

事 務 連 絡

平成20年5月9日

社団法人 国民健康保険中央会 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

標記について、別添のとおり各地方社会保険局事務局長、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)長及び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)長あて連絡したので、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

事 務 連 絡

平成20年 5 月 9 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）

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

「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）等については、「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20年 3 月 5 日保医発第0305001号）等により、平成20年 4 月 1 日より実施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。

なお、医科診療報酬点数表等の取扱いにかかる「疑義解釈資料の送付について」（平成20年 3 月28日付事務連絡）を別添 4 のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

医科診療報酬点数表関係

【初・再診料】

(問1) 8時00分より診療を開始する診療所で、7時30分より患者の受付を開始した場合は、8時00分までの受付患者については夜間・早朝等加算を算定できるか。

(答) 表示している診療時間の開始時間が8時00分とされており、8時00分以降の診療を前提として受付しているため、この場合においては夜間・早朝等加算の算定の対象とはならない。

(問2) 基本診療料に含まれる処置について、それらを実施した場合の際に使用した薬剤の費用を第9部処置の第3節薬剤料で算定した場合においても、外来管理加算は算定できるか。

(答) 算定できる。

(問3) 標準的算定日数の除外対象者以外の患者で、標準的算定日数を超え月に13単位を超えて、選定療養で疾患別リハビリテーションを請求している診療の場合は、リハビリテーションを行わなかった場合として、外来管理加算を算定できるか。

(答) 算定できない。

【入院基本料】

(問4) 有床診療所入院基本料1の夜間看護配置加算1の要件である「当該診療所における夜間の看護職員の数が、1以上であること。」とは、当直でもよい。

(答) よい。交代制など夜勤体制を整備している必要はない。

(問 5) 有床診療所入院基本料の注 4 の加算について、イとロ及びハとニについては、併算定は可能なのか。

(答) 要件を満たしている場合には、併算定が可能である。

当該有床診療所において、「ロ 看護配置加算 2」及び「ニ 夜間看護配置加算」を届け出ている場合には、イとロ及びハとニの加算が算定可能である。

【入院基本料等加算】

(問 6) 入院時医学管理加算の外来縮小体制の要件にある、地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料 (I) の「注 7」の加算を算定する退院患者数について、特別な関係ではない医療機関へ直接退院した場合には、医学管理等が包括対象となっている小児入院医療管理料では区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料 (I) の「注 7」の加算を算定する事ができないが、その場合の取り扱い如何。

(答) 区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料 (I) の「注 7」の加算を算定できる場合と同等に情報提供を行った上で転院した場合であれば、患者数として算定して差し支えない。なお、その場合には情報提供の内容について確認できるように診療録へ記載すること。

(問 7) 「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 (保医発第 0305001 号)」の A 2 0 6 在宅患者緊急入院診療加算 (3) に「当該診療所の保険医の求めによらない緊急入院において、当該患者の入院後 2 4 時間以内に、当該診療所の保険医から、受入保険医療機関の保険医に対して当該患者の診療情報が提供された場合であっても算定できる。」とあるが、この場合に診療情報提供料 (I) を当該診療所で算定できるか。

(答) 算定できる。

(問8) 医師事務作業補助体制加算の施設基準となっている研修について、既存の講習等を受けた場合にあっては、免除されるか。

(答) 基礎知識習得については、適切な内容の講習の時間に代えることは差し支えない。ただし、業務内容についての6ヶ月間の研修は実施すること。

適切な内容の講習には、診療報酬請求、ワープロ技術、単なる接遇等の講習についての時間は含めない。なお、既存の講習等が32時間に満たない場合、不足時間については別に基礎知識習得の研修を行うこと。

(問9) 修得すべき基礎知識の中に、医療関係法規として健康保険法が規定されているが、診療報酬に関するものも含まれるのか。

(答) あくまでも健康保険制度の理念、制度概要についての知識であり、診療報酬実務に関するものは含まれない。

(問10) 精神科地域移行実施加算について、退院に係る実績は1月から12月までの1年間とされているが、この期間内に入院期間が5年以上となり、かつ退院した患者については、実績に算入できるか。

(答) 退院に係る実績は、1月1日において入院期間が5年以上である患者について算入するため、問の患者については、次年度の実績として算入する。

(問11) 精神科地域移行実施加算を初めて届け出る場合は、届け出る月の前月から遡って1年間の実績が要件とされているが、届け出後に再入院した患者が出たために要件を満たさなくなった場合は算定できるのか。

(答) 届け出は無効となるため、速やかに届出の取り下げを行うこと。

(問12) 精神科身体合併症管理加算は、内科又は外科を専門とする医師が1名以上配置とあるが、各病棟に内科又は外科を専門とする医師が必要か。

(答) 内科又は外科を専門とする医師が当該病院に常勤又は非常勤として勤務しており、算定される病棟で診察・治療を担当していればよい。算定される病棟が複数有る場合、それぞれの病棟に別の内科又は外科の医師を配置する必要はない。

(問13) 一つの医療機関で、A238退院調整加算とA241後期高齢者退院調整加算の両方を算定する場合、A238退院調整加算における「入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門」と、A241後期高齢者退院調整加算における「入院患者の退院に係る調整に関する部門」は、一つでよいのか。

(答) よい。

(問14) A238退院調整加算における「退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士」、A241後期高齢者退院調整加算における「退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は社会福祉士」、A308-2亜急性期入院医療管理料「専任の在宅復帰支援を担当する者」は、それぞれ兼務可能か。

(答) 可能。

(問15) 入院診療計画書の総合的な機能評価については、A240後期高齢者総合評価加算を算定しない患者では、行う必要はないのか。

(答) その通り。

【特定入院料】

(問16) 起算日の変わらない入院期間中に、A303総合周産期特定集中治療室管理料と、A236-2ハイリスク妊娠管理加算又はA237ハイリスク分娩管理加算を算定することはできないのか。

(答) A303総合周産期特定集中治療室管理料を算定する日とあわせ、それぞれ、20日間又は8日間まで算定可能。

(問17) 「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（保医発第0305001号）」のA308回復期リハビリテーション病棟入院料（6）に「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は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料を継続して算定できることとする。…」とあるが、転院先に回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準を満たす病棟がある場合に限り、算定できることとする扱いでよろしいか。

(答) そのとおり。

(問18) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する医療機関が新たな回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出る場合、当該病棟は回復期リハビリテーション病棟入院料2での算定となるのか。

(答) 回復期リハビリテーション病棟入院料2での算定となる。ただし、その後、当該2つの病棟の6ヶ月間の実績を報告し、その際に併せて当該2つの病棟をまとめて、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2のどちらか一方を算定するよう届け出るものとする。

(問19) 日常生活機能評価の評価を行うのに必要な所定の研修とは、看護必要度にかかる研修でもよいのか。

(答) よい。

(問20) 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り扱いについて（平成20年3月5日保医発第0305002号）において規定されている、精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料の延べ入院日数の要件における「新規患者」とは、どのような患者を指すのか。

(答) 当該病棟への入院日が当該特定入院料の起算日に当たる患者であって、当該病棟に入院してから3ヶ月以内の患者をいうものである。

【短期滞在手術基本料】

(問21) 短期滞在手術基本料3について、どの時点で15歳未満の患者が対象か。

(答) 手術日当日に15歳未満の患者が対象である。

【医学管理等】

(問22) 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)について、対象となる特定疾患に脂漏性皮膚炎が追加されたが、これに含まれる病名は何か。

(答) 脂漏性湿疹及び脂漏性乳児皮膚炎である。なお、乾性脂漏症、単純性顔面皰瘡、頭部脂漏、乳痂、皰瘡及び新生児皮脂漏は含まない。

(問23) リンパ浮腫指導管理料について、他院で手術を行う、若しくは、他院で手術を行った患者についても算定可能か。

(答) 算定不可である。

(問24) 糖尿病合併症管理料の要件である「適切な研修」には、どのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、

- ①日本看護協会 認定看護師教育課程「糖尿病看護」の研修
- ②日本看護協会 認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア(旧創傷・オストミー・失禁(WOC)看護)」の研修
- ③日本看護協会が認定している看護系大学院の「慢性疾患看護」の専門看護師教育課程

が要件を満たしているものと考えている。

なお、その他の研修については、個別に照会されたい。

(問25) 糖尿病合併症管理料算定対象者の要件について、糖尿病の疑い、またはハイリスク要因のいずれかの疑いがある場合、算定できるか。

(答) 算定できない。糖尿病の診断名かつハイリスク要因のいずれかの診断がされている必要があり、疑いのみでは算定不可である。

(問26) 糖尿病合併症管理料に「在宅での療養を行う患者を除く。」とあるが、月初に糖尿病合併症管理料を算定した患者が、月末に在宅療養の患者になった場合は算定可能か。

(答) 算定可。

(問27) ① 新設の糖尿病合併症管理料をB000 特定疾患療養管理料と要件を充たせば併算定が可能か。
② 可能であれば同一日に算定できるのか。

(答) ①②ともに算定可。

(問28) 薬剤管理指導料が3つの区分に分かれたが、どの区分で算定するかにかかわらず、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定するという理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問29) 薬剤管理指導料の「2」の対象となる「精神神経用剤」には薬効分類112に属する「催眠鎮静剤、抗不安剤」は含まれるか。

(答) 薬効分類117に属する「精神神経用剤」のみが対象であり、薬効分類112に属する「催眠鎮静剤、抗不安剤」は含まれない。

(問30) 薬剤管理指導料の「2」の対象となる「免疫抑制剤」には、抗リウマチ薬のうち、メトトレキサート、ミゾリビン及びレフルノミドは含まれるが、金チオリンゴ酸ナトリウム、オーラノフィン、D-ペニシラミン、サラゾスルファピリジン、ブシラミン、ロベンザリット二ナトリウム及びアクタリットは含まれないという理解でよいか。
また、インフリキシマブ及びエタネルセプトについては含まれるという理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問31) 薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算については、退院時に算定することとなっているが、算定の対象となる指導については、必ずしも退院日の指導に限るものではないと理解してよいか。

(答) そのとおり。

(問32) 診療情報提供料（Ⅰ）の注9にある専門医療機関は、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけの医師や介護サービス等との調整を行うとされているが、具体的な要件はあるのか。

(答) 具体的には「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成20年3月31日障発0331009号）における保険医療機関に準じた機能を有する保険医療機関であること。

(問33) 医療機器安全管理料について、放射線治療を専ら担当する常勤の医師、及び精度管理を専ら担当する技術者は、放射線治療専任加算の医師及び診療放射線技師と併任は可能か。

(答) 可能である。

(問34) 医療機器安全管理料の生命維持管理装置として、血液浄化装置（人工腎臓を除く）が示されているが、自動腹膜灌流装置のほか、血液濾過装置、血液透析濾過装置も算定対象外となるのか。

(答) そのとおり。

(問35) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料は退院日に算定することとされているが、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳への薬剤情報の記載は、必ず退院日に行わなければならないのか。

(答) 入院中に副作用が発現した薬剤については、その都度手帳に記載して差し支えない。また、入院中に使用した主な薬剤の名称等の必要な情報を手帳に記載しているのであれば、必ずしも退院日に手帳へ記載する必要はない。なお、この場合、手帳に薬剤情報を記載した後に新たに薬剤による副作用が発現していないか十分注意するとともに、発現した場合には当該副作用に関する情報についても退院時まで手帳に追記すること。

(問36) 後期高齢者診療料の注2「(前略)・・・ただし、患者の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。」とあるが、

- ①急性増悪の判断基準はあるか。
- ②所定点数には加算を含むか。

(答) ①医学的判断による
②含まない

(問37) 後期高齢者診療料の要件として、「診療所及び当該病院を中心に半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院において算定できることとする。」とあるが、半径4キロメートル以内に病院が存在する場合は算定可能か。

(答) 算定可。

(問38) 特定疾患療養管理料を算定していた患者に対して、後期高齢者診療料を算定することによって、他の医療機関での診療は制限されるのか。

(答) 従来通り他の医療機関での診療を妨げるものではない。

(問39) 後期高齢者外来継続指導料について、「・・・当該患者が退院後再び継続して区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する。」とあるが、入退院を繰り返せばその都度算定できると解してよいか。(入院期間や前回算定日からの期間、月に算定できる回数の制限はあるか。)

(答) 通算される再入院でない場合には算定できる。

(問40) 後期高齢者終末期相談支援料について、「一般的に認められる医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者」とあるが、医学的な判断でよいか。

(答) 医学的な判断でよい。

【在宅医療】

(問41) 平成20年度診療報酬改定前の在宅時医学総合管理料が、特定施設入居者等に対する特定施設入居時等医学総合管理料とそれ以外の在宅患者に対する在宅時医学総合管理料とに評価が分かれたが、例えば、自宅など在宅時医学総合管理料の対象となる施設で1回訪問診療が行われた後、特別養護老人ホームなど特定施設入居時等医学総合管理料の対象となる施設に当該患者が入居し、そこで訪問診療が行われた場合には、いずれの点数を算定することとなるのか。

(答) 特定施設入居時医学総合管理料を算定すること。

なお、同一月において、自宅など在宅時医学総合管理料を算定する施設での訪問診療又は往診が2回以上行われた場合にあっては、特別養護老人ホームなど特定施設入居時等医学総合管理料の対象となる施設での訪問診療の実施回数を問わず、在宅時医学総合管理料を算定するものであること。

(問42) 在宅患者訪問看護・指導料の注4に「別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する患者に対し、・・・」とありますが、人工呼吸器を使用している状態にある者であれば算定できると解してよいのか。また長時間とは、具体的にどの程度の時間をさすのか。

(答) 人工呼吸器を使用している状態にある者で1回の訪問看護の時間が2時間を超えた場合に算定する。

※C005-1-2 居住系施設入所者等訪問看護・指導料の注4についても同様

(問43) 在宅療養指導管理材料加算は要件を満たせば、別に算定できるとなったが、インスリン投与中ではない患者に対しても、血糖自己測定器加算等は算定できるか。

(答) できない。

【検査】

(問44) グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定の対象となるウイルスのうち、ヘルペスウイルスにはどのようなウイルスが含まれるか。

(答) 水痘・帯状疱疹ウイルス、単純ヘルペスウイルス1型、単純ヘルペスウイルス2型が含まれる。

(問45) リンパ球幼若化検査について、薬疹について実施する場合とはいかなる場合か。

(答) リンパ球幼若化検査を薬疹の原因と考えられる非疑医薬品を用いて実施した場合のことをいう。

(問46) 検体検査管理加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている医療機関が、外来にて検体検査管理加算(Ⅰ)を算定する場合、検体検査管理加算(Ⅰ)を届出るは必要があるのか。

(答) 必要ない。

(問47) D215超音波検査の注1及び注2の加算の対象となる「断層撮影法」とは、「3 UCG イ断層撮影法及びMモード法による検査」の断層撮影法も含むのか。

(答) 含まない。「2 断層撮影法」のみである。

(問48) 神経学的検査において、神経学的検査チャートの検査項目を満たすために、眼振や眼底等を検査した場合、別にD250平衡機能検査やD255精密眼底検査を算定できるか。

(答) 神経学的検査と一連のものとして実施された検査については、別に算定できない。

(問49) 神経学的検査の所定の研修とはどのような研修か。

(答) 日本神経学会又は日本脳神経外科学会が主催する研修であって、神経学的検査を実施する上で必要な内容を含む研修。なお、日本神経学会および日本脳神経外科学会の専門医試験における研修についても含むものとする。

【注射】

(問50) 無菌製剤処理料については、注射実施料が算定できないこととされる場合であっても算定できるとされているが、入院料に包括される注射手技料についても無菌製剤処理料が算定できるということか。

(答) 従来の無菌製剤処理加算と同様に、無菌製剤処理料は算定できない。薬剤の量によって、点滴注射の手技料が算定できない場合等においても、無菌製剤処理料が算定できるように変更したものであり、入院料に包括される注射手技料について無菌製剤処理料が算定できるようにしたものではない。

【リハビリテーション】

(問51) 廃用症候群の病名で脳血管疾患等リハビリテーション料等を算定する際、電子情報処理組織を使用して療養の給付費等の請求を行う場合にも、別紙様式22に規定する書式の添付書類を必ず診療報酬明細書に添付しなければならないのか。

(答) 当分の間、別紙様式22に規定している書式に記載されるべき情報を診療報酬明細書に記載すること。この場合、別途様式22に規定する書類を添付する必要はない。

(問52) リハビリテーション総合計画評価料は、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なった場合に、患者1人につき月1回を限度として算定するとされたが、このことは標準的算定日数を超えてリハビリを行い、疾患別リハビリテーション料を算定している場合においても算定できるか。

(答) 算定できる。

(問53) 集団コミュニケーション療法料について、届出を行った集団コミュニケーション療法室以外の場所で行った場合でも算定できるか。

(答) 算定できる。必ずしも、集団コミュニケーション療法室で行う必要はない。

【手術】

(問54) 自己血貯血を行った際のエリスロポエチンの薬剤料は、どのように算定するのか。

(答) 自己血貯血に伴う薬剤料であり、K940の薬剤として算定する。

(問55) 画像等手術支援加算には、「1」ナビゲーションによるものと「2」実物大臓器立体モデルによるものがあるが、「1」「2」両方とも算定可能な手術に対して、併算定可能か。

(答) いずれか一方のみ算定可能である。

【麻酔】

(問56) マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の注5における「硬膜外麻酔の実施時間」とは、当該「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」を実施した時間と同じとして算定するのか。

(答) 硬膜外麻酔を、当該「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」の開始前から終了以降まで実施した場合は、そのように算定する。

【介護老人保健施設入所者に係る診療料】

(問57) 緊急時施設治療管理料について、患者がショック状態であるなど緊急を要する場合であっても、介護療養型老健施設の医師の電話等による求めを受けてから往診しなくてはならないのか。

(答) 原則として緊急時施設治療管理料を算定するにあたっては、介護療養型老健施設の医師から往診医への電話による依頼により往診を行った場合を評価するものであり、当該施設の職員が直接、往診医へ連絡した場合は算定の対象とはならない。

ただし、患者がショックその他病状の著しく変化した場合であって、緊急の医療処置等を必要とする状態である場合に限り、当該施設の職員から介護療養型老健施設の医師へ電話した上で、当該施設の医師がやむを得ず往診医へ連絡を行うことができない場合は、必ずしも当該施設の医師による事前の電話等による求めを行う必要はない。

なお、その場合、当該患者の病状等について診療録に記載のこと。

【その他】

(問58) 基本診療料及び特掲診療料において、従来の届出と異なる区分への変更の届出を行う場合には、いつまでに届出を行い、いつから新たな報酬を算定するのか。特に、従来より低い区分への変更の届出（10対1入院基本料から13対1入院基本料への変更等）の場合には、どのように取り扱うのか。

(答) 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20年3月5日保医発第0305002号）第3の2及び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20年3月5日保医発第0305003号）第3の1に規定するとおりであり、従来の届出区分より上の区分への変更であるか下の区分の変更であるかを問わず、以下のとおり取り扱うこととしたものである。

- ・月単位で算出する数値を用いた要件に関する施設基準の場合は、その変更を生じた月の翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定する。
- ・面積要件や常勤職員の配置要件等、月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合は、その変更を生じた日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定する。

(問59) 精神科急性期治療病棟に患者が91日以上入院した場合には、精神病棟入院基本料の15：1入院基本料の例により算定することとなるが、その際、看護配置加算、看護補助加算を算定する場合に、あらためての届出が必要か。

(答) 精神科急性期治療病棟入院料のほか、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の届出の際には、様式9を併せて提出することとなっている。様式9の「看護配置加算の有無」、「看護補助加算の届出区分」欄に、当該特定入院料が算定されない場合に算定されることとなる精神病棟15対1入院基本料と併せて算定することを希望するものとして記入があれば、あらためての届出は必要ない。

歯科診療報酬点数表関係

【初診・再診料】

(問1) 歯科外来診療環境体制加算は、初診料の算定がない場合は算定できないと考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問2) 「歯科疾患総合指導料」を算定し、当該指導料に係る治療計画期間及び治療計画に基づく一連の治療が平成20年3月31日以前に終了した場合、終了日から起算して3月を経過していない患者が平成20年4月1日以降に再度受診した場合は、初診料の算定は可能か。

(答) 「歯科疾患総合指導料」を算定し、当該指導料に係る治療計画に基づく一連の治療が平成20年3月31日以前に終了した場合、当該終了日から起算して3月を経過していない場合は、再診とする取扱いである。ただし、当初の治療計画の傷病とは異なる外傷等の新たな疾患が生じた場合はこの限りでない。

(問3) 「歯科疾患管理料」を算定し、管理計画書に基づく治療が終了した日から起算して2月を経過するまでは初診料は算定できないとあるが、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じた場合は、初診料又は再診料のいずれにより算定するのか。

(答) 当初の疾患管理を行っていた時には予想しなかった外傷等の新たに生じた疾患については、当初の初診より1月以上経過している場合は初診料を算定して差し支えない。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当初の初診日及び改めて初診料を算定した理由を記載すること。

【医学管理】

(問4) 2回目以降の歯科疾患管理料は、患者に対して初回用の管理計画書を提供していない場合（1回目の歯科疾患管理料を算定していない場合）は算定できないと考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問5) 無歯顎の患者の総義歯の不適合等を原因とする粘膜異常の治療を行っている場合は、歯科疾患管理料の算定は可能か。

(答) 無歯顎の患者の総義歯を原因とする粘膜異常の管理については、歯科疾患管理料の対象とならない。ただし、軟膏等薬剤による治療が必要な口腔粘膜疾患等（歯科特定疾患療養管理料の対象疾患を除く。）を有している患者であって、現に当該歯科疾患に係る治療を行っている場合は算定できる。

(問6) 新製有床義歯管理料を算定した場合であって、当該義歯を装着後、1年を経過していない期間に義歯の調整等が終了した後、義歯の不適合等により患者が来院し、初診が算定できる場合、義歯の調整等を行った場合は、いずれの義歯管理料により算定するのか。

(答) 新製有床義歯を装着後1年を経過していない期間において、義歯の調整等が終了した後、新たに初診料を算定し義歯管理を行った場合は、必要に応じて有床義歯管理料を算定する。

(問7) 平成20年3月31日において、新製有床義歯を装着した場合であって、①平成20年4月1日以降において、当該有床義歯の装着後1月以内に義歯の管理を行った場合は、新製有床義歯管理料を算定して差し支えないか。②また、平成20年3月31日以前に装着した新製有床義歯について、同一初診中であって、平成20年4月1日以降における有床義歯管理料及び有床義歯長期管理料の取扱い如何。

(答) ① 新製有床義歯管理料は、平成20年4月1日以降において、新たに製作した有床義歯を対象とするものであるが、平成20年3月に新たに製作した有床義歯に係る新義歯調整指導料又は新義歯調整料を算定していない場合は、平成20年4月1日以降であって、当該義歯の装着日後1月以内において、算定要件を満たす場合は、新製有床義歯管理料を算定して差し支えないものとし、この場合の有床義歯管理料及び有床義歯長期管理料は、当該有床義歯の装着日から起算して算定する。

② 平成20年3月31日以前に装着された新製有床義歯について、同一初診中であって、平成20年4月1日以降において行った義歯の管理は、上記①の場合に該当しない場合は、必要に応じて有床義歯管理料により算定する。

(問8) 他院で製作した保険診療の対象となる義歯の修理等を行い、調整等の義歯管理を行った場合は、当該義歯の装着日にかかわらず、有床義歯管理料を算定して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

【在宅歯科診療】

(問9) 訪問診療において、歯科訪問診療料を算定した場合は、基本診療料の加算となっている時間外、深夜及び休日加算は、算定できないと考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問10) 区分番号C000 歯科訪問診療料の「注4」に「(1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点)を所定点数に加算する。」とあるが、この1回目は、患者の傷病に係る診療継続期間において、最初に歯科訪問診療を行った日と解釈してよいか。

(答) 1回目に歯科訪問診療料を算定した日をいう。なお、1回目に歯科訪問診療を行ったが、歯科訪問診療料の算定要件を満たさず、初診料を算定した場合であって、患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、区分番号A00.0に掲げる初診料の「注6」に規定する加算により算定する。なお、当該加算はいずれか1回に限り算定できるものとする。

【処置】

(問11) 抜歯に伴う投薬の必要性如何。

(答) 投薬は必要に応じて行うもの。

(問12) 咬合調整は1口腔単位で算定するのか。

(答) 歯周疾患又は歯ぎしりの処置のために行う歯の削合等通知で示した各々の場合に、1口腔単位で算定する取扱いである。

(問13) 非侵襲性歯髄覆罩の算定に当たっての対象病名は何か。

(答) C又はPulが考えられる。

(問14) 齲蝕処置について、抜歯禁忌症で義歯製作の必要上、やむを得ず残根歯の削合のみを行う場合は、歯数に応じて1回に限り算定するとの取扱いであるが、この「歯数に応じて1回に限り」とは1歯1回を単位とするのか。

(答) 齲蝕処置の費用は、1歯1回を単位として算定する取扱いである。

(問15) 齲蝕処置と非侵襲性歯髄覆罩は同時に算定できるか。

(答) 同時に算定する場合があり得る。

(問16) 歯周病安定期治療に咬合調整は含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問17) 平成20年3月31日以前において、歯周組織検査により歯周病が安定していると判断された場合であって、平成20年4月1日以降においても継続的な疾患管理を行っている場合、歯周病安定期治療を開始した日とはいつのことをいうのか。

(答) 平成20年4月1日以降において、歯周病安定期治療を最初に行った日から起算する。

(問18) 歯周病安定期治療を開始した以降は、歯周基本治療及び歯周疾患処置は算定できない取扱いであるが、病状の変化等必要があつて歯周ポケットに特定薬剤を注入した場合は、歯周疾患処置及び特定薬剤料を算定できるか。

(答) 歯周病安定期治療を開始した以降に実施した歯周基本治療及び歯周疾患処置の費用は算定できない。特定薬剤料のみの算定となる。

(問19) スケーリングは、歯周病に罹患している部位か否かにかかわらず、口腔内の全顎にわたって実施することが必要か。

(答) スケーリングは、歯周病に罹患している部位に対して適切に実施するものである。

【麻酔】

(問20) 静脈内鎮静法に併せて実施した経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定のコストは算定できるか。

(答) 算定要件を満たした場合は、必要に応じて実施した経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定のコストは算定できる。

(問21) 静脈内鎮静法のコストに当たって、診療報酬明細書の摘要欄に記載が必要となる事項は何か。

(答) 静脈内鎮静法が必要な理由を記載する。

【歯冠修復及び欠損補綴】

(問22) 齧蝕歯無痛的窩洞形成加算については、診療報酬明細書の摘要欄に実施した部位を記載することとなっているが、実施した部位が傷病名部位欄の記載から当該部位を特定できる場合は、摘要欄への記載を省略しても差し支えないか。

(答) 実施した部位が傷病名部位欄の記載から特定できる場合は、摘要欄への記載を省略しても差し支えない。

(問23) 実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損部の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合の取扱い如何。

(答) 「ブリッジについての考え方2007」(平成19年11月日本歯科医学会)を参考にすれば、実際の欠損歯を反映した歯式では、保険外給付となっていたものであっても、保険給付の対象となり得る例がある。ただし、この場合においては、欠損部の間隙が少ない等保険適用の有無を確認する必要があることから、理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方社会保険事務局に提出する必要がある。ただし、区分番号M017ポンティック(ダミー)の(19)及び(20)で示した、診療報酬明細書の「摘要」欄への記載により保険給付の対象としている場合においては、この限りでない。

(問24) 同一初診中における有床義歯の修理の算定回数の取扱い如何。

(答) 歯科医学的に妥当・適切に行われた有床義歯の修理の費用は、必要に応じて算定できる。

(問25) 同一初診中における有床義歯床下粘膜調整処置の算定回数の取扱い如何。

(答) 歯科医学的に妥当・適切に行われた有床義歯床下粘膜調整処置の費用は、必要に応じて算定できる。

【施設基準】

(問26) 歯科外来診療環境体制加算又は在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る研修については、研修を全て修了していることが確認できる文書を添付することとなっているが、この「確認できる文書」とは具体的には何をさすのか。

(答) 研修の受講証、修了証、研修に係る支払書、その他受講していることが確認できる資料をいう。なお、「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20年3月5日保医発第0305003号、平成20年4月14日保医発第0414001号により一部改正)により示した、高齢者の心身特性、緊急時の対応及び高齢者の口腔機能管理の在り方(管理計画の立案等を含む。)を含む研修については、速やかに追加して受講することが必要であり、受講後は、受講したことが確認できる文書を添付して地方社会保険事務局長に届け出ることとなっているが、この「確認できる文書」についても、同様である。

(問27) 歯科外来診療環境体制加算及び在宅療養支援歯科診療所の施設基準の要件となっている研修について、医療機関による勉強会等いわゆるスタディグループにより実施された研修は該当するのか。

(答) 研修の実施主体については、国及び地方自治体の他、日本歯科医師会、都道府県及び郡市区歯科医師会、関係学術団体等、研修事業の実績があり、定款又は規約等により団体概要や活動が確認できる医療関係団体をいい、医療機関による勉強会等のいわゆるスタディグループ、関係学術団体等の学術会議（学会報告等を行う総会、分科会等）、関係団体の連絡協議会及び同窓会等によるものをいうものではない。

(問28) 外来診療環境体制加算及び在宅療養支援歯科診療所の施設基準の要件となっている研修は、いつ頃に開催された研修をいうのか。

(答) 研修の開催時期について、歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準の要件となっている研修については、届出日から3年以内のものをいい、また、在宅療養支援歯科診療所に係る施設基準の要件となっている研修については、届出日から4年以内のものをいう。

(問29) 歯科外来診療環境体制加算の施設基準を届出に当たっては、当該施設基準の要件となっている機器をリース契約により設置している場合の取扱い如何。

(答) 歯科外来診療環境体制加算の施設基準の要件となっている機器をリース契約により設置している場合は、リース契約期間においてのみ要件を満たすこととなり、当該施設基準の届出に当たっては、リース契約期間を確認できる文書の添付が必要となる。

調剤報酬点数表関係

【基準調剤加算】

(問1) 「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20年3月5日付け保医発第0305003号)において、基準調剤加算を算定する保険薬局は、時間外等における調剤応需が可能な近隣の保険薬局の所在地、名称、直接連絡が取れる連絡先電話番号等を記載した文書を、原則として初回の処方せん受付時に患者等に交付する旨の記載があるが、自局のみで時間外、休日及び夜間における調剤が可能である場合には、自局に関する情報(所在地、名称、開局日、開局時間帯及び直接連絡が取れる連絡先電話番号等)を記載した文書を患者等に交付することでも差し支えないか。

(答) 自局のみで常時調剤ができる体制が整備されているのであれば、自局に関する情報を記載した文書を患者等に交付することでも差し支えない。

【一包化薬】

(問2) 一包化薬については、従来の要件(2剤以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合)に加えて、1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合にも算定できるとされたが、以下の例においては、どのように調剤料を算定することになるのか。なお、いずれも処方医による一包化の指示があるものとする。

例1)	処方1	A錠、B錠、C錠	1日3回毎食後	× 14日分
	処方2	D錠	1日1回朝食前	× 14日分
	処方3	E錠	1日1回就寝前	× 14日分
例2)	処方1	A錠、B錠、C錠	1日3回毎食後	× 14日分
	処方2	D錠、E散	1日2回朝夕食後	× 14日分
例3)	処方1	A錠、B錠、C錠	1日3回毎食後	× 14日分
	処方2	D錠、E散、F散	1日1回朝食前	× 14日分
	処方3	G散	1日1回就寝前	× 14日分

(答) 例1においては、処方1が1剤で一包化薬の要件を満たしており、かつ、処方2と処方3は、処方1とは服用時点が重複していないことから、処方1について

一包化薬調剤料を算定する。

また、一包化薬については内服薬に準じて剤数に含めることとされており、内服薬は3剤まで算定可能であることから、以下のとおり、処方1に係る一包化薬調剤料と別に、処方2及び処方3について内服薬調剤料を算定することができる。

処方1	一包化薬調剤料	89点×2 (14日分)
処方2	内服薬調剤料	63点 (14日分)
処方3	内服薬調剤料	63点 (14日分)

例2においては、処方1のみで一包化薬の要件を満たすものの、処方2と服用時点が重複しており、処方1と処方2の全体で一包化薬の要件を満たすと考えべきであることから、以下のとおり、全体として一包化薬を算定し、処方2を別に内服薬として算定することはできない。

処方1	一包化薬調剤料	89点×2 (14日分)
処方2	算定なし	

例3においては、処方1 (1剤) と処方2 (1剤) のいずれも一包化薬の要件を満たしており、かつ、処方1、処方2及び処方3の間で服用時点の重複はないことから、処方1又は処方2のいずれか一方について一包化薬調剤料を算定する。

また、処方1と処方2はいずれも内服薬の1剤相当であり、内服薬は3剤まで算定可能であることから、以下のとおり、処方1を一包化薬として算定した場合は、処方2及び処方3を内服薬として算定することができる。同様に、処方2を一包化薬として算定した場合は、処方1及び処方3を内服薬として算定することができる。

(処方1を一包化薬として算定した場合)

処方1	一包化薬調剤料	89点×2 (14日分)
処方2	内服薬調剤料	63点 (14日分)
処方3	内服薬調剤料	63点 (14日分)

(処方2を一包化薬として算定した場合)

処方1	内服薬調剤料	63点 (14日分)
処方2	一包化薬調剤料	89点×2 (14日分)
処方3	内服薬調剤料	63点 (14日分)

(問3) 受け付けた処方せんに、一包化薬の算定要件である2剤以上の内服薬（以下「要件①」という。）に係る処方と1剤で3種類以上の内服薬（以下「要件②」という。）に係る処方が記載されており、かつ、これら2つの処方に服用時点の重複がない以下の例においては、どのように調剤料を算定することになるのか。なお、いずれも処方医による一包化の指示があるものとする。

例1) 処方1と処方2で要件①を満たし、処方3が要件②を満たす場合

処方1	A錠、B錠	1日3回毎食後	×	14日分
処方2	C散、D散	1日2回朝夕食後	×	14日分
処方3	E錠、F錠、G散	1日1回就寝前	×	14日分

例2) 処方1から3までで要件①を満たし、処方4が要件②を満たす場合

処方1	A錠	1日3回毎食後	×	14日分
処方2	B散	1日2回朝夕食後	×	14日分
処方3	C錠	1日1回朝食後	×	14日分
処方4	D錠、E錠、F散	1日1回就寝前	×	14日分

(答) 要件①に係る処方と要件②に係る処方のいずれについて一包化薬調剤料を算定してもよいが、要件①で一包化薬を算定した場合と要件②で一包化薬を算定した場合との間で、別途算定できる内服薬の剤数に差が生じないようにするため、要件②に係る処方について一包化薬調剤料を算定する場合にあっては、要件②に係る処方については、要件①に係る処方と同一の剤数とみなして算定する。

すなわち、例1においては、要件①に係る処方（処方1と処方2の組合せ）は内服薬の2剤相当であることから、要件②に係る処方（処方3）も2剤相当として取り扱う。

よって、以下のとおり、要件①に係る処方（処方1と処方2の組合せ）で一包化薬を算定した場合には、内服薬の3剤目として処方3について内服薬調剤料を算定することができ、また、要件②に係る処方（処方3）で一包化薬を算定した場合には、内服薬の3剤目として処方1又は処方2について内服薬調剤料を算定することができる。

(要件①に係る処方（処方1と処方2の組合せ）で一包化薬調剤料を算定する場合)

処方1	一包化薬調剤料	89点×2 (14日分)
処方2	算定なし	
処方3	内服薬調剤料	63点 (14日分)

(要件②に係る処方（処方3）で一包化薬調剤料を算定する場合)

処方1 (又は処方2)	内服薬調剤料	63点 (14日分)
処方2 (又は処方1)	算定なし	

処方 3

一包化薬調剤料 89点×2 (14日分)

また、例2においては、要件①に係る処方（処方1から処方3までの組合せ）は内服薬の3剤相当であることから、要件②に係る処方（処方4）も3剤相当として扱う。

よって、以下のとおり、要件①に係る処方（処方1から処方3までの組合せ）で一包化薬を算定した場合には、処方4について別に内服薬調剤料を算定することはできず、また、要件②に係る処方（処方4）で一包化薬を算定した場合には、処方1から処方3までのいずれについても、別に内服薬調剤料を算定することはできない。

（要件①に係る処方（処方1から処方3までの組合せ）で一包化薬調剤料を算定する場合）

処方1 一包化薬調剤料 89点×2 (14日分)

処方2 算定なし

処方3 算定なし

処方4 算定なし

（要件②に係る処方（処方4）で一包化薬調剤料を算定する場合）

処方1 算定なし

処方2 算定なし

処方3 算定なし

処方4 一包化薬調剤料 89点×2 (14日分)

（問4）処方せんの指示により、1剤で3種類の散剤を計量し、かつ、混合して、服用時点ごとに一包化した場合には、内服薬調剤料と計量混合調剤加算の合計により算定するのか、それとも、一包化薬調剤料を算定することになるのか。

（答） 処方せんの指示の内容及び患者の状態（治療上、一包化が必要か否か）にもよるが、基本的には、1剤で3種類の散剤を計量し、かつ、混合して、服用時点ごとに一包化した場合には、内服薬調剤料と計量混合調剤加算の合計により算定する。ただし、患者の状態が一包化薬の算定要件を満たしており、かつ、処方せんにおける一包化の指示が当該患者の状態を踏まえたものであることが明確である場合には、一包化薬調剤料を算定することができる。

(問5) 同一保険医療機関の異なる診療科から交付された2枚の処方せんを同時に受け付けた場合(処方せんの受付回数が1回となる場合)において、個々の処方せんに記載された処方だけでは一包化薬の要件を満たさないが、2枚の処方せんの処方内容を併せれば要件を満たすような場合には、一包化薬調剤料を算定しても差し支えないか。なお、いずれも処方医による一包化の指示があるものとする。

(答) 2枚の処方せんの処方内容を併せて一包化薬の算定要件(2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬)を満たしている場合には、一包化薬調剤料を算定して差し支えない。

(問6) 異なる保険医療機関から交付された2枚の処方せんを同時に受け付けた場合において、個々の処方せんに記載された処方だけでは一包化薬の要件を満たさないが、2枚の処方せんの処方内容を併せれば要件を満たすような場合には、一包化薬調剤料を算定しても差し支えないか。

(答) 一包化薬調剤料は処方せんの受付1回につき1回のみ算定するものであり、質問の事例においては、別々の処方せん受付(受付回数が2回)となることから、一包化薬調剤料は算定できない。

【夜間・休日等加算】

(問7) 平日の開局時間が午後7時までの保険薬局において、午後7時に閉局し調剤応需の態勢を解除した後、午後9時に急病の患者から調剤の求めがあったため、調剤を実施した上で時間外加算を算定したところ、その間、さらに別の患者からも調剤の求めがあった。この場合、2人目の患者については、1人目の患者と同様に時間外加算を算定しても差し支えないか。それとも、夜間・休日等加算を算定することになるのか。

(答) 時間外加算を算定して差し支えない。

【自家製剤加算】

(問 8) 自家製剤加算において、錠剤の半割を行った場合に算定する区分（錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬。ただし、特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）については、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定することとされたが、この「投与日数」とは、服用時点に関係なく、実際に自家製剤の上調剤した日数と解釈してよいか。

(答) そのとおり。隔日投与等の場合であっても実際に自家製剤の上調剤した日数分について算定する。

【薬剤情報提供料等】

(問 9) 高血圧症等の慢性疾患を主病とし、長期間、同一の処方及び調剤が行われている患者に対して薬剤情報提供料又は後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を算定する場合、「お薬手帳」への薬剤名等の記載は、「前回と同じ」などと記載することによいか。

(答) 慢性疾患を主病とする患者であっても、別の疾病又は負傷に係る投薬が行われる可能性があること、また、「前回と同じ」などと連続して手帳に記載した場合、いつの時点の調剤まで遡ればよいのかが患者及び他の医療関係者にも分かりづらことから、基本的には、調剤する都度、薬剤の名称、用法、用量等の必要な情報を記載すべきである。ただし、記載を行う手帳の頁と同一の見開きの頁に以前調剤した薬剤の名称等が記載されており、薬剤師が、当該調剤と同一内容であることを確認した上で記載する場合など、患者及び医療関係者が容易に当該調剤に係る必要な情報を確認できる形で記載した場合（シール等を直接手帳に貼付する場合を含むが、シール等を患者に交付する場合は含まない。）は、この限りでない。

また、経時的に記載されていない手帳の記載を時系列順に整理する場合や複数の手帳の記載を1冊にまとめる場合など、過去の薬剤情報を見やすく整理する観点から「前回と同じ」などと記載するのは差し支えない。

【長期投薬情報提供料】

(問10) 長期投薬情報提供料1については、長期投薬情報提供料2と異なり、当初に受け付けた処方せんと同一の疾病又は負傷に係る処方せんに限らず、当該患者の次の処方せんの受付時に、提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定できると考えてよい。

(答) そのとおり。長期投薬情報提供料1の対象となる情報は、薬局が新たに入手した重大な副作用に関する情報等、患者が服薬中の薬剤の使用に係る重要な情報であることから、当初に受け付けた処方せんと同一の疾病又は負傷に係る処方せんに限らず、情報提供後の最初の処方せんの受付時に、当該患者に対して、提供した情報に関連した副作用の発現状況、注意事項の遵守状況等を確認し、必要な指導を行うことが重要である。

【外来服薬支援料】

(問11) 院内投薬された薬剤を持参した患者に対して、服薬支援の必要性を処方医に確認の上、一包化等を行い、外来服薬支援料を算定した場合において、その後も引き続き一包化が行われずに院内投薬が行われたため、繰り返し当該薬局で外来服薬支援を実施したような場合、毎回、外来服薬支援料を算定してよい。

(答) 質問の例においては、本来、服薬支援の必要性を認識している処方医が自院で薬剤の一包化をするか、又は、処方せんにより薬局での一包化を指示すべきものであると考えられるため、繰り返し外来服薬支援料を算定することはできない。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

(問12) 医科診療報酬点数表の区分番号「B015」後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料については、患者、家族のほか、当該患者が退院後に入所する栄養士の配置が義務付けられていない施設の職員又はヘルパーなどの退院後の当該患者の食事管理を行う者に対して指導を行っても算定できるとされているが、高齢者専用賃貸住宅に入居している患者など、居住系施設入居者等である患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う場合についても、同様と考えてよい。

(答) 在宅患者訪問薬剤管理指導については、薬剤師が、患家を訪問し、患者の状態を直接確認した上で、薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、副作用等の確認や服薬指導、服薬支援等の薬学的管理指導を行うことが重要であり、患者の状態を確認せずに施設の職員等に対して指導を行っただけでは在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

【在宅患者緊急時等共同指導料等】

(問13) 午前中に在宅患者訪問薬剤管理指導を行った患者について、病状の急変や診療方針の大幅な変更等の必要が生じたことに伴い、同日の夕方に、当該患者の在宅療養を担う保険医の求めにより患家を訪問し、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスを行い、必要な薬学的管理指導を行った場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者緊急時等共同指導料の両方を算定してもよいか。

また、同様に、在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を同日に算定することは可能か。

(答) 在宅患者緊急時等共同指導料は、計画的な訪問薬剤管理指導の内容に加えてカンファレンスの結果を踏まえた療養上必要な薬学的管理指導を行うことを評価したものであるため、同日に両方を算定することはできない。

なお、在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料については、それぞれの算定要件を満たしていれば、同日でも両方を算定することが可能である。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問22） J C S （Japan Coma Scale）又はG A F （Global Assessment of Functioning）により分類されている診断群分類区分について、いつの時点の J C S又はG A Fで判断するのか。

（答） 包括対象病棟の入院時に該当する J C S又はG A Fにより判断する。
ただし、入院後に当該病棟において発症した傷病が医療資源を最も投入した傷病になる場合は、発症時により判断する。