

事 務 連 絡  
平成 30 年 3 月 30 日

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

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について (その 1)

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

医科診療報酬点数表関係

【妊婦加算】

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

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

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

(答) 診察の際に、医師が妊婦であると判断しなかった場合には、算定不可。

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

(答) 初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

問4 当日の診察で妊娠が確認された場合であっても妊婦加算は算定可能か。

(答) 初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

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

(答) 当該患者が妊婦であると判断した旨の記載が必要である。

【オンライン診療料】

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

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

問7 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療

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

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

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

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

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

(答) それぞれの医療機関で要件を満たしていれば、算定可能。

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

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

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

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

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

(答) オンライン診療料に関する要件を満たせば、算定可能。ただし、患者の

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

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

(答) ①算定可能。  
②適用されない。

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

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

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

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

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

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

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

医師と同一の医師による対面診察が可能である体制が必要か。

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

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

(答) 満たす。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(答) 届出時及び定例報告時に満たしていればよい。

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

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

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

**【急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料】**

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

(答) 含まれる。

**【急性期一般入院基本料】**

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

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

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

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

**【重症度、医療・看護必要度】**

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

(答) そのとおり。

問 30 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて A 項目の評価を行う場合、「A 3 点滴ライン同時 3 本以上の管理」と「A 6 輸血や血液製剤の管理」で共通するレセプト電算処理システム用コードが入力されている場合、それぞれの項目で評価の対象としてよいか。

(答) よい。

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

(答) 評価の対象とはならない。

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

(答) 評価の対象とはならない。

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

(答) よい。

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

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

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

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



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

(答) ①平成 30 年 2 月 7 日の中央社会保健医療協議会総会 (第 389 回) の総一 1 参考 2 「入院医療 (その 11) で診療実績データを用いた判定の集計に用いたマスタ」を用いること。②平成 30 年度改定後の基準を用いること。

(参考 URL)

①「入院医療 (その 11) で診療実績データを用いた判定の集計に用いたマスタ」  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193512.xlsx>

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

(答) 平成 30 年 4 月については、4 月 16 日まででよい。

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

(答) 対象としなくてよい。

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

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

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

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

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

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

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

(答) 別々に用いて差し支えない。

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

(答) そのとおり。

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

(答) 4月1日以降に開腹手術を受けた患者から「4日」とする。

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

(答) 24時間より短い時間で行う持続点滴も対象となる。

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

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

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

(答) 当該加算に係る院内研修は必要ないが、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」を参照し適切に評価すること。

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

(答) そのとおり。

#### 【看護職員配置】

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

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

#### 【夜間看護体制特定日減算】

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

(答) 算定できない。

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

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

問 52 夜間看護体制特定日減算は、夜間看護職員が 2 人未満となった 1 つの病

棟のみではなく、当該入院料を届け出る全ての病棟の患者において算定するのか。

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

#### 【看護職員夜間配置加算】

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

(答) ①病棟ごとに届け出ることが可能である。

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

#### 【看取りに対する指針】

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

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

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

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

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

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

#### 【ADL維持向上等体制加算】

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

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

#### 【褥瘡対策】

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

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

#### 【入退院支援加算】

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

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

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

(答) 算定できない。

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

て作成しなければならないか。

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

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

(答) ①兼ねることはできない。

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

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

① 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置する専従の看護師

② 入退院支援加算 2 の施設基準で求める専従者については、「疑義解釈資料の送付について(その4)」(平成 28 年 6 月 14 日付け事務連絡)では、非常勤は不可であるが、従前から配置している場合に限り平成 30 年 3 月 31 日までは非常勤でよいとされている者

(答) ① 非常勤でもよい。

② 平成 30 年 3 月 31 日に退院支援加算 2 を算定している保険医療機関で、同年 4 月 1 日以降も引き続き入退院支援加算 2 を算定する保険医療機関において、従前から非常勤の専従者を配置している場合にあっては、平成 32 年 3 月 31 日までは非常勤であっても差し支えない。

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

(答) ①兼ねてよい。

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

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

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

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

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

#### 【療養病棟入院基本料】

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

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

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

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

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

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

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

(答) そのとおり。

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

(答) 施設基準を満たしている場合は可能。

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

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

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

(答) 適用されない。

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

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



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

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

#### 【介護医療院】

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

(答) 含まれる。

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

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

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

#### 【総合入院体制加算】

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

(答) 計画の実施又は計画の達成状況の評価が行われていることが必要である。

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

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

(答) 可能。

#### 【医師事務作業補助体制加算】

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

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

#### 【緩和ケア診療加算】

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

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

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

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

#### 【緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料】

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

(答) 差し支えない。

#### 【精神科措置入院退院支援加算】

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

(答) そのとおり。

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

(答) そのとおり。

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

(答) そのとおり。

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

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

問 87 精神障害者の退院後支援に関する指針とは、具体的には何を指すのか。

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

#### 【医療安全対策加算（医療安全対策地域連携加算）】

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

(答) 兼任可能。

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

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

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

(答) そのとおり。

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

(答) 可能。

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

(答) 可能。

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

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

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

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

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

(答) そのとおり。

【感染防止対策加算（抗菌薬適正使用支援加算）】

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

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

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

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

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

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

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

(答) 双方の内容を含む場合については、併せて行ってよい。

#### 【データ提出加算（提出データ評価加算）】

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

(答) 提出データ評価加算については、届出を求めている。

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

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

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

4の(1)において「次のアからウの保険医療機関にあっては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。

ア 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関」とあるが、当該ア、イ又はウに該当する保険医療機関は、診療録管理体制加算1又は2の施設基準の要件を満たしていれば、診療録管理体制加算の届出は不要ということか。

(答) そのとおり。

#### 【救命救急入院料等】

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

(答) そのとおり。

#### 【救命救急入院料（救急体制充実加算）】

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

(答) そのとおり。

#### 【特定集中治療室管理料】

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

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

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

する患者の看護に係る適切な研修」には、どのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修
- ② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修
- ③ 日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修
- ④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修
- ⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
- ⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の8区分の研修

なお、⑥については、8区分全ての研修が修了した場合に該当する。

#### 【早期離床・リハビリテーション加算】

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

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

#### 【回復期リハビリテーション病棟入院料】

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

(答) そのとおり。

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

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

(答) そのとおり。

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

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

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

(答) そのとおり。

#### 【精神科救急入院料】

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

(答) そのとおり。

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

(答) そのとおり。

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



(答) そのとおり。

**【精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料】**

問 115 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する常勤精神科医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週 2 日以内とされているが、2 日間の従事時間を 3 日以上に分割して当該業務に従事することは可能か。

(答) 可能。

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

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

(答) そのとおり。

**【認知症治療病棟入院料】**

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

(答) 可能。

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

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

**【地域移行機能強化病棟入院料】**

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

て、特別養護老人ホームは患家に含まれるという理解でよいか。

(答) そのとおり。

#### 【短期滞在手術等基本料】

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

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

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

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

#### 【糖尿病合併症管理料】

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

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

#### 【糖尿病透析予防指導管理料】

問 123 区分番号「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「適切な研修」として、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修は該当するか。

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

#### 【小児運動器疾患指導管理料】

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

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

**【乳腺炎重症化予防ケア・指導料】**

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

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

**【小児抗菌薬適正使用支援加算】**

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

(答) 算定できる。

問 127 感染症対策ネットワーク（仮称）に係る活動とはなにか。

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

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

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

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

(答) 小児科を担当する専任の医師であれば、算定可能。

**【療養・就労両立支援指導料】**

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

(答) 不可。

【認知症サポート指導料】

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

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

【ハイリスク妊産婦連携指導料】

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

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

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

(答) そのとおり。

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

(答) そのとおり。

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

(答) そのとおり。

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

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

### 【診療情報提供料（I）】

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

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

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

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

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

（答）算定可能。

### 【在宅患者訪問診療料】

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

（答）可能。

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

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

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

（答）含む。

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

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

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

(答) 算定不可。立合診察となるため、往診料を算定できる。

問 145 区分番号「C 0 0 1 - 2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）について、どのようなケースが有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関に該当するか。

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

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

問 146 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される医療機関が行った訪問診療の評価として区分番号「C 0 0 1 - 2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）が新設され、併設される医療機関とは「有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関」とされているが、同一敷地内であるが、医療機関と有料老人ホーム等が別法人である場合は併設される医療機関に該当するか。

(答) 該当する。

**【在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料】**

問 147 区分番号「C 0 0 5」在宅患者訪問看護・指導料の3及び区分番号「C 0 0 5 - 1 - 2」同一建物居住者訪問看護・指導料の3の専門性の高い看護師

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

(答) 現時点では、以下の研修である。

日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」

問 148 区分番号「C 0 0 5」在宅患者訪問看護・指導料の3及び区分番号「C 0 0 5 - 1 - 2」同一建物居住者訪問看護・指導料の3の算定対象となる患者における、人工肛門又は人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態とはどのようなものか。

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

#### 【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

問 149 区分番号「C 0 1 3」在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件である「所定の研修」として、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修は該当するか。

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

#### 【在宅酸素療法指導管理料及び在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

問 150 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料及び区分番号「C 1 0 7 - 2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準に、「遠隔モニタリング加算の算定を行う患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、当該モニタリングに係る疾患について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制があればよいか。

(答) そのとおり。

#### 【在宅経肛門的自己洗腸指導管理料】

問 151 区分番号「C 1 1 9」在宅経肛門的自己洗腸指導管理料における「関係学会による指針」とは何を指すのか。

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

**【悪性腫瘍組織遺伝子検査 注】**

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

(答) 差し支えない。

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

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

**【抗HLA抗体検査】**

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

(答) 日本組織適合性学会による「QCWS 参考プロトコル集」を指す。

**【骨髄微小残存病変量測定】**

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

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

**【長期脳波ビデオ同時記録検査】**

問 156 区分番号「D235-3」長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準に「関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。」とあるが、具体的には何を指すのか。

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

**【ダーモスコピー】**

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

(答) 前回算定した月の翌月以降であれば算定できる。



## 【画像診断】

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

(答) そのとおり。

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

(答) いずれもよい。

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

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

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

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

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

(答) 日本医学放射線学会のエックス線CT被ばく線量管理指針等を指す。

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

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

（答）そのとおり。

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

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

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

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

問 166 遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に掲げる「その他の技術者」とは、具体的に何を指すのか。

（答）医学物理士等を指す。

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

（答）よい。

#### 【処方料、処方箋料】

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

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

たい。

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

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

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

(答) 該当しない。

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

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

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

#### 【リハビリテーション総合計画評価料・リハビリテーション計画提供料】

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

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

算定可能か。

(答) (1) 省略してよい。

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

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

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

#### 【精神科電気痙攣療法 注 3】

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

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

#### 【精神科訪問看護・指導料】

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

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

### 【人工腎臓】

問 176 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料において、区分番号「J042」腹膜灌流の費用、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流に伴って使用した特定保険医療材料の費用及び区分番号「J042」腹膜灌流に伴って使用した自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液の費用は、別に算定できるのか。

(答) 別に算定できる。

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

(答) そのとおり。

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

(答) そのとおり。

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

(答) そのとおり。

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

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

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

(答) いずれも入院患者しか使用しないことが明らかな場合には数えない。

### 【導入期加算】

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

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

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

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

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

(答) そのとおり。

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

(答) ない。

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

(答) ない。いずれかの届出を行っていればよい。

#### 【手術】

問 187 区分番号「K 0 1 4 - 2」皮膚移植術（死体）について、「関連学会の主催する講習会」とあるが、具体的に何を指すのか。

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

問 188 区分番号「K 1 9 0」脊髄刺激装置植込術及び区分番号「K 1 9 0 - 6」仙骨神経刺激装置植込術において、1 及び 2 を同時に行った場合には、1 及び 2 は併算定可能か。

(答) 算定できる。

問 189 区分番号「K 4 0 0」の「3」喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用

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

(答) 日本耳鼻咽喉科学会及び日本喉頭科学会が主催する手術講習会を指す。

問 190 区分番号「K 6 6 4 - 3」薬剤投与用胃瘻造設術について、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬と同時に同一の胃瘻から経管栄養を行う必要がある患者である場合は算定できるか。

(答) 算定できない。区分番号「K 6 6 4」胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）及び区分番号「K 9 3 9 - 5」胃瘻造設時嚥下機能評価加算を算定すること。

問 191 施設基準通知第 79 の 3（医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 16 に掲げる手術）について、「区分番号「K 6 6 4 - 3」薬剤投与用胃瘻造設術の症例数及び頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った胃瘻造設術の症例数を除く。ただし、薬剤投与用の胃瘻から栄養剤投与を行った場合は、その時点で当該症例数に計上する。」とあるが、様式 43 の 5 の「胃瘻造設の実施年月日」欄には何を記載すればよいか。

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

問 192 区分番号「K 9 2 4」自己生体組織接着剤作成術又は区分番号「K 9 2 4 - 2」自己クリオプレシピテート作製術（用手法）について、「関連学会から示されているガイドライン」とあるが、具体的には何を指すのか。

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

問 193 K 5 0 4 - 2、K 5 1 3 - 2、K 5 1 4 - 2 の 3、K 5 2 9 - 2、K 5 5 4 - 2、K 6 5 5 - 2、K 6 5 5 - 5、K 6 5 7 - 2、K 7 4 0 - 2、K 8 0 3 - 2、K 8 7 7 - 2 及び K 8 7 9 - 2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術を内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準における「当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること」とは具体的には何を指すのか。

(答) 日本外科学会等のデータベースである National Clinical Database に症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていることを指す。

問 194 National Clinical Database が症例登録の受付を開始する前に、K 5 0 4 - 2、K 5 1 3 - 2、K 5 1 4 - 2 の 3、K 5 2 9 - 2、K 5 5 4 - 2、K 6 5 5 - 2、K 6 5 5 - 5、K 6 5 7 - 2、K 7 4 0 - 2、K 8 0 3 - 2、K 8 7 7 - 2 及び K 8 7 9 - 2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術を内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合は、National Clinical Database が症例登録の受付を開始した時点で、症例の登録を行うこととしてよいか。

（答）差し支えない。

問 195 区分番号「K 7 3 9 - 2」に掲げる経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）は、軟性のチューブである自然開口向け単回使用内視鏡用拡張器を肛門に装着し、内視鏡下に直腸腫瘍の切除を行った場合も算定できるか。

（答）算定できる。

問 196 区分番号「K 9 2 2」造血幹細胞移植のコーディネート体制充実加算の施設基準における「当該手術を担当する診療科が関係学会による認定を受けていること」とは何を指すか。

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

問 197 区分番号「K 9 2 2」造血幹細胞移植のコーディネート体制充実加算について、関係学会による認定を受けている診療科を有する保険医療機関において、当該診療科以外の診療科で造血幹細胞移植を行った場合も、算定できるのか。

（答）算定できない。

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

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



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

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

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

（答）性同一性障害学会を指す。

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

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

問 202 第 2 章第 10 部手術の通則 4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術について、「当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること」とは具体的には何を指すのか。

（答）性同一性障害学会のデータベースに症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていることを指す。

#### 【放射線治療管理料】

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

（答）医用原子力技術研究振興財団等を指す。

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

（答）日本放射線腫瘍学会の遠隔放射線治療計画ガイドライン等を指す。

#### 【デジタル病理】

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

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

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

#### 【常勤】

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

(答) 対象となる。

問 207 外来における常勤医師の要件について、「常勤」の定義は何か。

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

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

(答) そのとおり。

#### 【医療従事者等の勤務負担軽減等】

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

(答) そのとおり。

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

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

(答) そのとおり。

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

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

#### 【カンファレンス】

問 212 区分番号「A 2 3 4 - 2」感染防止対策加算、区分番号「A 2 4 6」入退院支援加算 1、区分番号「B 0 0 4」退院時共同指導料 1 の注 1、区分番号「B 0 0 5」退院時共同指導料 2 の注 1 及び注 3、区分番号「B 0 0 5 - 1 0」ハイリスク妊産婦連携指導料 1 及び 2、区分番号「C 0 1 1」在宅患者緊急時等カンファレンス料、区分番号「C 0 1 3」在宅患者褥瘡管理指導料、区分番号「I 0 1 6」精神科在宅患者支援管理料、訪問看護療養費の退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや面会、共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよいか。

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

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

カンファレンスに参加することが可能な者をどう考えればよいか。

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

#### 【特定保険医療材料の留意事項について】

問 214 スピードギプス包帯は特定保険医療材料として算定できるのか。

(答) 算定できない。

#### 【特別の関係】

問215 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の第2部通則7において「特別の関係」が規定されているが、地域医療連携推進法人における参加法人同士は当該「特別の関係」にあたるか。

(答) 特別の関係にあたらぬ。

#### 【届出受理後の措置】

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

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

(答) 必要である。

#### 【先進医療】

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

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

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

(答) 陽子線治療及び重粒子線治療は数ヶ月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は 1 回のみ算定することとなっている。先進医療においても同様で、一連の治療として費用請求されるため、平成 30 年 3 月 31 日までに治療が開始されている患者又は当該先進医療に係る説明を受け、当該先進医療での治療実施の同意を取得している患者には、先進医療として費用を請求し、保険診療として陽子線治療及び重粒子線治療の算定はできない。なお、平成 30 年 3 月 31 日において、一連の治療を開始していない場合であって、4 月 1 日以降に保険診療による治療を希望する場合には、改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで、保険診療に切り替えて差し支えない。

#### 【大病院受診時定額負担】

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

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

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

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

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

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

(答) 含まれる。

#### 【療担関係】

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

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

事 務 連 絡  
平成 30 年 4 月 6 日

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

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その 2）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）等により、平成 30 年 4 月 1 日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添 1 のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

また、「疑義解釈の送付について（その 1）」（平成 30 年 3 月 30 日付事務連絡）を別添 2 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

【地域包括診療加算、地域包括診療料】

問1 地域包括診療加算については、平成30年度改定において「地域包括診療加算1」と「地域包括診療加算2」の2つとなり、改定前において地域包括診療加算を届け出ている保険医療機関が地域包括診療加算1を算定する場合は、新たな届け出が必要となるが、施設基準のうち「適切な研修を修了した医師」の配置など既に届け出ている要件に係る資料も改めて添付する必要があるか。

(答) 改定前に地域包括診療加算を届け出ている保険医療機関が、地域包括診療加算1を届け出る場合は、様式2の3を提出していればよく、既に届け出ている要件に係る資料の添付は省略して差し支えない。なお、地域包括診療料の届出においても同様の取扱いとする。

【急性期一般入院基本料】

問2 区分番号「A100」一般病棟入院基本料について、平成30年3月31日において、現に下表における左欄(旧基準)に記載の区分を算定している病棟である場合は、それぞれ右欄(新基準)の区分の入院料を算定するにあたり、4月16日までに施設基準の届出直しは必要か。

旧基準		新基準
7対1入院基本料	→	急性期一般入院料1
10対1入院基本料及び看護必要度加算1	→	急性期一般入院料4
10対1入院基本料及び看護必要度加算2	→	急性期一般入院料5
10対1入院基本料及び看護必要度加算3	→	急性期一般入院料6

(答) 重症度、医療・看護必要度以外の基準を満たしていれば、平成30年9月30日までの間に限り、届出直しは不要である。ただし、10月1日以降引き続き算定する場合は、届出直しが必要である。

問3 急性期一般入院料3を届け出るにあたり、「届出時点で、継続して3月以上、急性期一般入院料1又は2を算定していること」とあるが、急性期一般入院料1と急性期一般入院料2をあわせて3月の実績でよいか。

(答) よい。

【重症度、医療・看護必要度】



問4 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目「8 救急搬送後の入院」について、「手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める」とあるが、外来受診後に手術室に入室後、日付をまたいだ翌日に病棟に入棟した場合は、手術室入室日に入院料を算定していれば、その日と翌日の入棟日の2日間を「あり」と評価してよいか。

(答) よい。

#### 【在宅復帰率】

問5 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び2並びに回復期リハビリテーション病棟入院料1から4の施設基準における在宅復帰率については、平成30年度改定前と改定後で「在宅等に退院するもの」等の定義が一部変更となっている。

在宅復帰率については、直近6月の退院・退棟患者のうちの「在宅等に退院するもの」等の割合を基準値としているが、直近6月間に改定前と改定後の期間が両方含まれる場合の在宅復帰率の取り扱いはどうなるか。

(答) 「在宅等に退院するもの」等の新たな定義については、4月以降(改定後)に退院・退棟した患者から適用する。このため、3月以前(改定前)に退院・退棟した患者であって、改定前の基準で「在宅等に退院するもの」等に該当する患者は、4月以降の在宅復帰率の基準値の計算においても「在宅等に退院するもの」等に含めて差し支えない。