

平成28年度診療報酬改定『Q & A』（その1）

2016/3/5 日本医師会

※ 本件についてはすべて厚生労働省当局に確認済みのものである。

〔A001 注13 認知症地域包括診療加算・B001-2-10 認知症地域包括診療料〕

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

A. そのとおり。

〔A001 注12 地域包括診療加算・B001-2-9 地域包括診療料〕

Q. 地域包括診療加算・地域包括診療料の研修要件について、平成27年3月31日までに届出を行った場合には、次回の届出は平成29年3月31日（2年間の有効期間）までに行えばよいか？

A. 平成26年度中に研修実績を添えて届け出た場合は、平成27年4月1日から起算して2年ごとに4月1日までに研修実績を提出する必要がある。当初の届出時には研修実績を提出せず、追って平成26年度中に研修実績を提出した場合についても同様である。

なお、平成27年4月以降に初回の届出を行った場合は、当該届出に係る診療報酬を算定する月の1日から起算して2年ごとに研修実績を提出する必要がある。

〔B001-2-11 小児かかりつけ診療料〕

Q. 内科・小児科や外科・小児科を標榜し、医師1人の場合でも算定できるか？

A. 算定できる。ただし、小児科外来診療料を算定している保険医療機関であって、当該医師は、専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師であること。

Q. 小児科を含めて複数の診療科を標榜する医療機関で、小児科以外の診療科のみを受診した場合も小児かかりつけ診療料で算定するのか？

A. そのとおり。

Q. 小児かかりつけ診療料は小児科外来診療料と同様に、届出した医療機関

では対象患者すべてに算定しなければならないのか？

A. 小児科外来診療料とは異なり、医療機関が説明を行い、同意を得た患者のみ算定となる。

Q. 再診が電話等により行われた場合、小児かかりつけ診療料は算定できないと記載されているが、その場合、何を算定するのか？

A. 再診料や乳幼児加算の点数を算定する。

Q. 専門の診療が必要となり、小児かかりつけ診療料の算定患者を診療情報提供書を添えて他の医療機関に紹介した場合には、診療情報提供料の算定は可能か？

A. 小児科外来診療料とは異なり、別途算定できる。

Q. 指導・相談等を行う旨を、患者に書面を交付して説明し・同意を得る要件となっているが、説明書や同意書の様式は示されているか？

A. 厚生労働省から例（別紙様式10）が示されているので参考にされたい。
[参考資料 p.1182・1183]

Q. 発達段階に応じた助言・指導や保護者からの健康相談（ともに診療を伴わない）に応じた場合、小児かかりつけ診療料の初診時、再診時のいずれかの算定は可能か？

A. 助言・指導や健康相談のみが行われる場合については算定できない。

〔一般病棟用の重症度、医療・看護必要度〕

Q. 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の項目や基準が見直されたが、C項目として追加された救命等に係る内科的治療とは、具体的には何を指すのか？

A. 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙7に以下のように定められている。

<救命等に係る内科的治療> [参考資料 p.1042 (1037~1043)]

① 経皮的血管内治療

経皮的血管内治療は、経皮的な脳血管内治療、t-PA療法、冠動脈カテーテル治療、胸部若しくは腹部のステントグラフト挿入術又は選択的血

管塞栓による止血術が行われた場合に評価する項目である。(検査のみの場合は含めない。)

② 経皮的心筋焼灼術等の治療

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

③ 侵襲的な消化器治療

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

〔A246 退院支援加算〕

Q. 今回の改定で、従来の退院調整加算が退院支援加算に改変されたが、退院支援加算1の算定要件について「各病棟に専任で配置された退院支援職員」は、退院支援部門の看護師や社会福祉士が兼務することは可能か？

A. 退院支援部門に専従の職員が兼務することはできないが、当該部門に専任の職員が兼務することはできる。

Q. 現行の退院調整加算の要件で「専従の看護師又は専従の社会福祉士」の配置が必要になっているので、退院支援部門には、病棟配置されない専従の職員が少なくとも1人は必ず必要という理解でよいか？

A. 退院支援部門に専従の看護師又は社会福祉士が1人以上必要である。

〔B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料〕

Q. 「(土曜日以外の日(休日を除く)にあつては、夜間に限る。)」とはどのような時間帯をいうか?

A. 月曜日から金曜日(休日を除く)の午後6時から午前8時までの時間帯をいう。

〔B001-3-2 ニコチン依存症管理料〕

Q. 今回、35歳未満の者については1日の喫煙本数×喫煙年数 \geq 200の要件が廃止されたと考えてよいか?

A. そのとおり。

Q. 今回の改定により、高校生などの未成年者への投与についてもニコチン依存症管理料の算定が可能と考えてよいか?

A. 依存状態等を医学的に判断し、本人の禁煙の意志を確認するとともに、家族等と相談の上算定することとなる。

〔B008-2 薬剤総合評価調整管理料〕

Q. 6種類以上の内服薬が処方されていた患者に対し、内服薬が2種類以上減少して算定したが、その後の病状の急変などで増薬した後に、内服薬が2種類以上減少した場合も算定できるか?

A. 同一医療機関で当該点数を算定してから1年以内に算定するときは、前回の算定にあたって減少した後の種類数から、さらに2種類以上減少しているときに限られている。

Q. 例えば、そもそも10種類以上の内服薬を服用中の患者がいる場合、医学的な判断のもと、急激な減薬による影響を踏まえ、1月目で2種類、2月目で2種類減らし、6種類とした場合にそれぞれの月で管理料を算定可能という解釈でよいか。

A. よい。同一医療機関で当該点数を算定してから1年以内に算定するときは、前回の算定にあたって減少した後の種類数から、さらに2種類以上減少しているときに限り算定可能である。

〔診療等に要する文書の電子化〕

Q. 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこととされたが、日医認証局の医師資格証を使って電子署名した場合は要件を満たすか？

A. 日医認証局の医師資格証は要件を満たす。

Q. 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）には何が書かれているか？

A. 安全管理のガイドラインは、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」が参照する、情報システムにおけるガイドラインという位置付けのものである。

従って、情報システムにおいて個人情報を保護するための基準が書かれている。そのため、ネットワークのセキュリティについても記述があり、どのようなネットワークであれば安全に医療情報が交換できるかの基準が書かれている。

〔B009 診療情報提供料（I）注15 検査・画像情報提供加算〕

Q. 電子的に発行した診療情報提供書に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容等の診療記録のうち主要なものを電子的方法により埋め込み（貼り付け）を行い、タイムスタンプ付き電子署名を付与し安全な通信環境を確保した上で送付した場合、算定できるか？

A. 算定できる。

Q. 電子的に発行した診療情報提供書に、診療記録のうち主要な、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容等のファイルを電子的方法により添付した電子紹介状に、タイムスタンプ付き電子署名を付与し安全な通信環境を確保した上で送付した場合、算定できるか？

A. 算定できる。

〔C002 在宅時医学総合管理料・C002-2 施設入居時等医学総合管理料〕

Q. 「同一建物居住者」と「単一建物診療患者」は、どう異なるのか？

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

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

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

Q. 重症度が高い患者（別に厚生労働大臣が定める状態の患者）の区分が設けられたが、具体的にはどのような患者を指すのか？

A. 「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」に該当する患者とは、施設基準告示の別表第八の二に該当する患者を指す。

＜施設基準告示の別表第八の二＞ [参考資料 p. 779]

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

一 次に掲げる疾患に罹患している患者

末期の悪性腫瘍

スモン

難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病

後天性免疫不全症候群

脊髄損傷

真皮を超える褥瘡

二 次に掲げる状態の患者

在宅自己連続携行式腹膜灌(かん)流を行っている状態

在宅血液透析を行っている状態

在宅酸素療法を行っている状態

在宅中心静脈栄養法を行っている状態

在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態

在宅自己導尿を行っている状態

在宅人工呼吸を行っている状態

植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態

肺高血圧症であって、プロスタグランジン I₂ 製剤を投与されている状態

気管切開を行っている状態

気管カニューレを使用している状態

ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態

人工肛門又は人工膀胱(ぼう)胱(こう)を設置している状態

Q. 特別な管理を必要とする患者に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合に算定できる加算が、重症者加算から頻回訪問加算に変更されたが、対象患者はこれまでと同様と考えてよいか？

A. そのとおり。

Q. 重症度が高く月2回以上訪問診療を行う患者1人と、月2回以上訪問診療を行う患者2人が単一建物に居住している場合、重症度が高い患者は当該建物に1人なので、当該患者については単一建物居住者（1人）の点数を算定してよいのか？

A. 単一建物に居住する患者が3人であるため、当該患者については、重症度が高く月2回以上訪問診療を行う患者の点数のうち、単一建物診療患者（2人以上9人以下）の点数を算定する。また、他の2人についても月2回以上訪問診療を行う患者の点数のうち、単一建物診療患者（2人以上9人以下）の点数を算定する。

Q. 在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する患者が、月の途中で患者が2人になった場合は、重症度が高く月2回以上訪問診療を行う患者であっても、2人以上の点数を算定するという理解でよいか？

A. 2人とも在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した場合は、そのとおり。

Q. 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料に包括されている

項目が6項目から30項目になったが、包括範囲が拡大されたのか？

A. 現行の6項目に包括されているために算定できなかった項目を明示した上で、新設された衛生材料等提供加算（C007及びI012-2）が追加されただけで、包括範囲は拡大していない。

Q. 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料に包括されている項目として生活習慣病管理料が示されているが、生活習慣病管理料に包括されている項目も在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料に包括され、算定できないのか？

A. 生活習慣病管理料だけが包括されている趣旨であり、生活習慣病管理料に含まれる項目を算定不可とする趣旨ではない。

〔E200 コンピューター断層撮影・E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影〕

Q. 64列以上のマルチスライスCTまたは3テスラ以上のMRI撮影の場合について、別に厚生労働大臣が定める施設基準で、当該医療機関において、「画像診断機器の施設共同利用率について計算式により算出した数値が100分の10以上」とあるが、施設共同利用率とはどのように算出するのか？

A. 以下で算出する。

- ① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数
- ② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数
- ③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数
- ④ 施設共同利用率 = $(② - ③) / (① - ③) \times 100 = \%$

Q. 「診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼する」場合には、診療情報提供書を添えて、別の保険医療機関での診療のために紹介を行った場合や画像診断の判読も含めた依頼の場合は含まれるか？

A. 患者を紹介した場合は含まれない。別の保険医療機関で撮影のみを行い、当該医療機関で診断を行うような場合（単なる撮影機器等の設備の提供）である。

〔F100 注 11 外来後発医薬品使用体制加算〕

Q. 外来後発医薬品使用体制加算は、薬剤師がいない診療所でも算定できるか？

A. 薬剤部門に薬剤師の配置は必須ではない。医師等が配置（兼務も可能）されている場合も、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備等されていれば算定できる。

Q. 規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品は何か？

A. 経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬（薬効分類番号510）、漢方製剤（薬効分類番号520）、その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）であり、詳細は参考資料p.828を参照されたい。

〔残薬確認〕

Q. 処方せんの様式が変更され、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄が設けられたが、処方医が必要と判断した場合は、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」と「保険医療機関へ情報提供」のどちらかを指示するのか？

A. そのとおり。薬局で残薬確認の必要があると処方医が判断した場合、処方せんを使って薬局に指示することができるようになった。

Q. 処方せんの様式が見直され、残薬に係る医師のチェック欄が設けられたが、薬局が処方医の了解なく投与日数を変更することが可能となったものではないと理解してよいか。

A. そのとおり。

〔明細書無料発行〕

Q. 公費負担医療にかかる給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）には生活保護受給者は含まれるか？

A. 生活保護受給者については（健康保険と生活保護を併用する者を除き）含まれない。

Q. レセプト電子請求が義務付けられた医療機関は、正当な理由がない限り、

一部負担金等の支払いがない患者（費用の全額が公費によるものを除く）についても、患者から求められたときは明細書が無償で発行しなければならないこととされたが、「正当な理由」とは何か？

A. 正当な理由とは以下のとおりである。なお、病院については、以下の内容が正当な理由として認められるのは、平成29年度末までとなる。

- ① 一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している場合
- ② 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

〔施設基準等の届出〕

Q. 届出が必要な項目はどこに記載されているのか？また、いつまでに届出なければならないのか？

A. 届出が必要な項目や届出書については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」に掲載されている。

また、各月の末日までに要件審査を終え、届出が受理された場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。

なお、平成28年4月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができる。

Q. 夜間・早朝等加算など届出の簡素化から、施設基準を満たしていれば、厚生局に届出を行う必要がなくなった点数があるが、どのような確認が行われるのか？

A. 適時調査や指導などで施設基準を満たしていることが確認される。