

事務連絡
平成24年8月9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8）

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成24年厚生労働省告示第76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24年3月5日保医発0305第1号）等により、平成24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。

医科診療報酬点数表関係

【入院基本料】

(問1) 入院日及び退院日が金曜日、月曜日に集中している場合の入院基本料の算定について、入院基本料の算定に係る取扱いが平成24年11月診療分から適用される場合、平成24年10月5日(金)に入院し、同年11月26日(月)に退院した場合、同年10月6日(土)、7日(日)の入院料は100分の100に相当する点数を算定してよいか。

(答) 減算となる月の入院日直後の土曜日及び日曜日、退院日直前の土曜日及び日曜日の入院基本料に対し、所定点数の100分の92に相当する点数を算定する。

従って、この場合は11月24日(土)、25日(日)の入院料について、要件を満たす場合は所定点数の100分の92に相当する点数を算定する。

(問2) A100一般病棟入院基本料(13対1入院基本料、15対1入院基本料)を算定する患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者の取扱いについては、平成24年10月1日から適用となるが、平成24年9月30日までの間に、90日を超えて入院し、特定入院基本料を算定している患者も適用されるのか。

(答) 平成24年9月30日以前に既に特定入院基本料を算定している患者であっても、平成24年10月1日以降については、当該取扱いにより算定することになる。

(問3) 今回の改定で一般病棟入院基本料の13対1入院基本料と15対1入院基本料においても救急・在宅等支援病床初期加算が新設された一方で、A101療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算の算定要件には「当該一般病棟から療養病棟に転棟した患者については、1回の転棟に限り算定できる。」と示されているが、当該算定要件を満たす13対1入院基本料を算定する保険医療機関が、入院日から起算して14日間算定し、療養病棟に転棟した日から起算して14日(合わせて28日間)算定することはできるか。

(答) 一連の入院において、一般病棟入院基本料注5に規定する加算と療養病棟入院基本料注6に規定する加算は、合わせて14日まで算定できる。

【入院基本料等加算】

(問4) A205救急医療管理加算において、緊急に入院が必要であると認めた患者のうち、「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24年3月5日保医発0305第1号)に規定する、ア～ケのいずれの患者像にも当てはまらない場合、例えば手術を要するが2、3日後の予定手術で治療可能な患者は、コ「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。

(問5) A234-3患者サポート体制充実加算の施設基準にある窓口担当者は、A238退院調整加算における退院調整に関する部門に配置される専任の看護師又は社会福祉士と兼務でもよいのか。

(答) 退院調整加算における、専任の看護師又は社会福祉士は、退院調整に係る業務を行っている時間以外は、患者サポート体制充実加算の窓口担当者と兼務しても差し支えない。なお、当該窓口担当者が退院調整に係る業務を行っている間は、別の担当者を窓口配置する必要がある。

(問6) A234-3患者サポート体制充実加算の施設基準にある窓口担当者は、がん診療連携拠点病院の相談支援センターに配置される専任の担当者と兼務でもよいのか。また、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと患者サポート体制充実加算における相談窓口を同一場所に設置してもよいのか。

(答) がん診療連携拠点病院の相談支援センターにおける「国立がん研究センターによる研修を修了した専任の相談支援に携わる者」は、相談支援センターに係る業務を行っている時間以外は、患者サポート体制充実加算の窓口担当者と兼務しても差し支えない。なお、当該窓口担当者が相談支援センターに係る業務を行っている間は、別の担当者を窓口配置する必要がある。

また、患者サポート体制充実加算に係る業務と、相談支援センターの業務である次のアからクまでを共に行う場合に限り、「がん診療連携拠点病院の相談支援センター」と「患者サポート体制充実加算に係る相談窓口」を同一場所に設置しても差し支えない。

ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供

イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供

- ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- エ がん患者の療養上の相談
- オ 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供
- カ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談
- キ HTLV-1 関連疾患であるATLに関する医療相談
- ク その他相談支援に関すること

(問7) A238退院調整加算で入院後7日以内のスクリーニングでは抽出されず、その後、状態が悪化し、退院支援が必要になった場合は算定できないか。

(答) 入院早期からの退院支援を評価したものであるため、算定できない。

【医学管理】

(問8) B001-2-5 院内トリアージ実施料の算定要件に「A000に掲げる初診料を算定する患者に対して算定する。」と示されているが、A000初診料の注3ただし書に規定する点数を算定した患者に対して算定は認められるか。

(答) 要件を満たせば算定できる。

(問9) B001-2-7 外来リハビリテーション診療料1 (外来リハビリテーション診療料2) 及びB001-2-8 外来放射線照射診療料を算定する場合、算定日から起算して7日間 (14日間) は外来診療料の算定はできないが、当該診療料を算定することによって外来診療料を算定できない期間の外来診療料に包括される検査 (血液化学検査等)、処置 (消炎鎮痛等処置等) は算定できるか。

(答) 外来診療料に包括される診療行為については算定できない。

【在宅医療】

(問10) 「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成24年3月30日保医発0330第9号)において、特別養護老人ホーム入居中の患者に対して、看取り介護加算の算定要件を満たしている場合、当該特別養護老人ホームにおいて看取った場合は死亡日から遡って30日間に限り特定施設入居時等医学総合管理料を算定可能とされているが、例えば、5月2日から5月中に2回以上訪問診療していて、6月1日に亡くなった場合は、6月1日から遡って30日間の間で算定要件を満たしていれば、5月診療分、6月診療分いずれも特定施設入居時等医学総合管理料を算定できるのか。

(答) 5月診療分は算定できるが、6月診療分は算定できない。

(問11) 平成24年3月30日付け「疑義解釈資料の送付について(その1)」の訪問看護療養費関係の問3で、「すでに要介護認定を受けている患者が医療機関に入院していた場合、退院前の外泊時に医療保険による訪問看護を受けられる」と示されたが、この場合、入院中の患者が外泊する際には、訪問看護ステーションなどに対して訪問看護指示書を発行することになる。訪問看護指示書の算定要件として「退院時に1回算定できるほか、在宅での療養を行っている患者については1月に1回を限度として算定できる」とあるが、入院中に訪問看護指示書を出した上で患者を外泊させることは「在宅療養を行っている場合」に該当するものとして入院中の算定ができるか。

(答) 外泊時の訪問看護に対する当該患者の入院医療機関の主治医の指示は必須であるが、その費用は留意事項通知「訪問看護指示料は、退院時に1回算定できる」の記載の通り、入院中の患者については入院中の指示も含めて、退院時に1回のみ算定できる。

(問12) 電話により、出向いている看護師等と必要な点検、確認を行い指導した場合には、C115在宅植込型補助人工心臓(拍動流型)指導管理料、C116在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料は算定できるか。

(答) 算定できない。

(問13) C158酸素濃縮装置加算の算定要件に「ただし、この場合において区分番号C157に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。」とあるが、次の場合、酸素濃縮装置加算及び酸素ボンベ加算は算定できるか。

- ① 4月 酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ以外）×1（当月分）、酸素濃縮装置加算×1（翌月分）
5月 酸素濃縮装置加算×1（翌月分）
- ② 4月 酸素濃縮装置加算×2（今月分及び翌月分）
5月 酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ以外）×1（翌月分）

(答) ①及び②とも算定できる。

【検査】

(問14) D004-2の1悪性腫瘍遺伝子検査が区分変更されたが、大腸癌でEGFR遺伝子検査とK-ras遺伝子検査を同時に行った場合、それぞれ算定することができるか。また、肺癌にEGFR遺伝子検査、大腸癌にK-ras遺伝子検査を同時に行った場合又は別日に行った場合の算定はどうか。

(答) 大腸癌でEGFR遺伝子検査とK-ras遺伝子検査を同時に行った場合はどちらか一方の点数のみ算定する。

また、肺癌にEGFR遺伝子検査、大腸癌にK-ras遺伝子検査を行った場合、同日又は別日で行った場合であっても各々算定できる。

(問15) D004-2の2抗悪性腫瘍剤感受性検査は、「手術等によって採取された消化器癌、頭頸部癌、乳癌、肺癌、癌性胸膜・腹膜炎、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の組織を検体」として示されているが、頭頸部癌は、悪性の脳腫瘍（例：多発性神経膠芽腫）が含まれるか。

(答) 含まれない。

(問16) D016細胞機能検査の1 B細胞表面免疫グロブリンは、(Sm-Ig)、(Sm-Ig) Sm-IgG、(Sm-Ig) Sm-IgA等の検査法又は測定回数に関わらず、1回分として算定するのか。

(答) そのとおり。

(問17) ①D211-3 時間内歩行試験は、年に4回を限度として算定できるが、初回の実施から1年間に4回か。それとも1/1～12/31までの間に4回か。

②過去の実施日の記載は、上記①回答の1年間に行ったもののみでよいか。

(答) ①1/1～12/31までの間に4回である。

②よい。

(問18) D237終夜睡眠ポリグラフィー（多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合）の算定要件に、「多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用する場合は・・・睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用し、解析を行った場合に算定する。」とあり、「C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。」と示されている。C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定していない患者で、既に睡眠時無呼吸症候群と確定診断されている患者は算定できるか。

(答) 算定できない。

(問19) D237終夜睡眠ポリグラフィー（多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合）の算定要件に、「D223経皮的動脈血酸素飽和度及びD223-2終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定のコストは所定点数に含まれる。」とあり、「数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。」と示されているが、検査の包括規定は次のいずれになるか。

①同日

②同月（入院・外来問わず）

③同月において終夜睡眠ポリグラフィー（多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合）が算定されているレセプトにおいては算定できない。

(答) 診断が確定するまでの間が「一連のもの」の期間である。

(問20) D410乳腺穿刺又は針生検が区分変更されたが、「1、生検針によるもの」と「2、その他」の違いは何か。

また、コアneedleバイオプシーは「生検針」、ファインneedleバイオプシーは「その他」になるのか。

(答) 1. は生検用の針を用いて実施した場合、2. はそれ以外の針（細い針など）を用いた場合である。

また、コアneedleバイオプシーは「生検針」、ファインneedleバイオプシーは「その他」となる。

【画像診断】

(問21) E200コンピューター断層撮影（CT撮影）の注7大腸CT撮影加算の算定要件のアで、「他の検査で大腸悪性腫瘍が疑われる患者」とあるが、大腸癌が確定した患者には算定できないのか。

(答) 算定できない。

(問22) E200コンピューター断層撮影（CT撮影）の注7大腸CT撮影加算の算定要件のイで、「アとは別に、転移巣の検索や他の部位の検査等の目的」とあるが、大腸癌以外の悪性腫瘍があり、大腸悪性腫瘍の疑い並びに他の部位の悪性腫瘍の疑いがあれば、同一日のCT撮影に注3造影剤使用加算と注7大腸CT撮影加算が併算定できると解してよいか。

(答) そのとおり。

【精神科専門療法】

(問23) I001入院精神療法、I002通院・在宅精神療法及びI002-2精神科継続外来支援・指導料の対象精神疾患に「認知症、てんかん、知的障害又は心身症」が追加となったが、対象精神疾患を伴わない認知症等のみでも算定できるか。

(答) 算定できない。

(問24) I 002通院・在宅精神療法について、措置入院や医療保護入院の患者を退院させる場合については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5、第33条の2により最寄りの保健所を通じて都道府県に届出することとなっているが、この退院にかかる診察及び届出については、通院・在宅精神療法「1」の算定要件に示される、(11) のアの(ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務に含まれるか。

(答) 含まない。

(問25) 移送時ではない、医療保護入院及び応急入院のための診察は、通院・在宅精神療法「1」の算定要件に示される、(11) のアの(ロ) 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察に含まれるか。

(答) 含まない。

(問26) I 008-2 精神科ショート・ケア注5 及び I 009精神科デイ・ケア注5 の規定について、精神科退院指導料を算定した患者について、入院中に精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアをそれぞれ1回算定可能なのか。

(答) いずれか1回のみ算定可。

【処置】

(問27) J 003局所陰圧閉鎖処置の区分の見直しにより、「1 被覆材を貼付した場合」と「2 その他の場合」が一本化されたが、局所陰圧閉鎖処置に関する事務連絡「局所陰圧閉鎖処置用材料を使用していなければ算定できない。」の取り扱いに変更はないか。

(答) 変更なし。

(問28) J 054-2 Qスイッチ付きレーザー照射療法の算定要件で、「なお、一連の治療が終了した後に再発した太田母斑・・・」の「後に再発した」の箇所が削除されたが、「再発」か否かに関わらず算定できるということに変更されたと解してよいか。

(答) そのとおり。

【手術】

(問29) K000創傷処理等の真皮縫合加算における露出部の範囲について、足底部が算定できることとなったが、踵についても算定できるか。

(答) 算定できる。

(問30) K056-2 難治性感染性偽関節手術（創外固定器によるもの）は、偽関節に対し創外固定器を用いた手術であることに加え、難治性かつ感染性であることも算定要件になると解してよろしいか。

(答) 難治性感染性偽関節に対して行ったものにつき算定する。

(問31) K331-3 下甲介粘膜レーザー焼灼術で評価するレーザーとは、具体的に何が該当するか。

(答) 薬事法上効能効果が認められているレーザーをいう。

(問32) K560大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む)の区分変更により、「人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術」が新設されたところである。

また、「複数手術に係る費用の特例」において、K560大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む)とK555弁置換術が主たる手術の点数と従たる手術の点数と定められたが、同術式であっても請求形態により差異が発生すると考えられることから、双方の関連性について確認したい。

①「人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術」とは、大動脈弁のみを対象としたものか。また、例えばコンポジットグラフトを用いた大動脈基部置換術を指すと考えてよいか。

②「複数手術に係る費用の特例」における「K555弁置換術」とは、大動脈弁以外の弁を対象としたものか。

(答) ①そのとおり。コンポジットグラフトを用いた大動脈基部置換術も含む。

②そのとおり。

(問33) K615血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)の算定要件に、「脳動脈奇形摘出術前及び肝切除術前の前処置としての血管塞栓術を行った場合には、「2」により算定する」とあるが、脳腫瘍摘出術前の前処置として栄養血管の塞栓を行った場合、以下のどのような算定となるのか。

①K615血管塞栓術 2.その他の算定

②K178脳血管内手術の算定(血管内手術用カテーテルを用いて手術を行った場合、脳血管内ステントを用いて手術を行った場合)

(答) ①の算定になる。

(問34) K616四肢の血管拡張術・血栓除去術とK616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術」の違いについて伺いたい。

(答) K616四肢の血管拡張術・血栓除去術は、ブラッドアクセス用のシャント以外の末梢血管等を拡張した際に算定する。K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術は、ブラッドアクセス用のシャントをPTAバルーンカテーテル等を用いて拡張した際に算定する。

(問35) K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の算定要件に、「手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。」とあるが、造影等に使用した薬剤は算定できるか。

(答) 算定できる。

(問36) 以下の手術について、バルーン付内視鏡を用いた場合も当該区分で算定するのか。

(例) K682-3内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)、K685内視鏡的胆道結石除去術、K686内視鏡的胆道拡張術、K687内視鏡的乳頭切開術、K688内視鏡的胆道ステント留置術

(答) そのとおり。

(問37) K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法について、1. 2センチメートル以内のもの、2. 2センチメートルを超えるものに区分されたが、この2センチメートルとは、悪性腫瘍の範囲を示していると解してよいか。

(答) そのとおり。

(問38) K702-2 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準の届出において、外科系の標榜科名は「消化器外科」以外では認められないのか。

(答) 当該手術に必要な専門性が確保されていると認められる場合（例：膵臓外科）は、認められる。

(問39) K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準の届出において、標榜科名は消化器内科、消化器外科、内視鏡内科又は内視鏡外科以外では認められないのか。

(答) 当該手術に必要な専門性が確保されていると認められる場合（例：大腸外科）は、認められる。

(問40) K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の算定要件に、「最大径が2 cmから5 cmの早期癌又は腺腫に対して、病変を含む範囲を一括で切除した場合に算定する」とあるが、最大径5 cm以上の事例の算定についてはいかがか。

(答) 最大径5 cmを超えるものについては算定できない。

(問41) K922造血幹細胞移植の注7 抗HLA抗体検査加算については、造血幹細胞移植の所定点数にHLA抗体等の安全確認の費用が含まれると解していたが、別に算定できることとなったのか。また、どのような場合に加算が算定できるのか。

(答) そのとおり。造血幹細胞移植を行うに当たり、医学的な必要性があつて抗HLA抗体検査を行う場合に加算するものである。

(問42) K924自己生体組織接着剤作成術において、骨移植時の移植骨の接着に用いた場合も算定できるか。

(答) 医療機器製造販売承認書による効能・効果に即して使用した場合に算定できる。

(問43) K934-2副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算については、どのような機器を使用した際に算定できるのか。

(答) 副鼻腔の軟部組織又は骨関連組織の切除に用いる電動式の器具（シェーバシステム等）を使用した場合に算定できる。

(問44) K939-3人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準における「常勤の看護師」は、A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算における専従の看護師（褥瘡管理者）との兼任は可能か。

(答) 兼任不可。ただし、A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算における専従の看護師の要件に該当する者を複数配置し、常に褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を継続的に実施できる体制が確保されている場合であって、そのうちの1人が専従の褥瘡管理者として従事している場合には、それ以外の者についてはA236褥瘡ハイリスク患者ケア加算における専従の看護師（褥瘡管理者）の業務に支障がない範囲でK939-3人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算に係る業務と兼任することは可能である。

(問45) 手術医療機器等加算については、平成24年3月30日付け「疑義解釈資料の送付について（その1）」の「問180」において、従たる手術の費用が算定できない場合には算定できない旨回答されているが、K939-3人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の算定要件に「人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うこと」とあることから、算定要件を満たしていれば告示及び通知（手術通則14にて、同一術野、同一病巣にかかる手術として請求できない等）で人工肛門・人工膀胱造設術の請求ができない場合においても当該加算は請求できると解していいか。

(答) 人工肛門・人工膀胱造設の手術が算定できない場合にあっても、当該加算の算定はやむを得ない。

【病理診断】

(問46) 第13部病理診断の留意事項通知の通則6により、「標本の受取側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本の送付側、標本の受取側の保険医療機関間における相互の合議に委ねる」とあるが、N006病理診断管理加算の施設基準の届出を行っていない医療機関が、当該加算の届出を行っている保険医療機関に病理診断を依頼した場合、届出を行っていない医療機関において、病理診断の留意事項通知の通則6により、病理診断管理加算の算定は認められるか。

(答) 区分番号N006に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定するため、届出を行っていない医療機関は認められない。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

【 3 . 診断群分類区分の適用の考え方について】

(問 3-19) 「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、重傷度等は「両眼」を選択するのか。

(答) 「片眼」を選択する。

(問 3-20) 「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、重傷度等は「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 3-21) 「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。

(問 3-22) 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)。

(問3-23) 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か。

(答) 選択することができる。

【12. 退院時処方取扱い】

(問12-7) 「疑義解釈資料の送付について(その4)」のDPC(問12-6)で入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ g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12-8) 介護老人福祉施設に退院する場合、退院時処方の薬材料は別に算定することができるか。

(答) 算定することができる。

【13. 対診・他医療機関受診の取扱い】

(問13-5) 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かかる費用は、入院医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様の取扱いとし、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つては、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消費税が非課税となる。（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。）

調剤報酬点数表関係

(問1) 同一又は異なる保険医療機関の複数診療科から処方日数の異なる処方せんを保険薬局が受け付けた場合、薬剤等を整理し、日々の服薬管理が容易になるように支援すれば、その都度、外来服薬支援料を算定できるのか。

(答) 算定できない。外来服薬支援料は、患者または家族が持参した「服薬中の薬剤」に関する服薬支援を評価しているものである。

(問2) 自家製剤加算又は計量混合調剤加算については、「疑義解釈資料の送付について(その2)」(平成24年4月20日)において、6歳未満の乳幼児に対する特別な製剤を行った場合には算定できることが示されたが、従来どおり、成人又は6歳以上の小児のために矯味剤等を加えて製剤した場合や微量のために賦形剤・矯味矯臭剤等を混合した場合にも算定できるという理解でよいか。

(答) そのとおり。