

事務連絡
平成26年4月4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2）

「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2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

【地域包括診療加算／地域包括診療料】

(問1) 地域包括診療料は初診時には算定できないが、初診を行った日と同一月内に再度受診があった場合、当該月より算定可能か。

(答) 可能である。

(問2) 初診日と同一月に地域包括診療料を算定する場合、初診時に算定した費用は、出来高で算定可能か。

(答) 可能である。

(問3) 地域包括診療加算を算定する患者が、対象疾病以外で受診した場合でも算定できるか。

(答) 他の疾患の受診時に、当該点数の対象疾患についての管理も行い、他の要件をすべて満たしていれば算定可能である。

(問4) 医薬品の管理とは、投薬した医薬品名をカルテに記載しておけばよいのか。

(答) 医薬品の管理とは、他の医療機関で処方されたものも含め、直近の投薬内容のすべてをカルテに記載するとともに、重複投薬や飲み合わせ等を含めすべて管理すること。

(問5) 他医療機関で処方された薬剤について、他医療機関と連絡が取れない等の理由で受診時の投薬内容が把握できない場合であっても、算定可能か。

(答) 受診時の直近の投薬内容をすべて把握できない場合は、当該点数は算定できない。

(問6) 院内処方を行っている保険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する患者が、他の保険医療機関で院外処方されている場合にも、保険薬局との連携やリストの交付は必要か。

(答) 当該保険医療機関で院外処方を行わない場合は、必ずしも必要ではない。

(問7) 地域包括診療料および地域包括診療加算において、患者に薬局のリストの中から選択させる際、リストの中に該当薬局が1つしかなかった場合であっても算定可能か。

(答) 院外処方をする際に、保険薬局は原則として複数から選択させる必要があるが、患家や当該保険医療機関の近隣に対応できる薬局が1つしかない場合等、複数の保険薬局リストの作成が事実上困難な場合においては、当該リストの中に該当薬局が1つしかない場合でも差し支えない。

(問8) 「健康診断・検診の受診勧奨を行い結果をカルテに記載」とあるが、受診勧奨しても患者が健康診断に行かなかった場合、自院での検診に応じなかった場合は算定できないか？患者が企業の健康診断などを受けた場合は、その結果を必ず持ってきてもらう必要があるか。

(答) 健康診断・検診の受診勧奨を行う必要があるが、必ずしも受診を行っている必要はない。なお、患者が企業の健康診断等を受けた場合は、その結果を把握し、結果を診療録に記載する等を行う。

(問9) 電子カルテであってもスキャンがない医療機関があるが、保存すべきものはどのように対応すればよいか。

(答) 保存については、電子媒体又は紙媒体を問わない。

【入院基本料】

(問10) 既に7対1入院基本料を算定している医療機関であれば、平成26年9月30日(経過措置期間)までの間、7対1入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たせなくても急性期看護補助体制加算を届出することはできるのか。

また、夜間急性期看護補助体制加算の要件の重症度、医療・看護必要度の

基準が満たせない場合は届出できるのか。

(答) 平成26年9月30日(経過措置期間)まで7対1入院基本料の重症度、医療・看護必要度及び急性期看護補助体制加算の要件の重症度、医療・看護必要度の基準が満たせなくても届出可能である。また、夜間急性期看護補助体制加算も同様である。なお、平成26年4月以降に新規で7対1入院基本料を届け出た医療機関は経過措置の対象とはならない。

(問11) 看護必要度の院内研修を行う者が受講することが望ましい研修は、1度受講すればよいのか。

(答) 重症度、医療・看護必要度等の基準に係る評価に関する研修は、平成26年改定で研修内容が変わっているため、平成26年以降の研修を受講していただくよう努めていただきたい。

(問12) 新しい重症度、医療・看護必要度の項目での評価はいつから行うのか。

(答) 新項目で評価する準備等に要する期間を踏まえ、基準の経過措置期間である平成26年9月30日までの間にできるだけ速やかに新項目に移行していただきたい。なお、経過措置終了後の届出に当たっては、新項目の実績が必要であるため、留意すること。

【入院基本料(看護必要度)】

(問13) 平成26年3月まで7対1入院基本料(経過措置ではないもの)を算定していた医療機関が、看護配置基準が満たせず、平成26年4月1日に10対1入院基本料の届出をした場合、3月末までの看護必要度基準を満たしていれば「看護必要度加算」を届け出することは可能か。

(答) 7対1入院基本料から10対1入院基本料へ届出を変更する場合の看護必要度加算の届出については、平成26年3月末の時点で、旧看護必要度基準を満たしていれば届出することができる。

(問14) 平成26年4月1日以降に新たに7対1入院基本料の届出を行う場合、重症度、医療・看護必要度の基準は、新旧どちらの基準を満たせば良いのか。

(答) 新項目による基準を満たしていることが必要である。

【有床診療所 栄養管理実施加算】

(問15) 前回改定で有床診療所入院基本料に包括された栄養管理実施加算が、今回、包括から除外されたが、常勤の管理栄養士が配置されている診療所で、栄養管理実施加算を算定するためには改めて届出が必要か。

(答) そのとおり。別途届出様式を定めている。

【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。

【精神病棟入院基本料／精神療養病棟入院料における精神保健福祉士配置加算】

(問17) 複数病棟分届出があった場合、在宅へ移行した割合については、病棟単位で要件を満たす必要があるか。

(答) その通り。

(問18) 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟）の重度認知症加算について、平成26年3月31日までに入院し、既に重度認知症加算を算定している場合はどのような扱いとなるのか。例）平成26年2月26日に入院した患者

(答) 平成26年4月1日より新しい規定にて算定する。
例示の症例では、平成26年4月1日時点ですでに入院より1月以上経過しているため、算定不可。

【医師事務作業補助体制加算】

(問19) 施設基準に示される「医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。」について、

- ① 医師事務作業補助者一人一人が80%以上である必要があるか。
- ② 放射線科や病理科などにおいて、入院医療や外来医療を行ってはいないものの、医師の直接の指示下で医師事務作業補助業務を行っている場合は、病棟又は外来での勤務時間数に含まれるか。

- (答) ① そのとおり。
- ② 医師からの直接の指示下で医師事務作業補助業務を行っている場合は、病棟又は外来での勤務時間数に含まれているとみなして差し支えない。

(問20) 何割が病棟、外来勤務であったかタイムテーブル等に記録する必要があるか。

(答) 届出に記載する必要がある。

【特定集中治療室管理料】

(問21) 「当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床あたり20㎡以上である。」とあるが、病床面積の定義はどのようなになるのか。

(答) 平成26年4月1日以降に特定集中治療室管理料1, 2, 3又は4を届け出る場合は、病床面積とは、患者の病床として専用するベッド周り面積を指す。

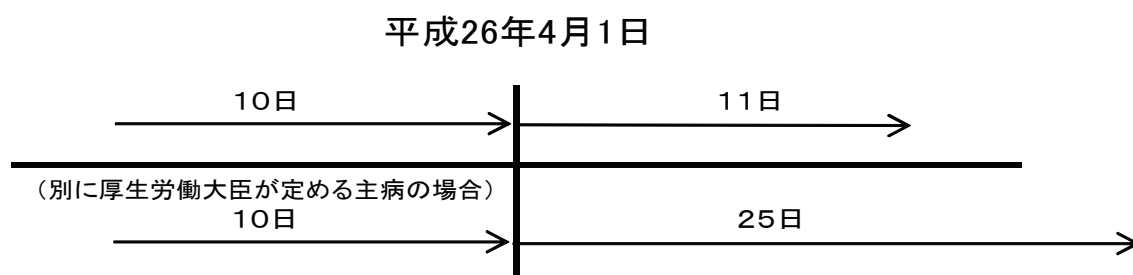
(問22) 特定集中治療に習熟していることを証明する資料とはどのような資料か。

(答) 日本集中治療医学会等の関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講していること、および特定集中治療に係る専門医試験における研修を含むものとする。なお、関係学会が行う特定集中治療に係る講習会の資料については、実講義時間として合計30時間以上の受講証明（講師としての参加を含む。）、及び下記の内容を含むものとする。

- ・呼吸管理（気道確保、呼吸不全、重症肺疾患）
- ・循環管理（モニタリング、不整脈、心不全、ショック、急性冠症候群）
- ・脳神経管理（脳卒中、心停止後症候群、痙攣性疾患）
- ・感染症管理（敗血症、重症感染症、抗菌薬、感染予防）
- ・体液・電解質・栄養管理、血液凝固管理（播種性血管内凝固、塞栓血栓症、輸血療法）
- ・外因性救急疾患管理（外傷、熱傷、急性体温異常、中毒）
- ・その他の集中治療管理（体外式心肺補助、急性血液浄化、鎮静/鎮痛/せん妄）
- ・生命倫理・終末期医療・医療安全

(問23) 新生児特定集中治療室管理料等を算定する患者のうち、出生時の体重が1,500 g 以上であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している患者が診療報酬改定をまたいで入院する場合、当該入院料を算定することができる日数はどのようになるのか。

(答) 平成26年3月31日に当該患者が新生児特定集中治療室管理料等をしている場合については、平成26年4月1日以降、3月31日以前に入室した日から新たに規定する算定可能日数に従って算定する。



(問24) 体制強化加算の施設基準にて、「当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の社会福祉士が1名以上配置されていること」とあるが、専従の常勤医師は、外来診療を行うことができるか。

(答) 行うことはできない。

(問25) 体制強化加算の施設基準にて、「適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること」とあるが、リハビリテーション科専門医であっても研修を受けることが必要なのか。

(答) そのとおり。

【地域包括ケア病棟入院料】

(問26) 地域包括ケア病棟入院料における「在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の受入実績が3件以上であること。」との要件は、平成26年4月1日時点で満たすことはできないのか。

(答) 平成26年9月30日までの間に限り、在宅療養後方支援病院の届出を行ってい

る医療機関が、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の届出を行う場合については、直近1年間における区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算1～3の算定回数が併せて3件以上であれば、当該基準を満たしているものとする。なお、この場合については、届出にあたり当該点数の直近1年間の算定回数がかかる書類を添付すること。

(問27) 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、「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単位以上実施すること」とされているが、土・日・祝祭日も対象となるのか。

(答) 対象となる。

(問28) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料について、療養病棟で算定する場合において、算定要件に該当しない患者に対して、療養病棟入院基本料Iの例によって算定する場合について入院基本料等加算はどのように算定するのか。

(答) 当該入院料については、一般病棟の場合において算定要件に該当しない患者に対しては特別入院基本料を算定することから、療養病棟で療養病棟入院基本料Iの例によって算定する場合においても入院基本料等加算は特別入院基本料の例により算定する。

(問29) 地域包括ケア病棟入院料における看護補助者配置加算に規定される、「当該入院料の施設基準の最小必要人数」とは何名か。

(答) 原則として0名であるが、地域包括ケア入院医療管理料を療養病棟で算定する場合については、療養病棟入院基本料に規定する看護補助者の数を指し、当該看護補助者については看護補助者配置加算の計算対象とならない。

(問30) D P C病棟から転室した場合の算定はどうか。

(答) D P C算定期間はD P Cで算定し、出来高算定の期間になったら地域包括ケア病棟入院料が算定できる。

(問31) 地域包括ケア病棟に再入院した場合、またそこから60日算定できるか。

(答) 第2部「通則5」の規定により入院期間が通算される再入院の場合、再入院時に通算入院期間が60日以内であれば60日まで算定が可能であるが、60日を超える場合には算定できない。

【医学管理等】

(問32) B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料の注2に規定する精神疾患患者等受入加算について、過去6ヶ月の受診歴の確認は、患者等の申告に基づくもので良いか。

(答) 患者等の申告のみならず、前医への確認等が必要である。

(問33) B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料を算定した後、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定し、再度、介護保険のリハビリテーションへ移行する場合に算定できるか。

(答) 算定できない。

(問34) B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料は、当該医療機関内で移行した場合は算定できないが、特別な関係の事業所に移行した場合は算定可能か。

(答) 可能。

(問35) B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料については、介護保険によるリハビリテーションを開始した日から2月間は医療保険によるリハビリテーションとの併用が可能であることから、当該支援料を算定できないということによいか。

(答) そのとおり。

【がん患者管理指導料】

(問36) がん患者管理指導料3の要件である「40時間以上のがんに係る適切な研修」には、どのようなものがあるのか。また、様式5の3について、がん患者管理指導料3の要件である「5年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんにかかる適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが確認できる文書」とは何を指すのか。

(答) 日本病院薬剤師会、日本臨床腫瘍薬学会又は日本医療薬学会が認定するがんに係る研修を指す。

様式5の3の提出に当たっては、日本病院薬剤師会が認定するがん薬物療法認定薬剤師、日本臨床腫瘍薬学会が認定する外来がん治療認定薬剤師、又は日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師であることを証する文書を添付すること。

(問37) がん患者管理指導料3を算定した場合、薬剤管理指導料は別に算定できないとあるが、薬剤管理指導料を算定した次の週に算定することは可能か。

(答) 薬剤管理指導料とがん患者管理指導料3を算定する日の間隔は6日以上とする。

(問38) がん患者管理指導料1を算定した同一日に、がん患者管理指導料2又は3を算定することは可能か。また、がん患者管理指導料2及び3については、同一日に複数回算定することは可能か。

(答) がん患者管理指導料1には、がん患者管理指導料2及び3に係る指導が含まれることから、がん患者管理指導料1を算定した同一日にがん患者管理指導料2又はがん患者管理指導料3を算定することはできない。一方、がん患者管理指導料2を算定した同一日にがん患者管理指導料3を算定することについては、それぞれ患者の同意をとり、指導内容等の要点を診療録、看護記録又は薬剤管理指導記録に記録した上で可能である。また、がん患者管理指導料2及び3について、それぞれ同一日に複数回算定することは不可。

(問39) 緩和ケアチームの専従看護師が、緩和ケアチームとして業務に従事する時間外で、がん患者指導管理料2を算定することは可能か。

(答) 緩和ケアチームの専従看護師であっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、がん患者指導管理料2を算定することは可能であるが、1日当たりの算定患者数は、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及びがん患者指導管理料2を算定する患者数合わせて30人以内とする。なお、がん患者指導管理料2について、同一日の緩和ケア診療加算の算定及び同月の外来緩和ケア管理料の算定はできない。

【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」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。

(問41) 同一患家における、夫婦等の診察においても「同一建物」の点数の算定となるか。

(答) 同一患家における、夫婦等の診察においては「同一建物以外」の点数の算定が可能

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

(問42) 他の医療機関等の褥瘡ケアに係る専門的な研修を受けた看護師が、当該指導料を算定する保険医療機関等と共同して、在宅褥瘡対策チームの構成員として在宅褥瘡管理者となった場合についても、カンファレンスの参加及び月1回以上の管理指導を実施する必要があるのか。

(答) 他の医療機関等の看護師が在宅褥瘡対策チームの構成員として在宅褥瘡管理者となった場合も、カンファレンスの参加及び月1回以上の管理指導を行うこと。

(問43) 在宅患者訪問栄養食事指導料の対象患者でない場合、在宅褥瘡管理指導に係るカンファレンスの参加及び月1回以上の指導管理のための管理栄養士の訪問に係る費用はどのように取り扱うのか。

(答) 在宅患者訪問栄養食事指導料の要件を満たす場合には算定できるが、対象外の場合は算定できない。

(問44) 算定要件「②イ) 月1回以上チーム構成員のそれぞれが患家を訪問し、その結果を情報共有する」とあるが、医師の訪問も必要か。また、外来受診が可能の際は、外来受診でも算定可能か。

(答) 「月1回以上チーム構成員のそれぞれが患家を訪問」としており、医師の訪問は必要である。また、当該指導料の対象者は訪問診療等の対象者であるため、外来受診可能な者は、算定対象外である。

【在宅療養指導管理料】

(問45) C101在宅自己注射指導管理料の導入初期加算を算定している3か月の間に、薬剤の種類を変更した場合は、導入初期加算を合計4か月間算定することができるのか。

(答) 3か月の間に限り算定する。

(問46) C110-4在宅仙骨神経刺激療法指導管理料の要件にある所定の研修とは、どのような研修か。

(答) 現時点では、日本大腸肛門病学会の開催する仙骨神経刺激療法講習会である。

【在宅療養後方支援病院】

(問47) 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換を行う要件があるが、在宅医療の状況を逐一報告するのか？

(答) 詳細な診療内容が記載されている必要はないが、現時点において患者が引き続き当該病院に緊急時に入院することを希望しているか等、事前の届出内容の

変更の有無及び期間中の特記すべき出来事の有無（ある場合はその内容）が記載されている必要がある。

【画像診断】

（問48）画像診断管理加算の要件にある関係学会から示されている2年以上の所定の研修とはなにか。

（答） 現時点では、放射線科に関して3年間の研修を修了した後に行う、日本医学放射線学会が定める放射線診断専門医制度規定に則った2年以上の研修をいう。

【リハビリテーション】

（問49）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における訪問は、回復期リハビリテーション病棟に配置されている専従者が行うのか。

（答） 当該保険医療機関に勤務する者が行う。なお、病棟専従配置のものが行うことは不可。

（問50）H003-2 リハビリテーション総合計画評価料の注3において、リハビリテーション総合計画提供料を算定した患者であっても、外来における早期リハビリテーション加算、初期加算の算定終了後であれば、患者の紹介を受けた保険医療機関はリハビリテーション総合計画評価料を算定できるのか。

（答） 算定できる。

【うがい薬】

（問51）うがい薬のみ投与された場合、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料が算定できない規定となったが、治療目的でうがい薬のみ投与された場合は算定できると考えてよいか？

（答） そのとおり。処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料は算定できる。

【明細書無料発行】

(問52) 届け出た改修時期を超えて改修しなかった場合どうなるか。

(答) 地方厚生(支)局長に改めて改修時期を届け出ていただく。

(問53) 1,000円を超える場合の根拠については患者に説明する必要があるか。

(答) 1,000円を越える場合は院内掲示が必要となるが、患者の求めに応じて説明を行うこと。

【消費税】

(問54) 消費税率の引き上げに伴い、すでに入院している患者に対して、差額室料やオムツ代の同意書は、あらためて取り直す必要があるか。

(答) 徴収額に変更がある場合は、改めて同意書を取り直す必要がある。

(問55) 徴収する額がすべて変わるようになるが、選定療養費分など各厚生局に届け出ている額については、改めて各厚生局への届出が必要となるか。

(答) 各厚生局に届け出ている額について変更がある場合は、改めて届出を行う必要がある。