

事 務 連 絡
平成 30 年 5 月 25 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） 御中
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）

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 30 年厚生労働省告示第 43 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 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）等により、平成 30 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。

医科診療報酬点数表関係

【病院の入院基本料の施設基準等】

問1 病院の入院基本料等の施設基準における「平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者」について、自費の患者や労災保険等の他制度による給付を受ける患者等の医療保険の給付の対象外の患者は、対象としなくてよいのか。

(答) 対象としなくてよい。

【重症度、医療・看護必要度Ⅱ】

問2 平成30年3月30日に発出された疑義解釈資料の送付について（その1）
問29において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてA項目の評価を行う場合、手術や麻酔中に用いた薬剤も評価の対象となるとされたが、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤についてはどのようなになるのか。

(答) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてA項目の評価を行う場合、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象とする。

【精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料】

問3 精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料において、「「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。」とあるが、当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟後、当該保険医療機関への入院日から起算して3月以内に自宅等に退院した場合は、自宅等へ移行したものとしてよいのか。

(答) よい。なお、精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算、地域移行機能強化病棟入院料については、当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合は、自宅等へ移行したものには該当しない。

【データ提出加算】

問4 許可病床数 200 床以上の医療機関における療養病棟入院基本料について、データ提出加算に係る届出を行っていることが施設基準として追加されたが、医療機関を新規に開設し診療実績がない場合、データ提出加算に係る実績が認められなければ当該入院料を算定できないか。

(答) 新規に許可病床数 200 床以上の医療機関を開設し、療養病棟入院基本料を届け出る場合であって、データ提出加算に係る様式 40 の 5 を届け出ている場合に限り、当該データの提出の有無にかかわらず、当該様式を届け出た日の属する月から最大 1 年の間は、療養病棟入院基本料のその他の施設基準を満たしていれば当該入院料を算定可能とする。なお、1 年を超えて様式 40 の 7 の届出がない場合には、他の入院料へ届出変更が必要である。

問5 平成 30 年 3 月 31 日時点において、現に改定前の一般病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料・専門病院入院基本料の 10 対 1 入院基本料（看護必要度加算 1、2 又は 3 を算定している場合を含む）を届け出ていた医療機関（一般病床の許可病床数が 200 床未満の医療機関に限る）が、4 月以降に急性期一般入院基本料の届出を行う場合、施設基準であるデータ提出加算の届出については、データ提出加算の経過措置が適用され、平成 31 年 3 月 31 日まではデータ提出加算を届け出ていなくても、急性期一般入院基本料を届け出ることが可能か。

(答) そのとおり。

問6 平成 30 年 3 月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ていた医療機関が、4 月以降に異なる区分の回復期リハビリテーション病棟入院料（データ提出加算の届出が施設基準とされているものに限る）の届出を行う場合、データ提出加算の届出については、経過措置が適用されるという理解でよいのか。

(答) そのとおり。なお、療養病棟入院基本料についても同様の扱いとする。

【糖尿病透析予防指導管理料】

問7 区分番号「B001 の 27」糖尿病透析予防指導管理料の留意事項通知 (11) について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがあり、患者の同意を得て行う必要な協力には、日本糖尿病協会の「糖尿病連携手帳」を活用した情報提供も含まれるのか。

(答) 含まれる。

【往診料】

問 8 往診料は、患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるとあるが、可及的速やかにはどのくらいの期間をいうのか。

(答) 往診は、患家等からの依頼に応じて、医師が往診の必要性を認めた場合に行うものであり、往診の日時についても、依頼の詳細に応じて、医師の医学的判断による。

【包括的支援加算】

問 9 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に係る包括的支援加算について、「訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を受けている状態」とあるが、胃瘻又は腸瘻からの栄養投与についても該当するのか。

(答) そのとおり。

【脳動脈瘤クリッピング】

問 10 区分番号「K 1 7 7」脳動脈瘤クリッピングについて、「注 2」に規定するローフローバイパス術併用加算と「注 3」に規定するハイフローバイパス術併用加算とを、1 回の手術において併算定することは可能か。

(答) 主たるもののみ算定する。

【特定保険医療材料】

問 11 自家培養の再生医療等製品について、培養不良等医学的理由により、自家組織採取を再度実施することが必要である場合においては、自家組織の採取等に係る点数等は改めて算定できるか。

(答) 医学的理由により、再度採取が必要となった場合には算定できる。ただし、再度採取が必要となった医学的理由について記載した症状詳記を添付すること。

【医薬品の使用に係る技術料】

問 12 コンドリアーゼを使用した技術料は、何により算定できるか。

(答) 日本脊椎脊髄病学会及び日本脊髄外科学会等が認定した施設において、コンドリアーゼを用いて後縦靱帯下脱出型の腰椎椎間板ヘルニアに治療を行った場合は、区分番号「K 1 2 6」 脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）「2」その他のもの 4,510 点を準用して算定する。算定に

当たっては、学会から認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

歯科診療報酬点数表関係

【初診料の注1】

問1 主として歯科訪問診療を実施する診療所（直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の診療所）が、歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出を行う場合において、様式2の6及び様式2の7の「当該保険医療機関の保有する歯科用ハンドピース（歯科診療室用機器に限る）」及び「歯科用ユニット数」はどのように記載すればよいか。

（答）歯科用ハンドピースについては、歯科診療室で使用するものと歯科訪問診療の際に使用するものを合算した保有数を記載すること。

なお、主として歯科訪問診療を実施する診療所以外の歯科医療機関においても、歯科訪問診療の際に使用する歯科用ハンドピースの保有数を合算した保有数を記載しても差し支えない。

歯科用ユニット数については、診療室の歯科用ユニット数及び歯科訪問診療の際に使用する歯科用ポータブルユニット及び携帯型マイクロモーターの保有数を合算した数を記載すること。

【咬合調整】

問2 区分番号「I000-2」咬合調整の留意事項通知（4）について、上顎・下顎の両顎に有床義歯を装着している場合等、複数の有床義歯を装着している患者において、修理又は新製を行った有床義歯とは別の有床義歯に対して、3月以内に 1）新製を行う場合 2）修理を行う場合 のそれぞれについて算定できるか。

（答）いずれも算定できない。

【歯冠修復及び欠損補綴】

問3 クラウン・ブリッジの維持管理を実施する保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジを装着し、当該補綴物の維持管理期間中の患者について、歯科用金属を原因とする金属アレルギーを発症し、硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠又は高強度硬質レジンブリッジ（以下、硬質レジンジャケット冠等）により再治療を行う場合において、当該補綴部位に係る一連の費用は算定できるか。

（答）クラウン・ブリッジの維持管理期間中に歯科用金属を原因とする金属ア

アレルギーを発症した患者に対し、硬質レジンジャケット冠等により当該補綴部位の再治療を行う場合については、一連の費用について所定点数を算定して差し支えない。（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。）

ただし、臼歯部 1 歯中間欠損に対してブリッジを装着した患者に対して、当該ブリッジ装着と同一初診期間内に、同部位に高強度硬質レジnbrッジによる再治療を行う場合については、当該ブリッジに対する補綴時診断料は算定できない。

この場合において、診療報酬明細書の「摘要」欄に、歯科用金属を原因とする金属アレルギーによる再製作である旨と紹介元保険医療機関名を記載すること。

【診療報酬明細書の記載要領】

問 4 初診料の注 1 に規定する施設基準を届け出ている保険医療機関は、診療報酬明細書の「届出」欄の「歯初診」を○で囲むことになっているが、初診料及び再診料の経過措置期間内に従来 of 点数で算定する場合においても○で囲む必要があるか。

（答）初診料及び再診料の経過措置期間である平成 30 年 9 月 30 日までの診療分に係る診療報酬明細書については、「届出」欄の「歯初診」を○で囲んでいなくても差し支えない。

調剤診療報酬点数表関係

【後発医薬品への変更調剤】

問1 処方箋において変更不可とされていない処方薬については、後発医薬品への変更調剤は認められているが、基礎的医薬品への変更調剤は行うことができるか。

(答) 基礎的医薬品であって、それらが基礎的医薬品に指定される以前に変更調剤が認められていたもの（「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等）については、従来と同様に変更調剤を行うことができる。なお、その際にも「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（平成24年3月5日付保医発0305第12号）に引き続き留意すること。