

事務連絡
平成26年4月23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4）

「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3）」（平成26年4月10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) 7対1、10対1病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料に限る。）における特定除外制度の見直しに伴う経過措置として、「当該病棟の2室を指定し、その中の4床までに限り出来高算定を行う病床を設定することができる」とあるが、「1室」を指定して、その中の「4床」を当該病床とするということは可能か。あるいは「1室」を指定して、その中の「2床」を当該病床とすることは可能か。必ず、「2室4床」というセットでなければならないのか。

(答) セットでなくてもよく、2室までならどこの4床を指定してもよい。

(問2) 療養病棟入院基本料1の在宅復帰機能強化加算における退院の定義について、在宅復帰機能強化型の療養病床から、病院内のそうではない療養病床に転棟した場合は、退院とみなされるのか。

(答) みなされない。

(問3) 在宅復帰機能強化加算について、病棟ごとの算定ができると理解しているが、療養病棟入院基本料1を算定している全病棟を一体として算定すべきか。

(答) 病棟単位であり、全病棟ではない。加算を算定する病棟と算定しない病棟が混在することができる。

(問4) 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「退院患者の在宅生活が1か月以上継続することを確認していること」とあるが、どのような方法で確認をし、どのように記録管理すべきか。

(答) 当該保険医療機関の職員により患者の居宅を訪問又は在宅療養を担当する保険医療機関からの情報提供により確認する。記録方法は問わないが、退院患者それぞれについて、どのように確認が行われたかがわかるように記録されていること。

【ADL維持向上等体制加算】

(問5) ADL低下が3%未満とあるが、指標は示されるのか。

(答) 別紙様式7に基づき、バーセルインデックスを用いて評価する。但し、平成27年3月31日までに限り、DPCにおける入院時または退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

【総合入院体制加算】

(問6) 総合入院体制加算1における施設基準の要件に「当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること」とあるが、医療機関が敷地内禁煙である旨を掲示し、禁煙を行っているにも関わらず、来訪者が喫煙を行った場合、施設基準に適合しないものとみなされるか。

(答) 患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行ってしまった場合、単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。

なお、医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示し、職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに、来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

【急性薬物中毒加算】

(問7) 急性薬毒物中毒加算2は血中濃度（簡易的なもの）によりベンゾジアゼピン等を測定した場合は算定可能なのか。

(答) 催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒患者は対象とならない。

【地域包括ケア病棟入院料】

(問8) 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料含む）2を届け出る場合において、患者2人以上を入院させる病室の場合、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、1人当たりの居室面積は、4.3㎡以上と考えて良いのか。

(答) そのとおり。

【地域包括診療料】

(問9) 当該患者の24時間の対応について、オンコール以外の対応は必要となるのか。

(答) 緊急時の往診等の体制を有していれば、オンコール対応で差し支えない。

【地域包括診療料・地域包括診療加算】

(問10) 地域包括診療料、地域包括診療加算における施設基準の要件に「敷地内が禁煙であること」とあるが、医療機関が禁煙を行っているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行った場合、施設基準に適合しないものとみなされるか。

(答) 患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行ってしまった場合、単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。

なお、医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示する等職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに、来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

【短期滞在手術等基本料】

(問11) 留意事項通知(2)に、「短期滞在手術等基本料は、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は算定しない。」と示されているが、右乳腺腫瘍に対してK474乳腺腫瘍摘出術の「1」長径5センチメートル未満を実施し、退院の日から起算して7日以内に、左乳腺腫瘍に対してK474乳腺腫瘍摘出術の「1」長径5センチメートル未満を実施した場合、それぞれ短期滞在手術等基本料3を算定できるものと解釈してよろしいか。

(答) 2回目の入院日が1回目の入院の退院日から起算して7日以内である場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。

【夜間休日救急搬送医学管理料】

(問12) 精神科疾患患者等受入加算の「イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者」とあるが、6月とは暦月でよいか。
また、精神科受診であれば病名は問わないか。

(答) 暦月でよい。

また、精神疾患に限る。

【がん患者指導管理料】

(問13) がん患者指導管理料について、「当該患者の同意を得て」となっているが、患者の同意を得ている旨をカルテ等に記録することで要件は満たされるか。

(答) そのとおり。

【在宅患者訪問診療料】

(問14) 署名付きの同意書については、各医療機関で作成し同意を得ることによいか。

(答) そのとおり。

(問15) 留意事項通知の別紙様式14「訪問診療に係る記録書」について、主治医氏名の欄に「印」を押すこととなっているが、電子カルテの場合でも押印が必要か。

(答) 必要ではない。

(問16) 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、患者毎かつ訪問毎に当該様式を診療報酬明細書に添付することが必要か。

(答) そのとおり。

(問17) 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、診療報酬明細書に添付することとあるが、別紙様式14のとおりの内容を症状詳記に記載することで電子請求を行うことも可能か。

(答) 可能である。

なお、当該症状詳記の記載例については、平成26年3月26日保医発0326第3号「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（平成26年4月23日付一部訂正）を参照のこと。

(問18) 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、医師が1日に複数の同一建物で診察した場合、そのすべての患者を当該様式に記載する必要があるか。

(答) 複数の建物で診察した場合であっても、当該様式については訪問診療を行った患者が居住する建物の患者のみを記載することで差し支えない。

なお、その場合、それぞれの同一建物ごとに、在宅患者訪問診療料2を算定する患者について記載すること。

(問19) 在宅患者訪問診療料において、『なお、「同一建物居住者の場合」の「イ 特定施設等に入居する者の場合」又は認知症対応型共同生活介護等における「ロ イ以外の場合」については、保険医1人につき（医師3人までに限る）同一日に複数の訪問診療を行った場合に算定する』とあるが、障害者支援施設、障害児入所施設及び共同生活援助を行う住居は当該規定の対象となるか。

(答) 対象となる。

(問20) 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、紙で当該様式を診療報酬明細書に添付する場合、医療機関で用いている訪問診療計画等の様式が、別紙様式14の内容をすべて含んでいる場合は、この様式をコピーして添付することは可能か。

(答) 可能である。

【在宅自己注射指導管理料】

(問21) C101在宅自己注射指導管理料について、数週間に1回の自己注射が必要な患者であっても、週2回以上の外来等による教育期間が必要なのか。自己注射の間隔に応じた適切な教育期間では要件を満たさないのか。

(答) 注射の回数に関わらず、週2回以上の外来等による教育期間をとり、指導を行う必要がある。

【在宅療養後方支援病院】

(問22) 3月に1回以上患者の情報交換をしていることとあるが、どのような形式で情報交換をしなければならないのか。

(答) FAXやメールでの情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。

【リハビリテーション料】

(問23) 維持期リハビリテーションにおいて「ただし、要介護被保険者等であつて、入院中の患者については、経過措置の対象患者から除く」とあるが、入院中の要介護被保険者に対する平成26年4月1日以降の維持期のリハビリテーション料は算定不可か。

(答) 入院中の患者は、平成26年4月1日以降も、一月13単位を限度に算定可能。

(問24) H001脳血管疾患等リハビリテーション料・H002運動器リハビリテーション料の注5にて「・・・所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。」とあるが、この所定点数の計算方法の取り扱いについては、次のとおりでよいか。

例) 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点を2単位 実施した場合
 $85 \text{点} \times 90/100 = 76.5 \Rightarrow 77 \text{点}$ (四捨五入)
 $77 \text{点} \times 2 \text{単位} = 154 \text{点}$
算定点数：154点

(答) そのとおり。

(問25) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)に係る届出を行っている保険医療機関において、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者のうち、当該疾患の手術を行っていない患者に対して、運動器リハビリテーションを提供する場合は運動器リハビリテーション(Ⅰ)を算定できるか。

(答) 算定できる。

(問26) H007-2がん患者リハビリテーション料の対象患者は廃用症候群から外れ、入院中はがん患者リハビリテーション料を算定するが、退院後の外来では廃用症候群でのリハビリテーションを行えばよいのか。

(答) がん患者リハビリテーション料は外来で算定できない。退院後は患者の状態

に応じて、適切なリハビリテーション料を算定いただきたい。

(問27) 認知症患者リハビリテーションに専従の作業療法士として、認知症治療病棟入院料に専従の作業療法士を届け出することは可能か。

(答) 不可。

(問28) 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、疑義解釈資料(その1)(平成26年3月31日)で示した研修以外に、具体的にどのような研修があるのか。

(答) 現時点では、一般社団法人日本作業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」がある。

なお今後、当該研修に該当するかどうかは、その都度当局に内議されたい。

【リハビリテーション総合計画評価料】

(問29) 入院時訪問指導加算は、4月1日～7日までの入院患者に対して3月25日～31日に訪問した場合にも、算定要件を満たすのか。

(答) 満たす。

【通院・在宅精神療法】

(問30) 精神科と神経内科を標榜する病院で、精神科担当医が、神経内科として診療する時間は算定できるか。

(答) 算定できない。

【その他】

(問31) 室料差額の院内掲示は、税別表示でよいのか。

(答) 消費税法により、消費税額を含めた総額表示が義務づけられているが、平成29年3月31日までの間は、「消費税の円滑かつ適正な転嫁の確保のための消費税の転嫁を阻害する行為の是正等に関する特別措置法」第10条第1項の規定により、税別表示でもよいこととされている。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問3-4-12）手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

（答） 手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

（問3-4-13）閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

（答） 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

（問4-4）DPC算定の対象となる病床から「地域包括ケア入院医療管理料」を算定する病室に転室した場合は、どのように算定するのか。

（答） 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における特定入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない）。
また、特定入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

（問4-5）4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、改定前の4月1日以前から入院している患者が4月以降に退院（入院A）し、その後同一傷病により7日以内に再入院した場合（入院B）、入院Aおよび入院Bはどのように算定するのか。

（答） 入院Aについては医科点数表により算定する。また、入院Bについては、診断群分類点数表によって算定することとし、起算日は当該再入院した日とする。

(問 9 - 8) 一度目の D P C 算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後、D P C 算定対象とならない病棟へ転棟後、診断群分類番号上 2 桁が同一である傷病名で 7 日以内に再度 D P C 算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか。

(答) 一度目の D P C 算定対象となる病棟に入院していた期間中ですでに入院日Ⅲを超えた後の再転棟については、診断群分類番号上 2 桁が同じであるどの診断群分類番号に該当する場合であっても、医科点数表に基づき算定する。

歯科診療報酬点数表関係

【医学管理：歯科疾患管理料】

(問1) 平成26年度歯科診療報酬改定において、歯科疾患管理料の算定要件が見直されたが、同一初診期間内において、初回の歯科疾患管理料を算定して以降、当該管理料の算定がない期間が前回算定日から起算して4月を超える場合であっても、継続的な管理が行われている場合においては、引き続き、当該管理料を算定して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問2) 平成26年度歯科診療報酬改定において、う蝕多発傾向者の判定基準が見直されたが、判定に関する取扱い如何。

(答) う蝕多発傾向者の判定基準の各年齢区分において、う蝕多発傾向者として判定された場合は、各年齢区分の期間において、口腔内状況の変化によらず、う蝕多発傾向者として取り扱う。

【手術：歯根端切除手術】

(問3) 当該療養に規定される手術用顕微鏡についてはどのような医療機器が対象となるのか。

(答) 一般的名称が「手術用顕微鏡」、「可搬型手術用顕微鏡」又は「架台式手術用顕微鏡」である医療機器が対象となる。

【歯冠修復及び欠損補綴：クラウン・ブリッジ維持管理料】

(問4) クラウン・ブリッジ維持管理料の事前承認の対象は、外傷、腫瘍等によりやむを得ず「隣在歯」、「隣在歯及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した歯冠補綴物が装着された歯」、「隣在歯及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定したブリッジが装着された支台歯」のいずれかについて、抜歯した場合に限定されるのか。

(答) そのとおり。

【歯冠修復及び欠損補綴：CAD/CAM冠】

(問5) CAD/CAM冠について、歯科用CAD/CAM装置を有していない歯科技工所の関わり如何。

(答) 稀なケースと思料されるが、仮に歯科技工を行う場合は、歯科技工指示書により歯科医師がその旨を記載するとともに、届出にあたっては歯科用CAD/CAM装置を設置する歯科技工所を含め、全ての歯科技工所に関する内容及び当該装置を設置している歯科技工所(例：A歯科技工所：装置設置)が分かるように記載する。

(問6) CAD/CAM冠の施設基準の届出において、単なるスキャニングのみを行う装置をCAD装置として届出を行うことはできるか。

(答) できない。CAD装置とは、コンピュータ支援設計により歯冠補綴物の設計を行うためのソフトウェアが具備され、医療機器として届出が行われた装置をいう。

【歯科矯正】

(問7) 平成26年度歯科診療報酬改定において、別に厚生労働大臣が定める先天性疾患等の範囲が拡大されたが、平成26年3月末日まで既に自費診療にて矯正治療を行っていた場合であって、平成26年4月以降においても継続して当該歯科治療を行う場合の取扱い如何。

(答) 平成26年度歯科診療報酬改定において、別に厚生労働大臣が定める疾患として新たに追加された疾患については、平成26年4月1日以降に、歯科矯正セファロ分析、口腔内写真、顔面写真等による分析結果や評価を踏まえた上で、治療計画書を患者に提供し、歯科矯正診断料を算定した場合にあっては、当該疾患に係る歯科矯正治療は保険給付の対象となる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の「傷病名部位」欄に当該疾患名を記載し、自費診療からの保険診療へ移行した旨を「摘要」欄に記載する。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問3-4-3）手術に伴った人工呼吸は医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらずできない。」とされているが、DPCについても同様の取扱いか。

（答） 手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸 なし」の診断群分類区分を選択する。

（問14-5）改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、どのように扱うのか。

例1 3月 1日 入院 診断群分類区分Aを決定

~~3~~ 4月10日 診断群分類区分Bへ変更

例2 3月 1日 入院 包括対象の診断群分類区分を決定

4月10日 出来高の診断群分類区分Aへ変更

（答） いずれの場合も改定後の診断群分類区分は4月1日から適用となる。また、改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で終了しているため、4月1日以降の診療報酬からが差額調整の対象となる。

医科診療報酬点数表関係

【~~在宅患者訪問褥瘡管理指導料~~在宅自己注射指導管理料】

(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。