

(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。