



福岡県医発第631号(保)
平成15年 6月27日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師
会長 関 原



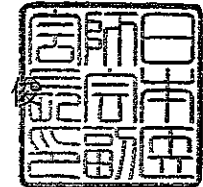
疑義解釈資料の送付について

今般、診療報酬の算定や厚生労働省が定める医師等の員数の基準に該当する場合(いわゆる標欠の場合)の取扱い等について会計検査院より指摘されている事項に関し、厚生労働省保険局医療課で疑義解釈資料が取りまとめられ、日本医師会を通じて別添のとおり送付してまいりましたので、ご参考までに1部お送りいたします。

事務連絡(保46)
平成15年6月19日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会副会長
青 柳

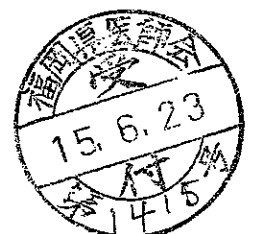


疑義解釈資料の送付について

今般、診療報酬の算定や厚生労働大臣が定める医師等の員数の基準に該当する場合（いわゆる標欠の場合）の取扱い等について会計検査院より指摘されている事項に関し、厚生労働省保険局医療課で疑義解釈資料が取りまとめられましたので、ご参考までに1部お送りいたします。

（添付資料）

1. 疑義解釈資料の送付について（平15.6.12 厚生労働省保険局医療課事務連絡）





事 務 連 絡
平成15年6月12日

地 方 社 会 保 険 事 務 局
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（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

「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」（平成6年厚生省告示第54号）及び「老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準」（平成6年厚生省告示第72号）については、「診療報酬点数表（平成6年厚生省告示第54号）及び老人診療報酬点数表（平成6年厚生省告示第72号）の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」（平成14年3月8日付保医発第0308001号）等により実施しているところですが、今般、会計検査院より指摘されている事項に関し、疑義解釈資料を別添のとおり取りまとめましたので、遺漏のないよう関係者に対し周知徹底をお願いします。

<基本診療料>

問1 入院基本料について

- (1) 入院患者が外泊する場合、療養病棟入院基本料の日常生活障害加算又は痴呆加算を算定することができるか。
- (2) 療養病棟入院基本料の所定点数に含まれる画像診断について、画像診断管理加算のみを別に算定することができるか。

(答)

いずれも算定することができない。

問2 手術後医学管理料の算定要件については、「同一保険医療機関において、同一月に本管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定はできない。」とされているが、同一月に入院の日から起算して10日以内に手術を受けた患者と10日を経過して手術を受けた患者が入院している場合には、前者のみ手術後医学管理料を算定することができるのか。

(答)

そのとおり。「(略) 混在するような算定はできない。」とは、手術後医学管理料の算定要件を満たす患者については、すべて当該点数を算定する趣旨である。

<特掲診療料>

問1 検体検査管理加算(Ⅱ)の施設基準の届出をしている医療機関は、入院外の患者についても、地方社会保険事務局長に届出をすることなく、検体検査管理加算(Ⅰ)を算定することができるか。

(答)

検体検査管理加算(Ⅰ)及び検体検査管理加算(Ⅱ)の両方を算定するためには、それぞれ届出を行うことが必要である。

問2 手術料について

- (1) 第10部手術通則4に定める手術について施設基準の届出を行っていない医療機関が当該手術を実施した場合には、手術料、特定保険医療材料等の当該手術に要した費用はすべて算定することができないのか。
- (2) 第10部手術通則5に定める「体外循環を要する手術」とは、具体的にはどのようなものか。

(答) (1) そのとおり。

(2) 原則として、K598人工心肺に併施される手術である。

<標欠関係>

問1 医療保険適用の療養病床（以下「医療療養病床」という。）と介護保険適用の療養病床（以下「介護療養病床」という。）が併存する療養病棟について、いわゆる「超過病床」であるか否かを判断するにあたっては、医療療養病床に係る病床数を基礎として計算するのか。また、「2室8床」の届出を行っている場合には、医療療養病床及び「2室8床」に係る病床数を基礎として計算するのか。

(答)

いずれも、医療法上の許可病床数を基礎として計算する。

問2 基本診療料の施設基準等（平成14年厚生労働省告示第73号）及び特掲診療料の施設基準等（平成14年厚生労働省告示第74号）の第二（施設基準の通則）の四については、医師（歯科医師）又は看護要員のいずれかの員数が医療法標準の100分の80以下である場合は、基本診療料及び特掲診療料の新規の届出又は変更の届出ができないのか。

(答) そのとおり。「医師の員数が医療法標準の100分80以下」又は「看護師及び准看護師又は看護補助者の員数が医療法標準の100分の80以下」のいずれか一方にあたる場合は、当該基準に該当し、施設基準の届出を行うことはできない。

ただし、既に届け出ている施設基準を満たさなくなった医療機関は、当該施設基準を下方に修正するために、変更の届出を行わなければならない。

[具体例]

4月：標欠の基準○	言語聴覚士3人	→	言語聴覚療法（Ⅰ）を算定
5月：標欠の基準×	言語聴覚士3人	→	引き続き、言語聴覚療法（Ⅰ）を算定
6月：標欠の基準×	言語聴覚士2人	→	言語聴覚療法（Ⅱ）を算定するための変更の届出
7月：標欠の基準×	言語聴覚士3人	→	言語聴覚療法（Ⅰ）を算定するための変更の届出は不可

問3 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料等の算定方法について（平成14年3月8日付保医発第0308004号）」中「第3の1のイ」では、入院基本料及び老人入院基本料並びに入院時食事療養（Ⅰ）及び特別管理の届出について、医師等の確保に関する具体的な計画が定められている場合、届出は可能とされているが、特掲診療料に係る届出は可能か。

（答）

特掲診療料に係る届出は不可である。

問4 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料等の算定方法について（平成14年3月8日付保医発第0308004号）」中「第3の1のイ」において「第2の2の基準に該当する離島等所在保険医療機関」とあるが、具体的にはどのような医療機関か。

（答） 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料等の算定方法」（平成14年厚生労働省告示第75号）別表第5に掲げる地域に所在する保険医療機関である。