

事務連絡
平成20年3月28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

「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日より実施することと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。

医科診療報酬点数表関係

【初・再診料】

(問1) 例えば、午後6時前に受付を済ませた患者を午後6時以降に診療した場合、夜間・早朝等加算は算定できるか。

(答) 午後6時以降に受付を行った患者が対象となるものであり、夜間・早朝等加算は算定できない。したがって、受付の時間によって夜間・早朝等加算を算定する患者と算定しない患者が混在する可能性があることから、その旨診療所内の患者が分かりやすい場所に掲示されていることが望ましい。

(問2) 午後8時までを表示診療時間としていて、午後8時以降も受診者が続いた場合に夜間・早朝等加算で算定するのか。

(答) 午後8時をまたいで診療を継続した場合は、そのような診療態勢が常態ではなくとも、夜間・早朝等加算を算定する。なお、診療応需の態勢を解いた後において、急患等やむを得ない事由により診療を行った場合は、要件を満たしていれば、時間外加算等を算定する。

(問3) 既に電子化加算の届出を行っている保険医療機関については、平成20年4月に再度届出が必要か。

(答) 電子化加算の施設基準の選択要件のうち、詳細な明細書を交付する体制を整えていることの要件のみを満たすものとして届出を行っていた保険医療機関においては、平成20年4月に改めて届出を行う必要がある。

(問4) 診察室に患者が入って医師を待っている時間は、外来管理加算を算定する際の診療時間に含まれるか。

(答) 外来管理加算の診療時間は、医師が患者に対して視診、問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限ることから、これらの診療行為が行われていなければ、診療時間に含めない。

(問5) 患者が衣服を着脱するのに要する時間は、外来管理加算を算定する際の診療時間に含めて良いか。

(答) 衣服の着脱動作を通じてADLや関節可動域の評価を行うといった診察をした場合は、診察時間に含める。

(問6) 今回、100cm²未満の第1度熱傷の熱傷処置、100cm²未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置は基本診療料に含まれるものとされ、別途処置料を算定することができなくなったことに伴い、これらの処置を行った場合でも、要件を満たせば外来管理加算を算定できることになったものと考えてよいか。

(答) 外来管理加算を算定するための要件をみたしているものについては算定できる。なお、医師が直接これらの処置を行った時間又は説明を行った時間については、外来管理加算を算定する際の、「直接診察を行っている」時間に該当する。さらに、これらの結果を踏まえて病状や療養上の注意について、懇切丁寧に指導説明する必要がある。

(問7) 電話による再診や遠隔医療を行った場合にも、外来管理加算は算定できるのか。

(答) 「医師による直接の診察」に該当しないため、算定できない。

【入院基本料】

(問8) 脳卒中の後遺症を主たる障害とする患者で重度の意識障害者基準に該当しない者のうち、対象患者として見なせる場合はあるのか。

(答) 「重度の意識障害者」の基準に該当しない者であっても、人工呼吸器を装着する患者、脳卒中の後遺症患者であって、かつ透析を必要としている患者等は重度の障害者と解することができる。

(問9) もやもや病の患者が脳卒中となった場合も、脳卒中の後遺症患者として「重度障害者」または「重度の肢体不自由者」から除外されるのか。

(答) もやもや病（ウィリス動脈輪閉塞症）患者については、難病患者であるため対象患者である。

(問10) 看護必要度の実績期間は、6月の1か月となるか。

(答) 1か月の実績が必要。（7月1日から算定する場合は、5月又は6月の実績が必要となる。）

(問11) 看護必要度の評価は毎日行うのか。

(答) そのとおり。

(問12) 7対1入院基本料を算定する病棟で亜急性期入院医療管理料及び特殊疾患入院医療管理料等を算定する病室に入院している患者については、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の測定対象となるのか。

(答) 7対1入院基本料を算定している患者が対象となるので、当該管理料を算定する病室に入院している患者は測定対象とならない。なお、亜急性期入院医療管理料の注1のただし書に該当する患者についても測定対象にはならない。

(問13) 亜急性期入院医療管理料及び特殊疾患入院医療管理料等を算定する病室にかかる看護配置基準の取扱いはどうなるか。

(答) 従前のとおり、当該病室を有する病棟において、看護配置基準を満たすこと。

(問14) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病床だけで一つの病棟を構成した場合には、例えば、他の病棟は7対1入院基本料を算定し、当該病棟は13対1入院基本料を算定することはできるのか。

(答) 従前のとおり、入院基本料の届出については、病棟単位の届出はできないこととなっているので、当該病室だけで構成される病棟においても、その他の一般病棟と同じ入院基本料の届出が必要である。

(問15) 亜急性期入院医療管理料及び特殊疾患入院医療管理料等を算定する病室の入院患者は、平均在院日数の届出に係る入院患者の数に含まれるのか。

(答) 従前のおり含まれない。

(問16) 基本診療料の施設基準等第十一の三の二、四の三、四の五、四の六の規定における医療区分の格上げについて、他の医療機関の療養病棟に入院した場合にも適用されるのか。

(答) 経過措置の対象となる患者については、次の患者を含むものである。

- ① 当該病棟から当該病棟以外の療養病棟入院基本料を算定する療養病棟へ転棟又は転院した患者
- ② 当該病棟から一般病棟へ転棟又は転院した後、28日以内に再度療養病棟入院基本料を算定する療養病棟に入院した患者

【入院基本料等加算】

(問17) 後期高齢者診療料を算定した後、病状の急変等が起きて同月内に自院に入院した場合にも、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定できるのか。

(答) 要件を満たせば算定できる。

(問18) 後期高齢者総合評価加算を算定する際に、総合的な機能評価の測定を患者に対して実際に行うのは看護師、准看護師、理学療法士等でも良いのか。

(答) 医療関係職種ならよい。

(問19) 後期高齢者総合評価加算の施設基準の要件とされている総合的な機能評価に係る適切な研修の「ワークショップ」とは具体的にどのようなものか。

(答) 実際にあった症例検討を含め参加者全員が議論に参加するような研修のことである。

(問20) 後期高齢者退院調整加算の算定要件に、退院支援計画を関係職種と「連携」して作成するとあるが、どういう意味か。計画自体は専従の看護師、社会福祉士が作らないといけないのか。

(答) 退院調整部門の看護師、社会福祉士が直接退院支援計画を作成しなくても差し支えないが計画作成者と連携し内容を把握すること。なお、必要な場合はカンファレンス等を行い共同で計画を作成すること。

(問21) 後期高齢者退院調整加算の施設基準の要件に、当該看護師又は社会福祉士は週30時間以上退院調整に係る業務に従事していることとあるが、同じ人が週30時間以上専従しないとイケないのか。

(答) 専従とされている看護師又は社会福祉士が30時間以上当該部門に勤務しなくてはならない。

(問22) 妊産婦緊急搬送入院加算は、直近3か月以内に当該加算を算定する保険医療機関への受診歴のある患者には算定できないが、その受診歴には当該加算を算定する保険医療機関の産婦人科以外の診療科への受診歴も含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問23) 妊娠に係る異常が疑われ、自家用車で搬送された場合にも、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるのか。

(答) 母体及び胎児の状態に緊急性が認められ、かつ算定上の条件を満たす場合算定できる。

(問24) 妊娠に係る異常が疑われ搬送されたが、妊娠状態に問題なく他の疾患で入院となった場合であっても、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるのか。

(答) 算定できる。

(問25) 同一の患者について、1入院の期間中に、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を両方算定できるのか。

(答) 算定できる。ただし、同一日に両方を併算定することはできない。

(問26) ハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の算定対象となる患者に、「当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者」が含まれるが、腹腔鏡による手術の取扱如何。

(答) 腹腔鏡による手術は開腹手術に含めて差し支えない。

(問27) 同一月に骨折と肺炎など、複数の身体疾患を発症した場合に、精神科身体合併症管理加算をそれぞれの疾患について算定することは可能か。

(答) 同一月に別に厚生労働大臣が定める身体合併症のうち複数の疾患を発症した場合には、当該加算をそれぞれの疾患について算定することは可能である。ただし、当該加算は急性期の身体疾患の集中的な治療に対する評価であり、同一月内に14日間以上、このような治療が必要な場合は、適切な病棟への転棟等が必要と考えられることから、同一月に算定可能な日数は14日までである。

(問28) 入院時医学管理加算を算定する際に、精神科が24時間対応できる体制であれば、精神科を標榜している必要はないのか。

(答) 24時間対応できる体制があれば、当該保険医療機関で精神科を標榜する必要はない。ただし、その場合には、連携先の保険医療機関で精神科を標榜し精神科医による対応が可能であり、入院設備があることが必要である。

(問29) 入院時医学管理加算の施設基準等の要件の中の外来縮小の体制のうち、転帰が治癒であり通院の必要がない患者の定義とは何か。

(答) 当該又は他の保険医療機関で外来受診の必要が無い患者のことであり、退院後に同様の疾患で当該保険医療機関を外来受診した患者は「治癒」には含まれない。
(なお、退院時のレセプトには、「転帰」の欄に「治癒」と記載されるものである。)

(問30) 入院時医学管理加算の施設基準等の中で、病院勤務医の負担の軽減に資する計画については、具体例にある事例について全て実施する必要があるのか。

(答) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画については、各保険医療機関で自主的に取り組むべき事項である。従って、例として挙げている事項に関わらず、各保険医療機関で積極的に取り組んでいただきたい。なお、当該計画の成果については、毎年4月に報告していただくこととなる。

(問31) 入院時医学管理加算の届出をする際に、総退院患者数を記載するが、死亡退院も含めるのか。

(答) 死亡退院については、総退院患者数から除外する。

(問32) 退院調整加算に係る専従の者と後期高齢者退院調整加算の専従の者については、同一医療機関で部門を設置している場合は兼務可能か。

(答) 可能。

(問33) 退院調整加算に係る専従の者と後期高齢者退院調整加算の専従の者については、常勤者でなければいけないのか。

(答) 両者とも必要な条件を満たせば非常勤でも差し支えない。

(問34) 2人部屋に1人だけ入院している場合、当該病室を個室として見なし、二類感染症患者療養環境特別加算を算定することは可能か。

(答) 2人部屋を個室として提供していれば可能である。

(問35) 医師事務作業補助者は専従者であることが要件とされているが、複数の人間による常勤換算の場合の「専従」の取扱いはどうなるか。

(答) 常勤換算となるそれぞれの非常勤職員が、医師事務作業補助者として専従の職員でなければならない。

(問36) 従来からの事務職員や病棟クランクを医師事務作業補助者として配置しても、医師事務作業補助体制加算を算定することは可能か。

(答) 可能であるが、配置するにあたり研修が必要である。

(問37) 医師や看護師の資格を有するものを医師事務作業補助者として配置しても、医師事務作業補助体制加算を算定することは可能か。

(答) 医師事務作業補助者の資格は問わないが、医師や看護師等の医療従事者として業務を行っている場合は、医師事務作業補助者とししないこと。

(問38) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に行うこととなっているが、業務委託とすることは可能か。

(答) 不可。

(問39) 医師事務作業補助者は、診療録管理者若しくは診療録管理部門の業務を行っても良いか。

(答) 不可。

(問40) 医師事務作業補助者はD P Cのコーディング作業において、どこまでを担当して良いのか。

(答) 主たる傷病名は当該患者の療養を担う保険医が決定すること。その後のコーディング作業については診療報酬請求事務であることから、医師事務作業補助者の業務とししないこと。

(問41) 今般D P C算定対象医療機関において、「適切なコーディングに関する委員会の設置」が義務付けられたが、医師事務作業補助者は当該委員会の業務を行っても良いか。

(答) 不可。

(問42) 医師事務作業補助体制加算の算定対象である一般病床のうち、休床している病床がある場合は、どのように取り扱うか。

(答) 地方社会保険事務局長に届け出ている一般病床の数を用いて、医師事務作業補助者の必要配置数の計算をする。

(問43) 医師事務作業補助者の必要配置数は、具体的にどのように計算するか。

(答) 医師事務作業補助者の数は、一般病床数比で小数点第一位を四捨五入して求める。例えば、医療法上の許可病床数350床（地方社会保険事務局長に届け出ている一般病床数が340床）の病院の場合、各区分で求める配置すべき医師事務作業補助者の数は次のとおりとなる。

- ① 25対1 補助体制加算： $340 \div 25 = 13.6 \rightarrow 14$ 名以上
- ② 50対1 補助体制加算： $340 \div 50 = 6.8 \rightarrow 7$ 名以上
- ③ 75対1 補助体制加算： $340 \div 75 = 4.5 \rightarrow 5$ 名以上
- ④ 100対1 補助体制加算： $340 \div 100 = 3.4 \rightarrow 3$ 名以上

(問44) 区分番号「A230-2」精神科地域移行実施加算の届出を初めて行う場合において、届出を行った時点では実績を満たしたとして届出を行っていたが、その後3か月以内に再入院した患者が発生し、実績を満たしていないことが判明した場合には、行った届出はどうか。

(答) 当該届出は無効であり、算定はできない。

【特定入院料】

(問45) 特殊疾患病棟入院料を新規に届け出ることとは可能か。

(答) 可能である。

(問46) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出の際に、在宅復帰率、重症患者の中に死亡退院した患者は含めるのか。

(答) 死亡退院した患者については、在宅復帰率、重症患者の人数に含めない。(分母、分子ともに含めない。)

(問47) 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出について、平成20年3月31日以前の入退院患者の実績をもって届出することは可能か。

(答) 可能である。平成20年3月31日以前の実績を記録している場合は、9月30日以前に回復期リハビリテーション病棟入院料1及び重症患者回復病棟加算を届け出ることができる。

(問48) 「他の保険医療機関へ転院した者等以外の者」には、自宅に退院する患者以外にどのような者が含まれるのか。

(答) 退院後、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)、地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る)、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれる。なお、退院後、介護老人保健施設に入所する患者は「他の保険医療機関へ転院した者等」に含まれる。

(問49) 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が他の保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟へ転院した場合には、引き続き回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できるのか。

(答) 別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションの算定上限日数内の患者であれば、継続して算定日数上限まで回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が可能。

(問50) 回復期リハビリテーション病棟に入院している患者に対して行う日常生活機能評価を行う従事者とはどのような者が望ましいのか。

(答) 看護必要度の評価を行う者と同じく、院内研修を受けた者が望ましい。

(問51) 同一の保険医療機関内において、回復期リハビリテーション病棟入院料1と、回復期リハビリテーション病棟入院料2の届出を行うことは可能か。

(答) 不可。

(問52) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、地域連携診療計画退院時指導料を算定することは可能か。

(答) 可能。

(問53) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、リハビリテーション総合計画評価料を算定することは可能か。

(答) 可能。

(問54) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、

- ① 地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制
 - ② 連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制
- を確保している必要があるが、それらの体制は、緩和ケア病棟で確保する必要があるのか。

(答) 保険医療機関としてこれらの体制を確保できれば良く、緩和ケア病棟のみで体制を確保する必要はない。

(問55) 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合は、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされることとされたが、すなわち病室に入院していなくても、特定入院料等を算定できるのか。

(答) そのとおり。死亡時に1日分の入院料等を算定すること。なお、この場合にあつては、入医診療計画書等の交付は必要ない。

【短期滞在手術基本料】

(問56) 短期滞在手術基本料2及び3の算定日は手術を行った日か。

(答) そのとおり。

【医学管理等】

(問57) 後期高齢者診療料の算定に当たっては、施設基準の届出が必要とされるが、当該届出を行っていない保険医療機関においては、後期高齢者である患者の診療に係る費用は従来どおり出来高で算定できるのか。

(答) 後期高齢者診療料の届出はあくまでも保険医療機関の手挙げ方式であり、届出を行っていない保険医療機関においては、算定できない。従来どおり出来高で算定する。

(問58) 後期高齢者診療料の施設基準の届出を行った保険医療機関においては、全ての後期高齢者である患者について、必ず後期高齢者診療料を算定しなければならないのか。

(答) 後期高齢者診療料は、患者に対して診療計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得て、必要な指導を行った場合に算定するものであり、同一保険医療機関において、後期高齢者診療料を算定する患者と算定しない患者が混在することはあり得るものである。

(問59) 後期高齢者診療料は在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院でなければ算定できないのか。

(答) 後期高齢者診療料は、施設基準を届け出た診療所及び当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない病院において算定できるものであり、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院である必要はない。

(問60) 後期高齢者診療料を算定している患者について、再診料及び外来管理加算を算定することはできるのか。

(答) 後期高齢者診療料の注2に規定している費用以外の費用については別途算定できる。したがって、再診料及び外来管理加算（ただし、要件を満たした場合に限る。）も算定できる。

(問61) 後期高齢者診療料を算定している患者について、月ごとに、後期高齢者診療料を算定するか、後期高齢者診療料を算定せずに出来高で算定するかを決めてよいか。

(答) 後期高齢者診療料は、患者に対して診療計画書を交付し、当該診療計画に基づき必要な指導を行った場合に算定するものであり、同一の患者について、後期高齢者診療料の算定要件を満たす場合にあつて、後期高齢者診療料を算定する月と算定しない月が混在することは想定していない。ただし、当該月に当該患者の病状の悪化や治療方針の大幅な変更等があつた場合には、翌月に後期高齢者診療料を算定しないことができる（その場合には、理由等を診療報酬明細書の摘要欄に記載する）。

(問62) 当該月に後期高齢者診療料を算定した患者が、同一月中に急性増悪した場合、当該月について出来高算定に変更することは可能か。

(答) 当該月について出来高算定に変更することはできない。ただし、当該月において、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち、それぞれの区分番号の点数（注加算を除く。）が550点以上のものについては別途算定できる。また、翌月に後期高齢者診療料を算定しないことができる（その場合には、理由等を診療報酬明細書の摘要欄に記載する）。

(問63) 後期高齢者診療料を算定している患者が急性増悪し、当該急性増悪に対する診療が当該月の1回目の診療だった場合、当該月を出来高算定とすることは可能か。

(答) 可能。ただし、理由等を診療報酬明細書に記載のこと。

(問64) 後期高齢者診療料を算定する際に、健康診査や人間ドックなどで年間診療計画に定められている検査を行った場合、その検査結果を用いることで検査を行わなくても良いのか。

(答) 診療録等にその検査結果を記載又は添付し結果を診療計画に反映すれば、新たに再度検査を行う必要はない。ただし、生活機能を含んだ評価は必ず年2回行うこと。

(問65) 後期高齢者診療料の施設基準の要件とされている研修について、実施主体は問わないのか。

(答) 日本医師会、日本老年医学会、都道府県医師会、関係学術団体等が考えられる。

(問66) 同一月内において、患者が後期高齢者診療料を算定している診療所を別の診療所に変更した場合、変更後の診療所においても後期高齢者診療料が算定できるのか。

(答) 後期高齢者診療料は、糖尿病などの慢性疾患を主病とする後期高齢者に対して、継続的な診療を提供し計画的な医学管理の下に、患者の心身の特性にふさわしい外来医療の提供を行う取組を評価するものである。従って、他の診療所で受診した直後において、後期高齢者診療料を算定することは望ましくないことから、同一月において後期高齢者診療料を算定するのは、当該月の前月まで継続して後期高齢者診療料を算定していた診療所となる。

(問67) 継続的に複数の診療所を受診している患者に対して、後期高齢者診療料を算定するのはいずれの診療所なのか。

(答) 後期高齢者診療料は、糖尿病などの慢性疾患を主病とする後期高齢者に対して、継続的な診療を提供し計画的な医学管理の下に、患者の心身の特性にふさわしい外来医療の提供を行う取組を評価するものである。複数の診療所において当該主病に対して様々な診療が行われることは、当該患者が主病を治療するために、説明に基づく選択がなされた上での治療とは認められないことから、いずれの診療所においても後期高齢者診療料は算定できず、出来高で算定することとなる。

(問68) がん性疼痛緩和指導管理料は、同一月に特定疾患療養管理料及び悪性腫瘍特異物質治療管理料との併算定は可能か。

(答) 可能。

(問69) 患者が外来と在宅で異なる医療機関にかかっている場合、がん性疼痛緩和指導管理料と在宅悪性腫瘍患者指導管理料を各々算定することは可能か。

(答) 可能。

(問70) 薬剤管理指導料は、今回の改定により、救命救急入院料等を算定している患者の場合など、患者の入院後速やかに薬剤管理指導を実施する場合が増えると考えられる。このような観点から、薬剤管理指導を行うに当たり必要な医師の同意の取得については、病院として、医師が、すべての入院患者を薬剤管理指導の対象とすることをあらかじめ承認しておくなど、病院全体での取り決めを行っていただければ、患者ごとの医師の同意は省略して差し支えないか。

(答) 当該保険医療機関において、あらかじめ取り決めを行っているような場合であれば、患者ごとの医師の同意は省略して差し支えない。なお、これらの場合にあつては、すべての医師がその旨を理解しておくとともに、医師が薬剤管理指導を不要と判断した場合の取扱いを明確にしておくなど、医師の同意の下に適切な薬剤管理指導が実施できる体制を構築しておくことが必要である。

(問71) 薬剤管理指導料の「2」の対象となる医薬品の範囲については以下の考え方でよいか。

- ① 「抗悪性腫瘍剤」には、薬効分類上の腫瘍用薬のほか、インターフェロン、酢酸リユープロレリン等の悪性腫瘍に対する効能を有する薬剤が含まれる。
- ② 「免疫抑制剤」には、副腎皮質ステロイドの内服薬及び注射薬も含まれる。
- ③ 「血液凝固阻止剤」には、血液凝固阻止目的で長期間服用するアスピリンは含まれるが、イコサペント酸エチル、ベラプロストナトリウム、塩酸サルポグレラート及び鎮痛・解熱を目的として投与されるアスピリンは対象外である。

(答) その通り。

(問72) 薬剤管理指導料の「2」は、抗悪性腫瘍剤等の薬剤に関し、薬学的管理指導を行った場合に算定することとなっているが、その算定日は対象となる薬剤の投与開始後でなければならないか。また、投与開始前に当該薬剤に関する指導を行った場合は投与前であっても算定は可能か。

(答) 患者に対して当該抗悪性腫瘍剤等を使用することが決定された日以降であれば算定は可能。

(問73) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定する際に、患者が当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳を所有していない場合は、保険医療機関において手帳を交付しなければならないのか。また、その場合、患者から実費を徴収することは可能か。

(答) 算定するに当たって、手帳を交付する必要がある。なお、手帳の形式については、要件を満たしているのであれば、保険医療機関で独自に作成した様式で差し支えない。

また、その場合の費用は点数に含まれ、患者から実費を徴収することはできない。

(問74) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定する際には、退院直前まで手帳に記載するには多すぎる数の注射剤等を投与していた患者についても、退院前1週間以内の薬剤については、すべて手帳に記載しなければならないのか。

(答) 必ずしも1週間以内の薬剤をすべて記載するというわけではない。質問の事例においては、患者の病態や使用した薬剤の種類に応じ、また、退院後の薬物療法における情報共有の必要性を考慮した上で、記載する薬剤について適宜判断すること。

(問75) 後期高齢者診療料を算定する際に、院内処方を行った患者の手帳に投薬内容等を記載することが求められるのは、診療の際に、患者が、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳を所持している場合に限られると考えてよいか。

(答) 患者が手帳を所有していない場合は、算定するに当たって、手帳に投薬内容等を記載した上で患者に交付すること。なお、手帳の形式については、要件を満たしているのであれば、保険医療機関で独自に作成した様式で差し支えない。

また、手帳を所有しているが診療の際に持参しなかった患者に対しては、手帳に貼付できるよう、薬剤の名称が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した場合でも算定できるが、その場合には、当該文書を手帳に貼付するよう、患者に対して指導を行うとともに、次回、当該文書が手帳に貼付されていることを確認すること。

(問76) 経管栄養で流動食の場合も、後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料は算定可能か。

(答) 経口摂取している者を対象とし、栄養・食事管理の内容について指導及び情報提供をするものであるため、流動食であっても、その経路が鼻腔栄養のみ（経管栄養のみ）の場合は、対象としない。

(問77) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導と入院栄養食事指導を同日に実施した場合は併算定できるのか。

(答) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導及び入院栄養食事指導を同日に実施した場合は、どちらか一方を算定できるものとし、併算定することはできない。

(問78) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料は、退院後に栄養士の配置が義務づけられている施設に入所する場合には算定できないとされているが、栄養士の配置が義務づけられていない施設とはどのような施設を指すか。

(答) 当該指導料は、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行うものであるため、在宅に退院する患者を対象とするものである。なお、栄養士の配置が義務づけられていない施設には、グループホーム、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅等がある。

(問79) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料を算定する要件に、「当該指導の実施日において、食事が提供されていること。」とあるが、1食のみでも算定可能か。

(答) 食事の回数にかかわらず、保険医療機関から食事が提供されていれば算定できる。

(問80) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料を算定する際は、患者、家族等に対して指導を行うこととなっているが、「患者、家族等」とはどのような者をいうのか。

(答) 患者、家族、その他、当該患者が退院後に入所する栄養士の配置が義務づ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のことをいう。

(問81) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料を算定する際に、患者に交付する文書は、保険医療機関で独自に作成した様式で良いのか。

(答) 当該患者ごとに適切なものであり、退院後の栄養・食事管理の目標、栄養補給に関する事項(食事内容等)等についての具体的な指導内容が記載されていれば、各保険医療機関独自の様式で差し支えない。

(問82) 慢性維持透析患者外来医学管理料は、同一月内に入院と入院外が混在する場合の取り扱い事項に「同一の保険医療機関において」という条件が付加されたが、これに特別の関係にある保険医療機関は該当しないのか。

(答) 特別の関係にある保険医療機関は、同一の保険医療機関として扱う。

(問83) 後期高齢者終末期相談支援料は、入院中以外の患者については死亡時に算定することとされているが、例えば、在宅療養を行っている際に終末期における診療方針について話し合いを行い、文書提供を受けた患者が、その後入院し死亡した場合など、医療実施者や医療提供場面が変わった場合には、終末期における診療方針について話し合い等を行った保険医は後期高齢者終末期相談支援料を算定できるのか。

(答) 算定できる。

【在宅医療】

(問84) 病院の半径4キロ以内にある診療所が在宅医療を全く行っていない保険医療機関である診療所であっても、当該病院は在宅療養支援病院の施設基準を満たさないのか。

(答) 在宅療養支援病院の施設基準を満たすものではない。

(問85) 在宅療養支援病院の施設基準を満たすものとして届出を行った後、半径4キロ以内に診療所が設立された場合でも、在宅療養支援病院として診療報酬を算定できるのか。

(答) 算定できる。

(問86) 在宅患者訪問診療料を算定できない通院が容易な者とは、どのような患者か。

(答) 年齢、病状等によるため一概には言えないが、少なくとも独歩で家族等の助けを借りずに通院ができる者などは通院は容易であると考えられる。

(問87) 現行では同一の患家の場合 2 人目以降は再診料のみの算定となっていたが、居住系施設入居者等である患者の場合には、2 人目以降の患者も在宅患者訪問診療料の「2」を算定するのか。

(答) そのとおり。

(問88) 特別養護老人ホームに入所中の患者に対しては、平成20年度改定では、疾患を問わず在宅患者訪問診療料の「2」を算定できることとなったのか。

(答) 従来通り、末期の悪性腫瘍の患者にのみ算定できるものであるが、在宅療養支援診療所以外による訪問診療の場合でも算定できる。

(問89) 特別養護老人ホームに入所中の末期の悪性腫瘍の患者に対する医学管理は、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料のどちらで算定するのか。

(答) 特定施設入居時等医学総合管理料を算定する。

(問90) 保険医療機関が、自ら訪問看護の指示書を出している訪問看護ステーションと情報共有を行った場合でも、在宅患者連携指導料は算定できるのか。

(答) 診療情報の共有を行っていることは当然のことであるから、算定できない。

(問91) 在宅患者連携指導料について、医療関係職種間での情報共有は月 2 回以上行うこととされているが、当該情報に基づき行う患者又はその家族等に対する指導等は月 1 回でもよいのか。

(答) よい。

(問92) 在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する際に、カンファレンスを行う場所は患家でなければならないのか。

(答) 患者又はその家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合には他の場所でもよい。

(問93) 在宅患者緊急時等カンファレンス料について、カンファレンスを主催する保険医療機関の保険医と当該保険医療機関自ら訪問看護指示書を出した訪問看護ステーションの看護師の二者でカンファレンスを行った場合であっても、在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定できるのか。

(答) 算定できる。

(問94) 血糖自己測定器加算は3か月に3回に限り加算できるとあるが、1月に当該加算を複数回算定できる場合とはどのような場合か。

(答) インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤を複数月分処方していることが必要であり、当該患者が1月に使用するインスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤を複数回に分けて処方した場合には算定できない。

【検査】

(問95) 区分番号「D 2 3 9 - 3」神経学的検査について、例えば、意識障害のため検査不能な項目があった場合、検査が出来なかった理由（「意識障害のため測定不能」など）を記載すればよいのか。

(答) その通り。

(問96) 検体検査管理加算について、微生物学的検査が常時実施できることとあるが、どのような検査ができればよいのか。

(答) 「排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査」の「その他のもの」が常時実施できることが必要であり、具体的にはグラム染色等である。

(問97) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査の31「白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原」については、免疫染色法により、骨髄移植後、臓器移植後、臍帯血移植後若しくは同種末梢血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者に対して行った場合にのみ算定できるとされているが、悪性腫瘍の患者など、高度免疫不全であることが明らかな患者も算定できるのか。

(答) 算定できる。

ただし、骨髄移植後、臓器移植後、臍帯血移植後若しくは同種末梢血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者以外の患者について算定する場合には、高度免疫不全患者であり、当該検査が必要であった理由について、白血球数などの検査結果を用いて診療録に記載すること。また、診療報酬明細書の摘要欄にも同様の記載を行うこと。

(問98) 検査の通則10に「定性又は定量の明示がない検査については、定量検査を行った場合にのみ当該検査の所定点数を算定する。」と規定されているが、区分番号「D007」心筋トロポニンTの定性検査を行った場合には算定可能か。

(答) 算定可能。

(問99) 外来迅速検体検査加算は別表の検査の中で一つでも検査実施日に情報提供を行わないものがあつた場合には算定はできないのか。

(答) その通り。

(問100) 甲状腺自己抗体検査は、サイログロブリン抗体の検出及びマイクロゾーム抗体の検出を含むとあるが、これらをそれぞれ行った場合は、別々に算定可能か。

(答) 算定可能。

(問101) 区分番号「D239-3」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つて、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。

(問102) クラミジアトラコマチス抗原精密測定は、泌尿器、生殖器、結膜又は鼻咽腔からの検体によるものとあるが、複数の部位からの検体により検査した場合は、その部位ごとに算定できるのか。

(答) 主たるもののみ1つを算定する。

(問103) クラミジアトラコマチス核酸同定精密検査は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるとあるが、複数の部位からの検体により検査した場合は、その部位ごとに算定できるのか。

(答) 主たるもののみ1つを算定する。

(問104) グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定を行うに当たって、ヘルペスウイルスには水痘・帯状疱疹ウイルスも含まれるのか。

(答) 含まれる。

【画像診断】

(問105) 冠動脈C T撮影の施設基準として「64列以上のマルチスライス型CT」とあるが、ここでいう「64列以上」とはX線管球1回転あたりに64スライス以上の断面を撮影できる「64スライス以上」と同義と考えてよいか。

(答) その通り。

【注射】

(問106) 外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関で登録されたレジメン(治療内容)以外のものを用いて治療を行った場合は、外来化学療法加算1は算定できるか。

(答) 算定できない。当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定できる。なお、この場合は、外来化学療法加算2も算定できない。

(問107) 外来化学療法加算1の施設基準で、「実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会」は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者数がそれぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）が必要となっているが、診療所等において人数が満たなく当該委員会の要件を満たしていない場合は、外来化学療法加算1は算定できないのか。

(答) 他の保険医療機関と連携し、共同で開催することにより施設基準に求める委員会を実施してもさしつかえなく、他の施設基準等の要件を満たせば、外来化学療法加算1を算定できる。

【リハビリテーション】

(問108) 疾患別リハビリテーション料の「標準的算定日数」を超えた後の患者は、一律で月13単位までとなるのか。

(答) ならない。これまでと同様に標準的算定日数の除外対象患者として厚生労働大臣が定める患者に該当するものは月13単位を超えて実施できる。

(問109) 疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の除外対象患者として、継続してリハビリテーションを行う場合の請求においては、これまでのようにリハビリテーションの計画書を診療報酬明細書に添付するだけではないのか。

(答) 不可。リハビリテーション総合計画評価料の計画書を作成していた場合であっても、リハビリテーション継続の理由と改善に要する見込み期間については、計画書とは別に摘要欄に記載する必要がある。

(問110) 各疾患別リハビリテーションの従事者について、経験を有する者である場合に、施設基準の届出様式の備考欄に記載する「勤務歴等」はどのような内容が記載されていればよいか。

(答) 勤務した医療機関と診療科、従事したリハビリテーションの種別、経験年数などが記載されていればよい。

(問111) 疾患別リハビリテーションの専用機能訓練室は、他の疾患別リハビリテーションと兼用する際に、疾患別ごとに使用範囲を区切る必要はあるのか。

(答) そのような必要はない。

(問112) 心大血管疾患リハビリテーション料の「専任の理学療法士又は看護師」は他の疾患別リハビリテーションの専従の従事者と兼任することは可能か。

(答) 兼任できない。心大血管疾患リハビリテーションの専従の従事者は、他の疾患別リハビリテーションの専従の従事者とは異なる。心大血管疾患リハビリテーション料の専任の従事者は、当該リハビリテーションの実施時間帯であっても、患者数に応じて心大血管疾患リハビリテーションだけでなく、他の疾患別リハビリテーションも実施することはできるが、届出において他の疾患別リハビリテーションの専従の従事者となることはできない。

(問113) 従事者の実施単位数上限について、心大血管リハビリテーション料の実施単位数は他の疾患別リハビリテーションの実施単位数と合計して計算するのか。

(答) 合計しない。心大血管リハビリテーションを除く疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数の合計が1日24単位、週に108単位以内であればよい。

(問114) リハビリテーション総合計画評価料を算定するための計画書の様式で「別紙様式23又は別紙様式23の2に準じた様式」とはどのようなものか。

(答) 別紙様式23又は別紙様式23の2に記載する情報を概ね網羅している様式であること。特に最終的な改善の目標や改善までの見込み期間については十分に詳しく記載できるものであること。

(問115) リハビリテーション総合計画評価料は「適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者」が医師の監督の下でリハビリテーション総合実施計画書を作成した場合には算定できるのか。

(答) 医師とあん摩マッサージ指圧師等の従事者が共同して作成している場合については、その他の算定条件も満たしていれば算定できる。

(問116) リハビリテーション総合計画評価料は算定できる期間に上限はないのか。

(答) 上限はない。算定要件を満たすリハビリテーション総合実施計画書を作成して、患者に交付した場合にはリハビリテーションの開始時期や実施期間にかかわらず算定できる。従って、標準的算定日数の上限を超えても（1月に13単位に限り算定できる場合を含む。）引き続き算定できる。

(問117) 月の途中で転院した場合、リハビリテーション総合計画評価料の算定はどのようなになるか。

(答) 当該点数の算定要件を満たすものであれば、転院前及び転院先の保険医療機関において、それぞれ算定できる。

(問118) 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準において、該当する外来患者の数は実施単位数にかかわらず、延べ人数でよいのか。

(答) そのとおり。例えば一月に同一の患者が4回受診して4回ともリハビリテーションを実施した場合は、当該患者だけで4人とカウントする。

(問119) 集団コミュニケーション療法料に専従する常勤言語聴覚士は、疾患別リハビリテーション料の専従言語聴覚士と兼任することが可能か。

(答) 兼任可能である。

(問120) 疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数を超え、月13単位まで算定する場合、月13単位を超えるリハビリテーションについては選定療養ということか。

(答) よい。

(問121) 運動器リハビリテーションについて、ある病変に対して手術を行い、後日抜釘等の手術を行った場合に、2度目以降の手術について新たに標準的算定日数の算定開始日とすることは可能か。

(答) ある疾患に対する治療の一連の手術としてみなせる場合については不可。

(問122) 術前に呼吸器リハビリテーションを開始した場合、手術後の治療開始日を改めて標準的算定日数の算定開始日とできるのか。

(答) 可能である。

(問123) 脳血管疾患等リハビリテーション料について、医療保険での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並行して行うことは可能か。

(答) 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から1月前までの間に限り、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を行った日以外の日に介護保険におけるリハビリテーション料を算定することが可能である。

【精神科専門療法】

(問124) 区分番号「I002」通院・在宅精神療法について、訪問診療又は往診の際にも算定できるようになったが、他医療機関に入院している患者に対する対診の場合についても算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問125) 区分番号「I002」通院・在宅精神療法の注1にある、退院後4週間以内の期間に行われる場合は、入院していた病院や、診療所が行った場合でも週2回算定可能か。

(答) 算定可能である。

【処置】

(問126) 区分番号「J038」人工腎臓と初再診料の夜間・早朝等加算の併算定はできるのか。

(答) 注1の加算との併算定は出来ないが、注1の加算の対象とならない場合においては、算定できる。

(問127) シヤントを用いず、ブラッドアクセス留置用カテーテル等を用いて人工腎臓を実施したときの人工腎臓の時間は、ブラッドアクセス留置用カテーテル等から、血液を人工腎臓用特定保険医療材料に導き入れた時を起点として、人工腎臓用特定保険医療材料から血液を生体に返却し終えたときまでとするのか。

(答) そのとおり。

(問128) 区分番号「J038-2」持続緩徐式血液濾過と初再診料の夜間・早朝等加算の併算定はできるのか。

(答) 注1の加算との併算定は出来ないが、注1の加算の対象とならない場合においては、算定できる。

(問129) 区分番号「J043-4」胃瘻カテーテル交換法については、交換後の確認を画像診断等を用いて行った場合に限り算定し、その際行われる画像診断等の費用は、当該点数の算定日に限り、1回に限り算定するが、画像診断等の「等」には内視鏡による場合が含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問130) 区分番号「J039」血漿交換療法の留意事項通知の(21)にある「直近のインターフェロンを施行した後」とは、前回のインターフェロン療法を施行した後のいつの時点か。

(答) インターフェロン療法の施行後であればよい。前回のインターフェロン療法からの期間は限定していない。

(問131) 区分番号「J039」血漿交換療法の留意事項通知の(21)にある「直近のインターフェロンを施行した後」とは、6か月間のインターフェロン療法を行った後ということか。

(答) 直近のインターフェロン療法について治療期間は限定していない。インターフェロン投与開始後に、治療効果が認められない等の理由により、治療を中止した患者であっても、対象となる。

(問132) 区分番号「J039」血漿交換療法の留意事項通知の(21)にある「再度のインターフェロン療法を施行する前に、5回を限度として算定する。」とあるが、4回の血漿交換療法を行った後にインターフェロン療法を開始し、その後血漿交換療法の5回目を施行してもよいのか。

(答) インターフェロン療法に先行して血漿交換療法を行っているのであれば、5回の血漿交換療法の終了前からインターフェロン療法を開始しても差し支えない。

【手術】

(問133) 区分番号「K059」骨移植術において、凍結保存された死体骨（同種骨）を移植した場合に、「3」を算定可能か。

(答) 算定できない。

(問134) 開放骨折、粉碎骨折以外の骨折に対して、区分番号「K047-3」超音波骨折治療法を算定できるか。

(答) 算定できない。

(問135) 区分番号「K697-4」移植用部分肝採取術（生体）は、腹腔鏡を用いて肝移植（移植用部分肝採取）を行った場合に算定可能か。

(答) 本区分は開腹手術の場合に限り算定できる。

腹腔鏡を用いて行った場合、又は腹腔鏡による手術を予定し、実施したが、途中で開腹手術へ移行した場合は算定できない。また、腹腔鏡を用いて行った場合には手術の部の通則「20」の通知のとおり、本区分を含む診療の全体が保険適用

とならないので留意されたい。

【麻酔】

(問136) 区分番号「L008」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場合の計算方法は、別紙のような理解で良いか。

(答) そのとおり。

(問137) 区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔において、心臓手術、腹腔鏡手術の時間は、どこからどこまでか。

(答) 各手術が行われる麻酔の時間は、それぞれの手術の開始から終了までの時間により計算する。ただし、“人工心肺を用い”、“低体温で行う”といった限定がされている手術については、それぞれ「人工心肺」及び「低体温」が実施されている時間のみを、その区分の麻酔が行われている時間として計算する。

(問138) 区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔において、硬膜外麻酔の時間加算は、麻酔時間に従って計算するのか。

(答) 硬膜外麻酔を実際に行っていた時間に応じて加算する。ただし、当該麻酔の開始前及び終了以降の時間は加えない。

(問139) 区分番号「L008-2」低体温療法について、重度脳障害の患者への治療的低体温であっても、心肺蘇生後なら算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問140) 区分番号「L009」麻酔管理料について、主要な麻酔手技とは何か。

(答) 気管内挿管・抜管、マスク挿入・抜去、脊椎麻酔の実施、硬膜外麻酔の実施等である。

【放射線治療】

(問141) 強度変調放射線治療 (IMRT)、直線加速器による定位放射線治療の施設基準に掲げる「その他の技術者等」とは。

(答) 医学物理士、放射線治療品質管理士等を指す。

(問142) 強度変調放射線治療 (IMRT) の施設基準では専ら担当する常勤の医師が2名以上とされているが、専任の医師では算定できるか。

(答) 算定できない。ただし、先進医療では専従要件ではなかったため、従来治療できていた患者が4月以降治療できなくなる可能性がある。このような場合は、治療の継続性の観点から、平成21年3月31日までの間に限り、2名の医師のうち1名は専任であっても算定できるものとする。

(問143) 外来放射線治療加算は放射線治療管理料の加算であるが、放射線治療管理料を算定しない日についても算定できるのか。

(答) 算定できる。

【療担規則】

(問144) 平成20年3月以前の処方せん様式(「後発医薬品への変更可」の署名欄があるもの)を使用することは可能か。

(答) できるだけ早期に新たな処方せん様式に切り替えていただきたいが、平成20年3月以前の様式の処方せんが多数残っている場合には、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が全て不可の場合の保険医署名欄を設けるなど、患者及び保険薬局の保険薬剤師に明確に新様式であることが分かるような形で取り繕った上で使用することは可能である。なお、新たな処方せん様式においては、後発医薬品への変更が全て不可の場合のみに保険医が署名等を行うこととされたことから、平成20年3月以前の処方せん様式をそのまま用いることは、患者及び保険薬局の保険薬剤師が混乱するおそれがあるため、必ず取り繕った上で使用していただきたい。

【訪問看護】

(問145) 居住系施設入居者に対し、1日に1人の訪問を行う場合でも、訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定するのか。

(答) その通り。

(問146) 長時間訪問看護加算は、2時間を超える時間が何時間であっても5,200円の加算か。

(答) その通り(長時間訪問看護加算を算定した日以外の日には、指定訪問看護に要する平均的な時間を超える訪問看護を行った場合は、利用料を受け取ることができる。)

(問147) 難病等複数回訪問加算の対象となる患者については、複数回の実施時間を合わせて2時間を超えた場合も算定できるのか。

(答) 通知のとおり、1回の訪問看護の時間が2時間を超えた場合に算定できる。

【その他】

(問148) 「医療費の内容の分かる領収書の交付について」(保発第0305002号)別紙様式1には、旧様式から「病理診断」が追加されることとなっている。4月以降は必ず新様式を用いなければならないのか。また、システム上の問題により、直ちに病理診断の費用を含めた領収証を印字発行できない場合はどうすればよいか。

(答) 4月以降新様式を参考にして領収証を発行していただきたいが、新様式の準備が間に合わない等の場合については、旧様式に「病理診断」の内容が分かる様に記載していれば差し支えないものである。

なお、システム上の問題により、病理診断の費用が区分して記載された領収証を直ちに印字発行できない場合には、本年6月末までの間に限り、病理診断の費用について患者に対して適切に情報提供を行うことをもって足りるものとする。

(例えば、領収証には病理診断が行われた場合もその費用は検査の費用としてまとめて表示されている旨及び病理診断の費用について知ることを希望する患者に対しては院内の窓口において詳細な情報提供を行う旨について、病理診断を算定する患者を特定するなど、病理診断を受けていない患者に無用な負担を発生させ

ないよう配慮に努めた上で、院内の掲示や領収証上の印字を行う等の工夫が上げられる。)

(問149) 「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」第2の5に該当する医療機関（不正を行って新たな届出が6か月できない医療機関等）については、第4の表1及び表2に係る届出を受理して良いか。

(答) 良い。

(問150) 入院中の患者が、ガンマナイフ等の放射線治療の必要が生じて他の保険医療機関を受診した場合、費用の算定方法はどのように取り扱うのか。

(答) 入院中の患者が他の保険医療機関で放射線治療を行った場合は、他の保険医療機関での外来に限り当該治療に係る費用を他の医療機関で算定できる。

【麻酔】(問 136)

マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式麻酔の計算方法

(例) 次の様な閉鎖循環式麻酔を実施した場合		
1	L 0 0 8 の 5 (麻酔困難)	8 分
2	L 0 0 8 の 3 (麻酔困難)	5 9 分
3	L 0 0 8 の 2 (麻酔困難)	1 3 7 分
4	L 0 0 8 の 3 (麻酔困難)	5 5 分
5	L 0 0 8 の 5 (麻酔困難)	9 分
		<u>合計 2 6 8 分</u>

(イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。

L 0 0 8 の 2 (麻酔困難)	1 3 7 分
L 0 0 8 の 3 (麻酔困難)	1 1 4 分
L 0 0 8 の 5 (麻酔困難)	1 7 分

(ロ) 麻酔時間の基本となる 2 時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順に充当する。

L 0 0 8 の 2 (麻酔困難)	1 2 0 分	1 6, 6 0 0 点
L 0 0 8 の 2 (麻酔困難)	1 7 分	
L 0 0 8 の 3 (麻酔困難)	1 1 4 分	
L 0 0 8 の 5 (麻酔困難)	1 7 分	

(ハ) (ロ) の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注 2」の規定に従い 3 0 分又はその端数を増すごとに加算を行う。

L 0 0 8 の 2 (麻酔困難)	1 2 0 分	1 6, 6 0 0 点
L 0 0 8 の 3 (麻酔困難)	9 0 分	2, 7 0 0 点
L 0 0 8 の 3 (麻酔困難)	2 4 分・・・①	
L 0 0 8 の 2 (麻酔困難)	1 7 分・・・②	
L 0 0 8 の 5 (麻酔困難)	1 7 分・・・③	

(ニ) (ハ) の場合において、各々の区分に係る麻酔が 3 0 分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

ア 合算時間

$$\textcircled{1} 2 4 \text{ 分} + \textcircled{2} 1 7 \text{ 分} + \textcircled{3} 1 7 \text{ 分} = \textcircled{4} 5 8 \text{ 分}$$

↓

イ 実施時間の長い順、更に実施時間が等しい場合は、点数の高い順

L008の3 (麻酔困難) 24分・・・①

L008の2 (麻酔困難) 17分・・・②

L008の5 (麻酔困難) 17分・・・③

↓

ウ 合算時間が0分を超えているので、

L008の3 (麻酔困難) 30分・・・⑤ 900点

↓

エ 合算時間から30分を引いた時間が

④58分-⑤30分=⑥残り28分

であり、0分を超えているので、

L008の2 (麻酔困難) 30分・・・⑦ 1,200点

オ 合算時間から30分を引いた時間から30分を引いた時間が

⑥28分-⑦30分=△2分

であり、0分を超えないため、更なる加算は算定しない。

以上の点数を合計して計算終了

L008の2 (麻酔困難)	16,600点
L008の3 (麻酔困難)	2,700点
L008の3 (麻酔困難)	900点
L008の2 (麻酔困難)	1,200点
合計	21,400点

〈 別 添 1 - 2 〉

医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問1）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2）コロンブラッシュ法については、区分番号「D311」直腸鏡検査の所定点数に、沈さ塗抹染色による細胞診断の場合は区分番号「N004」細胞診検査の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答） 合算した点数を算定することができる。

（問3）区分番号「L100」及び区分番号「L101」神経ブロックは別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

（答） そのとおり。

（問4）全身麻酔とは、区分番号「L007」開放点滴式全身麻酔及び区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を指すのか。

（答） そのとおり。

（問5）包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定している期間中、包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算を算定することはできるか。

（答） ① 次の特定入院料に係る加算算定時には、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算

及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除き算定することができない。

- ・ 救命救急入院料
- ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ・ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料

② 「特定集中治療室管理料」又は「ハイケアユニット入院医療管理料」に係る加算算定時には、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除き算定することができない。

③ 「新生児特定集中治療室管理料」又は「一類感染症患者入院医療管理料」に係る加算算定時には、超急性期脳卒中加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除き算定することができない。

④ 「小児入院医療管理料」に係る加算算定時には、超急性期脳卒中加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除き算定することができない。ただし、「小児入院医療管理料4」に係る加算算定時に限り、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定することができる。

(問6) 診断群分類番号の上6桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して3日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

ただし、退院日当日に診断群分類番号の上6桁が同一の傷病で再入院した場合は、前回入院の退院時処方算定することができない。

(問7) 外来で月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）について算定できるのか。（例：検体検査管理加算(I)等）

(答) 算定できる。

(問8) 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院し、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)を算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問9) 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。ただし、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10) 特定集中治療室管理料を14日算定していた患者が引き続きハイケアユニット入院医療管理料を算定する病床に転床した場合は、21日目まで15日以上21日以内の期間の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

(問11) 医科点数表第2章第9部処置の出来高で算定するギプスの項目について、100分の20等の例により、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を算定した場合も出来高で算定できるのか。

(答) ギプスの項目の基本点数が1,000点以上であっても、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を100分の20等の例により算定した結果、1,000点未満の処置であれば包括範囲に含まれ、算定できない。

(問12) 化学療法を実施するため等により再入院を繰り返す場合、医療資源を最も投入した傷病が入院ごとに同一であっても、包括評価における入院期間の起算日は、それぞれの入院の日とするのか。

(答) そのとおり。ただし、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名で退院日の

翌日から起算して3日以内に再入院した場合には、前回入院と合わせて一入院とする。

(問13) 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

(答) 包括評価の対象外の病棟から包括評価の対象病棟へ移動をした日を起算日とする。ただし、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名で転棟日から起算して3日以内に一般病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

(問14) 一連の入院とみなす3日以内の再入院は、「診断群分類番号の上6桁が同一の場合」とされているが、2回目の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に一連か否かを判断することになるのか。

(答) 再入院の契機となった傷病名から決定される診断群分類の上6桁において判断する。

(問15) 一連の入院とみなす3日以内の再入院では、ICDコードが異なっても、診断群分類の上6桁が同一であれば、一連とみなすのか。

(答) そのとおり。

(問16) 一連の入院とみなす3日以内の再入院で、診断群分類番号の上6桁のコードの下一桁が「x」になっている診断群分類では、6桁目も区別して一連かどうか判断することになるのか。

(答) 診断群分類の6桁目が「x」で表示されている診断群分類においては、6桁目も区別して一連の入院かどうか判断する。

例：11013x 下部尿路疾患の場合

1回目の入院 110131 下部尿路結石症

2回目の入院 110133 神経因性膀胱

であれば、6桁目まで区別して判断するので一連とはみなさない。

(問17) 一度目の入院時に救命救急入院料を限度日数に満たない日数分算定し、診断群分類の上6桁が同一である傷病名で3日以内に再入院した場合で救命救急入院料算定可能病室に入室した際、限度日数までの救命救急入院料は算定可能となるのか。

(答) 1回の入院期間とみなし、算定できない。

(問18) 診断群分類の上6桁が同一である傷病名で3日以内に再入院した場合は、退院期間中の日数も加えて計算するが、小児入院医療管理料を継続して算定している場合、入院経過日数と同様退院期間中の日数も加える必要があるのか。

(答) そのとおり。

(問19) 一度目の入院期間中に、特定入院期間を超えて退院した後、診断群分類の上6桁が同一である傷病名で3日以内に再入院した場合、その際の診断群分類は特定入院期間を超えていない場合、どのように算定すれば良いか。

(答) 一度目の入院期間ですでに特定入院期間を超えている場合は、3日以内の再入院時は、診断群分類が何れであっても出来高の算定とする。

(問20) 医療資源を最も投入した傷病名については、DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。

(答) 含めない。DPC算定病床に入院していた期間において、最も医療資源を投入した傷病名を決定する。

(問21) 区分番号「K781」経尿道的尿路結石除去術(ESWL)のように一連の治療につき1回しか算定できない手術について、算定できない2回目以降の手術に係る入院についても手術ありで算定できるのか。

(答) 算定できる。ただし、その区分、名称、実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載する必要がある。

(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おいて該当する J C S 又はG A F により判断する。

(問23) 手術中に行った化学療法のみをもって、「化学療法あり」と算定できるか。

(答) 算定できない。

(問24) 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

(答) 含まれない。

(問25) 抜釘目的のみで入院したが、医療資源を最も投入した傷病名は「〇〇骨折」でよいか。

(答) そのとおり。

(問26) 包括評価対象患者が、手術中に行った超音波検査や造影検査は、医科点数表により算定できるか。

(答) 算定できない。

(問27) 定義告示内の副傷病名欄で、I C Dコードではなく6桁の疾患コードが記載されている場合は、その疾患の傷病名欄に記載されたI C Dコードに該当する場合に副傷病ありになるということか。

(答) そのとおり。

(問28) 医療資源を最も投入した傷病名が食道の悪性腫瘍（060010）に該当する I C Dコードであり、一入院中に化学療法と放射線療法とを両方行った場合、手術・処置等 2 は 2（放射線治療）ありとなるのか。

(答) そのとおり。

(問29) D P C の留意事項通知に「入院中に、定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類区分に該当する可能性がある場合の取扱いについては、「手術」、「手術・処置等 1」及び「手術・処置等 2」のすべての項目において、ツリー図上、下に掲げられた診断群分類を優先して選択すること。」とあるが、入院中に異なるツリーで評価される複数の手術を行った場合、上記文章に従って診断群分類を決定する必要があるのか。

(答) そのとおり。

(問30) 化学療法の分岐で新たに導入された「レジメ別分岐」は、分岐の対象となっている抗がん剤に加えて、他の抗がん剤を併用しても算定できるのか。

(答) 算定できる。

(問31) 化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」で算定できるのか。

(答) 抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を算定できる。質問の例の場合は、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合については、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を算定することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を算定できる。

(問32) 診断群分類区分を決定するにあたり、「症状性を含む器質性精神障害」等の G A F（Global Assessment of Functioning）の分岐において、G A F スコアが 0 点（情報不十分）の場合は「G A F 4 0 以上」に該当するのか。

(答) そのとおり。

(問33) 「疑い病名」により、診断群分類を決定してよいのか。

(答) 原則として入院期間中に診断を確定し、確定した病名で診断群分類を決定すること。ただし、検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては、「疑い病名」により診断群分類を決定することができる。

(問34) 7月1日から新規にDPC対象病院となる場合、7月1日より前から入院している患者については、実施当初の2か月間は医科点数表により算定(9月1日より包括評価の対象)となるのか。

(答) そのとおり。

(問35) 一般病棟に90日を超えて入院する後期高齢者であって、厚生労働大臣の定める状態でない患者については、包括評価による点数の算定にあたってどのように取り扱うのか。

(答) 医科点数表により後期高齢者特定入院基本料を算定する場合に考慮すべきことである。なお、90日の日数の算定にあたっては、当該病棟に入院した日を起算日とする。

(問36) DPCを実施している病院に入院中の患者が、ガンマナイフ等の放射線治療の必要が生じて他の保険医療機関へ受診した場合の費用の算定方法はどのように取り扱うのか。

(答) 入院中の患者が他の保険医療機関で放射線治療を行った場合は、外来診療に限り当該治療に係る費用を当該他の保険医療機関で算定できる。
なお、その場合、DPCのコーディングは「放射線治療なし」とする。

(問37) 診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

(答) 診療情報の管理、ICD10による分類管理・疾病統計等を行う診療情報管理士等をいう。

歯科診療報酬点数表関係

【初診・再診料】

(問1) 「歯科疾患管理料」を算定し、継続的管理を行っている患者が任意に診療を中止した場合であって、再度来院した場合は、初診料又は再診料のいずれにより算定するのか。

(答) 歯科疾患管理料を算定し、継続的な管理を行っていた患者が任意に診療を中止した後、2月を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、改めて歯科疾患管理料を算定する場合は、管理計画書(初回用)の提供が必要となる。

(問2) 歯周病安定期治療中において、前回来院時から2月を経過して来院した場合は、初診料又は再診料のいずれを算定するのか。

(答) 歯周病安定期治療中は、再診料を算定する。

(問3) 歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準にある「歯科用吸引装置」とは、どのような機器をいうのか。

(答) 薬事法上の承認を受けた口腔外の歯科用の吸引機能を有する装置をいい、口腔内吸引装置をいうものではない。

(問4) 歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に「感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること」とあるが、その具体的な内容はいかなるものか。

(答) 感染症患者用の専用の歯科ユニットを常時確保していない場合であっても、医療機関内に臨床使用可能な複数台の歯科用ユニットを用いて、感染症患者及びその他の患者に対して円滑な歯科診療が行える体制を確保していることをいう。

(問5) 歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準には、「診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること」とあるが、医科歯科併設の保険医療機関においては、医科の診療科と事前の連携体制が確保されていれば、当該施設基準を満たしているものと考えて差し支えないか。

(答) そのとおり。

【医学管理】

(問6) 平成20年3月31日以前に、「歯周疾患指導管理料」又は「歯科口腔衛生指導料」を算定していた患者について、平成20年4月1日以降においても、引き続き継続的な管理を行う場合は、「歯科疾患管理料」を算定して差し支えないか。

(答) 平成20年4月1日以降においても、引き続き疾患管理を行う場合は、歯科疾患管理料(2回目以降)を算定して差し支えない。なお、歯科疾患管理料の最初の算定に当たっては、管理計画書(継続用)の提供が必要となる。また、歯周疾患指導管理料又は歯科口腔衛生指導料に係る指導管理の対象となっていた疾患とは別の疾患についても疾患管理を行う場合は、これらの疾患の治療方針等について、管理計画書に記載すること。

(問7) 平成20年3月31日以前に、「歯科疾患総合指導料」又は「歯科疾患総合指導料」に基づく「歯科疾患継続指導料」を算定した患者について、平成20年4月1日以降においても、引き続き継続的な指導管理を行う場合は、「歯科疾患管理料」を算定して差し支えないか。

(答) 平成20年4月1日以降においても、引き続き継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料(2回目以降)を算定して差し支えない。なお、歯科疾患管理料の最初の算定に当たっては、管理計画書(継続用)の提供が必要となる。

(問8) 「歯科疾患管理料」に係る管理計画書では、患者の生活習慣の状況等の欄に患者又はその家族が記入することとなっているが、患者又はその家族が記入していない場合であっても、歯科疾患管理料の算定は可能か。

(答) 歯科疾患管理料は、患者記入欄の生活習慣等の情報を踏まえ、必要な検査の結果、治療方針等について患者に対して説明を行い、同意を得た上で行うものである。

り、患者又はその家族の記入がない管理計画書（初回用）を提供した場合は、算定できない。なお、患者記入欄には原則として患者本人が記入するものであるが、患者が乳幼児である等その家族が記入する必要がある場合は、その家族が記入したものであっても差し支えない。

（問9）健康診断の結果に基づくものであることが明らかである場合であって、初診料又は地域歯科診療支援病院初診料が算定できない場合は、「歯科疾患管理料」を算定できないか。

（答） 初診料又は地域歯科診療支援病院初診料が算定できない場合であっても、算定要件を満たす場合は、歯科疾患管理料を算定して差し支えない。

（問10）新製有床義歯管理料を算定した継続中の患者について、①装着後1月以内において、②装着後1月から3月までの間において、③装着月から3月を超えて1年以内において、他部位に義歯を新製した場合又は旧義歯の調整等を行った場合は、いずれの義歯管理料を算定するのか。

（答） 義歯管理料は、一口腔単位で算定するものであることから、同一初診中であれば、新義歯、旧義歯にかかわらず、最初の新製有床義歯管理料の算定日を基準として、①においては、新製有床義歯管理料、②においては、有床義歯管理料、③においては、有床義歯長期管理料を算定する。

【在宅歯科診療】

（問11）在宅療養支援歯科診療所の施設基準について、「地域において、在宅療養を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。」が要件の一つとなっているが、在宅療養を担う保険医療機関とは、在宅療養を担う医科の保険医療機関をいうのか。

（答） そのとおり。

(問12) 在宅療養支援歯科診療所の施設基準について、「在宅診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。」が要件の1つとなっているが、在宅診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関とは、地域歯科診療支援病院のみをいうのか。

(答) 地域歯科診療支援病院のみならず、在宅歯科療養を担う歯科診療所と連携しているいわゆる病院歯科をいう。

(問13) 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が歯科訪問診療を行った場合に算定可能な疾患に係る管理料は、「後期高齢者在宅療養口腔機能管理料」のみか。

(答) 歯科疾患管理料又は後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の算定要件を満たせば、いずれかの管理料を算定することができる。なお、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科保険医療機関においては、歯科訪問診療を行い、歯科疾患管理料の算定要件を満たす場合は、当該管理料を算定する。

(問14) 歯科訪問診療料の加算について、「1回目の歯科訪問診療を行った場合であつて、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、250点を所定点数に加算する」とあるが、この1回目は、最初に歯科訪問診療を行った日と解釈してよいか。

(答) そのとおり。

(問15) 歯科訪問診療を行う際には歯科用切削器具及びその周辺装置を常時携行しているが、最初の歯科訪問診療時には歯科訪問診療料を算定せず、初診料及び周辺装置加算を算定し、2回目の歯科訪問診療において、歯科訪問診療料を算定した場合の在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、「イ 1回目」又は「ロ 2回目以降」のいずれにより算定するのか。

(答) 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「ロ 2回目以降」により算定する。

【処置】

(問16) 非侵襲性歯髓覆罩法は乳歯においても適応となると考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問17) 平成20年3月31日以前において、歯周炎に罹患している患者について、「歯周疾患指導管理料」又は「歯科疾患継続指導料」を算定した場合において、平成20年4月1日以降に歯周炎の病状が安定していれば、歯周病安定期治療を算定することは可能か。

(答) 歯周組織検査の結果により歯周炎の病状が安定していると判断された場合は、管理計画書（継続用）を提供した上で、歯周病安定期治療を開始していれば、その費用を算定できる。

(問18) 歯周病安定期治療の対象となる「中等度以上の歯周病を有するもの」とは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4mm以上で、根分岐部病変（軽度を含む。）を有するものをいうとのことであるが、前歯部における根分岐部病変の診査項目の取扱い如何。また、歯周病の重症度の判定における歯の動揺度の取扱い如何。

(答) 前歯部については、根分岐部病変の診査項目以外の項目で判断する。また、中等度以上の歯周病においては、歯の動揺が認められるとされているところである。
【参考：「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）】

【手術】

(問19) 歯周病安定期治療の開始後に病状の急変により、必要があつて行った口腔内消炎手術の算定上の取扱い如何。

(答) 歯周病安定期は、適正な歯周基本治療等を行った後に、歯周組織検査により歯周病の病状が安定していると判断された患者に対して実施されるものであることから、歯周病安定期治療を行っている場合に病状の急変が生じることはまれであると考えられるが、口腔内消炎手術を行った場合は、所定点数により算定する。

(問20) 平成20年度歯科診療報酬改定において、医科点数表「上顎骨形成術」及び「下顎骨形成術」に「骨移動を伴うもの(先天奇形に対して行われたものに限る。)」が新設され、特掲診療料の施設基準を満たした場合に算定できる取扱いとなったが、歯科において、従来、保険診療により実施してきた上顎骨形成術及び下顎骨形成術に関する算定については、従来の取扱いであると考えて差し支えないか。

(答) 歯科における上顎骨形成術及び下顎骨形成術に係る算定の取扱いは、従来のとおり。

【歯科矯正】

(問21) 「歯科矯正診断料、顎口腔機能診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点を記載すること」とあるが、治療計画書と重複する内容については、治療計画の診療録への添付によることで差し支えないか。

(答) 治療計画書と重複する内容については、治療計画書が適切に記載されている場合であれば、診療録に添付することで差し支えない。

(問22) 別に厚生労働大臣が定める疾患に係る歯科矯正に必要な抜歯(いわゆる便宜抜歯)は、保険給付の対象と考えてよいか。保険給付となる場合は、診療報酬明細書の傷病名欄にはどのように記入すればよいか。

(答) 別に厚生労働大臣が定める疾患に係る歯科矯正に必要な抜歯(いわゆる便宜抜歯)は、公的保険の給付の対象となる歯科矯正に伴う、一連の治療行為であるため、保険給付の対象として差し支えない。なお、その際、診療報酬明細書の傷病名部位欄には抜歯する部位及び「保険給付歯科矯正抜歯」と記載し、自由診療に伴う便宜抜歯(保険給付の対象外)との峻別を図られたい。

(問23) 平成20年度歯科診療報酬改定において、別に厚生労働大臣が定める先天性疾患等の範囲が拡大されたが、平成20年3月末日まで既に自費診療にて矯正治療を行っていた場合であって、平成20年4月以降においても継続して当該歯科治療を行う場合の取扱い如何。

(答) 平成20年度歯科診療報酬改定において、別に厚生労働大臣が定める疾患として新たに追加された疾患については、平成20年4月1日以降に、歯科矯正セファロ

分析、口腔内写真、顔面写真等による分析結果や評価等を踏まえた上で、治療計画書を患者に提供し、歯科矯正診断料を算定した場合にあっては、疾患に係る歯科矯正治療は保険給付の対象となる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の傷病名部位欄に当該疾患名を記載すること。

(問24) 歯科疾患管理料等に係る患者への文書による情報提供が3月に1回以上提供することに見直されたが、歯科矯正管理料についても、3月に1回以上の提供頻度になると考えてよいか。

(答) 歯科矯正管理料の算定に当たっては、患者への文書による情報提供が必要であり、算定毎に提供する。

(問25) 顎口腔機能診断料に係る施設基準を満たした保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患について、顎口腔機能診断料を算定することは可能か。

(答) 平成20年度歯科診療報酬改定において、別に厚生労働大臣が定める疾患の歯科矯正に係る診断料については、歯科矯正診断料により算定し、他方、顎変形症については、顎口腔機能診断料を算定する取扱いを明記したところであり、算定できない。

(問26) 歯科矯正診断又は顎口腔機能診断を行う際に実施した下顎運動検査は、顎運動関連検査により算定できるか。

(答) 歯科矯正診断時又は顎口腔機能診断時の下顎運動に係る検査の費用は、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料に含まれ別に算定できない。ただし、区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号N004に掲げる模型調製の費用は別に算定できる。

(問27) 歯科矯正セファログラムと歯科パノラマ断層撮影を異なる目的（診断対象となる疾患が異なる場合等）により、同時に行った場合の診断料の取扱い如何。

(答) 歯科矯正セファログラム及び歯科パノラマ断層撮影を異なる診断目的により行った場合は、それぞれの所定点数を算定して差し支えない。

(問28) 平成20年度歯科診療報酬改定において、区分番号N005に掲げる動的処置は、区分番号N008に掲げる装着の「2 帯環」又は「3 ダイレクトボンディングブラケット」を算定した場合に算定できる取扱いとなったのか。

(答) そのとおり。

(問29) 軟組織に限局する唇顎口蓋裂等の先天疾患の患者に係る歯科矯正については、咬合異常が当該先天疾患に起因することが明確である場合に保険給付の対象となるのか。

(答) 従来のとおり、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる患者に係る歯科矯正治療が保険給付の対象となる。

(問30) 保険診療により歯科矯正治療を行っている患者が、別の保険医療機関に転医した場合、転医先の保険医療機関において、初診料及び歯科矯正に係る診断料は算定できるか。

(答) 転医先の保険医療機関（歯科矯正に関し、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関）において、歯科医学的に初診といわれる診療行為があった場合には、初診料を算定して差し支えない。なお、転医先の保険医療機関においても、保険給付により歯科矯正治療を行う場合は、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料に係る治療計画書を当該患者に提供する必要がある。

調剤診療報酬点数表関係

【処方せんの取扱い】

(問1) 平成20年3月31日までに、旧様式の処方せんで「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名があるものの交付を受けた患者が、同年4月1日に薬局に当該処方せんを持参し、後発医薬品の使用を希望した場合、処方医に疑義照会することなく、当該処方せんに記載された先発医薬品を後発医薬品に変更して調剤してよいか。

(答) 差し支えない。

【後発医薬品調剤体制加算】

(問2) 後発医薬品調剤体制加算に係る届出書添付書類(様式85)において、届出時の直近3か月間の実績として、後発医薬品の調剤率を1か月ごとに記載することとされているが、後発医薬品の調剤率が30%を下回る月が1月でもある場合には、後発医薬品調剤体制加算は算定できないのか。

(答) 届出時の直近3か月のうち、後発医薬品の調剤率が30%を下回る月がある場合でも、直近3か月間の合計で後発医薬品の調剤率が30%以上である場合には算定できる。

(問3) 後発医薬品調剤体制加算の届出を行った場合は、毎月、直近3か月間の後発医薬品の調剤率が30%以上であることを確認し、届出を行う必要があるのか。

(答) 届出を行った薬局において、毎月、直近3か月間の後発医薬品の調剤率が30%以上であるか否かを確認する必要があるが、当該基準を満たしている限り、改めて届出を行う必要はない。なお、直近3か月間の後発医薬品の調剤率が30%を下回った場合には、速やかに変更の届出を行うこと。また、当該変更の届出を行った後に、再度、直近3か月間の後発医薬品の調剤率が30%以上となり、後発医薬品調剤体制加算を算定しようとする場合には、改めて後発医薬品調剤体制加算の届出を行うこと。

【夜間・休日等加算】

(問4) 開局時間を20時までとして表示している薬局において、20時以降も連続して患者が来局した場合、これらの患者に対して夜間・休日等加算を算定することは可能か。

(答) 可能である。なお、調剤応需の態勢を解除した後において、急病等やむを得ない理由により調剤を行った場合は、要件を満たしていれば、時間外加算等を算定できる。

(問5) 土曜日の開局時間を15時までとして表示している薬局において、調剤応需の態勢を解除した後、時間外加算の対象とならない時間帯(例えば17時)に急病の患者が来局したため調剤を行った場合、当該患者に対して夜間・休日等加算を算定することは可能か。

(答) 可能である。

【薬剤服用歴管理指導料】

(問6) 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合には、患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録、患者又はその家族等からの相談事項の要点、服薬状況、患者の服薬中の体調の変化等を薬剤服用歴の記録に記載することとされているが、これらについて、その有無のみを記載した場合でも算定可能か。

(答) 従来の薬剤服用歴管理料の場合と同様に、単にこれらの事項の有無を記載しただけでは算定できない。

副作用歴等の患者情報等については、どのような副作用等に注目して聴取を行ったかなどの点を含め、薬学的な観点から聴取・確認した内容を記載すること。

【長期投薬情報提供料】

(問7) 患者又はその家族等の同意は文書により得なければならないか。

(答) 文書による同意を求めているものではない。ただし、同意を得た場合はその旨を当該患者の薬剤服用歴の記録(薬剤服用歴を作成できていない患者にあっては、調剤録)に記載すること。

【外来服薬支援料】

(問8) 患者が、処方医からの一包化薬の指示がある処方せんとともに、他の薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤も併せて薬局に持参した場合であって、処方せんに基づく調剤を行う際にすべての薬剤の一包化を行い、服薬支援を行った場合には、調剤に係る薬剤服用歴管理指導料等と外来服薬支援料の併算定が可能か。

(答) 調剤に係る薬剤服用歴管理指導料等及び外来服薬支援料それぞれの要件を満たしている場合には、併算定は可能である。ただし、外来服薬支援料を算定する場合には、処方せんに基づく調剤に係る調剤料については、一包化薬の調剤料ではなく内服薬の調剤料として算定すること。