に報告し、当該月以降、１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されることとなる。その後、別の月（４月、７月、10 月又は１月以外の月を含む。）に当該場合に該当しなくなった場合には、その都度同様に報告し、当該月以降、再び１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

問 111　回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション実績指数について、病院単位で算出することとなっている取扱いに変更はないという理解でよいか。

（答）そのとおり。

【精神科救急入院料】

問 112　精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数や入院件数等の実績は直近１年間という理解でよいか。

（答）そのとおり。

問 113　「初診患者（精神疾患について過去３か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）」について、初診料を算定しない患者であっても対象となると理解してよいか。

（答）そのとおり。

問 114　精神科救急入院料の施設基準において、「なお、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行したものとして計上しない。」の文言が削除されたが、これは平成 30 年３月 31 日以前に精神科救急入院料に入院し、４月１日以降に退院した患者についても適用されるのか。

（答）そのとおり。

【精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料】

問 115　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常勤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への従事は週２日以内とされているが、２日間の従事時間を３日以上に分割して当該業務に従事することは可能か。

（答）可能。

【精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料】

問 116　精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料において、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定している患者については、クロザピンが包括範囲から除外されたが、この取扱いは当該管理料の算定月に限るという理解でよいか。

（答）そのとおり。

【認知症治療病棟入院料】

問 117　生活機能回復のための訓練及び指導として認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法（以下本問において「認知症患者リハビリテーション料等」という）を算定する場合、当該病棟に専従する作業療法士が提供した認知症患者リハビリテーション料についても算定可能か。

（答）可能。

問 118　生活機能回復のための訓練及び指導について、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えないこととされたが、この場合、認知症患者リハビリテーション料に規定される専用の機能訓練室又は精神科作業療法に規定される専用の施設は、認知症治療病棟入院料に規定される専用の生活機能回復訓練室と兼用することが可能か。

（答）認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法が認知症治療病棟に入院している患者に対して行われる場合に限り、生活機能回復訓練室と兼用して差し支えない。

【地域移行機能強化病棟入院料】

問 119　地域移行機能強化病棟入院料における「自宅等への退院」の要件につい

て、特別養護老人ホームは患家に含まれるという理解でよいか。

（答）そのとおり。

【短期滞在手術等基本料】

問 120　ＤＰＣ対象病院における地域包括ケア病棟において、短期滞在手術等基本料３は算定できるか。

（答）ＤＰＣ対象病院においては、ＤＰＣを算定する病棟以外において短期滞在手術等基本料に該当する手術を行った場合でも、短期滞在手術等基本料は算定できない。

問 121　平成 30 年３月 31 日以前より入院し、平成 30 年４月１日において入院を継続している場合、短期滞在手術等基本料は算定できるか。

（答）病棟の種別にかかわらず、短期滞在手術等基本料やＤＰＣによる算定は行わず医科点数表に基づき算定する。

【糖尿病合併症管理料】

問 122　糖尿病合併症管理料の要件である「適切な研修」として、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修は該当するか。

（答）特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「創傷管理関連」及び「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」の区分の研修が該当し、両区分とも修了した場合に該当する。

【糖尿病透析予防指導管理料】

問 123　区分番号「Ｂ００１」の「27」糖尿病透析予防指導管理料の看護師の要件である「適切な研修」として、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修は該当するか。

（答）特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」の区分の研修は該当する。

【小児運動器疾患指導管理料】

問 124　施設基準における常勤の医師に係る「小児の運動器疾患に係る適切な研修」とは何を指すのか。

（答）現時点では、日本整形外科学会が主催する「小児運動器疾患指導管理医師セミナー」を指す。

【乳腺炎重症化予防ケア・指導料】

問 125　区分番号「Ｂ００１」の「29」乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準で求める「助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師」とは、どのような者か。

（答）現時点では、一般財団法人日本助産評価機構により「アドバンス助産師」の認証を受けた助産師である。

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

問 126　小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料における小児抗菌薬適正使用支援加算は、解熱鎮痛消炎剤等の抗菌薬以外の処方を行った場合は算定できるか。

（答）算定できる。

問 127　感染症対策ネットワーク（仮称）に係る活動とはなにか。

（答）複数の医療機関や介護施設、自治体等と連携し、感染予防・管理についての情報共有や研修の実施などを定期的に行うこと。

問 128　「感染症に係る研修会等に定期的に参加していること。」について、研修会等とは、どのようなものが該当するか。また、定期的な期間は、どれくらいの期間か。

（答）小児科もしくは感染症に関係する学会や医師会等が開催する抗菌薬の適正使用に資する研修会等に 1 年に 1 回以上参加していること。なお、病院においては保険医療機関内で行う抗菌薬の適正使用に資する研修会でも差し支えないが、この場合は、当該保険医療機関以外の医師も参加対象とした研修会であること。

問 129　「小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に限り算定する」とあるが、小児科のみを専任する医師ではなく、当該保険医療機関が標榜する他の診療科を兼任している場合であっても、算定可能か。

（答）小児科を担当する専任の医師であれば、算定可能。

【療養・就労両立支援指導料】

問 130　産業医が選任されていない事業場で就労する患者について、地域産業保健センターの医師に対し病状等に関する情報提供を行った場合に区分番号「Ｂ００１－９」療養・就労両立支援指導料を算定することができるか。

（答）不可。

【認知症サポート指導料】

問 131　認知症サポート指導料は、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、６月に１回に限り算定できるとなっているが、療養方針の変更等があった場合、６月後に再度算定することが可能か。

（答）かかりつけ医が認知症サポート医に対し助言を求めた場合には、再度算定できる。

【ハイリスク妊産婦連携指導料】

問 132　ハイリスク妊産婦連携指導料における市町村又は都道府県との連携実績とは、具体的にはどのような実績か。

（答）精神疾患を有する妊産婦について、市町村等からの紹介又は市町村等への情報提供に係る実績を指す。

問 133　ハイリスク妊産婦連携指導料について、「当該連携指導料を算定する場合は、診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できないこと。」とあるが、当該連携指導料を算定した月は、診療情報提供料（Ⅰ）が算定できないという理解でよいか。

（答）そのとおり。

問 134　同一の保険医療機関からハイリスク妊産婦連携指導料１及び２の届出は可能であるが、同一の患者については、ハイリスク妊産婦連携指導料１及び２を別に算定することはできないと理解してよいか。

（答）そのとおり。

問 135　精神療法が実施されている患者とは、医科診療報酬点数表第８部精神科専門療法のいずれかの項目が算定されている患者を指すのか。

（答）そのとおり。

問 136　患者が妊婦健康診査で受診した日であっても、ハイリスク妊産婦連携指導料１の算定要件となっている診療を行った場合は、当該指導料の算定が可能という理解でよいか。

（答）そのとおり。ただし、この場合、初診料、再診料又は外来診療料は算定できない。

【診療情報提供料（Ｉ）】

問 137　区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の注 15 療養情報提供加算について、診療情報を提供する際に添付する、「訪問看護ステーションから得た療養に係る情報」とはどのようなものか。

（答）訪問看護療養費の訪問看護情報提供療養費３において用いる様式（別紙様式４）で訪問看護ステーションから提供された文書。

問 138　区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の注 15 療養情報提供加算について、診療情報を提供する際に「訪問看護ステーションから得た療養に係る情報」として、訪問看護ステーションから提供された訪問看護報告書を添付した場合も算定可能か。

（答）算定できない。訪問看護報告書で記載されている内容だけではなく、継続した看護の実施に向けて必要となる、「ケア時の具体的な方法や留意点」又は「継続すべき看護」等の指定訪問看護に係る情報が必要である。

問 139　区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の注 15 療養情報提供加算について、当該加算を算定する医療機関と訪問看護ステーションが特別の関係である場合においても算定可能か。

（答）算定可能。

【在宅患者訪問診療料】

問 140　在宅患者訪問診療料（Ｉ）の「２」等を算定する患者に対し、往診料を算定することは可能か。

（答）可能。

問 141　在宅患者訪問診療料の「２」について、「当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関」とは具体的にどのような医療機関をいうのか。

（答）患者の同意を得て在宅時医学総合管理料、在宅がん患者総合診療料等を算定している保険医療機関又は在医総管等を算定していなくとも療養計画に基づき主治医として定期的に訪問診療を行っている医療機関であって当該患者の同意を得ている保険医療機関をいう。

問 142　在宅患者訪問診療料の「２」について、他の保険医療機関による求めには、電話等、文書以外のものを含むか。

（答）含む。

問 143　在宅患者訪問診療料の「２」について、同一診療科を標榜する保険医療機関の求めを受けて訪問診療を行った場合でも算定可能か。

（答）主治医として定期的に訪問診療を行っている医師の求めに応じて行った場合は、算定可能。

問 144　在宅患者訪問診療料の「２」について、当該患者に対し「当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関」が行う訪問診療に同行し、主治医の求めに応じた異なる保険医療機関の医師が訪問診療を行った場合に、算定可能か。

（答）算定不可。立合診察となるため、往診料を算定できる。

問 145　区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）について、どのようなケースが有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関に該当するか。

（答）有料老人ホーム等に併設する保険医療機関の医師が当該施設に入所している患者に訪問診療を行う場合は、時間的・空間的に近接していることから、通常の訪問診療と異なる評価として在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を設定したものである。このため、医師の所属する医療機関から患者が入所する施設等に短時間で直接訪問できる状況にあるものが、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の算定対象となる。

例えば、医療機関と同一建物内に当該施設がある場合やわたり廊下等で連結されている場合が該当する。なお、当該医療機関の所有する敷地内であっても、幹線道路や河川などのため迂回しなければならないものは該当しない。

問 146　患者の入居する有料老人ホーム等に併設される医療機関が行った訪問診療の評価として区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）が新設され、併設される医療機関とは「有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関」とされているが、同一敷地内であるが、医療機関と有料老人ホーム等が別法人である場合は併設される医療機関に該当するか。

（答）該当する。

【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】

問 147　区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の３及び区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の３の専門性の高い看護師

による訪問看護の要件として人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門の研修を受けた看護師とあるが、専門の研修とはどのような研修か。

（答）現時点では、以下の研修である。

日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」

問 148　区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の３及び区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の３の算定対象となる患者における、人工肛門又は人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態とはどのようなものか。

（答）ABCD-Stoma（ストーマ周囲皮膚障害の重症度評価スケール）において、Ａ（近接部）、Ｂ（皮膚保護剤部）、Ｃ（皮膚保護剤外部）の３つの部位のうち１部位でも びらん、水疱・膿疱又は潰瘍・組織増大の状態が 1 週間以上継続している、もしくは１か月以内に反復して生じている状態をいう。

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

問 149　区分番号「Ｃ０１３」在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件である「所定の研修」として、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修は該当するか。

（答）特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「創傷管理関連」の区分の研修は該当する。

【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】

問 150　区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料及び区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準に、「遠隔モニタリング加算の算定を行う患者について、緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、当該モニタリングに係る疾患について、緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制があればよいか。

（答）そのとおり。

【在宅経肛門的自己洗腸指導管理料】

問 151　区分番号「Ｃ１１９」在宅経肛門的自己洗腸指導管理料における「関係学会による指針」とは何を指すのか。

（答）日本大腸肛門病学会による「経肛門的自己洗腸の適応及び指導管理に関する指針」を指す。

【悪性腫瘍組織遺伝子検査　注】

問 152　同一がん種ではなく別のがんに対して複数の検査を行った場合は、それぞれ検査の所定点数を算定して差し支えないか。

（答）差し支えない。

問 153　同日に複数項目行うのではなく、検査を１項目行った後、後日同一組織を用いて、別の遺伝子検査を行った場合も注「イ　２項目」又は「ロ　３項目以上」の点数で算定することになるのか。

（答）同一組織を用いて後日別の遺伝子検査を行った場合にあっても、前回検査に基づく一連の治療の間は注「イ」又は「ロ」に該当する。

【抗ＨＬＡ抗体検査】

問 154　抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗 HLA 抗体（抗体特異性同定検査）の施設基準における「関係学会による指針」とは何を指すか。

（答）日本組織適合性学会による「QCWS 参考プロトコル集」を指す。

【骨髄微小残存病変量測定】

問 155　区分番号「Ｄ００６－13」に掲げる「骨髄微小残存病変量測定」の施設基準における「関係学会により認定された施設」及び「関係学会による認定を受けている衛生検査所」とはそれぞれ何を指すか。

（答）日本小児血液・がん学会に認定された保険医療機関及び同学会に認定された衛生検査所を指す。

【長期脳波ビデオ同時記録検査】

問 156　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「関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本神経学会の教育施設、日本臨床神経生理学会の教育施設又は日本てんかん学会の研修施設として認定された施設を指す。

【ダーモスコピー】

問 157　区分番号「Ｄ２８２－４」ダーモスコピーについて、検査を行ってから４月以内に、新たに他の疾患に対して検査を行った場合、４月を経過していなくても算定できるか。

（答）前回算定した月の翌月以降であれば算定できる。

【画像診断】

問 158　画像診断管理加算３又は頭部ＭＲＩ撮影加算について、「夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること」とされているが、当該体制には放射線科医の当直体制、放射線科医が自宅で待機し必要に応じて登院する体制及び遠隔画像読影装置等を用いて自宅等で読影を行う体制を含むか。

（答）そのとおり。

問 159　画像診断管理加算３又は頭部ＭＲＩ撮影加算について、「夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること」とされているが、夜間及び休日に撮像された全ての画像を読影しなくてもよいか。また、夜間及び休日に読影を行った場合において、正式な画像診断報告書を作成するのは翌診療日でもよいか。

（答）いずれもよい。

問 160　画像診断管理加算３又は頭部ＭＲＩ撮影加算について、「夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること」とされているが、夜間及び休日に読影を行う医師は画像診断を専ら担当する医師である必要があるか。

（答）画像診断を専ら担当する医師によって適切に管理されていれば、夜間及び休日に読影を行う医師は必ずしも画像診断を専ら担当する医師でなくてもよい。

問 161　画像診断管理加算３又は頭部ＭＲＩ撮影加算について、「検査前の画像診断管理を行っていること」とあるが、具体的にはどのようなことを行えばよいか。

（答）検査依頼に対して放射線科医がその適応を判断し、ＣＴやＭＲＩ等の適切な撮像法や撮像プロトコルについて、臨床情報、被ばく管理情報又は臨床検査データ値等を参考に、事前に確認及び決定すること。なお、当該管理を行ったことについて、口頭等で指示をした場合も含め、適切に診療録に記録すること。

問 162　画像診断管理加算３又は頭部ＭＲＩ撮影加算について、「関連学会の定める指針」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本医学放射線学会のエックス線ＣＴ被ばく線量管理指針等を指す。

問 163　画像診断管理加算について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行うことができる医師とは別に、当該保険医療機関において勤務する専ら

画像診断を担当する常勤の医師が１名（画像診断管理加算３を算定する場合にあっては６名）以上必要と考えてよいか。

（答）そのとおり。

問 164　小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算について、「ＭＲＩ撮影時の鎮静に関する指針」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本小児科学会、日本小児麻酔学会及び日本小児放射線学会によるＭＲＩ検査時の鎮静に関する共同提言等を指す。

問 165　小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算について、必ずしも複数医師の管理を要さない、催眠鎮静薬等を用いて撮影した場合も算定できるか。

（答）小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算は、画像診断を担当する放射線科医及び鎮静を担当する小児科医又は麻酔科医等の複数の医師により、検査の有用性と危険性に配慮した検査適応の検討を行った上で、検査中に適切なモニタリングや監視を行う必要がある鎮静下に実施された場合に算定する。

問 166　遠隔放射線治療計画加算、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、画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に掲げる「その他の技術者」とは、具体的に何を指すのか。

（答）医学物理士等を指す。

問 167　区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影について、悪性腫瘍に対して使用する場合に、必ずしも事前にコンピューター断層撮影を実施する必要はないと考えてよいか。

（答）よい。

【処方料、処方箋料】

問 168　不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合については、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合等を除き、処方料、処方箋料が減算されることになったが、ベンゾジアゼピン受容体作動薬とは何を指すのか

（答）エチゾラム、ジアゼパム、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩などが該当するが、ＰＭＤＡのホームページ「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について」（https://www.pmda.go.jp/files/000217046.pdf）なども参照され

たい。

問 169　不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合の処方料・処方箋料における「精神科医の助言」について、具体的に求められる要件などはあるのか。

（答）「精神科医の助言」については、精神科のみを担当する医師又は精神科と心療内科の両方を担当する医師による助言をいう。

問 170　不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料･処方箋料について、てんかんの治療のために、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を１年以上にわたって､同一の成分を同一の１日当たり用量で連続して処方している場合は該当するか。

（答）該当しない。

問 171　不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料･処方箋料について、「不安又は不眠に係る適切な研修」及び「精神科薬物療法に係る適切な研修」とはそれぞれ何を指すのか。

（答）「不安又は不眠に係る適切な研修」については、現時点で日本医師会の生涯教育制度における研修（「日医ｅラーニング」を含む。）において、カリキュラムコード 69「不安」又はカリキュラムコード 20「不眠」を満たす研修であって、プライマリケアの提供に必要な内容含むものを２単位以上取得した場合をいう。

「精神科薬物療法に係る適切な研修」については、現時点で日本精神神経学会又は日本精神科病院協会が主催する精神科薬物療法に関する研修をいう。ただし、精神科の臨床経験５年以上を有する状態で受講した場合のみ該当すること。

【リハビリテーション総合計画評価料・リハビリテーション計画提供料】

問 172　（１）様式 21 の６等を用いてリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合計画書を作成する際、ＦＩＭを用いた評価を記載している場合には､様式 21 の６等にあらかじめ設けられたＢＩの記載を省略してもよいか。

（２）（１）の場合に、ＢＩの記載を省略した状態で、介護保険のリハビリテーション事業所に、様式 21 の６を用いてリハビリテーション実施計画書等を提供した場合に､リハビリテーション計画提供料１及び電子化連携加算は

算定可能か。

（答）（１）省略してよい。

（２）電子化連携加算については、介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（ＶＩＳＩＴ）」に対応する項目について計画書を記載することを前提としているため、ＢＩの記載が省略された場合には算定不可。提供先の通所リハビリテーション事業所等からあらかじめ同意を得ている場合に、ＢＩの記載を省略した上で、文書でＦＩＭを用いた評価を記載したリハビリテーション実施計画書等を提供する場合には、リハビリテーション計画提供料１のみ算定できる。

問 173　リハビリテーション総合計画評価料は、多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定できるとされている。また、がん患者リハビリテーション・認知症患者リハビリテーションを行う際にこれを算定することとされているが、疾患別リハビリテーション開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても算定できるのか。

（答）リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った時点で算定が可能となる。ただし、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションについては、評価実施前であっても、多職種が共同して総合実施計画を作成した時点で算定できる。

【精神科電気痙攣療法　注３】

問 174　精神科電気痙攣療法の注３に規定する加算について、当該保険医療機関が麻酔科を標榜している必要があるのか。

（答）麻酔に従事する医師であればよく、当該保険医療機関は麻酔科を標榜している必要はない。

【精神科訪問看護・指導料】

問 175　精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）が廃止されたが、今後は、例えば共同生活援助事業所に入所している複数の患者に対して、看護師等が訪問看護・指導を行う場合はどのようにすればよいか。

（答）それぞれの者に対して個別に訪問看護・指導を行い、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する。

【人工腎臓】

問 176　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及び特定一般病棟入院料において、区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の費用、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓又は区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流に伴って使用した特定保険医療材料の費用及び区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流に伴って使用した自己連続携行式腹膜灌流用灌流液の費用は、別に算定できるのか。

（答）別に算定できる。

問 177　人工腎臓に係る届出を行った保険医療機関については、人工腎臓の施設基準（１）のイ及び（２）のイにある「関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること」について、平成 31 年３月 31 日までの間に限り、該当するものとみなすのか。

（答）そのとおり。

問 178　各月はじめの人工腎臓を行う日に、透析室に配置されており、患者に対して使用できる状態である透析用監視装置の台数を数えるのか。

（答）そのとおり。

問 179　保険医療機関内に複数の透析室がある場合には、それぞれの透析室の透析用監視装置の台数を合計するのか。

（答）そのとおり。

問 180　透析用監視装置が「患者に対して使用できる状態」とは、どのような状態か。

（答）定期的なメンテナンスがなされており、必要な配管等と接続されている状態を指す。

問 181　入院患者しか使用しない透析室に配置されている透析用監視装置は、台数に数えるのか。また、外来患者と入院患者の両方が人工腎臓を受ける透析室に配置されており、入院患者に対してしか使用されない透析用監視装置は、台数に数えるのか。

（答）いずれも入院患者しか使用しないことが明らかな場合には数えない。

【導入期加算】

問 182　導入期加算１及び２の施設基準における「関連学会の作成した資料」とは、どのような資料を指すのか。

（答）日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会作成の「腎不全　治療選択とその実際」等、患者の治療選択に活用することを目的として作成された資料を指す。

問 183　導入期加算２の施設基準における「腎移植に向けた手続きを行った患者」とは、どのような患者を指すのか。

（答）臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録した患者及び生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す。

問 184　人工腎臓の施設基準に該当する保険医療機関であって、当該施設基準の届出を行わなかった保険医療機関は、「慢性維持透析を行った場合３」により算定するのか。

（答）そのとおり。

問 185　平成 30 年３月 31 日において透析液水質確保加算２の施設基準に適合するものとして届出を行っていた保険医療機関において、透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算の施設基準に係る届出を改めて行う必要があるのか。

（答）ない。

問 186　透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算に係る届出又は導入期加算２及び腎代替療法実績加算に係る届出は、当該加算ごとに別々の届出を行う必要があるのか。

（答）ない。いずれかの届出を行っていればよい。

【手術】

問 187　区分番号「Ｋ０１４－２」皮膚移植術（死体）について、「関連学会の主催する講習会」とあるが、具体的に何を指すのか。

（答）日本熱傷学会の主催するスキンバンク提出・保存講習会又は日本組織移植学会の主催する専門医・認定コーディネーター講習会等を指す。

問 188　区分番号「Ｋ１９０」脊髄刺激装置植込術及び区分番号「Ｋ１９０－６」仙骨神経刺激装置植込術において、１及び２を同時に行った場合には、１及び２は併算定可能か。

（答）算定できる。

問 189　区分番号「Ｋ４００」の「３」喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用

いたもの）について、「関係学会による手術講習会」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本耳鼻咽喉科学会及び日本喉頭科学会が主催する手術講習会を指す。

問 190　区分番号「Ｋ６６４－３」薬剤投与用胃瘻造設術について、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬と同時に同一の胃瘻から経管栄養を行う必要がある患者である場合は算定できるか。

（答）算定できない。区分番号「Ｋ６６４」胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）及び区分番号「Ｋ９３９－５」胃瘻造設時嚥下機能評価加算を算定すること。

問 191　施設基準通知第 79 の３（医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 16 に掲げる手術）について、「区分番号「Ｋ６６４－３」薬剤投与用胃瘻造設術の症例数及び頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った胃瘻造設術の症例数を除く。ただし、薬剤投与用の胃瘻から栄養剤投与を行った場合は、その時点で当該症例数に計上する。」とあるが、様式 43 の５の「胃瘻造設の実施年月日」欄には何を記載すればよいか。

（答）薬剤投与用として造設した胃瘻から栄養剤投与を開始した日付を記載すること。

問 192　区分番号「Ｋ９２４」自己生体組織接着剤作成術又は区分番号「Ｋ９２４－２」自己クリオプレシピテート作製術（用手法）について、「関連学会から示されているガイドライン」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本自己血輸血学会及び日本輸血・細胞治療学会の自動機器による自己フィブリン糊の使用マニュアル及び用手法による自己フィブリン糊作成および使用マニュアル等を指す。

問 193　Ｋ５０４－２、Ｋ５１３－２、Ｋ５１４－２の３、Ｋ５２９－２、Ｋ５５４－２、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－５、Ｋ６５７－２、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３－２、Ｋ８７７－２及びＫ８７９－２（子宮体がんに限る。）に掲げる手術を内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準における「当該手術を実施する患者について、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）日本外科学会等のデータベースである 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ことを指す。

問 194　National Clinical Database が症例登録の受付を開始する前に、Ｋ５０４－２、Ｋ５１３－２、Ｋ５１４－２の３、Ｋ５２９－２、Ｋ５５４－２、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－５、Ｋ６５７－２、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３－２、Ｋ８７７－２及びＫ８７９－２（子宮体がんに限る。）に掲げる手術を内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合は、National Clinical Database が症例登録の受付を開始した時点で、症例の登録を行うこととしてよいか。

（答）差し支えない。

問 195　区分番号「Ｋ７３９－２」に掲げる経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）は、軟性のチューブである自然開口向け単回使用内視鏡用拡張器を肛門に装着し、内視鏡下に直腸腫瘍の切除を行った場合も算定できるか。

（答）算定できる。

問 196　区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植のコーディネート体制充実加算の施設基準における「当該手術を担当する診療科が関係学会による認定を受けていること」とは何を指すか。

（答）当該手術を担当する診療科が、日本造血細胞移植学会より、認定カテゴリー１として認定されていることを指す。

問 197　区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植のコーディネート体制充実加算について、関係学会による認定を受けている診療科を有する保険医療機関において、当該診療科以外の診療科で造血幹細胞移植を行った場合も、算定できるのか。

（答）算定できない。

問 198　施設基準通知第 62 の２の４　食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの)、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）の施設基準に「関係学会により認定された施設であること」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本消化器内視鏡学会の指導施設として認定された施設及び日本外科学会の外科専門医制度修練施設として認定された施設を指す。

問 199　性同一性障害の患者であって、当該疾病に対して自己負担でホルモン製剤等の投与を行っている者に、第２章第 10 部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術を行う場合の取扱いは、どのようになるのか。

（答）同一の疾病に対する一連の治療として、保険適用外の治療と保険適用の治療を組み合わせて行うことは認められない。

問 200　第２章第 10 部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術について、「関連学会が認定する常勤又は非常勤の医師」における「関連学会」とは具体的には何を指すのか。

（答）性同一性障害学会を指す。

問 201　第２章第 10 部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術について、「関連学会のガイドライン」とは具体的には何を指すのか。

（答）日本精神神経学会の、性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインを指す。

問 202　第２章第 10 部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術について、「当該手術を実施する患者について、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）性同一性障害学会のデータベースに症例を登録し、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ことを指す。

【放射線治療管理料】

問 203　区分番号「Ｍ０００」放射線治療管理料の遠隔放射線治療計画加算について、「第三者機関」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）医用原子力技術研究振興財団等を指す。

問 204　区分番号「Ｍ０００」放射線治療管理料の遠隔放射線治療計画加算について、「関係学会の定めるガイドライン」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本放射線腫瘍学会の遠隔放射線治療計画ガイドライン等を指す。

【デジタル病理】

問 205　病理診断の通則の留意事項９において、「デジタル病理画像に基づく病

理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。」とあるが、「デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器」及び「関係学会による指針」とはそれぞれ何を指すのか。

（答）「関係学会による指針」とは、一般社団法人日本病理学会による「デジタル病理画像を用いた病理診断のための手引き」及び日本デジタルパソロジー研究会による「病理診断のためのデジタルパソロジーシステム技術基準」を指す。「デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器」とは、これらの指針に定められた、画像取り込み、画像の送受信、画像の表示等についての技術基準を満たす装置・機器を指す。

【常勤】

問 206　病院勤務医の常勤要件について、週３日以上、週 24 時間以上勤務している医師を常勤換算できることとなったが、週４日、１日６時間勤務（短時間勤務）の勤務医もその対象となるか。

（答）対象となる。

問 207　外来における常勤医師の要件について、「常勤」の定義は何か。

（答）原則として、各医療機関で作成する就業規則においてが定められた医師の勤務時間の全てを勤務する医師を指す。なお、常時 10 人以上の従業員を使用する医療機関の使用者は、労働基準法第 89 条の規定により、就業規則を作成しなければならないこと。

問 208　週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている非常勤職員を常勤換算する場合については、換算する分母は当該保険医療機関の常勤職員の所定労働時間としてよいか。

（答）そのとおり。

【医療従事者等の勤務負担軽減等】

問 209　「医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成するとあるが、複数年に渡る計画でもよいか。

（答）そのとおり。

問 210　「当該加算の変更の届出にあたり、直近７月に届け出た内容と変更がな

い場合は、様式 13 の２（13 の３、13 の４）の提出を略すことができる」とあるが、平成 30 年７月までの間の届出においても、平成 29 年７月の内容と変更がない場合は略してよいか。

（答）そのとおり。

問 211　総合入院体制加算の施設基準で、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を作成し評価することが要件とされたが、病院に勤務する全ての医療従事者を対象とし、かつ各職種について、それぞれ負担の軽減及び処遇の改善に資する計画をたてなければいけないか。

（答）対象とする医療従事者や、職種ごとに個別に負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定するかどうかは、医療機関の実情に照らし合わせて策定いただきたい。

【カンファレンス】

問 212　区分番号「Ａ２３４－２」感染防止対策加算、区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算１、区分番号「Ｂ００４」退院時共同指導料１の注１、区分番号「Ｂ００５」退院時共同指導料２の注１及び注３、区分番号「Ｂ００５－１０」ハイリスク妊産婦連携指導料１及び２、区分番号「Ｃ０１１」在宅患者緊急時等カンファレンス料、区分番号「Ｃ０１３」在宅患者褥瘡管理指導料、区分番号「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料、訪問看護療養費の退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや面会、共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよいか。

（答）①天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合などをいう。②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報を画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

問 213　感染防止対策加算における加算算定医療機関間の年４回のカンファレンスについて、例えば、感染制御チームを医師２名、看護師３名、薬剤師１名、臨床検査技師１名で組織しているようなチームメンバーの職種が複数名の場合、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いて

カンファレンスに参加することが可能な者をどう考えればよいか。

（答）①「４回中１回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること」とは、医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師がそれぞれ１名以上が直接対面するカンファレンスに参加していればよい。②「感染制御チームを構成する各職種が４回中２回以上直接対面するカンファレンスに参加していること」とは、例えば医師の場合、医師２名のいずれかが４回中２回以上直接対面するカンファレンスに参加していればよく、必ずしも両名の医師が直接対面するカンファレンスに参加していなくてもよい。

【特定保険医療材料の留意事項について】

問 214　スピードギプス包帯は特定保険医療材料として算定できるのか。

（答）算定できない。

【特別の関係】

問215　「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」の第２部通則７において「特別の関係」が規定されているが、地域医療連携推進法人における参加法人同士は当該「特別の関係」にあたるか。

（答）特別の関係にあたらない。

【届出受理後の措置】

問216　施設基準の変更の届出について、「届出受理後の措置」において変更の届出が必要なものが列記されているが、以下については、変更の届出が必要か。

- 一般病棟入院基本料の「注11」及び特定一般入院料の「注９」における90日を超える入院患者の算定
- リンパ浮腫複合的治療料
- 処置・手術の時間外加算１
- 無菌製剤処理加算

（答）必要である。

【先進医療】

問 217　平成 30 年厚生労働省告示 128 号（先進医療告示）について、「同年三月三十一日において現にこの告示による改正前の厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準（以下「旧告示」という。）により実施する先進医療（旧告示第二の三及び六並びに第三の七十及び七十六に掲げるものに限る。）については、なお従前の例による。」とあるが、旧告示により実施する先進医療とは、既に一連の治療を開始している患者のみが対象となるのか。

（答）平成 30 年３月 31 日において、一連の治療を開始していない場合でも、当該先進医療に係る説明を受け、当該先進医療での治療実施の同意を取得している患者については、旧告示により実施するものに含まれる。

問 218　陽子線治療及び重粒子線治療について、平成 30 年４月１日より保険診療で実施可能となる腫瘍に対し、平成 30 年３月 31 日までに治療が開始されている患者で、４月１日以降も治療を継続する場合、４月１日以降の治療に係る費用は保険診療として算定可能か。

（答）陽子線治療及び重粒子線治療は数ヶ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なっている。先進医療においても同様で、一連の治療として費用請求されるため、平成 30 年３月 31 日までに治療が開始されている患者又は当該先進医療に係る説明を受け、当該先進医療での治療実施の同意を取得している患者には、先進医療として費用を請求し、保険診療として陽子線治療及び重粒子線治療の算定はできない。なお、平成 30 年３月 31 日において、一連の治療を開始していない場合であって、４月１日以降に保険診療による治療を希望する場合には、改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで、保険診療に切り替えて差し支えない。

【大病院受診時定額負担】

問219　定額負担の徴収が義務化されている病院において、例えば、障害福祉サービス等の支援を受けている患者であって児童福祉法第７条第２項に規定される重症心身障害児や重症心身障害者などの患者が紹介状なしで受診した場合には、定額負担を徴収しなければならないのか。

（答）従来から、「保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」については、正当な理由があるものとして徴収しないことができることになっている。従って、当該医療機関が必要性を認めた場合には、徴収しないことができる。

問220　定額負担を徴収することが認められないと規定されている「救急の患者」とはどのような患者を指すのか。

（答）原則として、保険医療機関における個別の判断となる。なお、少なくとも単に軽症の患者が救急車により来院し受診した場合は、当該要件には該当しない。

問221　地方自治体による条例の制定等を要する公的医療機関等については、平成

30年９月30日までの間、経過措置が設けられているが、ここでいう「公的医療機関等」に地方独立行政法人は含まれるのか。

（答）含まれる。

【療担関係】

問 222　障害者総合支援法の改正により、平成 30 年４月から、重度訪問介護（重度障害者のホームヘルプ）のヘルパーによる支援を受けている最重度（障害支援区分６）の障害者が入院するときに、入院中の病院等においてコミュニケーション支援ができることとなったが、入院する患者から、当該ヘルパーの付き添いを求められた場合、医療機関としてはどのように対応すべきか。

（答）患者が、重度訪問介護のヘルパーによる支援を希望する場合の取り扱いについては、「特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について」（平成 28 年６月 28 日保医発 0628 第２号）を踏まえて対応されたい。なお、重度訪問介護以外にも、各市町村によっては「意思疎通支援事業」等の名称により、最重度の障害者以外の障害者にもコミュニケーション支援を行う場合があるが、この場合も当該通知を踏まえて対応されたい。

〈 別 添 ２ 〉

医科診療報酬点数表関係（ＤＰＣ）

１．ＤＰＣ対象病院の基準について

（問１－１）診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

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

２．ＤＰＣ対象患者について

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

（答）　選択できない。

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

（答）　包括評価の対象と考えてよい。

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

（答）　包括評価の対象外となる。

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

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

（問２－５）包括評価の対象外となる臓器移植患者は、厚生労働大臣告示に定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。

（答）　そのとおり。

（問２－６）ＤＰＣ対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院

料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院しているが、当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。

（答）　入院している病棟（床）で判断するため、包括評価の対象とならない。

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

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

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

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

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

（答）　入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。

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

（答）　保険適用となる以前に当該技術による治療を受けた入院の場合には包括評価の対象外となる。保険適用後に当該技術による治療を受けた患者については包括評価の対象となる。

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

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

（問２－12）主たる保険が労災又は公災の適用患者など医療保険を使用しない患者は包括評価の対象外となるのか。

（答）　包括評価の対象外となる。

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

（答）　医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

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

（答）　包括評価の対象となる。

３．診断群分類区分の適用の考え方について

（１）「医療資源を最も投入した傷病名」について

（問３－１－１）「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

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

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

（答）　そのとおり。

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

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

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　あり得る。

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

（答）　「○○骨折」でよい。

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

（答）　含めることはできない。

（問３－１－８）「疑い病名」により、診断群分類区分を決定してよいのか。

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

（２）「手術」について

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

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

（問３－２－２）同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行

った場合の費用の算定は、原則として、主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが、算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合、当該手術に係る分岐を選択することができるのか。

（答）　選択することができる。

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

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

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

（答）　「手術あり」を選択する。ただし、「Ｋ９２０－２　輸血管理料」のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　そのとおり。

（３）「手術・処置等１・２」について

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

（答）　「なし」を選択する。

（問３－３－２）ＤＰＣ留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について、例えば「Ｌ１００　１　神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）神経根ブロック」には、他に医科点数表に示されている「トータルスパイナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。

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

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

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

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

（答）　そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない

場合、化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

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

（答）　選択することができる。

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

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

（問３－３－７）活性ＮＫ細胞療法は、化学療法に含まれるか。

（答）　化学療法に含まれない。

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

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

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

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

（問３－３－10）「Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射」を実施した場合、「手術・処置等２」の分岐の区分で「Ｇ００５　中心静

脈注射」を選択することができるのか。

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

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

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

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

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

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

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

（４）「その他（定義副傷病名等）」について

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

（答）　一入院で判断する。

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

（答）　「片眼」を選択する。

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

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

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

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

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

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

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

（答）　そのとおり。

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

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

づくものとする。

４．診療報酬の算定について

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

（答）　そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

（問４－２）外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

（答）　そのとおり。

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

（答）　医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。

（問４－４）ＤＰＣ算定の対象となる病床から「地域包括ケア入院医療管理料」を算定する病室に転室した場合は、どのように算定するのか。

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

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

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

５．医療機関別係数について

（問５－１）　医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。

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

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

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

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

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

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

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

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

（答）　機能評価係数Ⅰは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たす等により、算定することができるのであれば、全てのＤＰＣ対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

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

。

（答）　そのとおり。

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

（答）　「Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算（１　病棟薬剤業務実施加算１）」のように、機能評価係数Ｉで評価される項目のうち、医科点数表において週１回または月１回算定できるとされているものについては、入院日Ⅲを超えた場合、医科点数表に基づき算定することが出来る。ただし、入院日Ⅲを超えた日の前日の属する週または月は算定することができない。

なお、「週」、「月」とは、それぞれ日曜日から土曜日までの１週間、月の初日から月の末日までの１か月をいう。

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

（答）　そのとおり。

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

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

（例２）入院日Ⅲを超えて医科点数表により算定することになった場合

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

（問５－10）①ＤＰＣ算定病棟（包括評価の対象）→②ＤＰＣ算定病棟以外の病棟→③ＤＰＣ算定病棟（包括評価の対象外）と転棟した事例について、③の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。また、②ＤＰＣ算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、③ＤＰＣ算定病棟（包括評価の対象外）の退院

時にデータ提出加算を算定することはできるのか。

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

６．診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

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

（答）　算定することができない。

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

（答）　算定することができる。

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

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

（問６－４）医科点数表の「在宅医療」に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。

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

（問６－５）医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則１に定める超音波

内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）　算定することができる。

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

（答）　算定することができる。

（問６－７）コロンブラッシュ法については、「Ｄ３１１　直腸鏡検査」の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は「Ｎ００４　細胞診」の所定点数を、また、包埋し組織切片標本を作製し検鏡する場合は「Ｎ００１　電子顕微鏡病理組織標本作製」の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）　合算した点数を算定することができる。

（問６－８）　医科点数表の「検査（内視鏡検査）」については、写真診断を行った場合は使用フィルム代を10円で除して得た点数を加算して算定するが、本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）　算定することができない。

（問６－９）心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料､特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。

（答）　そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

（問６－10）月の前半が包括評価、月の後半が医科点数表に基づく評価（又は外来）の場合で、月の前半と後半に１回ずつ「Ｄ２０８　心電図検査」を実施した場合、心電図検査の費用は全額算定してよいか。また、その他の生体検査やＣＴ、ＭＲＩ等についても同様の取扱いとしてよいか。

（答）　いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上、算定することとなる。

（問６－11）「Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査」の注８に定められたフィルムの費用は、医科点数表に基づき算定することができるか。

（答）　算定することができない。

（問６－12）包括評価の対象患者について、手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。

（答）　算定することができない。

（問６－13）包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注書きで定められている加算点数については、別に医科点数表に基づき算定することはできるか。

（答）　フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。

（問６－14）経皮経肝胆管造影における「Ｅ００３　造影剤注入手技」は、「Ｄ３１４　腹腔鏡検査」に準じて算定することとされているが、医科点数表に基づき別に算定することができるか。

（答）　算定することができない。

（問６－15）入院を必要とする侵襲的処置を含む画像診断に係る費用は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

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

（問６－16）核医学検査(核医学診断)に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。

（答）　そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。

（問６－17）第９部処置の通則に規定された休日加算、時間外加算及び深夜加算は、当該処置の開始時間が入院手続きの後であっても算定できることとされているが、包括評価の範囲に含まれない処置料について、本

加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。

（答）　算定することができる。

（問６－18）包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等などの処置料に係る加算点数を算定することができるか。

（答）　算定することができる。

（問６－19）医科点数表に基づき算定するギプスの項目について、100分の20等の例により、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）　ギプスの項目の基本点数が 1,000 点以上であっても、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を 100 分の 20 等の例により算定した結果、1,000 点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができない。

（問６－20）診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。

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

（問６－21）「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

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

（問６－22）包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

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

（問６－23）「Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」を実施した場合、注７に掲げる加算は算定できるのか。

（答）　算定することができる。

（問６－24）「Ｌ１００及びＬ１０１　神経ブロック」は別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

（答）　そのとおり。

（問６－25）出来高算定可能な抗ＨＩＶ薬には、「後天性免疫不全症候群（エイズ）患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

（答）　含まれない。

（問６－26）手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

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

（問６－27）グランツマン血小板無力症患者（ＧＰ　Ⅱｂ－Ⅲａ及び／又はＨＬＡに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの）に使用する「血液凝固第Ⅶ因子製剤（エプタゴルアルファ（活性型）（遺伝子組換え））」は出来高で算定することができるのか。

（答）　算定できる。

７．特定入院料の取扱いについて

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

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

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

（答）　そのとおり。

（問７－３）　一度目の入院時に「救命救急入院料」を限度日数に満たない日数分算定し、診断群分類番号上２桁が同一である傷病名で７日以内に再入院した場合で「救命救急入院料」算定可能病室に入室した際、限度日数までの「救命救急入院料」は算定可能となるのか。

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

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

（答）　そのとおり。

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

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

（問７－６）ＤＰＣ病院において、「Ａ３０１　特定集中治療室管理料の注４の早期離床・リハビリテーション加算は算定できるか。

（答）　算定できる。

８．入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

（問８－１）悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬

剤料（制吐剤等）は算定することができるのか。

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

（問８－２）入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患者について、入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。

（答）　算定することができる。

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

（答）　算定することができる。

（問８－４）悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば「Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査　あり」を手術・処置等１の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、「Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査」に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

（答）　算定することができる。

９．同一傷病での再入院の取扱いについて

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

（答）　例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院をする場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない場合の再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院を

入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について、再入院日の所定診断群分類点表により包括される点数は算定できないものとする。

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

（答）　以下のような７日以内の再入院については「一連」とみなす。

①　再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類番号上２桁と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類番号上２桁が一致する場合

②　再入院時と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類番号上６桁が一致する場合

（問９－３）再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるＩＣＤコード以外のＩＣＤコード、または診断群分類180040に定義されたＩＣＤコードを選択した場合７日以内の再入院では、ＩＣＤ10コードが異なっていても、診断群分類番号上２桁が同一であれば、「一連」とみなすのか。

（答）　そのとおり。

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

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

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

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

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

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

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

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

（問９－８）同一傷病に該当するか否かは、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号上２桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。（例）半月板損傷（160620）にて入退院後、７日以内に上腕骨骨折（160730）にて入院

（答）　そのとおり。

10．退院時処方の取扱いについて

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

（答）　算定することができない。

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

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

ることができない。

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

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

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

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

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

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

（問10－６）上記問10－５で入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600μgについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したものとして差し支えないとされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

（答）　当該取扱いは薬価を使用可能日数（回数）で除したものを１日分（１回分）の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。

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

（答）　算定することができる。

11．対診・他医療機関受診の取扱いについて

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

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

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

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

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

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

（問11－４）ＤＰＣ算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼し

て検査・画像診断（ＰＥＴ・ＭＲＩ等）のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしているがよいか。

（答）　よい。

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

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

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

（答）　算定することができない。

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

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

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

（答）　算定することができない。

（問11－９）ＤＰＣ算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必

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

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

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

12．データ提出加算について

（問12－１）「ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査」の提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも「Ａ２４５　データ提出加算」を算定することができるのか。

（答）　「ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査」の提出（データの再照会に係る提出も含む。）で提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の１か月分については「Ａ２４５　データ提出加算」は算定できない。

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

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

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

13．診療報酬の調整等について

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

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

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

（答）　高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

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

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

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

（答）　そのとおり。

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

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

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

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

（問13－７）入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中

に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

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

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

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

（問13－９）診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日Ⅲを超えて医科点数表による算定を行っている場合はどのように請求するのか。

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

（問13－10）診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することでよいか。

（答）　そのとおり。

なお、手術等が行われていない場合であっても、予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが、退院時までに予定された手術が行われなかった結果、退院時に決定された請求方法が異なる場合は、請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐により再請求をする。

14．平成 30 年改定に係る経過措置について

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

（答）　当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない。）ことから、診断群分類区分をツリー図上の分岐

の区分に従い決定する。改定後も引き続き告示がされている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。

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

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

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

（答）　選択することができる。

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

（例１）２月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが60日で改定後は入院日Ⅲが30日となっている診断群分類区分が適用される患者の４月分の請求。

（例２）２月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが30日で改定後は入院日Ⅲが60日となっている診断群分類区分が適用される患者の４月分の請求。

（答）　例１の場合は医科点数表に基づき算定し、例２の場合は診断群分類点数表に基づき算定する。

（問14－５）改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、改定後の診断群分類区分は４月１日から適用となるが、改定前の診断群分類区分による差額調整は３月31日で終了しているため、４月１日以降の診療報酬からが調整の対象となるのか。

（答）　そのとおり。

15．診療報酬明細書関連について

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

（答）　医科点数表に従い、記載する必要がある。

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　記載する必要はない。

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　初回の実施日を記載する。

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

（答）　そのとおり。

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

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

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

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

（問15－10）診療報酬改定をまたいで入院している場合、３月診療分ＤＰＣレセプトの「今回退院年月日」及び「転帰」欄はどう記載するのか。

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

（問15－11）平成30年３月以前から継続して入院している患者で、３月に分岐に係る手術等を行った場合、４月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するのか。

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

16．その他

（問16－１）「疑義解釈資料の送付について（その１）」（平成28年３月31日付事務連絡）の別添２の問13-７において、「診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は入院期間すべてを医科点数表に基づき算定をする」と示されているが、今般の緊急改定されるオプジーボの薬価についても同様の取扱いとなるか。

（答）そのとおり。なお、詳細は「「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める患者について」の一部改正等について」（平成

29 年１月 31 日保医発 0131 第１号）を参照されたい。

（問16－２）「Ｋ９２１　造血幹細胞採取」を行うにあたり、造血幹細胞の末梢血中への動員のためにＧ－ＣＳＦ製剤やプレリキサホルを投与するが、「Ｋ９２１　造血幹細胞採取」を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について、ＤＰＣレセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。

（答）本件は、「Ｋ９２１　造血幹細胞採取」の注２の加算に該当するため、造血幹細胞採取にあたって当該薬剤を使用した場合についても、「Ｋ９２１　造血幹細胞採取」を算定する日に「Ｋ９２１　造血幹細胞採取」の所定の点数に当該薬剤の点数を加算する。

（問16－３）ＤＰＣ対象病院においてこれまで「Ａ４００　短期滞在手術等入院料」を算定した患者については、どのような算定となるのか。

（答）　ＤＰＣ対象病院においては、ＤＰＣ/ＰＤＰＳによる算定を行う病床に限らず全ての病床において当該点数は算定できない。

（問16－４）平成30年3月31日以前に入院し、５日以内に「Ａ４００　短期滞在手術等入院料」に規定する手術等を行い、４月中に退院した場合、どのような算定となるのか。

（答）　ＤＰＣ対象病院においては、ＤＰＣを算定する病床以外において短期滞在手術等基本料に該当する手術を行った場合でも、短期滞在手術等基本料は算定できない。

〈 別 添 3 〉

歯科診療報酬点数表関係

【地域歯科診療支援病院歯科初診料】

問１　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、院内感染防止対策の研修等が要件に追加されたが、新たに届出が必要か。

（答）平成 30 年３月 31 日において、現に当該届出を行っている保険医療機関であって、平成 31 年４月１日以降も引き続き算定する場合は、平成 31 年３月 31 日までに再度の届出が必要である。

【初診料の注１】

問２　平成31年３月31日以前に様式２の６のみ届出を行い、後日研修を受講し、平成 31 年３月 31 日までに様式２の８の届出を行った場合について、再度の届出は様式２の８の届出を行った日の属する月の翌月から起算して４年が経過するまでに行えばよいか。

（答）そのとおり。

なお、様式２の８の届出を行った後、４年が経過する前に再度研修を受講した場合においては、研修を受講した時点で再度の届出を行っても差し支えない。その場合は、研修受講後の再届出を行った日の属する月の翌月から起算して４年経過するまでに次の届出を行うこと。

問３　初診料の注１に規定する施設基準について、通知において、「口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄･滅菌処理を徹底する等十分な院内感染予防対策を講じていること」とあり、様式２の６において「滅菌器」の製品名等の記載が必要であるが、具体的にどのようなものが該当するのか。

（答）「滅菌器」に該当する装置（医療機器）の一般的名称が、

・包装品用高圧蒸気滅菌器
・未包装品用高圧蒸気滅菌器
・小型包装品用高圧蒸気滅菌器
・小型未包装品用高圧蒸気滅菌器

等であり、添付文書（または取扱説明書）の使用目的に器具機材の滅菌が可能なことが記載されている装置が該当する。なお、アルコール等を使用した高圧蒸気による滅菌を行う医療機器についても該当する。

なお、器具除染用洗浄器など、使用目的が手術器具等の消毒である装置は該

当しない。

【歯科外来診療環境体制加算１及び歯科外来診療環境体制加算２】

問４　歯科外来診療環境体制加算１又は歯科外来診療環境体制加算２について、経過措置により平成 30 年９月 30 日までの間は、「23 点又は 25 点」とあるのは「25 点」（再診時の「３点又は５点」とあるのは「５点」）で算定する取扱いとなっているが、平成 30 年４月１日以降、新たに歯科外来診療環境体制加算の届出を行う場合については、歯科外来診療環境体制加算１又は歯科外来診療環境体制加算２の施設基準のうち当該医療機関が該当するものにより届出を行えばよいか。

（答）そのとおり。

なお、この場合においても平成 30 年９月 30 日までの間は、経過措置が適用される。

【データ提出加算】

問５　平成 30 年度診療報酬改定において、入院料の見直しとともにデータ提出加算の算定が要件となる病棟が拡大されたが、歯科診療に係る傷病名のみの保険医療機関については、「疑義解釈資料の送付について（その７）」（平成 26 年６月２日事務連絡）の別添４の問１に示されている従来の取扱い通り、データ提出加算の届出は必要ないと考えてよいか。

（答）そのとおり。

【在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２】

問６　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療２の施設基準において、在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療の実績が５回以上必要となっているが、「等」の中に他の歯科医療機関からの依頼も含まれるか。

（答）含まれる。

ただし、５回以上の実績のうち１回以上、他の歯科医療機関以外の保険医療機関又は施設等からの依頼があること。なお、全て歯科医療機関からの依頼による場合は認められない。

【歯科疾患管理料】

問７　区分番号「Ｂ０００－４」に掲げる歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算について、当該加算を算定する日にフッ化物歯面塗布を実施すること

が必要か。

（答）フッ化物歯面塗布は、一連のエナメル質初期う蝕管理において必要に応じて実施すればよく、フッ化物歯面塗布を実施していない日においても患者の状態に応じて必要なエナメル質初期う蝕管理を実施している場合は、当該加算を算定して差し支えない。

問８　区分番号「Ｂ０００－４」に掲げる歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算について、光学式う蝕検出装置を用いてエナメル質初期う蝕の部位の測定を行った場合は、使用した光学式う蝕検出装置の名称と当該部位の測定値を診療録に記載するとなっているが、当該装置の名称を毎回診療録に記載する必要があるか。

（答）同じ光学式う蝕検出装置を用いる場合は、当該装置を使用した初回に記載すればよい。なお、区分番号「Ｉ０３１」フッ化物歯面塗布処置の「３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」も同様の取扱いとする。

問９　区分番号「Ｂ０００－４」に掲げる歯科疾患管理料の総合医療管理加算について、「診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け」とあるが、今回新設された区分番号「Ｂ０１１」に掲げる診療情報連携共有料に基づく文書により診療情報の提供を受けた場合も当該加算の対象となるか。

（答）対象となる。

なお、本加算に限らず、医科の医療機関からの診療情報の提供に基づき実施することが必要なものについては、同様の取扱いとする。

問 10　区分番号「Ｂ０００－４」に掲げる歯科疾患管理料の小児口腔機能管理加算について、

①当該加算を算定する場合の診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の病名は「口腔機能発達不全症」となるのか。

②当該加算の算定要件は満たさないが、「「口腔機能発達不全症」に関する基本的な考え方」（平成 30 年３月日本歯科医学会）に記載されている「口腔機能発達不全症」の診断基準に該当する場合は、歯科疾患管理料を算定できるか。

（答）

①　そのとおり。

②　算定できる。

「「口腔機能発達不全症」に関する基本的な考え方」（平成 30 年３月日本歯科医学会）に記載されている「口腔機能発達不全症」の診断基準（チェック

シートの項目Ｃ－１からＣ－１２までのうち２つ以上に該当（「咀嚼機能」に該当するＣ－１からＣ－６までのいずれかの項目を１つ以上含む。））により「口腔機能発達不全症」と診断された患者に対して、口腔機能の獲得を目的として医学管理を行う場合は歯科疾患管理料を算定できる。この場合においても診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の病名は「口腔機能発達不全症」と記載する。なお、該当項目が１項目の場合は「口腔機能発達不全症」と診断されないことから、当該病名による歯科疾患管理料の算定はできない。

問 11　区分番号「Ｂ０００－４」に掲げる歯科疾患管理料の小児口腔機能管理加算は、歯科疾患管理料の留意事項通知（20）に、「「注 12」の小児口腔機能管理加算は、(19) に規定する 15 歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、」とあるが、15 歳の誕生日以降は算定できない取扱いか。

（答）15 歳の誕生日以降に、新たに当該加算による管理を開始することは認められない。なお、15 歳に誕生日より前に管理を開始し、当該加算を算定している場合については、一連の管理が継続している間に限り、18 歳未満の間は算定して差し支えない。

問 12　区分番号「Ｂ０００－４」に掲げる歯科疾患管理料の口腔機能管理加算について、

①当該加算を算定する場合の診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の病名は「口腔機能低下症」となるのか。

②当該加算の算定要件は満たさないが、「「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方」（平成 30 年３月日本歯科医学会）に記載されている「口腔機能低下症」の診断基準に該当する場合は、歯科疾患管理料を算定できるか。

（答）

①　そのとおり。

②　算定できる。

「「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方」（平成 30 年３月日本歯科医学会）に記載されている「口腔機能低下症」の診断基準（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、嚥下機能低下の７つの下位症状のうち、３項目以上該当）により「口腔機能低下症」と診断された患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として医学管理を行う場合に歯科疾患管理料を算定できる。この場合についても診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の病名は「口腔機能低下症」と記載する。なお、該当項目が２項目以下の場合は「口腔機能低下症」と診断されないことから、当該病名による歯科疾患管理料の算定はできない。

問 13　区分番号「Ｂ０００－４」に掲げる歯科疾患管理料の口腔機能管理加算について、当該管理の対象について、「65 歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち」とあるが、例えば脳卒中やパーキンソン病などの全身的な疾患を有し、口腔機能低下症の診断基準に該当する 65 歳未満の患者については、当該加算は算定できないのか。

（答）脳卒中やパーキンソン病等の全身的な疾患を有する患者で、口腔機能低下症の診断基準を満たす患者については、口腔機能管理加算の年齢以外の算定要件を満たす場合は、65 歳未満の患者であっても当該加算を算定して差し支えない。なお、その場合は診療報酬明細書の「摘要」欄に口腔機能低下と関連すると考えられる疾患名を記載すること。

問 14　区分番号「Ｂ０００－４」に掲げる歯科疾患管理料の小児口腔機能管理加算又は口腔機能管理加算について、

①　当該加算を算定するに当たって口腔機能の評価及び一連の口腔機能管理の管理計画を策定することが必要とされているが、「「口腔機能発達不全症」に関する基本的な考え方」又は「「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方」（平成 30 年３月日本歯科医学会）に掲載されている管理計画書の様式を用いても差し支えないか。

②　留意事項通知において「指導・管理に係る記録を文書により作成している場合」とあるが、「「口腔機能発達不全症」に関する基本的な考え方」又は「「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方」（平成 30 年３月日本歯科医学会）に掲載されている記録用紙の様式を用いても差し支えないか。

（答）

①差し支えない。また、当該加算を算定せずに口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の患者に対して継続的な管理を行う場合についても、使用して差し支えない。ただし、口腔機能発達不全症または口腔機能低下症以外の疾患についても併せて管理を行う場合については、管理を行うに当たって必要な内容を追記すること。

②差し支えない。

【診療情報連携共有料】

問 15　区分番号「Ｂ０１１」に掲げる診療情報連携共有料について、当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に対して診療情報の提供を求める場合に算定できるか。

（答）算定できない。

【カンファレンス】

問 16　区分番号「Ｂ０１４」に掲げる退院時共同指導料１の注１、区分番号「Ｂ０１５」退院時共同指導料２の注１及び注３又は区分番号「Ｃ００８」に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料における、カンファレンスや面会、共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよいか。

（答）①天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合をいう。②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報を画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

【歯科訪問診療料】

問 17　区分番号「Ｃ０００」に掲げる歯科訪問診療料の歯科訪問診療移行加算について、「継続的に受診していたもの」とあるが、具体的にどのような患者が対象となるのか。

（答）通院困難となる前に当該保険医療機関の外来を複数回受診していた患者が対象となる。なお、歯科訪問診療を行うに当たり、レントゲン撮影等を目的に外来を受診した場合等、歯科訪問診療と一連の診療において外来受診した場合については、当該加算の対象とならない。

問 18　平成 30 年３月 31 日時点で歯科訪問診療を実施している患者において、歯科訪問診療を開始する前に外来を受診していた場合に、区分番号「Ｃ０００」に掲げる歯科訪問診療料の歯科訪問診療移行加算の要件を満たしていれば当該加算は算定可能か。

（答）平成 30 年３月 31 日以前に歯科訪問診療を開始している患者について、歯科訪問診療を開始した日から起算して３年前までに当該保険医療機関の外来を継続的に受診していたものについては、算定して差し支えない。この場合において、診療報酬明細書の「摘要」欄に当該保険医療機関の外来を最後に受診した年月日と歯科訪問診療の開始年月日を記載する。

【訪問歯科衛生指導料　注１】

問 19　区分番号「Ｃ００１」に掲げる訪問歯科衛生指導料の「単一建物診療患

者の人数」について、「病院については、それぞれの病棟において、訪問歯科衛生指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなすことができる。」とあるが、病棟の定義はどのように考えればよいか。

（答）病棟については、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（別添２）「入院基本料等の施設基準等　第２　病院の入院基本料等に関する施設基準」に示す通り、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の１単位をもって病棟として取り扱う。

【有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査】

問 20　口腔機能の低下が疑われる患者に対し有床義歯等を新たに製作する場合に、区分番号「Ｄ０１１-２」に掲げる咀嚼能力検査を実施した月から起算して６月以内に区分番号「Ｄ０１１」に掲げる有床義歯咀嚼機能検査は算定できるか。

（答）算定できる。区分番号「Ｄ０１１」に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を「１有床義歯咀嚼機能検査１のロ」のみで実施する場合であって、区分番号「Ｄ０１１－２」に掲げる咀嚼能力検査を算定した月から起算して３月以内に新製有床義歯等の装着日前の有床義歯咀嚼機能検査を開始する場合においては、区分番号「Ｄ０１１－２」に掲げる咀嚼能力検査の結果を新製有床義歯等の装着日前の有床義歯咀嚼機能検査の結果とみなして差し支えない。この場合において、新製有床義歯等の装着日後の有床義歯咀嚼機能検査を算定する際に、診療報酬明細書の「摘要」欄に区分番号「Ｄ０１１－２」に掲げる咀嚼能力検査の算定日を記載すること。

なお、区分番号「Ｄ０１１－３」に掲げる咬合圧検査についても同様の取扱い。

【有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査、咬合圧検査】

問 21　特掲診療料の施設基準通知の第 29 の５　有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査、咬合圧検査において、「（１）有床義歯咀嚼機能検査１のイの施設基準」については、「（２）有床義歯咀嚼機能検査１のロ及び咀嚼能力検査の施設基準」の内容が含まれているが、（１）の届出を行っている場合に（２）の届出も必要か。

また、平成 30 年３月 31 日時点で有床義歯咀嚼機能検査の施設基準の届出を行っている場合に、（２）の届出が必要か。

（答）「（１）有床義歯咀嚼機能検査１のイの施設基準」の届出を行っている場合については、「（２）有床義歯咀嚼機能検査１のロ及び咀嚼能力検査の施設基準」の届出を行ったものとみなす。ただし、（２）のみ届出を行っている場

合については、（１）の届出を行ったものとはみなされない。なお、「（３）有床義歯咀嚼機能検査２のイの施設基準」と「（４）有床義歯咀嚼機能検査２のロ及び咬合圧検査」についても同様の取扱い。

また、平成 30 年３月 31 日時点で有床義歯咀嚼機能検査の届出を行っている場合については、（２）の届出は不要である。

【精密触覚機能検査】

問 22　顎・口腔・顔面領域の２箇所以上に神経症状を呈している場合において、区分番号「Ｄ０１３」に掲げる精密触覚機能検査は、部位毎に算定できるか。

（答）算定できない。精密触覚機能検査は神経障害によって生じる神経症状を呈する範囲や部位の数に関係なく、１口腔につき月１回に限り算定する取扱いである。

問 23　「当該検査に関する研修」を受講したものが、Semmes-Weinstein monofilament set を用いて知覚機能検査を定量的に測定した場合に算定できる取扱いとなっているが、「当該検査に関する研修」とはどういったものを指すのか。

（答）「当該検査に関する研修」とは、日本口腔顔面痛学会が行う精密触覚機能検査講習会を指す。

問 24　日本歯科医学会の「精密触覚機能検査の基本的な考え方」において、「三叉神経ニューロパチーの病態診断の補助となるもの」との記載があるが、区分番号「Ｄ０１３」に掲げる精密触覚機能検査を算定する場合に、診療報酬明細書の「傷病名部位」欄に記載する病名に「三叉神経ニューロパチー」を用いても差し支えないか。

（答）差し支えない。

なお、三叉神経障害や症状に応じて三叉神経麻痺又は三叉神経痛を用いても差し支えない。

【咬合調整】

問 25　区分番号「Ｉ０００－２」に掲げる咬合調整について、前歯３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常、厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は顎変形症の歯科矯正を行う際に歯の隣接面の削除を行った場合は、当該区分により算定できるか。

（答）算定できる。この場合において、同一初診期間中、「１　１歯以上 10 歯未満」又は「２　10 歯以上」のうち、いずれか１回に限り算定する。

診療報酬明細書の「摘要」欄に、歯科矯正に伴う歯の隣接面の削除である旨を記載すること。

【感染根管処置】

問 26　区分番号「Ｉ００６」に掲げる感染根管処置について、「再度感染根管処置が必要になった場合において、区分番号「Ｉ００８」に掲げる加圧根管充填処置を行った患者に限り、前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した日から起算して６月を経過した日以降については、この限りではない。」とされたが、「歯冠修復が完了した日」とは歯冠修復や金属歯冠修復等を装着した日又は充填を実施した日と考えてよいか。

（答）そのとおり。

【口腔内装置】

問 27　区分番号「Ｉ０１７」に掲げる口腔内装置の留意事項通知（１）の「ト　気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置」を算定する患者について、診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の傷病名はどのように記載すればよいか。

（答）「気管内挿管時の口腔内装置」と記載する。

【口腔内装置調整・修理】

問 28　区分番号「Ｉ０１７－２」に掲げる口腔内装置調整・修理の「１のロ　歯ぎしりに対する口腔内装置の場合」は、当該装置の装着日と同日に算定できるか。

（答）算定できない。

区分番号「Ｉ０１７－２」に掲げる口腔内装置調整・修理は、「１のイ　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合」を除いて、口腔内装置等の装着日と同日の算定はできない。

【高気圧酸素治療】

問 29　区分番号「Ｉ０２６」に掲げる高気圧酸素治療において、対象が「口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髄炎」となったが、平成 30 年３月 31 日以前に、「口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髄炎」以外の理由により区分番号「Ｉ０２６」に掲げる高気圧酸素治療を開始し、現に算定している患者については、４月以降は算定できないのか。

（答）「口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髄炎」以外の理由により、平成 30 年３月 31 日時点で現に算定している患者については、一連の治療を終了する

までの間は、引き続き当該区分を算定して差し支えない。

【周術期等専門的口腔衛生処置】

問 30　区分番号「Ｉ０２９」に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置の「２　周術期等専門的口腔衛生処置２」について、放射線治療又は化学療法の副作用として生じた口腔粘膜炎に対して当該処置を行うとあるが、当該処置を算定する場合の診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の傷病名は「口腔粘膜炎」と記載するのか。

（答）そのとおり。

問 31　一連の周術期等口腔機能管理において、既に区分番号「Ｉ０２９」に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置の「２　周術期等専門的口腔衛生処置２」を算定し、特定保険医療材料として口腔粘膜保護材を算定している場合において、さらに口腔粘膜保護材の追加が必要となった場合に追加で口腔粘膜保護材を算定してよいか。

（答）区分番号「Ｉ０２９」に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置の「２　周術期等専門的口腔衛生処置２」については、一連の周術期等口腔機能管理において１回に限り算定する取扱いであるが、患者の状態等により、特定保険医療材料（口腔粘膜保護材）を使用する必要がある場合については、特定保険医療材料料のみ算定して差し支えない。この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に口腔粘膜保護材の追加が必要となった患者の状況等を記載すること。

問 32　区分番号「Ｉ０２９」に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置の「注４」に「２について、１を算定した日は別に算定できない。」とあるが、異なる日であれば「１　周術期等専門的口腔衛生処置１」と「２　周術期等専門的口腔衛生処置２」は同月に算定できるか。

（答）算定できる。

【機械的歯面清掃処置】

問 33　区分番号「Ｉ０３０」に掲げる機械的歯面清掃処置について、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した患者については、月に１回に限り算定できる取り扱いとなったが、これらの加算を算定した日に限り、算定できるのか。

（答）同一初診期間内に歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した患者であれば、これらの加算を算定していない日であっても機械的

歯面清掃処置を算定して差し支えない。なお、同一月にこれらの加算の算定がない場合は、同一初診期間内に歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

【唾石摘出術】

問 34　区分番号「Ｊ０５３」に掲げる唾石摘出術の留意事項通知について、「外部より唾石及び唾液腺を併せて摘出したものは、「３」腺体内に存在するもので算定する。」という記載が削除されたが、このような場合はどのように算定すればよいか。

（答）手術の実態に合わせて算定する。例えば、顎下腺の腺体内に唾石がある場合であって、外部より唾石及び顎下腺を併せて摘出した場合については、手術の実態にあわせて区分番号「Ｊ０５５」に掲げる顎下腺摘出術により算定して差し支えない。

【口腔粘膜処置、レーザー機器加算】

問 35　「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（平成 30 年３月５日保医発 0305 第 12 号）の別表Ⅱに規定する特定診療報酬算定医療機器の「レーザー手術装置（Ⅰ）」について、エルビウム・ヤグレーザが含まれているが、「う蝕除去・窩洞形成用レーザー」及び「歯石除去用レーザー」に含まれるエルビウム・ヤグレーザと同じ機器が対象となるのか。

（答）添付文書の使用目的に、レーザー手術装置（Ⅰ）の定義に該当する、口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が含まれていないレーザー機器は対象とならない。

問 36　区分番号「Ｊ２００－４－２」に掲げるレーザー機器加算について、「注２」から「注４」までに規定される手術を行った場合に、「注１」に規定するレーザー照射だけではなく、手術の一部において、ブレードメスなどを併用した場合においても本加算を算定して差し支えないか。

（答）本加算は、手術において、レーザー機器の使用による術中の出血量の減少や術後疼痛の緩和等を評価したものであり、適切にレーザー機器が使用されている場合については、ブレードメスなどを併用した場合であっても算定して差し支えない。

【複数手術に係る費用の特例】

問 37　「複数手術に係る費用の特例」（平成 30 年厚生労働省告示第 72 号）において、同一手術野又は同一病巣につき、区分番号「Ｊ００３」に掲げる歯根嚢

胞摘出術と区分番号「Ｊ００４」に掲げる歯根端切除術を同一手術野に対して行った場合は、主たる手術の所定点数に従たる手術の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数とを合算して算定する取扱いとされている。複数歯に対して病巣が存在する場合において、それぞれの歯に対して区分番号「Ｊ００３」に掲げる歯根嚢胞摘出術と区分番号「Ｊ００４」に掲げる歯根端切除術の両方の手術を行った場合については、どのように算定すればよいか。

（答）それぞれの歯に生じている病変が、独立している（別の原因で生じている）と考えられる場合においては、区分番号「Ｊ００３」に掲げる歯根嚢胞摘出術と区分番号「Ｊ００４」に掲げる歯根端切除術を行ったそれぞれの歯に対して、主たる手術の所定点数に従たる手術の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を合算した点数を算定して差し支えない。

【歯冠形成】

問 38　区分番号「Ｍ００１」に掲げる歯冠形成の留意事項通知（21）に「歯内療法により適切な保存処置された歯に対し、金属歯冠修復又は充填によって根面を被覆する場合は、歯冠形成は区分番号「Ｍ００１」に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」により算定する。」とあるが、他院において既に根管充填が行われている歯に対して歯冠形成を行う場合についても、区分番号「Ｍ００１」に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」を算定して差し支えないか。

（答）適切に保存処置が行われていることが確認できた場合については、算定して差し支えない。

【ポンティック】

問 39　下顎第１大臼歯の分割抜歯後にブリッジ（⑤６⑥）を製作する場合において、６ポンティックをレジン前装金属ポンティックにより製作した場合は、どのように算定すればよいか。

（答）この場合においては、区分番号「Ｍ０１７」に掲げるポンティックの注に規定する　「ロ　小臼歯部の場合」により算定し、特定保険医療材料料については小臼歯の例により算定する。

【有床義歯修理】

問 40　「注１」において、新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して６月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する取扱いとなっているが、新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して６月以内に新たに生じた欠損部に対して人工歯及び義歯床を追加して有床義歯修理を行う場合についてはどのような取扱いにな

るのか。

（答）新たに生じた欠損部に対して人工歯及び義歯床を追加して有床義歯修理を行う場合についても、区分番号「Ｍ０２９」に掲げる有床義歯修理の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

【歯科矯正管理料】

問 41　区分番号「Ｎ００２」に掲げる歯科矯正管理料を算定する場合において、「療養上必要な指導を行った場合は、患者の症状の経過に応じて、既に行われた指導等の評価及びそれに基づいて行った指導の詳細な内容を診療録に記載する。」とあるが、患者又はその家族に提供した文書と重複する内容については、提供文書の写しの診療録への添付によることで差し支えないか。

（答）患者又はその家族に提供した文書と重複する内容については、提供文書が適切に記載されている場合であれば、診療録に添付することで差し支えない。

【歯科矯正対象疾患】

問 42　平成 30 年度診療報酬改定において、歯科矯正の対象となる、別に厚生労働大臣が定める疾患の表記が一部変更されたが、診療報酬明細書の「摘要」欄に従来の表記で咬合異常の起因となった疾患名を記載し、現に歯科矯正を行っている患者についてはどのようにすればよいか。

（答）現に歯科矯正を行っている患者については、従来の表記のまま治療を継続して差し支えない。

【特定保険医療材料】

問 43　平成 30 年度診療報酬改定において、歯科鋳造用ニッケルクロム合金又は歯科用ニッケルクロム合金線については、２年間の経過措置の後に廃止する取扱いとなり、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」（平成 30 年３月５日保医発 0305 第 11 号）において、これらの特定保険医療材料料については平成 32 年３月 31 日までに限り算定できることが示されたが、未来院請求についてはどのような取り扱いとなるか。

（答）未来院請求についても、平成 32 年３月 31 日までに限り請求できる取り扱いである。

〈 別 添 4 〉

調剤診療報酬点数表関係

【調剤基本料】

問１　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を算出する際に除くこととしている、同一グループの保険薬局の勤務者には、保険薬局に勤務する役員も含まれるか。また、例えば本社の間接部門の勤務者等についても、含まれるか。

（答）同一グループの保険薬局の勤務者には役員を含める。また、間接部門の勤務者等でも、保険薬局業務に関与する部門の勤務者であれば含める。

問２　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合（処方箋集中率）について、「特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値」とされたが、以下の場合の当該保険薬局の処方箋受付回数と集中率はどのように算出することになるか。

保険薬局の１年間の処方箋受付回数

Ａ医療機関（歯科以外）	2,000 回
Ａ医療機関（歯科）	100 回
Ａ医療機関以外	20,000 回

※　Ａ医療機関が最も処方箋受付回数が多い

（答）

処方箋受付回数について

2,000 ＋ 100 ＋ 20,000 ＝ 22,100 回　となる。

処方箋集中率について

（(2,000 + 100) /22,100）× 100 = 9.5%　となる。

問３　調剤基本料の「注９」の医師の指示に伴う分割調剤について、例えば、分割指示が３回で、１回目は時間外加算の対象、２回目は時間外加算の対象外、３回目は時間外加算の対象の場合、どのように算定することになるか。

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

算も合算した点数に基づき算定することになる。

【具体例】（90 日分処方　→　30 日×3 回の分割指示、調剤時には一包化を行う）
※薬剤料は調剤した分を算定

〈１回目〉

・調剤基本料	41 点			
・地域支援体制加算	35 点			
・調剤料（２剤の場合）	172 点（90 日分）			
・一包化加算	220 点（90 日分）			
・**時間外加算**	**248 点**			
・薬剤服用歴管理指導料	41 点			
計	757 点	×	1/3	＝　252.333≒252 点＋薬剤料(30 日分)

〈２回目〉

・調剤基本料	41 点			
・地域支援体制加算	35 点			
・調剤料（２剤の場合）	172 点（90 日分）			
・一包化加算	220 点（90 日分）			
・薬剤服用歴管理指導料	41 点			
・服薬情報等提供料１	30 点			
計	539 点	×	1/3	＝ 179.666≒180 点＋薬剤料(30 日分)

〈３回目〉※時間外加算を含めて合算する。

・調剤基本料	41 点			
・地域支援体制加算	35 点			
・調剤料（２剤の場合）	172 点（90 日分）			
・一包化加算	220 点（90 日分）			
・**時間外加算**	**248 点**			
・薬剤服用歴管理指導料	41 点			
・服薬情報等提供料１	30 点			
計	787 点	×	1/3	＝　262.333≒262 点＋薬剤料(30 日分)

【服薬情報等提供料】

問４　かかりつけ薬剤師指導料や在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定していない患者について、当該患者の介護にかかわっている介護支援専門員等からの求めに応じ、服薬状況の確認及び必要な指導の内容について提供した場合に、服薬情報等提供料２を算定して差し支えないか。

（答）患者の同意を得るなどの要件を満たせば、算定して差し支えない。

【かかりつけ薬剤師指導料】

問５　かかりつけ薬剤師指導料において、「必要に応じ、患者が入手している調

剤及び服薬指導に必要な血液・生化学検査結果の提示について、患者の同意が得られた場合は当該情報を参考として、薬学的管理及び指導を行う。」とされているが、具体的にどのような業務を想定しているのか。

（答）例えば、腎機能低下により投与量の調節が必要な薬剤が処方されている患者に対して、腎機能検査結果（血清クレアチニン（Cr）、推定糸球体濾過量（eGFR））を参照するなどにより、用法・用量の適切性や有害事象の発現の有無を確認することが想定される。

【分割処方】

問６　分割指示に係る処方箋について、何回目の分割調剤であるかにかかわらず、別紙を含む全ての処方箋が提出されない場合は、処方箋を受け付けられないという理解でよいか。

（答）貴見のとおり。

【服用薬剤調整支援料】

問７　服用薬剤調整支援料に規定する内服薬に、浸煎薬及び湯薬は含まれないと理解してよいか。

（答）貴見のとおり。

問８　服用薬剤調整支援料について、内服薬の種類数は２種類以上同時に減少する必要があるか。同時でなくてもよい場合、内服薬の種類数の減少はいつを起点とすればよいか。

（答）同時でなくてよい。保険薬剤師が減薬の提案を行った日以降に、内服薬の種類数が２種類以上減少し、その状態が４週間以上継続した場合に算定する。

問９　服用薬剤調整支援料について、「保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により記録・保持する。」となっているが、医療機関から情報が得られるのか。

（答）保険薬局において服用薬剤調整支援料を算定する場合、基本的に保険医療機関は薬剤総合評価調整管理料の算定要件を満たすことになり、保険医療機関から情報提供がなされることが想定される。

（参考：薬剤総合評価調整管理料の算定要件（抜粋））

保険薬局からの提案を踏まえて、処方内容の評価を行い、処方内容を調整した場合には、その結果について当該保険薬局に情報提供を行う。

問 10　地域支援体制加算が新設され、基準調剤加算が廃止されたが、両加算で共通する施設基準については、その取り扱いに変更はないと解してよいか。
　また、平成 30 年３月 31 日において現に基準調剤加算を算定している保険薬局が、４月以降に地域支援体制加算を算定するため４月 16 日までに施設基準の届出を行う場合、基準調剤加算の施設基準と同一の要件であっても改めて関係書類を添付する必要があるか。

（答）変更ないものとして取り扱ってよい。また、改定前の基準調剤加算届出時の添付書類と内容に変更を生じていないものについては、改めて同じ書類を添付しなくても差し支えない。

問 11　地域支援体制加算の地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績のうち、(ト)の在宅患者訪問薬剤管理指導料等の単一建物診療患者が１人の場合の算定回数について、改定前の在宅患者訪問薬剤管理指導料等の同一建物居住者以外の場合の算定回数を含めてよいか。

（答）届出前の直近１年間に実施したものは含めて差し支えない。

【薬剤服用歴管理指導料】

問 12　薬剤服用歴管理指導料の特例について、「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当した場合であっても、直近３月間における割合が 50%を上回った場合には、その時点で「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当しないとされているが、日単位ではなく月単位で判断することでよいか。

（答）貴見のとおり。３月で算出した割合が 50%を上回った翌月から、通常の薬剤服用歴管理指導料を算定すること。

問 13　調剤報酬明細書において、薬剤服用歴管理指導料について手帳の持参の有無等により分けて記載することとなったが、患者に交付する明細書についても同様に分けて記載すべきか。

（答）貴見のとおり。６月以内に再度処方箋を持参した患者か否か、６月以内に再度処方箋を持参した患者に対しては、手帳持参の有無が患者に分かるように記載すること。例えば、６月以内に再度処方箋を持参した患者の場合は薬剤服用歴管理指導料の記載に加えて「手帳あり」又は「手帳なし」を、６月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者の場合は同指導料の記載に加えて「６月外」を追記することなどが考えられる。

【在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料】

問 14　区分番号「15 の３」在宅患者緊急時等共同指導料及び区分番号「15 の４」退院時共同指導料における、カンファレンスや共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合」、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよいか。

（答）①天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合をいう。②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報を画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

【その他】

問 15　年度内に新規に開設した保険薬局に対する調剤基本料注３（50/100 減算）及び薬剤服用歴管理指導料の特例の適用期間はどのように考えたらよいか。

（答）開設日の属する月の翌月１日から１年間の実績により判断し、それ以降は前年３月から当年２月末までの実績により当年４月からの適用について判断すること。最初の判定までの間はこれらの減算又は特例は適用しないこと。

〈 別 添 5 〉

訪問看護療養費関係

【訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費】

問１　特別地域訪問看護加算において、訪問看護ステーションの主たる事業所は特別地域外に所在するが、従たる事業所は特別地域に所在し、従たる事業所から特別地域外に居住する利用者に指定訪問看護を行った場合においては算定可能か。

（答）算定できない。ただし、利用者の居宅が特別地域に所在する場合は、訪問看護ステーションの主たる事業所又は従たる事業所の双方が特別地域外に所在する場合にも算定可能である。

問２　専門性の高い看護師による訪問看護の要件として人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門の研修を受けた看護師とあるが、専門の研修とはどのような研修があるのか。

（答）現時点では、以下の研修である。
日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」

問３　訪問看護基本料療養費（Ⅰ）ハ及び訪問看護基本料療養費（Ⅱ）ハの算定対象となる患者における、人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態とはどのようなものか。

（答）ABCD-Stoma（ストーマ周囲皮膚障害の重症度評価スケール）において、A（近接部）、B（皮膚保護剤部）、C（皮膚保護剤外部）の３つの部位のうち１部位でも びらん、水疱・膿疱又は潰瘍・組織増大の状態が１週間以上継続している、もしくは２か月以内に反復して生じている状態をいう。

問４　精神科訪問看護基本料療養費（Ⅱ）が廃止されたが、今後は、例えば共同生活援助事業所に入所している精神障害を有する複数の利用者に対して、看護師等が指定訪問看護を行う場合はどのようにすればよいか。

（答）それぞれの者に対して個別に指定訪問看護を行い、精神科訪問看護基本料療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する。

問５　１日に複数回指定訪問看護を行い、精神科複数回訪問加算を算定する場合は、医師から交付される精神科訪問看護指示書の「複数回訪問の必要性」の欄に、「あり」と記載されていない場合は算定できないか。

（答）算定できない。

問６　複数の看護師等で指定訪問看護を行い、複数名精神科訪問看護加算を算定する場合は、医師から交付される精神科訪問看護指示書に「複数名訪問の必要性」の欄が追加されたが、当該欄に「あり」と記載されている場合に算定が可能となるという理解でよいか。

（答）よい。

問７　複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうち、その他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行った場合においては、緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションは緊急訪問看護加算のみの算定となるのか。

（答）そのとおり。この場合、訪問看護基本療養費及び訪問看護管理療養費等を算定する計画に基づく指定訪問看護を行った訪問看護ステーションとの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

【訪問看護管理療養費】

問８　基準告示第２の５に規定する特掲診療料の施設基準等別表８に示されている「真皮を越える褥瘡の状態」とはどういうものか。

（答）以下のいずれかに該当する場合をいう。

①　NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

②　DESIGN-R 分類（日本褥瘡学会によるもの）D３、D４又はD５

問９　特別地域に所在する２つの訪問看護ステーションが、連携して 24 時間対応対体制加算に係る体制にあるものとして届出ている場合においては、24 時間対応対体制加算は、１人の利用者に対して一方の訪問看護ステーションが一括して算定し、合議により按分するということでよいか。

（答）よい。

問 10　特別地域に所在する２つの訪問看護ステーションが、連携して 24 時間対応対体制加算に係る体制にあるものとして届出を行う場合において、

①　２つの訪問看護ステーションが、両方とも特別地域に所在している必要があるか。

②　特別地域に所在する３つの訪問看護ステーションが連携して 24 時間対応

対体制加算に係る体制にあるものとして届出を行うことは可能か。

（答）①　両方とも特別地域に所在している必要がある。

②　不可。２つの訪問看護ステーションで 24 時間対応対体制加算に係る体制を満たす場合に届出を行うことができる。

問 11　看護・介護職員連携強化加算における介護職員との連携に関する医師からの指示は、訪問看護指示書に明記されている必要があるか。

（答）必ずしも訪問看護指示書に明記する必要はないが、医師からの指示については訪問看護記録書へ記録しておくこと。

問 12　介護保険の訪問看護から医療保険の訪問看護に月の途中で変更になった利用者において、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している場合、同月内に医療保険の看護・介護職員連携強化加算を算定することは可能か。

（答）算定できない。

問 13　退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合、とあるが、

①やむを得ない事情とはどのような場合か。

②携帯電話による画像通信でもよいか。

（答）①　天候不良により会場への手段がない場合や、急な利用者への対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合など。

②　リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報を画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

問 14　理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下、理学療法士等という。）が指定訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成することが示されたが、具体的にはどのように作成すればよいのか。

（答）「訪問看護計画書等の記載要領等について」（平成 30 年 3 月 26 日保医発 0326 第６号）の別紙様式に準じたうえで、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等で異なる様式によりそれぞれで作成すること等は差し支えないが、

この場合であっても他の職種により記載された様式の内容を双方で踏まえた上で作成する。

問 15　理学療法士等が指定訪問看護を提供している利用者について、「訪問看護計画書、訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこと。」とされたが、看護職員による定期的な訪問とは具体的にはどのようなものか。

（答）定期的な訪問とは、利用者の心身状態や家族等の環境の変化があった場合や主治医から交付される訪問看護指示書の内容に変更があった場合等に訪問することをいう。なお、当該訪問看護ステーションの看護職員による訪問については、利用者の状態の評価のみを行った場合においては、訪問看護療養費は算定できない。訪問看護療養費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

問 16　理学療法士等が指定訪問看護を提供している利用者について、例えば、Ａ訪問看護ステーションからは理学療法士が、Ｂ訪問看護ステーションからは看護師がそれぞれ指定訪問看護を実施している利用者についても、Ａ訪問看護ステーションの看護職員による定期的な訪問が必要となるか。

（答）必要である。

【機能強化型訪問看護管理療養費】

問 17　機能強化型訪問看護管理療養費１及び２の届出要件となるターミナルケアの件数において、

①　「あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、７日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者」における「連携する保険局医療機関」とは具体的にはどういうものか。

②　「当該訪問看護ステーションが６月以上の指定訪問看護を実施した利用者」における「６月以上」とは具体的にはいつからいつまでの期間か。

③　７日以内の入院に、入院日又は死亡日は含むか。

（答）①　当該利用者に対して死亡直近６月間において訪問診療を実施している機能強化型在宅療養支援診療所又は機能強化型在宅療養支援病院

②　入院した日が属する月（当該月を含まない）から遡って６月の期間。例えば、４月 10 日に入院し７日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した場合は、前年の 10 月以降の期間となる。また、定期的な指定訪問看護が 10 月中のいずれかの日より開始されていればよい。

③　７日以内については、入院日は含まず、死亡日は含む。例えば、４月１日に入院し４月８日に死亡した利用者はターミナルケアの件数に含まれる。

問 18　機能強化型訪問看護管理療養費３の届出要件に「訪問看護ステーションと同一開設者である保険医療機関が同一敷地内に設置されている場合は、営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等による看護に関する相談への対応は、当該保険医療機関の看護師が行うことができる」とあるが、訪問看護ステーションと同一開設者である保険医療機関が敷地の外に設置されている場合には、当該保険医療機関の看護師が夜間の電話対応を行うことはできるか。

（答）できない。同一敷地内の保険医療機関に限る。

問 19　機能強化型訪問看護管理療養費３において、同一敷地内の保険医療機関の看護師による営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等による看護に関する相談への対応は、当該保険医療機関の外来で勤務している看護師が行うことができるか。

（答）できる。また、専ら病院全体の管理に従事している看護部長、管理当直師長等も可能である。

問 20　機能強化型訪問看護管理療養費３の届出要件の「複数の訪問看護ステーションと共同して訪問看護を提供する利用者」とは、具体的にはどのような利用者か。

（答）特掲診療料の施設基準等別表第７若しくは別表第８に規定する疾病等の利用者又は特別訪問看護指示書若しくは精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であり、週４日以上の指定訪問看護が計画されている利用者であって、複数の訪問看護ステーションにより指定訪問看護が実施され、訪問看護療養費が算定されている利用者。

問 21　機能強化型訪問看護管理療養費３の届出要件の「特掲診療料の施設基準等別表第７に規定する疾病等の利用者、特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者又は診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科在宅患者支援管理料１（ハを除く。）若しくは２を算定する利用者が月に 10 人以上いること又は複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者が月に 10 人以上いること」については、以下の①と②を合わせて 10 人以上であればよいのか。

①　「特掲診療料の施設基準等別表第７に規定する疾病等の利用者」、「特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者」及び「診療報酬の算定方法別表第１

に規定する精神科在宅患者支援管理料１（ハを除く。）若しくは２を算定する利用者」の合計

② 複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者

（答）①又は②のいずれかにおいて、月に 10 人以上を満たしていればよい。

問 22 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出要件の「精神科在宅患者支援管理料１（ハを除く。）若しくは２を算定する利用者」については、精神科重症患者支援管理連携加算を算定していない利用者でもよいか。

（答）精神科重症患者支援管理連携加算を算定している利用者のみである。

問 23 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出要件における「地域の保険医療機関の看護職員が、指定訪問看護の提供を行う従業者として一定期間の勤務について実績がある。」について、「地域の保険医療機関の看護職員」が訪問看護ステーションと同一の開設者の医療機関の看護職員でもよいか。

（答）よい。人事交流を行う地域の医療機関は、開設者や敷地が訪問看護ステーションと同一であるか否かは問わない。

問 24 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出要件の「オ」で示している「キにおける地域の保険医療機関以外の保険医療機関と共同して実施した退院時の共同指導による退院時共同指導加算の算定の実績」とは、

① 人事交流を行った保険医療機関以外の保険医療機関と退院時共同指導を行い、訪問看護ステーションが退院時共同指導加算を算定した件数の実績ということでよいか。

② 実績が１件でも要件を満たすか。

（答）①よい。②満たす。件数は特に規定してないが、届出においては、直近３か月の該当する退院時共同指導加算の算定件数を届出されたい。

問 25 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出要件における、「同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者の保険医療機関が設置されている場合は、当該保険医療機関以外の医師を主治医とする利用者の割合が訪問看護ステーションの利用者の１割以上であること」においては、同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者の保険医療機関が設置されていない場合は、当該要件を満たす必要はないか。

（答）必要はない。当該要件を除いて届出されたい。

問 26 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出要件における、「地域の保険医療

機関や訪問看護ステーションを対象とした研修」として認められる研修には、期間や内容など規定はあるか。

（答）要件となる研修期間や内容は特に規定していない。例えば、他の訪問看護ステーションとの困難事例に係る研修会の主催、病院の看護師の同行訪問による訪問看護研修等も実績として届出可能。

【訪問看護情報提供療養費】

問 27　訪問看護情報提供療養費において、別紙様式以外の様式で情報提供した場合には算定可能か。

（答）原則として別紙様式を用いて情報提供した場合に算定することとなるが、情報提供先の自治体で共通様式が規定されている場合等、別紙様式に示している事項が全て記載されている様式であれば他の様式を用いることも可能であり、その場合当該別紙様式でなくても差し支えない。

問 28　訪問看護情報提供療養費において、関係機関に情報提供を行い、訪問看護情報提供療養費を算定した場合は、主治医に提出する訪問看護報告書にその情報提供先と情報提供日を記入するということでよいか。

（答）よい。また、必要に応じて、情報提供内容についても報告すること。

問 29　１人の利用者について、同月に訪問看護情報提供療養費１、２及び３を全て算定することは可能か。

（答）算定要件を満たしていれば算定可能。

問 30　訪問看護情報提供療養費１においては「市町村等からの求めに応じて」、訪問看護情報提供療養費２においては「義務教育諸学校からの求めに応じて」とあるが、文書での依頼ではなく電話や口頭での依頼でも算定可能か。

（答）可能。ただし、依頼日と依頼者を訪問看護記録書に記載しておくこと。

問 31　訪問看護情報提供療養費２は、例えば小学校の高学年で転校し、当該学校に初めて在籍することになった月に情報提供した場合も算定可能か。

（答）算定できる。

問 32　訪問看護情報提供療養費２の算定要件に「文書を提供する前６月の期間において、定期的に当該利用者に指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが算定できる。」とあるが、「前６月の期間」とは、具体的にはいつからいつの期間か。

（答）文書を提供する日が属する月（当該月を含まない）から遡って６月の期間。例えば、４月 10 日に文書を提供する場合は、前年の 10 月以降の期間となる。また、定期的な訪問看護が 10 月中のいずれかの日より開始されていればよい。

問 33　訪問看護情報提供療養費２について、退院後、在宅で訪問籍として学校に在籍し、訪問による教育を受けている小児が初めて当該学校に通学を開始した月に、学校における円滑な学校生活に移行できるよう情報提供を行った場合においては算定可能か。

（答）算定できる。

問 34　訪問看護情報提供療養費２を算定する学校への情報提供は、当該学校の看護職員と連携するための情報を提供するということでよいか。

（答）よい。訪問看護情報提供療養費２を算定する情報提供においては、看護職員が勤務している学校を情報提供先とすること。

問 35　訪問看護情報提供療養費３において、主治医が所属する医療機関と訪問看護ステーションが特別の関係である場合においても算定可能か。

（答）算定可能。ただし、利用者が入院・入所する医療機関と訪問看護ステーションが特別の関係である場合は算定できない。

問 36　訪問看護情報提供療養費３において、緊急入院により入院までの時間が短い場合等に、訪問看護ステーションが主治医へ指定訪問看護に係る文書を提供するのと同時に、求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有することは可能と考えてよいか。

（答）よい。

問 37　訪問看護情報提供療養費３において、主治医への情報提供を訪問看護報告書で行った場合には算定可能か。

（答）算定できない。訪問看護報告書で記載されている内容だけではなく、継続した看護の実施に向けて必要となる、「ケア時の具体的な方法や留意点」や「継続すべき看護」等の指定訪問看護に係る情報が必要である。

問 38　訪問看護情報提供療養費３において、緊急入院等、事前に利用者が入院することを把握できなかった場合に、入院した後に情報提供した場合も算定可能か。

（答）算定できるが、切れ目のない支援と継続した看護の実施を目的とするものであり、入院又は入所を把握した時点で速やかに情報提供すること。