

!F ® r % Û -!•!Ž!°!•

“ A . TM f Ö }

>& 1 B 28° 4 v" >'

3ã/õ ...

平成28年9月 社会保険研究所

28	28	0628			
28	30				
28	27		28		
28	31	0831			
28			28		
28					
28	15				
28	21	0921			
			27	16	0616

8k	Oñ \`à d	5 G S	5 G ‹
331	>1 (i i « = L • ... æ	茨城県	
	>3 (i ...	茨城県	
	東京都		
332	大阪府		
	奈良県		
	>4 (i ...	茨城県	
	群馬県		
	千葉県		
	千葉県の次に追加		
	愛知県		
	三重県		
	京都府		
	大阪府		
奈良県			
333	>5 (i ...	茨城県	
	群馬県		
	東京都の次に追加		
	富山県		
	石川県		
	山梨県		
	長野県		
	岐阜県		
	静岡県		

頁	該当箇所	改正前	改正後	
333		愛知県	清須市	清須市、高浜市
		三重県		菟野町、いなべ市
		滋賀県の次に追加		京都府 南山城村
		奈良県	田原本町	田原本町、曾爾村
		岡山県		備前市
		山口県		岩国市
	取扱い通知 別紙1 備考	下から3行目	群馬県板倉町、神奈川県山北町	
920	診療報酬 留意事項通知 〔D210-3 植込型 心電図検査〕	左段 下から 1行目	特定できない者に対して	特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜因性脳梗塞と判断された者に対して
966	診療報酬 留意事項通知 〔D415 経気管肺 生検法〕	右段 下から 1行目の次に追加		(5) 経気管肺生検法の実施にあたり、胸部X線検査において2cm以下の陰影として描出される肺末梢型小型病変が認められる患者又は到達困難な肺末梢型病変が認められる患者に対して、患者のCT画像データを基に電磁場を利用したナビゲーションを行った場合には、D415経気管肺生検法に加え、注1ガイドシース加算及び注2CT透視下気管支鏡検査加算の所定点数を準用し、算定する。この場合、CTに係る費用は別に算定できる。
1335	診療報酬 留意事項通知 〔K664 胃瘻造設 術〕	左段 下から 8行目の次に追加		(5) レボドパカルビドパ水和物を経胃瘻空腸投与する目的で胃瘻造設を行った場合は、当該点数にK939-5胃瘻造設時嚥下機能評価加算を合算した点数を準用して算定する。算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。 (6) レボドパカルビドパ水和物を経胃瘻空腸投与する目的で胃瘻造設を行った場合は、上記(3)及び(4)は適用しない。 (7) レボドパカルビドパ水和物の投与のみを目的とした胃瘻造設については、「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）別添1の第79の3に掲げる条件に計上しないが、当該胃瘻から栄養剤投与を行った場合は、その時点で同条件に計上する。
1539	診療報酬 留意事項通知 〔C152 間歇注入 シリンジポンプ 加算〕	右段 上から 12行目の次に追加		(3) 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日1回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び間歇注入シリン

頁	該当箇所	改正前	改正後
			<p>ジポンプ加算は算定できない。</p> <p>(4) 間歇注入シリンジポンプを使用する際に必要な輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。</p> <p>(5) レボドパカルビドパ水和物を経胃瘻空腸投与する際に用いるポンプの費用については、「1」の所定点数に準じて算定することとし、2月に2回に限り、C111在宅肺高血圧症患者指導管理料に加算できる。この場合において、ポンプの費用については、所定点数に含むこととし、C152間歇注入シリンジポンプ加算の注の規定及び上記(1)から(4)は適用しない。</p>

疑義解釈資料

その5 (平成28年6月30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 「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、「7 専門的な治療・処置」の「㊦ 無菌治療室での治療」の留意点に、個室であることが求められているが、個室ではないが多床室において、パーテーションなど個室に準ずる状態で、室内の空気清浄度等の基準を満たしていれば、当該項目に該当するとしてよいか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価において、該当することとして差し支えない。

その7 (平成28年9月15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 「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、肝動脈化学塞栓術(TACE)など、抗悪性腫瘍剤を併用して塞栓を行う場合

- ① A項目の「7 専門的な治療・処置」の①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)に含まれるか。
- ② C項目の「22 救命等に係る内科的治療」における①経皮的血管内治療の選択的血管塞栓による止血術に含まれるか。

答 ① 含まれない。

② 含まれる。

【1日平均入院患者数】

問2 「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日付保医発0304第1号)別添7様式9から9の4における「1日平均入院患者数」の算出において、退院日の患者数は含めるか。

答 含めない。ただし、入院日に死亡又は退院した場合は含める。

312頁 基本診療料 【26】 A207-4 看護職員夜間配置加算

問4 区分番号「A207-4」看護職員夜間配置加算について、「当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3以上であること」と施設基準に規定されたが、同一の入院基本料を届け出ている複数の病棟がある場合、各病棟の病床数にかかわらず全ての病棟に3人以上の配置が必要であるか。

答 同一の入院基本料を届け出ている病棟間における傾斜配置は可能であるが、全ての病棟に3人以上の配置が必要である。

417頁 基本診療料 【54】 A234-3 患者サポート体制充実加算

問5 区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算の施設基準にある「専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等」について、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（平成24年4月20日付け事務連絡）及び「疑義解釈資料の送付について（その12）」（平成25年3月21日付け事務連絡）では、医療有資格者以外の者については、患者サポートに関する院内外での活動（研修会への参加や研修会での講師の経験など）等の経験及び所定の要件を満たす研修の修了を必要としているが、平成28年4月1日以降については、どのような取扱いになるのか。

答 平成28年4月1日以降であって、当該加算の届出を行う場合であっても、従前の取扱いと同様、医療有資格者以外の者については、

- ・患者サポートに関する業務を1年以上経験
 - ・患者の相談を受けた件数が20件以上
 - ・患者サポートに関する院内外での活動（研修会への参加や研修会での講師の経験など）
- のすべての経験のある者であるとともに、「疑義解釈資料の送付について（その12）」（平成25年3月21日付け事務連絡）で示した要件を満たす研修を修了すること。

問6 区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算の施設基準にある「専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等」について、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（平成24年4月20日付け事務連絡）及び「疑義解釈資料の送付について（その12）」（平成25年3月21日付け事務連絡）では、医療有資格者以外の者については

- ・患者サポートに関する業務を1年以上経験
 - ・患者の相談を受けた件数が20件以上
 - ・患者サポートに関する院内外での活動（研修会への参加や研修会での講師の経験など）
- の経験を必要としているが、現時点で職務にあたっている医療機関以外での経験であっても、所定の要件を満たす場合は届出可能か。

答 そのとおり。

その5（平成28年6月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

652頁 基本診療料 【92】 A318 地域移行機能強化病棟入院料

問2 区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における「当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者」について、身体合併症の診療のために別の保険医療機関に短期間転院し、引き続き再度当該医療機関に転院した患者のうち、当該保険医療機関の入院期間を合算して1年以上の患者を含めることができるか。

答 このような場合であって、当該保険医療機関への再入院が、入院期間が通算される入院である場合に限り、当該保険医療機関の入院期間を合算して1年以上の患者を含めることができる。

その7（平成28年9月15日・事務連絡〈別添1・医科〉）

664頁 基本診療料 【93】 A400 短期滞在手術等基本料

問7 区分番号「A400」短期滞在手術等基本料について、「内視鏡を用いた手術を実施する場合については、内視鏡室を使用してもよい。」とあるが、短期滞在手術等基本料3の「カ K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術」を算定する場合、当該手術を血管造影室又は透視室で実施した場合、算定可能か。

答 算定可能である。

その5（平成28年6月30日・事務連絡〈別添1・医科〉）

869頁 特掲診療料 【36】 C002 在宅時医学総合管理料
C002-2 施設入居時等医学総合管理料

1521頁 付・特掲診療料 【5】 B004/B005/調剤15の4 退院時共同指導料

問3 特掲診療料の施設基準等の、「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に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者」（別表第八の二）や、「頻回訪問加算に規定する状態等にある患者」（別表第三の一の二）の一つに、「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」があるが、胃瘻カテーテルを使用している患者は、この状態に該当するか。

答 該当しない。

その7（平成28年9月15日・事務連絡〈別添1・医科〉）

1006頁 特掲診療料 【73】 疾患別リハビリテーション

問8 「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料 注6等においては、要介護被保険者等である患者に対し、標準的算定日数の3分の1を経過した後に要介護被保険者等に対し引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内に目標設定等・支援管理料を算定していない場合に100分の90に相当する点数により算定することとされている。ここでいう「過去3月以内に算定していない場合」とは、具体的にどのような場合をいうのか。

答 リハビリテーション料を算定する月の前月を1月目と数えた上で、3月目の初日以降に目標設定等支援・管理料を算定していない場合が該当し、例えば、以下の期間に算定していない場合をいう。

例1）10月1日に脳血管疾患等リハビリテーションを算定する場合

7月1日～10月1日

例2）10月25日に脳血管疾患等リハビリテーションを算定する場合

7月1日～10月25日

1273頁 特掲診療料 【100-35】 K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）

1276頁 特掲診療料 【100-37】 K603-2 小児補助人工心臓

問11 同一日に区分番号「K603-2」小児補助人工心臓と区分番号「K600」大動脈バルーンパンピング法（IABP法）、区分番号「K601」人工心肺又は区分番号「K602」経皮的な心肺補助法を併施した場合、それぞれの点数を算定してよいか。

答 算定できない。区分番号「K600」大動脈バルーンパンピング法（IABP法）、区分番号「K601」人工心肺、区分番号「K602」経皮的な心肺補助法又は「K603-2」小児補助人工心臓を併施した場合においては、1日ごとに主たるもののみにより算定する。

その5（平成28年6月30日・事務連絡〈別添2・歯科〉）

56頁 基本診療料 【2-3】 歯科A000・注9 歯科外来診療環境体制加算

1397頁 特掲診療料 【117】 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

問4 「歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を有していること。」とあるが、歯科用吸引装置は、歯科ユニット毎に固定式の装置が設置されている必要があるか。

答 可動式の歯科用吸引装置であっても、歯科診療所の規模に応じて適切な数が用意されていれば、必ずしも固定式で歯科ユニット毎に設置されている必要はない。

その6（平成28年9月1日・事務連絡〈別添1・歯科〉）

56頁 基本診療料 【2-3】 歯科A000・注9 歯科外来診療環境体制加算

1397頁 特掲診療料 【117】 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

問19 「疑義解釈資料の送付について（その5）」（平成28年6月30日事務連絡）において、「可動式の歯科用吸引装置であっても、歯科診療所の規模に応じて適切な数が用意されていれば、必ずしも固定式

で歯科ユニット毎に設置されている必要はない。」とあるが、固定式の歯科用吸引装置のみを設置する場合は、すべての歯科ユニットの台数と同数の歯科用吸引装置を設置されていることが必要か。

答 歯科診療所の規模及び診療内容に応じて、歯科用吸引装置の使用が必要な治療を行う患者に対しては歯科用吸引装置が設置されている歯科ユニットが使用できるような体制が確保されている場合においては、必ずしもすべての歯科ユニットに固定式の歯科用吸引装置が設置されている必要はない。

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4 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）（以下、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料等）を算定している患者において、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）の対象となる処置等を実施した場合に、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料等の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）等の要件に該当する総合的医療管理を行った場合には、これらの管理料を算定して差し支えないか。

答 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料等を算定している場合に限り、歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）等の要件に該当する患者であって、当該管理料の対象となる処置を実際に行った場合については、算定して差し支えない。その場合は、診療報酬明細書の摘要欄に実際に行った処置の項目を記載すること。

その5（平成28年6月30日・事務連絡〈別添2・歯科〉）

1428頁 特掲診療料 【121】 歯科D011 有床義歯咀嚼機能検査

問2 有床義歯を装着していない患者に対して、新たに有床義歯を製作する場合に区分番号「D011」有床義歯咀嚼機能検査を算定することはできるか。

答 算定できる。

この場合においても、新製有床義歯装着前の検査（義歯を装着していない状態の検査）は、新製有床義歯の装着日より前に実施すること。

その6（平成28年9月1日・事務連絡〈別添1・歯科〉）

1450頁 特掲診療料 【129】 歯科M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料

問11 全部金属冠又はレジン前装金属冠を装着しクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した後に、歯科用金属を原因とする金属アレルギーを発症した患者について、クラウン・ブリッジ維持管理期間中にCAD/CAM冠又は硬質レジンジャケット冠による再治療を行う場合の補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用はクラウン・ブリッジ維持管理料に含まれるのか。

答 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づいて、歯科用金属を原因とする金属アレルギーを発症した患者の再治療を行う場合にあっては、クラウン・ブリッジ維持管理期間中であっても補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用を所定点数により算定して差し支えない。なお、その場合においては診療報酬明細書の「摘要」欄に金属アレルギーを発症した旨及び紹介元保険医療機関名を記載すること。

問12 クラウン・ブリッジ維持管理を行っている「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して2年を経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯した場合に、ブリッジを装着する場合は事前承認の対象となったが、当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯又は隣在歯を分割抜歯した場合についても事前承認の対象となるのか。

答 クラウン・ブリッジ維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジを装着した歯又は当該「歯冠補綴

物又はブリッジ」の隣在歯の分割抜歯により、当該補綴部位に係る新たなブリッジを装着する場合の費用については、当該維持管理料に含まれ、事前承認の対象とならない。

その5（平成28年6月30日・事務連絡〈別添2・歯科〉）

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

問3 「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成28年6月14日事務連絡）における別添1（問31）の保険医療機関間の連携による病理診断に係る取り扱いについて、口腔病理診断を行い歯科診療報酬点数表の区分番号「O000」口腔病理診断料を算定する場合は、「病理診断管理加算」を「口腔病理診断管理加算」と読み替えることができるか。

答 読み替えることができる。

その4（平成28年6月14日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問31 保険医療機関間の連携による病理診断について、送付側として、病理診断管理加算を算定している保険医療機関が、病理診断管理加算を算定している受取側の保険医療機関と連携して病理診断を行うことは可能か。また、その際、病理診断管理加算については、受取側の保険医療機関における該当区分に従い、送付側で算定される病理診断料に加算するのか。

答 そのとおり。

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28年9月1日 厚生労働省保険局医療課）

基本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）により示されているところですが、当該通知の第4表2【→25頁】に掲げる点数であって、その点数を平成28年10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28年10月7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。

平成28年9月30日まで経過措置の施設基準

（別紙）

○基本診療料

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※
入院基本料	一般病棟入院基本料（7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（7対1）を届出していた病院	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5分以上 入院させる病棟であること。	別添7、様式10
	一般病棟入院基本料の注6看護必要度加算2【→165頁】	平成28年3月31日において看護必要度加算1を届出していた病院	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 1割8分以上 入院させる病棟であること。	別添7、様式10
	一般病棟入院基本料の注6看護必要度加算3【→165頁】	平成28年3月31日において看護必要度加算2を届出していた病院	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 1割2分以上 入院させる病棟であること。	別添7、様式10
	特定機能病院入院基本料（一般病棟・7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・7対1）を届出していた病院	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5分以上 入院させる病棟であること。	別添7、様式10
	特定機能病院入院基本料の注5看護必要度加算2【→209頁】	平成28年3月31日において看護必要度加算1を届出していた病院	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 1割8分以上 入院させる病棟であること。	別添7、様式10

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※
入院基本料	特定機能病院入院基本料の注5 看護必要度加算3【→209頁】	平成28年3月31日において看護必要度加算2を届出していた病院	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 1割2分以上 入院させる病棟であること。	別添7、様式10
	専門病院入院基本料（7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（7対1）を届出していた病院	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5分以上 入院させる病棟であること。	別添7、様式10
	専門病院入院基本料の注3 看護必要度加算2【→215頁】	平成28年3月31日において看護必要度加算1を届出していた病院	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 1割8分以上 入院させる病棟であること。	別添7、様式10
	専門病院入院基本料の注3 看護必要度加算3【→215頁】	平成28年3月31日において看護必要度加算2を届出していた病院	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 1割2分以上 入院させる病棟であること。	別添7、様式10
	療養病棟入院基本料2【→172頁】	平成28年3月31日において療養病棟入院基本料2を届出していた病院	当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること。	別添7、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分3の患者」と「医療区分2の患者」との合計の割合が分かる資料（様式6の【記載上の注意】6を参照）
	療養病棟入院基本料の注10 在宅復帰機能強化加算【→177頁】	平成28年3月31日において在宅復帰機能強化加算を届出していた病院	当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の10以上。	別添7、様式10の8
入院基本料等加算	急性期看護補助体制加算（10対1入院基本料に係る届出に限る。）【→302頁】	平成28年3月31日において急性期看護補助体制加算を届出していた病院	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、10対1入院基本料を算定する病棟にあつては0.6割以上入院させる病棟であること。	別添7、様式10
	看護職員夜間12対1配置加算2（10対1入院基本料に係る届出に限る。）【→312頁】	平成28年3月31日において看護職員夜間配置加算を届出していた病院	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、10対1入院基本料を算定する病棟にあつては0.6割以上入院させる病棟であること。	別添7、様式10
特定入院料	救命救急入院料2（特定集中治療室管理料1の施設基準を満たしているもの）【→491頁】	平成28年3月31日において救命救急入院料2（特定集中治療室管理料1の施設基準を満たしているもの）を届出していた病院	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 8割以上 入院させる治療室であること。	別添7、様式43
	救命救急入院料2（特定集中治療室管理料3の施設基準を満たしているもの）【→491頁】	平成28年3月31日において救命救急入院料2（特定集中治療室管理料3の施設基準を満たしているもの）を届出していた病院	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 7割以上 入院させる治療室であること。	別添7、様式43
	救命救急入院料4（特定集中治療室管理料1の施設基準を満たしているもの）【→492頁】	平成28年3月31日において救命救急入院料4（特定集中治療室管理料1の施設基準を満たしているもの）を届出していた病院	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 8割以上 入院させる治療室であること。	別添7、様式43
	救命救急入院料4（特定集中治療室管理料3の施設基準を満たしているもの）【→492頁】	平成28年3月31日において救命救急入院料4（特定集中治療室管理料3の施設基準を満たしているもの）を届出していた病院	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 7割以上 入院させる治療室であること。	別添7、様式43
	特定集中治療室管理料1【→497頁】	平成28年3月31日において特定集中治療室管理料1を届出していた病院	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 8割以上 入院させる治療室であること。	別添7、様式43

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※
特定入院料	特定集中治療室管理料2【→498頁】	平成28年3月31日において特定集中治療室管理料2を届出していた病院	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 8割以上 入院させる治療室であること。	別添7、様式43
	特定集中治療室管理料3【→498頁】	平成28年3月31日において特定集中治療室管理料3を届出していた病院	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 7割以上 入院させる治療室であること。	別添7、様式43
	特定集中治療室管理料4【→498頁】	平成28年3月31日において特定集中治療室管理料4を届出していた病院	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を 7割以上 入院させる治療室であること。	別添7、様式43

※医療機関の負担軽減等の観点から、各診療項目毎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るもの。

○特掲診療料

該当項目なし

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）

参 考

特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について

（平成28年6月28日 保医発0628第2号）

保険医療機関における看護は、当該保険医療機関の看護要員によって行われるものであり、患者の負担による付添看護が行われてはならないものであるが（「基本診療料等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日付け保医発0304第1号厚生労働省保険局医療課長通知）【→104頁】、看護にあたり特別なコミュニケーション技術が必要な重度のALS患者の入院においては、当該重度のALS患者の負担により、コミュニケーションに熟知している支援者が付き添うことは差し支えないとしてきたところである。

今般、聴覚、言語機能、音声機能、視覚等の障害のため、看護にあたり特別なコミュニケーション技術が必要な障害者の入院におけるコミュニケーションの支援について、下記のとおりとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

なお、本通知の施行に伴い、「重度のALS患者の入院におけるコミュニケーションに係る支援について」（平成23年7月1日付け保医発0701第1号厚生労働省保険局医療課長通知）は廃止する。

記

- 看護に当たり、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する患者の入院において、入院前から支援を行っている等、当該患者へのコミュニケーション支援に熟知している支援者（以下「支援者」という。）が、当該患者の負担により、その入院中に付き添うことは差し支えない。
- 1による支援は、保険医療機関の職員が、当該

- 入院中の患者とのコミュニケーションの技術を習得するまでの間において行われるものであること。
- 1により支援が行われる場合においては、支援者は当該患者のコミュニケーション支援のみを行うものであること。また、コミュニケーション支援の一環として、例えば、適切な体位交換の方法を看護職員に伝えるため、支援者が看護職員と一緒に直接支援を行うことも想定されるが、支援者の直接支援が常態化することなどにより、当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は看護要員の看護力を補充するようなことがあってはならないこと。
- 保険医療機関と支援者は、1による支援が行われる場合に、当該入院に係る治療や療養生活の方針に沿った支援が実施できるよう、当該入院に係る治療や療養生活の方針等の情報を共有するなどして互いに十分に連携すること。
- 保険医療機関は、1により支援が行われる場合であっても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第11条の2に基づき適切に、当該保険医療機関の看護要員により看護を行うものであり、支援者の付添いを入院の要件としたり、支援者に当該保険医療機関の看護の代替となるような行為を求めてはならないこと。
- 保険医療機関は、1により支援を行う場合には、別添の確認書により、患者又はその家族及び支援者に対し、当該支援者が行う支援について確認を行い、当該確認書を保存しておくこと。

以上

障害者の入院に係る支援に関する確認書（患者用）

平成 年 月 日

入院患者名：

推定される入院期間： 日（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

コミュニケーションに係る支援を行う支援者：

氏名 _____（事業所名 _____）

氏名 _____（事業所名 _____）

氏名 _____（事業所名 _____）

※ 入院前から当該患者を支援していたことが明らかとなる書類又は当該患者のコミュニケーション支援を行うことが可能なことが明らかになる書類を添付すること。

上記の支援者の支援は、保険医療機関から強要されたものではありません。

（患者氏名） 印

（家族等氏名） 印

※患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

※ コミュニケーション支援以外は、医療機関の看護要員が行うこととされており、上記の支援者がこれを行うことはできません。

障害者の入院に係る支援に関する確認書（支援者用）

平成 年 月 日

入院患者名：

推定される入院期間： 日（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

コミュニケーション支援を行う支援者：

氏名 _____（事業所名 _____）

氏名 _____（事業所名 _____）

氏名 _____（事業所名 _____）

※ 入院前から当該患者を支援していたことが明らかとなる書類又は当該患者のコミュニケーション支援を行うことが可能なことが明らかになる書類を添付すること。

上記の支援に当たっては、コミュニケーション支援以外の支援を行いません。

（支援者代表者氏名）

（事業者名）

印

954頁 特掲診療料 【62】 D282-3 コンタクトレンズ検査料

参 考

「保険医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売について」（平成27年6月16日付け保医発0616第7号）の一部改正について

（平成28年9月21日 保医発0921第2号）

健康保険事業の健全な運営につきましては、平素より格段のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

先般、「保険医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売について（平成27年6月16日付け保医発0616第7号）」（以下、「当該通知」という。）により保険医療機関においてコンタクトレンズ等を交付するにあたっての取扱いを示したところではありますが、平成28年度診療報酬改定において、「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日付け保医発0304第2号）の別添2の様式30により、コンタクトレンズの自施設交付割合の記載欄を設けたことから下記のとおり一部を改めるので、貴管内関係団体への周知徹底を図るようによりしくお願いします。

記

当該通知の記の3を削除する。

保険医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売について

（平成27年6月16日 保医発0616第7号）

健康保険事業の健全な運営につきましては、平素より格段のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

「医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売について」（平成26年8月28日付け厚生労働省医政局総務課事務連絡）により、医療機関においてコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品（以下「コンタクトレンズ等」という。）を販売することについては、当該販売が、患者のために、療養の向上を目的として行われるものである場合に限り可能である旨、

明確化されたところです。

今般、保険医療機関においてコンタクトレンズ等を交付するにあたっての取扱いを下記のとおりとするので、御了知いただくとともに、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう、下記の留意点に基づき、引き続き適切な指導等をよろしくお願いいたします。

記

- 1 コンタクトレンズ等を交付する保険医療機関に対しては、以下の点を求めること。
 - (1) 当該保険医療機関においてコンタクトレンズ等の交付を受けることについて、患者の選択に資するよう、当該保険医療機関外の販売店から購入もできること等について説明し、同意を確認の上行うこと。ただし、この同意の確認は必ずしも同意書により行う必要はなく、口頭説明により確認する方法で差し支えない。
 - (2) 患者から徴収するコンタクトレンズ等の費用は社会通念上適当なものとすること。その際、保険診療の費用と区別した内容の分かる領収証を発行すること。
- 2 以前、一部の保険医療機関（特にコンタクトレンズ販売店に併設された診療所等）において、コンタクトレンズ検査料1の施設基準の不適切な届出や、不適切な診療報酬請求を行っている事例があったところなので、今後も同様の事例が生じないよう、本通知に示す保険医療機関においてコンタクトレンズ等を交付するにあたっての取扱いを周知する際、コンタクトレンズ検査料を算定する保険医療機関に対しては、適正な診療報酬請求を行うよう改めて周知するとともに、引き続き適切な指導等を行うこと。

1229頁 特掲診療料 【100-15】 K328 人工内耳植込術

関係通知

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8月31日 保医発0831第2号)

I・3・(105) 人工中耳用材料

⑧

- ア 人工中耳用材料は、関係学会の定める指針に従い、植込型骨導補聴器よりも本品を適用すべき医学的理由がある患者に対して使用した場合に限り、算定できる。
- イ 人工中耳用材料の使用に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。
- ウ 人工中耳用材料の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の変換等の場合は算定できない。
- エ 人工中耳の植込みを行った場合の手技料は、区分番号「K320」アブミ骨摘出術・可動化手術の点数に準じて算定する。
- オ 人工中耳の植込み又は交換を行った場合の施設基準は、区分番号「K328」人工内耳植込術の施設基準に準じて、改めて届け出ること。
- カ 人工中耳の植え込み又は交換を行った後、補聴器適合検査を実施した場合は、区分番号「D244-2」補聴器適合検査「2」2回目以降により算定する。