

# 厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 閣政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

通	医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項について (保医発 0702-1)	p.65
事	官報掲載事項の一部訂正について (7/5 保険局医療課事務連絡)	p.65
事	平成 30 年台風第 7 号及び前線等に伴う大雨による被災に伴う保険診療関係等及び診療報酬の取扱い (7/9 保険局医療課, 老健局老人保健課事務連絡)	p.65
事	平成 30 年 7 月豪雨に関する診療報酬等の請求の取扱い (7/30 保険局医療課事務連絡)	p.69
通	「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正 (保医発 0713-1)	p.71
事	疑義解釈資料の送付 (その 6・その 7) (7/20, 7/30 保険局医療課事務連絡)	p.74
告	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正 (7/31 告示 294)	p.75
通	検査料の点数の取扱い (保医発 0731-3)	p.76
通	「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」等の一部改正 (保医発 0731-1)	p.76
	* * *	
通	診療情報の提供等に関する指針について (医政医発 0720-2)	p.76

\*本欄で示す“p.00”は、原則“診療点数早見表 2018 年 4 月版”ページ数です。



## 通

### 医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項について

平成 30 年 7 月 2 日  
保医発 0702 第 1 号

(p.510 右段 16 行目の次に挿入)

→リムパーザ錠 100mg, 同錠 150mg

本製剤をがん化学療法歴のある BRCA 遺伝子変異陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌に用いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「承認された体外診断薬等を用いた検査により、生殖細胞系列の BRCA 遺伝子変異 (病的変異又は病的変異疑い) を有することが確認された患者に投与すること」とされてい

るので、BRCA 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。

(p.536 左段 1 行目の次に挿入)

→イラリス皮下注用 150mg, 同皮下注射液 150mg

- 本製剤の全身型若年性特発性関節炎への使用に当たっては、原則として他の生物製剤で効果不十分な場合に本製剤の使用を検討する。
- 本製剤の全身型若年性特発性関節炎への投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
  - 他の生物製剤として使用していた薬剤の品名及び使用期間
  - 本製剤の投与が必要と判断した理由

## 事

### 官報掲載事項の一部訂正について

平成 30 年 7 月 5 日  
保険局医療課事務連絡

【解説】平成 30 年 3 月 5 日官報 (号外第 45 号) に掲載された平成 30 年度診療報酬改定に伴う関係告示について、訂正の事務連絡が出されました。

(p.57 右段下から 3 行目を訂正)

ロ 糞便検査  
D003 [9 カルプロテクチン (糞便) を除く]

(p.424 左段 9 行目を訂正)

注 2  
ニ 糞便検査 [カルプロテクチン (糞便) を除く]

## 事

### 平成 30 年台風第 7 号及び前線等に伴う大雨による被災に伴う保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて

平成 30 年 7 月 9 日  
保険局医療課,  
老健局老人保健課事務連絡

【解説】7 月に発生した西日本豪雨による被災に伴い、医療機関、介護施設などが被害を受け、その診療報酬請求手続きに関する対応について、事務連絡が出されました。

#### 1. 診療報酬の請求等の取扱いについて

(略) (編注: p.69 事務連絡参照)

#### 2. 保険医療機関等の建物が浸水等した場合の取扱い

保険医療機関である医療機関又は保険薬局である薬局の建物が浸水等し、これに代替する仮設の建物等 (以下「仮設医療機関等」という) において診療又は調剤を行う場合、当該仮設医療機関等と浸水等した

保険医療機関等との間に、場所的近接性及び診療体制等から保険医療機関等としての継続性が認められる場合については、当該診療等を保険診療又は保険調剤として取り扱って差し支えない。

#### 3. 保険調剤の取扱い

(略)

#### 4. 定数超過入院について

(1) 「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の算定方法について」(平成 18 年 3 月 23 日保医発 第 0323003 号) の第 1 の 3 において、保険医療機関が、医療法

上の許可病床数を超過して入院させた場合の取扱いに係り、「災害等やむを得ない事情」の場合は、当該入院した月に限り減額の対象としないとされているところである。今般、被災地における保険医療機関の状況等を踏まえ、平成 30 年台風 7 号等大雨による被災者を受け入れたことにより超過入院となった保険医療機関にあっては、この規定にかかわらず、当面の間、同通知第 1 の 2 の減額措置は適用しない。

(2) (1) の場合においては、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要

する費用の額の算定方法」(平成30年厚生労働省告示第68号)の第4項第1号に掲げるDPC対象の保険医療機関が医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合の取扱いによらず、当面の間、従前の通り診断群分類点数表に基づく算定を行う。

### 5. 施設基準の取扱いについて

- (1) 今般の平成30年台風7号等大雨に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本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30年3月5日保医発0305第2号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という)の第3の1(1)の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよい。
- (2) また、平成30年台風7号等大雨に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第3の1(3)及び(4)の規定にかかわらず、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよい。
- (3) 上記と同様の場合、DPC対象病院について、「DPC制度への参加等の手続きについて」(平成30年3月26日保医発0326第7号)の第1の4(2)②に規定する「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよい。
- (4) (1)から(3)の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておく。
- (5) 被災地域以外の保険医療機関について

も、(1)から(4)までを適用する。

### 6. 訪問看護の取扱いについて(略)

### 7. 診療報酬の取扱いについて 別添のとおりとする。

(別添)

### I. 被災地(災害救助法の適用対象市町村をいう。以下同じ)

問1 日本赤十字社の救護班、DMAT(災害派遣医療チーム)やJMAT(日本医師会による災害医療チーム)などボランティアにより避難所や救護所等で行われている診療について、保険診療として取り扱うことは可能か。また、それら診療について一部負担金を患者から徴収することは可能か。

答 都道府県知事の要請に基づき、日本赤十字社の救護班やDMAT、JMATなど、ボランティアが避難所等で行った医療に係る経費については、

- ① 薬剤、治療材料等の実費
- ② 救助のための輸送費や日当・旅費等の実費

などを災害救助法の補助対象としており、これを保険診療として取り扱うことはできない。したがって保険診療としての一部負担金を患者に求めることはできない。

問2 被災地の保険医療機関の医師等が、各避難所等を自発的に巡回し、診療を行った場合、保険診療として取り扱うのか。

答 保険診療として取り扱うことはできない。(災害救助法の適用となる医療については、区市町村に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、区市町村に確認されたい)

問3 被災地の保険医療機関の医師等が各避難所等を自発的に巡回し診療を行っている際に、訪れた避難所等において偶然、普段外来にて診療している患者の診察、処方等を行った場合は、保険診療として取り扱うのか。

答 保険診療として取り扱うことはできない。(災害救助法の適用となる医療については、区市町村に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、区市町村に確認されたい)

問4 避難所や救護所等において診察を受けて発行された処方せんによる調剤は、

どのような取扱いになるか。

答 保険調剤として取り扱うことはできない。(災害救助法の適用となる医療については、区市町村に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、区市町村に確認されたい)

問5 保険診療による処方せんとはどのように区別したらよいか。

答 災害により避難所や救護所等において発行された処方せんについては、当該処方せんに「災」と記されている場合もあるが、災害救助法の適用が明らかな場合は保険診療としては取り扱われないので、処方せんの交付を受けた場所を患者に確認するなど留意されたい。

問6 被災地の保険医療機関の医師等が、避難所に居住する疾病、傷病のために通院による療養が困難な患者に対して、当該患者が避難所にある程度継続して居住している場合に、定期的な診療が必要と判断され、患者の同意を得て継続的に避難所を訪問して診察を行った場合に、訪問診療料(歯科診療にあっては、歯科訪問診療料)は算定できるか。

答 算定できる。なお、疾病、傷病から通院による療養が可能と判断される患者に対して訪問診療料(歯科訪問診療料)は算定できない。

問7 問6において、同じ避難所等に居住する複数人に同一日に訪問診療を行う場合、「同一建物居住者」の取扱いとするか、「同一建物居住者以外」の取扱いとするか。同様に同じ避難所等に居住する複数人に同一日に同じ訪問看護ステーションから訪問看護を行う場合はどうか。

答 いずれも、同一建物居住者の取扱いとする。なお、医科の場合にあっては、避難所等において、同一世帯の複数の患者に診察をした場合は、「同一建物居住者」の取扱いではなく、1人目は「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降の患者については、初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料のみを算定する。

問8 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料は「同一建物居住患者の人数」により区分がなされているが、被災前から、当該管理料(平成28年3月以前の特定施設入居時等医学

総合管理料を含む)の対象となる医学管理を行っている患者が避難所に避難し、当該患者に当該医学管理を継続して行う場合、当該管理料をどのように算定することができるか。

答 当面、避難所においても、被災前の居住場所に応じた区分に従って、当該管理料を算定することができる。但し、避難場所が分散し、被災前の居住場所と比べ、「単一建物居住患者の人数」が減少した場合には、減少後の人数に基づいて算定できる。

問9 避難所等に居住する患者であって、定期的に外来における診療を受けている者からの求めに応じて、当該外来による診療を行っている被災地の保険医療機関の医師等が避難所等に往診を行った場合、往診料は算定できるか。

答 患者が避難所等にある程度継続して居住している場合には、避難所に居住している患者であって、定期的に外来による診療を受けている者からの求めがあり、当該外来による診療を行っている被災地の保険医療機関の医師等が避難所等に赴き診療を行った場合には、往診料を算定できる。ただし、2人目以降については、往診料は算定できず、再診料の算定となる。(通常の往診料と同じ取扱い)

問10 被災地の保険医療機関が、災害等やむを得ない事情により、医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合などは、どの入院基本料、特定入院料を算定するのか。

答 当面の間、以下の取扱いとする。

<原則>

実際に入院した病棟(病室)の入院基本料・特定入院料を算定する。

<会議室等病棟以外に入院の場合>

速やかに入院すべき病棟へ入院させることを原則とするが、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が入院すべき病棟の入院基本料を算定する。

この場合、当該患者の状態に応じてどのような診療や看護が行われているか確認できるよう、具体的に診療録、看護記録等に記録する。

なお、単なる避難所としての利用の場合には算定できない(災害救助法の適用となる医療については、区市町に費用を請

求する。なお、当該費用の請求方法については、区市町村に確認されたい)

<医療法上、本来入院できない病棟に入院(精神病棟に精神疾患ではない患者が入院した場合など)又は診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院(回復期リハビリテーション病棟に施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合など)した場合>

○ 入院基本料を算定する病棟の場合  
入院した病棟の入院基本料を算定する(精神病棟に入院の場合は精神病棟入院基本料を算定)。

ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注3の規定に係らず、入院基本料を算定する。

○ 特定入院料を算定する病棟の場合  
医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置により、算定する入院基本料を判断すること(一般病床の回復期リハビリテーション病棟に入院の場合は13対1又は15対1の看護配置を求めていることから、地域一般入院基本料を算定)。

問11 被災地の保険医療機関において、被災地の他の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該他の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合に、平均在院日数はどのように算定するのか。また、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を超えた場合、特別入院基本料を算定するのか。

答 医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合を含め、当該他の医療機関から転院させた患者を含めて平均在院日数を算定する。ただし、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を超えた場合であっても、当面の間、従前の入院基本料を算定できるものとし、特別入院基本料の算定は行わないものとする。

問12 被災地の保険医療機関において災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院(例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など)した場合に、特定入院料等に規定する施設基準の要件についてどのように考えればよいか。

答 被災地の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院(例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など)した場合には、当面の間、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否か判断する。

問13 被災地の保険医療機関において、被災地の他の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該他の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合に入院の日はどのように取り扱うのか。

答 当面の間、他の保険医療機関が当該保険医療機関と特別の関係にあるか否かにかかわらず、当該保険医療機関に入院した日を入院の日とする。

問14 被災地の保険医療機関において、通常外来診療を行っている患者に訪問診療を行った場合に、訪問診療料(歯科診療にあっては、歯科訪問診療料)は算定できるか。

答 居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院による療養が困難なものに対しては訪問診療料(歯科訪問診療料)を算定できるが、疾病、傷病から通院による療養が可能と判断されるものに対しては、訪問診療料(歯科訪問診療料)の算定はできない。(通常の訪問診療料等の規定のとおり)

問15 問6、7及び14に関し、保険薬剤師が避難所又は居宅を訪問し、薬学的管理及び指導を行った場合、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できるか。

答 医師の指示に基づき実施した場合は算定できる。ただし、疾病、傷病から通院による療養が可能と判断される患者に対しては算定できない。

なお、同じ避難所等に居住する複数人に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う場合は、「単一建物診療患者」の人数に応じた在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するが、同一世帯の複数の患者が避難所等に同居している場合には、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。

問16 被災地以外の都道府県で登録した保険医が、被災地の保険医療機関で診

療を行った場合、保険請求可能か。

答 被災地以外の都道府県で登録した保険医が被災地の保険医療機関で行った場合には、被災地において、当該保険医が保険診療に従事する被災地の保険医療機関から診療報酬の請求が行われることになる。

問 17 被災地の保険薬局において、現地での医薬品の供給不足により、調剤に必要な医薬品の在庫が逼迫している場合等やむを得ない場合には、分割調剤により対応することは可能か。この場合、保険薬局の判断で分割調剤を行うことは可能か。

答 被災地での医薬品の流通状況等に応じて、分割指示のない処方せんであっても、処方医へ迅速に疑義照会を行うことが難しい場合には、保険薬局の判断で分割調剤を行い、事後に報告することは差し支えない。

問 18 被災地の保険医療機関において透析設備が、今般の大雨により使用不可能となっている場合に、大雨以前から当該保険医療機関に入院し当該保険医療機関において透析を行っている患者が、真にやむを得ない事情により、透析を目的として他医療機関を受診した場合に、入院基本料、特定入院料はどのように取り扱うのか。

答 当面の間、被災地の保険医療機関に大雨前から継続して入院している慢性透析患者の転院を受け入れた場合であって、真にやむを得ない事情があった場合に限り、透析を目的として他医療機関受診を行った日については、入院基本料及び特定入院料の控除は行わないこととする。

問 19 新たに有床義歯を製作する場合について、MO18に掲げる有床義歯の留意事項通知(13)の「ニ その他特別な場合」に、今般の平成 30 年台風 7 号等大雨による被災に伴い有床義歯を滅失又は破損した場合も該当するのか。

答 該当する。なお、この場合において、有床義歯を再製作するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書「摘要」欄に平成 30 年台風 7 号等大雨による被災に伴う 6 カ月未満の有床義歯の再製作である旨を記載すること。

問 20 平成 30 年台風 7 号等大雨に伴い、被災地の保険医療機関において、「DPC

導入の影響評価に係る調査」への適切な参加及び「データ提出加算」に係るデータ提出が困難な場合には、どのように対応すればよいか。

答 4～6月診療分のDPC事務局へのデータの提出期限は7月22日であるが、被災地の保険医療機関等において当該期限までにデータの提出が困難な場合は、7月20日までにDPC調査事務局まで連絡されたい。

問 21 被災地の保険医療機関が、災害等やむを得ない事情により患者を入院させたことにより、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、医療区分2・3の患者割合を満たさなくなった場合について、入院料に規定する施設基準の規定についてどのように考えればよいか。

答 被災前にこれらの施設基準を満たしていた保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により患者を入院させたことにより、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度（特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料を除く）、在宅復帰率、医療区分2又は3の患者割合を満たさなくなった場合については、当面の間、直ちに施設基準の変更の届出を行う必要はない。

なお、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料の治療室に、やむを得ず本来当該治療室への入院を要さない患者を入院させた場合については、当該保険医療機関の入院基本料を算定した上で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の算出から除外する。

問 22 入院時食事療養（I）又は入院時生活療養（I）の届出を行っている被災地の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の療養たる提供を適時に、かつ適温で行うことが困難となった場合に、入院時食事療養費等はどのように取り扱うのか。

答 当面の間、従前の入院時食事療養費又は入院時生活療養費を算定できるものとする。ただし、適時かつ適温による食事の提供が困難な場合であっても、できる限り適時かつ適温による食事の提供に努めること。

## II. 被災地以外

問 23 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から、医療法上の許可病床数を超過して転院の受け入れを行った場合などに、どの入院基本料、特定入院料を算定するのか。

答 当面の間、以下の取扱いとする。

### <原則>

実際に入院した病棟（病室）の入院基本料・特定入院料を算定する。

<医療法上、本来入院できない病棟に入院（精神病棟に精神疾患ではない患者が入院した場合など）又は診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院（回復期リハビリテーション病棟に施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合など）した場合>

○ 入院基本料を算定する病棟の場合  
入院した病棟の入院基本料を算定する（精神病棟に入院の場合は精神病棟入院基本料を算定）。

ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注3の規定に係らず、入院基本料を算定する。

○ 特定入院料を算定する病棟の場合  
医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置により、算定する入院基本料を判断すること（一般病床の回復期リハビリテーション病棟に入院の場合は13対1又は15対1の看護配置を求めていることから、地域一般入院基本料を算定）。

問 24 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から医療法上の許可病床数を超過して転院の受け入れを行った場合に、平均在院日数はどのように算定するのか。

答 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から被災の日以降に医療法上の許可病床数を超過するなどして転院の受け入れを行った場合、当面の間、当該患者を除いて平均在院日数を算定する。

問 25 被災地以外の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に



診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合には、特定入院料等に規定する施設基準の要件についてどのように考えればよいか。

答 被災地以外の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合には、当面の間、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否か判断する。

問 26 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合に入院の日はどのように取り扱うのか。

答 当面の間、被災地の保険医療機関が当該被災地以外の保険医療機関と特別の関係にあるか否かにかかわらず、当該被災地以外の保険医療機関に入院した日を入院の日とする。

問 27 被災地以外の保険医療機関において、被災地の介護施設、避難所等から入所者等の受入を行った場合、入院基本料、特定入院料等は算定できるか。

答 医学的判断に基づき入院が必要と判断された場合には算定できる。なお、単なる避難所としての利用の場合は算定できない（災害救助法の適用となる医療については、区市町村に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、区市町村に確認されたい）

問 28 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関に大雨前から継続して入院している慢性透析患者の転院の受け入れを行った場合に、当該受け入れを行った被災地以外の保険医療機関の透析設備の不足等真にやむを得ない事情により、当該患者が透析を目的として他医療機関を受診した場合に、入院基本料、特定入院料はどのように取り扱うのか。

答 患者に必要な医療を提供可能な保険医療機関に転院することを原則とする。ただし、被災地の保険医療機関に大雨前から継続して入院している慢性透析患者の転院を受け入れた場合であって、真にや

むを得ない事情があった場合に限り、当面の間、透析を目的として他医療機関受診を行った日については、入院基本料及び特定入院料の控除は行わない。

問 29 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から転院の受け入れを行ったことにより、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、医療区分2・3の患者割合を満たさなくなった場合について、どう考えればよいか。

答 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合にあっては、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、医療区分2又は3の患者割合について、当面の間、被災地から受け入れた転院患者を除いて算出することができる。

ただし、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料の治療室に、被災地の保険医療機関から転院の受け入れにより、やむを得ず当該治療室への入院を要さない患者を入院させた場合については、当該保険医療機関の入院基本料を算定した上で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の算出から除外する。

事

平成 30 年 7 月豪雨に関する診療報酬等の請求の取扱いについて

平成 30 年 7 月 30 日  
保険局医療課事務連絡

【解説】7月の西日本豪雨による被災に伴い、7月分の診療報酬請求に関する事務連絡が出されました。

1 平成 30 年 7 月診療分に係る診療報酬等の請求

平成 30 年 7 月診療分に係る診療報酬等の請求については、今回の豪雨による被災により診療録等を滅失若しくは棄損等した場合又は豪雨被災直後における診療行為については十分に把握することが困難である場合の対応として、下記(1)又は(2)の場合において下記により概算請求を行うことができる。

(1) 診療録等の滅失等の場合の概算による請求

今回の豪雨により診療録及びレセプトコンピュータ等を滅失、浸水、汚損又は棄損した保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーション（以下「保険医療機

関等」という）については、災害救助法適用日以前の診療等分については概算による請求を行うことができる。

この場合にあって、災害救助法適用日の翌日以降に診療等を行ったときは、災害救助法適用日の翌日以降の診療等分については原則として通常の手続きによる請求を行う。

(2) 被災後に診療を行った場合の概算による請求

災害救助法適用地域に所在する医科に係る保険医療機関であって、災害救助法適用日の翌日以降に診療を行ったものについては、当該保険医療機関の状況に鑑み通常の手続きによる請求を行うことが困難な場合には、同月1か月分を通して概算による請求を行うことができる。

(3) 通常の手続きによる請求を行う方法

上記(1)及び(2)による場合以外につい

ては、下記3により、診療報酬等の請求を行う。

2 概算請求を行う場合の取扱い

(1) 概算による請求を選択する保険医療機関等については、やむを得ない事情がある場合を除き、平成 30 年 8 月 10 日までに概算による請求を選択する旨、各審査支払機関〔国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）及び社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）〕に届け出る。

(2) 診療報酬等の算出方法

原則として平成 30 年 4 月診療等分から平成 30 年 5 月診療等分までの診療報酬等支払実績により（当該保険医療機関等について特別な事情がある場合には、別途保険医療機関等と調整をする）、下記①から③により算出し、それを合計して支払を行うこととなる〔③を加算する

ことができるのは上記1(2)の請求を行う医科に係る保険医療機関のみ]ため、各保険医療機関等においては、別紙の様式により、当該保険医療機関等の平成30年7月の入院、外来別の診療実日数(※1)を合わせて届け出る。

なお、保険薬局及び訪問看護ステーションについては、外来分として取り扱う。

① 入院分

$$\frac{\text{平成30年4月～平成30年5月 入院分診療報酬等支払額}}{61日} \times$$

平成30年7月の入院診療実日数(※1)

② 外来分

$$\frac{\text{平成30年4月～平成30年5月 外来分診療報酬等支払額}}{41日} \times$$

平成30年7月の外来診療実日数(※1)  
(※1) 上記1(1)の請求を行う保険医療機関等については、災害救助法適用日までの診療等実日数

③ 災害救助法適用日翌日以降の診療増(入院診療の増加、豪雨被災直後における時間外診療分)及び一部負担金等の猶予分

$$\frac{\text{平成30年4月～平成30年5月 入院分診療報酬等支払額}}{61日} \times$$

災害救助法適用日翌日 × (0.05 + 0.001) + 以降の入院診療実日数

$$\frac{\text{平成30年4月～平成30年5月 外来分診療報酬等支払額}}{41日} \times$$

災害救助法適用日翌日 × (0.036 + 0.001) 以降の入院診療実日数

(3) 上記1(1)に該当する保険医療機関等であって、上記1(2)に規定する地域以外の区域に所在するものについては、罹災証明書又は罹災届出証明書を併せて各審査支払機関に提出する。

(4) この方法の対象となる請求の範囲については、公費負担医療に係るものについても含まれる。

(5) この方法による請求を選択した保険医療機関等については、この方法による概算額をもって平成30年7月診療分の診療報酬等支払額を確定するものである。

**3 通常の方法による請求を行う場合の取扱い**

(1) 請求書の提出期限

平成30年7月診療分(8月提出分)に

係る診療報酬請求書等の提出期限については、通常どおり平成30年8月10日とする。

また、提出期限に遅れたものについては、翌月以降に提出する。

(2) 被保険者証等を保険医療機関に提示せずに受診した者に係る請求の取扱い

被保険者証等を保険医療機関に提示せずに受診した者に係る請求については、以下の方法により診療報酬の請求を行う。

① 保険医療機関においては、受診の際に確認した被保険者の事業所等や過去に受診したことのある医療機関に問い合わせること等により、また、窓口で確認した事項等により、可能な限り保険者等を記載する。

② 保険者を特定した場合にあっては、当該保険者に係る保険者番号を診療報酬明細書(以下「明細書」という)の所定の欄に記載する。なお、被保険者証の記号・番号が確認できた場合には、当該記号・番号を記載することとし、当該記号・番号が確認できない場合にあっては、明細書の欄外上部に赤色で(不詳)と記載する。

③ 上記①の方法により保険者を特定できないものにあつては、住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先について、明細書の欄外上部に記載し、当該明細書について、国保連へ提出する分、支払基金へ提出する分、それぞれについて別に束ねて、請求するものとする。

なお、請求において、市町村が行う国民健康保険の被保険者である旨、国民健康保険組合の被保険者である旨及び後期高齢者医療の被保険者である旨を確認した者に係るものについては国保連に、被用者保険の被保険者等である旨を確認した者に係るものについては支払基金に請求するものとする。また、支払基金が国保連のいずれに提出すべきか不明なレセプトについては、保険医療機関において、可能な限り確認した上で、個別に判断し、いずれかに提出する。

④ 保険者が特定できない場合の診療報酬請求書の記載方法については、国保連分は、当該不明分につき診療報酬請求書を作成する方法(通常どおり、国保分と後期高齢者分を区分してそれぞれ診療報酬請求書を作成すること)で、支払基金分は、診療報酬請求書の備考

欄に未確定分である旨を明示し、その横に一括して所定の事項(件数、診療実日数及び点数等)を記載する。

(3) 医療機関の窓口において一部負担金等の支払いを猶予したものに關する取扱い

① 「平成30年7月豪雨による被災者に係る一部負担金等の取扱いについて」(平成30年7月12日付け医療課事務連絡。以降において同様の事務連絡により発出された事務連絡を含む)により一部負担金等の支払いを猶予された者については、当該猶予措置等の対象となる明細書と猶予措置等の対象とならない明細書を別様にして請求する。

なお、猶予措置等に係る明細書については、明細書の欄外上部に赤色で(災1)と記載するとともに、同一の患者について、猶予措置等に係る明細書と猶予措置等の対象とならない明細書がある場合には、双方を2枚1組にし、通常の明細書とは別に束ねて提出する。

ただし、同一の患者について、猶予措置等に係る診療等とそれ以外の診療等を区別することが困難な明細書については、赤色で(災2)と記載することとし、被災以前の診療に關する一部負担金等の額を摘要欄に記載する。

また、猶予措置等に係る明細書の減額割合等の記載については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)に基づき、記載する。

② 一部負担金等の猶予をしたときには、患者負担分がゼロであるため、保険優先の公費負担医療(特定疾患治療研究事業【法別番号51】などの「公費併用レセプト」となるもの)の対象にならない。このため、一部負担金等の支払を猶予した場合には、従来、公費併用レセプトとして請求する方のものであつても、明細書は医保単独として取り扱い、公費負担者番号及び公費受給者番号は記載を要しない。

ただし、公費負担医療の受給者である場合には、摘要欄に、「公費負担医療」など、公費負担医療の受給者である旨を記載する。

③ 入院分について、例えば月末に7月診療分の支払を一括して受けるような場合であっても、一部負担金等の支払の猶予の対象となるのは、被災以後、一部負担金等の支払の猶予対象者に該



当することとなってからの診療分であることに留意する。

また、外来分についても同様に、一部負担金等の支払の猶予の対象となるのは、被災以後、一部負担金等の支払の猶予対象者に該当することとなることからの診療分であることに留意する。

(参考) 被保険者証の記号・番号は不明で、かつ、一部負担金等を猶予した場合には、(不詳)(災1)と記載することとなる。

(参考) 一部負担金等とは、一部負担金、訪問看護療養費に係る自己負担額などをいう。

4) 調剤報酬等の取扱いについて

調剤報酬の請求及び訪問看護療養費の取扱いについても、上記と同様の取扱いとする。なお、調剤報酬に関し、窓口で住所又は事業所名を確認していない場合については、処方せんを発行した保険医療機関に問い合わせること等により、保険者の確認を行うこととし、平成30年8月以降の調剤分については、住所又は事業所名を確認する。

4 レセプト電算処理システムの取扱い

レセプト電算処理システムに参加している保険医療機関等において、保険者が特定できない者等に係る診療報酬明細書等については、電子レセプトによる請求でなく紙レセプトにより請求すること。ただし、紙

レセプトの出力が困難な場合には電子レセプトにより請求することも差し支えない。(電子レセプトにより請求する際には別添の事項を参考として記載する)

(別紙)

平成30年7月豪雨による被災に関する概算による診療報酬請求に関する届出書 (平成30年7月診療分)

保険医療機関コード・薬局コード・ステーションコード	
平成30年7月豪雨による被災に関する概算による診療報酬の請求を行いたいのので、次のように届け出ます。	
平成 年 月 日	
保険医療機関等の所在地及び名称:	開設者名・事業者氏名: 印
審査支払機関 殿	
1 次のうち、該当するものに○を付すこと。	
ア 診療録が滅失若しくは棄損等した保険医療機関、保険薬局等(災害救助法適用日以降診療を行った医科に係る保険医療機関については、同日以降の診療について通常の方法で請求するもの)	
イ 災害救助法適用地域に所在する保険医療機関(医科)であって、災害救助法適用日以降に診療を行い、当該保険医療機関の状況に鑑み通常の手続きによる請求を行うことが困難なため、7月の1ヶ月分を通して概算による請求を行うもの	
2 平成30年7月の診療実日数を記入すること。	
[入院・外来別診療実日数] (外来診療実日数)	(入院診療実日数)
7月分 ____ 日間(法適用日以前)	7月分 ____ 日間(法適用日以前)
____ 日間(法適用日翌日以降)	____ 日間(法適用日翌日以降)

通

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正

平成30年7月13日  
保医発0713第1号

【解説】2018年8月から、70歳以上の高額療養費が変更されることに伴い、明細書の記載要領が改められました。医科のみ掲載し、歯科、訪問看護は省略します。

1 「診療報酬請求書等の記載要領等について」の主な改正内容

高額療養費制度の見直し(平成30年8月施行分)により、70歳以上における現役並み所得区分の外来特例の廃止及び高額療養費の算定基準額の細分化が行われることに伴い、「特記事項」欄に記載する略号について、70歳以上と70歳未満を共通(「35多オ」を除く)とする。また、高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証の一部負担金の割合又は新たに発行される限度額適用認定証の適用区分(現役並みⅠ・Ⅱ)等から、それぞれの所得区分に応じて、「26区ア」、「27区イ」、「28区ウ」、「29区エ」又は「30区オ」を「特記事項」欄に記載する。

(医科、歯科及び調剤を対象とする)

また、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療において、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当に該当した場合には、所得区分に応じ、「特記事項」欄に「31多ア」、「32多イ」、「33多ウ」又は「34多エ」を記載する。なお、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の対象は入院のみであるため、医科・歯科の入院外の診療報酬明細書、調剤報酬明細書及び訪問看護療養費明細書に記載する必要はない。

2 「訪問看護療養費請求書等の記載要領について」の主な改正内容

高額療養費制度の見直し(平成30年8月施行分)により、70歳以上における現役並み所得区分の外来特例の廃止及び高額療養費の算定基準額の細分化が行われることに伴い、「特記」欄に記載する略称につ

いて、70歳以上と70歳未満を共通とする。

また、高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証の一部負担金の割合又は新たに発行される限度額適用認定証の適用区分(現役並みⅠ・Ⅱ)等から、それぞれの所得区分に応じて、「26区ア」、「27区イ」、「28区ウ」、「29区エ」又は「30区オ」を「特記」欄に記載する。

3 受給者証等に所得区分が記入されるまでの間の取扱いについて(別添参照)

「難病法による特定医療及び小児慢性特定疾病医療支援の受給者証等に所得区分が記入されるまでの間の取扱いの延長について」(平成28年2月2日保医発0202第1号)は、引き続き適用するが、「特記事項」欄への記載について、高額療養費制度の見直し(平成30年8月施行分)に伴い一部変更するので留意する。

なお、この取扱いについては、健康局難

病対策課と協議済みである。

**4 その他**

平成 30 年 8 月診療分から適用することとし、健康保険法施行令等の一部を改正する政令の施行前の診療分については、なお従前の例による。

**別紙 1**

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号)の一部改正について

(p.1571 左段 2～7 枠目を訂正)

(13) 「特記事項」欄について

17	削除 (削除)
18	削除 (削除)
19	削除 (削除)
22	削除 (削除)

(p.1571 左段最下枠～p.1572 左段 4 枠目に下線を挿入)

(13) 「特記事項」欄について

26	区ア	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額 83 万円以上 (国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超) の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が (ア)〕が提示された場合 ②「標準報酬月額 83 万円以上 (国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超) の世帯」の適用区分 (ア) の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律 (以下「難病法」という) に基づく医療受給者証 (以下「特定医療費受給者証」という)、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 (特記事項「31」に該当する場合を除く) 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額 83 万円以上 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上) の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証 (一部負担金の割合 (3 割)) の提示のみの場合 ②「標準報酬月額 83 万円以上 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上) の世帯」の適用区分 (VI) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合 (特記事項「31」に該当する場合を除く)
27	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (略)

		② (略) 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額 53 万～79 万円 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上) の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が (現役並みⅡ又は現役Ⅱ)〕が提示された場合 ②「標準報酬月額 53 万～79 万円 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上) の世帯」の適用区分 (V) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合 (特記事項「32」に該当する場合を除く)
28	区ウ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (略) ② (略) 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額 28 万～50 万円 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上) の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が (現役並みⅠ又は現役Ⅰ)〕が提示された場合 ②「標準報酬月額 28 万～50 万円 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上) の世帯」の適用区分 (IV) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合 (特記事項「33」に該当する場合を除く)
29	区エ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (略) ② (略) 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満) の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証〔一部負担金の割合 (2 割) 又は (1 割)〕の提示のみの場合 ②「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満) の世帯」の適用区分 (Ⅲ) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合 (特記事項「34」に該当する場合を除く)
30	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (略) ② (略) 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負

		担額減額認定証〔適用区分が (Ⅰ又はⅡ)〕が提示された場合 ②「低所得者の世帯」の適用区分 (Ⅰ又はⅡ) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
31	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ①70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上 (国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超) の世帯」の適用区分 (ア) の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾病医療支援に係る公費負担医療 (入院に限る) の自院における高額療養費の支給が直近 12 か月間において 4 月目以上である場合 (以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という) ②70 歳以上で「標準報酬月額 83 万円以上 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上) の世帯」の適用区分 (VI) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾病医療支援を除く)
32	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ①70 歳未満で「標準報酬月額 53 万～79 万円 (国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下) の世帯」の適用区分 (イ) の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②70 歳以上で「標準報酬月額 53 万～79 万円 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上) の世帯」の適用区分 (V) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾病医療支援を除く)
33	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ①70 歳未満で「標準報酬月額 28 万～50 万円 (国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下) の世帯」の適用区分 (ウ) の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特



	<p>定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>②70歳以上で「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）</p>
34 多工	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>①70歳未満で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分（Ⅰ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>②70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）</p>

(p.1588 左段 12 行目～ p.1589 右段 28 行目  
を訂正)

26) その他

シ～セ (削除)

チ (削除)

ノ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（ア）であるもの〕が提示された場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証〔適用区分が（ア）であるもの〕が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は70歳以上の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証〔一部負担金の割合（3割）〕の提示のみの場合又は「標準報酬月額83万円以上（国

民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合〔特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く〕には、「特記事項」欄に「区ア」と記載する。

ハ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（イ）であるもの〕が提示された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証〔適用区分が（イ）であるもの〕が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は70歳以上の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ）〕が提示された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合〔特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く〕には、「特記事項」欄に「区イ」と記載する。

ヒ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（ウ）であるもの〕が提示された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証〔適用区分が（ウ）であるもの〕が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は70歳以上の場合であって、

「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ）〕が提示された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合〔特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く〕には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載する。

フ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証〔適用区分が（エ）であるもの〕が提示された場合又は「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証〔適用区分が（エ）であるもの〕が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は70歳以上の場合であって、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円未満）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証〔一部負担金の割合（2割）又は（1割）〕の提示のみの場合又は「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合〔特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く〕には、「特記事項」欄に「区エ」と記載する。

ヘ 70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証〔適用区分が（オ）であるもの〕が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証〔適用区分が（オ）であるもの〕が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養

- 費多数回該当の場合を除く)、又は70歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証〔適用区分が(Ⅰ又はⅡ)〕が提示された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分(Ⅰ又はⅡ)の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載する。
- ホ 70歳未満において「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「標準報酬月額83万以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅵ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)には、「特記事項」欄に「多ア」と記載する。
- マ 70歳未満において「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅴ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対

- 象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)には、「特記事項」欄に「多イ」と記載する。
- ミ 70歳未満において「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載する。
- ム 70歳未満において「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)には、「特記事項」欄に「多エ」と記載する。
- メ 70歳未満において「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性

特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多オ」と記載する。

別紙2

「訪問看護療養費請求書等の記載要領について」(平成18年3月30日保医発第0330008号)の一部改正について(略)

【別添】医療機関における難病法による特定医療及び小児慢性特定疾病医療支援の受給者証の提示パターンとレセプトの取扱いについて(平成30年8月1日以降、当面の間適用)

【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】

提示パターン	レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い
反映後の受給者証	受給者証の所得区分に応じた記載とする

【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】

提示パターン	レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い
① 反映前の受給者証(受給者証に所得区分の記載がないもの)のみ	[70歳未満の場合] 特記事項へは記載しない [70歳以上の場合] 「29区エ」を記載する
② 反映前の受給者証+「3割」(現役並み所得者の記載がある高齢受給者証等)	「26区ア」を記載する
③ 反映前の受給者証+限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証	限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証に応じた記載とする

※本取扱いは、平成28年2月2日健難発第0202第1号通知「難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療に係る高額療養費の支給に係る事務について」及び平成28年2月2日健難発0202第2号通知「児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る事務について」に基づく内容である。

事

疑義解釈資料の送付(その6・その7)

平成30年7月20日、7月30日  
保険局医療課事務連絡

【解説】2018年診療報酬改定についての疑義解釈に関する事務連絡(その6・7/20付)、(その7・7/30付)が発出されました。  
なお、事務連絡(その5・7/10付)は、「診療点数早見表」追補および弊社HP追補・正誤情報に収載しています。

その6(平成30年7月20日)

【特別の療養環境の提供について】

問1 『「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」

の実施上の留意事項について』の一部改正について(平成30年3月5日付保医発0305第6号)において、特別の療養環境の提供について、「患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合」の「病棟管理の必

要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合」の例として、「特別療養環境室以外の病室の病床が満床であるため、特別療養環境室に入院させた患者の場合」が追加された〔第3の12のi)の(8)〕。

従前は、特別療養環境室以外の病床が満床であるために特別療養環境室に入院させる場合でも、前述の通知に基づく患者の同意があった場合には、患者から特別の料金の徴収が可能であったが、その取扱いが変更になったのか。

答

1 今回の通知改正で、取扱いは変わっていない。

2 従来、当該通知においては、特別療養環境室の提供について、「患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要がある、患者の意に反して特別療養環境室に入院させられることのないようにしなければならないこと」としており、この点に変更していない。

また、今回の通知改正で、「実質的に患者の選択によらない場合」の例示として「特別療養環境室以外の病室の病床が満床の場合」を追加しているが、従来、「実質的に患者の選択によらない場合に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断すること」としており、この点も変更していない。

3 したがって、特別療養環境室以外の病室の病床が満床の場合における特別の料金を徴収の取扱いについては、特別療養環境室の設備構造、料金等について、明確かつ懇切丁寧に説明し、その上で、患者が特別療養環境室への入院に同意していることが確認される場合には、特別療養環境室以外の病室の病床が満床であ

ても、特別の料金を徴収することは差し支えない。

- 4 なお、今般の通知改正の趣旨については、医療現場において、特別療養環境室以外の病室の病床が満床であった場合に、
- ・ 特別療養環境室の設備構造、料金等についての明確な説明がないまま、同意書に署名させられていた
  - ・ 入院の必要があるにもかかわらず、特別の料金の支払いに同意しないのであれば、他院を受診するよう言われたといった不適切と思われる事例が報告されていることを踏まえ、特別療養環境室以外の病室の病床が満床であった場合の特別療養環境室の提供に当たっても、明確かつ懇切丁寧に説明することが必要であるとの考え方を明確化したものである。

#### 別添2 調剤診療報酬点数表関係(略)

#### その7(平成30年7月30日)

#### 【重症度、医療・看護必要度】

問1 急性期一般入院料について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えについては、切替月(4月又は10月)の10日までに届け出ることとされているが、届出前3月の期間は具体的に何月から何月になるか。

答 評価方法の切り替えについて、4月に届け出の場合は1月から3月、10月に届け出の場合は7月から9月となる。ただし、4月又は10月からの切り替えにあたり、3月中又は9月中に届け出の場合は、それぞれ12月から2月、6月から8月の実績を用いて届け出ても差し支えない。なお、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等についても同様の取扱いとする。

#### 【看取り加算】

問2 在宅患者訪問診療料(I)及び(II)に係る看取り加算については、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡のタイミングには立ち会わなかったが、死亡後に死亡診断を行った場合には算定できないという理解でよいか。

答 そのとおり。

在宅患者訪問診療料(I)及び(II)においては、

- ① 在宅ターミナルケア加算(死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合を評価)
- ② 看取り加算〔死亡日に往診又は訪問診療を行い、患者を患者家で看取った場合を評価(死亡診断に係る評価も含む)〕
- ③ 死亡診断加算(死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合を評価)

が設定されている。これらは、在宅医療におけるターミナルケアを評価したものであり、①は死亡前までに実施された診療、②は死亡のタイミングへの立ち会いを含めた死亡前後に実施された診療、③は死亡後の死亡診断をそれぞれ評価したものである。

このため、例えば、

- ・ 死亡日に往診又は訪問診療を行い、かつ、死亡のタイミングに立ち会い、死亡後に死亡診断及び家族等へのケアを行った場合は、②(在宅ターミナルケア加算の要件を満たす場合は①と②の両方)を算定、
- ・ 死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡のタイミングには立ち会わなかったが、死亡後に死亡診断を行った場合は、③(在宅ターミナルケア加算の要件を満たす場合は①と③の両方)を算定することとなる。

告

### 厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

平成30年7月31日  
告示第294号

【解説】3月8日の先進医療会議で承認された先進医療Bの1技術が官報告示されました。8月1日からの適用です。

(p.1556 右段下から24行目下線部を訂正)

#### 63 マルチプレックス遺伝子パネル検査

進行再発固形がん(切除が困難で進行性のもの又は治療後に再発したものであって、原発部位が不明なもの又は治療法が存在しないもの、従来の治療法が終了しているもの若しくは従来の治療法が終了予定のものに限る)

(p.1556 右段下から22行目の次に挿入)

65 マルチプレックス遺伝子パネル検査〔固形がん(根治切除が不可能又は治療後に再発したものであって、従来の治療法が終了しているものに限る)〕

通

検査料の点数の取扱いについて

平成30年7月31日  
保医発0731第3号

【解説】7月18日の中医協で承認された BRAF 遺伝子検査に関する留意事項が示されました。8月1日からの適用です。

(p.391 右段下から 26～6 行目を訂正)

→悪性腫瘍組織検査

- (1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、PCR法、SSCP法、RFLP法等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、

以下の遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。(ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できる。また、早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合には、K-ras 遺伝子検査又はRAS 遺伝子検査を併せて算定できな

いこととし、マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する) また、PCR-rSSO法を用いてBRAF遺伝子検査を実施した場合は、「ハ」のK-ras遺伝子検査の所定点数を算定する。

ア～カ (略)

- キ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、K-ras遺伝子検査、RAS遺伝子検査又はBRAF遺伝子検査

通

「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」等の一部改正

平成30年7月31日  
保医発0731第1号

【解説】7月31日付で、特定保険医療材料に関する留意事項・定義通知が改められました。8月1日からの適用です。

(p.861 左段下から 20 行目を訂正)

→血管内視鏡カテーテルの定義

- 次のいずれにも該当すること。  
(1) 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具 (25) 医療用鏡」であって、一般的名

称が「軟性血管鏡」、「軟性動脈鏡」又は「ビデオ軟性血管鏡」である。

(p.880 右段 35 行目の次に挿入)

→脊椎固定用材料の算定

- カ 脊椎プレートと脊椎コネクタが組み合わされ一体化されたものについては、それぞれ算定して差し支えない。

(p.881 左段 1～2 行目を訂正)

→脊椎固定用材料の定義

【機能区分の定義】

- ⑧ 脊椎コネクタ：複数の脊椎ロッドを直線上に連結すること又は脊椎ロッドと他の脊椎固定用材料(椎体フック、脊椎スクリュー又は脊椎プレート)を連結することを目的に使用するコネクタである。