

■平成28年度診療報酬改定速報5

～疑義解釈資料1（医科診療報酬点数表関係）～

厚生労働省保険局医療課は3月31日に疑義解釈資料（その1）を、地方厚生（支）局医療課等に送付しました。MMSニュースNo.134では、疑義解釈資料（その1）のうち、医科診療報酬に関連する項目について掲載いたします。

【 医科診療報酬点数表関係 】

1. 月平均夜勤時間

Q	A
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。	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。

2. 夜勤時間特別入院基本料

Q	A
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。	算定できる。
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。	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。

<p>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。</p>	<p>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によいこととする。</p> <p>・いきいき働く医療機関サポート Web(いきサポ) URL: http://iryu-kinmukankyuu.mhlw.go.jp/ ※「いきサポ」で検索。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>

3. 主として事務的業務を行う看護補助者

Q	A
<p>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。</p>	<p>配置する必要はない。</p>
<p>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。</p>	<p>①必要ない。 ②どちらも不可。</p>

4. 療養病棟入院基本料

Q	A
<p>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。</p>	<p>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。</p>

<p>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。</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>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。)</p> <p>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。)</p> <p>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。)</p>
---	---

<p>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、以下の場合に該当するか。</p> <p>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</p>	<p>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。</p>
--	---

5. 総合入院体制加算

<p>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。</p> <p>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</p>	<p>該当する。</p>
---	--------------

6. 看護補助加算（夜間看護体制加算）

<p>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か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か。</p>	<p>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。</p>
---	---

<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>含める。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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のか。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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行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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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のか。 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。</p>	<p>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。</p>

7. 看護補助加算（看護補助者活用に関する研修）

Q	A
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。	よい。

8. リエゾンチーム加算

Q	A
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。	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。

9. 感染防止対策加算

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

10. 病棟薬剤業務実施加算

Q	A
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。	可能。

11. 認知症ケア加算

Q	A
身体的拘束は具体的にはどのような行為か。	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器具を使用して、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。
「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。	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。

<p>認知症ケア加算の算定には、認知症の確定診断が必要か。</p>	<p>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。</p>
<p>「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。</p>	<p>担当する医師又は看護職員が判断する。</p>
<p>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。</p>	<p>可能である。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>現時点では、以下のいずれかの研修である。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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」 <p>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。</p>
<p>認知症ケア加算のイの期間とロの期間の日数は、入院日から数えた期間か、それとも、ケア開始日から数えた期間か。</p>	<p>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。</p>

<p>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。</p>	<p>現時点では、以下のいずれかの研修である。</p> <p>①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修</p> <p>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</p> <p>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」</p> <p>ただし、③については認定証が発行されている者に限る。</p>
---	---

12. 精神疾患診療体制加算

Q	A
<p>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。</p>	<p>可能。</p>

13. 地域移行機能強化病棟入院料

Q	A
<p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>

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。	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。
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。	できる。

14. 認知症地域包括診療料

Q	A
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。	臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの除く。

15. 退院後訪問指導料

Q	A
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。	算入できない。
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。	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。

16. 検査・画像情報提供加算

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

<p>以下の場合、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>いずれも該当する。</p>
<p>以下の場合、医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合に該当するか。</p> <p>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。</p>	<p>該当する。</p>
<p>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。</p>	<p>平成 28 年3月時点において、一般社団法人医療情報システム開発センター(MEDIS)HPKI 電子認証局の発行する HPKI 署名用電子証明書及び日本医師会の発行する医師資格証が該当する。</p>

17. 薬剤情報提供料

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

18. 往診料

Q	A
<p>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。</p>	<p>算定できる。</p>

19. 在宅医療のみを実施する保険医療機関

Q	A
<p>「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つ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。</p>	<p>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り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。</p>

20. 訪問看護指示料・精神科訪問看護指示料

Q	A
<p>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。</p>	<p>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ものみ算定可能である。</p>

21. 検査

Q	A
<p>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。</p>	<p>「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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>

22. 処方料

Q	A
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>

23. 投薬

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

<p>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。</p>	<p>以下の例のとおり。</p> <p>①向精神薬A 79.3円 向精神薬B 184.4円 向精神薬C 20.4円 向精神薬以外 5.6円</p> <p>・調剤単位に求める点数 79.3+184.4+20.4+5.6=289.7円→ 29点</p> <p>・向精神薬の点数 79.3+184.4+20.4=284.1円 → 28点</p> <p>・向精神薬以外の点数 29-28= 1点</p> <p>・薬剤料の逓減 28×0.8=22.4→ 22点</p> <p>・逓減後の剤の合計点数 22+1= 23点</p>
	<p>②向精神薬D 164.4円 向精神薬E 61.0円</p> <p>・調剤単位に求める点数 164.4+61.0=225.4円→23点</p> <p>・向精神薬の点数 164.4+61.0=225.4円→ 23点</p> <p>・薬剤料の逓減 23×0.8=18.4→18点</p> <p>・逓減後の剤の合計点数 18点</p>
	<p>③向精神薬以外 252.8円</p> <p>調剤単位に求める点数 252.8円 ⇒ 25点</p>
	<p>④向精神薬F 365.9円</p> <p>・調剤単位に求める点数 365.9円→ 37点</p> <p>・向精神薬の点数 365.9円→ 37点</p> <p>・薬剤料の逓減 37×0.8=29.6→ 30点</p> <p>・逓減後の合計点数 30点</p>
	<p>薬剤料合計 ①23+②18+③25+④30=96点</p>

24. 救急患者精神科継続支援料

Q	A
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>電話による指導等を試みたが、患者が電話に回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。</p>	<p>算定できない。</p>
<p>「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。</p>	<p>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。</p>

25. 認知療法・認知行動療法

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

26. 依存症集団療法

Q	A
<p>「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。</p>	<p>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」</p>

27. 精神科デイ・ケア等

Q	A
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>従前より区分番号「1009」精神科デイ・ケア「大規模なもの」では、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成することとされているが、今後、1年以上精神科デイ・ケア等を継続して実施している患者に対し、診療計画を作成の上、週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合、別に診療計画を作成する必要があるのか。</p>	<p>単一の診療計画で差し支えない。 ただし、1年以上継続している患者に週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合には、精神保健福祉士等による意向の聴取を踏まえて診療計画を作成する必要がある。</p>
<p>1年以上精神科デイ・ケア等を継続している患者であって、診療計画を作成の上、週4日以上精神科デイ・ケア等を実施するものに対し、区分番号「1010-2」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。</p>	<p>疾患別等診療計画加算の算定要件を満たしている場合には、別に算定可能である。 なお、疾患別等診療計画加算を算定する場合に作成する診療計画は、1年以上継続している患者に週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合に、精神保健福祉士等による意向の聴取を踏まえて作成する診療計画と同一で差し支えない。</p>
<p>区分番号「1009」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。</p>	<p>該当する。</p>

28. 外来栄養食事指導料

Q	A
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>

29. 入院栄養食事指導料

Q	A
<p>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。</p>	<p>算定できない。</p>

30. 大病院定額自己負担

Q	A
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>「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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>定額負担の定めに必要なものであれば、対象となる。</p>

<p>「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。</p>	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>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。</p>
<p>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」)</p>	<p>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。</p>
<p>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。)</p>	<p>保険診療の対象とならない患者をいう。 なお、例示されているケースは本来保険診療として取り扱うべきであるから、「自費診療の患者」には当たらない。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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揭示事項等」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。</p>

31. 明細書無料発行

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

以上