

3月実施セミナー分 質疑応答回答集

ご質問多数につき、テキスト内のご質問のみご回答させて頂きました。ご了承ください。

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
1	-	-	-	明細書無料発行の安全業務化について	【スライド28】 自己負担の有無に関わらず診療所において経過措置ありとのことですが、いずれは診療所においても明細書の発行が安全義務化されると考えて良いのでしょうか 開院時から通われている患者さんがご本人の希望で明細書不要なため、今後の説明のためにも教えていただけると助かります。	診療所は、「正当な理由」に該当する届出を出すことにより、経過措置がありますが、平成32年度に領収証と明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態、現行レセプト様式の見直しが予定されています。 従って、診療所もいずれは、明細書無料発行が義務化されると考えられます。 病院と同様に、まず、全額公費の患者さん以外に義務化が進むと考えられます。 参考ですが、健康保険と公費併用の生活保護の方は対象です。 平成28年3月31日の疑義解釈でご存知かと思いますが、自己負担のない患者さんへの明細書は、患者さんから求めのない場合、発行する必要はありません。 (参考) 患者さんに使用した薬剤名、行われた検査名を知ることにより、受けた医療を理解してもらうことを目的としています。 説明としては、国の政策として、「医療を透明化することによって、患者さん自身が受けた医療を知り、患者さんが安心、納得できること」を目的としていることを口頭と院内掲示なさるのがよろしいかと存じます。 ただし、がん未告知の患者さんに対しては説明の注意が必要です。 (参照) 保発0305第2号平成30年3月5日「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」 平成30年3月5日 公益社団法人 日本医師会「平成30年度診療報酬改定について」	東京セミナー
2	-	-	-	明細書無料発行について	【スライド28】 ①どうしても拒否された場合の対応は。	医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付についての通知(3)及び(12)より、「明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすることとなります。院内掲示方法は別紙様式7が参考となります。また、明細書の記載内容が毎回同一であるとの理由により、明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等、明細書の記載内容が変更される場合には、その旨を患者に情報提供するよう努めることとなります。	大阪セミナー
3	-	-	-	明細書無料発行について	【スライド28】 ①明細書発行の義務化についてご教示下さい。全額公費負担の患者を除くとありますが、生活保護・公害・原爆などがこれにあたり、障害・こども・ひとり親などの3回目以降にに対してのみ義務化ということなのでしょうか。	医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について(平成30年3月5日保発0305第2号)より、一部負担金等の支払いがない患者についても、明細書を無償で発行しなければならないこととなりますので、障害者、子供、ひとり親、透析等月の上限の一部負担がある場合もこちらに該当と解釈されます。全額公費により行われるものを除くとは、ご指摘通り生活保護等の公費単独患者が該当となります。	大阪セミナー
4	-	-	-	ICTの活用	【スライド P99】 ICTを用いた場合の留意事項にて、やむを得ない事情とあるが、予定カンファレンスの場合でも、ICT(TV会議等)を用いて会議を行った場合加算対象となるか？	平成30年3月5日の疑義解釈【問212】より、やむを得ない事情の中には、予定天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合などがあるため、「予定カンファレンス」であったとしても、上記の事情に該当する場合には対象になると存じます。	仙台セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
5	-	-	-	人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン	【スライド10】 ①メンバーとして記載のある2者のようなものがいないと医療機関として「看取りの指針」を策定できないのか。	ご質問にあるメンバーは、方針に関して意見がまとまらない等の場合に、例外的に行われる話し合いのメンバーの事と思いますが、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)」に、必要な人員の記載はございませんので、必須ではないと考えます。 平成30年3月に出された「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインの解説編」の※注16に「別途設置される話し合いの場合は、あくまでも、本人、家族等、医療・ケアチームの間で、人生の最終段階における医療・ケアのためのプロセスを経て合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。 第三者である専門家からの検討・助言を受けて、あらためて本人、家族等、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。 第三者である専門家とは、例えば、医療倫理に精通した専門家や、国が行う「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」の修了者が想定されますが、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、担当の医師や看護師以外の医療・介護従事者によるカンファレンス等を活用することも考えられます。」との記載がございますので、ご参照ください。	大阪セミナー
6	-	-	-	記載要領について	【スライド259】 外来の質問になります。 今回の改定等で新たに詳記が必要になった処置、手術等 はありますか 特に気を付けることがあればご回答願います	本改定では、診療報酬に係る事務の効率化や合理化とともに、医療情報の利活用(医療内容を分析しやすくする)の推進が一部に反映され、記載要領の添付書類の廃止、症状詳記の「自由記載」から「選択記載」への見直しが行われています。 例えば、J038人工腎臓、K664胃瘻造設術、K598両心室ペースメーカー移植術などがあげられます。 ※中医協 総-3 参考 29.9.27 「レセプトの摘要欄の記載方法の見直し項目(案)(医科)」 http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000178768.pdf 2018/03/27取得 なお、電子レセプトによる「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、平成30年10月診療分以降、該当コードを選択するなどの変更点に留意が必要です。 詳細は、厚生労働省 保医発0326第5号「診療報酬請求書等の記載要領等について等の一部改正について」を参照ください。 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html	東京セミナー
7	-	-	-	紹介状なしの大病院受診	【スライド P25】 紹介状なしの大病院受診時の低額負担初診5,000円以上(歯科3,000円)とありますが、病院内に歯科併設(外来のみ)の場合、歯科初診も対象となりますか。	保医発0305第6号 平成30年3月5日 「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」より 「選定療養として、初診時に5,000円(歯科医師である保険医による初診の場合は3,000円)以上の金額の支払を受けること」 「再診時に2,500円(歯科医師である保険医による再診の場合は1,500円)以上の金額の支払を受けること」とありますように、歯科初診も対象となります。	仙台セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
8	11 12	A000 注10 A001 注15 A002 注10	初診料 再診料 外来診療料	妊婦加算	【スライド P8・P30】 ①全診療科での算定は可能ですか？ ②眼科のみの診療でも算定できますか？	①A000注10等より、医師が妊婦であると判断した場合は、診療科に関わらず算定可能となります。 ②医師が妊婦であると判断した場合は、診療が眼科のみでも算定可能となります。	名古屋セミナー
9	11 12	A000 注10 A001 注15 A002 注10	初再診料	妊婦加算	【スライド30】 ①婦人科・産科を標榜していない保険医療機関でも算定可能か ②注11.16のみ婦人科・産科の標榜が必要との解釈でよいか	①「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(通知)」第1章A000注7より、標榜診療科は掲げられていないため、産科、産婦人科を標榜していない保険医療機関においても算定可能です。 ②「診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)」第1章初診料(24)アより、「夜間、休日又は深夜を診療時間とする産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関で、妊婦に対し夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、加算が算定できる」旨の記載がございます。これより、産科・婦人科標榜の医療機関のみが対象となります。	東京セミナー
10	11 12	A000 注10 A001 注15 A002 注10	初再診料	妊婦加算	【スライド30】 妊婦再診料について ①月中に産前、産後となり、再診料が異なる場合、レセプトに産前日及び流産日等必要か ②妊婦を胎児死亡及び流産(不全流産等)胎児が排出されたまでを妊婦とするのか(自然排出を待っている間は?)	①3月30日付疑義解釈その1と「診療報酬請求書の記載要領等について」によりますと、摘要欄に「妊婦」と記載をすとあり、その他に出産日及び流産日等に関しては記載がございません。この為、不要と考えます。 ②妊婦加算対象の妊婦は流産の場合を含まないと考えられます。胎児死亡が分かった段階までとなるかと思われます。	東京セミナー
11	11 12	A000 注10 A001 注15 A002 注10	初再診料	妊婦加算	【スライド30】 妊婦かどうかの確認は医師が行う必要があるのですか 患者さんからの自己申告や問診票だけでは算定できないのでしょうか	日本医師会QAより「医師が問診の上、妊婦であると判断した場合は算定できる。」より、確認は医師の診断である必要があり、問診票を元に算定が可能です。更に、摘要欄に「妊婦である」と判断した旨の記載をする必要があります。参考ですが、母子手帳の確認は必ずしも必要ありません。	東京セミナー
12	12	A001	再診料	電話再診	【スライド39】 ①電話再診で定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できないとは、オンライン診療を行っている者で特定疾患療養管理等の指導をしている者であるのか。 ②在医総管を算定している者から投薬等の問い合わせは今まで通り算定できるのですか。	①定期的な医学管理を目的としている患者とはオンライン診療等に限定ではありません。 留意事項通知より:電話再診とは「患者の病状の変化があり、患者かその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合」のことを改めて今改定で示したことになります。 ただし、留意事項通知に、「平成 30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。」との通知がございます。 ②ご質問の投薬等の問い合わせに関しましては、「患者等からの医学的な意見の求め」に応じたものであり、治療上の指示を行った場合、電話再診の算定は可能と考えます。	大阪セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
13	12	A003	初再診料	オンライン診療料等	【スライドP41】 ・「初診から6月は毎月同一の医師が対面診療実施」について、6ヶ月の間に患者の医師とは関係なく、医師の転勤などやむを得ない事情で担当医が変わってしまった場合などは、やはり適応外なのか？診療計画を作成した上でのものなので、そういうことにはならないようなものなのか？	現在のところ、やむを得ない事情という条件の記載はありませんが、通知も疑義解釈も「同一医師」で統一されております。「同一医師」という解釈で変わらないと思われませんが、今後の疑義解釈その3以降に発出される可能性もありますので、ご覧下さい。	名古屋セミナー
14	12	A003	初再診料	オンライン診療料	【スライドP42】 ・「緊急時に概ね30分以内に当該医療機関にて診察可能な体制を有していること」の緊急時とは、夜間(深夜)の時間帯など、24時間体制で診療可能な医療機関をいうのか？	3月30日付疑義解釈その1より、日常的に通院・訪問による診療が可能な患者を対象とするもので、概ね30分以内に往診が可能な体制でも施設基準の要件を満たすことになります。	名古屋セミナー
15	13	B001・5	医学管理等	小児科療養指導料	【スライドP59】 対象疾患に整形外科疾患が追加されているので、小児科・小児外科だけでなく整形外科でも算定可能ではないですか。	スライド上の「小児科・小児外科」は標榜する診療科を意味しております。B001・5通知(1)より小児科のみを専任する医師が作成する治療計画に基づき、療養上の指導を行うことになります。整形外科標榜であっても小児科のみを専任する医師の治療計画が必要となります。	名古屋セミナー
16	13	B001・5	医学管理等	小児科療養指導料	【スライド59】 算定要件(6)患者の通学する学校との情報共有とあるが、院内学級でも良いのか	院内学級でも問題ないと考えられます。平成29年11月10日の「学校における医療的ケアの実施に関する検討会議(第1回)」の中で、医療技術の進展に伴う医療的ケアが必要な児童生徒等の増加への適切な対処として、医療機関と学校の連携が提起されていますが、院内学級を除くものではないと考えられます。	東京セミナー
17	13	B001・7 注5	医学管理等	難病外来指導管理料 人工呼吸器導入時相談支援加算	【スライド60】 ①文書により内容を提供と記載があるが人工呼吸器の導入は別の月でも可能か ②文書にて説明を難病指定医が行った後、導入に関して呼吸器内科など別の医師が手続きを行った場合にも加算は可能か	①文章を提供した日から1月以内であれば、翌月の算定も可能と考えます。 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)第2章第1部B001・7注5に、「人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度とし、1回に限り加算」と記載があります。 ②人工呼吸器管理に関する説明や相談を行うことに対する加算ですので、その後の導入手続き担当の医師と異なる医師が説明を行っている場合でも、算定可能と考えます。 「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(通知)第2章B001・7(5)に「医師及び看護師が…(一部略)説明及び相談を行った場合に算定する」と記載があります。	東京セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
18	13	B001・9	医学管理等	療養・就労両立支援指導料 相談 体制充実加算	【スライド94】 ①A246 入退院支援加算で届出 専任のNs・SwがB001-9 の専任とした場合にも双方で点数を算定できますか。	入退院支援部門の専任看護師・専任社会福祉士が、相談体制充実加算の専任看護師・専任社会福祉士を兼ねることは可能であり、双方で算定可能と考えます。 ただし、入退院支援加算1の病棟専任配置の従事者に関しては、相談体制充実加算の専任配置と兼務することはできません。 根拠としましては、 特掲診療料の施設基準告示より、相談体制充実加算の専任看護師・専任社会福祉士は、他業務兼務不可との記載ない為、兼務が可能。 基本診療料の施設基準告示より、入退院支援部門の専任看護師・専任社会福祉士は、他業務兼務不可との記載ない為、兼務が可能。 一方で、入退院支援加算1の「病棟専任配置の従事者」は、「入退院支援及び地域連携業務に専従」となりますので、他業務兼務は不可。	大阪セミナー
19	13	B001・28	医学管理等	小児運動器疾患指導管理料	【スライドP68・P70】 施設基準1(1)イ小児運動器疾患に関わる研修を修了していること、の適切な研修において ①整形外科専門医であれば基準を満たしているのか。 ②小児整形外科専門医が必要か。 ③適切な研修の基準がわからない。	①特掲診療料の施設基準等通知より、整形外科の診療に従事した経験を5年以上有していることが必要となります。 ②特掲診療料の施設基準等通知より、医師の要件は①と③を満たすこととされていますので、小児整形外科専門医の規定はございません。 ③3月30日付疑義解釈その1より、現時点においては日本整形外科学会が主催する「小児運動器疾患指導管理医師セミナー」となります。	名古屋セミナー
20	13	B001・29	医学管理等	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	【スライド71】 ①毎回医師の診察を受けなければならないのか 助産師の判断のみでは不可か ②育児が困難を来しているものとするが、死産及び数日で新生児が死亡し、育児をしていない場合は不可となるか ③他病院で出産した妊婦さんのケアを算定できるか (回数の算定は、前医院との通算となるのか)	①通知(1)に医師がケア及び指導の必要性を認めた患者に対して、経験を有する医師又は助産師が、ケア、指導等を行った場合に算定可能とあります。。あらかじめ医師が診察の基に指示を行い、それに則り助産師のみがケア、指導を行う事でも可能となり、毎回の診察は不要と考えます。 ②算定対象患者は「乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者」となりますので、この点に該当する患者様であれば対象になります。よって、死産等が原因で乳腺炎になった場合は、該当せずと考えます。 ③通知上、出産した医療機関でのみ算定との文言はありませんので、他病院で出産した患者に対しても算定可能と考えます。 また、回数については「1回の分娩につき4回に限り算定」とありますので、前医院で算定している場合は引き続きの通算と考えます。	東京セミナー
21	13	B001-2-6	医学管理等	夜間休日救急搬送医学管理料 救急搬送看護体制加算	【スライド89】 ①救急搬送看護体制加算の施設基準で「専任の看護師が配置されていること」とありますが、当該看護師が勤務していない日、時間外においても算定が可能ですか。	トリアージ実施に関わる専任者と同じように考えますと、勤務が関係すると考えられます。	大阪セミナー
22	13	B001-2-6	医学管理等	夜間休日救急搬送医学管理料 救急搬送看護体制加算	【スライド89】 ①救急搬送看護体制加算の施設基準で「専任の看護師が配置されていること」とありますが、この看護師は准看護師でもよいのでしょうか。	施設基準に看護師とある場合、准看護師は含んでおりません。含むことが可能な場合は「看護師及び准看護師」又は「看護職員」といつ表記になっていますので、救急看護体制加算におきましては准看護師は不可となります。	大阪セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
23	13	B001-2-6	医学管理等	夜間休日救急搬送医学管理料 救急搬送看護体制加算	【スライドP89】 看護配置について「夜間時に配置されていればよい」とは夜間は専任の看護師が常に配置されていなければならない、という考えでしょうか。	特掲診療料 施設基準4の5 2の算定要件に、常時配置の記載はございません。現段階においては、夜間帯及び休日の看護体制としての配置が求められているとされ、夜間外来を担当する看護師1名以上を専任として配置することで届出可能と解釈されます。(3月5日厚生省口頭疑義より)	名古屋セミナー
24	13	B001-2-6 注3	医学管理等	夜間休日救急搬送医学管理料 救急搬送看護体制加算	【スライド89】 救急搬送看護体制加算の算定において、救急車の搬送件数が年間200件以上であることと、記載してありますが、年間200件とは昼間の件数もあわせてよいのですか	特掲診療料 施設基準4の5 2 救急搬送看護体制加算 より、「(1)救急用の自動車及び緊急自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が年間200件以上であること。」と記載されています。救急自動車、ドクターヘリ等の院内到着時間等を規定する記載はありませんので、昼間を問わず、合わせて年間件数としてカウントして問題ないと考えます。	東京セミナー
25	13	B001-2-6 注3	医学管理等	夜間休日救急搬送医学管理料 救急搬送看護体制加算	【スライド P89】 救急搬送看護体制加算について 診療時間以外に算定可能な夜間休日救急～管理料に対する加算だが、専任の看護師の配置は夜間時は常に配置しなければならないか？(深夜帯も必要か?)曜日によって配置されない日がある場合も届出は可能か？(当然配置がない時の算定は行いません)	3/5厚生労働省説明会より、看護師配置については常時ではなく、夜間時に配置されていればよいと回答が出ておりますので、常時配置の必要はございません。また、曜日によって配置されない日がある場合につきましては、「夜間時に専任の看護師が配置されていること」となっておりますので、原則届出は不可になると存じます。	仙台セミナー
26	13	B001-2 B001-2-11	医学管理等	小児抗菌薬適正使用支援加算	【スライドP72】 ①同一疾患において月何回まで算定できますか？ ②同加算における施設基準の「研修会等」にはどのようなものがありますか？	①B001-2注4及びB001-2-11注4より、初診時に限り算定が可能になります。 ②3月30日付疑義解釈その1より、小児科もしくは感染症に関係する学会や医師会等が開催する抗菌薬の適正使用に資する研修会等に1年に1回以上参加していることとなります。 なお、保険医療機関内で行う抗菌薬の適正使用に資する研修会でも差し支えないが、この場合は、当該保険医療機関以外の医師も参加対象とした研修会であることとなります。	名古屋セミナー
27	13	B001-3	医学管理等	生活習慣病管理料	【スライド96】 計画書(別紙様式9)を記載し、その発行する旨をカルテ上にものこしておかなければならないのでしょうか また、計画書発行はご家族が代理受診で仮に来院されたとしても算定してよろしいのでしょうか	①【B001-3】「医科診療報酬点数表に関する事項」B001-3(2)より、生活習慣病管理料算定の際には、療養計画書を基に患者に説明をし、患者の同意を得て署名をもらう事、また、療養計画書の写しを診療録に貼付しておくこと、と記載がございます。これより、療養計画書について、説明しお渡しした日を、診療録に記載することが必要かと考えます。 ②「医科診療報酬点数表に関する事項」B001-3(4)より、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならないと記載がございます。また①から、代理受診での算定は認められないと考えられます。	東京セミナー
28	13	B001-9 注2	医学管理等	(療養・就労両立支援指導料) 相談体制充実加算	【スライド94・95】 産業医のみの健康相談室に情報提供をするとき、情報提供料は算定できないのか	がん患者についての情報提供は、診療情報提供料ではなく、療養・就労両立支援指導料の算定になります。 留意事項の通知B001-9 療養・就労両立支援指導料に、「療養・就労両立支援指導料は、就労中のがん患者の療養と就労の両立支援のため、患者の勤務する事業場の産業医との連携により、治療計画の再検討又は見直しを行うことを評価するものである。」とあります。 なおこの場合は、別紙様式49、49の2に準じた書類を使用し、産業医に提供することが必要となります。 参考にてですが、労災の場合も同様の点数「療養・就労両立支援加算」が新設となりました。(厚生労働省HP 平成30年労災診療費改定についてより)	東京セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
29	13	B004 B005	医学管理等	退院時共同指導料	【スライド100】 ①3者共同加算は退院後の在宅医療を担う医療機関、医科診療所の医師・看護師は1者扱いか。 ②包括対象に入院中の医療機関側に医師・看護師が居り指導を行った場合(薬剤師・セラピストは参加しているがメインではない)も退院時薬剤情報提供や退院時リハ指導料は包括されるか。	①留意事項の通知B004退院時共同指導料(9)より、「当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、・・・(以下略)」とあります。このため、入院医療機関側の保険医又は看護師は、両者が行った場合も1者として考えることとなります。 ②留意事項の通知B004退院時共同指導料(14)より、「入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料は別に算定できない。また、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。」とあります。これより、他の職種と共同して退院時共同指導を行っていた場合は、メインであるか否かに係らず、別に算定はできないと考えます。 共同指導(他者と共同で指導)を行わず、セラピストが対直接退院時指導等を行った場合、包括にならないため、他職種が共同指導を行った同一日の退院時リハ指導、退院時薬剤情報～指導を算定した場合は、レセプト摘要欄に共同指導を行った者の職種および年月日を記載することとなります。	大阪セミナー
30	13	B009	医学管理等	診療情報提供料(Ⅰ)	【スライド102】 NSのサマリー提供のみで、診療情報提供書の算定は可能ですか	B009 通知(12)より 退院前後2週間において診療情報を提供した場合に算定となります。サマリー等の内容が診療情報提供書(見本別紙様式12、別紙様式12の4)に準ずる様式とともに提出がよろしいかと思います。	東京セミナー
31	13	B009 注15	医学管理等	診療情報提供料 療養情報提供加算	【スライド114】 ①「訪問看護ステーションから得た情報」を添付とあるが月毎に報告がある連絡票(訪問看護とその報告)でよいか。	3月30日付疑義解釈その1より、訪問看護報告書に記載されている内容だけではなく、継続した看護の実施に向けて必要となる、「ケア時の具体的な方法や留意点」又は「継続すべき看護」等の指定訪問看護に係る情報が必要のため、連絡票のみでは算定できません。訪問看護療養費の訪問看護情報提供療養費3において用いる様式(別紙 様式4)で訪問看護ステーションから提供された文書を用いることとなります。	大阪セミナー
32	13	B010-2	医学管理等	診療情報連携共有料	【スライド115】 対象患者について慢性疾患等とありますが、精神疾患を有している患者について歯科より症状、処方内容についての情報提供の依頼があり診療情報提供書を交付した場合も算定可能でしょうか	歯科点数表B011通知(2)より慢性疾患を有する患者又は歯科診療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査結果や診療情報を確認する必要がある患者対象について、患者の同意を得て文書により情報提供した場合に算定可能となります。具体的な疾患名は明示されていませんが、精神疾患により全身的な管理の必要性を認めた場合は、算定可能と解されます。	東京セミナー
33	14	C001 注6 C001-2 注5	在宅医療	在宅患者訪問診療料(Ⅰ) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 在宅ターミナルケア加算	【スライド128】 配置医師として当院の医師が診ている施設がございます。その施設で先日、亡くなられた方がいました。家族等とのICも行っていただいたのですが、配置医師としても加算できるか伺えたらと存じます。	C001注6在宅ターミナルケア加算は在宅患者訪問診療料(Ⅰ)-1または(Ⅱ)に対する加算となります。 保医発0330第3号より、当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。)において、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に看取った場合に算定可能となります。	東京セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
34	14	C001 注6	在宅医療	在宅患者訪問診療料注6	【スライド124】 ①がん患者であって呼吸苦により在宅酸素療法を開始し指導料を算定した後3日後又は一週間後に死亡した場合は在宅酸素療法指導管理料や濃縮装置加算やポンベ加算の算定はできずに酸素療法加算になるのですか。又酸素療法加算は訪問診療料を算定した日に酸素療法加算を算定するのですか。ターミナルケア加算を算定した日に算定するのですか？ ②死亡した日に初めて酸素療法をする場合は酸素療法加算で算定するのですか。	留意事項の通知C001(17)より、 ①がん患者も含めて在宅酸素療法指導管理料の対象疾患等要件を満たす場合は、在宅酸素療法指導管理料の算定が可能です。但し、ご質問の呼吸苦等でございますとC103在宅酸素療法指導料の算定対象外になります。 がん患者であってもC103の対象者は、C103の算定。対象外患者は、死亡月に限りC001注6の酸素療法加算の算定になります。 なお、在宅酸素療法指導管理料を算定するものは酸素療法加算の併算定は不可となります。 ②がん患者に対して、在宅酸素療法を行った場合は死亡日であっても算定可能となりますが、医師より酸素投与方法(使用機器、ガス流量、吸入時間等)、緊急時の対処法について説明を行うことが必要となります。	大阪セミナー
35	14	C001-2	在宅医療	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)	【スライドP119・P121】 糖尿病患者を在宅しているA医院より糖尿病性網膜症の診療を依頼されたB医院は「在宅患者訪問診療料(Ⅱ)」を算定できますか？	C001通知(7)より、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の算定が可能となります。	名古屋セミナー
36	14	C001等	在宅医療	在宅患者訪問診療料等	【スライド130】 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」で「話し合い」のメンバーとして医療倫理に精通した専門家とは資格が必要ですか	平成30年3月に発出された「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の解説編より、現段階では、具体的な資格内容については、規定がありません。チーム以外の臨床倫理に適した方と思いますが、ご参考に「適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト」をご覧くださいませ。	東京セミナー
37	14	C002 C002-2 注	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学管理料 継続診療加算	【スライド P137】 C002、C002-2に係る継続診療加算について すでに継続した訪問診療を実施している場合も算定可能か。	関東信越厚生局(東京事務所)に確認しましたところ、現時点においては平成30年3月以前に当該加算の要件に該当している患者については、レセプト請求時にその旨のコメントを入れて対応願いたいとの事でした。 こちらにつきましても、今後の疑義照会にて改めてご確認をお願い致します。	仙台セミナー
38	14	C002 C002-2 注	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学管理料 包括的支援加算	【スライド138】 イの認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb以上となっていますが、カルテ上にⅡb以上である記載があれば良いのでしょうか	C002通知(22)より 医師が「認知症高齢者の日常生活自立度」におけるランクⅡbと診断をした場合となります。「認知症高齢者の日常生活自立度評価表」をカルテに添付していただくのがよろしいかと思います。	東京セミナー
39	14	C002 C002-2 注	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学管理料 包括的支援加算	【スライド138】 包括的支援加算を算定する場合、レセプトに様式14は必要か	C001在宅患者訪問診療料 同一建物居住者を算定した場合に記載する別紙様式14ですが、2018年の改定で廃止となりましたので、包括的支援加算を算定する場合は添付の必要はありません。	東京セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
40	14	C002 C002-2 注	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学管理料 包括的支援加算	【スライド P138】 C002 .C002-2に係る包括的支援加算について 対象患者について例えば要介護度は1であるが、週2回訪問看護を実施していれば算定可能ということでしょうか。	別表八の三に該当する患者となりますので、ご質問のケースにつきましては、「週1回以上訪問看護を受けている状態」に該当しますので、算定可能になります。(別表八の三に全て当てはまる必要はありません)	仙台セミナー
41	14	C002 C002-2 注	在宅医療	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学管理料 包括的支援加算	【スライド138】 ①対象患者のウ週1回以上訪問看護を受けている状態とあるが、中医協では月4回とあるが週1回だと毎週1回以上の看護が必要ですか。 ②対象患者のエの該当処置とは在医総管に含まれる処置も可能ですか。 ③当該施設に配置された看護職員には訪問看護ステーションのNsでも算定可能ですか。	①C002.C002-2通知(22)より、頻回の訪問看護を受けている状態とは月4回ではなく、週1回以上の訪問看護が必要となります。 ②「訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態」とは、在医総管に含まれる特掲診療料の施設基準等第四の1の6の(3)と同様となります。 ③医師による文書での指示を受け、当該施設に配置された看護職員となりますので、訪問看護ステーションの看護師では算定不可となります。	大阪セミナー
42	14	C105-3	在宅医療	在宅半固形栄養経管栄養法指導 管理料 留意事項	【スライド146】 ①経管栄養には腸瘻も含まれるか。 ②半固形栄養とは具体的にどのようなものか。(商品名)	①対象は「告示4第4・6の4の2」に示す患者になります。 胃瘻造設患者であり、胃瘻造設後1年以内に当該栄養法を開始した患者が対象になります。 ②日本静脈経腸栄養学会より、現時点における半固形栄養剤は以下となります。 (医薬品)ラコールNF経腸栄養用半固形剤(大塚製薬) (流動食製品)メイグッド300K・400K(株式会社 明治)、 カームソリッド300・400・500(ニュートリー株式会社)	大阪セミナー
43	14	C105-3	在宅医療	在宅半固形栄養経管栄養法指導 管理料	【スライド145】 在医総を算定している患者でも算定可能か	C002 通知(9)に、在宅時医学総合管理料算定月に包括される項目の記載がありますが、在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料は、在医総に包括されず、在医総算定患者でも算定可能です。	東京セミナー
44	14	C107-2 注2	在宅医療	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算	【スライド147】 ①在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算を行う情報通信機器は画像が映ることは可能か ②緊急時に概ね30分以内に対面診察可能とは常駐していないとダメか	①C107-2の通知(6)のAに記載されているように、使用時間等の着用状況、無呼吸指数等がモニタリングが可能な機器を用いることとなりますので、画像の有無についてまでは求められてはいません。 ②概ね30分以内に対面診察について、3月30日に出された疑義解釈(その1)の問150において、「概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制があればよい」とされています。常駐の有無に関わらず、30分以内に対面診察が出来ればよいこととなります。	東京セミナー
45	20	F100-2	投薬	向精神薬の長期処方	【スライド161】 向精神薬長期処方についてですが、算定要件に「同一の成分を」とありますが、ベンゾジアゼピンの対象となる薬剤の中で、薬剤を変更した場合は12月のカウントはリセットされないのでしょうか (例えば、同じ用法・用量で内服 レンドルミンからリスミーに処方変更した場合等…) また、ベンゾジアゼピン受容体作動薬とは、非ベンゾジアゼピン系薬とされるマイスリー、ルネスタ等は対象とされますか	F100処方料 通知(6)より、「同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合」とされていること、さらに、注10向精神薬調整連携加算の「抗不安薬等の種類数の減少は一般名で種類数を計算する」との関連から、一般名における変更がリセットの対象と考えられます。具体例のプロチゾラム(レンドルミン)からリルマザホン塩酸塩水和物(リスミー)はリセットの対象であり、治療学的に同等とされるジェネリック(先発医薬品と同一の有効成分を同一量含有し、効能・効果や用法・用量も基本的に変わらない)への変更はリセットの対象外と考えます。 また、平成30年3月5日付「日本医師会 平成30年度診療報酬改定 Q&A」より本邦で承認されているベンゾジアゼピン受容体作動薬については、医薬品医療機器総合機構(PMDA)のホームページ http://www.pmda.go.jp/files/000217046.pdf による閲覧を推奨しており、その該当薬剤として、エスゾピクロン(ルネスタ)、ゾルピデム酒石酸塩(マイスリー他)が含まれております。	東京セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
46	25	F100 注9	処方料	外来後発医薬品使用体制加算	【スライドP168】 現在外来後発医薬品使用体制加算2を算定しており、改定後も加算2を算定する場合に改めて届出を行う必要がありますか？ (区分が変わらない場合においても届出は必要ですか？)	保医発0305第3号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より 平成30年3月31日において当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、平成30年4月以降に当該点数を算定するにあたり届出が必要なものとなります。	名古屋セミナー
47	40	J027	処置	高気圧酸素治療	【スライドP181】 「発症後1カ月以内に行う場合に一連につき」とありますが、一連とはどのような意味ですか？10回又は30回を限度として算定し、再度算定するための条件等がありますか？	一連とは、治療の対象となる疾患に対して、初期の目的を達するまでに行うひと続きの治療過程を指します。 レセプト縦覧点検もありますので、新たな発症等が記載されない限り、再度の算定は難しいと考えます。	名古屋セミナー
48	40	J038	処置料	人工腎臓	【スライド187】 ①当院は透析室がなく人工腎臓の算定は入院のみで外来の実績は0である。この場合4月からは慢性維持透析1～3のどれで算定するのか。	「慢性維持透析を行った場合3」での算定となります。 3月30日付疑義解釈その1より、人工腎臓の施設基準に該当する保険医療機関であって、当該施設基準の届出を行わなかった保険医療機関についても、「慢性維持透析を行った場合3」での算定となります。	大阪セミナー
49	40	J038 注2	処置	人工腎臓 導入期加算2	【スライド189】 腎移植に向けた手続きとは具体的にどのようなものでしょうか 例えば、「腎移植可能な医療機関へ紹介状を出した」程度のもので良いのでしょうか	3月30日付疑義解釈その1にて、腎移植に向けた手続きとは「臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録した患者及び生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す」と記載があります。 臓器移植希望者の新規登録とは、具体的に以下の流れになります。 ①受診施設で、臓器移植に関する希望を相談 ②移植施設を受診 ③移植に備え、採血 ④移植希望登録 ⑤登録完了通知 ※詳細は、日本臓器移植ネットワークの「腎移植をお考えの方へ」をご参照ください	東京セミナー
50	50	-	-	人工中耳植込術の施設基準届出について	【スライド P204】 当院では、現在人工内耳植込術と人工中耳植込術の材料について施設基準を届出ております。改めて人工中耳植込術の届出が必要でしょうか。	保医発0305第3号 平成30年3月5日 「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」より 第2届出に関する手続き 4(3)人工中耳植込術 ウイに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し(実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。)、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。 とありますように、要件を満たしている場合は、翌々年3月末日まで算定できます。従って、貴院の届出た時期に合わせて、再度、届出て頂くこととなります。	仙台セミナー
51	50	K684-2	手術	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術(新設)	【スライド P215】 手術の施設基準で、当該医療機関において当該手術の実績が必要なものはどのように実績を作ればよいか。 P215の手術では、K684-2の施設基準を届出するためにK684-2の何位の実績をどのように作るのか(患者負担の自費?病院負担?)	臨床研究に関する倫理指針平成15年7月30日 (平成16年12月28日全部改正) 厚生労働省臨床研究に関する倫理指針にもとづき、委員会で合議を得たうえで実績を積み重ねることが可能になります。費用についても、委員会提出前に案を作成する必要があります。自費負担等につきましては、医療機関毎に異なります。(例:患者負担、病院負担、医局負担等)	仙台セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
52	60	D023 8	検査	HPV核酸検出	【スライド276】 要件に手術後も可能となったが、手術日の記載をレセプトに必要か 他のクリニック等で実施した場合はどうか	手術日の記載につきましては、当該検査の通知(7)及び2018.3.26発出の「診療報酬請求書の記載要領等について」等の一部改正についてより、手術日の記載をしなければならない旨の規定はございませんので、不要と存じます。 また、他のクリニックで実施した場合の算定可否ですが、通知(7)の記載に当該保険医療機関において該当手術を行った場合等の規定がありません。現段階においては、他医療機関で過去に子宮頸部円錐切除を行った患者も算定可能と解釈されます。	東京セミナー
53	60	D256-3	検査	光干渉断層血管撮影	【スライドP282】 適応疾患を教えてください。	平成29年10月23日診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会より、糖尿病網膜症、網膜静脈閉塞症、黄斑変性が対象疾患となります。	名古屋セミナー
54	60	D285	検査	認知機能検査その他の心理検査	【スライド286/別紙資料102の後】 MMSEは医師が検査した場合のみ算定となるのか 誰が検査しても良いのでしょうか	通知(2)より、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定可能となります。	東京セミナー
55	60	D285	検査	認知機能検査その他の心理検査 長谷川式	【スライド286/別紙資料102の後】 長谷川式知能評価スケールはアルツハイマー型認知症の病名でも算定可能でしょうか	日本神経学会等の認知症診療に関するガイドラインでも、長谷川式簡易知能評価スケールは診断方法の一つとしてあげられています。 アルツハイマー型認知症での算定は可能と考えます。	東京セミナー
56	70	E202 注7	画像診断	磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影) 小児鎮静下MRI撮影加算	【スライド309】 院内の連絡可能な場所に麻酔科医・小児科医がいる等の考え方でいいのか。MRI室にいる必要はないのか。	「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(通知)」第36の1の3より、MRI室に配置との記載はありません。画像診断を担当する放射線科医及び鎮静を担当する小児科医又は麻酔科医等が、それぞれ常勤配置されていればよいと考えます。	東京セミナー
57	80	H000～003	リハビリテーション	疾患別リハビリテーション	【スライド314】 疾患別リハビリテーションの算定日数の上限の除外対象患者について ・頭部及び外部位外傷とは、頭部外傷と四肢・体幹2つ以上のことですか 四肢・体幹2つ以上でも可なのか(頭部外傷なく) ・重度の頸損は規定は特になく、医学的判断でいいのか	・「頭部及び外部位外傷」は、頭部外傷とその他の外部位外傷です。 頭部外傷であって、他に四肢・体幹に他部位の外傷があることとなります。 ・「重度の頸損」については、明確なガイドライン等はありませんので医学的判断と考えますが、脊髄損傷 理学療法ガイドラインもご参考願います。 www.japanpt.or.jp/upload/jspt/obj/files/guideline/13_cord_injury.pdf	東京セミナー
58	80	H000～H003	リハビリテーション	疾患別リハビリテーション	【スライド P315】 改定→(1)→イについて「専従の従事者が…」というのは、対象日に出勤する全ての従事者なのか、それとも従事者一人個人に対して実施している時間なのか、どちらでしょうか。	疾患別リハビリテーションの施設基準の通知より、専従の従事者については、疾患別リハビリの実施時間中であっても、①全従事者が介護保険のリハビリに従事し、②疾患別リハビリを提供すべき患者がいない時間帯であれば、介護保険のリハビリに従事しても差し支えないとされていることから、従事者一人個人に対して実施している時間になると存じます。	仙台セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
59	80	H003-2	リハビリテーション	リハビリテーション総合計画評価料	【スライド319】 ①「標準的算定日数3分の1を超過した期間にリハをした患者」とあるが現に介護リハを行っている、急性期疾患で入院リハを実施しているが3分の1の期間に達していなければ評価1の見込まれる患者以外となるのか。 ②「3分の1」に達していないが介護リハ事務所へ行く場合は評価料2となるのか。	①リハビリテーション総合計画評価料1 「1」の算定可能と思います。 通知(3)より介護保険リハビリの予定している患者とは要支援、要介護であって、標準日数1/3経過した期間にリハビリを実施している患者とありますので、「1」の算定可能と考えます。 ②リハビリテーション総合計画評価料2 通知上では「2」の算定は、介護保険のリハビリテーション事業所へ移行が見込まれる場合とは、要介護被保険者等であって、各疾患別リハビリテーション料に規定する標準的算定日数の3分の1を超過した期間にリハビリテーションを実施している患者となります。 規定期間前の場合は、「1」の算定でよろしいかと思います。 →上記の場合、介護事業所への提供としてH003-3のリハビリテーション計画提供料「1」275点の算定は、期間に限らず算定可能です	大阪セミナー
60	90	-	-	入院料の経過措置について	【スライド P509】 経過措置について 入院基本料5を算定する場合、新しい必要度は4月からとなりますか。9月30日までの経過措置となりますか。	平成30年3月31日の時点で看護必要度加算2を算定していた病棟については、平成30年9月30日まで経過措置となります。 平成30年3月30日付の通知等の訂正に、 「看護必要度加算の経過措置について、平成30年3月31日において、現に看護必要度加算1、2又は3を算定するものにあつては、平成30年9月30日まではそれぞれ平成30年度改定後の急性期一般入院料4、5若しくは6又は看護必要度加算1、2若しくは又は3(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料)の基準を満たすものとみなすものであること」と記載がございます。	仙台セミナー
61	90	-	-	入院料の経過措置について	【スライド509】 ①現在200床未満の7対1一般病棟入院料を算定している病棟は30年3月の重症度、医療看護必要度25%以上をクリアしていれば30年4月からの急性期一般病棟1を選択できると考えてよいのか。	「経過措置6」については、7対1を届出でしている許可病床200床未満で、重症度、医療看護必要度23%以上25%未満の場合に急性期一般入院基本料2を満たしているものとする経過措置となります。 急性期一般入院料1を算定する場合は、直近3月の重症度、医療看護必要度Ⅰ・Ⅱについての実績による届出が必要となります。	大阪セミナー
62	90	入院 通則	入院基本料	他医療機関への受診	【スライド P365】 DPC対象病院において、除外の放射線治療機器利用のために入院中に他医療機関を受診した場合、DPC対象病院にて請求を行い、当該医療機関と請求に対して合議をすることに変更はないか。	ご指摘の通り変更はございません。	仙台セミナー
63	90	A100	入院基本料	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	【スライド375】 ①重症度、医療・看護必要度Ⅱは各医療機関でシュミレーションできるのか。4月に「Ⅱ」で届出をしようと考えたらシュミレートできるツールがあるのでしょうか。	「別表1一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目にかかるレセプト電算処理システム用コード一覧」を用い、貴院のEFデータとシュミレートは可能でございます。 ツールは各看護必要度ソフトよりシュミレートを行っている医療機関様もでございます。	大阪セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
64	90	A100 注12	入院基本料	(一般病棟入院基本料) ADL維持向上等体制加算	<p>【スライド400】</p> <p>①ADL維持向上等体制加算の要件は、d2以上の褥瘡1.5%未満から2.5%への変更ということで、若干緩和されたと考えて良いのでしょうか</p> <p>以下②と③の概略をもう少し解説して欲しいです</p> <p>②D方式</p> <p>③手術のレセ入力のコードの使い方の変更について</p>	<p>①A100注12ADL維持向上等体制加算の褥瘡アウトカム評価につきましては、当該病棟において新たに褥瘡が発生しますと、施設基準を満たさなくなるため、1人新規褥瘡発生した場合の「院内発生した褥瘡を保有している入院患者の割合」より算出され、当該病棟において1人新たに褥瘡が発生した場合も考慮された割合となります。 H29.12.6 中医協総-5 入院医療(その8) 151頁参照</p> <p>②D方式について DPCの1日当たり点数として、入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの方式により点数が設定されます。そのひとつが高額薬剤や手術等に係る診断群分類となるD方式で59分類が該当となり、以下の3つで構成されます。 A:入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の1入院あたりの点数 B:入院基本料の1入院あたりの点数 C:従来方式(15%又は10%)または、入院期間Ⅲの1日当たりの医療資源の平均投入量のうち、低いもの 今改定で短期滞在手術等基本料の一部やその他手術に係る診断群分類については、期間Ⅰの日数が5日以内など一定の要件を満たすものは点数設定方式Dとなりました。 平成30年度新規DPC対象病院及び新規DPC準備病院説明会資料より</p> <p>③手術基幹コードについて 厚労省ホームページ上KコードとSTEM7コードの一覧があります。外科学会社会保険委員会連合(外保連)が作成する外保連試案の手術の基幹コード(STEM7)については、手術を行った患者について、Kコードと対応するSTEM7コードを様式1に入力することになります。 平成30年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料より</p>	東京セミナー
65	90	A100 A308-3 A308	入院基本料	在宅復帰率	<p>【スライド368】</p> <p>①居住系介護施設等についてお尋ねします。介護保険の居住系施設・指定障害者施設・児童福祉施設等で介護を行っている施設に入所または入院している全ての患者を含んでいると理解してよろしいでしょうか。(施設基準4の4(1)の最後に他の医療機関・・・に転院した患者を除く)</p>	<p>ご質問にあります介護保険の居住系施設、指定障害者施設、児童福祉施設等への入所に関して、居住系介護施設等に含まれるとの解釈でよろしいと考えます。</p> <p>急性期一般入院料を例にしますと、施設基準告示の届出様式10の5には、退院先として、以下のように分けられています。</p> <p>(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)</p> <p>(2) 介護老人保健施設</p> <p>(3) 有床診療所</p> <p>(4) 他院の療養病棟</p> <p>(5) 他院の回復期リハビリテーション病棟</p> <p>(6) 他院の地域包括ケア病棟又は病室</p> <p>(7) (4)～(6)を除く病院</p> <p>このうち、(7)のみ「自宅等」には該当しません。介護老人保健施設以外の施設等に関しては(1)の該当と考えられます。</p>	大阪セミナー
66	90	A101	入院基本料	療養病棟入院基本料	<p>【スライド382】</p> <p>①療養病棟入院基本料の施設基準が必要ですか。(今年2月に療養1→療養2に変更したばかりです)(厚労省のホームページより変更事項がなければ届出不要とありますが)</p>	<p>平成30年3月30日付の通知の訂正にて、平成30年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なものとして、「療養病棟入院基本料(療養病棟入院料2、注11及び注12に規定する届出に限る。)」と記載がございます。</p>	大阪セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
67	90	A101	入院基本料	療養病棟入院料2	【スライド390】 4月から療養病棟入院料2の経過措置(入院料90/100減)となるのは、3月時点での実績で区分2、3割合50%(3ヶ月平均)が満たさなければ経過措置となるのでしょうか	「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について(通知)」別添2の10より、看護職員20対1もしくは医療区分2・3の割合50%以上の要件を満たさない場合、「平成30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を届け出ている病棟に限り、算定できる。」と記載がございます。 また、3月30日疑義解釈その1より、4月以降に療養病棟入院料2注11(入院料90/100)が算定可能となるのは、改定前に療養病棟入院料2を算定していた医療機関であり、30年9月30日までの経過措置となります。10月1日以降引き続き算定する場合は、10月1日までに届け出が必要となります。	東京セミナー
68	90	A101 注4	入院基本料	療養病棟入院基本料 褥瘡加算	【スライド383～388】 別紙様式46は必ず作成しなければならないのでしょうか(毎月) 別紙様式2の評価票への記載だけでもいいのでしょうか	「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(通知)」第1章A101(7)「別紙様式46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、「褥瘡の状態の評価の結果を別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄に記載」とあります。 これより、別紙様式46を用いて毎日評価をし、結果を別紙様式2に記載をすることが必要であり、別紙様式46の下部月の実績数も必要です。準じた内容の記載がございましたら、同様式でなくても良いこととなります。	東京セミナー
69	90	A101 注4	入院基本料	療養病棟入院基本料 褥瘡加算	【スライド383～388】 ①褥瘡の発生が無く、ADL区分3の方も加算対象となるか ②また、①の方が加算対象となった場合、様式46での評価は毎日0点となるが、そのような解釈でよいのか(様式46は褥瘡が発生している方の評価票と理解している為、褥瘡が発生していない方も評価するのに違和感を覚えます)	①「診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)」A101注4に記載の対象患者「厚生労働大臣が定める状態」とは、ADL区分3の患者が該当します。これより、褥瘡の発生が無い患者も対象です。 ② 褥瘡発生がないADL区分3の患者は、0点の評価となります。ADL区分3以上の方(危険因子が高い)を褥瘡を悪化させないまたは新たな褥瘡を作らないことが目的ありますので、そのため0点の評価実績が必要と解釈されます。	東京セミナー 大阪セミナー
70	90	A101 注4	入院基本料	療養病棟入院基本料 褥瘡加算	【スライド383】 現在入院中の患者の評価はいつからか 褥瘡対策加算はいつから評価が必要でしょうか 直近のアウトカム評価は4月からなのか、それとも1月からののか	4月より現在入院中の患者の評価が必要となります。算定は4月と5月は褥瘡対策加算「1」になります。 褥瘡対策加算1については、入院後若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定となります。 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点が2月連続して前月の実績点を上回った場合(悪化している場合)であってDESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。 A101 療養病床における褥瘡に関する評価は4月1日より、入院時から統一した評価票で行うこととなります。 褥瘡対策加算はADL区分3を対象に、4月1日から「別紙様式46」の「褥瘡対策に関する評価」にて開始となり、実績点を算出することとなります。 その実績点よりアウトカム評価を開始することとなりますので、4月と5月については、褥瘡対策加算1の算定となります。 なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。	東京セミナー 大阪セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
71	90	A101 注6	入院基本料	療養病棟入院基本料 在宅患者支援療養病床初期加算	【スライド389】 同一病院の介護医療院から療養病棟への転棟の場合、「救急・在宅等支援病床初期加算」は在宅からの転棟と考えていいのでしょうか	「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(通知)」第2部A101(9)イに、「本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする」と記載があります。 また、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)」第2部A101・注6に対象患者について「介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者」と記載がございます。これより、同一建物内の併設施設の介護医療院からの入院は算定不可と考えます。	東京セミナー
72	90	A101 注13	入院基本料	療養病棟入院料 夜間看護体制加算	夜間看護体制(16対1)について、 看護職員1名(準夜帯1名・深夜帯1名)、看護補助者2名(夜勤帯2名)、入院患者数51名の場合 ① $51 \div 16 = 3.1875$ 。必要人数は3.1875人と4人どちらか？ ②深夜帯、夜間帯分けて計算するのか？ ③夜勤にかかる、日勤、早出、遅出の職員も含めた計算でよいのか？また夜勤時間帯に4時間以上勤務した者等のきまりはあるのか？ ④計算式はどうか？	①必要人数は、4人になります。「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)」の看護職員配置の算出方法に、 <u>小数点以下切り上げ</u> と記載がございます。 ②深夜帯、夜間はあわせて計算します。 ③医療機関ごとに設定した夜勤時間帯にかかる職員を合わせて計算します。 ②③の根拠は、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)」の「夜間の勤務について」に、「夜勤とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間」と記載されています。 ④平均入院患者数51人、1月31日間と仮定しますと、 $51人 \div 16(基準16:1) = 3.1875人 \rightarrow$ 切り上げ4人(必要看護職員数) $4人 \times 16時間(夜勤時間) \times 31日 = 1,984時間$ よって夜勤時間帯の看護職員勤務時間数が1,984時間必要になります。	大阪セミナー
73	90	A101 注13	入院基本料	療養病棟入院料 夜間看護体制加算	【スライド392】 経過措置病棟がある場合(療養入院料1との混合) 夜間看護加算の16対1、夜勤者3名の要件は、療養1のみで満たしていれば算定できるか	基本診療料施設基準 夜間看護加算の施設基準の通知(1)には「当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、看護要員の配置については、療養病棟入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること」と記載されています。 従いまして、夜勤3名以上は各病棟の要件となりますので、療養1の病棟のみで要件を満たしている場合においては、経過措置病棟では夜間看護加算は算定不可と解されます。	東京セミナー
74	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428】 ①医師事務補助体制加算の負担軽減の要件が一部変更となっておりますが、経過措置が平成31年3月31日まで設けられています。そこで平成30年4月1日より現在の区分(例えば40:1)から新しい区分(25:1)に変更の届出を行う場合も従前の負担軽減を届出することでよいかご教示ください。	加算の変更に届出にあたり、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の届出を略することができること、となっております。	大阪セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
75	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428】 ①医師事務補助体制加算の負担軽減の要件が一部変更となっておりますが、経過措置が平成31年3月31日まで設けられています。そこで平成30年4月1日より現在の区分(例えば40:1)から新しい区分(25:1)に変更の届出を行う場合も従前の負担軽減を届出することでよいかご教示ください。	基本診療料 施設基準第4の2より、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月以降の届出においては、平成30年度改定後の基準で届け出ることになります。なお、当該加算の変更の届出に当たり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の届出を略することができます。	大阪セミナー
76	90	A214	入院基本料等 加算	看護補助加算1	【スライド433】 平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合15対1も届け出を行う必要があるのか。	基本施設基準の第4経過措置等より、平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合は平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要となります。	大阪セミナー
77	90	A234	入院基本料 加算	医療安全対策加算	【スライド445】 ①新設の地域連携加算1の施設基準について(4)の他の加算2を届出している病院との連携が必要とありますが、近隣に加算2を届出している病院がない場合はどうしたらよろしいでしょうか。	3月30日付疑義解釈その1より、連携する保険医療機関は、近隣の保険医療機関でなくてもよい旨の記載があります。少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している保険医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要となります。感染防止対策加算を届出をなさっている場合、感染防止対策加算における他医療機関とのカンファレンス医療機関や感染防止対策地域連携加算の医療機関と併せて評価を行うことも可能となりますので、当該項目の医療機関との連携はいかががでしょうか	大阪セミナー
78	90	A234-2	入院基本料等 加算	感染防止対策加算	【スライド448】 ①可能であれば・・・「感染防止対策加算」の抗菌薬適正使用支援加算の要件についてICT専従のNsとASTの専従をかねてもよいか。	3月30日付疑義解釈その1より、兼任可能となります。いずれかのチームの専従者については、抗菌薬適正使用支援加算チーム及び感染制御チームの業務(院内感染防止対策に掲げる業務を含む。)のみ実施可能となります。	大阪セミナー
79	90	A245 注2	入院基本料等 加算	提出データ評価加算	【スライドP457】 データ提出加算2の届出をしていれば届出は必要ないか。	3月30日付疑義解釈その1より、既にデータ提出加算2を算定している場合は要件を満たしていれば新たな届出は不要となります。	名古屋セミナー
80	90	A245 注2	入院基本料等 加算	提出データ評価加算	【スライドP457】 「様式1へ入力されたレセプト電算処理用の傷病の総数に対する未コード化傷病名コードの割合が1割未満」とあるが、例えば不明コードが主病名・医療資源病名・契機病名に同一の傷病名コードがあった場合、「3」とカウントされるのか「1」とカウントされるのかご教示ください。	平成29年12月6日の診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会より、医科の全てのに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名の割合が評価対象となりますので、様式1に同一の傷病名コードがあった場合は「3」とカウントすることと解釈されます。	名古屋セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
81	90	A246 注7	入院基本料加算	入退院支援加算 入院前支援加算	【スライド P461】 入院時支援加算の要件で、入院前に行くことは、ア・イ・クは必須項目になっているが、ウ・エ・オについては、どの程度する必要があるのか？ 入院時並みの療養支援計の作成が必要となっているが、ア・イ・クもそのレベルが必要か。特に、オの薬剤は、お薬手帳のコピーだけでは不十分か。	平成30年3月5日の疑義解釈その1【問60】より、入院前の情報を元に、初期の看護計画や栄養計画に反映することになります。薬剤等は服薬情報が分かるお薬手帳も可能です。 また、関東信越厚生局（東京事務所）に確認しましたところ、具体的な規定はないため、現時点では医療機関ごとに評価の設定をして頂く形で問題ないとの事でした。なお、服薬中の薬剤の確認につきましても同様となります。	仙台セミナー
82	90	A301 注4	特定入院料	(特定集中治療室管理料) 早期離床・リハビリテーション加算	【スライド470】 入室後48時間以内に取組を開始するとなっておりますが、早期リハチームが「48時間以内」に直接、介入する必要があるのでしょうか 院内でガイドラインを作成すれば、受け持ちのナースが「計画に基づく早期離床」の取組を開始すれば、「早期離床・リハビリテーション加算」の算定は、可能でしょうか	平成30年3月5日 保医発0305第1号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(通知)別添1(医科点数表)特定P3 患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームによる以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価となっております。 ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成。 イ 当該患者を診察する医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後 48 時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始。 ウ 早期離床・リハビリテーションチームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価。 以上のことからチームと連携し取り組むことは必要です。	東京セミナー
83	90	A308	特定入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料	【スライド P475】 当院、回復期病棟は「新入院料1」を取る予定ですが、「データ提出」について入院基本料2,085点＋データ提出加算1ー口200点の合計2,285点/日/人の請求でよろしいでしょうか？	データ提出加算につきましては、退院時に1ー口 200点の算定となります。	仙台セミナー
84	90	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	【スライド480】 ①実績部分の在宅医療等の提供 a～dのうちb「訪問看護基本療養費」は医療・介護双方の合算でよいのか。	訪問看護基本療養費の場合は、介護で500回以上であることが必要となります。 基本施設基準 地域包括ケア病棟1通知(8)より、当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の算定回数が直近3か月間で100回以上、又は同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で500回以上であることとなります。	大阪セミナー
85	90	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料 入院医療管理料1～4	【スライド480】 ①在宅医療の提供 d同一敷地内での訪問介護の実施は病院内に訪問介護事務所があることをイメージしているのか。	病院建物内でなくとも、同一の敷地内であれば該当となります。 また、医療機関が「みなし」で訪問看護等を行っている場合も該当となります。 根拠としましては、3月5日付けの日本医師会Q&Aに、「保険医療機関が訪問看護、訪問リハビリ等のみなし指定を受けた場合も含む」と記載がございます。	大阪セミナー

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	問合せ元
86	90	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	【スライド480】 ①実績部分の在宅医療等の提供a～dのうちb『同一敷地内の訪問看護ステーション』とありますが、同一敷地内とはどの範囲にあたりますか。たとえば道路を挟んだ隣などは同一敷地でしょうか。何m離れていると駄目とかあるのでしょうか。	3月30日付疑義解釈その1より、例えば、医療機関と同一建物内に当該施設がある場合やわたり廊下等で連結されている場合が該当となります。ただし、当該医療機関の所有する敷地内であっても、幹線道路や河川などのため迂回しなければならないものは該当しません。	大阪セミナー
87	93	A308-3 注5	特定入院料	在宅患者支援病床初期加算	【スライドP480】 自宅等から入院した患者の「意思決定に対する支援」とは具体的な項目があるのか。患者の同意・サイン等が書類上必要なのか。	A308-3留意事項(8)イより、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うこととされているため、同意の記載は求められておりませんが、支援を行ったカルテ記録は必要と解釈されます。	名古屋セミナー
88	90	A400	短期滞在手術等基本料	短期滞在手術等基本料3	【スライド P374】 短3でDPC対象病院の場合、在院日数・必要度対象等から除外されるが、除外される期間に決まりはあるのか？ (4泊5日を超えて入院している場合はどういった計算か？)	DPC対象病院においては、平成30年4月1日より短期滞在手術等基本料の算定が不可となります。(平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の計算から除外されることについては、従前のDPC対象医療機関における短期滞在手術等基本料についても、対象となっておりません)	仙台セミナー
89	93	A400	短期滞在手術等基本料	短期滞在手術等基本料3	【スライドP494】 DPC算定病床を有する医療機関はDPCで算定になるが、DPC算定病床以外(例えば地域包括病棟)に入棟した短期滞在手術等基本料3に該当する患者は医科点数表による出来高請求でよいのか。	3月30日付疑義解釈その1より、DPC対象病院においては、DPCを算定する病棟以外において短期滞在手術等基本料に該当する手術を行った場合でも、短期滞在手術等基本料は算定できません。DPC対象病院であり地域包括ケア病棟入院料の場合は、手術料も出来高算定することが可能となります。	名古屋セミナー
90	20・80	F100 F200	投薬料	処方料 処方箋料	【スライド167】 ①分割処方について処方箋料は1回のみ算定ですか。	調剤報酬点数表留意事項より、医師の分割指示に係る1回の処方箋で複数枚の処方箋交付であっても処方箋料は1回のみ算定となります。	大阪セミナー