

医科診療報酬点数表関係

【再診料・外来診療料】

(問1) 区分番号「A001」再診料の注5並びに注6に規定する加算及び区分番号「A002」外来診療料の注8並びに注9に規定する加算については、所定の入院料と別途算定可能となったが、当該加算については、入院後に入院中の保険医療機関において別疾患で再診を受けた場合であっても算定可能であるか。

(答) 算定できない。

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(問2) 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、「Aモニタリング及び処置等」の「8 救急搬送後の入院」において、「救急搬送後の入院は、救急用の自動車（市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され」とあるが、転院搬送の場合も対象となるのか。

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

【療養病棟入院基本料】

(問3) 療養病棟入院基本料注11の規定により、100分の95に相当する点数を算定する場合には、特別入院基本料の例により入院基本料等加算を算定してよいか。

(答) そのとおり。

(問4) 療養病棟入院基本料の「医療区分・ADL区分に係る評価票」17の、酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)について、「なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、点滴を実施した日から30日間まで本項目に該当する。」とあるが、点滴の実施期間が30日未満であった場合にも点滴開始後30日間は該当するのか。また、30日

間を超えて点滴を継続した場合は31日以降は該当しないのか。

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

【夜勤時間特別入院基本料/障害者施設等入院基本料】

(問5) 入院基本料の算定について、①夜勤時間特別入院基本料について、「それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる」とあるが、この所定点数は、加算を含まない入院基本料の点数(例 7対1入院基本料1,591点)を100分の70として算定してよいか。②区分番号「A106障害者施設等入院基本料」の「注2」における月平均夜勤時間超過減算の規定については、「注6」にある重度の意識障害の患者で医療区分2又は医療区分1の患者に相当する場合の各病棟区分別の入院基本料を算定する場合であっても適用されるのか。

(答) ①よい。②適用される。

【認知症ケア加算】

(問6) 認知症ケア加算1の認知症ケアチームは、週1回以上、各病棟を巡回することとなっているが、巡回の際、当該チームメンバー全員で行う必要があるか。

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

【精神疾患診療体制加算】

(問7) 精神疾患診療体制加算2の算定日と、入院精神療法の算定日が同一週の場合に、入院精神療法の週あたりの算定回数を計算する際に精神疾患診療体制加算2の算定日についても、入院精神療法の算定日とみなすのか。

(答) そのとおり。

【退院支援加算】

(問8) 退院支援加算1の施設基準において、当該医療機関の退院支援・地域連携担当者と、20以上の連携保険医療機関等の職員が年3回以上面会すること

とされているが、他の20以上の連携保険医療機関等の職員と、会合や研修等で一同に会すれば、当該要件を満たすこととなるか。

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

【通院・在宅精神療法】

(問9) 児童思春期精神科専門管理加算の施設基準における、16歳未満の患者の数について、のべ患者数と実患者数のいずれをいうのか。

(答) のべ患者数をいう。

【精神療養病棟入院料・地域移行機能強化病棟入院料】

(問10) 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する精神科医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務については、週2日以内とされているが、週2日以外の日に措置診察等に対応することが可能か。

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

【入院栄養食事指導料】

(問11) 最初の入院時に栄養食事指導を行い、退院後数日で同一傷病により再入院した患者に対し栄養食事指導を行う場合、「初回」の入院栄養食事指導料を再度算定できるか。

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

【認知症地域包括診療加算】

(問12) 認知症地域包括診療加算について、「同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの」が要件とされているが、各月の最

初の受診（再診）で投薬を受けていなければ必ず算定できると解釈されるのか。また、月の初回の受診時には算定要件を満たしていたが、その後、同月内の受診で算定要件を満たさなかった場合の扱いはどのようになるか。

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

【小児かかりつけ診療料】

（問13）小児科外来診療料については、初診を行いそのまま入院となった場合、当該診療料ではなく初診料を算定することとされているが、小児かかりつけ診療料についても同様か。

（答）小児かかりつけ診療料についても同様の算定方法となる。

【退院後訪問指導料】

（問14）区分番号「B007-2」退院後訪問指導料を入院していた保険医療機関が算定した日において、当該保険医療機関と同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、医療保険では、在宅患者訪問看護・指導料を算定できないこととされたが、介護保険の訪問看護費は算定できるのか。

（答）算定できない。

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

（問15）在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料について、処方せんを交付しない場合の加算が創設されたが、当該月に処方を行わない場合にも算定できるか。

（答）算定できない。

【国際標準検査管理加算】

（問16）国際標準検査管理加算の施設基準に「国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること」とあるが、どのような認定が必要なのか。

(答) IS015189に基づく臨床検査室の認定について、「基幹項目」及び「非基幹項目」を対象として認定を取得することが必要。

(問17) 国際標準検査管理加算は、当該保険医療機関が取得している認定の対象となっている検査項目（例えば、IS015189の「基幹項目」、「非基幹項目」に該当する検査項目）以外の検査については、加算できないのか。

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

(問18) IS015189に基づく臨床検査室の認定を取得していない保険医療機関が、当該認定を取得している衛生検査所に検査の実施を委託した場合、国際標準検査管理加算は算定できないのか。

(答) 当該保険医療機関が認定を受けていない場合は算定できない。

【検査・その他の検体採取】

(問19) その他の検体採取の「6」鼻腔・咽頭拭い液採取について、同日に複数検体の検査を行った場合、検査の検体ごとに算定は認められるか。

(答) 1日につき1回の算定となる。

【検査・画像情報提供加算/電子的診療情報評価料】

(問20) 検査・画像情報提供加算と電子的診療情報評価料の施設基準に定める「厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能」について、厚生労働省標準規格とは具体的には何を指すのか。

(答) 「保健医療情報分野の標準規格（厚生労働省標準規格）について」の一部改正について（平成28年3月28日 医政発0328第6号・政社発0328第1号）に定める標準規格を指す。なお、ストレージ機能については、当該通知において、SS-MIX 2が含まれることとされている点に留意すること。

【造影剤注入手技】

(問21) E003造影剤注入手技の3動脈造影カテーテル法について、「注2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点が加算される」とあるが、閉塞方法を問わず算定できるのか。

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

【投薬】

(問22) F200薬剤料について、注2（例えば、3種類以上の抗不安薬）と注3（7種類以上の内服薬）の両方に該当する場合については、薬剤費をどのように算定するのか。

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

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

【リハビリテーション料】

(問23) 疾患別リハビリテーション料の施設基準に基づいて専従配置された理学療法士等が、回復期リハビリテーション病棟入院料、又はADL維持向上等体制加算の施設基準に基づいて別の理学療法士等が専従配置された病棟でリハビリテーションを提供した場合、疾患別リハビリテーション料は算定できるか。

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

(答) いずれも算定できる。

(問24) 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（平成28年3月25日保医発0325第8号）によると、「目標設定等支援・管理料を算定してから

3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。」とされているが、こうした取り扱いとできるのはどの程度の期間か。

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

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

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

(問26) 呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算を算定する場合、その期限について「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日に限り」とされているが、「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの」は当該30日の期間に含まれるか。

(答) 含まれる。

【通院・在宅精神療法】

(問27) 通院・在宅精神療法の算定について、「当該保険医療機関において、3種類の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること」を別紙様式40を用いた1月、4月、7月、10月の報告のうち直近のものを用いて判断することが必要となるが、10月においては7月の報告を用いて判断してよいか。また、平成28年9月までは全ての医療機関が条件を満たすものとして扱われるが、平成28年10月についても、同様に条件を満たすものとして扱ってよいか。

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

【認知療法・認知行動療法】

(問28) 認知療法・認知行動療法3の施設基準について、「うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の(2)の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。」とあるが、「ウの研修の講師」による確認を行う講師は医師でなければならないか。

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

(問29) 認知療法・認知行動療法について、『1』、『2』及び『3』は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、『3』の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、『1』の点数を算定できる。」とあるが、一連の治療において、「1」を算定すべきものと「2」を算定すべきものが混在する場合、どのように算定すればよいか。

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

【排痰誘発法】

(問30) 区分番号「J115-2」排痰誘発法について、留意事項通知において「結核を疑う患者に対し」とあるが、結核患者の退院の可否を判定する等の目的で実施した場合にも算定できるか。

(答) 算定できる。

【処置・ロボットスーツによるもの】

(問31) 区分番号「J118-4」歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を実施するに当たって、初めてロボットスーツを装着する際には患者の体重、大腿長、下腿長、腰幅などを勘案して当該患者に適切な装着条件を探索する

必要があるが、当該プロセスに係る技術はどのように算定するのか。

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

【超音波骨折治療法】

(問32)「四肢の骨折に対する観血的手術の手術中に行われたものは算定できない。」が削除されたが、取扱いに変更があるのか。

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

【自家培養軟骨組織採取術】

(問33) 特定保険医療材料である150 ヒト自家移植組織(2)自家培養軟骨については、機能区分が①採取・培養キット及び②調製・移植キットに細分化されたが、平成28年3月31日以前に区分番号「K126-2」自家培養軟骨組織採取術を実施したことから①採取・培養キットを算定しなかった患者が、平成28年4月1日以降に区分番号「K059」骨移植術(軟骨移植術を含む)4 自家培養軟骨移植術を実施した場合であっても、②調製・移植キットしか算定ができないのか。

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

医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問1）診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することによいか。

（答）そのとおり。

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

歯科診療報酬点数表関係

【在宅医療：歯科訪問診療料】

（問1）歯科訪問診療を行う場合の「特別の関係にある施設等」には、従前通り別添1の第1章第2部通則7（3）の「特別の関係」に規定される保険医療機関等が含まれるという解釈でよいか。

（答） 貴見のとおり。

【在宅医療：在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

（問2）「疑義解釈資料の送付について」（平成28年3月31日事務連絡）において、無歯顎患者に対しても在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の対象になることが示されたが、どの区分で算定するのか。

（答）「1 10 歯未満」で算定する。

（問3）管理計画の策定にあたり、歯科疾患在宅療養管理料の様式を使用しても差し支えないか。

（答） 差し支えない。ただし、管理計画について、摂食機能療法に関する内容も含め必要事項を具体的に記載すること。

【検査：歯周病検査】

（問4）乳歯列期の患者に対する歯周病検査は、「混合歯列期歯周病検査」に限り算定できるのか。

（答） 貴見のとおり。

（問5）混合歯列期の患者について、歯周精密検査を実施した場合には、永久歯の歯数に応じて「歯周精密検査」を算定することはできるか。

（答） 混合歯列期の患者については、原則的には歯周精密検査は算定できない。

ただし、薬物性又は遺伝性による増殖性歯肉炎に罹患している患者については、歯周精密検査を算定して差し支えない。

【処置：加圧根管充填処置】

(問6) 加圧根管充填処置の「注3」の手術用顕微鏡加算は、「3については」となっているが、槌状根の場合は「3 3根管以上」で算定して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

また、手術用顕微鏡加算を算定しない場合においても、同様の取り扱いとする。

【処置：歯周疾患処置】

(問7) 糖尿病を有する患者であって、歯周ポケットが4ミリメートル以上の歯周病を有するものに対して、区分番号「I011」歯周疾患処置を行う場合について、
① 「歯周基本治療と並行して」とは、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング又は歯周ポケット搔爬と並行して実施するものと考えてよいか。
② 歯周基本治療を行った部位に対して、同日に特定薬剤（歯科用抗生物質製剤に限る。）を注入した場合、歯周疾患処置及び特定薬剤の費用は算定できるか。

(答) ① スケーリング・ルートプレーニング又は歯周ポケット搔爬を行った日に実施することが望ましいが、炎症が強い場合等についてはスケーリングと同時に実施しても差し支えない。ただし、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師からの診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じたもの）を受けた日以降に行った歯周疾患処置に限る。

なお、歯周基本治療（スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング又は歯周ポケット搔爬）を実施していない日については、歯周疾患処置の算定はできない。

② いずれも算定できる。

【処置：歯周病安定期治療（Ⅰ）、歯周病安定期治療（Ⅱ）】

(問8) 歯周病安定期治療（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定に当たっては、同一月内に歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定していることが必要か。

(答) 同一初診内において、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料の算定があれば算定して差し支えない。

(問9) 歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した患者について、診療月によって歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定せず、歯周病安定治療(Ⅰ)を算定することは可能か。

(答) 算定できない。

【処置：歯冠修復物又は補綴物の除去】

(問10) 歯冠修復物又は補綴物の除去において、「ポンティックのみの除去」の算定方法が変更になったが、例えば次のような場合はどのような取扱いとなるのか。

- ① ⑦6⑤ |ブリッジの6|ポンティックのみを除去した場合
- ② ⑦6⑤ |ブリッジをすべて除去した場合
- ③ ⑦65④ |ブリッジをすべて除去した場合 (第一小臼歯は全部金属冠)

(答) ①ポンティック1歯の除去となり、「困難なもの」32点×1の算定となる。

②全部金属冠2歯及びポンティック1歯の除去となり、「困難なもの」32点×3の算定となる。

③全部金属冠2歯及びポンティック2歯の除去となり、「困難なもの」32点×4の算定となる。

【手術：抜歯手術】

(問11) 難抜歯加算については、「当該加算の対象となる抜歯において、完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合は、当該加算を算定する。」とあるが、中止後、歯の状態等の変化により日を異にして抜歯を行い得た場合は、算定上どのように取り扱うのか。

(答) 難抜歯加算の対象となる歯に対して、抜歯を終了する目的で着手したが、やむを得ず抜歯を中止した場合は、抜歯の所定点数及び難抜歯加算を算定する取扱いであるが、後日行った抜歯については、当該抜歯手術の実態に応じてその費用を算定して差し支えない。

なお、当初から、複数日に分けて計画的に抜歯を行う場合は、算定できない。

【歯冠修復及び欠損補綴：補綴時診断料】

(問12) 補綴時診断料について、

- ① 「1 補綴時診断(新製の場合)」を算定した日から起算して3月以内に同一部位の有床義歯に対して、増歯による有床義歯修理を行った場合に「2 補綴

時診断（1以外の場合）」を算定できるか。

② 「1 補綴時診断（新製の場合）」を算定した日から起算して3月以内に当該有床義歯の装着部位とは異なる部位の別の有床義歯に対して、増歯による有床義歯修理を行った場合に「2 補綴時診断（1以外の場合）」を算定できるか。

③ 「2 補綴時診断（1以外の場合）」を算定した日から起算して3月以内に当該有床義歯の装着部位とは異なる部位の別の有床義歯に対して、増歯による有床義歯修理を行った場合に「2 補綴時診断（1以外の場合）」の算定は可能か。

(答) ①算定できない。

②算定できる。

③算定できる。

(問13) 補綴時診断料について、

① 「2 補綴時診断（1以外の場合）」を算定した日から起算して3月以内に、同一部位の有床義歯の新製に着手した場合には、「1 補綴時診断（新製の場合）」を算定できるか。

② 増歯による有床義歯修理を行い「2 補綴時診断（1以外の場合）」を算定した日から起算して3月以内において、同一部位の有床義歯に対して有床義歯内面適合法を行った場合には、「2 補綴時診断（1以外の場合）」を算定できるか。

③ 「1 補綴時診断（新製の場合）」を算定した日から起算して6月以内に、同一部位の有床義歯に対して有床義歯内面適合法を行った場合の「2 補綴時診断（1以外の場合）」は算定できるか。

(答) ①～③のいずれにおいても算定できる。

【施設基準：在宅療養支援歯科診療所】

(問14) 現在、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている医療機関について、平成29年3月31日までに新たな様式18による再度の届出が必要か。

(答) 在宅療養支援歯科診療所については、平成29年3月31日までに新たな様式18による届出が必要である。

(問15) 現在、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている医療機関について、平成29年3月31日までに在宅療養支援歯科診療所の再度の届出を行う場合において、研修会の修了証の写し又は最初に在宅療養支援歯科診療所の届出の副本（受理番号が付されたもの）の写しが必要か。

(答) 研修の受講歯科医師に変更がない場合は、いずれも不要である。なお、届出内容に変更がある場合(研修の受講歯科医師に変更があった場合等)については、経過措置期間であっても速やかに新たな届出を行うこと。

(問16)「疑義解釈資料の送付について」(平成28年3月31日事務連絡)において、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の要件となっている研修を新たに受講するものについては3年以内のものとする、とされたが、在宅療養支援歯科診療所の施設基準の届出を新たに行う場合に係る研修については、「疑義解釈資料の送付について」(平成20年5月9日事務連絡)による従来どおり届出日より4年以内のものをいうのか。

(答) 在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る研修については、「疑義解釈資料の送付について」(平成20年5月9日事務連絡)にかかわらず、届出日から3年以内のものとする。

【施設基準：かかりつけ歯科医機能強化型診療所】

(問17) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の通知の(1)において、「過去1年間に歯科訪問診療1又は2、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定している実績があること。」とあるが、1年間の算定実績が必要か。

(答) 1年未満であっても、歯科訪問診療1又は2、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料のそれぞれについて算定実績があればよい。

調剤報酬点数表関係

【かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料】

(問1) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の同意取得のために患者へ説明する際に、かかりつけ薬剤師を変更する際の対応についても説明が必要か。

(答) 貴見のとおり。

なお、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は、患者が薬剤師を選択するものであり、患者の意向によって変更することも可能であることから、患者が本制度の取扱いを理解できるように、同意取得時にはその旨を併せて説明すること。

【調剤料】

(問2) 内服薬と外用薬の調剤料の取扱いについて、同一の有効成分であって同一剤形の薬剤が複数ある場合は、その数にかかわらず1剤（1調剤）とされているが、「同一剤形」の範囲はどのように考えたらよいか。

(答) 下記の剤形については、それぞれ別剤形として取り扱う。

○内用薬

錠剤、口腔内崩壊錠、分散錠、粒状錠、カプセル剤、丸剤、散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤、経口ゼリー剤、チュアブル、パッカル、舌下錠

○外用薬

軟膏剤、クリーム剤、ローション剤、液剤、スプレー剤、ゼリー、パウダー剤、ゲル剤、吸入粉末剤、吸入液剤、吸入エアゾール剤、点眼剤、眼軟膏、点鼻剤、点耳剤、耳鼻科用吸入剤・噴霧剤、パップ剤、貼付剤、テープ剤、硬膏剤、坐剤、膾剤、注腸剤、口嗽剤、トローチ剤

(参考：「薬価算定の基準について」（平成28年2月10日保発0210第1号）の別表1）

なお、本取扱いは、内服薬と外用薬に係る調剤料における考え方であり、例えば、調剤時の後発医薬品への変更に関する剤形の範囲の取扱いとは異なることに留意すること。

(問3) 上記の問に関連して、例のように濃度を変更するなどの目的で、2種類以上の薬剤の比率を変えて混合した処方がある場合は、それぞれの処方を別調剤として取り扱った上で、計量混合調剤加算を算定できるか。

例) Rp. 1	A剤10g	}	混合
	B剤20g		
Rp. 2	A剤20g	}	混合
	B剤20g		

(答) 2種類の薬剤を計量し、かつ、混合した処方が複数ある場合は、それぞれについて計量混合調剤加算を算定できる。(例の場合は、Rp. 1とRp. 2のそれぞれについて、調剤料と計量混合調剤加算を算定できる)

医科診療報酬点数表関係（その1訂正）

【感染防止対策加算】

（問57）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。

- （答） ① 全員で行うことが望ましく、少なくとも2名以上で行うこと。~~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、各病棟を毎回巡回することとするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生のリスクの評価を定期的実施している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回し、それ以外の病棟についても巡回を行っていない月がないこと。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、2月に1回以上巡回していること。~~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。~~

【手術】

（問173）区分番号「K 6 9 5 - 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は具体的には何を指すのか。

- （答） 現時点では、日本外科学会系のデータベースである~~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。

（問174）区分番号「K 7 0 3 - 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とは具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、日本外科学会系のデータベースである~~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。

医科診療報酬点数表関係（DPC）（その1訂正）

（問10－6） 上記問10－~~5~~~~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。

（答） 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。

歯科診療報酬点数表関係（その1訂正）

【医学管理：歯科衛生実地指導料】

（問10） 歯科衛生実地~~施~~指導料の告示において、対象患者が「歯科疾患に罹患している患者」に変更になったが、留意事項通知は従来そのままとなっていることから取扱いは従来どおり、う蝕を原因とする疾患（Pul, Per等を含む）や歯周疾患に罹患している患者が対象となると考えてよいか。

（答） 貴見のとおり。

（問11） 歯科衛生実地~~施~~指導料において、「プラークチャート等を用いたプラークの付着状況の指摘」とされたが、プラークチャート以外の方法でプラークの付着状況を指摘してもよいのか。

（答） プラークチャートを使用しなくても、例えば口腔内カメラにより患者の口腔内をモニターに映す、デジタル写真を活用する等によりプラークの付着状況が確認できれば差し支えない。