

事務連絡  
平成22年4月13日  
最終改正 事務連絡  
平成22年4月30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22年3月29日付事務連絡）を別添2のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

【明細書発行体制等加算】

(問1) 医科歯科併設の診療所において、医科についてのみ電子請求を行い、明細書を発行している場合は、医科についてのみ明細書発行体制等加算の届出を行うことはできるのか。

(答) 届出できる。なお、医科歯科併設の診療所が届出を行う際は、医科、歯科のどちらについての届出であるかを記載すること。また、地方厚生（支）局長が医科歯科併設の診療所の明細書発行体制等加算の算定可否を審査支払機関に対し通知する際は、医科及び歯科を分けて行うこと。

【入院基本料】

(問2) 療養病棟入院基本料を算定する病棟について、従前より医療区分2及び3の患者の合計が8割以上である場合は、平成22年4月1日以降に療養病棟入院基本料1に係る届出を改めて行う必要があるか。

(答) 行う必要はない。ただし、従前より、看護配置等の要件については療養病棟入院基本料1の要件を満たしていること。なお、以下の場合には、新たな届出が必要となる。

- ① 平成22年3月31日において医療区分2及び3の患者の合計が8割以上であったが、平成22年4月1日以降において療養病棟入院基本料2を算定することとなった場合
- ② 平成22年3月31日において医療区分2及び3の患者の合計が8割未満であったが、平成22年4月1日以降において療養病棟入院基本料1を算定することとなった場合

## 【特定入院料】

(問3) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る経過措置（1日当たり2単位以上のリハビリ、重症患者割合2割以上）について、22年度改定前の施設基準を届け出ている保険医療機関が、改定後の施設基準の届出を行っていない場合には、従前の例によることとされているが、この場合において、22年度改定において新設された「休日リハビリテーション提供体制加算」及び「リハビリテーション充実加算」についてのみ施設基準の届出を行った上で、算定することはできるのか。

(答) 算定できない。なお、22年度改定で新設されたこれらの2つの加算については、改定後の回復期リハビリテーション料1又は2に係る施設基準を届け出ている保険医療機関に限り算定できる。

(問4) 認知症治療病棟入院料の退院調整加算について、「退院時」に算定することとなっているが、退院先として以下の場合には算定可能か。

- ①自宅への退院の場合
- ②施設等への入所の場合
- ③他の保険医療機関に転院した場合

(答) ①算定可  
②算定可  
③算定不可

## 【医学管理等】

(問5) がん性疼痛緩和指導管理料に係る施設基準において、「当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師（…中略…）（緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。」とあるが、これは、緩和ケアに係る研修を修了した医師が1名以上配置されていれば、それ以外の医師が指導を行った場合にも算定可能ということか。

(答) そのとおり。

(問6) 介護支援連携指導料について、特定機能病院等の在院日数が短い保険医療機関では、退院直前にのみ共同指導が行われる場合も想定されるが、留意事項通知上「2回目の指導内容」とされている指導内容について「初回指導」として行うことになっても算定は認められるのか。

(答) 指導の内容については、入院の経過に応じて適切に行われるべきものであり、退院直前の患者に対する初回の指導について、留意事項通知上「2回目の指導内容」とされている指導が行われることは差し支えない。

(問7) 介護支援連携指導料について、「初回の指導内容」と「2回目の指導内容」を同一日に行った場合の算定方法如何。

(答) 入院の経過に応じて適切な指導が行われている場合であっても、同一日に行った指導については、1回分の指導料を算定する。

(問8) 介護支援連携指導料について、「ケアプランの写しを診療録に添付すること」とされているが、ケアプランは、その原案やケアプランに位置付ける予定のサービスを記載した文書でもよいか。

(答) よい。

#### 【検査】

(問9) 染色体検査における「すべての費用」には、検体採取の費用は含まれるのか。

(答) 含まない。なお、検体採取以降、結果判明までの費用はすべて含まれる。

#### 【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対象患者について、手術が行われる予定の患者又は行われた患者とされているが、結果的に手術が行われなかった場合には算定できないのか。

(答) 結果的に手術が行われなかったことについて医学的に正当な理由があり、手術が行われなくともがん患者リハビリテーションを行うことが医学的に適切であった場合には認められる。

(問11) 慢性の運動器疾患の患者であっても、手術を行い、急性発症した運動器疾患の患者と同様に術後に集中的なリハビリが必要な場合には、運動期リハビリテーション料（I）を算定できるのか。

(答) 算定できる。ただし、手術後のみ算定できる。

#### 【手術】

(問12) 2以上の手術を同時に行い、「診療報酬の算定方法」第10部手術の通則14のただし書に基づき費用を算定する場合に、従たる手術において使用された手術医療機器等について手術医療機器等加算は算定できないのか。

(答) 手術医療機器等加算については、手術の主従にかかわらず算定できる。

(問13) てんかん治療手術の前に、てんかん焦点診断を目的として頭蓋内電極植込術を行った場合に、K181脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）は算定できるのか。

(答) 算定できる。

#### 【明細書の発行】

(問14) 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（3月29日付事務連絡）の問161では、「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」は、「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」とされているが、明細書発行機能が付与されていない自動入金機を利用する患者が大半である場合は、病院全体として「正当な理由」に該当するものとして、窓口会計の患者についても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) 当分の間は、そのような取扱いで差し支えない。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、大半の患者が自動入金機を利用しているため、窓口で支払をする患者についても患者からの求めに応じて明細書発行を行う旨を付記すること。

【その他】

(問15) 症状や検査から低髄液圧症候群であると診断し、その後、具体的な治療内容について患者と相談して、患者の同意を得た上で、ブラッドパッチ療法を施行した場合、当該療法については保険請求できないとしても、患者の同意が得られるまでに行った検査等については保険請求できるのか。

(答) 請求できる。なお、低髄液圧症候群と診断されて、ブラッドパッチ療法を施行することに同意した時点以降の費用については保険請求できない。

(問16) 過去に低髄液圧症候群を疑い、ブラッドパッチ療法を施行して症状が改善し終診となった患者が、再度同様の症状等にて受診して検査等を行った場合に、当該検査等については保険請求できるのか。

(答) 請求できる。

(問17) ブラッドパッチ療法を目的とした診療や、ブラッドパッチ療法による明らかな合併症のための診療の場合には、保険請求できないのか。

(答) そのとおり。

## 医科診療報酬点数表関係（D P C）

（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~~4042~~4042万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。