事　務　連　絡
平成26年３月31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26年厚生労働省告示第57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26年３月５日保医発0305第３号）等により、平成26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、改定説明会等にて回答した事項と併せて、本事務連絡を確認の上、適切に運用頂くようお願いします。

東海北陸厚生局
接　26.4.-1　受
東海北医収040第109号

医科診療報酬点数表関係

【紹介率の低い医療機関の初診料・外来診療料等】

（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。

【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。

（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。

【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、改定後の内容で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。

(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。

(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) 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。

【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。

【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。

【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で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に、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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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イнス(JANIS)において、一部の部門のみ参加すればよいのか。

（答）　少なくとも検査部門が参加していることが必要である。

（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。

【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。

【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。

【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） ①回復期リハビリテーション病棟協会が開催する「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開催する「総合リハビリテーション講座」のいずれかの研修を指す。

（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。

【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は可能か。

（答） 可能である。

【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。

【短期滞在手術等基本料】

（問55） ＤＰＣ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。

【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。

【がん患者管理指導料】

（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） 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。

（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、酢酸リュ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。

【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、当該様式を添付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以上の場合は、別紙様式を添付する必要はない。

【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。

（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。

【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）　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。

【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（Adaptive Servo Ventilation(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 チェー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。

（問68）Ｃ110-4在宅仙骨神経刺激療法指導管理料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。

【検査】

（問69）Ｄ004－２悪性腫瘍組織検査のイ　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抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（M

ＰＯ-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。

【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。

【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。

【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。

（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。

（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。

（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なにか。

（答）　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。

(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。

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

(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。

【手術】

（問86）Ｋ190－６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）Ｋ546経皮的冠動脈形成術及びＫ549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）Ｋ939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。

【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、ダイレーター、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されいている患者に対し、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。

（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。

（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、内法は免除される。

〈別添２〉

医科診療報酬点数表関係（ＤＰＣ）

１．ＤＰＣ対象病院の基準について

（問１－１）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、入院患者についての疾病統計におけるＩＣＤ10コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

２．ＤＰＣ対象患者について

（問２－１）ＤＰＣ対象患者は、自らの意志で診断群分類点数表による算定か、医科点数表による算定を選択することができるのか。

（答）　選択できない。

（問２－２）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）　包括評価の対象と考えてよい。

（問２－３）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）　包括評価の対象外となる。

（問２－４）ＤＰＣ算定の対象外となる病棟からＤＰＣ算定の対象病棟に転棟したが、転棟後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）　包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後24時間以内に死亡した」患者であり、転棟後24時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。

（問２－５）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２－６）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）　入院している病棟（床）で判断するため、包括評価の対象とならない。

（問２－７）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の起算日とする。

（問２－８）入院の途中で先進医療や治験等の評価療養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、その後先進医療や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、医科点数表に基づき算定する。

（問２－９）臓器移植や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２－10）治験、臓器移植、先進医療を行った患者等、包括評価の対象外となる患者がいったん退院し、同じ病院に再入院した場合は、包括評価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医科点数表により算定すること（包括評価の対象患者とならない）。

（問２－11）外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合、その患者は包括評価の対象となるのか。

（答）　入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。

（問２－12）先進医療として認められている技術が医療機器の保険収載等の理由により、途中で保険適用となった場合、該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。

（答）　保険適用後に入院した患者については包括評価の対象となる。保険適用となる以前から入院し既に当該技術による治療を受けている場合には包括評価の対象外となる。

（問２－13）入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

（答）　厚生労働大臣による当該薬剤の告示日以降に、投与、または投与することを決定した場合には当該日より包括評価の対象外となる。また、効能追加・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）、事前評価済公知申請が認められた日から告示日までの間に投与した場合には告示日から包括評価の対象外となる。

（問２－14）厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが、告示されていない診断群分類区分が適用される場合、その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。

（答）　当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず包括評価の対象となる。（薬剤名と対象診断群分類番号が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない）

（問２－15）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）　包括評価の対象外となる。

（問２－16）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２－17）交通事故による患者も、医療保険を使用する場合には包括評価の対象となるのか。

（答）　包括評価の対象となる。

（問２－18）入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象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。

３．診断群分類区分の適用の考え方について

（１）「全般的な事項」について

（問３－１－１）「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区分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手術を行った場合、上記文章に従って診断群分類区分を決定する必要があるのか。

（答）　そのとおり。

（問３－１－２）入院当初は診断群分類区分に該当すると判断された患者が、入院後に診断群分類区分に該当しなくなった場合、診断群分類区分に該当しないと判断された日以降、医科点数表により診療報酬を算定することとなっているが、当該「判断された日」とは具体的には何を指すのか。

（答）　診断群分類区分に該当しないと医師が判断した日となる。

例えば、入院時には予定されていない手術を実施し診断群分類に該当しなくなった場合は、医師が手術が必要であると判断した日を指す（必ずしも手術を実施した日とは限らない）。

（２）「医療資源を最も投入した傷病名」について

（問３－２－１）「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

（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ＩＣＤ10コードにより選択する。

（問３－２－２）「一連」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３－２－３)「医療資源を最も投入した傷病」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、「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。

(問３－２－４)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３－２－５)「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３－２－６)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」は「○○骨折」でよいか。

(答)　「○○骨折」でよい。

(問３－２－７)「医療資源を最も投入した傷病」を決定するにあたり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料を含めることができるか。

(答)　含めることはできない。

(問３－２－８)「疑い病名」により、診断群分類区分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区分を決定すること。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」により診断群分類区分を決定することができる。

（３）「手術」について

（問３－３－１）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をしてよいか。

（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３－３－２）同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として、主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが、算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合、当該手術に係る分岐を選択することができるのか。

（答）　選択することができる。

（問３－３－３）「Ｋ６７８　体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）」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」で算定することができるのか。

（答）　「手術あり」で算定することができる（２回目の入院で「Ｋ６７８　体外衝撃波胆石破砕術」を再び行った場合、手術料は算定することができないが、診療行為として行われているため、「手術あり」として取扱う）。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３－３－４）診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第10部「手術」に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。

（答）　「手術あり」を選択する。ただし、「Ｋ９２０－２　輸血管理料」のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

（問３－３－５）手術の有無による分岐の決定において、「Ｋ９２０－２　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３－３－６）他院において手術の実施後に自院に転院した患者については、自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３－３－７）入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も、診断群分類区分は「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Ⅲを超えていなければ、「手術あり」、入院日Ⅲ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３－３－８）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、診断群分類区分を決定する際は「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か。

（答）　そのとおり。

（４）「手術・処置等１・２」について

（問３－４－１）「Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査」を９歳以上の患者に対して行った場合、食物アレルギー（診断群分類０８０２７０）の「手術・処置等１」は「あり」を選択するのか。

（答）　「なし」を選択する。

（問３－４－２）ＤＰＣ留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について、例えば「Ｌ１００　１　神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）神経根ブロック」には、他に医科点数表に示されている「トータルスパイナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。

（答）　含まれない。「Ｌ１００　２　神経ブロック　腰部硬膜外ブロック」「Ｌ１００　５　神経ブロック　仙骨部硬膜外ブロック」についても同様に明示された手技に限る。

（問３－４－３）手術に伴った人工呼吸は医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、ＤＰＣについても同様の取扱いか。

（答）　手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸　なし」の診断群分類区分を選択する。

（問３－４－４）「医療資源を最も投入した傷病」が胃の悪性腫瘍（０６０ ０２０）に該当するＩＣＤ10コードであり、一入院中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術・処置等２」は「２（放射線療法）あり」を選択することとなるのか。

（答）　そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合、化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

（問３－４－５）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選択することができるのか。

（答）　選択することができる。

（問３－４－６）診断群分類区分の決定にあたり、手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。

（答）　選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用、外来・退院時での処方は含まれていない。

（問３－４－７）活性ＮＫ細胞療法は、化学療法に含まれるか。

（答）　化学療法に含まれない。

（問３－４－８）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」を選択することができるのか。

（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」を選択できる。質問の例では、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択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」を選択することができる。

（問３－４－９）「手術・処置等２」に特定の薬剤名（成分名）での分岐がある場合、その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。

（答）　選択することができる。(薬剤による診断群分類の分岐の指定については、原則として成分名で行っており、先発品か後発品かは問わない。)

（問３－４－10）乳房の悪性腫瘍（０９００１０）の「手術・処置等２」の「パクリタキセル（アルブミン懸濁型)」は「パクリタキセル又はドセタキセルあり」のパクリタキセルとは違う薬剤となるのか。

（答）　違う薬剤となる。「パクリタキセル（アルブミン懸濁型)」とは「アブラキサン」のことを指す。

（問３－４－11）「Ｇ００６　埋込型カテーテルによる中心静脈栄養」を実施した場合、「手術・処置等２」の分岐の区分で「Ｇ００５　中心静脈注射」を選択することができるのか。

（答）　選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。

（５）「その他（定義副傷病名等)」について

（問３－５－１）「網膜剥離」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３－５－２）「白内障、水晶体の疾患」について、一入院中において、片眼に白内障の手術を、もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合、重症度等は、「両眼」を選択するのか。

（答）　「片眼」を選択する。

（問３－５－３）「網膜剥離」について、一入院中において、片眼に「Ｋ２７５　網膜復位術」を実施し、もう一方の片眼に「Ｋ２７６１　網膜光凝固術（通常のもの)」を実施した場合、重症度は「両眼」を選択するのか。

（答）　「両眼」を選択する。
診断群分類番号上６桁が同一の疾患について、定義テーブルに掲げられた同一対応コードに含まれる複数の手術（フラグ97「その他のＫコード」を除く）を左眼、右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。

（問３－５－４）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）　ＤＰＣ算定対象の病棟入院時に該当する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３－５－５） 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、診療報酬明細書は「出生時体重不明」と記載する。

（問３－５－６）定義副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」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、「定義副傷病なし」と判断する。

（問３－５－７）定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類番号上６桁の分類が記載されているが、その疾患の傷病名欄に記載されたＩＣＤ10コードに該当する場合に「定義副傷病あり」になるということか。

（答） そのとおり。

（問３－５－８）定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。

（答） 医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無に係わらず「定義副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。

４．診療報酬の算定について

（問４－１） ４月１日から新規にＤＰＣ対象病院となる場合、４月１日以前から入院している患者については、４月１日から５月31日までの２か月間は医科点数表により算定し、６月１日より包括評価の算定となるのか。

（答） そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

（問４－２）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４－３）入院日Ⅲを超えた日以降に、医科点数表に基づき算定する場合、入院基本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基本料を算定する。

５．医療機関別係数について

（問５－１） 医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。

（答） 医療機関別係数は、基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ（医療機関の人員配置や医療機関全体の体制を評価する係数）及び機能評価係数Ⅱ（医療機関が担うべき役割や機能を評価する係数）を合算した数である。基礎係数及び暫定調整係数は次の診療報酬改定まで変更されない。機能評価係数Ⅰは施設基準の届出の変更に伴い変更されうる。機能評価係数Ⅱは毎年度（４月１日）に実績を踏まえ変更される。

（問５－２） 検体検査管理加算の届出を複数行っている場合（例：ⅠとⅣ）、医療機関別係数は両方の機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。

（答） 両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。

（問５－３）検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰ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することができるか。

（答） 検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰ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することができる。

（問５－４）機能評価係数Ｉに関連した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Ｉ（臨床研修病院入院診療加算及びデータ提出加算に係るものは除く。）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５－５）入院基本料等加算を算定することができない病棟（床）にＤＰＣ対象患者が入院している場合、当該入院基本料等加算に係る機能評価係数Ｉを医療機関別係数に合算することができるか。（例：ＤＰＣ対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数Ｉ）

（答） 機能評価係数Ｉは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たす等により、算定することができるのであれば、全てのＤＰＣ対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

（問５－６）「Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算」について「実際に臨床研修を実施している月に限り加算できる」とあるが、臨床研修を実施している月と実施していない月で係数が異なることになるのか。また、医療機関はその都度届出を行う必要があるのか。

（答） そのとおり。なお、研修に関する計画を年間計画で届出ても差し支えない。その際、計画に変更が生じた場合には速やかに届出ること。

（問５－７）「Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算」を特定入院期間を超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

（答） 一連の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ｉで評価されているため算定することができない。

６．診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

（問６－１）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。）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

（答）　算定することができない。

（問６－２）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。）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

（答）　算定することができる。

（問６－３）外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再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が、再診料（外来診療料）については算定することはできない。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６－４）医科点数表の留意事項通知では「Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算」はＤＰＣ対象病棟に入院している患者を除き算定するとされている。しかし、ＤＰＣの留意事項通知では同加算は診断群分類点数表に含まれる費用から除かれている。ＤＰＣ対象病棟に入院している場合、全ての患者について同加算は算定することができないのか。

（答）　算定することができない。診断群分類点数表に含まれない費用については医科点数表に従い算定の可否を判断すること。

（問６－５）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６－６）医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則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６－７）医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則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６－８）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を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６－９）　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６－10）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。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。

（答）　そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

（問６－11）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「Ｄ２０８　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の上、算定することとなる。

（問６－12）「Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査」の注８に定められたフィルムの費用は、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６－13）包括評価の対象患者について、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することができるか。

（答）　算定することができない。

（問６－14）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はできるか。

（答）　フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。

（問６－15）経皮経肝胆管造影における「Ｅ００３　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６－16）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６－17）核医学検査(核医学診断)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。包括評価の範囲に含まれる。

（問６－18）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６－19）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６－20）医科点数表に基づき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医科点数表に基づき算定することができるのか。

（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点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができない。

(問６－21) 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することができないのか。

（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６－22)「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６－23) 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６－24)「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） 算定することができる。

(問６－25)「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６－26）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６－27）手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

（答）　手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。

（問６－2）グランツマン血小板無力症患者（ＧＰ　Ⅱｂ－Ⅲａ及び／又はＨＬＡに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの）に使用する「血液凝固第Ⅶ因子製剤（エプタゴルアルファ（活性型）（遺伝子組換え））」は出来高で算定することができるのか。

（答）　算定できる。

７．特定入院料の取扱いについて

（問７－１）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、所定の手続を行う。

（問７－２）　「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、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7－3)　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定し、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7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、算定することができない。特定入院料の算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。

(問7－4)　診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合は、退院期間中の日数は入院期間として算入しないが、「小児入院医療管理料」を継続して算定している場合、退院期間中の日数は「小児入院医療管理料」に係る期間として算入しないのか。

(答)　そのとおり。

(問7－5)　包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定している期間においては、その期間中に実施した心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。

(答)　心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料については、診断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれていないため算定することができる。なお、包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算については、特定入院料に係る加算の種類により算定できる範囲が異なるため注意すること。

8．特定入院日Ⅲを越えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

(問8－1)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、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬剤料(制吐剤等)は算定することができるのか。

(答)　算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤(併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかものに限る)に係る薬剤料については算定することができない。また、生理食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料も算定することができない。

（問８－２）入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患者について、入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。

（答）　算定することができる。

（問８－３）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８－４）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　心臓カテーテル方による諸検査」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。

９．同一傷病での再入院の取扱いについて

（問９－１）　包括評価の対象患者が退院日同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」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。

（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、再入院日の所定診断群分類点表により包括される点数は算定できないものとする。

（問９－２）「一連」の入院とみなす７日以内の再入院は、「診断群分類番号の上２桁が同一の場合」とされているが、再入院時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）　再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類番号上２桁と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類番号上２桁が一致するか否かで判断する。

（問９－３）「一連」の入院とみなす７日以内の再入院では、ＩＣＤ10コードが異なっていても、診断群分類番号上２桁が同一であれば、「一連」とみなすのか。

（答）　そのとおり。

（問９－４）一度目の入院期間中に、入院日Ⅲを超えて退院した後、診断群分類番号上２桁が同一である傷病名で７日以内に再入院した場合、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Ⅲを超えている場合の７日以内の再入院については、診断群分類番号上２桁が同じであるどの診断群分類番号に該当する場合であっても、医科点数表に基づき算定する。

（問９－５）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上２桁が同一の傷病で転院した場合又は７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。また、診療報酬明細書の今回入院日欄に「一連」の入院と見なした入院年月日を記載し、摘要欄に「特別」と記載すること。

（問９－６）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）　ＤＰＣ算定病棟以外の病棟からＤＰＣ算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類番号上２桁が同一である傷病で転棟日から起算して７日以内にＤＰＣ算定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。

１０．退院時処方の取扱いについて

（問10－１）退院時処方の薬剤料はどのような取扱いとなるのか。

（答）　退院時処方の薬剤料は、医科点数表に基づき別に算定することができる。

（問10－２）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医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）　算定することができない。

（問10－３）診断群分類番号上２桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して７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）　退院中に使用した分に限り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上２桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

（問10－４）入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

（答）　残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

（問10－５）退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日もしくは前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

（答）　土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定は取り下げること。

（問10－６）「フォルテオ皮下注キット600μg」について、入院中に薬剤料を算定する場合は、フォルテオ皮下注キット600μgの薬価を28（日分）で除したものを１日分（１回分）の薬剤料として算定することとされているが、入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600μgについて、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとすることは可能か。

（答）　入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600μgについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものとして差し支えない。

（問10－７）上記問10－６で入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600μgについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したものとして差し支えないとされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

（答）　当該取扱いは薬価を使用可能日数（回数）で除したものを１日分（１回分）の薬剤料として算定することとされている薬剤（平成24年８月９日現在ではフォルテオ皮下注のみ）に限る。

（問10－８）介護老人福祉施設に退院する場合、退院時処方の薬剤料は別に算定することができるのか。

（答）　介護老人福祉施設は算定することができる。

１１．対診・他医療機関受診の取扱いについて

（問11－１）ＤＰＣ算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

（答）　ＤＰＣ算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料は除く。）は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取扱い、当該医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。ＤＰＣ算定病棟に入院している患者については、算定方法に係らず（診断群分類点数表・医科点数表のいずれで算定していても）同じ取扱いである。また、ＤＰＣ算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床（例：地域包括ケア入院医療管理料）に入院している患者についても同じ取扱いである。

（問11－２）ＤＰＣ算定病棟に入院中の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ＤＰＣ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別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）　算定することができる。ただし、この場合、診断群分類番号の選定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。

（問11－３）ＤＰＣ算定病棟に入院中の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ＤＰＣ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することができるのか。

（答）　算定することができない。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については、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11－４）ＤＰＣ算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断（ＰＥＴ・ＭＲＩ等）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11－５）ＤＰＣ算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、入院中の保険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入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）　算定することができる。また、この場合、診断群分類番号の選定については、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いは、医療機関間の合議に委ねることものとする。

（問11－６）ＤＰＣ算定病棟に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行為について入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）　算定することができない。

（問11－７）ＤＰＣ算定病棟に入院中の患者が他医療機関を受診し先進医療を受けた場合について、入院中の保険医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。

（答）　他医療機関で実施した診療行為に係る費用の内、保険給付の対象となるものは合議にて精算するが、保険外の費用は合議の対象とはならない。なお、先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。

（問11－8）ＤＰＣ算定病棟に入院中の患者に対診を実施した場合、入院中の保険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入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）　算定することができない。

（問11－9）ＤＰＣ算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において請求し、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとされているが、当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。

（答）　健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は、消費税が非課税となる（消費税法第６条）。

質問のケースの場合、他医療機関が行う診療にあっては、社会保険診療であるから、当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる（当該合議により得る収入については、診療報酬に照らして妥当であればよく、必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない）。

１２．データ提出加算について

（問12－１）「ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査」の提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも「Ａ２４５　データ提出加算」を算定することができるのか。

（答）　「ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査」の提出（データの再照会に係る提出も含む。）で提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の１か月分については「Ａ２４５　データ提出加算」は算定できない。

（問12－２）データ提出加算における「200床以上」とは医療法上の許可病床数になるのか。それともＤＰＣ算定対象病床になるのか。

（答）　医療法第７条第２項第５号に規定する許可病床となる。（外来診療料を算定する医療機関は「200床以上」の区分で、再診料を算定する医療機関は「200床未満」の区分で施設基準の届出を行うことができる。）

（問12－３）ＤＰＣ対象病院において、入院している患者が包括評価の対象外である場合、データ提出加算は算定することができるか。
（例１）出来高評価の診断群分類区分に該当し、入院初日から退院日まで医科点数表で算定した場合
（例２）特定入院期間を超えて医科点数表により算定することになった場合

（答）　「一連」の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。ただし、診断群分類点数表で算定した期間が１日もなければ、退院日にデータ提出加算を算定することができる。（例１は算定可、例２は算定不可）

（問12－４）平成25年度までにデータ提出加算を届け出ている病院においては、通常の退院患者調査データを提出していれば、データ提出加算を算定することができるのか。

（答）　平成26年度に限り算定することができる。ただし、４月１日からの算定にあたっては４月16日までに厚生局への届出が必要となる。また、データの提出に遅延等が認められた場合は、当該提出月の翌々月について、当該加算は算定することができない。

（問12－５）①ＤＰＣ算定病棟（包括評価の対象）→②ＤＰＣ算定病棟以外の病棟→③ＤＰＣ算定病棟（包括評価の対象外）と転棟した事例について、③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）　算定することはできない。

（問12－６）上記問12－５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算定病床（包括評価の対象）において機能評価係数Ｉの「データ提出加算」で既に評価されているため、算定することができない。

１３．診療報酬の調整等について

（問13－１）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13－２）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13－３）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13－４）切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後、自費で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算定の起算日は、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。

１４．平成26年改定に係る経過措置について

（問14－１）改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定後そうではなくなり、かつ、「手術・処置等２」に分岐がない場合、当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。

（答）　当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない）ことから、診断群分類区分をツリー図上の分岐の区分に従い決定する。改定後も引き続き告示がされている薬剤のみを高額薬剤として取扱うことになる。

（問14－２）改定を挟んで７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14－３）改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を３月中に実施した場合で４月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追加された分岐を選択することができるのか。

（答）　選択することができる。

（問14－４）改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について、４月１日の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。
（例１）３月29日に入院し、改定前は入院日Ⅲが３日で改定後は入院日Ⅲが４日となっている診断群分類区分が適用される患者の４月１日の請求。
（例２）３月28日に入院し、改定前は入院日Ⅲが３日で改定後は入院日Ⅲが５日となっている診断群分類区分が適用される患者の４月１日の請求。

（答）　例１：診断群分類点数表に基づき算定する。（改定前後で医科点数表に基づく算定に移行していないことから包括評価を継続する）
例２：医科点数表に基づき算定する。（改定前に入院日Ⅲを超え、医科点数表に基づく算定を１日行っていることから、当該日以降その一連の入院では包括評価にはならない）

（問14－５）改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、どのように取り扱うのか。
例１　３月　１日　入院　診断群分類区分Ａを決定
　　　３月１０日　診断群分類区分Ｂへ変更
例２　３月　１日　入院　包括対象の診断群分類区分を決定
　　　４月１０日　出来高の診断群分類区分Ａへ変更

（答）　いずれの場合も改定後の診断群分類区分は４月１日から適用となる。また、改定前の診断群分類区分による差額調整は３月31日で終了しているため、４月１日以降の診療報酬からが差額調整の対象となる。

１５．診療報酬明細書関連について

（問15－１）入院日Ⅲ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に記載する。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・Ⅰ・Ⅱ・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15－２）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医科点数表に従い、記載する必要がある。

（問15－３）診療報酬明細書の「副傷病名」欄には、該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。

（答）　そのとおり。

（問15－４）該当する定義告示上の定義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定義副傷病名を記載するのか。

（答）　そのとおり。

（問15－５）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はあるか。

（答）　記載する必要はない。

（問15－６）　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、ＩＣＤ10コードを記入するのか。

（答）　そのとおり。

（問15－７）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15－８）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、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15－９）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）　ＤＰＣ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15－10）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った場合であっても、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15－11）診療報酬改定をまたいで入院している場合、３月診療分ＤＰＣレセプトの「今回退院年月日」及び「転帰」欄はどう記載するのか。

（答）　改定前の診断群分類区分による差額調整は３月31日で実施するが、入院しているため「今回退院年月日」及び「転帰」欄は空白（記載不要）とする。

（問15－12）平成26年３月以前から継続して入院している患者で、３月に分岐に係る手術等を行った場合、４月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するのか。

（答）　３月に実施した手術等について、４月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Ｋコードによって記載する。なお、３月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Ｋコードによって記載する。

〈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）平成26年度歯科診療報酬改定において、患者又はその家族の希望に応じて、２回目以降の文書提供の時期を見直す取扱いとされたが、この取扱いは平成26年４月以降、改定後の管理計画書（別紙様式１、２又はこれに準じた様式）の備考欄に、患者又はその家族が文書提供について次回来院以降不要である旨の内容を記入した場合に適用されると考えてよいか。

（答）　そのとおり。また、平成26年４月以降に、旧様式を用いた場合においても同様である。

【医学管理：歯科疾患管理料】

（問２）管理計画書について、全身疾患や患者の状態により患者が直接記入できない場合又は家族の付き添いがない場合に限っては、主治の歯科医師が代行して記入すると考えてよいか。

（答）　そのとおり。この場合は、管理計画書の備考欄に「例：○○疾患のため、○○○○が代行記入」と記載する。なお、管理計画書に主治の歯科医師名が記載されている場合は、歯科医師名を省略しても差し支えない。

【医学管理：新製有床義歯管理料】

（問３）平成26年度歯科診療報酬改定において、有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合の取扱いが見直されたが、同月内に有床義歯の新製を行った場合に新製有床義歯管理料は算定できるか。

（答）　算定できる。なお、この場合において、同月内に歯科口腔リハビリテーション料１「１　有床義歯の場合」は算定できない。

【医学管理：新製有床義歯管理料】

（問４）平成26年度歯科診療報酬改定において、新製有床義歯管理料の「２　困難な場合」に係る要件が見直されたが、９歯以上の局部義歯の装着については、９歯以上の局部義歯を新たに装着した場合又は既に９歯以上の局部義歯が装着されている場合のいずれも対象になると考えてよいか。

（答）　そのとおり。

【在宅医療：歯科訪問診療料】

（問５）アパート、マンション等の同一建物に居住する２人の患者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、２人のうち１人が20分以上、別の１人が20分未満の場合の取扱い如何。
　また、同一建物に居住する10人の患者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、10人のうち９人が20分以上、別の１人が20分未満の場合の取扱い如何。

（答）　２人の患者のうち、20分以上の患者については歯科訪問診療料２、20分未満の患者については歯科訪問診療料３で算定する。
　同日に10人以上歯科訪問診療を行った場合は、診療時間にかかわらず、すべての患者について歯科訪問診療料３で算定する。

【在宅医療：歯科訪問診療料】

（問６）在宅かかりつけ歯科診療所加算については、在宅療養患者の定義に該当する患者であって、施設に入所している患者や病院に入院している患者についても対象となるのか。

（答）　施設に入所している患者や病院に入院している患者は加算の趣旨から対象とならない。

【リハビリテーション：歯科口腔リハビリテーション料１】

（問７）平成26年３月末までに新製有床義歯管理料、有床義歯管理料又は長期有床義歯管理料を算定していた場合であって、４月以降に有床義歯に関する調整や指導等を行う場合は、歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」は算定できるか。

（答）　算定できる。

【リハビリテーション：歯科口腔リハビリテーション料１】

（問８）摂食機能療法の治療開始日から起算して３月以内の期間における歯科口腔リハビリテーション料１の「２　舌接触補助床の場合」の取扱い如何。

（答）　摂食機能療法の治療開始日から起算して３月以内の期間にあっては、歯科口腔リハビリテーション料１の「２　舌接触補助床の場合」は月４回を限度として摂食機能療法を算定した月と同月に算定できるが、摂食機能療法を算定した日は歯科口腔リハビリテーション料１の「２　舌接触補助床の場合」は算定できない。

【リハビリテーション：歯科口腔リハビリテーション料１】

（問９）有床義歯の新製後に、同月内に当該義歯の修理を行った場合の取扱い如何。

（答）　当該有床義歯の新製時に新製有床義歯管理料を算定した場合は、同月内に歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」は算定できない。

【リハビリテーション：歯科口腔リハビリテーション料１】

（問10）　歯科口腔リハビリテーション１の「２　舌接触補助床の場合」は、当該舌接触補助床を自院で製作して装着した場合のみ算定対象となるのか。

（答）　そのとおり。

【リハビリテーション：歯科口腔リハビリテーション料２】

（問11）歯科口腔リハビリテーション料２は、当該装置の調整を同日若しくは同月内に行っていない場合においても算定できるか。

（答）　算定できる。

【リハビリテーション：歯科口腔リハビリテーション料２】

（問12）床副子の「２　困難なもの」に該当しない顎関節治療用装置は対象とならないと考えてよいか。

（答）　そのとおり。

【処置：加圧根管充填処置】

（問13） 加圧根管充填加算が加圧根管充填処置に見直されたが、取扱い如何。

（答） 加圧根管充填処置を実施した場合は、根管充填と当該処置を同日に算定し、併せて同日にエックス線撮影を行い、気密に根管充填が行われていることを確認すべきであるが、隣接する複数歯に対して根管充填を行い、後日にまとめてエックス線撮影を行う場合等の特別な理由がある場合は、根管充填及び当該処置の算定と異日にエックス線撮影を行い根管充填の状態を確認しても差し支えない。なお、この場合において、その旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

【処置：歯周病安定期治療】

（問14） 歯周病安定期治療について、当該治療期間中に、抜歯等により歯数が変わった場合の取扱い如何。

（答） 歯周病安定期治療算定時の歯数で取り扱う。

【処置：暫間固定】

（問15） 平成26年３月末までに暫間固定を行っていた場合に再度暫間固定を行う場合の取扱い如何。

（答） 平成26年３月末までに暫間固定を行い、装着した日から起算して６月を経過して必要があった場合は、１顎につき１回を限度として算定する。

【処置：歯周治療用装置】

（問16） 平成26年度歯科診療報酬改定において、歯周治療用装置の要件が見直されたが、１回目の歯周病検査として歯周精密検査を行い、歯周基本治療が終了する前に歯周治療用装置を装着した場合において、当該装置の費用は算定できるか。

（答） 算定できる。

【処置：フッ化物歯面塗布処置】

(問17) う蝕多発傾向者に対するフッ化物歯面塗布処置が医学管理から処置に項目が移されたが、平成26年３月にフッ化物局所応用加算を算定していた場合は、当該処置は翌月に算定できるか。

(答)　平成26年５月末まで算定できない。

【手術：頬、口唇、舌小帯形成術】

(問18) 頬、口唇、舌小帯形成術の取扱いにおいて、２分の１顎の範囲内における口唇小帯と頬小帯の形成術を同時に行った場合は、２箇所として算定するのか。

(答)　そのとおり。

【手術：広範囲顎骨支持型装置掻爬術】

(問19) 広範囲顎骨支持型装置掻爬術について、広範囲顎骨支持型装置及び広範囲顎骨支持型補綴物を装着した保険医療機関と異なる保険医療機関で当該手術を行った場合、当該手術は算定できるか。

(答)　自院あるいは他院にかかわらず、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準を届け出た保険医療機関において、広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者であれば算定できる。

【歯冠修復及び欠損補綴：通則21】

(問20) 保険外診療で行われている歯科インプラント治療完結後に、全身疾患等の理由から顎骨内に残存せざるを得ない歯科インプラント上に有床義歯を装着する場合又は他の治療法では咬合機能の回復・改善が達成できずやむを得ず当該歯科インプラントを鉤歯とする局部義歯を装着する場合の取扱い如何。

(答)　当該治療を患者が希望した場合に限り、歯科インプラント治療完結後に一定期間を経た場合の補綴治療については保険診療として取り扱って差し支えない。その際に、当該治療を行った場合は、診療録に保険診療への移行等や当該部位に係る自費診療が完結している旨が分かるように記載する。なお、歯科インプラントを鉤歯とする局部義歯を装着した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に鉤歯の部位が分かるように記載する。

【歯冠修復及び欠損補綴：ＣＡＤ／ＣＡＭ冠】

（問21）保険医療機関が、医療機器として届け出たＣＡＤを設置しているＡ歯科技工所及び医療機器として届け出たＣＡＭを設置しているＢ歯科技工所に対して連携が確保されている場合は、当該技術に係る施設基準を満たしていると考えてよいか。

（答）　そのとおり。この場合は、届出様式の備考欄にＣＡＤを設置している歯科技工所名及びＣＡＭを設置している歯科技工所名がそれぞれ分かるように記載（例：○○歯科技工所（ＣＡＤ装置））し、当該療養に係る歯科技工士名を記載する。

【歯冠修復及び欠損補綴：ＣＡＤ／ＣＡＭ冠】

（問22）互換性が制限されない歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置とは、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料装着部の変更又は加工プログラムの改修（追加、変更）により、複数企業のＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料に対応できる装置も対象になると考えてよいか。

（答）　そのとおり。

【歯冠修復及び欠損補綴：ＣＡＤ／ＣＡＭ冠】

（問23）保険医療機関内に歯科技工士が配置されているものの、歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置が設置されていないために、歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置を設置している他の歯科技工所と連携している。この場合は、保険医療機関内の歯科技工士及び連携している歯科技工所の歯科技工士の氏名をそれぞれ届出様式に記載する必要があるのか。

（答）　保険医療機関内の歯科技工士名の記載は不要である。保険医療機関が連携している歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置を設置している歯科技工所名及び当該療養に係る歯科技工士名を記載する。

【歯冠修復及び欠損補綴：小児保隙装置】

（問24）下顎左側第一乳臼歯の早期喪失に対して下顎左側第二乳臼歯に小児保隙装置を装着した場合の傷病名（歯式）如何。

（答）　下顎左側第一乳臼歯の喪失を示す傷病名（例：ＭＴ）のみを付与する。

【歯冠修復及び欠損補綴：コンビネーション鉤】

(問25) コンビネーション鉤について、鋳造鉤と線鉤の組合せであれば、維持鉤が線鉤で拮抗腕が鋳造鉤であっても算定できるか。

(答)　算定できる。

【歯科矯正：植立】

(問26) 歯科矯正用アンカースクリューが脱落した場合の再植立の取扱い如何。

(答)　再植立を実施した場合の植立の費用は算定できないが、使用した特定保険医療材料は算定できる。

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

（問１）処方せんの受付回数が月平均4,000回を超え、かつ特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90％を超える薬局においては、調剤基本料の特例に関する施設基準（24時間開局）を満たした場合であっても、調剤基本料は41点を算定できないと理解して良いか。

（答）　貴見のとおり。

（問２）特例の除外規定である「24時間開局」とは、特定の曜日のみ等ではなく、いわゆる365日無休で開局していることを意味すると理解して良いか。

（答）　貴見のとおり。

（問３）特例の除外規定（24時間開局）に該当しない場合にも、該当する調剤基本料の点数の区分について地方厚生局への報告が必要か。

（答）　平成26年４月中、全ての保険薬局に対して一律に報告を求めるものである。なお、その後については、変更が生じた都度、報告が必要である。

【基準調剤加算】

（問４）基準調剤加算については、平成26年３月31日において現に当該加算を算定していた保険薬局であっても改めて届出を行うこととされているが、その際、今回改正されなかった事項についても関係資料を添付することは必要か。

（答）　平成26年３月31日において現に基準調剤加算を算定している保険薬局であっても、４月14日までに改めて届出を行うことは必要だが、改正前の届出時の添付書類と内容に変更が生じていないものについては、改めて同じ資料を添付しなくても差し支えない。

【基準調剤加算１】

（問５）近隣の複数薬局で連携体制を構築して基準調剤加算１を算定している場合において、連携体制にある薬局のうちある特定の薬局が主として夜間休日等の対応を行うことは認められるか。

（答）　当該加算の趣旨としては、自局のみで24時間体制を構築することが難しい場合において、近隣の複数薬局の連携を行うことを評価するものであり、当該例は適切でない。

（問６）連携する保険薬局の要件である「近隣」の定義はあるか。

（答）　地域における患者の需要に対応できること等が必要である。

【基準調剤加算２】

（問７）在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績として、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の各算定要件を満たしているが算定はしていない場合を実施回数に合算できるが、その際も、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される薬学的管理指導計画書の策定及び薬剤服用歴の記載は必要であると理解して良いか。

（答）　貴見のとおり。算定したもの以外に実施回数として認められるのは、算定要件を満たすものだけである。

（問８）在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績として、医師からの指示はなく、自主的に実施した場合については、認められないと理解して良いか。

（答）　貴見のとおり。算定したもの以外に実施回数として認められるのは、算定要件を満たすものだけである。

【時間外対応加算等】

（問９）24時間開局薬局においては、時間外加算は算定できるか。

（答）　調剤技術料の時間外加算については算定できない。ただし、24時間開局薬局で、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局については、調剤技術料の時間外加算を算定できる。また、客観的に休日又は深夜における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局においては、開局時間内に調剤した場合であっても、調剤技術料の休日加算又は深夜加算についても算定できる。

さらに、調剤技術料の時間外加算等が算定できない場合には、調剤料の夜間・休日等加算は算定可能である。

【無菌製剤処理加算】

（問10）施設基準に適合した薬局において麻薬を無菌製剤処理した場合、無菌製剤処理加算と併せて麻薬加算も算定可能と理解して良いか。

さらに、当該麻薬の服用及び保管状況等について説明の上で必要な薬学管理等を行った場合は、無菌製剤処理加算及び麻薬加算と併せて麻薬管理指導加算についても算定可能と理解して良いか。

（答）　いずれも貴見のとおり。

（問11）中心静脈栄養法用輸液及び抗悪性腫瘍剤のうち１以上に加えて麻薬を合わせて一つの注射剤として無菌製剤処理を行い、主たるものとして、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤の所定点数のみを算定した場合であっても、無菌製剤処理加算と併せて麻薬加算も算定可能と理解して良いか。

さらに、当該麻薬の服用及び保管状況等について説明の上で必要な薬学管理等を行った場合は、無菌製剤処理加算及び麻薬加算と併せて麻薬管理指導加算についても算定可能と理解して良いか。

（答）　いずれも貴見のとおり。

（問12）中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬のうち２以上を合わせて一つの注射剤として無菌製剤処理を行った場合、無菌製剤処理加算については、主たるものの所定点数のみを算定すると理解して良いか。

（答）　貴見のとおり。

（問13）無菌調剤室を有しない薬局が他の薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を行った場合（薬事法施行規則第15条の９第１項のただし書における無菌調剤室の共同利用）、予め無菌調剤室提供薬局の名称・所在地について地方厚生局に届け出ていれば、無菌製剤処理加算を算定できると理解して良いか。

（答）　貴見のとおり。

（問14）以下について、無菌製剤処理料を算定できると理解して良いか。
①　無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有しない薬局の薬剤師が、他局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を行う
②　無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有しない薬局の薬剤師が、他局のクリーンベンチを利用して無菌製剤処理を行う

（答）　①については、薬事法施行規則第15条の９第１項のただし書に該当するケースであり、届出を行った上で算定可能である。
②の設備（クリーンベンチ、安全キャビネット）の共同利用については、薬事法において認められていない。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

（問15）在宅患者訪問薬剤管理指導料は、保険薬剤師１人につき「１」と「２」を合わせて１日につき５回に限り算定できるとされたが、当該回数には、介護保険の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数は含まれないと理解して良いか。

（答）　貴見のとおり。

（問16）１つの患家に同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合であって、同一日に当該同居している患者を２人以上、在宅患者訪問薬剤管理指導を行った場合は、患者ごとに同一建物居住者の場合の点数を算定することと理解して良いか。
また、その場合、在宅患者訪問薬剤管理指導を算定した人数は、薬剤師１人当たり５回の上限規定にいずれも算定されると理解して良いか。

（答）　いずれも貴見のとおり。

【後発医薬品調剤体制加算】

（問17） 平成26年１月から同年３月までの後発医薬品の調剤数量割合を求めるに当たっては、具体的にどのようにしたらよいか。

（答） 平成26年度より後発医薬品の調剤数量割合の計算方法が変更されたことに鑑み、これが計算できるように平成24年度薬価基準収載医薬品について、平成26年１～３月現在の各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報を、厚生労働省ホームページにおいて平成26年３月20日付けで公開しているところである（http://www.mhlw.go.jp/topics/2014/03/tp0305-01.html 5. その他【過去情報はこちら】におけるエクセル表を参照）。具体的な計算はこのリストに基づいて算出すること。

【薬剤服用歴管理指導料】

（問18） 患者がお薬手帳を持参しなかったため、手帳に貼付するシール等を交付した場合であっても、他の要件を満たしていれば、薬剤服用歴管理指導料は算定できると理解して良いか。

（答） 34点を算定すること。
なお、薬剤の記録を記入する欄が著しく少なく手帳とはいえないもの（例えば、紙１枚を折って作っただけの簡易型のもの）では、薬剤服用歴を経時的に管理することができないため、34点を算定すること。

（問19） 患者がお薬手帳を持参し忘れたため、新しい手帳を交付した場合には、他の要件を満たしていれば、薬剤服用歴管理指導料は41点を算定できると理解して良いか。

（答） 貴見のとおり。
ただし、次回来局時に従前のお薬手帳を持参するように患者に説明するとともに、次回患者が複数のお薬手帳を持参して来局した際には１冊にまとめること。

(問20) 薬局において患者からお薬手帳を預かることは認められるか。
また、調剤の際に、当該薬局において保管しているお薬手帳により情報提供を行い、薬剤服用歴管理指導料を算定することは認められるか。

(答) お薬手帳については、記載した薬局以外の医療機関等との情報共有を行うこと等を目的とするものであることから、患者が保管し活用することを前提としている。複数のお薬手帳を１つに集約化するために一時的に預かったような場合を除いて、患者にお薬手帳を渡していない状態が持続することは想定していない。
なお、薬局において保管しているお薬手帳に記入等を行った場合は、薬剤服用歴管理指導の要件に係る業務を行ったとは認められない。

【衛生材料等の支給】

(問21) 主治医が、在宅医療に必要な衛生材料の提供を指示できる薬局については、当該患者に健康保険に基づく「在宅患者訪問薬剤管理指導」を行っている薬局とされているが、介護保険法に基づく「居宅療養管理指導」又は「居宅予防療養管理指導」を行っている場合についても、同様と理解して良いか。

(答) 貴見のとおり。

訪問看護療養費関係

【機能強化型訪問看護管理療養費】

（問１）主たる事業所ではなく、サテライトに居宅介護支援事業所が設置されている場合も要件を満たしていることになるのか。

（答）　ならない。主たる事業所の同一敷地内に設置されていることが必要。

（問２）主たる事業所よりサテライトに多く看護職員が配置されていても、常勤の看護職員が合計で７人以上配置されていれば、要件をみたすことになるのか。

（答）　サテライトより主たる事業所に看護職員が同数以上配置されていることを原則とする。なお、指定訪問看護の提供状況の把握、技術指導、職員管理等が主たる事業所において一元的に行われていることは、従来どおり。

（問３）同一敷地内に設置される居宅介護支援事業所は、同一法人でなくてもいいのか。

（答）　良い。

（問４）指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、例えば、特に医療的な管理が必要な利用者１割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していることという要件は、どのような趣旨か。

（答）　当該要件については、患者の囲込みを助長することは本旨でなく、医療と介護の連携、調整等を進め、医療と介護の一体的な提供を推進する趣旨のものである。

（問５）当該訪問看護事業所の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、例えば、特に医療的な管理が必要な利用者１割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していることという要件は、具体的にどのような内容なのか。

（答）　当該要件については、指定訪問看護事業所と同一敷地内に設置している居宅介護支援事業所において、当該指定訪問看護事業所の訪問看護利用者（要介護・要支援者に限る。）のうち、例えば、特に医療的な管理が必要な利用者（特別訪問看護指示書が頻回に交付されている者、点滴等の医療処置が多く行われている者等）等について、介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していることを求めるものである。

なお、「１割程度」については、訪問看護利用者（要介護・要支援者に限る。）のうち、概ね１割程度の者に介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していることを目安とする趣旨である。

【訪問看護管理療養費】

（問６）訪問看護管理療養費の留意事項通知に「祝日休日を含めた管理」とあるがどのような意味か。

（答）　訪問看護の必要性を踏まえ、土日、祝日についても訪問看護を実施するということ。

（問７）褥瘡のリスク評価はいつ行うのか。

（答）　訪問看護の利用開始時及び褥瘡発生時に行う。日常生活の自立度が低い利用者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、適切な褥瘡対策の看護計画を作成、実施及び評価を行うこと。

【精神科重症者早期集中支援管理連携加算】

（問８）注10の精神科重症者早期集中支援管理連携加算は、チームメンバーとなる職員が常勤職員でないといけないのか。

（答）　常勤である必要がある。

（問９）注10の精神科重症者早期集中支援管理連携加算は、医療機関が複数の訪問看護ステーションと連携した場合、それぞれの訪問看護ステーションで当該加算を算定してよいのか。

（答）　算定することができない。

【別表７に掲げる疾病等の利用者】

（問10）医科点数表のＣ107在宅人工呼吸指導管理料の留意事項通知には、SASに対するASVが除外されたが、別表第７の「人工呼吸」にはSASに対するASVやCPAPは含まれるのか。

（答）　含まれない。