

事務連絡
平成30年4月25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） 御中
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）

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3）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43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30年3月5日保医発0305第2号）等により、平成30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3のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

医科診療報酬点数表関係

【在宅患者支援療養病床初期加算、在宅患者支援病床初期加算】

問1 療養病棟入院基本料の注6の在宅患者支援療養病床初期加算及び地域包括ケア病棟入院料の注5の在宅患者支援病床初期加算の算定要件に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、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」とあるが、具体的にどのような支援を行えばよいか。

(答) 人生の最終段階における医療・ケアに関する当該患者の意思決定について、当該患者の療養生活を支援していた関係機関(介護保険施設や在宅療養支援を行う医療機関等)と連携し、情報の共有を図ること。患者本人の意思決定やその支援に関する情報が得られない場合については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人や家族等のほか、必要に応じて関係機関の関係者とともに、話し合いを繰り返し行う等の支援を行うこと。ただし、ここでいう支援は、画一的に行うものではなく、患者の病状や社会的側面を考慮しながら支援の実施の必要性について個別に評価した上で行うことをいう。

【在宅復帰機能強化加算】

問2 疑義解釈資料の送付について(その1)(平成30年3月30日付け事務連絡)の問71において、療養病棟入院基本料の注10の在宅復帰機能強化加算について、同一入院料の病棟が複数ある場合、当該加算を届け出するためには、同一入院料の病棟全体で当該加算の要件を満たす必要があるとされたが、平成30年3月31日時点で当該加算を算定している病棟については経過措置が設けられているため、この場合は、平成30年9月30日まで、当該加算を届け出た病棟と届け出ない病棟があってもよいか。

(答) よい。なお、平成30年10月1日以降も引き続き算定する場合は、同一入院料の病棟全体で加算の要件を満たしている必要があるため、同9月30日までに要件を満たしていることについて改めて届け出を行うこと。

【救命救急入院料・脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

問3 救命救急入院料1並びに3及び脳卒中ケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度の評価については、平成30年9月30日まで経

過措置があるが、平成 30 年 10 月 1 日以降も引き続き当該入院料を算定するために届出を出す場合、実績が必要となるが、いつから評価すればよいか。

(答) 平成 30 年 10 月 1 日以降も引き続き算定する場合、救命救急入院料 1 及び 3 については、院内研修を受講したものが少なくとも平成 30 年 9 月 1 日より評価を行う必要があり、脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、院内研修を受けたものが少なくとも平成 30 年 7 月 1 日より評価を行う必要があるが、当該病棟に院内研修を受けた者がいない場合は、9 月 30 日までは院内研修受講前のものが評価して差し支えない。

【特定集中治療室管理料】

問 4 特定集中治療室管理料の注 4 に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に求める早期離床・リハビリテーションに係るチームについて、①「集中治療に関する 5 年以上の経験を有する医師」とあるが、特定集中治療室管理料 1 及び 2 の施設基準に規定する医師と同様に「関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講していること」が必要か。②「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」とはどのようなものがあるか。

(答) ①集中治療（集中治療部、救命救急センター等）での勤務経験を 5 年以上有する医師であればよく、関係学会が行う特定集中治療に係る講習会等の研修受講の必要はない。

②当該加算の研修については「疑義解釈資料の送付について（その 1）」（平成 30 年 3 月 30 日付け事務連絡）の問 106 と同様である。

【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】

問 5 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の 1 及び 3 の施設基準において、介護保険法第 8 条第 2 項に規定する訪問介護等を提供している施設が「当該保険医療機関と同一の敷地内にあること」とされているが、当該保険医療機関が介護保険法における保険医療機関のみなし指定を受けて、施設基準で求められている訪問看護等を提供している場合も、要件を満たすと考えてよいか。

(答) 保険医療機関がみなし指定を受けて、訪問看護等を提供している場合も、施設基準をみたらす。

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

問 6 小児抗菌薬適正使用支援加算について、急性上気道炎とその他の疾患で受診した患者に対して、軟膏や点眼の抗菌薬を処方した場合は当該加算の対象となるか。

(答) 軟膏や点眼薬などの外用の抗菌薬を処方した場合は、当該加算を算定できる。

【乳腺炎重症化予防ケア・指導料】

問7 区分番号「B001」の「29」乳腺炎重症化予防ケア・指導料について、「乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師」が実施した場合に算定するとあるが、この医師及び助産師は、施設基準で配置が求められている医師及び助産師を指すと考えてよいか。

(答) 施設基準で規定する医師又は助産師が実施した場合に算定できる。

【療養・就労両立支援指導料】

問8 区分番号「B001-9」療養・就労両立支援指導料に係る相談体制充実加算について、「国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修」とあるが、具体的に何を指すのか。

(答) 現時点では、独立行政法人労働者健康安全機構の主催する両立支援コーディネーター基礎研修等を指す。

【ハイリスク妊産婦連携指導料1】

問9 区分番号「B005-10」ハイリスク妊産婦連携指導料1について、「原則として当該保険医療機関を受診する全ての妊産婦を対象に、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していること。」とあるが、妊産婦が急性外傷等で救急外来を受診した場合や感冒等で内科外来を受診した場合についてもスクリーニングを実施する必要があるか。

(答) 産科又は産婦人科以外の診療科を受診した場合については、原則としてスクリーニングを実施する必要はない。

問10 「原則として当該保険医療機関を受診する全ての妊産婦を対象に、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していること。」とあるが、市町村等において妊産婦にメンタルヘルスのスクリーニングが実施されている場合についても、当該保険医療機関で重複してスクリーニングを実施する必要があるか。

(答) 妊娠中及び産後それぞれにおいて、メンタルヘルスのスクリーニングを

適切に実施していることが必要であり、市町村等においてメンタルヘルスのスクリーニングが実施されている場合については、必ずしも当該保険医療機関で重複してスクリーニングを実施する必要はないが、市町村等とメンタルヘルスのスクリーニングの結果に関して適切に情報共有することが望ましい。

【在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料】

問 11 平成 30 年 3 月 30 日付け医療保険と介護保険の給付調整に関する通知において、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービス利用中の患者に限る。）について、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定できるとあるが、宿泊サービスの利用日の日中に訪問診療を行った場合でも当該診療料等を算定できるか。

(答) 訪問診療については、宿泊サービス利用中の患者に対して、サービス利用日の日中に行った場合も、当該診療料等を算定できる。

【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、精神科訪問看護・指導料、訪問看護療養費】

問 12 平成 30 年 3 月 30 日付け医療保険と介護保険の給付調整に関する通知において、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性憎悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要な患者で宿泊サービス利用中に限る。）について、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、精神科訪問看護・指導料又は訪問看護療養費を算定できるとあるが、宿泊サービスの利用日の日中に訪問看護を行った場合でも当該指導料等を算定できるか。

(答) 訪問看護については、宿泊サービス利用中の患者に対して、サービス利用日の日中に行った場合は、当該指導料等は算定できない。

【特別養護老人ホーム（特養）入所者に対する配置医師以外の保険医の診療】

問 13 特養入所者に対する配置医師以外の保険医の診療については、緊急の場合を除き、配置医師の求めがあった場合のみ診療報酬を算定できるとされたが、文書による求めが必要か。

(答) 必ずしも文書によるものではない。例えば、入所者本人又は入所者の家族を通じ、配置医師が当該保険医による診療の必要性を認めていることが確認できる場合には、配置医師の求めがあったものとして取り扱う。

歯科診療報酬点数表関係

【初診料の注1】

問1 初診料の注1に規定する施設基準において、「1年以内に保険医療機関の新規指定を受けた保険医療機関が届出を行う場合については、届出を行った日の属する月の翌月から起算して6月以上経過した後、1年を経過するまでに様式2の6による再度の届出を行うこと」とされているが、新医療機関等として旧医療機関等の患者を引き続き診療すること等、診療実態が変わらないため遡及指定を受ける場合においては、旧医療機関の実績に基づき、様式2の6の「2 当該保険医療機関の平均患者数の実績」を記載してよいか。また、その場合に再度の届出が必要か。

(答) 記載してよい。その場合においては、再度の届出は不要である。

【歯科外来診療環境体制加算1、2】

問2 平成30年3月31日において現に歯科外来診療環境体制加算を算定していた保険医療機関が、歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2の届出を行う場合において、再度研修を受講する必要があるか。

(答) 平成30年3月31日時点において、歯科外来診療環境体制加算の施設基準の届出を行っている場合は、再度の研修受講は不要である。(研修を受講した歯科医師に変更がない場合は、研修会の修了証の写し又は最初に当該施設基準の届出を行った際の副本の写しの提出は不要)

なお、この場合において、様式4の「2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等」の欄には、「研修届出済み」と記載すること。

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、在宅療養支援歯科診療所1、2】

問3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所又は在宅療養支援歯科診療所について、平成30年3月31日までに届出を行っている医療機関が経過措置期間中に再度の届出を行う場合において、旧施設基準と重複する研修を再度受講する必要があるか。

(答) 研修受講歯科医師の変更がない場合においては、重複する研修内容の再度の受講は必要ない。(研修を受講した歯科医師に変更がない場合は、研修会の修了証の写し又は最初に当該施設基準の届出を行った際の副本の写しの提出は不要)

なお、この場合において、様式17の2の「5 歯科疾患の継続管理等に係る研修」の欄又は様式18の「3 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講

歴等」には、追加で受講した研修に関する内容を記載し、高齢者の心身の特徴等（旧施設基準と重複する研修）は届出済みである旨を記載すること。

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】

問4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、平成30年3月31日までに届出を行っている医療機関が経過措置期間中に再度の届出を行う場合において、歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準を同時に届け出ても差し支えないか。

(答) 差し支えない。この場合において、様式17の2の「2 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出状況」の欄には「届出中」と記載すること。

問5 区分番号「I011-2-2」歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定していた患者について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準を取り下げた場合に、区分番号「I011-2」歯周病安定期治療（Ⅰ）に移行して差し支えないか。

(答) 施設基準を満たさなくなった場合に限り、歯周病安定期治療（Ⅱ）から歯周病安定期治療（Ⅰ）に移行しても差し支えない。

【歯科疾患管理料】

問6 口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の患者に対して、区分番号「B000-4」歯科疾患管理料を算定し、継続的な管理を行う場合に、管理計画にはどのような内容を記載すればよいか。

(答) 管理計画の作成に当たっては、「口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方」（平成30年3月日本歯科医学会）又は「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考にし、これらに示されている管理計画書の様式又はこれに準じた内容を記載した様式を用いること。

また、小児口腔機能管理加算又は口腔機能管理加算を算定する場合の指導・管理内容の診療録記載又は指導・管理に係る記録についても、「基本的な考え方」に示されている様式又はこれに準じた内容を記載した様式を用い、診療録に記載する場合は、これらに準じた内容を記載すること。

問7 口腔機能管理加算について、「咀嚼機能低下（区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）、低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）」のいずれかに該当する患者」とある

が、口腔機能低下症が疑われる患者に対して有床義歯等の新製を行う場合において、区分番号「D011」有床義歯咀嚼機能検査を算定し、咀嚼能力測定又は咬合圧測定を実施した場合に当該加算は算定できないのか。

(答) 区分番号「D011」有床義歯咀嚼機能検査を算定し、咀嚼能力測定又は咬合圧測定を実施した患者については、区分番号「D011-2」咀嚼能力検査又は区分番号「D011-3」咬合圧検査を算定したものとみなして差し支えない。

問8 口腔機能管理加算について、口腔機能低下症の診断を行うにあたり、区分番号「D011-2」咀嚼能力検査と区分番号「D012」舌圧検査の両検査を実施した場合に、それぞれの検査について算定できるか。また、区分番号「D011-3」咬合圧検査と区分番号「D012」舌圧検査はどうか。

(答) 咀嚼能力検査と舌圧検査のそれぞれについて算定できる。また、両検査を同日に算定しても差し支えない。咬合圧検査と舌圧検査についても同様に算定可能。

【歯科衛生実地指導料】

問9 区分番号「B001-2」歯科衛生実地指導料について、対象疾患が「歯科疾患」となったが、傷病名が①「欠損歯(MT)」(有床義歯に係る治療のみを行っている場合)、②「顎関節症」、「歯ぎしり」のみの場合に算定できるか。

(答) ①②については、いずれも算定できない。

【歯周病患者画像活用指導料】

問10 区分番号「B001-3」歯周病患者画像活用指導料について、留意事項通知(1)において、歯科疾患管理料、周術期等口腔機能管理料(I)、周術期等口腔機能管理料(II)、周術期等口腔機能管理料(III)、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料(以下、歯科疾患管理料等)を算定している患者に対して算定することとなっているが、歯周病患者画像活用指導料を算定する月に歯科疾患管理料等を算定していることが必要か。

(答) 同一初診期間内に歯科疾患管理料等を算定していれば、同月に算定していなくても歯周病患者画像活用指導料を算定して差し支えない。

【歯科訪問診療料】

問11 区分番号「C000」歯科訪問診療料の注13を算定する場合に、注5、

注6、注7、注8、注9、注11及び注15に規定する加算は算定可能か。

(答) 注5、注6、注8、注9については算定可能。
注7、注11、注15については算定できない。

問12 特別の関係にある施設等へ訪問して歯科診療を行い、初診料若しくは再診料及び特掲診療料を算定した場合において、注5、注6、注7、注8、注9、注11及び注15に規定する加算は算定可能か。

(答) 算定して差し支えない。ただし、その場合において、診療報酬明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

【訪問歯科衛生指導料】

問13 区分番号「C001」訪問歯科衛生指導料の留意事項通知(2)において、「当該建築物において訪問歯科衛生指導を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、訪問歯科衛生指導を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定すること」とあるが、「当該建築物」とはどのような建物が対象となるのか。

(答) 次に掲げる施設を除く集合住宅等が対象となる。

- ・養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」（平成20年厚生労働省令第107号）附則第2条第1号に規定する軽費老人ホームA型に限る）
- ・特別養護老人ホーム
- ・有料老人ホーム
- ・高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年4月6日法律第26号）第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅
- ・認知症対応型共同生活介護事業所
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院
- ・短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護

【歯科疾患在宅療養管理料】

問14 区分番号「C001-3」歯科疾患在宅療養管理料の留意事項通知(13)において、居宅療養管理指導費を算定した場合において歯科疾患在宅療養管理料を算定したものとみなすことができることが記載されているが、この場合において、当該管理料に係る文書提供加算、在宅総合医療管理加算、栄養サポー

トチーム等連携加算 1 又は栄養サポートチーム等連携加算 2 は算定できるか。

(答) いずれも算定できない。

【咬合調整】

問 15 区分番号「I000-2」咬合調整の留意事項通知(4)について、

①「新たな義歯の製作又は義歯修理の実施 1 回につき「1 1 歯以上 10 歯未満」又は「2 10 歯以上」のうち、いずれか 1 回に限り算定する」とあるが、上下顎同時に新たな義歯を製作する場合又は義歯修理を行う場合において、上顎と下顎のそれぞれについて算定できるか。

②「修理を行った有床義歯に対して、再度、義歯修理を行う場合については、前回算定した日から起算して 3 月以内は算定できない」とあるが、1) 修理を行ってから 3 月以内に有床義歯の新製を行う場合 2) 有床義歯の新製後、3 月以内に有床義歯の修理を行う場合に算定できるか。

(答) ①いずれの場合も算定できない。

② 1)、2) のいずれの場合も算定できない。

【暫間固定】

問 16 区分番号「I014」暫間固定において、「外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合」について除去料が算定できる取扱いとなったが、この場合において除去料はどの区分により算定すればよいか。

(答) 区分番号「I020」暫間固定装置の除去(1 装置につき)により算定する。

【口腔内装置】

問 17 区分番号「I017」口腔内装置の「顎関節治療用装置」を「2 口腔内装置 2」により製作する場合において、咬合採得は算定できるか。

(答) 算定できない。

【機械的歯面清掃処置】

問 18 区分番号「I030」機械的歯面清掃処置について、対象疾患が「歯科疾患」となったが、傷病名が①「欠損歯(MT)」(有床義歯に係る治療のみを行っている場合)、②「顎関節症」、「歯ぎしり」のみの場合に算定できるか。

(答) ①②のいずれも算定できない。

【口腔粘膜処置、レーザー機器加算】

問 19 「疑義解釈資料の送付について」(平成 30 年 3 月 30 日事務連絡)別添 3

の間 35 (答) において、「添付文書の使用目的に、レーザー手術装置 (I) の定義に該当する、口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が含まれていないレーザー機器は対象とならない」とあるが、「う蝕除去・窩洞形成用レーザー」又は「歯石除去用レーザー」として既に保険適用されている機器でレーザー手術装置 (I) の定義に該当するものはすべて使用可能か。

(答) 「う蝕除去・窩洞形成用レーザー」又は「歯石除去用レーザー」として既に保険適用されている機器であっても、「レーザー手術装置 (I)」として保険適用された機器以外は使用できない。また、「レーザー手術装置 (II)」についても同様に、保険適用された機器以外は使用できない。

なお、毎月新たに保険適用となる機器については「医療機器の保険適用について」(平成 30 年 4 月 1 日保険適用開始機器については(保医発 0330 第 4 号平成 30 年 3 月 30 日)、以後毎月発出)を確認のうえ、施設基準の届出を行うよう留意すること。

【歯科矯正】

問 20 区分番号「N014-2」牽引装置について、区分番号「N022」ダイレクトボンドブラケットは所定点数に含まれ別に算定できない取扱いであるが、区分番号「N008」装着及び区分番号「N009」撤去の費用は別に算定できるか。

(答) 装着及び撤去に係る費用は、区分番号「N014-2」牽引装置の所定点数に含まれ別に算定できない。

【診療報酬明細書】

問 21 区分番号「I000-2」咬合調整に関する診療報酬明細書の記載事項について、留意事項通知の(1)のイからホまでのいずれに該当するものを記載することとなっているが、平成 30 年 9 月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合において、「傷病名部位」欄から明らかである場合は記載を省略して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

問 22 区分番号「I017」口腔内装置に関する診療報酬明細書の記載事項について、留意事項通知の(1)のイからリまでに規定するものの中から該当するものを記載することとなっているが、平成 30 年 9 月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合において、「傷病名部位」欄から当該装置の種類が明らかである場合は装置名(レセプト表示文言)の記載を省略して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

医科・歯科・調剤報酬点数表関係

【診療報酬明細書の記載要領】

問1 別表I「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」により示されている診療報酬明細書の「摘要」欄に記載する事項等について、電子レセプト請求による請求の場合は平成30年10月診療分以降については該当するコードを選択することになったが、平成30年9月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合においても、当該一覧の「左記コードによるレセプト表示文言」のとおり記載するのか。

(答) 必ずしも当該文言のとおり記載する必要はないが、その旨がわかる記載又は当該診療行為に係る記載事項であることがわかる記載とすること。