

事務連絡
平成28年6月14日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その4）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成28年厚生労働省告示第52号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第3号）等により、平成28年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添4のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

なお、「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）を別添5及び別添6のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

医科診療報酬点数表関係

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(問1) 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、「C 手術等医学的状況」において「同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ対象となること」とあるが、一旦退院し再度入院した場合（入院期間が通算される再入院を含む）には、評価の対象となるのか。

(答) 対象となる。

(問2) 重症度、医療・看護必要度に係る評価について、「入院した日に退院（死亡退院含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。」とされたが、①転棟した場合の評価はどちらの病棟であればよいか。②転棟したその日に退院（死亡退院含む）した場合は延べ患者数に含めるのか。

(答) ①病棟種別が同じ病棟（病室）間で転棟する場合は、転棟先の病棟（病室）において、転棟時までの評価を含めた評価を行い、基準を満たす患者の割合の算出時の延べ患者数に含める。病棟種別が違う病棟（病室）間で転棟する場合は、転棟前の病棟（病室）において、転棟時まで評価を行うが、延べ患者数には含めない。転棟先の病棟（病室）においては、入棟時から評価対象として評価を行い、延べ患者数に含める。

②転棟する病棟（病室）の病棟種別が同一かどうかに関わらず、転棟前及び転棟先の両方の病棟で退棟時までの評価は行うが、転棟日（退院日）の延べ患者数には含めない。

【許可病床数】

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

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

【指定難病・小児慢性特定疾病】

(問4) 指定難病については、

○区分番号「A101」療養病棟入院基本料の「医療区分・ADL区分に係る評価表評価の手引き」19～23、区分番号「B001 7」難病外来指導管理料、区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号「F200」薬剤 注1、区分番号「J038」人工腎臓 注3等においては、「同法（難病の患者に対する医療等に関する法律）第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る」

○区分番号「C002」在宅時医学総合管理料の注5等に規定する「別に厚生労働大臣が定める状態」においては、「難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病」と規定されている。

これらについて、いずれも病名及び重症度が「特定医療費の支給認定に係る基準」を満たすことを患者が受診する保険医療機関の医師が診断したが、受給者証の交付を受けていない場合も、対象に含まれるか。

また、小児慢性特定疾病については、区分番号「B001 5」小児科療養指導料において、「児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）」とあるが、これについても同様か。

(答) いずれも、医師が、病名及び重症度が基準を満たすことを客観的な根拠とともに医学的に明確に診断できる場合には含まれる。

【月平均夜勤時間】

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

(答) ①そのとおり。

②当該病棟に勤務している時間帯に休憩した場合に限り、含めてよい。

【認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料】

(問6) 屯服薬も内服薬の種類としてカウントするのか。

(答) そのとおり。

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

【総合入院体制加算】

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

(答) そのとおり。

【医師事務作業補助体制加算】

(問8) 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算1において、「医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること」とあるが、病棟又は外来において研究データの整理や統計・調査の入力業務を行った場合も、病棟又は外来において行われた医師事務作業補助者の業務時間に含めて良いか。

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

【急性期看護補助体制加算／看護職員夜間配置加算／看護補助加算】

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

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

【後発医薬品使用体制加算／外来後発医薬品使用体制加算】

(問10) 区分番号「A243」後発医薬品使用体制加算及び区分番号「F100」の「注11」の外来後発医薬品使用体制加算において、当該保険医療機関で調剤した医薬品に、注射や在宅の部で算定され、直接患者に交付される薬剤は含まれるか。

(答) 含まれる。

【病棟薬剤業務実施加算】

(問11) 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算の施設基準において、「医薬品に係る情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知すること」とされているが、医療従事者への速やかな周知は電子的媒体、紙媒体いずれでもよいか。

(答) 速やかに周知されていれば電子的媒体、紙媒体いずれでもよい。

【退院支援加算】

(問12) 区分番号「A246」退院支援加算の施設基準における専従者は、非常勤でも良いのか。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

【外来栄養食事指導料】

(問17) 平成28年3月31日付け事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その1)」の別添1の問184の答において「当該保険医療機関における診療(複数の疾病について診療を受けている場合はその全ての診療)が終了した後に、他の疾病の診療を開始し、当該疾病に係る外来栄養食事指導を実施した場合には、「初回」の指導料を新たに算定することができる。」とあるが、外来患者が自ら診療を中止した後に数か月以上にわたり受診せず、新たに別の疾病で診療を開始し、当該疾病に係る外来栄養食事指導を実施した場合も、「初回」の指導料を新たに算定できるか。

(答) このような事例についても、当該保険医療機関における診療(複数の疾病について診療を受けていた場合はその全ての診療)が終了したと医師が判断し、医師の指示により新たな疾病についてのみ外来栄養食事指導を行う場合は、「初回」の指導料を算定できる。

【入院栄養食事指導料】

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

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

【喘息治療管理料】

(問19) 「喘息治療管理料2」について、吸入補助器具を患者に提供し、服薬指導を行った場合に、初回に限り算定することとされたが、
①「初回に限り算定する」の初回とはどういう意味か。吸入は以前から行っていたが、新たに補助器具を用いて指導を行った際にも算定できるのか。
②薬剤の変更や、吸入補助器具の汚損等の理由により、再度算定することは可能か。

(答) ①初回とは、吸入補助器具が初めて患者に提供され、併せて服薬指導が実施された時点をいう。従前から吸入を実施していた患者について、吸入補助器具を初めて交付し、併せて服薬指導を実施した際にも算定できる。

②吸入補助器具については、汎用性及び耐久性のあるものを交付すべきであり、薬剤の変更や、吸入補助器具の破損等により再交付する場合については、初回に算定する管理料に含まれる。但し、算定から年月が経過し、小児の成長に伴い、大きさの異なる補助器具を使用する必要性が生じた場合に限り、1回（初回の交付が1歳未満の場合には2回）に限り、再度算定できる。この場合には、再度算定が必要な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

【排尿自立指導料】

(問20) 区分番号「B005-9」排尿自立指導料の注に「週1回に限り、患者1人につき6回を限度として算定する。」とあるが、
①同一入院中にカテーテルの再留置が必要となった場合は、再度の算定が可能か。
②別の医療機関に転院した場合、新たに6回を限度に算定できるのか。

(答) ①同一入院期間中は6回までである。
②入院期間が通算される入院の場合、通算して6回を限度として算定する。

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

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

(答) よい。

【投薬】

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

(答) そのとおり（ただし、先発医薬品と薬価が同額又は高いものは除く。）。なお、平成29年3月31日までの間は、後発医薬品のある先発医薬品及び先発医薬品に準

じたものについてのみ一般名処方されていれば、先発医薬品のない後発医薬品が一般名処方がなされていなくても加算1を算定して差し支えない。また、一般名処方加算2の対象については従前の通り、先発医薬品のない後発医薬品は含まれない。

【リンパ浮腫複合的治療料】

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

(座学部分のみ要件を満たす研修として)

- ・厚生労働省委託事業として実施された「新リンパ浮腫研修」(平成25年度に実施のもの)
- ・一般社団法人ライフ・プランニング・センターにより実施された「新リンパ浮腫研修」(平成26年度から28年度に実施のもの。)
- ・日本DLM技術者会による「DVTM研修」(平成22年度から24年度に実施のもの)

(実習部分のみ要件を満たす研修として)

- ・フランシラセラピストスクール 日本校による「リンパ浮腫セラピスト」認定コース(平成26年度から28年度に実施のもの)
- ・一般社団法人ICAAによる「リンパドレナージセラピスト育成講座」(平成26年度から28年度に実施のもの)
- ・一般社団法人日本浮腫緩和療法協会による「上級コース(リンパ浮腫コース)」(平成26年度から28年度に実施のもの)
- ・特定非営利活動法人日本リンパドレナージスト協会による「リンパ浮腫セラピスト実技研修 コースB 基礎講習+基礎補完」(平成26年度に実施のもの)

(座学部分、実習とも要件を満たす研修として)

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

年度から28年度に実施のもの)

- ・特定非営利活動法人日本医療リンパドレナージ協会による「養成講習会」(平成11年度から28年度の間に実施のもの)
- ・一般社団法人リンパ浮腫指導技能者養成協会による「リンパ浮腫指導技能者養成講座」(平成20年度から平成25年度に実施のもの)

(答) よい。

【通院・在宅精神療法】

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

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

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

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

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

【処置の休日・時間外・深夜加算】

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

(答) 算定不可。

【人工腎臓】

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

(答) 当該医療機関で検査を実施している場合に限り算定できる。

【帝王切開術】

(問28) 区分番号「K898」帝王切開術の「注」に規定されている複雑な場合について、「オ 開腹歴（腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう。）のある妊婦に対して実施する場合」とあるが、帝王切開術の既往のある妊婦に対して新たに帝王切開術を実施する場合も対象となるのか。

(答) そのとおり。

【希釈式自己血輸血】

(問29) 区分番号「K9205」希釈式自己血輸血について、「手術時及び手術後3日以内に予め貯血をしておいた自己血を輸血した場合に算定できる。」とあるが、手術後に輸血をする際は、手術室以外の場所で輸血した場合であっても算定出来るのか。

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

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

(答) 算定できない。

【病理診断】

(問31) 保険医療機関間の連携による病理診断について、送付側として、病理診断管理加算を算定している保険医療機関が、病理診断管理加算を算定している受取側の保険医療機関と連携して病理診断を行うことは可能か。また、その

際、病理診断管理加算については、受取側の保険医療機関における該当区分に従い、送付側で算定される病理診断料に加算するのか。

(答) そのとおり。

【細胞診】

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

(答) そのとおり。

【大病院定額自己負担】

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

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

歯科診療報酬点数表関係

【在宅医療：歯科訪問診療料】

（問1）同居する同一世帯の複数の患者に対して診療を行った場合など、同一の患家において例えば夫婦2人の診療を行った場合に、1人が20分以上で、もう1人が20分未満（患者の急変によるものではない）であった場合の歯科訪問診療料はどのように算定すればよいのか。

（答）診療時間が20分以上の患者については歯科訪問診療1で算定し、診療時間が20分未満の患者については歯科訪問診療3で算定する。

（問2）特別の関係にある施設等へ訪問して歯科診療を行い初診料若しくは再診料及び特掲診療料を算定した場合において、区分番号「C000」歯科訪問診療料の注4及び注6を算定できるか。

（答）区分番号「C000」歯科訪問診療料を算定したものとみなして、注4及び注6いずれも算定して差し支えない。

【画像診断：写真診断】

（問3）区分番号「E000」写真診断の留意事項通知（11）において、「同一部位であっても一連の症状確認ではなく、前回撮影時の画像では診断困難な異なる疾患に対する診断を目的に撮影した場合においては、各区分の所定点数により算定する。」とあるが、「前回撮影時の画像」とは、異なる日に撮影した画像という解釈でよいのか。

（答）貴見のとおり。

【リハビリテーション：歯科口腔リハビリテーション料】

（問4）区分番号「H001-3」歯科口腔リハビリテーション料2において、別の保険医療機関で製作した床副子を装着している場合においても、当該リハビリテーション料により算定する取扱いとなったが、区分番号「H001-2」歯科口腔リハビリテーション料1の「2 舌接触補助床の場合」については、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成26年3月31日事務連絡）による従来ど

おり自院で製作したもののみが算定対象となるのか。

(答)「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成26年3月31日事務連絡)にかかわらず、他院で製作したものについても算定して差し支えない。

【処置：抜髄、感染根管処置等】

(問5) 槌状根の場合の加圧根管充填処置は、「3 3根管以上」として算定する取り扱いであるが、抜髄や感染根管処置、根管貼薬処置、根管充填、電氣的根管長測定検査については、実態の根管数が1根管又は2根管の場合は、この根管数に応じて算定するのか。

(答) 貴見のとおり。なお、実態の根管数が3根管以上ではない場合においては、加圧根管充填処置を算定する際に診療報酬明細書に槌状根である旨を記載すること。

【処置：床副子調整・修理】

(問6) 床副子の調整について、睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床は「装着時又は装着日から起算して1月以内に限る」取扱いとなり、咬合挙上副子又は術後即時顎補綴装置は「月1回を限度として算定する」となったが、咬合挙上副子又は術後即時顎補綴装置の装着日と同月に算定できるのか。

(答) 咬合挙上副子又は術後即時顎補綴装置の調整については、装着した月と同月に算定して差し支えない。ただし、装着日と同日の算定はできない。

(問7) 区分番号「I017-2」床副子調整・修理の注3に「同一の患者について1月以内に床副子調整を2回以上行った場合は、床副子調整は1回とし、第1回の調整を行ったときに算定する。」とあるが、前回の咬合挙上副子又は術後即時顎補綴装置を調整日(算定日)から起算して1月以内ではあるが、翌月に調整を行った場合においては、どのように取扱うのか。

(答) 咬合挙上副子又は術後即時顎補綴装置の調整については、特掲診療料全体の通則に従い、月の初日から月の末日までの1か月を単位として、1月につき1回を限度として算定する取扱いであることから、前回当該処置を算定した日から起算して1月以内であっても、翌月であれば算定して差し支えない。

(問8) 区分番号「I019」歯冠修復物又は補綴物の除去のポンティックのみの除

去に係る通知から「切断部位 1箇所につき」の文言が削除されているが、ブリッジのポンティックを除去する際に行った切断の費用は「切断部位」数ではなくポンティック「1歯単位」での算定と考えるのか。

(答) 貴見のとおり。

【処置：歯冠修復物又は補綴物の除去】

(問9) ブリッジの除去について、例えば⑦⑥5④ | ブリッジをの⑦⑥部分のように歯冠補綴物の連結部分を切断した場合は、留意事項通知の(7)のニにより切断を算定できると考えるのか。

(答) 貴見のとおり。

⑦⑥5④ | ブリッジをすべて除去する場合は、⑦と⑥の間の切断、全部金属冠3歯及びポンティック1歯の除去となり、32点×5として算定できる。

【処置：有床義歯床下粘膜処置】

(問10) 模型上で抜歯後を推定して製作する即時義歯について、歯肉の退縮等により比較的早期に行う床裏装は、区分番号「M030」有床義歯内面適合法の注2により所定点数の100分の50に相当する点数により算定する取扱いとなったが、この場合においても床裏装を行う前に区分番号「I022」有床義歯床下粘膜調整処置は算定できると考えてよいか。

(答) 床裏装を行う前に歯科医学的に妥当・適切に行われた有床義歯床下粘膜処置については、必要に応じて算定して差し支えない。

【処置：機械的歯面清掃処置】

(問11) 機械的歯面清掃処置の注2に「区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(I)又は区分番号「I011-2-2」に掲げる歯周病安定期治療(II)を算定した月は算定できない」とあるが、区分番号「I011-2」歯周病安定期治療(I)又は区分番号「I011-2-2」歯周病安定期治療(II)(以下、歯周病安定期治療)を開始する月(初回時)において、歯周病安定期治療を開始する日より以前に機械的歯面清掃処置を行った場合は算定できるのか。

(答) 歯周病安定期治療を開始する月に歯周病検査を行い、歯周病安定期治療開始の判断を行う場合においては、歯周病検査の実施日より前に行った機械的歯面清掃処置は算定して差し支えない。

歯周病検査の算定については「疑義解釈資料の送付について」(その1)(平

成28年3月31日事務連絡)を参考にされたい。

【歯冠修復及び欠損補綴：クラウン・ブリッジ維持管理料】

(問12) クラウン・ブリッジ維持管理料の注4について、「訪問診療を行った場合は算定できない」から、「区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。」に変更になったが区分番号「C000」歯科訪問診療料の注13に規定する点数で算定した場合もクラウン・ブリッジ維持管理料は算定できないと考えてよいのか。

(答) 貴見のとおり。

(問13) クラウン・ブリッジ維持管理料の注4について、「特別の関係にある施設等」に訪問して歯科訪問診療を行い、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A002」再診料を算定した場合はクラウン・ブリッジ維持管理料を算定できるのか。

(答) 「特別の関係にある施設等」に訪問して歯科訪問診療を行った場合は区分番号「C000」歯科訪問診療料を算定したものとみなすため、区分番号「C000」歯科訪問診療料を算定した場合と同様にクラウン・ブリッジ維持管理料は算定できない。

【エナメル質初期う蝕管理】

(問14) 区分番号「B000-4」歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算及び区分番号「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」について、口腔内カラー写真の撮影を行うことが要件とされているが、当該管理とは別に歯周病検査を実施する場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として口腔内カラー写真の撮影を行った場合に、区分番号「D003-2」口腔内写真検査は算定できるか。

(答) 算定できる。

【医療と介護の給付調整】

(問15) 在宅で療養を行っている通院困難な患者であって、口腔疾患及び摂食機能障害を有するものに対して、歯周基本治療又は摂食機能障害に対する指導管理等が必要な場合は、介護保険の給付を受けている場合であっても区分番号「C001-5」在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定できると考えてよ

いか。

(答) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料で行われる指導管理等の範囲は、療養上必要な計画的かつ継続的な歯科医学的管理に加え、歯周基本治療に対する処置又は摂食機能障害に対する訓練指導等を含むものであることから、介護報酬の居宅療養管理指導費（歯科医師の場合）又は介護予防居宅療養管理指導費（歯科医師の場合）が算定可能な患者についても、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定することは差し支えない。（居宅療養管理指導費（歯科医師の場合）又は介護予防居宅療養管理指導費（歯科医師の場合）を算定していない月に限る。）

【診療報酬明細書】

(問16) 歯科訪問診療を行う歯科医療機関と特別の関係にある施設等に対して歯科訪問診療を行い、初診料若しくは再診料及び特掲診療料を算定した場合においては、区分番号「C000」歯科訪問診療料を算定したものとみなすとなったが、その場合に診療報酬明細書に訪問日・訪問開始時間・訪問終了時間の記載は必要か。

(答) 歯科訪問診療料を算定した場合と同様に、診療報酬明細書の摘要欄に訪問日・訪問開始時間・訪問終了時間等の記載が必要である。

(問17) 暫間固定を算定した場合において、診療報酬明細書の摘要欄に「歯周外科手術を行う予定であるか否かを記載する。」となっているが歯周治療以外で暫間固定を行う場合においても記載する必要があるか。

(答) 歯周治療以外（区分番号「I014」暫間固定の留意事項通知（13）に規定される場合）において暫間固定を行う場合については、記載がなくても差し支えない。

(問18) 次の①～④を算定した場合において、当該処置等が初回である場合は、診療報酬明細書の摘要欄に「初回である旨」又は「1回目」と記載することとされているが、初診月であり「初回」又は「1回目」であることが明らかである場合においても記載する必要があるか。

- ①区分番号「I014」暫間固定
- ②区分番号「I030」機械的歯面清掃処置
- ③区分番号「I031」フッ化物歯面塗布処置
- ④区分番号「M000」補綴時診断料（有床義歯修理を実施した場合に限る。）

(答) 当該処置が初診月に実施され、「初回」又は「1回目」であることが明らかである場合については、記載がなくても差し支えない。

調剤報酬点数表関係

【分割調剤】

(問1) 調剤基本料の「注8」の医師の指示に伴う分割調剤について、処方せんに分割指示がある薬剤と分割指示のない薬剤の両方が含まれている場合、調剤料はどのように算定したらよいか。

(答) 分割指示の有無にかかわらず、処方された薬剤について、「1剤」又は「1調剤」として扱われるものは、それぞれ調剤料を算定できる。この際、分割指示がある薬剤に係る調剤料は、医師の指示に伴う分割調剤に規定する方法にしたがって算定すること。なお、医師の指示に伴う分割指示がある処方せんの場合は、調剤基本料、薬学管理料等は、医師の指示に伴う分割調剤に規定する方法にしたがって算定すること。

【具体例1】 A剤とB剤が別剤であり、A剤のみが分割指示されている場合

Rp1	A剤	30日分 (分割指示あり)	}	別剤
Rp2	B剤	5日分 (分割指示なし)		

(初回の調剤時の調剤料)

Rp1については、医師の指示に伴う分割調剤に規定する方法で算定

Rp2については、内服薬の5日分の調剤料を算定

(分割調剤2回目以降の調剤料)

Rp1の調剤料として、医師の指示に伴う分割調剤に規定する方法で算定

【具体例2】 A剤とB剤が「1剤」の範囲であり、A剤のみが分割指示されている場合

Rp1	A剤	30日分 (分割指示あり)	}	1剤
Rp2	B剤	5日分 (分割指示なし)		
Rp3	C剤	5日分 (分割指示なし)	→	別剤

(初回の調剤時の調剤料)

Rp1とRp2については、医師の指示に伴う分割調剤に規定する方法で算定

Rp3については、内服薬の5日分の調剤料を算定

(分割調剤2回目以降の調剤料)

Rp1の調剤料として、医師の指示に伴う分割調剤に規定する算定方法で算定

訪問看護療養費関係

(問1) 訪問看護基本療養費の緊急訪問看護加算又は精神科訪問看護基本療養費の精神科緊急訪問看護加算について、複数の訪問看護ステーションのいずれかが定期的な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ステーションが緊急の指定訪問看護を行った場合に限り、当該加算のみを算定することができるか、定期的な指定訪問看護を行う前にその他のステーションが緊急に指定訪問看護を行った場合は当該加算を算定できるか。

(答) このような場合には、緊急に訪問した際に、当該日に実施予定の訪問看護を併せて実施することが原則であるが、やむを得ず実施できなかった場合に限り算定できる。また、やむを得ず実施できなかった状況について、訪問看護記録書に記録すること。

(問2) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の要件に該当する患者に対してASVを使用した場合は在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定できるとされたが、この場合の患者について、特掲診療料の施設基準等別表7に掲げる疾病等の者の「人工呼吸器を使用している状態」に含まれるか。

(答) 含まれない。

(問3) 訪問看護療養費を算定した月及び日について、精神科訪問看護・指導料は一部を除き算定できないとされたが、精神疾患と精神疾患以外の疾患を有する要介護者は、医療保険の精神障害を有する者に対する訪問看護（精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護基本療養費）と、介護保険による訪問看護とを同一日又は同一月に受けることができるか。

(答) 精神疾患とそれ以外の疾患とを併せて訪問看護を受ける利用者については、医療保険の精神障害を有する者に対する訪問看護（精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護基本療養費）（以下「精神科訪問看護」という。）を算定することができる。同利用者が、介護保険で訪問看護費を算定する場合は、主として精神疾患（認知症を除く）に対する訪問看護が行われる利用者でないことから、医療保険の精神科訪問看護を算定するとはできない。すなわち、同一日に医療保険と介護保険とを算定することはできない。

なお、月の途中で利用者の状態が変化したことにより、医療保険の精神科訪問看護から介護保険の訪問看護に変更することは可能であるが、こうした事情によらず恣意的に医療保険と介護保険の訪問看護を変更することはできないものであり、例えば数日単位で医療保険と介護保険の訪問看護を交互に利用するといったことは認められない。