

平成28年度診療報酬改定セミナー
診療報酬改定概要とポイント解説資料
<別添資料集②>

株式会社 ウォームハーツ
代表取締役 長面川さより
アドバイザー 栗林令子
井口勢津子
2016年4月

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

最初の入院時に栄養食事指導を行い、退院後数日で同一傷病により再入院した患者に対し栄養食事指導を行う場合、「初回」の入院栄養食事指導料を再度算定できるか。

A

「初回」の入院栄養食事指導料は、前回入院時と入院起算日が変わらない再入院の場合、算定できない。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

認知症地域包括診療加算について、「同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの」が要件とされているが、各月の最初の受診（再診）で投薬を受けていなければ必ず算定できると解釈されるのか。
また、月の初回の受診時には算定要件を満たしていたが、その後、同月内の受診で算定要件を満たさなかった場合の扱いはどのようなになるか。

A

各月の最初の受診（再診）については、それ以前の投薬に関し当該受診の日まで薬剤数に関する要件を満たしている場合に限り、算定できる。
月の初回の受診時に算定要件を満たしていたが、その後、薬剤数が増えたため算定要件を満たさなくなった場合には、その日からは当該加算を算定できないが、同月内の過去の受診に遡って加算を取り消す必要はない。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

小児科外来診療料については、初診を行いそのまま入院となった場合、当該診療料ではなく初診料を算定することとされているが、小児かかりつけ診療料についても同様か。

A

小児かかりつけ診療料についても同様の算定方法となる。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

「B007-2」退院後訪問指導料を入院していた保険医療機関が算定した日において、当該保険医療機関と同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、医療保険では、在宅患者訪問看護・指導料を算定できないこととされたが、介護保険の訪問看護費は算定できるのか。

A

算定できない。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

検査・画像情報提供加算と電子的診療情報評価料の施設基準に定める「厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能」について、厚生労働省標準規格とは具体的には何を指すのか。

A

「保健医療情報分野の標準規格(厚生労働省標準規格)について」の一部改正について(平成28年3月28日医政発0328第6号・政社発0328第1号)に定める標準規格を指す。なお、ストレージ機能については、当該通知において、SS-MIX2が含まれることとされている点に留意すること。

区分番号	項目	点数
K044	骨折非観血的整復術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	1,600
	2 前腕、下腿	1,780
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440
K047-3	超音波骨折治療法(一連につき)	4,620

厚労省 疑義解釈(その1)平成28年3月31日

Q

「K044」骨折非観血的整復術を行った後に、「K047-3」超音波骨折治療法を実施した場合、当該点数を算定できるか。

A

算定できない。

厚労省 疑義解釈(その2)平成28年4月25日

Q

「四肢の骨折に対する観血的手術の手術中に行われたものは算定できない。」が削除されたが、取扱いに変更があるのか。

A

そもそも当該治療法を手術中に行われるものではないことから、従前のとおり算定できない。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

国際標準検査管理加算の施設基準に「国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること」とあるが、どのような認定が必要なのか。

A

ISO15189に基づく臨床検査室の認定について、「基幹項目」及び「非基幹項目」を対象として認定を取得することが必要。

Q

国際標準検査管理加算は、当該保険医療機関が取得している認定の対象となっている検査項目（例えば、ISO15189の「基幹項目」、「非基幹項目」に該当する検査項目）以外の検査については、加算できないのか。

A

認定の対象となっている検査かどうかに関わらず、検体検査管理加算（Ⅱ）検体検査管理加算（Ⅲ）又は検体検査管理加算（Ⅳ）の算定と併せて、国際標準検査管理加算を算定できる。

Q

ISO15189に基づく臨床検査室の認定を取得していない保険医療機関が、当該認定を取得している衛生検査所に検査の実施を委託した場合、国際標準検査管理加算は算定できないのか。

A

当該保険医療機関が認定を受けていない場合は算定できない。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（平成28年3月25日保医発0325第8号）によると、「目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。」とされているが、こうした取り扱いとできるのはどの程度の期間か。

A

当該取り扱いは、介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的であることから、一か所の通所リハビリテーション事業所につき、3月を超えることができない。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

認知療法・認知行動療法3の施設基準について、「うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の(2)の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。」とあるが、「ウの研修の講師」による確認を行う講師は医師でなければならないか。

A

必ずしも医師である必要はないが、「ウ」の研修において、研修後、受講生による面接を確認する者として定められたものである必要がある。

Q

認知療法・認知行動療法について、「『1』、『2』及び『3』は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、『3』の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、『1』の点数を算定できる。」とあるが、一連の治療において、「1」を算定すべきものと「2」を算定すべきものが混在する場合、どのように算定すればよいか。

A

一連の治療において、やむを得ず「1」を算定すべきものと「2」を算定すべきものが混在する場合に限り、それぞれにおいて算定すべき点数を算定してよい。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票評価の手引き」について、「Aモニタリング及び処置等」の「8 救急搬送後の入院」において、「救急搬送後の入院は、救急用の自動車(市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る)又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され」とあるが、転院搬送の場合も対象となるのか。

A

緊急時の転院搬送のみ対象となり、予定された転院搬送については対象とならない。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

療養病棟入院基本料注11の規定により、100分の95に相当する点数を算定する場合には、特別入院基本料の例により入院基本料等加算を算定してよいか。

A

そのとおり。

Q

療養病棟入院基本料の「医療区分・ADL区分に係る評価票」17の、酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）について、「なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合には、点滴を実施した日から30日間まで本項目に該当する。」とあるが、点滴の実施期間が30日未満であった場合にも点滴開始後30日間は該当するのか。

また、30日間を超えて点滴を継続した場合は31日以降は該当しないのか。

A

肺炎等急性増悪により点滴治療が30日未満で終了した場合にも、開始から30日間は本項目に該当する。肺炎等急性増悪により点滴治療を30日を超えて実施した場合には、実施した日に限り、本項目に該当する。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日**Q**

退院支援加算1の施設基準において、当該医療機関の退院支援・地域連携担当者と、20以上の連携保険医療機関等の職員が年3回以上面会することとされているが、他の20以上の連携保険医療機関等の職員と、会合や研修等で一同に会すれば、当該要件を満たすこととなるか。

A

それぞれの連携保険医療機関等の職員と、直接に対面して業務上の意思疎通を行うことが必要であり、会合や研修で一同に会することでは、当該要件を満たすことにならない。なお、退院支援において数か所連携保険医療機関等と退院調整の打ち合わせを行う等の場合には、全ての連携保険医療機関等の職員と相互に十分な意思疎通を図ることができれば、それぞれの連携保険医療機関等の職員と面会したものと扱うことができる。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

認知症ケア加算1の認知症ケアチームは、週1回以上、各病棟を巡回することとなっているが、巡回の際、当該チームメンバー全員で行う必要があるか。

A

全員揃っていることが望ましく、少なくとも看護師を含め2名以上で巡回することが必要である。

【A248 精神疾患診療体制加算】

P251に追加

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

夜間休日救急搬送医学管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

A

可能。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

精神疾患診療体制加算2の算定日と、入院精神療法の算定日が同一週の場合に、入院精神療法の週あたりの算定回数を計算する際に精神疾患診療体制加算2の算定日についても、入院精神療法の算定日とみなすのか。

A

そのとおり。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

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については、週2日以内とされているが、週2日以外の日措置診察等に対応することが可能か。

A

予定外の緊急の重症患者への対応及び精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）については、外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務に含めず、必要に応じ従事することができる。

DPC:医科診療報酬点数表関係

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することによいか。

A

そのとおり。
なお、手術等が行われていない場合であっても、予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが、退院時までに予定された手術が行われなかった結果、退院時に決定された請求方法が異なる場合は、請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐により再請求をする。

●救急患者の受入れ体制の充実

A001 再診料 / A002 外来診療料

改定

【A001 再診料/A002 外来診療料】

入院中の患者に対する再診の費用(A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びにA002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。)は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

●再診および外来診療の時刻の加算

<再診の場合>



算定可能

時間外加算・休日加算・~~深夜加算は算定不可~~

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

「A001」再診料の注5並びに注6に規定する加算及び「A002」外来診療料の注8並びに注9に規定する加算については、所定の入院料と別途算定可能となったが、当該加算については、入院後に入院中の保険医療機関において別疾患で再診を受けた場合であっても算定可能であるか。

A

算定できない。

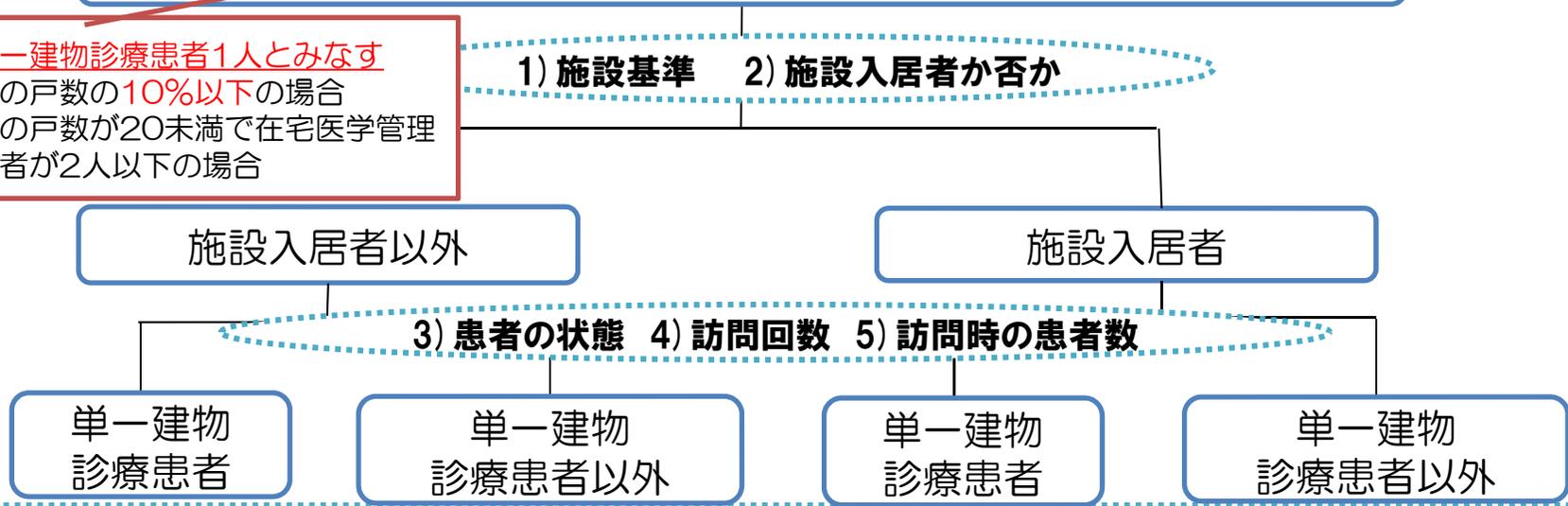
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料における留意点

P374として
追加

- 1) 施設基準 …… 自院の施設基準の確認(①機能強化型、②在支診、在支病、③その他等)
- 2) 患者の居住状態 …… 施設入居者対象に該当か否か (*1)
- 3) 患者の状態 …… 別に厚生労働大臣が定める状態の患者か否かの確認 (*2)
- 4) 訪問回数 …… 1月の中での訪問回数を計画(①月1回、②月2回以上)
- 5) 単一(同一建物) …… 1月の訪問診療時において診療した患者数(①1名、②2~9名、③左記以外)

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

①②は単一建物診療患者1人とみなす
①建築物の戸数の10%以下の場合
②建築物の戸数が20未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合



【その他の変更点】

- 処方せんを交付しない場合は、加算点数300点を算定する。
- 「重症者加算」の名称が「頻回訪問加算」となり、点数が引き下げられた
- 在宅医療専門医療機関であって、在宅療養支援診療所を満たさない場合、管理料の所定点数×0.8の算定となる。

【経過措置】在宅療養支援診療所届出医療機関は、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料について、処方せんを交付しない場合の加算が創設されたが、当該月に処方を行わない場合にも算定できるか。

A

算定できない。

●F200 薬剤料

改定

【F200 薬剤料】

1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、**3種類以上の抗うつ薬**又は**3種類以上の抗精神病薬の投薬**(**臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。**)を行った場合には、所定点数(**抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る。**)の100分の80に相当する点数により算定する。

〔算定要件〕

(「臨時の投薬等のもの」**及び「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」**の内容は処方料のものと同様。)

厚労省 疑義解釈(その2) 平成28年4月25日

Q

F200薬剤料について、注2(例えば、3種類以上の抗不安薬)と注3(7種類以上の内服薬)の両方に該当する場合については、薬剤費をどのように算定するのか。

- ① 3種類の抗不安薬と、4種類の「向精神薬(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬)以外の薬剤」を投薬する場合
- ② 3種類の抗不安薬と、7種類の「向精神薬以外の薬剤」を投薬する場合

A

- ① の場合については、抗不安薬について所定点数の100分の80で、「向精神薬以外の薬剤」については所定点数の100分の100で算定する。
- ② の場合については、抗不安薬について所定点数の100分の80で算定した上で、抗不安薬を除いても注3の要件に該当することから、「向精神薬以外の薬剤」について、所定点数の100分の90で算定する。

新設

J115-2 排痰誘発法(1日につき)

44点

[算定要件]

- (1) 排痰誘発法は、結核を疑う患者に対し、非能動型呼吸運動訓練装置を用いて患者の排痰を促し、培養検査等を実施した場合に1日につき算定する。
- (2) 患者の排痰を促し、培養検査等を目的としてネブライザー、超音波ネブライザー又は排痰誘発法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

厚労省 疑義解釈(その2)平成28年4月25日

Q

「J115-2」排痰誘発法について、留意事項通知において「結核を疑う患者に対し」とあるが、結核患者の退院の可否を判定する等の目的で実施した場合にも算定できるか。

A

算定できる。

新設

J118-4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	届出
	800点（1日につき）
注2 難病加算	+900点
注3 導入期加算（5週に限り）	+2,000点（1日につき）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

注2 難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病の患者であって、医療受給者証を交付されているものに対して実施された場合には、900点を所定点数に加算する。

注3 導入期5週間に限り、1日につき2,000点を9回を限度として加算する。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

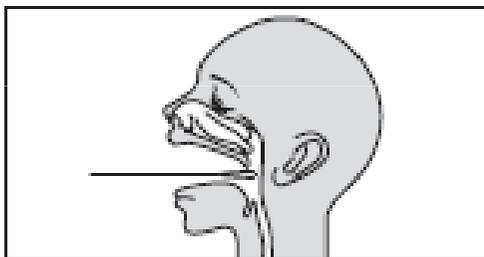
「J118-4」歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を実施するに当たって、初めてロボットスーツを装着する際には患者の体重、大腿長、下腿長、腰幅などを勘案して当該患者に適切な装着条件を探索する必要があるが、当該プロセスに係る技術はどのように算定するのか。

初めて当該処置を実施する場合の装着条件の探索については、1肢毎に「J129」治療装具の採型ギプスの「2」義肢装具採型法(四肢切断の場合)(1肢につき)に準じて算定する。

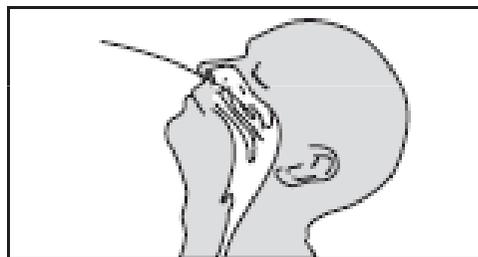
新設

D419 その他の検体採取

D419 6 鼻腔・咽頭拭い液採取 5点



喉頭拭い液採取



鼻腔拭い液採取

- ・インフルエンザ
 - ・アデノウイルス
 - ・溶連菌
- 等の迅速検査

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

その他の検体採取の「6」鼻腔・咽頭拭い液採取について、同日に複数検体の検査を行った場合、検査の検体ごとに算定は認められるか。

A

1日につき1回の算定となる。

E003 動脈造影カテーテル法

改定

【動脈造影カテーテル法】

イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点

注1 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。

注2 頸動脈閉塞試験(マタス試験)を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ(略)

厚労省 疑義解釈(その2) 平成28年4月25日

Q

E003造影剤注入手技の3動脈造影カテーテル法について、「注2 頸動脈閉塞試験(マタス試験)を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点が加算される」とあるが、閉塞方法を問わず算定できるのか。

A

用手的な圧迫のみの場合は算定できず、バルーンカテーテルを用いて頸動脈閉塞試験を実施した場合のみ算定できる。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

疾患別リハビリテーション料の施設基準に基づいて専従配置された理学療法士等が、回復期リハビリテーション病棟入院料、又はADL維持向上等体制加算の施設基準に基づいて別の理学療法士等が専従配置された病棟でリハビリテーションを提供した場合、疾患別リハビリテーション料は算定できるか。

また、回復期リハビリテーション病棟入院料、又はADL維持向上等体制加算の施設基準に基づいて病棟に専従配置された理学療法士等が、当該病棟の入院患者に対し当該病棟以外の場所でリハビリテーションを提供した場合、疾患別リハビリテーション料は算定できるか。

A

いずれも算定できる。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の対象となる急性心筋梗塞及び大血管疾患は発症後又は手術後1月以上経過したものとされているが、例えば5月25日に手術を行った例は、6月1日からではなく、6月26日から心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の対象となるのか。

A

そのとおり。発症又は手術の日の翌日から起算して1月を経過した日から対象となる。

Q

呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算を算定する場合、その期限について「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日に限り」とされているが、「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの」は当該30日の期間に含まれるか。

A

含まれる。

●1002 通院・在宅精神療法

改定

[算定要件]

当該患者に対して、1回の処方において、抗精神病薬が3種類以上又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

[別に厚生労働大臣が定める場合]

- ①～③の全てを満たすこと。
- ① 当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること。
 - ② 当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること。
 - ③ 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ず投与するものであること。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

通院・在宅精神療法の算定について、「当該保険医療機関において、3種類の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること」を別紙様式40を用いた1月、4月、7月、10月の報告のうち直近のものを用いて判断することが必要となるが、10月においては7月の報告を用いて判断してよいか。

また、平成28年9月までは全ての医療機関が条件を満たすものとして扱われるが、平成28年10月についても、同様に条件を満たすものとして扱ってよいか。

A

いずれもよい。

11月、12月、1月の3ヶ月の診療報酬については10月の報告に基づいて判断することになる。

【Ⅲ-3 (重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進) - ⑨】
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価 骨子【Ⅲ-3 (8)】

● 20歳未満の患者に対する

1002 通院・在宅精神療法

児童思春期精神科専門管理加算

新設

16歳未満の患者に精神療法を行った場合の評価

1002 注4 通院・在宅精神療法

届出 イ 児童思春期精神科専門管理加算1 500点 (1回につき)

20歳未満の患者に、発達歴や社会的状況等についての専門的な
評価を含む60分以上の精神療法を行った場合の評価

新設

1002 注4 通院・在宅精神療法

届出 ロ 児童思春期精神科専門管理加算2
1,200点 (初診から3ヶ月以内に1回)

【Ⅲ－3（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－⑨】
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価 骨子【Ⅲ－3（8）】

● 20歳未満の患者に対する I002 通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算

[施設基準]

20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき相当の実績を有している保険医療機関であること。なお、「相当の実績を有する」とは以下のことをいう。

- (1) 当該保険医療機関に、精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する専任の常勤精神保健指定医が1名以上勤務していること。
- (2) (1)の他、20歳未満の患者に対する精神医療の経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の専任の常勤精神科医が、1名以上勤務していること。
- (3) 20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- (5) 診療所である保険医療機関の場合は、(1)から(4)までに加え、当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した患者のうち、50%以上が16歳未満の者であること。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

児童思春期精神科専門管理加算の施設基準における、16歳未満の患者の数について、のべ患者数と実患者数のいずれをいうのか。

A

のべ患者数をいう。

【1-2（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）-②】
看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価 骨子【1-2(2)】

●看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

A100 一般病棟入院基本料 注13、 A101 療養病棟入院基本料2 注12、
A102 結核病棟入院基本料 注6、 A103 精神病棟入院基本料 注9

新設

夜勤時間特別入院基本料 **届出**

(1) 入院基本料の100分の70に相当する点数

(2) (1)の点数が特別入院基本料の点数を下回る場合は、
特別入院基本料に10点を加えた点数

[算定可能病棟]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、
精神病棟入院基本料

[施設基準]

- (1) 月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
- (2) 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合は、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を地方厚生（支）局長に提出すること。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

入院基本料の算定について、

- ① 夜勤時間特別入院基本料について、「それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる」とあるが、この所定点数は、加算を含まない入院基本料の点数(例7対1入院基本料1,591点)を100分の70として算定してよいか。
- ② 区分番号「A106障害者施設等入院基本料」の「注2」における月平均夜勤時間超過減算の規定については、「注6」にある重度の意識障害の患者で医療区分2又は医療区分1の患者に相当する場合の各病棟区分別の入院基本料を算定する場合であっても適用されるのか。

A

- ① よい。
- ② 適用される。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日**Q**

特定保険医療材料である150 ヒト自家移植組織(2)自家培養軟骨については、機能区分が①採取・培養キット及び②調製・移植キットに細分化されたが、平成28年3月31日以前に「K126-2」自家培養軟骨組織採取術を実施したことから①採取・培養キットを算定しなかった患者が、平成28年4月1日以降に「K059」骨移植術(軟骨移植術を含む)4 自家培養軟骨移植術を実施した場合であっても、②調製・移植キットしか算定ができないのか。

A

「K126-2」自家培養軟骨組織採取術を平成28年3月31日以前に実施し、平成28年4月1日以降に「K059」骨移植術(軟骨移植術を含む)4 自家培養軟骨移植術を実施した場合に限り、「K059」の算定時に、特定保険医療材料150 ヒト自家移植組織(2)自家培養軟骨①採取・培養キット及び②調製・移植キットを算定できる。その際は、摘要欄に「K126-2」を実施した日付を記載すること。

5.【参考資料】 DPC／PDPS <追加情報>

DPC:医科診療報酬点数表関係

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することによいか。

A

そのとおり。
なお、手術等が行われていない場合であっても、予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが、退院時までには予定された手術が行われなかった結果、退院時に決定された請求方法が異なる場合は、請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐により再請求をする。

初・再診料

●救急患者の受入れ体制の充実

A001 再診料 / A002 外来診療料

改定

【A001 再診料/A002 外来診療料】

入院中の患者に対する再診の費用(A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びにA002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。)は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

●再診および外来診療の時刻の加算

<再診の場合>



算定可能

時間外加算・休日加算・~~深夜加算は算定不可~~

【再診料・外来診療料】

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

「A001」再診料の注5並びに注6に規定する加算及び「A002」外来診療料の注8並びに注9に規定する加算については、所定の入院料と別途算定可能となったが、当該加算については、入院後に入院中の保険医療機関において別疾患で再診を受けた場合であっても算定可能であるか。

A

算定できない。

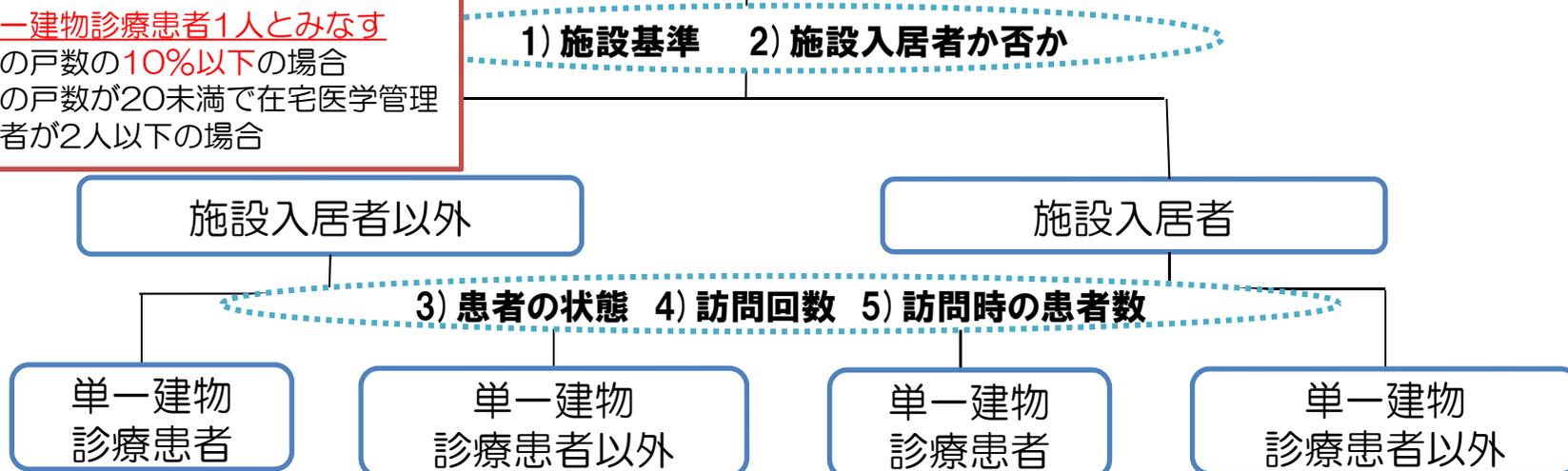
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料における留意点

- | | |
|-------------|---------------------------------------|
| 1) 施設基準 | …自院の施設基準の確認(①機能強化型、②在支診、在支病、③その他等) |
| 2) 患者の居住状態 | …施設入居者対象に該当か否か (*1) |
| 3) 患者の状態 | …別に厚生労働大臣が定める状態の患者か否かの確認 (*2) |
| 4) 訪問回数 | …1月の中での訪問回数を計画(①月1回、②月2回以上) |
| 5) 単一(同一建物) | …1月の訪問診療時において診療した患者数(①1名、②2~9名、③左記以外) |

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

①②は単一建物診療患者1人とみなす

- ①建築物の戸数の10%以下の場合
- ②建築物の戸数が20未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合



【その他の変更点】

- 処方せんを交付しない場合は、加算点数300点を算定する。
- 「重症者加算」の名称が「頻回訪問加算」となり、点数が引き下げられた
- 在宅医療専門医療機関であって、在宅療養支援診療所を満たさない場合、管理料の所定点数×0.8の算定となる。

【経過措置】在宅療養支援診療所届出医療機関は、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料について、処方せんを交付しない場合の加算が創設されたが、当該月に処方を行わない場合にも算定できるか。

A

算定できない。

投薬

●F200 薬剤料

改定

【F200 薬剤料】

1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合には、所定点数(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る。)の100分の80に相当する点数により算定する。

[算定要件]

(「臨時の投薬等のもの」及び「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」の内容は処方料のものと同様。)

厚労省 疑義解釈(その2) 平成28年4月25日

Q

F200薬剤料について、注2(例えば、3種類以上の抗不安薬)と注3(7種類以上の内服薬)の両方に該当する場合については、薬剤費をどのように算定するのか。

- ① 3種類の抗不安薬と、4種類の「向精神薬(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬)以外の薬剤」を投薬する場合
- ② 3種類の抗不安薬と、7種類の「向精神薬以外の薬剤」を投薬する場合

A

- ① の場合については、抗不安薬について所定点数の100分の80で、「向精神薬以外の薬剤」については所定点数の100分の100で算定する。
- ② の場合については、抗不安薬について所定点数の100分の80で算定した上で、抗不安薬を除いても注3の要件に該当することから、「向精神薬以外の薬剤」について、所定点数の100分の90で算定する。

処置

新設

J115-2 排痰誘発法(1日につき)

44点

[算定要件]

- (1) 排痰誘発法は、結核を疑う患者に対し、非能動型呼吸運動訓練装置を用いて患者の排痰を促し、培養検査等を実施した場合に1日につき算定する。
- (2) 患者の排痰を促し、培養検査等を目的としてネブライザー、超音波ネブライザー又は排痰誘発法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

厚労省 疑義解釈(その2)平成28年4月25日

Q

「J115-2」排痰誘発法について、留意事項通知において「結核を疑う患者に対し」とあるが、結核患者の退院の可否を判定する等の目的で実施した場合にも算定できるか。

A

算定できる。

処置

新設

J118-4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）

届出

800点（1日につき）

+900点

注2 難病加算

注3 導入期加算（5週に限り）

+2,000点（1日につき）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

注2 難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病の患者であって、医療受給者証を交付されているものに対して実施された場合には、900点を所定点数に加算する。

注3 導入期5週間に限り、1日につき2,000点を9回を限度として加算する。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

「J118-4」歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を実施するに当たって、初めてロボットスーツを装着する際には患者の体重、大腿長、下腿長、腰幅などを勘案して当該患者に適切な装着条件を探索する必要があるが、当該プロセスに係る技術はどのように算定するのか。

初めて当該処置を実施する場合の装着条件の探索については、1肢毎に「J129」治療装具の採型ギプスの「2」義肢装具採型法(四肢切断の場合)(1肢につき)に準じて算定する。

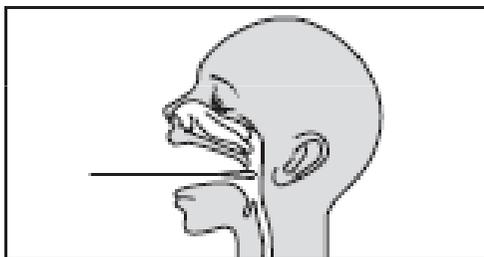
検査・その他の検体採取

新設

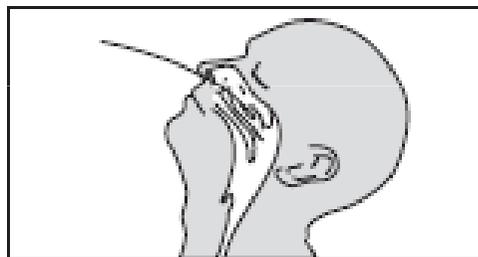
D419 その他の検体採取

D419 6 鼻腔・咽頭拭い液採取

5点



喉頭拭い液採取



鼻腔拭い液採取

・インフルエンザ
・アデノウイルス
・溶連菌 等の迅速検査

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

その他の検体採取の「6」鼻腔・咽頭拭い液採取について、同日に複数検体の検査を行った場合、検査の検体ごとに算定は認められるか。

A

1日につき1回の算定となる。

画像診断

E003 動脈造影カテーテル法

改定

【動脈造影カテーテル法】

イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点

注1 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。

注2 頸動脈閉塞試験(マタス試験)を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ(略)

厚労省 疑義解釈(その2) 平成28年4月25日

Q

E003造影剤注入手技の3動脈造影カテーテル法について、「注2 頸動脈閉塞試験(マタス試験)を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点が加算される」とあるが、閉塞方法を問わず算定できるのか。

A

用手的な圧迫のみの場合は算定できず、バルーンカテーテルを用いて頸動脈閉塞試験を実施した場合のみ算定できる。

【リハビリテーション料】

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

疾患別リハビリテーション料の施設基準に基づいて専従配置された理学療法士等が、回復期リハビリテーション病棟入院料、又はADL維持向上等体制加算の施設基準に基づいて別の理学療法士等が専従配置された病棟でリハビリテーションを提供した場合、疾患別リハビリテーション料は算定できるか。

また、回復期リハビリテーション病棟入院料、又はADL維持向上等体制加算の施設基準に基づいて病棟に専従配置された理学療法士等が、当該病棟の入院患者に対し当該病棟以外の場所でリハビリテーションを提供した場合、疾患別リハビリテーション料は算定できるか。

A

いずれも算定できる。

【リハビリテーション料:起算日について】

厚労省 疑義解釈(その2)平成28年4月25日

Q

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の対象となる急性心筋梗塞及び大血管疾患は発症後又は手術後1月以上経過したものとされているが、例えば5月25日に手術を行った例は、6月1日からではなく、6月26日から心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の対象となるのか。

A

そのとおり。発症又は手術の日の翌日から起算して1月を経過した日から対象となる。

Q

呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算を算定する場合、その期限について「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日に限り」とされているが、「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの」は当該30日の期間に含まれるか。

A

含まれる。

精神科専門療法

●1002 通院・在宅精神療法

改定

[算定要件]

当該患者に対して、1回の処方において、抗精神病薬が3種類以上又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

[別に厚生労働大臣が定める場合]

- ①～③の全てを満たすこと。
- ① 当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること。
 - ② 当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること。
 - ③ 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ず投与するものであること。

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

通院・在宅精神療法の算定について、「当該保険医療機関において、3種類の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること」を別紙様式40を用いた1月、4月、7月、10月の報告のうち直近のものを用いて判断することが必要となるが、10月においては7月の報告を用いて判断してよいか。

また、平成28年9月までは全ての医療機関が条件を満たすものとして扱われるが、平成28年10月についても、同様に条件を満たすものとして扱ってよいか。

A

いずれもよい。

11月、12月、1月の3ヶ月の診療報酬については10月の報告に基づいて判断することになる。

精神科専門療法

【Ⅲ-3 (重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進) - ⑨】
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価 骨子【Ⅲ-3 (8)】

● 20歳未満の患者に対する

1002 通院・在宅精神療法

児童思春期精神科専門管理加算

新設

16歳未満の患者に精神療法を行った場合の評価

1002 注4 通院・在宅精神療法

届出 イ 児童思春期精神科専門管理加算1 500点 (1回につき)

20歳未満の患者に、発達歴や社会的状況等についての専門的な
評価を含む60分以上の精神療法を行った場合の評価

新設

1002 注4 通院・在宅精神療法

届出 ロ 児童思春期精神科専門管理加算2
1,200点 (初診から3ヶ月以内に1回)

精神科専門療法

【Ⅲ－3（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－⑨】
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価 骨子【Ⅲ－3（8）】

● 20歳未満の患者に対する I002 通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算

[施設基準]

20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき相当の実績を有している保険医療機関であること。なお、「相当の実績を有する」とは以下のことをいう。

- (1) 当該保険医療機関に、精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する専任の常勤精神保健指定医が1名以上勤務していること。
- (2) (1)の他、20歳未満の患者に対する精神医療の経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の専任の常勤精神科医が、1名以上勤務していること。
- (3) 20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- (5) 診療所である保険医療機関の場合は、(1)から(4)までに加え、当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した患者のうち、50%以上が16歳未満の者であること。

【通院・在宅精神療法】

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

児童思春期精神科専門管理加算の施設基準における、16歳未満の患者の数について、のべ患者数と実患者数のいずれをいうのか。

A

のべ患者数をいう。

入院基本料

【1-2（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）-②】
看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価 骨子【1-2(2)】

●看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

A100 一般病棟入院基本料 注13、 A101 療養病棟入院基本料2 注12、
A102 結核病棟入院基本料 注6、 A103 精神病棟入院基本料 注9

新設

夜勤時間特別入院基本料 **届出**

(1) 入院基本料の100分の70に相当する点数

(2) (1)の点数が特別入院基本料の点数を下回る場合は、
特別入院基本料に10点を加えた点数

[算定可能病棟]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、
精神病棟入院基本料

[施設基準]

- (1) 月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
- (2) 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合は、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を地方厚生（支）局長に提出すること。

【夜勤時間特別入院基本料/障害者施設等入院基本料】

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

入院基本料の算定について、

- ① 夜勤時間特別入院基本料について、「それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる」とあるが、この所定点数は、加算を含まない入院基本料の点数(例7対1入院基本料1,591点)を100分の70として算定してよいか。
- ② 区分番号「A106障害者施設等入院基本料」の「注2」における月平均夜勤時間超過減算の規定については、「注6」にある重度の意識障害の患者で医療区分2又は医療区分1の患者に相当する場合の各病棟区分別の入院基本料を算定する場合であっても適用されるのか。

A

- ① よい。
- ② 適用される。

【特定保険医療材料】

厚労省 疑義解釈（その2）平成28年4月25日

Q

特定保険医療材料である150 ヒト自家移植組織(2)自家培養軟骨については、機能区分が①採取・培養キット及び②調製・移植キットに細分化されたが、平成28年3月31日以前に「K126-2」自家培養軟骨組織採取術を実施したことから①採取・培養キットを算定しなかった患者が、平成28年4月1日以降に「K059」骨移植術(軟骨移植術を含む)4 自家培養軟骨移植術を実施した場合であっても、②調製・移植キットしか算定ができないのか。

A

「K126-2」自家培養軟骨組織採取術を平成28年3月31日以前に実施し、平成28年4月1日以降に「K059」骨移植術(軟骨移植術を含む)4 自家培養軟骨移植術を実施した場合に限り、「K059」の算定時に、特定保険医療材料150 ヒト自家移植組織(2)自家培養軟骨①採取・培養キット及び②調製・移植キットを算定できるその際は、摘要欄に「K126-2」を実施した日付を記載すること。