

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
1				医療受給者証	【スライド P12】 受給者証について 注2の病名に記号及び番号が記載されていることがあるが、それは全国統一となり、公表となるのか。	現在、難病公費54の受給者番号等に疾患区分等はないため、今のところ決められた番号はないと考えます。		東京セミナー	質問用紙
2	13	B001・7	医学管理等	難病外来指導管理料	【スライド P10】 難病外来指導管理料を算定しているが、 ①患者の意思で認定を受けていない場合、今後(H28.4～経過措置なし)は算定できないのか。 ②制度改定の上限負担が設定された時に更新をしなかった(高い設定になるとのこと)で何か、明記すれば算定できるのか… ③どのような患者に設定を受けるメリット等指導できる事はあるのでしょうか。	①医療受給者証の交付を受けている方が、対象患者となっておりますので4月～算定不可となります。 ②現行①のようになっておりますので、算定不可となります。 ③対象疾患に対しての医療については、負担上限までの自己負担となります。(患者さんの所得によって区分が異なります)		東京セミナー	質問用紙
3	13	B001・9/10	医学管理	栄養食事指導	【スライド P28】 栄養食事指導の初回、2回目以降の定義について 例えば糖尿病治療において食事指導を行い改善傾向がみられ、食事指導を終了し3か月後に状態悪化し再び食事指導を行った場合、また初回で算定は可能ですか。	3/31事務連絡より、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)が終了した後に、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。 となりましたが、同一疾病に関しては算定は不可と考えます。	H28.3.31厚労省 疑義解釈その1	大阪セミナー	質問用紙
4	13	B001・12	医学管理	心臓ペースメーカー指導管理料	【スライド P31】 心臓ペースメーカー遠隔モニタリング 新設注5…具体的な加算例を知りたい(計算方法・請求方法)	4/10指導管理 360点 5月～7月の来院なし 8/10指導管理 360点+注5加算60点×3 となります。		大阪セミナー	質問用紙
5	13	B001・16	医学管理等	喘息治療管理料	【スライド P32】 B001・16「2」喘息治療管理料2について 初回に限り算定するとあるが、すでに器具を提供している場合は、算定できないのか。また、4月以降の指導日に算定、新たに器具を提供し指導した場合に算定できるのか。 治療が中断又は終了後に、再度治療を行い、管理料の対象となった場合は、初回として算定できるのか。	初回に限り算定するというので、既に吸入補助器具の使用がある場合は服薬指導等を行っているということで初回の指導をさかのぼることはできないと考えます。 一度中止や治癒した場合は、再度治療を行う場合は改めて服薬指導を行うこととなりますので、初回として算定が可能と考えます。		東京セミナー	質問用紙
6	13	B001・27	医学管理等	糖尿病透析予防指導管理料	糖尿病透析予防指導管理料について ①施設基準の中に「(1)ウ 専任の管理栄養士」は栄養士では不可か。(有床診療所であるが、管理栄養士の配置ができず、栄養士で対応) ②特定疾患指導管理料との併算定は可能か。	①規定通り管理栄養士のみが該当します。 有床診療所の場合、施設基準要件が別途明記され緩和されている項目もありますが、こちらは該当いたしません。 ②当該項目の注4からB000 特定疾患療養管理料との同一月の併算定は不可となります。		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
7	13	B001-2-6 注2	医学管理等	精神科疾患患者等受入加算	【スライド P48】 B001-2-6 注2 精神科疾患患者等受入加算について 過去6月以内の精神科受診は、患者又は家族、救急隊の 申し出で良いのか。申し出のあった医療機関に確認する必 要はあるのか。	H26.4.4 事務連絡より Q: 受診歴のか確認は患者等の申告に基づくものでよいか。 A: 患者等の申告のみならず、前医への確認等が必要である。		東京セミナー	質問用紙
8	13	B001-2-6	医学管理	夜間休日救急搬送医学管 理・注2	【スライド P48】 精神科疾患患者等受入れ加算について ・届出は不要でしょうか ・精神科医による診療は不要でしょうか ・精神科受診の既往が6ヵ月以内であれば救急搬送時算定 可能という解釈でよろしいでしょうか	・B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料が施設基準を満たしてい れば届出不要とするものになったので、届出不要になります。 ・医師についての規定はない ・受診歴があればよい(他院でも可)		大阪セミナー	質問用紙
9	13	B001-2-9	医学管理	認知症地域包括診療料	【スライド P49】 認知症診断の具体的な要件は何ですか。長谷川スケールと か、総合評価とか、専門医の診断とかあるのでしょうか。	認知症の確定診断は、ICD-10、DSM-Ⅲ及びDSM-Ⅳ-TRにおける診 断基準が定義され、その検査には簡易な長谷川式スケール、総合評 価も含まれますが、認知症疾患治療ガイドラインに伴い、実施される検 査等を含め主治医の診断で良いと考えます。		東京セミナー	質問用紙
10	13	B001-2-9	医学管理	認知症地域包括診療料	【スライド P56】 認知症地域包括診療料1515点 加算30点は現在地域包括 診療料(加算)も届出をしていれば(診療所)算定要件を満 たす患者に対しては算定可能でしょうか？	可能です。 別途届出不要項目として挙げられているものです。 【スライド601】参照ください		大阪セミナー	質問用紙
11	13	B001-3-2	医学管理等	ニコチン依存症管理料	【スライド P64】 B001-3-2 ニコチン依存症管理料について 5回終了まで1人もいなくとも、平均が2回なら減算はないの か。	5回終了までに一人もいなくとも、過去1年の平均継続回数が2回以上 であれば、減算とはなりません。(厚労省基準)		東京セミナー	質問用紙
12	13	B001-3-2	医学管理	ニコチン依存症管理料	【スライド P65】 ニコチン依存症管理料に係る報告書は、いつどこあてに出 せばいいのですか？	様式8の2 毎年4月～3月までの報告を7月定例報告で厚生局に提出 【スライド 64】 経過措置あり		大阪セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
13	13	B005-6-4	医学管理等	外来がん患者在宅連携指導料	【スライド P68】 B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料について 1人につき1回とあるが、1つの医療機関で1回又は、その患者につき1回(生涯で1回)なのか、地区が変わってもチェックされるのか。	患者1人につき1回は当該項目の特性より、全ての医療機関通して1回と考えます。審査側が縦覧点検をした場合に過去の算定暦を見られることは考えられます。		東京セミナー	質問用紙
14	13	B005-6-4	医学管理	外来がん患者在宅連携指導料	【スライド P68】 B005-6-4外来がん患者在宅連携指導料500点について 施設基準に「外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算2の届出を行っていること」とありますが、外来化学療法加算1の届出を行っている場合は、基準を満たしたことになるのでしょうか。	要件が厳しい外来化学療法加算1の届出をされていれば、外来化学療法加算2の基準もクリアしているとみなされますので、算定可能となります。		大阪セミナー	質問用紙
15	13	B005-7	医学管理等	認知症専門診断管理料	【スライド P70】 B005-7 認知症専門診断管理料の施設基準2について 1のイ 700点との違いが理解できません、ご説明頂けましたら幸いです。	H26.7.9 老発0709第3号において認知症疾患医療センターは ①基幹型 ②地域型 ③診療型 と分かれます。 「1」→上記①～③ 可能。 「2」→①・②のみ対象 というように診療所型の取り扱いに違いがあります。		東京セミナー	質問用紙
16	13	B007-2	医学管理等	退院後訪問指導料	【スライド P75】 B007-2 退院後訪問指導料について 同行する訪問看護ステーション又は、他医療機関の看護師の両方又はどちらかが関連機関でもいいのか。	特別な関係の規定はありません。 患家等を訪問し患者や家族に対しての指導を行う評価のため、関連機関であっても算定可能と考えます。		東京セミナー	質問用紙
17	13	B007-2	医学管理	退院時訪問指導料	【スライド P75】 B007-2退院後訪問指導料 580(一回につき)は介護保険施設が併設特養(特別な関係でも算定できますか)	特別な関係の規定はありません。 患家等を訪問し患者や家族に対しての指導を行う評価のため、関連機関であっても算定可能と考えます。		名古屋セミナー	質問用紙
18	13	B008-2	医学管理等	薬剤総合評価調整管理料	【スライド P78】 B008-2 薬剤総合評価調整管理料について その状態の4週間以上とあるが、退院後の照会及び増薬される場合はどのようになるのか。返戻や調整額で減収となるのか。	見込まれる場合とあるため、減薬の時点で4週間以上継続できるという見込であれば算定でき、返戻等がかかることはないと考えます。		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
19	13/90	B008-2/ A250	医学管理等/ 入院基本料等 加算	薬剤総合評価調整管理料/ 薬剤総合評価調整加算	【スライド P544・78】 多剤投薬の減薬評価について A250 薬剤総合評価調整加算に関する留意事項通知では、減薬については、配合剤の転換も含むと記載されていますが、B008-2 薬剤総合評価調整管理料では、その旨(配合剤の転換)の記述がありませんが、A250と同様の考え方で、配合剤の転換も減薬の対象となることを確認させて頂きたい。	算定において、A250「薬剤総合評価調整加算」とB008-2「薬剤総合評価調整管理料」は入院料の加算と外来患者に対してということとわかれています。要件等はA250と同様に配合剤の転換も該当すると考えます。		東京セミナー	質問用紙
20	13	B009	医学管理等	診療情報提供料(Ⅰ)	【スライド P79】 診療情報提供料(Ⅰ)について 抗Ca剤治療患者が自宅近くのクリニックに検査のフォローをお願いした場合、毎月算定できるのか。また、体調悪化の時のフォローをお願いした場合は算定可能か。	診療情報提供書の原則は別の医療機関で診療の必要性を認め紹介を行うこととなります。 算定可能な例として ①定期受診 ②自宅近くのクリニック等で日常経過観察、双方での加療等を要するなど があげられます。		東京セミナー	質問用紙
21	13	B005-2	医学管理等	地域連携診療計画管理料 (廃止項目)	地域連携診療計画管理料は退院時に退院支援加算と地域連携診療計画加算で算定すれば点数は900点で一緒だとお話をしましたが、計画病院から来た入院患者(2段目の病院)が退院した時はどのような算定になりますか？今までは地域連携診療計画退院時指導料を算定していましたが、まったく算定できないということでしょうか？	退院支援加算1(600点)を届出していれば、後方支援(外来や介護事業所等)にパスにて紹介は疾患に関わらず第2病院、第3病院であっても地域連携診療加算(300点)が算定可能となります。 また、連携保険医療機関等に対し、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供することが必要となります。		大阪セミナー	質問用紙
22	13	B005-2	医学管理	地域連携診療計画管理料 (廃止項目)	退院支援加算について 今回の改定で地域連携診療計画管理料が削除されています。退院支援加算Ⅰの施設基準を取得していれば地域退院加算の算定できるとなっていますが、当院が退院支援加算のⅠが届出が出来ず、退院支援加算Ⅱの届出のみになる場合、連絡先(地域連携診療計画退院時指導料1, 2を算定する病院)は、どのような点数を算定できるのか。	事務連絡280331より、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可能となります。		名古屋セミナー	質問用紙
23	13	B009・注14	医学管理	診療所情報提供料・地域連携診療計画加算	【スライド P80】 診療情報提供料(Ⅰ)の地域連携診療計画加算は外来のみの算定でしょうか？退院時は不可ですか？ 対象疾患はあらかじめ地域連携診療計画が作成されたものとなっていますが、具体的にはどのようなものになりますか？詳しく知りたいです。	診療情報提供料(Ⅰ)に地域連携診療計画加算の算定できるのは「外来患者のみ」と「紹介元が退院支援Ⅰ+連携パスの算定を行っている患者」となります。 地域連携パスは、4疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病)を中心に組み込まれています。		大阪セミナー	質問用紙
24	14		在宅医療	訪問診療に係る記録書	様式14(同一建物居住者の訪問診療を算定した場合に記載する一覧)については、そのまま継続されるのでしょうか。	通知上より、削除されていませんので、別紙様式14はそのまま継続されることとなります。		東京セミナー	質問用紙
25	14	C002 C002-2	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	【スライド P90】 同一日に複数名の医師が同一建物居住者にそれぞれ訪問診療を行った場合、同一建物居住者以外の場合(833点)を算定できるのでしょうか？ 例)A医師→Cさん 833点 B医師→Dさん 833点 は可能ですか？ 同一建物居住者(203点)になるのでしょうか？	留意事項にある「医師3人まで」の要件が削除されているので、833点の算定は出来ません。203点となります。		大阪セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
26	14	C002 C002-2	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	【スライド P91】 在医管及び施設医管の留意点について 5)単一(同一建物)の診療した患者数に初診+往診(1月末スタート)1日のみの方は、含まないのでしょうか。	通知文には区分「C001 在宅患者訪問診療料」を月1回算定した場合には「月1回訪問診療を行っている場合」を単一建物診療患者の人数に従い算定する」とあることから、往診では、算定要件には該当しません。		東京セミナー	質問用紙
27	14	C002 C002-2	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	【スライド P92】 別に厚生労働大臣が定める状態にある<在宅中心静脈>やく在宅成分栄養>について、規定の栄養剤及び輸液を使用しているにもかかわらずみなされるのでしょうか。(※エンシュア高カロリー輸液以外を使用している患者様がいらっしやいます。)	通常の「在宅療養指導管理料」の算定対象(定義)に該当しなければ、現時点では算定不可とご判断されることが無難かと思えます。例えば、「在宅成分栄養経管栄養法指導管理料」の場合であれば、エレンタール・エレンタールP・ツインラインを投与している患者以外は、指導料の算定は不可となります。なお、輸液を末梢から注入できない患者など、中心静脈栄養回路から注入している場合は、在宅中心静脈栄養法指導管理料が算定できるなどの取扱いもあります。		東京セミナー	質問用紙
28	14	C002 C002-2	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	【スライド P92P.93】 H28年3月以前に当該居住にて在医総管を算定した患者についてはH29年3月31日まで在医総管が算定できるとあるが、算定できる在医総管は単一建物の人数に準ずるのですか？ ※月2回以上訪問し、建物内に10人以上訪問(サ高住)している場合はC002②-3ですか？	算定出来る在医総管は単一建物の人数に準じます。 「※」の場合の算定は C002 2-③です。		大阪セミナー	質問用紙
29	14	C002 C002-2	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	【スライド P96・11】 在医総管の別に定める状態で指定難病(306疾患)の保険交付されていても保険登録がされていない時は(生保が全て公費とする)、在医総管の重症者の算定はできないか？ 又、申請中はどうか？	難病法の施行に伴う指定難病の診断の評価であるので、生保の方でも難病の申請が必要となります。医療受給者証を交付されている患者が対象となるため、今のところ申請中は算定不可となります。		大阪セミナー	質問用紙
30	14	C002 C002-2	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	【スライド P96】 頻回訪問加算は別に定める状態の①もしくは②に該当していれば算定可か？もしくは両方でないとダメですか？	①②のどちらかの状態で算定可能です。			
31	14	C002 C002-2	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	【スライド P96】 1)頻回訪問加算には自己導尿はなしでしょうか 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料はのこりますか 2)在医総管の重症患者(別に定める状態)には在宅悪性腫瘍等指導管理は含まれないのでしょうか 3)材料加算とは何でしょうか 4)同月に2つの医療機関で在宅療養指導管理の加算は1つの医療機関となっていますが材料加算もおなじですか？ 使用していたら材料加算は算定できますか	1)特別な管理(別表第3の1の2)の「1」及び「2」の中に自己導尿の該当はありません。 2)在宅悪性腫瘍等患者指導管理料は「末期の悪性腫瘍の患者」が対象となるので、頻回訪問加算の要件に該当します。 3)あくまでも訪問看護指示料に対する加算となりますので、在医総管では包括対象となります。 4)それぞれで算定可能です。		大阪セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
32	14	C002 C002-2	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	【スライド P96】 1)在医総管の重症患者の指定難病とは、54.51等の交付があるとなっているが保険登録をしていない場合はどうなるのか(交付有で全て生保で対応の場合)54登録なし 2)在医総管の重症患者で処置を実施している状態で人工呼吸指導管理は他医療機関で実施し在宅では管理料は算定していないが人工呼吸を設置していれば重症であるか 3)頻回訪問加算は2014年の条件と同じですか重症者と頻回訪問の条件は少し違いますか(自己導尿や悪性腫瘍等)	1)難病法の施行に伴う指定難病の診断の評価であるので、生保の方でも難病の申請が必要となります。医療受給者証を交付されている患者が対象となるため、今のところ申請中は算定不可となります。 2)必要な医学管理を行っていることが前提なので、他の医療機関での管理であれば算定は出来ません。 3)「頻回訪問加算」の対象患者は変更ございません。「別に定める患者(重症者)」は、従前の重症者の定義に①スモン、②指定難病、③後天性免疫不全症候群、④脊髄損傷、⑤真皮を超える褥瘡、⑥在宅自己導尿の実施、⑦携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジンI2製剤の投与が追加されています。		大阪セミナー	質問用紙
33	14	C002 C002-2	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	今まで在医総管算定時の訪問診療にかかる理由の記載が必要でしたがそれは廃止になったのでしょうか？	通知上より、削除されていませんので、別紙様式14はそのまま継続されることになります。		大阪セミナー	質問用紙
34	14	C002 注7 C002-2 注7	在宅医療	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (在宅時医学総合管理料) (施設入居時等医学総合管理料)	【スライドP98】 C002 注7・イ、C002-2 注7・イの(1)～(3) 「患者数」とあるが、P91では受診者と記入してあります。訪問に登録されている自院の患者数のことではないかと考えておりますが、違いますでしょうか。 単一建物に患者が10名いるか、その月は1人のみの訪問なら(1)の400点又は300点の算定で良いのか。	登録されている患者数ではなく、1月の訪問診療時において診療した患者数によって、点数が異なります。単一建物診療患者とは、患者のいる施設に居住者のうち、訪問診療を実施し医学管理を行っている患者を指すため、その月に1人しか訪問や医学管理を行っていない場合は(1)単一建物 1人の場合の算定になります。		東京セミナー	質問用紙
35	14	通則	在宅医療	医師の診療日以外の特定保険医療材料等の取扱い	【スライド P112】 医師の診療日以外の特定保険医療材料等の取扱いの2について ①検体検査実施料についても、C002等に包括となるのか。 ②自院の訪問看護には該当しないのか。	①包括にはならないので、検査の指示をした医療機関で算定できません。 ②実施に対する評価のため自院の訪問看護の場合であっても該当します。		東京セミナー	質問用紙
36	14/80	C007 注3/ I012-2 注3	在宅医療/ 精神科 専門療法	衛生材料等提供加算	【スライド P112】 C007, I012-2 注3 衛生材料等提供加算について提供したものについてのカルテ記載は、品名のみでも良いのか。もしくは、詳細な記入が必要なのか。	訪問看護ステーションからの「計画書」や「報告書」に明記等が必要となりますので、何を提供するかがわかるように、商品名、規格又はサイズ、提供した本数又は個数などを、きちんと連絡をとりあっていることが大切となります。		東京セミナー	質問用紙
37	14	C002 C002-2	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	【スライドP112】 在宅医療衛生材料等提供加算点数には、訪問看護指示書交付ごとに(月1回)算定ごとに算定可能ですが訪問看護支持者が6か月に1回の場合、指示書は交付してあるので衛生材料は毎月提供すれば加算点数のみ算定できるのでしょうか	3/4 厚労省説明において訪問指示料を算定した月のみとあり、加算のみを毎月算定は出来ません。		大阪セミナー	質問用紙
38	14	C171	在宅医療	在宅酸素療法材料加算	【スライド P117】 3月に3回となったが、1月に3ヶ月分3回算定可能ということで良いのか。	附属品等も含め3月分の在宅酸素療法装置が提供されている場合は1月に3回限度で算定することが可能です。		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
39	14	C107-2	在宅医療	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	【スライド P119】 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料通知(3)ーイについて ①高度のうっ血を併う急性期の心不全患者にASVを新たに導入し、病状が安定した後、学会のステートメントに留意し、ASV中止により心不全の悪化が懸念される患者に対しては、ASVを使用できると判断してよいか。  ②1)の患者に訪問看護が必要であると医師が判断した場合、別表第7に当てはまる(人工呼吸に含まれる)と考えてよいか。	① ASV適正使用に関するステートメントに留意したうえで「継続せざるを得ない」の判断が医師によりされていれば使用可能と考えます。  ②C107在宅人工呼吸指導管理料の慢性心不全の人工呼吸については疑義解釈どおり「訪問看護」においての人工呼吸器加算2を算定して慢性心不全の患者については別表7の疾病等に含めるとい考え方になると考えます。 ただし、C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については該当せず算定不可となり、C107、107-2双方等も対象となる患者であればC107で算定と考えます。		東京セミナー	質問用紙
40	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方せん料 調剤技術基本料 処方料	日が異なれば同一患者において同一月内に処方料と処方箋料を算定してもいいか？	問題ありません。		名古屋セミナー	質問用紙
41	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方料 処方せん料 調剤技術基本料	【スライド P129】 湿布薬70枚の上限について 薬価基準の単位にて、gであるMS温湿布等はどうのように枚数換算が望ましいか。	MS湿布などのg記載のものでも、枚数表記と併記されておりますのでそちらで枚数換算することになります。		東京セミナー	質問用紙
42	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方料 処方せん料 調剤技術基本料	【スライド P129】 湿布の70枚処方について ①一処方につき70枚とあるが、同日2科で湿布が処方され、それぞれ70枚未満だが、2科で70枚以上となる時は、理由が必要か。  ②一袋の量で5枚入りを10袋、7枚入りを3袋とした場合、71枚となるが、内容量のため、70枚超えとなるという理由は問題ないのか。	①「70枚」の判断は、湿布薬の種類ごとに70枚ではなく、処方された湿布薬全体の合計枚数が70枚ということになりますので、同一患者で、同日別診療科でも70枚の制限が適応されます。  ②50枚と21枚で計71枚になりますので、70枚を超えた取扱いが適応となります。		東京セミナー	質問用紙
43	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方料 処方せん料 調剤技術基本料	【スライド P129】 1処方につき70枚となっているが、身体に貼る部分が多い患者様(例:両腕、両膝、腰)に貼る時は2週間毎に70枚処方してもよいのか。1月では140枚処方になるということ。	1処方としては、今回の例は、5か所×14日分=70枚となり、さらに別の日の処方として、14日分処方算定可能と考えられます。 3/4の厚労省の説明会では、個別の必要性について審査機関が審査することを排除しているものではない。とのことでしたので、必要性等をレセプトに記載することも必要かと考えます。		東京セミナー	質問用紙
44	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方料 処方せん料 調剤技術基本料	【スライド P129】 湿布70枚について ジクロフェナク30mg 腰部1日1回、1回0.5枚、10袋(70枚)140日分とした場合、70枚以内となるのか。ジクロフェナクは15mgがあるので、15mgで1日1枚、10袋70日分でない処方できないのか。	3/4の厚労省の説明会では、一か月の回数制限についての質問で月3回処方して210枚でもよいのかという問いに対して、今回は一処方につきなので差し支えないが、個別の必要性については審査側で審査することを排除しているものではないとの回答もありましたため、通知上は問題ありませんが、必要性については審査される可能性があります。		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
45	20	F000 F100 F400 F501	投薬	調剤料 処方料 処方せん料 調剤技術基本料	【スライド P129】 湿布薬の70枚処方について 退院時に処方する場合は、70枚以上の処方は可能でしょうか。(在宅で使用のため外来と同じような考えではないのか。)	「入院中の患者以外の患者に対して」が条件となりますが、原則として退院処方は7日～14日がルールとなります。		東京セミナー	質問用紙
46	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方せん料 調剤技術基本料 処方料	【スライド P129】 湿布薬の処方枚数について、70枚制限がありますが、異なる部位にそれぞれ処方する場合、合わせて70枚を超えての処方は可能ですか？(処方箋に処方理由記載は必要？)	原則一処方に70枚までの処方です。やむを得ない場合は70枚超えての処方可能ですが、レセプトの摘要欄に理由記載が必要です。		大阪セミナー	質問用紙
47	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方せん料 調剤技術基本料 処方料	【スライド P129】 湿布薬の1日分の用量は薬効にある1日2回や1日1回を元に計算するのでしょうか？それとも本人(患者)の使用量から計算するのでしょうか？	用法・用量から処方することが原則となり、病名等より使用範囲や使用量の整合性は審査されることとなります。 やむをえず一処方に70枚を超える場合はレセプト摘要欄にコメントが必要となります。		大阪セミナー	質問用紙
48	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方せん料 調剤技術基本料 処方料	【スライド P129】 やむを得ず70枚を超えた場合の理由ですが、どこまでの理由であれば査定とならないのでしょうか。「範囲が広いため」とかでも良いのでしょうか。	必要性がわかるものとして、体表面積等が考えられます。		大阪セミナー	質問用紙
49	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方せん料 調剤技術基本料 処方料	【スライド P129】 1日分の用量又は何日分の記載ですが、全部14日分と記載を決めてしまっても良いのかどうか。	14日分に統一は出来ません。患者の状態に必要があります。		大阪セミナー	質問用紙
50	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方せん料 調剤技術基本料 処方料	【スライド P129】 処方量について HRTや漢方など90日処方を希望されている方が多く、その際、処方できて処方箋に分割指示コメントが必要になりますか？	主治医が服薬管理が出来ないと判断した場合、今のところ理由を記載することを必須になっていません。医学的の必要な場合は記載が必要です。		大阪セミナー	質問用紙



平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
51	20	F000 F100 F400 F500	投薬	調剤料 処方せん料 調剤技術基本料 処方料	【スライド P129】 Q1)湿布薬について。1処方につき70枚超えてについてのコメント例えば、複数科受診で内科70枚・外科70枚それぞれ処方した場合はコメント必要ですか(2処方になるので) Q2)別のところに温湿布の処方時は処方箋およびレセプトに投薬分量のほか、1日分の分量または何日分に相当するかを記載とあるが、湿布薬が70枚超えてなくてもコメントは必要ですか？それともすべての湿布薬についてコメントは必要ですか？ Q3)Q1についての内容でやむを得ず湿布薬が計70枚を超えての場合とあるが、例えばモーラスハップ70枚、インテナス70枚種類が違うものはどうなるのか。種類が別々として考えてよいか。	Q1.2)湿布薬は①70枚を超えた場合の理由②処方の際に、投薬全量のほか、1日分の用量または、何日分に相当するかの2つのコメントが必要です。①については70枚を超えた場合、②については枚数にかかわらず処方の際に必要です。 Q3)3/4厚労省説明より 同一成分であっても異なる成分であっても1処方まとめて70枚という数え方になります。		名古屋セミナー	質問用紙
52	20	F100 注11	投薬	外来後発医薬品使用体制加算	【スライド P134】 外来後発医薬品使用体制加算について 薬剤部門は医師でも良いとあるが、医師が1名のクリニックでも兼務で可能となるのか。	3/31事務連絡より薬剤部門に医師等が配置され(兼務も可能)規定の体制が整っていれば算定できることですので、医師1人であっても兼務ということで他の体制が整っていれば届出は可能と考えます。	H28.3.31厚労省 疑義解釈その1	東京セミナー	質問用紙
53	20	F100・注11	投薬	処方料	【スライド P134】 後発医薬品が存在しない先発医薬品を製品名で記載しても後発医薬品が一般処方されていれば一般処方加算は算定できるか	後発医薬品のある薬剤を一般名で記載した場合算定できるという要件なので後発医薬品のない薬剤を一般名で記載しても算定できません。製品名で記載された場合は一般処方加算対象になりません。		名古屋セミナー	質問用紙
54	20	F100・注11	投薬	処方料	【スライド P134】処方料 1名の薬剤師が後発医薬品の情報入手し後発医薬品の採用を決定していた場合、外来後発医薬品使用体制加算の施設基準(1)を満たしたことになるか	薬剤師1名であっても体制が整っていれば届出が可能になります。		名古屋セミナー	質問用紙
55	20		投薬	院外薬局の残薬調整	【スライド P137】 院外薬局の残薬調整について ①28日処方で長期特処を算定している場合に残薬調整で全て28日未満になった場合には、長期特処の算定はどのようになるのか。 ②残薬調整のコメントは、コメントそのものを印字すれば、現行のものを流用することは可能であるのか。	①処方日数 処方の時点で必要があつて28日以上であればそのまま算定してもよいのかどうかになりますが、今後の事務連絡での確認が必要かと考えます。 ②3/31事務連絡より、改正後の処方せん様式に係る必要事項が記載されていれば、従前の様式を取り繕って使用しても差し支えない。なお、従前の処方せん様式の在庫が残っている保険医療機関において、既にある従前の様式をそのまま使用することも差し支えない。とのことで必要事項の記載があれば流用が可能となります。		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
56	20	F100	投薬	処方せん料	【スライド P137】 Q1)先発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可となる場合にはその理由は必要か？ Q2)後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とし、その理由を記載しない場合のペナルティはあるか？また調剤薬局で変更可能と理解されるか？	1)明細書の記載要領「第5処方せんの記載上の注意事項」(5)より、その理由を記載することが求められます。 2)調剤薬局からの疑義照会があるかと思えます。		名古屋セミナー	質問用紙
57	30	G017	注射	液窩多汗症注射	【スライド P142】 腋窩多汗症注射→ボトックス注射は算定可能でしょうか？	可能です。		大阪セミナー	質問用紙
58	30	G017	注射	液窩多汗症注射	【スライド142】 脇のボトックスを施行しています(両方) 多汗症注射(G017)片側200点×2回の算定可能ですか？	「片側につき」なので、算定可能です。		大阪セミナー	質問用紙
59	40	J038	処置	人工腎臓・下肢末梢動脈疾患管理加算	【スライド P154 P155】 人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症予防の評価についてABI等で閉塞が疑われる患者に対し、専門医療機関へ紹介とあるが、実際に紹介した患者が一定数必要であるか。紹介できる体制をとっていいか。	重症度の評価を全員に対し行うこと、紹介できる体制をとっていけばよいと考えます。自院完結で専門的治療的治療を行っても良いです。(紹介が必要であっても患者の同意が必要である)		大阪セミナー	質問用紙
60	20		投薬		他の薬局の薬剤師さんから聞いたのですが、お薬手帳を持参しなかったら(忘れたら)、会計が何十円が高くなるって本当ですか。	こちらは調剤報酬の算定になりますが、服薬状況の一元的な把握のために患者が同一の保険薬局に繰り返し来局することを進めるために薬剤服用歴管理指導料に区分がわかれしました。 6月以上間隔があいた場合やお薬手帳の持参がない場合に点数を高くする(患者負担が高くなる)ことで同一の薬局にかかることとお薬手帳の運用を進める方向になりました。 改定前は、手帳に記載し、指導等を行った場合は「薬剤服用歴管理指導料」の41点、手帳に記載しない場合は34点の算定でした。 今改定により、6月以内に持参した場合は38点、と初回や6月以上空いた場合、手帳を持参しない場合は50点の算定と変更となりました。		東京セミナー	質問用紙
61	50	K703-5	手術	腹腔鏡下腎悪性手術	【スライド P202】 手術の実績について 新規に認められた(例えばK703-5腹腔鏡下腎悪性手術(内視鏡支援を用いるもの)の届出をする際に、10例の実績の記載がありますが、その際の症例についての取扱いですがどこまで当院の負担とするのか(手術手技料のみ 入院料含めてすべて、外来での術前検査も含めて)	実績前の費用については、事例によっては医局費や研究費での負担となります。		名古屋セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
62	50	K898	手術	帝王切開術	【スライド P238】 帝王切開術 注 複雑な場合について 開腹歴のある妊婦に対して実施する場合とは、既往帝王切開は含まれるのでしょうか。	通知の(2)にありますように、複雑な場合とは、下記になります。 1.前置胎盤を合併する場合 2.32週未満の早産の場合 3.胎児機能不全を認める場合 4.常位胎盤早期剥離を認める場合 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施する場合  となっております。5開腹歴の腹腔・骨盤腔内手術の既往ということから、既往帝王切開は含まれないと考えます。		東京セミナー	質問用紙
63	60	D018「6」	検査	簡易培養	簡易培養検査について 検査本で適用疾患は、尿路関係のみですが、簡易培養算定可能な検体は、何かあるのでしょうか。	通知文より、「1」～「5」の同一検体を用いて簡易培養を併せて行った場合は簡易培養は算定できないとあるため、簡易培養の検査方法として「Dip-Slide法」、「簡易培地」をおこなうのであれば検体は「1」～「5」のものでも可能ということになります。		東京セミナー	質問用紙
64	60	D023「13」	検査	HPVジェノタイプ判定	HPV検査について 産婦人科におけるHPV360点では、スメア(頸部)との同時算定不可ですが、HPVジェノタイプ(2000点)では、同時算定はできますか。特に今回の改定でも注の追加等はありませんでしたが、いかがでしょうか。	改定による変更や追加はございません。 通知に、「あらかじめ行われた組織診断」の結果とありますので、同時に検査を行うという事は通知に当てはまらず、算定は不可と考えます。 この検査は、生検や細胞診等で、病変のリスク評価や治療後の病変の残存等の発見で検査が行われるものであって、細胞診等の結果が分からないまま、同時に施行するものでないと考えられているのだと思います。		東京セミナー	質問用紙
65	60	D026 注4	検査	国際標準検査管理加算	【スライド P254】 検査室ではなく、外注先がISO15189をとっている場合、「国際標準検査管理加算 40点」をとれるのか。	Ⅲ・Ⅳは外注は施設基準として認められていないので、算定はないかと考えます。 外注が認められているⅠとⅡについてですが、基本的には、検査室の体制評価ですので、外注先が取得されていても算定はできないと考えます。 中医協のH27.12.11の資料に、国際標準検査管理加算の議論があり、これは、「Ⅲ・Ⅳの場合、外部の精度管理に実施が必要とされているが、外部精度管理として具体的に明記がなく、質の高い外部精度管理をしている評価は特に区別されていない。」ことに対しての、さらに評価を加えてはどうかという議論からも、外注先でのISO取得による算定はできないと考えます。		東京セミナー	質問用紙
66	60	D282-3	検査	コンタクトレンズ検査料	【スライドP282】 コンタクトレンズ検査料の経過措置 Q1)現行、検査料1で算定していれば、平成29年3月31日までは新規届出は必要ないと考えてよいか？ Q2)現行検査料2で算定していれば、平成29年3月31日までは検査料3を算定していいか？	1)必要ありませんが、その期間に新たな届出がない場合はH29.4.1からは算定ができなくなります。 2)その通りです。その期間に新たな届出がない場合はH29.4.1からは算定ができなくなります。		名古屋セミナー	質問用紙
67	60	D419・6	検査	鼻腔・咽頭拭い液採取	【スライド P285】 D419 6 鼻腔・咽頭拭い液採取 5点は、インフルエンザ迅速、アデノ、溶連菌等の迅速検査でも算定可能か。	迅速検査の際に行われる採取につきましても、算定可能になります。		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
68	60	D419-6	検査	鼻腔・咽頭拭い液採取	【スライド P285】 D419「6」鼻腔・咽頭拭い液採取は、インフルエンザ検査、溶連菌検査等が適応となるか。看護師、検査技師どちらが採取しても可能なのか。	記載頂いた検査、適応となります。Dr.の指示で採取した場合、看護師、検査技師でも算定可能となります。		東京セミナー	質問用紙
69	60	D419-6	検査	鼻腔液採取料	【スライド285】 D419-6鼻腔液採取5点 インフルエンザチェック時可能か？	可能です。		大阪セミナー	質問用紙
70	60	D419-6	検査	鼻腔液採取料	【スライド285】 D419-6咽頭液採取5点 クラミジア咽頭炎検査時・淋菌咽頭炎検査時可能か？	口腔、咽頭からの採取であれば可能です。		大阪セミナー	質問用紙
71	60		病理診断	保険医療機関間の連携による病理診断(送付側)	【スライド P289】 病理の病院間連携について 送付側の施設基準が配置されている事が望ましいとなったが、配置なし標本も作成せず検体を送付した場合にも検体の情報提供のみで算定可となるのか。	望ましいとなったため、必須ではなくなりました。 届出様式79の2において、施設基準に該当する常勤の検査技師がない場合「主たる衛生検査所名」「当該衛生検査所への年間委託件数」を明記することになっています。		東京セミナー	質問用紙
72	80	H001-2	リハビリテーション	廃用症候群リハビリテーション	【スライド P317】 H001-2 廃用症候群リハについて 急性疾患に伴う廃用となっているが、もともと寝たきり等で廃用となっている場合は、維持期リハとして介護リハしか適用がないということか。	算定対象患者については特に別表として示されておりません。 3/31事務連絡により、「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。なお、疑義解釈問137により、運動器不安定症の定義については、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(平成2年2月18日に改訂)を用いると示されております。	H28.3.31厚労省 疑義解釈その1	東京セミナー	質問用紙
73	80	H000 H003	リハビリテーション	心大血管疾患/呼吸器リハビリテーション料	【スライド P323】 リハビリテーションについて 心大血管リハ、呼吸器リハの早期リハビリテーション加算の起算日は、発症・手術若しくは急性増悪から7日目から…とありますが、①発症日 ②手術日 ③急性増悪から7日目なのか、発症日・手術日・急性増悪、それぞれから7日目なのか、どちらと解釈すればよろしいでしょうか。	3/31事務連絡により、「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、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。」ことから、①発症日 ②手術日 ③急性増悪のいずれか早いものになります。	H28.3.31厚労省 疑義解釈その1	東京セミナー	質問用紙
74	80	H003-4	リハビリテーション	目標設定等支援・管理料	【スライド P327】 目標設定等支援・管理料を作成、算定するのは、要介護被保険者等のすべての者に作成して、算定すればいいのでしょうか。要介護被保険者等で算定日数を超えた者で医療上改着が見込める者(減算しない点数を算定している者)は作成する必要はないのでしょうか。	目標設定等支援・管理料の「所定点数」とは、各疾患別リハビリテーションの「注」をすべて含むことから、すべてが対象となります。 目標設定等支援・管理料を作成、算定しないまま算定日数上限の1/3を超えている場合には、維持期リハビリテーションに移っても減算され则认为ます。		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
75	80	H003-4	リハビリ	目標設定支援管理料	【スライド P334】 目標設定支援、管理料シートとリハビリ計画書の用紙を1枚にしてはいけないのでしょうか？内容的に一緒なものが多いため	別紙様式、またはこれに準じた様式とあるので内容が網羅されていれば問題ないと考えます。		名古屋セミナー	質問用紙
76	80	I002-3	精神科 専門療法	救急患者精神科継続支援料	【スライド P355】 入院中に当該患者の指導を担当～…もともと外来精神科医でスポット的に指導を行った場合(主治医ではない)でも可能か。	I002-3 救急患者精神科継続支援料 通知(3)より「2」については、精神科医又は当該精神科医の指示を受けた看護師等(いずれも入院中に当該患者の指導等を担当した者に限る)とされていることから、スポット的な場合は、不可と考えます。		東京セミナー	質問用紙
77	80	通則	放射線治療	特定保険医療材料	【スライド P379】 M放射線治療の項に特材が設定された通則は出たが、実際現時点では該当する特材がないと思うが、合っているか。昨年の中医協の資料では案が出ていたが、今回でた特材の一覧にはない。	化学放射線療法(注射用レザフィリン100mg)や放射線療法(RT)後の局所遺残再発食道癌に対するもので使用されているようです。187 半導体レーザー用プローブ(承認番号 22700BZX00165000) 平成27年10月1日(新規収載日) 保医発0304第10号 平成28年3月4に、次のいずれにも該当することとして(1)・(2)が示されており、 (1) 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具(31)医療用焼灼器」であって、一般的名称が「単回使用PDT半導体レーザー用プローブ」であること。(2) 化学放射線療法又は放射線療法後の局所遺残再発食道癌に対して光線力学療法を実施する際に、PDT半導体レーザーに接続し、レーザー光を照射対象に照射するために用いられる半導体レーザー用プローブであること。		東京セミナー	質問用紙
78	90	A100・注6	入院基本料	看護必要度加算	【スライド P397・405・608】 看護必要度加算 当院は旧基準で加算2を算定している。新基準での評価を3/1からおこなっており、新基準加算2の要件を18%以上をクリアできそうです。4月より届出、算定できますか？ それとも、新基準の研修(外部+院内)を終えるまでできませんか？	経過措置として、「平成28年3月31日に看護必要度加算1又は2の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、それぞれ看護必要度加算2又は3の基準をみたしているものとする。」とあることから、4月に届出を行わなくても算定は可能です。もちろん4月に届出を行い、算定も可能です。 評価者研修については、平成28年9月30日までに平成28年度診療報酬改定の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要です。		大阪セミナー	質問用紙
79	90	A100・注6	入院基本料	看護必要度加算	【スライド P397】 C項目に出ている手術の日数は術後の日数でカウントするのか？(術前日数は含めるのか)	手術当日が起算日ですが、3/31事務連絡より、手術の開始時刻及び終了時刻が0時をまたぐ場合は手術が終了した日を手術当日として評価することになります。	H28.3.31厚労省 疑義解釈その1	名古屋セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
80	90	A100	入院基本料	一般病棟入院基本料	【スライド398】 看護必要度で評価対象者の変更については研修等が必要なのでしょうか。	3/4 厚労省説明より、所属する医療機関においてH28.9.30までに平成28年度の診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修受講が可能です。医師、薬剤師、理学療法士等が行う場合も研修が必要です。		大阪セミナー	質問用紙
81	90	A100・注6	入院基本料	一般病棟入院基本料・看護必要度加算	【スライド P404】 看護必要度1～3病棟区分ごとに必要度を算出し、病棟単位で1～3を別々に算定することは可能か？ ・A病棟→19%（看護必要度加算2） ・B病棟→5%（算定×） ・C病棟→13%（看護必要度加算3）	算定要件に「当該入院料を算定するものとして届出をした病棟に入院している全ての患者の状態」とあるので、病棟単位での基準ではないと考えます。		大阪セミナー	質問用紙
82	90	A101	入院基本料	療養病棟入院基本料	【スライド P424】 難病の区分該当は、必ず受給者証必要ですか。「準ずる状態であると判断できる…」というようま記載があったと思います。どうでしょうか。	難病法の施行に伴い、療養病棟入院基本料における医療区分2の対象患者の見直しがなされ、下記1と2を対象とするようになりました。 1. 難病法に規定する指定難病に罹患しているもので、医療受給者証を交付されているもの 2. 上記1に準ずるもの ・特定疾患治療研究事業に掲げる疾患に罹患しているもので、都道府県知事から受給者証の交付を受けているもの ・先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施事項に掲げる疾患に罹患しているもので、都道府県知事から受給者証の交付を受けているもの となります。そのため、いずれも受給者証の交付を受けていることが必要です。		東京セミナー	質問用紙
83	90	A106	入院基本料	障害者施設等入院基本料	【スライド P435】 障害者施設等入院基本料における脳卒中患者には障害者病棟も含まれますか？ 医療区分1・2は療養病棟と同じですか？	同様になります。		大阪セミナー	質問用紙
84	90	A106	入院基本料	障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者	【スライド P436】 A106 脳卒中患者について ①脳卒中の後遺症の脳卒中は脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血の3疾病ということか。外傷性は含まないということか。 ②留意事項で「引き続き同病棟に入院しているものについて」とあるが、4月以降、急性増悪や急性疾患の発症にて他医へ転医又は自院の他病棟に移動に障害病棟に戻った場合は引き続きと考えて良いのか。通算入院と同様に考えてよいのか。それとも1度でも他医や他病棟に移動してしまうと、この規定から除外となるのか。	①今のところ、外傷性等の明記はありませんが、中医協総会H27.3.4入院医療(その1)での議論では脳血管疾患として「くも膜下出血」「脳内出血」「脳梗塞」が挙げられておりますので、外傷性は含まないのではと考えます。 ②経過措置には、平成28年3月31日時点で、当該病棟に6か月以上入院している患者は医療区分3に相当するものとして、所定点数を算定できるとあります。移動後に再度、当該病棟に戻った場合も、上記経過措置に該当すれば、同様と考えます。ただし、「注3」の規定もあることから、リセットの場合は新たな入院となり、経過措置の対象からはずれると考えられます。		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
85	90		入院基本料	病棟単位による届出	【スライド P445】 病棟群単位により届出について 10:1に変更後、病棟をやむを得ず転科した場合、転棟の前月から10:1で算定であるか。その場合は、前月分を返戻するのか、又はDPCのように調整点数となるのか。	3/31事務連絡より、やむを得ず転棟した場合の入院料の算定について、「転棟した患者は入院期間を通して10対1の入院基本料を算定すること。なお、既にレセプト請求している場合は、前月まで遡りレセプトを取り下げ、修正して請求し直すこと」と通知がなされています。	H28.3.31厚労省 疑義解釈その1	東京セミナー	質問用紙
86	90	—	入院基本料	病棟群単位による届出	【スライド P445】 Q4) 現在地域包括ケア病室6床→20床へ変えて5年後に一般病棟に変えることは届出のみでできるものですか？(一般病棟にもどすのは難しいと聞いたことがあるので)	地域包括ケア入院医療管理料を5年後一般病棟に届出変更にするということであれば、問題ありません。 現在届け出ているのが7対1入院基本料で10対1に病棟群単位の届出し、そのうち20床を地域包括ケアにして5年後地域包括ケアを有する病棟を7対1に変更することはできません。		名古屋セミナー	
87	90	A207-2	入院基本料等加算	医師事務作業補助体制加算	【スライド P467】 医師事務作業補助者について 当院は一般病棟199床のうち、地域包括46床です。療養病棟も50床あります。一般病床とありますが、153床で20対1なら8人と計算してよいのですか。199床で10人と計算するのでしょうか。また、「1」を予定していますが、療養は50体1で1名配置し、「2」で届けることができるのですか。	地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟であっても、一般病棟に限っては医師事務作業補助体制加算の算定は可能となります。そのため、一般病床199床で20対1なら、199÷20=9.95 10人以上必要となります。ただし、この場合の病床は地方厚生局長に届け出ているものとなりますので、ご留意下さい。		東京セミナー	質問用紙
88	90	A207-2	入院料等加算	医師事務作業補助体制加算	【スライド P467】 医療事務作業補助体制加算1 75対1、100対1は療養のみで一般病棟で算定はできないのですか	新たに療養病棟入院基本料についても区分により算定できることになったということで、療養のみの区分というわけではなく一般病棟でも要件を満たせばその区分で算定可能となります。		名古屋セミナー	質問用紙
89	90		入院基本料等加算	夜間看護体制	【スライド P472】 <③夜勤の連続回数は2回までであること。>について 夜勤の連続回数は、3交替と2交替では、勤務の時間数が違いますが、3交替と2交替の2回までの定義は異なりますか。 例:3交替 1日目 深夜勤、2日目 準夜勤、3日目 準夜勤 (これは3回なので、ダメだと理解している。) 2交替 1日目 準～深夜(16時～9時)、 2日目 準～深夜(16時～9時) (これで2回でしょうか。)	下記の3/31事務連絡より、3交替の例については「3回」とカウントされると考えます。2交替の例については「2回」で問題ないと考えます。 (問47) 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。 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。 (答) 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。	H28.3.31厚労省 疑義解釈その1	東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
90	90		入院基本料等加算	夜間看護体制	【スライド P472】 <⑤看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。>とは、常時と考えて良いのでしょうか。	下記疑義解釈の①が該当いたします。常時の必要はございません。 (問51) 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。  (答) 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。	H28.3.31厚労省疑義解釈その1	東京セミナー	質問用紙
91	90	—	入院基本料等加算	夜間看護体制の充実に関する項目	【スライド P472】 ②③について当院は2交替。 例えば 日勤・休・日勤・夜入・夜明・休・日勤 は②③ともにOKか？ また、急な勤務変更のため守れなかった時は良いのですか？	勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降から終業時刻までの一連の夜勤を1回として考えるため、2交替については「2回」で問題ないと考えます。 なお、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ます。  月当たりの夜勤時間数については、7対1及び10対1については16時間未満、以外の病棟については8時間未満の者は実人員数及び述べ夜勤時間数に含まれませんが、72時間以下の基準に該当しない場合は、3カ月に限り所定点数の100分の15が減算となります。		大阪セミナー	質問用紙
92	90	A100～A109	入院基本料	看護補助者の施設基準	【スライド P475】 「事務的業務を行う看護補助者を配置する場合、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。」とあるが、当該病棟とは具体的に何を指すのか。	病院の入院基本料の施設基準 通則(5)看護職員及び看護補助者の数に関する基準については、病棟の種別ごとに計算するものであり、種別ごと、届出病棟を指します。		東京セミナー	質問用紙
93	90	A207-3	入院基本料等加算	急性期看護補助体制加算	【スライド P476】 7対1病院で夜間急性期看護補助50対1を届出していますが、(夜間看護体制加算)を届出する場合、看護必要度の実績は、旧基準での実績でいいか。	通知より H28.9.30までは、従前の評価表を用いることとなります。 ただし、H28.10.1～も同様の届出をするのであれば、H28.9.1～改定後の新評価表で測定することとなります。		東京セミナー	質問用紙
94	—	—	—	—	【スライド478】 看護職員夜間配置加算について 詳しくご教授を願います(16:1 1病棟3人)	夜間常時12対1配置等を要件とする従来の看護職員夜間配置加算が看護職員夜間12対1配置加算2(60点)となり、夜間勤務体制要件を4項目以上を満たした場合の12対1配置加算1(80点)と、配置基準を緩和した16対1配置加算(40点)が新設されました。 16対1の要件は、①夜勤を行う看護職員の数が3以上、②急性期医療を担う病院、③7対1又は10対1を算定する病棟であること、④一般病棟用看護必要度の患者割合が6%以上入院させる病棟、⑤病棟勤務医及び看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制、⑥夜間勤務体制要件を4項目以上となります。		大阪セミナー	質問用紙



平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
95	90	A244	入院基本料等加算	病棟薬剤業務実施加算	入院基本料等加算のA244 病棟薬剤業務実施加算1, 2について SCUIに緊急入院して病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)80点を毎日算定して、同じ週に一般病棟(7:1)に転棟した日に病棟薬剤業務実施加算1(週1回)100点を算定できるのでしょうか。	現時点において通知等には明記されていないが、「患者単位」と考えると同一週に転棟した場合であっても、1と2を合わせて算定するのは不可ではないかと考える。 ただし、今後疑義解釈が出る可能性があるため、留意願いたい。	H28.4.1 関東信越厚生局 医療課	東京セミナー	質問用紙
96	90	A232-2・注2	入院基本料等加算	栄養サポートチーム加算、歯科医師連携加算	【スライド P506】 NST、歯科医師連携について 歯科医の件費は加算から出すのか？ 歯科点数で出るのか？	他院の場合、歯科点数に歯科疾患在宅療養管理料、栄養サポートチーム連携加算1があります。歯科点数でまかなえると思います。		大阪セミナー	質問用紙
97	90	A245	入院基本料等加算	データ提出加算	【スライド P513~514】 当院では7ヶ病棟を運用しております。そのうち、1ヶ病棟を一般病棟入院基本料10対1でその他の病棟を障害者施設等入院基本料を算定しています。データ提出は全ての病棟分となるのでしょうか。	データ提出の対象拡大はあくまでの10対1(一般、特定一般病棟、専門)のみになるため、10:1の1病棟のみが対象となります。残り6病棟(障害者)についてはデータ提出の必要はありません。		東京セミナー	質問用紙
98	90	A246	入院基本料等加算	退院支援加算	【スライド P517】 退院支援加算の施設基準について 退院支援部門の専任職員の配置について、最大2病棟まで併任可能とあるが、各々の病棟で専任の要件(5割勤務)は該当となるのか。	1人の専任職員が2病棟、計120床限度として配置されていれば良いので、2病棟を受け持った際に、その2病棟の中で専任配置されていればよい。	H28.4.1 関東信越厚生局	東京セミナー	質問用紙
99	90	A246	入院基本料等加算	退院支援加算	【スライド P519】 A246 退院支援加算について 連携する医療機関又は介護サービス事業所とあるが、全て又は、どちらかが関連機関、事業所でもいいのか。	「又は」と文中にあることから、連携する相手先が全て医療機関であっても、全て介護サービス事業所等であっても問題ないと思います。		東京セミナー	質問用紙
100	90	A248	入院基本料等加算	退院支援加算	【スライド P515】 退院支援加算1について 退院支援部門に専従のNs又はSW??と病棟に別に専従者(例えば4病棟→2名)が必要という理解で良いか？ 部門→1名専従者、病棟4つ→2名専従者⇒合計3名(別の者)	専従1名と専任1名(病棟1名)で、専任については他の病棟(2病棟まで)との兼任が可能です。4病棟の場合は1名の専従、2名の専任となります。		大阪セミナー	質問用紙
101	90	A248	入院基本料等加算	退院支援加算	【スライド P517】 退院支援加算1の人員配置について 当院は4病棟(10対1×3、地域ケア×1) 看護師、社会福祉士は退院調整部門に2人(内、専任者は病棟兼務)病棟2人。合計3人必要でよいですか？	専従1名と専任1名(病棟1名)で、専任については他の病棟(2病棟まで)との兼任が可能です。4病棟の場合は1名の専従、2名の専任となります。		大阪セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
102	90	A248	入院基本料等加算	退院支援加算	【スライド517】 退院支援加算は従来の分で専従と専任が必要でしたが、退院支援加算1は2病棟に1名の専任がいれば良いとのことですが、専従との関係をわかりやすく説明して欲しい。	専従1名と専任1名(病棟1名)で、専任については他の病棟(2病棟まで)との兼任が可能です。 退院支援加算の施基準通知(2)(3)より  <1、退院支援部門> 退院支援加算1、2共通a+bは必須 a:専従者1名(NsorMSW) b:専任者1名(NsorMSW)  <2、病棟配置> ①「退院支援加算の1」は上記「1」のa+bは必須 ②更に病棟に専任の配置1名(NsorMSW)が必要 ※1:上記①の病棟専任者は、1名2病棟(120床)まで可能 ※2:上記②の病棟配置者の業務は「退院支援」及び「地域連携業務」に専従とする(他の業務は、原則不可)  ★施設基準通知(3)より ※上記①の病棟専任者は※1(2病棟マックス)のうえで、下記業務を兼ねることができるか否かの通知が続いていると思われまます。 ●退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできない。 →「1」のaは不可 ●退院支援部門の専任の職員を兼ねることは差し支えない。 →「1」のbは可能		大阪セミナー	質問用紙
103	90	A248	入院基本料等加算	退院支援加算	【スライド P517】 退院支援部門には専従の看護師か社会福祉士が配置されている、一般病棟に地域包括ケア病棟入院管理料が10床あります。専従の社会福祉士は一般病棟と地域包括病棟の専従は可能ですか？	退院支援部門の専従の社会福祉士の場合は病棟配置職員との兼任はできません。退院支援部門の専任配置であれば病棟配置の職員を兼ねることができます。		名古屋セミナー	質問用紙
104	90	A247	入院基本料等加算	認知症ケア加算	【スライド P528】 認知症ケア加算2について看護計画の作成は、3月時点から作成して4/1～算定開始で良いでしょうか。	作成に関して、特に期間等の明記はありませんので、「身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等を踏まえた看護計画」と通知にある内容を踏まえた看護計画の作成が出来れば、3月時点で作製したもので、4月から算定は可能と考えます。		東京セミナー	質問用紙
105	90	A248	入院基本料等加算	精神疾患診療体制加算	【スライド P537】 精神疾患診療体制加算は一般病棟に入院した時に算定ですか。当院は精神病棟があるのですが、その場合は算定不可ですか。	「精神病棟において、精神症状に加え身体合併症を有する入院患者の割合が増加傾向にあることを踏まえ、こうした患者の入院医療体制を確保する観点」と個別改定項目にございます。 これは、精神病棟への入院が増加傾向であるので、精神疾患のみでない患者を一般病棟が受け入れた際の評価と考えておりますので、 A100 一般病棟入院基本料→算定可能 A103 精神病棟入院基本料→算定不可 となると考えます		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
106	90	A250	入院基本料等加算	薬剤総合評価調整加算	<p>【スライド P544】 A250 薬剤総合評価調整加算について</p> <p>①退院時に1回とあるが、一連の入院でも退院毎に算定可能であるのか。</p> <p>②2種減後にも6種類以上あり、次の入院で2枚した場合でも算定可能か。</p> <p>③2種減とした後の外来で元に戻り、再度入院した時に同じ薬剤を2種減とした時も算定可能か。</p> <p>④減量する時は、紹介元の病院等に通知は必要であるのか。</p>	<p>日本医師会QAの「B008-2 薬剤総合評価調整管理料」に出しておりますが、『同一医療機関で当該点数を算定してから1年以内に算定する時は、前回算定にあたって減少した後の種類からさらに、2種類以上減少している時に限り、算定可能』とされています。これよりみて、</p> <p>①一連の入院の退院毎は算定不可。</p> <p>③2種類減薬し、外来で減薬した薬を再度処方し、また入院して、同じ薬が減薬された場合も算定不可。となるかと思えます。また、同じQAに下記のような例が出ておまして、 例：10種類以上内服薬服用中の患者に対して、急激な減薬の影響を踏まえ、一月目に2種類、2月目に2種類とした場合、それぞれの月で管理料の算定可能か という例が出ております。これよりみて、</p> <p>②2種減薬しても、6種類以上あり、次の入院で2種減薬した場合は、算定可能と考えます。</p> <p>※医師会のB008-2のQAに同じような内容の例が出ております。</p> <p>④減薬した場合、紹介元医療機関に通知をするという明記は特にございません。しかし、退院後の外来が紹介元で行われるのであれば、情報提供書の中に記載はされると思えますし、もし自院で外来通院される場合でも、地域連携という点では、ご報告された方がよいのではと考えます。</p>		東京セミナー	質問用紙
107	92	A307	特定入院料	小児入院医療管理料	<p>【スライド P559】 A307 小児入院医療管理料について</p> <p>「対象者」に「小児慢性特定疾病医療費の対象である場合は、20歳未満の者」とありますが、難病医療券を所持しているが、入院中の適用がなく、使用しなかった場合も当管理料は算定可能でしょうか。</p>	<p>通知文の中に「なお、小児慢性特定疾病医療支援の対象患者については、当該病棟の対象となる年齢以降を見据えた診療体制の構築や診療計画の策定等に留意すること。」とございます。</p> <p>その文章よりみて、小児特定疾病以外での入院では、通知文にありませんその疾病に対する診療計画等の策定はないかと思えますので、小児慢性特定疾病以外での入院は算定はできないと考えます。</p>		東京セミナー	質問用紙
108	97	A308	特定入院料	回復期リハビリテーション料	<p>回復期リハ病棟アウトカム評価について</p> <p>除外対象者であることをレセプト摘要欄に記載することになっているが入院時点で評価が必要ということですか。例えば、4/15入院された人は5/10レセプト請求となるので5/10までには除外を決めなければならないが状態を見てからでないと解らない時(リハビリの進行具合で)多いと思う。難しいですね(運用方法などあれば教えてください)</p>	<p>回復期リハビリテーション病棟入院料の(12)のウは、入棟日において該当する患者が実績指数の算出から除外となりますので、入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨及びその理由を記載することになります。</p>		名古屋セミナー	質問用紙
109	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	<p>地域包括ケアで包括範囲から除外された、手術・麻酔について</p> <p>薬剤料、手技、材料、麻管等の加算は算定可能でしょうか。(人工腎臓については明記があるので)</p>	<p>注6にありますように、第10部手術、第11部麻酔の中に、「節」として、薬剤料や特定保険医療材料料も含まれますので算定可能になります。</p>		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
110	90	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	【スライド P578】 地域包括ケア病棟入院料について 今回の改定で500床以上の病院での届出は1病棟のみとなっているが、200床未満の病院において2病棟での届出は可能だと思いますが、地域包括ケア病棟入院料(1病棟)と地域包括ケア入院管理料(1病棟)を合わせて届出できるのでしょうか？	許可病床数が200床未満で地域包括ケア入院医療管理料1又は2の届出をする場合は、地域包括ケア病棟入院料の届出は1病棟に限られます。  それぞれの施設基準を満たしている場合は、地域包括ケア病棟入院料と地域包括ケア入院医療管理料を同時に届出することは可能であり、異なる施設要件の混在も可能となります。ただし、一般病棟の中にある地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている病室から、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟へ転棟した場合、救急・在宅等支援病床初期加算は算定できません。		大阪セミナー	質問用紙
111	92	A400	短期滞在手術基本料	短期滞在手術等基本料	当院では地域包括ケア病棟の届出をしておりますが、その病棟へ短手の入院をしたが、短手から外れた場合、基本料の算定はどうなるのか。 例：短手ポリペク→5日以内に他のope(止血術等)一般病棟では、出来高になるというのは理解していますが、その病棟が地域包括の場合は、地域包括で算定か特別入院基本料で算定か、短手の5日間を超えた場合の算定も同様に教えてください。	DPC病院からの転院と同じように、出来高算定の期間になったら、地域包括病棟入院料の算定ができると同じように、短期滞在手術等基本料3算定から外れた場合は、地域包括ケア病棟入院料の算定になると考えます。 また、5日超えた場合も、同様に通常ですと出来高算定の期間になりますので、地域包括ケア病棟入院料での算定になると考えます。		東京セミナー	質問用紙
112	92	A400	短期滞在手術基本料	短期滞在手術等基本料	【スライド P395】 短期滞在手術等基本料について <②人工腎臓等を包括除外項目追加> →人工腎臓以外にな何があるか。 <③新規追加項目の検討> →K616-4等、実際どのように決まったか。	下記になります。 <②人工腎臓等を包括除外項目追加> ア 第2章第2部第2節 在宅療養指導管理料、薬剤料、特定保険医療材料料 イ J038 人工腎臓 ウ 退院時の投薬に係る薬剤料 エ 抗悪性腫瘍剤 オ 疼痛コントロールのための医療用麻薬 カ エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜還流をう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) キ ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜還流をう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) ク 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) ケ 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) コ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体  <③新規追加項目> K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
113	92	A400	短期滞在手術基本料	短期滞在手術等基本料3	【スライド P585】 短期滞在手術基本料について 2016.03.28から短期滞在3の適用となった方の基本料の算定はどのようになるのでしょうか。	H26新設時に事務連絡H26.4.4において、3月中に入院した場合はすべて出来高で算定する。なお、3月に入院し、同じ手術を3月と4月でそれぞれ実施した場合も同様にすべて出来高で算定する。という疑義解釈が出ておりますので、同様になると考えます。		東京セミナー	質問用紙
114	92	A400	短期滞在手術基本料	短期滞在手術等基本料3	【スライド P589】 短期滞中に追加されたK616-4は、もともと算定条件として3月に1回算定できるというものでしたが、3ヶ月以内に入院した場合の入院料の選択はどうなりますか。	3/31の事務連絡より、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こととなります。上記事務連絡では算定不可のみに触れていますが、DPC病院についてはDPC対象になるのではないかと考えます。	H28.3.31厚労省疑義解釈その1	東京セミナー	質問用紙
115	92	A400	短期滞在手術基本料	短期滞在手術等基本料3	【スライド P589】 短期滞在手術等基本料3について マ. K616-4 が追加されましたが、既に一般病棟(DPC)に入院して透析を受けている方が、入院中にK616-4を行った場合は、DPC算定で良いのでしょうか。	①入院5日目までにK616-4を施行した場合は、短期滞在手術基本料3を算定することになります。 ②6日目以降も引き続き入院する場合は、短期滞在手術基本料3と医科点数表に基づき算定することになります。 ③入院6日目以降にK616-4を実施した場合は、医科点数表、DPC対象病院において診断群分類点数表に基づき算定することになります。		東京セミナー	質問用紙
116	92	A400	短期滞在手術基本料	短期滞在手術等基本料3	【スライド P232・585】 短期3で水晶体のう拡張リング使用した場合、別途1600点加算可能か？それとも不可か？	現時点では出来高算定できる項目には入っておりませんので、手術の加算点数であっても短期滞在手術等基本料に含まれることとなります。		大阪セミナー	質問用紙
117	92	A400	短期滞在手術基本料	短期滞在手術基本料3	【スライド P586】 短期滞在手術基本料について 白内障の手術を両眼する場合、入院手術が2回に分けて行い、1回目と2回目の入院が何日か空いていればばりのK282-1(片眼)を2回で算定できますか？ 2週間以上あいていても、又K282-1(両眼)で算定しなければならぬのでしょうか？	現在、疑義解釈にも出ておりませんので、それぞれ片側の算定が可能と考えますが、一度の入院で行えなかったことに対して審査される可能性がありますので、理由等を記載する必要があるかもしれません。		大阪セミナー	質問用紙
118	92	A400	短期滞在手術基本料	短期滞在手術等基本料3	【スライド P589】 短期滞在手術基本料3(K768体外衝撃波腎・尿管結石破碎術)について 1回目入院ESWL施行(短期3算定)→結石残存 2回目入院ESWL施行→この時は短期3で算定可能か？ それとも出来高算定か？	(両側)を入院で行う場合、(両眼)の算定となります。 片眼各々の場合、現行どおり、7日以上空いて手術を行う場合は片眼×2の算定となります。	H28.3.31厚労省疑義解釈その1	大阪セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
119	92	A400	短期滞在手術基本料	短期滞在手術基本料3	【スライド P589】 A400短期滞在の手術 K616-4は3ヶ月に1回、K768は一連の算定要件がありますが、3ヶ月以内に両Opeが必要になった場合の入院料はどのように算定するのでしょうか？	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を算定することはできません。医科点数表での算定となります。(DPC対象病院はDPCの対象) K616-4施行した後、3カ月以内の期間であって、入院日から5日目までにK768の初回を施行した場合は、短期滞在3(28,010点)の算定が可能と考えます。		大阪セミナー	質問用紙
120	97		入院時食事療養費	入院時食事療養費(Ⅰ)	【スライド P594】 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場合とありますが、同流動食を経管より提供した場合は、どのような算定になるのでしょうか。実費請求？食事療養費？その他？	入院時食事・生活療養から「流動食のみを提供する場合」が別立てとなり、費用が引き下げられました。 入院時食事療養費(Ⅰ)→575円 入院時食事療養費(Ⅱ)→455円 入院時生活療養費(Ⅰ)→500円 入院時生活療養費(Ⅱ)→398円  また、流動食のみを経管栄養法で提供する場合は特別食の算定はできなくなり、経管栄養法による場合でも1日3食が限度となります。		東京セミナー	質問用紙
121	97	—	食事療養費	入院時食事療養費1・イ	【スライド P594】 食事療養費について 市販の流動食とありますが、具体的にはどのような商品か？商品名教えていただけないでしょうか(代表的なものだけでも)	2013年6月1日現在で日本流動食協会加盟社一覧 ( <a href="http://www.ryudoshoku.org/kameisya_list.html">http://www.ryudoshoku.org/kameisya_list.html</a> )に下記の会社があります。商品名は控えさせていただきます。 旭化成ファーマ株式会社・アボット ジャパン 株式会社 株式会社 大塚製薬工場・熊本県果実農業協同組合連合会 三栄源エフ・エフ・アイ株式会社・テルモ株式会社 凸版印刷株式会社・日清ファルマ株式会社 ニプロ株式会社・ネスレ日本株式会社 株式会社 細川洋行・株式会社 明治 味の素株式会社・イーエヌ大塚製薬株式会社 キュービー株式会社・株式会社 クリニコ 株式会社 三和化学研究所・東洋製罐株式会社 日油株式会社・日本テトラパック株式会社 ニュートリー株式会社・株式会社 フジシール ホリカフーズ株式会社		大阪セミナー	質問用紙
122	97		食事療養費	入院時食事療養費1	【スライド P598】 「てんかん食」とは難治性ではなく、普通の「てんかん」病名でも算定可能ですか？	3/31事務連絡にも 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。  とあるため。難治性てんかん(外傷性含む)ということになり、単純に病名だけではなく炭水化物量や脂質量について厳密に管理されていることが必要になります。	H28.3.31厚労省 疑義解釈その1	名古屋セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
123	90	A100・注6	入院基本料	看護必要度加算	【スライド P608】 現在、評価は看護師が行い評価・入力をしています。医師、薬剤師、理学療法士の評価は難しいと思われま。医師、薬剤師、理学療法士が評価者になる場合研修は専門の項目だけでしょうか。重症度、看護必要度の基本的なところも行うべきでしょうか。術式に関しては当院の手術に該当する一覧表を作成し参考に看護師が評価しようと考えています	3/31事務連絡より、看護職員以外の職種が実施する可能性のある項目については、点数表の【定義】に「看護職員等」と示しています。実施する内容については、各職種の実施できる業務範囲に基づいて実施されたものが評価の対象となり、当該項目について各職種が記録したのも評価の根拠となります。また、各職種の業務範囲の項目であれば、院内研修を受けた上で評価者として評価することができますので、具体的にはでておりませんが、院内研修は専門部分だけではなく、考え方等基礎的な部分も盛り込むことが望ましいと考えます。	H28.3.31厚労省 疑義解釈その1	名古屋セミナー	質問用紙
124			DPC/PDPS	請求方法の見直し	【スライド P629】 請求方法の見直しについて ①DPC分岐で出来高となった場合の前月以前の再請求の方法や患者請求はどのようになるのか。  ②このルールは患者向けに広報されるのか。(支払い説明が色々大変になると考えられるため。)	①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算定をし、月をまたぐ場合には返戻による再請求が必要となります。  ②患者様向けの正式な通知は特にございません。例えば、入院パンフレット等に「平成28年4月より診療内容によって、定期請求額が変更となることがございます。領収書はご退院時の清算が終わるまで大切に保管してください。」などでご案内することが考えられます。また、入院診療計画の入院期間等の情報を基に、治療内容の変更が予測される場合(転科や術後合併症等)は、事前に請求を保留にするなどの対応も必要かと考えられます。		東京セミナー	質問用紙
125			DPC/PDPS	請求方法の見直し	【スライド P629】 DPC請求方法の見直しについて 治験で入院した場合、治験薬投薬中は出来高にて算定し、投薬終了後も入院継続する場合はDPC算定に切り替えているのですが、今回見直されることにより、入院期間は全て出来高で算定することになるのでしょうか。また、DPCで入院中に治験に参加された場合はさかのぼって入院日より出来高で算定することになるのでしょうか。	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算定をし、月をまたぐ場合には返戻による再請求が必要となります。		東京セミナー	質問用紙
126			DPC/PDPS	重症度、医療・看護必要度(Hファイル)	【スライド P636】 DPCのHファイルについて Hファイルを使用して、施設基準のチェック等が行われる事はあるのか。また、HファイルとDファイルの不一致は機能評価係数Ⅱの1、保険診療係数の適切な保険診療の実施として評価が行われるのか。	DPC請求データからは医療内容が把握できず、包括支払い制度で懸念される粗診粗療が生じていないかどうかを確認するために、看護必要度データと診療内容(EFファイル)との突合が行われるようになると考えられます。また、重症患者割合の「過小評価」や「過剰評価」も存在しており、DPCデータと併せて提出されることにより、厚労省は精緻に分析することができ、特に「過剰評価」をチェックし、7対1病床の減少、機能分化を図ることが目的と考えられます。  保険診療係数の減算対象は、様式間の記載矛盾の全体に占める割合が1%以上とありますので、今後はHファイルとの不一致も影響すると考えられます。		東京セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
127	90	—	DPC	請求の見直し	【スライド629】 診断分類A→入院途中で高額薬剤投与(入院時の予定はされてない) ※この場合入院時より高額薬剤(出来高)で算定か。	入院時には予定がなかったとしても、入院中に投与があった場合は、入院時より出来高算定となります。		大阪セミナー	質問用紙
128	90	—	DPC	—	【スライドなし】 平成28年4月からDPC対象病院となります。4月以前からの入院患者は退院するまで出来高となるのか。あるいは6月からDPCになるのか。疾患名は、6月次第の傷病名となるのか。	DPC参加病院 説明会資料のQAより、DPC制度参加後2ヶ月までは出来高、その後は、診断群分類に従い請求。 但し、入院起算日は、入院日であるが、この時点で第Ⅲ日(平均在院日数+2SDを超えた期間)を超えている患者については、引き続き出来高で算定することになります。	平成26年度 DPC参加病院 説明会 平成26年3月11日 厚生労働省保険局医療課	大阪セミナー	質問用紙



平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
129					内容は良くわかるのですが、持ち帰っても医師が受け入れないと実務に生かせないところです。改定どころか診療報酬請求についての知識がないため、査定・返戻・疑義照会だらけなのですが、医事が介入できません。医師に対して指導等を行う事を求めるには、どこに訴えたら良いのでしょうか。間違っていると分かっている事を変えられず、それを容認しているのと思えない支払い基金と国保連は何をチェックされているのかと思います。何カ月も同じ内容で査定が続いていても行政の指導は入らないのでしょうか。	まずは各部門が自分の部門の診療報酬や運用を考えることが必要と考えます。その結果、個々の部署と事務だけで対応してきたことが、病院の方向性までを一緒に考えるようになり、病院全体の意識を変えることに繋がると考えられます。 病院変革の道筋を自ら現場が考えて行動することで、病院が一丸になり、机上論ではなく一体になり動き出すのかと考えられます。 指導につきましては、支払基金・保険者・被保険者などからの情報により、対象医療機関を選定し、地方社会保険事務局と都道府県が合同で行う個別指導がございます。また、基金法や任意による支払基金との面接懇談も行われます。		東京セミナー	質問用紙
130	13 20 60 90		B001・5/ B008-2/ 注2/ B009 注9/ 注10/ F100 注7/ 注11/ D419・6/ D026 注4/ A243	小児科療養指導料/ 薬剤総合評価調整管理料/ 連携管理加算/ 認知症患者紹介加算/ 認知症専門医療機関 連携加算/ 一般名処方加算/ 外来後発医薬品使用 体制加算/ 鼻腔・咽頭拭い液採取/ 国際標準検査管理加算/ 後発医薬品使用体制加算	内科・外科を標榜の診療所 届出必要の有無と様式のナンバーについて 【P24】小児科療養指導料 【P78】薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算 【P79】認知症患者紹介加算 認知症専門医療機関連携加算 (認知症疾患の取扱いの届出はしていない) 【P139】一般名処方加算 【P134】外来後発医薬品使用体制加算  【P285】鼻腔・咽頭拭い液採取 【P254】国際標準検査管理加算(DPCのみか)  【P598】後発医薬品使用体制加算は、入院のみの該当で しょうか。	左記のうち届出が必要なものと様式ナンバーは以下の通りです。  【P134】外来後発医薬品使用体制加算 別添2の様式38の3  【P254】国際標準検査管理加算 別添2の様式22 検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)、または(Ⅳ)に係る 届出となりますので、DPC対象病院ではありません。  【P598】後発医薬品使用体制加算 別添7の様式40の3 入院基本料等加算のため、入院のみの該当です。 外来の場合は【P134】外来後発医薬品使用体制加算と なり届出が必要です。別添2の様式38の3		東京セミナー	質問用紙
131	—	—	—	—	【スライド該当なし】 医師の診療日以外に特別養護老人ホーム等の看護職員が行った診療行為 薬剤 特定保健医療材料等の費用も請求できると解してよろしいでしょうか	3/25保医発0325第9号により、請求できることとなります。  特別養護老人ホーム等の職員(看護師、理学療法士等)が行った医療行為については、診療報酬を算定できない。 ただし、特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日当該施設の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合に、使用した薬剤の費用については診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1第2章第2部第3節薬剤料を、使用した特定保険医療材料の費用については同第4節特定保険医療材料料を、当該患者に対し使用した分に限り算定できる。 また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、同章第3部第1節第1款検体検査実施料を算定できる。なお、これらの場合にあっては、当該薬剤等が使用された日及び検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	保医発0325第9号 平成28年3月25日	大阪セミナー	質問用紙

平成28年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元	問合せ方法
132					4月14日の届出に間に合わなかった場合、次の提出期限および算定開始はいつになるのか？また何を見れば期限を確認できるのか？	1日受理⇒当月より算定 2日以降受理⇒翌月より算定となります。		名古屋セミナー	質問用紙
133	—	—	—	調剤基本料	Q)調剤報酬。かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない保険薬局は調剤基本料が1/2に減算されることになっているが、かかりつけ薬局の基本的な機能の1業務(例えば休日加算)を一年間に10回実施していれば減算されないか？	かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を過去1年間に何れかでも実施していれば減算されません。		名古屋セミナー	質問用紙