

事 務 連 絡
平成22年 6 月11日

地 方 厚 生 (支) 局 医 療 課	}	御 中
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)		

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 5)

「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、「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

【明細書発行体制等加算】

（問１） 明細書発行体制等加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関において、何らかの理由により、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年厚生省令第36号）附則第４条第５項の規定に基づきレセプトを書面により請求することとなった場合、当該加算の算定に係る取扱いはどうようにするのか。

（答） 同項の規定に基づき書面による請求を行っている限り、当該加算の施設基準のひとつである「電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っていること。」に適合しているものとみなす。ただし、同項第４号（廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局）に該当するために書面による請求を行う場合には、当該基準に適合しているものとはみなさないものとする。

【入院基本料等加算】

（問２） 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算については、三次救急医療機関であっても、施設基準を満たしていれば届出は可能か。

（答） 可能である。

（問３） 診療録管理体制加算の施設基準について、過去の診療録も含めて電子カルテによる管理を行っている場合には、中央病歴管理室として専用の個室を備える必要があるのか。

（答） 中央病歴管理室については、必ずしも専用の個室である必要はなく、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成22年２月１日医政発0201第４号）に準拠した体制をとっており、入退室が管理されている等、個人情報を入力、参照及び格納するための情報端末等が物理的な方法によって保護されていればよい。

(問４) 医師事務作業補助体制加算については、施設基準の届出にあたり、電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む）を整備している必要があるのか。

(答) 電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む）を整備していなくても、施設基準のその他の要件を満たしていれば、届出が可能である。

なお、当該システムを整備している場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成22年２月１日医政発0201第４号）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備している必要がある。

(問５) 栄養サポートチーム加算にある、所定の研修として、日本栄養士会の「栄養サポートチーム担当者研修会」、日本健康・栄養システム学会の「栄養サポートチーム研修」及び日本健康・栄養システム学会の臨床栄養師となるために必要な研修は、該当するのか。

(答) これらの研修は、いずれも合計４０時間以上の研修であり、必要な研修内容を満たしているものであり、所定の研修としてみなされる。

(問６) 日本栄養士会が行っているTNT-D (Total Nutritional Therapy Training for Dietitians)は、栄養サポートチーム加算にある所定の研修とみなされるのか。

また、TNT-Dと併せて、日本栄養士会が行うTNT-D追加研修（12時間以上の講義かつ16時間以上の臨床研修）を行った場合は、所定の研修とみなされるのか。

(答) TNT-Dは、栄養サポートチーム加算にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認められないが、TNT-Dと併せて、TNT-D追加研修を修了した場合には、合計４０時間の研修となり、必要な研修内容を満たすものとなるため、栄養サポートチーム加算にある所定の研修とみなすことができる。

(問７) 東京医療保健大学大学院が行っている感染症防止対策に係る６ヶ月研修「感染制御実践看護学講座」は、感染防止対策加算の施設基準にある感染管理に係る適切な研修とみなされるのか。

(答) この研修は、必要な研修内容を満たしているものであり、感染管理に係る適切な研修とみなされる。

【特定入院料】

（問 8） 今回の改定により、特定機能病院も小児入院医療管理料の届出を行えることとなったが、一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料を算定する病棟を有していない特定機能病院においても、当該管理料 1、2、3 及び 4 の届出をすることは可能なのか。

（答） 特定機能病院入院基本料（一般病棟）を算定する病棟を有していれば、可能である。

（問 9） 経過措置中の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定については、従前の例によるとあるが、当該入院料の算定要件に該当しない患者が経過措置中の当該病棟に入院した場合は、どの点数を算定するのか。

（答） 平成 22 年度以降の診療報酬の算定方法において、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料 2 の I を算定する。

【医学管理等】

（問10） がん患者が退院後に数ヶ月間、退院した医療機関の外来に通院した後に地域連携診療計画を用いて、連携医療機関における治療を行う場合には、がん治療連携計画策定料を算定できるのか。

（答） 退院時に、退院後の外来通院も含めて治療計画を作成した場合には、算定できる。

（問11） がん治療連携計画策定料を算定した患者が、退院後、予期せぬ病状の悪化等から、地域連携診療計画の適応でなくなった場合は、すでに算定したがん治療連携計画策定料の扱いはどうなるのか。

（答） 計画策定を行い、退院した後にやむを得ない理由により、計画した治療を継続できない場合であっても、がん治療連携計画策定料は算定できる。

（問12） 退院時にがん治療連携計画策定料を算定した患者が、転移又は新たな部位のがんにより入院をした場合は、がん治療連携計画策定料を再度算定できるのか。

（答） 同一の種類のがんの転移又は再発による入院は「がんと診断されてから最初の入院」にあたらないため、再度の算定はできない。ただし、新たに別の種類のがんを発症し、それに対して、地域の医療機関と新たな地域連携診療計画を策定した場合には、再度算定することができる。

（問13） 患者が計画策定病院を受診しない場合でも、連携医療機関が計画策定病院に患者の情報提供を行った場合はがん治療連携指導料を算定できるのか。

（答） 患者の紹介が伴わなくても算定できる。また、患者の状態の変化等で計画策定病院に対して、治療の方針等の相談・変更が必要になった際に情報提供を行った場合にも算定できる。

【在宅医療】

（問14） 「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、3月以内の期間に限り算定できることとなっているが、検査入院や1日入院の場合でも算定できるのか。

（答） 入院治療後、在宅において療養を継続する場合に算定するものであり、検査入院や1日入院の場合には算定できない。

【手術】

（問15） K922造血幹細胞移植の同種移植を行う場合について、「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）に「骨髄提供者から骨髄を採取することに係るすべての費用をこの表に掲げる所定点数により算定し、造血幹細胞移植の所定点数に加算する」とあるが、末梢血幹細胞移植を行う場合には加算できないのか。

（答） 加算できる。

【他医療機関の受診】

（問16） 出来高病棟に入院中の患者が他医療機関で受診をした場合には、入院医療機関は基本点数の30%を控除することとなるが、一般病棟入院基本料等の注加算は基本点数に含まれるのか。

（答） 注加算は基本点数に含まれない。

歯科診療報酬点数表関係

【在宅医療】

（問１） 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、歯の欠損症のみを有する患者についても当該管理料の対象となるものと考えてよいか。

（答） そのとおり。歯科疾患在宅療養管理料は、在宅歯科医療が必要な患者の心身の特性や歯科疾患の罹患状況等を踏まえ、当該患者の歯科疾患の継続的管理を行うことを評価したものであり、歯の欠損症のみを有する患者についても当該管理料の対象となる。

【処置】

（問２） 舌接触補助床は「脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有し、摂食機能療法を現に算定している患者」が対象となっているが、脳性麻痺を有する患者に対する摂食機能療法に伴って当該補助床を装着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ができるか。

（答） 算定できる。

（問３） 重度の歯周病患者において、１回目の歯周組織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） 算定できない。歯周治療用装置は、歯周組織検査の結果に基づく一連の歯周基本治療を終了した後、歯周外科手術の「３ 歯肉切除手術」、「４ 歯肉剥離搔爬手術」又は「５ 歯周組織再生誘導手術」を行うことを診断した歯周精密検査以降に算定するものである。

【手術】

（問４） 歯根分割掻爬術は、歯根分割をせずに根分岐部病変を掻爬した場合に算定できるか。

（答） 算定できない。

【歯冠修復及び欠損補綴】

（問５） 歯科点数表第12部「歯冠修復及び欠損補綴」の「通則６」において、歯科訪問診療料を算定すべき患者については、当該患者に対して有床義歯修理に限り所定点数の100分の50に相当する点数を加算することが示されているが、歯科技工加算を算定する場合は、どのような取扱いとなるのか。

（答） 歯科訪問診療料を算定すべき患者について、有床義歯修理を行い、歯科技工加算を算定する場合は、当該加算の点数についても100分の50に相当する点数を加算する。

（問６） 口蓋補綴、顎補綴については、平成22年度歯科診療報酬改定において、「１ 印象採得が困難なもの」又は「２ 印象採得が著しく困難なもの」のいずれかにより算定することとなったが、どのような場合に「２ 印象採得が著しく困難なもの」により算定するのか。

（答） 口蓋補綴、顎補綴について、次の場合においては、「２ 印象採得が著しく困難なもの」により算定して差し支えない。

硬口蓋歯槽部の欠損範囲が半側を超える場合

軟口蓋部の欠損が認められる場合

歯槽骨を超える下顎骨の辺縁切除を伴うものであって、口腔粘膜のみでは創を閉鎖できないため皮弁されている場合又は下顎骨区域切除以上の下顎骨欠損がみとめられる場合

口蓋補綴、顎補綴を行う場合であって、上下の切歯を有する場合の正中部における切歯間距離又は切歯を有しない場合の正中部における顎堤間距離が30mm未満の開口量である場合

【歯科矯正】

（問 7） 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料に係る施設基準に適合してい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、届出された歯科医師以外の専任の歯科医師が歯科矯正診断を行った場合又は届出された専任の常勤歯科医師以外の専任の常勤歯科医師が顎口腔機能診断を行った場合は、それぞれ歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料は算定できないと考えてよいか。

（答） そのとおり。届出が必要な歯科医師について、採用、退職等の異動があった場合は、その都度地方厚生（支）局長に届け出ること。

【その他】

（問 8） 「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」（平成22年3月5日保医発0305第15号）において、乳歯晚期残存の略称である「C₄」については、歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できることとなっているが、残根状態である永久歯についても、「C₄」を使用しても差し支えないか。

（答） 差し支えない。

（問 9） 歯科の入院医療における処置又は手術に伴い歯科診療に係る画像診断を行った場合であって、診療報酬明細書に記載されている傷病名や診療行為により当該画像診断の撮影部位が明らかに特定できる場合は、「画像診断」欄への撮影部位の記載を省略して差し支えないか。

（答） 差し支えない。

調剤診療報酬点数表関係

【他医療機関の受診】

（問１） 入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者を除く。）について、入院医療機関において行うことができない専門的な診療のため他医療機関の受診が必要となり、当該他医療機関から交付された処方せんに基づき薬局において調剤した場合、調剤報酬の算定等は具体的にどのように行うのか。

（答） 当該薬局において、調剤基本料（加算を含む。）及び調剤情報提供料（算定要件を満たす場合に限る。）を算定することができる。ただし、当該患者が出来高入院料を算定する病床に入院している患者である場合には、これらの費用のほか、調剤料（加算を含む。）薬剤料及び特定保険医療材料料についても算定することができる（調剤情報提供料以外の薬学管理料については、算定することはできない）。

算定に当たっては、調剤報酬明細書の摘要欄に、 入院中の患者である旨、入院医療機関の名称、 出来高入院料を算定している患者であるか否かについて記載すること。

また、調剤内容（医薬品名、規格単位、用法・用量、調剤数量（投薬日数、調剤回数等）等）について、入院医療機関に情報提供すること。

出来高入院料を算定する病床とは、ＤＰＣ算定病床以外の病床であって、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料を算定する病床をいう。

当該他医療機関が交付した処方せんの備考欄には、 入院中の患者である旨、 入院医療機関の名称、 出来高入院料を算定している患者であるか否かについて記載されている（平成22年6月4日厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その４）」の問２参照）。

（問２） 入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者に限る。）について、入院医療機関において行うことができない専門的な診療のため他医療機関の受診が必要となり、当該他医療機関から交付された処方せんに基づき薬局において調剤した場合、調剤報酬の算定等は具体的にどのように行うのか。

（答） 当該薬局における調剤に係る費用は、入院医療機関が行った調剤に係る費用と同様の取扱いとし、入院医療機関において算定することとなるため、この場合の入院医療機関と当該薬局との間での診療報酬の分配は、相互の合議により行うこと。

また、調剤内容（医薬品名、規格単位、用法・用量、調剤数量（投薬日数、調剤回数等）等）について、入院医療機関に情報提供すること。

医科診療報酬点数表関係

【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、実際にレセプト電子請求を行うこととなる8月請求に合わせて、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8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8月24日（8月1日が日曜日であるため）までに地方厚生（支）局長あてに届出を行うことにより、8月1日より明細書発行の義務が免除される。

歯科診療報酬点数表関係

【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、実際にレセプト電子請求を行うこととなる平成23年5月請求に合わせて、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5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5月24日（同年5月1日が日曜日であるため）までに地方厚生（支）局長あてに届出を行うことにより、同年5月1日より明細書発行の義務が免除される。