

写

事 務 連 絡

平成 16 年 7 月 7 日

地方社会保険事務局  
都道府県民生主管部（局）  
各 国民健康保険主管課（部） 御中  
都道府県老人医療主管部（局）  
老人医療主管課（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

「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件」（平成16年厚生労働省告示第47号）及び「老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準の一部を改正する件」（平成16年厚生労働省告示第48号）については、「診療報酬点数表（平成6年厚生省告示第54号）及び老人診療報酬点数表（平成6年厚生省告示第72号）の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成16年2月27日付け保医発第0227001号）等により本年4月1日より実施されているところであるが、今般、医科診療報酬点数表の取扱いに係る疑義解釈資料を別紙1のとおり取りまとめましたので、参考までに送付いたします。

なお、医科診療報酬点数表の取扱いに係る「疑義解釈資料の送付について」（平成16年3月30日付事務連絡）を別紙2のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

【入院基本料】

[褥瘡患者管理加算]

問1 「褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する看護師」とあるが、看護師についても専任と考えてよいか。

答 そのとおり。

問2 「入院中1回に限り」加算することとされているが、入院起算日が変わらない再入院であっても算定できるのか。

答 算定要件を満たす限り算定できる。

問3 褥瘡対策に関する基準の「専任の医師、看護職員」と褥瘡患者管理加算に関する基準の「専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する看護師」は兼務できるのか。

答 兼務できる。

問4 褥瘡患者管理加算と重症皮膚潰瘍管理加算は併せて算定できるのか。

答 算定できる。

【特定入院料】

[ハイケアユニット入院医療管理料]

問5 ハイケアユニット入院医療管理料は療養病床であっても届け出ることができるか。

答 ハイケアユニット入院医療管理料は一般病床を想定して設定したものであり、療養病床等の届出は想定していない。

問6 ハイケアユニット入院医療管理料の算定対象患者の状態の1つに「大手術後」とあるが、「大手術」とはどの程度の手術をいうのか。

答 特に程度は示していないが、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料の「大手術」と同義である。

[亜急性期入院医療管理料]

問7 「専任の在宅復帰支援を担当する者」は、複数の病棟で当該病室を有している場合であっても当該保険医療機関で1名以上配置すればよいのか。

答 そのとおり。

問8 亜急性期入院医療管理料を算定している患者が退院し、急性増悪により当該病室に再入院した場合、再度90日を限度として算定できるのか。

答 算定できる。

問9 「第9部処置（所定点数が1,000点を超えるものに限る。）」とは、通則の加算や各区分の注に規定する加算を含まない点数が1,000点を超えるものと理解してよいか。

答 そのとおり。

問10 複数の一般病棟を有する医療機関の場合、入院基本料1又は2を算定している必要があるのか。あるいは、亜急性期入院医療管理料を算定する病棟のみ2.5対1の看護職員の配置があればよいのか。

答 亜急性期入院医療管理料に係る病室を有する病棟において看護職員の配置が2.5対1以上であればよく、一般病棟入院基本料の届出区分は問わない。

問11 対象患者については、「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等」とされているが、医学的判断によるものと理解してよいか。

答 そのとおり。

問12 介護保険適用の療養病床に入院している患者が、急性増悪により当該病室に入院した場合も90日を限度として算定できるのか。

答 算定できる。その場合、当該病室に入院した日から90日を限度として算定できる。

問13 算定要件に該当しない患者については、一般病棟入院基本料Ⅱ群5で算定することとされているが、入院基本料等加算は算定できるのか。

答 算定要件を満たす限り算定できる。

#### 【特定抗精神病薬治療管理加算】

問14 外泊期間中に特定抗精神病薬治療管理加算は算定できるのか。

答 算定できない。入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料の基本点数の15%又は特定入院料の15%を算定することとされており、この基本点数には、加算・減算は含まない。なお、薬剤料は特定入院料の基本点数に含まれているため、別に算定できない。

#### 【指導管理等】

##### 【肺血栓塞栓症予防管理料】

問15 「入院中1回に限り」算定することとされているが、入院起算日が変わらない再入院であっても算定できるのか。

答 算定要件を満たす限り算定できる。

問16 「肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に消炎鎮痛等処置の点数は算定できない」こととされているが、肺血栓塞栓症予防管理料を算定した患者に行った入院中の消炎鎮痛等処置はすべて算定できないのか。

答 肺血栓塞栓症の予防を目的としない消炎鎮痛等処置は算定できる。

[診療情報提供料]

問17 保険医療機関が、児童福祉法第25条又は児童虐待防止法第6条に基づき通告を行う場合(※)、診療情報提供料は算定できるか。

(※) 児童虐待防止法においては、「児童虐待を受けたと思われる児童」を発見した者は通告を行うこととされている。

答 児童福祉法第25条又は児童虐待防止法第6条に基づく通告は、医療機関のみならず広く国民に課せられた義務であり、診療情報提供料は算定できない。

問18 患者の同意が得られないが、市町村への情報提供の必要があると保険医療機関が判断し、市町村へ情報提供した場合、本点数は算定できるか。

答 患者の同意は診療情報提供料の算定要件であり、算定できない。

問19 18歳以下の子どもが患者である場合、子どもの同意があれば、現に子どもの養育に当たっている者の同意がなくても本点数は算定できるか。

答 養育支援は現に子どもの養育に当たっている者に対して行われるものであり、現に子どもの養育に当たっている者の同意がない場合は、本点数は算定できない。

問20 市町村から保険医療機関が委託を受けて実施した健康診査等の際に、保険医療機関が子どもの養育支援が必要な状態であると判断し、市町村に情報提供を行った場合、診療情報提供料は算定できるか。

答 市町村から委託を受けて実施した健康診査等に伴う情報提供であることから算定できない。

問21 別紙様式10は患者が「現に子どもの養育に関わっている場合」に用いることとなっているが、実母、実父以外でも算定できるのか。

答 患者が保護者又は現に子どもの養育に関わっている同居人であって、養育支援を必要とすれば、実母、実父に限らず算定できる。

問22 別紙様式9又は別紙様式10は、具体的にはどんなケースが算定対象となると想定しているのか。

答 患者が子どもである場合には、別紙様式9により情報提供を行うこととなるが、例えば患者が未熟児である、あるいは発達の遅れが見られるなどの場合であって、育児や栄養に関する指導、あるいは家事等の援助などの養育支援が特に必要と考えられる場合が想定される。また患者が養育者である場合には、別紙様式10により情報提供を行うこととなるが、養育者が母親である場合には、例えばマタニティーブルーや産後うつ等の精神疾患であり、育児に関する相談・指導等の養育支援が特に必要と考えられる場合が想定される。

患者が父親など母親以外の者である場合には、その者が統合失調症等の精神疾患やアルコール依存症等の疾患や疲れやすい慢性的な病気を有している場合や、育児そのもの又はそれに加え経済的な問題や家庭不和などのストレスあるいはこれに起因する慢性的なだるさなどにより受診しており、育児指導、あるいは家事援助等の養育支援が特に必要と考えられる場合が想定される。

問23 養育支援とは何か。

答 清潔の保持、栄養摂取、生活環境整備など育児や栄養に関する相談・指導、子どもの身体的及び情緒的発達に関する相談・指導あるいは育児負担を軽減するための家事援助、地域の子育て支援サービスの利用に関する助言・斡旋などが考えられる。

問24 各市町村がどのような養育支援のメニューを持っているかについてどこに確認すれば良いか。

答 この様式による情報提供が円滑に行われるよう、厚生労働省雇用均等・児童家庭局から各都道府県等の児童福祉主管部局及び母子保健主管部局に対し、市町村における情報の受理窓口を医療機関に周知するよう通知したところである。

(通知名)

「療育支援を必要とする家庭に関する医療機関から市町村に対する情報提供について」  
(平成16年3月10日雇児総発第0310001号)

#### 【在宅医療】

##### 【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】

問25 1回の点滴注射指示に基づく点滴注射が終了した後に、継続して同じ内容の点滴注射指示を出す場合でも、主治医はあらためて診療する必要があるのか。

答 そのとおり。

問26 当該指導料及び当該指導料に係る薬剤料を算定できる患者の範囲は介護保険による訪問看護対象者も含まれるのか。

答 医療保険による訪問看護対象者に限る。

問27 ①注射手技料は別に算定できるか。  
②薬剤料の請求は、「在宅」欄とするのか、それとも「注射」欄とするのか。  
③薬剤の制限はないのか。

答 ①算定できない。  
②「注射」欄で請求する。  
③医師の判断によるものであり、特に制限はない。

#### 【検査】

##### 【腫瘍マーカー】

問28 算定回数が複数月に1回のみとされている検査を実施した場合は、診療報酬明細書の「摘要」欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載することとされているが、PSA精密測定についても、初回の場合は初回である旨を記載する必要があるか。

答 記載する必要はない。ただし、前立腺癌の確定診断がつかずPSA精密測定を2回以上算定する場合は、「摘要」欄に「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載する必要がある。

問29 P S A精密測定を2回以上算定する場合は、診療報酬明細書に当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載することとされているが、当該検査を外注している場合、翌月の請求日までに直近の検査値が判明していないことがあり得る。このような場合、どのように取り扱えばよいのか。

答 検査値が判明していないため、やむを得ず記載することができない場合には、その旨を診療報酬明細書に記載することで差し支えない。

#### 【投薬】

##### [特定疾患処方管理加算]

問30 隔日投与で28日以上であっても算定できるか。

答 隔日投与であっても、処方期間が28日以上であれば算定できる。

問31 特定疾患に対する薬剤を投与したときの45点の加算は、特定疾患に直接適応のある薬剤の処方の場合のみ算定できるのか。

答 そのとおり。

#### 【リハビリテーション】

問32 理学療法(Ⅲ)の「医師の指導監督のもとに看護師、あん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者」の等には、准看護師が含まれるか。

答 そのとおり。

#### 【手術】

##### [新生児・乳幼児加算、時間外加算等]

問33 手術の通則7及び通則13における所定点数は、通則5及び通則6における加算あるいは減算を行った点数をもとにするのか。

答 そのとおり。

問34 複数手術に係る費用の特例においては、通則5及び通則6における加算あるいは減算を行った点数をもとに、主たる手術の所定点数、従たる手術の所定点数の関係を決定するのか。

答 そのとおり。

問35 手術の第1節手術料の各区分の注に規定する加算については、通則5及び通則6における加算あるいは減算の対象となるのか。

答 「①技術等を評価した注に規定する加算」は対象となるが、「②材料等を評価した注に規定する加算」は対象とならない。

①の例：人工関節置換術の再置換に係る加算  
食道悪性腫瘍手術の遊離腸管移植に係る加算

②の例：自動縫合器に係る加算  
自動吻合器又は自動縫合器に係る加算  
冠動脈、大動脈バイパス移植術の人工心肺不使用に係る加算  
同種腎移植術の死体腎移植に係る加算

問36 医科、歯科併設の保険医療機関において、「上顎骨形成術等」を行った場合、年間症例数は別々で満たさなければならないのか。

答 一保険医療機関として合算した症例数として届け出る。

問37 経尿道的尿管ステント留置術と経尿道的尿管ステント抜去術を同時に行った場合は両方とも算定できるのか。

答 主たる点数のみ算定する。

問38 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固療法と肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法を同時に行った場合は両方とも算定できるのか。

答 主たる点数のみ算定する。

問39 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術で、

- ①術中のマンモグラフィ等の検査については、別に算定できるか。
- ②手術前に行ったマンモグラフィ等の検査については、別に算定できるか。
- ③マンモグラフィ等の「等」にはどのような検査が含まれるのか。

答 ①算定できない。

②算定できる。

③CT、MRI、超音波検査が該当するが、マンモグラフィを基本とする。

問40 両室ペースメーカー移植術の施設基準で、「体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の十分な経験のある施設であること」とあるが、「等」には何が含まれるのか。

答 具体的な治療方法は示していない。医学的に重症心不全の患者に対する治療であれば該当する。

問41 両室ペースメーカー移植術に関する施設基準に「所定の研修を終了している常勤の医師」とあるが、どのような研修が該当するのか。

答 例えば、日本心臓ペースング・電気生理学会、日本心不全学会等が主催する研修やセミナーが該当する。

問42 加齢黄斑変成症の患者に対して実施される、光感受性物質であり保険適用された医薬品（ベルテポルフィン）と保険適用された眼科用光凝固装置を用いた眼科光線力学療法については、どの項目を準用するのか。

答 「K 2 7 6 網膜光凝固術 2 その他特殊なもの（1 連につき）」を準用する。

【施設基準の届出】

[権限の委任]

問43 届出に関する手続通知で、従来の「国立大学の附属病院等」が、「国立高度専門医療センター等」に改められたが、取扱いの変更があったのか。

答 「国立病院・診療所」及び「国立大学」の独立行政法人化に伴い改めたものであり、取扱いの変更はない。

【特定療養費】

[特別の療養環境]

問44 平成16年4月から独立行政法人化された国立病院等の病院について、特別の療養環境に係る病床数は、これまでどおり当該保険医療機関の有する病床数の2割以下となるのか。

答 独立行政法人化されたことにより国が開設する保険医療機関ではなくなったため、当該保険医療機関の有する病床数の5割以下となる。



【特定入院料】

[ハイケアユニット入院医療管理料]

問 重症度・看護必要度に係る基準を満たす患者が8割以上の要件とはどのようなものか。

答 モニタリング及び処置等15項目の評価(A得点)が3点以上、又は、患者の状況に係る13項目の評価(B得点)が7点以上である患者が当該治療室の1月の入室患者延べ数の8割以上入室していること。

[亜急性期入院医療管理料]

問 本管理料を5月以降に届け出る場合の実績の取り方はどのようになるか。

答 ~~4月に届出する時と同様に前月届出前~~1ヶ月内における当該管理料を算定する病棟室の在宅復帰率が6割以上であればよい。

【処置】

[消炎鎮痛等処置]

問 「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」について、発症後180日が月の途中の場合、どのように算定するのか。

答 発症後180日までは、介達牽引、器具等による療法及び湿布処置を併せて7回以上行った場合、7回目以降所定点数の50/100により算定することとなるため、当該月において発症後180日となる日までに合計回数が4回以上の場合、181日目の日から月末までの期間については、所定点数の50/100により算定することとなり、発症後180日となる日までの合計回数が4回未満の場合、181日目の日から月末までの期間については、4回目まで所定点数の100/100、5回目以降は所定点数の50/100により算定することとなる。