

■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(3)

平成29年3月 社会保険研究所

以下の事務連絡等により、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29年2月23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9）
- 平成29年2月23日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 平成28年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて

頁	該当箇所		移転前	移転後		
(1582) 頁番号 なし	各地方 厚生 (支)局・ 都府県 事務所 等一覧	東 海 北 陸 厚 生 局	医療課	所在地	〒461-0011 名古屋市東区白壁3-12-13 中産連ビル新館4階	〒460-0001 名古屋市 中区三の丸2-2-1 名古屋合同庁舎第1号館 6階
				電話番号 /fax.	052-979-7382 fax.052-935-9900	052-228-6192 fax.052-228-6237
		指 導 監 査 課 (愛知)	所在地	〒461-0011 名古屋市東区白壁3-12-13 中産連ビル新館4階	〒460-0001 名古屋市 中区三の丸2-2-1 名古屋合同庁舎第1号館 6階	
			電話番号 /fax.	052-979-7380 fax.052-935-9900	052-228-6179 fax.052-228-6237	
(1583) 頁番号 なし	愛 媛 事 務 所	所在地	〒790-0005 松山市花園町3-21 朝日生命松山南堀端ビル7階	〒790-0066 松山市 宮田町188-6 松山地方合同庁舎1階		

疑義解釈資料

その9（平成29年2月23日・事務連絡〈別添2・歯科〉）

1393頁 特掲診療料 【116】 歯科B004-6/B004-6-2 歯科治療総合医療管理料

問1 区分番号「B004-6」歯科治療総合医療管理料（I）及び区分番号「C001-4」在宅患者歯科治療総合医療管理料（I）に規定する疾患のうち、骨粗鬆症については「ビスフォスホネート系製剤服用患者に限る。」とされているが、ビスフォスホネート系製剤と同様に使用される骨吸収抑制剤であるデノスマブ投与患者は対象となるか。

答 デノスマブについては、ビスフォスホネート系製剤と同様に顎骨壊死が生じることが知られており、同様の管理が必要であると考えられることから、歯科治療総合医療管理料（I）及び在宅患者歯科治療総合医療管理料（I）の対象として差し支えない。

1393頁 特掲診療料 【116】 歯科B004-6/B004-6-2 歯科治療総合医療管理料

1425頁 特掲診療料 【120】 歯科C001-4/C001-4-2 在宅患者歯科治療総合医療管理料

問2 「疑義解釈資料の送付について（その6）」（平成28年9月1日事務連絡）の問4において、区分番号「C001-5」在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号「I011-2」歯周病安定期治療（I）又は区分番号「I011-2-2」歯周病安定期治療（II）を算定している患者に対する歯科治療総合医療管理料（I）又は歯科治療総合医療管理料（II）若しくは在宅患者歯科治療総合医療管理料（I）又は在宅患者歯科治療総合医療管理料（II）（以下、歯科治療総合医療管理料（I）等）の算定の取扱いが示されたが、区分番号「I011-2」歯周病安定期治療（I）又は区分番号「I011-2-2」歯周病安定期治療（II）（以下、歯周病安定期治療）を算定した当日に歯科治療総合医療管理料（I）等を算定する場合に、包括範囲に含まれる処置の項目を診療報酬明細書の摘要欄に記載する必要があるか。

答 歯周病安定期治療については、歯科治療総合医療管理料（I）等の対象となる処置であることから、歯周病安定期治療を算定した当日については包括範囲に含まれる処置の項目を診療報酬明細書の摘要欄に記載する必要はない。

1418頁 特掲診療料 【119-3】 歯科C000・注13 歯科訪問診療料の注13

問3 平成29年4月1日以降、区分番号「C000」歯科訪問診療料の注13を算定する場合において、区分番号「C000」歯科訪問診療料の注4、注5、注6、注7、注8及び注12はそれぞれ算定できるか。また、注6が算定可能な場合、歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3のいずれの区分で算定するのか。

答 区分番号「C000」歯科訪問診療料の注13を算定する場合の各注の算定は以下のとおり。

注4、注5、注7及び注8 算定可

注6及び注12 算定不可

なお、歯科訪問診療料の注4、注5及び注7の加算がある場合は、診療報酬明細書の全体の「その他」欄に注13に当該加算を加算した点数及び回数を記載する。

また、「摘要」欄には、訪問診療を行った日付、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）及び患者の状態を記載する。

1420頁 特掲診療料 【119】 歯科C000 歯科訪問診療料

問4 区分番号「C000」歯科訪問診療料については、「在宅等」において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において歯科訪問診療を行った場合に算定する取扱いであるが、重症心身障害児（者）等の支援を行う障害者支援施設や福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設の入所型の施設も含まれるか。

答 入所型の障害者支援施設や福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設についても「在宅等」に含まれ、当該施設の入所者が疾病、傷病のために通院による歯科治療が困難な場合は、歯科訪問診療の対象となる。通院困難であるか否かは、個々の患者の状況に応じて判断するものである。

なお、「疑義解釈資料の送付について」（平成14年5月1日事務連絡）の問8において、「居宅等を訪問して個別に診察・処置した上で、機材等を屋内に搬入できない関係で患者を屋外に移し一部の処置等を行った場合に限り、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載した上で歯科訪問診療料を算定して差し支えない」旨を示しているところであるが、現在は、歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンが普及していることから、歯の切削やレントゲン撮影を行う場合等、機材等を屋内に搬入できない関係で患者を屋外等（治療機材等が備えられた車両）へ移動した場合は、歯科訪問診療料の算定は認められない。

1557頁 付・特掲診療料 【24】 歯科I100 特定薬剤等

問6 「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日付け事務連絡）において、区分番号「J300」特定薬剤に含まれない当該薬剤について薬剤料が算定できる旨が示されたが、抜歯後止血困難な場合に抜歯当日に使用した薬剤や抜歯後の後出血処置等に際して用いた薬剤等、第9部手術に掲げる手術を行った際に使用した薬剤（特定薬剤を除く。）についても、区分番号「J201」薬剤により算定可能か。

答 歯科用薬剤「リグロス歯科用液キット」を含め、第9部の手術を行った際に使用した薬剤（特定薬剤を除く。）については、区分番号「J201」薬剤により算定する。

その9（平成29年2月23日・事務連絡〈別添3・調剤〉）

1499頁 特掲診療料 【138】 調剤13の2 かかりつけ薬剤師指導料 調剤13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料

問1 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である、「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」について、届出時にどのような書類を提出することが必要であるか。

答 研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。具体的には、研修認定制度実施機関から発行された認定証のほか、認定が確定された旨が確認できる書類（葉書など）が該当する。

関係事務連絡

平成28年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて

（平成29年2月23日 厚生労働省保険局医療課）

基本診療料及び特掲診療料の施設基準及びその届出に関する手続については、「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）及び「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）等により示されているところですが、当該点数を平成29年4月1日以降も引き続き算定する場合に届出が必要とされているもの等について別紙のとおり取りまとめたので、届出漏れ等が生じないように、届出が必要とされているものの取扱いについて遺漏なきようご対応をお願いいたします。

また、平成29年4月10日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとするので、併せてご対応をお願いいたします。

別紙

平成29年3月31日まで経過措置の施設基準等

1 平成29年4月1日以降も算定する場合に施設基準の届出が必要なもの

区分	診療項目	届出対象	経過措置が設置されている要件 (概要)	届出が必要な様式※
A100	一般病棟 入院基本料 (10対1) 【→164頁】	平成28年3月31日において一般病棟入院基本料(10対1)を届出していた保険医療機関(医療法上の許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る。)	データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。	別添7 別添7の様式40の7(写し)
A104	特定機能病院 入院基本料 (一般病棟・10対1) 【→207頁】	平成28年3月31日において特定機能病院入院基本料(一般病棟・10対1)を届出していた保険医療機関(医療法上の許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る。)	データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。	別添7 別添7の様式40の7(写し)
A105	専門病院 入院基本料 (10対1) 【→214頁】	平成28年3月31日において専門病院入院基本料(10対1)を届出していた保険医療機関(医療法上の許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る。)	データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。	別添7 別添7の様式40の7(写し)
A200	総合入院体制 加算1 【→261頁】	平成28年1月1日において総合入院体制加算1を届出していた保険医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を3割以上入院させる病棟であること。 ▪ 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。 ▪ 化学療法1,000件/年以上の実績があること。 等 	別添7 別添7の様式13

区分	診療項目	届出対象	経過措置が設置されている要件（概要）	届出が必要な様式※
A200	総合入院体制加算3 【→261頁】	平成28年1月1日において総合入院体制加算2を届出していた保険医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を2割7分以上入院させる病棟であること。 ▪ 急性期医療に係る実績を一定程度有していること。（ア 人工心肺を用いた手術：40件／年以上、イ 悪性腫瘍手術：400件／年以上、ウ 腹腔鏡下手術：100件／年以上、エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件／年以上、オ 化学療法：1,000件／年以上、カ 分娩件数：100件／年以上のうち少なくとも2つ以上を満たすこと。） ▪ 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制又は実績を有していること。（以下のいずれかを満たすこと。イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出／ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上）等 	別添7 別添7の様式13
D282-3	コンタクトレンズ検査料1 【→954頁】	平成28年3月31日においてコンタクトレンズ検査料1を届出していた保険医療機関	<p>次のいずれかに該当すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①入院施設を有すること。 ②当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズ検査料を算定した患者数が年間10,000人未満であること。 ③コンタクトレンズに係る検査を実施した患者のうち、自施設においてコンタクトレンズを交付した割合が9割5分未満であること。 	別添2 別添2の様式30
D282-3	コンタクトレンズ検査料3 【→954頁】	平成28年3月31日においてコンタクトレンズ検査料2の算定を行っていた保険医療機関	<p>次のいずれにも該当しないこと。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が3割未満であること。 ②当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が4割未満であり、かつ、当該保険医療機関内に眼科診療を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。 <p>次のいずれかに該当すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①入院施設を有すること。 ②当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズ検査料を算定した患者数が年間10,000人未満であること。 ③コンタクトレンズに係る検査を実施した患者のうち、自施設においてコンタクトレンズを交付した割合が9割5分未満であること。 	別添2 別添2の様式30

区分	診療項目	届出対象	経過措置が設置されている要件 (概要)	届出が必要な様式※
E101-2 E101-3 E101-4 E101-5	ポジトロン断層撮影 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影 乳房用ポジトロン断層撮影 (注3に規定する届出に限る。) 【→975頁】	平成28年3月31日において、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影を届出していた保険医療機関で下記要件を満たしていなかった保険医療機関 (特定機能病院、がん診療の拠点となる病院及び国立高度専門医療研究センターの設置する保険医療機関は除く。)	施設共同利用率について、30%以上であること。	別添2 別添2の様式36
—	在宅療養支援診療所 【→828頁】	平成28年3月31日において在宅療養支援診療所を届出していた診療所	往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の診療所にあつては、以下の要件に該当するものであること。 <ul style="list-style-type: none"> 5か所/年以上の医療機関からの患者紹介を受け、診療を開始した実績 看取り実績が20件/年以上又は超・準超重症児の患者が10人/年以上 (施設総管の件数) / (在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 (要介護3以上の患者+重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5 	別添2 別添2の様式11(※) ※往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の診療所は様式11の3を併せて添付
—	在宅療養支援歯科診療所 【→1404頁】	平成28年3月31日において在宅療養支援歯科診療所を届出していた診療所	歯科訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の診療所にあつては、以下の要件に該当するものであること。 <ul style="list-style-type: none"> 5か所/年以上の医療機関からの初診患者の診療情報提供を受けた実績 歯科訪問診療のうち、歯科訪問診療1が6割以上 在宅歯科医療に係る経験が3年以上の歯科医師の勤務 ポータブルのユニット、バキューム、レントゲンを有すること 「抜髄、感染根管処置：20回」、「抜歯手術：20回」、「有床義歯新製、有床義歯修理、有床義歯内面適合法：40回 (各5回以上)」 	別添2 別添2の様式18
調剤13の2 調剤13の3	かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括指導料 【→1499頁】	かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括指導料の届出をしている保険薬局で、研修認定を取得していることを確認できる文書を添付していない保険薬局	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。	別添2 別添2の様式90 研修認定を取得していることを確認できる文書

※医療機関の負担軽減等の観点から、各診療項目ごとの全届出様式の届出を求めるとはならず、必要最小限の様式の届出を求めもの。

2 平成29年4月1日以降も算定する場合、算定にあたって注意が必要なもの等

区分	診療項目	届出対象	経過措置が設置されている要件（概要）
A100 A104 A105	一般病棟入院基本料 特定機能病院入院基本料 専門病院入院基本料 【→112頁】	病棟群届出を行う 保険医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 病棟群届出は、平成30年3月31日までの間、利用できるものであるが、病棟群届出を利用できる回数は1保険医療機関につき1回に限るものとし、平成29年3月31日までに、病棟群届出を利用する旨を地方厚生（支）局長に届け出る必要がある。 また、病棟群届出を行う保険医療機関は、平成29年4月1日時点においては、7対1入院基本料を算定する病床数を、当該時点における一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料の病床数の6割以下とする必要があること。ただし、特定機能病院については、この限りではないこと。
A001	地域包括診療加算 【→45頁】 (認知症地域包括診療加算) 【→49頁】	平成27年3月末までに、慢性疾患の指導に係る適切な研修の修了を届出した診療所	<ul style="list-style-type: none"> 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置している。 初回届出を行ったあとは、2年後毎に届出を行うこと。
A230 -4	精神科リエゾンチーム加算 【→376頁】	—	「精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任常勤の看護師」の要件のうち「入院患者の看護の経験1年以上」の要件
A247	認知症ケア加算2 【→473頁】	—	原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を複数名配置するが、当該看護師の配置については、平成29年3月31日までの間は、1名の配置で複数名の配置とみなすこと。
B001 -2-9 (B001 -2-10)	地域包括診療料 【→770頁】 (認知症地域包括診療料) 【→774頁】	平成27年3月末までに、慢性疾患の指導に係る適切な研修の修了を届出した医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置している。 初回届出を行ったあとは、2年後毎に届出を行うこと。
C002 C002 -2	在宅時医学総合管理料3 (在支診でない場合) 施設入居時等医学総合管理料3 (在支診でない場合) (注8の規定) 【→871頁】	<ul style="list-style-type: none"> ○平成28年3月末までに届出を行った保険医療機関 平成29年4月1日時点で当該基準を満たしていない場合 ○平成28年4月以降に届出を行った医療機関 直近の届出時に当該基準を満たしていない場合 	在宅医療専門の医療機関については、一定の要件を満たさない場合は、所定点数の80/100に相当する点数を算定。
歯科 C000	歯科訪問診療料 (注13の規定) 【→1418頁】	—	在宅療養支援歯科診療所以外の診療所であって、「歯科訪問診療料の注13に規定する基準」を満たさない医療機関は、注13（初診料、再診料に相当する点数）により算定。
B001 ・22 歯科 B004 -1-2	がん性疼痛緩和指導管理料2 【→727頁】 【診療報酬・経過措置】	—	現行のがん性疼痛緩和指導管理料2は、平成29年3月31日を以て廃止とする。

区分	診療項目	届出対象	経過措置が設置されている要件 (概要)
C002	在宅時医学総合管理料 【→875頁】 【留意事項通知(3)ア】	—	有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームに居住する患者であって、平成28年3月以前に当該住居に居住している際に、在宅時医学総合管理料を算定した患者については、平成29年3月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を算定できることとする。
I012	精神科訪問看護・指導料 【→1529頁】 【留意事項通知(10)】	—	同一患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月に、精神科重症患者早期集中支援管理料を届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合は精神科訪問看護・指導料を算定できるが、平成29年3月31日までの間は、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合でも算定できることとする。
I008-2 I009 I010 I010-2	精神科デイ・ケア等 (精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア) 【→1128頁】 【留意事項通知(4)イ】	—	1年を超えて精神科デイ・ケア等を実施する患者に対する意向の聴取については、平成29年3月31日までの間、精神保健福祉士及び臨床心理技術者以外の従事者であっても実施可能とする。
調剤00	調剤基本料 【→1473頁】	—	かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない保険薬局は調剤基本料を100分の50とする。(処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く) 下記項目の算定回数の合計が1年間(※)に10回未満の保険薬局が対象 (※前年3月～当年2月末までの期間の算定回数) <ul style="list-style-type: none"> ・調剤料の時間外加算等、夜間・休日等加算 ・かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料 ・外来服薬支援料、服薬情報等提供料 ・薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算 ・在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 ・介護予防居宅療養管理指導費、居宅療養管理指導費