

事務連絡
平成22年3月29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1)

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成22年厚生労働省告示第69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22年3月5日保医発0305第1号)等により、平成22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。

医科診療報酬点数表関係

【地域医療貢献加算】

(問1) 電話等の対応が求められるのは夜間の数時間のみで良いのか。

(答) コアとなる時間は夜間の数時間(いわゆる準夜帯)になると思われるが、他の職員の協力も得ながら、原則、標榜時間外でも連絡が取れる体制を確保すること。

(問2) 複数医療機関による連携による対応を行う場合、どのような連携であれば認められるのか。

(答) 原則、自院で対応することとするが、やむを得ない事情がある場合は、2, 3の医療機関の連携による対応も可能である。その場合においても、事前に患者及び関係者に連携医療機関での対応となることを伝えておくこと。

(問3) 深夜、休日等の不在時に患者からの問い合わせに対して留守番電話・留守録等で応答した場合、実際の返答は翌朝や翌日でも良いのか。

(答) 少なくとも日中や準夜帯においては、速やかに患者にコールバックすること。深夜や休日等であって急を要する場合には、留守番電話等において地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

(問4) 患者からの問い合わせに対して、携帯メール等で対応することも認められるのか。

(答) 原則、電話での対応とするが、患者の同意を得た上で、できるだけ速やかに応答することを条件に携帯メール等の併用も認める。

(問5) 365日24時間、携帯電話等を携帯し、対応することが必要か。

(答) できるだけ速やかに対応する体制があれば、必ずしも携帯電話による対応に限定するものではなく、例えば、転送電話や職員が対応した後に連絡等による体制も認められる。

(問6) 標榜時間外における対応体制等の要件を満たしていれば、標榜時間内の再診時にも当該加算の算定が可能か。

(答) 可能。

(問7) 電話再診の場合も地域医療貢献加算の算定が可能か。

(答) 可能。

【明細書発行体制等加算】

(問8) 明細書が不要である旨申し出た患者に対しても明細書発行体制等加算を算定してよいのか。

(答) 算定可。

(問9) 明細書としてレセプトを交付している場合でも要件に該当するのか。

(答) 個別の点数がわかるように必要な情報を付したうえで交付していれば、レセプトでも差し支えない。

(問10) 明細書発行体制等加算の届出には、「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」の別添7の様式2の2以外に、何らかの添付書類は必要なのか。

(答) 不要。

(問11) 明細書発行体制等加算の要件には、レセプト電子請求を行っていることとあるが、電子請求の届出を審査支払機関に既に提出しており、確認試験中である場合には、当該要件を満たすことになるのか。

(答) 電子請求を行っていることが要件であるため、電子請求が可能となる月から算定可能である。

具体的には、例えば5月10日の請求から電子請求が可能となる場合には、その他の要件を満たしていれば、5月1日の診療分から明細書発行体制等加算が算定可能となる。なお、この場合、明細書発行体制等加算の地方厚生(支)局長への届出は5月1日までに行う必要がある。

【入院基本料】

以下、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を「7対1特別入院基本料等」という。

(問12) 月平均夜勤時間数が72時間の1割を超過した場合は、いつから7対1特別入院基本料等を算定するのか。

(答) 72時間の1割を超過した場合には、翌月に届出を行い、翌々月より新たな入院基本料を算定する。つまり、3月に1割を超過した場合には4月に届出を行い、5月より7対1特別入院基本料等を算定する。

(問13) 7対1特別入院基本料等を3か月算定後、新たな届出はどのようにすればよいのか。

(答) 3か月しか算定できないため、7対1特別入院基本料等を3か月算定後の翌月1日に必ず届出を行うこと。

(問14) 7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟において、夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であることのみを満たせなくなった場合、当該基準を満たせなくなってから直近3月に限り、算定できるとあるが、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は「満たせなくなってから直近3月」に含まれないということでしょうか。

(答) そのとおり。

(問15) 7対1特別入院基本料等を算定するに当たり、「看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生(支)局長に提出すること」とあるが、具体的にどのようなものを提出すればよいのか。

(答) 特に様式は定めていないが、例えば医療機関でどのような採用活動に取り組んでおりその成果がどのようなものか等、医療機関の実態に合わせた内容で提出が必要である。

(問16) 一般病棟看護必要度評価加算を算定するに当たり、毎年7月に測定結果を報告することとなっているが、平成22年4月から算定する場合であっても、3カ月間の測定結果を報告するのか。

(答) 平成22年4月に届出する場合には、平成22年7月の報告が必要である。平成22年4月から平成22年6月までの毎月の実績を平成22年7月に報告されたい。

(問17) 一般病棟入院基本料の届出病棟に入院している患者200名のうち、15歳未満の小児患者が30名入院しているが、これらの小児患者にも一般病棟看護必要度評価加算を算定できるか。

(答) 一般病棟看護必要度評価加算は、当該加算を算定する病棟の全ての患者に対して看護必要度の評価を行う必要があるが、15歳未満の小児患者や産科患者は評価の対象除外となっており、これらの患者には算定できない。この場合、看護必要度の重症度の割合は15歳未満の小児患者30名を含めず、すなわち170名の患者の看護必要度をもとに重症度の割合を算出する。

(問18) 通常、入院患者数の計算方法において退院した日は含まないため、別添7の様式10及び10の3の「入院患者延べ数」についても同様に退院した日については含まないことになっているが、退院日に一般病棟看護必要度評価加算を算定できるか。

(答) 退院日については、別添7の様式10及び10の3の「入院患者延べ数」には含めないものの、看護必要度の評価は行うため算定できる。

(問19) 一般病棟看護必要度評価加算について、一般病棟から一般病棟以外（ICU、CCU等）へ評価時間を過ぎて転棟した患者について、転出させる一般病棟では転棟日も算定できるか。

(答) 転棟日は転棟後の入院料を算定することになっている。一般病棟入院基本料を算定しない患者となるため、一般病棟以外に転棟した場合は算定できない。また、転棟日については別添7の様式10及び10の3の「入院患者延べ数」にも含めない。

(問20) 療養病棟入院基本料1を4月1日より算定をする場合、「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」の「直近1か月」とは3月1日から3月31日と考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問21) 診療所に入院していた患者を療養病棟で受け入れた場合、救急・在宅支援療養病床初期加算は算定可能か。

(答) 算定できない。

(問22) 併設されていなければ、特別な関係にある介護保険施設等から療養病棟に受け入れた場合、救急・在宅支援療養病床初期加算は算定可能か。

(答) その他の要件を満たしている場合は、算定できる。

(問23) 以下の介護保険施設に入院していた患者を医療保険適用の療養病棟に受け入れた場合、救急・在宅支援療養病床初期加算は算定可能か。

介護療養型医療施設
介護療養型介護老人保健施設

(答) 算定できない。
算定できる。ただし、併設の場合は算定不可。

(問24) 同一医療機関の一般病棟から療養病棟へ転棟した場合、救急・在宅支援療養病床初期加算は算定可能か。

(答) その他の要件を満たしていれば1回に限り算定可。

(問25) 救急・在宅支援療養病床初期加算の「過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること」という要件について、ここでいう実績とは月ごとの患者数でよいのか。患者の氏名なども必要なのか。

(答) 当該保険医療機関において、届出日の直近1年間に在宅患者の訪問診療を1件以上実施していることを第三者により確認可能な書類が添付されていれば、その様式や記載内容は問わない。

(問26) 褥瘡評価実施加算について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載することとなっているが、治療・ケアの内容の評価票にまとめ、病棟ごとに備え付ける必要はないのか。

(答) 「治療・ケアの内容の評価表」については、今回改定で廃止した。ただし、ADL区分3の患者に褥瘡等が発生した場合は、「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認する等、新たな要件を設けているので注意されたい。

(問27) 療養病棟入院基本料を算定する場合、「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定欄を記載し、レセプトとともに提出すれば、診療録等には記載する必要はないということでしょうか。

(答) 当然ながら、個々の患者について評価した結果は、診療録や看護記録に記載すること。

(問28) 「医療区分・ADL区分に係る評価票」について、該当する項目全てにということだが、以下の場合には記入漏れということになるのか。

「4脱水かつ発熱」の項目に該当する患者が胃瘻栄養であって、「8胃瘻かつ発熱」に がない場合。

ベッドを柵で囲んでいる医療区分3の患者について、「92身体抑制」の記載をしなかった場合。

(答) そのとおり。

(問29) 「医療区分・ADL区分に係る評価票」にある、同月内に複数回入退院をした場合についての「入院元」「退院先」の欄は、当該月の入院でない患者についても毎月記載しなければならないのか。

(答) 当該月に入院又は退院した場合に、その入院元又は退院先を記載すること。

(問30) 「医療区分・ADL区分に係る評価票」の添付又は電子レセプトへの記載を行わなかった場合、療養病棟入院基本料は算定できないのか。

(答) 療養病棟入院基本料は算定せず、特別入院基本料を算定する。また、その場合は「医療区分・ADL区分に係る評価票」の添付又は電子レセプトへの記載は必須ではない。

(問31) 精神病棟入院基本料の13対1入院基本料を算定する病棟については、当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の4割以上が、入院時においてGAF尺度30以下又は区分番号A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象となる患者とされているが、この場合、精神科身体合併症管理加算の届出を行っていないと対象とはならないのか。それとも精神科身体合併症管理加算の対象となる患者が4割以上であれば良いということか。

(答) 精神科身体合併症管理加算の届出を行っていない場合であっても、当該加算の対象となる患者であれば差し支えないが、身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

(問32) 有床診療所入院基本料の「イ 看護配置加算1」「ロ 看護配置加算2」「ハ 夜間看護配置加算1」「ニ 夜間看護配置加算2」について、従前はイとロ及びハとニの併算定が可能となっているが、平成22年4月1日以降は併算定できないということか。

(答) そのとおり。ただし、従前と同じ要件を満たしている場合に算定できる点数は同じである。例えば、看護職員の数看護師3名を含む10名以上である有床診療所においては、従前は、看護配置加算1(10点)及び2(15点)の計25点を併算定していたが、平成22年度より、看護配置加算1(25点)のみを算定することとなる。

(問33) 月平均夜勤時間数が72時間以内という要件の算出方法はどうか。

(答) 例えば、一般病棟入院基本料の10対1を算定する病棟(看護単位)が複数あれば、病院全体で、それらの複数の病棟(看護単位)を合計して、月平均夜勤時間数を算出すること。
したがって、各病棟(看護単位)ごとに算出するものではないこと。

(問34) 看護職員1人当たりの月平均夜勤時間数について、1割以内の一時的な変動とは79.2時間以下での一時的変動をいうのか。

(答) そのとおり。

(問35) 届出の変更は具体的にどのようにすればよいのか。

例えば、月平均夜勤時間数が、7月は72時間であったが、8～10月の3カ月間の毎月の実績が79時間(1割以内)であり、さらに11月の実績も79時間であった場合、どのように届出の変更を行えばよいか。

(答) 届出の変更については従来通りである。

具体的には、12月中に変更の届出を行い、1月より新たな入院基本料を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定することになるため、その後、12月の実績が要件を満たしていれば、1月の初日に変更の届出を再度行い、1月より新たな入院基本料を算定することになる。(別紙1参照)

(問36) 届出の変更は具体的にどのようにすればよいのか。

例えば、月平均夜勤時間数が7月は72時間であったが、8月の実績が80時間(1割超え)であった場合、どのように届出の変更を行えばよいか。

(答) 届出の変更については従来通りである。

具体的には、9月中に変更の届出を行い、10月より新たな入院基本料を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定することになるため、その後、9月の実績が要件を満たしていれば、10月の初日に変更の届出を再度行い、10月より新たな入院基本料を算定することになる。(別紙2参照)

【入院基本料等加算】

(問37) 総合入院体制加算について、特定入院料、医学管理等のうち、診療情報提供料が包括化されているものについては、診療情報提供料()の「注7」の加算を算定できる場合と同様に情報提供を行った上で退院した場合を、総合入院体制加算の要件の退院患者数に算入してよいか。

(答) 小児入院医療管理料、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、地域連携診療計画管理料、がん治療連携計画策定料、肝炎インターフェロン治療計画料については、診療情報提供料()の「注7」の加算を算定できる場合と同様に情報提供を行った上で退院した場合であれば、退院患者数に含めて差し支えない。なお、その場合には情報提供の内容について確認できるように診療録へ記載する。

(問37-2) 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算は、緊急用の自動車等で搬送された患者以外についても、緊急に入院を必要とする重症患者であれば算定可能できるのか。

(答) 算定できる。

(問38) 急性期看護補助体制加算の施設基準の要件である「年間の緊急入院患者数が200名以上」の「年間」とは何を指すのか。

(答) 直近の12ヶ月を指す。

(問39) 急性期看護補助体制加算について、看護職員による勤務時間の一部を看護補助加算の勤務時間とみなしている場合、看護職員(いわゆるみなし看護補助者)に対しても院内研修が必要であるのか。

(答) 看護職員であれば既に習得している知識、技術であることから、院内研修は不要である。

(問40) 急性期看護補助体制加算の要件である院内研修については、院外の業者が行っている研修を受講することでもよいか。また、院内で行う場合であっても、派遣元の業者に委託しても構わないのか。

(答) 院内での研修を要件としており、外部への研修の受講では要件を満たさない。また、通知で示したア～カまでの基礎知識を習得できる内容の一部を当該医療機関の職員と共に派遣元の業者等が行ってもよいが、医療機関の実情に合わせた実務的な研修を行うこと。

(問41) 看護補助者が、急性期看護補助体制加算の算定要件である院内研修の受講時間を勤務時間として計上することはできるか。

(答) できない。勤務時間として計上できるのは、当該病棟で勤務する実働時間数であり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は算入できない。

(問42) 急性期看護補助体制加算を4月から算定するためには、3月中に一般病棟入院基本料等の10対1入院基本料を算定している実績が必要なのか。

(答) 3月中に10対1入院基本料を算定している実績までは必要ないが、3月中に10対1の看護配置をしている実績及びその他の急性期看護補助体制加算の要件を満たす実績が必要である。

(問43) 急性期看護補助体制加算について、入退院を繰り返す場合でも、入院日から各14日間の算定はできるか。

(答) 当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

(問44) 急性期看護補助体制加算を算定している保険医療機関において、看護必要度の測定・評価により重症者の割合が10%又は15%を満たさない月が出た場合、直ちに届出の変更を行う必要があるのか。

(答) 従来どおり、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割以内の一時的な変動であれば、届出の変更は不要である。また、1割を超えた場合には翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。

(問45) 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算の施設基準の要件として「看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること」等、実質配置で「常時」の配置が要件となっている(看護補助加算については、今回改定から実質配置となっている)が、看護補助者も夜勤を行わなければならないのか。

(答) 看護要員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できることとしており、必ずしも看護補助者が夜勤を行う必要はない。

(問46) 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る病棟において必要最小数を越えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができるか。

(答) 従来通り計上できる。

(問47) 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算にかかる看護補助者が外来等を兼務できるか。例えば、午前3時間を加算に係る病棟で勤務し、午後3時間を外来で勤務した場合はどのようにすればよいか。

(答) 兼務できる。この例の場合は、午前に病棟で勤務した3時間を勤務時間として計上し、時間割比例計算により常勤換算とする。

(問48) 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算にかかる看護補助者の勤務時間として、有給休暇や残業時間を算入することができるか。

(答) 従来どおり、看護要員の勤務時間として計上できるのは、当該病棟で勤務する実働時間数であり、有給休暇や残業時間は算入できない。

(問49) 看護補助加算の施設基準告示が変更になり、実質配置の表記になったが、届出区分の変更をしない場合であっても4月に新たに届け出を行う必要があるか。

(答) 届出区分の変更を行わない場合には新たな届出は不要である。ただし、新規や変更の際には所定の様式を用いて届出を行う必要がある。

また、届出を行わない場合であっても、当該保険医療機関において入院基本料と同様に基準を満たしているかどうかを毎月確認する必要がある。

(問50) 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算について、新生児以外の場合については、従前通り6ヶ月以上状態が継続している場合に算定できるのか。

(答) そのとおり。

(問51) 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の判定基準に「新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態1ヶ月以上継続する場合」とあるが、NICU退室後1ヶ月以上継続している必要があるのか。

(答) NICU入室中の期間も含めて1ヶ月以上継続するとみなしてよい。

(問52) 緩和ケア診療加算の要件である「緩和ケア病棟等における研修」には、どのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、従来からの以下の研修
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」又は「乳ガン看護」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」の専門看護師教育課程
に加え、日本看護協会認定看護師教育課程「がん放射線療法看護」のいずれかの研修と考えている。

(問53) 「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等」とは他に何かがあるのか。

(答) 例えば、日本緩和医療学会が主催した緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会がある。

(問54) がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会を修了したことを確認できる文書とは厚生労働省健康局長印のある修了証と考えてよいか。

(答) よい。ただし、発行に時間がかかる等の場合はその他の証明できる文書を添付すること。

(問55) 緩和ケア診療加算等の要件にある「がん診療連携拠点病院に準じる病院」とは何か。

(答) 当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと都道府県が認め、医療計画、都道府県がん対策推進計画等で定めた病院が想定される。

(問56) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の要件として、「当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師、研修を修了した看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者がそれぞれ1名以上配置されていること。」とあるが、適切な研修とはどのようなものを指すのか。

(答) 研修については、以下の要件を満たすものであること。

(1) 医師に行う研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する医師の養成を目的とした20時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- ア アルコール精神医学
- イ アルコールの公衆衛生学
- ウ アルコール依存症と家族
- エ 再飲酒防止プログラム
- オ アルコール関連問題の予防
- カ アルコール内科学及び生化学
- キ 病棟実習

(2) 看護師に行う研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした25時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- ア アルコール依存症の概念と治療
- イ アルコール依存症者の心理
- ウ アルコール依存症の看護・事例検討
- エ アルコール依存症と家族
- オ アルコールの内科学
- カ 病棟実習

(3) 精神保健福祉士・臨床心理技術者等に行う研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する精神保健福祉士・臨床心理技術者等の養成を目的とした25時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- ア アルコール依存症の概念と治療
- イ アルコール依存症のインテーク面接
- ウ アルコール依存症と家族
- エ アルコールの内科学
- オ アルコール依存症のケースワーク・事例検討
- カ 病棟実習

(問57) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の要件として、研修を修了していることが必要なのは、医師及び看護師か、又は、作業療法士等も含めて研修を修了している必要があるのか。

(答) 医師は必ず研修を修了している必要がある。看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者については少なくともいずれか1名が研修を修了している必要がある。

(問58) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定は60日を限度とされているが、再入院の場合の日数計算は入院料等の通則に準じるという理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問59) 摂食障害入院医療管理加算の要件として、「摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士等が当該保険医療機関に配置されていること」とあるが、このうち1人でも配置されていれば施設基準を満たすと考えてよいか。

(答) 医師、臨床心理技術者及び管理栄養士は全て配置されている必要がある。

(問60) がん診療連携拠点病院加算のキャンサーボードについて、具体的な基準はあるか。

(答) 「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日健発0301001号)に定められた内容を満たしていればよい。具体的には、手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスが開催されていればよい。

(問61) 日本静脈経腸栄養学会が、当該学会が認定した教育施設において、合計40時間の実地修練を修了した場合に修了証を交付している。看護師、薬剤師又は管理栄養士がこの修了証の交付を受けた場合、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したといえるか。あるいは、当該学会が認定している「NST専門療法士」の資格を得なければならないのか。

(答) 当該学会が認定した教育施設における合計40時間の実地修練を修了し、修了証が交付されれば、所定の研修を修了したといえることができる。なお、本加算の算定にあたっては、その他の認定資格を要しない。

(問62) 栄養サポートチーム加算の平成23年3月31日までの経過措置について、例えば管理栄養士が専従の場合、医師と管理栄養士が研修を修了しており、看護師と薬剤師が研修修了見込みであれば、算定可能ということか。

(答) そのとおり。なお、この場合において、看護師及び薬剤師が所定の研修を修了して修了証を交付された時点で、すみやかに地方厚生(支)局長に届け出ること。

(問63) 「栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者」とは、例えばどのような患者か。

(答) 例示としては、以下のような患者が挙げられる。

- (例1) 脱水状態にある入院直後の患者で、血清アルブミン値は高値を示しているものの、他の指標や背景から明らかに栄養障害があると判断できる者
- (例2) これから抗がん剤による治療を開始する患者で、副作用等により当該治療によって栄養障害をきたす可能性が高いと予想される者
- (例3) 脳卒中を発症して救急搬送された直後の患者で、栄養状態はまだ低下していないが、嚥下障害を認めており、経口摂取が困難となる可能性が高いと予想される者
- (例4) 集中的な運動器リハビリテーションを要する状態にある患者で、入院中に著しい食欲低下を認めており、栄養治療を実施しなければリハビリテーションの効果が十分に得られない可能性が高いと判断できる者

(問64) 栄養サポートチーム加算の対象患者の要件として「アルブミン値が 3.0 g/dl以下」とあるが、従来法(BCG法)ではなく改良BCP法による測定を行っている施設でも同じ条件でいいのか。

(答) 同じ条件でよい。

(問65) 栄養サポートチーム加算のチームで行う「終了時指導又は退院時等指導」には、退院後の栄養に関する指導を含むのか。

(答) 含む。ただし、当該指導は、チームが実施した栄養治療の結果を踏まえ、チーム構成員全員によって行うこと。

(問66) 栄養サポートチーム加算の算定は週1回とあるが、どの日を算定日としたらよいのか。

(答) 対象患者をチームで回診した日に算定する。

(問67) 栄養サポートチーム加算の算定要件に、対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療とあるが、その計画書の内容や様式については、各医療機関が作成した様式で差し支えないか。

(答) 通知で示した栄養治療実施計画兼栄養治療実施報告書の様式(別紙様式5の2)を用いることが望ましいが、当該様式にある全ての項目に関する記載欄が適切に設けられていれば、各医療機関が作成した様式を使用して差し支えない。

(問68) 管理栄養士を栄養サポートチーム加算の専従とした場合であっても、栄養管理実施加算に係る栄養管理計画の作成であれば実施してよいか。

(答) 認められない。

(問69) 栄養サポートチーム加算のチームによる回診の際には、チームを構成する4職種は全員参加しなければ算定できないのか。

(答) そのとおり。

(問70) 栄養サポートチーム加算は、チームが稼働していることについて第三者機関による認定を受けた施設でないと算定が認められないか。

(答) そのようなことはない。

(問71) 感染防止対策加算の看護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 日本看護協会認定看護師教育課程「感染管理」の研修、日本看護協会が認定している看護系大学院の「感染症看護」の専門看護師教育課程のいずれかの研修と考えている。また、大学院で感染制御学等の学科を修めている場合等については、通知に示す研修の内容を満たしているかどうか個別に問い合わせ願いたい。

(問72) 「疑義解釈資料の送付について(その3)」(平成20年7月10日医療課事務連絡)によれば、退院調整に関する5年間以上の経験を有する者については、当分の間、退院調整加算等の要件である「看護師又は社会福祉士」として認めて差し支えないとあるが、平成22年度改定後も、当該取扱いは認められるのか。

(答) 社会福祉士にはいわゆるMSWは認められないが、平成22年3月31日に退院調整に関する5年以上の経験を有する者として当該保険医療機関に従事している者に限り、当分の間、慢性期病棟等退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算等の退院調整に対する加算の算定要件に必要な社会福祉士として認めて差し支えない。

(問73) 急性期病棟等退院調整加算1の要件に、2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置とあるが、どちらかが2年以上経験を有していれば良いのか。

(答) そのとおり。専従者は2年以上の経験を有している必要があり、専任者の経験年数は問わない。

(問74) 新生児特定集中治療室退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算の施設基準の要件のうち、退院調整部門及び退院調整に専従の看護師又は社会福祉士は、同一でよいか。

(答) 上記3加算について、退院調整に係る部門の設置は同一でよく、専従の従事者についてもそれぞれの基準を満たせば兼ねることができる。

(問75) 救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っている救急医療機関に外来通院中の患者が救急入院し、他院に転院させた場合でも算定可能であるのか。

(答) そのとおり。

(問76) 救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算について、「転院体制に関する協議を行って連携を取っていること」とあるが、どのような協議が想定されているか。

(答) 両医療機関の間で救急搬送患者の紹介・受入についてあらかじめ合意が得られ、施設基準の届出が行われていればよい。

(問77) 呼吸ケアチーム加算の看護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) 現時点では以下のいずれかの研修と考えている。

日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」、「新生児集中ケア」、「救急看護」又は「小児救急看護」の研修

日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程

【特定入院料】

(問78) 新生児特定集中治療室管理料1又は新生児集中治療室管理料を算定する治療室勤務の医師は、新生児治療回復室の当直勤務を併せて行ってもよいか。

(答) 当該治療室と新生児治療回復室が同一病棟にある場合に限り、当直勤務を併せて行ってよい。

(問79) 新生児特定集中治療室管理料等に再入室する場合の要件緩和が行われたが、再入室の間隔に制限はあるか。また、症状増悪により前回の入室期間と通算されるケースは、他疾患の場合も含まれるか。

(答) 再入室の間隔に制限はない。また他疾患の場合も含まれる。

(問80) 母体・胎児集中治療室に勤務する助産師又は看護師は、一般病棟と兼務してもよいか。

(答) 兼務は可能である。ただし、母体・胎児集中治療室においては「常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上であること。」の要件を満たす必要がある。また、一般病棟勤務と当該治療室のような集中治療室勤務を兼務する場合は、勤務計画表による病棟勤務の時間を比例計算の上、看護要員の数に算入してもよい。

なお、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないこと。

(問81) 新生児特定集中治療室(NICU)と新生児治療回復室(GCU)が隣接して設置されている場合において、NICUに勤務している助産師又は看護師のうち、余剰となる人員がGCUで兼務することは可能であるか。

(答) 兼務は可能であるが、NICUは常時3対1、GCUは常時6対1の看護職員配置が必要であり、それぞれ別の看護単位で運用すること。

なお、NICU勤務の看護師は、当該NICUに勤務している時間帯は、当該NICU以外での夜勤を併せて行わないこと。

(問82) 小児入院医療管理料1の要件にある「小児緊急入院患者数」に、転院患者は含まれるか。

(答) 緊急に入院した場合であれば含まれる。

(問83) 小児入院医療管理料1の夜勤時間帯の看護師の配置について、「当該病棟における看護師の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が9又はその端数を増すごとに1以上であること」が要件であるが、これは夜勤時間帯の月入院患者数に対して平均で1夜勤時間帯当たり9対1の看護配置を満たしていればよいのか。

(答) 不可。夜勤の時間帯も含め常時9対1よりも手厚い配置である必要がある。なお、「疑義解釈資料の送付について(その3)」(平成20年7月10日事務連絡)の問7の取扱は廃止とする。

(問84) 回復期リハビリテーション病棟における休日リハビリテーション提供体制加算に規定される休日の定義は何か。

(答) 初・再診料の休日加算に規定される定義と同様。具体的には、「日曜日及び国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)第3条に規定される休日、1月2日、3日、12月29日、30日及び31日」のことを指す。

(問85) 入院した患者が回復期リハビリテーション病棟入院料にかかる算定要件に該当しない場合は、当該病棟が療養病棟であるときには療養病棟入院基本料1の入院基本料Ⅰ又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Ⅰにより算定することとあるが、いずれを算定するのか。

(答) 回復期リハビリテーション病棟入院料1については療養病棟入院基本料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2については療養病棟入院基本料2により算定する。

(問86) 回復期リハビリテーション病棟が2以上あるときは休日リハビリテーション提供体制加算、リハビリテーション充実加算については、算定する病棟とそうでない病棟が混在してもよいか。

(答) 不可。

(問87) 7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料を算定している病床から転床してきた患者は、亜急性期入院医療管理料2の施設基準である「急性期治療を経過した患者」に含めることはできるか。

(答) できない。

(問88) 非定型抗精神病薬加算について、レセルピンを降圧剤として投与している場合も、抗精神病薬としてカウントするのか。

(答) カウントしない。

(問89) 非定型抗精神病薬加算について、頓用で使用した抗精神病薬もカウントするのか。

(答) カウントしない。ただし、臨時に使用した薬剤をそのまま継続して投与する場合は、臨時で使用した時点からカウントする。

(問90) 精神療養病棟入院料の重症度加算の算定については、GAF尺度による判定を行い、40以下であった日について算定できるということか。

(答) そのとおり。

(問91) 認知症治療病棟入院料に新設された退院調整加算の施設基準にある「専従する精神保健福祉士及び専従する臨床心理技術者」とは、退院調整業務に「専従する」という意味か。

(答) 当該医療機関に専従者が勤務していればよく、退院調整業務に専従する必要はない。

【医学管理等】

(問92) 糖尿病合併症管理料について適切な研修の要件が一部変更となっているが、従来の研修が認められなくなるのか。

(答) 質の高い研修の要件をより明確化するために変更となったが、従来の糖尿病合併症管理料の要件である「適切な研修」として示した研修(平成20年5月9日及び平成20年7月10日事務連絡)については、いずれも新たな研修要件を満たしていると考えている。

(問93) がん患者カウンセリング料の要件である「がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修」には、どのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修と考えている。

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」、「摂食・嚥下障害看護」又は「皮膚・排泄ケア」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

(問94) がん患者カウンセリング料については、「患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。」とされているが、患者の十分な理解が得られた場合又は患者の意思が確認できたことについて、患者の署名がある文書等を残す必要はあるのか。

(答) 必ずしも文書を残す必要はない。ただし、患者の十分な理解が得られたかを含め、行った話し合いの内容については診療録に記載するとともに、患者に対して文書を提供した場合には提供した文書の写しを診療録に添付されたい。

(問95) 例えば、一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟に勤務している専任の看護師が、当該病棟に入院している患者に対し、がん患者カウンセリング料に係る説明及び相談を専任の医師等と同席して行った場合、この勤務時間を当該病棟での勤務時間として算入することができるか。また、外来患者に対して行った場合は、勤務時間をどのように扱えばよいのか。

(答) 一般病棟入院基本料の届出病棟に入院している患者に対して、当該病棟の看護師が行うがん患者カウンセリング料の算定に係る業務の時間は当該病棟の勤務時間として計上することができる。一方、外来の患者に対して当該病棟の看護師が行うがん患者カウンセリング料の算定に係る業務の時間については、病棟勤務と外来勤務を兼務する場合に該当し、勤務計画表による病棟勤務の時間を比例計算の上、看護要員の数に算入することができる。

「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」別添2入院基本料等の施設基準等の第2の4の(2)の工を参考。

(問96) がん患者カウンセリング料について、患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は算定の対象とならないとあるが、患者の意思や理解が得られない状況とは具体的にどのような状況を指しているのか。

(答) 例えば、意識障害や重度の認知症等により十分な理解が得られない又は意思が確認できない場合などが考えられる。

(問97) 地域連携小児夜間・休日診療料の届出医師や診療に当たる医師については、地域連携夜間・休日診療料における届出医師や診療に当たる医師と兼務可能とされている。

兼務の場合にあっては、同一医師のもとに複数の小児患者と成人患者が同時に来ること想定されるが、その場合であっても、院内トリアージ加算の対象となるのは、小児患者だけなのか。

(答) 成人患者も含めてトリアージを行った場合、当該診療を算定できるのは小児患者のみである。

(問98) 地域連携小児夜間・休日診療料の要件にある3名の小児科医は、当該夜間、休日又は深夜の診療時間に常時勤務している必要があるのか。

(答) 3名の小児科医の登録があればよく、夜間、休日又は深夜の診療時間に3名の小児科医が常時勤務している必要はない。

(問99) 院内トリアージの結果、優先度が低く結果的に長時間待った患者にも院内トリアージ加算を算定できるのか。

(答) 算定できる。ただし、院内トリアージを行う際には、十分にその趣旨を説明すること。

(問100) 院内トリアージ加算の要件にある「一定時間後に再評価」とは、具体的にいつまでに何を評価すればよいのか。

(答) 軽症と判断された患者等でも病状の変化により緊急度が高くなる可能性があるため、一度トリアージを行った患者についても医療機関ごとに適切と定めた一定時間後に再度、患者の容態からその緊急度等を判断すること。

(問101) 院内トリアージ加算の看護師の要件である「小児看護や救急医療に関する3年以上の経験」とは具体的にはどのようなものか。

(答) 医療機関における小児への看護や、入院や外来の救急部門での経験をいう。この経験には、一次救命処置の知識、技術を有していることも含まれる。

(問102) 地域連携小児夜間・休日診療料を算定する体制はないが、地域連携夜間・休日診療料の体制がある場合、当該医療機関で夜間・休日に6歳未満の小児を診た場合は地域連携夜間・休日診療料を算定できるか。

(答) そのとおり。

(問103) 地域連携夜間・休日診療料は、当該診療料を算定できる時間帯に受診した全ての患者について算定できるのか。

(答) そのとおり。

(問104) 入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者が、退院後に当該医療機関の外来においてリンパ浮腫に関する指導を行った場合にも再度算定できるか。

(答) 算定できる。ただし、外来において算定する場合は、退院した日の属する月又は翌月に限る。

(問105) 開放型病院共同指導料は、共同指導を行った場合に1日につき算定可能であるのに対して、退院時共同指導料は入院中1回(別に定める疾患については2回)のみ算定可能であるが、当該入院中に退院時共同指導料を算定すべき指導と開放型病院共同指導料を算定すべき指導とを別の日に行った場合について、それぞれ算定が可能か。

(答) 同一の入院について、退院時共同指導料1及び開放型病院共同指導料()又は退院時共同指導料2及び開放型病院共同指導料()の算定はできない。いずれか一方のみを算定する。

(問106) 介護支援連携指導料について、医療機関に併設する介護保険施設の定義如何。

(答) 「併設保険医療機関の取り扱いについて」(平成14年3月8日保医発第0308008号)に準じる。なお、具体的には、保険医療機関と同一敷地内にある介護保険施設等のことをいう。

(問107) 介護支援専門員との連携後に、病態の変化等で、転院又は死亡した場合は、介護支援連携指導料は算定可能か。

(答) 退院後に介護サービスを導入する目的で入院中に共同指導を行った場合であって、結果的に病状変化等で転院又は死亡退院となった場合であっても、算定可能である。

(問108) 介護支援連携指導料における「介護保険施設等の介護支援専門員」とは、介護老人福祉施設の介護支援専門員業務や、特定施設の計画作成担当者業務を行っている者(届け出ている者)だけでなく、介護支援専門員の資格を有する者であればよいのか。

(答) 当該報酬において医療機関が連携すべきとされているのは、「退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した介護支援専門員」とされていることから、ケアプラン作成を担うことができる介護支援専門員に限られる。

(問109) 介護支援連携指導料における介護支援専門員に、地域包括支援センターの介護支援専門員も含まれるか。

(答) 含まれる。

(問110) 介護支援連携指導料について、診療録に添付するケアプランは、いわゆるケアプラン原案でもよいのか。

(答) よい。

(問111) 地域連携診療計画管理料・退院時指導料について、地域連携診療計画に基づいて作成された個別の計画には患者のサインが必要か。

(答) 個別の計画は患者・家族に説明し、文書にて提供した上、その写しを診療録に添付するが、その際、患者が同意したことを示すサインがあることが望ましいが、患者がサインをできない等の状況があり得ることから、サイン以外にも、患者が確認したことを示す方法を用いれば差し支えない。

(問112) 「B005-3-2」地域連携診療計画退院時指導料()については、「退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、情報提供時に算定する。」とある。

この場合の「退院の属する月又はその翌月」とは、計画管理病院を退院した月を指すのか。あるいは2段階目の病院を退院した月を指すのか。

「計画管理病院に対して情報提供を行った場合」とあるが、2段階目の病院に対して情報提供を行う必要はないのか。

(答) 2段階目の医療機関を退院した月を指す。

算定要件として必須ではないが、退院後の患者の療養等について、適切に連携を行うこと。

(問113) 肝炎インターフェロン治療計画料の治療計画に用いる様式は、各医療機関で使用しているもので良いか。

(答) 各医療機関で使用しているもので良い。

(問114) 診療情報提供料の注10に規定する認知症専門医療機関連携加算について、かかりつけ医が診療上の必要性から、改めて専門医による評価が必要と認めて紹介を行った場合、算定は可能か。

(答) 算定可能である。

【在宅医療】

(問115) 同一建物において、同一の患家で2人の診療を行い、さらに別の患家にて訪問診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料はどのように算定するのか。

(答) 同一建物で2以上の患家を訪問診療した場合は、同一の患家の規定にかかわらず、訪問診療を行った患者全員に対して「2」の「同一建物居住者の場合」を算定する。

(問116) 同一日に同一建物居住者に対して訪問診療を行う場合に200点ずつの算定となるが、患者の都合等により、同一建物居住者であっても、午前と午後の2回に分けて訪問診療を行わなければならない場合、いずれの患者に対しても200点の算定となるのか。

(答) そのとおり。

(問117) 在宅患者訪問診療料等について、同一敷地内又は隣接地に棟が異なる建物が集まったマンション群や公団住宅等はそれぞれの建物を別の建物と扱ってよいか。

(答) そのとおり。

(問118) 在宅患者訪問診療料等について、外観上明らかに別建物であるが渡り廊下のみで繋がっている場合は別建物として扱ってよいか。

(答) よい。

(問119) 在宅患者訪問診療料等について、同一建物内に要支援・要介護者である患者とそうでない患者がおり、例えば医療保険の訪問看護を受けた者と、介護保険の訪問看護を受けた者がいる場合は、同一建物居住者となるのか。

(答) 介護保険の訪問看護、訪問リハ等は考慮せず、医療保険の対象者のみで考える。

(問120) 「C002」在宅時医学総合管理料及び「C002-2」特定施設入居時等医学総合管理料の「注3」に定める在宅移行早期加算については、在宅医療に移行後、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の算定開始から3月を限度として月1回算定できるとされているが、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定できないとされている。

退院後から1年以内に、A医療機関が在宅移行早期加算を3か月間算定した後、在宅時医学総合管理料を算定する医療機関が、B医療機関に変更となった場合、A医療機関に加え、B医療機関も本加算を3か月間算定することは可能か。

在宅医療に移行後1年を経過した患者であっても、再度入院の上、在宅医療に移行した場合であれば、当該加算を改めて算定することはできるのか。

同一の患者が入退院を繰り返した場合、退院毎に改めて本加算を算定することは可能か。

(答) 算定できない。
算定できる。
算定できる。

(問121) 第1款在宅療養指導管理料の通則2に「同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。」とあるが、入院中に行う退院前在宅療養指導管理料も同月に算定できないのか。

(答) 退院前在宅療養指導管理料は入院中の患者に対して行うものであり、在宅における在宅療養指導管理料と同月に算定できる。

(問122) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者が週2回人工腎臓を行った場合、2回の手技は算定できないが、包括薬剤(エリスロポエチン・ダルベポエチン製剤)は別に算定してよいか。

(答) 薬剤費は別途算定できる。ただし、週2回人工腎臓を行った場合については、1回目の「手技料」を「2」の「その他の場合」で算定する。なお、この場合、在宅自己腹膜灌流指導管理料の注1に規定する2回目以降の費用は算定しない。

(問123) 「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」の C 1 0 8 在宅悪性腫瘍患者指導管理料の(4)に規定する「外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法」とはどのような治療法か。

(答) 例えば、FOLFOX療法、FOLFIRI療法等が該当する。

(問124) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する月に入院をして、区分番号 G 0 0 3 抗悪性腫瘍剤局所持続注入を行った場合は算定できるのか。

(答) 当該月において、外来で行った区分番号 G 0 0 3 抗悪性腫瘍剤局所持続注入は算定できないが、入院で行った区分番号 G 0 0 3 抗悪性腫瘍剤局所持続注入については算定できる。

【検査】

(問125) H P V 核酸同定検査について、当該保険医療機関が、産婦人科ではなく婦人科を標榜している場合であっても算定してよいか。

(答) 算定できる。

(問126) H P V 核酸同定検査は、単に H P V が検出できれば算定できるか。

(答) 単に H P V を検出するだけでは算定できない。ハイリスク型 H P V (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68型を指す。) が検出できる検査を行った場合に限り算定できる。

(問127) 胎児心エコー法について、当該保険医療機関が、産婦人科ではなく産科を標榜している場合であっても算定してよいか。

(答) 算定できる。

(問128) 誘発筋電図における神経の数え方について、1神経とは、従前の1肢と同じ考えか。

(答) 否。感覚神経と運動神経は別として計上する。

(問129) 「核酸同定検査」と名のつく検査については、「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」第3部検査の通則10に照らし合わせ、定量検査でないと算定できないのか。

(答) 「同定検査」は定性検査のことを指し示すものとして取り扱って差し支えない。

(問130) 定量検査とは、連続値で検査結果を返すことという理解で良いか。

(答) そのとおり。なおここでいう連続値とは、重量値、国際単位 (I U) 又はカットオフインデックス等の連続的な値であって、1 +、2 +、3 +、2倍、4倍、8倍というような不連続な値ではないものをいう。

【画像診断】

(問131) P E T 撮影の要件について、例えば肺癌であれば「他の検査、画像診断により肺癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者」という記載が無くなっているが、病理診断がなければP E T 撮影の算定はできなくなったのか。

(答) 病理診断による確定診断が得られなかった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されれば、なお従前の通り算定できる。

【投薬】

(問132) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定するに当たり、
文書の提供は必要か。
治療開始時に説明等を行っていれば、翌月以降同様の説明を実施する必要はないか。

(答) 文書による説明が行われていれば良い。
患者が当該治療を十分に理解していればその必要はない。ただし治療内容に変更があった場合は改めて説明が必要。

【リハビリテーション】

(問133) 今回の診療報酬改定において、運動器リハビリテーション()が新設されたが、適切な研修を修了したあん摩マッサージ師等の取扱はどのようになるのか。

(答) 現行の運動器リハ()が新たに()、現行の()が新たに()となることから、
運動器リハ()において、適切な研修を修了したあん摩マッサージ師等を専従の常勤職員として施設基準の届出ができるとともに、運動器リハ()の算定が可能である
運動器リハ()において、あん摩マッサージ師等が訓練を行った場合であってもリハ()の算定が可能である
という取扱としており、従前の取扱と変更ないものである。

(問134) がん患者リハビリテーションの専任の医師について、「リハビリテーションに関して十分な経験を有すること」とはどのような要件を満たせば十分な経験と言えるか。

(答) リハビリテーション医学会専門医、認定臨床医、リハビリテーション医学会等関係団体が主催するリハビリテーション医学に関する研修の受講歴があるもの等が該当する。

(問135) 同一の医療機関でがん患者リハビリテーション料と疾患別リハビリテーションの届出を行っている場合、がん患者については全てがん患者リハビリテーション料を算定しなければならないのか。

(答) がん患者リハビリテーションと各疾患別リハビリテーションのいずれを算定するかについては、当該患者の状態等を勘案して、最も適切な項目を選択する。従って、がん患者に対しては一律にがん患者リハビリテーションを算定するものではない。

(問136) がん患者リハビリテーション料の施設基準に定める専従従事者については、疾患別リハビリテーションの専従従事者と兼任することは可能か。

(答) 脳血管疾患等リハビリテーション料() () ()、運動器リハビリテーション料() () ()、呼吸器リハビリテーション料() ()、障害児(者)リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能である。また、心大血管疾患リハビリテーション料() ()とがん患者リハビリテーションを含む上記のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、心大血管疾患リハビリテーション() ()の専従者との兼任が可能である。

(問137) がん患者リハビリテーション料について、

がん患者のリハビリテーションに関し、専任の常勤医師が適切な研修を修了していることが施設基準であるが、特掲診療料の施設基準通知の第47の2の1(1)イの(ホ)にあるとおり、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師も1名以上がその研修に参加する必要があるのか。

届出の際に、「がん患者のリハビリテーションについて研修を終了していることがわかる書類を添付すること」とあるが、この書類には同(ホ)にあるとおり、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名以上参加していることを示す必要があるか。

(答) そのとおり。

受講した研修の構成が、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ことを示す書類を添付する必要がある。

(問138) 「通則4の3」で、同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーションであっても、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションや障害児(者)リハビリテーションについては、別の保険医療機関でも算定できるとされたが、その場合、初・再診料等についてもそれぞれの医療機関で算定してよいのか。

(答) よい。

(問139) 保険医療機関において、脳血管疾患リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーション(以下「疾患別リハビリテーションという」と介護保険の1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを同時に行う場合、部屋は別々に必要なのか。また、疾患別リハビリテーションに求められている施設基準に加えて、通所リハビリテーションに求められている面積が必要なのか。

(答) 疾患別リハビリテーションと1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを同時に行う場合に必要な面積は、当該機能訓練室が、当該医療機関が届出を行っている疾患別リハビリテーションに規定される面積基準を満たし、また、通所リハビリテーションが提供される時間帯において、疾患別リハビリテーションを受ける患者を通所リハビリテーションの利用者とみなした場合に満たすべき面積基準を満たしていればよい。なお、介護保険の機能訓練室と疾患別リハビリテーションの機能訓練室は分ける必要はなく、疾患別リハビリテーションの機能訓練室の一部で通所リハビリテーションを行うことは差し支えない。

【精神科専門療法】

(問140) 認知療法・認知行動療法について、医師の指示の下に、臨床心理技術者が行った場合に算定できるのか。

(答) 算定できない。なお、認知療法・認知行動療法については、当該療法に関する研修を受けるなど、当該療法に習熟した精神科等の医師によって行われた場合に算定できる。

(問141) 検査目的等で短期入院して、退院した場合も退院後1年以内の期間は、精神科デイ・ケアの等早期加算を算定できるか。

(答) 算定できない。

【処置】

(問142) 「J001-5」長期療養者褥瘡等処置、「J001-6」精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置について、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合は、本項目の所定点数に従って算定するとされているが、1年を超える入院患者であっても、一度在宅等に戻り、その後改めて入院した場合であれば、入院期間はリセットされ、改めて「J001-4」重度褥瘡処置を算定することはできるのか。

(答) 入院起算日の考え方に準ずる。すなわち、

- ・ 退院後、一度治癒したがその後再発して同一の保険医療機関又は特別の関係の保険医療機関に入院した場合
- ・ 退院の日から起算して3ヶ月以上他の医療機関又は介護老人保健施設に入院・入所することなく経過した後、再入院した場合には入院期間がリセットされる。

(問143) 局所陰圧閉鎖処置の算定に当たっては、何か特殊な機器を利用している必要があるのか。

(答) 特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を使用していなければ算定できない。

(問144) 透析液水質確保加算について、関係学会の定める「透析液水質基準」とは何か。

(答) 日本透析医学会学術委員会による「透析液水質基準と血液浄化器性能評価基準」を指す。

(問145) 透析液水質確保加算について、透析機器安全管理委員会を設置することとなっているが、構成委員や開催頻度の要件はあるか。

(答) 関係学会の定める基準を参考にすること。

(問146) 頸部固定帯を使用した場合はどのように算定するのか。

(答) J119-2の腰部又は胸部固定帯固定にて算定する。

【手術】

(問147) 今回改定で新設されたK 6 7 7 - 2 肝門部胆管悪性腫瘍術については、第10部手術の通則5に掲げる手術に該当するため、新たに様式72による届出が必要か。

(答) 通則5及び6に掲げる手術を実施するものとして様式72の届出を行っていない保険医療機関については、新たに様式72による届出が必要となる。

ただし、通則5及び6に掲げる手術を実施するものとして様式72の届出を行っている保険医療機関については、既に当該届出を行っているものと考えられることから、新たな届出は不要である。なお、様式72による届出については、すべてその実績を記載することとし、実績がゼロの場合には該当欄に「0」と記載することとされているが(「疑義解釈資料の送付について(その2)」(平成18年3月28日医療課事務連絡))、該当欄に「0」と記載されていない場合であっても、実績が「0」と記載されているものとみなし、改めて様式72の届出を行う必要はないものであること。

(問148) 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術について、長径2センチメートルで区分がされているが、以下のように複数のポリープを切除した場合の算定はどうするのか。

長径1センチメートルのポリープを3つ切除した場合

長径2センチメートルのポリープを1つ、長径1センチメートルのポリープを2つ切除した場合

(答) K 7 2 1の「1」の「長径2センチメートル未満」で算定する。
K 7 2 1の「2」の「長径2センチメートル以上」で算定する。

(問149) 入院にて内視鏡的大腸ポリープ切除術を行った後、以下の状況において、K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術は算定可能か。

切除後帰室したところ出血があった。

切除後翌日に診察したところ下血があった。

切除後経過良好にて退院後の最初の外来で下血があった。

(答) 算定不可
算定可
算定可

【麻酔】

（問150）常勤の麻酔科標榜医の監督下に、麻酔科標榜医以外の医師が麻酔前後の診察及び麻酔手技を行っても、麻酔管理料（ ）は算定可能か。

（答） 算定可能。

【病理診断】

（問151） N 0 0 3 - 2 術中迅速細胞診とN 0 0 4 細胞診は併算定可能か。

（答） 不可。

（問152） N 0 0 4 細胞診において、「1 婦人科材料等によるもの」、「2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの」について、両方行った場合の判断料はどれを算定するのか。

（答） 「婦人科材料等によるもの」についてはN 0 0 7 病理判断料を、「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの」については要件を満たせばN 0 0 6 病理診断料の「2 細胞診断料」を算定する。2つを同時に行った場合は主たる点数を算定する。

（問153） 病理診断を専ら担当する医師が、検体検査管理加算 の施設基準である「臨床検査を担当する常勤の医師」を兼ねることは可能か。

（答） 要件を満たせば可能である。

（問154） 病理診断を専ら担当する医師が、検体検査管理加算 ・ の施設基準である「臨床検査を専ら担当する常勤の医師」を兼ねることは可能か。

（答） 不可。

【対診・他医療機関の受診】

(問155) 麻酔科で開業した医師が別の医療機関に赴き、手術前日、当日、翌日の3回往診料を算定するのは妥当であるか。

(答) 定期的、計画的な訪問を行っての麻酔では、往診料は算定できない。

(問156) 従来からの、対診の場合の診療報酬請求の取扱いに関する以下の規定について、変更はないと考えてよいか。

(1) 診療上必要があると認める場合は、他の保険医療機関の保険医の立会診療を求めることができる。

(2) 対診を求められて診療を行った保険医の属する保険医療機関からは、当該基本診療料、往診料等は請求できるが、他の治療行為にかかる特掲診療料は主治医の属する保険医療機関において請求するものとし、治療を共同で行った場合の診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。

(答) 取扱いに変更はない。ただし、定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できないことを明確化したものである。

(問157) 他医療機関受診時において、処方料、処方せん料は算定できないとあるが、この費用は入院中の医療機関との合議による精算となるか。

(答) 処方入院医療機関で行う。

【特定保険医療材料】

(問158) 調剤報酬点数表の特定保険医療材料として携帯型ディスプレイ注入ポンプを算定する場合も7組目以降の算定となるのか。

(答) 7組目以降の算定となるのは、C166携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算を算定した場合に限られる。また、1組目から特定保険医療材料として算定した場合はC166携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算は算定できない。

【明細書の発行】

(問159) 平成22年4月現在、医科診療所はレセプトの電子請求が義務化されていないが、明細書発行の義務はあるのか。

(答) 医科診療所は平成22年7月1日より原則としてレセプトの電子請求が義務化となるため、平成22年7月1日より原則として明細書発行が義務となる。なお、電子請求が義務化されたが正当な理由に該当する診療所については、平成22年7月1日までに地方厚生(支)局長あてに届出を行うこと。

(問160) 平成22年7月1日以降であっても、常勤の医師がすべて高齢者であることやレセコンリリース期間中であること等により、電子請求が免除又は猶予されている医科診療所の場合、明細書発行の義務はあるのか。

(答) 電子請求が免除又は猶予されている場合には、明細書発行の義務はないが、発行されることが望ましい。

(問161) 一部負担金の支払いが会計窓口でも自動入金機でも出来る場合で、窓口でのレセコンには明細書発行機能が付与されているが、自動入金機には明細書発行機能が付与されていない場合、窓口会計の患者に対しても「正当な理由」に該当するものとして患者からの求めに応じての明細書交付や有料での明細書交付としてよいか。

(答) 自動入金機での支払いの場合には「正当な理由」に該当し、患者からの求めに応じての発行や有料での発行でも差し支えないが、窓口での支払いの患者に対しては、全患者に対して無償での交付が必要である。なお、この場合の地方厚生(支)局長への届出は、正当な理由に該当するものとして、「2 自動入金機の改修が必要」に を付した上で、自動入金機を利用する患者に対してのみである旨を付記すること。

(問162) 明細書を希望しない患者の場合、その意向確認は書類で行う必要があるのか。

(答) 必ずしも書類で行う必要はない。

(問163) 公費負担医療の患者について、食事療養のみを医療保険から給付した場合や保険外併用療養費の自己負担のみの場合には、明細書の発行は必要か。

(答) 必要である。

(問164) 一部負担金等の支払いがない患者には明細書を交付しなくても良いと解してよいか。

(答) 一部負担金等の支払いがない患者については、明細書発行の義務はないが、明細書発行の趣旨を踏まえ、可能な限り発行されるのが望ましい。

【選定療養】

(問165) 海外旅行に行くため常用薬の長期処方を希望する患者、虫刺されがかゆいと言って来院する患者、指に刺さった小さなトゲを抜いてほしいと言って来院する患者が救急車で来院した場合、緊急その他やむを得ない事情により当該病院を受診したのではないものとして、200床以上の初診料にかかる選定療養の徴収は可能か。

(答) 徴収可能である。

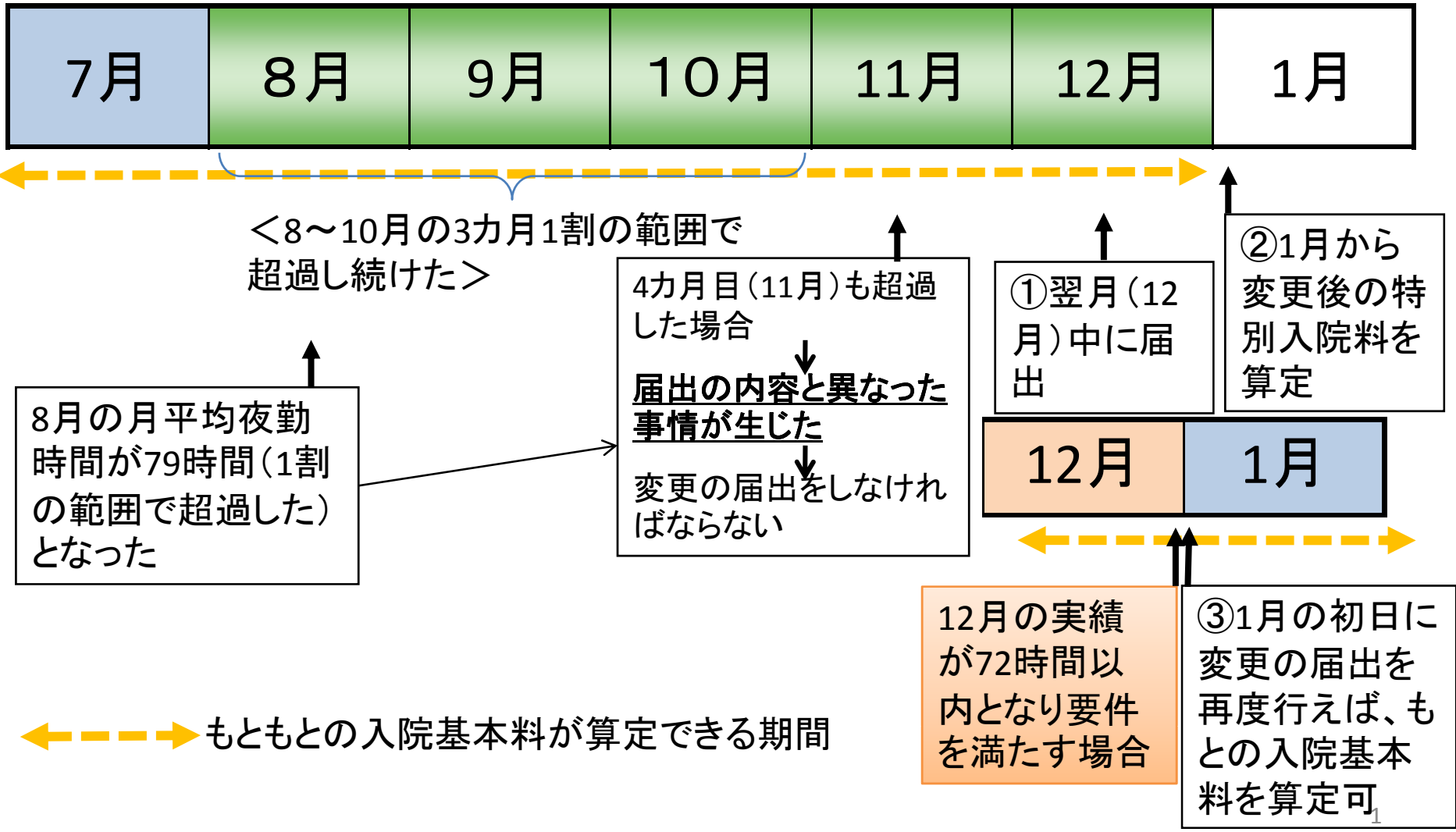
【その他】

(問166) 診療記録は紙カルテに記入しているが、診療情報提供書や画像診断の読影結果等は、電子保存の三原則（真正性、見読性、保存性）及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守した上で、電子的に作成・保存している場合、「診療録に貼付する（添付すること）」とされている書類等は別途、印刷して紙カルテに貼付する必要があるか。

(答) ガイドライン等を遵守した上で、電子的に作成・保存された書類が、必要時に端末画面から速やかに閲覧できるように医療情報システムが構成されていれば、貼付（添付）されているものとみなす。

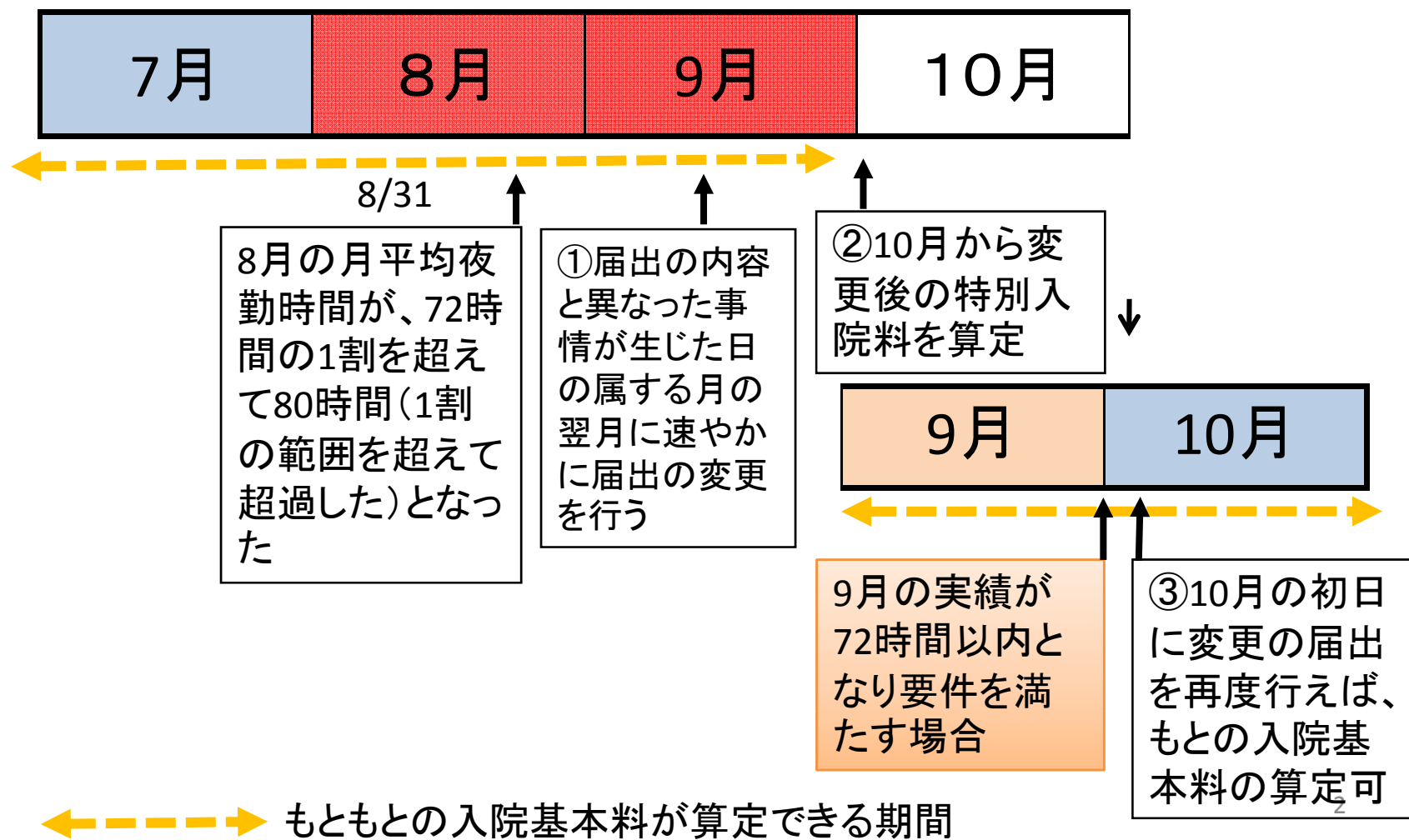
届出受理後の措置のイメージ図

(7月):72時間以内 (8~10月):79時間(1割の範囲内で超過) (11月):72時間を超過



届出の内容と異なった事情が生じた 場合の届出事務のイメージ図

(7月):72時間以内 (8月):80時間(1割の範囲を超えて超過)



医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問1） 午前0時をまたがる1泊2日の入院についても、入院した時刻から24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

（答） そのとおり。

（問2） 包括評価の対象外となる臓器移植患者は、厚生労働大臣告示に定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。

（答） そのとおり。

（問3） 同一日に入退院する、いわゆる「1日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいか。

（答） そのとおり。

（問4） DPC対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院しているが、当該入院料の算定対象外となる患者については、包括評価の対象となるのか。

（答） 対象とならない。

なお、亜急性期入院医療管理料を算定している病室に入院しているが、当該管理料の算定対象外となる患者についても、同様の取扱いとする。

（問5） 医療機関別係数は次の制度改正時まで変更されないのか。

（答） 医療機関別係数は、調整係数、機能評価係数（入院基本料等加算等に係る係数）及び機能評価係数（1年毎に見直される効率性指数等に係る係数）を合算した数であるため、入院基本料等加算に係る施設基準の届出の変更及び指数の見直し等に伴い、医療機関別係数が変更される場合がある。

(問6) 入院手術のために入院に先立って検査等を外来で実施した場合、その検査等の費用を医科点数表により算定し、外来分として請求してもよいか。

(答) 差し支えない。

(問7) 外来で受診した後、直ちに入院した患者について初診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 初診料を算定することはできる。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

(問8) 医科点数表の「在宅医療」に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。

(答) 「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

(問9) 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」1に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問10) 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」3に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問11) コロンブラッシュ法については、D311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N004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N001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。

(問12) 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」については、写真診断を行った場合は使用フィルム代を10円で除して得た点数を加算して算定するが、本加算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) 算定することができない。

(問13) 経皮経肝胆管造影における造影剤注入手技は、D314腹腔鏡検査に準じて算定することとされているが、医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができない。

(問14) 入院を必要とする侵襲的処置を含む画像診断に係る費用は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

(問15) 第9部処置の通則に規定された休日加算、時間外加算及び深夜加算は、当該処置の開始時間が入院手続きの後であっても算定できることとされているが、包括評価の範囲に含まれない処置料について、本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問16) 診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定できないのか。

(答) 診断群分類区分の内容にかかわらず、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

(問17) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また、輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち、「手術」の部において評価されるものについては、別に医科点数表により算定することができる。

(問18) 包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

(答) 医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

(問19) L100及びL101神経ブロックは別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

(答) そのとおり。

(問20) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料、特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。

(答) そのとおり。

(問21) 核医学検査に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。

(答) そのとおり。

(問22) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査について、新生児加算等の加算を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問23) 包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等などの処置料に係る加算点数を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問24) 1日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。

(答) 従来どおり、医科点数表、基本診療料の施設基準等に基づき、所要の手続を行う。

(問25) 入院日 を超えた日以降など、医科点数表に基づき算定する入院料は、どの入院料を算定すればよいのか。

(答) 医療機関が当該病棟について届出を行っている入院料を算定する。

(問26) 外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

(答) そのとおり。

(問27) 退院時処方薬の薬剤料は、どのような取扱いとなるのか。

(答) 退院時処方薬の薬剤料は、医科点数表に基づき別に算定することができる。

(問28) 診断群分類番号の上6桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して3日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

ただし、退院日当日に診断群分類番号の上6桁が同一の傷病で再入院した場合は、前回入院の退院時処方算定することができない。

(問29) 調剤技術基本料については、診断群分類点数表により算定された入院患者が退院した後に入院期間と同一月に受けた外来診療について算定することができるか。

(答) 入院期間以外の期間であっても算定できない。

(問30) 月の前半が包括評価、月の後半が医科点数表に基づく評価(又は外来)の場合で、月の前半と後半に1回ずつ心電図検査を実施した場合、心電図検査の費用は全額算定してよいか。また、その他の生体検査やCT、MRI等についても同様の取扱いとしてよいか。

(答) いずれも、当該検査等の実施回数に応じて減算することとなる。

(問31) D206心臓カテーテル法による諸検査の注7に定められたフィルムの費用は、出来高により算定することができるか。

(答) 算定できない。

(問32) 外来で月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)について算定できるのか。(例:検体検査判断料等)

(答) 算定できる。

(問33) 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院し、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)を算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問34) 包括評価の対象患者が退院日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病名」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うか。

(答) 例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院をする場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない場合の再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院日を入院期間の算定の起算日とする。ただし、当該再入院について、入院日の所定点数は算定できないものとする。

(問35) 特定集中治療室管理料を14日算定していた患者が引き続きハイケアユニット入院医療管理料を算定する病床に転床した場合は、21日目まで15日以上21日以内の期間の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

(問36) 医科点数表第2章第9部処置の出来高で算定するギプスの項目について、100分の20等の例により、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を算定した場合も出来高で算定できるのか。

(答) ギプスの項目の基本点数が1,000点以上であっても、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を100分の20等の例により算定した結果、1,000点未満の処置であれば包括範囲に含まれ、算定できない。

(問37) 入院日 を超えてDPC算定病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。

(答) 再び診断群分類区分に該当すると判断された場合であっても、包括評価の対象とならない。

(問38) 診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要か。

(答) 診断群分類点数表による請求額も月毎に確定するため、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要ない。

(問39) 化学療法を実施するため等により再入院を繰り返す場合、医療資源を最も投入した傷病が入院ごとに同一であっても、包括評価における入院期間の起算日は、それぞれの入院の日とするのか。

(答) そのとおり。ただし、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名で退院日の翌日から起算して3日以内に再入院した場合には、前回入院と合わせて一入院とする。

(問40) 分娩のために入院中の患者が、合併症等に罹患して保険給付が開始された場合には包括評価の対象患者となるのか。

(答) 保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。なお、包括評価の対象となる場合には、保険給付が開始された日を入院期間の起算日とする。

(問41) 入院の途中で治験や先進医療の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつか。また、先進医療、治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。

(答) 入院前に先進医療等の実施が決定された場合には、入院日から包括評価の対象外となる。入院後に先進医療等の実施が決定された場合には、その実施を決定した日から医科点数表により算定する。また、先進医療等が終わった場合には、引き続き、医科点数表により算定する。

(問42) 臓器移植、治験等の実施を予定して入院し、医科点数表により算定していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。

(答) 当該患者が診断群分類区分に該当する場合には、臓器移植等を実施しないことを決定した日から包括評価により算定する。

(問43) 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

(答) 包括評価の対象外の病棟から包括評価の対象病棟へ移動をした日を起算日とする。ただし、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名で転棟日から起算して3日以内に一般病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

(問44) 一連の入院とみなす3日以内の再入院は、「診断群分類番号の上6桁が同一の場合」とされているが、2回目の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に一連か否かを判断することになるのか。

(答) 再入院の契機となった傷病名から決定される診断群分類の上6桁において判断する。

(問45) 一連の入院とみなす3日以内の再入院では、ICDコードが異なっても、診断群分類の上6桁が同一であれば、一連とみなすのか。

(答) そのとおり。

(問46) 一連の入院とみなす3日以内の再入院で、診断群分類番号の上6桁のコードの下一桁が「x」になっている診断群分類では、6桁目も区別して一連かどうか判断することになるのか。

(答) 診断群分類の6桁目が「x」で表示されている診断群分類においては、6桁目も区別して一連の入院かどうか判断する。

例：11013x 下部尿路疾患の場合

1回目の入院 110131 下部尿路結石症

2回目の入院 110133 神経因性膀胱

であれば、6桁目まで区別して判断するので一連とはみなさない。

(問47) 一度目の入院時に救命救急入院料を限度日数に満たない日数分算し、診断群分類の上6桁が同一である傷病名で3日以内に再入院した場合で救命救急入院料算定可能病室に入室した際、限度日数までの救命救急入院料は算定可能となるのか。

(答) 1回の入院期間とみなし、算定できない。

(問48) 診断群分類の上6桁が同一である傷病名で3日以内に再入院した場合は、退院期間中の日数も加えて計算するが、小児入院医療管理料を継続して算定している場合、入院経過日数と同様退院期間中の日数も加える必要があるのか。

(答) そのとおり。

(問49) 一度目の入院期間中に、入院日を超えて退院した後、診断群分類の上6桁が同一である傷病名で3日以内に再入院した場合、その際の診断群分類が入院日を超えていない場合、どのように算定すれば良いか。

(答) 一度目の入院期間ですでに入院日を超えている場合は、3日以内の再入院時は、診断群分類が何れであっても出来高の算定とする。

(問50) 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように決定するのか。

(答) 「医療資源を最も投入した傷病」は、入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医が決定する。

(問51) 一の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。

(答) そのとおり。

(問52) 医療資源を最も投入した傷病名については、DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。

(答) 含めない。DPC算定病床に入院していた期間において、最も医療資源を投入した傷病名を決定する。

(問53) 合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に、合併症を医療資源を最も投入した傷病として診断群分類区分を決定するのか。

(答) そのとおり。

(問54) 医療資源を最も投入した傷病と手術内容が関連しないこともあり得るか。

(答) あり得る。

(問55) 手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても、入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定してよいか。

(答) 入院診療計画等に手術を実施することが記載されており、かつ、患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。

(問56) 一の入院中に転科があり、かつ、それぞれの診療科に係る診断群分類区分に関連性がない場合であっても、一の診断群分類区分により算定するのか。

(答) そのとおり。

(問57) K781経尿道的尿路結石除去術(ESWL)のように一連の治療につき1回しか算定できない手術について、算定できない2回目以降の手術に係る入院についても手術ありで算定できるのか。

(答) 算定できる。ただし、その区分番号、名称、実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載する必要がある。

(問58) JCS (Japan Coma Scale) により分類されている診断群分類区分について、いつの時点のJCSで判断するのか。

(答) 包括対象病棟の入院時において該当するJCSにより判断する。ただし、入院後に当該病棟において発症した傷病が医療資源を最も投入した傷病になる場合は、発症時により判断する。

(問59) 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定するのか。また、出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。

(答) 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また、出生時の体重が不明である場合には、最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し、診療報酬明細書には「出生時体重不明」と記載する。

(問60) 診断群分類区分を決定するにあたり、「手術」の有無を判断する場合において、医科点数表の「手術」に定める輸血のみ実施した場合は「手術なし」とするのか。

(答) 「手術あり」とする。ただし、輸血管理料のみを算定した場合は、「手術なし」とする。

(問61) 他院において手術の実施後に転院した患者については、転院後の病院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。

(答) そのとおり。

(問62) 副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「副傷病あり」と判断してよいか。

(答) 確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には、「副傷病なし」と判断する。

(問63) 「白内障、水晶体の疾患」については、「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが、いずれの診断群分類区分に該当するかは、一手術で判断するのか、一入院で判断するのか。

(答) 一入院で判断する。

(問64) 手術中に行った化学療法のみをもって、「化学療法あり」と算定できるか。

(答) 算定できない。

(問65) 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

(答) 含まれない。

(問66) 抜釘目的のみで入院したが、医療資源を最も投入した傷病名は「骨折」でよいか。

(答) そのとおり。

(問67) 包括評価対象患者が、手術中に行った超音波検査や造影検査は、医科点数表により算定できるか。

(答) 算定できない。

(問68) 定義告示内の副傷病名欄で、ICDコードではなく6桁の疾患コードが記載されている場合は、その疾患の傷病名欄に記載されたICDコードに該当する場合に副傷病ありになるということか。

(答) そのとおり。

(問69) 医療資源を最も投入した傷病名が食道の悪性腫瘍(060010)に該当するICDコードであり、一入院中に化学療法と放射線療法とを両方行った場合、手術・処置等2は2(放射線療法)ありとなるのか。

(答) そのとおり。

(問70) DPCの留意事項通知に「入院中に、定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類区分に該当する可能性がある場合の取扱いについては、「手術」、「手術・処置等1」及び「手術・処置等2」のすべての項目において、ツリー図上、下に掲げられた診断群分類を優先して選択すること。」とあるが、入院中に異なるツリーで評価される複数の手術を行った場合、上記文章に従って診断群分類を決定する必要があるのか。

(答) そのとおり。

(問71) 化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっている抗がん剤に加えて、他の抗がん剤を併用しても算定できるのか。

(答) 算定できる。

(問72) 化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」で算定できるのか。

(答) 抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を算定できる。質問の例の場合は、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合については、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を算定することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を算定できる。

(問73) 「疑い病名」により、診断群分類を決定してよいのか。

(答) 原則として入院期間中に診断を確定し、確定した病名で診断群分類を決定すること。ただし、検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては、「疑い病名」により診断群分類を決定することができる。

(問74) 7月1日から新規にDPC対象病院となる場合、7月1日より前から入院している患者については、実施当初の2か月間は医科点数表により算定(9月1日より包括評価の対象)となるのか。

(答) そのとおり。

(問75) 診断群分類による算定を始めた日以前から入院した患者は3か月目から包括評価の対象となるが、当該患者の診断群分類区分に係る入院期間の起算日は入院日となるのか。

(答) そのとおり。

(問76) 入院日 を超えた日以降など、医科点数表により算定する場合は、従来の診療報酬明細書を使用するが、患者基礎情報等については記載する必要はあるか。

(答) 同一月に診断群分類点数表等に基づき算定する日と医科点数表に基づき算定する日がある場合は、DPCレセプトを総括表とし、出来高レセプトを続紙として添付し、1件のレセプトを作成する。総括表は一般記載要領と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄にそのレセプト1件の請求額等の合計額がわかるよう記載する。なお、この場合は、総括表の出来高欄に医科点数表に基づき算定することとなった理由を具体的に記載する。

なお、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入院医療が複数回ある場合も同様に記載し、総括表の出来高欄に入院医療が複数回となった理由を記載する。

これらの記載をする場合に、各種(減・免・猶・ . . . 3月超)のいずれかに をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも をする。

(問77) 24時間以内に死亡した患者については、入院時刻と死亡時刻を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。

(答) 記載する必要はない。

(問78) 入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合、「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。また、退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。

(答) 包括評価の範囲に含まれない診療行為に関する記載の要領は従来どおりであるため、記載する必要がある。

(問79) 退院時に診断群分類区分が確定した時に、差額を調整する必要が生じた場合の一部負担金はどのように算定するのか。

(答) 差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。

(問80) 包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。

(答) 高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

(問81) 副傷病名が複数存在する患者については、診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した副傷病名を記載するのか。

(答) そのとおり。

(問82) 傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要があるか。

(答) 記載する必要はない。

(問83) 診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し、ICD-10コードを記入するのか。

(答) そのとおり。

(問84) 入院中に処置を複数回実施した場合は、処置の実施日をどのように記載するのか。

(答) 初回の実施日を記載する。

(問85) 入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。

(答) 保険者毎に診療報酬明細書を作成して請求する。変更後の診療報酬明細書には、変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお、診断群分類区分の変更があつた場合であっても、退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため、従前の保険者への請求額は変更されない。

(問86) 分娩のために入院中の患者が合併症等に罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合の診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また、「今回退院年月日」には保険給付が終了した日を記入するのか。

(答) そのとおり。

(問87) 主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。

(答) そのとおり。

(問88) 労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される場合は、医科点数表により算定するのか。

(答) 医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

(問89) 交通事故による患者も、医療保険が適用される場合には包括評価の対象となるのか。

(答) そのとおり。

(問90) 180日超の長期入院患者に係る選定療養の対象であるか否かを判断する場合には、包括評価の対象期間は180日の日数に含めるのか。

(答) 180日超の長期入院患者に係る選定療養は、「通算対象入院料」の算定日数に応じて判断するため、包括評価の対象期間は180日の日数に含めない。

(問91) 一般病棟に90日を超えて入院する特定患者であって、厚生労働大臣の定める状態でない患者については、包括評価による点数の算定にあたってどのように取り扱うのか。

(答) 医科点数表により特定入院基本料を算定する場合に考慮すべきことである。なお、90日の日数の算定にあたっては、当該病棟に入院した日を起算日とする。

(問92) 審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書はどのようなものが対象となるのか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

(答) 包括評価の診療報酬明細書のうち、請求点数が40万点以上のものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

(問93) 35万点を超える明細書には、従来どおり「症状詳記用紙」及び「日計表」の添付が必要になるのか。

(答) そのとおり。

(問94) 診療録に「医療資源を最も投入した傷病名」の記載は必要か。

(答) 記載する必要がある。

(問95) 包括評価の対象患者は、自らの意志で包括評価による診療を拒否することができるのか。

(答) 拒否できない。

(問96) 診断群分類点数表により算定している入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断(PET・MRI etc)のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしているがよいか。

(答) よい。

(問97) 切迫早産で入院し医療保険の適用となり診断群分類点数表により算定した後に自費入院により分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により医療保険の適用となり診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。

(答) そのとおり。

(問98) 診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

(答) 診療情報の管理、ICD10による分類管理・疾病統計等を行う診療情報管理士等をいう。

(問99) 入院日 を超えた後に手術を行った場合も、診断群分類は「手術あり」として選択すべきか。

(答) 手術を行うことを決定した日が入院日 を超えていなければ、「手術あり」、入院日 を超えていれば「手術なし」を選択する。
なお、入院後に手術を行うことを決定した際には、その理由と決定日を診療録等に記載しておくこと。

(問100) 治験、臓器移植、先進医療を行った患者等、DPCの除外対象となる患者が、一旦退院し、再度同じ病院に入院した場合は、DPCの対象患者として算定してよいか。

(答) 医学的に一連の診療として判断される場合は、出来高により算定すること。

(問101) DPC対象病院から特別の関係であるDPC対象病院に診断群分類番号の上6桁が同一の傷病で転院した場合又は3日以内に再入院した場合は一連の入院と見なすのか。

(答) そのとおり。なお、上記の場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。

(問102) 手術の区分番号「K」において、「術は区分番号「K」の術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類を決定する際は「準用元の手術で判断すること」となっているが、これは区分番号「K」で判断するということがか。

(答) そのとおり。

(問103) 2月1日にDPC対象病院から退出した場合、2月1日より前から入院している患者については、退出後2か月間は、診断群分類点数表により算定(4月1日より医科点数表の対象)するのか。

(答) そのとおり。

(問104) 検体検査管理加算のと の届出を行っている場合、医療機関別係数は両方の係数を合算して計算するのか。

(答) 両方の係数を合算することはできない。どちらか一方を機能評価係数に合算すること。

(問105) 検体検査管理加算に係る機能評価係数は検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算できるか。

(答) 合算できる。検体検査管理加算に係る機能評価係数は、その体制を評価するものであり、検体検査の実施の有無にかかわらず、医療機関別係数に合算できる。

(問106) 検体検査管理加算の機能評価係数は、小児入院医療管理料等の特定入院料に基づく加算を算定している場合でも医療機関別係数に合算できるか。

(答) 合算できる。

(問107) 手術の有無による分岐の決定において、輸血管理料が対象外となったが、輸血管理料のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。

(答) そのとおり。

(問108) 機能評価係数 の施設基準を新たに取得した場合、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に、何か特別な届出が必要か。

(答) 医科点数表に基づく届出のみでよい。なお、機能評価係数 (臨床研修病院入院診療加算及び地域医療支援病院入院診療加算は除く。) は算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。

(問109) L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を実施した場合、注7に掲げる加算は算定できるのか。

(答) 算定できる。

(問110) 診療報酬改定を挟んで3日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いは、どのようになるのか。

(答) 診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とする。

(問111) 包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注書きで定められている加算点数については、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定できる。

(問112) 入院中のD P C対象患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたD P Cの包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で算定できるのか。

(答) 算定できる。ただし、この場合のD P Cのコーディングについては、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ものとする。

なお、平成20年3月28日付事務連絡(別添1-2)の問36及び平成20年7月10日事務連絡別添1の問30は廃止する。

(問113) 入院中のD P C対象患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたD P Cの包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定できるのか。

(答) 算定できない。ただし、この場合のD P Cのコーディングについては、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については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

(問114) 入院中のD P C対象患者に対診を実施した場合、入院中の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算定できるか。

(答) 算定できない。

(問115) 入院中のD P C対象患者が他の保険医療機関を受診した場合、入院中の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算定できるか。

(答) 入院中の医療機関において算定できる。ただし、この場合のD P Cのコーディングについては、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とする。

(問116) 入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、外来でしか算定できない診療料は算定することができるか。

(答) 算定できない。

(問117) 退院時処方は、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として出来高で算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問118) 出来高算定可能な抗HIV薬には、「後天性免疫不全症候群(エイズ)患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問119) 開胸手術を行った際に、術後管理のためにペーシングリードを設置した場合、診断群分類の手術処置等2の選択においては、「K596体外ペースメーカー」ありを選択してよいか。

(答) 一連の開胸手術に含まれる行為と考えられるため、選択してはならない。なお、術前に救急で「K596体外ペースメーカー」を実施した場合等、開胸手術等とは別に実施した場合には、「あり」を選択する。

歯科診療報酬点数表関係

【初診・再診料】

(問1) 障害者歯科医療連携加算は、初診料を算定した日ではなく、初診月内の再診時に算定することは可能か。

(答) 障害者歯科医療連携加算は、初診料を算定した日に限り算定できるものであり、再診日には算定できない。

(問2) 別に厚生労働大臣が定める歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、外来診療部門において初診行為を行い、必要があって、当該初診日と同日に入院した場合、歯科外来診療環境体制加算は算定できるのか。

(答) 別に厚生労働大臣が定める歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、外来において初診行為を行い、必要があって即日入院した場合においては、歯科外来診療環境体制加算は算定できる。

(問3) 歯科医療を担当する病院の外来診療部門において初診を行い、入院医療の必要性を認め、初診日と同日に入院した場合において、障害者歯科医療連携加算と地域歯科診療支援病院入院加算を併せて算定することは可能か。

(答) 別に厚生労働大臣が定める障害者歯科医療連携加算及び地域歯科診療支援病院入院加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、外来において初診行為を行い、必要があって即日入院した場合、算定要件を満たす患者であれば、障害者歯科医療連携加算と地域歯科診療支援病院入院加算を併せて算定することができる。

【医学管理】

(問4) 初診日が平成22年3月である患者について、同月に歯科疾患管理料(1回目)を算定せず、初診日から起算して1月以内の期間が同年4月に及ぶ場合において、歯科疾患管理料(1回目)を同年4月に算定する場合の算定期間についての考え方如何。

(答) この場合においては、歯科疾患管理料(1回目)は、平成22年4月末日までに算定する。

(問5) 初診日が平成22年3月である患者について、同月に歯科疾患管理料(1回目)を算定した場合においては、歯科疾患管理料(2回目)の算定期間についての考え方如何。

(答) この場合における歯科疾患管理料(2回目)の算定については、継続的な歯科疾患の管理が行われている場合は、初診日から起算して1月を経過していない場合であっても、同年4月に歯科疾患管理料(2回目)を算定して差し支えない。

(問6) 平成22年度歯科診療報酬改定において新設された歯科疾患在宅療養管理料は、歯科訪問診療料を算定した患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者が対象となるが、この「歯科訪問診療料を算定した患者」とは、同一初診期間中に歯科訪問診療料を算定した患者か、又は、歯科疾患在宅療養管理料を算定する日に歯科訪問診療料を算定している患者のいずれをいうのか。

(答) 同一初診期間中に歯科訪問診療料を算定した患者をいう。

(問7) 平成22年3月に「新製有床義歯管理料」を算定した場合であって、引き続き、義歯管理を行っている場合の平成22年4月以降における同一初診期間中の義歯管理料の取扱い如何。

(答) 平成22年3月に新製有床義歯管理料を算定した場合であって、平成22年4月以降において義歯管理を行った場合は、平成22年4月及び5月においては、有床義歯管理料を算定し、6月から平成23年2月までの期間においては、有床義歯長期管理料を算定する取扱いとなる。

(問8) 平成22年3月に新製有床義歯を装着したが、同月に新製有床義歯管理料を算定しない場合において、平成22年4月以降(同一初診期間中)の義歯管理料を算定する場合の取扱い如何。

(答) 平成22年3月に新製有床義歯を装着したが、同月に新製有床義歯管理料を算定しない場合であって、平成22年4月以降に義歯管理を行った場合は、平成22年4月においては新製有床義歯管理料を、同年5月及び6月においては有床義歯管理料を、同年7月から平成23年3月までの期間においては、有床義歯長期管理料を算定する取扱いとなる。

(問9) 同一月において、有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理及び義歯管理を行った後に有床義歯の新製を行った場合における義歯管理料の算定方法如何。

(答) この場合においては、当該月に有床義歯管理料を算定し、その後に新製有床義歯管理料を算定することとなる。

(問10) 有床義歯調整管理料は、当該管理料を算定する月と同一月において、義歯管理料を算定した患者について算定するものであると考えてよいか。

(答) 有床義歯調整管理料は、当該管理料を算定する月と同一月に義歯管理料を算定した患者について、義歯管理料を算定した日以外の日において、月2回を限度に算定できる。

(問11) 同一月において、有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理及び義歯管理を行った後に有床義歯の新製を行った場合の有床義歯調整管理料は、当該月に何回まで算定可能か。

(答) 有床義歯調整管理料は、同一月に有床義歯管理料及び新製有床義歯管理料を算定した場合であっても、義歯管理料を算定した日以外において、月2回を限度に算定する取扱いである。

(問12) 歯科衛生実地指導料について、小児患者又は障害者である患者との意思の疎通が困難な場合において、当該患者のプラークチャートを用いたプラークの付着状況を指摘し、当該患者に対するブラッシングを観察した上で、当該患者の保護者に対して療養上必要な指導を行った場合に当該指導料は算定できるか。

(答) 算定できる。

(問13) 平成22年度歯科診療報酬改定において、区分番号A000に掲げる初診料の「注10」に規定する障害者歯科医療連携加算が新設されたこと等に伴い、障害者歯科医療に係る医療機関間の円滑な連携を図る観点から、区分番号B009に掲げる診療情報提供料()の「注6」に規定する加算の算定に基づく診療情報提供を行う場合等であって、診療情報提供の文書に示すべき診療状況に係る情報の中に、患者が基本診療料に係る障害者加算を算定していた旨を含めるものと考えてよいか。

(答) そのとおり。

【在宅医療】

(問14) 患者に対する歯科疾患在宅療養管理料に係る情報提供文書と口腔機能管理加算に係る情報提供文書を同一の文書にまとめても差し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問15) 歯科疾患在宅療養管理料については、3月に1回以上患者に対して文書により情報提供することとなっているが、口腔機能管理加算に係る情報提供文書の取扱い如何。

(答) 口腔機能管理加算については、算定ごとに文書による情報提供が必要となる。

(問16) 歯科訪問診療料について、同一敷地内又は隣接地に棟が異なる建物が集まったマンション群や公団住宅等はそれぞれの建物を別の建物と扱うと考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問17) 同一日に同一建物居住者に対して歯科訪問診療を行った場合は、診療時間により歯科訪問診療2又は初診料若しくは再診料のいずれかの算定となる取扱いであるが、患者の都合等により、当該同一建物居住者に対して、午前と午後の2回に分けて訪問診療を行った場合においては、いずれの患者についても、歯科訪問診療2又は初診料若しくは再診料のいずれかにより算定するものと考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問18) 歯科訪問診療料について、外観上明らかに別建物であるが渡り廊下のみで繋がっている場合は別建物として扱うものと考えてよいか。

(答) そのとおり。

【検査】

(問19) 平成22年度歯科診療報酬改定において、混合歯列期歯周組織検査が新設されたが、乳歯列期の患者についての混合歯列期歯周組織検査に係る取扱い如何。

(答) 混合歯列期歯周組織検査における乳歯列期の患者の取扱いについては、混合歯列期の患者に準じて取り扱う。

(問20) 平成22年度歯科診療報酬改定において新設された混合歯列期歯周組織検査について、歯周基本検査及び歯周精密検査と同様に、1月以内に歯周組織検査を2回以上行った場合は、第2回目以降の検査は所定点数の100分の50により算定する取扱いとなるのか。

(答) そのとおり。

(問21) 混合歯列期の患者について、患者の口腔内の状態により、プロービング時の出血の有無及び歯周ポケット測定のいずれの検査も行わず、プラークの付着状況の検査等を行った場合において、歯周組織検査を算定することは可能か。

(答) 算定できない。

【画像診断】

(問22) 平成22年度歯科診療報酬改定において歯科点数表に新設された時間外緊急院内画像診断加算は、地域において、休日診療の当番医となっている歯科保険医療機関においても算定可能か。

(答) 保険医療機関が診療応需の体制を解いた状況であって、急患等により診療を求められた場合であって、通常の診断では的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断の体制が整う時間まで画像診断の実施を見合わせるできないような緊急に画像診断を要する場合において、当該診断体制を整えることを考慮して設定されているものである。このことから、休日診療の当番医となっている歯科保険医療機関において、応需体制を整えている診療時間において当該加算を算定することはできない。

(問23) 歯科点数表の区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「注1」の加算については、咬翼型フィルム又は咬合型フィルムを使用した場合に加算する取扱いであったところ、平成22年度歯科診療報酬改定において、咬翼法撮影又は咬合法撮影を行った場合に加算する取扱いとなったが、デジタル撮影により咬翼法又は咬合法撮影を行った場合であっても算定できるものと考えてよいか。

(答) そのとおり。

【処置】

(問24) 歯周基本治療処置は、歯周基本治療を行った部位に対して、歯周基本治療と同日に算定して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問25) 歯周基本治療処置と歯周疾患処置は、同一月内には算定できない取扱いであるが、同一月内において、歯周基本治療処置を算定した後、歯周疾患の急性症状が発現し、症状の緩解を目的として歯周ポケット内へ薬剤注入を行った場合の算定方法如何。

(答) この場合においては、歯周基本治療処置を算定し、歯周疾患処置については、特定薬剤に係る費用のみの算定となる。

(問26) 舌接触補助床は、歯科保険医療機関において摂食機能療法を行っている患者について、当該補助床が必要と判断され、製作した場合に算定するものであるが、医科の保険医療機関において摂食機能療法を行っている患者について、当該医科の医療機関において舌接触補助床の製作が必要と判断され、歯科の保険医療機関に当該補助床の製作を依頼した場合においても、床副子の「3 著しく困難なもの」により算定することは可能か。

(答) 可能である。なお、この場合において、床副子の「3 著しく困難なもの」の算定に当たっては、摂食機能療法を行っている医科の医療機関名を診療報酬明細書の「摘要」欄に記載すること。

【歯冠修復及び欠損補綴】

(問27) 平成22年度歯科診療報酬改定において新設された有床義歯修理にかかる歯科技工加算は、破損した有床義歯に係る診察を行い、破損した義歯を患者から預かった日から起算して2日以内において、院内技工士を活用して修理を行い、装着した場合に算定することとなっているが、休診日等のため、修理後の有床義歯を装着するまでに、当該義歯を預かった日から起算して3日以上を要した場合は、歯科技工加算はどのような取扱いとなるのか。

(答) 歯科技工加算は、破損した義歯を患者から預かった日から起算して2日以内に装着した場合に算定する取扱いである。

【歯科矯正】

(問28) 歯科矯正診断料に係る施設基準の要件の一つに、1名以上の常勤歯科医師が配置されていなければならないが、歯科矯正治療の経験を5年以上有する歯科医師と同一の歯科医師である場合は、当該施設基準の届出書の「常勤の歯科医師」欄と「歯科矯正を担当する専任の歯科医師」欄には、当該歯科医師のみについて記載すればよいのか。

(答) そのとおり。

(問29) 平成22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22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22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22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22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等を踏まえた上で、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」欄に記載すること。

(問30) 歯科矯正管理料に係る患者又はその家族に対する情報提供文書については、顎切除、顎離断等の手術を必要とする療養を行う場合においては、当該手術を担当する保険医療機関名及び担当保険医の氏名等を記載することとなっているが、歯科矯正診断料に基づく歯科矯正治療においても、顎切除等の手術が必要な場合には当該保険医療機関名及び担当保険医の氏名等の記載が必要となるのか。

(答) 歯科矯正診断料に基づく歯科矯正治療において、顎切除等の手術が必要となる場合においては、歯科矯正管理料に係る患者又はその家族に対する情報提供文書に当該手術を担当する保険医療機関名及び担当保険医の氏名等を記載する必要がある。

【明細書の発行】

(問31) 平成22年4月現在、歯科診療所はレセプトの電子請求が義務化されていないが、明細書発行の義務はあるのか。

(答) 歯科診療所は平成23年4月1日より原則としてレセプトの電子請求が義務化となるため、平成23年4月1日より原則として全患者に対しての明細書発行が義務となる。

なお、電子請求が義務化されたが正当な理由に該当する診療所については、平成23年4月1日までに地方厚生(支)局長あてに届出を行うこと。

(問32) 平成23年4月1日以降であっても、常勤の歯科医師がすべて高齢者であることやレセコンリリース期間中であること等により、電子請求が免除又は猶予されている歯科診療所の場合、明細書発行の義務はあるのか。

(答) 電子請求が免除又は猶予されている場合には、明細書発行の義務はないが、発行されることが望ましい。

訪問看護療養費関係

(問1) 指定訪問看護の対象となる施設等の種類に限らず、同一日に、同一建物の複数名に同一の指定訪問看護ステーションより訪問看護を行う場合、「同一建物居住者」として訪問看護基本療養費()を算定することになるのか。

(答) そのとおり。

(問2) 例えば、同一日に児童養護施設に入所している複数名の利用者に対し同一の指定訪問看護ステーションより訪問看護を行う場合には訪問看護基本療養費()を算定するということになるのか。

(答) そのとおり。

(問3) 指定訪問看護の対象となる施設の種類に限らず、その日に指定訪問看護を行う利用者が1人しかいない場合は訪問看護基本療養費()を算定することになるのか。

(答) そのとおり。

(問4) 訪問看護基本療養費()が算定されるのは、あくまでも同一訪問看護ステーション内での利用であって、他の訪問看護ステーションの訪問と重なる場合は該当しないと解釈してよいか。また、介護保険の利用者と重なる場合も該当しないと解釈してよいか。

(答) いずれもそのとおり。

(問5) 1人又は複数の同一建物居住者である利用者に対して指定訪問看護を実施した後、当該利用者と同一の建物に居住する他の利用者に対して、利用者等の求めに応じて緊急に指定訪問看護を実施した場合であっても、訪問看護基本療養費()を算定するのか。

(答) 利用者等の求めに応じて緊急に指定訪問看護を行った場合には、結果として複数の同一建物居住者への指定訪問看護になったとしても、訪問看護基本療養費()を算定できるものとする。当該緊急に行われた指定訪問看護は、同日に既に行われている又は予定されている指定訪問看護の算定方法に影響を及ぼさないものであること。また、緊急に訪問する必要があった理由について、訪問看護療養費明細書の特記事項に記載すること。

(問6) 6歳の誕生日に指定訪問看護を行った場合には、幼児加算は算定できないと解してよいか。

(答) そのとおり。幼児加算は3歳以上、6歳未満の利用者に算定する。

(問7) 複数名訪問看護加算は同時に複数名で訪問看護を行う場合とされているが、指定訪問看護の実施時間の全体すべてに同時に複数で行う必要があるか。

(答) 同時に複数の看護師等が必要な時間帯に複数名で対応することでもよい。ただし、同時に複数名で訪問看護を実施する時間は訪問看護の標準的な時間としている30分程度を超えていること。

(問8) 複数名訪問看護加算は1人の利用者に対して週1回に限り所定額に加算することとしているが、複数の訪問看護ステーションが訪問看護を行っている場合はそれぞれのステーションで算定できるのか。

(答) 1人の利用者に対して週1回に限り算定できるものであり、同じ週に複数のステーションそれぞれで算定できない。ただし、各週で算定する訪問看護ステーションが異なってもかまわない。

(問9) 同時に3名で訪問看護を行った場合においても、複数名訪問看護加算は週1回のみ算定か。

(答) そのとおり。

(問10) 複数名訪問看護加算の要件として、「同時に複数の看護師等による指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得ること。」とあるが、口頭で同意を取るとしてもよいか。

(答) 口頭でもよいが、同意を得た旨を記録等に残すこと。

(問11) 「特別訪問看護指示書の交付を受けた訪問看護ステーションからの指定訪問看護を受けている利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されている」場合又は「基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されている」場合には、訪問看護療養費の算定可能な訪問看護ステーションがそれぞれ2箇所又は3箇所までと拡大となったが、

ここでいう計画とは訪問看護計画のことであるのか。

また、利用者が入院する等により結果的に週4回又は週7回の訪問看護を実施できなかった場合であっても、それぞれの訪問看護ステーションが訪問看護療養費を算定できるか。

(答) について

そのとおり。対象となる利用者への訪問看護について訪問看護計画書に明記されている必要がある。また、いずれの場合においても、1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護を行う場合は、主治医との連携を図り、訪問看護ステーション間においても十分に連携を図ること。

について

訪問した実績に応じて算定できる。

(問12) 3カ所の訪問看護ステーションが訪問した場合、従来の2カ所の場合の扱いと同様、それぞれが訪問看護管理療養費12日分と重症者管理加算を算定できると考えてよいか。

(答) それぞれの訪問看護ステーションが要件を満たしていれば、算定できる。

(問13) 訪問看護管理療養費の算定要件として、「訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されていること」が加えられたが、新たに届出を行う必要があるのか。

(答) 新たな届出は不要である。ただし、平成22年4月1日以降、訪問看護管理療養費を算定する場合には、通知に記されている安全な提供体制の整備をしている必要がある。

(問14) 「真皮を越える褥瘡の状態にある者」の重症者管理加算の算定要件として、「定期的に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価を行い～褥瘡の発生部位および実施したケアについて訪問看護記録書に記録すること」とあるが、具体的な様式は定められているのか。

(答) 通知に示されている観察・アセスメント・評価の項目としている褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織及びポケットや褥瘡の発生部位及び実施したケア等について記録されていれば様式は問わない。

(問15) 転居や訪問看護ステーションの廃止等により、1か月に2カ所の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受ける場合(ただし、複数の訪問看護ステーションから療養費を算定できる利用者を除く。)に訪問看護療養費はどのように算定すればよいか。

(答) やむを得ない事情により、月の途中で訪問看護ステーションが変更になる場合は、それぞれの訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定できる。ただし、この場合であっても、訪問看護基本療養費()又は()については、1人につき週3日を限度とする。

(問16) 訪問看護ターミナル療養費は、在宅で死亡した利用者について、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護基本療養費を算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制(訪問看護ステーションの連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等)について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアとして訪問看護を行った場合に算定するものであるが、今回の改定でどのように変更になったのか。

(答) 要件を満たしている場合には、在宅での死亡に限定せず、ターミナルケアとして訪問看護を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者も対象となる要件緩和が行われた。

問5、6、9、10、14、16の取扱いについては、C005在宅患者訪問看護・指導料及びC005-1-2同一建物居住者訪問看護・指導料においても同様であること。