

(保46)

平成20年5月16日

都道府県医師会  
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事  
藤原 淳

厚生労働省「疑義解釈資料」の送付について

平成20年4月1日より施行されております診療報酬点数表等の改定に関して、今般、厚生労働省保険局医療課より、別添のとおり疑義解釈資料が関係機関等に対し発出されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員へのご周知方ご高配賜わりますようお願い申し上げます。

なお、添付資料中、別添2および別添3につきましては、歯科診療報酬点数表関係および調剤報酬点数表関係の資料となりますので、割愛しておりますことを申し添えます。

また、当該資料につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルームに掲載しておりますので、ご活用くださいますようお願いいたします。

《添付資料》

疑義解釈資料の送付について

(平20.5.9 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事務連絡  
平成20年5月9日

地方社会保険事務局  
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

「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）等については、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305001号）等により、平成20年4月1日より実施しているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添3のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

なお、医科診療報酬点数表等の取扱いにかかる「疑義解釈資料の送付について」（平成20年3月28日付事務連絡）を別添4のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

## 医科診療報酬点数表関係

### 【初・再診料】

(問1) 8時00分より診療を開始する診療所で、7時30分より患者の受付を開始した場合は、8時00分までの受付患者については夜間・早朝等加算を算定できるか。

(答) 表示している診療時間の開始時間が8時00分とされており、8時00分以降の診療を前提として受付しているため、この場合においては夜間・早朝等加算の算定の対象とはならない。

(問2) 基本診療料に含まれる処置について、それらを実施した場合の際に使用した薬剤の費用を第9部処置の第3節薬剤料で算定した場合においても、外来管理加算は算定できるか。

(答) 算定できる。

(問3) 標準的算定日数の除外対象者以外の患者で、標準的算定日数を超え月に13単位を超えて、選定療養で疾患別リハビリテーションを請求している診療の場合は、リハビリテーションを行わなかった場合として、外来管理加算を算定できるか。

(答) 算定できない。

### 【入院基本料】

(問4) 有床診療所入院基本料1の夜間看護配置加算1の要件である「当該診療所における夜間の看護職員の数が、1以上であること。」とは、当直でもよいか。

(答) よい。交代制など夜勤体制を整備している必要はない。

(問5) 有床診療所入院基本料の注4の加算について、イとロ及びハとニについては、併算定は可能なのか。

(答) 要件を満たしている場合には、併算定が可能である。

当該有床診療所において、「ロ 看護配置加算2」及び「ニ 夜間看護配置加算」を届け出ている場合には、イとロ及びハとニの加算が算定可能である。

#### 【入院基本料等加算】

(問6) 入院時医学管理加算の外来縮小体制の要件にある、地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注7」の加算を算定する退院患者数について、特別な関係ではない医療機関へ直接退院した場合には、医学管理等が包括対象となっている小児入院医療管理料では区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注7」の加算を算定する事ができないが、その場合の取り扱い如何。

(答) 区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注7」の加算を算定できる場合と同等に情報提供を行った上で転院した場合であれば、患者数として算定して差し支えない。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こと。

(問7) 「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について(保医発第0305001号)」のA206在宅患者緊急入院診療加算(3)に「当該診療所の保険医の求めによらない緊急入院において、当該患者の入院後24時間以内に、当該診療所の保険医から、受入保険医療機関の保険医に対して当該患者の診療情報が提供された場合であっても算定できる。」とあるが、この場合に診療情報提供料(I)を当該診療所で算定できるか。

(答) 算定できる。

(問8) 医師事務作業補助体制加算の施設基準となっている研修について、既存の講習等を受けた場合にあっては、免除されるか。

(答) 基礎知識習得については、適切な内容の講習の時間に代えることは差し支えない。ただし、業務内容についての6ヶ月間の研修は実施すること。

適切な内容の講習には、診療報酬請求、ワープロ技術、単なる接遇等の講習についての時間は含めない。なお、既存の講習等が32時間に満たない場合、不足時間については別に基礎知識習得の研修を行うこと。

(問9) 修得すべき基礎知識の中に、医療関係法規として健康保険法が規定されているが、診療報酬に関するものも含まれるのか。

(答) あくまでも健康保険制度の理念、制度概要についての知識であり、診療報酬実務に関するものは含まれない。

(問10) 精神科地域移行実施加算について、退院に係る実績は1月から12月までの1年間とされているが、この期間内に入院期間が5年以上となり、かつ退院した患者については、実績に算入できるか。

(答) 退院に係る実績は、1月1日において入院期間が5年以上である患者について算入するため、問の患者については、次年度の実績として算入する。

(問11) 精神科地域移行実施加算を初めて届け出る場合は、届け出る月の前月から遡って1年間の実績が要件とされているが、届け出後に再入院した患者が出たために要件を満たさなくなった場合は算定できるのか。

(答) 届け出は無効となるため、速やかに届出の取り下げを行うこと。

(問12) 精神科身体合併症管理加算は、内科又は外科を専門とする医師が1名以上配置とあるが、各病棟に内科又は外科を専門とする医師が必要か。

(答) 内科又は外科を専門とする医師が当該病院に常勤又は非常勤として勤務しており、算定される病棟で診察・治療を担当していればよい。算定される病棟が複数有る場合、それぞれの病棟に別の内科又は外科の医師を配置する必要はない。

(問13) 一つの医療機関で、A238退院調整加算とA241後期高齢者退院調整加算の両方を算定する場合、A238退院調整加算における「入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門」と、A241後期高齢者退院調整加算における「入院患者の退院に係る調整に関する部門」は、一つでよいか。

(答) よい。

(問14) A238退院調整加算における「退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士」、A241後期高齢者退院調整加算における「退院調整部門に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社会福祉士」、A308-2亜急性期入院医療管理料「専任の在宅復帰支援を担当する者」は、それぞれ兼務可能か。

(答) 可能。

(問15) 入院診療計画書の総合的な機能評価については、A240後期高齢者総合評価加算を算定しない患者では、行う必要はないのか。

(答) その通り。

#### 【特定入院料】

(問16) 起算日の変わらない入院期間中に、A303総合周産期特定集中治療室管理料と、A236-2ハイリスク妊娠管理加算又はA237ハイリスク分娩管理加算を算定することはできないのか。

(答) A303総合周産期特定集中治療室管理料を算定する日とあわせ、それぞれ、20日間又は8日間まで算定可能。

(問17) 「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について(保医発第0305001号)」のA308回復期リハビリテーション病棟入院料(6)に「回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料を継続して算定できることとする。…」とあるが、転院先に回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準を満たす病棟がある場合に限り、算定できることとする扱いでよろしいか。

(答) そのとおり。

(問18) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する医療機関が新たな回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出る場合、当該病棟は回復期リハビリテーション病棟入院料2での算定となるのか。

(答) 回復期リハビリテーション病棟入院料2での算定となる。ただし、その後、当該2つの病棟の6ヶ月間の実績を報告し、その際に併せて当該2つの病棟をまとめて、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2のどちらか一方を算定するよう届け出るものとする。

(問19) 日常生活機能評価の評価を行うのに必要な所定の研修とは、看護必要度にかかる研修でもよいのか。

(答) よい。

(問20) 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り扱いについて(平成20年3月5日保医発第0305002号)において規定されている、精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料の延べ入院日数の要件における「新規患者」とは、どのような患者を指すのか。

(答) 当該病棟への入院日が当該特定入院料の起算日に当たる患者であって、当該病棟に入院してから3ヶ月以内の患者をいうものである。

【短期滞在手術基本料】

(問21) 短期滞在手術基本料3について、どの時点で15歳未満の患者が対象か。

(答) 手術日当日に15歳未満の患者が対象である。

【医学管理等】

(問22) 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)について、対象となる特定疾患に脂漏性皮膚炎が追加されたが、これに含まれる病名は何か。

(答) 脂漏性湿疹及び脂漏性乳児皮膚炎である。なお、乾性脂漏症、単純性顔面皰糠疹、頭部脂漏、乳痂、皰糠疹及び新生児皮脂漏は含まない。

(問23) リンパ浮腫指導管理料について、他院で手術を行う、若しくは、他院で手術を行った患者についても算定可能か。

(答) 算定不可である。

(問24) 糖尿病合併症管理料の要件である「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、  
①日本看護協会 認定看護師教育課程「糖尿病看護」の研修  
②日本看護協会 認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア(旧創傷・オストミー・失禁(WOC)看護)」の研修  
③日本看護協会が認定している看護系大学院の「慢性疾患看護」の専門看護師教育課程  
が要件を満たしているものと考えている。  
なお、その他の研修については、個別に照会されたい。

(問25) 糖尿病合併症管理料算定対象者の要件について、糖尿病の疑い、またはハイリスク要因のいずれかの疑いがある場合、算定できるか。

(答) 算定できない。糖尿病の診断名かつハイリスク要因のいずれかの診断がされている必要があり、疑いのみでは算定不可である。



(問26) 糖尿病合併症管理料に「在宅での療養を行う患者を除く。」とあるが、月初に糖尿病合併症管理料を算定した患者が、月末に在宅療養の患者になった場合は算定可能か。

(答) 算定可。

(問27) ① 新設の糖尿病合併症管理料をB000 特定疾患療養管理料と要件を充たせば併算定が可能か。  
② 可能であれば同一日に算定できるのか。

(答) ①②ともに算定可。

(問28) 薬剤管理指導料が3つの区分に分かれたが、どの区分で算定するかにかかわらず、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定するという理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問29) 薬剤管理指導料の「2」の対象となる「精神神経用剤」には薬効分類112に属する「催眠鎮静剤、抗不安剤」は含まれるか。

(答) 薬効分類117に属する「精神神経用剤」のみが対象であり、薬効分類112に属する「催眠鎮静剤、抗不安剤」は含まれない。

(問30) 薬剤管理指導料の「2」の対象となる「免疫抑制剤」には、抗リウマチ薬のうち、メトトレキサート、ミゾリビン及びレフルノミドは含まれるが、金チオリンゴ酸ナトリウム、オーラノフィン、D-ペニシラミン、サラゾスルファピリジン、ブシラミン、ロベンザリット二ナトリウム及びアクタリットは含まれないという理解でよいか。

また、インフリキシマブ及びエタネルセプトについては含まれるという理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問31) 薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算については、退院時に算定することとなっているが、算定の対象となる指導については、必ずしも退院日の指導に限るものではないと理解してよいか。

(答) そのとおり。

(問32) 診療情報提供料（I）の注9にある専門医療機関は、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけの医師や介護サービス等との調整を行うとされているが、具体的な要件はあるのか。

(答) 具体的には「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成20年3月31日障発0331009号）における保険医療機関に準じた機能を有する保険医療機関であること。

(問33) 医療機器安全管理料について、放射線治療を専ら担当する常勤の医師、及び精度管理を専ら担当する技術者は、放射線治療専任加算の医師及び診療放射線技師と併任は可能か。

(答) 可能である。

(問34) 医療機器安全管理料の生命維持管理装置として、血液浄化装置（人工腎臓を除く）が示されているが、自動腹膜灌流装置のほか、血液濾過装置、血液透析濾過装置も算定対象外となるのか。

(答) そのとおり。

(問35) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料は退院日に算定することとされているが、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳への薬剤情報の記載は、必ず退院日に行わなければいけないのか。

(答) 入院中に副作用が発現した薬剤については、その都度手帳に記載して差し支えない。また、入院中に使用した主な薬剤の名称等の必要な情報を手帳に記載しているのであれば、必ずしも退院日に手帳へ記載する必要はない。なお、この場合、手帳に薬剤情報を記載した後に新たに薬剤による副作用が発現していないか十分注意するとともに、発現した場合には当該副作用に関する情報についても退院時まで手帳に追記すること。

(問36) 後期高齢者診療料の注2「(前略)・・・ただし、患者の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。」とあるが、

- ①急性増悪の判断基準はあるか。
- ②所定点数には加算を含むか。

(答) ①医学的判断による  
②含まない

(問37) 後期高齢者診療料の要件として、「診療所及び当該病院を中心に半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院において算定できることとする。」とあるが、半径4キロメートル以内に病院が存在する場合は算定可能か。

(答) 算定可。

(問38) 特定疾患療養管理料を算定していた患者に対して、後期高齢者診療料を算定することによって、他の医療機関での診療は制限されるのか。

(答) 従来通り他の医療機関での診療を妨げるものではない。

(問39) 後期高齢者外来継続指導料について、「・・・当該患者が退院後再び継続して区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する。」とあるが、入退院を繰り返せばその都度算定できると解してよいか。(入院期間や前回算定日からの期間、月に算定できる回数の制限はあるか。)

(答) 通算される再入院でない場合には算定できる。

(問40) 後期高齢者終末期相談支援料について、「一般的に認められる医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者」とあるが、医学的な判断でよいか。

(答) 医学的な判断でよい。

#### 【在宅医療】

(問41) 平成20年度診療報酬改定前の在宅時医学総合管理料が、特定施設入居者等に対する特定施設入居時等医学総合管理料とそれ以外の在宅患者に対する在宅時医学総合管理料とに評価が分かれたが、例えば、自宅など在宅時医学総合管理料の対象となる施設で1回訪問診療が行われた後、特別養護老人ホームなど特定施設入居時等医学総合管理料の対象となる施設に当該患者が入居し、そこで訪問診療が行われた場合には、いずれの点数を算定することとなるのか。

(答) 特定施設入居時医学総合管理料を算定すること。

なお、同一月において、自宅など在宅時医学総合管理料を算定する施設での訪問診療又は往診が2回以上行われた場合にあっては、特別養護老人ホームなど特定施設入居時等医学総合管理料の対象となる施設での訪問診療の実施回数を問わず、在宅時医学総合管理料を算定するものであること。

(問42) 在宅患者訪問看護・指導料の注4に「別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する患者に対し、・・・」とありますが、人工呼吸器を使用している状態にある者であれば算定できると解してよいのか。また長時間とは、具体的にどの程度の時間をさすのか。

(答) 人工呼吸器を使用している状態にある者で1回の訪問看護の時間が2時間を超えた場合に算定する。

※C005-1-2 居住系施設入所者等訪問看護・指導料の注4についても同様

(問43) 在宅療養指導管理材料加算は要件を満たせば、別に算定できるようになったが、インスリン投与中ではない患者に対しても、血糖自己測定器加算等は算定できるか。

(答) できない。

#### 【検査】

(問44) グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定の対象となるウイルスのうち、ヘルペスウイルスにはどのようなウイルスが含まれるか。

(答) 水痘・帯状疱疹ウイルス、単純ヘルペスウイルス1型、単純ヘルペスウイルス2型が含まれる。

(問45) リンパ球幼若化検査について、薬疹について実施する場合はいかなる場合か。

(答) リンパ球幼若化検査を薬疹の原因と考えられる非疑医薬品を用いて実施した場合のことをいう。

(問46) 検体検査管理加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている医療機関が、外来にて検体検査管理加算(Ⅰ)を算定する場合、検体検査管理加算(Ⅰ)を届出るは必要があるのか。

(答) 必要ない。

(問47) D215超音波検査の注1及び注2の加算の対象となる「断層撮影法」とは、「3 UCG イ断層撮影法及びMモード法による検査」の断層撮影法も含むのか。

(答) 含まない。「2 断層撮影法」のみである。

(問48) 神経学的検査において、神経学的検査チャートの検査項目を満たすために、眼振や眼底等を検査した場合、別にD250平衡機能検査やD255精密眼底検査を算定できるか。

(答) 神経学的検査と一連のものとして実施された検査については、別に算定できない。

(問49) 神経学的検査の所定の研修とはどのような研修か。

(答) 日本神経学会又は日本脳神経外科学会が主催する研修であって、神経学的検査を実施する上で必要な内容を含む研修。なお、日本神経学会および日本脳神経外科学会の専門医試験における研修についても含むものとする。

## 【注射】

(問50) 無菌製剤処理料については、注射実施料が算定できないこととされる場合であっても算定できるとされているが、入院料に包括される注射手技料についても無菌製剤処理料が算定できるということか。

(答) 従来は無菌製剤処理加算と同様に、無菌製剤処理料は算定できない。薬剤の量によって、点滴注射の手技料が算定できない場合等においても、無菌製剤処理料が算定できるように変更したものであり、入院料に包括される注射手技料について無菌製剤処理料が算定できるようにしたものではない。

## 【リハビリテーション】

(問51) 廃用症候群の病名で脳血管疾患等リハビリテーション料等を算定する際、電子情報処理組織を使用して療養の給付費等の請求を行う場合にも、別紙様式22に規定する書式の添付書類を必ず診療報酬明細書に添付しなければならないのか。

(答) 当分の間、別紙様式22に規定している書式に記載されるべき情報を診療報酬明細書に記載すること。この場合、別途様式22に規定する書類を添付する必要はない。

(問52) リハビリテーション総合計画評価料は、疾患別リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行なった場合に、患者1人につき月1回を限度として算定するとされたが、このことは標準的算定日数を超えてリハビリを行い、疾患別リハビリテーション料を算定している場合においても算定できるか。

(答) 算定できる。

(問53) 集団コミュニケーション療法料について、届出を行った集団コミュニケーション療法室以外の場所で行った場合でも算定できるか。

(答) 算定できる。必ずしも、集団コミュニケーション療法室で行う必要はない。

## 【手術】

(問54) 自己血貯血を行った際のエリスロポエチンの薬剤料は、どのように算定するのか。

(答) 自己血貯血に伴う薬剤料であり、K940の薬剤として算定する。

(問55) 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「2」実物大臓器立体モデルによるものがあるが、「1」「2」両方とも算定可能な手術に対して、併算定可能か。

(答) いずれか一方のみ算定可能である。

## 【麻酔】

(問56) マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の注5における「硬膜外麻酔の実施時間」とは、当該「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」を実施した時間と同じとして算定するのか。

(答) 硬膜外麻酔を、当該「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」の開始前から終了以降まで実施した場合は、そのように算定する。

## 【介護老人保健施設入所者に係る診療料】

(問57) 緊急時施設治療管理料について、患者がショック状態であるなど緊急を要する場合であっても、介護療養型老健施設の医師の電話等による求めを受けてから往診しなくてはならないのか。

(答) 原則として緊急時施設治療管理料を算定するにあたっては、介護療養型老健施設の医師から往診医への電話による依頼により往診を行った場合を評価するものであり、当該施設の職員が直接、往診医へ連絡した場合は算定の対象とはならない。

ただし、患者がショックその他病状の著しく変化した場合であって、緊急の医療処置等を必要とする状態である場合に限り、当該施設の職員から介護療養型老健施設の医師へ電話した上で、当該施設の医師がやむを得ず往診医へ連絡を行うことができない場合は、必ずしも当該施設の医師による事前の電話等による求めを行う必要はない。

なお、その場合、当該患者の病状等について診療録に記載のこと。



【その他】

(問58) 基本診療料及び特掲診療料において、従来の届出と異なる区分への変更の届出を行う場合には、いつまでに届出を行い、いつから新たな報酬を算定するのか。特に、従来より低い区分への変更の届出（10対1入院基本料から13対1入院基本料への変更等）の場合には、どのように取り扱うのか。

(答) 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20年3月5日保医発第0305002号）第3の2及び特掲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20年3月5日保医発第0305003号）第3の1に規定するとおりであり、従来の届出区分より上の区分への変更であるか下の区分の変更であるかを問わず、以下のとおり取り扱うこととしたものである。

- ・月単位で算出する数値を用いた要件に関する施設基準の場合は、その変更を生じた月の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。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。
- ・面積要件や常勤職員の配置要件等、月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合は、その変更を生じた日の属する月に速やか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。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。

(問59) 精神科急性期治療病棟に患者が91日以上入院した場合には、精神病棟入院基本料の15：1入院基本料の例により算定することとなるが、その際、看護配置加算、看護補助加算を算定する場合に、あらためての届出が必要か。

(答) 精神科急性期治療病棟入院料のほか、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の届出の際には、様式9を併せて提出することとなっている。様式9の「看護配置加算の有無」、「看護補助加算の届出区分」欄に、当該特定入院料が算定されない場合に算定されることとなる精神病棟15対1入院基本料と併せて算定することを希望するものとして記入があれば、あらためての届出は必要ない。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問22） J C S（Japan Coma Scale）又はG A F（Global Assessment of Functioning）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 J C S又はG A Fで判断するのか。

（答） 包括対象病棟の入院時に該当する J C S又はG A F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。