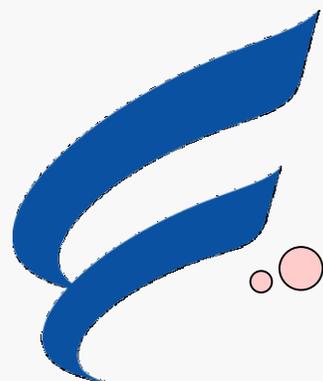


# 日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

## 2014年度診療報酬改定 疑義解釈（医科）

株式会社日医工医業経営研究所（日医工MPI）  
（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345 寺坂裕美



NICHI-IKO

9月3日付厚労省疑義解釈  
（その15）の内容を追加しま  
した。

資料No.20150904-356-114

株式会社日医工医業経営研究所

## 疑義解釈まとめについて

厚生労働省等から発出された疑義解釈（2015年9月4日時点で17本）について医科の項目ごとにとりまとめました。

- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その1）』平成26年3月31日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その2）』平成26年4月4日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その3）』平成26年4月10日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その4）』平成26年4月23日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その5）』平成26年5月1日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その6）』平成26年5月7日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その7）』平成26年6月2日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その8）』平成26年7月10日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その9）』平成26年9月5日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その10）』平成26年10月10日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その11）』平成26年11月5日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その12）』平成27年2月3日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その13）』平成27年3月30日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その14）』平成27年6月30日
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡『疑義解釈資料の送付について（その15）』平成27年9月3日

※資料の作成には細心の注意を払っておりますが、原本でのご確認もお願いいたします。

※参考として公益社団法人全日本病院協会事務連絡『「平成26年度診療報酬改定説明会（H26.3.12）」Q & A集について』（平成26年4月17日）の内容も掲載しました。

平成26年5月20日に改定版が発出されましたのでその内容も掲載しました。

## 目次

4	初診料・再診料・外来診療料	43	回復期リハビリテーション病棟入院料	74	薬剤（在宅）
5	地域包括診療加算・診療料	45	地域包括ケア病棟入院料	75	検査
13	入院基本料	50	精神科急性期医師配置加算	78	画像診断
16	重症度、医療・看護必要度	51	短期滞在手術等基本料	79	投薬
19	ADL維持向上等体制加算	54	特定薬剤治療管理料	81	向精神薬多剤投与
21	在宅復帰機能強化加算	55	がん患者指導管理料	83	抗悪性腫瘍処方管理加算
24	精神保健福祉士配置加算	57	精神疾患患者等受入加算	84	うがい薬
26	栄養管理実施加算	58	外来放射線照射診療料	85	注射
27	総合入院体制加算	59	介護保険リハビリテーション移行料	86	リハビリテーション
28	救急医療管理加算	60	診療情報提供料	88	運動器リハビリテーション料
29	診療録管理体制加算	61	在宅医療	89	リハビリテーション総合計画評価料
31	医師事務作業補助体制加算	62	在宅療養後方支援病院	90	摂食機能療法
32	急性期看護補助体制加算	63	在宅療養支援診療所・病院	91	がん患者リハビリテーション料
33	超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算	64	在宅患者訪問診療料	92	認知症患者リハビリテーション料
34	看護補助加算	68	在宅時(特定施設入居時等)医学総合管理料	93	通院・在宅精神療法
35	感染防止対策加算	69	在宅患者共同診療料	94	精神科重症患者早期集中支援管理料
36	救急搬送患者地域連携紹介加算・受入加算	70	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	95	処置
37	データ提出加算	71	在宅療養指導管理料	97	手術
38	急性薬毒物中毒加算(救命救急入院料)	72	在宅自己注射指導管理料・導入初期加算	100	病理診断
39	特定集中治療室管理料	73	在宅人工呼吸指導管理料	101	その他
42	小児特定集中治療室管理料				

## A000,A001,A002 初診料・再診料・外来診療料

疑義解釈

**[疑義解釈(厚労省①2014年3月31日)]** 【紹介率の低い医療機関の初診料・外来診療料】**(問1)** どのような場合に地方厚生(支)局へ報告を行う必要があるのか。

(答) 特定機能病院、許可病床数が500床以上の地域医療支援病院及び許可病床数が500床以上の病院(一般病床が200床未満の病院を除く。)は、紹介率・逆紹介率が当該基準よりも低いかどうかに関わらず、毎年10月に報告を行う必要がある。

**(問2)** 地方厚生(支)局への報告はどのように行うのか。

(答) 別紙様式28により、当該点数に係る報告を毎年10月1日に地方厚生(支)局へ行う。なお、報告後、任意の連続する6ヶ月間のデータで紹介率・逆紹介率が基準を上回った場合は、翌年4月1日までに再度別紙様式28により地方厚生(支)局に報告することにより当該点数に係る対象施設とはならない。

**(問3)** 当該点数に係る対象となった場合、当該初診料・外来診療料等を算定する期間はいつまでか。

(答) 別紙様式28により10月1日に当該点数に係る報告を行った翌年4月1日から翌々年3月31日までである。

**(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。

**[疑義解釈(厚労省⑭2015年6月30日)]** 【初診料】**(問1)** 当該保険医療機関において出生した新生児に疾病を認め、初診料を算定する場合、当該保険医療機関が表示する診療時間外であれば、時間外加算、休日加算、深夜加算の算定は可能か。

(答) 可能である。

## A001注12,B001-2-9 地域包括診療加算・地域包括診療料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】 【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。

## A001注12,B001-2-9 地域包括診療加算・地域包括診療料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【地域包括診療加算／地域包括診療料】

**（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。

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【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。

## A001注12,B001-2-9 地域包括診療加算・地域包括診療料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【地域包括診療加算／地域包括診療料】

**（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、当該点数の対象疾病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。

## A001注12,B001-2-9 地域包括診療加算・地域包括診療料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】 【地域包括診療加算／地域包括診療料】

**（問4）** 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち重複しない対象疾病について他医療機関で診療を行う場合、他の保険医療機関でも算定できるとされているが、各々の保険医療機関で当該患者の各々の診療計画を把握する必要があるか。

（答）他の医療機関と連携のうえ、相互の医療機関が各々の診療計画を把握する必要がある。その際、他の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している旨をカルテに記載すること。

**（問5）** 院外処方を行う場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すことになるが、リストの作成は、各保険医療機関で行うことになるか。

（答）各保険医療機関で都道府県薬剤師会等が作成するリストを参考に、患者に提供するリストを作成する。

**（問6）** 院外処方を行う場合の要件として、連携薬局以外の薬局における処方は患者の同意を得た場合に限り可能となっているが、その際の時間外において対応可能な「24時間開局・24時間対応薬局のリスト」についての情報収集等はどうすればよいか。

（答）日本薬剤師会から都道府県薬剤師会に対し、当該リストの整備について協力要請を行っているところであり、今後、都道府県薬剤師会又は地域薬剤師会において当該リストが作成される見込みである。なお、当該リストの各保険医療機関への配布方法、内容の更新頻度等については、都道府県医師会において都道府県薬剤師会と相談されたい。

**（問7）** 同一月に2つの保険医療機関で、地域包括診療料（または地域包括診療加算）を算定されている患者について、当該疾患が重複していることが判明した場合、どちらの医療機関も算定要件を満たしていないこととなるのか。

（答）そのとおり。

**（問8）** 地域包括診療料又は地域包括診療加算の届出にあたり、受講した研修の修了証等の添付が求められているが、主治医意見書の研修会については必ずしも修了証が発行されるものではないが、この場合どうすればよいか。

（答）当該診療料又は加算の施設基準の主治医意見書の研修会については、それが確認できる資料を添付すればよく、必ずしも修了証を添付する必要はない。

**（問9）** 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）とあるが、当該通知の「糖尿病」には境界型糖尿病も該当すると考えてよいか。また、耐糖能異常についてはいかがか。

（答）算定できない。

## A001注12,B001-2-9 地域包括診療加算・地域包括診療料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】【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。

## 【疑義解釈（厚労省⑧2014年7月10日）】【地域包括診療加算・地域包括診療料】

（問7）A001再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9地域包括診療料の施設基準にある「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」という）」について、どのような研修が対象となるのか。

（答）高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症を含む複数の慢性疾患の指導に係る研修であり、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれ、継続的に2年間で通算20時間以上の研修を修了しているものでなければならない。従って、初回に届出を行ったあとは、2年毎に届出を行うこと。また、原則として、e-ラーニングによる研修の受講は認めない。なお、当該研修は複数の学会等と共同して行われるものであっても差し支えない。

（問8）A001再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、継続的に研修を受けていることが必要であるとされているが、2年毎に、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容を含む20時間以上の研修を受けなければいけないのか。

（答）そのとおり。届出時から遡って2年の間に当該研修を受ける必要がある。

## A001注12,B001-2-9 地域包括診療加算・地域包括診療料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省⑧2014年7月10日）】【地域包括診療加算・地域包括診療料】

（問9）A001再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、日本医師会が主催する日本医師会生涯教育制度に係る研修を受講し、平成26年12月に日医生涯教育認定証を受領した医師については、平成27年3月31日以降も適切な研修を修了したものと考えてよいか。

（答）そのとおり。ただし、日本医師会生涯教育制度に係る研修について、日医生涯教育認定証を受領した後であっても、初回の届出以外は、2年間で通算20時間以上の研修を受講すること。また、20時間の講習の中には、カリキュラムコードとして29認知能の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならない。かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていなければならない。さらに、届出にあたっては、当該研修を受講したことを証明する書類を提出すること。なお、4つのカリキュラムコード以外の項目については、例外としてe-ラーニングによる受講であっても差し支えない。

なお、平成26年12月の日医生涯教育認定証を受領していない場合であっても、2年間で通算20時間以上の研修を受講している場合は、地域包括診療加算及び地域包括診療料の施設基準にある慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した者とみなす。ただし、20時間の講習の中には、カリキュラムコードとして29認知能の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならない。かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていなければならない。さらに、届出にあたっては、当該研修を受講したことを証明する書類を提出すること。なお、4つのカリキュラムコード以外の項目については、例外としてe-ラーニングによる受講であっても差し支えない。

今後、他の関係団体等が慢性疾患の指導に係る研修を実施するまでの当面の間、当該要件を満たすことを必要とする。

## A001注12,B001-2-9 地域包括診療加算・地域包括診療料

## 【疑義解釈（厚労省⑫2015年2月3日）】 【地域包括診療加算／地域包括診療料】

## 疑義解釈

（問1）A001 再診料に係る地域包括診療加算及びB001-2-9 地域包括診療料の施設基準にある慢性疾患の指導に係る適切な研修について、「疑義解釈資料の送付について（その8）（平成26年7月10日付医療課事務連絡）」問9では、平成26年12月に日医生涯教育認定証を受領した医師については平成27年3月31日以降も適切な研修を修了したものと考えてよいとされているが、当該認定証を添付することによる届出はいつまで可能か。また、平成26年12月発行以外の日医生涯教育認定証を受領した医師については、適切な研修を修了したものとして届出が可能か。

（答）平成26年12月及びそれ以降に発行された日医生涯教育認定証について、平成27年度末までに届出を行う場合に限り、当該認定証を添付することで研修要件に係る届出として認められるものである。なお、平成28年4月1日以降の届出については、日医生涯教育認定証ではなく、「疑義解釈資料の送付について（その8）（平成26年7月10日付医療課事務連絡）」問7及び問9に示す20時間の講習の受講記録を添付して行うことが必要である。

（問2）A001 再診料に係る地域包括診療加算及びB001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、日本医師会が主催する日本医師会生涯教育制度に係る研修を受講した場合、研修時間をどのように確認するのか。

（答）日本医師会生涯教育制度において、講習会（29 認知症の障害、74 高血圧症、75 脂質異常症、76 糖尿病の4つのカリキュラムコード以外については、e-learningを含む。）を受けた旨と、取得単位数が参加証等により証明できる場合、取得単位1単位を1時間と換算できるものとする。日本医師会雑誌を利用した解答など、講習会及びe-learning以外で取得した単位については「慢性疾患の指導に係る適切な研修」に含まれないことから、取得単位数とカリキュラムコードのみでは、研修を受けたことの証明とはならないことに留意されたい。ただし、平成25年度の研修実績を示す「学習単位取得証」については、29 認知症の障害、74 高血圧症、75 脂質異常症、76 糖尿病の4つのカリキュラムコードを除き、取得単位数に基づいて、取得単位1単位を1時間とみなして差し支えないこととする。

（問3）A001 再診料に係る地域包括診療加算及びB001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなすとされており、また、「疑義解釈資料の送付について（その8）

（平成26年7月10日付医療課事務連絡）」問7では2年ごとに届出を行うこととされている。平成26年度中に、研修実績を添えて届け出た場合について、2年ごとの届出はいつまでに行う必要があるか。

（答）平成26年度中に研修実績を添えて届け出た場合は、平成27年4月1日から起算して2年ごとに4月1日までに研修実績を提出する必要がある。当初の届出時には研修実績を提出せず、追って平成26年度中に研修実績を提出した場合についても同様である。なお、平成27年4月以降に初回の届出を行う場合は、当該届出に係る診療報酬を算定する月の1日から起算して2年ごとに研修実績を提出する必要がある。

## A001注12,B001-2-9 地域包括診療加算・地域包括診療料

疑義解釈

## 【疑義解釈（全日病①2014年4月17日）】【地域包括診療加算】

**(30)** 患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とするとあるが、その他の薬局が24時間対応していない場合でも良いか

(回答) 含めても良い

## 【地域包括診療料】

**(31)** 24時間開局している薬局が近隣に無い場合でも、リストを患者に渡すなどの対応で、同診療料を算定しても良いか

(回答) 医療機関の近隣でなくても差し支えないが、患者宅近隣等のリストを基に相談し、同意を得ることが必要となる

**(32)** 24時間開局している薬局とは、薬剤師が24時間配置されている薬局を指すのか

(回答) 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。

厚労省①(3/31)問12重複

## 【疑義解釈（全日病①2014年4月17日）】【地域包括診療料】

**(33)** 慢性疾患の指導に係る適切な研修を終了している医師を配置している場合は、研修を終了していない医師が診察した場合でも算定可能か

(回答) 研修を終了した担当医師でなければ算定できない。但し、平成27年3月31日までは研修を終了したものとみなす

**(34)** 初診時には算定できないとあるが、初診月と同月内に再診で来院した場合は算定可能か

(回答) 算定出来る

**(35)** 同診療料を算定した同月に、他の医療機関で同診療料は算定できるか

(回答) 対象疾患が重複しなければ算定できる

**(36)** 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

(回答) 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

厚労省②(4/4)問34重複

厚労省④(4/23)問重複

## A100等 入院基本料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】 【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17）** 入院料等の通則8に掲げる栄養管理体制について減算されていた保険医療機関が、常勤の管理栄養士を配置した場合の減算措置は、いつから解除されるのか。

（答） 届出を行った月の翌月1日から解除される。

**（問18）** 平成24年3月31日において栄養管理実施加算を算定していない病院で、常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置が平成26年6月30日まで延長され、平成26年7月1日以降、常勤の管理栄養士が確保できない場合、減算の点数を算定することとなったが、この要件である「非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士」が離職して要件を満たさなくなった場合は、特別入院基本料の算定となるのか。

（答） 常勤の管理栄養士が離職して要件を満たさなくなった場合については、届出をした場合に限り3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できることとしているが、「非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士」が離職して要件を満たさなくなった場合は、特別入院基本料の算定となる。

## 【疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】 【入院基本料】

**（問1）** 平成26年3月31日まで平成24年度改定時の経過措置による7対1の届出をしている場合、平成26年9月30日までの経過措置を利用することができるか。

（答） 平成24年度改定時の経過措置による7対1を平成26年3月31日時点において届出している場合は、平成26年9月30日までの7対1入院基本料の経過措置を利用することはできない。

## A100等 入院基本料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】【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室までならこの4床を指定してもよい。

## 【疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）】【入院基本料】

（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。

## 【疑義解釈（厚労省⑧2014年7月10日）】【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】

（問10）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、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1において在宅等へ退院した患者の割合が、70%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）在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。

（問11）①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・合併症入院料の施設基準における新規患者割合及び在宅移行率は届出受理後の措置等の暦月で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が適用されるか。

②また、精神病棟入院基本料及び精神療養病棟入院料の精神保健福祉士配置加算の在宅移行率についてはどうか。

（答）①適用される。精神科救急入院料等の新規患者割合、在宅移行率については、1割以内の一時的な変動により基準を下回った場合は3か月まで届出が猶予される。

②適用されない。

## A100等 入院基本料

疑義解釈

**[疑義解釈 (全日病①2014年4月17日)] 【7対1入院基本料、7対1入院基本料等】****(1)** 自宅等へ退院した患者の割合の算出に、特別養護老人ホームへ退院した患者の数も含めても良いのか

(回答) 含めても良い

**(2)** 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

(回答) 6ヶ月毎の計算となる。また、特に猶予期間は設けていない猶予期間は設けていない。「算定要件中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割程度の変動」については、その都度届出を行う必要はないとされている。しかしながら、当該要件は直近6か月間における患者の割合を算出したものであり、該当しない。(※看護必要度等は毎月報告することとなっているため、3か月までの猶予可能になっている) (赤文字は2014年5月2日追加訂正)

**(4)** 平成26年3月31日現在で、7対1入院基本料を届出している医療機関であって、4月1日以降も同入院基本料を算定する場合であっても、改めて入院基本料の届出は必要となるのか

(回答) 4月から9月までの実績を基に、10月までに届出をすることになる

**(5)** 特定除外制度廃止にともない、療養病棟入院基本料で算定することを選択した医療機関では、平成27年9月30日までの間、2室を指定した上で、4床まで出来高算定可能とあるが、指定した室が4床ずつの場合は、8床の中で最大4床まで出来高算定と解釈して良いか

(回答) その通り

## A100等 重症度、医療・看護必要度

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】 【入院基本料】

**（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、改定後の内容を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。

## 【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票評価の手引き】

**（問21）** 今回新たに加わった「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」の留意点に記載されている「看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し」とあるが、「特別な内服管理」とはどのようなことか。

（答）副作用の確認や用法・用量の変更による患者の状態の変化等の観察を含めた内服の管理を言い、看護上の問題として、服薬に伴う計画、実施、評価を必要とする場合である。

**（問22）** 呼吸ケア、及び、人工呼吸器の装着の項目について、NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含めるとあるが、SASの場合も含むのか。

（答）NPPVの実施のうち、SASの場合については、呼吸ケア及び人工呼吸器の装着には含めない。

**（問23）** 輸血や血液製剤の投与を、緊急入院等のため23時ごろ実施し、翌日まで行った場合の評価はどのようなになるのか。

（答）輸血や血液製剤について看護師等による管理を実施した場合は、開始した日、終了した日の両日ともに評価に含めることができる。

**（問24）** 特殊な治療法（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP測定,ECMO）について、医師のみが実施した場合でも評価して良いのか。

（答）医師が単独で行った場合は、評価の対象にならない。

## A100等 重症度、医療・看護必要度

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【入院基本料】

（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。

（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。

## 【疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）】【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。

## A100等 重症度、医療・看護必要度

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省⑧2014年7月10日）】【入院基本料】

（問1）特定集中治療室管理料の届出病床に入院する患者で、当該管理料を算定せず、7対1入院基本料を算定している場合は、特定集中治療室管理料の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度で評価してもよいのか。また、該当患者割合の計算に含めなくても良いのか。

（答）当該管理料を算定する治療室に入院する患者については、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」で評価を行い、また、該当患者割合の計算式に含めなければならない。

（7対1入院基本料の届出病床以外に入院している患者で7対1入院基本料を算定している場合、7対1入院基本料の該当患者割合の計算式に含めることはできない。）

そのとおり。なお、このような場合に、7対1入院基本料の該当患者割合の計算式に含めることはできない。（赤文字は2014年11月5日追加訂正）

（問2）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の「Aモニタリング及び処置等」の専門的な治療・処置の「⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用」について、ここで言う「持続点滴」とは、ワンショットで行うような注射ではなく、点滴で行っていれば良いと解釈すれば良いか。

（答）貴見のとおり。ワンショットで行う静脈内注射は含まない。

## 【疑義解釈（全日病①2014年4月17日）】【7対1入院基本料】

（3）重症度、医療・看護必要度に関する研修について、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、改定後の内容を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

（回答）評価者※1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※2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。

※1 評価者：患者の記録に基づき必要度の評価を行う者

※2 指導者：※1の評価者に対する研修を実施する指導者

厚労省①(3/31)  
問16重複

## A100注12 ADL維持向上等体制加算

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【入院基本料】

（問19）ADL維持向上等体制加算の医師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

（答）現時点では、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会」の研修を指す。

（赤文字は2014年4月4日追加）

## 【疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】【ADL維持向上等体制加算】

（問2）ADL維持向上等体制加算において、病棟専従の常勤理学療法士等は疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないのか。

（答）できない。ただし、ADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハビリテーション等を提供する場合には差し支えない。なお、理学療法士等が提供できる疾患別リハビリテーション等は1日6単位（2時間）までとする。また、当該病棟専従の常勤理学療法士等は、疾患別リハビリテーション料等の専従の理学療法士等として届け出ることにはできない。

## 【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】【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7-27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における入院時とまた退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。（赤文字は2014年5月1日追加訂正）

## 【疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）】【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。

## A100注12 ADL維持向上等体制加算

疑義解釈

## [疑義解釈（全日病①2014年4月17日）] 【ADL維持向上等体制加算】

（6）直近1年間の患者のADL低下が3%未満とあるが、実績の把握が出来ていない場合は、実績の把握後である1年後でなければ届出できないのか

（回答）その通り。但し、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。

（7）ADL低下が3%未満とあるが、指標は示されるのか

（回答）バーゼ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。

厚労省④(4/23)  
問5重複

## A101注10 在宅復帰機能強化加算

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】【療養病棟入院基本料】

（問3）在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「在宅生活を1月以上（退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上）継続することを確認をしていること」とあるが、考慮する医療区分は退院日の医療区分で良いか。

（答）退院日の医療区分でよい。

## 【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】【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。

（赤文字は2014年6月2日追加訂正）

（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。

## A101注10 在宅復帰機能強化加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑤2014年5月1日）] 【在宅復帰機能強化加算】**

**（問1）** 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「在宅に退院した患者の退院後1月以内（医療区分3の患者については14日以内）に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、（略）当該患者の在宅における生活が1月以上（退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上）継続する見込みであることを確認」することとなっているが、当該保険医療機関が当該患者に対して外来診療を行う際に、在宅における生活が継続する見込みであることを確認した場合は、当該患者の居宅を訪問する必要はないか。

**（答）** 他の医療機関や介護老人保健施設に入院・入所していない等、外来診療時に、患者本人や同行した家族からの聞き取り等によって、当該患者が在宅における生活が継続する見込みであることを確認ができる場合は、必ずしも当該患者の居宅を訪問する必要はない。なお、この場合において、在宅から通院していることを確認できた理由を診療録等に記録すること。

## A101注10 在宅復帰機能強化加算

疑義解釈

## 【疑義解釈（全日病①2014年4月17日）】【療養病棟】

(23) 在宅に退院した患者の割合を出す計算に、死亡退院は含まれるのか

(回答) 含まれない

(24) 在宅へ退院した患者とは、具体的にどこへ退院した患者を指すのか

(回答) 自宅および居住系施設等に退院した患者

(25) 病床回転率を算出するための計算式は示されないのか

(回答) 30.4を平均在院日数で除す

厚労省④(4/23)問4重複

(26) 「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、どの様に記録管理すべきか？

(回答) 当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより確認する。記録管理の方法は問わないが、適切に管理して頂きたい。

(27) 在宅復帰機能強化加算の在宅生活を1月以上継続することを確認をしていることとあるが、考慮する医療区分は退院日の医療区分で良いか

(回答) その通り

厚労省③(4/10)問3重複

(28) 在宅復帰機能強化加算の算定要件である在宅へ退院した患者に、介護老人保健施設（介護保険サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保険施設サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている場合に限る)へ入所した患者を含めて計算しても良いか

(回答) 全ての介護老人保健施設へ入所した患者を除く

## A103注7,A312注6 精神保健福祉士配置加算

疑義解釈

**【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】**【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20）** 精神療養病棟に入院する患者に対して指定される退院支援相談員と当該精神療養病棟において精神保健福祉士配置加算によって病棟専従配置された精神保健福祉士は兼務可能か。

（答）退院支援相談員が当該精神療養病棟の入院患者に対してのみ指定される場合に限り、可。

**【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】**【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。

## A103注7,A312注6 精神保健福祉士配置加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）】【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、分子の取扱いはどのようになるのか。

- 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。

## A108注10 栄養管理実施加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）] 【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。

## A200 総合入院体制加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）] 【総合入院体制加算】**

**（問25）** 施設基準に示される、「化学療法4,000件／年以上」について、件数はどのようにカウントするのか。

（答）入院又は外来で行われた化学療法1レジメン（治療内容をいう。以下同じ。）を1件としてカウントする。ただし、内服のみのレジメンは対象外とする。例えば、エトポシド＋シスプラチン併用療法4コースを実施した場合は1件と数える。なお、当該レジメンは、各施設でレジメンを審査し組織的に管理する委員会承認されたレジメンに限る。

**（問26）** 施設基準において、化学療法を行っている途中で、副作用等により治療を中止した場合はカウントするのか。また、治療途中でレジメンを変更した場合のカウントはどうするのか。

（答）化学療法を行っている途中で中止した場合も1件とカウントする。また、レジメンを変更した場合は新たに1件としてカウントする。

**[疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）] 【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。

## A205 救急医療管理加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）] 【救急医療管理加算】**

**（問27）** 緊急に入院が必要であると認めた患者のうち、入院後に悪化の可能性が存在する患者については、救急医療管理加算2の対象患者である「その他「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な患者」に該当するのか。

**（答）** 該当しない。当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

**[疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）] 【救急医療管理加算】**

**（問10）** 留意事項通知（5）に規定されている「都道府県知事の指定する精神科救急医療施設において、緊急に入院を必要とする重症患者（精神疾患であり、入院させなければ医療及び保護を図る上で支障のある状態）」の場合は、今回の改定により区分された救急医療管理加算「1」、「2」いずれで算定する扱いか。

**（答）** 患者の状態による。

**[疑義解釈（全日病①2014年4月17日）] 【救急医療管理加算】**

**（39）** 年に1度、概要について報告することあるが、どの様な形式で報告すれば良いのか

**（回答）** 別添7の様式14の3により毎年7月に地方厚生（支）局長に報告すること

## A207 診療録管理体制加算

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】 【診療録管理体制加算】

**（問28）** 電子的な一覧表とは、電子カルテを導入している必要があるのか。

（答）電子カルテを導入している必要はなく、表計算ソフト等によるものであっても差し支えない。

**（問29）** 年間の退院患者数2,000名あたり1名の専任の常勤診療記録管理者を配置することとされているが、例えば年間退院患者数が2,005名の場合は、何人配置すればよいのか。

（答）2人。直近1年間の退院患者数を2,000で除して端数を切り上げた値以上の人数を配置すること。

**（問30）** 年間退院患者数はどのように計算するのか。

（答）計算対象となる期間に退院日が含まれる患者の数を合計したものであり、同一患者の再入院（「診療報酬の算定方法」第1章第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院を含む）についても、それぞれ別に計算する。

**（問31）** 常勤診療記録管理者の配置に係る基準について、非常勤職員の常勤換算は認められるか。

（答）認められない。

**（問32）** 常勤診療記録管理者は、派遣職員や指揮命令権のない請負方式などの場合でもよいのか。

（答）どちらも認められない。

**（問33）** 常勤診療記録管理者は、がん拠点病院の基準で定められているがん登録の専従担当者でもよいのか。

（答）認められない。

**（問34）** 「保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。」とあるが、外来診療記録についても必要か。また、「全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。」とあるが、退院時要約は看護師が作成した要約でもよいのか。

（答）外来診療記録についても必要。退院時要約については、医師が作成しなければならない。

**（問35）** 「診療記録の保管・管理のための規定が明文化」とあるが、具体的にどのような内容になるのか、ひな形等はあるのか。

（答）ひな形等は定めていない。通知の要件を満たしていればよい。

## A207 診療録管理体制加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）] 【診療録管理体制加算】**

**(問11)** 診療録管理体制加算 1 の施設基準において、年間退院患者数2,000人に1名以上の専任配置、うち1名が専従とあるが、退院2,000人以内の場合でも専従配置は必要か。

(答) 必要である。

**(問12)** 診療録管理体制加算 1・2 の届出に関して、カルテ開示が実施されていなければ算定できないのか。

(答) 「診療情報の提供等に関する指針（平成15年9月12日医政発第0912001号）」には、患者への情報提供（診療中の診療情報の提供）が示されている。これを実施するとともに、診療記録の開示等についても、指針を参考に体制を整備すれば算定できる。

**(問13)** 診療録管理体制加算 1・2 について、患者に対する診療情報の提供が実績としてなければ、算定できないのか。

(答) 提供実績がなくても、患者から求めがあった場合、提供可能な体制を整えていれば算定できる。

厚労省③(4/10)

問11重複

**[疑義解釈（全日病①2014年4月17日）] 【在宅療養後方支援病院】**

**(41)** 年間退院患者2,000人に1名以上の専任配置、うち1名が専従とあるが、退院2,000人以内の場合でも専従配置は必要か

(回答) 必要となる

## A207-2 医師事務作業補助体制加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）] 【医師事務作業補助体制加算】****(問36)** 治験に係る事務作業は医師事務作業補助業務に含まれるか。

(答) 含まれない。

**[疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）] 【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。

## A207-3 急性期看護補助体制加算

疑義解釈

**【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】 【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。

**【疑義解釈（厚労省⑧2014年7月10日）】 【急性期看護補助体制加算】**

**（問3）**急性期看護補助体制加算について、所定労働時間が週32時間未満の非常勤の看護補助者の勤務時間数も、看護補助者の勤務時間数の合計に算入してもよいか。

**（答）**急性期看護補助体制加算の看護補助者の算出方法については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年3月5日保医発0305第1号）の別添7の様式9のとおりであるが、「看護補助者の月延べ勤務時間数の合計／（日数×8時間）」により、「月平均1日当たり看護補助者配置数」を算出するものであり、「看護補助者の月延べ勤務時間数の合計」には、非常勤の看護補助者の勤務時間数を算入しても差し支えない。

## A212 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【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。

## 【疑義解釈（全日病①2014年4月17日）】【療養病棟】

（29）超重症児（者）入院診療加算等が療養病棟においても、15歳を超えて障害を受けた者にも拡大されたが、重度の意識障害者で脳卒中後遺症および認知症の患者については、平成24年3月31日時点で1ヶ月以上入院していなければ算定できないのか

（回答）算定出来ない。通知A212超重症児（者）準超重症児（者）入院診療加算参照

## A214 看護補助加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑨2014年9月5日）] 【看護補助加算】**

~~（問1）~~今般の改定で、看護補助加算の施設基準に「病院勤務医及び看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること」と追加されたが、当該加算の届出に際して、新たに様式13の2の届出は必要か。

~~（答）~~新規に当該加算の届出を行う場合は、様式13の2が必要であるが、既に届出をしていて引き続き算定する場合の届出については、様式13の2は必要ない。（2014年10月10日削除）

## A234-2 感染防止対策加算

疑義解釈

## [疑義解釈(厚労省①2014年3月31日)] 【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JANISの検査部門が参加していることが必要である。(赤文字は2014年4月4日追加訂正)

(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。

## A238-4,5 救急搬送患者地域連携紹介加算・受入加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑩2014年10月10日）】**【救急搬送患者地域連携紹介加算・受入加算】

**（問1）** 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算について、二次救急医療機関同士・三次救急医療機関同士でも算定可能か。

（答） 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算は、高次の救急医療機関に緊急入院した患者について、他の保険医療機関でも対応可能な場合に、他の保険医療機関が当該患者の転院を速やかに受け入れることで、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入れが円滑になるような地域における連携を評価したものであり、二次救急医療機関同士、三次救急医療機関同士においては、当該加算を算定することはできない。

## A245 データ提出加算

疑義解釈

**[疑義解釈（全日病①2014年4月17日）]** 【データ提出加算】

**(44)** 7対1入院基本料および地域包括ケア病棟入院料等については、平成27年4月1日以降は必須となるが、それ以外の病棟については、加算の届出対象と解釈して良いか

(回答) 当該加算は、病棟単位で届け出るものではなく、病院単位で届け出るものであり、データ提出加算を届出後は、病院の全病棟からDPCデータを提出する必要がある

**[疑義解釈（全日病①改定2014年5月2日）]** 【データ提出加算】

**(45)** 療養病棟入院基本料を算定している医療機関で、1病棟を「地域包括ケア病棟入院料」にした場合、D P Cデータの提出は、「地域包括ケア病棟入院料」を算定している1病棟で良いのか。

(回答) 全病棟が対象となる。

## A300注6 急性薬毒物中毒加算（救命救急入院料）

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】【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。**

## A301 特定集中治療室管理料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）] 【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。

**[疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）] 【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。

## A301 特定集中治療室管理料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【特定集中治療室管理料】

**（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1,500g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するのか。

（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。



## A301 特定集中治療室管理料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）] 【特定集中治療室管理料】**

**（問15）** 経過措置期間を終える平成27年4月以降、新たに「特定集中治療室管理料 3・4」を届け出る場合、看護必要度の実績は新基準による実績となるのか。

（答） そのとおり。

**[疑義解釈（厚労省⑧2014年7月10日）] 【特定集中治療室管理料】**

**（問4）** 疑義解釈資料の送付について（その2）（平成26年4月4日事務連絡）における「特定集中治療に習熟していることを証明する資料」について、「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。」とあるが、日本集中治療医学会が行う、MCCRC

（Multiprofessional Critical Care Review Course） in JAPAN、大阪敗血症セミナー、リフレッシュセミナー又は終末期医療における臨床倫理問題に関する教育講座は、実講義時間として合計30時間以上行われた場合は、当該研修要件に該当するか。

（答） 該当する。ただし、当該研修にくわえ、特定集中治療に係る専門医試験における研修も行っていることが必要であることに留意されたい。

**[疑義解釈（厚労省⑫2015年2月3日）] 【特定集中治療室管理料】**

**（問4）** 「疑義解釈資料の送付について（その2）（平成26年4月4日付医療課事務連絡）」問22において、「特定集中治療に習熟していることを証明する資料」の一つとして「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」があるが、「疑義解釈資料の送付について（その8）（平成26年7月10日付医療課事務連絡）」問4で示された研修のほか、FCCS(Fundamental Critical Care Support)セミナー又は日本集中治療医学会が行う大阪以外の敗血症セミナーは、合計で、実講義時間として30時間以上行われた場合は、「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」に該当するか。

（答） 該当する。ただし、当該研修に加え、特定集中治療に係る専門医試験における研修も行っていることが必要であることに留意されたい。

## A301-4 小児特定集中治療室管理料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】**【小児特定集中治療室管理料】

**（問45）** 小児特定集中治療室管理料の重症度に係る基準については、変更があるか。

**（答）** 小児特定集中治療室管理料の重症度に係る基準については、平成26年3月31日において廃止である。

## A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【回復期リハビリテーション病棟入院料】

（問46）体制強化加算の医師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

（答）現時点では、①回復期リハビリテーション病棟協会が主催する「回復期リハ病棟専従医師研修会」、②日本慢性期医療協会が主催する「総合リハビリテーション講座」のいずれかの研修を指す。（赤文字は2014年4月4日追加）

（問47）体制強化加算の要件にある「専従の常勤医師」は、雇用契約で定める所定労働時間の勤務でよいか。

（答）よい。なお、土日、祝日以外の日において、当該専従の常勤医師が当該保険医療機関に勤務しない日が存在する場合は、当該医師とは別のリハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有し、リハビリテーションに係る研修を修了した専従（当該日において専従であればよい）の常勤医師を配置すること。

（問48）体制強化加算について、当該病棟に専従の常勤医師が所定労働時間外に当該保険医療機関において、外来、当直を行うことは可能か。

（答）外来は不可であるが、当直は可能である。

（問49）体制強化加算の施設基準にて「社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。」とあるが、この経験は、一般病棟等での退院調整の経験でもよいのか。

（答）よい。

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【回復期リハビリテーション病棟入院料】

（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。

## A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】【回復期リハビリテーション病棟入院料】

（問16）休日リハビリテーション提供体制加算の届出については、休日における1日当たりの疾患別リハビリテーションの単位数の実績がなくてもよいか。

（答）施設基準の届出にあたっては実績が必要である。

（問17）回復期リハビリテーション病棟入院料1・体制強化加算における、専従医師に求められる研修は、当該専従医師が日本リハビリテーション医学会リハビリテーション科認定医の場合であっても所定の研修を新たに受講し、終了する必要があるのか。

（答）そのとおり。

## 【疑義解釈（厚労省⑤2014年5月1日）】【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。（赤文字は2014年6月2日訂正）

## 【疑義解釈（全日病①2014年4月17日）】【回復期】

（20）社会福祉士の退院調整の3年の経験は、一般病棟等での退院調整の経験でも良いのか

（回答）その通り

（21）体制強化加算のリハビリテーション医療に係る研修とはどのような研修があるのか

（回答）示されている。施設基準参照

（22）体制強化加算のリハビリテーション医療に係る研修が4月1日現在で未受講の場合、猶予期間は示されるのか

（回答）研修要件の適用は、平成27年4月1日からとなる

厚労省①(3/31)  
問49重複

厚労省①(3/31)  
問46重複

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【地域包括ケア病棟入院料】

**(問50)** 病棟内にリハビリテーションを行う専用の部屋は必要か。

(答) 必要ない。

**(問51)** 平成26年3月31日に10対1入院基本料を算定している場合において、平成26年4月1日以降に新たに7対1入院基本料を届け出た後、地域包括ケア病棟入院料を届け出ることが可能か。

(答) 可能である。

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【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。

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

疑義解釈

**【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】**【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。（赤文字は2014年6月2日追加訂正）

**（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。

**【疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】**【地域包括ケア病棟入院料】

**（問14）** 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単位以上提供していることとあるが、それ以上実施した場合は、出来高で算定しても良いのか。

（答） 算定できない。

**【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】**【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。

**【疑義解釈（厚労省⑧2014年7月10日）】**【地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料】

**（問5）** 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が、同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定することと規定されているが、当該患者は、地域包括ケア入院医療管理料の施設基準における重症度、医療・看護必要度の算定に含まれるか。

（答） 含まれる。

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑨2014年9月5日）]** 【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）】

**（問2）** 地域包括ケア病棟入院料等の施設基準における専任の在宅復帰支援担当者について、「A238退院調整加算」における専従の看護師又は専従の社会福祉士を配置している場合はどのような取扱いになるか。

（答）「A238退院調整加算」の施設基準を満たすために、既に、当該医療機関内の退院調整部門に、退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されている場合、地域包括ケア病棟入院料等の届出を行うに当たって、新たに専任の在宅復帰支援担当者を配置する必要はない。

**（問3）** 地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類（様式50の3）の②「直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数」の算出について、入院途中からリハビリテーションが必要になった場合、リハビリテーションがなかった日数も含めて計算するのか。

（答）入院後、途中からリハビリテーションが必要になった場合には、リハビリテーションの提供を開始した日以降の日数を計算に用いることで差し支えない。

**（問4）** 7対1又は10対1入院基本料を算定する病棟において、地域包括ケア病棟入院料等の届出を行った場合、在宅復帰率については経過措置の終了に合わせて、改めて届出を行う必要はあるのか。

（答）在宅復帰率について、経過措置の終了に合わせて、改めて届出を行う必要はないが、要件を満たさなくなった場合には速やかに届け出ること。

**【地域包括ケア入院医療管理料】**

**（問5）** 新たに複数の病室に対して地域包括ケア入院医療管理料の届出をする場合、実績要件は、届出を行う病室毎に満たす必要があるのか。それとも新たに届出を行う病室の合計で満たしていれば良いのか。

（答）新たに届出を行う病室の合計で実績要件を満たしていれば良い。

**[疑義解釈（厚労省⑬2015年3月30日）]** 【地域包括ケア病棟入院料】

**（問1）** 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の届出様式（様式50・50の2）において、「⑥直近6ヶ月間における転棟患者数」の内訳として「（7）自院の療養病棟」のみが記載されているが、自院の他病棟へ転棟した患者数は「⑥直近6ヶ月間における転棟患者数」に含まれるのか。

（答）含まれる。「⑥直近6ヶ月間における転棟患者数」欄には、病棟の種別を問わず、自院の他病棟へ転棟した全ての患者数を記載すること。

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

疑義解釈

## 【疑義解釈（全日病①2014年4月17日）】【地域包括ケア】

(11) リハビリ平均2単位以上とあるが、それ以上実施した場合は、出来高で算定しても良いのか

(回答) 算定出来ない

厚労省③(4/10)  
問14重複

(12) 在宅復帰率7割に含まれる退院先は、現行の亜急性期入院医療管理料の居宅等への退院と同様と理解して良いか

(回答) 示されている。施設基準参照

(13) 入院料（入院医療管理料含む）2の1人当たりの居室面積は、4.3㎡以上と考えて良いのか

(回答) その通り。但し、内法による測定であること。なお、平成27年3月31日までの間は、床面積について、壁芯による測定で届け出ることができるものとし、平成27年4月1日以降も有効なものとして取扱う。

## 【疑義解釈（全日病①2014年4月17日）】【地域包括ケア】

(14) 平成26年3月31日現在で、10対1入院基本料以下で届出している病院は、同入院料を届け出ている期間中は、7対1入院基本料は届出ることができないとあるが、同入院料を返上後、7対1入院基本料を届出し、その後、同入院料を改めて届出することは問題無いか

(回答) 問題ない

厚労省①(3/31)問51重複

(15) 専従の理学療法士等は入院医療管理料の場合、7対1、10対1のADL維持向上体制加算と兼ねても良いか

(回答) その通り

(16) リハビリ平均2単位とは、リハビリを実施している患者の平均と考え、実施していない患者は除いて良いか

(回答) その通り

(17) リハビリ平均2単位の算出は、実施した実日数を基に計算することで良いか

(回答) 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単位以上提供していることが必要。

厚労省②(4/4)問27類似

(18) 救急・在宅等支援病床初期加算の算定要件で、転棟した日から起算して14日に限り算定できるとあるが、同一病棟内にあり一般病床から地域包括ケア入院医療管理料の対象となる病床に転床した場合も算定可能か

(回答) 算定出来ない転床は算定できない。(赤文字は2014年5月2日追加訂正)

(19) 現在、亜急性期入院医療管理料を算定しており、4月1日に地域包括ケアの届出を行う予定だが、3月31日現在ですでに入院している患者の起算日は、4月1日ということで良いか

(回答) 現在の亜急性期入院医療管理料の算定日が起算日となる

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

疑義解釈

**[疑義解釈（全日病①改定2014年5月2日）】【地域包括ケア】**

**（46）** 同一医療機関の異なる病棟において、地域包括ケア病棟入院料と地域包括ケア入院医療管理料は同時に届出することは可能か。可能な場合は、一方は地域包括ケア病棟入院料1、もう一方は地域包括ケア入院医療管理料2など、異なる施設要件の混在は可能か。

（回答）異なる病棟において、それぞれ施設基準を満たしている場合は、届出可能。異なる施設要件の混在も可能。

※一般病棟の中にある地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている病室から、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟へ転棟した場合、救急・在宅等支援病床初期加算を算定できない。

## A311-2注4 精神科急性期医師配置加算

疑義解釈

**【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】**【精神科急性期治療病棟入院料における精神科急性期医師配置加算】

**（問52）** 算定要件において定める『過去1年間の実績（時間外等の入院／外来対応実績）』とは、当該算定病棟における実績か、それとも医療機関全体における実績か。

（答）医療機関全体の実績をいう。

**（問53）** 1日平均患者数の実績はどの期間で計算するのか。

（答）届出前4月間の実績で計算する

**（問54）** 「時間外、休日又は深夜における外来診療（電話再診を除く。）件数が年間20件以上、かつ、入院件数が年間8件以上であること。」について、時間外、休日又は深夜に外来受診を経て入院した患者については両方に計上してもよいか。

（答）よい。

## A400 短期滞在手術等基本料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【短期滞在手術等基本料】

（問55）D P C病院において短期滞在手術等入院料3を算定する場合については、入院6日目以降の診療報酬の算定方法をどのように行うのか。

（答）診断群分類点数表ではなく、医科点数表に基づき算定する。

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【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 （D P C病院に入院した場合を含む。） 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。（赤文字は2014年4月10日追加訂正）

## 【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】【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。

## A400 短期滞在手術等基本料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）] 【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の算定はどのようになるのか。

①4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。

②4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

**[疑義解釈（厚労省⑧2014年7月10日）] 【短期滞在手術等基本料】**

**（問6）** 短期滞在手術等基本料を算定する患者が、7対1入院基本料を届け出ている病棟に入院する場合、当該患者は、7対1入院基本料の施設基準における重症度、医療・看護必要度の算定に含まれるか。

**（答）** 含まれない。

**[疑義解釈（厚労省⑩2014年10月10日）] 【短期滞在手術等基本料】**

**（問2）** 短期滞在手術等基本料の算定に当たっては、「別紙様式8」を参考とした様式を用いて同意をとることとされているが、必ず当該様式のもを別途作成しなければならないのか。

**（答）** 入院診療計画書とともに、入院診療計画書に含まれない「手術後に起こりうる症状とその際の対処」について医療機関が作成する手術の同意書の内容に含まれている場合は、別途作成する必要はない。

## A400 短期滞在手術等基本料

疑義解釈

**疑義解釈（全日病①2014年4月17日）】【短期滞在手術等基本料3】**

**（8）** 同基本料算定患者については、重症度、医療・看護必要度の測定対象患者となるのか

（回答） その通り

**（9）** 3月31日以前に入院し、4月に手術をするような、いわゆる年度またぎの場合は、どのように算定するのか

（回答） 改定前の基準で算定する

**（10）** 特定入院料や療養病棟入院基本料等を算定する病棟においても、該当する手術等を行い4泊5日以内の入院の場合は、当該基本料を算定するのか

（回答） 診療所を除く保険医療機関で当該手術を行った場合は、当該基本料を算定する

厚労省②(4/4)

問16重複だが回答が違う。

厚労省疑義解釈では  
全て出来高算定。

## B001 2 特定薬剤治療管理料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑭2015年6月30日）] 【特定薬剤治療管理料】**

**（問2）** てんかん患者に対し、「フェノバル錠」（一般名：フェノバルビタール、薬効分類：催眠鎮静剤、抗不安剤）を投与している場合、抗てんかん剤を投与しているものとしてB001特定疾患治療管理料の2 特定薬剤治療管理料の算定対象となるか。

**（答）** 対象となる。薬効分類が催眠鎮静剤、抗不安剤であっても適応にてんかん症状の記載がある薬剤については抗てんかん剤として判断して差し支えない。

**（問3）** B001特定疾患治療管理料の2 特定薬剤治療管理料の対象として「躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの」とあるが、躁病の患者であってリチウム製剤を投与しているものは対象とならないのか。

**（答）** 躁病はリチウム製剤の適応であり、特定薬剤治療管理料の対象となる。

## B001 23 がん患者指導管理料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【がん患者指導管理料】

（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）現時点では、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。（赤文字は2014年4月4日追加）

（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。

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【がん患者指導管理料】

（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。

## B001 23 がん患者指導管理料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【がん患者指導管理料】

**（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一月の外来緩和ケア管理料の算定はできない。

## 【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】【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。

## B001-2-6注2 精神疾患患者等受入加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）] 【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。

**[疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）] 【夜間休日救急搬送医学管理料】**

**（問20）** 精神科疾患患者等受入加算(400点)が新設されたが、救命救急センター併設、若しくは第二次および第三次救急医療機関での算定は可能か。

（答）第二次救急医療機関のみ算定が可能。

**（問21）** 注2には「区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する」との記載ではないが、初診であればいいのか。

（答）初診料を算定する初診の日に限る。

**[疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）] 【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。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。

厚労省②(4/4)

問32類似

**[疑義解釈（全日病①2014年4月17日）] 【夜間休日救急搬送受入加算】**

**（42）** 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

（回答）申告に基づき、受診歴を申告のあった医療機関に確認する

## B001-2-8 外来放射線照射診療料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）] 【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。

## B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）] 【医学管理等】**

**（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でしょうか。

（答）そのとおり。

厚労省②(4/4)

問34重複

**[疑義解釈（全日病①2014年4月17日）] 【介護保険リハビリテーション移行支援料】**

**（43）** 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には算定ができないが、特別な関係の事業所では算定可能か

（回答）申告に基づき、受診歴を申告のあった医療機関に確認する

## B009 診療情報提供料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑫2015年2月3日）] 【診療情報提供料】**

**（問5）** B009 診療情報提供料( I )の注7に掲げる加算については、保険医療機関が別の保険医療機関等に対し、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合に所定点数に加算することとされているが、別の保険医療機関への転院の目的で紹介した場合であっても当該加算を算定できるか。

**（答）** 算定できる。

## C 在宅医療

疑義解釈

【疑義解釈（厚労省<sup>⑭</sup>2015年6月30日）】【在宅医療】

（問4）保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診又は訪問診療（以下、「往診等」という。）については、当該保険医療機関からの往診等を必要とする絶対的な理由がある場合には認められることとされており（「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））、具体的には、①患家の所在地から半径16キロメートル以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合、②患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などが考えられる（「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日付医療課事務連絡））とされている。例えば、重症児の在宅医学管理時や、訪問型病児保育中に必要となった場合の小児科の診療など、往診等に対応できる保険医療機関の確保が特に難しい専門的な診療を要する場合で、近隣に対応できる保険医療機関を患者が自ら見つけられず、往診等を依頼された保険医療機関側も、患者の近隣に対応できる保険医療機関を実態上知らない場合は、「16キロメートルを超える往診等を必要とする絶対的な理由」に含まれるか。

（答）ご指摘の事例は「絶対的な理由」に含まれる。なお、患者が特定施設や高齢者向け住宅等（以下、「施設等」という。）に居住する場合は、施設等が、予め、往診等を行う協力医療機関を得るよう努めるべきであり、単に患者や保険医療機関が往診等を行う他の保険医療機関を知らないことをもって絶対的な理由に該当するということとはできないことに留意が必要である。このような場合には、施設等又は往診等を行う保険医療機関が、施設等から16キロメートル以内の保険医療機関に個別に、又は、当該地域の医師会に、往診等を行う保険医療機関があるかを予め確認する必要がある。

## C 在宅療養後方支援病院

疑義解釈

## [疑義解釈 (厚労省①2014年3月31日)] 【在宅医療】

(問61) 在宅療養後方支援病院の届出については、在宅療養支援病院であっても届出が可能か。

(答) 在宅療養支援病院は届出することができない。

## [疑義解釈 (厚労省②2014年4月4日)] 【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。

## [疑義解釈 (厚労省④2014年4月23日)] 【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。

厚労省④(4/23)  
問22重複

## [疑義解釈 (全日病①2014年4月17日)] 【在宅療養後方支援病院】

(40) 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

(回答) 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

## C 在宅療養支援診療所・病院

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省⑨2014年9月5日）】【在宅医療】

（問7）今般の改定で、連携型の機能強化型在支診・在支病について、それぞれの医療機関が在宅における看取り等の実績要件を満たすことが必要になったが、連携に参加していた医療機関の中で実績を満たせない医療機関が出た場合、当該連携に参加している全ての医療機関において、機能強化型に応じた点数が算定できないこととなるのか。

（答）一部に実績を満たさない医療機関が出た場合においても、連携内の全ての医療機関が各々引き続き実績以外の要件を満たすとともに、実績を満たさなくなった医療機関以外の連携医療機関において、3名以上の常勤医師の配置、入院できる病床の確保、過去1年間に合計10件以上の緊急往診、4件以上の在宅看取り実績等の要件を満たしている場合は、実績を満たしている医療機関は機能強化型に応じた点数を算定できる。なお、この場合、実績を満たさなくなった医療機関は引き続き連携内に留まることになるが、機能強化型に応じた点数を算定することはできない。

（問8）連携型の機能強化型在支診・在支病について、一部の医療機関が実績を満たせなくなった場合、連携に参加する全ての医療機関が改めて届出を行わなければならないのか。また、一時的に実績を満たせなくなった医療機関が、後日、実績を満たした場合にはどのような取扱いになるか。

（答）連携に参加する医療機関それぞれが改めて届出を行う必要はないが、実績を満たさなくなった医療機関はその旨を速やかに届け出ること。また、実績を満たさなくなった医療機関が、後日、実績を満たした場合には、当該医療機関がその旨届出を行うことで、再び強化型に応じた点数を算定することができるようになる。

## 【疑義解釈（厚労省⑩2014年10月10日）】【在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等】

（問3）往診料の加算等の適用において、「病床を有する場合」とは、施設基準通知において、「1の(1)のオに規定する有床診療所、1の(2)のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している場合」とあるが、確保する病床は何らかの入院料（入院基本料、特定入院料）の届出を行っている必要があるか。

（答）そのとおり。

## C001 在宅患者訪問診療料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【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（別紙様式14）を添付の「訪問診療が必要な理由」欄に記載する必要があるのか。

（答）訪問診療を行う患者が、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、「訪問診療が必要な理由」欄の記載別紙様式を添付する必要はないを省略することができる。（赤文字は2014年4月10日追加訂正）

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【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

## 【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】【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。

**[疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）] 【在宅患者訪問診療料】**

**（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。

**[疑義解釈（厚労省⑤2014年5月1日）] 【在宅患者訪問診療料】**

**（問3）** C001在宅患者訪問診療料について、留意事項の(10)の①にある同意書を作成するのは4月以降の新規の患者のみでよいか。

（答）訪問診療を行う患者すべてについて同意書が必要である。ただし、平成26年3月以前に訪問診療を始めた場合であって、訪問診療開始時に同意を得た旨が診療録に記載してある場合には、必ずしも新たに同意書を作成する必要はない。

**[疑義解釈（厚労省⑥2014年5月7日）] 【在宅患者訪問診療料】**

**（問1）** 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、又は別紙様式14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付すること。」とあるが、平成26年4月診療分から添付することとなるのか。

**（答）** 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」については、「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）において、①診療報酬明細書の症状詳記に記載することで電子請求を行うことが可能であること、②当該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」の内容を全て含んでいる場合は、当該訪問診療計画等をコピーして紙で、診療報酬明細書に添付することが可能であること等を示したところである。「別紙様式14」については、本来は平成26年4月診療分から添付するものであるが、電子請求を行うための準備期間等を考慮し、平成26年9月診療分までは添付を省略してもやむを得ないものである。

**[疑義解釈（厚労省⑨2014年9月5日）] 【在宅医療】**

**（問9）** 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、平成26年9月診療分までは添付を省略してもやむを得ないものとされたが、10月以降どのような取扱いになるのか。

**（答）** 平成26年10月診療分以降の取扱いについては、電子請求事務の対応状況等を考慮し、原則として、明細書の摘要欄又は症状詳記に記載することとし、以下の内容が含まれていれば差し支えないものとする。

<患者ごとに記載する事項>

※「要介護度」 ※「認知症の日常生活自立度」 ※「訪問診療が必要な理由」（要介護4以上又は認知症の日常生活自立度IV以上の場合は不要。）

<算定日ごとに記載する事項>

※「訪問診療を行った日」 ※「診療人数合計」（同一日に同一建物の患者に、同じ医師が在宅患者訪問診療料2の対象となる訪問診療を行った人数の合計。）

[記載例1]

訪問診療にかかる記録書 要介護3 認知症の日常生活自立度3 a 理由：○○○○○○○○○○のため  
○日（○人）、○日（○人）

[記載例2]

訪問診療にかかる記録書 要介護4 認知症の日常生活自立度4  
○日（○人）、○日（○人）

**[疑義解釈（全日病①2014年4月17日）】【在宅患者訪問診療料】**

**(37)** 診療場所、診療人数について記載とあるが、特定施設等の同一建物に訪問する場合、施設名、住所等の記載で良いのか  
(回答) その通り 別紙様式 1 4 を参照。

**(38)** 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で良いか  
(回答) その通り

## C002 在宅時医学総合管理料

## C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）]** 【~~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】（赤文字は2014年4月10日訂正）

**（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」を算定した場合には、「同一建物以外」の点数を算定できるという解釈でよいか。（赤文字は2014年4月10日追加）

（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。

**[疑義解釈（厚労省⑭2015年6月30日）]** 【在宅医療】

**（問5）** C002在宅時医学総合管理料又はC002-2特定施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、C109在宅寝たきり患者処置指導管理料は別に算定できないこととされているが、在宅寝たきり患者処置指導管理料に含まれる処置（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）についても、別に算定できないのか。

（答） 算定できない。

## C012 在宅患者共同診療料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）] 【在宅患者共同診療料】**

**（問62）** C012在宅患者共同診療料について、在宅療養後方支援病院又は在宅医療を担う保険医療機関を変更した場合に1年間の起算日はどのように考えるのか。

（答）医療機関が変更されたかどうかにかかわらず、当該患者に対して最初に算定された日を起算日とする。

**（問63）** C012在宅患者共同診療料について、在宅を担当している医療機関と共同で往診又は訪問診療を行った場合に、最初に算定を行なった日から起算して1年間に2回までに限り算定することとされているが、最初に診療を行った日から起算して1年間が経過すれば更に年2回算定できるのか。

（答）その通り。

**（問64）** C012在宅患者共同診療料について、患者が入院した場合に算定の起算日はどのように考えるのか

（答）入院の有無にかかわらず、当該患者に対して最初に算定された日を起算日とする。

**[疑義解釈 (厚労省①2014年3月31日)] 【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】**

**(問65)** 「真皮までの褥瘡の状態」とは何を指すのか。

(答) DESIGN-R分類d2以上の褥瘡を有する状態を指す。

**(問66)** 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修とは何を指すのか。

(答) 現時点では、日本褥瘡学会が実施する褥瘡在宅セミナー、在宅褥瘡管理者研修対応と明記された教育セミナー並びに学術集会の教育講演を指す。また、日本褥瘡学会認定師、日本褥瘡学会在宅褥瘡予防・管理師は、所定の研修を修了したとみなされる。なお、看護師については、皮膚・排泄ケア認定看護師の研修についても所定の研修を修了したとみなされる。(赤文字は2014年4月4日追加)

**[疑義解釈 (厚労省②2014年4月4日)] 【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。

**[疑義解釈 (厚労省⑤2014年5月1日)] 【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】**

**(問4)** 在宅患者訪問褥瘡管理指導料における在宅褥瘡管理に係る在宅褥瘡管理者は、入院基本料等加算の褥瘡ハイリスク患者ケア加算の専従の看護師(褥瘡管理者)が兼務してもよいか。

(答) よい。(当該医療機関において在宅褥瘡管理者となっている場合でも、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の専従の看護師の専従業務に支障が生じなければ差し支えない)

## C 在宅療養指導管理料

疑義解釈

## [疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）]【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算定されるものと解してよいか。（赤文字は2014年6月2日追加訂正）

（答）そのとおり。

## [疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）]【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。

## C101、注3 在宅自己注射指導管理料・導入初期加算

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【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。

## 【疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】【在宅患者訪問褥瘡管理指導料在宅自己注射指導管理料】

（赤文字は2014年4月23日追加訂正）

（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。

## 【在宅医療】

（問23）在宅自己注射指導管理料の導入初期加算については、「新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間月1回に限り算定する。ただし、処方内容に変更があった場合は、さらに1回に限り算定することができる。」となっているが、

①さらに1回に限りとは、導入後3月の間に月2回算定する月があってもよいか。

②あるいは、導入後4月目以降においても1回に限り算定可能ということか。

（答）①導入後3月の間に月2回は算定できない。

②導入後4月目以降でも1回に限り算定できる。

## 【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】【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。

## C107 在宅人工呼吸指導管理料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）] 【在宅療養指導管理料】**

**（問67）** C107在宅人工呼吸指導管理料にて「睡眠時無呼吸症候群の患者（AdaptiveServoVentilation(ASV))を使用する者を含む。」は対象とならない」とあるが、

- ①閉塞性、中枢性又は混合型に関係なく睡眠時無呼吸症候群の患者は対象とならないのか。
- ②チェンストークス呼吸を呈する心不全患者に対してASVを使用した場合は対象となるのか。

（答）①そのとおり。

②対象とならない。

## C200 薬剤(在宅)

疑義解釈

**[疑義解釈 (厚労省③2014年4月10日) ] 【在宅医療】**

**(問25)** C200薬剤において、「厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。」とあるが、抗真菌薬と抗インフルエンザ薬についても該当するか。

(答) 該当する。

**(問26)** C200薬剤の留意事項通知の(1)の厚生労働大臣の定める薬剤に「pH4処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)製剤、電解質製剤及び注射用抗菌薬」が追加されたが、電解質製剤には、脂肪乳剤は含まれるか。

(答) 該当しない。

**[疑義解釈 (厚労省⑨2014年9月5日) ] 【在宅医療】**

**(問6)** 今般の改定で、「厚生労働大臣が定める注射薬」に注射用抗菌薬等が追加されたが、往診料又は在宅患者訪問診療料と併せて当該薬剤料を算定することは可能か。

(答) 可能。

## D 検査

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【検査】

（問69）D004-2 悪性腫瘍組織検査のEGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法）は、どのような場合に算定できるのか。

（答）リアルタイムPCR法を用いたEGFR遺伝子検査が可能な体外診断用医薬品として薬事法上の承認を得ているものを用いた場合に限り算定できる。

（問70）D014自己抗体検査の25抗好中球細胞質ミロペルオキシダーゼ抗体（MPO-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。

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月10日）】【血液化学検査】

（問27）「1」の不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、「12」の不飽和鉄結合能（UIBC）（RIA法）と、総鉄結合能（TIBC）（RIA法）を同時に実施した場合は、「1」の不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）又は総鉄結合能（TIBC）（比色法）の所定点数を算定する」とあるが、今までは主たる点数を算定とあったが、4月からは同時実施した場合は、「1」の点数の低い方での算定となるのか。また、4項目全て実施の場合、若しくは2項目・3項目の同時実施の場合も同様であるか。

（答）そのとおり。

## 【疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）】【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。

## D 検査

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑩2014年10月10日）] 【コンタクトレンズ検査料】**

**（問4）**コンタクトレンズ検査料を算定した患者が、「医師法」及び「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の規定に基づく診療録の保存期間である5年を超える間隔を置いて当該保険医療機関に来院した場合に、初診料を算定できるか。

**（答）**当該保険医療機関において過去の受診が確認できない場合は算定できる。

**[疑義解釈（厚労省⑫2015年2月3日）] 【検査】**

**（問6）**「平成26年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について」（平成26年6月30日付医療課事務連絡）において、同年3月5日付保医発0305第3号「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」及び同年3月26日付保医発0326第3号「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について」の一部訂正として、総鉄結合能（TIBC）（RIA法）、不飽和鉄結合能（UIBC）（RIA法）を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとされたが、平成26年4月診療分から遡及し記載することとなるのか。

**（答）**平成26年4月診療分から同年6月診療分までは記載がなくてもやむを得ない。

**[疑義解釈（厚労省⑬2015年3月30日）] 【検査】**

**（問2）**平成27年4月収載予定の「Major BCR-ABL mRNA IS」について、当該項目を測定する体外診断用医薬品には、承認上の使用目的に「診断補助」が含まれるものと含まれないものがあるが、使用目的に「診断補助」が含まれない体外診断用医薬品を用いて、診断補助を目的に検査を実施した場合においても当該項目は算定できるか。

**（答）**算定できない。

**（問3）**D004-2の1悪性腫瘍遺伝子検査について、大腸癌でEGFR遺伝子検査とRAS遺伝子検査（平成27年4月収載予定）を同時に行った場合、それぞれ算定することができるか。

**（答）**大腸癌でEGFR遺伝子検査とRAS遺伝子検査を同時に行った場合はどちらか一方の点数のみ算定する。

## D 検査

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省⑬2015年3月30日）】【検査】

（問4）大腸癌において、K-ras遺伝子検査とRAS遺伝子検査を同時に行った場合又は別日に行った場合の算定如何。

（答）同一患者に対してK-ras遺伝子検査とRAS遺伝子検査を行った場合、同一日又は別日にかかわらず、どちらか一方の点数のみ算定する。ただし、平成27年3月31日以前にK-ras遺伝子検査を行った患者についてはこの限りではないが、その場合、RAS遺伝子検査を算定するに当たっては診療報酬明細書の摘要欄にK-ras遺伝子検査の実施日を記載すること。

（問5）「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）の「8 その他」において、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療については、関係学会よりガイドラインが示されているので参考とすること」とされている。日本ヘリコバクター学会の「H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン2009 改訂版」においては、抗H. pylori 抗体測定法について「潰瘍治療薬の服用中、服用中止直後、（中略）において有用である」とあるが、当該通知2（1）で掲げられている感染診断の検査法のうち、④抗体測定をプロトンポンプ阻害薬（PPI）を休薬せずに実施した場合、当該検査の費用は算定できるか。

（答）算定できる。

## 【疑義解釈（厚労省⑭2015年6月30日）】【検査】

（問6）健康診断で実施した内視鏡検査において、病変を認めた場合に、引き続き粘膜点墨法、狭帯域光による観察を実施した場合、D308胃・十二指腸ファイバースコープのそれぞれ「注2」及び「注4」に定める加算の所定点数を算定できるか。

（答）「D308」を算定しない場合において、「注」に規定する加算のみの算定はできない。なお、健康診断の費用として支払われる額と保険請求する額が重複することのないよう、「健康診断時及び予防接種の費用について」（平成15年7月30日付事務連絡）に基づき行うこと。

（問7）D239-3神経学的検査において、「一連のものとして実施された検査（眼振を検査した場合のD250平衡機能検査、眼底を検査した場合のD255精密眼底検査等を指す。）については、所定点数に含まれ、別に算定できない。」とあるが、例えば、「D239-3」と「D250」の「1」から「5」までとは併算定ができないということか。

（答）神経学的検査としてD250平衡機能検査に該当する眼振検査をした場合には算定できないが、神経学的検査の結果特に必要と認め、神経学的検査に含まれない専門的な検査を行うなど、医学的見地から一連ではないと判断可能な場合においてはその限りではない。

## E 画像診断

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）] 【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。

**[疑義解釈（厚労省⑪2014年11月5日）] 【透視診断・経管栄養カテーテル交換法】**

**（問1）** 「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）」のJ043-4には、経管栄養カテーテル交換法の際に行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日に限り1回に限り算定するとされているが、E000透視診断には、他の処置の補助手段として行う透視については算定できないとされている。胃瘻カテーテル交換の際に併せて行った「透視診断」の費用は別に算定できるか。

（答）当該点数の算定日に限り、1回に限り算定できる。

**[疑義解釈（厚労省⑭2015年6月30日）] 【注射】**

**（問8）** G001静脈内注射又はG004点滴注射は、E200コンピューター断層撮影（CT撮影）又はE202磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の「注3」造影剤使用加算に規定する加算とそれぞれ同時に算定できるか。

（答）同一日に静脈内注射又は点滴注射により造影剤使用撮影を実施した場合においては、注射実施料（G001静脈内注射又はG004点滴注射）又は造影剤使用加算のうち、主たるもののみを算定する。

**[疑義解釈（厚労省⑩2014年10月10日）] 【投薬】**

**（問5）**平成25年5月24日付保医発0524第4号「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」の（2）アコファイド錠100mgにおいて、「上部消化管内視鏡等の実施年月日を摘要欄に記入すること」とあるが、実施月以降も毎回摘要欄に過去の実施年月日を記入する必要があるのか。

（答）上部消化管内視鏡等の実施月のみの記載で差し支えない。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず記載が必要である。

**（問6）**シダトレンスギ花粉舌下液200JAU/mLボトル（10mL 1瓶）及び2,000JAU/mLボトル（10mL 1瓶）の請求方法はどのようにすればよいか。

（答）本製剤は、増量期の投与にあたって1週間分を1瓶として処方されるものであるため、1瓶あたりの額を用いて薬剤料の点数を算定するとともに、用法等を以下に示す例を参考に記載すること。なお、調剤レセプトの場合は内服用滴剤として請求すること。

例) シダトレンスギ花粉舌下液200JAU/mLボトル（10mL 1瓶） 1瓶

1日1回7日分42×1

シダトレンスギ花粉舌下液2,000JAU/mLボトル（10mL 1瓶） 1瓶

1日1回7日分101×1

**[疑義解釈（厚労省⑬2015年3月30日）] 【処方料／処方せん料】**

**（問6）**F100 処方料の注8又はF400 処方せん料の注2（紹介率・逆紹介率の低い大病院の投与期間が30日以上投薬に係る減算規定）の「所定点数」には、F100又はF400の他の注に掲げる加算を含むか。

（答） 含まない。

## 【疑義解釈（厚労省⑬2015年3月30日）】 【薬剤料】

（問7）F200 薬剤料の注4(紹介率・逆紹介率の低い大病院の投与期間が30日以上)の「所定点数」について、①1処方において、投与期間が30日以上と30日未満の投薬がある場合、「所定点数」とは、1処方全ての医薬品の総点数(1日(回)あたりの点数に1処方の日(回)数を乗じて得た点数)となるか、30日以上に投薬に係る医薬品の総点数か。

②投与期間が30日以上に投薬を行った1剤(服用時点、服用回数が同じもの)に、減算規定除外対象の医薬品と減算規定除外対象以外の医薬品が混在する場合、「所定点数」とは、1剤の総点数となるか、減算規定除外対象以外の医薬品の総点数となるか。

③注2(向精神薬多剤投与100分の80)又は注3(7種以上の内服薬100分の90)と注4(紹介率・逆紹介率の低い大病院の30日以上に投薬100分の60)の減算規定が同時に適用となる場合、注4の「所定点数」の扱いはどのようになるか。

（答）①内服・頓服・外用に係る薬剤料について、投与期間が30日以上に投薬に係る医薬品の総点数を「所定点数」とする。

②投与期間が30日以上に投薬を行った1剤(服用時点、服用回数が同じもの)に、減算規定除外対象の医薬品と減算規定除外対象以外の医薬品が混在する場合は減算規定除外対象以外の医薬品の総点数を「所定点数」とする。

③減算規定は注2又は注3を先に適用し、その上で注4の規定の対象となる医薬品についてのみ注4の規定を適用(100分の60を乗じ端数がある場合には四捨五入)することとなる。この場合の注4の「所定点数」は、注4の減算規定の対象となる医薬品について総点数を算出し、注2(100分の80)又は注3(100分の90)の規定に係る乗数を乗じ、端数がある場合には四捨五入した点数である。なお、注2から注4の規定による控除点数(算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数)は、次のように算出する。

内服薬 1 処方分（注2の向精神薬多剤投与100分の80減算該当）

A 薬剤（薬価98円30日）  $10 \times 30$ （注4の減算規定除外対象）

B 薬剤（薬価220円42日）  $22 \times 42$

C 薬剤（薬価302円30日）  $30 \times 30$

D 薬剤（薬価400円14日）  $40 \times 14$  の場合、

処方全体について、注2の減算を先に適用することから、注2による控除対象の総点数は、

$$10 \times 30 + 22 \times 42 + 30 \times 30 + 40 \times 14 = 2,684 \text{ (点)}$$

・注2の減算を適用した場合、 $2,684 \times (80/100) = 2,147.2$ （四捨五入して2,147点）

・注2による控除点数は、 $2,147 - 2,684 = \Delta 537$ 点である。

注4による控除対象は、B薬剤とC薬剤であることから、

・B薬剤とC薬剤のみに注2による減算を適用した場合の所定点数は、

$$(22 \times 42 + 30 \times 30) \times (80/100) = 1,459.2 \text{ (四捨五入して1,459点)}$$

・B薬剤とC薬剤に注4を適用した場合、 $1,459 \times (60/100) = 875.4$ （四捨五入して875点）

・注4による控除点数は、 $875 - 1,459 = \Delta 584$ 点である。

86 よって、処方全体の薬剤の算定点数（合計点数）は、 $2,684 - 537 - 584 = 1,563$ 点となる。

## F 向精神薬多剤投与

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【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。

## 【疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）】【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）だが報告する必要はあるのか。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。

## 【疑義解釈（厚労省⑨2014年9月5日）】【向精神薬多剤投与】

（問10）「向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に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。」こととされているが、別紙様式40の書き方について、例えば、

- ①1人の患者が抗不安薬3種類以上かつ睡眠薬3種類以上というように複数該当する場合
- ②1人の患者に対し6月中に複数回の向精神薬多剤投与を行った場合患者数はどのように記載すればよいか。

（答）①当該患者の主病（又は症状が重いほうの精神疾患）に対する向精神薬多剤投与について、人数にカウントする。

②実人数でカウントする。6月中に複数回の向精神薬多剤投与があっても1名としてカウントする。ただし、複数回の多剤投与を行ったが、その都度、向精神薬の分類が異なる場合は、当該患者の主病（又は症状が重いほうの精神疾患）に対する向精神薬多剤投与について、1名とカウントする。

## F 向精神薬多剤投与

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省⑩2014年10月10日）】 【向精神薬多剤投与】

（問7）別紙36で抗精神病薬に分類されているレセルピンを降圧剤として投薬した場合等、向精神薬を別の目的で投薬した場合も向精神薬多剤投与に係る種類数に含まれるのか。

（答）含まれる。別の効果を期待して投薬した場合であっても、別紙36の分類に基づき向精神薬として種類数にカウントする。なお、種類数に含まれるのは別紙36に示した成分の医薬品を内服・頓服・外用として投薬した場合であり、注射薬は種類数に含まれない。

（問8）1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合、同一処方したその他の薬剤を含む全ての内服・頓服・外用に係る薬剤料を所定点数の100分の80に相当する点数で算定することになるのか。

（答）そのとおり。すなわち、薬剤料の所定点数は、内服・頓服・外用のすべての区分について、各区分の総薬剤点数の100分の80に相当する点数を算定する。

（問9）抗うつ薬又は抗精神病薬を処方する場合において、臨時で処方した場合や精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が、やむを得ず投与を行った場合は、向精神薬多剤投与に係る種類数のカウントには含めないが、同時に抗不安薬又は睡眠薬を3種類以上処方した場合、抗うつ薬又は抗精神病薬を含む全ての薬剤料が100分の80に減算となるのか。

（答）そのとおり。なお、処方料や薬剤料を減算した点数で算定する場合は、診療報酬明細書へ除外規定に該当する内容等を記載する必要は無い。

## F 抗悪性腫瘍処方管理加算

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）】【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。

## F うがい薬

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）] 【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。

**[疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）] 【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。

## G 注射

疑義解釈

**（再掲）[疑義解釈（厚労省<sup>⑭</sup>2015年6月30日）] 【注射】**

**（問8）** G001静脈内注射又はG004点滴注射は、E200コンピューター断層撮影（CT撮影）又はE202磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の「注3」造影剤使用加算に規定する加算とそれぞれ同時に算定できるか。

**（答）** 同一日に静脈内注射又は点滴注射により造影剤使用撮影を実施した場合においては、注射実施料（G001静脈内注射又はG004点滴注射）又は造影剤使用加算のうち、主たるもののみを算定する。

## H リハビリテーション

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【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及び運動器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。（赤文字は2014年4月4日追加）

（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。

## 【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】【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って、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。

## H リハビリテーション

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）】【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。

## H002 運動器リハビリテーション料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）] 【リハビリテーション料】**

**（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。

## H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）] 【リハビリテーション】**

**（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。

**[疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）] 【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を行うことは不可。

**（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。

**[疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）] 【リハビリテーション料】**

**（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。

## H004 摂食機能療法

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省⑭2015年6月30日）] 【リハビリテーション】**

**（問9）** H004摂食機能療法の治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できることとされているが、月の途中で3月を超えた場合は、その日までの月内算定回数にかかわらず、3月を超えた日以降、当該月の月末日までに4回を限度として算定することができるのか。

**（答）** そのとおり。

**[疑義解釈 (厚労省①2014年3月31日)] 【リハビリテーション】**

疑義解釈

**(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) 現時点では、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」(平成26年4月開始予定)を指す。(赤文字は2014年4月4日追加)

**[疑義解釈 (厚労省④2014年4月23日)] 【リハビリテーション料】**

**(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。

**[疑義解釈 (厚労省⑭2015年6月30日)] 【リハビリテーション料】**

**(問10)** H007-2がん患者リハビリテーション料の施設基準にある「適切な研修」の要件について、「リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ1名以上参加して行われるものである」とされているが、ある回の研修に参加した職員のうち一部が退職した場合、当該職員と同じ日の研修に参加していた他の職員は、再度、研修を修了する必要があるか。

(答) 再度研修を修了する必要はない。施設基準の「適切な研修」の要件を満たす研修のうち、同一日に行われたもの(Aとする。)に参加した職員のうち一部が後日欠けても、Aの研修に参加した残りの職員は引き続き「適切な研修を修了した」ものとしてよい。このような取扱いにより、

①残りの職員で引き続き施設基準を満たす場合

②残りの職員と、Aの研修とは日程や主催者等が異なる他の「適切な研修」を修了した職員とを併せて施設基準を満たす場合は、Aの研修に参加した残りの職員は引き続き当該診療に従事できる。

## H007-3 認知症患者リハビリテーション料

疑義解釈

**【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】 【リハビリテーション】**

**（問79）** H007-3 認知症患者リハビリテーション料の施設基準の規定にある「認知症患者のリハビリテーションに関する適切な研修」とはどのようなものがあるか。

（答）現時点では、全国老人保健施設協会が行う「認知症ケア研修会～認知症短期集中リハビリテーション研修（医師対象）～」である。

**【疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】 【認知症患者リハビリテーション】**

**（問18）** 認知症患者リハビリテーション料は入院した日から起算して1月に限られているが、平成26年3月以前から入院し、1月を既に経過している患者には算定できないのか。

（答）そのとおり。

**【疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）】 【リハビリテーション料】**

**（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ること  
は可能か。

（答）不可。

## I002 通院・在宅精神療法

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）] 【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。

**[疑義解釈（厚労省⑭2015年6月30日）] 【精神科専門療法】**

**（問11）** I 002通院・在宅精神療法等の対象となる精神疾患に「統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等」が掲げられているが、I C D - 10のF 63.0「病的賭博」はこれに含まれるか。

**（答）** 含まれる。

## I016 精神科重症患者早期集中支援管理料

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【リハビリテーション】

（問80）多職種会議について、月1回以上保健所又は精神保健福祉センター等と合同で会議を開催することとなっているが、この「等」には何が含まれるのか。

（答）この「等」とは、市町村、福祉事務所、障害福祉サービス事業所、介護サービス事業所を指す。

（問81）障害福祉サービスの利用開始月において、算定できるか

（答）障害福祉サービスの利用を行っている月は算定できない。

（問82）複数の訪問看護ステーションと連携して24時間体制を構築することは可能か。

（答）連携する訪問看護ステーションは1カ所とするため、複数の訪問看護ステーションと連携することはできない。

（問83）24時間連絡を受ける担当者は、チームを構成する医師、保健師又は看護師、作業療法士、精神保健福祉士のいずれかの者に限るのか。

（答）その通り。なお、連絡先電話番号等については、担当者個人の連絡先に限らず、当該保険医療機関の24時間連絡を受けることができる部門等を指定することで差し支えないが、この場合、患者及びその家族等から当該連絡先に連絡があった場合においては、直ちに、24時間連絡を受ける担当者へ転送することができる体制又は担当者より折り返しコールバックを行うことができる体制を有すること。

（問84）多職種会議について、月1回以上保健所又は精神保健福祉センター等と合同で会議を開催することとなっているが、先方の都合で参加できない場合はどうなるか

（答）先方の都合等で、当月に合同で会議が開催できなかった場合は、翌月に2回開催する等、平均して月1回以上合同で会議を開催している場合に限り算定できる。

（問85）同一保険医療機関において患者ごとに1と2を選択して算定する事は可能か。

（答）算定することはできない。

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月10日）】【リハビリテーション】

（問22）留意事項通知の(6)のウにおいて、患者又はその家族等への説明に用いた文書の写しは、何に添付するのか。

（答）診療録に添付する。

## J 処置

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】【EDチューブ挿入術】

（問30） J 034-2 E Dチューブ挿入術において、抜去の費用は算定できるか。算定できるとすれば何で算定できるか。

（答） 抜去に関する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（問31） 留意事項通知の（2）において、X線透視下で挿入するとされているが、この際、以下の費用は算定できるか。

①透視診断料(使用した薬剤含む)の費用

②画像診断の費用

留意事項通知の（1）における「経口又は経胃の栄養摂取では十分な効果が得られない患者」に該当すれば、病名に関係なく算定は可能か。

（答）（1）①、②の評価は所定点数に含まれる。

（2）可能。

## 【疑義解釈（厚労省⑪2014年11月5日）】【透視診断・経管栄養カテーテル交換法】（再掲）

（問1）「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）」のJ043-4には、経管栄養カテーテル交換法の際に行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日に限り1回に限り算定するとされているが、E000透視診断には、他の処置の補助手段として行う透視については算定できないとされている。胃瘻カテーテル交換の際に併せて行った「透視診断」の費用は別に算定できるか。

（答） 当該点数の算定日に限り、1回に限り算定できる。

## 【処置・手術】

（問2） 処置の通則5及び手術の通則12に掲げる休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準通知に、「当直等を行った日が年間12日以内であること。」とあるが、12日とは、診療科単位と考えて良いか。

（答） 診療科単位ではなく、届出を行った診療科全体の合計で12日以内である必要がある。ただし、本事務連絡の発出時点で既に届出している医療機関にあっては、平成26年12月までの期間については、診療科単位で年間12日以内であればやむを得ないものとする。

## J 処置

疑義解釈

## [疑義解釈（厚労省⑮2015年9月3日）] 【処置】

（問1）J003局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）は、「特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる」とされているが、局所陰圧閉鎖処置用材料を算定した日しか当該処置料は算定できないのか。

（答）過去に局所陰圧閉鎖処置用材料を算定していて、引き続き当該材料を使用して治療を行っている場合には、当該材料を算定した日以外の日であっても、1日につき1回、当該処置料を算定できる。

## K 手術

疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】 【手術】

（問86） K 190－6 仙骨神経刺激装置植込術において、仙骨神経刺激装置用リードを植込み 2 週間の試験刺激を実施したが、効果判定時に効果なしと判断されリードを抜去した場合はどう算定するのか

（答） 当該所定点数に含まれる。

（問87） K 546経皮的冠動脈形成術及び K 549経皮的冠動脈ステント留置術について、新規に施設基準を届け出る場合は、関連学会の実施する調査に提出する手術件数に準じてそれぞれ記載することとあるが、具体的にはどのように記載するのか。

（答） 「急性心筋梗塞に対するもの」は、日本循環器学会に提出している実態調査の「急性心筋梗塞患者に対する緊急PCI件数」の件数を記載する。同様に、「不安定狭心症に対するもの」は「（緊急PCI件数）－（急性心筋梗塞患者に対する緊急PCI件数）」の件数を、「その他のもの」は「待機的PCI件数」の件数をそれぞれ記載すること。

（問88） K 939画像等手術支援加算には「1」ナビゲーションによるものと「3」患者適合型手術支援ガイドによるものがあるが、「1」と「3」の両方とも算定可能な手術に対して、併施算定可能か。

（答） いずれか一方のみ算定可能である。

## 【疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】 【周術期口腔機能管理後手術加算】

（問28） 通則17に「歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点を所定点数に加算する。」とあるが、算定要件を満たす複数手術を併せて施行した場合、各々の手術手技料に加算できるのか。

（答） 主たる手術の所定点数にのみ加算できる。

## 【複数手術に係る費用の特例】

（問32） K 719-3腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術については、平成25年1月24日付け疑義解釈資料（その11）別添1の間6において、同一手術野又は同一病巣につき、当該手術と他の手術を併施した場合は、「主たるものみの算定となる。」としていたが、複数手術に係る費用の特例として告示されたことから、平成26年4月以降、どのように算定するのか。

（答） 複数手術に係る費用の特例において、同一手術野又は同一病巣につき、当該手術と別表第一に定められている手術を行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。なお、当該疑義解釈資料（その11）（平成25年1月24日付）別添1の間6は廃止する。

## K 手術

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）] 【在宅療養指導管理料手術】**

**（問68）** C110-4在宅仙骨神経刺激療法指導管理料仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術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。（赤文字は2014年5月1日追加訂正）

**[疑義解釈（厚労省⑧2014年7月10日）] 【胃瘻造設時嚥下機能評価加算】**

**（問12）** 胃瘻造設時嚥下機能評価加算の算定に当たって、内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施する場合に修了すべき研修の要件はどのようなものか。

（答）ここでいう研修とは、医療関係団体等が主催する5時間以上（休憩時間及び③の演習時間を除く。）の研修であって、内視鏡下嚥下機能評価検査及び摂食機能療法について、10年以上の経験を有する医師が監修を行った、嚥下機能評価及び摂食機能療法のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした研修をいう。その際、講義及び演習により、次のすべての内容を含むものであること。

①嚥下機能及び嚥下障害に係る総論

②嚥下造影等による嚥下障害の評価・診断方法

③内視鏡下嚥下機能評価検査の実施方法。この際、被験者に対して挿入・観察を行う演習を行うこと。なお、被験者については、健常者でも差し支えない。

（施設基準の届出の時点で、D299喉頭ファイバースコープ又はD298-2内視鏡下嚥下機能検査を診療として実施している経験を5年以上有している場合においては、当該演習は省略できる）

④内視鏡下嚥下機能評価検査動画を用いた所見評価

⑤摂食機能療法（嚥下訓練を含む。）の実施方法

⑥摂食機能療法（嚥下訓練を含む。）の効果評価方法

なお、修了証が交付されるものであることとし、研修の講師のうち、監修者が適当と認めた者については、修了証を交付した上で、研修を受講したとみなせるものとする。

## K 手術

## 疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省⑪2014年11月5日）】 【処置・手術】（再掲）

（問2）処置の通則5及び手術の通則12に掲げる休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準通知に、「当直等を行った日が年間12日以内であること。」とあるが、12日とは、診療科単位と考えて良いか。

（答）診療科単位ではなく、届出を行った診療科全体の合計で12日以内である必要がある。ただし、本事務連絡の発出時点で既に届出している医療機関にあっては、平成26年12月までの期間については、診療科単位で年間12日以内であればやむを得ないものとする。

## 【輸血管理料】

（問3）注3における貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に、「関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の医師が1名以上配置されていること。」とあるが、「関係学会から示された指針」、「その旨が登録されている」とはそれぞれのどのようなものを指すのか。

（答）「関係学会から示された指針」とは日本自己血輸血学会の貯血式自己血輸血実施指針を指す。「その旨が登録されている」とは、現時点では、学会認定・自己血輸血医師看護師制度協議会が発行している学会認定・自己血輸血責任医師認定証が交付され、当該認定証が確認できる場合を指すものとする。

## 【疑義解釈（厚労省⑬2015年3月30日）】 【手術】

（問8）第2章第10部通則16の規定により、K664に掲げる手術については、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、「所定点数」の100分の80に相当する点数により算定することとなるが、この場合の「所定点数」には第10部の通則に掲げる加算点数は含むか。

（答） 含まない。

## 【疑義解釈（厚労省⑮2015年9月3日）】 【手術】

（問2）「ザイヤフレックス注射用」について、拘縮索への注射に加え伸展処置を行うことがあるが、注射と伸展処置とを併せた技術料についてはどのように算定できるのか。

（答）当該薬剤の1回の投与（同一日に複数カ所に注射を行った場合を含む）及び伸展処置に係る一連の手技として、G000皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）ではなく、K075非観血的関節授動術の「3」肩鎖、指（手、足）を算定できる。

## N 病理診断

疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）】【病理診断管理加算】**

**（問33）** 病理診断管理加算 1 及び 2 の施設基準において、従前「病理部門が設置されており」とされていた部分が「病理診断科を標榜している保険医療機関であること。」と変更されたが、病理診断科を標榜していることを保健所に届け出ている必要があるのか。

**（答）** そのとおり。ただし、平成26年9月30日までに保健所又は都道府県に提出した届出の写しを地方厚生（支）局に提出した場合は、平成26年4月1日から届出を行っていたものとみなす。

## その他

## 疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】 【その他】

（問89）B009診療情報提供料（I）の注4、I012精神科訪問看護・指導料の注2及び訪問看護基本療養費の注2において規定されている「精神障害者施設」とは、具体的にどのような施設か。

（答）次の施設が該当する。

- ①障害者総合支援法（平成17年法律第123号）第5条第7号の規定に基づき生活介護を行う施設
- ②同条第12項の規定に基づき自立訓練（機能訓練・生活訓練）を行う施設
- ③同条第13条の規定に基づき就労移行支援を行う施設
- ④同条第14条の規定に基づき就労継続支援（雇用型・非雇用型）を行う施設
- ⑤同条第15項の規定に基づき共同生活援助を行う施設
- ⑥同条第26項の規定に基づく福祉ホーム

（問90）「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成26年3月5日保医発0305第5号）の「（1）血管造影用シースイントロデューサーセット」において、「ア血管造影用シースイントロデューサーセットの材料価格には、ダイレクター、カテーテルシース及びガイドワイヤーの材料価格が含まれ別に算定できない。」とあるが、ここでいうガイドワイヤーとは、血管造影法、心臓血管造影、心臓カテーテル法等を行う際に、カテーテル等の挿入部位の確保を目的に使用するもののみを指すのか。

（答）そのとおり。

（問91）手術前等において食事を提供せず、経口補水液のみを提供する場合や主として経静脈的に栄養投与されている患者に対し、腸内環境整備のためにわずかな栄養素のみを投与する場合等、当該患者に対して必要なエネルギーをまかなうための食事を提供していない場合について入院時食事療養費を算定することは可能か。（赤文字は2014年4月4日追加訂正）

（答）算定できない。

（問92）領収証・明細書の様式について、消費税に関する注釈が追加されているが、4月以降は必ずこの注釈を加えなければならないのか。システム上の問題により、直ちにこの注釈を追加して発行できない場合はどうすればよいか。また、旧様式の在庫が紙媒体で残っている場合はどうすればよいか。

（答）4月以降は新様式を参考にして領収証・明細書を発行していただきたいが、準備が間に合わない等の場合については、旧様式を利用して差し支えない。また、紙媒体の旧様式の在庫も、利用して差し支えない。

## その他

## 疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省①2014年3月31日）】【その他】

**（問93）** 内法の義務化について、既に壁芯による工事が完了している場合や、壁芯による設計又は工事に着手している場合であつて、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月からは内法が義務化されるのか。

（答）・壁芯による工事が完了している場合  
・壁芯による設計又は工事に着手している場合であつて、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、内法は免除される。

## 【疑義解釈（厚労省②2014年4月4日）】【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ことになるが、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。

## その他

## 疑義解釈

**[疑義解釈（厚労省③2014年4月10日）] 【酸素】**

**（問29）** 平成26年4月1日以降の診療に係る費用の請求にあたって用いる酸素の単価については、消費税8%で計算した購入単価により請求するのか。

（答） そのとおり。ただし、平成26年2月15日までに地方厚生（支）局に届け出た酸素の購入単価に105分の108を乗ずるのではなく、購入対価（実際に購入した価格）に105分の108を乗じて当該届出とは別の新たな購入単価を算出し、請求すること。

（算出した購入単価が「酸素及び窒素の価格」により定められている価格未満の場合に限る）

（参考） 当該年度の前年の1月から12月までの間に酸素の購入単価（単位円）

= 当該保険医療機関が購入した酸素の対価 / 当該購入した酸素の容積（単位リットル。35℃1気圧で換算）

**[疑義解釈（厚労省④2014年4月23日）] 【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。

**[疑義解釈（厚労省⑦2014年6月2日）] 【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。

## その他

## 疑義解釈

## 【疑義解釈（厚労省⑧2014年7月10日）】【その他】

**（問13）** 人工肩関節用材料・リバー型を用いた人工肩関節置換術等の術中に、解剖学的理由等によりリバー型組み合わせの設置が困難であると判断された場合に、緊急的に従来型の組み合わせに切り換えるために使用したステムヘッドに係る費用はどのように算定するのか。

（答）「059オプション部品(5)人工肩関節再置換用ステムヘッド」を使用した場合は、当該機能区分により算定する。

**（問14）** 「106微線維性コラーゲン」に該当する製品で、薬事法承認又は認証上、容量(ml)のみが規定されている製品を使用した場合はどのように算定すればよいか。

（答）容量（ml）当たりの重量（g）を踏まえ、使用した重量に応じて算定する。

## 【疑義解釈（厚労省⑮2015年9月3日）】【小児補助人工心臓】

**（問3）** 「「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」等の一部改正について」（平成27年7月31日付け保医発0731第2号）に「心房脱血用カニューレは右心補助について1個を限度として算定する。」と記載があるが、左心補助に際して、左房脱血を目的として心房脱血用カニューレを使用する場合も想定しうる。添付文書上も制限がなく取扱説明書にも左房脱血についての記載があるが、この場合、心房脱血用カニューレは算定できないのか。

（答）左心補助に際し、左室脱血の代替手段として左房脱血を行う場合は、右心補助に準じて心房脱血用カニューレを算定しても差し支えない。ただし、この場合、心尖部脱血用カニューレを同時に算定することはできないことに留意されたい。

**（問4）** 「「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」等の一部改正について」（平成27年7月31日付け保医発0731第2号）に「当該材料を、前回算定日を起算日として3ヶ月以内に算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。」と記載があるが、これは前回算定日から3ヶ月以内は算定ができないということか。

（答）前回算定日を起算日として3ヶ月以内に算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとしており、その理由が医学的に妥当であれば算定できる。