事　務　連　絡
平成24年３月30日

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

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その１）

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成24年厚生労働省告示第76号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成24年３月５日保医発0305第１号）等により、平成24年４月１日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添１から別添５のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

なお、改定説明会等にて回答した事項についても、本事務連絡を確認の上、適切に運用頂くようお願いします。

〈 別 添 1 〉

医科診療報酬点数表関係

【再診料・外来診療料（複数科受診）】

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

（答）　関連のある疾病のため、２科目の再診料は算定できない。

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

（答）　算定できない。

（問３）２科目の再診料は、診療所においても算定できるのか。

（答）　診療所においても要件を満たせば算定可能である。

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

（答）　算定できない。

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

（答）　初診料・再診料（外来診療料）を合わせて２科目までしか算定できない。

【紹介率の低い医療機関の初診料・外来診療料】

（問６）どのような場合に地方厚生（支）局へ報告を行う必要があるのか。

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

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

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

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

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

【時間外対応加算】

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（答）　そのとおり。

【入院基本料】

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

（答）入院後７日以内に行ったものと同等の取扱となる。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（答）　勤務形態の多様化及び夜間の看護補助者の配置の普及等を踏まえ、夜勤専従者の所定労働時間を日勤及び夜勤の両方を行う看護職員と同等の週当たり40時間が可能となる。ただし、本人の希望や夜勤による身体への負担等を考慮し、柔軟な運用と配慮を行うことが望ましい。

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

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

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

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

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

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

【用語の説明】

新７対１：平成24年改定以降の７対１（1,566点）

新10対１：平成24年改定以降の10対１（1,311点）

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

【入院基本料の算定方法（従前と同じ）】

○平均在院日数の算定方法

①に掲げる数

②に掲げる数

① 当該病棟における直近３か月間の在院患者延日数

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

なお、小数点以下は切り上げる。

○看護必要度基準を満たす患者の割合の算定方法

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

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

（答）　新７対１の基準（人員※1）を満たさず、本来であれば新10対１を届出る医療機関については、平成26年３月31日までに新10対１を届出ることを前提に、７対１（経過措置）を届出ることができる。

この経過措置は、現在７対１届出医療機関が、将来的に10対１届出医療機関となるため、計画的段階的に人員削減できるよう設けられたものである。

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

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

【入院基本料の算定方法】

※１　新７対１の基準

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

（医師）入院患者の100分の10を乗じた数以上（従前通り）

※２　新７対１の実績要件

・平均在院日数：18日以内

・看護必要度基準を満たす患者の割合：1割5分以上

（さらに※１の人員要件）

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

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

（答）　できない。

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　一般病棟入院基本料を算定する病棟の患者ではないため、算定できない。

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

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

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

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

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

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

（問32）特定患者については、看護必要度加算を算定できるのか。

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

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

（答）　注加算は含まない。

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

（答）　注加算は含まない。

【入院基本料等加算】

（問35）Ａ２０７－２医師事務作業補助体制加算の施設基準に示される、年間の緊急入院患者数について医療保護入院又は措置入院により入院した患者も含まれるのか。

（答）　含まれる。

（問36）Ａ２０７－３急性期看護補助体制加算において、請負方式の非常勤の看護補助者を届出の対象に含めることは可能か。

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

（問37）今回改定で、Ａ２０７－３急性期看護補助体制加算において看護補助者の夜間配置が評価されているが、看護補助者の夜勤については、看護職員と同様に72時間要件が適用されるのか。

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

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

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

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

（答）現時点では、以下のいずれかの研修である。

① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修

②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程

③日本精神科看護技術協会が認定している「精神科認定看護師」

ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

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

（答）　感染防止対策加算２を算定する複数の医療機関との合同でよい。

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

（答）　可能である。

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

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

（問43）Ａ２３４－２感染防止対策加算２は「当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする」とあるが、300床以下とは、医療法の許可病床数をいうのか、診療報酬上の届出病床数をいうのか。

（答）　許可病床数をいう。なお、300床以上であっても、Ａ２３４－２感染防止対策加算２の基準を満たしている場合、加算２の届出を行うことができる。

（問44）300床未満の医療機関であってもＡ２３４－２感染防止対策加算１を届け出ることはできるのか。

（答）　届出可能。

（問45）Ａ２３４－２感染防止対策加算１の届出医療機関と２の届出医療機関が合同で開催するカンファレンスには、感染制御チームのメンバー全員が参加する必要があるか。

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

（問46）Ａ２３４－２感染防止対策加算の施設基準にあるカンファレンスについては、インターネット、ＴＶ会議システムや電話によるものでもよいか。

（答）　原則、直接対面で行う。

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

（答）　原則として、１回のカンファレンスについて、主催できる医療機関は１カ所に限る。

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

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

（問48）Ａ２３４－２感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算について、複数の医療機関が１つの医療機関を評価した場合はどのように考えるのか。

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

（問49）Ａ２３６褥瘡患者ハイリスク患者ケア加算にある特殊体位に、側臥位、伏臥位、座位が含まれるのか。

（答）　含まれる。

（問50）Ａ２３８－３新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準にある専任又は専従の看護師の新生児集中治療の経験とは具体的に何を指すのか。

（答）　Ａ３０２新生児特定集中治療室管理料、Ａ３０３総合周産期特定集中治療室管理料のうち新生児集中治療室管理料及びＡ３０３－２新生児治療回復室入院医療管理料の届出を行っている病床での勤務経験を５年以上有する者を指す。

（問51）Ａ２３８－５救急搬送患者地域連携受入加算を算定した患者について、さらに転院を行った場合、改めてＡ２３８－４救急搬送患者地域連携紹介加算及びＡ２３８－５救急搬送患者地域連携受入加算は算定できるか。

（答）　Ａ２３８－４救急搬送患者地域連携紹介加算及びＡ２３８－５救急搬送患者地域連携受入加算を算定した患者に対し、これらの加算を再度算定することはできない。

（問52）Ａ２３８－６精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びＡ２３８－７精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、特別な関係にある医療機関に転院した場合でも算定可能か。

（答）　算定できない。

（問53）Ａ２４２呼吸ケアチーム加算の看護師の要件にある研修で現在認められているものについては、「疑義解釈資料の送付について(その１)」（平成22年３月29日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）において示されているが、日本看護協会認定看護師教育課程「慢性呼吸器疾患看護」は適切な研修に該当するのか。

（答）　そのとおり。

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

（答）　そのとおり。

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

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

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

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

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

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

②屋内禁煙を行う必要がある。

③当該部分については、必ずしも屋内禁煙を行う必要はない。

④原則として不可。

(問56) Ａ２４４病棟薬剤業務実施加算については、病棟ごとに専任の薬剤師を配置することが要件となっているが、薬剤管理指導料の施設基準において医薬品情報管理室に配置することになっている常勤薬剤師と重複することは可能か。

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

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

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

(問58) 非常勤の薬剤師であっても、病棟の専任薬剤師となることは可能か。

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

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

（答）　指導薬剤師分のみを病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。

(問60) 保険医療機関内のすべての病棟（区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に薬剤師が配置されていなければならず、また、病棟単位で算定することはできないという理解で良いか。

（答）　そのとおり。

(問61) Ａ２４４病棟薬剤業務実施加算について、①複数の薬剤師が一の病棟において、または、②一の薬剤師が複数の病棟において、病棟薬剤業務を実施することができるのか。

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

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

（答）　医薬品情報管理室の薬剤師からの情報を受けることで差し支えない。

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

（答）　可能である。

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

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

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

（答）　算定可能である。

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

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

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

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

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

（答）　次のとおりである。

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

治療室		

(問69) 病棟薬剤業務については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成24年３月５日保医発0305第１号）のＡ２４４の（２）に示されているが、ここに示された業務以外の業務の実施に要した時間を病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

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

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

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

（問71）データ提出加算における「200床」とはどのように考えるのか。

（答）　医療法上の許可病床における一般病床となる。

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

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

【特定入院料】

（問73）Ａ３０１－３脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出にあたっては、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を５年以上有する専任の常勤または非常勤の医師が常時１名以上いることが要件となるのか。

（答）　そのとおり。

（問74）Ａ３０１－４小児特定集中治療室管理料を算定する治療室は、８床以上を有していることが施設基準となっているが、同一の治療室について、当該管理料を算定する病床と、他の管理料（特定集中治療室管理料など）を算定する病床と合わせて８床以上となる場合にも算定可能か。

（答）　Ａ３０１－４小児特定集中治療室管理料としての届出病床が８床以上の場合に算定可能。

（問75）Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準にある日常生活自立度を測定するための院内研修を行う看護師は、看護必要度の研修を受けた者でもよいのか。

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

（問76）入院した患者がＡ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料にかかる算定要件に該当しない場合は、当該病棟が療養病棟であるときにはＡ１０１療養病棟入院基本料１又はＡ１０１療養病棟入院基本料２の入院基本料Iにより算定することとあるが、いずれを算定するのか。

（答）　Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２についてはＡ１０１療養病棟入院基本料１、Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料３についてはＡ１０１療養病棟入院基本料２により算定する。

（問77）同一保険医療機関内において、Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料１、２及び３の届出を行うことは可能か。

（答）　Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料１と２を同一保険医療機関が届出を行うことは可能である。Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料１と３又はＡ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料２と３を同一保険医療機関が届出を行うことはできない。

（問78）Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料について、看護必要度評価票Ａ項目は、入院初日に評価するのか。

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

（問79）Ａ３０８－２亜急性期入院医療管理料の１と２について、脳血管疾患等又は運動器リハビリテーション料の算定の有無に応じて区分されるが、当該入院（通則５に規定されているもの）において、リハビリテーションを算定した日（リハビリテーションを算定した日を含む。）以降に、Ａ３０８－２亜急性期入院医療管理料２を算定すればよいか。

（答）　そのとおり。

（問80）Ａ３１０緩和ケア病棟入院料について、入院期間はどのように考えるか。

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

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

（問81）Ａ３１１精神科救急入院料、Ａ３１１－２精神科急性期治療病棟入院料及びＡ３１１－３精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した後、当該病棟に再入院した場合、再転棟や再入院時に再算定が可能となったが、これら入院料の入院日は再転棟や再入院の日ではなく、最初の入院日となるのか。

（答）　そのとおり。

（問82）Ａ３１１－４児童・思春期精神科入院医療管理料を病室単位で算定する場合、病棟全体で児童・思春期精神科入院医療管理料の看護配置を満たす必要があるのか。

（答）　病棟全体で看護配置を満たす必要がある。

（問83）Ａ３１１－２精神科急性期治療病棟入院料を届け出している病棟の一部病室でＡ３１１－４児童・思春期精神科入院医療管理料の届出は可能か。

（答）　できない。

（問84）Ａ３１２精神療養病棟入院料の重症者加算１を算定する場合に、精神科救急医療体制の確保への協力状況などの届出はいつから必要となるのか。

（答）　平成25年４月１日から届出を要する。

（問85）Ａ３１２精神療養病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等はＡ３１４認知症治療病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等を兼務することが可能か。

（答）　可能である。

（問86）Ａ３１２精神療養病棟入院料及びＡ３１４認知症治療病棟入院料の退院調整加算の届出に必要とされる専従の精神保健福祉士等は、Ｉ０１１精神科退院指導料及びＩ０１１－２精神科退院前訪問指導料の算定に必要な精神保健福祉士等を兼ねることは可能か。

（答）　可能である。

（問87）Ａ３１４認知症治療病棟入院料を算定する病棟において、夜間対応加算の算定にあたっては全ての日で施設基準を満たす必要があるのか。

（答）　そのとおり。

（問88）Ａ３１４認知症治療病棟入院料を算定する病棟において、準夜帯には看護要員が３人いるが、深夜帯にいない場合は認知症夜間対応加算を算定してよいか。

（答）　算定できない。

（問89）Ａ３１７特定一般病棟入院料を算定している医療機関においては、要件を緩和した緩和ケア診療加算等を算定しなければならないか。

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

【医学管理等】

（問90）同一の医療機関において、Ｂ００１の22がん性疼痛緩和指導管理料１と２を、別々の患者に算定することは可能か。

（答）　医師の要件に応じて、算定可能である。

（問91）Ｂ００１の23がん患者カウンセリング料について、医師および看護師が共同して診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行うとあるが、説明及び相談の際に終始医師が同席していなければならないのか。

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

（問92）Ｂ００１の24外来緩和ケア管理料の看護師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

（答）　現時点では、緩和ケア診療加算の要件にある研修と同様で以下のいずれかの研修である。

① 日本看護協会認定看護師教育課程「緩和ケア」、「がん性疼痛看護」、「がん化学療法看護」、「乳ガン看護」又は「がん放射線療法看護」の研修

② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程

（問93）Ｂ００１の27糖尿病透析予防指導管理料について、当該点数を算定する日において、透析予防診療チームである医師、看護師又は保健師及び管理栄養士それぞれによる指導の実施が必要か。

（答）　そのとおり。当該指導にあたり、必ずしも医師、看護師又は保健師及び管理栄養士が同席して指導を行う必要はないが、それぞれが同日に指導を行う必要があることに留意されたい。

（問94）Ｂ００１の27糖尿病透析予防指導管理料について糖尿病教室に参加していない患者であっても、要件を満たす場合は、当該点数を算定可能か。

（答）　そのとおり。

（問95）Ｂ００１の27糖尿病透析予防指導管理料について、糖尿病教室等で複数の患者に同時に指導を行った場合でも算定可能か。

（答）　複数の患者に同時に指導を行った場合には算定出来ない。

（問96）Ｂ００１の27糖尿病透析予防指導管理料の施設基準にある管理栄養士の経験として必要な栄養指導とは何か。

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

（問97）Ｂ００１の27糖尿病透析予防指導管理料の施設基準で求められている医師、看護師、保健師及び管理栄養士のそれぞれの経験は、複数の施設で必要な経験年数を満たしていてもいいのか。

（答）　そのとおり。

（問98）Ｂ００１の27糖尿病透析予防指導管理料の医師、看護師、管理栄養士は栄養サポートチーム加算の専任の医師、看護師、管理栄養士との兼任は可能か。

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

（問99）Ｂ００１の27糖尿病透析予防指導管理料はＢ００１の20糖尿病合併症管理料との併算定は可能か。

（答）　可能である。

（問100）Ｂ００１の27糖尿病透析予防指導管理料の看護師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

（答）　現時点では、以下のいずれかの研修である。

① 日本看護協会認定看護師教育課程「糖尿病看護」「透析看護」の研修

② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「慢性疾患看護」の専門看護師教育課程

③日本糖尿病療養指導士認定機構が認定している糖尿病療養指導士の受講者用講習会

（問101）Ｂ００１－２－５院内トリアージ実施料は夜間休日診療所のみ届出可能なのか。

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

（問102）Ｂ００１－２－７外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行う日において、２科目の診療を行った場合、２科目の初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。

（答）　Ａ０００初診料の注３ただし書きに規定する点数又はＡ００１再診料の注２（Ａ００２外来診療料の注３）に規定する点数を算定する。

（問103）Ｂ００１－２－７外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行わない日において、他科の診療を行った場合、初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。

（答）　初診料又は再診料（外来診療料）を算定する。

（問104）Ｂ００１－２－７外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数の間で、再度医師が診察を行った場合に、再診料又は外来診療料は算定できるのか。

（答）　リハビリテーションに係る再診料又は外来診療料は算定できない。

（問105）Ｂ００１－２－７外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数の間で、リハビリテーションを実施した日に処置等を行った場合、当該診療に係る費用は算定できるか。

（答）　初診料、再診料、外来診療料以外の費用については、算定可能である。

（問106）Ｂ００１－２－７外来リハビリテーション診療料はリハビリテーション実施計画で７日間又は14日間に２日以上リハビリテーションを実施することになっているが、実際は１日しかリハビリテーションを実施できなかった場合、どのように請求すればよいか。

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

（問107）同一患者について、Ｂ００１－２－７外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数が経過した後、当該診療料を算定せずに再診料等を算定してもよいのか。

（答）　そのとおり。

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

（答）　そのとおり。

（問109）Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料を算定した後の７日間以内に、再度医師が診察を行った場合に、再診料又は外来診療料は算定できるのか。

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

（問110）Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料について、放射線治療の予定が３日間以内であったため、当該診療料の所定点数の５０／１００を算定したが、例えば、医学的理由により２日目、３日目の照射を行わず、当該診療料の５０／１００を算定した日から４日目以降に再度放射線治療を継続した場合に、再診料等を算定してよいか。

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

（問111）放射線治療を５日間実施する予定でＢ００１－２－８外来放射線照射診療料を算定したが、医学的な必要があって２日間で治療終了となった場合はどのように対応したらよいのか。

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

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

（答）可能。

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

（答）可能。

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

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

（問115）Ｂ００５－２地域連携診療計画管理料を算定する計画策定病院とＢ００５－３地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）又はＢ００５－３－２地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）を算定する連携医療機関との間で年３回開催することとされている会合は、連携する全医療機関が参加して開催する必要があるのか。

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

（問116）Ｂ００５－６－２がん治療連携指導料を算定する連携医療機関は自院が必ず届出を行う必要があるのか。

（答）　Ｂ００５－６がん治療連携計画策定料を算定する計画策定病院が一括して届出を行えば、連携医療機関も届出を行ったものとして取り扱う（連携医療機関は届出を行う必要はない）。

（問117）Ｂ００５－６がん治療連携計画策定料及びＢ００５－６－２がん治療連携指導料について、連携計画書の内容を変更する度に届出る必要があるのか。

（答）　年に１回、７月１日時点のものを届出ること。

（問118）Ｂ００５－６がん治療連携計画策定料の「２」の「計画の変更」とは、どのような場合か。

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

【在宅医療】

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

（答）　可能である。

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

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

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

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

（答）　年度単位ではなく、直近１年間の暦月単位での実績である。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　専従の業務に支障がない範囲であれば差し支えない。

（問127）在宅において緊急補助的治療として使用するためにアドレナリン製剤を処方された患者について、毎月、自己注射に関する指導管理を行った場合に、その都度、Ｃ１０１在宅自己注射指導管理料を算定することができるのか。

（答）　アドレナリン製剤を処方した際のＣ１０１在宅自己注射指導管理料については、医学的な必要性からアドレナリン製剤を処方し、処方と同時に自己注射に関する指導管理を行った場合に限り、算定することができる。

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

（答）　そのとおり。

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

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

【検査】

（問130）Ｄ００２尿沈渣（鏡検法）の鏡検法とはどのような検査を指すのか。

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

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

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

（問132）末梢血液像について、どのような場合に、鏡検法を行うのか。。

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

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

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

（問134）Ｄ００６－４遺伝学的検査の対象に、「先天性難聴」が追加されたが、突発性難聴等に対しても算定できるのか。

（答）　算定できない。対象はあくまでも先天性の難聴が疑われる場合に限る。

（問135）Ｄ００７血液化学検査の心筋トロポニンＩについて、心筋炎の診断目的で行った場合は算定できるか。

（答）　算定して差し支えない。

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

（答）　算定して差し支えない。

（問137）Ｄ０２３微生物核酸同定・定量検査のインフルエンザ核酸検出の対象となる重症患者とは、具体的にどのような患者を指すのか。

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

（問138）Ｄ０２６検体検査判断料の骨髄像診断加算について、専門の知識を有する医師とは、具体的にどのような診療科の医師を指すのか。

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

（問139）Ｄ０２６検体検査判断料の骨髄像診断加算について、１月あたりの算定回数制限はあるか。

（答）　月に１回に限り加算する。

（問140）Ｄ０２６検体検査判断料の骨髄像診断加算について、当該医療機関の医師以外が判断した場合に算定できるのか。

（答）　算定できない。

（問141）Ｄ２１１－３時間内歩行試験の実施に当たり、前後の血液ガス分析は必須なのか。

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

（問142）Ｄ２２５－４ヘッドアップティルト試験の際に行った血液検査は、別に算定できるか。

（答）　算定して差し支えない。

（問143）Ｄ２３９筋電図検査の誘発筋電図について、たとえば、片側の正中神経について、運動神経と感覚神経の神経伝導速度をそれぞれ測定した場合には、どのように算定するのか。

（答）　運動神経と感覚神経をそれぞれ１神経として数え、合わせて２神経として算定する。

（問144）Ｄ２５０平衡機能検査の「５」に掲げる別の検査を行った場合にはそれぞれ算定できるとされたが、１つの検査について複数の方法で行った場合にはそれぞれ算定できるか。

（答）　１つの検査を複数の方法で行った場合には、１回のみ算定する。

（問145）Ｄ３１０小腸ファイバースコピーの「２」のカプセル型内視鏡によるものについて、クローン病が疑われる原因不明の消化管出血を伴う小腸疾患の診断のために行う場合も算定してよいか。

（答）　算定して差し支えない。

（問146）Ｄ４０９－２センチネルリンパ節生検及びＫ４７６乳腺悪性腫瘍手術のセンチネルリンパ節加算について、採取したセンチネルリンパ節について、「D006-7」サイトケラチン１９（KRT19)mRNA検出で、転移の有無を判定した場合にも、センチネルリンパ節生検として算定できるか。

（答）　算定して差し支えない。

【画像診断】

（問147）Ｅ１０１－２ポジトロン断層撮影及びＥ１０１－３ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影について、悪性リンパ腫の治療効果判定のために行った場合については、転移・再発の診断の目的に該当すると考えてよいか。

（答）　そのとおり。

【投薬】

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

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

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

（答）　算定できない。

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

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

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

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

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

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

【リハビリテーション】

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

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

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

【精神科専門療法】

（問153）Ｉ００２通院・在宅精神療法の「１」を算定するに当たっては、当該療法を実施する精神保健指定医等が要件を満たす必要があるのか。

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

（問154）Ｉ００２通院・在宅精神療法の「１」を算定するに当たって、「標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。」については、主治医である精神保健指定医等が必ず対応しなければならないのか。

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

（問155）Ｉ００２通院・在宅精神療法の「１」を算定するに当たって、必要となる精神科救急医療体制の確保に対する協力の要件はいつの時点の実績で満たしていればよいか。

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

（問156）Ｉ００２通院・在宅精神療法の「１」を算定するに当たって、「措置入院及び緊急措置入院時の診察」や「医療保護入院および応急入院のための移送時の診察」について、都道府県の求めに応じ診察を行った結果、入院に至らなかった場合、１回の実績としてよいか

（答）　１回の実績としてよい。

（問157）Ｉ００２－２精神科継続外来支援・指導料において、「１回の処方において、３剤以上の抗不安薬又は３剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。」とあるが、頓用の抗不安薬、睡眠薬を含むのか。

（答）　頓用の抗不安薬、睡眠薬も含む。

（問158）Ｉ００２－２精神科継続外来支援・指導料の１回の処方において、３剤以上の抗不安薬又は３剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなるが、当該所定点数には注３に規定する療養生活環境を整備するための支援や注４に規定する特定薬剤副作用評価加加算が含まれるか。

（答）　含まない。

（問159）Ｉ００８－２精神科ショート・ケア、Ｉ００９精神科デイ・ケアの「大規模なもの」を算定する際の「疾患等に応じた診療計画」について、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」で示されている、様式46の２に準じたものであれば、それぞれの医療機関ごとの様式でよいか 。

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

（問160）Ｉ００８－２精神科ショート・ケア、Ｉ００９精神科デイ・ケアの「大規模なもの」を算定する際の「疾患等に応じた診療計画」にはどの程度の頻度で見直しを行えばよいのか。

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

（問161）Ｉ００８－２精神科ショート・ケア、Ｉ００９精神科デイ・ケアのうち、「大規模なもの」について、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定することになるが、診療計画に基づいてショート・ケア、デイ・ケアを提供するごとに、その内容や結果について、従事する者すべてで評価を行い、その要点を診療録に記載している場合は、参加者を少人数に分けて、それぞれに個別のプログラムを実施することは可能か。

（答）　可能。

（問162）入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、Ｉ００８－２精神科ショート・ケア又はＩ００９精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中１回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定することができるが、当該所定点数には注３に規定する早期加算を含むのか。

（答）　含む。

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

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

【処置】

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

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

（イ）急性期看護又は排泄ケア関連領域に必要な看護理論および医療制度等の概要
（ロ）看護倫理
（ハ）医療安全管理
（ニ）急性期看護又は排泄ケア関連領域に関するアセスメントと看護実践
（ホ）急性期看護又は排泄ケア関連領域の患者及び家族の支援方法
（ヘ）コンサルテーション方法

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

（答）　現時点では、以下のいずれかの研修である。
日本看護協会認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」「救急看護」「集中ケア」の研修

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　算定して差し支えない。

（問169）持続緩徐式血液透析濾過はどの区分で算定するのか。

（答）　Ｊ０３８－２持続緩徐式血液濾過で算定する。

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

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

【手術】

（問171）Ｋ９３９－３人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の看護師の要件にある「５年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修」とは、どのような研修か。

（答）　研修については以下の内容を満たすものであり、現時点では、日本看護協会認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」及び日本ストーマリハビリテーション学会の周手術期ストーマケア研修（20時間以上）の研修が該当する。

なお、研修には、講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）急性期看護又は排泄ケア関連領域に必要な看護理論および医療制度等の概要

（ロ）急性期看護又は排泄ケア関連領域に関するアセスメントと看護実践

（ハ）急性期看護又は排泄ケア関連領域の患者及び家族の支援方法

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

（答）　Ｋ４８８－４胸腔鏡下試験切除術で算定する。

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

（答）　Ｋ６３６－４腹腔鏡下試験切除術で算定する。

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

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

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

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

（問176）Ｋ５３３食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）については、１週間を目安として算定することとしているが、１週間を経ないと実施してはいけないのか。

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

（問177）Ｋ６１６－４経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、３ヶ月に２回以上実施した場合、２回目以降の手術に伴う薬剤料又は特定保険医療材料料は算定できるか。

（答）　算定できない。

（問178）Ｋ６１６－４経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、３ヶ月に２回以上、複数の保険医療機関で実施した場合、それぞれの保険医療機関について３ヶ月に１回に限り算定できるか。

（答）　１人の患者につき、３ヶ月に１回に限り算定する。

（問179）Ｋ９２０輸血について、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」に基づいて、輸血後に輸血後肝炎が疑われる場合などに、当該通知に定められた検査を行った場合に、検査の費用は算定できるか。

（答）　算定して差し支えない。

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

（答）　算定できない。

【放射線治療】

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

（答）　療養上適切であれば差し支えない。

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

（答）　そのとおり。

【病理診断】

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

（答）　そのとおり。

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

（答）　兼任不可。

【記載要領】

（問185）入院中の患者に対する薬剤料及び調剤料の算定日の記録については、次のいずれの場合においても認められるのか。

例１（レセプト摘要欄の記載　薬剤×31，調剤料×31）

算定日情報	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
薬剤	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
調剤	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①

例２（レセプト摘要欄の記載　薬剤×35，調剤料×31）

算定日情報	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
薬剤	⑦							⑦							⑦							⑦							⑦		
調剤	⑦							⑦							⑦							⑦							③		

例３（レセプト摘要欄の記載　薬剤×35，調剤料×31）

算定日情報	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
薬剤	⑦							⑦							⑦							⑦							⑦		
調剤	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①

（答）　認められる。

（問186）問192で認められる場合、例２及び例３の翌月診療分において、薬剤の投与がない場合、調剤料のみを記録することでよろしいか。

（答）　差し支えない。

【その他】

（問187）臓器移植において、臓器の採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取した臓器を搬送した場合における搬送に要する費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定するとされているが、移送費の算定方法により計算し、医療費として算定するのか。

（答）　移送費の算定方法により算定し、療養費として給付する。

（問188）　システム改修を行うまでの間、旧様式の処方せんの使用について猶予期間はあるのか。（趣旨確認）

（答）　一部改正省令の施行の際現にある改正前の処方せんについては、平成24 年４月１日から同年９月30 日までの間、これを手書き等で修正することにより、使用することができるものであること。この場合にあっては、医薬品ごとに、変更の可否に関する判断が保険薬局へ明確に伝わるようにすること。

〈 別 添 ４ 〉

調剤報酬点数表関係

【基準調剤加算】

(問１) 基準調剤加算の施設基準の要件に「地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること」とあるが、例えば、以下のような事例はどう判断すべきか。

＜処方せんを応需している主たる保険医療機関の診療時間＞
９：００～１２：００、１４：００～１８：００
＜当該保険薬局の開局時間＞
① ９：００～１２：００、１４：００～１８：００
② ９：００～１３：００、１４：００～１８：００
③ ９：００～１２：００、１４：００～１８：３０
④ ９：００～１３：００、１４：００～１８：３０

（答） 保険薬局の開局時間は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものであってはならず、具体的には、特定の保険医療機関の休憩時間に応じた一時閉局となっていないことが求められる。したがって、いずれの事例の場合も当該要件を満たしていないと考えられる。

ただし、一時閉局することがある場合であっても、その時間帯を活用して在宅薬剤管理指導を実施しているケースなどについては、当該要件を満たしていると解釈して差し支えない。

(問２) 基準調剤加算については、平成24年３月31日において現に当該加算を算定していた保険薬局であっても改めて届出を行うこととされているが、その際、今回改正されなかった事項についても関係資料を添付することは必要か。

（答）平成24年３月31日において現に基準調剤加算を算定している保険薬局であっても、４月16日までに改めて届出を行うことは必要だが、改正前の届出時の添付書類と内容に変更が生じていないもの（今回改正となった備蓄品目数及び開局時間に係る事項を除く）については、改めて同じ資料を添付しなくて差し支えない。

(問３）基準調剤加算の施設基準については、平成24年４月16日までに届出を行うことになるが、７月１日以降の算定にあたり、開局時間に係る事項について改めて届出を行う予定である場合には、当該届出様式の「地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた調剤応需体制の整備状況」に関する記載は不要であると理解して良いか。また、４月の届出の際に当該欄の記載をしており、かつ、既に地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じたものとなっている場合には、７月１日以降に算定するにあたり再度届出を行う必要はないという理解で良いか。

（答）　いずれも貴見のとおり。

【後発医薬品調剤体制加算】

(問１）平成24年１月から同年３月までの後発医薬品の調剤数量割合を求めるに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品から除外する品目」（「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」平成24年３月５日保医発0305第14号の別紙２）を含めて計算するが、当該品目のうち、改定前から引き続き除外する品目（同、平成22年３月５日保医発0305第14号）については、これに含めないという理解で良いか。

（答）　貴見のとおり。

【在宅患者調剤加算】

(問１）サポート薬局が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅基幹薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合、在宅患者調剤加算の届出に係る算定回数については、どちらの薬局のものとして計上するのか。

（答）　在宅基幹薬局の算定回数として計上する。

(問２）在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合にも、在宅患者調剤加算は算定できるのか。

（答）　算定できる。

【薬剤服用歴管理指導料】

(問１) 患者がお薬手帳を持参しなかったため、手帳に貼付するシール等を交付した場合であっても、薬剤服用歴管理指導料は算定できると理解して良いか。

（答）　差し支えない。なお、シール等を交付した患者が次回以降に手帳を持参した場合は、当該シール等が貼付されていることを確認すること。

(問２) 患者から、薬剤情報提供文書の「後発医薬品に関する情報」として記載していること以上の内容について情報提供の求めがあった場合、後発医薬品情報提供料（平成24年３月31日をもって廃止）における「保険薬剤師が作成した文書又はこれに準ずるもの」を備え対応することで良いか。

（答）　貴見のとおり。

(問３) 薬剤情報提供文書による「後発医薬品に関する情報」の提供にあたり、後発医薬品の有無については、含量違い又は類似した別剤形も含めて判断しなければならないのか。

（答）　同一規格・同一剤形で判断する。ただし、異なる規格単位を含めた後発医薬品の有無等の情報を提供することは差し支えない。

(問４) 調剤した先発医薬品に対応する後発医薬品の有無の解釈については、該当する後発医薬品の薬価収載日を基準に判断するのか。それとも、販売の有無で判断すればよいのか。

（答）　後発医薬品の販売の時までに適切に対応できれば良い。

(問５) 調剤した先発医薬品に対して、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品が複数品目ある場合、全品目の後発医薬品の情報提供をしなければならないのか。

（答）　いずれか１つの品目に関する情報で差し支えない。

(問６）調剤した薬剤が全て先発医薬品しか存在しない場合又は全て後発医薬品である場合は、「後発医薬品に関する情報」として、薬価収載の有無又は既に後発医薬品であることを患者に提供する事で足りると理解して良いか。また、薬価が先発医薬品より高額又は同額の後発医薬品については、診療報酬上の加算等の算定対象から除外されているが、これらについても後発医薬品であることを薬剤情報提供文書で提供するものと理解して良いか。

（答）　いずれも貴見のとおり。

(問７）調剤した先発医薬品について、薬価基準に後発医薬品は収載されているが、自局の備蓄医薬品の中に該当する後発医薬品が１つもない場合は、「後発医薬品に関する情報」として、薬価収載の有無及び自局では該当する後発医薬品の備蓄がない旨を患者に提供することで足りると理解してよいか。

（答）　貴見のとおり。

(問８）調剤した先発医薬品に対する後発医薬品の情報提供にあたっては、当該品目の「名称及びその価格」を含むこととされているが、この価格とは、規格・単位当たりの薬価であることが必要か。それとも、たとえば投与日数に応じた患者負担分の金額等でも構わないのか。

（答）　調剤した先発医薬品との価格差が比較できる内容になっていれば、いずれの方法でも差し支えない。

【重複投薬・相互作用防止加算】

(問１）通常、同一医療機関・同一診療科の処方せんによる場合は重複投薬・相互作用防止加算を算定出来ないが、薬剤服用歴管理指導料の新たな要件として追加された「残薬の状況の確認」に伴い、残薬が相当程度認められて処方医への照会により処方変更（投与日数の短縮）が行われた場合に限り、同加算の「処方に変更が行われた場合」を算定できるものと解釈して差し支えないか。

（答）　差し支えない。ただし、残薬の状況確認に伴う処方変更は、頻回に発生するものではないことに留意する必要がある。

【特定薬剤管理指導加算】

(問１) これまで薬効分類上「腫瘍用薬」、「不整脈用剤」及び「抗てんかん剤」以外の薬効分類に属する医薬品であって、悪性腫瘍、不整脈及びてんかんに対応する効能を有するものについて、当該目的で処方された場合は「特に安全管理が必要な医薬品」に含まれるとされてきたが、この取扱いに変更はないか。また、薬局では得ることが困難な診療上の情報の収集については必ずしも必要としないとあるが、前述に該当する場合、当該目的で処方された場合か否かの確認をする必要はあるか。

（答）　処方内容等から「特に安全管理が必要な医薬品」に該当するか否かが不明である場合には、これまで通り、当該目的で処方されたものであるかの情報収集及び確認を行った上で、当該加算の算定可否を判断する必要がある。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

(問１) サポート薬局が訪問薬剤管理指導を実施する場合にも、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生（支）局長へ届出を行う必要があるという理解で良いか。

（答）　貴見のとおり。

(問２) 既に在宅基幹薬局として訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局が、サポート薬局となることはできるのか。

（答）　できる。ただし、同一の患者において、在宅基幹薬局とサポート薬局との位置付けが頻繁に変わることは認められない。

(問３) サポート薬局についても、在宅基幹薬局と同様に、患家からの距離が１６ｋｍ以内でなければならないのか。

（答）　貴見のとおり。ただし、特殊の事情のあった場合を除く。

(問４）サポート薬局として１つの保険薬局が、複数の在宅基幹薬局と連携することは可能か。

（答）　可能。ただし、サポート薬局として在宅業務に支障がない範囲で対応する必要がある。

(問５）サポート薬局が在宅基幹薬局に代わり医療用麻薬を使用している患者の訪問薬剤管理指導を実施する場合は、在宅基幹薬局及びサポート薬局のいずれの保険薬局も麻薬小売業の免許を取得していなければならないという理解で良いか。

（答）　貴見のとおり。

【服薬情報等提供料】

(問１）　入院中の患者が他医療機関を受診して処方せんが交付された場合、出来高入院料を算定する病床の入院患者であれば、これまでは調剤情報提供料を算定できたが、平成24年４月からは、調剤情報提供料及び服薬情報提供料を統合して新設された服薬情報等提供料を算定できるものと理解して差し良いか。

（答）　貴見のとおり。

【その他】

(問１)　在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が処方せん調剤及び訪問薬剤管理指導を実施し、在宅基幹薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合、在宅基幹薬局及びサポート薬局がレセプト請求できる項目は何か。

（答）　次のとおりである。

	在宅基幹薬局	サポート薬局
調剤技術料（調剤基本料、調剤料）及びその加算	×	○
薬学管理料（在宅患者訪問薬剤管理指導料等）及びその加算※	○	×
薬剤料及び特定保険医療材料料	×	○

※　医療用麻薬が処方され、麻薬管理指導加算を算定する場合には、在宅基幹薬局及びサポート薬局の双方が麻薬小売業の免許を取得していなければならない。

(問２) 処方せんの交付にあたり、後発医薬品のある医薬品を一般名処方で行った場合、保険医療機関では「該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなす」とされているが、保険薬局において当該処方せんを調剤する際にも、最も低い薬価の後発医薬品を調剤しなければならないのか。

（答）　患者と相談の上、当該薬局で備蓄している後発医薬品の中から選択することで差し支えない。

(問３)　一般名処方による処方せんを受け付け、先発医薬品もしくは後発医薬品のいずれを調剤した場合であっても、実際に調剤した医薬品の名称等に関する処方せん発行医療機関への情報提供は必要か。

（答）　必要となる。ただし、当該医療機関との間であらかじめ合意が得られている場合には、当該合意に基づく方法で情報提供することで差し支えない。

〈 別 添 5 〉

訪問看護療養費関係

（問１）緩和ケアに関する専門の研修を受けた看護師による訪問看護を行う訪問看護ステーションは、１人の利用者に対して訪問が可能な訪問看護ステーションの数として取り扱うのか。

（答）　緩和ケア及び褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による訪問看護を行うステーションは、訪問可能なステーションの数に含めなくてよい。

（問２）専門性の高い看護師による訪問看護の要件として緩和ケア及び褥瘡ケアに関する専門の研修を受けた看護師とあるが、専門の研修とはそれぞれ具体的にはどのような研修があるのか。

（答）　現時点では、褥瘡ケアは、以下のいずれかの研修である。

① 日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」

現時点では、緩和ケアは、以下のいずれかの研修である。

① 日本看護協会の認定看護師教育課程「緩和ケア」、「がん性疼痛看護」、「がん化学療法看護」、「乳がん看護」又は「がん放射線療法看護」の研修

② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程

（問３）すでに要介護認定を受けている患者が医療機関に入院していた場合、退院前の外泊時に医療保険による訪問看護を受けられるのか。

（答）　要介護被保険者であるか否かにかかわらず、入院期間の外泊中の訪問看護については、医療保険による訪問看護が提供可能である。

（問４）退院後に訪問看護を受けようとする者が在宅療養に備えて、外泊中に訪問看護を受けたが、その後、状態の変化等で退院が出来なくなった場合については、訪問看護基本療養費(Ⅳ)は算定できないのか。

（答）　在宅療養に備えて外泊中に訪問看護が必要と認められた者であれば、算定可能である。

（問５）１泊２日の外泊時に訪問看護を１回提供する場合、外泊１日目、２日目のどちらに実施すれば、費用の徴収が可能なのか。

（答）　外泊１日目、２日目のどちらに行っても徴収可能である。

（問６）特別の関係にある医療機関と訪問看護ステーションにおいて、外泊時や退院当日又は緩和ケア及び褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による訪問看護が実施された場合においても、それぞれに要する各費用は算定できないのか。

（答）　いずれにおいても算定可能である。

（問７）介護職員がたんの吸引等を行えることになったが、看護職員が介護職員のたんの吸引等について手技の確認等を行った場合についても訪問看護基本療養費を算定できるのか。

（答）　介護職員が患者に対してたんの吸引等を行っているところに、訪問看護を行うとともに、吸引等についての手技の確認等を行った場合は算定できる。なお、患者宅に訪問しない場合については、算定できない。

（問８）厚生労働大臣が定める疾患等の患者については、看護補助者との同行による訪問看護が回数制限なく行えるが、１日に複数回訪問看護ができる患者については、複数名看護加算についても複数回算定できるのか。

（答）　要件に該当すれば算定可能である。

（問９）夜間・早朝訪問看護加算は、急遽、予定していた定期的な指定訪問看護を訪問看護ステーションの看護職員の病欠により、予定訪問時間の16時を夜間の18時に変更した場合には算定できるのか。

（答）利用者及びその家族等の求めによるものではなく、訪問看護ステーションの都合によるものについては算定できない。

（問10）定期的な指定訪問看護が午前中に必要な患者の訪問を新たに開始するにあたり、すでに営業時間内は予定が埋まっていたため、営業時間以外の早朝の７時に訪問することになった場合、夜間・早朝訪問看護加算を算定できるのか。

（答）　利用者及びその家族等の求めによるものではなく、訪問看護ステーションの都合による営業時間外の訪問にあたる場合には、夜間・早朝訪問看護加算は算定できない。

（問11）土日は営業日以外としている訪問看護ステーションから、患者の求めによって土曜日の夜20時に患家にて指定訪問看護を提供した際に、今までは訪問看護基本療養費（Ｉ）に加え、営業日以外の費用として3,000円、夜間の料金として2,500円の計5,500円をその他の利用料として請求していたが、４月以降は夜間・早朝訪問看護加算の2,100円しか請求できないのか

（答）　夜間・早朝訪問看護加算で評価しているのは、営業時間以外にあたる費用であるため、営業日以外の費用として請求していた3,000円については夜間・早朝訪問看護加算の2,100円とは別に請求可能である。

（問12）特別管理加算は留置カテーテルが挿入されていれば、算定可能か。

（答）　単に留置カテーテルが挿入されている状態だけでは算定できない。ドレーン又は留置カテーテル等からの排液の性状、量などの観察、薬剤の注入、水分バランスの計測等計画的な管理を行っている場合は算定可能である。また、輸液用のポート等が挿入されている場合であっても、在宅において一度もポートを用いた薬剤の注入を行っていない場合等は、計画的な管理を行っているとは想定しがたいため算定できない。処置等のため短時間、一時的に挿入されたドレーンチューブである場合を除き、例えば経皮経肝胆管（ＰＴＣＤ）ドレナージチューブなど留置されているドレーンチューブについては、留置カテーテルと同様に計画的な管理を行っている場合は算定できる。

（問13）特別な管理の中の「ドレーン」という表記が削除されているが、ドレーンの評価が無くなってしまったのか。

（答）　ドレーンは、留置カテーテルに含まれる。なお、留置カテーテルは排液の性状、量などの観察、薬剤の注入、水分バランスの計測等計画的な管理を行っている場合のみとする。

（問14）ターミナルケア療養費は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に２回以上訪問看護基本療養費を算定した場合に算定できるとされているが、死亡日の前日に２回訪問していた場合にも算定が可能なのか。

（答）　同一日の複数回訪問は、１回としてカウントするため、この場合においてはターミナルケア療養費は算定できない。死亡日及び死亡日前14日の計15日以内に２日以上訪問している必要がある。

（問15）死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に介護保険で１回、医療保険で１回それぞれターミナルケアを実施している場合にターミナルケア療養費は算定可能か。

（答）　合算して２回の訪問と考え、最後に利用した保険での加算の請求が可能である

（問16）もともとは介護保険適応の患者だが、急性増悪等により特別訪問看護指示書の交付を受け、死亡前14日間の間に2回医療保険による訪問看護を行った後、15日目に死亡した場合、15日目は本来介護保険適応となっているが、ターミナルケア療養費はどちらの保険で請求すればよいのか。

（答）　介護保険による死亡前の訪問看護は１回も行われていないため、最後に訪問看護を行った医療保険での請求となる。

（問17）複合型サービス事業者が訪問看護事業者の指定を併せて受け、かつ、複合型サービスの事業と訪問看護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合、当該訪問看護事業所は健康保険法第８９条第２項に基づく指定訪問看護事業者としてもみなされることになるのか。

（答）　管理者が保健師又は看護師である場合に限り、みなされる。

※ 問１から問３及び問５から問16の取扱いについては、Ｃ００５在宅患者訪問看護・指導料及びＣ００５－１－２同一建物居住者訪問看護・指導料においても同様であること。