

事務連絡
平成26年9月5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9）

「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2のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

医科診療報酬点数表関係

【看護補助加算】

(問1) 今般の改定で、看護補助加算の施設基準に「病院勤務医及び看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること」と追加されたが、当該加算の届出に際して、新たに様式13の2の届出は必要か。

(答) 新規に当該加算の届出を行う場合は、様式13の2が必要であるが、既に届出をしていて引き続き算定する場合の届出については、様式13の2は必要ない。

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）】

(問2) 地域包括ケア病棟入院料等の施設基準における専任の在宅復帰支援担当者について、「A238 退院調整加算」における専従の看護師又は専従の社会福祉士を配置している場合はどのような取扱いになるか。

(答) 「A238 退院調整加算」の施設基準を満たすために、既に、当該医療機関内の退院調整部門に、退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されている場合、地域包括ケア病棟入院料等の届出を行うに当たって、新たに専任の在宅復帰支援担当者を配置する必要はない。

(問3) 地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類（様式50の3）の②「直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数」の算出について、入院途中からリハビリテーションが必要になった場合、リハビリテーションがなかった日数も含めて計算するのか。

(答) 入院後、途中からリハビリテーションが必要になった場合には、リハビリテーションの提供を開始した日以降の日数を計算に用いることで差し支えない。

(問4) 7対1又は10対1入院基本料を算定する病棟において、地域包括ケア病棟入院料等の届出を行った場合、在宅復帰率については経過措置の終了に合わせて、改めて届出を行う必要はあるのか。

(答) 在宅復帰率について、経過措置の終了に合わせて、改めて届出を行う必要はない。

いが、要件を満たさなくなった場合には速やかに届け出ること。

【地域包括ケア入院医療管理料】

(問5) 新たに複数の病室に対して地域包括ケア入院医療管理料の届出をする場合、実績要件は、届出を行う病室毎に満たす必要があるのか。それとも新たに届出を行う病室の合計で満たしていれば良いのか。

(答) 新たに届出を行う病室の合計で実績要件を満たしていれば良い。

【在宅医療】

(問6) 今般の改定で、「厚生労働大臣が定める注射薬」に注射用抗菌薬等が追加されたが、往診料又は在宅患者訪問診療料と併せて当該薬剤料を算定することは可能か。

(答) 可能。

(問7) 今般の改定で、連携型の機能強化型在支診・在支病について、それぞれの医療機関が在宅における看取り等の実績要件を満たすことが必要になったが、連携に参加していた医療機関の中で実績を満たせない医療機関が出た場合、当該連携に参加している全ての医療機関において、機能強化型に応じた点数が算定できないこととなるのか。

(答) 一部に実績を満たさない医療機関が出た場合においても、連携内の全ての医療機関が各々引き続き実績以外の要件を満たすとともに、実績を満たさなくなった医療機関以外の連携医療機関において、3名以上の常勤医師の配置、入院できる病床の確保、過去1年間に合計10件以上の緊急往診、4件以上の在宅看取り実績等の要件を満たしている場合は、実績を満たしている医療機関は機能強化型に応じた点数を算定できる。

なお、この場合、実績を満たさなくなった医療機関は引き続き連携内に留まることになるが、機能強化型に応じた点数を算定することはできない。

(問8) 連携型の機能強化型在支診・在支病について、一部の医療機関が実績を満たせなくなった場合、連携に参加する全ての医療機関が改めて届出を行わなければならないのか。

また、一時的に実績を満たせなくなった医療機関が、後日、実績を満たした場合にはどのような取扱いになるか。

(答) 連携に参加する医療機関それぞれが改めて届出を行う必要はないが、実績を満たさなくなった医療機関はその旨を速やかに届け出ること。

また、実績を満たさなくなった医療機関が、後日、実績を満たした場合には、当該医療機関がその旨届出を行うことで、再び強化型に応じた点数を算定することができるようになる。

(問9) 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、平成26年9月診療分までは添付を省略してもやむを得ないものとされたが、10月以降どのような取扱いになるのか。

(答) 平成26年10月診療分以降の取扱いについては、電子請求事務の対応状況等を考慮し、原則として、明細書の摘要欄又は症状詳記に記載することとし、以下の内容が含まれていれば差し支えないものとする。

<患者ごとに記載する事項>

※「要介護度」

※「認知症の日常生活自立度」

※「訪問診療が必要な理由」 ○○○○○○○○○○○○○○

(要介護4以上又は認知症の日常生活自立度IV以上の場合には不要。)

<算定日ごとに記載する事項>

※「訪問診療を行った日」

※「診療人数合計」

(同一日に同一建物の患者に、同じ医師が在宅患者訪問診療料2の対象となる訪問診療を行った人数の合計。)

[記載例1]

訪問診療にかかる記録書

要介護3

認知症の日常生活自立度 3 a

理由：○○○○○○○○○○○○○○○のため

○日(○人)、○日(○人)

[記載例2]

訪問診療にかかる記録書

要介護4

認知症の日常生活自立度 4

○日(○人)、○日(○人)

【向精神薬多剤投与】

(問10) 「向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生（支）局長に報告する。」こととされているが、別紙様式40の書き方について、例えば、

- ① 1人の患者が抗不安薬3種類以上かつ睡眠薬3種類以上というように複数該当する場合
- ② 1人の患者に対し6月中に複数回の向精神薬多剤投与を行った場合患者数はどのように記載すればよいか。

(答) ①当該患者の主病（又は症状が重いほうの精神疾患）に対する向精神薬多剤投与について、人数にカウントする。

②実人数でカウントする。6月中に複数回の向精神薬多剤投与があっても1名としてカウントする。ただし、複数回の多剤投与を行ったが、その都度、向精神薬の分類が異なる場合は、当該患者の主病（又は症状が重いほうの精神疾患）に対する向精神薬多剤投与について、1名とカウントする。

調剤報酬点数表関係

【妥結率】

(問1) 妥結率に規定する「当該保険医療機関又は保険薬局において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第495号)に収載されている医療用医薬品の薬価総額」の購入元の対象については、そもそも妥結率の報告が、薬価調査において障害となる妥結率が低い保険医療機関や保険薬局の評価の適正化を目的としたものであり、薬価調査において対象としていない、卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)以外との取引価格の妥結状況の報告を求めることは想定されていないことから、卸売販売業者のみと理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、医薬品メーカー等から直接医薬品を購入する場合も想定されるが、その場合においても、当該メーカー等が卸売販売業の許可を取得している場合は購入元の対象となることに留意されたい。