事　務　連　絡
平成24年４月20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２）

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成24年厚生労働省告示第76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24年３月５日保医発0305第１号）等により、平成24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５のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

なお、「疑義解釈資料の送付について（その１）」（平成24年３月30日付事務連絡）を別添６のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたしします。

〈 別 添 １ 〉

医科診療報酬点数表関係

【入院基本料等の褥瘡対策】

（問１） 産科だけの有床診療所を開業している場合などで、褥瘡に関する危険因子の評価の対象となる患者がいない場合には、褥瘡対策の基準を満たさなくても、入院基本料は算定できるのか。

（答） 従来より、褥瘡に関する危険因子の評価の対象となる患者がいない場合であっても、入院基本料の算定においては、褥瘡対策が要件となっており、褥瘡対策の体制の整備は必要となっている。

今回の改定においても、専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置し、褥瘡ケアが必要な患者が入院してきた場合に対応できるよう、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制をとっていることで算定できる。

また、平成24年３月14日発出の「平成24年度診療報酬改定における届出の留意事項について」にあるように、平成24年３月31日において、褥瘡患者管理加算に係る届出を行っていない保険医療機関は、平成24年４月１日以降、医科診療報酬点数表第１章第２部通則７に規定する入院料を算定するに当たり、再度、「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24年３月５日保医発0305第２号）別添７の様式５による届出が必要である。

【入院基本料等の栄養管理体制】

(問2) 「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24年3月5日保医発0305第2号)別添2の第1の5(11)の適応を受けない医療機関であって、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院又は診療所については、栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、別添7の様式5の3及び様式6(病院の場合)又は様式12(診療所の場合)を用いて届出を行うことにより、届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できるとされたが、届出を行わなかった場合は従前の入院基本料等を算定できないということか。

（答） そのとおり。

なお、こうした届出に基づいて栄養管理体制の施設基準を満たさない医療機関の実態を早急に把握した上で、さらなる対応が必要か、検討している。

【入院基本料(病院)】

(問3)　新７対１の届出は、別添７の様式５～11を提出することになっているが、７対１（経過措置）についても同様でよいか。

(答)　そのとおり。また、中央社会保険医療協議会において７対１（経過措置）について調査・検証を行うこととなっているため、地方厚生（支）局においては、７対１（経過措置）の届出を受理する際には、新７対１の施設基準の「平均在院日数、看護必要度の基準、看護配置」のいずれが満たせないのか確認し、記録しておくこと。

(問4)　７対１（経過措置）を届出していた医療機関が、新７対１を届出する際には、７対１（経過措置）を算定していた間、新７対1の看護配置を満たしていることが必要であるが、それについてはどのように確認するのか。

(答)　新７対１を届出する保険医療機関は、７対１（経過措置）を届出していた間の別添７の様式９等の看護配置が確認できる書類を提出し、地方厚生（支）局はこれによって新７対１を届出することができるのか、新10対１を届出するべきかの確認を行うこと。

(問5)　7対1(経過措置)の届出を行った後に、新7対1の届出を行うことは可能か。

(答)　平均在院日数と看護必要度の基準のみを満たせず、７対１（経過措置）を届出している場合については、通常どおり新７対１の実績を満たせば、再度、新７対１を届出することは可能である。

一方で、新７対１の看護配置を満たせず(新10対１の看護配置は満たしている)、７対１（経過措置）を届出した場合については、平成26年３月31日までに新10対１を届出することになる。この場合、新10対１を届出した後に改めて７対１（経過措置）を届出することはできない。

(問6)　新７対１の基準を満たしていても、７対１（経過措置）を算定しても構わないのか。

(答)　７対１（経過措置）は平成24年３月31日時点で旧７対１を算定している病棟であって、新７対１の基準を満たせない場合に算定する点数であるため、新７対１の基準を満たしている場合には、新７対１を届出すること。

（問7） 平成24年３月31日時点で旧７対１を算定しているが、平成24年４月１日以降、すぐに新７対１の看護配置を満たせなくなった場合にも７対１（経過措置）が適用となるのか。

（答） 平成24年３月31日時点で旧７対１を算定している病棟であれば、４月１日以降、看護配置を満たさなくなった時点で、平成26年３月31日までに新10対１を届け出ることが前提であれば、７対１（経過措置）の届出が可能である。

（問8） 平成24年３月31日時点で一般病棟と結核病棟（概ね30名程度以下）のユニットを有し、旧７対１入院基本料を算定しているが、平成24年４月1日以降、２つの病棟の看護必要度の評価を合わせて行うことはできなくなるのか。

（答） 原則としては一般病棟と結核病棟で別に看護必要度の評価を行うが、平成24年４月１日以降、結核病棟のみでは看護必要度の要件を満たす患者の割合が１割以上という基準を満たせない場合に限り、両病棟の看護必要度の評価を合わせて行い、一般病棟に求められている看護必要度の基準（１割５分以上）を満たすことでも差し支えないものとする。

【入院基本料（有床診療所)】

（問9） 「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24年３月５日保医発0305第1号）に「有床診療所入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定することができる」とあるが、この場合、当該患者が入院している有床診療所入院基本料を算定している病床の面積要件の基準はあるのか。

（答） 有床診療所入院基本料注９の規定に基づき、有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合に限り、病床の面積要件は現に入院している一患者あたりで医療法に規定する療養病床の面積と同等のものを満たせば良いこととする。

（問10） 今回の改定で、有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料の両者を届出ている有床診療所にあっては患者の状態に応じて相互の入院基本料を算定することが可能となったが、一般病床に配置している看護職員を療養病床に配置すべき看護要員として重複カウントしてもよいか。

（答） 重複カウントすることはできない。それぞれの病床における看護配置を含めた施設基準を満たした場合に、それぞれの算定が可能となる。

（問11） 有床診療所入院基本料注９の規定に基づき、有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合に、療養病床として届出している病床数に対する看護要員数ではなく、有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者数に相当する看護要員数が必要か。

（答） そのとおり。

（問12） 有床診療所療養病床入院基本料を算定することが望ましい患者が増加した場合、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を増やし、一般病床に配置する看護職員数を減らして、その看護職員を療養病床に配置した上で、有床診療所入院基本料については看護職員数にあった区分を算定することはできるか。

（答） 可能である。なお、その場合改めて届出を行う必要はない。

（問13） 有床診療所療養病床入院基本料を届出する病床で有床診療所入院基本料を算定する場合、一般病床が満床である必要があるのか。

（答） ない。

（問14） 例えば、女性用の一般病床の病室には空きがあるが、男性用の一般病床の病室が満床である場合、男性患者を療養病床に入院させた上で有床診療所入院基本料の算定を行うことができるのか。

（答） 算定可能。

（問15） 一連の入院で有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者に有床診療所入院基本料を算定し、再度、有床診療所療養病床入院基本料を算定することは可能か。

（答） 可能であるが、入院期間は通算される。

【急性期看護補助体制加算】

（問16） Ａ207－３急性期看護補助体制加算の夜間看護職員配置加算の届出をこれから行う保険医療機関において、届出の際に配置基準の12対１を満たしているかどうかの実績は、何をもって証明すればよいのか。

（答）届出の際に、実績が満たせているかどうかを地方厚生（支）局の担当者が確認するために、日々の入院患者数が分かる書類の提出が必要となる。

【超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算】

（問17） 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟又は病床では超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしていれば、当面の間当該加算を算定できるのか。

（答） 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟又は病床では、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に限り、算定可能である。

（問18） 入院基本料(療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除く。)、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料を算定する病棟又は病床において、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児（者）でない場合で、平成24年３月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定していない患者は、超重症児（者）又は準超重児（者）の判定基準を満たしても、当該加算を算定できないのか。

（答） そのとおり。なお、15歳以降に発症した神経難病患者等への対応については、早急に実態などを調査したうえで、更なる対応を検討している。

【患者サポート体制充実加算】

（問19）　A234－３患者サポート体制充実加算の施設基準にある専任の「医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等」について、どのような職種が対象となるのか。

（答）　患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について、適切に対応できる職種が対象となる。

（問20）　A234－３患者サポート体制充実加算の施設基準にある「患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制」について、どのような体制が必要か。

（答）　専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又その他医療有資格者等が、窓口に常時配置されており、必要に応じて専任の医療有資格者等が患者等からの相談に対応できる体制が必要である。

（問21）　A234－３患者サポート体制充実加算において、窓口の対応に医療有資格者等とあるが、等にはどのようなものが含まれるか。

（答）　平成24年３月31日まで、医療機関において患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について対応してきた者であり、その場合医療有資格者でなくてもかまわない。

（問22）　A234－３患者サポート体制充実加算において、平成24年３月31日まで医療機関において患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上および入院上の不安等に関する相談について対応してきた医療有資格者以外の者とはどのような者か。

（答）　・患者サポートに関する業務を１年以上経験
・患者の相談を受けた件数が２０件以上
・患者サポートに関する院内外での活動
（研修会への参加や研修会での講師の経験など）
のすべての経験のある者である。
今後、他の関係団体等が患者サポートに関す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。

（問23）　A234－３患者サポート体制充実加算の施設基準における専任職員は非常勤職員でも可能か。

（答）　雇用形態を問わないが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などは不可である。なお、専任の担当者は医療機関の標榜時間中は窓口に常時１名以上配置されていなければならない。

（問24）　A234－３患者サポート体制充実加算の施設基準にある窓口担当者は　A234医療安全対策加算における医療安全管理者と兼務でもよいのか。

（答）　医療安全対策加算２の専任の医療安全管理者は、医療安全に係る業務を行っている時間以外は、患者サポート体制充実加算の窓口担当者と兼務しても差し支えない。なお、当該窓口担当者が医療安全に係る業務を行っている間は、別の担当者を窓口に配置する必要がある。

【退院調整加算】

（問25）　A238の退院調整加算１は、当該患者が他の保険医療機関に転院した場合には、算定できないのか。

（答）　算定できる。

【新生児特定集中治療室退院調整加算】

（問26）　A238－3新生児特定集中治療室退院調整加算の届出には退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は、退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていることが必要となるが、専任の看護師に求められる退院調整の経験とは具体的に何を指すのか。

（答）これまで担当した患者の退院支援など、退院調整に係る業務の経験があればよい。

【病棟薬剤業務実施加算】

（問27）　病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当以上であることが算定要件とされているが、祝日等がある場合にはどのように取扱えばよいのか。また、例えば、4月１日を起点とした直近1か月の業務時間（2012年3月における業務時間）について、以下のような事例はどう判断すべきか。

事例①
第1週（1日～3日）:8時間
第2週（4日～10日）:20時間
第3週（11日～17日）:20時間
第4週（18日～24日）:16時間
第5週（25日～31日）:20時間

事例②
第1週（1日～3日）:8時間
第2週（4日～10日）:24時間
第3週（11日～17日）:16時間
第4週（18日～24日）:16時間
第5週（25日～31日）:28時間

（答）　祝日の有無等にかかわらず、病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算で1週間につき20時間相当以上でなければならない。したがって、事例①は算定要件を満たさないが、事例②は満たす。

なお、事例①及び②における病棟薬剤業務の実施時間を1週間あたりに換算すると以下のとおりとなる。

事例①:84時間／月÷31日／月×7日／週＝18.97時間／週
事例②:92時間／月÷31日／月×7日／週＝20.77時間／週

【年齢の定めのある特定入院料の取扱い】

（問28）小児特定集中治療室管理料及び児童・思春期精神科入院医療管理料について、入院中に誕生日を迎え、規定する年齢を超過した場合はどのように取扱うのか。

（答）誕生日を含む月に限り、引き続き算定可能。

【回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準】

（問29）　回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の新規入院患者の重症の患者の割合や退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は複数の病棟で当該特定入院料を届け出ている場合でも、病棟毎にその基準を満たす必要があるのか。

（答）　従前のとおり。

【亜急性期入院医療管理料】

（問30）注3に掲げる「リハビリテーション提供体制加算」の施設基準を計算する場合に、改正前の亜急性期入院医療管理料を算定していた患者についてはどのように取り扱うのか。

（答）　改正前の亜急性期入院医療管理料を算定していた患者の実績を「リハビリテーション提供体制加算」の施設基準に照らし、算入しても差し支えない。

【外来栄養食事指導料】

（問31）　食事計画案等を必要に応じて交付すればよいこととされているが、計画等を全く交付せずに同指導料を算定することはできるのか。

（答）　初回の食事指導や食事計画を変更する場合等においては、患者の食事指導に係る理解のために食事計画等を必ず交付する必要がある。

【移植後患者指導管理料】

（問32）　Ｂ001－25移植後患者指導管理料の施設基準にある臓器移植に従事した経験を有する専任の常勤看護師に求められる「移植医療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

（答）　現時点では、以下の研修である。

・日本看護協会主催の看護研修学校又は神戸研修センターで行われている３日間以上で演習を含む臓器移植に関する研修

（問33） 他の医療機関において臓器移植や造血幹細胞移植を受けた患者について、移植を行っていない医療機関であっても同管理料を算定可能か。

（答） 移植に係る診療の状況や移植後の医学管理の状況等が適切に把握されている場合には、移植を行っていない医療機関であっても要件を満たせば算定できる。

【外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料】

（問34） Ｂ001－２－７外来リハビリテーション診療料又はB001－２－８外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行わない日において、他科の診療を行った場合、初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。

（答） 初診料又は再診料（外来診療料）を算定する。ただし、当該他科の診療がリハビリテーション又は放射線治療に係る診療であった場合は、算定できない。

（問35） 放射線治療の実施に関し必要な診療を行ったが、放射線治療は行っていない日に算定できるのか。

（答） 算定可能

（問36） 外来放射線照射診療料の算定から７日後が休日の場合であって、当該休日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場合はどのように取り扱うのか。

（答） 放射線治療の実施に関し必要な診療を行った日（当該休日の前日又は翌日）に外来放射線照射診療料を算定し、当該休日に算定したものとみなす。この場合、当該休日から起算して７日間は、放射線照射の実施に係る初診料、再診料又は外来診療料は算定できないものとし、当該７日間は初診料、再診料又は外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。なお、診療報酬明細書の摘要欄に、当該休日の日付を記載すること。この取り扱いは当該外来放射線照射診療料の算定から７日後が休日の場合に限る。

【在宅療養支援診療所等】

（問37）　別添２様式11「在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類」、様式11の２「在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類」及び様式11の４「在宅支援連携体制に係る報告書」について、他の医療機関と連携して、在宅支援連携体制を構築する場合、連携する全ての保険医療機関が届出を行う必要があるのか。

（答）　当該連携に係る届出については、一つの保険医療機関がとりまとめて届出を行うことで差し支えない。

（問38）　在宅療養支援診療所の届出について、連携して対応する場合、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月１回以上の定期的なカンファレンスを実施することとされているが、定期的なカンファレンスは、テレビ会議システムでのカンファレンスでも可能か。

（答）　原則として、対面によるカンファレンスを行う。

（問39）　複数の医療機関で、地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築し、在宅療養支援診療所となる場合、連携する医療機関間の距離に係る要件はあるのか。

（答）　他の医療機関との連携により、緊急時の対応及び24時間往診できる体制等確保できる範囲であれば連携を行うことが可能であり、具体的な距離の要件はない。例えば、近接に医療機関が少ない地域等においては、地域の実態にあわせた連携を行うことが可能である。

（問40）　複数の医療機関が連携して機能を強化した在宅療養支援診療所、病院として届出を行う場合、在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を患家に提供する必要があるが、当該電話番号等以外の番号を用いて患家と連絡してはならないのか。

（答）　24時間連絡が取れる連絡先として患家に提供した電話番号等は在宅支援連携体制を構築する各保険医療機関と24時間直接連絡が取れる必要があるが、その他の連絡手段に制限を求めるものではない。

【訪問看護指示料等】

（問41）　訪問看護指示を行う場合、利用者が超重症児又は準超重症児であるか否かの判断は、主治医が訪問看護指示書に明記することになるのか。

（答）　そのとおり。訪問看護指示書の現在状況の「病状・治療　状態」欄等に分かるよう明記する必要がある。ただし、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師は除く)が、平成24年保医発0305第２号の通知「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６の別紙14にある基準に基づく判定を行い、その結果を訪問看護報告書に記載して主治医に報告及び確認を行う形でも差し支えない。なお、超重症児又は準超重症児である旨は訪問看護療養費を算定する場合であれば訪問看護療養費明細書の備考欄に、在宅患者訪問看護・指導料を算定する場合であれば診療報酬明細書（在宅欄のその他の項）に必ず明記すること。

【処方せん料】

（問42）　処方せん料注6に規定する薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合の加算を算定する場合には、診療録に一般的名称で処方内容を記載する必要があるのか。

（答）　必ずしも診療録に一般的名称で処方内容を記載する必要はなく、一般的名称で処方が行われたことの何らかの記録が残ればよい。

（問43）　カルテには、できるだけ詳しい情報を記載しておくことが望ましいとは思うが、一般名を記載した処方せんを発行した場合に、実際に調剤された薬剤の銘柄等について保険薬局から情報提供があった際に、薬剤の銘柄等を改めてカルテに記載しなければならないのか。

（答）改めてカルテに記載する必要はない。
発行した処方せんの内容がカルテに記載されていればよい。

（問44） 一般名を記載した処方せんを発行した場合に、カルテにはどのような記載が必要か。

（答） 医療機関内で一般名又は一般名が把握可能な製品名のいずれかが記載されていればよい。

（問45）厚生労働省のホームページに掲載されている一般名処方マスタ以外の品目でも一般名処方加算の対象となるのか。

（答） マスタに掲載されている品目以外の後発医薬品のある先発医薬品について、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載による処方せんを交付した場合でも一般名処方加算は算定できる。

その場合には、薬剤の取り違え事故等が起こらないようにするなど、医療安全に十分配慮しなければならない。

一般名処方マスタは、加算対象医薬品のすべてはカバーしていない。今後、順次更新していく予定である。

（問46）厚生労働省のホームページでは、一般名処方の記載例として「【般】＋一般的名称＋剤形＋含量」と示されているが、一般名処方に係る処方せんの記載において、この中の【般】という記載は必須であるのか。

（答）「【般】」は必須ではない。

【通院・在宅精神療法】

（問47） 通院・在宅精神療法の「1」を算定するに当たって、「精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、常時対応できる体制をとること」とされているが、精神科救急情報センターに電話番号を登録し、当該センター及びセンターを経由してその他の関係機関（都道府県、市町村、保健所、警察、消防、救命救急センター、一般医療機関等）からの問合せに対応すればよいか。

（答） そのとおり。

【精神科継続外来支援・指導料】

（問48）　I002－2精神科継続外来支援・指導料注2について、抗不安薬、睡眠薬の種類については薬価基準のいずれの部分を参考とすればよいか。

（答）以下のリストの薬価基準収載医薬品コードを参照とすること。
コードの上３桁が「112」に該当する催眠鎮静剤、抗不安剤が該当し、３剤以上の抗不安薬又は３剤以上の睡眠薬を投与した場合には、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。

使用薬剤の薬価（薬価基準）に収載されている医薬品について
http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/03/tp120305-01.html

【眼科学的検査】

（問49）　D270－2ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出において、修了証を添付することとしているが、紛失等の事情により添付不可能な場合には、国立障害者リハビリテーションセンター学院長が発行する修了証書発行証明書に代えても構わないか。

（答）　差し支えない。

【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】

（問50）　K616－4経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3ヶ月に1回に限り算定できるが、3ヶ月に1回しか当該手術を実施できないのか。

（答）　そうではない。当該手術料は、3ヶ月の一連の行為を評価したものであり、3ヶ月に2回以上実施して差し支えない。医学的な必要性に応じて実施すること。

〈 別 添 ２ 〉

医科診療報酬点数表関係（ＤＰＣ）

６．医療機関別係数

（問６－７）「Ａ２３４－３ 患者サポート充実体制加算」に係る機能評価係数Ｉは、がん診療連携拠点病院で「Ａ２３２　がん診療連携拠点病院加算」を算定している患者についても医療機関別係数に合算することができるのか。

（答）　合算することができる。

９．入院日Ⅲを越えた場合の取扱い

（問９－５）悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定できないが、同日に使用された制吐剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

（答）　算定することができる。

（問９－６）悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定できないが、化学療法を行う際の投薬・注射に関する手技料は算定することができるのか。

（答）　当該悪性腫瘍剤に係る第２章第５部投薬、第２章第６部注射（「Ｇ020 無菌製剤処理料」の費用を除く）の費用は算定することができないが、悪性腫瘍剤以外の薬剤に関する第２章第５部投薬、第２章第６部注射の費用は算定することができる。

（問９－７）悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合であって、手術・処置等２の分岐が「２放射線療法」「３化学療法ありかつ放射線療法なし」となっているＤＰＣコードについて、化学療法と放射線療法を実施したため、分岐２を選択した場合は、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

（答）　算定することができる。

（問９－８）悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば「Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査　あり」を手術・処置等１の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、「Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査」に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

（答）　算定することができる。

〈 別 添 ３ 〉

歯科診療報酬点数表関係

【医学管理:歯科疾患管理料】

(問1)　管理計画書の提供日については、前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超える日までに1回以上提供することとされたが、平成24年3月以前までに管理計画書が提供された場合はどのように取扱うのか。

(答)　平成24年1月以降に管理計画書を提供した場合は、4月を超える日までに1回以上提供することで差し支えない。

(問2)　平成24年３月以前に主訴であるう蝕等の治療を開始し歯科疾患管理料を算定した場合において、４月以降に新たに歯周病やその他の疾患も含めた管理を行う場合には引き続き歯科疾患管理料を算定できるか。

(答)　算定して差し支えない。

【医学管理：歯科衛生実地指導料】

(問３)　歯科疾患管理料に係る文書提供が３月から４月に変更になったが、歯周病安定期治療で来院間隔が３月以上になった場合、歯科衛生実地指導料に係る文書提供はどのように扱うのか。

(答)　この場合においては、当該指導料に係る指導を実施した時点で文書提供を行うこと。

【検査:平行測定】

(問4)　接着ブリッジについて、臼歯部まで適応が拡大されたが、平行測定検査は算定して差し支えないか。

(答)　差し支えない。

【手術:広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準】

(問5)　施設基準における当直体制に関して、保険医療機関内で当直体制が確保されていればよいか。

(答)　施設基準で届出た常勤の歯科医師が緊急時に対応できる体制が確保されていれば差し支えない。

【処置:機械的歯面清掃処置】

(問6)　機械的歯面清掃処置は医学管理から処置に項目が移されたが、平成24年3月に機械的歯面清掃加算を実施した場合は、当該処置は翌月に算定できないのか。

(答)　処置内容は従前の加算内容と同様であることから、この場合、平成24年4月は　算定できない。

【処置:機械的歯面清掃処置】

(問7)　機械的歯面清掃処置は同一初診期間中に歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定していれば、当月に当該管理料の算定がなくても当該処置を算定しても差し支えないか。

(答)　差し支えない。

【歯冠修復及び欠損補綴:金属歯冠修復】

(問8)　咬合圧等の関係から、接着ブリッジの支台歯として、失活歯の大臼歯に対して全部金属冠による金属歯冠修復を行った場合はどのように取り扱うのか。

(答)　この場合の大臼歯の金属歯冠修復は全部金属冠で算定して差し支えない。

〈 別 添 ４ 〉

調剤報酬点数表関係

【在宅患者調剤加算】

（問1）在宅患者調剤加算の届出に係る管理・指導の実績は、届出時の直近1年間の在宅薬剤管理指導（在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費）の合計算定回数により判断するが、同加算は届出からどの程度適用することができると解釈するのか。また、届出を行った以降も、直近1年間の状況を毎月計算する必要があるのか。

（答） 在宅患者調剤加算は、届出時の直近1年間の実績で判断し、届出が受理された日の属する月の翌月１日（月の最初の開庁日に届出が受理された場合は、当月１日）から1年間適用することができる。したがって、その間は毎月直近の算定実績を計算する必要はない。

（問2）在宅患者調剤加算の届出に係る在宅薬剤管理指導の実績（直近1年間の合計算定回数）については、①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②居宅療養管理指導費、③介護予防居宅療養管理指導費が対象とされているが、それ以外（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料）は、算定実績の対象には含まれないのか。

（答） そのとおり。

【自家製剤加算、計量混合調剤加算】

（問1）自家製剤加算および計量混合調剤加算のうち、「特別の乳幼児用製剤を行った場合」の点数は廃止されたが、乳幼児の調剤のために、矯味剤等を加えて製剤した場合や微量のために賦形剤・矯味矯臭剤等を混合した場合には、自家製剤加算又は計量混合調剤加算を算定できるという理解で良いか。

（答） 貴見のとおり。

【薬剤服用歴管理指導料】

(問1) 薬剤服用歴管理指導料の新たな算定要件に追加された「後発医薬品に関する情報」は、薬剤情報提供文書により提供することとされているが、当該情報は必ず同一の用紙でなければ認められないのか。

(答) 患者にとってわかりやすいものであれば、別紙であっても差し支えない。

(問2) 薬剤服用歴管理指導料の算定要件である「後発医薬品に関する情報」は、処方せんに後発医薬品への変更不可の指示があるか否かに関わらず、提供する必要があるのか。

(答) そのとおり。

(問3) 薬剤服用歴管理指導料の算定要件である「後発医薬品に関する情報」について、調剤した医薬品が先発医薬品に該当しない場合には、どのように取り扱うべきか。

(答) 医薬品の品名別の分類(先発医薬品／後発医薬品の別など)については、厚生労働省より「使用薬剤の薬価(薬価基準)に収載されている医薬品について(平成24年4月2日現在)」※が公表されている。

この整理の中で、**①「先発医薬品」であり、それに対する同一剤形・同一規格の後発医薬品が薬価収載されている場合**は、1) 該当する後発医薬品が薬価収載されていること、2) うち、自局で支給可能又は備蓄(以下「備蓄等」という。)している後発医薬品の名称とその価格(ただし、いずれの後発医薬品も備蓄等していなければ、後発医薬品の備蓄等がない旨でも可)、**②「先発医薬品」であるが、それに対する同一剤形・同一規格の後発医薬品が薬価収載されていない場合**は、1) 調剤した医薬品は先発医薬品であること、2) これに対する後発医薬品は存在しないこと(含量規格が異なる後発医薬品または類似する別剤形の後発医薬品がある場合に、その情報を提供することは差し支えない)、**③「後発医薬品」である場合**は、調剤した医薬品は既に後発医薬品であること、**④いずれにも該当しない場合**は、長年に亘り使用されている医薬品であることや、漢方製剤や生薬であり後発医薬品は存在しないことなどーを「後発医薬品に関する情報」として患者へ提供することが求められる。

また、「後発医薬品に関する情報」に関しては、「可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい」とされていることにも留意されたい。

※ 2012年04月02日掲載「使用薬剤の薬価(薬価基準)に収載されている医薬品について(平成24年4月2日現在)」(今後、逐次更新予定。)

厚生労働省トップページ > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 使用薬剤の薬価(薬価基準)に収載されている医薬品について(平成24年4月2日現在)

http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/03/tp120305-01.html

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

(問1) 在宅訪問薬剤管理指導業務のうち、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が実施することができるものはどれか。

(答)　サポート薬局による実施(在宅基幹薬局で算定)が認められているのは、①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③居宅療養管理指導費、④介護予防居宅療養管理指導費に限られる。在宅患者緊急時等共同指導料および退院時共同指導料は認められていない。

(問2) どのような場合に、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が在宅訪問薬剤管理指導業務を実施することができるのか。

(答)　在宅薬剤管理指導は、1人の患者に対して1つの保険薬局(在宅基幹薬局)が担当することが基本であることから、連携している他の保険薬局(サポート薬局)に代わりの対応を求めることができるのは、在宅基幹薬局において「緊急その他やむを得ない事由がある場合」に限られている。

したがって、1人の患者に対して、サポート薬局による在宅薬剤管理指導が頻繁に実施されることは認められない。

【服薬情報等提供料】

(問1) 点数表の簡素化の観点から、調剤情報提供料と服薬情報提供料が廃止され、服薬情報等提供料に統合された。平成24年3月までは、①吸湿性等の理由により長期保存の困難性等から分割調剤する必要がある場合や、②粉砕等の特殊な技術工夫により薬剤の体内動態への影響を認める場合には、調剤情報提供料を算定できたが、平成24年4月以降については、これに代わり服薬情報等提供料を算定するという理解で良いか。

(答)　そのとおり。

【後発医薬品の変更調剤】

(問1) 後発医薬品への変更調剤において、処方医から含量規格や剤形に関する変更不可の指示がなく、かつ、変更調剤後の薬剤料が変更前と同額以下である場合に限り、含量規格が異なる後発医薬品または類似する別剤形の後発医薬品に変更できるが、一般名で記載された処方せんにより、先発医薬品を調剤する場合にも、含量規格や剤形の変更は可能か。

(答)　含量規格が異なる医薬品または類似する別剤形の医薬品への変更については、後発医薬品へ変更調剤する場合に限り認められる。変更調剤は、後発医薬品の使用促進のための一環として導入されている措置であることから、一般名処方に基づき、先発医薬品を調剤する場合は対象とされていない。

(問2) 処方せんに含量規格や剤形に関する変更不可の指示がなく、変更調剤後の薬剤料が変更前と同額以下であれば「含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形の後発医薬品」に変更できるが、一般名処方に基づいて後発医薬品を調剤する際に、該当する先発医薬品が複数存在し、それぞれ薬価が異なる場合には、変更前の薬剤料についてどのように考えるべきか。

(答)　一般名で記載された先発医薬品に該当していれば、いずれの先発医薬品の薬剤料と比較するものであっても差し支えない。ただし、患者が当該一般名に該当する先発医薬品を既に使用している場合は、当該医薬品の薬剤料と比較すること。

【その他】

(問1)　一般名処方の場合、当該調剤に係る処方せんを発行した保険医療機関に、情報提供することとされているが、すべてのケースで実施される必要はなく、例えば医療機関との合意に基づき、保険薬局で調剤した薬剤が前回の来局時に調剤した薬剤と同一である場合には、保険薬局から保険医療機関へ改めて情報提供する必要はないものとしてよいか。

(答)　よい。

〈 別 添 ５ 〉

訪問看護療養費関係

（問１）複数名訪問看護加算において評価されている看護補助者には、業務の定義や資格要件はあるのか。また、訪問看護ステーションに雇用されていない看護補助者でもよいのか。

（答）　看護補助者については、訪問看護を担当する看護師の指導の下に、療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことを想定しており、資格は問わない。秘密保持や医療安全等の観点から、当該訪問看護ステーションに雇用されている必要があるが、指定基準の人員に含まれないことから、従事者の変更届の提出は要しない。

（問２）複数名訪問看護加算を算定する際、看護職員を看護補助者として計上しても良いか。

（答）　不可。

（問３）今回の改定により、厚生労働大臣が定める指定訪問看護の告示において、「訪問看護ステーションの定める営業時間以外の時間における指定訪問看護（夜間・早朝訪問看護加算若しくは深夜訪問看護加算を算定する日は除く。）」となったが、当該加算を算定せずに営業時間以外の差額料金をその他の利用料として徴収することは可能か。

（答）　不可。今回の改定により、訪問看護ステーションが当該加算とその他の利用料のどちらを算定するか選べるようになったわけではなく、告示に示されている夜間（午後６時から午後10時までの時間）、早朝（午前６時から午前８時までの時間）又は深夜（午後10時から午前６時までの時間）に利用者又はその家族等の求めに応じて、指定訪問看護を行った場合には当該加算を算定するものであり、訪問看護ステーションの都合により、当該時間に指定訪問看護を行った場合には当該加算もその他の利用料も算定できない。

（問４）今回の改定で新設された夜間・早朝訪問看護加算（2,100円）及び深夜訪問看護加算（4,200円）は、１日何回まで算定できるのか。また、当該加算は、訪問看護基本療養費を算定できない訪問（他の訪問看護ステーションがすでに訪問した後の同一日訪問等）の場合に、加算のみの算定は可能か。

（答）　夜間・早朝訪問看護加算（2,100円）及び深夜訪問看護加算（4,200円）は、それぞれの加算を１日１回ずつの計２回まで算定可能である。例えば、筋萎縮性側索硬化症（ALS）の利用者に対して、１つの訪問看護ステーションが患家に同一日に３回（夜間、早朝、深夜の時間帯に各１回）訪問を行ったとしても、訪問看護基本療養費及び訪問看護管理療養費を除き、夜間・早朝訪問看護加算（2,100円）と深夜訪問看護加算（4,200円）は各１回ずつの計6,300円しか算定できない。また、訪問看護基本療養費を算定できない訪問の場合には、この加算は算定できない。

（問５）入院中の患者に対して外泊時に訪問看護ステーションから訪問看護を提供して訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定する場合、状況に応じて深夜訪問看護加算や複数名訪問看護加算等の加算の算定は可能か。

（答）　訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定する場合、告示の記載にある通り、特別地域訪問看護加算以外の加算はすべて算定不可である。

（問６）退院時共同指導加算の特別管理指導加算は、理学療法士等のリハビリ職種が行った場合にも算定できるのか。

（答）　そのとおり。

（問７）精神科訪問看護基本療養費を算定する場合に、届出基準として求められている「（４）専門機関等が主催する精神保健に関する研修」とは、具体的にどのような研修があるのか。

（答）　研修とは社団法人全国訪問看護事業協会等の専門機関が実施している概ね5日間程度で、精神訪問看護の基礎、精神保健（疾病の理解等を含む）、精神科看護（統合失調症又は認知症患者への看護のいずれかを含む）、精神科リハビリテーション看護及び症例検討等の内容を含むものであること。

（問８）届出基準にある「精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を有する者」とは、平成24年3月31日以前に行っている訪問看護基本療養費（Ⅱ）の算定対象になる訪問看護だけではなく、居宅の精神疾患の利用者への訪問看護（訪問看護基本療養費（Ⅰ））や1日だけの経験も該当すると考えてよいか。

（答）　継続的に精神疾患を有する患者に対する訪問看護を行っており、精神科訪問看護を適切に提供できると判断できる者であれば該当する。

（問９）今まで主治医の精神科医が出した訪問看護指示書に基づき、精神疾患を有する患者に訪問看護を提供していたが、今回の改定により新たにＩ０１２－２精神科訪問看護指示料が創設されたことにより、訪問看護指示書の出し直しが必要になるのか。それとも、現在の訪問看護指示書の指示期間が終了してから新しい指示書に切り替える形でもよいのか。 また、切り替えなくてもよい場合には、その費用は訪問看護基本療養費と精神科訪問看護基本療養費のどちらで算定すればよいのか。

（答）　訪問看護指示書の切り替えは、現在の指示書の指示期間が終了してからでも差し支えない。また、その間の訪問看護に係る費用は、同じ訪問看護基本療養費で算定し、指示書が切り替わった月から精神科訪問看護基本療養費の算定に切り替える。

〈 別 添 ６ 〉

＜医科診療報酬点数表関係＞

【入院基本料等加算】

~~(問38) 看護職員配置夜間加算を算定している保険医療機関において、配置基準の12対１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) 当該病棟における看護職員と入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点数を算定する。~~

【医学管理等】

(問104) Ｂ001~~００１~~－２－７外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーションを行わない日において、再度医師が診察を行った場合に、再診料又は外来診療料は算定できるのか。

(答) リハビリテーションに係る再診料又は外来診療料は算定できない。

【記載要領】

(問186) 問~~192~~185で認められる場合、例２及び例３の翌月診療分において、薬剤の投与がない場合、薬剤料のみを記録することでよろしいか。

(答) 差し支えない。

＜医科診療報酬点数表関係(DPC)＞

4. 用語等について

(問4－2) 心室中隔欠損症(140310)で用いる「入院時月齢」は生年月日の翌月同日を迎えたときに一か月とするのか。それとも30日を一か月とするのか。

(答) 年齢と同様に暦で計算する。原則として、翌月同日を迎えた時を一か月とするが、翌月同日が無い場合は翌々月の~~末~~１日とする(例　生月日3月31日の場合、一か月は~~４~~５月~~３０~~１日となる)。

7．診断群分類点数表等により算定される診療報酬

（問7－11）また上記の問7－１０~~○○~~で、②DPC算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、③DPC算定病棟（包括評価の対象外）の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。

（答）①DPC算定病棟（包括評価の対象）において機能評価係数Ⅱの「データ提出係数」で既に評価されているため、算定することができない。