

事務連絡
平成26年3月31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1）

「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5のとおり取りまとめたので、改定説明会等にて回答した事項と併せて、本事務連絡を確認の上、適切に運用頂くようお願いいたします。

(問4) A000初診料の注4に「なお、妥結とは、取引価格が決定しているものをいう。ただし、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及することが可能な場合には未妥結とする。」とあるが、例えば、9月に妥結し、契約書の契約期間が4月から9月までの場合には、4月に遡って清算することになるが、これは「遡及に当てはまらない」ということでよいか。また、この「遡及すること」は、どのような場合に想定されるのか。

(答) 9月末日以降に4月～9月分の取引分に係る取引価格が変更にならないのであれば、遡及に当てはまらない。「取引価格が遡及することが可能な場合には未妥結とする」は、4月～9月分の取引分について9月末日までに一時的に妥結をして取引価格を決め、10月以降に再度当該取引分についての取引価格を決めなおすことが可能な場合を想定している。この場合は、未妥結となる。

【地域包括診療加算／地域包括診療料】

(問5) 月初めに地域包括診療料を算定後、急性増悪した場合等に、月初めに遡って地域包括診療料の算定を取り消し、出来高算定に戻すことは可能か。

(答) 可能である。

(問6) 対象疾患を2つ以上有する患者が複数いる場合、地域包括診療料又は地域包括診療加算を算定する患者と算定しない患者を分けることは可能か。

(答) 可能である。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算の届出は医療機関単位でどちらか一方しか出来ないことに留意されたい。

(問7) 地域包括診療料又は地域包括診療加算を算定する患者ごとに院内処方と院外処方に分けることはできるか。

(答) 可能である。

(問8) 地域包括診療料又は地域包括診療加算を算定している保険医療機関におけるすべての患者が、7剤投与の減算規定の対象外となるのか。

(答) 地域包括診療料を算定している月、又は、地域包括診療加算を算定している日に限り、当該点数を算定する患者に対して適用される。

(問9) 担当医を決めるとあるが、2つの保険医療機関で当該点数を算定する場合、1保険医療機関ごとに担当医が必要か、又は、他の保険医療機関と併せて1名の担当医でよいか。

(答) 当該点数を算定する場合は、1保険医療機関ごとに担当医を決める必要がある。

(問10) 患者の担当医以外が診療した場合は、算定可能か。

(答) 算定できない。担当医により指導及び診療を行った場合に算定する。

(問11) 他の保険医療機関との連携とは、整形外科や眼科など、患者が受診しているすべての保険医療機関を指すのか。

(答) その通り。

(問12) 24時間開局薬局、および24時間対応薬局の定義はどのようなものか。

(答) 24時間開局薬局とは、以下を満たす薬局である。

- ・保険薬剤師が当直を行う等、保険薬剤師を24時間配置し、来局した患者の処方せんを直ちに調剤できる体制を有していること。
- ・当該保険薬局が客観的に見て24時間開局していることがわかる表示又はこれに準ずる措置を講じること。なお、防犯上の観点から必要であれば、夜間休日においては、夜間休日専用出入口又は窓口で対応することで差し支えない。

24時間対応薬局とは、以下を満たす薬局である。

- ・保険薬剤師が患者の求めに応じて24時間調剤等が速やかに実施できる体制を整備していること。
- ・当該保険薬局は、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、原則として初回の処方せん受付時に(変更があった場合はその都度)、患者又はその家族等に対して説明の上、文書(これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。)により交付していること。

(問13) 地域包括診療料及び地域包括診療加算において、患者に交付する薬剤を院内と院外に分けて交付することは可能か。つまり、処方せん料と処方料のいずれも算定できるか。

(答) 1回の受診に対して、患者毎に院外処方か院内処方かいずれか一方しか認められない。なお、地域包括診療料においては処方料及び処方せん料は包括されているので院内処方であっても院外処方であっても算定できない。地域包括診療加算においては、該当する処方料又は処方せん料のいずれか一方を患者毎に算定できる。

【入院基本料】

(問14) 90日を超えて入院している患者について、病棟毎に出来高算定を行う病棟、療養病棟入院基本料の例により算定する病棟の届出を行うのか。

(答) 病棟ごとに取扱を選択することは可能であるが、届出は療養病棟入院基本料の例により算定する病棟のみ必要となる。

(問15) 平成26年4月1日以降、新7対1の基準を満たせなかった場合には、10対1入院基本料等を届け出ることになるのか。

(答) 7対1の重症度、医療・看護必要度の基準を満たせなかった場合でも、平成26年9月30日（経過措置期間）までは7対1入院基本料を算定することができるが、経過措置期間中に要件を満たせなければ、平成26年10月1日以降に10対1入院基本料等を届出することになる。

(問16) 重症度、医療・看護必要度に関する院内研修について、現行の内容を受講していることで条件を満たしていると考えて良いか。または、改定後の内容で受講し直す必要があるのであれば、猶予期間は示されるのか。

(答) 評価者については、所属する医療機関において、経過措置である平成26年9月30日までの間に、改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要である。院内研修を実施する指導者についても、新項目等の評価に支障のないよう、国及び医療関係団体等が主催する研修を受けていただくよう、対応に努めていただきたい。

(答) 含まれない。

【超重症児（者）・準超重症児（者）加算】

(問37) 平成27年4月1日以降、一般病棟（一部除く）における算定日数は90日とされているが、平成27年4月1日時点ですでに当該加算を算定していた場合、何日間算定可能なのか。

(答) 90日から平成27年3月31日時点の算定日数を引いた日数について算定可能である。

(例：平成27年3月31日時点で60日算定していた場合は、4月1日以降は30日間算定可能。平成27年3月31日時点で90日以上算定していた場合は、4月1日以降算定不可。)

(問38) 一般病棟に入院している患者について、入院後に超重症児(者)、準超重症児(者)の基準に該当することになった場合はどうなるか。

(答) 該当することになった日から起算して90日に限り算定可能。

【感染防止対策加算】

(問39) 施設基準における「院内感染対策サーベイランス(JANIS)等」の等にはどのようなものが含まれるのか。

(答) 原則として、JANISとするが、市区町村以上の規模でJANISの検査部門と同等のサーベイランスが実施されている場合については当該事業がJANISと同等であることがわかる資料を添えて当局に内議されたい。

(問40) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)において、一部の部門のみ参加すればよいのか。

(答) 少なくとも検査部門が参加していることが必要である。

(問41) 感染防止対策加算1の届出を行っている保険医療機関と感染防止対策加算2の届出を行っている保険医療機関とのカンファレンスは、どのような内容が適当か。

(答) 例えば、各保険医療機関における薬剤耐性菌等の検出状況、感染症患者の発生状況、院内感染対策の実施状況（アルコール製剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等）、抗菌薬の使用状況等の情報の共有、参加しているサーベイランス事業からのデータの共有及び意見交換等を行い、最新の知見を共有することは適当である。

【特定集中治療室管理料】

(問42) 特定集中治療室管理料1について、「専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと」とあるが、特定集中治療の経験を5年以上有する医師2名以上が常時、当該特定集中治療室に勤務する必要があるのか。

(答) 当該治療室において集中治療を行うにつき必要な医師の中に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師2名以上が含まれている必要があるという趣旨であり、必ずしも特定集中治療の経験を5年以上有する医師2名以上が常時、当該特定集中治療室に勤務する必要はない。

(問43) 「特定集中治療の経験を5年以上有する医師」とあるが、特定集中治療室管理料の届出がある保険医療機関の集中治療部門（集中治療部、救命救急センター等）での勤務経験を5年以上有していることで要件は満たされるか。

(答) 集中治療部門での勤務経験を5年以上有しているほか、特定集中治療に習熟していることを証明する資料を提出すること。

(問44) 専任の臨床工学技士の配置について、「常時、院内に勤務」とあるが、当直体制でも可能か。あるいは、夜勤体制による対応が必要か。

(答) 当直体制による対応が必要である。ただし、集中治療室の患者の状態に応じて、夜勤体制であることが望ましい。

【医学管理等】

(問56) B001-2-8 外来放射線照射診療料を算定した日から7日目の前日又は翌日に放射線治療の実施に関し必要な診療を行った上で、外来放射線照射診療料を算定したものを、前回の算定日から7日目に算定したものとみなすことができるか。

(答) 患者一人につき、年に1回(休日によるものを除く。)までであれば差し支えない。

【がん患者管理指導料】

(問57) がん患者指導管理料2の看護師の研修とはどのような研修か。

(答) 日本看護協会認定看護師教育課程「緩和ケア」、「がん性疼痛看護」、「がん化学療法看護」、「がん放射線療法看護」、「乳がん看護」の研修。

日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」又は「精神看護」の専門看護師教育課程。

(問58) がん患者管理指導料3の対象となる抗悪性腫瘍剤の範囲はどのような考え方か。

(答) 抗悪性腫瘍剤には、薬効分類上の腫瘍用薬のほか、インターフェロン、酢酸リユープロレリン等の悪性腫瘍に対する効能を有する薬剤が含まれる。

(問59) 病棟薬剤業務実施加算における病棟専任の薬剤師は、がん患者管理指導料3の要件である専任の薬剤師と兼務することは可能か。

(答) 可能。ただし、病棟薬剤業務の実施時間には、がん患者管理指導料3算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。

【在宅患者訪問診療料】

(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、当該様式を添付する必要があるのか。

PO-ANCA) については、「急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。」とあるが、「ANCA関連血管炎」、「顕微鏡的多発血管炎」、「アレルギー性肉芽腫性血管炎」又は「ウェジナー肉芽腫症」の診断又は経過観察のために測定した場合であっても算定できるか。

(答) 傷病名等から急速進行性糸球体腎炎であることが医学的に判断できる場合には算定して差し支えない。

(問71) D239-4 全身温熱発汗試験に「本検査は、多系統萎縮症、パーキンソン病、ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群及びロス症候群等の患者に対し、ヨウ素デンプン反応を利用して患者の全身の発汗の有無及び発汗部位を確認した場合に、診断時に1回、治療効果判定時に1回に限り算定できる。」とあるが、この「等」にはどのような疾患が含まれるのか。

(答) パーキンソン病関連疾患が含まれる。

【向精神薬多剤投与】

(問72) 向精神薬多剤投与を行った場合の減算の除外規定について、「抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」とあり、別紙様式39で、このことを確認できる文書を添付することとされているが、何を指すのか。

(答) 日本精神神経学会が認定する精神科専門医であることを証する文書及び日本精神神経学会が認定する研修を修了したことを証する文書を添付すること。

(問73) 院外処方では、処方せんを発行した保険医療機関の減算となるのか、調剤を行った保険薬局の減算となるのか。

(答) 院外処方の場合は、処方せん料の減算の対象となるが、薬剤料は減算とならない。

【うがい薬】

(問74) ベンゼトニウム塩化物等のように、薬効分類上で「含嗽剤」ではなく「その他の歯科用口腔用薬」に分類される薬剤は対象とならないという理解して良いか。

(答) そのとおり。

【リハビリテーション】

(問75) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の注5に規定する施設基準にて、「過去1年間」とあるが、例えば、平成26年4月に届け出る場合、平成25年4月のみの実績であっても要件を満たすのか。

(答) 満たす。過去1年間に遡って実績があれば認められる。

(問76) 脳血管疾患等リハビリテーション料の注5の施設基準にて、「…介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション又は同法第8条の2第8項に規定する介護予防通所リハビリテーション…」とあるが、例えば、同一法人内で通所リハビリテーションを実施している場合や特別の関係の事業所で通所リハビリテーションを行っている場合についても、実績があるとして届出ることができるのか。

(答) 届出することはできない。保険医療機関における実績が必要である。

(問77) H003-2 リハビリテーション総合計画評価料の注2に掲げる入院時訪問指導加算は、入院起算日が変わらない再入院の場合でも算定可能か。

(答) 当該病棟への入院日前7日以内又は入院後7日であれば算定可能。入院起算日が変わらない再入院の場合は算定できない。

(問78) H007-2 がん患者リハビリテーション料の医療関係団体等が主催するがん患者のリハビリテーションに係る適切な研修とは具体的にどこか。

(答) 一般財団法人ライフ・プランニング・センターが主催する「がんのリハビリテーション研修」、一般財団法人ライフ・プランニング・センターが主催する「がんのリハビリテーション」企画者研修修了者が主催する研修、又は公益社団法人日本理学療法士協会が主催する「がんのリハビリテーション研修会」(平

(問 5 - 4) 機能評価係数 I に関連した施設基準を新たに取得した場合、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に、何か特別な届出が必要か。

(答) 医科点数表に基づく届出のみでよい。なお、機能評価係数 I (臨床研修病院入院診療加算及びデータ提出加算に係るものは除く。)は算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。

(問 5 - 5) 入院基本料等加算を算定することができない病棟 (床) に D P C 対象患者が入院している場合、当該入院基本料等加算に係る機能評価係数 I を医療機関別係数に合算することができるか。(例: D P C 対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数 I)

(答) 機能評価係数 I は人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たす等により、算定することができるのであれば、全ての D P C 対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

(問 5 - 6) 「A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算」について「実際に臨床研修を実施している月に限り加算できる」とあるが、臨床研修を実施している月と実施していない月で係数が異なることになるのか。また、医療機関はその都度届出を行う必要があるのか。

(答) そのとおり。なお、研修に関する計画を年間計画で届出ても差し支えない。その際、計画に変更が生じた場合には速やかに届出ること。

(問 5 - 7) 「A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算」を特定入院期間を超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

(答) 一連の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、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。

6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

(問6-1) 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院し、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)を別に算定することができるのか。(例:検体検査判断料等)

(答) 算定することができない。

(問6-2) 外来で月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)について算定することができるのか。(例:検体検査判断料等)

(答) 算定することができる。

(問6-3) 外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 初診料を算定することはできるが、再診料(外来診療料)については算定することはできない。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

(問6-4) 医科点数表の留意事項通知では「A243 後発医薬品使用体制加算」はDPC対象病棟に入院している患者を除き算定するとされている。しかし、DPCの留意事項通知では同加算は診断群分類点数表に含まれる費用から除かれている。DPC対象病棟に入院している場合、全ての患者について同加算は算定することができないのか。

(答) 算定することができない。診断群分類点数表に含まれない費用については医科点数表に従い算定の可否を判断すること。

(問9-6) 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

(答) D P C 算定病棟以外の病棟から D P C 算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類番号上 2 桁が同一である傷病で転棟日から起算して 7 日以内に D P C 算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

10. 退院時処方 of 取扱いについて

(問10-1) 退院時処方 of 薬剤料はどのような取扱いとなるのか。

(答) 退院時処方 of 薬剤料は、医科点数表に基づき別に算定することができる。

(問10-2) 退院時処方は、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

(問10-3) 診断群分類番号上 2 桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して 7 日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

(答) 退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類番号上 2 桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

(問10-4) 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

(問10-5) 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日もしくは前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

(答) 土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定は取り下げること。

(問10-6) 「フォルテオ皮下注キット600 μ g」について、入院中に薬剤料を算定する場合は、フォルテオ皮下注キット600 μ gの薬価を28(日分)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされているが、入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとするのは可能か。

(答) 入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものとして差し支えない。

(問10-7) 上記問10-6で入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したものとして差し支えないとされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

(答) 当該取扱いは薬価を使用可能日数(回数)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされている薬剤(平成24年8月9日現在ではフォルテオ皮下注のみ)に限る。

(問10-8) 介護老人福祉施設に退院する場合、退院時処方の薬剤料は別に算定することができるのか。

(答) 介護老人福祉施設は算定することができる。