

# 平成30年度診療報酬改定『Q & A』

2018年3月5日 日本医師会

※ 本件についてはすべて厚生労働省当局に確認済みのものである。

## 【機能強化加算（初診料）】

Q. 同一の患者に対して、同一月に2回初診料の算定があった場合は、その都度、機能強化加算の算定が可能か？

A. 初診料の算定の都度、加算できる。

Q. 地域包括診療加算等の対象ではない患者に対しても算定することが可能か？

A. 施設基準の届出要件を満たしている診療所及び許可病床数が200床未満の病院であれば、全ての初診患者を対象に算定が可能である。

Q. 施設基準の届出要件において、小児かかりつけ診療料を届出ていることとあるが、小児かかりつけ診療料や小児科外来診療料を算定する場合、初診料が包括されているため、機能強化加算の算定はできないのか？

A. 小児かかりつけ診療料も小児科外来診療料も、初診料は包括されているが、包括から除外される加算に「機能強化加算」を追加しているため、機能強化加算の算定は可能となる。

## 【妊婦加算（初診料・再診料）】

Q. 患者が妊婦であることは患者本人の申告だけでよいか？母子手帳の確認が必要か？

A. 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。この場合、母子手帳の確認は必ずしも必要ない。

## 【地域包括診療加算・地域包括診療料、

### 認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料】

Q. 加算1又は診療料1の施設基準として、『直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は区分番号「C001-

2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)を算定した患者の数の合計が、在宅療養支援診療所については10人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上であること』等が求められているが、数年前に継続的に外来を受診していたものの、それ以降は受診がなかった患者に対して往診を行った場合は、上記人数にカウントできるのか？

A. カウントできる。ただし、診療録によって、数年前の外来受診の事実が確認できる場合に限る。

Q. 24時間の往診体制等の施設基準等を満たした上で、加算1又は診療料1を算定している医療機関は、以下の患者数や割合を毎月計算し、基準を満たさない月は加算2又は診療料2を算定するなど、月ごとに算定点数が変わるのか？

- ①直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、往診料等を算定した患者の数
- ②直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること

A. 届出時及び定例報告時に満たしていればよい。

### 【抗菌薬の適正使用】

Q. 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料又は小児かかりつけ診療料を算定する場合は、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていることが求められるが、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)とは何か？また、普及啓発に資する取組としては、どのようなことを行えばよいのか？

A. 「抗微生物薬適正使用の手引き」については、平成29年6月9日付け(地Ⅲ54)にて連絡済みであるが、厚生労働省のホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000166612.pdf>)も参照されたい。

また、普及啓発の取組としては、患者に説明するほか、院内にパンフレットを置くことやポスターを掲示する等の対応でもよい。

## 【オンライン診療料】

### （緊急時の対応）

Q. オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。」とあるのは、当該保険医療機関において、オンライン診察を行う医師と同一の医師による対面診察が可能な体制をいうのか？

A. そのとおり。

Q. オンライン診療料の算定を行う患者について、「緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。」が施設基準とされているが、患者が自院まで通院できないケースもあることから、概ね30分以内に往診できる体制でもよいか？

A. よい。

Q. 緊急時の対応について、離島やへき地においてもこの施設基準を満たす必要があるか？それとも離島やへき地は「遠隔診療」という位置付けでオンライン診療料とは別と考えるのか？

A. 離島やへき地においても、オンライン診療料を算定する場合は、当該施設基準を満たす必要がある。

Q. 緊急時の対応については、夜間や休日など対応できない時間帯は、あらかじめ救急病院などを文書等で案内することでも可能か？

A. 不可。当該保険医療機関において対応可能な体制を有している必要がある。

### （情報通信機器）

Q. 厚生労働省の定める情報通信機器を医療機関に設置した上で、自宅などへ転送することにより、対応することは可能か？

A. 不可。オンライン診察を行う医師は当該保険医療機関において診察を行う必要がある。

Q. 患者が利用する情報通信機器は、医療機関が無償で貸与する必要があるか？実費相当分を自己負担させてもよいか？

A. 当該診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用（社会通念上、妥当適切な額）として別途徴収できる。

（対象患者）

Q. 初診から6月間は毎月同一医師による対面診療を行う必要があるが、連続する6月でなければならないのか？1月でも対面診療を行わない月があれば算定できないのか？

A. 連続する6月である必要がある。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

Q. オンライン診療料の算定において、オンライン診療料対象管理料等に係る疾患以外の疾患で5月間対面診療していた患者が、6月目に特定疾患が発生した場合、特定疾患に対する対面診療が1月間であっても算定可能か？

A. オンライン診療料対象管理料等の疾患以外の疾患に対して対面診療を行い、オンライン診療料対象管理料等を算定していない5月間については、連続する6月には含まれない。

ただし、オンライン診療料対象管理料等であれば、異なる管理料を算定する場合であっても、連続する6月対面診療が行われていればよい。

【一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料）】

Q. 一般病棟入院基本料の評価体系の見直しが行われたが、急性期一般入院料2・3については、重症度、医療・看護必要度の評価が、実績データを用いた評価である「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ」のみ適用されることになるのか？

A. 原則そのとおりだが、経過措置により、平成30年3月31日時点で7対1一般病棟入院基本料を届け出ている許可病床数200床未満の病院で、急性期一般入院料2または3を届け出る場合は、平成32年3月31日まで「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」を用いることができる。その場合の基準は、急性期一般入院料2は27%以上、急性期一般入院料

3は26%以上となる。

#### 【夜間看護体制特定日減算】

- Q. 許可病床数が100床未満の病院の夜勤帯における病棟の看護体制において、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が2名を満たさなくなった場合、一定の条件に限り算定できる入院基本料の減算評価として、夜間看護体制特定日減算が新設されたが、病棟配置の看護職員が、病棟業務として医療機関内の病棟以外の場所を行き来することは、これまでどおり可能か？
- A. 可能である。

#### 【有床診療所入院基本料】

- Q. 介護連携加算の対象患者は、「介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者又は65歳以上の者」とされているが、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病とは何か？
- A. 以下の疾病を指す。
- 1 がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
  - 2 関節リウマチ
  - 3 筋萎縮性側索硬化症
  - 4 後縦靭帯骨化症
  - 5 骨折を伴う骨粗鬆症
  - 6 初老期における認知症（(脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態)
  - 7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
  - 8 脊髄小脳変性症
  - 9 脊柱管狭窄症
  - 10 早老症
  - 11 多系統萎縮症
  - 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
  - 13 脳血管疾患

- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患
- 16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

Q. 介護連携加算の対象患者は、「介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者又は65歳以上の者」とされているが、65歳以上の者については、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有さずとも算定の対象となるのか？

A. そのとおり。なお、65歳以上の者であれば、介護保険制度を利用していない者であっても介護連携加算の対象となる。

#### 【精神科措置入院退院支援加算等】

Q. 退院とは自宅等に移行することをいうとされているが、介護医療院への退院は自宅等に含まれるのか？

A. ここでいう「自宅等」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいうが、介護医療院は「他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたもの」に該当し、自宅等に含まれる。（精神病棟入院基本料の注7の精神保健福祉士配置加算や精神科救急入院料1等の施設基準に規定される「患家」についても同様）

#### 【地域包括ケア病棟入院料】

Q. 新設された地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の1、3に求められる実績項目のひとつに「介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条4項に規定する訪問看護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同法条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション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」という項目があるが、当該医療機関が上記についてみなし指定を受けた場合も含むのか？

A. そのとおり。

### 【認知症サポート指導料】

- Q. 認知症サポート指導料は、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定できるとなっているが、療養方針の変更等があった場合、6月後に再度算定することが可能か？
- A. かかりつけ医が助言を求めた場合には算定できる。

### 【在宅患者訪問診療料】

(複数の医療機関が行う訪問診療)

- Q. 在宅時医学総合診療料(在医総管)、施設入居時等医学総合管理料(施設総管)又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼を受けて、他の医療機関が訪問診療を行った場合、他の医療機関も月1回に限り訪問診療料(「C001 在宅患者訪問診療料(I)」の「在宅患者訪問診療料2」又は「C001-2 在宅患者訪問診療料(II)」の「注1」の「ロ」)を算定できることになったが、依頼をする医療機関が、在医総管等の算定要件を満たしていても当該患者には算定していない場合、他の医療機関は在宅患者訪問診療料2を算定できるのか？
- A. 算定要件を満たしていればよく、必ずしも在医総管等を算定している必要はない。

- Q. 在医総管、施設総管又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼を受けて、他の医療機関の泌尿器科の医師が1~2週間ごとに訪問診療を行いバルーンカテーテル交換する場合であっても、依頼を受けた他の医療機関が訪問診療料を算定できるのは月1回に限るのか？

- A. 今回、2人目の医師が定期的に訪問診療するケースとして月1回の点数(「C001 在宅患者訪問診療料(I)」の「在宅患者訪問診療料2」又は「C001-2 在宅患者訪問診療料(II)」の「注1」の「ロ」)が新設されたが、その頻度やケースについては、多様なケースが想定されるため今後さらに検証が必要と考えている。なお、往診料の取扱い(対診を含む。)は変わっていないので、主治医の求めに応じて診療した場合は、往診料は算定できる。

- Q. 訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月を限度とあるが、医学的に引き続き訪問診療が必要と判断される患者であっても、6月が限度

となるのか？

- A. 1回の依頼に対しては末期の悪性腫瘍や神経難病等の患者を除き6月を限度とするが、引き続き訪問診療が必要と判断される場合（その診療科の医師によらなければ困難な診療等）においては、改めて、依頼を行うことで継続が可能である。（6月ごとに、改めて依頼をすれば、継続して訪問診療が可能となる。）

#### 【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】

- Q. 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される医療機関が行った訪問診療の評価として「C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」が新設され、併設される医療機関とは「有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関をいう」と定義されているが、同一敷地内であるが、医療機関と有料老人ホーム等が別法人である場合は併設される医療機関に含まれるのか？
- A. 併設する医療機関に含まれる。

#### 【処方料、処方箋料】

- Q. 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬は、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除き、処方料、処方箋料が減算されることになったが、別に厚生労働大臣が定める薬剤とは何を指すのか？
- A. 薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮痛剤、精神神経用剤又は中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、不安又は不眠症の効能又は効果を有するものであり、ベンゾジアゼピン受容体作動薬が該当する。

具体的には、エチゾラム、ジアゼパム、ゾピグロン、ゾルピデム酒石酸塩などが該当するが、PMDAのホームページ「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について」(<https://www.pmda.go.jp/files/000217046.pdf>)なども参照されたい。

- Q. ベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬における「当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師」とは具体的には何を指すのか？



A. ①不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師、あるいは②精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師を指す。

Q. ベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬における「当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師」の施設基準要件である「不安又は不眠に係る適切な研修」とは日医 e-ラーニングでもよいか？

A. よい。具体的には、カリキュラムコードとして「20 不眠」、「69 不安」を含むものを受講している場合が該当する。必要な単位数等については今後の疑義解釈で示される予定である。

Q. ベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬における「精神科医の助言」について、具体的に求められる要件などはあるのか？

A. 「精神科医の助言」については、精神科のみを担当する医師又は精神科と心療内科の両方を担当する医師による助言をいう。

#### 【処方箋様式】

Q. 分割指示に係る処方箋様式（様式第二号の二）が新たに追加されたが、分割指示を行わない場合は、従来の様式を使用することでよいか？

A. よい。

#### 【施設基準等の届出】

Q. 届出が必要な項目はどこに記載されているのか？また、いつまでに届出なければならないのか？

A. 届出が必要な項目や届出書については、「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」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」に掲載されている。

また、各月の末日までに要件審査を終え、届出が受理された場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。

なお、平成30年4月16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。