

【1 入院基本料等加算】

(問1) 一般病棟入院基本料の15:1を算定する病棟の特定患者については、看護配置加算を算定できるか。

(答)

従前どおり算定できない。

【2 特定入院料】

(問2) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者に対しては、多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行うという「H003-2 リハビリテーション総合計画評価料」と同様の取り組みを行っていることから、「H003-2 リハビリテーション総合計画評価料」は同時に算定できないのか。

(答)

そのとおり。

(問3) 平成18年3月31日付医療課事務連絡において、緩和ケア病棟入院料に係る施設基準の「財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。」の要件については、平成18年度中に受審する見込みである旨を社会保険事務局長に届け出た場合に限り、平成19年3月31日までに限り算定してよいとの経過措置が設けられていたが、平成18年度中に受審したものの、年度中に受審結果が出ない場合には、平成19年4月以降は当該入院料は算定できないのか。

(答)

平成18年度中に受審した場合であって、年度中に受審結果が出ていない場合には、その旨を社会保険事務局長に届け出た場合に限り、平成20年3月31日までに限り算定できる。なお、受審結果がでた際には、当該結果について速やかに社会保険事務局長に届け出ることとし、受審結果により、評価(認定)を受けた場合は引続き当該入院料の算定は可能であるが、認定を受けられなかった場合は、当該入院料の施設基準の要件を満たさないことから、届出の辞退を行うこと。

【3 医学管理等】

(問4) 「B009 診療情報提供料(I)の注4」、「I012 精神科訪問看護・指導料の注2」及び「訪問看護基本療養費の注2」において規定されている「精神障害者施設」とは、具体的にどのような施設か。

(答)

次の施設のことをいう。

- ①障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第5条第6項の規定に基づき生活介護を行う施設
- ②同条第13項の規定に基づき自律訓練(機能訓練・生活訓練)を行う施設
- ③同条第14項の規定に基づき就労移行支援を行う施設
- ④同条第15項の規定に基づき就労継続支援(雇成型・非雇成型)を行う施設
- ⑤同条第22項の規定に基づく福祉ホーム
- ⑥同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第50条の2第1項に規定する精神障害者社会復帰施設（精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム）

【4 在宅】

(問5) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が半径16キロメートルを超えた場合に医科点数表における「C000 往診料」若しくは「C001 在宅患者訪問診療料」又は歯科点数表における「C000 歯科訪問診療料」の算定が認められる絶対的理由とはどのようなものか。

(答)

具体的には、①患家の所在地から半径16キロメートル以内に、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合、②患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などが考えられる。なお、療養費における「往療料」についてもこれに準じた取扱いである。

【5 検査】

(問6) 「D101 病理組織顕微鏡検査 (1臓器につき)」について、対称臓器の左右それぞれに異なる病名がついており、それぞれについて病理組織顕微鏡検査を実施した場合であっても、左右を合わせて1臓器として算定するのか。

(答)

検査の部の通則5のとおり左右を合わせて1臓器として算定する。

(問7) 「D239 筋電図検査」の「1」筋電図 (1肢につき (針電極にあつては1筋につき)) を左右の上肢に行った場合は200点×2で算定するのか。

(答)

左上肢、右上肢をそれぞれ「1肢」として、200点×2で算定する。

【6 処置・手術】

(問8) 外来診療料には「J119-2 腰部又は胸部固定帯固定」が含まれているが、処置の「第2節 処置医療機器等加算」も含まれるのか。

(答)

処置の部の「第2節 処置医療機器等加算」は外来診療料に含まれず別途算定できる。

(問9) 乳腺悪性腫瘍手術と両側の腋窩リンパ節郭清術を併せて行った場合は、「K476 乳腺悪性腫瘍手術」の何により算定するのか。

(答)

診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について (平成18年3月6日保医発第0306001号) において「K476 乳腺悪性腫瘍手術」の「乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの」で算定することとされているが、従来どおり「拡大乳房切除術 (胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)」で算定することとなる。

【7 リハビリテーション】

(問10) 平成19年4月1日以前に疾患別リハビリテーションの算定日数の上限を超え、介護保険によりリハビリテーションを行っていた患者が、同一の疾患等について疾患別リハビリテーション医学管理を受けることはできるのか。

(答)

疾患別リハビリテーション医学管理料の算定対象患者であって、計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行う必要がある患者であれば、疾患別リハビリテーション医学管理を受けることは可能である。ただし、介護保険におけるリハビリテーションを実施している月にあつては、疾患別リハビリテーション医学管理料は算定できない。

(問11) 平成19年4月1日から新たに算定日数の上限の除外対象患者とされた、慢性閉塞性肺疾患、心筋梗塞又は狭心症の患者で、3月以前に疾患別リハビリテーション料の算定日数の上限に達し、介護保険におけるリハビリテーションを実施していた患者は、4月1日より疾患別リハビリテーションが算定できることとなるのか。

(答)

そのとおり。ただし、逓減後の疾患別リハビリテーション料の点数を算定する。

(問12) 疾患別リハビリテーション医学管理料を算定すべきリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションと同様の訓練内容と考えてよいか。

(答)

そのとおり。

(問13) 疾患別リハビリテーション医学管理料は、入院・通院に関係なく算定可能か。

(答)

疾患別リハビリテーションと同様であり、そのとおり。

(問14) 理学療法士等の従業者が1日に実施できる単位数には、疾患別リハビリテーション医学管理料を算定すべきリハビリテーションに係る時間数も含まれるのか。

(答)

そのとおり。

(問15) 疾患別リハビリテーション医学管理料には消炎鎮痛等処置等が含まれるが、リハビリテーションを実施することが多い場合に、当該リハビリテーションに係る費用を消炎鎮痛等処置で算定すれば、疾患別リハビリテーション医学管理料2回分よりも高い診療報酬を請求できる場合がある。このような取扱いは可能か。

(例：定期的なりハを1月に15日行った場合)

- ・脳血管疾患等リハ医学管理料(Ⅱ) 260点×2(回) =520点
- ・消炎鎮痛等処置35点×15(日) =525点

(答)

機能の向上又は維持を目的とするリハビリテーションと、疼痛を緩和させるマッサージ等とは全く異なるものである。従って、リハビリテーションを行ったのであれば、当然疾患別リハビリテーション医学管理料を算定することとなる。

(問16) 疾患別リハビリテーション医学管理料を算定した月でリハビリテーションを行わない日の外来管理加算は算定可能か。

(答)

算定できない。

(問17) 疾患別リハビリテーション医学管理料の算定対象患者は、「特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合に該当する患者以外の患者」であれば介護保険の要支援・要介護認定の有無や特定の疾病の有無等に関わらず対象となると考えるがいかがか。

(答)

そのとおり。ただし、介護保険におけるリハビリテーションを実施している月にあつては、疾患別リハビリテーション医学管理料は算定できない。

(問18) 疾患別リハビリテーション医学管理料を算定している患者が、新たな疾病を発症し、若しくは急性増悪等により改めて疾患別リハビリテーションを実施すべき状態となった場合は、改めて疾患別リハビリテーション料を算定できると考えるがいかがか。

(答)

そのとおり。

(問19) 「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」は要支援・要介護認定を受けていなくても状態が該当すればよいか。

(答)

要支援又は要介護の認定を受けた者であることが必要である。

(問20) 疾患別リハビリテーション医学管理料のみを算定している患者に対し、H003-2リハビリテーション総合計画評価料を併せて算定することができるのか。

(答)

算定できない。総合計画評価料は、疾患別リハビリテーション(I)を届け出ている保険医療機関であって、疾患別リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に算定できるものである。

(問21) 運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り算定できることとなっているが、「前腕骨骨折」でのリハビリテーションが終了し、「手関節不全拘縮」として治療を開始した場合は、当該日を新たな発症日として、新たな運動器リハビリテーション料を算定できるのか。

(答)

一般的には、「前腕骨骨折」のリハビリテーションは、手関節拘縮等の廃用性の疾患が発症しないように実施されるべきものであり、新たな疾患が発症したものと取り扱うことは想定していない。

(問22) 運動器リハビリテーションを行っている傷病等について、患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後診療を再開する場合などは、初診として取扱い、新たな発症日となるのか。

(答)

患者の都合により診療を中止し、1月を経過した後診療を再開した場合でも、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推測される場合には、再開日が初診日とはならない。

また、同一の疾患等について運動器リハビリテーションを再開するのであれば、当該リハビリテーションの起算日は患者が診療を中止する前の当初の発症日等となる。

(問23) 「膝の変形性関節症」での運動器リハビリテーションが終了した日以降、「脊椎疾患」や「隣接関節疾患」などで、新たな運動器リハビリテーション料を算定できるのか。

(答)

脊椎疾患等の傷病が新たに発症したものであれば算定できる。なお、脊椎疾患等の慢性的な疾患については、膝変形性関節症に対するリハビリテーションを実施中に既に発症していた可能性が高いことから、発症日を十分に確認する必要がある。

(問24) 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成18年3月6日保医発第0306003号）において、疾患別リハビリテーションの届出様式が改正されているが、受理通知は従前のままで良いか。

(答)

良い。

(問25) 失語症などの言語聴覚療法が必要な疾患を含む疾患に係る脳血管疾患等リハビリテーションが必要な患者について、作業療法及び理学療法を実施している保険医療機関に言語聴覚士がおらず、言語聴覚療法が実施できない場合には、他の保険医療機関で言語聴覚療法を実施しても良いか。

(答)

同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーション又は疾患別リハビリテーション医