

事務連絡  
平成28年3月31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28年厚生労働省告示第52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28年3月4日保医発0304第3号）等により、平成28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、改定説明会等にて回答した事項と併せて、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いいたします。

医科診療報酬点数表関係

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(問1) 「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」において、一部の評価項目において看護職員以外の職種が実施または評価するとあるが、

- ① 具体的にどの項目で、どのような職種が評価できるのか。
- ② 事務職員や看護補助者でも可能か。

(答) ① 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、「看護職員等」と示している。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も評価の根拠となる。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る。

- ② できない。ただし、転記や入力することは可能。

(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、新たに加わった「専門的な治療・処置」の「無菌治療室の治療」の定義に「無菌治療室で6時間以上行った場合に評価する」とあるが、

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

- (答) ① よい。
- ② 対象とならない。
  - ③ 対象とならない。

(問3) 「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、「C 手術等医学的状況」において、手術の開始時刻及び終了時刻が0時をまたぐ場合、日数はどのように数

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

**【栄養サポートチーム加算】**

(問56) 歯科医師連携加算について、栄養サポートチームの構成員として継続的に診療に従事していれば、院外の歯科医師であっても差し支えないとされているが、どの程度診療に従事していれば継続的に従事しているものとみなされるか。

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

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

**【病棟薬剤業務実施加算】**

(問58) 病棟薬剤業務実施加算2について、算定対象となっている入院料ごとに届出を行うことは可能か。

(答) 可能。

**【退院支援加算】**

を達する前に、再度、入院して同手術を実施した場合、短期滞在手術等基本料3「ヤ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を算定できるか。

(答) 不可。体外衝撃波腎・尿管結石破砕術において、一連の治療過程に当たる期間については、手術料又は短期滞在手術等基本料3を再び算定することはできない。

(問93) 区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療については、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても所定点数は1回のみ算定することとされているが、短期滞在手術等基本料3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定後、一連の治療過程において、再度、入院して同治療を実施した場合、短期滞在手術等基本料3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定できるか。

(答) 不可。ガンマナイフによる定位放射線治療において、一連の治療過程に当たる期間については、放射線治療又は短期滞在手術等基本料3を再び算定することはできない。

#### 【認知症地域包括診療料】

(問94) 認知症地域包括診療料の算定要件において、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合は算定の対象とならないこととされているが、内服薬の種類数には臨時の処方によるものを含むか。

(答) 臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものは除く。

#### 【小児かかりつけ診療料】

(問95) 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していることが要件となっているが、1度でも往診に行っていれば実績として数えることができるか。

(答) 実績とは数えられない。3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番

### 【電子的診療情報評価料】

(問105) 別の保険医療機関より、検査結果等をCD-ROMで提供された保険医療機関が、当該検査結果等を当該医療機関の診療情報を閲覧するシステムに取り込み、当該検査結果等を診療に活用した場合も算定可能か。

(答) 算定不可。

(問106) 保険医療機関が、同一月に同一患者について、同一の紹介先保険医療機関に診療情報提供書を複数回提供した場合には、月1回に限り診療情報提供料（I）の算定が可能だが、例えば月2回目以降の情報提供など、当該保険医療機関において診療情報提供料（I）が算定できない場合であっても、診療情報提供書の提供を受ける際に検査結果等の診療情報のうち主要なものを電子的方法により提供された紹介先保険医療機関において、当該検査結果等を診療に活用した場合には、その都度、電子的診療情報評価料を算定できるか。

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

### 【薬剤情報提供料】

(問107) 区分番号「B011-3」薬剤情報提供料について、電子版の手帳であって、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）の「第三 運営事業者等が留意すべき事項」を満たした手帳を保有する患者が医療機関を受診した際、当該手帳の内容を一元的に情報閲覧できる仕組みが利用できない医療機関では、

- ① どのように手帳の内容を確認することになるのか。
- ② 注2に規定する手帳記載加算は算定できるのか。

(答) ① 患者からお薬手帳の情報が含まれる電子機器の画面を見せてもらう

(答) 算定できない。

#### 【画像診断管理加算】

(問125) 画像診断管理加算について、夜間又は休日に撮影された画像を、当該専ら画像診断を担当する医師が、当該保険医療機関以外の場所で読影及び診断を行い、その結果を報告する場合、読影、診断及び報告は夜間又は休日以外の時間帯でも算定は可能であるか。

(答) 算定可能である。

#### 【処方料】

(問126) 注11に掲げる外来後発医薬品使用体制加算は、薬剤師がいない診療所であっても算定できるか。

(答) 薬剤師がいない場合であっても、薬剤部門に医師等が配置され（兼務も可能）、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえて後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていれば算定できる。

(問127) 診療報酬改定等により処方せん様式が改正された場合、改定後に従前の様式を使用することはできないのか。

(答) 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。

#### 【投薬】

(問128) 湿布薬については、1処方につき70枚の制限となっているが、「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枚という理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問129)「疑義解釈資料の送付について(その10)」(平成26年10月10日事務連絡)において、「1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合、同一処方したその他の薬剤を含む全ての内服・頓服・外用に係る薬剤料を所定点数の100分の80に相当する点数で算定することになるのか。」との間に「そのとおり。」と答えているが、平成28年度診療報酬改定により、100分の80に相当する点数で算定することになる薬剤料の範囲は抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬に限定されるのか。

(答) そのとおり。

(問130)例えば、抗不安薬3種類、抗精神病薬1種類、睡眠薬1種類を1回に処方されていた場合、抗不安薬だけでなく、抗精神病薬、睡眠薬についても、薬剤料が所定点数の100分の80に相当する点数で算定するのか。

(答) そのとおり。

(問131)処方料等について、「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」を別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出ることになっているが、届け出た医師が退職した場合、要件を満たさなくなった場合等は、その都度、改めて届け出ることが必要か。

(答) そのとおり。

(問132)区分番号「F200」薬剤料の注2(向精神薬多剤投与の場合の100分の80減算)について、1剤(服用時点、服用回数が同じもの)に向精神薬とそれ以外が混在する場合、どのように計算するか。

## 【注射】

(問133) 区分番号「E200」の注3又は区分番号「E202」の注4を算定した場合、同一日に区分番号「G004」点滴注射は算定できないが、当該点滴注射により生物学的製剤等の投与を実施した場合に、注射の部通則3から6までの加算は算定可能か。

(答) このような場合においては、注射の部通則3から6までに規定する加算について、それぞれの算定要件を満たす場合であれば算定を行っても差し支えない。

## 【リハビリテーション】

(問134) 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準において、「循環器科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること」とあるが、前者が後者を兼ねることはできるか。同様に、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準において、「心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する医師（非常勤を含む。）及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師（非常勤を含む。）が1名以上勤務していること」とあるが、前者が後者を兼ねることはできるか。

(答) それぞれの要件を満たしていれば兼ねることができる。

(問135) あん摩マッサージ指圧師がリンパ浮腫複合的治療を実施する場合、「専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定できる。」とあるが、毎回の治療において指示及び報告が必要なのか。

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

されていないレセコンを使用している場合、② 一部負担金等の支払がない患者への明細書発行を行うに当たり、自動入金機の改修が必要な場合が経過措置の対象となる。

## 【治験】

(問211) 治験に係る診療を保険外併用療養費の支給対象としているのは、どのような趣旨からであるのか。

(答) 治験に係る診療については、患者に対する適切な情報提供により患者の自由な選択と同意がなされた上で、医療としての質、治験の科学的な質等が確保されていることを前提として、当該治験に参加している患者の診療に係る費用について、医療保険制度と治験依頼者及び自ら治験を実施する者の適切な費用分担を図る観点から、評価療養費として、保険外併用療養費の支給になじむ部分について医療保険制度から委託するものであり、その支給対象となる診療の範囲について明確化するとともに、保険請求上の取扱いの簡素化を図り、かつ恣意性を排除する観点から、診療報酬点数表上の各部ごとの項目によることとしているものである。なお、治験に係る保険外併用療養費の取扱いについては、これまでは「治験に係る診療の特定療養費化について」（平成9年1月31日医療課事務連絡）により示してきたところであるが、今後は本疑義解釈資料によらねたいこと。

(問212) 医薬品の治験において、保険外併用療養費の支給対象となる「当該治験を実施した期間」とは具体的にどのような期間を指すのか。

(答) 当該治験を実施した期間（以下「治験実施期間」という。）とは、医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成9年厚生省令第28号）第2条第7項に規定する治験薬の投与を開始した日から、投与を終了した日までをいう。

<参考：医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（抜粋）>

### 第二条

5 この省令において「被験薬」とは、治験の対象とされる薬物又は製造販売後臨床試験の対象とされる医薬品をいう。

(答) 保険適用後に入院した患者については包括評価の対象となる。保険適用となる以前から入院し既に当該技術による治療を受けている場合には包括評価の対象外となる。

(問2-11) 厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが、告示されていない診断群分類区分が適用される場合、その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。

(答) 当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず包括評価の対象となる。(薬剤名と対象診断群分類番号が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。)

(問2-12) 主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる。

(問2-13) 労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される場合は、医科点数表により算定するのか。

(答) 医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

(問2-14) 交通事故による患者も、医療保険を使用する場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 包括評価の対象となる。

### 3. 診断群分類区分の適用の考え方について

#### (1) 「医療資源を最も投入した傷病名」について

(問3-1-1) 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

(答) 「医療資源を最も投入した傷病」は、入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医がICD10コードにより選択する。

(問 3 - 1 - 2) 「一連」の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。

(答) そのとおり。

(問 3 - 1 - 3) 「医療資源を最も投入した傷病」については、DPC 算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。

(答) 含めない。DPC 算定病床に入院していた期間において、「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。

(問 3 - 1 - 4) 合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に、合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。

(答) そのとおり。

(問 3 - 1 - 5) 「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。

(答) あり得る。

(問 3 - 1 - 6) 抜釘目的のみで入院したが、「医療資源を最も投入した傷病」は「〇〇骨折」でよいか。

(答) 「〇〇骨折」でよい。

(問 3 - 1 - 7) 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するにあたり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料を含めることができるか。

(答) 含めることはできない。

(問 3 - 1 - 8) 「疑い病名」により、診断群分類区分を決定してよいか。

(答) 化学療法に含まれない。

(問3-3-8) 化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。

(答) 抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。質問の例では、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。

(問3-3-9) 「手術・処置等2」に特定の薬剤名(成分名)での分岐がある場合、その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。(薬剤による診断群分類の分岐の指定については、原則として成分名で行っており、先発品か後発品かは問わない。)

(問3-3-10) 「G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射」を実施した場合、「手術・処置等2」の分岐の区分で「G005 中心静脈注射」を選択することができるのか。

(答) 選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。

(問3-3-11) 手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は、医科点数表では「手術当日に、手術(自己血貯血を除く)に関連して行う処置(ギプスを除く。)の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

(問3-3-12) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

(問3-3-13) 肺の悪性腫瘍(040040)において「カルボプラチン」と「パクリタキセル(アルブミン懸濁型)」を併用した場合には、「手術・処置等2」において、どの分岐の区分を選択するのか。

(答) 肺の悪性腫瘍(040040)の場合、「カルボプラチン」と「パクリタキセル(アルブミン懸濁型)」を併用した場合には「手術・処置等2」欄中、「カルボプラチン+パクリタキセルあり」を選択する。

(問3-3-14) 副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍(100180)において、「D4195 副腎静脈サンプリング(一連につき)」を算定した場合には、「手術・処置1」欄中、「あり」(造影剤注入手技 静脈造影カテーテル法 E0034 あり)を選択できるのか。

(答) 選択できない。

(4) 「その他(定義副傷病名等)」について

(問3-4-1) 「網膜剥離」については、「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが、いずれの診断群分類区分に該当するかは、一手術で判断するのか、一入院で判断するのか。

(答) 一入院で判断する。

(問3-4-2) 「白内障、水晶体の疾患」について、一入院中において、片眼に白内障の手術を、もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合、重症度等は、「両眼」を選択するのか。

(答) 「片眼」を選択する。

るのであれば、全てのDPC対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

(問5-6)「A204-2 臨床研修病院入院診療加算」について「実際に臨床研修を実施している月に限り加算できる」とあるが、臨床研修を実施している月と実施していない月で係数が異なることになるのか。

(答) そのとおり。

(問5-7)「A244 病棟薬剤業務実施加算(1 病棟薬剤業務実施加算1)」を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

(答) 一連の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。

(問5-8) 第2部入院料等の通則8に掲げる栄養管理体制に係る減算に該当する場合、入院日Ⅲまでの期間は当該機能評価係数Ⅰを合算して包括算定するが、入院日Ⅲを超えた日以降は医科点数表に基づき1日につき40点を減じて算定するのか。

(答) そのとおり。

(問5-9) DPC対象病院において、入院している患者が包括評価の対象外である場合、データ提出加算は算定することができるか。

(例1) 医科点数表算定コードに該当し、入院初日から退院日まで医科点数表で算定した場合

(例2) 入院日Ⅲを超えて医科点数表により算定することになった場合

(答) 「一連」の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。ただし、診断群分類点数表で算定した期間が1日もなければ、退院日にデータ提出加算を算定することができる。(例1は算定可、例2は算定不可)

(問5-10) ①DPC算定病棟(包括評価の対象)→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟(包括評価の対象外)と転棟した事例につ

いて、③の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。また、②DPC算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、③DPC算定病棟（包括評価の対象外）の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。

(答) いずれの場合も、①DPC算定病床（包括評価の対象）において機能評価係数Ⅰの「データ提出加算」で既に評価されているため、算定することができない。

## 6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

(問6-1) 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院し、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

(答) 算定することができない。

(問6-2) 外来で月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

(答) 算定することができる。

(問6-3) 外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 初診料を算定することはできるが、再診料又は外来診療料（時間外加算等を除く。）については算定することはできない。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

(問6-4) 医科点数表の留意事項通知では「A243 後発医薬品使用体

制加算」はDPC対象病棟に入院している患者を除き算定するとされている。しかし、DPCの留意事項通知では同加算は診断群分類点数表に含まれる費用から除かれている。DPC対象病棟に入院している場合、全ての患者について同加算は算定することができないのか。

(答) 算定することができない。診断群分類点数表に含まれない費用については医科点数表に従い算定の可否を判断すること。

(問6-5) 医科点数表の「在宅医療」に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。

(答) 「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

(問6-6) 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則1に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問6-7) 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則3に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問6-8) コロンブラッシュ法については、「D311 直腸鏡検査」の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は「N004 細胞診」の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は「N001 電子顕微鏡病理組織標本作製」の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 合算した点数を算定することができる。

(問6-9) 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」については、写真診断

り算定した結果、1,000点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができない。

(問6-21) 診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。

(答) 診断群分類区分の内容にかかわらず、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

(問6-22) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また、輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち、「手術」の部において評価されるものについては、別に医科点数表により算定することができる。

(問6-23) 包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

(答) 医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

(問6-24) 「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」を実施した場合、注7に掲げる加算は算定できるのか。

(答) 算定することができる。

(問6-25) 「L100及びL101 神経ブロック」は別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

(答) そのとおり。

(問6-26) 出来高算定可能な抗HIV薬には、「後天性免疫不全症候群(エ

イズ)患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問6-27) 手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤(例:腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等)は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

(答) 手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。

(問6-28) グランツマン血小板無力症患者(GP IIb-IIIa及び/又はHLAに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの)に使用する「血液凝固第Ⅶ因子製剤(エプタゴルアルファ(活性型)(遺伝子組換え))」は出来高で算定することができるのか。

(答) 算定できる。

## 7. 特定入院料の取扱いについて

(問7-1) 1日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。

(答) 従来どおり、医科点数表、基本診療料の施設基準等に基づき、所定の手続を行う。

(問7-2) 「特定集中治療室管理料」を14日算定していた患者が引き続き「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病床に転床した場合、21日目まで15日以上21日以内の期間の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

(問7-3) 一度目の入院時に「救命救急入院料」を限度日数に満たない日数分算定し、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内

に再入院した場合で「救命救急入院料」算定可能病室に入室した際、限度日数までの「救命救急入院料」は算定可能となるのか。

(答) 1回の入院期間とみなし、算定することができない。特定入院料の算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。

(問7-4) 診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合は、退院期間中の日数は入院期間として算入しないが、「小児入院医療管理料」を継続して算定している場合、退院期間中の日数は「小児入院医療管理料」に係る期間として算入しないのか。

(答) そのとおり。

(問7-5) 包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定している期間においては、その期間中に実施した心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。

(答) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料については、診断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれていないため算定することができる。なお、包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算については、特定入院料に係る加算の種類により算定できる範囲が異なるため注意すること。

## 8. 入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

(問8-1) 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬剤料（制吐剤等）は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤（併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限る。）に係る薬剤料については算定することができない。また、生理食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料も算定することができない。

(問8-2) 入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患

者について、入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。

(答) 算定することができる。

(問 8 - 3) 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合であって、手術・処置等 2 の分岐が「2 放射線療法」「3 化学療法ありかつ放射線療法なし」となっている D P C コードについて、化学療法と放射線療法を実施したため、分岐 2 を選択した場合は、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

(問 8 - 4) 悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば「D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査 あり」を手術・処置等 1 の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、「D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査」に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

## 9. 同一傷病での再入院の取扱いについて

(問 9 - 1) 包括評価の対象患者が退院日同日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。

(答) 例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院をする場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない場合の再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院を入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について、再入院日の所定診断群分類点表により包括される点数は算定できないものとする。

(問 9 - 2) 「一連」の入院とみなす 7 日以内の再入院は、「診断群分類番号の上 2 桁が同一の場合」とされているが、再入院時の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に「一連」か否

分を決定し算定する。

(問9-7) 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

(答) D P C 算定病棟以外の病棟から D P C 算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類番号上 2 桁が同一である傷病で転棟日から起算して 7 日以内に D P C 算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

(問9-8) 同一傷病に該当するか否かは診断群分類番号の上 2 桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。(例) 半月板損傷 (160620) にて入退院後、7 日以内に上腕骨骨折 (160730) にて入院

(答) そのとおり。

(問9-9) D P C 対象病院において、短期滞在手術等基本料 3 を算定した後、7 日以内に同一傷病で再入院した場合、どのように算定するのか。

(答) 前回入院で短期滞在手術等基本料 3 を算定した場合は、同一傷病による再入院の際も D P C 包括評価の対象外として取り扱うこと。

## 10. 退院時処方について

(問10-1) 退院時処方は、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

(問10-2) 診断群分類番号上 2 桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して 7 日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

(答) 退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類番号上2桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

(問10-3) 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

(問10-4) 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日もしくは前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

(答) 土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定は取り下げること。

(問10-5) 「フォルテオ皮下注キット600 $\mu$ g」について、入院中に薬剤料を算定する場合は、フォルテオ皮下注キット600 $\mu$ gの薬価を28(日分)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされているが、入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 $\mu$ gについて、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとするのは可能か。

(答) 入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 $\mu$ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものとして差し支えない。

(問10-6) 上記問10-6で入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 $\mu$ 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。

(問10-7) 介護老人福祉施設に退院する場合、退院時処方薬剤料は別に算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

#### 1 1. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

(問11-1) D P C 算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

(答) D P C 算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用(対診が実施された場合の初・再診料及び往診料は除く。)は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い、当該医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。D P C 算定病棟に入院している患者については、算定方法にかかわらず(診断群分類点数表・医科点数表のいずれで算定していても)同じ取扱いである。また、D P C 算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床(例：地域包括ケア入院医療管理料)に入院している患者についても同じ取扱いである。

(問11-2) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたD P C の包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

(問11-3) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたD P C の包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

なった日となるのか。

(答) そのとおり。

(問13-5) 入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつか。また、その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、当該入院すべてを医科点数表に基づき再請求をする。

(問13-6) 臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、退院時に診断群分類区分に該当する場合には、前月分を当該診断群分類区分により再請求する。

(問13-7) 入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は入院期間すべてを医科点数表に基づき算定をする。

(問13-8) 入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、再度包括評価の対象となる。

(問13-9) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日Ⅲを超えて医科点数表に

よる算定を行っている場合はどのように請求するのか。

(答) 入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

#### 1 4. 平成28年改定に係る経過措置について

(問14-1) 改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定後そうではなく、かつ、「手術・処置等2」に分岐がない場合、当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。

(答) 当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない。）ことから、診断群分類区分をツリー図上の分岐の区分に従い決定する。改定後も引き続き告示がされている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。

(問14-2) 改定を挟んで7日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどのようになるのか。

(答) 診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とする。

(問14-3) 改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を3月中に実施した場合で4月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追加された分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

(問14-4) 改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について、4月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。

(例1) 3月29日に入院し、改定前は入院日Ⅲが3日で改定後は入院日Ⅲが4日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求。

(例2) 3月28日に入院し、改定前は入院日Ⅲが3日で改定後は入院日Ⅲが5日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求。

(答) 例1及び例2、いずれの場合も診断群分類点数表に基づき算定する。

平成28年3月31日以前の来局についても対象となるか。

(答) 貴見のとおり。

(問24) 薬剤服用歴管理指導料「1」について、「原則過去6月内に処方せんを持参した患者」とあるが、6月を超えた処方せんであっても、当該指導料を算定するのはどのようなケースか。

(答) 1回の投薬が6ヶ月を超える場合の次回来局時などが考えられる。

(問25) 手帳を持参していない患者に対して、患者から求めがなければ手帳に関する説明をしなくても50点を算定可能か。

(答) そのような患者については、手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者が手帳を用いない場合はその旨を薬剤服用歴の記録に記載することとしているため、手帳に関する説明を全くしていない場合は薬剤服用歴管理指導料を算定してはならない。

(問26) 乳幼児服薬指導加算について、「指導の内容等について、手帳に記載すること」とされているが、手帳を持参していない患者に対して、手帳を交付又は手帳に貼付するシール等を交付した場合であっても、当該加算を算定できると理解してよいか。

(答) 乳幼児服薬指導加算については、手帳を利用しているが手帳を持参し忘れた患者にはシール等を交付することでよいが、手帳を利用していない患者に対しては手帳を交付した場合に算定できるものであること。

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27) 薬剤情報提供料(医科)の手帳記載加算や、薬剤服用歴管理指導料(調剤)の算定に当たっては、薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳(経時的に薬剤の記録が記入でき、必要事項を記録する欄があるもの)を用いることとされているが、算定のために必須のこれらの欄に加えて、医療・介護サービスを提供する事業者等による情報共有及び連携のため、患者自らの健康管理に必要な情報の記録(患者の状況・治療内容・サービス提供の状況等)を含めて総合的に記載することができる手帳についても、当該手帳として用いても差

し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問28) 患者が電子版の手帳を持参してきたが、保険薬局が提携している電子版の手帳の運営事業者と患者が利用する電子版の手帳の運営事業者が異なる場合や運営事業者と提携していない保険薬局の場合など、薬剤師が薬局の電子機器等から患者の手帳の情報を閲覧できない場合はどのようなになるのか。

(答) 電子版の手帳については、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）の「第二 提供薬局等が留意すべき事項」の4（2）に規定する一元的に情報閲覧できる仕組みが公益社団法人日本薬剤師会より提供されているので（平成28年4月1日より）、当該仕組みの活用により、患者から手帳の情報が含まれる電子機器の画面を直接閲覧することなく情報把握することを原則とする。

このような仕組みが活用できない保険薬局においては、受付窓口等で患者の保有する手帳情報が含まれる電子機器の画面を閲覧し、薬剤服用歴に必要情報を転記した場合に限り、薬剤服用歴管理指導料を算定可能とする。この際、患者の保有する電子機器を直接受け取って閲覧等を行おうとすることは、患者が当該電子機器を渡すことを望まない場合もあるので、慎重に対応すること。

なお、このような方法で情報を閲覧等できない場合は、患者が手帳を持参していない場合の点数（50点）を算定するのではなく、薬剤服用歴管理指導料自体が算定できないことに留意すること。

(問29) 上記の保険薬局において、手帳に記載すべき情報はどのように提供すべきか。

(答) 「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）で示しているとおり、QRコード等により情報を提供すること。

#### 【重複投薬・相互作用等防止加算】

(問30) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定対象の範囲について、「そのほか薬学的観点から必要と認める事項」とあるが、具体的にはどのような内容が含まれるのか。

(答) 薬剤師が薬学的観点から必要と認め、処方医に疑義照会した上で処方に変更された場合は算定可能である。具体的には、アレルギー歴や副作用歴などの情報に基づき処方変更となった場合、薬学的観点から薬剤の追加や投与期間の延長が行われた

(問44) 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施設基準について、M&Aで店舗を買収した場合、買収前の薬局における在籍期間を買収後の在籍期間に含めることは可能か。

(答) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、当該期間を在籍期間に含めることは可能。

(問45) 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施設基準における研修要件について、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱うこととされているが、施設基準の届出時に研修要件に係る内容の添付は不要と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

平成29年3月31日以前に当該施設基準の届出をした保険薬局のうち、研修要件に係る内容の添付をしていない保険薬局については、平成29年4月1日以降に継続して当該指導料等を算定する場合は、研修要件に係る内容を添付して改めて施設基準を届け出る必要がある。

なお、平成29年3月31日までの期間であっても、研修要件に係る内容を添付して届出をした保険薬局については、平成29年4月1日以降も継続して当該要件を満たしている場合は新たに届け出る必要はない。

(問46) 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に関する施設基準の研修要件について、「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること」とされているが、「等」には日本学術会議協力学術研究団体である一般社団法人日本医療薬学会の認定制度は含まれるか。

(答) 含まれる。

(問47) 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施設基準として、「医療に係る地域活動の取組に参画していること」とあるが、具体的にはどのような取組が該当するか。

(答) 地域の行政機関や医療関係団体等が主催する住民への説明会、相談会、研修会等への参加や講演等の実績に加え、学校薬剤師として委嘱を受け、実際に児童・生