

平成24年度診療報酬改定『Q&A』(その1、2、3) 斜字は日本医師会

※ 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

疑義解釈資料の送付について（その1） 厚生労働省保険局医療課平成24年3月30日

疑義解釈資料の送付について（その2） 厚生労働省保険局医療課平成24年4月20日

【紹介率の低い医療機関の初診料・外来診療料】	4
【再診料・外来診療料（複数科受診）】	4
【再診料】	5
《地域医療貢献加算→時間外対応加算》	5
【入院基本料】	8
【入院基本料（病院）】	9
【入院基本料（有床診療所）】	10
【用語の説明】	12
【入院基本料の算定方法】	12
【入院基本料等の褥瘡対策】	14
【入院基本料等の栄養管理体制】	15
《栄養管理実施加算・褥瘡患者管理加算》	15
《超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算》	15
《医師事務作業補助体制加算》	16
《急性期看護補助体制加算》	16
《看護職員配置夜間加算》	17
《精神科リエゾンチーム加算》	17
《感染防止対策加算》	17
《褥瘡患者ハイリスク患者ケア加算》	19
《新生児特定集中治療室退院調整加算》	19
《救急搬送患者地域連携受入加算》	19
《精神科救急搬送患者地域連携紹介加算》	19
《呼吸ケアチーム加算》	20
《患者サポート体制充実加算》	20
《栄養サポートチーム加算》	21
《病棟薬剤業務実施加算》	22
【特定入院料】	25
《脳卒中ケアユニット入院医療管理料》	25
《小児特定集中治療室管理料》	25
《回復期リハビリテーション病棟入院料》	25
《亜急性期入院医療管理料》	26
《緩和ケア病棟入院料》	27

《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》	27
《精神療養病棟入院料》	27
《認知症治療病棟入院料》	28
《特定一般病棟入院料》	28
《年齢の定めのある特定入院料の取扱い》	28
【医学管理等】	28
《がん治療連携計一案定料・がん治療連携指導料》	28
《認知症専門診断管理料》	28
《がん性疼痛緩和指導管理料》	29
《がん患者カウンセリング料》	29
《外来緩和ケア管理料》	29
《外来栄養食事指導料》	29
《糖尿病透析予防指導管理料》	29
《院内トリアージ実施料》	31
《移植後患者指導管理料》	31
《外来放射線照射診療料》	31
《退院時共同指導料2》	32
《地域連携診療計画管理料》	33
《がん治療連携指導料》	33
《がん治療連携計画策定料》	33
【在宅】	33
《機能を強化した在支診・在支病》	33
《在宅患者訪問診療料在宅ターミナルケア加算》	35
《救急搬送診療料》	36
《訪問看護指示料》	36
《訪問看護》	37
《在宅療養指導管理材料加算》	37
《介護職員等喀痰吸引等指示料》	37
【後発医薬品の使用促進】	38
《後発医薬品の品質確保》	38
《処方せん様式変更》	38
《処方せん料 一般名処方加算》	39
【リハビリテーション】	41
《外来リハビリテーション診療料》	41
【検査】	43
【画像診断】	45
【精神科専門療法】	45
【処置】	48

【手術】	49
【放射線治療】	51
【病理診断】	51

【紹介率の低い医療機関の初診料・外来診療料】

(問 6) どのような場合に地方厚生（支）局へ報告を行う必要があるのか。

(答) 紹介率・逆紹介率が当該基準よりも低い場合は、報告を行う必要がある。当該基準よりも高い場合は、報告を行う必要はない。

(問 7) 当該点数に係る対象となった場合、地方厚生（支）局への報告はどのように行うのか。

(答) 別紙様式 28 により、当該点数に係る報告を毎年 10 月 1 日に地方厚生（支）局へ行う。なお、報告後、任意の連続する 6 ヶ月間のデータで紹介率・逆紹介率が基準を上回った場合は、翌年 4 月 1 日までに再度別紙様式 28 により地方厚生（支）局に報告することにより当該点数に係る対象施設とはならない。

(問 8) 当該点数に係る対象となった場合、当該初診料・再診料を算定する期間はいつまでか。

(答) 紹介率・逆紹介率が当該基準よりも低く、別紙 28 により 10 月 1 日に当該点数に係る報告を行った翌年 4 月 1 日から翌々年 3 月 31 日までである。

【再診料・外来診療料（複数科受診）】

(問 1) 同一日に内科で「糖尿病」について診察を受け、同時に眼科で「糖尿病性網膜症」について診察を受けた場合は、眼科で 2 科目の再診料を算定できるのか。

(答) 関連のある疾病のため、2 科目の再診料は算定できない。

(問 2) 内科で再診料と外来管理加算を算定し、同時に眼科を再診で受診し処置を行った場合、内科で算定した外来管理加算はそのまま算定出来るか。

(答) 算定できない。

(問 3) 2 科目の再診料は、診療所においても算定できるのか。

(答) 診療所においても要件を満たせば算定可能である。

(問 4) 同一日の同時に 2 科目の再診料（外来診療料）を算定する場合で、緊急で時間外に異なる科を受診した場合にも時間外加算は算定できないのか。

(答) 算定できない。

(問 5) 初診と再診を合わせて同一日の同時に 3 科を受診する場合、3 科目の初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。

(答) 初診料・再診料（外来診療料）を合わせて 2 科目までしか算定できない。

【再診料】

《地域医療貢献加算→時間外対応加算》

Q. 地域医療貢献加算が時間外対応加算に名称変更され、3つの加算（時間外対応加算1、時間外対応加算2、時間外対応加算3）に再編されたが、従来、地域医療貢献加算の要件を満たしていた診療所は時間外対応加算の1か2を満たすと考えてよいか？

A. そのとおり。診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として、加算1は常時、加算2は標準時間外の夜間の数時間、加算3は当番日の標準時間外の夜間の数時間に応じることが明確にされた。

Q. 従来、地域医療貢献加算を届出している診療所は、今回、時間外対応加算2の要件を満たす場合でも、改めて届出が必要となるか？

A. 改めて届出の必要はない。

Q. 電話再診の場合でも時間外対応加算は算定できるか？

A. 算定できる。

Q. 電話等による問い合わせに対し、対応できる体制とあるが、携帯電話への転送等でもよいか？

A. 携帯電話への転送でもよい。

Q. 時間外の連絡先について、電話の転送サービス等を活用するなどして、必ず医師が対応する必要があるか？

A. 時間外の連絡について、診療所職員が対応に当たり、患者からの電話の後、速やかに医師に連絡を行い対応することでもよい。

Q. 患者からの問い合わせはメール対応でもよいか？

A. 電話での対応が原則であるが、患者の同意を得ていれば、速やかに応答することを条件に携帯メール等を併用してもよい。

Q. 学会出張等の場合の取り扱いはどうか？

A. 学会等への参加のため、電話連絡等に対応できない場合には、連携医療機関の連絡先を患者に知らせることでもよい。

Q. 病院や地域医師会が当番制で主務する休日・夜間診療所を緊急時の対応施設とする場合は、当該病院又は休日・夜間診療所の連絡先に加え、出務医日程表を掲示することが必要か？

A. 基本的には自院での対応を原則とするが、やむを得ない事情等により病院又は休日・夜間診療所と連携することについては、例外的な対応として認められる。したがって、当該加算の算定に当たって、患者に対し出務医日程表の掲示までは必要ないが、連携する病院又は休日・夜間診療所の連絡先等、必要な情報は提供する必要がある。

Q. 時間外対応加算2に関する施設基準にある「当該診療所において対応できる体制」とは、すぐに診察が可能である必要があるか？

A. 患者からの電話等による問い合わせに対応できる体制であれば、必ずしも、診察が可能な体制でなくてよい

Q. 対応が求められる時間帯においては、必ず医師が直接対応することが必要か？

A. できるだけ速やかに対応する体制があれば、必ずしも直接、医師が対応することに限定するものではなく、例えば、転送電話や職員が対応した後に連絡等を受ける体制も認められる。

Q. 時間外対応加算3について、連携する医療機関は近隣に限られるのか？

A. 患者が通院可能な帰郷であれば、地域の実情に応じて連携を行うことが可能である

Q. 時間外対応加算1及び2において、学会等のやむを得ない事情で例外的に時間外の対応ができない場合、時間外の対応を、病院又は診療所（休日・夜間診療所含む）で代替することは可能か？

A. 原則、自院で対応することとするが、やむを得ない事情がある場合には、例外的に、他の病院又は診療所（休日・夜間診療所含む）との連携による対応も可能である。

なお、その場合においても、事前に患者及び関係者に連携医療機関での対応となることを伝えること。

Q. 時間外対応加算2及び3における「標準時間外の夜間の数時間」とは、例えば深夜も含まれるのか？

A. 標準時間外の間の数時間の対応が必要であるが、深夜（午後後10時から午前6時）及び休日（時間外対応加3については当番日以外の日）においては、必ずしも対応は必要ではない。

その場合、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

(問 9) 従前の地域医療貢献加算を算定していた医療機関が、時間外対応加算 2 の要件を満たし、当該点数を算定する場合、新たに届出は必要か。

(答) 地域医療貢献加算を届け出ている医療機関が、時間外対応加算 2 を算定する場合は新たな届出は必要ない。

(問 10) 時間外対応加算に関する施設基準にある「当該診療所において対応できる体制」とは、すぐに診察が可能である必要があるか。

(答) 患者からの電話等による問い合わせに対応できる体制であれば、必ずしも、診察が可能な体制でなくてよい。

(問 11) 対応が求められる時間帯においては、必ず医師が直接対応することが必要か。

(答) できるだけ速やかに対応する体制があれば、必ずしも直接、医師が対応することに限定するものではなく、例えば、転送電話や職員が対応した後に連絡等を受ける体制も認められる。

(問 12) 時間外対応加算 3 について、連携する医療機関間の距離に係る要件はあるのか。

(答) 患者が通院可能な範囲であれば連携を行うことが可能であり、現時点においては、具体的な距離の要件はない。例えば、近接に医療機関が少ない地域等においては、地域の実態にあわせた連携を行うことが可能である。

(問 13) 時間外対応加算 1 及び 2 において、学会等のやむを得ない事情で例外的に時間外の対応ができない場合、時間外の対応を、他の病院又は診療所（休日・夜間診療所含む）で代替することは可能か。

(答) 原則、自院で対応することとするが、やむを得ない事情がある場合には、例外的に、他の病院又は診療所（休日・夜間診療所含む）との連携による対応も可能である。なお、その場合においても、事前に患者及び関係者に連携医療機関での対応となることを伝えること。

(問 14) 時間外対応加算 2 及び 3 における標準時間外の夜間の数時間とは、例えば深夜も含まれるのか。

(答) 標準時間外の夜間の数時間の対応が必要であるが、深夜（午後 10 時から午前 6 時）及び休日（時間外対応加算 3 については当番日以外の日）においては、必ずしも対応は必要ではない。その場合、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

(問 15) 時間外対応加算 3 について、当番日の医療機関は、自院の標準時間外の数時間の対応を行う必要があるのか。

(答) そのとおり。

Q. 連携して対応する時間外対応加算 3 の場合、連携する医療機関で標準時間が違うことが想定されるが、当番となった医療機関の標準時間後の数時間でよいのか？

A. よい。

【入院基本料】

(問 16) 入院診療計画について、入院前に外来で文書を提供し、説明した場合はどうなるのか。

(答) 入院後 7 日以内に行ったものと同等の取扱となる。

(問 17) 特別な栄養管理の必要性の有無について、入院診療計画作成時に必要ないと判断した患者が、治療途中に栄養管理が必要となった場合、改めて入院診療計画を作成し、栄養管理計画書を作成する必要があるのか。

(答) 特別な栄養管理が必要になった時点で、栄養管理計画書を作成すればよく、改めて入院診療計画書を作成する必要はない。

(問 18) 入院基本料の褥瘡対策の要件では、褥瘡看護の臨床経験を有する看護職員の配置が必要とされているが、ここでいう褥瘡看護の臨床経験とはどういう経験をさすのか。

(答) 褥瘡を有する入院患者に対する看護の経験を想定しているが、経験を有する看護職員がいない場合には、外部(他院や団体等が主催)の褥瘡に関する研修を受講することが望ましい。

(問 19) 入院基本料の算定要件にある夜勤に従事する看護職員の月平均夜勤時間数を 4 週間単位で算出している場合、月や年度が変わる際などに一度リセットして、新しい月の 1 日から始めてもよいのか。

(答) 不可。計算に含まない日が出ないよう必ず連続する 4 週間ごとに算出すること。

例) 1 度 4 週間で算出する方法を選択し 3 月 1 日～3 月 28 日で届出をした場合は、次の算出期間は 3 月 29 日～4 月 25 日となる。

(問 20) 月平均夜勤時間数は、「届出前 1 ヶ月又は 4 週間の夜勤時間帯に従事する看護職員の延夜勤時間数」を「夜勤時間帯に従事した実人員数」で除して算出するとされている。月平均夜勤時間数を 4 週間で算出している場合、看護配置等暦月でみる基準については別途書類を作成する必要はあるのか。

(答) そのとおり。看護職員の月平均夜勤時間数の算出を 4 週間で算出している場合には、看護職員の配置基準は暦月で算出することとなっているため、別途書類作成が必要になる。

(問 21) 夜勤専従者の月の所定労働時間（夜勤時間数）について、概ね 72 時間の 2 倍以内という要件が削除されたことにより、どのような勤務体系が可能となるか。

(答) 勤務形態の多様化及び夜間の看護補助者の配置の普及等を踏まえ、夜勤専従者の所定

労働時間を日勤及び夜勤の両方を行う看護職員と同等の週当たり 40 時間が可能となる。ただし、本人の希望や夜勤による身体への負担等を考慮し、柔軟な運用と配慮を行うことが望ましい。

(問 22) 入院基本料を算定する病棟において 1 日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、褥瘡対策に関する委員会を行う時間は含んでよいのか。

(答) 平成 19 年 4 月 20 日の事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その 7）」で示している「院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修」以外に、褥瘡対策委員会に参加する時間についても、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

(問 23) 新 7 対 1 の要件（平均在院日数、看護必要度）を満たさなかった場合、新 10 対 1 を届出することになるのか。

(答) 新 7 対 1 の要件を満たさない場合には、新 10 対 1、又は、7 対 1 入院基本料（経過措置）を届出ることができる。

7 対 1 入院基本料（経過措置）は、今回の改定で 7 対 1 入院基本料の算定要件（平均在院日数、看護必要度）について変更が行われたため、経営状態の急激な変化等の病院への影響を踏まえて設けられたものであり、平成 26 年 3 月 31 日まで算定できるものである。

なお、一時的に 7 対 1 入院基本料（経過措置）を届出したとしても、平均在院日数（直近 3 か月の実績）、看護必要度基準（直近 1 か月の実績）を満たせれば、再度、新 7 対 1 を届出することが可能である。

【入院基本料（病院）】

(問 3) 新 7 対 1 の届出は、別添 7 の様式 5～11 を提出することになっているが、7 対 1（経過措置）についても同様でよいのか。

(答) そのとおり。また、中央社会保険医療協議会において 7 対 1（経過措置）について調査・検証を行うこととなっているため、地方厚生（支）局においては、7 対 1（経過措置）の届出を受理する際には、新 7 対 1 の施設基準の「平均在院日数、看護必要度の基準、看護配置」のいずれが満たせないのか確認し、記録しておくこと。

(問 4) 7 対 1（経過措置）を届出していた医療機関が、新 7 対 1 を届出する際には、7 対 1（経過措置）を算定していた間、新 7 対 1 の看護配置を満たしていることが必要であるが、それについてはどのように確認するのか。

(答) 新 7 対 1 を届出する保険医療機関は、7 対 1（経過措置）を届出していた間の別添 7 の様式 9 等の看護配置が確認できる書類を提出し、地方厚生（支）局はこれによって新 7 対 1 を届出することができるのか、新 10 対 1 を届出すべきかの確認を行うこと。

(問5) 7対1(経過措置)の届出を行った後に、新7対1の届出を行うことは可能か。

(答) 平均在院日数と看護必要度の基準のみを満たせず、7対1(経過措置)を届出している場合については、通常どおり新7対1の実績を満たせば、再度、新7対1を届出することは可能である。

一方で、新7対1の看護配置を満たせず(新10対1の看護配置は満たしている)、7対1(経過措置)を届出した場合については、平成26年3月31日までに新10対1を届出することになる。この場合、新10対1を届出した後に改めて7対1(経過措置)を届出することはできない。

(問6) 新7対1の基準を満たしても、7対1(経過措置)を算定しても構わないのか。

(答) 7対1(経過措置)は平成24年3月31日時点での旧7対1を算定している病棟であって、新7対1の基準を満たせない場合に算定する点数であるため、新7対1の基準を満たしている場合には、新7対1を届出すること。

(問7) 平成24年3月31日時点で旧7対1を算定しているが、平成24年4月1日以降、すぐに新7対1の看護配置を満たせなくなった場合にも7対1(経過措置)が適用となるのか。

(答) 平成24年3月31日時点で旧7対1を算定している病棟であれば、4月1日以降、看護配置を満たさなくなった時点で、平成26年3月31日までに新10対1を届出することが前提であれば、7対1(経過措置)の届出が可能である。

(問8) 平成24年3月31日時点で一般病棟と結核病棟(概ね30名程度以下)のユニットを有し、旧7対1入院基本料を算定しているが、平成24年4月1日以降、2つの病棟の看護必要度の評価を合わせて行うことはできなくなるのか。

(答) 原則としては一般病棟と結核病棟で別に看護必要度の評価を行うが、平成24年4月1日以降、結核病棟のみでは看護必要度の要件を満たす患者の割合が1割以上という基準を満たせない場合に限り、両病棟の看護必要度の評価を合わせて行い、一般病棟に求められている看護必要度の基準(1割5分以上)を満たすことでも差し支えないものとする。

【入院基本料(有床診療所)】

(問9) 「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24年3月5日保医発0305第1号)に「有床診療所入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定することができる」とあるが、この場合、当該患者が入院している有床診療所入院基本料を算定している病床の面積要件の基準はあるのか。

(答) 有床診療所入院基本料注9の規定に基づき、有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合に限り、病床の面積要件は現に入院している一患者あたりで医療法に規定する療養病床の面積と同等のものを満たせば良いこととする。

(問 10) 今回の改定で、有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料の両者を届出ている有床診療所にあっては患者の状態に応じて相互の入院基本料を算定することが可能となつたが、一般病床に配置している看護職員を療養病床に配置すべき看護要員として重複カウントしてもよいか。

(答) 重複カウントすることはできない。それぞれの病床における看護配置を含めた施設基準を満たした場合に、それぞれの算定が可能となる。

(問 11) 有床診療所入院基本料注9の規定に基づき、有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合に、療養病床として届出している病床数に対する看護要員数ではなく、有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者数に相当する看護要員数が必要か。

(答) そのとおり。

(問 12) 有床診療所療養病床入院基本料を算定することが望ましい患者が増加した場合、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を増やし、一般病床に配置する看護職員数を減らして、その看護職員を療養病床に配置した上で、有床診療所入院基本料については看護職員数にあつた区分を算定することはできるか。

(答) 可能である。なお、その場合改めて届出を行う必要はない。

(問 13) 有床診療所療養病床入院基本料を届出する病床で有床診療所入院基本料を算定する場合、一般病床が満床である必要があるのか。

(答) ない。

(問 14) 例えば、女性用の一般病床の病室には空きがあるが、男性用の一般病床の病室が満床である場合、男性患者を療養病床に入院させた上で有床診療所入院基本料の算定を行うことができるのか。

(答) 算定可能。

(問 15) 一連の入院で有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者に有床診療所入院基本料を算定し、再度、有床診療所療養病床入院基本料を算定することは可能か。

(答) 可能であるが、入院期間は通算される。

【用語の説明】

新 7 対 1 : 平成 24 年改定以降の 7 対 1 (1,566 点)

新 10 対 1 : 平成 24 年改定以降の 10 対 1 (1,311 点)

7 対 1 入院基本料（経過措置）：平成 24 年 3 月 31 日まで 7 対 1 入院基本料を算定していた医療機関が新 10 対 1 の要件を満たしていた場合に平成 26 年 3 月 31 まで算定できる入院基本料

【入院基本料の算定方法（従前と同じ）】

○平均在院日数の算定方法

①に掲げる数

②に掲げる数

① 当該病棟における直近 3 か月間の在院患者延日数

② (当該病棟における当該 3 か月間の新入棟患者数 + 当該病棟における当該 3 か月間の新退棟患者数) / 2

なお、小数点以下は切り上げる。

○看護必要度基準を満たす患者の割合の算定方法

該当する病棟の全ての入院患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を行い、測定しその結果、基準を満たす患者（評価票の A 項目が 2 点以上、B 得点が 3 点以上）の占める割合を算出する。

(問 24) 新 7 対 1 の要件（人員）を満たさない場合、新 10 対 1 を届出することになるのか。

(答) 新 7 対 1 の基準（人員※1）を満たさず、本来であれば新 10 対 1 を届出する医療機関については、平成 26 年 3 月 31 日までに新 10 対 1 を届出することを前提に、7 対 1（経過措置）を届出ができる。この経過措置は、現在 7 対 1 届出医療機関が、将来的に 10 対 1 届出医療機関となるため、計画的段階的に人員削減できるよう設けられたものである。

そのため、7 対 1（経過措置）を届出する場合①平成 26 年 3 月 31 日までに新 10 対 1 として届出すること。②新 10 対 1 を届出た後、再び新 7 対 1 を届出するためには、3 か月間の新 7 対 1 としての実績要件※2 を満たすことが必要となる。

もちろん、新 7 対 1 の要件（人員）を満たさない場合、新 10 対 1 を届出することも可能である。この場合、新 10 対 1 から新 7 対 1 となるためには、通常どおり、要件を満たしてから新 7 対 1 の届出※3 をしてもよい。

【入院基本料の算定方法】

※1 新 7 対 1 の基準

人員：(看護) 常時、入院患者数 7 又はその端数を増すごとに 1 以上であること等（従前通り）。

(医師) 入院患者の 100 分の 10 を乗じた数以上（従前通り）

※2 新 7 対 1 の実績要件

- ・平均在院日数：18 日以内

・看護必要度基準を満たす患者の割合：1割5分以上

(さらに※1の人員要件)

※3 届出前直近1か月（平均在院日数は3月の実績）の実績をもって届け出ること。

(問25) 7対1入院基本料（経過措置）を算定する医療機関については、A207-3急性期看護補助体制加算の25対1急性期看護補助体制加算を届け出ることができるのか。

(答) できない。

(問26) 新7対1の施設基準を満たせずに4月以降、経過措置として7対1入院基本料（経過措置）を算定する場合には、25対1急性期看護補助体制加算を算定できないとあるが、50対1もしくは75対1急性期看護補助体制加算であれば算定してもよいのか。

(答) そのとおり。

(問27) 一般病棟看護必要度評価加算において、看護必要度に係る評価は入院患者ごとに毎日行い、評価票にA及びBについてそれぞれの点数を合計して記載するが、基準を満たす患者の割合については暦月で届出入院基本料毎に確認し、記録として残すことによいか。

(答) そのとおり。

(問28) 一般病棟看護必要度評価加算は、特別入院基本料を算定している患者については、算定できるのか。

(答) 一般病棟入院基本料を算定する病棟の患者ではないため、算定できない。

(問29) 一般病棟看護必要度評価加算や看護必要度加算は、15歳未満の小児や産科患者についても加算を算定できるのか。

(答) 15歳未満の小児患者や産科患者は評価の対象除外となっており、これらの患者には算定できない。

(問30) 7対1入院基本料を算定する病棟において、重症度・看護必要度に係る患者個別の評価結果について保管は必要か。

(答) 7対1入院基本料を算定するそれぞれの患者の看護必要度に係る評価の記録は、療養の給付に係る書類であることから3年間は保管すること。

(問31) 看護必要度の院内研修を行う者が受講することが望ましい研修は、1度受講すればよいのか。

(答) 看護必要度に係る評価に関する研修は、平成20年以降、一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票として用いられたことから、研修内容が変わっているため、平成20年以降の研修を受講することが望ましい。

(問 32) 特定患者については、看護必要度加算を算定できるのか。

(答) 特定患者については、施設基準を満たしていれば、算定できる。なお、特別入院基本料を算定している患者の場合は、一般病棟入院基本料を算定する病棟の患者ではないため、算定できない。

(問 33) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料において、正午までに退院した患者の割合が高い場合に、退院日の入院基本料を所定点数の 100 分の 92 に相当する点数による算定することとなるが、当該所定点数には注加算が含まれるのか。

(答) 注加算は含まない。

(問 34) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料において、金曜日入院、月曜日退院の割合の高い場合に、土曜日及び日曜日に算定された一部の入院基本料を所定点数の 100 分の 92 に相当する点数により算定することとなるが、当該所定点数には注加算が含まれるのか。

(答) 注加算は含まない。

【入院基本料等の褥瘡対策】

(問 1) 産科だけの有床診療所を開業している場合などで、褥瘡に関する危険因子の評価の対象となる患者がいない場合には、褥瘡対策の基準を満たさなくとも、入院基本料は算定できるのか。

(答) 従来より、褥瘡に関する危険因子の評価の対象となる患者がいない場合であっても、入院基本料の算定においては、褥瘡対策が要件となっており、褥瘡対策の体制の整備は必要となっている。

今回の改定においても、専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置し、褥瘡ケアが必要な患者が入院してきた場合に対応できるよう、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制をとっていることで算定できる。

また、平成 24 年 3 月 14 日発出の「平成 24 年度診療報酬改定における届出の留意事項について」にあるように、平成 24 年 3 月 31 日において、褥瘡患者管理加算に係る届出を行っていない保険医療機関は、平成 24 年 4 月 1 日以降、医科診療報酬点数表第 1 章第 2 部通則 7 に規定する入院料を算定するに当たり、再度、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成 24 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号) 別添 7 の様式 5 による届出が必要である。

【入院基本料等の栄養管理体制】

(問2) 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成24年3月5日保医発0305第2号)別添2の第1の5(11)の適応を受けない医療機関であって、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院又は診療所については、栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、別添7の様式5の3及び様式6(病院の場合)又は様式12(診療所の場合)を用いて届出を行うことにより、届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できるとされたが、届出を行わなかった場合は従前の入院基本料等を算定できないということか。

(答) そのとおり。なお、こうした届出に基づいて栄養管理体制の施設基準を満たさない医療機関の実態を早急に把握した上で、さらなる対応が必要か、検討している。

《栄養管理実施加算・褥瘡患者管理加算》

Q. 両加算が入院基本料、特定入院料に包括されたが、従来、加算を届出していない医療機関は入院基本料、特定入院料を算定できなくなるのか?

A. 平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関は、常勤の管理栄養士(有床診療所は非常勤でも可)の確保等が必要となるが、平成26年3月31日までの間は管理栄養士の確保が困難な理由等について地方厚生(支)局長に届け出た場合(様式5の2(参考資料p.822参照))に限り、栄養管理体制を満たしているものとする経過措置が設けられたので、2年の間で要件を満たす努力をしていただくことになる。褥瘡対策については、入院基本料、特定入院料を届出している医療機関は日常生活自立度が低いすべての患者に対し危険因子の評価を行い、既に褥瘡がある患者等については、専任の医師及び専任の看護職員が褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行う必要がある。一方で、例えば、産婦人科有床診療所に入院しているような日常生活自立度の高い患者(日常生活自立度J1~A2)については、危険因子評価の必要はない。なお、褥瘡対策チームの設置や褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の配備といった体制を整えておく必要があり、これらを満たさない場合については、入院基本料、特定入院料そのものが算定できなくなるので注意が必要である。

《超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算》

Q. 留意事項通知が出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し、「算定する」とされたが、15歳以上の患者については算定できなくなったのか?

A. 当該加算の留意事項通知については、今回の改定で改正されているが、従来からの取扱いを変更したものではなく、疑義解釈等で示されていたものを混乱のないように通知に明記したものである。

したがって、算定対象に変更はなく、要件を満たすのであれば15歳以上の患者について算定できる。

(問 17) 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟又は病床では超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たしていれば、当面の間当該加算を算定できるのか。

(答) 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟又は病床では、出生時、乳幼児期又は小児期等の 15 歳までに障害を受けた児（者）で、当該障害に起因して超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たしている児（者）に限り、算定可能である。

(問 18) 入院基本料（療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除く。）、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料を算定する病棟又は病床において、出生時、乳幼児期又は小児期等の 15 歳までに障害を受けた児（者）でない場合で、平成 24 年 3 月 31 日時点で 30 日以上継続して当該加算を算定していない患者は、超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たしても、当該加算を算定できないのか。

(答) そのとおり。なお、15 歳以降に発症した神経難病患者等への対応については、早急に実態などを調査したうえで、更なる対応を検討している。

《医師事務作業補助体制加算》

(問 35) A 2 0 7 – 2 医師事務作業補助体制加算の施設基準に示される、年間の緊急入院患者数について医療保護入院又は措置入院により入院した患者も含まれるのか。

(答) 含まれる。

《急性期看護補助体制加算》

(問 36) A 2 0 7 – 3 急性期看護補助体制加算において、請負方式の非常勤の看護補助者を届出の対象に含めることは可能か。

(答) 当該加算に関わらず、保険医療機関の看護補助者は、看護師長や看護職員の指導の下に業務を行うこととされていることから、非常勤でも構わないが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などの看護補助者は含めない。（派遣職員は含んでも差し支えない。）

(問 37) 今回改定で、A 2 0 7 – 3 急性期看護補助体制加算において看護補助者の夜間配置が評価されているが、看護補助者の夜勤については、看護職員と同様に 72 時間要件が適用されるのか。

(答) 月平均夜勤時間 72 時間以内の規定は適用されないが、基本診療料の施設基準等の第 5 「病院の入院基本料等」の通則(6)に示されているように、看護補助者の労働時間が適切なものになるよう配慮する必要がある。

(問 16) A207-3 急性期看護補助体制加算の夜間看護職員配置加算の届出をこれから行う保険医療機関において、届出の際に配置基準の 12 対 1 を満たしているかどうかの実績は、何をもって証明すればよいのか。

(答) 届出の際に、実績が満たせているかどうかを地方厚生（支）局の担当者が確認するために、日々の入院患者数が分かる書類の提出が必要となる。

《看護職員配置夜間加算》

~~(問 38) 看護職員配置夜間加算を算定している保険医療機関において、配置基準の 12 対 1 を満たさない月が出た場合、直ちに届出の変更を行う必要があるのか。~~

~~(答) 当該病棟における看護職員と入院患者割合については、暦月で 3か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動であれば、届出の変更は不要である。また、1 割を超えた場合には翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな点数を算定する。~~

《精神科リエゾンチーム加算》

(問 39) A230-4 精神科リエゾンチーム加算の施設基準にある精神科等の経験を有する常勤看護師に求められる「精神看護関連領域に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③ 日本精神科看護技術協会が認定している「精神科認定看護師」
ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

《感染防止対策加算》

(問 40) A234-2 感染防止対策加算 1 を算定する医療機関は、A234-2 感染防止対策加算 2 を算定する医療機関が複数ある場合、それぞれの医療機関と個別にカンファレンスを開催しなければならないのか。

(答) 感染防止対策加算 2 を算定する複数の医療機関との合同でよい。

(問 41) A234-2 感染防止対策加算について、特別の関係にある医療機関が連携した場合も届出可能か。

(答) 可能である。

(問 42) A234-2 感染防止対策加算 1 の届出医療機関と 2 の届出医療機関の連携は、医療圏や都道府県を越えて連携している場合でも届出可能か。

(答) 医療圏や都道府県を越えている場合であっても、適切に連携することが可能であれば届出可能。

(問 43) A 2 3 4 – 2 感染防止対策加算 2 は「当該保険医療機関の一般病床の数が 300 床以下を標準とする」とあるが、300 床以下とは、医療法の許可病床数をいうのか、診療報酬上の届出病床数をいうのか。

(答) 許可病床数をいう。なお、300 床以上であっても、A 2 3 4 – 2 感染防止対策加算 2 の基準を満たしている場合、加算 2 の届出を行うことができる。

(問 44) 300 床未満の医療機関であっても A 2 3 4 – 2 感染防止対策加算 1 を届け出ることはできるのか。

(答) 届出可能。

(問 45) A 2 3 4 – 2 感染防止対策加算 1 の届出医療機関と 2 の届出医療機関が合同で開催するカンファレンスには、感染制御チームのメンバー全員が参加する必要があるか。

(答) 原則、感染制御チームを構成する各々の職種（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）が少なくともそれぞれ 1 名ずつ参加すること。

(問 46) A 2 3 4 – 2 感染防止対策加算の施設基準にあるカンファレンスについては、インターネット、TV会議システムや電話によるものでもよいか。

(答) 原則、直接対面で行う。

(問 47) 感染防止対策加算 1 の届出を行っている複数の医療機関及び当該医療機関と連携している感染防止対策加算 2 の届出を行っている医療機関が合同でカンファレンスを実施した場合、当該カンファレンスは施設基準に規定されているカンファレンスの主催及び参加回数に数えることができるのか。

(答) 原則として、1 回のカンファレンスについて、主催できる医療機関は 1 カ所に限る。ただし、市町村、保健所圏域、二次医療圏又は都道府県等の単位で、圏域内の感染防止対策加算 1 の届出を行っている複数の医療機関及び当該医療機関と連携している感染防止対策加算 2 の届出を行っている医療機関が合同で感染症情報の共有等に関するカンファレンスを実施した場合は、年 2 回に限り、感染防止対策加算 1 の届出を行っている医療機関が開催する必要のあるカンファレンスを主催したこととして数えることができる。

なお、この場合のカンファレンスは、各医療機関における薬剤耐性菌等の検出状況、感染症患者の発生状況、院内感染対策の実施状況（アルコール製剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等）、抗菌薬の使用状況等の情報の共有及び意見交換を目的とするものであること。最新の知見を共有することも求められるが、単なる勉強会や講習会は認められない。また、各医療機関において、カンファレンスの内容がわかる文書及び参加した医療機関名及び参加者の一覧を保存しておくこと。

(問 48) A 2 3 4 – 2 感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算について、複数の医療機関が 1 つの医療機関を評価した場合はどのように考えるのか。

(答) 複数の医療機関が 1 つの医療機関に赴いて感染防止対策に係る評価を行った場合は、評価を行った複数の医療機関について、いずれも施設基準に掲げる感染防止対策に係る評価を行った医療機関とみなされる。

《褥瘡患者ハイリスク患者ケア加算》

(問 49) A 2 3 6 褥瘡患者ハイリスク患者ケア加算にある特殊体位に、側臥位、伏臥位、座位が含まれるのか。

(答) 含まれる。

《新生児特定集中治療室退院調整加算》

(問 50) A 2 3 8 – 3 新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準にある専任又は専従の看護師の新生児集中治療の経験とは具体的に何を指すのか。

(答) A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料、A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料のうち新生児集中治療室管理料及び A 3 0 3 – 2 新生児治療回復室入院医療管理料の届出を行っている病床での勤務経験を 5 年以上有する者を指す。

(問 26) A 238 – 3 新生児特定集中治療室退院調整加算の届出には退院調整及び 5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は、退院調整及び 5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていることが必要となるが、専任の看護師に求められる退院調整の経験とは具体的に何を指すのか。

(答) これまで担当した患者の退院支援など、退院調整に係る業務の経験があればよい。

《救急搬送患者地域連携受入加算》

(問 51) A 2 3 8 – 5 救急搬送患者地域連携受入加算を算定した患者について、さらに転院を行った場合、改めて A 2 3 8 – 4 救急搬送患者地域連携紹介加算及び A 2 3 8 – 5 救急搬送患者地域連携受入加算は算定できるか。

(答) A 2 3 8 – 4 救急搬送患者地域連携紹介加算及び A 2 3 8 – 5 救急搬送患者地域連携受入加算を算定した患者に対し、これらの加算を再度算定することはできない。

《精神科救急搬送患者地域連携紹介加算》

(問 52) A 2 3 8 – 6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及び A 2 3 8 – 7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、特別な関係にある医療機関に転院した場合でも算定可能か。

(答) 算定できない。

《呼吸ケアチーム加算》

(問 53) A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算の看護師の要件にある研修で現在認められているものについては、「疑義解釈資料の送付について(その 1)」(平成 22 年 3 月 29 日付厚生労働省保険局医療課事務連絡)において示されているが、日本看護協会認定看護師教育課程「慢性呼吸器疾患看護」は適切な研修に該当するのか。

(答) そのとおり。

(問 54) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いの施設基準については、診療所も対象となるのか。

(答) そのとおり。

(問 55) 一部の入院基本料等加算及び医学管理料の算定要件である屋内禁煙について、

① 保険医療機関と同一の敷地内において、患者が診療を目的として立ち入ることがない建物についても屋内禁煙を行う必要があるか。

② 保険医療機関と同一の敷地内において、患者が診療を目的として立ち入ることがある建物について、当該建物内のスタッフルーム等、患者が原則として立ち入らない部分についても、屋内禁煙を行う必要があるか。

③ 当該保険医療機関において、介護施設等を併設している場合、介護施設等に該当する部分についても屋内禁煙が必要か。

④ 緩和ケア病床などで分煙を行う場合、当該病床以外の患者が喫煙室を利用することは可能か。

(答) ①患者が診療を目的として立ち入ることがない建物については、必ずしも屋内禁煙を行う必要はない。

②屋内禁煙を行う必要がある。

③当該部分については、必ずしも屋内禁煙を行う必要はない。

④原則として不可。

《患者サポート体制充実加算》

(問 19) A234－3 患者サポート体制充実加算の施設基準にある専任の「医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等」について、どのような職種が対象となるのか。

(答) 患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について、適切に対応できる職種が対象となる。

(問 20) A234－3 患者サポート体制充実加算の施設基準にある「患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制」について、どのような体制が必要か。

(答) 専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又その他医療有資格者等が、窓口に常時配置されており、必要に応じて専任の医療有資格者等が患者等からの相談に対応できる体制が

必要である。

(問 21) A234－3 患者サポート体制充実加算において、窓口の対応に医療有資格者等とあるが、等にはどのようなものが含まれるか。

(答) 平成 24 年 3 月 31 日まで、医療機関において患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について対応してきた者であり、その場合医療有資格者でなくともかまわない。

(問 22) A234－3 患者サポート体制充実加算において、平成 24 年 3 月 31 日まで医療機関において患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上および入院上の不安等に関する相談について対応してきた医療有資格者以外の者とはどのような者か。

(答) • 患者サポートに関する業務を 1 年以上経験
• 患者の相談を受けた件数が 20 件以上
• 患者サポートに関する院内外での活動

(研修会への参加や研修会での講師の経験など)

のすべての経験のある者である。

今後、他の関係団体等が患者サポートに関する研修を実施するまでの当面の間、当該要件を満たすことを必要とする。

(問 23) A234－3 患者サポート体制充実加算の施設基準における専任職員は非常勤職員でも可能か。

(答) 雇用形態を問わないが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などは不可である。なお、専任の担当者は医療機関の標準時間中は窓口に常時 1 名以上配置されていなければならない。

(問 24) A234－3 患者サポート体制充実加算の施設基準にある窓口担当者は A234 医療安全対策加算における医療安全管理者と兼務でもよいのか。

(答) 医療安全対策加算 2 の専任の医療安全管理者は、医療安全に係る業務を行っている時間以外は、患者サポート体制充実加算の窓口担当者と兼務しても差し支えない。なお、当該窓口担当者が医療安全に係る業務を行っている間は、別の担当者を窓口に配置する必要がある。

《栄養サポートチーム加算》

(問 57) 栄養サポートチーム加算におけるチームの一員として登録されている薬剤師に病棟薬剤業務を実施させることは可能か。

(答) 栄養サポートチーム加算に係る薬剤師による病棟薬剤業務の実施は不可とはなっていないが、栄養サポートチーム加算に係る業務に要した時間については、病棟における実施時間として計上できない。

(問 58) 非常勤の薬剤師であっても、病棟の専任薬剤師となることは可能か。

(答) 非常勤の薬剤師を病棟専任の薬剤師として配置すること及び当該薬剤師が病棟薬剤業務の実施に要した時間を病棟薬剤業務の実施時間に含めることは不可とはなっていないが、病棟薬剤業務が適切に行われる必要がある。

(問 59) 複数の薬剤師（指導薬剤師及び1名以上の研修薬剤師）が研修の目的で病棟薬剤業務を実施した場合、その全員分について病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

(答) 指導薬剤師分のみを病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。

(問 60) 保険医療機関内のすべての病棟（区分番号「A 1 0 6」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に薬剤師が配置されていなければならず、また、病棟単位で算定することはできないという理解で良いか。

(答) そのとおり。

《病棟薬剤業務実施加算》

(問 56) A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算については、病棟ごとに専任の薬剤師を配置することが要件となっているが、薬剤管理指導料の施設基準において医薬品情報管理室に配置することになっている常勤薬剤師と重複することは可能か。

(答) 医薬品情報管理室の常勤薬剤師を病棟専任の薬剤師として配置することは不可とはなっていないが、それぞれの業務について適切に行われる必要がある。

(問 61) A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算について、①複数の薬剤師が一の病棟において、または、②一の薬剤師が複数の病棟において、病棟薬剤業務を実施することができるのか。

(答) 実施することができる。ただし、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を行う場合には、当該薬剤師の間で適切に情報を共有すること。

(問 62) 病棟の専任薬剤師が自ら医薬品安全性情報等の収集を行う必要があるのか。

(答) 医薬品情報管理室の薬剤師からの情報を受けることで差し支えない。

(問 63) 病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであることとあるが、医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製のほか、診療録の記録に係る時間なども病棟薬剤業務の実施時間に含めることは可能か。

(答) 可能である。

(問 27) 病棟薬剤業務の直近 1 か月の実施時間が合算して 1 週間につき 20 時間相当以上であることが算定要件とされているが、祝日等がある場合にはどのように取扱えばよいのか。また、例えば、4 月 1 日を起点とした直近 1 か月の業務時間(2012 年 3 月における業務時間)について、以下のような事例はどう判断すべきか。

事例①

第 1 週 (1 日～3 日) : 8 時間

第 2 週 (4 日～10 日) : 20 時間

第 3 週 (11 日～17 日) : 20 時間

第 4 週 (18 日～24 日) : 16 時間

第 5 週 (25 日～31 日) : 20 時間

事例②

第 1 週 (1 日～3 日) : 8 時間

第 2 週 (4 日～10 日) : 24 時間

第 3 週 (11 日～17 日) : 16 時間

第 4 週 (18 日～24 日) : 16 時間

第 5 週 (25 日～31 日) : 28 時間

(答) 祝日の有無等にかかわらず、病棟薬剤業務の直近 1 か月の実施時間が合算で 1 週間につき 20 時間相当以上でなければならない。したがって、事例①は算定要件を満たさないが、事例②は満たす。

なお、事例①及び②における病棟薬剤業務の実施時間を 1 週間あたりに換算すると以下のとおりとなる。

事例① : 84 時間／月 ÷ 31 日／月 × 7 日／週 = 18.97 時間／週

事例② : 92 時間／月 ÷ 31 日／月 × 7 日／週 = 20.77 時間／週

《退院調整加算加算》

(問 25) A238 の退院調整加算 1 は、当該患者が他の保険医療機関に転院した場合には、算定できないのか。

(答) 算定できる。

(問 64) 入院中の患者に対する処方せんに基づく調剤についても、病棟薬剤業務の実施時間に含めることは可能か。

(答) 一般的に調剤に係る業務の実施に要した時間を含めることは出来ない。ただし、抗がん剤等の無菌調製は含めることができる。

(問 65) 週 1 回の算定であるが、1 泊 2 日入院など、短期の入院についても算定可能か。

(答) 算定可能である。

(問 66) 「エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録に添付すること。」及び「オ 当該病棟に入院している患者に対し 2 種以上（注射薬及び内用薬を各 1 種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。」とあるが、入院基本料を算定する病棟に入院している患者全てに実施する必要があるのか。

(答) 当該行為を必要とする人に対しては実施する必要があるが、必ずしも全ての患者に実施する必要はない。

(問 67) 救命救急入院料などの特定入院料を算定する患者のみが 1 看護単位で入院している病棟には、薬剤師を配置する必要がないという理解で良いか。また、原則として保険診療対象外となる患者のみが 1 看護単位で入院している病棟（産婦人科病棟等）には、配置の必要がないという理解で良いか。

(答) 当該病棟には当該病棟に専任の薬剤師を配置する必要はないが、当該病棟においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。ただし、当該病棟に入院基本料（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定する患者が含まれている場合には、薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施する必要がある。

(問 68) 特定入院料を算定する病棟、病室又は治療室については、病棟薬剤業務の実施に係る取扱いはどのようになるのか。

(答) 次のとおりである。

	病棟に入院基本料を算定する患者が一部含まれている場合	病棟内に入院している患者が全て特定入院料を算定する患者である場合
特定入院料を算定する病棟	義務	努力義務
特定入院料を算定する病室	義務	努力義務
特定入院料を算定する治療室	義務	努力義務

(問 69) 病棟薬剤業務については、「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 24 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号）の A 2 4 4 の（2）に示されているが、ここに示された業務以外の業務の実施に要した時間を病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

(答) 基本的には、当該通知で示された業務と解される範囲を含めるものとする。なお、病棟カンファレンスの参加及び病棟回診の同行については、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成 22 年 4 月 30 日医政発 0430 第 1 号）の記の 2 の（1）の④の業務の一環であり、当該業務が薬物療法の有効性、安全性の向上に資する場合に限り、病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。

(問 70) 薬剤管理指導記録の作成に要する時間についても、病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

(答) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれない。薬剤管理指導記録の作成は、薬剤管理指導料算定のための業務に該当するので、病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできない。

(問 71) データ提出加算における「200 床」とはどのように考えるのか。

(答) 医療法上の許可病床における一般病床となる。

(問 72) 同一月内に再入院した場合、再入院についてもデータ提出加算を算定することができるのか。

(答) 一連の入院に該当する場合には算定することができない。診断群分類点数表により算定する場合は、DPC の疑義解釈も参照のこと。

【特定入院料】

《脳卒中ケアユニット入院医療管理料》

(問 73) A 3 0 1 – 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出にあたっては、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を 5 年以上有する専任の常勤または非常勤の医師が常時 1 名以上いることが要件となるのか。

(答) そのとおり。

《小児特定集中治療室管理料》

(問 74) A 3 0 1 – 4 小児特定集中治療室管理料を算定する治療室は、8 床以上を有していることが施設基準となっているが、同一の治療室について、当該管理料を算定する病床と、他の管理料（特定集中治療室管理料など）を算定する病床と合わせて 8 床以上となる場合にも算定可能か。

(答) A 3 0 1 – 4 小児特定集中治療室管理料としての届出病床が 8 床以上の場合に算定可能。

《回復期リハビリテーション病棟入院料》

(問 75) A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準にある日常生活自立度を測定するための院内研修を行う看護師は、看護必要度の研修を受けた者でもよいのか。

(答) 差し支えない。看護必要度に係る評価に関する研修は、平成 20 年以降、一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票として用いられたことから、研修内容が変わっているため、平成 20 年以降の研修を受講することが望ましい。

(問 76) 入院した患者が A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料にかかる算定要件に該当しない場合は、当該病棟が療養病棟であるときには A 1 0 1 療養病棟入院基本料 1 又は

A 101 療養病棟入院基本料2の入院基本料Ⅰにより算定することとあるが、いずれを算定するのか。

(答) A 308回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2についてはA 101 療養病棟入院基本料1、A 308回復期リハビリテーション病棟入院料3についてはA 101 療養病棟入院基本料2により算定する。

(問 77) 同一保険医療機関内において、A 308回復期リハビリテーション病棟入院料1、2及び3の届出を行うことは可能か。

(答) A 308回復期リハビリテーション病棟入院料1と2を同一保険医療機関が届出を行うことは可能である。A 308回復期リハビリテーション病棟入院料1と3又はA 308回復期リハビリテーション病棟入院料2と3を同一保険医療機関が届出を行うことはできない。

(問 78) A 308回復期リハビリテーション病棟入院料について、看護必要度評価票A項目は、入院初日に評価するのか。

(答) そのとおり。なお、医学的な必要性に基づいて実施されたモニタリング及び処置等についてのみ評価を行うこと。

(問 29) 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の新規入院患者の重症の患者の割合や退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は複数の病棟で当該特定入院料を届け出ている場合でも、病棟毎にその基準を満たす必要があるのか。

(答) 従前のとおり。

《亜急性期入院医療管理料》

(問 79) A 308-2 亜急性期入院医療管理料の1と2について、脳血管疾患等又は運動器リハビリテーション料の算定の有無に応じて区分されるが、当該入院（通則5に規定されているもの）において、リハビリテーションを算定した日（リハビリテーションを算定した日を含む。）以降に、A 308-2 亜急性期入院医療管理料2を算定すればよいか。

(答) そのとおり。

(問 30) 注3に掲げる「リハビリテーション提供体制加算」の施設基準を計算する場合に、改正前の亜急性期入院医療管理料を算定していた患者についてはどのように取り扱うのか。

(答) 改正前の亜急性期入院医療管理料を算定していた患者の実績を「リハビリテーション提供体制加算」の施設基準に照らし、算入しても差し支えない。

《緩和ケア病棟入院料》

(問 80) A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料について、入院期間はどのように考えるか。

(答) 緩和ケア病棟から在宅へ退院した後、当該病棟に再入院した場合には、退院から再入院までの期間が 7 日以上の場合に限り、再入院した日を入院起算日として当該点数を算定して差し支えない。

また、緩和ケア病棟以外の病棟から緩和ケア病棟に転棟した場合は、一連の入院において初めて緩和ケア病棟入院料を算定する場合に限り、緩和ケア病棟入院料を初回に算定した日を入院起算日として当該点数を算定して差し支えない。

《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》

(問 81) A 3 1 1 精神科救急入院料、A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料及び A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した後、当該病棟に再入院した場合、再転棟や再入院時に再算定が可能となったが、これら入院料の入院日は再転棟や再入院の日ではなく、最初の入院日となるのか。

(答) そのとおり。

(問 82) A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料を病室単位で算定する場合、病棟全体で児童・思春期精神科入院医療管理料の看護配置を満たす必要があるのか。

(答) 病棟全体で看護配置を満たす必要がある。

(問 83) A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料を届け出している病棟の一部病室で A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料の届出は可能か。

(答) できない。

《精神療養病棟入院料》

(問 84) A 3 1 2 精神療養病棟入院料の重症者加算 1 を算定する場合に、精神科救急医療体制の確保への協力状況などの届出はいつから必要となるのか。

(答) 平成 25 年 4 月 1 日から届出を要する。

(問 85) A 3 1 2 精神療養病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等は A 3 1 4 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等を兼務することが可能か。

(答) 可能である。

(問 86) A 3 1 2 精神療養病棟入院料及び A 3 1 4 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等は、I 0 1 1 精神科退院指導料及び I 0 1 1 - 2 精神科退院前訪問指導料の算定に必要な精神保健福祉士等を兼ねることは可能か。

(答) 可能である。

《認知症治療病棟入院料》

(問 87) A 3 1 4 認知症治療病棟入院料を算定する病棟において、夜間対応加算の算定にあたっては全ての日で施設基準を満たす必要があるのか。

(答) そのとおり。

(問 88) A 3 1 4 認知症治療病棟入院料を算定する病棟において、準夜帯には看護要員が3人いるが、深夜帯にいない場合は認知症夜間対応加算を算定してよいか。

(答) 算定できない。

《特定一般病棟入院料》

(問 89) A 3 1 7 特定一般病棟入院料を算定している医療機関においては、要件を緩和した緩和ケア診療加算等を算定しなければならないか。

(答) 従来の緩和ケア診療加算等の要件を満たす場合は、当該緩和ケア診療加算等を算定できる。

《年齢の定めのある特定入院料の取扱い》

(問 28) 小児特定集中治療室管理料及び児童・思春期精神科入院医療管理料について、入院中に誕生日を迎える場合、規定する年齢を超過した場合はどのように取扱うのか。

(答) 誕生日を含む月に限り、引き続き算定可能。

【医学管理等】

《がん治療連携計一案定料・がん治療連携指導料》

Q. 計画策定病院と連携する医療機関の届出について、どのような簡素化が行われたのか？

A. 計画策定病院と連携医療機関の双方で届出を出すのは非効率という観点から、従来、連携医療機関が「連携する計画策定病院に係る事項」等を届ける様式13の3が廃止された上で、施設基準通知が「届出に当たっては、計画策定病院において、がん治療連携指導料の算定を行う連携医療機関に係る届出を併せて行っても差し支えない」と改められたことで、計画策定病院が様式13の2（参考資料p. 898）に連携医療機関を記載して地域連携診療計画書とともに届出することで、連携する医療機関は届出が不要となった。

また、連携医療機関が増えた場合には、計画策定病院が追加することとなる。

《認知症専門診断管理料》

Q. 同一医療機関に療養病棟と認知症疾患センターがある場合、療養病棟で認知症の疑いのある患者が医療センターで認知症と診断された場合は 算定できるか？

A. できない。他医療機関の療養病棟の入院患者である必要がある。

《がん性疼痛緩和指導管理料》

(問 90) 同一の医療機関において、B 0 0 1 の 22 がん性疼痛緩和指導管理料 1 と 2 を、別々の患者に算定することは可能か。

(答) 医師の要件に応じて、算定可能である。

《がん患者カウンセリング料》

(問 91) B 0 0 1 の 23 がん患者カウンセリング料について、医師および看護師が共同して診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行うとあるが、説明及び相談の際に終始医師が同席していなければならぬのか。

(答) 必ずしも同席の必要はないが、診断結果や治療方針等についての説明は医師が行うこと。

《外来緩和ケア管理料》

(問 92) B 0 0 1 の 24 外来緩和ケア管理料の看護師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

(答) 現時点では、緩和ケア診療加算の要件にある研修と同様で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「緩和ケア」、「がん性疼痛看護」、「がん化学療法看護」、「乳ガン看護」又は「がん放射線療法看護」の研修
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程

《外来栄養食事指導料》

(問 31) 食事計画案等を必要に応じて交付すればよいこととされているが、計画等を全く交付せずに同指導料を算定することはできるのか。

(答) 初回の食事指導や食事計画を変更する場合等においては、患者の食事指導に係る理解のために食事計画等を必ず交付する必要がある。

《糖尿病透析予防指導管理料》

Q. 透析予防診療チームは専任の医師、専任の看護師または保健師、専任の管理栄養士により構成されなければならないことが必要とされているが、非常勤でもよいか？

A. 管理栄養士は非常勤でもよいが、医師か看護師・保健師のどちらか一方が常勤である必要がある。

(問 93) B 0 0 1 の 27 糖尿病透析予防指導管理料について、当該点数を算定する日において、透析予防診療チームである医師、看護師又は保健師及び管理栄養士それぞれによる指導の実施が必要か。

(答) そのとおり。当該指導にあたり、必ずしも医師、看護師又は保健師及び管理栄養士が

同席して指導を行う必要はないが、それぞれが同日に指導を行う必要があることに留意されたい。

(問 94) B 0 0 1 の 27 糖尿病透析予防指導管理料について糖尿病教室に参加していない患者であっても、要件を満たす場合は、当該点数を算定可能か。

(答) そのとおり。

(問 95) B 0 0 1 の 27 糖尿病透析予防指導管理料について、糖尿病教室等で複数の患者に同時に指導を行った場合でも算定可能か。

(答) 複数の患者に同時に指導を行った場合には算定出来ない。

(問 96) B 0 0 1 の 27 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準にある管理栄養士の経験として必要な栄養指導とは何か。

(答) 栄養指導とは、患者の栄養状態や食行動等の評価・判定を踏まえ、療養に必要な食事や栄養に関する指導を行うこと等が含まれる。なお、食事の提供にかかる業務のみを行っている場合は、栄養指導を行っていないため、当該経験として必要な栄養指導には該当しない。

(問 97) B 0 0 1 の 27 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準で求められている医師、看護師、保健師及び管理栄養士のそれぞれの経験は、複数の施設で必要な経験年数を満たしてもいいのか。

(答) そのとおり。

(問 98) B 0 0 1 の 27 糖尿病透析予防指導管理料の医師、看護師、管理栄養士は栄養サポートチーム加算の専任の医師、看護師、管理栄養士との兼任は可能か。

(答) 栄養サポートチームの専従ではない医師、看護師、管理栄養士は兼任が可能である。

(問 99) B 0 0 1 の 27 糖尿病透析予防指導管理料は B 0 0 1 の 20 糖尿病合併症管理料との併算定は可能か。

(答) 可能である。

(問 100) B 0 0 1 の 27 糖尿病透析予防指導管理料の看護師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「糖尿病看護」「透析看護」の研修
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「慢性疾患看護」の専門看護師教育課程
- ③日本糖尿病療養指導士認定機構が認定している糖尿病療養指導士の受講者用講習会

《院内トリアージ実施料》

(問 101) B 0 0 1 – 2 – 5 院内トリアージ実施料は夜間休日診療所のみ届出可能なのか。

(答) 夜間休日診療所に限らず、施設基準を満たす保険医療機関であれば、届出可能である。

《移植後患者指導管理料》

(問 32) B 001–25 移植後患者指導管理料の施設基準にある臓器移植に従事した経験を有する専任の常勤看護師に求められる「移植医療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修である。

・日本看護協会主催の看護研修学校又は神戸研修センターで行われている3日間以上で演習を含む臓器移植に関する研修

(問 33) 他の医療機関において臓器移植や造血幹細胞移植を受けた患者について、移植を行っていない医療機関であっても同管理料を算定可能か。

(答) 移植に係る診療の状況や移植後の医学管理の状況等が適切に把握されている場合には、移植を行っていない医療機関であっても要件を満たせば算定できる。

《外来放射線照射診療料》

(問 109) B 0 0 1 – 2 – 8 外来放射線照射診療料を算定した後の7日間以内に、再度医師が診察を行った場合に、再診料又は外来診療料は算定できるのか。

(答) 放射線治療に係る再診料又は外来診療料は算定できない。なお、放射線照射に伴い医学的に必要な場合に診察を行うことも含めて当該医学管理が評価されていることに留意されたい。

(問 110) B 0 0 1 – 2 – 8 外来放射線照射診療料について、放射線治療の予定が3日間以内であったため、当該診療料の所定点数の50／100を算定したが、例えば、医学的理由により2日目、3日目の照射を行わず、当該診療料の50／100を算定した日から4日目以降に再度放射線治療を継続した場合に、再診料等を算定してよいか。

(答) 算定して差し支えない。なお、その際、再診料、外来診療料又は外来放射線照射診療料のいずれかを医学的判断により算定すること。また、診療録及びレセプトの摘要欄に医学的理由を記載すること。

(問 111) 放射線治療を5日間実施する予定でB 0 0 1 – 2 – 8 外来放射線照射診療料を算定したが、医学的な必要があつて2日間で治療終了となつた場合はどのように対応したらよいのか。

(答) 100分の100を算定できる。ただし、早期に治療終了となつた医学的な理由を診療録及びレセプトの摘要欄に記載すること。

(問 112) 外来放射線照射診療料の要件である「専従の診療放射線技師」は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、定位放射線治療、強度変調放射線治療（IMRT）及び画像誘導放射線治療加算に係る「放射線治療を専ら担当する常勤の放射線技師」と兼任が可能か。

(答) 可能。

(問 113) 外来放射線照射診療料の要件である「放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者」は、医療機器安全管理料2に係る「放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者」との兼任は可能か。

(答) 可能。

(問 34) B001-2-7 外来リハビリテーション診療料又は B001-2-8 外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行わない日において、他科の診療を行った場合、初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。

(答) 初診料又は再診料（外来診療料）を算定する。ただし、当該他科の診療がリハビリテーション又は放射線治療に係る診療であった場合は、算定できない。

(問 35) 放射線治療の実施に関し必要な診療を行ったが、放射線治療は行っていない日に算定できるのか。

(答) 算定可能

(問 36) 外来放射線照射診療料の算定から 7 日後が休日の場合であって、当該休日の前日又は翌日に放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合はどのように取り扱うのか。

(答) 放射線治療の実施に関し必要な診療を行った日（当該休日の前日又は翌日）に外来放射線照射診療料を算定し、当該休日に算定したものとみなす。この場合、当該休日から起算して 7 日間は、放射線照射の実施に係る初診料、再診料又は外来診療料は算定できないものとし、当該 7 日間は初診料、再診料又は外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。なお、診療報酬明細書の摘要欄に、当該休日の日付を記載すること。この取り扱いは当該外来放射線照射診療料の算定から 7 日後が休日の場合に限る。

《退院時共同指導料2》

(問 114) B005 退院時共同指導料2は複合型サービス事業所の看護師が訪問した場合にも算定できるのか。

(答) 複合型サービス事業所が、都道府県による訪問看護ステーションの指定を受けていれば算定できる。

《地域連携診療計画管理料》

(問 115) B 0 0 5 – 2 地域連携診療計画管理料を算定する計画策定病院と B 0 0 5 – 3 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)又はB 0 0 5 – 3 – 2 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)を算定する連携医療機関との間で年3回開催することとされている会合は、連携する全医療機関が参加して開催する必要があるのか。

(答) 必ずしも連携する全医療機関が参加した会合を開催する必要はないが、地域の連携の実態に応じて適切に開催すること。ただし、開催に当たっては、地域連携診療計画に係る情報交換が適切に行われるよう配慮すること。

《がん治療連携指導料》

(問 116) B 0 0 5 – 6 – 2 がん治療連携指導料を算定する連携医療機関は自院が必ず届出を行う必要があるのか。

(答) B 0 0 5 – 6 がん治療連携計画策定料を算定する計画策定病院が一括して届出を行えば、連携医療機関も届出を行ったものとして取り扱う（連携医療機関は届出を行う必要はない）。

《がん治療連携計画策定料》

(問 117) B 0 0 5 – 6 がん治療連携計画策定料及びB 0 0 5 – 6 – 2 がん治療連携指導料について、連携計画書の内容を変更する度に届出する必要があるのか。

(答) 年に1回、7月1日時点のものを届出すること。

(問 118) B 0 0 5 – 6 がん治療連携計画策定料の「2」の「計画の変更」とは、どのような場合か。

(答) がんの再発や転移等による状態の変化により、治療方法の変更（放射線療法から化学療法への変更や再手術の実施等）が行われた場合である。

【在宅】

(問 127) 在宅において緊急補助的治療として使用するためにアドレナリン製剤を処方された患者について、毎月、自己注射に関する指導管理を行った場合に、その都度、C 1 0 1 在宅自己注射指導管理料を算定することができるのか。

(答) アドレナリン製剤を処方した際のC 1 0 1 在宅自己注射指導管理料については、医学的な必要性からアドレナリン製剤を処方し、処方と同時に自己注射に関する指導管理を行った場合に限り、算定することができる。

《機能を強化した在支診・在支病》

Q. 連携する他の保険医療機関と併せて「在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上」の要件を満たす場合は、診療所（常勤医師1名）+200床未満病院（常勤医師2名）でもよいのか？

A. よい。

Q. 単独で機能強化型の要件を満たす在支病が、在支診からの要請により、連携の機能強化型を併せて届出することは可能か？

可能な場合、在支病は「単独」、「連携」両方の届出をすることになるので、届出様式11の2（参考資料p. 895）の区分には（1）、（2）の両方に○印を付けることになるか？

A. 可能である。

ただし、その場合の実績要件のカウントの仕方に整理が必要であり、現在、厚生労働省当局でQ&A作成中である。その際の届出は、属するグループごとに届出する必要があると考えている。

Q. すでに連携して機能強化型を届出している在支診・在支病が、新たに、別のグループと連携することは可能か？

A. ある1つの医療機関が複数のグループに属することは可能である。

ただし、その場合の実績要件のカウントの仕方に整理が必要であり、現在、厚生労働省当局でQ&A作成中である。

その際の届出は、属するグループごとに届出頂く必要があると考えている。

Q. 複数の医療機関が連携して要件を満たす場合、特別な関係にある医療機関が含まれていてもよいか？

A. よい。

（問 119）複数の診療所と連携して機能を強化した在宅療養支援診療所となる場合、当該診療所が複数のグループに属することは可能か。

（答） 可能である。

（問 120）機能を強化した在宅療養支援診療所について、複数のグループに属する診療所の場合、往診、看取りの実績要件の計上はどうなるのか。

（答） 当該診療所が複数の連携グループに属することは差し支えないが、その場合、実績要件は重複して計上することはできない。

（例）過去1年間の緊急の往診実績3件、看取り実績1件を有するA診療所が、BグループとCグループの2つのグループに属する場合、往診実績3件、看取り実績1件をBグループにおける実績として計上した場合、Cグループにおいて計上できる実績は、往診0件、看取り0件である。

（問 121）在宅療養支援診療所・病院の過去1年間の実績要件とは、年度単位での実績か。

（答） 年度単位ではなく、直近1年間の暦月単位での実績である。

（例）24年6月に届出を行う場合は、23年6月～24年5月までの1年間の実績。

なお、実績に係る届け出については、年に1回でよいが、施設基準を満たさなくなった場合は、直ちに届出を行うこと。

(問 37) 別添2様式11「在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類」、様式11の2「在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類」及び様式11の4「在宅支援連携体制に係る報告書」について、他の医療機関と連携して、在宅支援連携体制を構築する場合、連携する全ての保険医療機関が届出を行う必要があるのか。

(答) 当該連携に係る届出については、一つの保険医療機関がとりまとめて届出を行うことで差し支えない。

(問 38) 在宅療養支援診療所の届出について、連携して対応する場合、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るために、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施することとされているが、定期的なカンファレンスは、テレビ会議システムでのカンファレンスでも可能か。(答) 原則として、対面によるカンファレンスを行う。

(問 39) 複数の医療機関で、地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築し、在宅療養支援診療所となる場合、連携する医療機関間の距離に係る要件はあるのか。

(答) 他の医療機関との連携により、緊急時の対応及び24時間往診できる体制等確保できる範囲であれば連携を行うことが可能であり、具体的な距離の要件はない。例えば、近接に医療機関が少ない地域等においては、地域の実態にあわせた連携を行うことが可能である。

(問 40) 複数の医療機関が連携して機能を強化した在宅療養支援診療所、病院として届出を行う場合、在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した24時間直接連絡が取れる連絡先電話番号等を患家に提供する必要があるが、当該電話番号等以外の番号を用いて患家と連絡してはならないのか。

(答) 24時間連絡が取れる連絡先として患家に提供した電話番号等は在宅支援連携体制を構築する各保険医療機関と24時間直接連絡が取れる必要があるが、その他の連絡手段に制限を求めるものではない。

《在宅患者訪問診療料在宅ターミナルケア加算》

Q. 在支診、在支病の「かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い、当該患者を看取った場合」という文章が外れたが、「死亡日及び死亡前1～4日以内の計15日間に2回以上」という条件を満たしていれば、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行っていなくても算定可能か？

A. 今回の改定では、今までの在宅ターミナルケア加算が、看取りまでのプロセスの評価（在宅ターミナルケア加算）と在宅での看取りの評価（看取り加算）の2つに分かれたため、プロセスの評価については、死亡日を含む15日以内に2回以上の往診又は訪問診療が行われ

ていれば算定できる。

Q. 在宅ターミナルケア加算について、死亡した日に往診しておらず、更に死亡した月が往診した月と異なる場合（最終往診日が死亡した日を含む月のみの場合）はどのように算定をしたらよいか？

A. 当該加算の要件を満たしていれば、死亡した日を含む月において、当該加算を算定する。

《救急搬送診療料》

(問 122) C004 救急搬送診療料の長時間加算30分以上の診療の時間について、迎えに行く際の時間や搬送先医療機関での診療時間は含まれるか。

(答) 含まれない。当該時間については、医療機関に搬送されるまでに、実際に医師が診療した時間のみを含める。

《訪問看護指示料》

(問 123) C007 訪問看護指示料について、訪問看護指示書の様式は、訪問看護ステーションが準備するものか。

(答) 訪問看護指示書は、医師の診察に基づき、医師の責任において交付するものであるため、医師の所属する医療機関が準備し、その交付についても医療機関の責任において行うものである。

(問 124) 医療保険の訪問看護の対象となる患者について、主治医が訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付し、当該月にその患者が介護保険の複合型サービス事業所を利用する場合、主治医は再度当該月にC007 訪問看護指示料を算定できるか。

(答) C007 訪問看護指示料は患者1人につき月1回に限り算定するものであり、当該月の訪問看護指示料は1回しか算定できない。

(問 125) 真皮を超える褥瘡の状態又は、気管カニューレを使用している状態にある要介護被保険者等に対する特別訪問看護指示書は、月2回特別訪問看護指示書が交付できるのか。

(答) そのとおり。

(問 126) 緩和ケア診療加算等の専従要件となっている緩和ケアの専門の研修をうけた医療機関の看護師は、訪問看護ステーション等の看護師等と同行して訪問看護を行ってもよいのか。

(答) 専従の業務に支障がない範囲であれば差し支えない。

(問 41) 訪問看護指示を行う場合、利用者が超重症児又は準超重症児であるか否かの判断は、主治医が訪問看護指示書に明記することになるのか。

(答) そのとおり。訪問看護指示書の現在状況の「病状・治療状態」欄等に分かるよう明記する必要がある。ただし、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師は除く)が、平成24年

保医発 0305 第 2 号の通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きについて」の別添 6 の別紙 14 にある基準に基づく判定を行い、その結果を訪問看護報告書に記載して主治医に報告及び確認を行う形でも差し支えない。なお、超重症児又は準超重症児である旨は訪問看護療養費を算定する場合であれば訪問看護療養費明細書の備考欄に、在宅患者訪問看護

- ・指導料を算定する場合であれば診療報酬明細書（在宅欄のその他の項）に必ず明記すること。

《訪問看護》

Q. 特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書の別紙様式 18（参考資料 p. 754）が更新され、「病状・主訴」の欄に「一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：」を記載する行が増えた。この行が必要な時と、不要な時があると思うが、常にこの 1 行は様式に記載する必要があるか？必要な時に 1 行を入れることでよいか？

A. 特別訪問看護指示を出す場合については、日常行っている訪問看護の回数では対応できず、一時的に訪問看護が頻回に必要な理由を記載することになる。

ただし、すでに印刷をしてしまっているものについては、様式にあらかじめ欄がないことで、書き漏れが危惧されるが、そのあたりに十分気をつけるのであれば、手書きで必要な人にのみ記載することでも構わない。

《在宅療養指導管理材料加算》

Q. 在宅酸素療法の酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、酸素ボンベ加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算、経鼻的持続陽圧呼吸 療法用治療器加算は「月 1 回」から「2 月に 2 回に限り」算定と変更になつたが、治療継続中で前月受診がなかった場合に、翌月受診日 1 日で、前月分と当月分の 2 回分を 1 回で算定できるか？

A. できる。受診がない月においても、あくまでも適切な医学管理をしている必要がある。

例えば、1 月の後半に受診し、2 月は日数が少ないので次回の受診は 3 月にする場合、1 月の受診で 1 月分と 2 月分の 2 回分を 1 回で算定できる。

また、1 月に受診があったが、2 月はインフルエンザが流行しているため、次の受診を 3 月にすることがよいと医師が判断し、受診を控えた場合、3 月の受診で 2 月分と 3 月分の 2 回分を 1 回で算定できる。

《介護職員等喀痰吸引等指示料》

Q. 主治医が患者等の選定する登録事業者に介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合の点数が新設されたが、たんの吸引により医療事故が発生した場合、指示をした医師の責任になるか？

A. 医師は利用者の状態等を確認した上で、たん吸引をする必要性について事業所単位に指示を出す。事故の原因が行為を行う介護福祉士や介護職員が一定の技量に達していない場合や、事業所に管理体制の不備がある場合は、医師の責任までは問われないが、事故の原因が

医師の指示内容に起因するような場合は医師に責任が及び得ると考えられる。例えば、ある利用者の状態から判断し咽頭反射が激しい等々の理由により、看護師でないと吸引ができないと判断されるにもかかわらず、医師が介護福祉士等に指示して、それが原因で窒息などの事故が起これば、それは医師の責任ということもあり得る。

(問 128) 注射器一体型の製剤（シリンジに薬剤が充填されている製剤を含む。）を自己注射する患者に対し、使用する針が特定保険医療材料として設定されていない場合には、保険医療機関においてC153注入器用注射針加算を算定し、針を支給することでよいか。

(答) そのとおり。

(問 129) C157酸素ボンベ加算等について、2月に2回に限り算定することとなったが、次の月と合わせて2月とするのか、又は前の月と合わせて2月とするのか。

(答) 患者が受診していない月の医学管理が適切に行われている場合には、いずれについても可。

【後発医薬品の使用促進】

《後発医薬品の品質確保》

Q. 今回の改定で後発医薬品のさらなる品質確保について、どのような対応がされるのか？

A. 後発医薬品メーカーによる品質確保及び向上への取組、情報発信をより一層促すとともに、これに加え、①厚生労働省やPMDA等が中心になり、医療関係者や国民向けの後発医薬品についての科学的見解を作成する②ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図ることとなった。

《処方せん様式変更》

Q. 今回の改定で処方せん様式が変更されたのはなぜか？

A. 現在、処方せんは「後発医薬品への変更がすべて不可の場合」の署名欄があり、処方医の署名により、処方箋すべてについて後発医薬品に変更不可となる形式となっているが、これをドイツの様式に倣い個々の医薬品について変更の可否を明示できるきめ細かな様式に変更することとなった。さらに、後発医薬品の使用促進が進まない原因の1つに、薬局の在庫管理の負担が指摘されていること等から、一般名による処方を推進することとなった。医療機関においては、患者への説明等に対する手当て等として処方せん料に加算が設定された。

Q. 処方せん様式が変更になったが、従来の様式の処方せんを使用することはできないのか？

A. 平成24年9月30日までは従前の処方せんを手書き等で修正して使用できる。この場合、後発医薬品へ変更することに差し支えがある場合は、「保険医署名」欄にある「全て」という文言を削除した上で「保険医署名」欄に署名または記名・押印し、かつ、医薬品ごと

に「✓」または「✗」を記載するなど、医薬品ごとに、当該判断が薬局に明確に伝わるようにすること。

《処方せん料 一般名処方加算》

Q. 一般名処方（後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載による処方せんを交付すること）は義務化されたのか？

A. 強制ではない。

Q. 1品目でも一般名で処方すれば加算を算定できるか？

A. できる。ただし、後発医薬品のある先発医薬品について一般名処方を行う必要がある。

Q. 手書き医療機関でも一般名で処方すれば加算を算定できるか？

A. できる。ただし、「一般名+剤形+含量」という形で処方する必要があり、厚生労働省が別途公表する一般名処方マスタを参照されたい。厚生労働省ホームページに3月5日に掲載 「処方せんに記載する一般名処方の標準的な記載例（一般名処方マスタ）について（平成24年4月1日現在）

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryuhoken/shohosen.html

Q. 医療機関が一般名処方した薬剤を、薬局で患者と薬剤師が相談して、先発医薬品が選択される場合はあるのか？

A. 一般名処方は先発医薬品も後発医薬品も横並びで患者さんが選択するというもので、後発医薬品が原則になるわけではない。薬局は薬担規則上、後発医薬品を勧めることになるが、最終的には患者さんの選択になるので、先発医薬品を選択するケースは考えられる。

Q. 一般名による記載を含む処方せんを交付する場合に、「薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価」の計算について「薬価が最も低いものを用いる」こととなっているが、医療機関では薬価の情報をどのように知ることができるか？

A. 以下の3つが考えられるが、手書きによる請求を行っている医療機関では2)か3)の対応になると思われる。

なお、厚生労働省が別途公表する一般名処方マスタには同一剤形・規格内の最低薬価に関する情報も含まれている。1) レセプトのシステムの導入 2) 紙媒体であれば、保険薬辞典など 3) 厚生労働省ホームページでの電子媒体での情報提供 厚生労働省ホームページに3月5日に掲載 「使用薬剤の薬価（薬価基準）に収載されている医薬品について（平成24年4月1日現在）」 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/03/tp120305-01.html>) ※ エクセルのファイルになっているので検索が可能

(問 148) 数種類の処方薬のうち、1種類だけでも一般名で処方されていれば他の処方薬が銘柄名で処方されても算定できるという理解で良いか。

(答) そのとおり。ただし、後発医薬品のある先発医薬品について一般名処方した場合に限り算定できる。従って、後発医薬品の存在しない漢方、後発医薬品のみ存在する薬剤等について一般名処方した場合は算定できない。

(問 149) 一の処方薬について、一般名とカッコ書等で銘柄名が併記されている場合、一般名処方加算は算定可能か。

(答) 算定できない。

(問 150) 一般名処方において、配合剤等の記載方法はどのようにすればよいのか。

(答) 処方せんへの一般名処方による記載については、一般的名称に剤形及び含量を付加することを原則としているところであり、内用薬及び外用薬のうち、後発医薬品が存在する先発医薬品の主な単味製剤について一般名処方マスタを作成・公表しているところである。一般名処方が浸透する当分の間は、可能な限り一般名処方マスタの範囲で対応されたい。なお、対象については、順次拡大する予定としている。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryuhoken/shohosen.html

(問 151) 一般名処方の処方せんを受け付けた保険薬局において先発医薬品を調剤した場合、処方元の保険医療機関に情報提供は必要であるのか。

(答) 処方した薬剤が先発医薬品であるか、後発医薬品であるかにかかわらず、一般名処方に係る処方薬について調剤を行ったときは、実際に調剤した薬剤の銘柄等について、当該調剤に係る処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することになっている。

ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。

(問 42) 処方せん料注6に規定する薬剤の一般的な名称を記載する処方せんを交付した場合の加算を算定する場合には、診療録に一般的な名称で処方内容を記載する必要があるのか。

(答) 必ずしも診療録に一般的な名称で処方内容を記載する必要はなく、一般的な名称で処方が行われたことの何らかの記録が残ればよい。

(問 43) カルテには、できるだけ詳しい情報を記載しておくことが望ましいとは思うが、般名を記載した処方せんを発行した場合に、実際に調剤された薬剤の銘柄等について保険薬局から情報提供があった際に、薬剤の銘柄等を改めてカルテに記載しなければならないのか。

(答) 改めてカルテに記載する必要はない。

発行した処方せんの内容がカルテに記載されればよい。

(問 44) 一般名を記載した処方せんを発行した場合に、カルテにはどのような記載が必要か。

(答) 医療機関内で一般名又は一般名が把握可能な製品名のいずれかが記載されていればよい。

(問 45) 厚生労働省のホームページに掲載されている一般名処方マスタ以外の品目でも一般名処方加算の対象となるのか。

(答) マスタに掲載されている品目以外の後発医薬品のある先発医薬品について、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載による処方せんを交付した場合でも一般名処方加算は算定できる。

その場合には、薬剤の取り違え事故等が起こらないようするなど、医療安全に十分配慮しなければならない。

一般名処方マスタは、加算対象医薬品のすべてはカバーしていない。今後、順次更新していく予定である。

(問 46) 厚生労働省のホームページでは、一般名処方の記載例として「【般】＋一般的な名称＋剤形＋含量」と示されているが、一般名処方に係る処方せんの記載において、この中の【般】という記載は必須であるのか。

(答) 「【般】」は必須ではない

【リハビリテーション】

《外来リハビリテーション診療料》

Q. 外来リハビリテーション診療料の届出を行った場合であっても、患者の状況によって当該診療料を算定する患者と再診料を算定する患者が混在してよいか？

A. よい。

Q. 外来リハビリテーション診療料に規定される期間（7日または14日）が経過した後、その都度診察を行う場合は、同一月であっても本点数を算定せず、再診料を算定することができるか？

A. できる。

Q. 本点数を算定する期間（7日または14日）に、投薬や処置など別に算定できるか？

A. 算定できるが、投薬、処置等に対して別途再診料は算定できない。なお、外来診療料を算定する医療機関の場合、外来診療料に包括される診療行為については算定不可となる。

Q. 本点数の算定を始めたが、リハビリテーションの回数を増やす必要が生じた場合、さかのぼって再診料を算定してよいか？

A. さかのぼって再診料を算定することはできない。

Q. 要介護被保険者等である患者に、医療保険からリハビリテーションを算定する必要がある場合、本点数は算定できるか？

A. 算定できる。

(問 102) B 0 0 1 – 2 – 7 外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行う日において、2科目の診療を行った場合、2科目の初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。

(答) A 0 0 0 初診料の注3ただし書きに規定する点数又はA 0 0 1 再診料の注2（A 0 0 2 外来診療料の注3）に規定する点数を算定する。

(問 103) B 0 0 1 – 2 – 7 外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行わない日において、他科の診療を行った場合、初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。

(答) 初診料又は再診料（外来診療料）を算定する。

(問104) B 0 0 1 – 2 – 7 外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーションを行わない日において、再度医師が診察を行った場合に、再診料又は外来診療料は算定できるのか。

(答) リハビリテーションに係る再診料又は外来診療料は算定できない。

(問 105) B 0 0 1 – 2 – 7 外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数の間で、リハビリテーションを実施した日に処置等を行った場合、当該診療に係る費用は算定できるか。

(答) 初診料、再診料、外来診療料以外の費用については、算定可能である。

(問 106) B 0 0 1 – 2 – 7 外来リハビリテーション診療料はリハビリテーション実施計画で7日間又は14日間に2日以上リハビリテーションを実施することになっているが、実際は1日しかリハビリテーションを実施できなかった場合、どのように請求すればよいか。

(答) 診療録及びレセプトの摘要欄において、リハビリテーション実施予定日、リハビリテーションが実施できなかった理由、その際に受けた患者からの連絡内容等が記載されており、事前に予想できなかったやむを得ない事情で7日間又は14日間に2日以上リハビリテーションが実施できなかったことが明らかな場合は算定可能。

(問 107) 同一患者について、B 0 0 1 – 2 – 7 外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数が経過した後、当該診療料を算定せずに再診料等を算定してもよいのか。

(答) そのとおり。

(問 108) B001-2-7 外来リハビリテーション診療料の届出を行った医療機関であっても、当該診療料を算定する患者と再診料等を算定する患者が混在してもよいのか。

(答) そのとおり。

(問 152) リハビリテーションの初期加算について、リハビリテーション科を標榜している必要があるか。

(答) 原則として標榜している必要がある。ただし、リハビリテーションに専ら従事している常勤の医師が勤務している場合は、リハビリテーション科を標榜していない場合であっても、当該加算を算定出来る。

また、心大血管疾患リハビリテーションについては、当該リハビリテーションの経験を有する常勤の医師が勤務している循環器科又は心臓血管外科、呼吸器リハビリテーションについては、呼吸器リハビリテーションの経験を有する常勤の医師が勤務している呼吸器内科、呼吸器外科を標榜していることで差し支えない。

(問 34) B001-2-7 外来リハビリテーション診療料はを算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行わない日において、他科の診療を行った場合、初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。

(答) 初診料又は再診料（外来診療料）を算定する。ただし、当該他科の診療がリハビリテーション又は放射線治療に係る診療であった場合は、算定できない。

【検査】

(問 130) D002 尿沈渣（鏡検法）の鏡検法とはどのような検査を指すのか。

(答) 顕微鏡を用いて実際に医療従事者の目視によって、検体を直接観察することを指す。

(問 131) D005 の 6 末梢血液像（鏡検法）の鏡検法とはどのような検査を指すのか。

(答) 顕微鏡を用いて実際に医療従事者の目視によって、検体を直接観察することを指す。

(問 132) 末梢血液像について、どのような場合に、鏡検法を行うのか。

(答) 例えば造血器疾患や感染症や自己免疫疾患を疑う場合など、医学的に妥当適切な場合に実施すること。

(問 133) 尿沈渣又は末梢血液像について、鏡検法とフローサイトメトリー法、又は鏡検法と自動機械法を併せて算定できるか。

(答) 尿沈渣又は末梢血液像について、それぞれいずれか主たるもののみ算定する。

(問 134) D 0 0 6 – 4 遺伝学的検査の対象に、「先天性難聴」が追加されたが、突発性難聴等に対しても算定できるのか。

(答) 算定できない。対象はあくまでも先天性の難聴が疑われる場合に限る。

(問 135) D 0 0 7 血液化学検査の心筋トロポニン Iについて、心筋炎の診断目的で行った場合は算定できるか。

(答) 算定して差し支えない。

(問 136) サリドマイド製剤又はレナリドミド製剤を投与する場合であって、添付文書上の記載に基づき、妊娠の有無を確認する検査について、算定できるか。

(答) 算定して差し支えない。

(問 137) D 0 2 3 微生物核酸同定・定量検査のインフルエンザ核酸検出の対象となる重症患者とは、具体的にどのような患者を指すのか。

(答) たとえばインフルエンザ抗原が陰性であるが、インフルエンザウイルス感染が強く疑われる、人工呼吸器管理や入院による集学的治療が必要な患者等である。

(問 138) D 0 2 6 検体検査判断料の骨髄像診断加算について、専門の知識を有する医師とは、具体的にどのような診療科の医師を指すのか。

(答) たとえば、血液内科医、小児科のうち血液系疾患を専門とする医師、臨床検査に従事する医師、病理に従事する医師等である。

(問 139) D 0 2 6 検体検査判断料の骨髄像診断加算について、1月あたりの算定回数制限はあるか。

(答) 月に1回に限り加算する。

(問 140) D 0 2 6 検体検査判断料の骨髄像診断加算について、当該医療機関の医師以外が判断した場合に算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問 141) D 2 1 1 – 3 時間に歩行試験の実施に当たり、前後の血液ガス分析は必須なのか。

(答) 時間に歩行試験の実施に当たっては、患者の状態等を勘案の上、医学的に必要かつ妥当な検査を実施し、結果を診療録に記載すること。

(問 142) D 2 2 5 – 4 ヘッドアップティルト試験の際に行った血液検査は、別に算定できるか。

(答) 算定して差し支えない。

(問 143) D 2 3 9 筋電図検査の誘発筋電図について、たとえば、片側の正中神経について、運動神経と感覚神経の神経伝導速度をそれぞれ測定した場合には、どのように算定するのか。
(答) 運動神経と感覚神経をそれぞれ 1 神経として数え、合わせて 2 神経として算定する。

(問 144) D 2 5 0 平衡機能検査の「5」に掲げる別の検査を行った場合にはそれぞれ算定できるとされたが、1 つの検査について複数の方法で行った場合にはそれぞれ算定できるか。
(答) 1 つの検査を複数の方法で行った場合には、1 回のみ算定する。

(問 145) D 3 1 0 小腸ファイバースコピ一の「2」のカプセル型内視鏡によるものについて、クローン病が疑われる原因不明の消化管出血を伴う小腸疾患の診断のために行う場合も算定してよいか。
(答) 算定して差し支えない。

(問 146) D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検及び K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術のセンチネルリンパ節加算について、採取したセンチネルリンパ節について、「D006-7」サイトケラチン 19 (KRT19)mRNA 検出で、転移の有無を判定した場合にも、センチネルリンパ節生検として算定できるか。
(答) 算定して差し支えない。

(問 49) D 270 - 2 ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出において、修了証を添付することとしているが、紛失等の事情により添付不可能な場合には、国立障害者リハビリテーションセンター学院長が発行する修了証書発行証明書に代えても構わないか。
(答) 差し支えない。

【画像診断】

Q. CT・MR I撮影の施設基準の届出要件に、安全管理責任者の氏名記載、装置の保守管理計画の添付が追加されたことに伴い、すでに届出している医療機関においても、改めて届出する必要があるか？

A. 保守計画をきちんと作っているかどうかを確認する必要があるので、現在届出しているところは改めて届出していただく。

(問 147) E 1 0 1 - 2 ポジトロン断層撮影及び E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影について、悪性リンパ腫の治療効果判定のために行った場合については、転移・再発の診断の目的に該当すると考えてよいか。
(答) そのとおり。

【精神科専門療法】

(問 153) I 0 0 2 通院・在宅精神療法の「1」を算定するに当たっては、当該療法を実施する精神保健指定医等が要件を満たす必要があるのか。

(答) そのとおり。なお、「標準時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。」の要件については、保険医療機関でその要件を満たしていればよい。

(問 154) I 0 0 2 通院・在宅精神療法の「1」を算定するに当たって、「標準時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。」については、主治医である精神保健指定医等が必ず対応しなければならないのか。

(答) 必ずしも主治医である精神保健指定医等が問合せに直接対応する必要はないが、継続的に受診している患者の診療の状況について、外部からの問合せに確実に応じ、対応できる体制を整備すること。

(問 155) I 0 0 2 通院・在宅精神療法の「1」を算定するに当たって、必要となる精神科救急医療体制の確保に対する協力の要件はいつの時点の実績で満たしていればよい。

(答) 当該点数を算定した月の前月から起算して過去 12 月の実績で要件を満たす必要がある。ただし、「標準時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。」については、算定した月で要件を満たしていればよい。

(問 156) I 0 0 2 通院・在宅精神療法の「1」を算定するに当たって、「措置入院及び緊急措置入院時の診察」や「医療保護入院および応急入院のための移送時の診察」について、都道府県の求めに応じ診察を行った結果、入院に至らなかった場合、1回の実績としてよいか

(答) 1回の実績としてよい。

(問 157) I 0 0 2 - 2 精神科継続外来支援・指導料において、「1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。」とあるが、頓用の抗不安薬、睡眠薬を含むのか。

(答) 頓用の抗不安薬、睡眠薬も含む。

(問 158) I 0 0 2 - 2 精神科継続外来支援・指導料の1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定することとなるが、当該所定点数には注 3 に規定する療養生活環境を整備するための支援や注 4 に規定する特定薬剤副作用評価加算が含まれるか。

(答) 含まない。

(問 159) I 008-2 精神科ショート・ケア、I 009 精神科デイ・ケアの「大規模なもの」を算定する際の「疾患等に応じた診療計画」について、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きについて」で示されている、様式 46 の 2 に準じたものであれば、それぞれの医療機関ごとの様式でよいか。

(答) 様式 46 の 2 で示した内容がすべて含まれるものであれば、差し支えない。

(問 160) I 008-2 精神科ショート・ケア、I 009 精神科デイ・ケアの「大規模なもの」を算定する際の「疾患等に応じた診療計画」にはどの程度の頻度で見直しを行えばよいのか。

(答) 短期目標として、概ね 3 ヶ月以内の目標を設定していることから、概ね 3 ヶ月以内に 1 度、短期目標の達成状況の評価を行い、必要に応じ、目標の修正を行うこと。

(問 161) I 008-2 精神科ショート・ケア、I 009 精神科デイ・ケアのうち、「大規模なもの」について、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定することになるが、診療計画に基づいてショート・ケア、デイ・ケアを提供するごとに、その内容や結果について、従事する者すべてで評価を行い、その要点を診療録に記載している場合は、参加者を少人数に分けて、それぞれに個別のプログラムを実施することは可能か。

(答) 可能。

(問 162) 入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号 I 011 に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、I 008-2 精神科ショート・ケア又は I 009 精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中 1 回に限り、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を算定することができるが、当該所定点数には注 3 に規定する早期加算を含むのか。

(答) 含む。

(問 163) 精神科訪問看護指示書の交付により、精神科以外の診療所に外来通院中の精神疾患を有する患者に対して訪問を行うことは出来るのか。

(答) 精神科以外の疾患については、その担当科の医師から診療情報の提供を受け、それを踏まえて精神科医が、訪問看護の必要性があると判断し、精神科訪問看護指示書を交付した場合は、可能である。

(問 47) 通院・在宅精神療法の「1」を算定するに当たって、「精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、常時対応できる体制をとること」とされているが、精神科救急情報センターに電話番号を登録し、当該センター及びセンターを経由してその他の関係機関（都道府県、市町村、保健所、警察、消防、救命救急センター、一般医療機関等）からの問合せに対応すればよいか。

(答) そのとおり。

(問 48) I002－2 精神科継続外来支援・指導料注2について、抗不安薬、睡眠薬の種類については薬価基準のいずれの部分を参考とすればよいか。

(答) 以下のリストの薬価基準収載医薬品コードを参照とすること。

コードの上3桁が「112」に該当する催眠鎮静剤、抗不安剤が該当し、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる。

使用薬剤の薬価（薬価基準）に収載されている医薬品について

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/03/tp120305-01.html>

【処置】

(問 164) J022－5 持続的難治性下痢便ドレナージを実施できる看護師の要件にある「急性期患者の皮膚・排泄ケア等に係る適切な研修」とは、どのような研修か。

(答) 研修については以下の内容を満たすものであり、研修には、実習により、事例に基づくアセスメントと急性期看護又は排泄ケア関連領域に必要な看護実践が含まれること。

(イ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域に必要な看護理論および医療制度等の概要

(ロ) 看護倫理

(ハ) 医療安全管理

(ニ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域に関するアセスメントと看護実践

(ホ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域の患者及び家族の支援方法

(ヘ) コンサルテーション方法

(問 165) J022－5 持続的難治性下痢便ドレナージの看護師の要件である研修の内容が事務連絡の問164に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修である。

日本看護協会認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」「救急看護」「集中ケア」の研修

(問 166) 局所陰圧閉鎖処置について、平成24年度改定において、「被覆材を貼付した場合」と「その他の場合」の区別がなくなったが、被覆材を貼付した日もその他の日も、同じ点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

(問 167) 人工腎臓について、エポエチンベータペゴルはエリスロポエチン製剤に含まれるのか。

(答) そのとおり。

(問 168) 人工腎臓の慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行っている患者がいない場合も、体制が整っている場合には、透析液水質確保加算2を算定してよいか。

(答) 算定して差し支えない。

(問 169) 持続緩徐式血液透析濾過はどの区分で算定するのか。

(答) J038-2 持続緩徐式血液濾過で算定する。

(問 170) 経管栄養カテーテル交換法について、鼻腔栄養カテーテルも対象となるか。

(答) 対象とならない。胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルを交換した場合に算定する。

【手術】

(問 171) K939-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の看護師の要件にある「5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修」とは、どのような研修か。(答) 研修については以下の内容を満たすものがあり、現時点では、日本看護協会認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」及び日本ストーマリハビリテーション学会の周手術期ストーマケア研修（20時間以上）の研修が該当する。

なお、研修には、講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域に必要な看護理論および医療制度等の概要

(ロ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域に関するアセスメントと看護実践

(ハ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域の患者及び家族の支援方法

(問 172) 組織採取目的で胸腔鏡下に切除を行った場合には、どの区分で算定するのか。

(答) K488-4 胸腔鏡下試験切除術で算定する。

(問 173) 組織採取目的で腹腔鏡下に切除を行った場合には、どの区分で算定するのか。

(答) K636-4 腹腔鏡下試験切除術で算定する。

(問 174) K513 胸腔鏡下肺切除術が「1」肺囊胞切除術と「2」その他のものに改められたが、気胸及び良性肺腫瘍はどちらで算定するのか。

(答) 気胸に対して胸腔鏡を用いて肺囊胞手術（楔状部分切除によるもの）を行った場合は「1」肺囊胞手術（楔状部分切除によるもの）で算定する。良性肺腫瘍に対して胸腔鏡を用いて肺切除術を行った場合は、「2」その他のもので算定する。

(問 175) K000-2 小児創傷処理（6歳未満）について、切創、刺創、割創又は挫創に対して、ボンド又はテープにより創傷処理を行った場合に算定できるか。

(答) 6歳未満の患者であって、筋肉、臓器に達しない創傷に対して、切除、結紮又は縫合と医療上同等の創傷処理を行った場合は、算定して差し支えない。

(問 176) K 5 3 3 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）については、1週間を目安として算定することとしているが、1週間を経ないと実施してはいけないのか。

(答) 当該手術料は、1週間の一連の行為を評価したものであり、1週間以内の場合でも、手術を実施して差し支えない。

(問 177) K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3ヶ月に2回以上実施した場合、2回目以降の手術に伴う薬剤料又は特定保険医療材料料は算定できるか。

(答) 算定できない。

(問 50) K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3ヶ月に1回に限り算定できるが、3ヶ月に1回しか当該手術を実施できないのか。

(答) そうではない。当該手術料は、3ヶ月の一連の行為を評価したものであり、3ヶ月に2回以上実施して差し支えない。医学的な必要性に応じて実施すること。

(問 178) K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3ヶ月に2回以上、複数の保険医療機関で実施した場合、それぞれの保険医療機関について3ヶ月に1回に限り算定できるか。

(答) 1人の患者につき、3ヶ月に1回に限り算定する。

(問 179) K 9 2 0 輸血について、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」に基づいて、輸血後に輸血後肝炎が疑われる場合などに、当該通知に定められた検査を行った場合に、検査の費用は算定できるか。

(答) 算定して差し支えない。

(問 180) 2以上の手術を同時にを行い、「診療報酬の算定方法」第10部手術の「通則14」に基づき費用を算定する場合に、従たる手術において使用された手術医療機器等について手術医療機器等加算が算定できるが、従たる手術の費用が算定できない場合は、手術医療機器等加算だけが算定できるか。

(答) 算定できない。

【放射線治療】

(問 181) 外来放射線治療加算の施設基準に「患者が休憩できるベッド等」を備えていることとあるが、このベッド等とは、たとえば外来化学療法で使用されるようなリクライニングシートでもよいのか。

(答) 療養上適切であれば差し支えない。

(問 182) 小児放射線治療加算は、「各区分の注に掲げる加算については加算の対象とならない。」とあるが、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していない保険医療機関において、新生児に対して、M001 体外照射 3 高エネルギー放射線治療イ（1）1門照射又は対向 2 門照射を行った場合の算定は、所定点数に 100 分の 70 を乗じた点数と所定点数に 100 分の 70 を乗じて、更に 100 分の 60 を乗じた点数をそれぞれ合算した点数でよろしいか。

(答) そのとおり。

【病理診断】

(問 183) 病理診断料の病理診断管理加算については、病理診断料の算定 1 回につき、1 回しか算定できないという理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問 184) 病理診断料の病理診断管理加算の施設基準にある「病理診断を専ら担当する常勤の医師」は、検体検査管理加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）の施設基準にある「臨床検査を専ら担当する医師」と兼任でもよいか。

(答) 兼任不可。

《たばこ対策》

Q. 生活習慣病、小児、呼吸器疾患者等に対する入院基本料等加算および医学管理等を算定する場合には、原則、屋内全面禁煙を行うことが要件となったが、届出が必要か？

A. 基準を満たしていればよく、届出は必要ない。