事　務　連　絡
平成１９年４月２０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）
都道府県老人医療主管部（局）
　老人医療主管課（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７）

「診療報酬の算定方法」（平成１８年厚生労働省告示第９２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１８年３月６日保医発第０３０６００１号）等により、平成１８年４月１日より実施しているほか、平成１９年４月１日より「診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成１９年厚生労働省告示第９５号）」が適用され、「「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」等の一部改正について」（平成１９年３月３０日保医発第０３３０００１号）により実施しているところであるが、今般、それらの取扱いに係る疑義解釈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。

〈 別 添 〉

【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(雇用型・非雇用型)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（針電極にあっては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っては、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：定期的なリハを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っては、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して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

学管理については、一つの保険医療機関が責任をもって実施するべきである。ただし、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないこともあり、当分の間、他の保険医療機関において、言語聴覚療法を実施し、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料又は疾患別リハビリテーション医学管理料を算定しても差し支えない。

また、当該患者に係るリハビリテーション実施計画については、両保険医療機関においてリハビリテーションの進捗状況等を確認しながら作成すること。

なお、この取扱いは言語聴覚療法に限られるものであり、同一の疾患等について、作業療法と理学療法を別の保険医療機関において実施することはできないので留意すること。

（問26）平成１９年４月から、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないこととされている。患者の状態によっては、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへの移行にあたって、移行当初に医療保険におけるリハビリテーションを併用した方が良い場合もある。そのような場合どのように取り扱えばよいか。

（答）

医療保険における疾患別リハビリテーションを実施している期間において、介護保険におけるリハビリテーションに円滑に移行できるようなリハビリテーション実施計画を作成し実施するべきであり、原則として、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、患者の状態や、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合などでは、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、必要な場合には、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載し、当該終了する日前の１月間に限り、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。

また、医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日は、算定日数の上限の日以前の場合もあり得るが、最初に設定した日以降については、原則どおり、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないものであるので留意すること。

【８　ＤＰＣ】

（問27）包括評価の対象患者が退院日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病名」が前回入院時と同じ場合、どのように取り扱うか。

（答）

前回入院から継続して入院しているものとして取り扱い、前回入院時に退院後に居宅において使用するために投与された薬剤に係る薬剤料も算定できない。

（問28）包括評価の対象患者が退院日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病名」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うか。

（答）

例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院をする場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない場合の再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院日を入院期間の算定の起算日とする。但し、当該再入院について、入院日の所定点数は算定できないものとする。

（問29）ＤＰＣ対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院しているが、当該入院料等の算定対象患者でないためこれらの入院料を算定しない患者は、包括評価の対象となるのか。

（答）

対象とならない。

（問30）ＤＰＣ対象病院において、小児入院医療管理料３の算定要件を満たす患者については、小児入院医療管理料３を算定することができる間は児童・思春期精神科入院医療管理加算が別途算定できることとされているが、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算及び小児療養環境特別加算は別途算定できないのか。

（答）

算定できる。

【９　入院基本料等の施設基準（入院診療計画）】

（問31）同一疾病により入退院を繰り返した患者について、当初入院時には入院診療計画を文書により作成し、患者に説明を行っているが、再入院時にも同様の手続きが必要なのか。

（答）

入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

（問32）入院診療計画は、文書により作成後、入院後７日以内に患者に対して説明をしなければならないが、患者が昏睡状態であるなど、入院後７日以内に患者に説明ができなかった場合には、当該患者の入院に係る入院基本料又は特定入院料の全てが算定できないのか。

（答）

医師の病名等の説明に対して理解ができないと認められる患者については、その家族等に対して説明を行えば算定できる。

また、説明できる家族等もいない場合には、その旨カルテに記載し算定できる。なお、患者の状態が改善し説明が行える状態になった場合又は家族等が現れた場合等には、速やかに説明を行い、その旨カルテに記載すること。

【10　病院の入院基本料に関する施設基準】

（問33）入院基本料を算定する病棟において１日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間も除かれるのか。

（答）

入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策に関する基準」及び「医療安全管理体制に関する基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修に参加する時間帯に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会・研修は、「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１８年３月６日保医発第0306002号）」の別添２の第１の２及び３の規定に基づき実施されるものであり、次に該当するものであること。

・院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されているものであり、月１回程度定期的に開催される委員会であること。
・安全管理のための委員会は、安全管理の責任者等で構成されているものであり月１回程度開催される委員会であること。
・安全管理の体制確保のための職員研修は、安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき年２回程度実施される研修であること。

（問34）入院基本料の施設基準において、夜勤専従者が、日勤の看護職員の急病時などの緊急やむを得ない場合に日勤を行った場合には、当該月は夜勤専従者とはみなされないのか。

（答）

勤務計画表に日勤が組み込まれていない者であって、日勤の看護職員の急病時などの真に緊急やむを得ない場合に限り日勤を行った程度のものであれば、夜勤専従者とみなして差し支えない。ただし、頻繁に日勤を行う必要性が生じることは想定されないことから、日勤を行うことが認められるのは、月に１回であることに留意されたい。

（問35）療養病棟入院基本料２を算定する病棟において勤務する看護師等の一人当たりの月平均夜勤時間数の計算は、看護職員と看護補助者とで別々に行うのか、看護補助者を含む看護要員全体で行うのか。

（答）

基本診療料の施設基準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0306002号）の別添２の第２の４の（３）のエのとおり看護要員全体で計算する。

（問36）療養病棟入院基本料２を算定する病棟のうち、８割以上病棟（２０対１配置病棟)、平成１８年６月３０日において現に特殊疾患療養病棟入院料を算定していた療養病棟及び介護保険移行準備病棟の看護職員は、月平均夜勤時間数が７２時間以下であることの要件が除外されているが、この場合看護補助者についても除外されるのか。

（答）

看護補助者も除外される。

（問37）療養病棟入院基本料２における８割未満病棟（２５対１配置病棟）から８割以上病棟（２０対１配置病棟）への変更の届出を行う時期はいつか。

また、８割以上病棟（２０対１配置病棟）から８割未満病棟（２５対１配置病棟）への変更の届出の取扱いはどのようにするのか。

（答）

２５対１配置病棟から２０対１配置病棟への変更の届出は、医療区分２・３の患者の合計の割合が８８％を超える（１割を超える変動）こととなった場合には、翌月速やかに行う。この場合、社会保険事務局は同月１日に遡って受理したものとして処理する。

また、２０対１配置病棟から２５対１配置病棟への変更の届出は、医療区分２・３の患者の合計の割合が７２％を下回る（１割を超える変動）こととなった場合には、翌月速やかに行う。この場合、社会保険事務局は同月１日に遡って受理したものとして処理する。

なお、医療区分２・３の患者の合計の割合が、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動である場合は変更を届け出る必要はない。

（参考）

［例１］２５対１配置病棟から２０対１配置病棟へ変更の届出を行う場合

７月、８月、９月　８９％　→　１０月に変更の届出が必要。この場合、社会保険事務局は同月１日に遡って受理したものとして処理。

［例２］２０対１配置病棟から２５対１配置病棟へ変更の届出を行う場合

10月、11月、12月　７１％　→　１月に速やかに変更の届出が必要。この場合、社会保険事務局は同月１日に遡って受理したものとして処理。

［例３］２５対１配置病棟から２０対１配置病棟へ変更の届出を行う場合

７月、８月、９月　８１％　→　変更の届出は要さない。
８月、９月、10月　８３％　→　変更の届出は要さない。
９月、10月、11月　８５％　→　変更の届出は要さない。
10月、11月、12月　８２％　→　１月に速やかに変更の届出が必要。この場合、社会保険事務局は同月１日に遡って受理したものとして処理。

［例４］２０対１配置病棟から２５対１配置病棟へ変更の届出を行う場合

10月、11月、12月　７２％　→　変更の届出は要さない。
11月、12月、１月　７５％　→　変更の届出は要さない。
12月、１月、２月　７８％　→　変更の届出は要さない。
１月、２月、３月　７９％　→　４月に速やかに変更の届出が必要。この場合、社会保険事務局は同月１日に遡って受理したものとして処理。

（問38）療養病棟入院基本料２において、８割以上病棟（２０対１配置病棟）から８割未満病棟（２５対１配置病棟）への変更の届出を行った場合の当該病棟に勤務する看護要員の月平均夜勤時間数の取扱いはどのようにするのか。

（答）

２５対１配置病棟に勤務する看護要員は、直近１か月又は直近４週間の月平均夜勤時間数が７２時間以下であることが必要である。

従って、２０対１配置病棟から２５対１配置病棟への変更の届出を行った月の１日以前の直近１か月又は直近４週間の実績の月平均夜勤時間数が７２時間以下であることが必要であり、これを満たさない場合には、２５対１配置病棟への変更の届出はできず、特別入院基本料への変更の届出を行うこととなる。

【11　特掲診療料施設基準】

（問39）「K600 大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）」の施設基準について、診療所は届出できないのか。

（答）

従前どおり診療所でも届け出できる。

【12　入院時生活療養・入院時食事療養】

（問40）外泊中は、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養（いわゆる光熱水費）に係る入院時生活療養の費用は算定できるのか。

（答）

終日（０時から２４時）外泊している日については算定できず、生活療養標準負担額（患者負担額）は徴収できない。

（問41）一般病床と療養病床を有する保険医療機関において、一般病床で朝食をとった後、療養病床へ転床し生活療養を受ける場合、この朝食は入院時食事療養費が支給されることとなるのか。

（答）

この場合においては、療養病床に転床した日は、療養病棟入院基本料２等を算定し、生活療養を受けることとなることから、朝食についても入院時生活療養費（食事の提供たる療養に係るもの）が支給される（食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する）。

なお、療養病床から一般病床へ転床した日は、全ての食事について入院時食事療養費が支給される。（食事療養標準負担額(患者負担額)を徴収する。）

（問42）医療療養病床と介護療養病床を有する保険医療機関において、介護療養病床で朝食をとった後、医療療養病床へ転床し生活療養を受ける場合、この朝食にかかる費用はどちらの保険から給付されるのか。

（答）

この場合においては、医療療養病床へ転床後の２食分は、医療保険における入院時生活療養費(食事の提供たる療養に係るもの）が支給される（食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する）。

なお、医療療養病床で朝食をとった後、介護療養病床へ転床した場合には、介護療養病床へ転床前の１食分は、医療保険における入院時生活療養費(食事の提供たる療養に係るもの）が支給される（食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する）。

（問43）同一の日において、一般病床から療養病床へ転床した場合などの入院時生活療養費に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）の支給はどのようになるのか。

（答）

次のとおり取り扱う。

①「一般病床 → 療養病床」、「医療療養病床 ←→ 介護療養病床」の場合

当該日は療養病棟入院基本料等を算定することとなることから、入院時生活療養費に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）が支給される。（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。）

②「療養病床→一般病床」の場合

当該日は一般病棟入院基本料等を算定することとなることから、入院時生活療養費に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）は支給されない。（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）は徴収しない。）

【13　記載要領】

（問44）療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第１条第３項の規定に基づき厚生労働大臣の定める診療報酬明細書（平成６年厚生省告示第３４５号）第１号及び社会保険診療報酬支払基金法第１６条第１項及び国民健康保険法第４５条第６項の規定に基づき厚生労働大臣の定める診療報酬請求書（昭和５９年厚生省告示第１７２号）第１号に掲げる「心・脈管に係る手術」とはどの手術を指すのか。

（答）

「心・脈管に係る手術」とは、第１０部「手術」第８款「心・脈管」の（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）中の全項目並びに（動脈）中の血管移植術、バイパス移植術の「１」の大動脈のことをいう。