

<抄>

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いたします。

(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。

### 【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がか。

(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、酢酸リユ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。

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何か。

(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

(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。



## 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。

## 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思わ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。