

■診療報酬算定のための

施設基準等の事務手引（平成28年4月版） 追補(2)

平成28年12月 社会保険研究所

以下の通知、事務連絡等により、本書の内容に一部訂正、追加情報がありましたので追補いたします。

- 平成28年9月29日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 新たに設定された人工中耳用材料の施設基準に係る届出の取扱いについて
- 平成28年9月29日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 平成28年熊本地震に伴う保険診療関係等の特例措置の期間について
- 平成28年11月17日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その8）
- 平成28年11月17日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 平成28年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
- 平成28年11月24日 厚生労働省保険局歯科医療管理官事務連絡 歯科用薬剤「リグロス歯科用液キット」の算定について
- 平成28年11月30日 保医発1130第2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」等の一部改正について

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
689	取扱い通知 〔特掲診療料の施設基準等（通則事項）〕	下から23行目 (5) 後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準	(5) 後発医薬品調剤体制加算、 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準 【編注；後発医薬品使用体制加算は基本診療料A243の施設基準→442頁参照】
703		表3 内視鏡手術用支援機器加算 → 腔鏡下前立腺悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	〔削除〕
811	診療報酬 留意事項通知 〔B008 薬剤管理指導料〕	左段下から19行目 血液凝固阻止剤、	血液凝固阻止剤 <u>（内服薬に限る。）</u> 、
907	診療報酬 留意事項通知 〔D023・7 HPV核酸検出、HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）〕	右段下から5行目の次に追加	◇ 百日咳菌核酸検出 [㊦] ア 百日咳菌核酸検出は、区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「7」HCV核酸検出、HPV核酸検出、HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の所定点数に準じて算定する。 イ 本検査は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床診断例の定義を満たす患者に対して、LAMP法により測定した場合に算定できる。
1423	診療報酬 留意事項通知 〔歯科C000 歯科訪問診療料〕	左段上から14行目 (5)のイの場合	(5)のイ又は(7)の場合
1560	診療報酬 留意事項通知 〔調剤10 薬剤服用歴管理指導料〕	右段下から16行目 血液凝固阻止剤、	血液凝固阻止剤 <u>（内服薬に限る。）</u> 、
(1583) 頁番号なし	各地方厚生(支)局・都府県事務所等一覧	宮崎事務所所在地 〒880-0001 宮崎市橘通西1-2-17 宮崎橘通ビル6階	〒880-0816 宮崎市江平東2-6-35 3階 【平成28年12月26日(月)移転】

※次の様式の赤字部分を訂正

頁	該当項目	該当様式	本追補の頁
特掲診療料			
782	B001-3-2 ニコチン依存症管理料	様式8	本追補3枚目
845	在宅療養支援診療所	様式11	本追補5枚目

1229頁 特掲診療料 【100-15】 K328 人工内耳植込術

関係事務連絡

新たに設定された人工中耳用材料の施設基準に係る届出の取扱いについて

（平成28年9月29日 厚生労働省保険局医療課）

人工中耳用材料については、「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」等の一部改正について（平成28年8月31日保医発0831第2号）別添2において新たに施設基準を設けたところです。

今般、新たに施設基準の届出を行った場合等の取扱いについては、下記のとおりとするので、保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図るとともに、その取扱いに遺漏のないようご協力をお願いいたします。

記

- 1 人工中耳用材料の施設基準の届出については、「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第7号）Iの3の(105)オによること【→追補(1)13枚目参照】。
- 2 人工中耳用材料の施設基準の届出については、「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」（平成28年3月4日保医発0304第2号）第2の8の規定にかかわらず、届出書の提出があった場合には、速やかに要件審査をし、届出の受理が行われたものについては、受理日より算定することができるものとする。
- 3 今回新たに施設基準を設けた人工中耳用材料の届出の受理番号については、「(植補聴) 第 号」とするので、届出書の提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知すること。

なお、当該受理番号については、各地方厚生（支）局における取扱いの実情を踏まえ、当分の間、各地方厚生（支）局ごと又は各事務所ごとに書面等にて管理することも差し支えない。

様式 8

ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 禁煙治療を担当する医師（禁煙治療の経験を有する医師が1名以上いること。）

氏名	禁煙治療の経験
	有 ・ 無
	有 ・ 無

- 2 専任の看護師又は准看護師（1名以上いること。）

氏名

- 3 当該保険医療機関に備えている呼気一酸化炭素濃度測定器の名称及び台数

機種名	メーカー名	台数
		台
		台
		台

- 4 その他（次の事項を満たしている場合に○をつけること。）

ア 禁煙治療を行っている旨の院内掲示をしている。

イ 敷地内が禁煙である。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

- 5 実績等（実績がある場合に記載すること。）

ニコチン依存症管理料の初回の治療の一年間の算定回数 （前年4月1日から当年3月末日までの一年間）	①	回
ニコチン依存症管理料の一年間の延べ算定回数 （前年4月1日から当年3月末日までの一年間における初回から5回目までの治療を含む）	②	回
・①及び②に係る期間	平成	年4月1日～平成
・治療の平均継続回数＝②／①		年3月31日
		回

[記載上の注意]

- 1 「5」については、平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日までの実績分については、記載が無くても差し支えない。ただし、その場合については、平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日までの実績を記載の上、再度届出を行う必要がある。
- 2 「5」について、実績のない保険医療機関が新規で届け出る場合、届出時点においては記載不要だが、過去 1 年間における実績ができ、引き続き算定する場合は、「5」を記載し再度届出を行う必要がある。
- 3 実績期間は、前年 4 月 1 日から当年 3 月 31 日までの期間とする。ただし、新規の届出を年度途中でを行う場合は、当該届出により算定を開始した月から翌 3 月までの期間における実績をもって、翌年度 7 月以降に算定する所定点数を判断する。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所			
(2) 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所			
(3) 「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所			
2 当該診療所の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	①		
	②		
	③		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する常勤の医師名
①		()床	
②		()床	
③		()床	
④		()床	
⑤		()床	
⑥		()床	
⑦		()床	
⑧		()床	
4 当該診療所における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 担当者が固定している場合			
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)			
・担当医師名:			
・看護職員名:			
・連絡先:			
5 24 時間往診が可能な体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 当該診療所の担当医師名:			
(2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名			
・名称:			
・担当医師名:			
6 24 時間訪問看護が可能な体制 (2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。)			

<p>(1) 当該診療所の担当看護職員名:</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先: <p>(3) 連携訪問看護ステーションの名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:
<p>7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)</p>
<p>(1) 当該診療所のみで確保</p> <p>(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: <p>(3) 連携保険医療機関のみで確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者:
<p>8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p>
<p>(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。</p> <p>(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。</p>
<p>9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出</p>
<p>(1) 届出の有無</p> <p>① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有 ・ 無)</p> <p>② 在宅療養実績加算1 (有 ・ 無)</p> <p>③ 在宅療養実績加算2 (有 ・ 無)</p>
<p>(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()</p>
<p>(3) 緩和ケア病棟又は1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師</p> <p>① 氏名 ()</p> <p>② 勤務を行った保険医療機関名 ()</p> <p>③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)</p>
<p>(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある常勤の医師 氏名 ()</p>

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		名
(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数		名
10 直近1月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
(1) 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数		名
(2) 往診又は訪問診療を実施した患者数		名
(3) 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (2) / (1)		%
11 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況		
(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師
①		患者の紹介を受けた日付
②		
③		
④		
⑤		
(2) 直近1月間の診療実績 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
① 在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③ ①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④ 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ② / (① + ②)		%
⑤ 要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 ③ / (① + ②)		%

[記載上の注意]

- 1 「3」は、「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。
- 2 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「4の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 5 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の54)を添付すること。

- 6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 7 「10」の(3)に規定する往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上の医療機関は、「11」を記入し、併せて「在宅療養支援診療所にかかる報告書(様式11の3)」を添付すること。

疑義解釈資料

その8（平成28年11月17日・事務連絡〈別添1・医科〉）

84頁 基本診療料 【4】 病院の入院基本料の施設基準等（通則事項）

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

問1 短期滞在手術等基本料を算定している患者の入院期間が延び、重症度、医療・看護必要度の評価が必要な入院料を算定する場合、重症度、医療・看護必要度の評価は、当該入院料を算定した日からよいか。

答 よい。

問2 一般病棟7対1の病棟に入院している患者が90日を超えて入院し、療養病棟入院基本料1の例により算定する場合、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価は行うのか。

答 「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」（平成28年3月4日保医発0304第1号）に記載のとおり、評価の対象は、一般病棟入院基本料（7対1）を届け出ている病棟に入院している全ての患者であり、当該患者についても対象に含まれる。

問3 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価において、A項目3点以上、C項目1点以上該当しており、基準を満たしている場合、A項目あるいはC項目のどちらか一方の得点について評価票等に計上すればよいか。

答 該当する項目の得点は全て計上する。

問4 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の共通事項において、「同一入院中に複数の手術等を実施し、実施日が異なる場合には、それぞれの手術日から起算して評価が可能である」とあるが、異なる疾患で別の日に2回目の手術を行った場合、最初の手術の評価期間と次の手術の評価期間が重なった日のC項目の合計得点は2点としてよいか。

答 異なる疾患で異なる評価項目に該当する場合はよい。

530頁 基本診療料 【76】 A303 総合周産期特定集中治療室管理料

問8 区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準において、「専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること」とされているが、出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れた場合、施設基準を満たしているといえるか。

答 満たしているといえない。当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。

ただし、救急搬送された母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入院することが想定される場合等、緊急かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。

664頁 基本診療料 【93】 A400 短期滞在手術等基本料

問9 短期滞在手術等基本料3を算定する病棟において、インターフェロン、酢酸リュープロレリン等の悪性腫瘍に対する効能を有する薬剤を使用した場合、短期滞在手術等基本料3の注5に規定されている「別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬」の抗悪性腫瘍剤として、薬剤料を算定可能か。

答 算定可能。

問10 短期滞在手術等基本料3の注5に規定されている「別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬」に「疼痛コントロールのための医療用麻薬」とあるが、フェンタニル、モルヒネ等を術中の疼痛コントロールとして使用した場合においても算定可能か。

答 算定不可。術中に使用した場合の費用は、別途算定できない。

988頁 特掲診療料 【70】 F100 処方料 F400 処方せん料

1546頁 付・特掲診療料 【18】 F200 薬剤

1548頁 付・特掲診療料 【20】 I002-2 精神科継続外来支援・指導料

問13 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成26年3月31日付け事務連絡）の間72において、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師については、日本精神神経学会が認定する精神科専門医

であることを証する文書及び日本精神神経学会が認定する研修を修了したことを証する文書を「別紙様式39」に添付して地方厚生（支）局長に届け出ることとされているが、他にどのような医師が精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に該当するのか。

答 当該要件への該当の可否については、個別に各地方厚生（支）局に確認されたい。

参考

その1（平成26年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【向精神薬多剤投与】

問72 向精神薬多剤投与を行った場合の減算の除外規定について、「抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式39を用いて地方厚生（支）局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認められた場合」とあり、別紙様式39で、このことを確認できる文書を添付することとされているが、何を指すのか。

答 日本精神神経学会が認定する精神科専門医であることを証する文書及び日本精神神経学会が認定する研修を修了したことを証する文書を添付すること。

1099頁 特掲診療料 【80】 H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

問14 「H007-4」リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準の(1)ウについて、「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日付け事務連絡）の問23で「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」にかかる要件を満たす研修として示したものの以外に、どのような研修があるか。

答 「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」においては、多層包帯法（MLLB）30時間以上、用手的リンパドレナージ（MLD）28時間以上等の研修とされており、当該要件への該当の可否については、個別に各地方厚生（支）局に確認されたい。

1383頁 特掲診療料 【113】 N通則6 保険医療機関間の連携による病理診断

問15 「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）の第2章の第13部病理診断の通則6において、「標本の受取側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本の送付側、標本の受取側の保険医療機関間における相互の合議に委ねる」とあるが、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第54号）の「第十四の二 病理診断 一 保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準」に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において、標本の送付側の保険医療機関（以下、「送付側」という。）が標本の受取側の保険医療機関（以下、「受取側」という。）に病理診断を依頼した場合であって、受取側が病理診断管理加算を届け出ている場合は、その届出内容に応じ、送付側において病理診断管理加算を算定することは可能か。

答 算定可能。

その8（平成28年11月17日・事務連絡〈別添2・歯科〉）

1403頁 特掲診療料 【118】 在宅療養支援歯科診療所

問6 「疑義解釈資料の送付について（その2）」（平成28年4月25日付け事務連絡）において、在宅療養支援歯科診療所の施設基準の再届出を行う際に、研修の受講者に変更がない場合は、研修会の修了証の写し又は最初に届出を行った際の副本の写しは不要であるとなっているが、様式18の「3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等」の欄に受講歯科医師名、研修名、受講年月日、研修の主催者、講習内容等を記載することが必要か。

答 研修受講歯科医師に変更がない場合については、受講歯科医師等の記載は不要である。この場合においては、「講習の内容等」の欄に、最初に届出を行った際の受理年月日（様式の副本に押印されている年月日）を「歯援診受理 ○年○月○日」とわかるように記載すること。受理年月日が不明な場合は、算定開始年月日を記載し、「歯援診算定開始 ○年○月○日」としても差し支えない。なお、算定開始年月日については、地方厚生（支）局のホームページを確認されたい。

1465頁 特掲診療料 【135】 歯科O000・注4 口腔病理診断管理加算

問2 「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)の第2章の第14部病理診断の通則2において、「標本の受取側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本の送付側、標本の受取側の保険医療機関間における相互の合議に委ねる」とあるが、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成28年厚生労働省告示第54号)の「第十四の二 病理診断 一 保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準」に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において、標本の送付側の保険医療機関(以下、「送付側」という。)が標本の受取側の保険医療機関(以下、「受取側」という。)に病理診断を依頼した場合であって、受取側が口腔病理診断管理加算を届け出ている場合は、その届出内容に応じ、送付側において口腔病理診断管理加算を算定することは可能か。

答 算定可能。

401頁 基本診療料 【100-15】 A234-2 感染防止対策加算

参 考

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

(平成28年3月4日 保医発0304第7号)(今回改正;平成28年11月30日 保医発1130第2号)

I・3・(10) 中心静脈用カテーテル

ウ 抗菌型は、区分番号「A234-2」感染防止対策加算「1」若しくは「2」の施設基準を満たす保険医療機関又は中心静脈ライン関連血流感染(以下「CLABSI」という。)に関するサーベイランスを実施している保険医療機関において、適切な感染防止対策を行ったうえで、下記のa又はbのいずれかに該当する患者に対し、関連学会が定める適正使用基準を遵守して使用した場合に限り算定できる。 ㊦

a 中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記のi～ivのいずれかに該当する患者

i 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者

ii 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者

iii 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が

重篤化する危険性が高い患者

iv 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者

b CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上当該カテーテルの留置が必要である患者

エ 抗菌型を使用する際には、下記について診療報酬明細書の「摘要欄」に記載すること。 ㊦

a 当該患者の症状詳記及び上記ウの該当項目

b 当該患者のアレルギー歴(特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること)

c 上記ウのbに該当する患者に対して使用する場合は、当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)におけるCLABSI発生率

826頁 特掲診療料 【33】 在宅療養支援診療所

参 考

**在宅療養支援診療所に対する電話対応代行サービスの実施に係る
健康保険法の取り扱いが明確になりました。**

～産業競争力強化法の「グレーゾーン解消制度」の活用～

（平成28年11月15日 経済産業省ニュースリリース）

産業競争力強化法に基づく「グレーゾーン解消制度」について、経済産業省所管の事業分野の企業からの照会に対して、回答を行いました。

1. 「グレーゾーン解消制度」の活用結果

今般、事業者より、在宅療養支援診療所の患者からの電話対応を、自社のコールセンターにて代行する新事業を実施するに当たり、健康保険法の関連通達に規定する当該診療所の施設基準における、緊急連絡先の取り扱いについて、照会がありました。

関係省庁が検討を行った結果、事業者のコールセンターの連絡先を、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保している診療所の連絡先とした場合、健康保険法第76条に基づく「特掲診療料の施設基準等」を満たさないと、回答を行いました（上記によらない場合は、この限りではありません）。

これにより、事業者がコールセンターサービスを提供する際の、在宅療養支援診療所における施設基準の取り扱いが明確になり、診療所に対するアウトソーシング事業の振興につながる事が期待されます。

（本事業スキーム図）〔略〕

2. 「グレーゾーン解消制度」の概要

産業競争力強化法に基づく「グレーゾーン解消制度」は、事業に対する規制の適用の有無を、事業者が照会することができる制度です。

事業者が新事業活動を行うに先立ち、あらかじめ規制の適用の有無について、政府に照会し、事業所管大臣から規制所管大臣への確認を経て、規制の適用の有無について、回答するものです（本件の場合、事業所管大臣は経済産業大臣、規制所管大臣は厚生労働大臣となります）。

1557頁 付・特掲診療料 【24】 歯科 I 100 特定薬剤等

参 考

歯科用薬剤「リグロス歯科用液キット」の算定について

（平成28年11月24日 厚生労働省保険局歯科医療管理官）

平成28年厚生労働省告示第392号において、使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）の一部が改正され、第10部追補(6)に歯科用薬剤としてリグロス歯科用液キット600 μ g及びリグロス歯科用液キット1,200 μ gが追加されたところです。

当該薬剤は、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2 歯科点数表の第2章第9部手術の区分番号「J063 歯周外科手術 4 歯肉剥離搔爬手術」【→1444頁】を実施した際に使用可能であり、「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）の第十二の「四」に規定する特定薬剤には該当しないため、

手術に当たって当該薬剤を使用した場合は手術の所定点数に薬剤料を合算した点数により算定して差し支えないことを貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知を図るよう、ご協力をお願い申し上げます。

参考：歯科点数表の第2章第9部手術に規定する特定薬剤

（「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号））

使用薬剤の薬価（薬価基準）の別表第4部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤及び別表第十一に掲げる薬剤

参 考

平成28年熊本地震に伴う保険診療関係等の特例措置の期間について

（平成28年9月29日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）

平成28年熊本地震に伴う保険診療関係等の特例措置の期間については、別添「平成28年熊本地震の被災に伴う保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」（平成28年4月18日付け事務連絡）において、「当面」の取扱いとすることをお示したところですが、今般、その期間を平成29年3月末までとしますので、関係団体への周知をお願いいたします。

なお、今後、特例措置を利用する保険医療機関等への調査等を行い、その結果をもとに、特例措置の期間延長の必要性について検討することといたします。

調査等の詳細については追って連絡することとしますので、その際には別途対応をよろしくお願いいたします。

平成28年熊本地震の被災に伴う保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて

（平成28年4月18日 厚生労働省保険局医療課・厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）

1. 保険医療機関等の建物が全半壊した場合の取扱い

保険医療機関である医療機関又は保険薬局である薬局の建物が全半壊等し、これに代替する仮設の建物等（以下「仮設医療機関等」という。）において診療又は調剤等を行う場合、当該仮設医療機関等と全半壊等した保険医療機関等との間に、場所的近接性及び診療体制等から保険医療機関等としての継続性が認められる場合については、当該診療等を保険診療又は保険調剤として取り扱って差し支えないこと。

2. [略]

3. 定数超過入院について

(1) 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について」（平成18年3月23日保医発第0323003号）の第1の3において、保険医療機関が、医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合の取扱いに係り、「災害等やむを得ない事情」の場合は、当該入院した月に限り減額の対象としないとされているところである。今般、被災地における保険医療機関の状況等を踏まえ、平成28年熊本地震による被災者を受け入れたことにより超過入院となった保険医療機関

にあつては、この規定にかかわらず、当面の間、同通知第1の2の減額措置は適用しないものとする。

(2) (1)の場合においては、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成28年厚生労働省告示第73号）の第4項第一号に掲げるDPC対象の保険医療機関が医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合の取扱いによらず、当面の間、従前の通り診断群分類点数表に基づく算定を行うものとする。

4. 施設基準の取扱いについて

(1) 今般の平成28年熊本地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「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」（平成28年3月4日保医発0304第1号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。）の第3の1(1)の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があつた場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(2) また、平成28年熊本地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第3の1(3)及び(4)の規定にかかわらず、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1割以上の一時的な変動があつた場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(3) 上記と同様の場合、DPC対象病院について、「DPC制度への参加等の手続きについて」（平成28年3月25日保医発0325第7号）の第1の4(2)②に規定する「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとする。

(4) (1)から(3)の届出を行わなくてもよいこととさ

れた保険医療機関においては、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

- (5) 被災地域以外の保険医療機関についても、(1)から(4)までを適用するものとする。

5.・6. [略]

7. 診療報酬の取扱いについて

別紙のとおりとする。

(別紙)

I. 被災地（災害救助法の適用対象市町村をいう。以下同じ。）

問1～問9 [略]

問10 被災地の保険医療機関が、災害等やむを得ない事情により、医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合などは、どの入院基本料、特定入院料を算定するのか。

答 当面の間、以下の取扱いとする。

<原則>

実際に入院した病棟（病室）の入院基本料・特定入院料を算定する。

<会議室等病棟以外に入院の場合>

速やかに入院すべき病棟へ入院させることを原則とするが、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が入院すべき病棟の入院基本料を算定する。

この場合、当該患者の状態に応じてどのような診療や看護が行われているか確認できるよう、具体的に診療録、看護記録等に記録する。

なお、単なる避難所としての利用の場合は算定できない（災害救助法の適用となる医療については、県市町に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、県市町村に確認されたい。）

<医療法上、本来入院できない病棟に入院（精神病棟に精神疾患ではない患者が入院した場合など）又は診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院（回復期リハビリテーション病棟に施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合など）した場合>

- 入院基本料を算定する病棟の場合

入院した病棟の入院基本料を算定する（精神病棟に入院の場合は精神病棟入院基本料を算定。）

ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注3の規定に係らず、入院基本料を算定する。

- 特定入院料を算定する病棟の場合

医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置により、算定する入院基本料を判断すること（一般病床の回復期リハビリテーション病棟に入院の場合は15対1の看護配置を求めていることから、15対1一般病棟入院基本料を算定。）

問11 被災地の保険医療機関において、被災地の他の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該他の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合に、平均在院日数はどのように算定するのか。また、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を超えた場合、特別入院基本料を算定するのか。

答 医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合を含め、当該他の医療機関から転院させた患者を含めて平均在院日数を算定する。ただし、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を超えた場合であっても、当面の間、従前の入院基本料を算定できるものとし、特別入院基本料の算定は行わないものとする。

問12 被災地の保険医療機関において災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合に、特定入院料等に規定する施設基準の要件についてどのように考えればよいか。

答 被災地の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合には、当面の間、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否か判断する。

問13 被災地の保険医療機関において、被災地の他の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該他の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合に入院の日はどのように取り扱うのか。

答 当面の間、他の保険医療機関が当該保険医療機関と特別の関係にあるか否かにかかわらず、当該保険医療機関に入院した日を入院の日とする。

問14～問19 [略]

問20 平成28年熊本地震に伴い、被災地の保険医療機関において、「DPC導入の影響評価に係る調査」への適切な参加及び「データ提出加算」に係るデータ提出が困難な場合には、どのように対応すればよいか。

答 1～3月診療分のDPC事務局へのデータの提出期限は4月22日となっているが、当該提出期限については、当分の間、延長することとする。なお、提出期限日は追って連絡する予定である。

II. 被災地以外

問21 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から、医療法上の許可病床数を超過して転院の受け入れを行った場合などに、どの入院基本料、特定入院料を算定するのか。

答 当面の間、以下の取扱いとする。

<原則>

実際に入院した病棟（病室）の入院基本料・特定入院料を算定する。

<医療法上、本来入院できない病棟に入院（精神病棟に精神疾患ではない患者が入院した場合など）又は診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院（回復期リハビリテーション病棟に施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合など）した場合>

- 入院基本料を算定する病棟の場合
入院した病棟の入院基本料を算定する（精神病棟に入院の場合は精神病棟入院基本料を算定。）
ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注3の規定に係らず、入院基本料を算定する。
- 特定入院料を算定する病棟の場合
医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置により、算定する入院基本料を判断すること（一般病床の回復期リハビリテーション病棟に入院の場合は15対1の看護配置を求めていることから、15対1一般病棟入院基本料を算定。）。

問22 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から医療法上の許可病床数を超過して転院の受け入れを行った場合に、平均在院日数はどのように算定するのか。

答 被災地以外の保険医療機関において、被災地

の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から地震の発生日以降に医療法上の許可病床数を超過するなどして転院の受け入れを行った場合、当面の間、当該患者を除いて平均在院日数を算定する。

問23 被災地以外の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合には、特定入院料等に規定する施設基準の要件についてどのように考えればよいか。

答 被災地以外の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合には、当面の間、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否か判断する。

問24 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合に入院の日はどのように取り扱うのか。

答 当面の間、被災地の保険医療機関が当該被災地以外の保険医療機関と特別の関係にあるか否かにかかわらず、当該被災地以外の保険医療機関に入院した日を入院の日とする。

問25～問26〔略〕

問27 平成28年熊本地震に伴い、被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足している保険医療機関、又は、被災地から多数の患者を受け入れた保険医療機関において、「DPC導入の影響評価に係る調査」への適切な参加及び「データ提出加算」に係るデータ提出が困難な場合には、どのように対応すればよいか。

答 1～3月診療分のDPC事務局へのデータの提出期限は4月22日となっているが、こうした保険医療機関に限り、当該提出期限については、当分の間、延長することとする。なお、提出期限日は追って連絡する予定である。