

事務連絡
平成26年4月10日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その3）

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第57号）等については、「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」（平成26年3月5日保医発0305第3号）等により、平成26年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添3のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

なお、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成26年3月31日付事務連絡）を別添4、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（平成26年4月4日付事務連絡）を別添5のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

医科診療報酬点数表関係

【入院基本料】

(問1) 平成26年3月31日まで平成24年度改定時の経過措置による7対1の届出をしている場合、平成26年9月30日までの経過措置を利用することができるか。

(答) 平成24年度改定時の経過措置による7対1を平成26年3月31日時点において届出している場合は、平成26年9月30日までの7対1入院基本料の経過措置を利用することはできない。

【ADL維持向上等体制加算】

(問2) ADL維持向上等体制加算において、病棟専従の常勤理学療法士等は疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないのか。

(答) できない。

ただし、ADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハビリテーション等を提供する場合については差し支えない。なお、理学療法士等が提供できる疾患別リハビリテーション等は1日6単位(2時間)までとする。

また、当該病棟専従の常勤理学療法士等は、疾患別リハビリテーション料等の専従の理学療法士等として届け出ることはできない。

【療養病棟入院基本料】

(問3) 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「在宅生活を1月以上(退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上)継続することを確認をしていること」とあるが、考慮する医療区分は退院日の医療区分で良いか。

(答) 退院日の医療区分でよい。

【地域包括診療加算／地域包括診療料】

(問4) 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち重複しない対象疾病について他医療機関で診療を行う場合、他の保険医療機関でも算定できることとされているが、各々の保険医療機関で当該患者の各々の診療計画を把握する必要があるか。

(答) 他の医療機関と連携のうえ、相互の医療機関が各々の診療計画を把握する必要がある。その際、他の医療機関において地域包括診療料又は地域包括診療加算を算定している旨をカルテに記載すること。

(問5) 院外処方を行う場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すことになるが、リストの作成は、各保険医療機関で行うことになるか。

(答) 各保険医療機関で都道府県薬剤師会等が作成するリストを参考に、患者に提供するリストを作成する。

(問6) 院外処方を行う場合の要件として、連携薬局以外の薬局における処方患者の同意を得た場合に限り可能となっているが、その際の時間外において対応可能な「24時間開局・24時間対応薬局のリスト」についての情報収集等はどうすればよいか。

(答) 日本薬剤師会から都道府県薬剤師会に対し、当該リストの整備について協力要請を行っているところであり、今後、都道府県薬剤師会又は地域薬剤師会において当該リストが作成される見込みである。なお、当該リストの各保険医療機関への配布方法、内容の更新頻度等については、都道府県医師会において都道府県薬剤師会と相談されたい。

(問7) 同一月に2つの保険医療機関で、地域包括診療料（または地域包括診療加算）を算定されている患者について、当該疾患が重複していることが判明した場合、どちらの医療機関も算定要件を満たしていないこととなるのか。

(答) そのとおり。

(問8) 地域包括診療料又は地域包括診療加算の届出にあたり、受講した研修の修了証等の添付が求められているが、主治医意見書の研修会については必ずしも修了証が発行されるものではないが、この場合どうすればよいか。

(答) 当該診療料又は加算の施設基準の主治医意見書の研修会については、それが確認できる資料を添付すればよく、必ずしも修了証を添付する必要はない。

(問9) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上(疑いは除く。)を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)とあるが、当該通知の「糖尿病」には境界型糖尿病も該当すると考えてよいか。また、耐糖能異常についてはいかがか。

(答) 算定できない。

【救急医療管理加算】

(問10) 留意事項通知(5)に規定されている「都道府県知事の指定する精神科救急医療施設において、緊急に入院を必要とする重症患者(精神疾患であり、入院させなければ医療及び保護を図る上で支障のある状態)」の場合は、今回の改定により区分された救急医療管理加算「1」、「2」いずれで算定する扱いか。

(答) 患者の状態による。

【診療録管理体制加算】

(問11) 診療録管理体制加算1の施設基準において、年間退院患者数2,000人に1名以上の専任配置、うち1名が専従とあるが、退院2,000人以内の場合でも専従配置は必要か。

(答) 必要である。

(問12) 診療録管理体制加算1・2の届出に関して、カルテ開示が実施されていなければ算定できないのか。

(答) 「診療情報の提供等に関する指針(平成15年9月12日医政発第0912001号)」

には、患者への情報提供（診療中の診療情報の提供）が示されている。これを実施するとともに、診療記録の開示等についても、指針を参考に体制を整備すれば算定できる。

（問13） 診療録管理体制加算 1・2 について、患者に対する診療情報の提供が実績としてなければ、算定できないのか。

（答） 提供実績がなくても、患者から求めがあった場合、提供可能な体制を整えていれば算定できる。

【地域包括ケア病棟入院料】

（問14） リハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していることとあるが、それ以上実施した場合は、出来高で算定しても良いのか。

（答） 算定できない。

【特定集中治療室管理料】

（問15） 経過措置期間を終える平成27年4月以降、新たに「特定集中治療室管理料 3・4」を届け出る場合、看護必要度の実績は新基準による実績となるのか。

（答） そのとおり。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

（問16） 休日リハビリテーション提供体制加算の届出については、休日における1日当たりの疾患別リハビリテーションの単位数の実績がなくてもよいか。

（答） 施設基準の届出にあたっては実績が必要である。

（問17） 回復期リハビリテーション病棟入院料 1・体制強化加算における、専従医師に求められる研修は、当該専従医師が日本リハビリテーション医学会リハビリテーション科認定医の場合であっても所定の研修を新たに受講し、終了する必要があるのか。

（答） そのとおり。

【認知症患者リハビリテーション料】

(問18) 認知症患者リハビリテーション料は入院した日から起算して1月に限られているが、平成26年3月以前から入院し、1月を既に経過している患者には算定できないのか。

(答) そのとおり。

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

(問19) C101在宅自己注射指導管理料の導入初期加算を行っている患者が保険医療機関を変更した場合はどのように取り扱うのか。

(答) 変更前の保険医療機関から通算して取り扱う。

【夜間休日救急搬送医学管理料】

(問20) 精神科疾患患者等受入加算(400点)が新設されたが、救命救急センター併設、若しくは第二次および第三次救急医療機関での算定は可能か。

(答) 第二次救急医療機関のみ算定が可能。

(問21) 注2には「区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する」との記載ではないが、初診であればよいのか。

(答) 初診料を算定する初診の日に限る。

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

(問22) 留意事項通知の(6)のウにおいて、患者又はその家族等への説明に用いた文書の写しは、何に添付するのか。

(答) 診療録に添付する。

【在宅医療】

(問23) 在宅自己注射指導管理料の導入初期加算については、「新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間月1回に限り算定する。ただし、処方の内容に変更があった場合は、さらに1回に限り算定することができる。」となっているが、

- ①さらに1回に限りとは、導入後3月の間に月2回算定する月があってもよいか。
- ②あるいは、導入後4月目以降においても1回に限り算定可能ということか。

- (答) ① 導入後3月の間に月2回は算定できない。
② 導入後4月目以降でも1回に限り算定できる。

(問24) 在宅人工呼吸指導管理料の算定において、SASに対して、有効的とされるASVを用いた補助換気療法については、在宅人工呼吸指導管理料の対象とならない旨明確化されたが、この場合、慢性心不全の有無や重症度により、在宅酸素療法指導管理料又は在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料で算定されるものと解してよいか。

(答) そのとおり。

(問25) C200薬剤において、「厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。」とあるが、抗真菌薬と抗インフルエンザ薬についても該当するか。

(答) 該当する。

(問26) C200薬剤の留意事項通知の(1)の厚生労働大臣の定める薬剤に「pH4処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)製剤、電解質製剤及び注射用抗菌薬」が追加されたが、電解質製剤には、脂肪乳剤は含まれるか。

(答) 該当しない。

【血液化学検査】

(問27) 「1」の不飽和鉄結合能 (UIBC) (比色法)、総鉄結合能 (TIBC) (比色法)、
「12」の不飽和鉄結合能 (UIBC) (RIA法) と、総鉄結合能 (TIBC) (RIA法)
を同時に実施した場合は、「1」の不飽和鉄結合能 (UIBC) (比色法) 又は総
鉄結合能 (TIBC) (比色法) の所定点数を算定する」とあるが、今までは主
たる点数を算定とあったが、4月からは同時実施した場合は、「1」の点数の低
い方での算定となるのか。また、4項目全て実施の場合、若しくは2項目・3
項目の同時実施の場合も同様であるか。

(答) そのとおり。

【周術期口腔機能管理後手術加算】

(問28) 通則17に「歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、第6款
(顔面・口腔・頸部)、第7款(胸部)及び第9款(腹部)に掲げる悪性腫
瘍手術又は第8款(心・脈管(動脈及び静脈は除く。))に掲げる手術をそれ
ぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、
100点を所定点数に加算する。」とあるが、算定要件を満たす複数手術を併
せて施行した場合、各々の手術手技料に加算できるのか。

(答) 主たる手術の所定点数にのみ加算できる。

【酸素】

(問29) 平成26年4月1日以降の診療に係る費用の請求にあたって用いる酸素の単価
については、消費税8%で計算した購入単価により請求するのか。

(答) そのとおり。

ただし、平成26年2月15日までに地方厚生(支)局に届け出た酸素の購入単
価に105分の108を乗ずるのではなく、購入対価(実際に購入した価格)に105
分の108を乗じて当該届出とは別の新たな購入単価を算出し、請求すること。

(算出した購入単価が「酸素及び窒素の価格」により定められている価格未満
の場合に限る)

(参考) 当該年度の前年の1月から12月までの間に
酸素の購入単価(単位 円) = $\frac{\text{当該保険医療機関が購入した酸素の対価}}{\text{当該購入した酸素の容積(単位リットル、35℃1気圧で換算)}}$

【E Dチューブ挿入術】

(問30) J 034-2 E Dチューブ挿入術において、抜去の費用は算定できるか。算定できるとすれば何で算定できるか。

(答) 抜去に関する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(問31) 留意事項通知の(2)において、X線透視下で挿入するとされているが、この際、以下の費用は算定できるか。

①透視診断料(使用した薬剤含む)の費用

②画像診断の費用

留意事項通知の(1)における「経口又は経胃の栄養摂取では十分な効果が得られない患者」に該当すれば、病名に関係なく算定は可能か。

(答) (1) ①、②の評価は所定点数に含まれる。

(2) 可能。

【複数手術に係る費用の特例】

(問32) K 719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術については、平成25年1月24日付け疑義解釈資料(その11)別添1の問6において、同一手術野又は同一病巣につき、当該手術と他の手術を併施した場合は、「主たるもののみの算定となる。」としていたが、複数手術に係る費用の特例として告示されたことから、平成26年4月以降、どのように算定するのか。

(答) 複数手術に係る費用の特例において、同一手術野又は同一病巣につき、当該手術と別表第一に定められている手術を行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。

なお、当該疑義解釈資料(その11)(平成25年1月24日付)別添1の問6は廃止する。

【病理診断管理加算】

(問33) 病理診断管理加算1及び2の施設基準において、従前「病理部門が設置されており」とされていた部分が「病理診断科を標榜している保険医療機関であること。」と変更されたが、病理診断科を標榜していることを保健所に届け出ている必要があるのか。

(答) そのとおり。

ただし、平成26年9月30日までに保健所又は都道府県に提出した届出の写しを地方厚生（支）局に提出した場合は、平成26年4月1日から届出を行っていたものとみなす。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問6-29）「A234-3 患者サポート充実体制加算」については、平成26年改定で包括評価の対象外とされたが、改定後は医科点数表に基づき算定するのか。

（答） そのとおり。医科点数表に従い算定可能な場合に算定すること。

（問6-30）「A234-3 患者サポート充実体制加算」については、平成26年改定で包括評価の対象外とされたが、改定前に当該加算を機能評価係数Iとして評価されていた患者については、改定後の4月以降の退院時に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答） 一連の入院において機能評価係数Iで評価されているため算定することができない。

（問9-7）同一傷病に該当するか否かは診断群分類番号の上2桁（主要診断群）が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。（例）半月板損傷（160620）にて入退院後、7日以内に上腕骨骨折（160730）にて入院

（答） そのとおり。

（問12-7）データ提出に遅延等が認められたため、1か月「データ提出加算」を算定できなくなった場合、当該1か月の診療分はどのように算定するのか。

（答） 包括評価対象分については、当該月診療分のデータ提出加算にかかる機能評価係数Iを医療機関別係数に合算せずに算定すること。

また、包括評価対象外の患者については、当該月の診療分において、医科点数表に基づき、退院時に「A245 データ提出加算」を算定することができない。

訪問看護療養費関係

【機能強化型訪問看護管理療養費】

(問1) 看護職員の常勤数の要件はサテライトに配置している看護職員数も含んだ人数となっているが、例えば、主たる事業所とサテライトの所在地が異なる市町村でもかまわないのか。

(答) 二次医療圏内に設置されていることを基本とし、隣接する医療圏にサテライトが存在する場合は、主たる事業所とサテライトの所在地について、地域の人口や医療資源等を踏まえて個別に判断する必要がある。

医科診療報酬点数表関係

〈医科〉

(問60) 記載要領通知において、在宅患者訪問診療料2を算定する場合には、「訪問診療が必要な理由」等を記載する別紙様式を明細書に添付することされているが、対象患者が、要介護度4以上又は認知症である老人の日常生活自立度判定基準におけるランクⅣ以上の場合も、当該様式 (別紙様式14) ~~を添付~~の「訪問診療が必要な理由」欄に記載する必要があるのか。

(答) 訪問診療を行う患者が、要介護度4以上又は認知症である老人の日常生活自立度判定基準におけるランクⅣ以上の場合、「訪問診療が必要な理由」欄の記載 ~~当該別紙様式を添付する必要はない~~ を省略することができる。

医科診療報酬点数表関係

<医科>

【短期滞在手術等基本料】

(問16) ~~D P C~~病院にて、平成26年3月末に入院して同年4月初めに退院する場合（5日以内）の短期滞在手術等基本料3の算定について、新たに基本料3の対象となった手術を改定時期をまたいだ入院期間で実施した場合の算定方法如何。

(答) 3月中に入院した場合 (D P C病院に入院した場合を含む。) は、すべて出来高で算定する。なお、3月に入院し、同じ手術を3月と4月にそれぞれ実施した場合も同様にすべて出来高で算定する。

【~~在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料~~】

(問40) 在総管、特医総管の算定については、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定し、月1回以上、在宅患者訪問診療料の「同一建物以外」を算定した場合においては、「同一建物以外」の点数を算定できるという解釈でよいか。

(答) そのとおり。

例) 1回目：訪問診療料（同一建物以外の場合）を算定

2回目：訪問診療料（同一建物の場合）を算定

→在総管、特医総管について「同一建物以外」として点数を算定する。