

事 務 連 絡
平成26年6月2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7）

「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4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5、「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6、「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7、疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成26年4月23日付事務連絡）を別添8、「疑義解釈資料の送付について（その5）」（平成26年5月1日付事務連絡）を別添9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）一般病棟用、特定集中治療室用、及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票、評価の手引において、評価時刻が24時と、評価対象時間が0時から24時の24時間と変更されたが、例えば、14時に全患者について重症度、医療・看護必要度を入力し、24時の時点で病態に変化のある患者のみ再入力するといった対応は可能か。

（答）可能である。必ずしも24時に入力しなくてもよい。

（問２）施設基準通知の届出受理後の措置等において、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、その都度の届出は必要ない旨記載されているが、7対1入院基本料において自宅等へ退院した患者の割合が、75%を下回った場合は、1割の範囲であれば3か月まで猶予されると理解して良いか。

（答）自宅等退院患者割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定は適用されない。

【精神保健福祉士配置加算】

（問３）精神病棟入院基本料等の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟（Ａ）へ入院した患者が当初の入院日から起算して1年以内に在宅へ移行した場合であって、以下のケースに該当した場合、当該加算の在宅移行率計算における分母、分子の取扱いはどうになるのか。

- ①当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟（Ｂ）へ転棟した後に、在宅へ移行した場合
- ②当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定しない病棟（Ｃ）へ転棟した後に、元の配置加算病棟（Ａ）へ転棟し、その後在宅へ移行した場合
- ③当該患者が在宅へ移行した後に、元の配置加算病棟（Ａ）へ入院期間が通算される再入院をし、その後、最初の入院日から起算して1年以内に在宅へ移行した場合

（答）①：病棟（Ｂ）において、分母・分子に計上し、病棟（Ａ）においては分母・分子ともに計上しない。

②：病棟（Ａ）において、分母に1回目の入棟のみを計上し、分子は在宅移行

時を計上する。

③：病棟（A）において、1回目の入棟を分母に計上し、最後の在宅移行を分子に計上する。（1回目の在宅移行、再入院は計上しない。）

なお、当該加算における在宅移行率の届出にあたっては、精神保健福祉士が配置されている期間の実績のみをもって届け出ることとする。

【ADL維持向上等体制加算】

（問4）ADL維持向上等体制加算の医師の要件である研修とは、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、公益社団法人全日本病院協会が主催する「ADL維持向上等体制加算研修」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。

【抗悪性腫瘍剤処方管理加算】

（問5）がん患者指導管理料3を6回算定した後も抗悪性腫瘍剤を投薬している期間であれば、引き続き処方料の「注7」抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定することは可能か。

（答）がん患者指導管理料3を6回算定後、算定できる。
ただし、6回目の算定時と同月には算定できない。

【短期滞在手術等基本料】

（問6）水晶体再建術を左右に行う場合に、下記のようなケースにおける短期滞在手術等基本料3の算定はどのようなになるのか。

- ① 4月10日に入院→4月11日に右側実施→4月13日に退院→4月17日に入院→4月18日に左側実施→4月19日に退院。
- ② 4月10日に入院→4月11日に右側実施→4月13日に退院→4月24日に入院→4月25日に左側実施→4月26日に退院。

（答）①短期滞在手術等基本料3 ＋ 出来高

（入院した日から起算して5日以内に手術・退院したため、短期滞在手術等基本料3を算定。その後、退院の日から起算して7日以内に再入院したため、短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定）

②短期滞在手術等基本料3 ＋ 短期滞在手術等基本料3

（入院した日から起算して5日以内に手術・退院したため、短期滞在手術等

基本料3を算定。その後、退院の日から起算して7日を超えた日に再入院したため、短期滞在手術等基本料3を算定)の算定となる。

【在宅療養指導管理料】

(問7) 疑義解釈資料(その3)(平成26年4月10日)により、睡眠呼吸障害については、慢性心不全の有無や重症度等により「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」を算定することとされたが、具体的に、

- ①「在宅酸素療法指導管理料」及び「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」の要件を満たす慢性心不全の患者に対してASVを使用した場合、どの「在宅療養指導管理料」・「在宅療養指導管理材料加算」を算定できるのか。
- ②「在宅酸素療法指導管理料」の要件は満たさないが、「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」の要件は満たす慢性心不全の患者に対してASVを使用した場合、どの「在宅療養指導管理料」・「在宅療養指導管理材料加算」を算定できるのか。

- (答) ①在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び人工呼吸器加算の2を算定できる。
②在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定できる。

【検査】

(問8) D236-2光トポグラフィーについて、これまで先進医療として当該検査を抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものとして実施していた医療機関において、今回設けられた施設基準に適合しない場合があると聞いているが、対応如何。

- (答) 既に光トポグラフィー装置を設置し、平成26年3月31日時点で先進医療において当該検査を実施していた保険医療機関について、所定の施設基準によりがたいと認められる場合は、個別に内議されたい。

【投薬】

(問9) 向精神薬減算については年1回、向精神薬多剤投与の状況を「別紙様式40」を用いて地方厚生(支)局長に報告するとある。

この別紙様式40は6月単月となっているが、今年の6月は猶予期間中(平成26年9月30日までが猶予期間)だが報告する必要があるのか。報告する場合のスケジュールはどのようになるのか。

また、通年で見ると多剤投与を行っている月があっても、6月に行っていない場合は別紙様式40からすると報告する義務はないということか。

(答) 平成26年度も6月に受診した外来患者に関する状況を記載して提出する必要があるが、厚生局への提出は平成26年9月30日までとする。(平成27年度以降は、6月に受診した外来患者に関する状況を記載して、各年7月31日までに厚生局に提出すること)

なお、『精神科の診療に係る経験を十分に有する医師』の数(6月1日時点)」欄については、平成26年度に当該要件(精神科薬物療法に関する適切な研修の修了)を満たす者がいないため、記載しなくても差し支えない。

【リハビリテーション】

(問10) がん患者リハビリテーション料の届出をしていない保険医療機関において、廃用症候群のリハビリテーションとがん患者リハビリテーション双方のリハビリテーションを必要とする状態の入院患者に対して、脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群の場合)を算定することができるのか。

(答) 廃用症候群のリハビリテーションとがん患者リハビリテーションの双方が必要な場合、がん患者リハビリテーションの適用が優先されるため算定できない。

がん患者リハビリテーションを提供するために、がん患者リハビリテーション料の届出を行っていただきたい。ただし、平成26年3月31日において、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)を算定していた患者については、がん患者リハビリテーション料の施設基準において、研修要件を満たしていないため届出できない場合についてのみ、平成27年3月31日までに限り、廃用症候群に係る評価表(別紙様式22)にその理由を記載した上で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)を算定することはやむを得ないものとする。

【その他】

(問11) 廊下幅を、柱等の構造物(手すりを除く。)を含めた最も狭い部分において基準を満たすことを要件とする規定について、すでに工事が完了している場合や、設計又は工事に着手している場合であって、平成26年4月1日以降に届け出ることとなった場合であっても、平成27年4月からは要件が義務化されるのか。

(答) ・工事が完了している場合

・設計又は工事に着手している場合

であって、平成27年3月31日までに届け出たものについては、増築又は全面的な改築を実施するまでの間は、要件が免除される。

医科診療報酬点数表関係（D P C）

（問 9－9）D P C 対象病院において、短期滞在手術等基本料 3 を算定した後、7 日以内に同一傷病で再入院した場合、どのように算定するか。

（答）前回入院で短期滞在手術等基本料 3 を算定した場合は、同一傷病による再入院の際も D P C 包括評価の対象外として取り扱うこと。

医科診療報酬点数表関係（訪問看護）

【精神科訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費】

（問 1）精神科訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費について、介護保険の適用のある患者で主たる傷病名の中に認知症と統合失調症の両者の診断名がある場合には、医療保険給付となるのか。

（答） 統合失調症による症状に対して精神科訪問看護が発生している場合は医療保険給付となる。

歯科診療報酬点数表関係

【基本診療料：入院基本料】

（問１） ７対１入院基本料の施設基準の要件にデータ提出加算の届出を行っていることが追加されたが、入院患者が歯科診療に係る傷病のみの保険医療機関の取扱い如何。

（答） データ提出加算の届出は必要ない。

【リハビリテーション：歯科口腔リハビリテーション料１】

（問２） 口蓋補綴又は顎補綴を装着した患者に対して当該装置に係る調整や指導を行った場合の取扱い如何。

（答） 摂食・嚥下機能の改善を目的として、口蓋補綴又は顎補綴に係る調整や指導を行った場合は、歯科口腔リハビリテーション料１の「２ 舌接触補助床」の算定要件に準じて算定する。

【歯冠修復及び欠損補綴：咬合採得】

（問３） 平成26年度歯科診療報酬改定において、CAD／CAM冠及び小児保隙装置が保険適用となったが、間接法で製作された場合については、咬合採得は算定できると解してよいか。

（答） そのとおり。

【歯冠修復及び欠損補綴：有床義歯】

（問４） 平成26年度歯科診療報酬改定において、小児義歯の適応に、外傷により歯が喪失した場合が追加されたが、この場合において事前承認を必要とするのか。

（答） 必要ない。

【診療報酬明細書】

（問５） 歯科矯正の病名の記載方法如何。

（答） 主要な咬合異常の状態に併せ、咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患又は顎変形症）を摘要欄に記載する。

【診療報酬明細書】

（問６） 歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して１月以上患者が来院しない場合の記載について、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載内容から装着物の種類が明らかに特定できる場合は、装着物の種類の記載を省略してよい。

（答） 省略してよい。

医科診療報酬点数表関係

＜D P C＞

3. 診断群分類区分の適用の考え方について

（問 3－3－4）診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第 10 部「手術」に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。

（答） 「手術あり」を選択する。ただし、「K 9 2 0－2 輸血管理料」のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

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 6－8）コロンブラッシュ法については、「D 3 1 1 直腸鏡検査」の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は「N 0 0 4 細胞診検査」の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は「N 0 0 1 電子顕微鏡病理組織標本作製」の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答） 合算した点数を算定することができる。

8. 特定入院日Ⅲを越えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

（問 8－1）悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬剤料（制吐剤等）は算定することができるのか。

（答） 算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤（併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限る）に係る薬剤料については算定することができない。また、生理食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料も算定することができない。

(問 8－4) 悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば「D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査 あり」を手術・処置等 1 の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、「D 2 0 6 心臓カテーテル~~療法~~による諸検査」に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

1 1. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

(問 11－5) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に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る。また、この場合、診断群分類番号の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配について~~は~~、医療機関間の合議に委ねる~~こと~~ものとする。

医科診療報酬点数表関係

＜医科＞

【地域包括ケア病棟入院料】

(問 30) D P C病棟から地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に
転室した場合の算定はどうなるか。

(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~~入院医療管理料が算定できる。
なお、D P C病棟から地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟し
た場合は、入院期間に関わらずD P C算定はせず地域包括ケア病棟入院
料を算定すること。

＜D P C＞

3. 診断群分類区分の適用の考え方について

(問 3－4－11) 「G 0 0 6 ~~埋植~~込型カテーテルによる中心静脈~~栄養~~
注射」を実施した場合、「手術・処置等 2」の分岐の区分で「G 0
0 5 中心静脈注射」を選択することができるのか。

(答) 選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみ
で判断する。

医科診療報酬点数表関係

＜医科＞

【在宅医療】

（問 24）在宅人工呼吸指導管理料の算定において、S A S に対して、有効的とされる A S V 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 S A S の患者に対しては~~、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~~が算定されるものと解してよいか。

（答） そのとおり。

＜D P C＞

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 6－29）「A 2 3 4－3 患者サポート~~充実体制~~~~体制~~充実加算」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）「A 2 3 4－3 患者サポート~~充実体制~~~~体制~~充実加算」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。

医科診療報酬点数表関係

＜医科＞

【入院基本料】

（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した患者の定義について、~~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~~同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合は、在宅に退院したとみなされるのか。

（答） みなされない。ただし、当該病棟から退院した患者（当該病棟に入院した期間が 1 月以上のものに限る。）には含まれる。

医科診療報酬点数表関係

＜医科＞

【回復期リハビリテーション病棟入院料 1】

（問 2）回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準の届出について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定において、入院時~~や入院中~~に一時的に心電図モニターを装着した場合、記録があれば 1 点としてよいか。

（答） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の定義と留意点では「心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合」とあり、入院時~~や入院中~~の一時的な装着や、常時観察の必要性を伴わない場合は得点の対象とならない。心電図モニターの管理については、医師による診断と心電図モニターの必要性の根拠が示された医師の指示書が残されている必要がある。