

事務連絡
平成25年8月6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15）

「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

【医学管理等】

(問1) 「境界型糖尿病」、「耐糖能異常」を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、B000特定疾患療養管理料を算定できるか。

(答) 算定できない。

(問2) B001の2特定薬剤治療管理料の通則5に「てんかん患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて…当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定する。」とあるが、「配合剤」を投与した場合は、配合された成分が複数であることをもって2回算定するのではなく、1銘柄として取り扱い、1回算定するのか。

(答) そのとおり。

(問3) B001の8皮膚科特定疾患指導管理料の留意事項に「皮膚科を標榜する保険医療機関とは、皮膚科、皮膚泌尿器科又は皮膚科及び泌尿器科、形成外科若しくはアレルギー科を標榜するものをいい、…」とあるが、これは、「皮膚科」「皮膚泌尿器科」「皮膚科と泌尿器科」「皮膚科と形成外科」「皮膚科とアレルギー科」のいずれかを標榜するものという理解でよろしいか。

(答) そのとおり。

(問4) B001の27糖尿病透析予防指導管理料については、「ヘモグロビンA1cがJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%以上)又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者に対し…月1回に限り算定する。」とあるが、これは、「ヘモグロビンA1cがJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%以上)であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者」又は「内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者」という意味か。

(答) そのとおり。

(問5) B001-3-2ニコチン依存症管理料の留意事項に「初回の当該管理料を算定した日から起算して12週にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。」「当該管理料は、初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。」とあるが、禁煙治療中に薬剤を別のものに変更した場合であっても、引き続き当該管理料を算定することはできるか。

(答) 12週にわたる一連の禁煙治療の過程の中で、薬剤の変更を行った場合であっても、引き続き禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行っていれば、継続して当該管理料を算定することができる。なお、この場合において、新たな起算日として算定することはできない。

【リハビリテーション】

(問6) 疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、「リハビリテーションの開始時及びその後3か月に1回以上患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載する。」とされている。

一方、手術、急性増悪、再発又は新たな疾患の発症等により、患者の病態像・障害像が変化した際には、疾患別リハビリテーションの起算日をリセットした上で、当該リハビリテーションを新たに開始することとなるが、その際は、新たなリハビリテーション実施計画の内容を患者へ説明した上で、改めて診療録にその要点を記載することとなるのか。

(答) そのとおり。

(問7) B006-3退院時リハビリテーション指導料の留意事項に「退院日に1回に限り算定する。」とあるが、退院した後、同一医療機関へ再入院した場合や、他医療機関へ転医した場合であっても、算定要件を満たせば当該指導料を算定することができるのか。

(答) 第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合には、当該指導料を算定することはできない。

また、当該指導料の趣旨から、他医療機関への転医の場合には算定できない。

【精神科専門療法】

(問8) I 008－2 精神科ショート・ケア、I 009精神科デイ・ケアの留意事項通知に「…同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。」とあるが、同一日に他の保険医療機関で行う精神科専門療法も算定できないという理解でよいか。

(答) そのとおり。

【処置】

(問9) 『「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)の一部改正について』(平成25年6月27日保医発0627第2号)のJ 001に(4)「陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合は、局所陰圧閉鎖処置材料で被覆すべき創傷面の広さに応じて各号により算定する。ただし、入院中の患者以外に使用した場合に限る。」とあるが、入院中の患者に対して当該カートリッジを用いて処置を行った場合の費用は、J 003局所陰圧閉鎖処置に含まれ別に算定できないという理解でよいか。

(答) そのとおり。

【手術】

(問10) 乳癌に対してK 476乳腺悪性腫瘍手術の「4」乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの)を施行(術中迅速病理組織標本で断端陰性)した後、永久標本で断端陽性と診断され、後日、乳房部分切除術を追加する場合、K 475乳房切除術又はK 476乳腺悪性腫瘍手術の「2」乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)のどちらを算定するのか。

(答) K 476乳腺悪性腫瘍手術の「2」乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)を算定する。

【病理判断】

(問11) N007病理判断料の算定に当たっては、診療録に病理学的検査の結果に基づく病理判断の要点を記載する必要があるか。

(答) 記載する必要がある。

【特定保険医療材料】

(問12) 『「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24年3月5日保医発0305第5号)の一部改正について』(平成25年6月27日保医発0627第2号)の(38-3)固定用内副子(プレート)の「ウ 重症ハイリスク症例と考えられる患者(高度慢性閉塞性肺疾患、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス例、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等)」の「等」には何が含まれるのか。

(答) 人工透析症例、同一入院中における再開胸、心臓や大血管の再手術、免疫抑制剤使用症例又は縦隔感染症例に該当する患者であって、胸骨正中切開術を行う者が含まれる。

【乳房再建術等】

(問13) 人工乳房を用いて乳房再建術を行った場合は、K476-3乳房再建術(乳房切除後)の点数に準じて算定できることになっているが、一次一次的再建の場合は、「1」一次的に行うもの、一次二次的再建及び二次再建の場合は、「2」二次的に行うものを算定するという理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問14) 人工乳房が保険適用される前(平成25年7月1日より前)に、乳房全摘術を施行した場合であっても、人工乳房の使用に際してK476-3乳房再建術(乳房切除後)を保険請求することができるのか。

(答) できる。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後であることを確認できる診療録(臨床症状・手術日・術式等)が必要である。

(問15) 乳房全摘術を施行した患者であって、組織拡張器の挿入を実施する場合は、どの手技料を準用するのか。

(答) K022組織拡張器による再建手術(一連につき)を準用する。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後であることを確認できる診療録(臨床症状・手術日・術式等)が必要である。

(問16) 人工乳房の破裂等により再手術を施行した場合は、K476－3 乳房再建術（乳房切除後）の点数に準じて算定してよいか。

(答) よい。なお、その際は「1 一期的に行うもの」を算定する。

ただし、人工乳房を挿入した目的が乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術以外であった場合は、保険診療の対象外であり、すべて自由診療となる。

(問17) 乳癌の予防目的のために全摘術を施行した場合、乳房再建術を算定することは可能か。

(答) 保険診療の対象外であり、人工乳房の使用や筋皮弁術の実施の有無に関わらず算定不可。