

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

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

— 目次 —

1. 診療報酬改定後の動向	.....	P3
2. 労災	.....	P10
3. 外来機能分化(選定療養費)	.....	P17
4. 個別改定項目	.....	P25
【特掲診療料】		
●医学管理等	.....	P26
●在宅医療	.....	P62
●投薬	.....	P69
●処置	.....	P72
●手術	.....	P75
●麻酔	.....	P95
●検査	.....	P98
●画像診断	.....	P121
●リハビリテーション	.....	P124
●精神科専門療法	.....	P153
【基本診療料】		
●入院基本料	.....	P164
●入院基本料等加算	.....	P197
●特定入院料	.....	P252
●短期滞在手術基本料	.....	P286
【入院時食事療養費・入院時生活療養費】	.....	P293
5. 参考資料：DPC/PDPS	.....	P300

1. 診療報酬改定後の動向

単年ではなく
2年間は重要

2025(平成37)年に向けた改革

	2012 平24	2013 平25	2014 平26	2015 平27	2016 平28	2017 平29	2018 平30	2019 平31	2020 平32	2021 平33	2022 平34	2023 平35	2024 平36	2025 平37
改定 診療報酬	①	→	②	→	③	→	④	→	⑤	→	⑥	→	⑦	
同時改定 医療介護	①	→					②	→					③	
改定 介護報酬	①	→		②	→		③	→		④	→		⑤	
見直し 医療計画		医療計画の見直し① (在宅医療の推進等)			医療法改正		医療計画の見直し② (病床機能分化)			医療計画の見直し③				
事業計画 介護保険	第5期 (2012～2014)			第6期 (2015～2017)			第7期 (2018～2020)			第8期 (2021～2023)				

地域医療構想と医療費適正化計画（スケジュール）

H28年3月23日「第7回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」資料抜粋

地域医療構想の策定状況

- 地域医療構想については、平成27年度中の策定予定が15府県、平成28年度半ばまでに策定予定が39都道府県、平成28年度中に全都道府県が策定予定。（平成28年1月18日現在）



- このため、国においては、**本年度末までに、医療費適正化基本方針(大臣告示)を策定**するが、入院医療費の算定式については、今後策定されてくる地域医療構想の内容も踏まえ、本年夏頃を目途に基本方針の一部改正を行い、反映する。

- また、外来医療費については4月以降もさらなるデータ分析を行い、本年夏頃の基本方針の一部改正時に医療費適正化の取組内容を充実させる。

今年度末に策定する医療費適正化基本方針のポイント

医療費の適正化の取組

医療費適正化基本方針と診療報酬改定への反映

【外来医療費】

○都道府県の医療費目標(平成35年度)は、過去のトレンド等を踏まえた平成35年度の医療費から、医療費適正化の取組の効果を反映した医療費目標とする。効果の反映は2段階で行う。

<第1段階>

○都道府県に、平成35年度に向け、①**特定健診・保健指導実施率**の全国目標の達成、②**後発医薬品の使用割合**の全国目標の達成に向けた取組を推進してもらう。これらの全国目標が達成された場合の医療費の縮減額を反映
 ※特定健診実施率目標：70%以上、特定保健指導実施率目標：45%以上
 後発医薬品の使用割合の目標：80%以上

<第2段階>

○その上で、なお残る一人当たり医療費の地域差について、都道府県において、保険者等とも連携しつつ、以下のような取組を推進し、**地域差の縮減を目指す**。
 ※国は、日本健康会議の取組等を通じて、都道府県・保険者の取組を支援。

- ・民間事業者も活用したデータヘルスの推進
- ・ヘルスケアポイントの実施等健康づくりへのインセンティブ対策の強化
- ・**糖尿病重症化予防の推進**
- ・栄養指導等のフレイル対策の推進

- ・予防接種の普及啓発
- ・重複投薬の是正等

※このほか、都道府県の独自の取組
 ※今後のデータ分析の結果も踏まえ、内容の充実があり得る

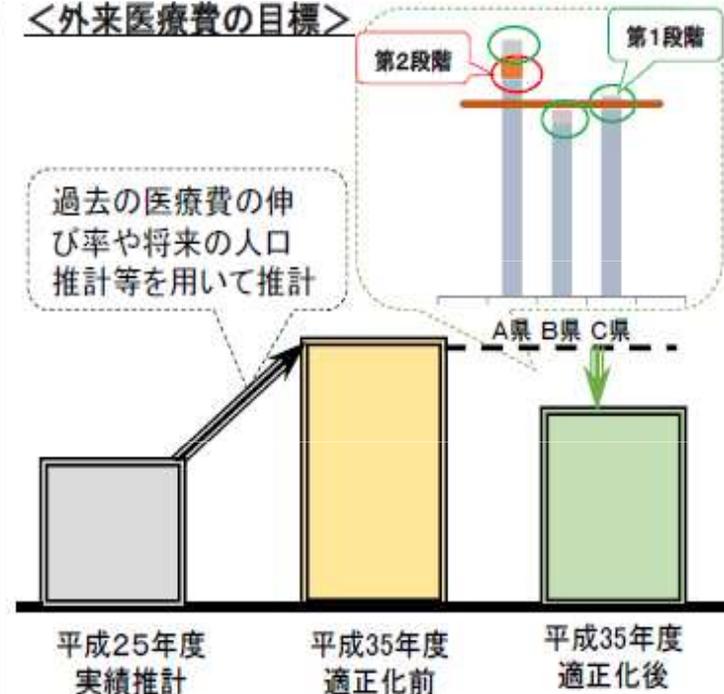
【入院医療費】

○入院医療費については、病床機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえる。
 ※**今年度末には上記の内容を告示**し、医療費目標の算定式は本年夏頃に告示。

地域差の「見える化」(今年度末に都道府県に提供)

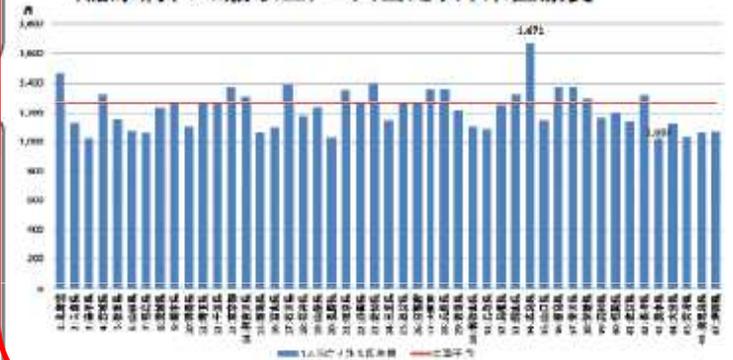
○国において、NDB(ナショナル・データ・ベース)を用いた分析を行い、
 ・各都道府県の**疾病別医療費**の地域差(最大54疾病)
 ・**後発医薬品の使用促進**の地域差
 ・**重複・多剤投薬**の地域差など、「**地域差の見える化**」を行う。
 ○その結果について、都道府県の分析作業の参考としていただくため、**データセットとしてまとめ、都道府県に提供**していく。

<外来医療費の目標>



<地域差の「見える化」>

(糖尿病、75歳以上)一人当たり外来医療費



3月24日第94回社会保障審議会医療保険部会 外来医療費の分析資料を提示

分析方法等について

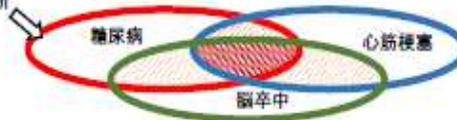
各都道府県ごとに、以下の考え方等に沿って、年齢別・疾病別医療費について、1人当たり医療費と、受療率・1人当たり日数・1日当たり診療費の3要素ごとに地域差を見える化を行った。

(疾病別医療費の考え方)

○レセプトには複数の疾患が記載されている場合もあるが、例えば、糖尿病という疾患名が記載されているレセプトは、他の複数疾患があっても糖尿病という疾患に分類することとする。

※分析の際には疑い病名も含む。

複数疾患のレセプト(網掛け部分)も含めて疾病毎に分析



○疾病分類は、社会保険表章用疾病分類(121分類)を元に、54分類にグルーピングしたものをを用いる。(次ページ以降参照)

(分析を行う年齢区分・地域区分)

○年齢区分は、0歳～14歳、15歳～39歳、40歳～64歳、65歳～74歳、75歳以上

○今回の分析は、都道府県単位

※社保データについては、以下の数式に基づき都道府県別に按分している。

B県における被用者保険の医療費＝

$$\left(\text{国保・後期の医療費}_{B\text{県}} \times \frac{\text{被用者人口}_{B\text{県}}}{\text{国保・後期人口}_{B\text{県}}} \right) \times \frac{\text{被用者の医療費}_{\text{全国}}}{\sum_{\text{全都道府県}} \text{国保・後期の医療費}_i \times \left(\frac{\text{被用者人口}_i}{\text{国保・後期人口}_i} \right)}$$

(分析に用いるデータ)

○ONDBの平成25年10月の1ヶ月分のデータを用いる。

※なお、本分析には生活保護データが含まれていない点に留意が必要。

疾病分類について

外来医療費については、社会保険表章用疾病分類(121分類)を元に、以下のような54分類にグルーピングし、1人当たり医療費と、受療率・1人当たり日数・1日当たり診療費の3要素ごとに地域差を見える化。

疾病分類		疾病分類	
1	結核	15	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
2	ウイルス肝炎	16	気分(感情)障害
3	その他の感染症及び寄生虫症	17	その他の精神及び行動の障害
4	胃の悪性新生物	18	アルツハイマー病
5	結腸及び直腸の悪性新生物	19	その他の神経系の疾患
6	肝及び肝内胆管の悪性新生物	20	眼及び付属器の疾患
7	気管、気管支及び肺の悪性新生物	21	耳及び乳様突起の疾患
8	乳房の悪性新生物	22	高血圧性疾患
9	その他の悪性新生物	23	虚血性心疾患
10	血液及び造血器の疾患並びに免疫構造の障害	24	心房細動
11	糖尿病	25	その他の不整脈
12	高脂血症	26	その他の型の心疾患
13	その他の内分泌栄養及び代謝疾患	27	脳梗塞
14	血管性及び詳細不明の認知症	28	その他の脳血管疾患

医薬品の投与に関する分析について

- 平成25年10月の全都道府県の医科入院外(外来)レセプト、調剤レセプトを用いて、
 - ① 同一月内に同一成分の薬剤を投与された患者の割合と、そのときの薬剤費の割合
 - ② 同一月内に複数種類の薬剤を投与された患者の割合と、そのときの薬剤費の割合について分析を行った。
- なお、社保(被用者保険)については医療機関、薬局所在地ベース、国保(市町村国民健康保険+後期高齢者医療)については患者住所地ベースで分析を行った。
- また、①、②とも、薬剤については、薬効分類や投与形態をもとに設定されている薬価基準コードの上7桁を利用している。

①について

「同一人について、同一月内に同一成分の薬剤を、複数医療機関から投与される場合」と定義して、分析を行った。

同一成分の薬剤を投与された医療機関数について、2医療機関、3医療機関、4医療機関、5医療機関、6医療機関以上として分析。

※本分析では、処方日数は考慮していないため、例えば、1週間ごとに同一成分の薬剤を2つの医療機関から投与されている場合も含まれる。また、例えば、夜間に救急で診療を受けて薬をもらい、翌日にかかりつけ医を受診して同じ薬効の薬をもらう場合や、医療機関が連携して患者の治療を行うため、患者紹介を行った場合等も含まれることに留意が必要。

②について

「同一人について、同一月内に複数種類の薬剤が投与されている場合」と定義して、分析を行った。

投与された薬剤の種類数について、5～6種類、7～9種類、10～14種類、15～19種類、20～24種類、25種類以上として分析。

※患者の状態が不明であるため、投与された種類数の適否を一概に判断することができないことに留意が必要。

2. 劳災

労災 術中透視装置使用加算

	現行
術中透視装置使用加算	220点

【算定対象部位】

- ・大腿骨
- ・下腿骨
- ・踵骨
- ・上腕骨
- ・前腕骨 の骨折観血的手術において、術中透視装置を使用した場合に算定。
- ・舟状骨以外の手根骨

【留意点】

当該加算については、労災診療費算定基準の「四肢の傷病に係る処置等の加算」(四肢加算)の対象とはならない。

労災 職業復帰訪問指導料

改定後（H28.4.1～）

<u>精神疾患を主たる傷病とする場合</u>	<u>770点</u>
<u>その他の疾患の場合</u>	<u>580点</u>
<u>職業復帰訪問訓練加算</u>	<u>400点(新設)</u>

【算定対象患者】

- ・入院治療を伴わず通院療養を3か月以上継続している者

医療機関と事業主の連携による傷病労働者の早期職業復帰を促進するため、**職業復帰訪問指導料を算定できる訪問指導**（以下「訪問指導」という。）**を実施した日**又は訪問指導に基づき後日に傷病労働者のうち入院患者が職業復帰を予定している**事業場において訓練**（当該事業場を目的地とする移動手段の獲得訓練を含む。）を行った場合であって、以下の算定要件をいずれも満たした場合には、**職業復帰訪問指導料の算定1回につき2回を限度に職業復帰訪問訓練加算として1日につき400点を所定点数に加算して算定可能**

労災 職業復帰訪問訓練加算の算定要件

- ア 入院期間が1月を超えると見込まれる傷病労働者に対する訓練であること。
- イ 傷病労働者が復職予定の事業場で行われた作業訓練(以下「作業訓練」という。)及び当該事業場を目的地とする経路において行われた通勤のための移動手段の獲得訓練(以下「通勤訓練」という。)であること。
- ウ 作業訓練の内容は、特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職種への復職の準備のため、当該器具、設備を用いた訓練であって入院医療機関内で実施できないものを行うものであること。
- エ 作業訓練の実施時間は20分以上(ただし、原則60分を上限とする。)であること。
- オ 通勤訓練は、移動の手段の獲得を目的として、バス、電車等への乗降等、傷病労働者が実際に利用する利用手段を用いた訓練を行うものであること。

労災 職業復帰訪問訓練加算の算定要件

- カ 訪問指導と同一日又は訪問指導の日から1月以内に作業訓練又は通勤訓練を行ったものであること。なお、同一日に、訪問指導又は作業訓練を行うことなく通勤訓練のみを行う時にあっては、当該事業場へ到着の際に事業主へ訓練の状況について報告を行うこと。
- キ 職業復帰予定の事業場への往復を含め、訓練の実施中は医療機関の医療従事者が傷病労働者に常時付添い、必要に応じて速やかに入院医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。
(※訓練実施中の災害は労災補償の対象とはなりません。)
- ク 診療録に訪問指導を行った日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載すること。また、職業復帰訪問訓練加算を算定する場合は、診療費請求内訳書の摘要欄に訪問指導を行った日及び訓練を行った日を記載すること。
- ケ 疾患別リハビリテーション料を実施し算定する日にあっては、職業復帰訪問訓練加算を併算定できないこと。

労災 疾患別リハビリテーション料等

改定後（H28.4.1～）

リハビリテーション料の引上げ

<u>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)</u>	<u>125点</u>
<u>運動器リハビリテーション料(Ⅰ)</u>	<u>190点</u>

改定後（H28.4.1～）

・ <u>廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)</u>	<u>250点(新設)</u>
・ <u>廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)</u>	<u>200点(新設)</u>
・ <u>廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)</u>	<u>100点(新設)</u>

入院中の患者に対して医療機関外において疾患別リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するリハビリテーションを行った場合に所定点数を算定できるとされたことに伴い
労災保険においては、医療機関外において行ったリハビリテーションについて
疾患別リハビリテーション料(Ⅰ)を算定できる場合には、**ADL加算(30点)を算定**

早期加算とは別に算定可能

労災 労災電子化加算の措置期間を延長

現在、電子情報処理組織の使用による労災診療費請求又は光ディスク等を用いた労災診療費請求を行った場合、当該診療費請求内訳書1件につき5点の算定ができるが、当該加算の措置期間を平成30年3月診療分まで延長となる。

(注1)平成26年3月診療分までは、電子レセプト1件につき3点の算定。

(注2)薬剤費レセプトは、「労災電子化加算」の対象外

3. 外来機能分化(選定療養費)

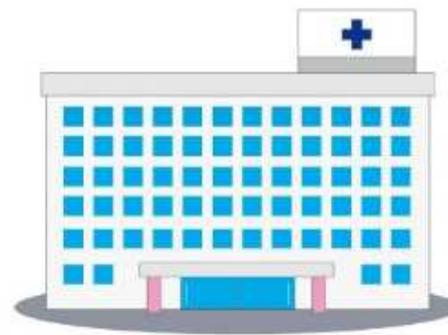
外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。

200床未満
及び診療所



必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

認知症は多剤投与者は対象外
(内服薬6種類以上、向精神薬等は4種類以上)

- 認知症に対する主治医機能の評価
 - 小児に対するかかりつけ医の評価
 - 地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和
- (※) 複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

- 糖尿病
- 脂質異常症
- 高血圧
- 認知症

<選定療養の責務>

- 特定機能病院
- 一般病床500床以上の地域医療支援病院

紹介状なしで大病院を受診した場合や
大病院において逆紹介をしても受診してし
まう再診の場合等の定額負担を導入

療養担当規則（特定機能病院および一般病床500床以上の地域医療支援病院）

選定療養 定額負担 設定金額			
初診 (紹介状なし)		外来診療料(再診) (※にも関わらず受診)	
医科	5,000円	医科	2,500円
歯科	3,000円	歯科	1,500円

定額負担除外対象者

【緊急その他やむを得ない事情がある場合】

- 救急の患者
- 公費負担医療の対象患者
- 無料低額診療事業の対象患者
- HIV感染者

※再診の場合は、一般病床500床未満又は
診療所に対し文書で紹介を行う申出を行ったのにも関わらず受診

【その他、定額負担を求めなくて良い場合】

- (1) 自施設の他の診療科を受診中の患者
- (2) 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- (3) 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
- (4) 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- (5) 外来受診後そのまま入院となった患者
- (6) 地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- (7) 治験協力者である患者
- (8) 災害により被害を受けた患者
- (9) 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- (10) その他、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

税込みの金額として、この金額が徴収されていれば
満たしていることになる。
(3/4厚労省説明会質疑応答より)

【経過措置】自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、H28年9月30日までの間は支払を受けることを要しない

【大病院定額自己負担】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 定額負担には、消費税分は含まれるのか。例えば、医科の初診の金額について、消費税分を含めて5,000円とすることは許容されるのか。

A 含まれる。消費税分を含めて告示で定める金額以上の金額を社会的にみて妥当適切な範囲で徴収していれば良い。

Q 地方単独の公費負担医療の対象となる患者は、今回の定額負担の対象となるのか。

A 地方単独の公費負担医療のうち、特定の疾病又は障害に着目したものの対象となる患者については、定額負担を求めてはならないこととしている。

Q 「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」において、「がん検診等」の「等」には具体的に何が含まれるのか。例えば、人間ドックで精密検査の指示を受けた場合は含まれるのか。

A 特定健康診査、がん検診のほか、公的な制度に基づく健康診断が含まれる。

【大病院定額自己負担】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」への該当性は、具体的にどのような基準で判断すれば良いのか。

A

原則として、保険医療機関において個別に判断いただくものと考えている。なお、少なくとも以下のような場合は、近隣の医療機関との機能分化を行うことが必要又は可能と考えられることから、当該要件には該当しない。

- ・当該地域において通常用いる交通手段によって当該保険医療機関から15分程度で移動できる距離に当該診療科を標榜する保険医療機関がある場合
- ・当該診療科において、紹介状を有しない患者に対し、選定療養として定額負担の徴収の実績を有する場合

ただし、近隣の医療機関における応需体制が乏しい等、実態上近隣の医療機関との機能分化を行うことが困難と地域医師会等が認めた場合にはこの限りでない。

Q

標榜する診療科の区分は、地方公営企業の設置条例で定める診療科という認識でかまわないか。（内科の場合、「呼吸器内科」、「消化器内科」、「循環器内科」、「腎臓内科」、「神経内科」、「血液内科」、「肝臓内科」、「緩和ケア内科」、「腫瘍内科」、「糖尿病内科」）

A

医療法施行令第3条の2に定める広告することができる診療科に当たるため、差し支えない。

【大病院定額自己負担】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 定額負担を求めなくて良い場合の「自費診療の患者」の定義は何か。（例えば、**保険証を未持参で受診した場合に自費扱い**とした場合にも負担を求めることは可能か。

A 保険診療の対象とならない患者をいう。なお、例示されているケースは本来保険診療として取り扱うべきであるから、「**自費診療の患者**」には当たらない。

Q 地方自治体による条例制定だけでなく、条例改正、規則・告示改正が必要となる場合も対象となるのか。

A 定額負担の定めに必要なものであれば、対象となる。

Q 経過措置の期間には、条例制定(改正)の経過措置期間(周知期間)も含まれるのか。例えば、6月の条例改正の施行日を平成28年10月1日とすることは可能か。

A 含まれる。条例の経過措置は、平成28年9月30日までの間に限り、設定可能である。

【大病院定額自己負担】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

- ①初診時に紹介状を持たず受診したため初診の定額負担を徴収した患者の再診時に、他医療機関に紹介する旨の申出を行ったにもかかわらず当院での受診を希望した場合には、定額負担の対象となるのか。
- ②再診の定額負担については、受診の都度徴収を行うのか。

A

①・②とも他の病院又は診療所に紹介する旨の申出を行ったにもかかわらず受診した場合は、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について（平成28年3月4日保医発0304第12号）に定める例外に該当しない限り、受診の都度徴収が必要。

【大病院定額自己負担】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

定額負担を求めなくても良い場合の例があるが、該当する場合でも病院の判断で求めることは可能か。

A

徴収可能。

個別改定項目

【B 特掲診療料】⑬ 医学管理等

● 栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

改定

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

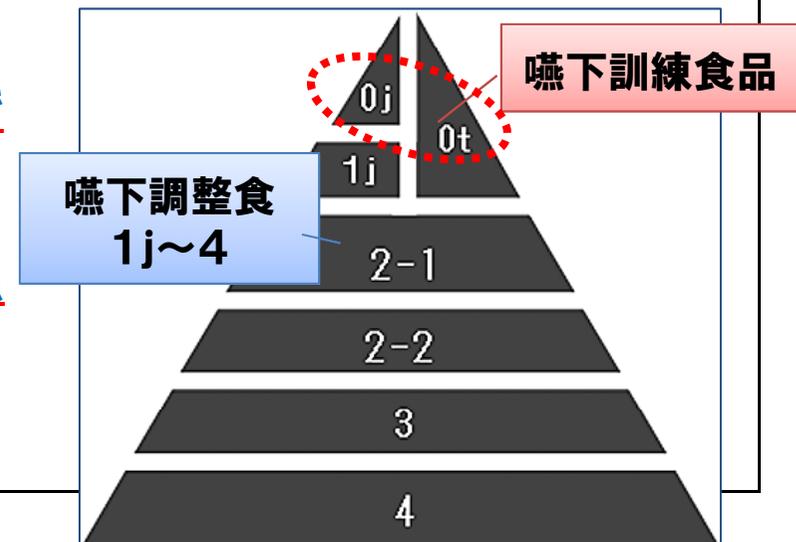
[対象者]

厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者、又はがん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者(※1)又は低栄養状態にある患者(※2)

※1 医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食(日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。)に相当する食事を要すると判断した患者であること。

※2 次のいずれかを満たす患者であること。

- ① 血中アルブミンが 3.0g/dl以下である患者
- ② 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者



てんかん食(難治性てんかん(外傷性のものを含む。)、グルコーストランスポーター1欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対する治療食であって、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限と脂質量の増加が厳格に行われたものに限る。)を含む。

医学管理等

【1-3-2（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）-②】
栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充 骨子【1-3-2(2)】

●栄養食事指導の対象 及び指導内容の拡充

改 定

【B001・9 外来栄養食事指導料】

<u>イ 初回</u>	260点(新)
<u>ロ 2回目以降</u>	200点(新)

[算定要件]

- ① 当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね 30分以上、2回目以降にあっては概ね 20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。

医学管理等

【1-3-2（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）-②】

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充 骨子【1-3-2(2)】

● 栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

改定

- ② 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、**熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるもの**に関する具体的な指示を含まなければならない。

【B001・10 入院栄養食事指導料】

1 入院栄養食事指導料1

イ 初回 260点(新)

ロ 2回目 200点(新)

2 入院栄養食事指導料2

イ 初回 250点(新)

ロ 2回目 190点(新)

【算定要件】

外来栄養食事指導料と同趣旨の改正を行う。

医師が必要と認めるものが熱量のみで、熱量のみの指示があった場合には、疾患の種類等にもよるが、その疾患に係る食事の指導として適正なものであれば、その指示の内容は医師が必要と認めるものということで(算定できる)。

例えば、**熱量のみの指示という質問だが、その指示の内容は、医師が必要なものを選んで指示をすること**でよい。

(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

【レセプト記載要領】

入院栄養食事指導料1・2
又は集団栄養食事指導料を
算定した場合は、算定日を記載する。

【栄養食事指導料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 同一の保険医療機関において、ある疾病に係る治療食の外来栄養食事指導を継続的に実施している患者について、医師の指示により、**他の疾病の治療食に係る外来栄養食事指導を実施することとなった場合、「初回」の指導料を新たに算定できるか。**

A 算定できない。同一の保険医療機関において診療を継続している患者については、他の疾病に係るものであるかにかかわらず、**「初回」の外来栄養食事指導料を算定できるのは1回に限られる。**

なお、当該保険医療機関における診療（複数の疾病について診療を受けている場合はその全ての診療）が終了した後、他の疾病の診療を開始し、当該疾病に係る外来栄養食事指導を実施した場合には、「初回」の指導料を新たに算定することができる。

Q 入院栄養食事指導を実施した患者が**退院し**、同一の保険医療機関において外来栄養食事指導を実施することとなった場合、**その最初の外来指導時に「初回」の指導料を算定することはできるか。**

A 外来栄養食事指導の実施が初めてであれば、**「初回」の指導料を算定できる。**

Q 栄養サポートチーム加算と入院栄養食事指導料は同一週に算定できるか。

A 算定できない。

糖尿病透析予防指導管理料

- 糖尿病性腎症の患者に対し、透析予防のための指導を行った場合に診療報酬上の評価が設けられている。

B001 27 糖尿病透析予防指導管理料（月1回 350点）

施設基準に適合した保険医療機関において、糖尿病の患者（※1）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導（※2）を行った場合に、月1回に限り算定する。

（※1）HbA1cがJDS値で6.1%以上又は内服薬やインスリン製剤を使用しているものであって、糖尿病性腎症第2期以上

（※2）日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施

医学管理等

【Ⅳ－5(効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進)－①】
進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価 骨子【Ⅳ－5(1)】

●進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

1. 糖尿病透析予防指導管理料に、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に運動指導を行い、一定水準以上の成果を出している保険医療機関に対する加算を設ける。

新設

B001・27 注5

届出

糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算 (月1回) 100点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、**腎不全期(eGFR (ml/分/1.73m²)が 30未満)**の患者に対し、**専任の医師が**、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、**その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等**について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、**腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。**

運動指導については

「日本腎臓リハビリテーション学会」から

「保存期CKD患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」

医学管理等

【IV-5(効率化等による制度の持続可能性の向上/重症化予防の推進)-①】
進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価 骨子【IV-5(1)】

●進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

B001・27 注5 糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算

4月前から3か月とは？

別添2の様式5の8

[施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

① 4月前から3月前までの間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に測定した eGFR_{Cr}又は eGFR_{Cys}(ml/分/1.73m²)が 30 未満であったもの(死亡したもの、透析を導入したもの、腎臓移植を受けたものを除き6人以上の場合に限る。)

算出

② ①の算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者。

ア) 血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下している。

イ) 尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下している。

ウ) ①で eGFR_{Cr}又は eGFR_{Cys}を測定した時点から前後3月時点の eGFR_{Cr}又は eGFR_{Cys}を比較し、その1月あたりの低下が 30%以上軽減している。

算出

「糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算」 (様式5の8)

様式5の8

糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算に係る **届出書添**

付書類報告書

報告年月日： 年 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	①	名
①のうち、eGFR _{cr} 又はeGFR _{crea} (ml/分/1.73m ²)が30未満であったもの	②	名
②のうち、①の算定時点から3か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチンCが①の算定時点から不変又は低下しているもの	③	名
②のうち、①の算定時点から3か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から20%以上低下しているもの	④	名
②のうち、①でeGFR _{cr} 又はeGFR _{crea} を算出算定した時点から前後3月時点のeGFR _{cr} 又はeGFR _{crea} を比較し、その1月あたりの低下が30%以上軽減しているもの	⑤	名
③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数	⑥	名
②/⑥		%

【記載上の注意点】

1. ①の期間は、報告月年月日の4月前までの3か月間とする。

例：平成28年10月1日の届出報告

↓

平成28年4月1日～28年6月30日

2. ⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。

例1：

算出測定年月日	2月19日	5月19日	8月19日
eGFR _{cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6

→前3月では (33.6-28.6) / 3月=1.67/月、

報告年月の4月前までの3か月
例：H28年10月1日報告
↓
H28年4月1日～H28年6月30日

後3月では (28.6-25.6) / 3月=1.00/月
(1.67-1.00)/(1.67)=40%で、**1月あたりの低下が30%以上軽減20%以上**となるため該当。

なお、日付は±1週間の範囲で変動しても差し支えない。

例2

算出測定年月日	2月12日	5月19日	8月12日
eGFR _{cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6

→2月12日から5月19日は3月より長く、5月19日から8月12日は3月より短いですが、±1週間の範囲であるため、例2と同様に計算する。

【CKDの重症度分類】

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
				0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90			
	G2	正常または軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■，オレンジ■，赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

医学管理等

【CKDステージに対する運動のメッツ表】

CKD ステージ	運動強度
G1	5-6 メッツ以下
G2	
G3a	4-5 メッツ以下
G3b	
G4	3-4 メッツ以下
G5	

運動のメッツ表	
メッツ	3 メッツ以上の運動の例
3.0	ボウリング、バレーボール、社交ダンス（ワルツ、サンバ、タンゴ）、ピラティス、太極拳
3.5	自転車エルゴメーター（30～50ワット）、自体重を使った軽い筋力トレーニング（軽・中等度）、体操（家で、軽・中等度）、ゴルフ（手引きカートを使って）、カヌー
3.8	全身を使ったテレビゲーム（スポーツ・ダンス）
4.0	卓球、パワーヨガ、ラジオ体操第1
4.3	やや速歩（平地、やや速めに＝93 m/分）、ゴルフ（クラブを担いで運ぶ）
4.5	テニス（ダブルス）*、水中歩行（中等度）、ラジオ体操第2
4.8	水泳（ゆっくりとした背泳）
5.0	かなり速歩（平地、速く＝107 m/分）、野球、ソフトボール、サーフィン、バレエ（モダン、ジャズ）
5.3	水泳（ゆっくりとした平泳ぎ）、スキー、アクアビクス
5.5	バドミントン
6.0	ゆっくりとしたジョギング、ウェイトトレーニング（高強度、パワーリフティング、ボディビル）、バスケットボール、水泳（のんびり泳ぐ）
6.5	山を登る（0～4.1 kgの荷物を持って）
6.8	自転車エルゴメーター（90～100ワット）
7.0	ジョギング、サッカー、スキー、スケート、ハンドボール*
7.3	エアロビクス、テニス（シングルス）*、山を登る（約4.5～9.0 kgの荷物を持って）
8.0	サイクリング（約20 km/時）
8.3	ランニング（134 m/分）、水泳（クロール、ふつうの速さ、46 m/分未満）、ラグビー*
9.0	ランニング（139 m/分）
9.8	ランニング（161 m/分）
10.0	水泳（クロール、速い、69 m/分）
10.3	武道・武術（柔道、柔術、空手、キックボクシング、テコンドー）
11.0	ランニング（188 m/分）、自転車エルゴメーター（161～200ワット）
メッツ	3 メッツ未満の運動の例
2.3	ストレッチング、全身を使ったテレビゲーム（バランス運動、ヨガ）
2.5	ヨガ、ビリヤード
2.8	座って行うラジオ体操

（「日本腎臓病学会 慢性腎臓病生活・食事指導マニュアルより引用）

医学管理等

【Ⅳ－5(効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進)－①】

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価 骨子【Ⅳ－5(1)】

[レセプト記載要領]

ヘモグロビンA1cの値又は内服薬や
インスリン製剤を使用している旨を記載。

● 進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

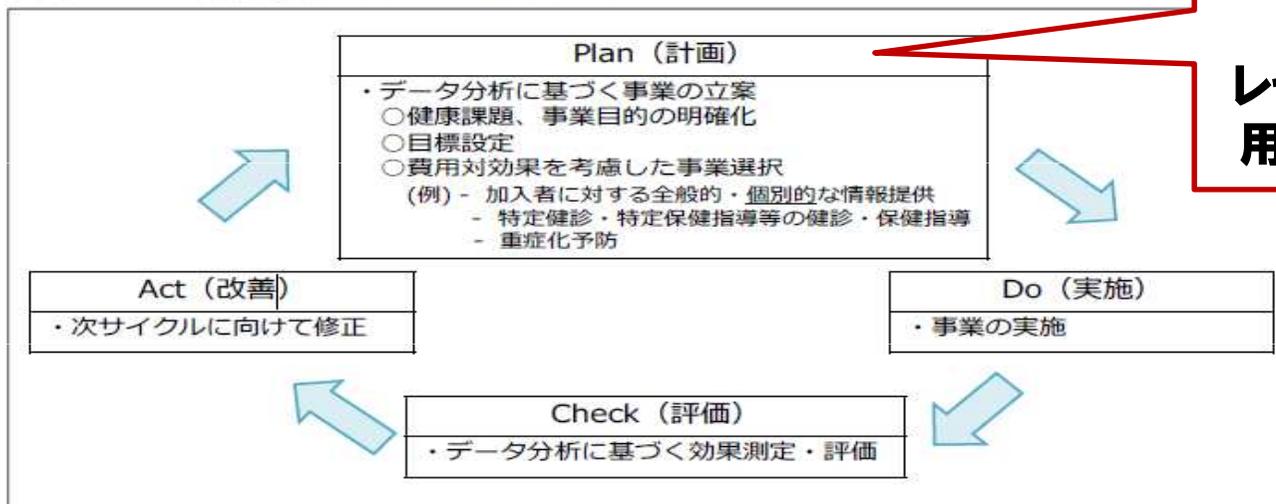
改定

【糖尿病透析予防指導管理料】 届出

[算定要件]

保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合に、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。(新設)

図表 1－3 保健事業のPDCAサイクル



データヘルス計画
レセプトと健診データ等活用し
保険事業につなげる

レセプト・健診データの突合分析による糖尿病の重症化予防事業
（サノフィ・アベンティス健康保険組合）

◆レセプトデータと特定健診結果データを突合を行い対象者を抽出

- ①健診結果データ数値が悪くても医療機関受診が見受けられないケース
- ②受診をしても治療効果が見受けられないケース

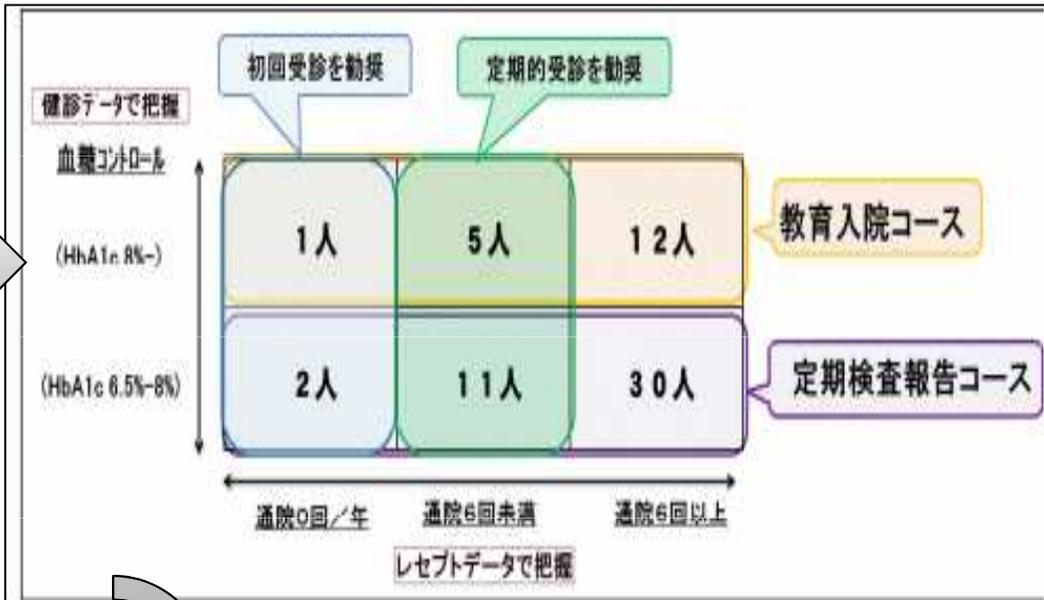
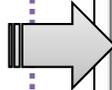


図2. 糖尿病サポート概要図



HbA1cの値に改善が見受けられたケースもある

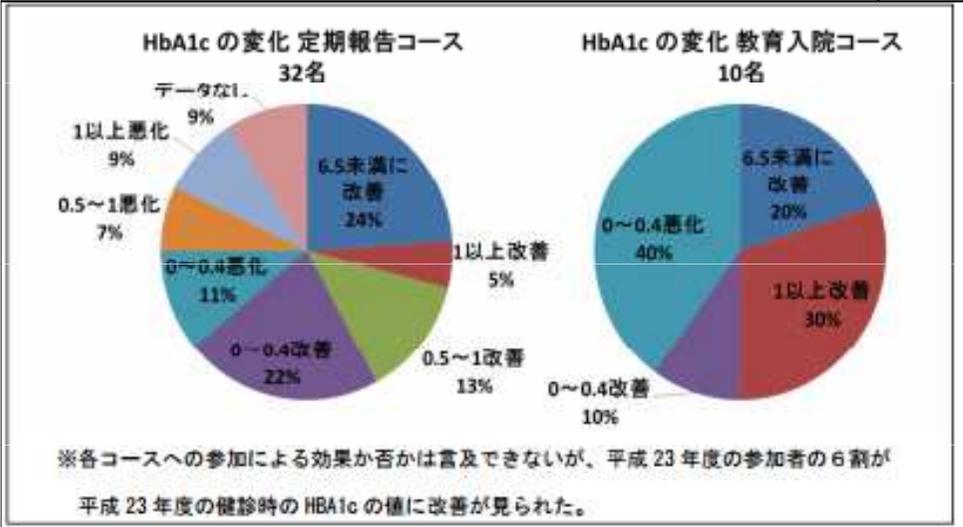
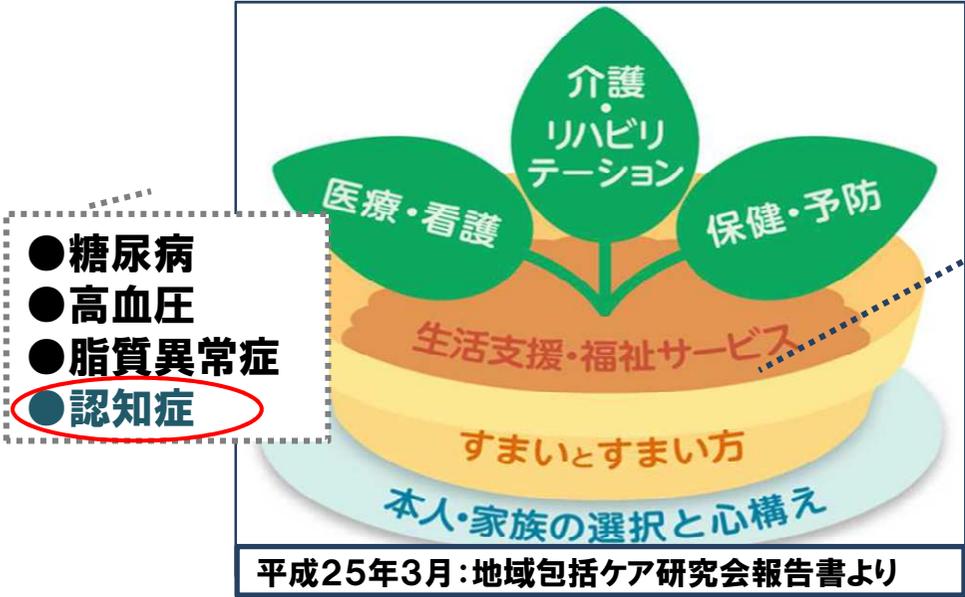
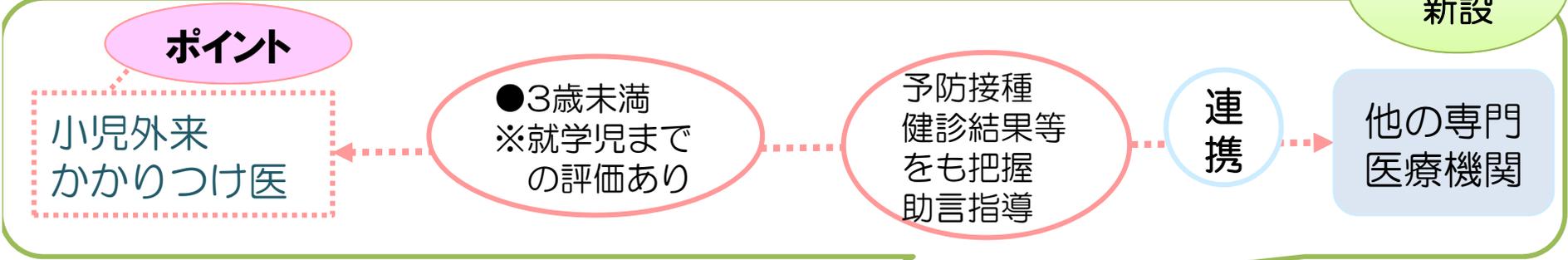


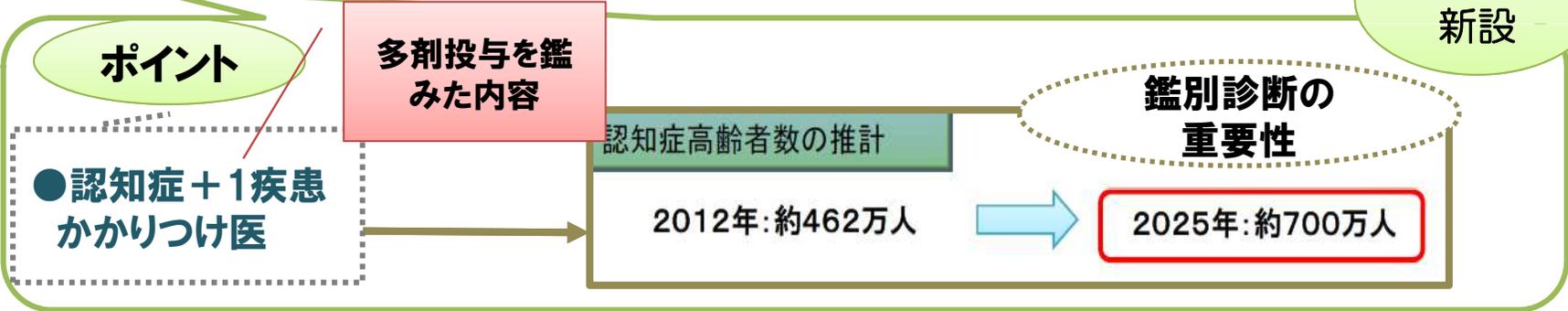
図3. 「糖尿病治療サポート」プログラム参加者のHbA1cの変化（平成22~23年度）

I 地域包括ケアシステムの推進と機能分化・強化、連携に関する視点

H28年
新設



H28年
新設



14日以内の臨時投薬は除く

	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
新	認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症+1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○ ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
	地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新	認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○ ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
	地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。
 ※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。
 ※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

平成28年度診療報酬改定 厚労省3月4日
改定説明会資料 追記

医学管理等

当該保険医療機関を4回以上
受診した患者(予防接種含む)

小児かかりつけ医
と地域医療連携

【1-3-1 (医療機能の分化・強化/地域包括ケアシステムの推進) - ③】
小児かかりつけ医の評価 骨子【1-3-1 (2)】

●B001-2-11 小児かかりつけ診療料

新設

届出

B001-2-11 小児かかりつけ診療料 (1日につき)

1 処方せんを交付する場合

イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点

[レセプト記載要領]

・院外処方せんを交付している者に対し、**夜間緊急の受診等やむを得ない場合**において**院内投薬**を行った場合は、**その理由**を記載する。

・月の途中で転医した場合など、やむを得ず2か所の保険医療機関で算定する場合には、その理由を記載する。

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

- (1) 初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- (2) 地域連携小児夜間・休日診療料
- (3) 院内トリアージ実施料
- (4) 夜間休日救急搬送医学管理料
- (5) **診療情報提供料(I)(II)**
- (6) **電子的診療情報評価料**
- (7) **往診料(往診料の加算を含む。)**

専門の診療が必要となり、小児かかりつけ診療料の算定患者を診療情報提供書を添えて他の医療機関に紹介した場合には、小児科外来診療料とは異なり、別途算定できる。(3/5 日本医師会Q&Aより)

算定は「1」で良い

医学管理等

例外として、月の途中で転院した場合。やむを得ず2カ所の保険医療機関で算定する場合には、明細書の摘要欄に理由を記載することとしている。理由がなければいけないということになる。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

[算定要件]

- (1) 対象患者は、継続的に受診している**3歳未満の患者**(3歳未満で当該診療料を算定したことのある患者については**未就学児まで算定できる**。)であって、主治医として、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き**最初に受診する保険医療機関であることについて同意を得ている患者**とし、原則として**1か所の保険医療機関が算定する**。
- (2) 当該診療料を算定する患者からの**電話等による問い合わせ**に対して、原則として当該保険医療機関において、**常時対応を行うこと**。
- (3) 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎・喘息等乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、**かかりつけ医として必要な指導及び診療**を行うこと。
- (4) **児の健診歴及び健診結果を把握**するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、**保護者からの健康相談に応じる**こと。
- (5) **児の予防接種歴を把握**するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する**助言等**を行うこと。
- (6) 他の保険医療機関と連携の上、**患者が受診している保険医療機関を全て把握**するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。
- (7) **上記の指導・健康相談等を行う旨を、患者に分かるように院内に掲示**すること。

患者の健診の受診状況や予防接種歴の把握は、様式の中に参考例として入れているが、**母子手帳の提示を受けて確認する**といったことが考えられる。その上で、必要な事項等は診療録に記載した上で指導することになる。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

診療を伴わない助言・指導や健康相談のみが行われる場合については**算定できない**。
(3/5 日本医師会Q&Aより)

医学管理等

【1-3-1 (医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進) - ③】

小児かかりつけ医の評価 骨子【1-3-1 (2)】

●小児かかりつけ診療料

別添2の様式7の8

B001-2小児科外来診療料を算定していること

[施設基準]

(1) 小児科外来診療料の届出を行っている保険医療機関であること。

(2) 時間外対応加算1又は2の届出保険医療機関であること。

時間外対応加算は診療所のみ

(3) 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上いること。

(4) 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。

休日又は夜間の診療を月1回以上の頻度で行っていること

① 初期小児救急への参加

② 自治体による集団又は個別の乳幼児健診の実施

③ 定期接種の実施

④ 小児に対する在宅医療の提供

⑤ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医への就任

過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児

- ・ 内科・小児科や外科・小児科を標榜し、医師1人の場合でも算定できる。ただし、小児科外来診療料を算定している保険医療機関であって、当該医師は、専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師であること
- ・ 小児科を含めて複数の診療科を標榜する医療機関で、小児科以外の診療科のみを受診した場合も小児かかりつけ診療料で算定すること
- ・ 小児かかりつけ診療料は小児科外来診療料と同様に、届出した医療機関では対象患者すべてに算定ではなく、医療機関が説明を行い、同意を得た患者のみ算定となる。
- ・ 再診電話等により行われた場合、再診料や乳幼児加算の点数を算定する。

(3/5 日本医師会Q&Aより)

【 B001-2-11 小児かかりつけ診療料 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していることが要件となっているが、1度でも往診に行っていれば実績として数えることができるか。

A 実績とは数えられない。3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定していることが必要。

Q 小児かかりつけ診療料について、「当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応すること」とされているが、深夜帯において、#8000等の利用を勧めてはならないのか。

A 深夜帯において、小児救急電話相談事業（#8000）等の利用を勧めることを妨げるものではない。患者から緊急に連絡のあった場合には可能な限り対応を行うこととし、対応できなかった場合にあっては、可能な限り速やかに患者にコールバックすること。

医学管理等

様式7の8

小児かかりつけ診療料に係る届出書

小児かかりつけ診療料に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	専ら小児科又は小児外科を担当する常勤医師の氏名	
②	小児科外来診療料を算定しての届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	時間外対応加算1又は2の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
③	以下の項目のうち、3つ以上に該当すること	<input type="checkbox"/>
	ア 初期小児救急医療に参加していること	<input type="checkbox"/>
	イ 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施していること	<input type="checkbox"/>
	ウ 定期予防接種を実施していること	<input type="checkbox"/>
	エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること	<input type="checkbox"/>
	オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること	<input type="checkbox"/>

【記載上の注意】

- ②について、確認できる資料の写し（小児科外来診療料については、例えば診療報酬明細書の写し等）を添付のこと。
- ③について、確認できる資料の写しを添付のこと。なお、③のエに規定する実績については、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。

「小児かかりつけ診療料」
（様式7の8）

医学管理等

病棟看護師等
と
チーム連携

- 下部尿路機能障害の患者に、病棟でのケアや多職種チームによる尿路機能の回復のための包括的排尿ケアを評価する。

新設

届出

B005-9 排尿自立指導料

200点（週1回）

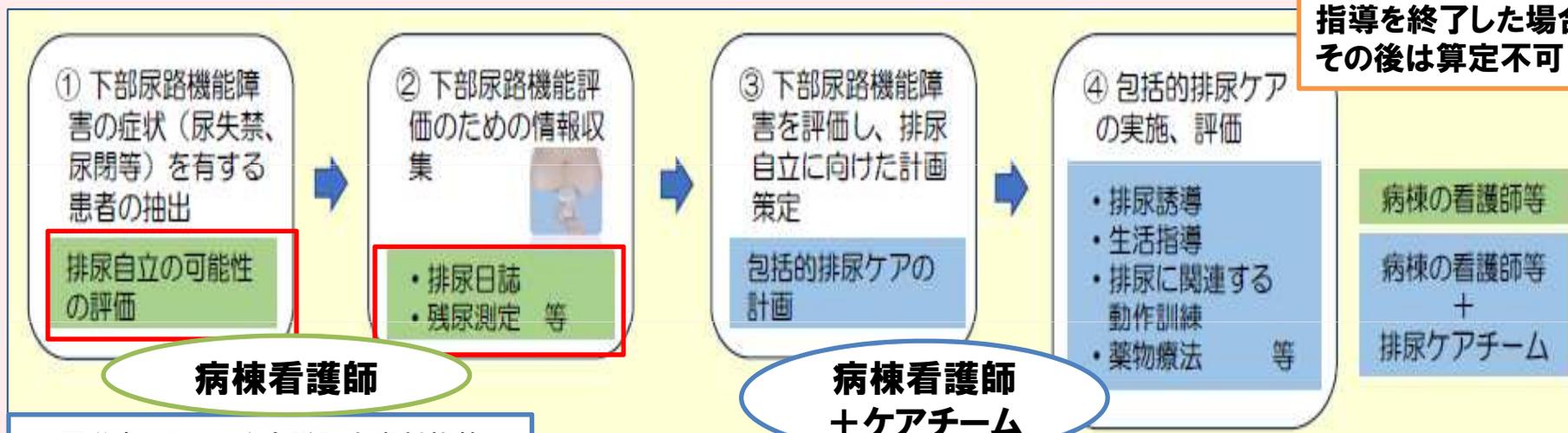
[主な算定要件]

- ① 対象患者：
 - **入院中の患者**
 - 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の**下部尿路機能障害の症状を有する患者。**
 - 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に**下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者。**
- ② 算定回数：**週1回、計6回を限度**として算定。**排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。**

[レセプト記載要領]

当該指導の初回算定日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載する。

排尿が自立し
指導を終了した場合
その後は算定不可



[施設基準]

① 以下から構成される**排尿ケアチーム**が設置されていること。

ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について**経験を有する医師**
⇒**3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了したもの。**

※**他の保険医療機関を主たる勤務先とする泌尿器科の医師の対診による当該チーム参画でもよい。**

イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した**経験を3年以上有し、所定の研修（16時間以上）を修了した専任の常勤看護師**

ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する**専任の常勤理学療法士**

② 排尿ケアチームは、

対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

医学管理等

● 排尿自立指導料 届出に係る医師と看護師の適切な研修

	排尿ケアの研修を修了した医師	経験3年以上の専任の常勤看護師
【主催】	国、都道府県又は医療関係団体等	国又は医療関係団体等
【具体的な研修内容】	<p>下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。</p> <p>日本慢性期医療協会 「排尿機能回復のための治療とケア講座」</p> <p>① 日本看護協会認定看護師教育課程 「皮膚・排泄ケア」の研修 ② 日本創傷・オストミー・失禁管理学会、日本老年泌尿器科学会、日本排尿機能学会 「下部尿路症状の排尿ケア講習会」 ③ 日本慢性期医療協会 「排尿機能回復のための治療とケア講座」</p>	<p>・次の事項に該当する研修</p> <p>① 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれること。</p> <p>② 排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれていること。</p>
【研修期間等】	通算して6時間以上のものであること。	通算して16時間以上のものであること。

医学管理等

様式13の4

排尿自立指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 排尿自立指導に係るチームの構成員

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

区 分	氏 名	備 考
ア 医師		<input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験 <input type="checkbox"/> その他の診療科 () <input type="checkbox"/> 研修受講
イ 専任の常勤看護師		<input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験
ウ 専任の常勤理学療法士		

2 排尿ケアに関するマニュアルの作成

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成/周知	マニュアルに含まれている内容
<input type="checkbox"/> 作成	<input type="checkbox"/> スクリーニングの方法
<input type="checkbox"/> 周知	<input type="checkbox"/> 膀胱機能評価の方法

3 職員を対象とした院内研修の実施

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

実施	内容
<input type="checkbox"/> 実施	実施日 ()
<input type="checkbox"/> 実施予定	実施予定日 ()

【記載上の注意】

- 「1」については、備考欄の該当するものに「✓」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科を()内に記載し、3年以上の下部尿路機能障害を有する患者の診療経験又は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。イに掲げる看護師については、下部尿路機能障害の看護に3年以上従事した経験を有し、及び所定の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 「3」については、予定されている場合の記載でもよい。

「排尿自立指導料」 (様式13の4)

★ウについては、
下部尿路機能障害を有する患者の
リハビリテーション等の経験が確認
できる文書を添付すること

医学管理等

●退院直後の在宅療養支援に関する評価

医師または医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師が訪問
⇒患家、介護保険施設、指定障害者施設等
※介護老人保健施設入所中や他の医療機関の入院中は算定不可

新設

B007-2 退院後訪問指導料 580点(1回につき)
注2 訪問看護同行加算 20点

[レセプト記載要領]
退院日を記載する。

次ページ

[算定要件]

- (1) **特掲診療料の施設基準等の別表第八に掲げる状態の患者若しくは認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上の患者又はその家族に対して、在宅での療養内容等の指導を行った場合に、算定する。**
- (2) 入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り、**5回**を限度として算定する。ただし、退院日は除く。
- (3) 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後**1回**に限り、所定点数に加算する。

別表第8

在宅悪性腫瘍等患者指導管理

1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2. 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
3. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4. 真皮を越える褥瘡の状態にある者
5. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

【 B007-2 退院後訪問指導料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 病棟の看護師等が退院後訪問指導をした時間は、入院基本料の看護職員の数として算入してよいか。

A 算入できない。

Q 区分番号「B007-2」退院後訪問指導料の訪問看護同行加算を入院していた医療機関が算定した場合、同行訪問した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料を算定できるのか。

A 同行した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は、訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護・指導料を算定できる。

Q 患者が入院していた病棟以外の病棟又は外来等に従事する看護師等が訪問した場合でも算定は可能か。

A 算定可。（当該病棟の退院支援職員、退院調整部門の看護師等が想定される）

医学管理等

[レセプト記載要領]

当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合には、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載する。

外来

新設

B008-2
注2

薬剤総合評価調整管理料
連携管理加算

250点（月1回に限り）
50点

[算定要件]

(1) 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、**6種類以上の内服薬**（受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、**頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。**）が**処方されていたもの**について、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される**内服薬が2種類以上減少**した場合は、所定点数を算定する

当該保険医療機関で処方されている薬剤が2種類以上減少し、その状態が4週間以上見込まれる場合に算定

他の医療機関と合わせた種類数から2種類以上減少した場合は、1か所の医療機関に限り算定ができる。その場合レセプトに記載。

基本的には、指示した日ではなく実際に実施した日に算定するものと考えている。
（3/4厚労省説明会質疑応答より）

同一医療機関で当該点数を算定してから1年以内に算定するときは、前回の算定にあたって減少した後の種類数から、さらに2種類以上減少しているときに限られている。
（3/5 日本医師会Q&Aより）

(2) 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、**別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供**を行った場合は、**連携管理加算**として所定点数を加算する。

ただし、連携管理加算を算定した**同一日**においては、同一の別の保険医療機関に対して、B009 **診療情報提供料（Ⅰ）**は算定できない。

医学管理等

【1-3-3（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）-①】
退院支援に関する評価の充実 骨子【1-3-3(1)】

●退院支援に関する評価の充実

B009 注14 診療情報提供料(Ⅰ)(地域連携診療計画加算)

新設

診療情報提供料(Ⅰ)

届出 地域連携診療計画加算 50点

[算定要件]

地域連携診療計画加算(診療情報提供料(Ⅰ))

- (1) 対象患者は、あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関において地域連携診療計画加算(退院支援加算)を算定して当該保険医療機関を退院した患者であって、**入院中の患者以外の者**。
- (2) 連携する保険医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画に基づく療養を提供するとともに、**患者の同意を得た上で**、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、**退院の属する月又はその翌月までに地域連携診療計画加算(退院支援加算)を算定した連携する保険医療機関に文書により情報提供する**。

医学管理等

【II-2（患者の視点等／ICTの活用）-①】
診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価 骨子【II-2（1）】

●診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価 B009 診療情報提供料(Ⅰ)

情報システムにおいて個人情報を守るための基準が書いてある。
そのため、ネットワークのセキュリティについても記述があり、
どのようなネットワークであれば安全に医療情報が交換できるかの基準が書かれている。
(3/5 日本医師会Q&Aより)

[算定要件]

- (1) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関等に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)を遵守し、安全な通信環境を確保する。
- (2) 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤(HPKI:Healthcare Public Key Infrastructure)による電子署名を施すこと。

日医認証局の医師資格証を使って電子署名した場合は要件を満たす

(3/5 日本医師会Q&Aより)

医学管理等

【II-2(患者の視点等/ICTの活用)-①】

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価 骨子【II-2-(1)】

● 検査・画像情報提供加算

B009 診療情報提供料(Ⅰ)注15

新設

検査・画像情報提供加算

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

[算定要件]

保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、過去の主要な診療記録を、他の保険医療機関に電子的方法で閲覧可能なように提供した場合に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【経過措置】

当該加算のイ(退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合)を算定する場合、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。

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

(3/5 日本医師会Q&Aより)

【検査・画像情報提供加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

保険医療機関が、他の保険医療機関に対し診療情報提供書及び検査結果等を別々の日に提供した場合は算定可能か。

A

診療情報提供書及び検査結果等は、原則同日に提供する必要がある。検査結果等を提供する側の保険医療機関が、電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供する場合は、他の保険医療機関が閲覧できるよう速やかに提供する必要がある。なお、当該保険医療機関が、当該検査結果等に関する情報を電子的な診療情報提供書に添付する場合には、必然的に診療情報提供書及び検査結果等を同日に提供することとなる。

Q

検査結果等をCD-ROMで提供した場合は算定可能か。

A

算定不可。

【検査・画像情報提供加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

以下の場合、電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に該当するか。

- ① 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なものを電子的方法により埋め込み(貼り付け)を行い、電子署名を付与し、安全な通信環境を確保した上で送付した場合。
- ② 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なもののファイルを添付し、電子署名を付与し、安全な通信環境を確保した上で送付した場合。

A

いずれも該当する。

Q

以下の場合、医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合に該当するか。電子的に提供する診療情報提供書に電子署名を付与し、安全な通信環境を確保して送付した上で、検査結果等の診療記録のうち主要なもののデータについては、当該保険医療機関が参加している医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークの有するシステムへアップロードし、当該診療情報提供書及び検査結果等の提供を受ける別の保険医療機関が常時閲覧できるようにした場合。

A

該当する。

電子化

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

電子的な送受とは、電子的記録媒体（CDR等）で提供する場合でも該当するの
か。

A

該当しない。

Q

署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、厚生
労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：
Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこととされたが、当該基
準を満たす電子署名を施すことが出来るものとして、どのようなものが該当するの
か。

A

平成28年3月時点において、一般社団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）
HPKI電子認証局の発行するHPKI署名用電子証明書及び日本医師会の発行する医師
資格証が該当する。

医学管理等

【II-2（患者の視点等／ICTの活用）-①】
診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価 骨子【II-2（1）】

●診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

B009-2 電子的診療情報評価料

【経過措置】

検査結果等の閲覧により評価する場合であって、当該患者が入院患者である場合は、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。

新設

B009-2

電子的診療情報評価料

30点

[算定要件]

保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、過去の主要な診療記録を電子的方法により閲覧でき、当該診療記録を診療に活用した場合に算定する。

診療情報提供料(Ⅱ)を算定できる診療情報提供に対して1回算定できる。月に複数回の算定は事実上ない。
(3/4厚労省説明会質疑応答より)

診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算 及び電子的診療情報評価料に関する施設基準

[施設基準]

- (1) 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- (2) 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

【 B009-2 電子的診療情報評価料 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 別の保険医療機関より、検査結果等をCD-ROMで提供された保険医療機関が、当該検査結果等を当該医療機関の診療情報を閲覧するシステムに取り込み、当該検査結果等を診療に活用した場合も算定可能か。

A 算定不可。

Q 保険医療機関が、同一月に同一患者について、同一の紹介先保険医療機関に診療情報提供書を複数回提供した場合には、月1回に限り診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能だが、例えば月2回目以降の情報提供など、当該保険医療機関において診療情報提供料(Ⅰ)が算定できない場合であっても、診療情報提供書の提供を受ける際に検査結果等の診療情報のうち主要なものを電子的方法により提供された紹介先保険医療機関において、当該検査結果等を診療に活用した場合には、その都度、電子的診療情報評価料を算定できるか。

A 算定不可。検査結果等の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、区分番号「B009」に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)を算定する他の保険医療機関からの1回の診療情報提供に対し、1回限り算定する。

【C 特掲診療料】⑭ 在宅医療

在宅医療／精神科専門療法

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑩】 衛生材料等の提供についての評価 骨子【1-4 (7)】

●衛生材料等提供加算

新設

C007 訪問看護指示料 / I012-2 精神科訪問看護指示料

注3 衛生材料等提供加算

80点 (月1回)

[算定要件]

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、
衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な
量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に

訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料に加算する。

訪問看護指示料を算定した月のみ算定できる。
(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

※ C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料、
C003在宅がん医療総合診療料、第2節第1款 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、
当該管理料に包括される。

衛生材料としては、例えばガーゼ、テープとか、使い捨ての手袋といった
もの、保険医療材料としては、点滴用のルートや注射針といったものが考
えられる。

主治医は必要な衛生材料等の
量の把握に
努めることが記載されています

なお、看護師自身が使う防護具は、訪問看護側の経費に含まれる。
医療機関が負担しなくてはならないものの中には含まれない。

(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

●医師の診療日以外の特定保険医療材料等の取扱い

1. 主治医の指示に基づき、主治医の診療日以外に訪問看護ステーションの看護師等が処置を実施する際、又は特別養護老人ホームの配置医師の指示に基づき、配置医師の診療日以外に配置看護師等が処置を実施する際に用いる薬剤及び特定保険医療材料についても、使用量を主治医又は配置医師が患者に処方できることを明確にする。
2. 検体検査については、検査を指示・実施する保険医療機関において、検体検査実施料を算定できることとする。

在宅医療

(別紙様式16)

(別紙様式16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

患者住所 電話 () -

主たる傷病名 (1) (2) (3)

現在の状況(該当項目に○)

病状・治療態	
投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
日常生活自立度	寝たまり度 I1 I2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症の状況	I IIa IIb IIIa IIIb IV M
要介護認定の状況	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)
療養の深さ	DESIGN分級 D3 D4 D5 NPUAP分級 Ⅲ度 Ⅳ度
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜透析装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(1/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻:サイズ 日に1回交換) 8. 留置カテーテル(部位: サイズ 日に1回交換) 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他()

留意事項及び指示事項
1. リハビリテーション
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先
不在時の対応法

特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの提示、変更添付・精製対応等訪問看護療養及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)

他の訪問看護ステーションへの指示
(無 有:指定訪問看護ステーション名)
たんの吸引等実施のための訪問介護事業書への指示
(無 有:訪問介護事業所名)

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名 所 電話 (FAX) 医師氏名 印

事業所 殿

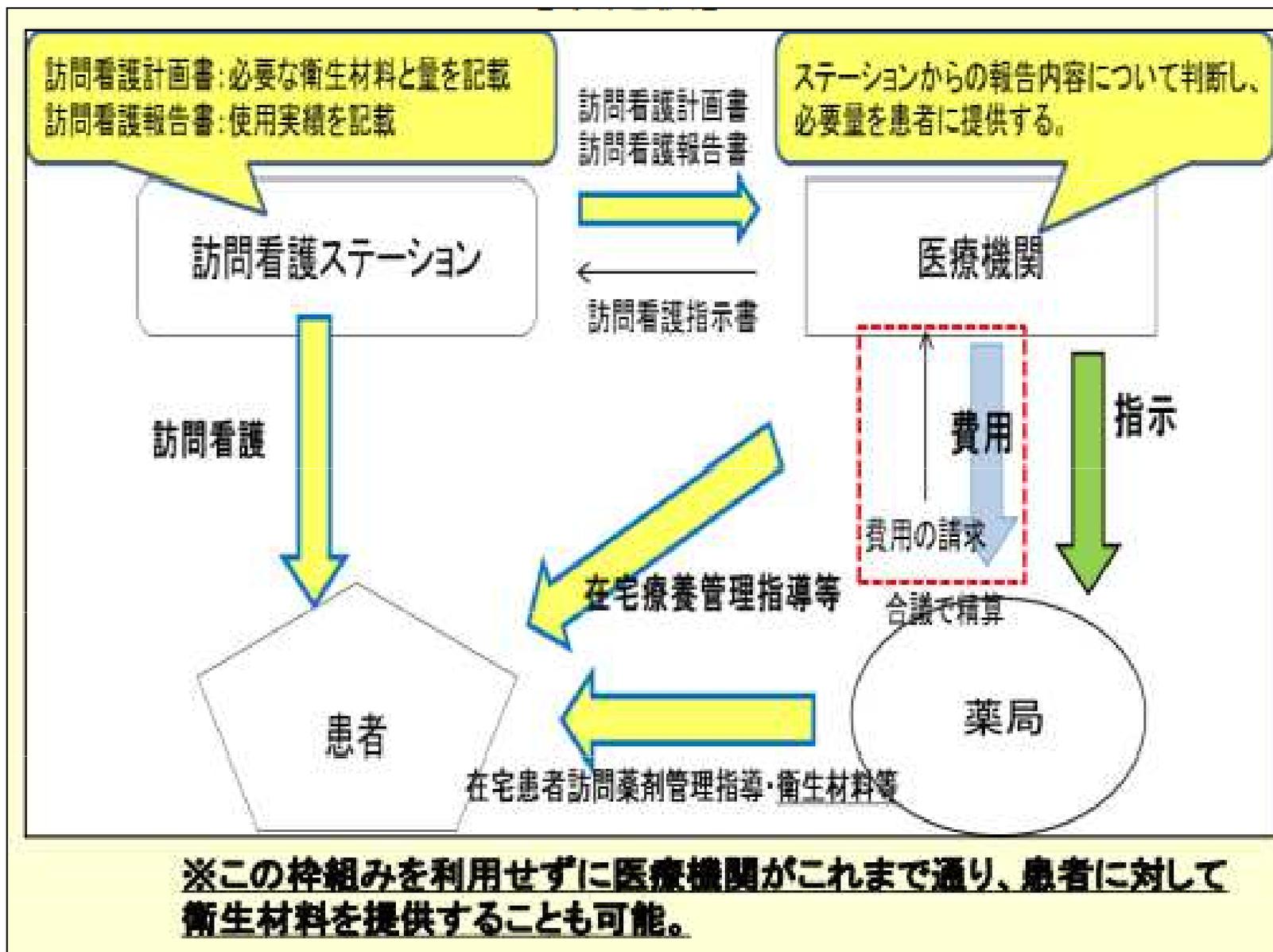
●特別訪問看護指示加算
⇒急性増悪、終末期、退院直後等
頻回の訪問看護を一時的に必要な場合

訪問看護指示料	300	月1回に限る
特別訪問看護指示加算	+100	月1回(気管カニューレ使用、 真皮を越える褥瘡状態の患者は月2回)
衛生材料等提供加算【新設】	+80	・月1回 ・在宅療養指導管理料等の算定時は包括

平成28年診療報酬改定

交付日と算定日の整合性

在宅における衛生材料の供給体制について



別紙様式1 訪問看護計画書

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)									
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)									
住 所										
看護・リハビリテーションの目標										
年月日	問題点・解決策	評価								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">衛生材料等が必要な処置の有無</td> <td style="text-align: center;">有</td> <td style="text-align: center;">無</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">処置の内容</td> <td style="text-align: center;">衛生材料(種類・サイズ)等</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">必要量</td> </tr> </table>			衛生材料等が必要な処置の有無		有	無	処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量	
衛生材料等が必要な処置の有無		有	無							
処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">衛生材料等が必要な処置の有無</td> <td style="text-align: center;">有</td> <td style="text-align: center;">無</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">処置の内容</td> <td style="text-align: center;">衛生材料(種類・サイズ)等</td> <td style="text-align: center;">必要量</td> </tr> </table>			衛生材料等が必要な処置の有無	有	無	処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量		
衛生材料等が必要な処置の有無	有	無								
処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量								
備考										

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

平成 年 月 日

事業所名
管理者氏名 印
殿

「訪問看護計画書」
(別紙様式1)

(H26.3.26 厚生労働省保険局医療課長
「訪問看護計画書等の記載要領等について」の一部改正について) より

「訪問看護報告書」
(別紙様式2)

別紙様式2 訪問看護報告書

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
住 所		
訪 問 日	平成 年 月	平成 年 月
	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14
	15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21
	22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28
	29 30 31	29 30 31
<p>訪問日を○で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した場合は△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日は◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。</p>		
病状の経過		
看護・リハビリテーションの内容		
家庭での介護の状況		
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称:() 使用及び交換頻度:() 使用量:()	
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性: 有・無 変更内容	
特記すべき事項(欄)	衛生材料等の使用料および使用状況 衛生材料等の名称:() 使用及び交換頻度:() 使用量:()	
上記のとおり、指定	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性: 有・無 変更内容	
平成 年 月 日		

(赤字部分のみ抜粋)
特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した場合は△で囲むこと。

(H26.3.26 厚生労働省保険局医療課長「訪問看護計画書等の記載要領等について」の一部改正について) より

**【 C007 訪問看護指示料、I012-2 精神科訪問看護指示料
衛生材料等提供加算】**

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料を算定していない月においても、必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を提供した場合は衛生材料等提供加算の算定が可能か。

A

衛生材料等提供加算は、訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料を算定した月にのみ算定可能である。

【F 特掲診療料】⑳ 投薬

多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組

1. 医療機関における減薬等の評価

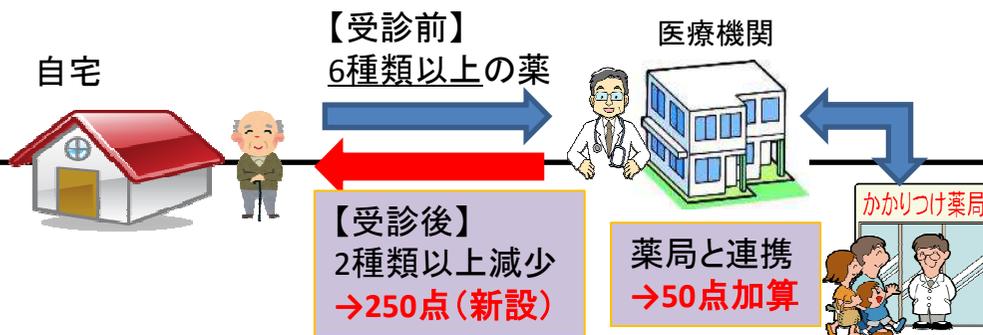
○入院患者に対する減薬の評価

- 入院時に多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して退院時に薬剤が減少した場合を評価



○外来患者に対する減薬の評価

- 多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して受診時に薬剤が減少した場合を評価



2. 薬局における減薬等の評価

○外来患者に対する処方せんの疑義照会の評価

- 薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実 (20点→**30点**へ充実)

○在宅患者に対する処方せんの疑義照会の評価の充実

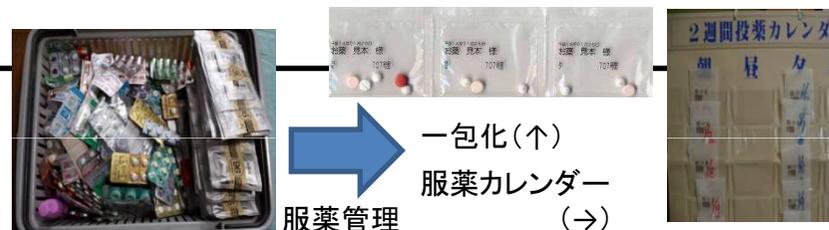
- 在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設 (**30点**) **【新設】**

○残薬等の管理の評価

- 薬局が患者に薬剤を入れるバッグ（右図）を配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価 (**185点** (月1回)) **【新設】**



<残薬を含む持参薬(イメージ)>



湿布薬70枚超の投薬をした場合のカルテとレセプト記載

記載事項	院内処方	院外処方	
	レセプト<投薬欄>	レセプト<その他欄>	処方せん
1日分の用法等	記載必要	記載不要	記載必要
70枚超 やむを得ない理由	記載必要	記載必要	記載必要

現時点において、記載要領にはないが審査側改定説明時には、必要との見解となっています。

【J 特掲診療料】④⑩ 処置

【処置】

新設

J007-2 硬膜外自家血注入

800点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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 硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする

【対象】

- ① **起立性頭痛を有する患者**に係るものであって、
- ② **脳脊髄液漏出症の画像診断基準に基づき脳脊髄液漏出症として「確実」又は「確定」と診断されたもの**

【レセプト記載】

当該診断基準を満たすことを示す**画像所見、撮影日、撮影医療機関の名称等の症状詳記**を添付すること。

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

区分番号「J007-2」硬膜外自家血注入について、同一月に複数回算定することは可能か。

A

安静その他の方法によって改善しないなど、医学的に妥当と考えられる場合に限り、当該処置を同一月に複数回算定することは可能である。

処置

●注の追加

J120 鼻腔栄養

改定

【鼻腔栄養(1日につき)】

注2 間歇的経管栄養法によって行った場合には、間歇的経管栄養法加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。

厚労省 疑義解釈(その1)平成28年3月31日

Q

区分番号「J120」鼻腔栄養に間歇的経管栄養法加算が設けられた。通常、鼻腔栄養は経鼻的に行うが、間歇的経管栄養法の場合には経口的に行うことが一般的である。経口的に行った間歇的経管栄養法でも算定できるか。

A

間歇的経管栄養法を行う場合に限り、経口的に行った場合でも算定できる。

【K 特掲診療料】⑤⑩ 手術

手術

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑤】
胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し 骨子【Ⅲ－8(7)】

●K664 胃瘻造設術 K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算

改定

【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】

[施設基準]こちらも同様

胃瘻造設術を実施した**症例数が1年間に50以上である場合**であって、以下の
ア又はイのいずれかを満たしていない場合は **100分の80に減算**。

[レセプト記載要領]

- ・実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術の別を記載する。
- ・胃瘻造設時嚥下機能評価加算を算定した場合は、嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を記載する。

手術

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－⑤】
胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し 骨子【Ⅲ－8(7)】

●K664 胃瘻造設術

K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算

改定

ア) 当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者(以下の①から⑤までに該当する患者を除く。)に対して、**事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。**

- ① 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- ② 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- ③ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
- ④ 意識障害がある患者、認知症等で検査上の指示が理解できない患者又は誤嚥性肺炎を繰り返す患者等嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者(ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。)
- ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難な患者
- ⑥ 筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症の患者又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難な患者(新設)

手術

【Ⅲ－8(重点的な対応が求められる分野／インベーションの適切な評価)－⑤】

胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し 骨子【Ⅲ－8(7)】

●K664 胃瘻造設術 / K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算

改定

イ) 以下のいずれかを満たしていること。

① 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、要件に該当する患者の合計数の3割5分以上について、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

② 胃瘻造設を行う患者全員に対して以下の全てを実施していること。

a. 胃瘻造設を行う患者全員に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること。なお、カンファレンスの出席者については、当該患者を担当する医師1名、当該手術を実施する診療科に属する医師1名、リハビリテーション医療に関する経験を有する医師、耳鼻咽喉科に関する経験を3年以上有する医師又は神経内科に関する経験を3年以上有する医師のうち1名の合計3名以上の出席を必須とし、その他歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などが参加することが望ましい。

b. 胃瘻造設を行う患者全員に対し経口摂取回復の見込み及び臨床的所見等を記した計画書を作成し、本人又は家族に説明を行った上で、胃瘻造設に関する同意を得ること。

カンファレンスの概要及び出席した医師の診療科名及び経験年数を診療録に記載していること。

【 K664 胃瘻造設術／ K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 医科点数表第2章第10部手術の通則16に掲げる手術の施設基準におけるカンファレンス要件について、**主治の医師**が、「リハビリテーション医療に関する経験を3年以上有する医師、耳鼻咽喉科に関する経験を3年以上有する医師又は神経内科に関する経験を3年以上有する医師」である場合、当該患者を担当する**医師と兼務**することができるか。また、この場合、カンファレンスの出席者は、当該手術を実施する診療科に属する医師と**併せて少なくとも2名**が出席することとして良いか。

A そのとおり

手術

区分番号	項目	点数
K047	難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）	12,500
K047-2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	12,500
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

「K047」難治性骨折電磁波電気治療法、「K047-2」難治性骨折超音波治療法及び「K047-3」超音波骨折治療法について、鎖骨を対象に実施した場合も算定できるのか。

A

医学的に妥当かつ適切であれば算定できる。

手術

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。

手術

区分番号	項目	点数
<u>K773-5</u>	新設 <u>腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術</u> <u>(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)</u>	<u>70.730</u>

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「K773-5」腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)の施設基準に規定されている「当該療養」とは、「腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)」を示しているのか。

A

そのとおり。

手術

区分番号	項目	点数
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)	1,250
2	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	1,400
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,850
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,860
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満)	450
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	500
7	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	950
8	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,450

厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日

Q

「K000-2」小児創傷処理(6歳未満)について、長径20センチメートル以上の筋肉、臓器に達する頭頸部の創に対して創傷処理を行った場合はどのように算定するのか。

A

従前通り、「K000-2」小児創傷処理の「4」筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)にて算定する。

手術

区分番号	項目	点数
K014	皮膚移植術(生体・培養)	6,110

厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日

Q

「K014」皮膚移植術(生体・培養)を実施するに当たり、特定保険医療材料の採取・培養キット及び調製・移植キットは、どのタイミングで算定されるのか。

A

実際に移植に至った場合、移植を実施した時点で「K014」皮膚移植術(生体・培養)とともに算定する。

手術

区分番号	項目	点数
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	125,240
2	胸部、腹部の操作によるもの	104,190
<u>注</u>	<u>有茎腸管移植を併せて行った場合</u>	<u>7,500</u>
K931	(手術医療機器等加算) 超音波凝固切開装置等加算	3,000

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

- Q** 「K529-2」胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術について、「K931」超音波凝固切開装置等加算の算定留意事項通知の悪性腫瘍等に係る手術に掲げられていないが、超音波凝固切開装置等加算を併せて算定することは出来るのか。
- A** 胸腔鏡による手術については超音波凝固切開装置等加算の算定は可能であるため、併せて算定できる。

手術

区分番号	項目	点数
K561	ステントグラフト内挿術	
1	胸部大動脈	56,560
2	腹部大動脈	49,440
3	腸骨動脈	43,830

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「K561」ステントグラフト内挿術について、一連の治療過程中に、**血管塞栓術を実施した場合の手技料も原則として所定点数に含まれ、別途算定できない**とあるが、ステントグラフト内挿術と血管塞栓術を**別々の入院**で実施する医学的な必要性がある場合は、別途算定は出来るのか。

A

ステントグラフト内挿術と血管塞栓術を**別の入院で実施する必要がある等**、医学的な必要性が認められる場合は、別途算定は可能である。但し、この場合においては、**診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。**

手術

区分番号	項目	点数
<u>K605-5</u>	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="background-color: #0070c0; color: white; padding: 5px 10px; border-radius: 5px;">新設</div> <div style="background-color: #92d050; color: white; padding: 5px 10px; border-radius: 5px;">届出</div> </div> <u>骨格筋由来細胞シート心表面移植術</u>	<u>9.420</u>

[施設基準]

- (1) 植込型補助人工心臓(非拍動流型)の実施施設として届出のある施設であること。
- (2) 医薬品医療機器法に基づく薬局等構造設備規則又は再生医療等の安全性の確保等に関する法律(平成25年法律第85号)に基づく細胞培養加工施設の構造設備に関する基準に則った細胞培養センターを有すること。
- (3) 循環器内科の経験を5年以上有する常勤医師及び心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤医師がそれぞれ1名以上配置され、これらの医師は所定の研修を修了していること。
- (4) 定期的に循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。
- (5) 関連学会の定める「ヒト(自己)骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」において定められた実施施設基準に準じていること。

厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日

Q 「K605-5」骨格筋由来細胞シート心表面移植術の留意事項通知等における関連学会とは、どの学会を指すのか。

A ヒト(自己)骨格筋由来細胞シート関連学会協議会を指す。

手術

区分番号	項目	点数
K685	内視鏡的胆道結石除去術	
1	胆道碎石術を伴うもの	11,920
2	その他のもの	8,320
<u>注</u>	<u>バルーン内視鏡を用いて実施した場合</u>	<u>3,500</u>

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「K685」内視鏡的胆道結石除去術等におけるバルーン内視鏡を用いた場合の加算について、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できるとあるが、Billroth I 法による再建腸管を有する患者は算定できるのか。

A 算定できない。

手術

区分番号	項目	点数
K695-2	腹腔鏡下肝切除術	
1	部分切除	59,680
2	外側区域切除	74,880
<u>3</u>	<u>亜区域切除</u>	<u>108,820</u>
<u>4</u>	<u>1区域切除(外側区域切除を除く。)</u>	<u>130,730</u>
<u>5</u>	<u>2区域切除</u>	<u>152,440</u>
<u>6</u>	<u>3区域切除以上のもの</u>	<u>174,090</u>

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「K695-2」腹腔鏡下肝切除術(亜区域切除、1区域切除(外側区域切除を除く。)、2区域切除及び3区域切除以上のもの)に関する施設基準において、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。

A

現時点では、一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合におけるNational Clinical Database及び一般社団法人日本肝胆膵外科学会並びに肝臓内視鏡外科研究会における症例登録制度に症例を登録し、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場合を指す。

手術

区分番号	項目	点数
<u>K703-2</u>	新設 届出 <u>腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術</u>	<u>158.450</u>

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関で膵臓に係る手術を年間50例以上施行しており、そのうち膵頭十二指腸切除術を年間20例以上施行していること。
- (2) 当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間100例以上、かつ、胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術を年間20例以上実施していること。
- (3) 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤医師が配置されていること。
- (4) 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (5) 病理部門が設置され、病理医が配属されていること。
- (6) 外科又は消化器外科において常勤の医師が5名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器外科について15年以上の経験を有していること。
- (7) 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。

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「K703-2」腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術に関する施設基準において、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は具体的には何を指すのか。

A 現時点では、一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合における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場合を指す。

手術

区分番号	項目	点数
K898	帝王切開術	
1	緊急帝王切開	22,200
2	選択帝王切開	20,140
	前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	【削除】
注	複雑な場合	+2,000

●複雑とは

- ①前置胎盤の合併症を認めるもの
- ②32週未満の早産の場合
- ③胎児機能不全を認めるもの
- ④常位胎盤早期剥離を認めるもの
- ⑤開腹歴(腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう)のある妊婦に対して実地する場合

厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日

Q

「K898」帝王切開術の「注」加算の対象について、「開腹歴」には、腹腔鏡を用いた手術など腹腔・骨盤内の全ての手術が含まれるのか。

A

原則として腹腔鏡を用いた手術も含まれる。ただし、当該加算が帝王切開手術が複雑な場合の加算であることから、腹腔鏡の使用の有無に関わらず、帝王切開術の手技を複雑にしないと考えられる上腹部のみを手術野とする手術は、加算の対象とならない。

手術

区分番号	項目	点数
K920	輸血	
5	<u>希釈式自己血輸血</u>	
イ	<u>6歳以上の患者の場合(200mLごとに)</u>	<u>1,000</u>
ロ	<u>6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)</u>	<u>1,000</u>

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「K920」希釈式自己血輸血について、「手術時及び手術後3日以内に予め貯血をしておいた自己血を輸血した場合に算定できる。」とあるが、手術後に輸血をする際は、手術室以外の場所で輸血した場合であっても算定出来るのか。

A 算定できる。ただし、手術後に手術室以外で輸血をする場合であっても、「輸血療法の実施に関する指針」等を遵守し、保管管理等に留意するものであること。

【K920-2 注3 貯血式自己血輸血管理体制加算】

項目	点数	算定要件
K920-2 輸血管理料(月1回)		輸血管理料は、下記の輸注を行った場合に、 月1回を限度として算定 ・赤血球濃厚液(浮遊液を含む) ・血小板濃厚液若しくは自己血の輸血 ・新鮮凍結血漿若しくはアルブミン製剤
輸血管理料Ⅰ	220	
注2 輸血適正使用加算	+120	
輸血管理料Ⅱ	110	
注2 輸血適正使用加算	+60	
貯血式自己血輸血管理体制加算	+50	

[施設基準]

- ① 関係学会から示されている指針に基づき、貯血式自己血輸血が十分な体制のもとに適正に管理及び保存されていること。
- ② 関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている**常勤の医師及び看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。**

対象外患者など
査定の参考に

H26年11月12日付
「輸血療法の実施に関する指針」及び
「血液製剤の使用の指針」の一部改正について

厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日

Q

貯血式自己血輸血管理体制加算について、**今回新たに**、関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の看護師の配置が施設基準に追加されたが、既に届出を行っている医療機関について、再度届出は必要か。

A

既に当該加算の届出を行っている医療機関が、平成28年度診療報酬改定後の当該加算の施設基準を満たす場合には、再度の届出は不要である。

手術

区分番号	項目	点数
<u>K939-6</u>	新設 手術医療機器等加算 <u>凍結保存同種組織加算</u>	<u>9.960</u>

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「K939-6」凍結保存同種組織加算について、「組織適合性試験及び同種組織を採取及び保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。」
「組織移植を行った保険医療機関と組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、組織移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。」との内容について、合議の上、組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関が、当該技術の所定点数(9,960点)と異なる費用を組織移植を行った保険医療機関に対して請求することは可能か。

A

それぞれの保険医療機関において要した費用を考慮して相互の合議の上で、当該所定点数と異なる金額(当該所定点数を超える又は未満の金額)を、組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関が組織移植を行った保険医療機関に請求することは可能である。

【L 特掲診療料】⑤⑩ 麻醉

麻酔

●注の追加

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

改定

【マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔】

注9

L100に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、45点を所定点数に加算する。

麻酔困難患者

大動脈弁狭窄の基準値の変更あり

注10

別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術(K672-2に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びK718-2に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。)が行われる場合において、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。

動脈圧測定用カテーテル

サーモダイリユーション用カテーテル

体外式連続心拍出量測定用センサー等を

用いた侵襲的モニタリングが実施されている場合には、算定できない。

【麻酔】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

区分番号「L100」神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)について、神経根ブロックに先立って行われる超音波検査については、別に算定できるか。

A

神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

【D 特掲診療料】⑥0 検査

検査

【Ⅲ－８（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－①】
質の高い臨床検査の適正な評価 骨子【Ⅲ－８（３）】

検査質の高い臨床検査の適正な評価

- 国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けている施設において行われる検体検査の評価を行う。

新設

D026 検体検査判断料 注4

届出 国際標準検査管理加算

40点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、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）を算定した場合は、国際標準検査管理加算として**40点を加算**する。

別添2の様式22

[施設基準]

- (1) 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）に係る届出を行っている施設であること。
- (2) 国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けた施設であること。

ISO15189のことである。この機構が発行する認定証をもって、審査してもらうことになる。
(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

認定を受けていることを証する文書の写しを添付する。

【検体検査管理加算】

項目		点数
注3	イ 検体検査管理加算(I) ※入院・外来	40点
	ロ 検体検査管理加算(II) ※入院のみ	100点
	ハ 検体検査管理加算(III) ※入院のみ	300点
	ニ 検体検査管理加算(IV) ※入院のみ	500点

[施設基準]

検体検査管理加算(IV) :(1)から(4)までのすべてを満たしていること。

- (1) **臨床検査を専ら担当する常勤の医師**が1名以上、常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において**検体検査結果の判断の補助を行う**とともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。
- (2) 院内検査に用いる**検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。**
- (3) 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で**常時実施できる体制**にあること。
 - ア 血液学的検査のうち末梢血液一般検査
 - イ 生化学的検査のうち次に掲げるもの
 総ビリルビン、総蛋白、尿素窒素、クレアチニン、グルコース、アミラーゼ、
 クレアチンキナーゼ(CK)、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、アスパラギン酸
 アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、血液ガス分析
 - ウ 免疫学的検査のうち以下に掲げるもの
 ABO血液型、Rh(D)血液型、Coombs試験(直接、間接)
 - エ 微生物学的検査のうち以下に掲げるもの
 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査(その他のものに限る。)

【検体検査管理加算】

〔施設基準〕

- (4) 定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。
- (5) 外部の精度管理事業に参加していること。
- (6) 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。

検体検査管理加算(Ⅲ)：(Ⅳ)の施設基準のうち(2)から(6)までの全てを満たしていること

(1) 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

検体検査管理加算(Ⅱ)：(Ⅳ)の施設基準のうち(2)から(6)までの全てを満たしていること

(1) 臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、臨床検査を担当する医師とは、検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者であること。

検体検査管理加算(Ⅰ)：(Ⅳ)の施設基準のうち(3)から(6)までの全てを満たしていること

【検体検査管理加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 施設基準の項目として、「次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること」とあるが、これらの検査項目について、当該保険医療機関内で常時実施されていることが必要なのか。

A 緊急検査を常時実施できる体制を求めるものであり、必ずしもこれらの検査項目について、毎回院内で実施されることを求めるものではない。

Q 検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)及び(Ⅳ)の施設基準において、「検体検査結果の判断の補助」及び「院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理」とあるが、具体的には何を指すのか。

A 「検体検査結果の判断の補助」とは、例えば、以下のようなものを指す。

- ・検査をオーダーした医師に迅速に報告すべき緊急異常値(いわゆるパニック値)の定及び運用に係る判断
- ・検査結果の解釈や追加すべき検査等に関する助言など「院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理」とは、例えば、以下のようなものを指す。
- ・院内において臨床検査の適正化に関する委員会を運営し、検査室での検査の精度管理に関与すること
- ・適切な機器・試薬の選定に係る判断など

【検体検査管理加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 検体検査管理加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の施設基準における「臨床検査を専ら担当する医師」、画像診断管理加算1及び2の施設基準における「画像診断を専ら担当する医師」並びに病理診断管理加算の施設基準における「病理診断を専ら担当する医師」について、勤務時間のうち少しでも外来診療を担当している場合は、一切認められないのか。

A 勤務時間の大部分において、それぞれ臨床検査、画像診断又は病理診断に携わる業務を行っていれば差し支えない。

【検査】

新設

D004-2・1	悪性腫瘍遺伝子検査 又 BRAF遺伝子検査	6.520点
	ル RAS遺伝子検査	2.500点

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「又」BRAF遺伝子検査は、どのような場合に算定できるのか。

A

BRAF阻害薬の投与の適応を判断することを目的としてリアルタイムPCR法によりBRAF遺伝子検査が可能な体外診断用医薬品として薬事承認を得ているものを用いた場合に限り算定できる。

検査

【Ⅲ-4(重点的な対応が求められる分野/難病医療の推進)-③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価 骨子【Ⅲ-4(2)】

●D006-4 遺伝学的検査

[レセプト記載要領]

2回以上実施する場合は、その医療上の
必要性を「摘要」欄に記載すること。

改定

【遺伝学的検査】 届出

注 別に定める疾患については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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。

[算定要件]

- ① 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

検査

【Ⅲ-4(重点的な対応が求められる分野/難病医療の推進)-③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価 骨子【Ⅲ-4(2)】

●D006-4 遺伝学的検査

改定

- ア) デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、福山型先天性筋ジストロフィー、栄養障害型表皮水疱症、家族性アミロイドーシス、先天性QT延長症候群及び脊髄性筋萎縮症
- イ) ハンチントン病及び球脊髄性筋萎縮症
- ウ) フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症(1型)、アルギノコハク酸血症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠症、VLCAD欠損症、MTP(LCHAD)欠損症、CPT1欠損症、筋強直性ジストロフィー、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症、色素性乾皮症及び先天性難聴

検査

【Ⅲ-4(重点的な対応が求められる分野/難病医療の推進)-③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価 骨子【Ⅲ-4(2)】

●D006-4 遺伝学的検査

改定

エ)

神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)、プリオン病、発性免疫不全症候群、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、ペリー症候群、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、クルーゾン症候群、アペール症候群、ファイアー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1P36欠失症候群、4P欠失症候群、5P欠症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22Q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、脆弱X症候群、ウォルフラム症候群、タンジール病、高IGD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴

② ①のアに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。①のイに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。

検査

【Ⅲ－4(重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進)－③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価 骨子【Ⅲ－4(2)】

●D006-4 遺伝学的検査

改定

③ 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月)及び関係学会による医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成23年2月)を遵守すること。

④ ①のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、③に掲げるガイドラインに加え、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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。

〔施設基準〕

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。

厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日

Q

区分番号「D006-4」遺伝学的検査の留意事項通知(1)のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査について、関係学会の定める遺伝学的検査の実施に関する指針とは何か。

A

日本神経学会、日本小児科学会、日本人類遺伝学会、日本衛生検査所協会の定める「遺伝学的検査の実施に関する指針」を指す。

検査

新設

D215-3 超音波エラストグラフィ 200点

注 D215-2に掲げる肝硬度測定を算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

医学的に必要から別途肝硬度測定を算定する場合には、レセプトにその旨を記載

肝臓の線維化の程度を非侵襲的に測定した場合、3月に1回算定
医学的に必要があり3月に2回算定の場合は、レセプトにその旨を記載

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

超音波エラストグラフィが新設されたが、乳腺超音波検査施行時にエラストグラフィを行った場合は併算定可能か。

A

肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）に対し、肝の線維化の程度を非侵襲的に測定した場合は、併算定可能である。

検査

●項目の分割・注の追加

D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)

改定

【長期脳波ビデオ同時記録検査】

<u>1 長期脳波ビデオ同時記録検査1</u>	届出	<u>3,500点</u>
<u>2 長期脳波ビデオ同時記録検査2</u>		<u>900点</u>

注

1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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算定する。

検査

●D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)

[施設基準] 長期脳波ビデオ同時記録検査1

- (1) 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜していること。
- (2) 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施していること。
- (3) てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施していること。
ただし、てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りではない。
- (4) 3テスラ以上のMRI装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置を有していること。ただし、これらの装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (5) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (6) 長期脳波ビデオ同時記録検査の経験を1年以上有する常勤の看護師及び常勤の臨床検査技師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (7) てんかん発作の常時監視及びてんかん発作に対する迅速な対応が可能な体制がとられていること。
- (8) 複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療と外科的治療との連携等、専門的で高度なてんかん医療を行っていること。
- (9) 地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に拠点施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、地域における連携の拠点となる医療機関であること。
- (10) てんかん診療拠点機関として選定されていること。
- (11) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (12) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

検査

●項目の分割・注の追加 D238 脳波検査判断料

改定

【脳波検査判断料】

<u>1 脳波検査判断料 1</u>	届出	<u>350点</u>
<u>2 脳波検査判断料 2</u>		<u>180点</u>

注2

1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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算定する。

注3

届出

遠隔脳波診断を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料1の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料1を算定することができる。

●D238 脳波検査判断料

[施設基準] 脳波検査判断料1

- (1) 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) MRI装置を有していること。ただし、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (3) 脳波診断に係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 脳波検査の経験を1年以上有する常勤の臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (5) 地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に二次診療施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、連携の拠点となる医療機関であること。
- (6) 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。
- (7) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (8) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

●D238 脳波検査判断料

[施設基準] 遠隔脳波診断を行った場合

(1) 送信側(脳波検査が実施される保険医療機関)においては、以下の基準を全て満たすこと。

ア 脳波検査の実施及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有していること。

イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

(2) 受信側(脳波検査の結果について診断が行われる病院である保険医療機関)においては、以下の基準を全て満たすこと。

ア 脳波検査判断料1に関する届出を行っている保険医療機関であること。

イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

検査

●項目の分割・注の追加 D238 脳波検査判断料

改定

【脳波検査判断料】

1 脳波検査判断料 1	届出	350点
2 脳波検査判断料 2		180点

注2

1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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算定する。

注3 届出

遠隔脳波診断を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。
この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料1の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料1を算定することができる。

[施設基準] 脳波検査判断料1

- (1) 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) MRI装置を有していること。ただし、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

検査

●D238 脳波検査判断料

[施設基準]

- (4) 脳波検査の経験を1年以上有する常勤の臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (5) 地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に二次診療施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、連携の拠点となる医療機関であること。
- (6) 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。
- (7) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (8) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「D238」脳波検査判断料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ている施設であること。」とあるが、具体的には何を指すのか。

A 日本てんかん学会認定研修施設、日本神経学会認定施設、日本脳神経外科学会専門研修施設、日本小児神経学会小児神経専門医研修認定施設及び日本臨床神経生理学会認定研修施設を指す。

検査

新設

D239-5 精密知覚機能検査 280点

[算定要件]

精密知覚機能検査は、末梢神経断裂、縫合術後又は絞扼性神経障害の患者に対して、当該検査に関する研修を受講した者が、Semmes-Weinstein monofilament setを用いて知覚機能を定量的に測定した場合に算定できる。なお、検査の実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する評価マニュアルを遵守すること。

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「D239-5」精密知覚機能検査の算定留意事項にある「当該検査に関する研修」及び「関係学会の定める診療に関する評価マニュアル」とは何を指すのか。

A 前者は日本ハンドセラピー学会が行うSW-test講習を指し、後者は日本手外科学会及び日本ハンドセラピー学会が定める「SWTによる静的触覚の評価マニュアル」を指す

検査

●項目の分割・注の追加

D261 屈折検査

改定

【屈折検査】

<u>1 6歳未満の場合</u>	<u>69点</u>
<u>2 1以外の場合</u>	<u>69点</u>

[算定要件]

- (1) 屈折検査は、検眼レンズ等による自覚的屈折検定法又は検影法、レフラクトメーターによる他覚的屈折検定法をいい、両眼若しくは片眼又は検査方法の種類にかかわらず、所定点数により算定し、裸眼視力検査のみでは算定できない。
- (2) 散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回を限度として所定点数を算定する。
- (3) 屈折検査と区分番号「D263」矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方せんを交付した場合に限り併せて算定できる。ただし、「1」については、弱視又は不同視等が疑われる場合に限り、3月に1回(散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回)に限り併せて算定できる。

検査

●項目の分割・注の追加

D263 矯正視力検査

改定	
【矯正視力検査】	
1 眼鏡処方せんの交付を行う場合	69点
2 1以外の場合	69点

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 弱視又は不同視等が疑われる6歳未満の小児に対して、「D261」屈折検査と「D263」矯正視力検査を併施した場合は、3月に1回に限り併せて算定できるが、散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回の合計2回算定できるか。

A 算定できる。

【検査】

内視鏡検査

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 鎮静下に内視鏡検査を実施する際のモニターとして、心電図、呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定は認められるか。

A 当該項目の算定要件を満たしている場合には、それぞれの所定点数を算定できる。

Q 健康診断において、胃・十二指腸ファイバースコープ又は大腸ファイバースコープを実施し、病変を認めた場合、引き続いて実施される狭帯域光による観察又は粘膜点墨法について、狭帯域光強調加算又は粘膜点墨法に係る加算の項目のみを算定できるか。

A 算定できない。

【E 特掲診療料】⑦〇 画像診断

画像診断

【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）-⑦】
画像診断管理加算の夜間等における負担軽減 骨子【1-2(7)】

●通則4～7 画像診断管理加算 夜間等における負担軽減

改定

【画像診断管理加算1、加算2及び遠隔画像診断を行った場合の画像診断管理加算】届出

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局等に届出を行った保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合に加算する。

[施設基準等]

夜間又は休日に撮影された画像について、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で、読影した場合も対象となる。

なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては安全管理を確実に行った上で実施する必要がある。

「十分な装置・機器」とは、厚労省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を順守していることというふうに考えている。今回、遠隔での画像の送受信や、ICTを使ったような施設基準を幾つか設けている。その情報のセキュリティについては、かなり懸念する声も耳にしている。施設基準の中で、安全管理については随所に記載している。そういったところは非常に重要である。（3/4 厚労省説明会 質疑応答より）

【画像診療管理加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

画像診断管理加算について、夜間又は休日に撮影された画像を、当該専ら画像診断を担当する医師が、当該保険医療機関以外の場所で読影及び診断を行い、その結果を報告する場合、読影、診断及び報告は夜間又は休日以外の時間帯でも算定は可能であるか。

A

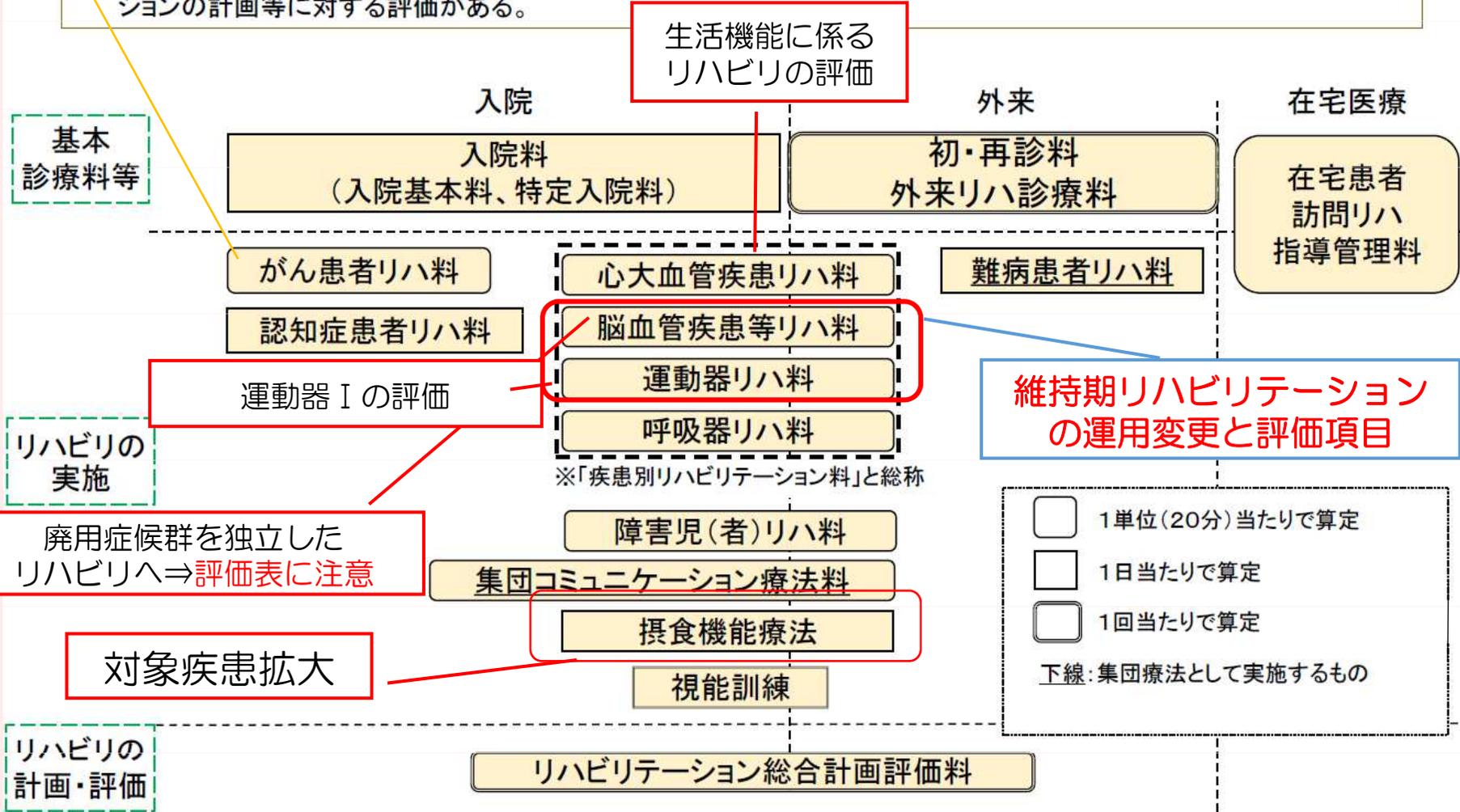
算定可能である。

【H 特掲診療料】⑧⑩ リハビリテーション

がん患者リハビリテーションの開始時及びその後3か月に1回以上、患者又はその家族に対して当該がん患者リハビリテーションの実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

リハビリテーションにかかる診療報酬の構造

リハビリテーションの診療報酬には、基本診療料等に加え、リハビリテーションの実施に対する評価や、リハビリテーションの計画等に対する評価がある。



リハビリテーション

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑧
生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充 骨子【II-3(8)】

●生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

改定

【リハビリテーション通則】

[算定要件]

届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。また、当該保険医療機関外であっても、以下を全て満たす場合は疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。

(略)

- ・入院中の患者
- ・疾患別リハ(Ⅰ)
- ・1日3単位まで

次頁の(1)～(4)を
満たす

リハビリテーション

【 11-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑧
生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充 骨子【 11-3(8) 】

●生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関に**入院中の患者に対する訓練**であること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するものであること。
- (3) 以下の**訓練のいずれか**であること。
 - ① **移動の手段**の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等の訓練を行うもの。
 - ② 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う**職業への復職の準備が必要な患者**に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって**当該保険医療機関内で実施できないもの**を行うもの。
 - ③ **家事能力の獲得が必要である患者**に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等(訓練室の設備ではなく**居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由**がある場合に限る。)の訓練を行うもの。
- (4) 実施にあたっては、**訓練を行う場所への往復を含め、常時従事者が付添い**必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮していること。

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 運動器不安定症の定義は何か。また、その診断は何を基準として行うか。

A それぞれ日本整形外科学会、日本運動器リハビリテーション学会及び日本臨床整形外科学会が示した「**運動器不安定症の定義と診断基準**」による定義及び診断基準を用いる。なお、当該「**運動器不安定症の定義と診断基準**」は、平成28年2月18日に改訂されたことに留意すること。の要件を満たしていれば兼ねることができる。

Q 運動器不安定症に対して疾患別リハビリテーションを実施するにあたり、標準的算定日数の起算日はいつとすべきか。

A **運動器不安定症の急性増悪があった場合はその日**とする。それ以外の場合は、運動器不安定症の診断が**最初になされた時点**を起算日とする。
なお、最初に運動器不安定症と診断した際とは別の要件で新たに診断基準を満たした場合でも、**新たに標準的算定日数を起算することはできないので留意すること。**

定義

高齢化にともなって運動機能低下をきたす運動器疾患により、バランス能力 および移動歩行能力の低下が生じ、閉じこもり、転倒リスクが高まった状態

診断基準

下記の、高齢化にともなって運動機能低下をきたす11の運動器疾患または状態の既往があるか、または罹患している者で、日常生活自立度ならびに運動機能が以下の機能評価基準に該当する者

機能評価基準

- 1 日常生活自立度判定基準ランクJまたはAに相当
- 2 運動機能：1)または2)
 - 1)開眼片脚起立時：15秒未満
 - 2)3m timed up-and-go (TUG) テスト：11秒以上

※注 日常生活自立度ランク

- J：生活自立（独力で外出できる）
- A：準寝たきり（介助なしには外出できない）

高齢化にともなって運動機能低下をきたす11の運動器疾患または状態

- ① 脊椎圧迫骨折および各種脊柱変型（亀背、高度腰椎後弯・側弯など）
- ② 下肢の骨折（大腿骨頸部骨折など）
- ③ 骨粗鬆症
- ④ 変形性関節症（股関節、膝関節など）
- ⑤ 腰部脊柱管狭窄症
- ⑥ 脊髄障害（頸部脊髄症、脊髄損傷など）
- ⑦ 神経・筋疾患
- ⑧ 関節リウマチおよび各種関節炎
- ⑨ 下肢切断後
- ⑩ 長期臥床後の運動器廃用
- ⑪ 高頻度転倒者

「運動器不安定症の定義と診断基準」

出典元：公益社団法人 日本整形外科学会 2016年3月1日修正版

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 運動器不安定症に対して疾患別リハビリテーションを実施する場合、運動器リハビリテーション料を算定すると考えてよいか。

A 運動器不安定症に対しては、原則として運動器リハビリテーション料を算定する。ただし、運動器不安定症と診断する際、診断基準のうち「**運動機能低下を来す疾患**」が「**長期臥床後の運動器廃用**」の既往又は罹患のみであった場合は、**廃用症候群リハビリテーション料**を算定する。
また、運動器不安定症に対して廃用症候群リハビリテーション料を算定した患者について、その後、同一の保険医療機関において**再び運動器不安定症を原因疾患**としてリハビリテーションを開始する場合は、「**運動機能低下を来す疾患**」の**該当状況にかかわらず廃用症候群リハビリテーション料**を算定する。

Q 疾患別リハビリテーション料等の施設基準において「当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない」とあるが、介護保険によるリハビリテーションは「他の業務」に含まれるか。

A 含まれる。

リハビリテーション

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑤】
廃用症候群リハビリテーション料の新設 骨子【II-3(5)】

●H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

新設

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料 (1日6単位)
(別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位)

<u>1 廃用症候群リハビリテーション料 (I) (1単位)</u>	<u>180点</u>
<u>2 廃用症候群リハビリテーション料 (II) (1単位)</u>	<u>146点</u>
<u>3 廃用症候群リハビリテーション料 (III) (1単位)</u>	<u>77点</u>

[算定要件]

施設基準適合保険医療機関において地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、廃用症候群の診断又は急性増悪から **120日以内**に限り所定の点数を算定する。

ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、**120日**を超えて所定点数を算定することができる。

急性疾患等(治療の有無を問わない。)に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの

- ・算定対象患者は、特に別表では示していない。
- ・運動器不安定症の中でも廃用症候群のものについては、廃用症候群という取り扱いにするということが、中医協(中央社会保険医療協議会)でも議論されている。追って事務連絡で示したい。運動器不安定症の中で、廃用症候群によるものは廃用症候群リハビリテーション料で算定することになる。

(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

【H003-2 リハビリテーション
総合計画評価料】
(月1回)算定可能

【B001・17 慢性疼痛疾患管理料】
算定患者は算定不可

リハビリテーション

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑤】
廃用症候群リハビリテーション料の新設 骨子【II-3(5)】

●H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

[レセプト記載要領]

・当該項目、回数・算定単位数、
合計点数及び実施日数を記載する。
・疾患名、発症月日、手術月日、
急性増悪した月日又は最初に
診断された月日

[施設基準]

- (1) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)につき、それぞれ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)と同様。
- (2) 専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士については、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における**常勤理学療法士、常勤作業療法士との兼任は可能であること。**
- (3) **専従の常勤言語聴覚士**については、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、**別に定めがある場合を除き兼任は可能であること。**

【経過措置】

平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群の場合)を受けている患者については、**当該時点の算定上限日数を適用する。**

リハビリテーション

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

注4 要介護被保険者等の維持期リハビリテーション

新設

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

<u>1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</u>	<u>108点</u>
<u>2 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</u>	<u>88点</u>
<u>3 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</u>	<u>46点</u>

通則5にH001-2 廃用症候群リハビリテーション料 追加

<通則5より抜粋>

J117 鋼線等による直達牽引、J118 介達牽引、J118-2 矯正固定、
J118-3 変形機械矯正術、J119 消炎鎮痛等処置、J119-2 腰部又は胸部固定帯、
J119-3 低出力レーザー照射、J119-4 肛門処置 を併せて行った場合は、
廃用症候群リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

リハビリテーション

「廃用症候群リハビリテーション料」

(別紙様式22、疾病分類表)

リハビリテーションの起算日以外に
廃用症候群の診断日を記載

(別紙様式22) 廃用症候群に係る評価表				疾病コード (001~119)			疾病分類 (ICD-10 第10版 2003年(準拠))																																																														
患者氏名	男・女	入院	外来	疾病コードと疾病分類の対応表																																																																	
生年月日	年 月 日 (歳)	入院日	年 月 日																																																																		
主傷病		廃用症候群の診断日	年 月 日	<table border="1"> <tr> <td>感染症及び寄生虫症</td> <td>041 屈折及び関節の障害</td> <td>084 その他の消化器系の疾患</td> </tr> <tr> <td>001 肺炎感染症</td> <td>042 その他の眼及び付属器の疾患</td> <td>皮膚及び皮下組織の疾患</td> </tr> <tr> <td>002 結核</td> <td colspan="2">耳及び乳様突起の疾患</td> </tr> <tr> <td>003 主として性的伝播様式をとる感染症</td> <td>043 外耳炎</td> <td>085 皮膚及び皮下組織の感染症</td> </tr> <tr> <td>004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患</td> <td>044 その他の外耳疾患</td> <td>086 皮膚炎及び湿疹</td> </tr> <tr> <td>005 ウイルス肝炎</td> <td>045 中耳炎</td> <td>087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患</td> </tr> <tr> <td>006 その他のウイルス疾患</td> <td>046 その他の中耳及び乳様突起の疾患</td> <td>筋骨格系及び結合組織の疾患</td> </tr> <tr> <td>007 真菌症</td> <td>047 メニエール病</td> <td>088 炎症性多発性関節障害</td> </tr> <tr> <td>008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症</td> <td>048 その他の内耳疾患</td> <td>089 関節症</td> </tr> <tr> <td>009 その他の感染症及び寄生虫症</td> <td>049 その他の耳疾患</td> <td>090 脊椎障害(脊椎症を含む)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">新生物</td> <td colspan="3">循環器系の疾患</td> </tr> <tr> <td>010 胃の悪性新生物</td> <td>050 高血圧性疾患</td> <td>091 椎間板障害</td> </tr> <tr> <td>011 結腸の悪性新生物</td> <td>051 虚血性心疾患</td> <td>092 頰頰症候群</td> </tr> <tr> <td>012 直腸の粘膜移行部及び直腸の悪性新生物</td> <td>052 その他の心疾患</td> <td>093 腰痛症及び坐骨神経痛</td> </tr> <tr> <td>013 肝及び肝内胆管の悪性新生物</td> <td>053 くも膜下出血</td> <td>094 その他の脊柱障害</td> </tr> <tr> <td>014 気管、気管支及び肺の悪性新生物</td> <td>054 脳内出血</td> <td>095 肩の傷害<損傷></td> </tr> <tr> <td>015 乳房の悪性新生物</td> <td>055 脳梗塞</td> <td>096 骨の密度及び構造の障害</td> </tr> <tr> <td>016 子宮の悪性新生物</td> <td>056 脳動脈硬化(脳)</td> <td>097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>腎尿路生殖腺系の疾患</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>098 脳神経系及び脳神経筋疾患</td> </tr> </table>			感染症及び寄生虫症	041 屈折及び関節の障害	084 その他の消化器系の疾患	001 肺炎感染症	042 その他の眼及び付属器の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患	002 結核	耳及び乳様突起の疾患		003 主として性的伝播様式をとる感染症	043 外耳炎	085 皮膚及び皮下組織の感染症	004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	044 その他の外耳疾患	086 皮膚炎及び湿疹	005 ウイルス肝炎	045 中耳炎	087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患	006 その他のウイルス疾患	046 その他の中耳及び乳様突起の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患	007 真菌症	047 メニエール病	088 炎症性多発性関節障害	008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	048 その他の内耳疾患	089 関節症	009 その他の感染症及び寄生虫症	049 その他の耳疾患	090 脊椎障害(脊椎症を含む)	新生物			循環器系の疾患			010 胃の悪性新生物	050 高血圧性疾患	091 椎間板障害	011 結腸の悪性新生物	051 虚血性心疾患	092 頰頰症候群	012 直腸の粘膜移行部及び直腸の悪性新生物	052 その他の心疾患	093 腰痛症及び坐骨神経痛	013 肝及び肝内胆管の悪性新生物	053 くも膜下出血	094 その他の脊柱障害	014 気管、気管支及び肺の悪性新生物	054 脳内出血	095 肩の傷害<損傷>	015 乳房の悪性新生物	055 脳梗塞	096 骨の密度及び構造の障害	016 子宮の悪性新生物	056 脳動脈硬化(脳)	097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患			腎尿路生殖腺系の疾患			098 脳神経系及び脳神経筋疾患
感染症及び寄生虫症	041 屈折及び関節の障害	084 その他の消化器系の疾患																																																																			
001 肺炎感染症	042 その他の眼及び付属器の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患																																																																			
002 結核	耳及び乳様突起の疾患																																																																				
003 主として性的伝播様式をとる感染症	043 外耳炎	085 皮膚及び皮下組織の感染症																																																																			
004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	044 その他の外耳疾患	086 皮膚炎及び湿疹																																																																			
005 ウイルス肝炎	045 中耳炎	087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患																																																																			
006 その他のウイルス疾患	046 その他の中耳及び乳様突起の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患																																																																			
007 真菌症	047 メニエール病	088 炎症性多発性関節障害																																																																			
008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	048 その他の内耳疾患	089 関節症																																																																			
009 その他の感染症及び寄生虫症	049 その他の耳疾患	090 脊椎障害(脊椎症を含む)																																																																			
新生物			循環器系の疾患																																																																		
010 胃の悪性新生物	050 高血圧性疾患	091 椎間板障害																																																																			
011 結腸の悪性新生物	051 虚血性心疾患	092 頰頰症候群																																																																			
012 直腸の粘膜移行部及び直腸の悪性新生物	052 その他の心疾患	093 腰痛症及び坐骨神経痛																																																																			
013 肝及び肝内胆管の悪性新生物	053 くも膜下出血	094 その他の脊柱障害																																																																			
014 気管、気管支及び肺の悪性新生物	054 脳内出血	095 肩の傷害<損傷>																																																																			
015 乳房の悪性新生物	055 脳梗塞	096 骨の密度及び構造の障害																																																																			
016 子宮の悪性新生物	056 脳動脈硬化(脳)	097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患																																																																			
		腎尿路生殖腺系の疾患																																																																			
		098 脳神経系及び脳神経筋疾患																																																																			
要介護度	要介護・要支援	リハビリテーション起算日	年 月 日	<p>〔記載上の注意〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。 「4」の毎月の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。 																																																																	
算定しているリハビリテーション料(該当するものに○)	廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III																																																																				
1	廃用を生じる契機となった疾患等																																																																				
2	廃用に至った経緯等																																																																				
3	手術の有無	有	無																																																																		
	手術名																																																																				
	手術年月日																																																																				
4	治療開始時のADL	BI	点																																																																		
	月毎の評価点数	BI	点																																																																		
	(BI又はFIMどちらかを記入)	BI	点																																																																		
		BI	点																																																																		
		BI	点																																																																		
		BI	点																																																																		
5	一月当たりのリハビリテーション	実施日数																																																																			
		提供単位数																																																																			
6	リハビリテーションの内容	具体的に記載すること																																																																			
7	改善に要する見込み期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上																																																																			
8	前回の評価からの改善や変化	-1 悪化 0 維持 1 改善 BI・FIMで()点程度の改善																																																																			
〔記載上の注意〕																																																																					
1 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。																																																																					
2 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。																																																																					
3 「4」の毎月の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。																																																																					
4 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。																																																																					
疾病コード (001~119)			疾病分類 (ICD-10 第10版 2003年(準拠))																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群</td> <td>078 アルコール性肝疾患</td> <td>117 熱傷及び凍傷</td> </tr> <tr> <td>037 自律神経系の障害</td> <td>079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)</td> <td>118 中毒</td> </tr> <tr> <td>038 その他の神経系の疾患</td> <td>080 肝硬変(アルコール性のものを除く)</td> <td>119 その他の損傷及びその他の原因の影響</td> </tr> <tr> <td colspan="3">眼及び付属器の疾患</td> </tr> <tr> <td>039 結膜炎</td> <td>081 その他の肝疾患</td> <td></td> </tr> <tr> <td>040 白内障</td> <td>082 胆石症及び胆のう炎</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>083 脚疾患</td> <td></td> </tr> </table>			036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	078 アルコール性肝疾患	117 熱傷及び凍傷	037 自律神経系の障害	079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	118 中毒	038 その他の神経系の疾患	080 肝硬変(アルコール性のものを除く)	119 その他の損傷及びその他の原因の影響	眼及び付属器の疾患			039 結膜炎	081 その他の肝疾患		040 白内障	082 胆石症及び胆のう炎			083 脚疾患																																															
036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	078 アルコール性肝疾患	117 熱傷及び凍傷																																																																			
037 自律神経系の障害	079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	118 中毒																																																																			
038 その他の神経系の疾患	080 肝硬変(アルコール性のものを除く)	119 その他の損傷及びその他の原因の影響																																																																			
眼及び付属器の疾患																																																																					
039 結膜炎	081 その他の肝疾患																																																																				
040 白内障	082 胆石症及び胆のう炎																																																																				
	083 脚疾患																																																																				

脳血管疾患・運動器・廃用症候群リハビリテーションの方向性

1週間以内にFIMまたはBIが10以上低下

維持期リハビリ

- ① 外来患者
- ② 要介護被保険者等
- ③ 右記リハビリを行っている
- ④ 標準的算定日を超えた患者

- ◆ H001 脳血管疾患リハビリテーション
→ 発症、手術、慢性疾患の急性増悪から180日
(その他のものについては最初に診断された時点から)
- ◆ H002 運動器リハビリテーション
→ 発症、手術、慢性疾患の急性増悪から150日
(その他のものについては最初に診断された時点から)
- ◆ H001-2 廃用症候群リハビリテーション
→ 廃用症候群の診断または急性増悪120日

標準的算定日超過した場合
(1月13単位まで)点数減じて算定

新設

H003-4
目標設定等支援・管理料

標準日数
1/3を経過

※直近3か月以内に
管理料算定していない場合
リハビリ所定点数×0.9

改定

- ※過去1年間に通所リハビリテーション
又は介護予防通所リハビリテーションを実施実績
- ① 実績のある医療機関(届出) → 所定点数×0.6
- ② 実績のない医療機関 → 上記①の所定点数×0.8

注5の
解説

※要介護被保険者等
外来患者は、原則として平成30年4月1日
以降は対象とはならない

※減算については
平成28年10月1日から実施する。

リハビリテーション

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑥

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等 骨子【II-3(6)】

- 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価

新設

H003-4

目標設定等支援・管理料

<u>1 初回の場合</u>	<u>250点</u>
<u>2 2回目以降の場合</u>	<u>100点</u>

別紙様式
23の5

[算定要件]

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等に以下の指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
 - ① 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シートを作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付する。
 - ② 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等に対して説明し、その事実及び被説明者が説明をどのように受け止め、どの程度理解したかについての評価を診療録に記載する。

リハビリテーション

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑥

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等 骨子【II-3(6)】

- 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価

[算定要件]

ア)説明時点までの経過

イ)治療開始時及び説明時点のADL評価(BarthelIndex又はFIMによる評価の得点及びその内訳を含む。)

ウ)説明時点における患者の機能予後の見通し

エ)医師及びその他の従事者が、当該患者の生きがい、価値観等についてどう認識しており、機能予後の見通しを踏まえて、患者がどのような活動ができるようになること、どのような形で社会に復帰できることを目標としてリハビリテーションを行っているか、又は行う予定か。

オ)現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエ)の目標にどのように関係するか。

別紙様式
23の5「記載上の注意」欄にあり

- ③①及び②の交付、説明は、リハビリテーション実施計画書の説明、又はリハビリテーション総合計画書の交付、説明の機会に一体として行って差し支えない

リハビリテーション

【11-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑥

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等 骨子【11-3(6)】

2. 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価

[算定要件]

④当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者又は患者の看護に当たる家族等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所(当該保険医療機関を含む。)を紹介し、見学、体験(入院中の患者以外の患者に限る。)を提案する。

(2) 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、直近3か月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、当該リハビリテーション料の100分の90を算定する。

【経過措置】

目標設定等支援・管理料を算定していない場合の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション料の減算については、平成28年10月1日から実施する。

リハビリテーション

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑥

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等 骨子【II-3(6)】

●医療保険と介護保険のリハビリテーションについて、併給できる期間の拡大

改定前	改定後
<p>要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。</p>	<p>要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護リハビリテーションに移行した日以降保険におけるは、当該リハビリテーションに係る疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。</p>

H26年改定による項目 B005-1-3
介護保険リハビリテーション移行支援料
500点(外来)

活用

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援における紹介、提案等によって、介護保険におけるリハビリテーションの内容を把握する目的で、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の提供を受ける場合は当該「移行」に含まない。

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 目標設定等支援・管理料を算定した患者に対して介護保険のリハビリテーションを紹介した場合、体験等の目的で介護保険のリハビリテーションを1月に5日を超えない範囲で受けても、引き続き医療保険のリハビリテーションを算定することが可能とされているが、介護予防通所リハビリテーションのように月額で算定されるリハビリテーションはどのように解釈するべきか。

A 支払いの方式にかかわらず、当該患者が介護保険のリハビリテーションを受けた日数が1月に5回を超えないことが要件である。なお、目標設定等支援・管理料を算定した患者に介護保険のリハビリテーションを紹介した医療機関は、紹介先の事業所への照会等によって、当該患者による介護保険のリハビリテーションの利用が暦月で5日を超えたことがあるかを把握し、当該患者を他の保険医療機関に紹介する場合等にも当該情報が引き継がれるよう留意すること。

Q 目標設定等・支援管理料とリハビリテーション総合計画評価料は同一月に併算定できるか。

A できる。

リハビリテーション 目標設定等支援・管理シート(別紙様式23の5)

別紙様式 23 の 5

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
説明・交付日 年 月 日

患者氏名: 生年月日: 年 月 日

1. 発症からの経過 (リハビリテーション開始日: 年 月 日)

2. ADL評価 (Barthel Index または FIM による評価) (リハビリ開始時及び現時点)
(Barthel Index の場合)

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10	5	15	10	5
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10	5	15	10	5
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
	合計 (0-100 点)			合計 (0-100 点)		

FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション	現時点	
			開始時点	得点	
運動	セルフケア	食事			
		整容			
		更衣 (上半身)			
		更衣 (下半身)			
		トイレ			
	排泄	排尿コントロール			
		排便コントロール			
		移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ			
	移動	浴槽・シャワー			
		歩行・車椅子			
		階段			
小計					
認知	コミュニケーション	理解			
		表出			
		社会交流			
	社会認識	問題解決			
		記憶			
		小計			
合計					

目標設定等支援・管理シート (別紙様式23の5の1枚目)

バーセルインデックス
又は
FIMによる評価を行う

リハビリテーション

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在の リハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・ 医師の説明の内容

・ 患者の受け止め

患者の受け止め

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）
介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）
紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

「目標設定等支援・管理シート」 （別紙様式23の5の2枚目）

【記載上の注意】

1. 本シートの交付、説明は、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実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。
2. 「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。
3. 「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。

**※外来患者に対しては
介護保険で行うリハビリテーションの
紹介や体験等の提供を行う**

リハビリテーション

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑫】
摂食機能療法の対象の明確化等 骨子【II-3(12)】

[レセプト記載要領]
疾患名及び当該疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を記載する。

●H004 摂食機能療法

改定

【摂食機能療法】

[算定要件]

摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して(中略)算定する。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの、及び他に内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できる患者であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるものをいう。

全日本病院協会 事務連絡(その1)平成28年4月8日

Q

胸部X線撮影で誤嚥性肺炎の診断をした場合でも、VF、VE検査を施行しなければ摂食機能療法の算定はできないのか。

A

そのとおり。

リハビリテーション

【Ⅱ-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-①】
リンパ浮腫の複合的治療等 骨子【Ⅱ-3(11)】

●H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

新設

H007-4

届出

リンパ浮腫複合的治療料

1 重症の場合

200点(1日につき)

2 1以外の場合

100点(1日につき)

[算定要件]

- (1) リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降の患者。Ⅱ期後期以降を重症とする。
- (2) 重症の場合は治療を開始した月とその翌月は2月合わせて11回を限度として、治療を開始した月の翌々月からは月1回を限度として所定の点数を算定する。重症以外の場合は、6月に1回を限度として所定の点数を算定する。

リハビリテーション

【Ⅱ-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑪】
リンパ浮腫の複合的治療等 骨子【Ⅱ-3(11)】

●H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

[算定要件]

- (3) 専任の医師が直接行うもの、又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士又は作業療法士が行うものについて算定する。あん摩マッサージ指圧師(当該保険医療機関に勤務する者で、**あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、保険医療機関において2年以上業務に従事し、施設基準に定める適切な研修を修了した者に限る。**)が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が**事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定**できる。
- (4) **弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、用手的リンパドレナージ、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、重症については1回 40 分以上、それ以外の場合は1回 20 分以上行った場合に算定する。**なお、一連の治療において、**患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導は必ず行うこと。**また、**重症の場合は、毎回の治療において弾性着衣又は弾性包帯による圧迫を行うこと(行わない医学的理由がある場合を除く。)**。

リハビリテーション

●H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

様式43の7

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師1名及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士1名が勤務していること。
 - ① それぞれの資格を取得後2年以上経過していること。
 - ② 直近2年以内にリンパ浮腫を5例以上診療していること(医師の場合に限る。)
 - ③ リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修(座学が33時間以上、実習が67時間以上行われ、修了に当たって試験が行われるもの。)を修了していること。
- (2) 当該保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。
- (3) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎に対する診療を適切に行うことができること。

リンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していない場合、リンパ浮腫の診断等に係る連絡先として届出保険医療機関(直近1年間にリンパ浮腫指導管理料50回以上算定している)において、リンパ浮腫と診断され、リンパ浮腫の複合的治療する旨とともに紹介されたもの(診療情報提供料Ⅰを算定するものに限る)についてのみ算定できる。

医学管理等

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-⑪】
リンパ浮腫の複合的治療等 骨子【II-3(11)】

●B001-7 リンパ浮腫指導管理料

リンパ浮腫に対する
指導管理項目
(医学管理等)

指導管理を行うものに
OTが追加

改定

【B001-7 リンパ浮腫指導管理料】

[算定要件]

医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士又は作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、(中略)算定する。

[レセプト記載要領]

- ・退院後に再度算定した場合は、退院日及び実施した手術名を記載。
- ・地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において算定する場合は、入院中に当該指導管理料を算定した保険医療機関名及び実施した手術名を記載。
- ・手術日(手術前に当該指導を実施した場合であって、診療報酬明細書を作成する時点で手術を実施していない場合には、手術予定日を記載

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑩】
リハビリテーション専門職の専従規定の見直し 骨子【Ⅱ－3(10)】

●リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

1. 難病患者リハビリテーション料において求められる「専従する2名以上の従事者」について、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行わないと決めている曜日等において、他のリハビリテーション等の専従者と兼任できることとする。また、当該リハビリテーションを実施していない時間帯は、別の業務に従事できることとする。
2. 第7部リハビリテーション第1節の各項目の施設基準のうち、**専従の常勤言語聴覚士**を求めるものについて、**相互に兼任可能**とする。ただし、**摂食機能療法経口摂取回復促進加算**については、**前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満**である場合に限る。

【リハビリテーション】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準において、「循環器科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること」とあるが、前者が後者を兼ねることができるか。同様に、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準において、「心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する医師(非常勤を含む。)及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師(非常勤を含む。)が1名以上勤務していること」とあるが、前者が後者を兼ねることができるか。

A それぞれの要件を満たしていれば兼ねることができる。

Q あん摩マッサージ指圧師がリンパ浮腫複合的治療を実施する場合、「専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定できる。」とあるが、**毎回の治療において指示及び報告が必要なのか。**

A **毎回の治療において、指示及び報告が必要である。また、様式は問わないが、指示の内容及びその指示者並びに報告の内容及びその報告を受けた者を記録として残すこと**

【リハビリテーション】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 疾患別リハビリテーション料等の施設基準において「当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない」とあるが、介護保険によるリハビリテーションは「他の業務」に含まれるか。

A 含まれる。

【リハビリテーション】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

廃用症候群リハビリテーション料の留意事項に「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料、「H003」呼吸器リハビリテーション料、「H007」障害児（者）リハビリテーション料、「H007-2」がん患者リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する。」とあるが、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合も同様に、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定すると考えてよいか。

A

そのとおり。

Q

「H003」呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションの前又は後に、「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定を行った場合、リハビリテーションの前であるか後であるかを問わず経皮的動脈血酸素飽和度測定は算定できないと考えてよいか。

A

そのとおり。呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用が含まれるが、これは当該測定の実施がリハビリテーションの前であるか後であるかを問わない。

【リハビリテーション】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「H003」呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションを実施した日の、リハビリテーションとは別の時間帯に行った酸素吸入の費用は、別に算定できるか。

A できる。呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、呼吸機能訓練と同時に行った「J024」酸素吸入の費用は含まれるが、呼吸機能訓練と別に行った酸素吸入の費用は同日であっても別に算定できる。

Q 呼吸器リハビリテーションについて、「疑義解釈資料の送付について」（平成20年3月28日事務連絡）で「術前に呼吸器リハビリテーションを開始した場合、手術後の治療開始日を改めて標準的算定日数の算定開始日とできるのか。」という問いに対し「可能である」とある。これは平成28年4月以降も適用されるか。また、初期加算、早期リハビリテーション加算についても同様の取扱いとなるか。

A 標準的算定期間についての取扱いは変わらない。早期リハビリテーション加算及び初期加算について、術前のリハビリテーションについては治療開始日から算定できる。術後のリハビリテーションに係る早期リハビリテーション加算及び初期加算については、手術から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日及び14日に限り算定できる。

【I 特掲診療料】⑧〇 精神科専門療法

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)-⑦】
自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価 骨子【Ⅲ-3(6)】

●自殺企図後の患者に対する継続的な指導

新設

I002-3

届出 救急患者精神科継続支援料

1	入院中の患者	435点	(月1回)
2	1以外	135点	(6ヶ月に6回まで)

[レセプト記載要領]

「2」については、電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、当該指導等を行った月を記載する。

[算定要件]

- (1) **自殺企図後の患者**に、生活上の課題や精神疾患の療養に関する課題を確認し、必要な助言・指導等を行う。
- (2) 継続支援料1は、週1回以上の診察を行っている精神科医が、又は当該精神科医の指示に基づき看護師、精神保健福祉士等が、**入院中の患者に助言・指導等を行った場合に算定する。**
- (3) 継続支援料2は、**入院中に当該患者の指導を担当した精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、精神保健福祉士等が、入院中の患者以外の患者に、1ヶ月間に2回以上、電話等で指導等を行った上で、外来で指導等を行った場合に算定する。**

入院した日から起算して6月以内の期間に月1回

退院後6月以内に限り、計6回を限度

精神科専門療法

●救急患者精神科継続支援料

[施設基準]

精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。

自殺企図後の精神疾患の患者への指導に係る適切な研修を受けた専任の常勤医師1名及び適切な研修を受けた専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤臨床心理技術者又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。

◆専任の常勤医師・専任の常勤看護師・専任の常勤作業療法士・
専任の常勤精神保健福祉士・専任の常勤臨床心理技術者・
専任の常勤社会福祉士の適正な研修とは…

- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること
(16時間以上の研修期間であるもの)。
- イ 講義及び演習により次の内容を含むものであること。
 - (イ) 自殺死亡者及び自殺企図後の患者についての基本的事項
 - (ロ) 救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントの概要
 - (ハ) 自殺企図のリスク因子と防御因子について
 - (ニ) 自殺企図後の患者とのコミュニケーション技法について
 - (ホ) 初回ケースマネジメント面接について
 - (ヘ) 定期ケースマネジメントについて
 - (ト) ケースマネジメントの終了について
 - (チ) インシデント対応について
 - (リ) ポストベンションについて
 - (ヌ) チーム医療とセルフケアについて
- ウ 研修にはグループワークや、救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントを豊富に経験している者による実技指導やロールプレイ等を含むこと。

専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。

【1002-3 救急患者精神科継続支援料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 自殺企図等によって生じた外傷又は身体症状については入院の必要はないものの、**自傷他害の恐れがあるため入院が必要と診断した患者**について、算定可能か。

A **算定できない。自殺企図等によって生じた外傷又は身体症状に対し、入院治療が必要な患者**についてのみ算定可能である。

Q 電話による指導等を試みたが、**患者が電話に応答しなかった場合に**、救急患者精神科継続支援料2を算定できるか。

A **算定できない。**

Q 「自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修」にはどのようなものがあるのか。

A 現時点では、「救命救急センターに搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修会（国立精神・神経医療センターが実施するもの又は厚生労働省自殺未遂者再企図防止事業の一部として実施するものに限る。）」が相当する。

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)－】

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施 骨子【Ⅲ－3(10)】

●I003-2認知療法・認知行動療法

[レセプト記載要領]
初回の算定月日と一連の治療における算定回数の合計を記載。

【対象疾患の拡大】
強迫性障害、社交不安障害、パニック障害又は心的外傷後ストレス障害 が追加された

改定	
【認知療法・認知行動療法】	
1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合	500点
2 1以外の医師による場合	420点
届出	
3 <u>地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と、一定の知識、経験を有する看護師が共同して行う場合</u>	<u>350点</u>

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)－】

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施 骨子【Ⅲ－3(10)】

●I003-2 認知療法・認知行動療法

[算定要件]

- (1) 「3」に規定する点数は、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療にかかる面接の一部を**専任の看護師が実施**した場合に算定する。
ただし、下記のすべてを満たすこと。
- ① 初回と、治療の終了を予定する回の治療にかかる面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席する。
 - ② その間の治療は、初回に同席した看護師が実施し、面接後に、専任の医師が、患者と5分以上面接する。
 - ③ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音する。専任の医師はその内容を、指示、指導の参考とする。
- (2) 「1」、「2」及び「3」に規定する点数は、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。

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)－】

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施 骨子【Ⅲ－3(10)】

●I003-2 認知療法・認知行動療法

[施設基準]

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 精神科救急医療体制の確保に協力等を行い、認知療法・認知行動療法に習熟した専任の精神保健指定医が1名以上勤務していること。
- (3) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。
 - ア 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
 - イ 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回以上のものであるものについて、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。

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)－】

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施 骨子【Ⅲ－3(10)】

●I003-2 認知療法・認知行動療法

ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。

- (イ) 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。
- (ロ) 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)に準拠したプログラムによる2日以上のものであること。
- (ハ) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものであること。
- (ニ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

【 I003-2 認知療法・認知行動療法 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

- Q** 認知療法・認知行動療法3の施設基準通知において、「認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること」が要件とされているが、**同席する面接は医師によるものでなくてもよい**か。
- A** 同席の対象は認知療法・認知行動療法**1又は2を算定する面接に限る**。従って、**医師によって行われる面接のみが対象**となる。なお、認知療法・認知行動療法3を算定する面接は対象とならないので留意すること。

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)-⑩】
薬物依存症に対する集団療法の評価 骨子【Ⅲ-3(9)】

●I006-2 依存症集団療法

新設

I006-2

届出 依存症集団療法

340点(1回につき)
(6ヶ月間に限る。)

<入院中以外の患者>

- ・覚せい剤
 - ・麻薬
 - ・危険ドラッグ 等
- 物質依存の状態にあるもの

[レセプト記載要領]
治療開始日を記載する。

[算定要件]

- (1) 医師又は医師の指示を受けた**看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者で構成される2人以上の者**(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))であること。)が、**薬物依存症の患者**に対し、標準化された方法で集団療法を実施した場合に、**6月以内に限り、週1回を限度**として算定する。
ただし、医学的に必要な場合には、治療開始日から2年以内に限り、別途、週1回かつ計24回を限度として算定できる。
- (2) 1回に20人を限度とし、90分以上実施した場合に算定する。

治療開始から起算して

[施設基準]

- (1) 専任の精神科医師及び専任の看護師、**専任の作業療法士**(いずれも**研修を修了した者に限る。)**が**それぞれ1名以上**勤務していること。
- (2) 当該集団療法の実施時間において、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは作業療法士いずれか1名以上(研修を修了した者に限る。)が専従していること。

精神科専門療法

●I006-2 依存症集団療法

専任の精神科医及び専任の看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。

[施設基準]

専任の精神科医・専任の看護師・専任の作業療法士の適正な研修とは…

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること

(14時間以上の研修期間であるもの)。

イ 研修内容に以下の内容を含むこと。

(イ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向

(ロ) 依存症患者の精神医学的特性

(ハ) 薬物の使用に対する司法上の対応

(ニ) 依存症に関連する社会資源

(ホ) 依存症に対する集団療法の概要と適応

(ヘ) 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点

ウ 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

厚労省 疑義解釈(その1)平成28年3月31日

Q

「依存症に対する集団療法に係る適切な研修」にはどのようなものがあるのか。

現時点では、以下のいずれかの研修が相当する。

① 独立行政法人精神・神経医療研究センターが実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」

② 日本アルコール・アディクション医学会が実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」

A

【A 基本診療料】⑨⑩ 入院基本料

入院基本料

平成28年度診療報酬改定

医療機能に応じた入院医療の評価について⑮

入院中の他医療機関受診時減算規定の緩和

- 入院中の患者が他医療機関を受診した際の入院料減算について、特に診療料の少ない医療機関等に配慮した控除率に緩和するとともに、減算規定を簡素化する。

【現行】

【改定後】

出来高病棟

入院基本料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床、結核病床、有床診療所に限る。)

入院基本料から15%減額

入院基本料から 10% 減額

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から70%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床に限る。)

入院料から55%減額

入院料から 40% 減額

精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合

入院料から 20% 減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合
(精神病床、結核病床、有床診療所に限る。)

入院料から15%減額

入院料から 10% 減額

特定入院料等算定病棟

薬剤管理指導料1はH28年9月30日まで経過措置。ただし、病棟薬剤業務実施加算2との併算定不可

◆超急性期病床の患者像と体制評価

- ① I C U等
 - 薬剤師病棟配置
 - 重症度・医療・看護必要度の見直し
- ②総合入院体制加算
 - 認知症・精神疾患患者の受入れ
 - 重症度・医療・看護必要度（A・C項目）の規定

1. 体制の評価

①受入れ体制

- 検査の体制
- 救急の体制

②ADL体制加算

③夜間看護の体制

④患者病態の反映

- 重症度・医療・看護必要度
- 認知症に関するチーム医療の評価
- 救急医療管理加算の評価拡大

④在宅復帰率

- 復帰率割合の変更75%⇒80%
- 計算式に有床診療所（療養も含む）（在宅復帰機能強化加算届出に限る）

⑤退院支援の方向性

2. 短期滞在手術等基本料（病床規定はない）

- ①項目の細部化（片側・両側、年齢区分）
- ②人工腎臓等を包括除外項目増加
- ③新規追加項目の検討
 - ・ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
 - ・ K768 体外衝撃波腎・破碎術（一連につき）
 - ・ MO01-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

3. 地域包括ケア病棟等

- ①手術・麻酔料が包括除外項目
- ②許可病床500床以上、I C U等の届出医療機関は届出は1病棟の制限が設定

4. 回復期リハビリテーション病棟

- ①リハビリテーションのアウトカム評価
リハビリ6単位超え包括の影響

5. 療養病棟

- ①療養病棟医療区分2、3の適正評価と指定難病の拡充
- ②療養病棟入院基本料2の医療区分2、3割合の要件規定
- ③在宅復帰機能強化加算の要件見直し

6. 精神科関連

- ①地域移行機能強化病棟の新設
長期入院患者の地域移行に関する評価
- ②身体合併症の対応評価

7. その他入院料の見直し

- 有床診療所（療養含む）
在宅復帰機能強化加算の新設
- 脳卒中後遺症患者の障害者および特殊疾患病棟に関する評価体系の見直し
- 結核病棟、一類感染症患者入院医療管理料の見直し
- 緩和ケア病棟における在宅医療機関からの受入れ評価
- 小児入院医療管理料の要件拡充

A項目 の変更

重症度・医療・看護必要度

B項目 の変更

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	介助なし	一部介助	全介助
5 口腔清潔	介助なし	介助あり	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

専門職の業務
を活かす

◆評価対象の処置、介助等

⇒一部の評価項目については、
薬剤師、理学療法士等当該病棟内において実施することを評価する場合、病棟内所属は問わない

◆評価者

⇒院内研修を受けたものを行うこと。
医師、薬剤師、理学療法士等が行う場合も研修を受けること

重症度・医療・看護必要度

C項目の変更

改定後

C項目（手術等の医学的状況）

16 開頭の手術 (7日間)

17 開胸の手術 (7日間)

18 開腹の手術 (5日間)

19 骨の観血的手術 (5日間)

20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間)

21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術
(16から20を除く) (2日間)

22 救命等に係る内科的治療 (2日間)

内科的治療

① 経皮的血管内治療 (2日間)

- ・ 経皮的な脳血管内治療 ・ t-PA療法
- ・ 冠動脈カテーテル治療
- ・ 胸部又は腹部のステントグラフト挿入術
- ・ 選択的血管塞栓による止血術
- ・ **選択的肝動脈塞栓術**

H28.3.17厚労省の説明会にて
林補佐より追加その他も検討中

② 経皮的心筋焼灼術等の治療 (2日間)

- ・ 経皮的心筋焼灼術 ・ 体外ペースメーカー術
 - ・ ペースメーカー移植術 ・ 除細動器移植術
 - ・ ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない
 - ・ 体外ペースメーカー術は、
- 1 入院中に初回に実施した日から 2日間までに限り評価を行う

③ 侵襲的な消化器治療 (2日間)

- ・ 内視鏡による胆道・膵管に係る治療
- ・ 内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術
- ・ 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
- ・ 緊急時の内視鏡による消化管止血術

重症者の定義

A得点が2点
以上かつ
B得点が3点
以上の患者

又は

A得点が
3点以上の
患者

又は

C得点が
1点
以上の患者

患者割合は
15%⇒25%

次ページ
にQA

9/30まで経過措置

改定前の評価表は9/30まで用いてもよい

実績が1か月いるため9月1日より
新評価表用いる

重症度・医療・看護必要度

・経皮的血管内治療

検査のみの場合は含めない。

・経皮的心筋焼灼術等の治療

ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない。

また、体外ペースメーカー交換術については、1入院中に初回に実施した日から2日間までに限り評価を行う項目である。

・侵襲的な消化器治療

検査のみの場合、内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施した場合は含めない。

また、緊急時の内視鏡による消化管止血術は、緊急に内視鏡下で消化管止血を実施した場合に評価を行う項目であり、慢性疾患に対して予定された止血術や硬化療法を行った場合、同一病変について1入院中に再止血を行う場合や、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含めない。

(3/5 日本医師会Q&Aより抜粋)

◆評価基準の変更

●評価対象の処置、介助等

⇒一部の評価項目については、薬剤師、理学療法士等

当該病棟内において実施することを評価する場合、病棟内所属は問わない

●評価者

⇒院内研修を受けたものが行うこと。

医師、薬剤師、理学療法士等が行う場合も研修を受けること

【B項目における留意点】（一部抜粋）

<14 診療・療養上の指示が通じる>

●項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、**診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。**

●判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。

指示の内容は問わないが、**あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。**

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、**診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。**

<15 危険行動>

●項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生及び「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

●判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。

対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

重症度・医療・看護必要度

A項目

1 創傷処置 ①創傷の処置(褥瘡の処置を除く、②褥瘡処置)	③麻薬の使用(注射剤のみ)(*) ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理(★)
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)(★)	⑤放射線治療(*) ⑥免疫抑制剤の管理(★)
3 点滴ライン同時3本以上の管理	⑦降圧剤の使用(注射剤のみ)(*)
4 心電図モニターの管理	⑧抗不整脈剤使用(注射剤のみ)(*)
5 シリンジポンプの管理	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用(*)
6 輸血や血液製剤の管理	⑩ドレナージの管理
7 専門的な治療・処置	⑪無菌治療室での治療
①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)(*) ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理(★)	8 救急搬送後の入院(*)

●青塗りつぶし

① ★印・・・「定義」に「看護職員等」明記あり

② 無印・・・「留意点」に「看護職員等」記載あり

●*印・・・評価者が限定されていないもの。

B項目

9 寝返り	12 食事摂取	
10 移乗	13 衣服の着脱(★)	
11 口腔清潔	14 診療・療養上の指示が通じる	15 危険行動(★)

【 A100 ～109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31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、新たに加わった「専門的な治療・処置」の「無菌治療室の治療」の定義に「無菌治療室で6時間以上行った場合に評価する」とあるが、

- ① 治療開始時刻は入室時刻としてよいか。
- ② 入室した時刻が19時の場合、評価の対象となるか。
- ③ 午前5時に無菌治療室を退室し多床室に移動した場合は対象となるか。

A

- ① よい。
- ② 対象とならない。
- ③ 対象とならない。

Q

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目共通事項において、「同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ評価の対象とすること。」とあるが、

- ① 予定手術として二期的に手術を行う場合も初回の手術のみが評価の対象となるのか。
- ② 救命等に係る内科的治療において、同一疾患に起因した一連の再治療の場合の取り扱いはどうなるのか。

A

- ① 予定手術として二期的に手術を行う場合は、それぞれの手術が評価の対象となる。
- ② 同一疾患に起因した一連の再治療が一回の入院中に行われる場合は、初回の治療のみ評価の対象となる。なお、予定していたものとして二期的に治療を行う場合は、それぞれの治療が評価の対象となる。

【 A100 ～109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の開腹手術について、「腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法(腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む)により手術が行われた場合に評価する」とあるが、腹壁を切開しない方法で腹腔・骨盤腔又は後腹膜腔の臓器に達する手術は、対象となるのか。

A 対象とならない。

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「骨切り若しくは骨の切除・移植を要する手術(指(手、足)の手術は除く)」において、「K033」筋膜移植術、「K034」腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)、「K035」腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)、「K035-2」腱滑膜切除術、「K037」腱縫合術、「K037-2」アキレス腱断裂手術、区分番号「K039」腱移植術(人工腱形成術を含む。)、「K040」腱移行術、「K042」骨穿孔術、「K043」骨搔爬術、「K066」関節滑膜切除術、「K066-2」関節鏡下関節滑膜切除術、「K066-4」関節鏡下滑液膜摘出術、「K067」関節鼠摘出手術、「K067-2」関節鏡下関節鼠摘出手術は含まれるか。

A 含まれない。

【 A100 ～109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「骨切り若しくは骨の切除・移植を要する手術（指（手、足）の手術は除く）」において、区分番号「K320」アブリ骨摘出術・可動化手術等、頭頸部の骨の切除・移植を要する手術は含まれるか。

A 含まれる。ただし、軟骨のみの操作で骨の操作を伴わないもの、開窓や穿孔のみの操作で骨の切除を伴わないものは対象とならない点に留意すること。

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「下肢・骨盤の骨接合に係る手術」において、「K044」骨折非観血的整復術、「K061」関節脱臼非観血的整復術は含まれるか。

A 手含まれない。

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「下肢・骨盤の骨接合に係る手術」について、抜釘術は含まれるのか。

A 手含まれない。

【 A100 ~109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「骨悪性腫瘍に係る手術」において、「K439」下顎骨悪性腫瘍手術、「K442」上顎骨悪性腫瘍手術等、頭頸部の骨に対する悪性腫瘍の手術は含まれるか。

A 含まれる。ただし、軟骨のみの操作で骨の操作を伴わないものは対象とならない点に留意すること。

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目「全身麻酔の手術」について、静脈麻酔によるものも含まれるのか。

A 静脈麻酔で行われたもののうち、「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔として実施されたものであれば含まれる。

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における①経皮的血管内治療の「選択的血管塞栓による止血術」について、肝動脈塞栓術は含まれるか。

A 含まれる。

【 A100 ～109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における①経皮的血管内治療の「脳血管内治療」の中に、「K178」脳血管内手術、「K178-2」経皮的脳血管形成術、「K178-3」経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、「K178-4」経皮的脳血栓回収術は含まれるのか。

A 含まれる。

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における①経皮的血管内治療の中に「冠動脈カテーテル治療」とあるが、「K546」経皮的冠動脈形成術、「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、「K548」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、「K549」経皮的冠動脈ステント留置術、「K550」冠動脈内血栓溶解療法、「K550-2」経皮的冠動脈血栓吸引術、「K570-3」経皮的肺動脈形成術は「K595」経皮的カテーテル心筋焼灼術、「K595-2」経皮的中隔心筋焼灼術は含まれるのか。

A 含まれる。

【 A100 ～109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における③侵襲的な消化器治療の中に、「内視鏡による胆道・膵管に係る治療」とあるが、「K682-3」内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術、「K685」内視鏡的胆道結石除去術、「K686」内視鏡的胆道拡張術、「K687」内視鏡的乳頭切開術、「K688」内視鏡的胆道ステント留置術、「K708-3」内視鏡的膵管ステント留置術は含まれるのか。

A 含まれる。

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における③侵襲的な消化器治療の「内視鏡による胆道・膵管に係る治療」について、「K682-2」経皮的胆管ドレナージ術、「K689」経皮経肝胆管ステント挿入術、「K691-2」経皮的肝膿瘍ドレナージ術などの経皮的な治療は含まれるのか。

A 含まれない。

【 A100 ～109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

7対1入院基本料を算定するものとして届け出た病棟において、一部の病室を「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料又は「A306」特殊疾患入院医療管理料を算定する病室として届け出ている場合、当該特定入院料を届け出ている病室に入室している患者について、7対1入院基本料における「重症度、医療・看護必要度」の測定の対象であるか。

A

7対1入院基本料を算定しない病室に入院している患者であることから、7対1入院基本料における「重症度、医療・看護必要度」の測定対象とはならない。

【 A100 ~109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q A項目に救急搬送から2日間該当となるが、患者の状態について特に定めはないのか。

A 特段の定めはない。救急搬送後に入院した行為を評価するものである。

Q 平成28年3月31日現在で、現に7対1入院基本料の施設基準である1割5分を満たしていれば、平成28年4月1日以降平成28年9月30日までの間は、1割5分を満たさなくても、施設基準を満たしているものとして良いか。

A そのとおり。

【 A100 ~109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q 救急搬送とは自院若しくは他院の救急搬送車による搬送も含まれるか。

A 含まれない。

Q C項目の19 骨の手術につき、下肢、骨盤以外の骨接合に係る手術(上肢、鎖骨等)は評価の対象とならないのか。

A 対象とならない。

【 A100 ~109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

病院車両を用いて救急搬送した場合はA項目の該当とならないが、東京都（八王子市、葛飾区等）のように自治体事業で病院救急車を使用する制度が出来ている地域の場合も該当とならないのか。

A

該当とならない。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。

Q

C項目に該当するものについて、Kコードで示されないのか。

A

Kコードでお示しする予定は無い。

【 A100 ～109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

平成28年3月31日現在で、10対1入院基本料を届け出ている医療機関が、平成28年4月1日以降に7対1入院基本料の届出を行った場合、許可病床数200床未満であれば、平成30年3月31日までの割合を2割3分としてよいか。

A

※ 回答保留とさせて頂きたいので、問自体を削除して頂けないでしょうか。

Q

平成28年4月以降に新基準の評価用紙を用い測定した場合でも、平成28年9月30日までの間は経過措置が有効となるのか。

A

有効となる。

【 A100 ～109 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

7対1入院基本料を算定するものとして届出た病棟に、地域包括ケア入院医療管理料を届出てる場合は、それぞれの病室において入院する患者を対象として割合を算出することで良いか。

A

そのとおり。

重症度、医療・看護必要度(A項目について)

日本看護協会 Q&A (その1) 平成28年3月29日

Q

「8.救急搬送後の入院」の定義は何か。ドクターカー、救急車、救急ヘリはすべて含まれるのか。

A

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」9ページ参照。救急車、救急ヘリは含まれる。ドクターカーは含まれない。

Q

「8.救急搬送後の入院」について患者の重症度は問われるのか。

A

問わない。

重症度、医療・看護必要度(B項目について)

日本看護協会 Q&A(その1)平成28年3月29日

Q

「14.診療・療養上の指示が通じる」「15.危険行動」の評価基準となるものは何か。記録・看護計画があることが前提条件か。

A

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」13ページ参照。危険行動に対する対策をとっていることが前提条件となる。

重症度、医療・看護必要度(C項目について)

日本看護協会 Q&A (その1) 平成28年3月29日

Q 手術後7日間は手術当日も含めるのか。

A 含む。
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」14ページ、C項目共通事項の7参照。

Q 開腹・開胸・開頭の定義について、教えてほしい。

A 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」14～15ページ参照。

重症度、医療・看護必要度(C項目について)

日本看護協会 Q&A (その1) 平成28年3月29日

Q 救命等に係る内科的治療の定義・評価基準について、教えてほしい。

A 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」16～17ページ参照。

Q C項目の手術患者がICUに入室後、一般病棟に移動した場合、移動日から算出開始できるのか。評価の日数について、ICU入室日数も含めて考えるのか。

A ICU入室日数も含めた手術当日からの日数により評価する。
例：4月1日に開腹手術を行いICUに入室し、**4月3日に一般病棟に移動**した。
この場合、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象は4月3日から**4月5日までの3日間**となる。

重症度、医療・看護必要度(C項目について)

日本看護協会 Q&A (その1) 平成28年3月29日

Q C項目の骨の観血的手術は、部位に関係なく5日間評価できるのか。

A 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」15ページ参照。当該ページの「骨の手術」の定義に該当するものであれば、術当日より5日間評価される。なお、一部、手足の指を除くものや、下肢・骨盤に限るものがあるのでご留意頂きたい。

Q C項目全部術後の日数さえ該当していれば、患者の状態は問わないのか。

A 各項目の定義に該当する手術・治療を実施したものであれば、患者の状態は問わない。詳細な判断基準や留意点について、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」14ページ目以降を参照。

慢性期入院医療の着眼点

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

看護配置:20:1以上 (医療区分2・3の患者が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	967点	1,412点	1,810点
ADL 区分2	919点	1,384点	1,755点
ADL 区分1	814点	1,230点	1,468点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷)・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

★指定難病★

※①医療受給者証対象者
区分3⇒スモン、区分2⇒305疾患

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

看護配置25:1以上

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	902点	1,347点	1,745点
ADL 区分2	854点	1,320点	1,691点
ADL 区分1	750点	1,165点	1,403点

ADL区分

ADL区分1: 11点未満
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分3: 23点以上

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

- (0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援 のレベル
a ベッド上の可動性	
b 移乗	
c 食事	
d トイレの使用	
(合計点)	

入院基本料

評価の定義変更
看護部門へ伝達

【1-1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）-⑪】
療養病棟の医療区分のきめ細かな評価 骨子【1-1(9)】

改定

【酸素療法を実施している状態】

〔項目の定義〕

常時流量3L/分以上を必要とする状態又は常時流量3L/分未満を必要とする状態であってNYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態又は肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合。ただし、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、30日間は本項目に該当する。

【酸素療法を実施している状態】

〔項目の定義〕

酸素療法を実施している状態（医療区分3に該当する状態を除く。）（新設）

改 定

【頻回の血糖検査を実施している状態】

[留意点]

糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。

【うつ症状に対する治療を実施している状態】

[項目の定義]

うつ症状に対する治療を実施している状態（精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合、うつ症状に対する入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、『診療報酬の算定方法』別表第1第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。）

【A101 療養病棟入院基本料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

別紙8「医療区分・ADL区分に係る評価票評価の手引き」**33.うつ症状に対する治療を実施している状態**」の項目の定義について、**以下**の場合は該当するか。

- ① 当該患者の**入院する保険医療機関の精神保健指定医**が当該患者を診察の上**処方する場合**
- ② **別の保険医療機関の精神保健指定医**が当該患者を**対診し**、当該精神保健指定医の指示により、**当該保険医療機関の精神保健指定医ではない医師**が処方する場合
- ③ 当該患者が**別の保険医療機関を受診し**、**当該別の保険医療機関の精神保健指定医**が**処方する場合**

A

- ① 該当する。
- ② 当該保険医療機関において別の保険医療機関の精神保健指定医が当該患者を**対診し**、当該精神保健指定医の具体的な指示に基づき、当該保険医療機関の医師が**うつ症状に対する薬の処方を行う場合は、1回の処方に限り本項目に該当する。**
- ③ 別の保険医療機関において精神保健指定医の診察を受け、当該精神保健指定医によって**うつ症状に対する薬を処方される場合も本項目に該当する。**

【A101 療養病棟入院基本料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

別紙8「医療区分・ADL区分に係る評価票評価の手引き」33.うつ症状に対する治療を実施している状態」の項目の定義に定める精神保健指定医について、常勤・非常勤どちらでも良いか。

A

精神保健指定医は、当該患者が入院する保険医療機関において、常勤又は非常勤のいずれの場合でも良い。

Q

別紙8「医療区分・ADL区分に係る評価票評価の手引き」17.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。）の項目の定義について、
① 1日の中で酸素流量が変動し、3L／分を下回る時間が存在する場合も医療区分3として良いか。
② 「肺炎等」に相当する疾患は、どのようなものが含まれるか。

A

① 1日の中で流量が3L／分を下回る場合がある患者については、医療区分2に該当する。
② 「肺炎等」は、動脈血酸素飽和度を低下させる急性の呼吸器疾患等のこと。単なる痰や、慢性のものは該当しない。

【A101 療養病棟入院基本料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 療養病棟入院基本料2の注11に定める所定点数の100分の95を算定する場合は、以下の①及び②のどのような組み合わせにおいて算定可能か。

① 看護職員配置25対1

② 当該病棟の入院患者のうち、医療区分3と医療区分2との患者の合計が5割以上

A 療養病棟入院基本料2の注11に定める、所定点数の100分の95の点数は、以下のいずれの場合にも算定できる。

1. ①のみを満たす場合（平成28年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟である場合に限る。）

2. ②のみを満たす場合（平成28年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟である場合、かつ、看護職員配置30対1以上である場合に限る。）

3. ①及び②の両方満たさない場合（平成28年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟である場合、かつ、看護職員配置30対1以上である場合に限る。）

療養病棟入院基本料

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員25対1の配置基準を満たさなくなった場合でも、平成30年3月末までの間は、所定点数の95/100で算定できるとあるが、**同入院基本料を複数有する医療機関の場合、病棟ごとに適用されると理解して良いか。**

A

療養病棟入院基本料2を算定する病棟全体に適用される。

Q

平成28年3月31日現在で、過去6ヵ月以上療養病棟入院基本料1を算定している病棟が、平成28年4月1日付けで療養病棟入院基本料2の届出を行った場合は、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員25対1の配置基準を満たさなくなった場合でも、平成30年3月末までの間は、所定点数の95/100で算定できるのか。

A

看護職員の配置が30対1以上であれば医療区分2・3の患者割合の基準を満たさない場合であっても所定点数の95/100を算定できる。

【A 基本診療料】⑨〇 入院基本料等加算

夜間看護補助体制加算の充実に関する評価

7対1、10対1 一般病棟入院基本料

A207-3 夜間急性期看護補助体制加算も
点数変更あり

A207-4
看護夜間配置
(入院日~14日以内)

急性期補助届出
(夜間)

看護職員と看護補助者との業務範囲を年1回見直す。
研修を受けている看護師長等の配置が望ましい。

- 国・都道府県又は医療関係団体等主催の研修(5時間程度)以下内容
- ① 看護補助の活用に関する制度等の概要
- ② 看護職員との連携と業務整理
- ③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
- ④ 看護補助者の雇用形態と処遇等

副看護師長
主任でも良い

12:1

16:1

充実

それ以外

40点※

12:1

A207-3・注3
夜間看護体制加算
(1日につき)

80点※

60点

4項目以上

80点

10点※

①~④、⑥、⑦のうち3項目以上

4項目以上

※ 夜間体制の充実加算項目の条件あり
(項目内容は次項)

夜間看護体制の充実に関する項目

早出・遅出などは病院の定める勤務体系で、夜勤と定めているものでなければ該当しない。
(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

<夜間を含む交代制勤務を行う看護職員の負担軽減に資する勤務編成(シフト)>

- ① 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が11時間以上であること。
- ② 3交代制勤務の病棟において、直近の勤務開始が前回勤務より遅い時刻(正循環)となる勤務編成(シフト)であること。
- ③ 夜勤の連続回数は2回までであること。

<夜間の看護業務量に応じた看護職員の配置>

- ④ 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去1年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。

<看護補助者と看護職員の業務分担の推進>

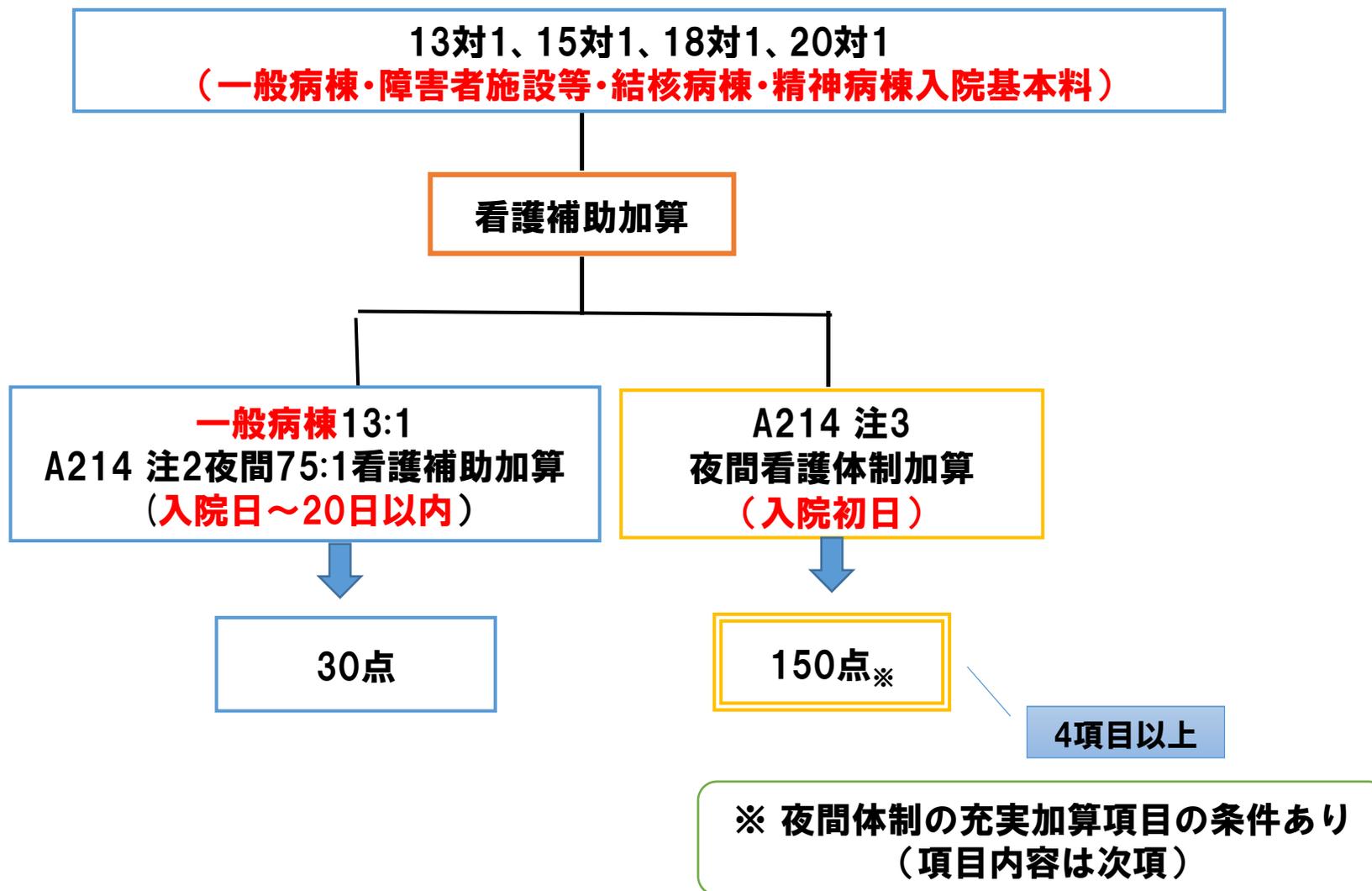
- ⑤ 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
- ⑥ みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

<院内保育所の設置>

- ⑦ 夜勤時間帯(当該医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上)を含む院内保育所を設置していること。

夜間看護体制加算などの施設基準の「システム」として想定されるものは、例えば、各病棟のその日、曜日ごとの業務量や、各病棟の重症度の差とか、そういうものを医療機関としてきちんと把握した上で、業務量に応じて病棟間での人員配置のリリーフをするような仕組みを、医療機関で取っているような場合が考えられる。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

夜間看護補助体制加算の充実に係る評価



夜間看護補助体制の充実に関する項目

<夜間を含む交代制勤務を行う看護要員の負担軽減に資する勤務編成(シフト)>

- ① 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が11時間以上であること。
- ② 3交代制勤務の病棟において、直近の勤務開始が前回勤務より遅い時刻(正循環)となる勤務編成(シフト)であること。
- ③ 夜勤の連続回数は2回までであること。

2回以下とは休日を挟めば夜勤が連続しても構わない。
0時から24時までの一日の休日を挟んだ合には、連続とは数えない。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

<夜間の看護業務量に応じた看護要員の配置>

- ④ 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去1年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。

<看護職員と看護補助者との業務分担の推進>

- ⑤ 看護補助業務の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講している、かつ、看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。
- ⑥ みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

<院内保育所の設置>

- ⑦ 夜勤時間帯(当該医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上)を含む院内保育所を設置していること。

1日でも11時間以上を満たさなかった場合、1カ月の各勤務について、やむを得ない理由により項目を満たさなくなってしまうような勤務が0.5割以内の場合については、項目を満たしているともみなすと通知に記載している。例えば、勤務表は組んだが、後からやむを得ない事情があって、1回満たせなくなった場合が想定される。すべての勤務回数のうち、5%までの範囲でそういったことが発生することについては、この項目を満たすと判断できる。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

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）-④】
看護職員と看護補助者の業務分担の推進 骨子【1-2(4)】

●看護職員と看護補助者の業務分担の推進

改 定

【 A100～109 入院基本料 】

[施設基準]

- 1 看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品・消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。
- 2 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1に相当する数以下であること。（新）

5時間程度の研修で、看護補助者の活用に関する制度等の概要や、看護職員との連携、業務の整理、こういったものが含まれる研修であるということで、通知に記載している。

（3/4 厚労省説明会 質疑応答より）

【 A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算】

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務範囲について、年に1回は見直しを行うこと。
- (2) 所定の研修を修了した看護師長等が配置されていることが望ましいこと。

【主として事務的業務を行う看護補助者】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

看護補助者を配置する場合は、必ず主として事務的業務を行う看護補助者を配置しなければならないか。

A

配置する必要はない。

Q

主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合、

- ① 新たな届出が必要か。
- ② みなし看護補助者でもよいか。また、医師事務作業補助者と兼務してもよいか。

A

- ① 必要ない。
- ② どちらも不可。

【主として事務的業務を行う看護補助者】

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

主として事務的業務を行う看護補助者の配置は200対1以下という基準が示されたが、どのような計算をするのか。入院患者550人につき補助者2人、入院患者600人につき補助者3人ということか。

A

通常の看護職員配置「○対1」の考え方と同じである。

＜施設基準を満たす月平均1日あたり看護補助者の配置人数の計算方法＞

主として事務的業務を行う看護補助者配置数 = (1日平均入院患者数 / 200) × 3

※ 1人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が5割以上を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」としてカウントする。

したがって、1日あたりの「主として事務的業務を行う看護補助者配置数」は、
入院患者550人 / 200 × 3 = 8.25人
入院患者600人 / 200 × 3 = 9人
を超えない範囲で配置できる。

「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(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添2入院基本料の施設基準等、第2病院の入院基本料等に関する施設基準の4(2)キ(ハ)(p.7)、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)」(平成28年3月告示第53号)【七の三急性期看護補助体制加算の施設基準】【十三看護補助加算の施設基準】、別添7様式9「入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類」参照。

【主として事務的業務を行う看護補助者】

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行が可能となるが、具体的な業務内容については、各施設で決めてもよいのか。また、作成の代行をした場合は看護師の承認サイン等が必要になるのか。

A

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に業務を行うものであり、業務範囲や具体的な業務内容については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」に基づき、各施設で院内規程を定めてよい。なお、個別の業務内容については、文書で整備していることが求められる。

「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（通知）」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添2入院基本料の施設基準等、第2病院の入院基本料等に関する施設基準の4（6）イ（P.9）、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（告示）」（平成28年3月告示第53号）【七の三急性期看護補助体制加算の施設基準】【十三看護補助加算の施設基準】、別添7様式9「入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類」参照。

【主として事務的業務を行う看護補助者】

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

「所定の研修を修了した看護師長等が配置されることが望ましい」とあるが、所定の研修とはどのような研修か教えてほしい。

A

次に掲げる所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されることが望ましい。具体的には、各都道府県等で行われている「看護補助者活用推進研修」がこれに該当する。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ）看護補助者の活用に関する制度等の概要

（ロ）看護職員との連携と業務整理

（ハ）看護補助者の育成・研修・能力評価

（ニ）看護補助者の雇用形態と処遇等

「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（通知）」

（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添3入院基本料等加算の施設基準等、

【第4の3急性期看護補助体制加算】1(7) (p.16)、同【第6看護補助加算】

1(5) (p.22) 参照。

A207-4看護職員夜間配置加算

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

最少必要数を超えた3人以上とあるが、救急外来などにより、病棟に看護職員等が一時的に2人になる時間が存在する場合でも算定可能か。

A

算定不可。

A207-4看護職員夜間配置加算

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

12対1、16対1夜間看護職員配置加算について、最小必要数3人以上である場合に限るとあるが、病床数が30以下など小規模病棟でも病棟毎に3人以上の配置が必要になるのか。

A

その通り。看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、各病棟で夜勤を行う看護職員は最小必要数を超えた3人以上でなければならない。

「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」（通知）（平成28年3月4日保医発0304第3号）別添1医科診療報酬点数表に関する事項、第2部入院料等、第2節入院基本料等加算（加算p.5）、「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（通知）」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の4看護職員夜間配置加算】参照（p.19、20）。

【A207-4看護職員夜間配置加算】

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

「②正循環の勤務編成」については、100%実施しなければならないのか。逆循環のシフトが時にあってもよいのか。

A

やむを得ない理由により結果的に正循環を満たさない勤務があっても、1か月で0.5割以内であれば認められる。

「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（通知）」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の3急性期看護補助体制加算】の9（3）参照（p.18）。

Q

「⑦夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること」の夜勤時間帯について、「20時まで」開設している院内保育所は認められるのか。

A

院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれていなければならない。例えば、保険医療機関で任意に定める夜勤時間帯が16時から翌8時である場合は、16時から20時まで4時間が保育時間に含まれるので、認められる。

【A207-3急性期看護補助体制加算／A214看護補助加算(看護補助者活用に関する研修)】

厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日

Q 「A207-3」急性期看護補助体制加算及び「A214」看護補助加算について、所定の研修を修了した看護師長等の配置とあるが、看護師長等とは副師長、主任でもよいか。

A よい。

**【 A207-3急性期看護補助体制加算／ A207-4看護職員夜間配置加算／
A214看護補助加算(夜間看護体制加算) 】**

厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日

Q 平成28年3月31日において、現に看護職員夜間配置加算を算定する保険医療機関が、平成28年4月以降において看護職員夜間12対1配置加算2を算定するためには、新たに届け出る必要があるのか。

A 7対1入院基本料については新たな届出は不要である。10対1入院基本料を算定する保険医療機関には、当該加算の施設基準にある重症度、医療・看護必要度に関する経過措置が適用されるため、平成28年10月1日以降も引き続き当該加算を算定するためには、重症度、医療・看護必要度の新基準を満たした上で届け出る必要がある。

Q 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のうちアからウは、勤務計画又は勤務実績のどちらで満たしていればよいか。勤務実績の場合は、届出前1か月の実績を有していればよいのか。

A アからウの項目で施設基準を満たすのであれば、常時、勤務実績を満たしていること。届出に当たっては、届出前1か月の実績を有していること。

【 A207-3急性期看護補助体制加算／ A207-4看護職員夜間配置加算／
A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

厚労省 疑義解釈(その1)平成28年3月31日

Q 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のうちアからウの実績は、一時的に応援に来た当該病棟以外の看護職員も含むのか。

A 当該病棟において夜勤を含む交代制勤務に従事した者であれば当該病棟以外の看護職員も含む。なお、この場合、当該病棟で勤務した時間において満たしていればよく、当該病棟以外で勤務した時間の実績は含めなくてよい。

Q 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のア及びイの開始時刻及び終了時刻は、超過勤務した時間を含めるのか。

A 含める。

Q 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のイの「勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降」とは、例えば、日勤(8-17時)をした翌日が早出(7時-16時)の場合は要件を満たすと考えてよいのか。

A 直近の勤務の開始時刻の23時間後以降であれば、要件を満たす。

【 A207-3急性期看護補助体制加算／ A207-4看護職員夜間配置加算／
A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

厚労省 疑義解釈(その1)平成28年3月31日

Q

看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のウの夜勤の数について、
① どのように数えるか。例えば16時間夜勤の場合は、16時間を1回の夜勤と数えるのか、それとも準夜・深夜と考え2回と数えるのか。

A

② 夜勤と夜勤の間に休日を挟む場合は、連続しないと数えてよいか。

① 始業時刻から終業時刻までの一連の夜勤を1回として考える。この場合、1回と数える。

② よい。暦日の休日を挟んだ場合は、休日前までの連続して行う夜勤回数を数える。

Q

看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のエについて、

① 「各部署の業務量を把握・調整するシステム」とはどのようなシステムか。

② 各部署の業務量は把握しているが、既に適切な配置をしており病棟間の応援等の実績がない場合は、要件を満たさないのか。

③ 「各部署」は、当該加算を算定している病棟のみか。

A

① 例えば、「重症度、医療・看護必要度」を活用して各病棟の業務量を一括で把握し、業務量に応じ一時的に所属病棟以外の病棟へ応援に行く等のシステムである。

② 常に、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組んだ上で応援等は必要ないと判断したのであれば、運用実績があるとみなす。

③ 特に限定していない。

【 A207-3急性期看護補助体制加算／ A207-4看護職員夜間配置加算／
A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

厚労省 疑義解釈(その1)平成28年3月31日

Q

看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目の院内保育所の設置について、

- ① 毎日開所していないと該当しないのか。
- ② 保育所が院内ではなく、同一敷地内に設置、道路をはさんだビルを賃貸して運営又は近隣の認定保育所と定員の一部を契約している等の場合は該当するか。
- ③ 病児保育のみを実施している場合は該当するか。

A

- ① 院内保育所の保育時間に夜勤時間帯のうち4時間以上含まれる日が週5日以上ある場合は該当する。なお、4時間以上とは、連続する4時間ではなく、夜勤時間帯の中で保育時間が重複する時間の合計が4時間の場合も該当する。
- ② 運営形態は問わないが、設置者が当該医療機関であること。また、保育料の補助のみ等の実際に保育所を設置・運営していない場合は含まない。
- ③ 該当しない。

Q

区分番号「A207-4」看護職員夜間12対1配置加算1あるいは看護職員夜間16対1配置加算を算定している場合に、急性期看護補助体制加算の夜間看護体制加算は算定可能か。

A

算定可能。

【 A207-3急性期看護補助体制加算／ A207-4看護職員夜間配置加算／
A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

厚労省 疑義解釈(その1)平成28年3月31日

Q

区分番号「A214」看護補助加算の夜間看護体制加算について、看護補助者を夜勤時間帯に配置とあるが、

- ① この夜勤時間帯とは、病院が設定した夜勤時間帯でよいか。
また、看護補助者の勤務時間が夜勤時間帯に一部含まれる場合は該当するか。
- ② 毎日配置していなければいけないか。

A

- ① 保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上、看護補助者(みなし看護補助者を除く。)を配置していればよい。
- ② 週3日以上配置していればよい。

Q

区分番号「A207-3」急性期看護補助体制加算及び区分番号「A214」看護補助加算について、所定の研修を修了した看護師長等の配置とあるが、看護師長等とは副師長、主任でもよいか。

A

よい。

【A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

全日本病院協会 事務連絡(その1)平成28年4月8日

Q 各部署の業務量を把握し、調整するシステムとあるが具体的にはどのようなことを指すのか。

A 例えば、「重症度、医療・看護必要度」を活用して各病棟の業務量を一括で把握し、業務量に応じて一時的に病棟を越えての応援に行くなどが考えられる。(例、手厚い配置をしている病棟で、患者が少ない日や重症度の低い患者が多い日や期間に、その病棟から手術件数の多いなど必要度の高い病棟に夜勤時間帯だけ看護師を手伝いに行かせる)

Q 過去一年間に当該システムを夜間時間帯に運用した実績があることとあるが、届出は直近1年が実績となるのか。

A そのとおり。

【A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

全日本病院協会 事務連絡(その1)平成28年4月8日

Q

2交代の夜勤体制の場合は、1回の夜勤を2回まで連続して行っても可能と
考えて良いか。

A

良い。始業時刻から終業時刻までの一連の夜勤を1回と考える。

Q

夜勤専従職員の場合は、連続夜勤2回までの除外として良いか。

A

良い。夜勤専従者は「夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員」には当たらないため、当該要件の対象とならない。

Q

医療機関で定めた夜勤時間帯に、遅番の業務の終了となる場合、連続夜勤の
1回目として数えることとなるのか。

A

「連続して行う夜勤の数」において、早出・遅出等は、病院で定める勤務体制
で夜勤と定めていない限り『夜勤』には含めない。

入院基本料等加算

【Ⅲ-3(重点的な対応が求められる分野/精神医療の推進)-⑥】
精神科リエゾンチームによる適切な医療の提供 骨子【Ⅲ-3(5)】

●A230-4 精神科リエゾンチーム加算

改定

【精神科リエゾンチーム加算】
(週1回)

300点

[施設基準]

(1) 以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- ① 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師
- ② 精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師
- ③ 精神科病院又は一般病院での精神医療の経験を3年以上有する専従の常勤精神保健福祉士等

(中略)

(3) (1)の③に掲げる専従の常勤精神保健福祉士等は、当該精神科リエゾンチームが週に15人以内の患者を診療する場合には、専任の常勤精神保健福祉士等とすることができる。

(略)

【経過措置】

平成29年3月31日までは「精神科の経験3年以上」の要件のうち、「入院患者の看護の経験が1年以上」を満たしているものとする。

【 A230-4 精神科リエゾンチーム加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

精神科等の経験を3年以上有する専任の常勤の看護師に必要な入院患者の看護とはどのようなものをいうのか。

A

精神科医とともに精神疾患を有する入院患者に対して行う診療における看護の経験をいい、リエゾンチームに所属して行うものを含む。なお、必ずしも病棟専従の看護師として看護を行っていることを求めるものではない。

入院基本料等加算

歯科医師と連携した栄養サポートチーム加算の算定イメージ

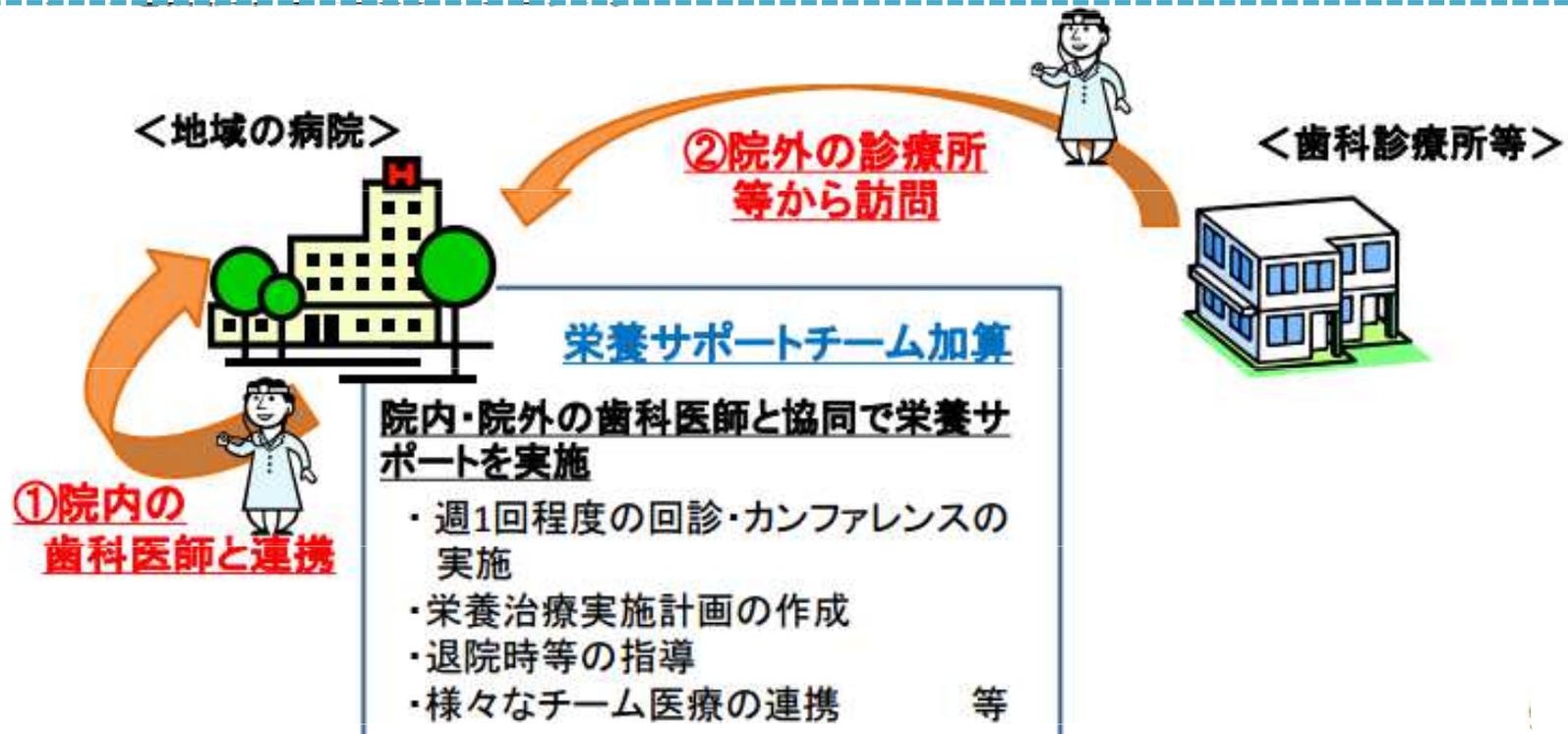
新設

A233-2 栄養サポートチーム加算

注3 歯科医師連携加算

50点【医科点数表】

※入院基本料の加算



平成27年11月4日個別事項その3より抜粋

入院基本料等加算

【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）-⑩】
歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価 骨子【1-2（10）】

●A233-2 歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価

病棟での歯科医師による栄養サポート

○ 栄養サポートチームにおける連携（例）

- NST回診時、病棟からの依頼や必要に応じて口腔内診査・口腔管理
- 口腔管理（口腔清掃方法、口腔乾燥に対する管理、義歯の使用方法等）に関して、患者本人または看護師等への指導・助言
- 歯科医療関係者による専門的な口腔管理の必要性の判断
- 歯科治療の必要性の判断→必要に応じて応急処置、緊急性がない場合は歯科治療の依頼

【A233-2 栄養サポートチーム加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 歯科医師連携加算について、栄養サポートチームの構成員として継続的に診療に従事していれば、院外の歯科医師であっても差し支えないとされているが、どの程度診療に従事していれば継続的に従事しているものとみなされるか。

A 栄養サポートチームの構成員として、1回／2週以上の頻度で診療に携わっていることが必要。

【A234-2 感染防止対策加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

感染防止対策加算において、感染制御チームによる1週間に1回程度の院内巡回が施設基準として規定されたが、

- ① 院内の巡回は施設基準で定められている構成員全員で行う必要があるのか。
- ② 院内巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。

A

- ① そのとおり。
- ② 必要性に応じて各部署を巡回すること。なお、少なくとも各病棟を毎回巡回するとともに、病棟以外の各部署についても巡回を行っていない月がないこと。

入院から退院までの算定イメージ



新生児特定集中治療室退院調整加算
→ A246退院支援加算3に

B007-2

新：退院後訪問指導料 580点

H28改定

→新 A246退院支援加算1 600点
A246退院支援加算2 190点

B007

退院前訪問
指導料

B005

退院時共同指
導料2

B005-1-2
介護支援
連携指導料

A240
総合評価
加算

A238

退院調整加
算

A206

在宅患者緊急
入院診療加算
(入院初日)



要届出

H28改定
300点
→400点

H28改定
300点
→400点

H28改定
555点
→580点

入院基本料等加算

●退院支援に関する評価の充実

新設

A246 退院支援加算1 届出

イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点（退院時1回）

ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点（退院時1回）

A246 退院支援加算3 届出

1,200点（退院時1回）

【算定不可となる入院料】
精神病棟入院基本料、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、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料
※算定可能病棟の中には当該加算の一部のみ対象のものもある

「一般病棟入院基本料等の場合」、
「療養病棟入院基本料等の場合」の「等」については、
告示で明確にしている。（3/4 厚労省説明会 質疑応答より）

退院支援加算2については、現行のA238退院調整加算より移行

A246 退院支援加算2 届出

イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点（新）

ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点（新）

様式12の2に準ずる
様式の届出が必要

- 疾患ごとに作成され、予め共有して活用
- 病名、入院時の症状、予定されてる診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院に当たり予測される患者状態に関する退院基準、その他必要な事項

新設

A246 退院支援加算

注4 地域連携診療計画加算 届出 300点（退院時1回）

※退院支援加算1又は3の届出保険医療機関

	施設基準	別添7の様式40の9
退院支援 加算 1、2に 共通	<ul style="list-style-type: none"> ●当該保険医療機関内に、入院患者の退院支援・地域連携業務（退院支援）に関する部門が設置されていること ●退院支援に関わる業務に関する十分な経験を有する専従の看護師、専従の社会福祉士が1名以上配置されていること 	<p>看護師か社会福祉士以外の職種は不可 (3/4 厚労省説明会 質疑応答より)</p>
退院支援 加算1	<ul style="list-style-type: none"> ◆当該加算を算定する各病棟に専任の退院支援・地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が配置されていること (但し、退院支援業務について最大2病棟まで併任可能) ◆20以上の保険医療機関又は介護サービス事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し、連携を図っていること ◆連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等の職員と退院支援・地域連携職員が3回/年以上の頻度で面会し、転院・退院体制について情報共有を行っていること ◆当該保険医療機関における介護支援連携指導料の算定回数が、当該加算の算定対象病床100床当たり年間15回以上（病床数×0.15） (療養病棟等については10回以上＝病床数×0.1)であること ◆病棟の廊下の見やすい場所に、患者及び家族から分かり易いように病棟に専任の退院支援職員及びその担当業務を掲示していること 	<p>退院支援部門の専任職員とは 病棟兼務可能</p> <p>届け出の受理後も定期的に年3回以上面会して、記録していくこと。 (3/4 厚労省説明会 質疑応答より)</p>
退院支援 加算2	<ul style="list-style-type: none"> ●有床診療所の場合は、退院支援に関する経験を有する専任の看護師、准看護師、社会福祉士が1名以上配置されていること 	

施設基準	
退院支援 加算3	<p>◆当該保険医療機関内に、入院患者の退院支援に関する部門が設置されていること</p> <p>◆当該退院支援部門に退院支援及び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、又は退院支援及び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</p> <p>◆当該専従の看護師又は社会福祉士は、週30時間以上退院支援に係る業務に従事していること</p>
地域連携 診療計画 加算	<p>◆退院支援加算1又は3の届出保険医療機関であること</p> <p>◆あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画を作成し、連携保険医療機関又は介護サービス事業所と共有していること</p> <p>◆連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等と3回/年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携計画の評価と見直し等が適切に行われていること</p>

別添2の様式12

- ・退院支援加算1の算定要件の「各病棟に専任で配置された退院支援職員」は、退院支援部門に専従の職員が兼務することはできないが、当該部門に専任の職員が兼務することはできる。
- ・現行の退院調整加算の要件で「専従の看護師又は専従の社会福祉士」の配置が必要になっているので、退院支援部門には、退院支援部門に専従の看護師又は社会福祉士が1人以上必要である。

(3/5 日本医師会Q&Aより)

A246 退院支援加算

対象患者

	対象患者
退院支援加算 1	<ul style="list-style-type: none"> ◆退院困難な要因を有する患者 ◆連携する他の保険医療機関において当該加算を算定し、転院後に退院支援を実施した患者（1回の転院に限る）
退院支援加算 2	<ul style="list-style-type: none"> ◆退院困難な要因を有する患者
退院支援加算 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆入院中にA302、A303-2を算定したことのある退院困難な要因を有する患者 ◆転院前の保険医療機関において当該加算を算定し、転院後に退院支援計画書を作成し、退院支援を実施した患者（1回の転院に限る）
地域連携診療計画加算	<ul style="list-style-type: none"> ◆あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等で共有されている疾患に罹患する者であって、転院後・退院後に、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等において引き続き治療等が行われ者 ◆転院前の保険医療機関において当該加算を算定した患者（1回の転院に限る）

A246 退院支援加算

入院

退院支援加算1

退院支援加算2

退院支援加算3

入院後3日以内

- ①新規入院患者の把握
- ②退院困難な要因を有する患者の抽出

病棟専任の退院支援職員

療養病棟等については14日以内

入院後7日以内

- ・②の患者について、患者及び家族と病状や退院後の生活の話し合い
- ・退院支援計画作成に着手
- ・病棟の看護師及び、病棟に専任の退院支援職員並びに退院支援部門の看護師及び社会福祉士等における共同カンファレンスの実施

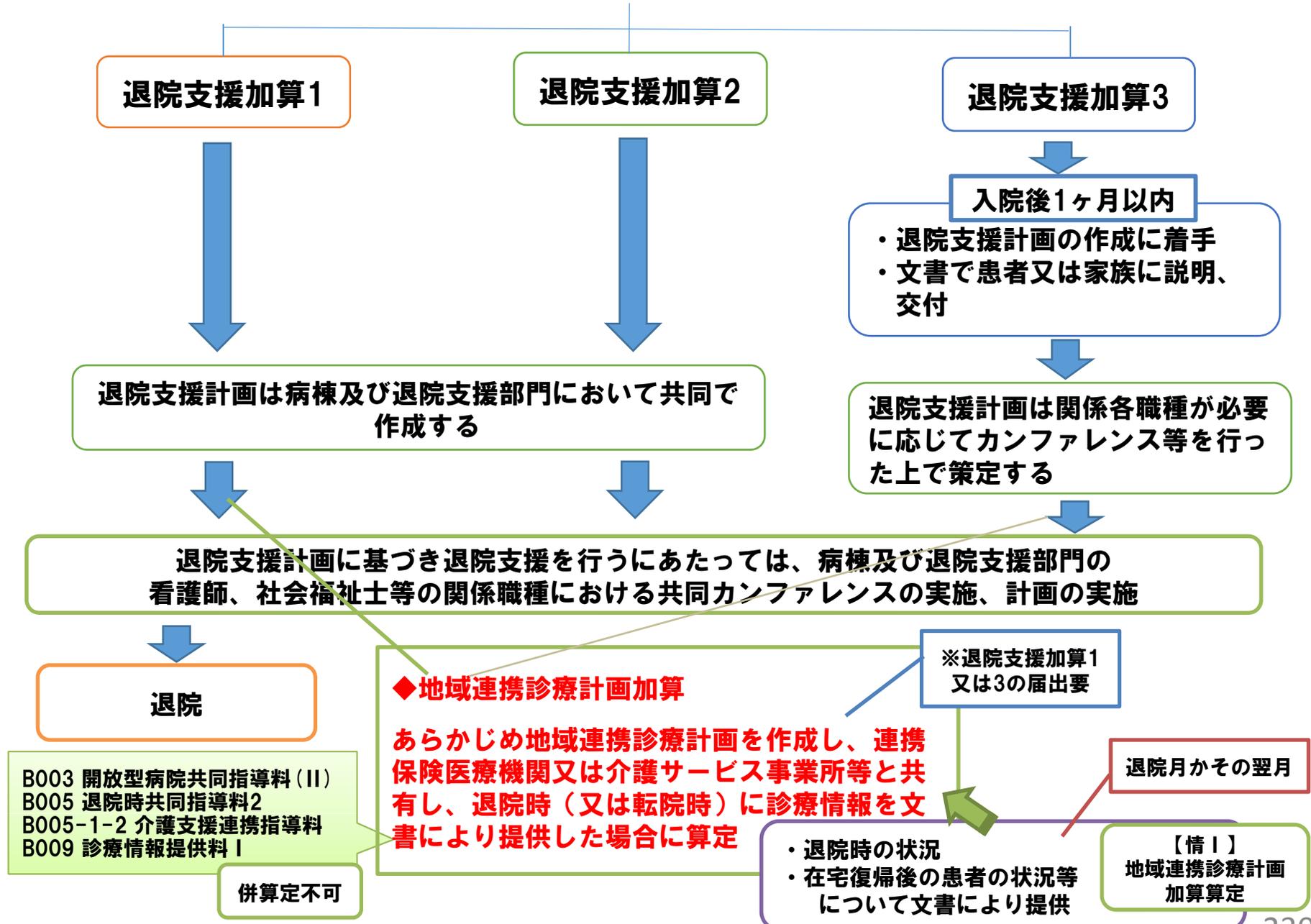
入院後7日以内

- ・退院困難な要因を有する患者の抽出
- ・退院支援計画作成に着手
- ・出来るだけ早期に患者及び家族と退院後の生活の話し合い

入院後7日以内

- ・退院困難な要因を有する患者の抽出
- ・患者及び家族と病状や退院後の生活の話し合い

A246 退院支援加算



入院基本料

別紙様式6の2

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日:平成 ____年 ____月 ____日
 計画日:平成 ____年 ____月 ____日
 変更日:平成 ____年 ____月 ____日

病棟(病室)	
病名	
患者以外の相談者	家族・その他関係者()
患者の状態	
患者の意向	
退院困難な要因 (医学的要因)	1. 精神症状 2. 認知行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因 (社会・環境的要因)	1. 家庭内調整() 2. 受け入れ先の確保が困難() 3. 生活費の確保が困難() 4. 自己負担の費用が増加() 5. その他()
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設() 3. 介護保険サービスによる入所施設() 4. その他()
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される社会福祉サービスの担当者	

(注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(担当医) _____ 印
 (病棟退院支援計画担当精神保健福祉士) _____ 印

「退院支援計画書」 (別紙様式6の2)

次頁に
アップ

退院支援計画書抜粋 (別紙様式6の2)

<p>患者の意向</p>	
<p>退院困難な要因 (医学的要因)</p>	<p>1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症</p>
<p>退院困難な要因 (社会・環境的要因)</p>	<p>1. 家庭内調整() 2. 受け入れ先の確保が困難() 3. 生活費の確保が困難() 4. 自己負担の費用が増加() 5. その他()</p>
<p>退院に係る問題点、課題等</p>	
<p>退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要</p>	<p>1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要</p> <p>目標⇒評価⇒支援</p> <p>早期のプランニング</p>
<p>予想される退院先</p>	<p>1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設() 3. 介護保険サービスによる入所施設() 4. その他()</p>

退院困難要因
明確に

目標⇒評価⇒支援

早期のプランニング

別添7の様式40の9

様式40の9

退院支援加算1、2及び3の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

()	退院支援加算1
()	退院支援加算2
()	退院支援加算3

※該当する届出事項を○で囲むこと

退院支援及び地域連携業務を担う部門（退院支援部門）の設置の有無	(有 無)
---------------------------------	---------

1. 退院支援部門に配置されている職員

	氏名	専従・専任	職種	経験年数
退院支援に関する経験を有する者				

2. 届出病床数・病床数

	病床数	病床数
「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病床数・病床数		
「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病床数・病床数		

過去4か月間の面会状況が分かる文書

3. 退院支援に係る実績等

転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携保険医療機関等の数が20以上（該当する場合には「レ」を記入すること）	<input type="checkbox"/>
連携保険医療機関等の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）	<input type="checkbox"/>
過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数	() 回

4. 各病棟に配置されている職員

	病棟名	病床数	当該病棟で算定している入院料	氏名	職種
退院支援及び地域連携業務に専従に従事する者					

〔記入上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 退院支援加算1又は2の届出の場合は、退院支援部門の職員について、退院支援に関する経験を確認できる文書を添付すること。
- 3 退院支援加算3の届出の場合は、看護師については退院支援及び新生児特定集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院支援に係る業務の経験を確認できる文書を添付すること。
- 4 職種に関して確認できる文書を添付すること。
- 5 連携保険医療機関等の職員との面会頻度については、過去4か月間の面会状況が分かる文書を添付すること。
- 6 退院支援加算の注5に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。

様式12

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 地域連携診療計画に係る事項

地域連携診療計画を 策定している疾患名	担当医師

2. 連携保険医療機関等に係る事項

(1) 最初に入院を受け入れる保険医療機関

保険医療機関の名称	連絡先

(2) (1)の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関

連携先 () 件	
連携施設の名称	連絡先

(3) (2)の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等

連携先 () 件	
連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

連携先 () 件	
連携施設の名称	過去1年間の面会日

会合での面会も可能？

【記載上の注意】

- 1 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の2を参考にすること。

様式12の2

疾患ごとに作成
予め共有

地域連携診療計画書（様式例）

様式12の2
パス準用様式

説明日
患者氏名 _____ 殿
病名（検査・手術名）： _____

標準的な転院までの期間

月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
経過（日又は週・月単位）	1日目	2日目	3日目	4日目		〇日目	1日目	〇日目	〇日目	
日時（手術日・退院日など）	入院日					転院日			退院日	
達成目標						（転院基準）			（退院基準）	
治療 薬剤 （点滴・内服）										
処置 検査										
安静度・リハビリ （OT・PTの指導を含む。）										
食事（栄養士の指導も含む。）										
清潔 排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

転院・退院等の基準

患者の退院時情報

- ※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
- ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
- ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
- ※4 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

毎年1回7月1日時点のもの
届出が必要

【A246 退院支援加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 退院支援加算1について、全ての病棟で要件を満たさなくても、一部の病棟で要件を満たせば、当該病棟において加算を算定できるか。

A 当該加算を算定することができる入院料を届け出ている**病棟全て**で要件を満たす必要がある。

Q 注4に掲げる地域連携診療計画加算は、相手先の医療機関との間で地域連携診療計画が作成・共有されていれば、必ずしも相手先の医療機関が当該加算を算定していなくても算定できるか。

A **算定できる。**

Q 退院支援加算で配置されている退院支援部門の看護師及び各病棟において退院支援及び地域連携業務に**専従する看護師**が、退院支援として退院後訪問指導を実施してよいか。

A **よい。**

【A246 退院支援加算】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

退院調整部門に**専従配置**された社会福祉士を病棟の退院支援員として専任で配置して良いか。

A

不可。

Q

病棟で勤務している**看護職員**を専任で退院調整部門に配置している場合、当該看護師を病棟の退院支援員として専任で配置して良いか。

A

不可。

Q

連携先と年3回以上面会により情報共有を行うこととあるが、**20の医療機関等**を連携先とする場合、すべての機関と個別に情報共有をする場合は**合計60回以上、面会の場を設ける必要があるのか。**

A

そのとおり。

【A246 退院支援加算】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q 介護支援連携指導料の算定回数の実績は、届出は直近1年が実績となるのか。

A そのとおり。

Q 介護連携指導料が算定項目として包括となってしまう病棟、病室に入院している患者でも、算定要件を満たせば実績数として加えて良いか。

A 不可。

Q 連携する医療機関等とは、個別に契約書等の書面で連携する旨を確認する必要があるのか。

A 年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている医療機関等であり、**面会の日付等を一覧で記録**していること。

【A246 退院支援加算】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

入院後7日以内に面談等をするがあるが、患者の状態が悪くまた、家族等とも面会できない場合は算定できないのか。

A

原則として7日以内に患者・家族との話し合いを行うことが必要だが、やむを得ない理由のあるごく一部の場については7日を過ぎていても算定を行うことは可能。

Q

地域連携診療計画加算を算定するには、**連携医療機関の届出をする必要がある**のか。

A

そのとおり。（届出様式を参照のこと）

【A246 退院支援加算】

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

専任の退院支援職員（看護師、社会福祉士）は、7対1入院基本料すべての病棟に配置しなければならないのか。それとも、退院支援が必要な病棟のみの配置でよいのか。

A

「退院支援加算1」を届け出た医療機関のうち、算定対象の病棟全てに専任の退院支援職員（退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士）を配置する。なお、専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床まで受け持つてかまわない。

「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（通知）」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第26の5退院支援加算】（p.53）参照。

入院基本料等加算

【Ⅲ－2(重点的な対応が求められる分野／認知症対策の推進)－①】
身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価 骨子【Ⅲ－2(1)】

●身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

A247 認知症ケア加算

新設

A247 <u>認知症ケア加算1 (1日につき)</u>	届出	
イ 14日以内の期間		150点
ロ 15日以上期間		30点
A247 <u>認知症ケア加算2 (1日につき)</u>	届出	
イ 14日以内の期間		30点
ロ 15日以上期間		10点

[算定可能病棟]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟除く。)、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、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、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料

入院基本料等加算

JCSでⅡ-3以上または
GCS8点以下は除く

[算定要件]

- (1) 対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。
- (2) 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- (3) 当該患者のケアが開始された日から起算した入院期間に応じて算定
- (4) 「1」を算定する場合は、A230-4精神科リエゾンチーム加算は別に算定不可。

身体的拘束は

抑制帯等、患者の身体又は衣類に触れる何らかの用具を使用して、一時的に身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

チームが患者の状況を把握・評価するなど患者
に関与し始めた日から算定

●認知症ケア加算1

- (1) 病棟において、チームと連携して、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) チームは、以下の内容を実施する。
 - ① 週1回程度カンファレンスを実施し、各病棟を巡回して病棟における認知症ケアの実施状況を把握するとともに患者家族及び病棟職員に対し助言等を行う。
 - ② 当該保険医療機関の認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的開催する。

看護計画を作成した日から算定

●認知症ケア加算2

病棟において、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。

入院基本料等加算

別紙12

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うと物や事務、金銭管理までできたことにミス等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない 応対や訪問者との対峙で留守番ができ
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便 上手にできない・時間 やたらに物を口に入 物を拾い集める、徘徊 大声・奇声をあげる、 始末、不潔行為、性 為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、 他害等の精神症状や に起因する問題行動 る状態等

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成13日老発第0403003号） 厚生省老人保健福祉局長通知

「認知症ケア加算」 （別紙12）

III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

【A247 認知症ケア加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

「1」「2」ともに身体的拘束を実施した場合は**解除に向けた検討を少なくとも1日に1度行うこと**

Q 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

A 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。
ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、**使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。**

Q 「注2」に掲げる点数が適用されるにあたり、身体的拘束の実施時間について規定はあるか。

A ない。時間によらず、実施した日は「注2」に掲げる点数を算定する。

Q 認知症ケア加算の算定には、**認知症の確定診断**が必要か。

A 認知症と診断されていなくても、**算定要件を満たしていれば算定できる。**

【A247 認知症ケア加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の**ランクⅢ以上かどうかは、誰が判断する**のか。

A 担当する**医師又は看護職員**が判断する。

Q 認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエゾンチームの**専任看護師との兼務が可能か**

A **可能**である。

<留意!!>

- ①1日～6日 …6日間算定不可
- ②7日～14日 …150点×8日間
- ③15日～20日…30点×6日間

Q 認知症ケア加算のイの期間とロの期間の日数は、入院日から数えた期間か、それとも、ケア開始日から数えた期間か。

A 入院日を起算日とした日数。例えば、認知症ケア加算1を届け出ている病棟において、**入院7日目に関与し始め、20日目に退院した場合**、150点を8日間、30点を6日間算定する。

[施設基準]

●認知症ケア加算1

(1) 保険医療機関内に、①～③により構成される認知症ケアに係るチームが設置されている。

① 認知症患者の診療について十分な経験と知識のある**専任の常勤医師**
(**精神科、神経内科の経験を5年以上有する医師又は、認知症治療に係る適切な研修を修了した医師**)

② 認知症患者の看護に従事した経験を**5年以上有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師**

認知症患者又は要介護者の退院調整の経験のある者
又は介護支援専門員の資格を有する者であること。

③ 認知症患者の**退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士**

(2) (1)のチームは、**身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。**

届出日から1年間は病棟に1名配置で要件を満たしているものとする

●認知症ケア加算2

(1) 認知症患者が入院する病棟には、**認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数配置する。**

(2) 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する**手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。**

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を含める

入院基本料等加算

●認知症ケア加算1 届出に係る医師と看護師の適切な研修

	専任の常勤医師	経験5年以上の専任の常勤看護師
【主催】	国、都道府県又は医療関係団体等	国又は医療関係団体等
【目的】	認知症診断について、適切な知識・技術等を修得すること	認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的
【具体的な研修内容】	<p>●医師の「適切な研修について」 都道府県及び指定都市で実施する 「認知症地域医療支援事業」に基づいた 「認知症サポート医養成研修」</p>	<p>・次の内容を含むものであること</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 認知症の原因疾患・病態及び治療・ケア・予防 ② 認知症に関わる保健医療福祉制度の変遷と概要 ③ 認知症患者に特有な倫理的課題と対応方法 ④ 認知症看護に必要なアセスメントと援助技術 ⑤ コミュニケーションスキル ⑥ 認知症の特性を踏まえた生活・療養環境の調整方法、行動・心理症状(BPSD)への対応 ⑦ ケアマネジメント(各専門職・他機関との連携、社会資源の活用方法) ⑧ 家族への支援・関係調整 <p>・実習により、事例に基づくアセスメントと認知症看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること</p>
【研修期間等】	2日間、7時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの	6か月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの

●看護師の「適切な研修について」
日本看護協会の認知症の認定看護師、
同協会が認定している看護系大学院の老人看護と
精神看護の専門看護認定看護師、
日本精神科看護協会が認定している
精神科認定看護師を想定
(H28.3.15厚労省保険局医療課 林補佐より)

入院基本料等加算

●認知症ケア加算2 届出に係る看護師の通

【経過措置】

認知症ケア加算2における、研修を受けた看護師の病棟配置要件について、届出日から1年間は病棟に1名の配置で要件を満たしているものとする。

	看護師
【主催】	国、都道府県又は医療関係団体等が主催
【目的】	認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的
【具体的な研修内容】	<ul style="list-style-type: none"> ① 認知症の原因疾患と病態・治療 ② 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術 ③ コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法 ④ 行動・心理症状(BPSD)、せん妄の予防と対応法 ⑤ 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援
【研修期間等】	【具体的な研修内容】の①から⑤の内容について9時間以上含むもので、修了証が交付されること

- ① 都道府県及び指定都市「平成28年度看護職員認知症対応力向上研修」
- ② 日本看護協会「平成25年度一般病院における認知症患者看護のマネジメント」、「平成27年度急性期病院で治療を受ける認知症高齢者の看護」、「平成28年度インターネット配信研修[リアルタイム]認知症高齢者の看護実践に必要な知識」
- ③ 日本老年看護学会「認知症看護対応力向上研修」
- ④ 日本精神科看護協会「認知症の理解とケア」
- ⑤ 日本慢性期医療協会「看護師のための認知症ケア講座」
- ⑥ 全日本病院協会「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」
- ⑦ 独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)本部研修センター「認知症看護研修」
- ⑧ 社会福祉法人恩賜財団済生会「認知症支援ナース育成研修」

入院基本料等加算

●身体合併症を有する精神疾患患者の受入れ体制の確保

精神科病院
との医療連携

新設

届出

A248 精神疾患診療体制加算 1 1,000点(入院初日)

A248 精神疾患診療体制加算 2 330点(入院初日から3日以内に1回)

「1」は精神科病院の求めに応じて、身体の傷病に対し精神疾患患者の転院を受入れ

※特別な関係は不可

他の精神病棟に入院する
患者の受け入れ

⇒やむを得ず他の医療機関の持参薬を投与する場合は、入院後5日以内に限る。
持参した薬剤名、規格、剤形等を確認し、診療録に記載する。

「2」は身体の傷病と抑うつ、せん妄等の精神症状を併せ持つ救急搬送患者を
精神保健指定等の精神科医が診察をした場合

(精神科を標榜していない病院が、他の保険医療機関の精神科医に対診を求めた場合も含む)

※精神症状を有するとは・・・

- ①過去6か月以内に精神科受診の既往がある患者。
- ②医師が抑うつ、せん妄、そう状態等、精神状態の異状を認めた患者。
- ③アルコール中毒を除く急性薬物中毒が診断された患者。

※A300救命救急入院基本料の注2(精神保健医指定等の診察)、

I001入院精神療法は算定不可(4日目以降はI001入院精神療法は算定可能)

入院基本料等加算

別添7の様式40の12

施設基準の通知文は許可病床100床以上の掲載あり

[施設基準]

- (1) 内科、外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 精神病床の数が、当該保険医療機関全体の病床数の50%未満であること。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること
 - ア 第2次救急医療体制、又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。
 - イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

精神病床が50%未満とあるが、精神病床が無い場合でも施設基準を満たすこととなるのか。

A

満たす。

【A248 精神疾患診療体制加算】

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。

【A 基本診療料】⑨② 特定入院料

特定入院料

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－②】

小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行 骨子【Ⅲ－５（１）】

●小児特定集中治療室管理料

[施設基準]

1 新生児特定集中治療室管理料1に関する施設基準

- (1) **専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること。**
- (2) 新生児特定集中治療室管理を行うのにふさわしい専用の新生児特定集中治療室を有しており、当該新生児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり7平方メートル以上であること。また、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を新生児特定集中治療室内に常時備えていること。
 - ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット)
 - イ 新生児用呼吸循環監視装置
 - ウ 新生児用人工換気装置
 - エ 微量輸液装置
 - オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置
 - カ 酸素濃度測定装置
 - キ 光線治療器
- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (5) 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。

特定入院料

【Ⅲ－5（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－②】

小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行 骨子【Ⅲ－5（1）】

●小児特定集中治療室管理料

[施設基準]

- (6) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室、中間室及び回復室からなる病棟（正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない。）以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (7) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 直近1年間の出生体重1,000グラム未満の新生児の新規入院患者数が4件以上であること。
 - イ 直近1年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上であること。

2 新生児特定集中治療室管理料2に関する施設基準

- (1) **専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。**なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。
- (2) 1の(2)から(5)までの施設基準を満たしていること。
- (3) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (4) 直近1年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。

特定入院料

【Ⅲ－5（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－②】

小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行 骨子【Ⅲ－5（1）】

●小児特定集中治療室管理料

[施設基準]

3 新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は2床を上限とする。）であっても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる要件を満たす場合に限り、新生児特定集中治療室管理料を算定できるものとする。また、常態として届け出た病床数を超えて患者を受け入れている場合には、新生児特定集中治療室管理料を算定する病床数の変更の届出を行うこと。

- (1) 常時4対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること）よりも手厚い看護配置であること。
- (2) (1)の看護配置について、常時3対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること）の基準を満たせなくなつてから24時間以内に常時3対1以上の看護配置に戻すこと。
- (3) 定員超過した病床数、時刻及びその際の看護配置状況等について記録を備えておくこと。

【A302 新生児特定集中治療室管理料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「A302」新生児特定集中治療室管理料の施設基準において、専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していることとされているが、**出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れてもよいか。**

A **不可。**当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。ただし、救急搬送された**母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入院することが想定される場合等、緊急かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。**

リハビリテーション/特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-①】
回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価 骨子【II-3(1)】

●A308 回復期リハビリテーション病棟における アウトカムの評価

包括される疾患別リハビリの実施単位数は
リハビリ充実体制加算等の
施設基準単位数には含まない

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して
「厚生労働大臣の定めるもの」については
**1日に6単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、
回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。**

今回のルールの構造としては、施設基準を設定しない。
(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

【別に厚生労働大臣が定めるもの】

- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの**提供実績が**
①一定の水準以上である ②効果に係る実績が一定の水準を下回る
- 入院中の患者
- 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料であって**1日につき6単位を超えるものの費用**
(告示別表第9の3に規定する「脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの」を除く。)

6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括されることになっているが、急性疾患の発症後60日以内のものについては除かれている。必ずしも、7単位日以上のものについては、出来高算定が不可であったり、リハビリテーション充実加算の単位数に含まれないわけではないが、急性疾患の発症後60日以内のもの以外については包括であり、リハビリテーション充実加算の根拠となる単位数にも含まれないことになる。
(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-①】
回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価 骨子【II-3(1)】

[算定要件]

- (1) 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けるリハビリテーションの**提供実績が一定の水準以上であるとは、過去6か月間**に当該保険医療機関で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に提供された疾患別リハビリテーションの**1日平均実施単位数が6単位以上**であることをいう。ただし、過去6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者が**10人未満**の場合を除く。
- (2) **効果に係る実績が一定の水準を下回るとは、過去6か月間**に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から**退棟した全ての患者**(計算対象から除外される患者を除く)についての、**①の総和を②の総和で除したものが27未満**である状態をいう。
- ① **退棟時の FIM 得点(運動項目)から入棟時 FIM 得点(運動項目)を控除したもの**
 - ② **各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で除したもの**

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-①】

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価 骨子【II-3(1)】

- (3) 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は、(2)の算出から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、毎月の入棟患者数の100分の30を超えない範囲で、(2)の算出から除外できる。
- ① FIM 運動項目得点が20点以下のもの
 - ② FIM 運動項目得点が76点以上のもの
 - ③ FIM 認知項目得点が25点未満のもの
 - ④ 年齢が80歳以上のもの
- (4) 高次脳機能障害の患者が過去6か月の入院患者の40%を超える保険医療機関においては、高次脳機能障害の患者を(2)の算出から全て除外することができる。この場合、(3)については、「毎月の入棟患者数の100分の30」を、「毎月の入棟患者数のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。
- (5) 在棟中に FIM 得点(運動項目)が1週間で10点以上低下した患者については、(2)の算出において、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなして扱ってよい。

【経過措置】

平成 28 年4月1日以降の入院患者について、平成29年1月1日から3ヶ月ごとに算出する。

特定入院料

様式 45

別紙様式 45

回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	
直近の報告年月日	

1. 退棟患者数

1

①	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数	名
②	直近の報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数	名

2. 1日当たりのリハビリテーション提供単位数

2

③	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数	日	
④	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位	
再掲	i	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	iii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位
	iv	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	v	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
⑤	1日当たりのリハビリテーション提供単位数 (④/③)	単位	
⑥	直近の報告における1日当たりのリハビリテーション提供単位数	単位	

「回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書」
(別紙様式45)

10名以上
(10名未満の場合は
実績指数は記入しない)

提供実績
1 かつ 2

報告2回連続
満たしているか

・報告⇒3か月ごと(4,7,10,1月)
・実績⇒直近6か月間
重複する実績月が発生
①4月報告 10-3月 実績
②7月報告 1-6月 実績
③10月報告 4-9月 実績
④1月報告 7-12月 実績

6単位以上

報告2回連続
満たしているか

特定入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料

「回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書」

(様式45)

**効果実績
(実績指数)**

**27点以上はクリア。
27未満が実績が下回る**

**報告2回連続
満たしているか**

実績指数除外患者

3. 実績指数		
⑦	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数	名
⑧	⑦のうち、実績指数の計算対象とした患者数	名
⑨	⑧の患者の退棟時のFIM得点(運動項目)から入棟時のFIM得点(運動項目)を控除したものの総和	点
⑩	⑧の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和	
⑪	実績指数(⑨/⑩)	点
⑫	直近に報告した実績指数	点

4. 除外患者について(届出の前月までの6か月について以下を記入する。)

⑬ 届出の前月までの6か月	() () () () () ()					
	月	月	月	月	月	月
⑭ 入棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑮ 高次脳機能障害患者が入棟患者数の40%以上であることによる除外の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑯ ⑮による除外がある場合は除外後の入棟患者数(⑮が有の場合のみ)	名	名	名	名	名	名
⑰ 実績指数の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名
⑱ 除外割合(⑰÷(⑭又は⑯))	%	%	%	%	%	%

5. 高次脳機能障害患者が40%以上であることによる除外について(⑮が有の場合には、それぞれ⑬の7か月前から前月までの6か月間の状況について記入。)

※ () にはそれぞれ⑬の前月を記載	() 月 () 月 () 月 () 月 () 月 () 月					
	までの6か月	までの6か月	までの6か月	までの6か月	までの6か月	までの6か月
⑲ 6か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑳ ⑲のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名	名
㉑ 高次脳機能障害患者の割合(㉑÷⑲)	%	%	%	%	%	%

【記載上の注意】

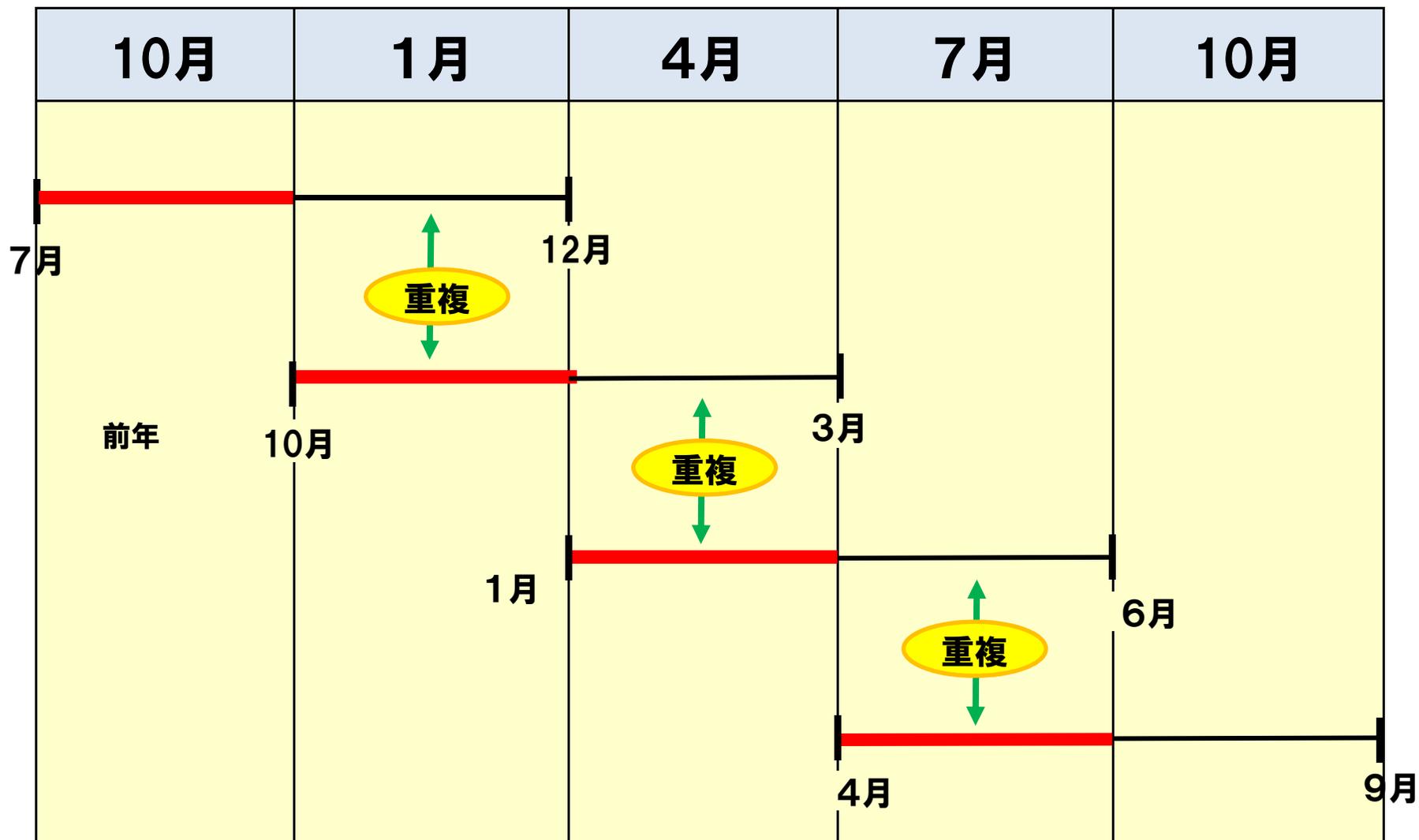
- ①から⑫は平成28年4月1日以降に入院した患者のみを対象とする。
- ①及び②は実績指数の計算対象となったものに限る。①が10名未満の場合、⑦から⑩は記入しない。
- 初めての報告の場合、「直近の報告年月日」、②、⑥及び⑫は記入しない。
- ④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。
- 直近の報告において実績指数の報告対象外であった場合は⑫は記入しない。
- ⑭は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。
- ⑰の除外患者数は、入棟日においてFIM運動項目の得点が20点以下若しくは76点以上、FIM認知項目の得点が24点以下、又は年齢が80歳以上であったことにより実績指数の計算対象から除外したものに限り。
- ⑱の除外割合は、⑮が「有」の場合は⑰÷⑯、「無」の場合は⑰÷⑭とする。
- ⑲は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。
- ⑮、⑯、⑰の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して180日以内まで算定できるものに限る。

報告①

★報告は3か月ごとに報告



★報告内容
直近6ヶ月の実績



計算式②

$$\left(\begin{array}{c} \text{各患者退棟} \\ \text{FIM(運動項目)} \end{array} - \begin{array}{c} \text{各患者入棟} \\ \text{FIM(運動項目)} \end{array} \right) \times \text{人数}$$

各患者在院日数 / 各状態による上限日数

 ≥ 27

事例

例)

疾患	人数	入棟FIM	退棟FIM	在院日数	上限日数
①大腿骨頸部骨折	30名	50点	80点	72日	90日
②脳卒中	20名	40点	65点	135日	150日

$$\frac{\{①(80点 - 50点) \times 30名\} + \{②(65点 - 40点) \times 20名\}}{\{①(72日 / 90日) \times 30名\} + \{②(135日 / 150日) \times 20名\}}$$

27以上で
クリア

= 33 ≥ 27

FIM評価

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

【経過措置】平成29年1月1日から実施とあるが、具体的な評価期間は最短で28年7月からで良いか。

A

平成28年4月以降に入棟した患者であって、かつ平成28年7月以降に退棟した患者が対象となる。（入院時の評価は平成28年4月から必要）

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-①】

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価 骨子【II-3(1)】

●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

改定

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

診療に係る費用

注2、注3及び注5に規定する加算、在宅医療、リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る。)、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算(一般病棟に限る。)データ提出加算、地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く

→回復期リハビリテーション病棟入院料に**含まれるものとする。**

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-②】

回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し 骨子【II-3(2)】

●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

注5 体制強化加算

改定

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

注5 体制強化加算

体制強化加算1 200点

体制強化加算2 120点(新)

[施設基準]

体制強化加算1

(略)

体制強化加算2 届出

当該病棟に専従の常勤医師2名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。(新)

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-②】

回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し 骨子【II-3(2)】

●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

注5 体制強化加算の施設基準

改定

専従する常勤医師のうち2名は、以下のすべてを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。

なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることはできない。

ア) 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していること。

イ) 当該2名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-②】

回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し 骨子【II-3(2)】

●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

注5 体制強化加算の施設基準

改定

ウ) 週に 32 時間以上は、当該2名の医師のうち少なくとも1名が当該病棟業務に従事していること。

エ) 当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週8時間以上従事していること。

週32時間以上について、2人で16時間ずつや、24時間と8時間といった病棟の勤務である場合に要件を満たすものである。

2人で16時間ずつの場合は、(それぞれが従事する)16時間が別の時間になっていないといけませんが、週のうち32時間以上を、2人のいずれかでカバーするということになる。

(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知（12）ウ及びエにある実績指数の算出から除外できる患者は、アで「リハビリテーションの提供実績を相当程度有する」との判断の際にも計算対象から除外できるか。

A 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の数が10名以上であるかの判断は、ウ及びエで実際に除外した患者を除いて行う。1日あたりのリハビリテーション提供単位数が平均6単位以上であるかの判断は、ウ及びエにおける除外の有無にかかわらず、**直近6か月間の回復期リハビリテーションを要する状態の患者**について行う。

Q 回復期リハビリテーション病棟の実績指数を算出するにあたり、「当該月に入棟した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から全て除外することができる」とあるが、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者の一部をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を対象とできるか。

A できない。月毎に、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者を、**リハビリテーション効果実績指数の算出対象から全員除外するか、全員含めるかのいずれかを選ぶこと。**

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供実績の評価（留意事項通知区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料（12）ア）及び実績指数の評価（同イ）において、「入棟する」「退棟する」とは、算定する入院料にかかわらず当該病棟に入棟又は退棟することをいうのか。それとも、**回復期リハビリテーション病棟入院料の算定を開始又は終了することをいうのか。**

A

算定する入院料にかかわらず、**当該病棟に入棟又は退棟することをいう。**従って、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料の**算定上限日数を超えた患者であっても、当該病棟で療養を続ける限り、退棟したものとは扱わない。**なお、一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者については、**実績指数の評価の対象とはならないことに留意されたい。**

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成28年厚生労働省告示第53号)十回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等(1)通則イに「回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。」とあるが、この「8割」とは、1日平均入院患者数の8割と解釈してよいか。

A

よい。

Q

廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できるか。

A

廃用症候群リハビリテーション料の対象となる廃用症候群は、「急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない）による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」である。一方、**回復期リハビリテーション病棟入院料の対象となる「回復期リハビリテーションを要する状態」の廃用症候群は、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）」である。従って、それ以外の廃用症候群は、廃用症候群リハビリテーション料の対象となっても、回復期リハビリテーション病棟入院料の対象とはならない。**

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算2の施設基準において、前月に外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していることが求められているが、専従医師として届け出る医師が行っていないといけないのか。

A 当該保険医療機関として行っていればよい。

Q 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において、区分番号「J038」に掲げる人工腎臓の費用は別途算定できることとなっているが、区分番号「J038」人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できるか。

A できる。

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士、体制強化加算の施設基準に従い病棟に専従配置される社会福祉士、地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士は、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士と兼任できるか。また、認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できるか。

A

体制強化加算の施設基準に従い病棟に**専従配置される社会福祉士**は、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、**退院支援加算1の施設基準**に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして当該病棟に**専任配置される社会福祉士**（当該の社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限る。）と**兼任できるが、認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。**

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に従い病棟に**専任配置される社会福祉士**及び**地域包括ケア病棟入院料の施設基準**に従い医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される**社会福祉士**は、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士又は**認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。**

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

過去6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者が10人未満の場合は除くとあるが、高次脳機能障害の患者を除いた結果が10人未満となる場合も除くと考えて良いか。

A

その通り。

Q

高次脳機能障害の患者について除外となるのは、退棟患者が4割以上の場合で良いか。

A

その通り。各月において、前月までの6ヶ月間に退棟した患者のうち、高次脳機能障害の患者が4割以上となるか否かで判断する。

Q

廃用症候群リハビリテーションの算定要件が急性疾患等（治療の有無を問わない）に伴う廃用症候群とあるが、回復期リハビリテーション病棟においても同要件となるのか。

A

否。廃用症候群リハビリテーション料の対象患者と回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できる回復期リハビリテーションを要する状態における廃用症候群は異なる。後者は改定前と同様。

特定入院料

【1-1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）-④】

在宅復帰率の要件見直し 骨子【1-1（3）】

●7対1入院基本料等における在宅復帰率の要件見直し

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

改定

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）1】

〔自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者〕

自宅及び居住系介護施設等に退院した患者の他、介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）、有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病室に退院した患者及び療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟に退院又は転棟した患者

特定入院料

【1-1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）-⑨】

地域包括ケア病棟入院料の見直し 骨子【1-1(7)】

●地域包括ケア病棟入院料の見直し

改 定

【A308-3 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）】

[包括範囲]

診療に係る費用

注3から注5に規定する加算、
臨床研修病院入院診療加算、
在宅患者緊急入院診療加算、
医師事務作業補助体制加算、
地域加算、離島加算、医療安全対策加算、
感染防止対策加算、
患者サポート体制充実加算、
退院支援加算、
データ提出加算、
地域連携診療計画加算（退院支援加算）、
在宅医療、摂食機能療法、
人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬、
第10部手術、
第11部麻酔の費用 を除く

1のイ

認知症ケア加算

疑義あり

特定入院料

【1-1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）-⑨】
地域包括ケア病棟入院料の見直し 骨子【1-1（7）】

●地域包括ケア病棟入院料の見直し

[算定要件]

以下の施設基準を届け出ている保険医療機関又は許可病床数が500床以上の病院においては、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を除く)の届出は1病棟に限る。

- (1) 救命救急入院料
- (2) 特定集中治療室管理料
- (3) ハイケアユニット入院医療管理料
- (4) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- (5) 小児特定集中治療室管理料

※ ただし、
平成28年1月1日
時点で既に届け出た
病棟等については
この限りではない。

- ・ 特定集中治療室管理料等を既に届け出ている、地域包括ケア病棟を2病棟持っている場合に、病棟数や病床数を維持することは経過措置として可能だが、増やす方の変更はできない。
例えば、2病棟まで地域包括ケア病棟を持っているところが3病棟に増やすことや、集中治療室を持っているところが、さらに救命救急入院料を届け出することはできないと考えている。
- ・ 施設基準の見直しで、浴室・便所が病棟の「近傍」に設けられている場合も施設基準に含まれるが、病棟と違うフロアにある場合も、実態に応じて、利用しやすいような近傍にあるということであれば含まれる。
なお、回復期リハビリテーション病棟においてはこのような(施設基準の)変更はしていない。
これまで通り、病棟内に浴室という要件は維持されている。（3/4 厚労省説明会 質疑応答より）

【A308-3 地域包括ケア病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

平成28年1月1日時点で許可病床数500床未満であり地域包括ケア病棟入院料を2病棟以上届け出していた保険医療機関が、平成28年1月1日以降、増床によって許可病床数が500床以上となる場合、地域包括ケア病棟を1病棟以下とするべきか。また同様に、平成28年1月1日時点で救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料を届け出ておらず、かつ地域包括ケア病棟を2病棟以上有している保険医療機関が、平成28年4月以降にこれらの入院料、管理料等を届け出る場合も、地域包括ケア病棟を1病棟以下とするべきか。

A

そのとおり。平成28年4月以降に許可病床数の増床により500床以上となる場合や救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料の届出を行う場合は、2病棟以上の地域包括ケア病棟を持つことができない。

【A308-3 地域包括ケア病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料を2病棟届出しており、かつ許可病床数が500床以上、または救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び、小児特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関について、平成28年4月以降、許可病床数の増床、地域包括ケア病棟入院料又は救命救急入院料等の新たな届出を行うことができるか。

A

地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を複数維持する場合はできない。
平成28年4月以降、増床や新たな届出を行う場合には、地域包括ケア病棟入院料の取下げ等により、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を1病棟以下とする必要がある。

特定入院料

【Ⅲ－1(重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進)－③】
緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実 骨子【Ⅲ－1(3)】

●A310 緩和ケア病棟入院料

改定

【A310 緩和ケア病棟入院料】(1日につき)

1 30日以内の期間	4,926点
<u>緊急入院初期加算</u>	<u>200点(新)</u>
2 31日以上60日以内の期間	<u>4,400点</u>
3 61日以上の期間	<u>3,300点</u>

[算定要件]

緊急入院初期加算

当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関から予め文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に入院から15日を限度に、1日につき200点を所定点数に加算する。(新)

特定入院料

【Ⅲ－1(重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進)－③】
緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実 骨子【Ⅲ－1(3)】

●A310 緩和ケア病棟入院料

【緊急入院初期加算に関する留意事項】

- 連携医療機関との間では、過去1年以内に緩和ケアを受ける患者の紹介、緩和ケアに係る研修、共同でのカンファレンスの実施等、医師その他の職員が面会した実績を記録すること
- 連携の医療機関より病状および投薬内容のほか、患者および家族等への説明等について、予め文書による情報提供を受ける必要がある

[包括範囲から除外する項目]

第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料料並びに第2章第12部放射線治療

【A226-2 緩和ケア診療加算／ A310 緩和ケア病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料において、「公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価(緩和ケア病院)と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院」とあるが、従前の公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価の「緩和ケア機能」の認定を受けている場合は対象となるのか。

A 対象となる。

Q 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料の施設基準である「がん診療連携の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。」について、下記は該当すると考えてよいか。

- ① 公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定
- ② ISO(国際標準化機構)9001の認証

A ①及び②ともに該当する。

特定入院料

【Ⅲ-3 (重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進) -①】
 地域移行を重点的に進める精神病棟の評価
 骨子【Ⅲ-3 (1)】

●A318地域移行機能強化病棟入院料

新設

届出	A318 地域移行機能強化病棟入院料	1,527点 (1日につき)
	注3 イ 重症者加算1	60点 (1日につき)
	ロ 重症者加算2	30点 (1日につき)
	注2 非定型抗精神病薬加算	15点 (1日につき)

【経過措置】

当該入院料の届出は平成32年3月31日までに限り行うことができるものとする。

【レセプト記載要領】

- ・統合失調症の患者に対して非定型抗精神病薬加算を算定する場合非定型、定型を含めて投与している向精神病薬を全て記載する。
- ・重症者加算を算定した日を記載する。

15:1の配置と専従2名以上の精神保健福祉士は重複してカウントできる
 (3/4 厚労省説明会質疑応答より)

【施設基準】

- (1) 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- (2) 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- (3) 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること(下回る場合は許可病床数の変更届を提出することとする。)
- (4) 当該病棟からの1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- (5) 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- (6) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (7) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

【 A318 地域移行機能強化病棟入院料 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 地域移行機能強化病棟に転棟する前に、当該保険医療機関の他の精神病棟で一部の退院支援業務を開始してもよいか。

A 他の精神病棟で実施した退院支援業務についても、地域移行機能強化病棟で実施した退院支援業務とみなすことができる。この場合、退院支援計画に他の精神病棟で行った退院支援内容を記載する必要があること。

なお、当該病棟への入院期間が1か月未満で、退院支援委員会の開催前に退院する患者については、退院前に、退院支援相談員が、患者及び患者の家族等に、実施した退院支援の内容と退院後の医療及び相談支援の体制等について、文書で説明する必要があること。

Q 退院支援委員会の開催に当たり、相談支援事業者等、外部の支援者が必ず出席する必要があるのか。

A 当該患者の地域移行支援を担当する事業者等が決定している場合には、出席を求める必要があること。出席を求めたものの、やむを得ず当該事業者等が欠席する場合には、診療録等に退院支援委員会の議事の要点を記録する際に、欠席の理由を記載する必要があること。

【 A318 地域移行機能強化病棟入院料 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 入院患者数が40人超の地域移行機能強化病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を精神保健福祉士とみなして、15対1の看護職員等の配置(看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士で構成されるもの)に含めることは可能か。

A 精神障害者に関する業務に従事した経験3年以上を有する場合には、退院支援相談員に指定することができる。

Q 精神科地域移行実施加算の算定に必要な退院患者数の実績に、地域移行機能強化病棟からの退院患者数を含めることができるか。

A できる。

Q 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における自宅等に退院した患者の数に係る実績について、自宅等に退院した後間もなく再入院した患者について、自宅等に退院した患者に含めることが可能か。

A 退院時に、自宅等での生活が3か月以上続くことが見込まれる患者については、自宅等への退院患者に含めることができる。

【A 基本診療料】⑨2 短期滞在手術基本料

短期滞在手術等基本料

【重点課題 1-1 (医療機能の分化・強化/入院医療の評価) -⑦】
短期滞在手術等基本料3の見直し 骨子【1-1(5)】

●A400 3 短期滞在手術等基本料3の見直し

改 定	
【短期滞在手術等基本料3】 ※ 点数は手術、検査、放射線治療ごとに設定。 [対象手術等] イ～チ 略	
<u>リ K282水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合 ロその他のもの(片眼)</u>	<u>22,096点</u>
<u>ヌ K282水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合 ロその他のもの(両眼)</u>	<u>37,054点</u>
<u>ル K282水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合(片眼)</u>	<u>20,065点</u>

短期滞在手術等基本料3 新旧点数比較表

区分		項目	改定前	改定後
ソ	K633	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア	(3歳未満)	35,052点
ツ			(3歳以上6歳未満)	29,093点
ネ			(6歳以上15歳未満)	25,498点
ナ			(15歳以上)	24,805点
ラ	K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	(3歳未満)	68,729点
ム			(3歳以上6歳未満)	56,183点
ウ			(6歳以上15歳未満)	43,921点
キ			(15歳以上)	51,480点
ノ	K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	1 長径2センチメートル未満	14,661点
オ			2 長径2センチメートル以上	18,932点
ク	K743	痔核手術(脱肛を含む) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)	13,410点	12,291点
ヤ	K768	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	/	28,010点
マ	K867	子宮頸部(膣部)切除術	18,400点	17,344点
ケ	K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	35,524点	34,438点
フ	M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	/	59,855点

短期滞在手術等基本料

【重点課題 | - 1 (医療機能の分化・強化/入院医療の評価) - ⑦】
短期滞在手術等基本料3の見直し 骨子【 | - 1 (5) 】

●短期滞在手術等基本料3の見直し

改 定

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

- ① 第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料及び第4節 特定保険医療材料料
- ② 人工腎臓
- ③ 抗悪性腫瘍剤
- ④ 疼痛コントロールのための医療用麻薬
- ⑤ エリスロポエチン(人工腎臓又は 腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して 投与された場合に限る。)

包括範囲から除外される抗悪性腫瘍剤には、薬効分類上の腫瘍薬のほか、**インターフェロンや酢酸リュープロレリンなど、そういったものも含む方向で整理したい。**

(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

短期滞在手術等基本料

【重点課題 1-1 (医療機能の分化・強化/入院医療の評価) -⑦】
短期滞在手術等基本料3の見直し 骨子【1-1(5)】

●短期滞在手術等基本料3の見直し

改 定

- ⑥ ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。)
- ⑦ インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。)
- ⑧ 抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及びHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)
- ⑨ 血友病の治療に係る血液凝固製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

【短期滞在手術等基本料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術については、3か月に1回に限り算定することとされているが、短期滞在手術等基本料3「カ経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を算定後、3か月以内に入院して同手術を実施した場合、再度、短期滞在手術等基本料3「カ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を算定できるか。

A 不可。経皮的シャント拡張術・血栓除去術を実施後、3か月以内に入院して同手術を再度実施した場合、当該手術料及び短期滞在手術等基本料3については算定できない。

Q 「K768」体外衝撃波腎・尿管結石破砕術については、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う治療過程は一連の評価とされているが、短期滞在手術等基本料3「ヤ体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を算定後、所期の目的を達する前に、再度、入院して同手術を実施した場合、短期滞在手術等基本料3「ヤ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を算定できるか。

A 不可。体外衝撃波腎・尿管結石破砕術において、一連の治療過程に当たる期間については、手術料又は短期滞在手術等基本料3を再び算定することはできない。

厚生局の一部は出来高(手術料算定不可)で算定の旨、回答しているがP311のDPCでK678体外衝撃波胆石破砕術はDPCの2回目算定を手術ありで示している。

【A400 短期滞在手術等基本料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療については、数か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されているが、短期滞在手術等基本料3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定後、一連の治療過程において、再度、入院して同治療を実施した場合、短期滞在手術等基本料3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定できるか。

A 不可。ガンマナイフによる定位放射線治療において、一連の治療過程に当たる期間については、放射線治療又は短期滞在手術等基本料3を再び算定することはできない。

⑨7 入院時食事療養費・入院時生活療養費

入院時食事療養費・入院時生活療養費

【IV-6(効率化等による制度の持続可能性の向上/医薬品等の適正評価)-⑤】
入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し 骨子【IV-6(6)】

●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

改 定

【食事療養及び生活療養の費用額算定表】

第1 食事療養

1 入院時食事療養 (I)	<u>イ 入院時食事療養 (I) 1 (1食につき)</u>	640円
	<u>ロ 入院時食事療養 (I) 2 (1食につき)</u>	575円(新)

注1 イについては、(略)食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。

注2 ロについては、(略)食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。

注3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1食につき76円を、1日につき3食を限度として加算する。ただし、ロを算定する患者については算定しない。

注4 略

入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅳ－6(効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価)－⑤】
入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し 骨子【Ⅳ－6(6)】

●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

改 定

- | | | | |
|---|------------|-------------------------------|---------|
| 2 | 入院時食事療養(Ⅱ) | <u>イ 入院時食事療養(Ⅱ) 1 (1食につき)</u> | 506円 |
| | | <u>ロ 入院時食事療養(Ⅱ) 2 (1食につき)</u> | 455円(新) |

注1 イについては、入院時食事療養(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。

注2 ロについては、入院時食事療養(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。

第2 生活療養

1 入院時生活療養(Ⅰ)

- | | | | |
|-----|-----------|------------------------------|---------|
| (1) | 食事の提供たる療養 | <u>① 食事の提供たる療養1 (1食につき)</u> | 554円 |
| | | <u>② 食事の提供たる療養2 (1食につき)</u> | 500円(新) |
| | | <u>入院時食事療養(Ⅰ)と同趣旨の改正を行う。</u> | |

- | | | | |
|---|------------|--------|--|
| 2 | 入院時生活療養(Ⅱ) | (変更なし) | |
|---|------------|--------|--|

入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅳ－6(効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価)－⑤】
入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し 骨子【Ⅳ－6(6)】

●入院時の経腸栄養用製品の用に係る給付の見直し

「流動食のみを経管栄養法により提供したとき」とは、当該食事療養又は当該食事の提供たる療養として食事の大半を経管栄養法による流動食(市販されているものに限る。以下この項において同じ。)により提供した場合を指すものであり、栄養管理が概ね経管栄養法による流動食によって行われている患者に対し、流動食とは別に又は流動食と混合して、少量の食品又は飲料を提供した場合(経口摂取か経管栄養の別を問わない。)を含むものである。

●特別食加算

- ・流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法で提供する場合には、特別食加算は算定不可とする。
- ・治療食に「てんかん食」追加。

てんかん食とは…難治性てんかん(外傷性のものを含む。)の患者に対し、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限及び脂質量の増加が厳格に行われた治療食をいう。ただし、グルコーストランスポーター1欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対し、治療食として当該食事を提供した場合は、「てんかん食」として取り扱って差し支えない。

入院時食事療養費・入院時生活療養費

●入院時食事療養費における標準負担額

(1食につき)

対象患者		食事療養標準負担額	
A	B、C、D以外の患者	H28.4.1～	360円
		H30.4.1～	460円
B	<ul style="list-style-type: none"> ・C、D以外の指定難病患者又は小児慢性特定疾病児童等 ・H27.4.1以前からH28.4.1日まで継続して精神病床に入院していた一般所得区分の患者等 		260円
C	低所得者Ⅱ	過去1年間の入院期間が 90 日以内	210円
		過去1年間の入院期間が 90 日超	160円
D	低所得者Ⅰ		100円

【入院時食事療養費・入院時生活療養費】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 栄養管理が概ね経管栄養法による市販の流動食によって行われている患者について、経口による食事の摂取を進めるため、経口摂取の量を徐々に増やし、経管栄養法による市販の流動食と経口摂取を併用する場合、この期間の食事療養費等は「流動食のみを提供する場合」の額ではなく、通常額を適用できると考えてよいか。

A 医師の指示に基づき、栄養管理を経口で行うための取組として、栄養管理計画に従い、経口摂取の量を徐々に増やしていく期間については、通常額を算定して差し支えない。

Q 自院で調理した流動食を使用した場合の入院時食事療養費等は、「流動食のみを提供する場合」の額ではなく、通常額を適用できると考えてよいか。

A 自院で調理した流動食等の場合は、通常額を算定できる。ただし、栄養管理が概ね経管栄養法による市販の流動食によって行われている患者に対し、市販の流動食とは別に又は市販の流動食と混合して、少量の食品又は飲料を提供した場合（経口摂取か経管栄養の別を問わない。）は、「流動食のみを提供する場合」の額の適用となる。

【入院時食事療養費・入院時生活療養費】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

市販の半固形タイプの経腸栄養用食品のみを経管栄養法により提供した場合の入院時食事療養費等は、「流動食のみを提供する場合」の額が適用されると考えてよいか。

A

そのとおり。この例のほか、市販の流動食に半固形化剤を添加し、それのみを経管栄養法で提供した場合についても、「流動食のみを提供する場合」の額が適用される。

Q

ケトン食は「てんかん食」とみなしてよいか。

A

患者の病態に応じて炭水化物量の制限と脂質量の増加を厳格に行ったものであって、医師の発行する食事せんに基づき、難治性てんかん（外傷性のものを含む。）、グルコーストランスポーター1欠損症及びミトコンドリア脳筋症の患者に対して治療食として提供した場合は、てんかん食として特別食加算を算定することができる。なお、栄養食事指導料の算定対象となる「てんかん食」についても、これと同様の考え方とする。

5.【参考資料】 DPC／PDPS

DPC:DPC対象病院の基準について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

A

診療情報の管理、入院患者についての疾病統計におけるICD10コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

DPC:DPC対象患者について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q DPC対象患者は、自らの意志で診断群分類点数表による算定か、医科点数表による算定を選択することができるのか。

A 選択できない。

Q 同一日に入退院する、いわゆる「1日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいか。

A 包括評価の対象と考えてよい。

Q 午前0時をまたがる1泊2日の入院についても、入院した時刻から24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

A 包括評価の対象外となる。

DPC:DPC対象患者について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q DPC算定の対象外となる病棟からDPC算定の対象病棟に転棟したが、転棟後24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

A 包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後24時間以内に死亡した」患者であり、転棟後24時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。

Q 包括評価の対象外となる臓器移植患者は、厚生労働大臣告示に定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。

A そのとおり。

Q DPC対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院しているが、当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。

A 入院している病棟(床)で判断するため、包括評価の対象とならない。

DPC:DPC対象患者について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 分娩のために入院中の患者が、合併症等に罹患して保険給付が開始された場合には包括評価の対象となるのか。

A 保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。なお、包括評価の対象となる場合には、保険給付が開始された日を入院の起算日とする。

Q 治験、臓器移植、先進医療を行った患者等、包括評価の対象外となる患者がいったん退院し、同じ病院に再入院した場合は、包括評価の対象患者として算定してよいか。

A 医学的に一連の診療として判断される場合は医科点数表により算定すること。（包括評価の対象患者とならない。）

Q 外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合、その患者は包括評価の対象となるのか。

A 入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。

DPC:DPC対象患者について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 先進医療として認められている技術が医療機器の保険収載等の理由により、途中で保険適用となった場合、該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。

A 保険適用後に入院した患者については包括評価の対象となる。保険適用となる以前から入院し既に当該技術による治療を受けている場合には包括評価の対象外となる。

Q 厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが、告示されていない診断群分類区分が適用される場合、その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。

A 当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず包括評価の対象となる。（薬剤名と対象診断群分類番号が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。）

DPC:DPC対象患者について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。

A

包括評価の対象外となる。

Q

労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される場合は、医科点数表により算定するのか。

A

医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

Q

交通事故による患者も、医療保険を使用する場合には包括評価の対象となるのか。

A

包括評価の対象となる。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

A 「医療資源を最も投入した傷病」は、入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医がICD10コードにより選択する。

Q 「一連」の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。

A そのとおり。

Q 「医療資源を最も投入した傷病」については、DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。

A 含めない。DPC算定病床に入院していた期間において、「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に、合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。

A そのとおり。

Q 「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。

A あり得る。

Q 抜釘目的のみで入院したが、「医療資源を最も投入した傷病」は「〇〇骨折」でよいか。

A 「〇〇骨折」でよい。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するにあたり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料を含めることができるか。

A 含めることはできない。

Q 「疑い病名」により、診断群分類区分を決定してよいのか。

A 原則として入院期間中に診断を確定し、確定した病名で診断群分類区分を決定すること。ただし、検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては、「疑い病名」により診断群分類区分を決定することができる。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても、入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定をしてよいか。

A

入院診療計画等に手術を実施することが記載されており、かつ、患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。

Q

同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として、主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが、算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合、当該手術に係る分岐を選択することができるのか。

A

選択することができる。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「K678 体外衝撃波胆石破砕術(一連につき)」のように一連の治療につき1回しか算定できない手術について、算定できない2回目以降の手術に係る入院についても「手術あり」で算定することができるのか。

A

「手術あり」で算定することができる。(2回目の入院で「K678 体外衝撃波胆石破砕術」を再び行った場合、手術料は算定することができないが、診療行為として行われているため、「手術あり」として取り扱う。)ただし、その区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載する必要がある。

Q

診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第10部「手術」に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。

A

「手術あり」を選択する。ただし、「K920-2 輸血管管理料」のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

Q

手術の有無による分岐の決定において、「K920-2輸血管管理料」のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。

A

そのとおり。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 他院において手術の実施後に自院に転院した患者については、自院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。

A そのとおり。

Q 入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も、診断群分類区分は「手術あり」として選択すべきか。

A そのとおり。

Q 手術の区分番号「K〇〇〇」において、「●●術は区分番号「K△△△の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類区分を決定する際は「準用元の手術で判断すること」となっているが、これは区分番号「K〇〇〇」で判断するということか。

A そのとおり。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「D291-2 小児食物アレルギー負荷検査」を9歳以上の患者に対して行った場合、食物アレルギー(診断群分類080270)の「手術・処置等1」は「あり」を選択するのか。

A 「なし」を選択する。

Q DPC留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について、例えば「L100 1 神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)神経根ブロック」には、他に科点数表に示されている「トータルスピナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。

A 含まれない。「L100 2 神経ブロック腰部硬膜外ブロック」「L100 5 神経ブロック仙骨部硬膜外ブロック」についても同様に明示された手技に限る。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 手術に伴った人工呼吸は医科点数表では「手術当日に、手術(自己血貯血を除く)の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、DPC についても同様の取扱いか。

A 手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸なし」の診断群分類区分を選択する。

Q 「医療資源を最も投入した傷病」が胃の悪性腫瘍(060020)に該当するICD10コードであり、一入院中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術・処置等2」は「2(放射線療法)あり」を選択することとなるのか。

A そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合、化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっている抗がん剤に加えて、他の抗がん剤を併用しても選択することができるのか。

A 選択することができる。

Q 診断群分類区分の決定にあたり、手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。

A 選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用、外来・退院時での処方含まれていない。

Q 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

A 化学療法に含まれない。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。

A 抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。質問の例では、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。

Q 「手術・処置等2」に特定の薬剤名(成分名)での分岐がある場合、その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。

A 選択することができる。(薬剤による診断群分類の分岐の指定については、原則として成分名で行っており、先発品か後発品かは問わない。)

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射」を実施した場合、「手術・処置等2」の分岐の区分で「G005 中心静脈注射」を選択することができるのか。

A 選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。

Q 手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

A 手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

A

閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

Q

肺の悪性腫瘍(040040)において「カルボプラチン」と「パクリタキセル(アルブミン懸濁型)」を併用した場合には、「手術・処置等2」において、どの分岐の区分を選択するのか。

A

肺の悪性腫瘍(040040)の場合、「カルボプラチン」と「パクリタキセル(アルブミン懸濁型)」を併用した場合には「手術・処置等2」欄中、「カルボプラチン+パクリタキセルあり」を選択する。

Q

副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍(100180)において、「D419 5 副腎静脈サンプリング(一連につき)」を算定した場合には、「手術・処置1」欄中、「あり」(造影剤注入手技静脈造影カテーテル法E003 4 あり)を選択できるのか。

A

選択できない。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「網膜剥離」については、「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが、いずれの診断群分類区分に該当するかは、一手術で判断するのか、一入院で判断するのか。

A

一入院で判断する。

Q

「白内障、水晶体の疾患」について、一入院中において、片眼に白内障の手術を、もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合、重症度等は、「両眼」を選択するのか。

A

「片眼」を選択する。

Q

「網膜剥離」について、一入院中において、片眼に「K275 網膜復位術」を実施し、もう一方の片眼に「K2761 網膜光凝固術(通常のもの)」を実施した場合、重症度は「両眼」を選択するのか。

A

「両眼」を選択する。診断群分類番号上6桁が同一の疾患について、定義テーブルに掲げられた同一対応コードに含まれる複数の手術(フラグ97「その他のKコード」を除く。)を左眼、右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定するのか。また、出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。

A 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また、出生時の体重が不明である場合には、最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し、診療報酬明細書は「出生時体重不明」と記載する。

Q 定義副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」と判断してよいか。

A 確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には、「定義副傷病なし」と判断する。

DPC:診断群分類区分の適用の考え方について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類番号上6桁の分類が記載されているが、その疾患の傷病名欄に記載されたICD10コードに該当する場合に「定義副傷病あり」になるということか。

A

そのとおり。

Q

定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。

A

医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無に係わらず「定義副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。

DPC:診療報酬の算定について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、4月1日以前から入院している患者については、4月1日から5月31日までの2か月間は医科点数表により算定し、6月1日より包括評価の算定となるのか。

A

そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

Q

外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

A

そのとおり。

Q

入院日Ⅲを超えた日以降に、医科点数表に基づき算定する場合、入院基本料はどの入院料を算定すればよいのか。

A

医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。

DPC:診療報酬の算定について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q DPC算定の対象となる病床から「地域包括ケア入院医療管理料」を算定する病室に転室した場合は、どのように算定するのか。

A 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること。（この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない。）また、入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

Q 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、改定前の4月1日以前から入院している患者が4月以降に退院（入院A）し、その後同一傷病により7日以内に再入院した場合（入院B）、入院A および入院Bはどのように算定するのか。

A 入院Aについては医科点数表により算定する。また、入院Bについては、診断群分類点数表によって算定することとし、起算日は当該再入院した日とする。

DPC:医療機関別係数について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。

A

医療機関別係数のうち、機能評価係数Ⅰは施設基準の届出の変更に伴い変更される。また、機能評価係数Ⅱは毎年度(4月1日)に実績を踏まえ変更される。

Q

検体検査管理加算の届出を複数行っている場合(例:ⅠとⅣ)、医療機関別係数は両方の機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。

A

両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。

Q

検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算することができるか。

A

検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは、その体制を評価するものであり、検体検査の実施の有無にかかわらず、医療機関別係数に合算することができる。

DPC:医療機関別係数について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 機能評価係数Ⅰに関連した施設基準を新たに取得した場合、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に、何か特別な届出が必要か。

A 医科点数表に基づく届出のみでよい。なお、機能評価係数Ⅰ（臨床研修病院入院診療加算及びデータ提出加算に係るものは除く。）は算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。

Q 入院基本料等加算を算定することができない病棟(床)にDPC対象患者が入院している場合、当該入院基本料等加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算することができるか。(例: DPC対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数Ⅰ)

A 機能評価係数Ⅰは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たす等により、算定することができるのであれば、全てのDPC対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

DPC:医療機関別係数について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「A204-2 臨床研修病院入院診療加算」について「実際に臨床研修を実施している月に限り加算できる」とあるが、臨床研修を実施している月と実施していない月で係数が異なることになるのか。

A

そのとおり。

Q

「A244 病棟薬剤業務実施加算(1 病棟薬剤業務実施加算1)」を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

A

一連の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。

Q

第2部入院料等の通則8に掲げる栄養管理体制に係る減算に該当する場合、入院日Ⅲまでの期間は当該機能評価係数Ⅰを合算して包括算定するが、入院日Ⅲを超えた日以降は医科点数表に基づき1日につき40点を減じて算定するのか。

A

そのとおり。

DPC:医療機関別係数について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q DPC対象病院において、入院している患者が包括評価の対象外である場合、データ提出加算は算定することができるか。（例1）医科点数表算定コードに該当し、入院初日から退院日まで医科点数表で算定した場合（例2）入院日Ⅲを超えて医科点数表により算定することになった場合

A 「一連」の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。ただし、診断群分類点数表で算定した期間が1日もなければ、退院日にデータ提出加算を算定することができる。（例1は算定可、例2は算定不可）

Q ①DPC算定病棟（包括評価の対象）→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟（包括評価の対象外）と転棟した事例について、③の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。また、②DPC算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、③DPC算定病棟（包括評価の対象外）の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。

A いずれの場合も、①DPC算定病床（包括評価の対象）において機能評価係数Ⅰの「データ提出加算」で既に評価されているため、算定することができない。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

診断群分類点数表による算定を行った患者が退院し、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

A

算定することができない。

Q

外来で月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

A

算定することができる。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A 初診料を算定することはできるが、再診料又は外来診療料(時間外加算等を除く。)については算定することはできない。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

Q 医科点数表の留意事項通知では「A243 後発医薬品使用体制加算」はDPC対象病棟に入院している患者を除き算定するとされている。しかし、DPCの留意事項通知では同加算は診断群分類点数表に含まれる費用から除かれている。DPC対象病棟に入院している場合、全ての患者について同加算は算定することができないのか。

A 算定することができない。診断群分類点数表に含まれない費用については医科点数表に従い算定の可否を判断すること。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

医科点数表の「在宅医療」に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。

A

「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

Q

医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則1に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A

算定することができる。

Q

医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則3に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A

算定することができる。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q コロンブラッシュ法については、「D311 直腸鏡検査」の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は「N004 細胞診」の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は「N001 電子顕微鏡病理組織標本作製」の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A 合算した点数を算定することができる。

Q 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」については、写真診断を行った場合は使用フィルム代を10円で除して得た点数を加算して算定するが、本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A 算定することができない。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料、特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。

A そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

Q 月の前半が包括評価、月の後半が医科点数表に基づく評価（又は外来）の場合で、月の前半と後半に1回ずつ「D208 心電図検査」を実施した場合、心電図検査の費用は全額算定してよいか。また、その他の生体検査やCT、MRI等についても同様の取扱いとしてよいか。

A いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上、算定することとなる。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「D206 心臓カテーテル法による諸検査」の注8に定められたフィルムの費用は、医科点数表に基づき算定することができるか。

A 算定することができない。

Q 包括評価の対象患者について、手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。

A 算定することができない。

Q 包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注書きで定められている加算点数については、別に医科点数表に基づき算定することはできるか。

A フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 経皮経肝胆管造影における「E003 造影剤注入手技」は、「D314 腹腔鏡検査」に準じて算定することとされているが、医科点数表に基づき別に算定することができるか。

A 算定することができない。

Q 入院を必要とする侵襲的処置を含む画像診断に係る費用は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A 「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

Q 核医学検査（核医学診断）に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。

A そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

第9部処置の通則に規定された休日加算、時間外加算及び深夜加算は、当該処置の開始時間が入院手続きの後であっても算定できるとされているが、包括評価の範囲に含まれない処置料について、本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。

A

算定することができる。

Q

包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等などの処置料に係る加算点数を算定することができるか。

A

算定することができる。

Q

医科点数表に基づき算定するギプスの項目について、100分の20等の例により、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。

A

ギプスの項目の基本点数が1,000点以上であっても、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を100分の20等の例により算定した結果、1,000点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができない。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。

A 診断群分類区分の内容にかかわらず、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

Q 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

A 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また、輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち、「手術」の部において評価されるものについては、別に医科点数表により算定することができる。

Q 包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

A 医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」を実施した場合、注7に掲げる加算は算定できるのか。

A 算定することができる。

Q 「L100及びL101 神経ブロック」は別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

A そのとおり。

Q 出来高算定可能な抗HIV薬には、「後天性免疫不全症候群（エ）出来高算定可能な抗HIV薬には、「後天性免疫不全症候群（エイズ）患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

A 含まれない。

DPC:診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

A 手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。

Q グランツマン血小板無力症患者（GP IIb-IIIa及び／又はHLAに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの）に使用する「血液凝固第VII因子製剤（エプタゴルアルファ（活性型）（遺伝子組換え）」）は出来高で算定することができるのか。

A 算定できる。

DPC:特定入院料の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 1日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。

A 従来どおり、医科点数表、基本診療料の施設基準等に基づき、所定の手続を行う。

Q 「特定集中治療室管理料」を14日算定していた患者が引き続き「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病床に転床した場合、21日目まで15日以上21日以内の期間の点数を算定するのか。

A そのとおり。

Q 一度目の入院時に「救命救急入院料」を限度日数に満たない日数分算定し、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合で「救命救急入院料」算定可能病室に入室した際、限度日数までの「救命救急入院料」は算定可能となるのか。

A 1回の入院期間とみなし、算定することができない。特定入院料の算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。

DPC:特定入院料の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合は、退院期間中の日数は入院期間として算入しないが、「小児入院医療管理料」を継続して算定している場合、退院期間中の日数は「小児入院医療管理料」に係る期間として算入しないのか。

A

そのとおり。

Q

包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定している期間においては、その期間中に実施した心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。

A

心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料については、診断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれていないため算定することができる。なお、包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算については、特定入院料に係る加算の種類により算定できる範囲が異なるため注意すること。

DPC:入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬剤料(制吐剤等)は算定することができるのか。

A 算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤(併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限る。)に係る薬剤料については算定することができない。また、生理食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料も算定することができない。

Q 入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患者について、入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。

A 算定することができる。

DPC:入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合であって、手術・処置等2 の分岐が「2放射線療法」「3化学療法ありかつ放射線療法なし」となっているDPCコードについて、化学療法と放射線療法を実施したため、分岐2を選択した場合は、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

A 算定することができる。

Q 悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば「D206 心臓カテーテル法による諸検査あり」を手術・処置等1 の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、「D206 心臓カテーテル法による諸検査」に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

A 算定することができる。

DPC:同一傷病での再入院の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

包括評価の対象患者が退院日同日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。

A

例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院をする場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない場合の再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院を入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について、再入院日の所定診断群分類点表により包括される点数は算定できないものとする。

DPC:同一傷病での再入院の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「一連」の入院とみなす7日以内の再入院は、「診断群分類番号の上2桁が同一の場合」とされているが、再入院時の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に「一連」か否かを判断することになるのか。

A

再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類番号上2桁と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類番号上2桁が一致するか否かで判断する。また、7日以内の再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコードを選択した場合も、一連の入院に該当することに留意すること。

DPC:同一傷病での再入院の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「一連」の入院とみなす7日以内の再入院では、ICD10コードが異なっても、診断群分類番号上2桁が同一であれば、「一連」とみなすのか。

A そのとおり。

Q 一度目の入院期間中に、入院日Ⅲを超えて退院した後、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合、どのように算定すれば良いか。

A 一連の入院中の傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

Q DPC対象病院から特別の関係であるDPC対象病院に診断群分類番号上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合は「一連」の入院と見なすのか。

A そのとおり。なお、この場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。また、診療報酬明細書の今回入院日欄に「一連」の入院とみなした入院年月日を記載し、摘要欄に「特別」と記載すること。

DPC:同一傷病での再入院の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 一度目のDPC算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後、DPC算定対象とならない病棟へ転棟後、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再度DPC算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか

A 一連の入院中の傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

Q 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

A DPC算定病棟以外の病棟からDPC算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類番号上2桁が同一である傷病で転棟日から起算して7日以内にDPC算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

DPC:同一傷病での再入院の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 同一傷病に該当するか否かは診断群分類番号の上2桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。(例)半月板損傷(160620)にて入退院後、7日以内に上腕骨骨折(160730)にて入院

A そのとおり。

Q DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定した後、7日以内に同一傷病で再入院した場合、どのように算定するのか。

A 前回入院で短期滞在手術等基本料3を算定した場合は、同一傷病による再入院の際もDPC包括評価の対象外として取り扱うこと。

DPC:退院時処方 of 取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 退院時処方は、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

A 算定することができない。

Q 診断群分類番号上2桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して7日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

A 退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類番号上2桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

DPC:退院時処方取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

A 残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

Q 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日もしくは前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

A 土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定は取り下げること。

DPC:退院時処方取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「フォルテオ皮下注キット600 μ g」について、入院中に薬剤料を算定する場合は、フォルテオ皮下注キット600 μ gの薬価を28(日分)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされているが、入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとすることは可能か。

A 入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したのものとして差し支えない。

Q 上記問10-6で入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したのものとして差し支えないとされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

A 当該取扱いは薬価を使用可能日数(回数)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。

DPC:退院時処方処方の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

介護老人福祉施設に退院する場合、退院時処方処方の薬剤料は別に算定することができるのか。

A

算定することができる。

DPC:対診・他医療機関受診の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q DPC算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

A DPC算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用(対診が実施された場合の初・再診料及び往診料は除く。)は当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い、当該医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。DPC算定病棟に入院している患者については、算定方法にかかわらず(診断群分類点数表・医科点数表のいずれで算定していても)同じ取扱いである。また、DPC算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床(例:地域包括ケア入院医療管理料)に入院している患者についても同じ取扱いである。

DPC:対診・他医療機関受診の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたDPCの包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

A 算定することができる。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

Q DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたDPCの包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

A 算定することができない。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

DPC:対診・他医療機関受診の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q DPC算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断(PET・MRI等)のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしているがよいか。

A よい。

Q DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

A 算定することができる。また、この場合、診断群分類番号の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

DPC:対診・他医療機関受診の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、外来でしか算定できない診療行為について入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

A 算定することができない。

Q DPC算定病棟に入院中の患者が他医療機関を受診し先進医療を受けた場合について、入院中の保険医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。

A 他医療機関で実施した診療行為に係る費用のうち、保険給付の対象となるものは合議にて精算するが、保険外の費用は合議の対象とはならない。なお、先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。

DPC:対診・他医療機関受診の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

DPC算定病棟に入院中の患者に対診を実施した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

A

算定することができない。

DPC:対診・他医療機関受診の取扱いについて

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

DPC算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において請求し、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとされているが、当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。

A

算定する健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は、消費税が非課税となる。（消費税法第6条）質問のケースの場合、他医療機関が行う診療にあつては、社会保険診療であるから、当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。（当該合議により得る収入については、診療報酬に照らして妥当であればよく、必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。）
ことができない。

DPC:データ提出加算について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「DPC導入の影響評価に係る調査」の提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも「A245 データ提出加算」を算定することができるのか。

A

「DPC導入の影響評価に係る調査」の提出(データの再照会に係る提出も含む。)で提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の1か月分については「A245 データ提出加算」は算定できない。

Q

データ提出加算における「200床以上」とは医療法上の許可病床数になるのか。それともDPC算定対象病床になるのか。

A

医療法第7条第2項第5号に規定する許可病床となる。(外来診療料を算定する医療機関は「200床以上」の区分で、再診料を算定する医療機関は「200床未満」の区分で施設基準の届出を行うことができる。)

DPC:データ提出加算について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

データ提出に遅延等が認められたため、1か月「データ提出加算」を算定できなくなった場合、当該1か月の診療分はどのように算定するのか。

A

包括評価対象分については、当該月診療分のデータ提出加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算せずに算定すること。また、包括評価対象外の患者については、当該月の診療分において、医科点数表に基づき、退院時に「A245 データ提出加算」を算定することができない。

DPC:診療報酬の調整等について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 退院時に診断群分類区分が確定した時に、差額を調整する必要がある場合の一部負担金はどのように算定するのか。

A 差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。

Q 包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。

A 高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

Q 診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要か。

A 診断群分類点数表のみで算定する場合は、診断群分類点数表による請求額も月毎に確定するため、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要ない。

DPC:診療報酬の調整等について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後、自費で分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による算定の起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。

A そのとおり。

Q 入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつか。また、その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。

A 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、当該入院すべてを医科点数表に基づき再請求をする。

DPC:診療報酬の調整等について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。

A

診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、退院時に診断群分類区分に該当する場合には、前月分を当該診断群分類区分により再請求する。

Q

入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

A

診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は入院期間すべてを医科点数表に基づき算定をする。

Q

入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。

A

診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、再度包括評価の対象となる。

DPC:診療報酬の調整等について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

- Q** 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日Ⅲを超えて医科点数表による算定を行っている場合はどのように請求するのか。
- A** 入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

DPC:平成28年改定に係る経過措置について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定後そうではなくなり、かつ、「手術・処置等2」に分岐がない場合、当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。

A

当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない。）ことから、診断群分類区分をツリー図上の分岐の区分に従い決定する。改定後も引き続き告示がされている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。

Q

改定を挟んで7日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどのようにするのか。

A

診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とする。

Q

改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を3月中に実施した場合で4月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追加された分岐を選択することができるのか。

A

選択することができる。

DPC:平成28年改定に係る経過措置について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について、4月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。
（例1）3月29日に入院し、改定前は入院日Ⅲが3日で改定後は入院日Ⅲが4日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求。
（例2）3月28日に入院し、改定前は入院日Ⅲが3日で改定後は入院日Ⅲが5日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求。

A 例1及び例2、いずれの場合も診断群分類点数表に基づき算定する。

Q 改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、どのように取り扱うのか。
（例1）3月1日入院診断群分類区分Aを決定
3月10日診断群分類区分Bへ変更
（例2）3月1日入院包括対象の診断群分類区分を決定
4月10日出来高の診断群分類区分Aへ変更

A いずれの場合も改定後の診断群分類区分は4月1日から適用となる。また、改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で終了しているため、4月1日以降の診療報酬からが調整の対象となる。

DPC:診療報酬明細書関連について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合、「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。また、退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。

A

包括評価の範囲に含まれない診療行為に関する記載の要領は医科点数表に従い、記載する必要がある。

Q

診療報酬明細書の「副傷病名」欄には、該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。

A

そのとおり。

Q

該当する定義告示上の定義副傷病名が複数存在する患者については、診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した定義副傷病名を記載するのか。

A

そのとおり。

DPC:診療報酬明細書関連について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要があるか。

A

記載する必要はない。

Q

診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し、ICD10コードを記入するのか。

A

そのとおり。

Q

入院中に処置を複数回実施した場合は、処置の実施日をどのように記載するのか。

A

初回の実施日を記載する。

DPC:診療報酬明細書関連について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 分娩のために入院中の患者が合併症等に罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合、診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また、「今回退院年月日」には保険給付が終了した日を記入するのか。

A そのとおり。

Q 審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書はどのようなものが対象となるのか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

A DPCの診療報酬明細書のうち、請求点数が40万点以上のものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

DPC:診療報酬明細書関連について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。

A 保険者毎に診療報酬明細書を作成して請求する。変更前及び変更後の診療報酬明細書に医療保険等が変更された旨を記載するとともに、変更後の診療報酬明細書に変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお、診断群分類区分の変更があった場合であっても、退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため、従前の保険者への請求額は変更されない。

Q 診療報酬改定をまたいで入院している場合、3月診療分DPCレセプトの「今回退院年月日」及び「転帰」欄はどう記載するのか。

A 改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で実施するが、入院しているため「今回退院年月日」及び「転帰」欄は空白(記載不要)とする。

DPC:診療報酬明細書関連について

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

平成28年3月以前から継続して入院している患者で、3月に分岐に係る手術等を行った場合、4月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するのか。

A

3月に実施した手術等について、4月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお、3月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

第Ⅲ日（包括算定終了日）を入院日から30の整数倍にするとあるが、第Ⅲだけを30の整数とするのか。

A

その通り。第Ⅱ日（平均在院日数）はそのまま。