保険医療部通信

(第125報)

平成20年４月診療報酬改定について

平成20年４月診療報酬改定に関する「Ｑ＆Ａ」(その２)

質問・未確定事項等	回　　答
医療制度改革関連事項 **一部負担金**	
Ｑ１　３歳までの乳幼児を対象として患者負担を２割に軽減する措置が，４月からは義務教育就学前の子どもまで拡大されるが，２割負担となるのは６歳の誕生日までなのか。	Ａ１　６歳に達する日以降，最初の３月31日まで２割負担となる。４月１日が誕生日の場合は，その前日の３月31日までとなる。
新たな公費負担医療（肝炎対策等)	
Ｑ２　平成20年度の公費負担医療として新たに創設されるものがあるのか。	Ａ２　次の３点が予定されている。 ①　70～74歳の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置（平成21年３月31日までの間に限る。) ②　肝炎治療特別促進事業によるインターフェロン治療に係る医療の給付 ③　中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第４項に規定する医療支援給付が予定されている。
後期高齢者医療制度	
Ｑ３　後期高齢者医療制度の診療報酬の請求はどこに行うのか。	Ａ３　従来の老人保健制度では，保険本体の種類によって支払基金，国保連合会に請求していたが，後期高齢者医療の請求先は，国保連合会に一本化される。
Ｑ４　後期高齢者の被保険者資格は，どのように確認するのか。	Ａ４　これまでの老人保健の患者は，被保険者証と医療受給者証を医療機関の窓口に提示したが，該当する後期高齢者には，広域連合から「後期高齢者医療被保険者証」が交付されているので，これで受給資格を確認する。なお医療の開始時期は，従来の老人保健制度とは異なり（従来は月初から)，75歳の誕生日からとなることから，同一患者で誕生月の誕生日前後に受診があった場合には，レセプトを一般分と後期高齢分に分けて請求することとなるので注意すること。

質問・未確定事項等	回　　答
後発医薬品の使用促進 **処方せん様式**	
Ｑ５　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。	Ａ５　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。
Ｑ６　処方せんに記載した先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合の処方せんの記載方法はどうなるのか。	Ａ６　処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄には，署名又は記名・押印を行わず，該当する先発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するか，又は銘柄名の頭に「＊」と記載した上で，「処方」欄の余白に注意書きとして「＊を付した医薬品は，変更不可」と記載するなど，患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。
Ｑ７　薬局で先発医薬品を後発医薬品に変更した場合や，後発医薬品の銘柄を変更した場合，医療機関には結果が知らされるのか。	Ａ７　保険薬局が「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき，先発医薬品から後発医薬品への変更調剤及び後発医薬品の銘柄変更調剤をした場合は，後発医薬品を調剤した場合の加算である後発医薬品調剤加算を算定するにあたり，原則として（あらかじめ当該保険薬局に対して，調剤する都度の医療機関への情報提供は不要である旨を伝えてあるような場合を除き），調剤した薬剤の銘柄等を，当該処方せんを発行した医療機関に情報提供することになっている。 　なお，仮に，保険薬局において後発医薬品調剤加算を算定しなかった場合には，当該処方せんを発行した医療機関に情報提供がない場合もあり得るが，保険薬局においては，後発医薬品を調剤した場合には後発医薬品調剤加算を算定するのが通例であり，ほとんどの場合，医療機関に情報提供されるものと考えられる。
Ｑ８　先発医薬品と後発医薬品で適応症が異なる医薬品が存在するが，薬局において先発医薬品の適応症がない後発医薬品が投与されることも想定されるが，医療機関としてはどのように対応すればよいのか。	Ａ８　平成19年10月15日に示された厚生労働省「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」で安定供給，品質確保，情報提供等の取組が示され，先発医薬品と後発医薬品の効能・効果等を一致させ

質問・未確定事項等	回　　答
	る対応がなされているが，再審査期間中，特許期間中等の理由によりどうしても後発医薬品が効能を取得できないものが現時点で17成分存在しており，これらのリスト※1は医薬工業協議会※2のＨＰにも掲載されている。(別添資料参照) (http://www.epma.gr.jp/) しかし，薬局では，処方せんに記載された情報しか知り得ないことから，患者の疾患名まで正確に把握することは困難である。そのため，先発医薬品を，後発医薬品が有しない効能に対する使用目的で処方する場合には，当該薬剤の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなどの方法により，他の銘柄の医薬品への変更を禁ずるよう指示が必要となる。 また，処方せんの指示に基づき，先発医薬品から後発医薬品へ変更された場合や別銘柄の後発医薬品へ変更された場合には，薬局から医療機関に対し，実際に調剤した後発医薬品の銘柄名などに関する情報が提供されることから，保険適用上の問題があれば直ちに指摘することが可能である。 一方，日本薬剤師会としても，会員に対し，先発医薬品等と効能・効果等に違いがある後発医薬品リスト（前述）について周知を図っているほか，処方せんに「変更不可」の指示がなかったとしても，調剤にあたり疑義が生じた場合は処方医に対して照会するよう指導している。したがって，薬局から処方内容に関する疑義照会を受けた場合には，適切に対応されるようお願いしたい。 また，前述のアクションプログラムの中で「地域レベルで使用されている後発医薬品リストの医療関係者間での共有の推進を日本薬剤師会に要請する」と示されていることを受け，日本薬剤師会では，都道府県薬剤師会に対して，地域毎の後発医薬品の備蓄リストを作成するためのデータ提供を予定している。 ※１．「先発医薬品等と効能・効果等に違いがある後発医薬品リスト」 http://www.jga.gr.jp/Effect%20correction%20list%2008_3_27.pdf ※２．本年４月１日より「日本ジェネリック製薬協会」(http://www.jga.gr.jp/) に名称変更
明細書交付の義務化	
Ｑ９　療養担当規則第５条の２第２項が新設され，患者から求められた場合の明細書の交付が義務化されたが，すべての保険医療機関に明細書の交付が義務付けられたのか。	Ａ９　平成20年４月１日から，許可病床数が400床以上の病院のうち，レセプトコンピュータを使用しているものであって，光ディスク等を用いた請求を行っているもの又はレセプト文字データ変換ソフトを使用することによって光ディスク等を用いた請求を行うことができるものについては，患者の求めがあった場合には，明細書を交付しなければならない（平成21年４月１日以降は注参照)。なお，明

質問・未確定事項等	回　　答
	細書発行にかかる費用を徴収することは可能であるが，実質的に明細書の入手の妨げとなるような料金を設定してはならない。 注）平成21年４月１日以降は，レセプトオンライン化の進捗状況を踏まえ，以下の保険医療機関においても，患者の求めがあった場合には，明細書を交付しなければならない。 「病床数が400床未満の病院のうち，レセプトコンピュータを使用しているものであって，光ディスク等を用いた請求を行っているもの又はレセプト文字データ変換ソフトを使用することによって光ディスク等を用いた請求を行うことができるもの」
Q10　医療法上の標榜科目が変更されるが，点数上，標榜科目が要件になっている場合は，どういう扱いにするのか。	A10　留意事項通知及び施設基準通知に，下記の記載をして対応している。 [留意事項通知] ６　診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療科については，医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき，当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。
届　　出	
Q11　施設基準の届出チェックシートにおいて，電子化加算及び脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）が新たな届出が必要となっているが，厚生労働省の説明会では，この基準については新たな届出不要との回答があったとのことであるがいかがか。	A11　電子化加算は施設基準の通知（２）の「ウ 患者から求めがあった時に，算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細証を交付する体制を整えていること。」を満たすことで電子化加算を算定していた施設で，４月から個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付が義務化になる施設以外は改めて届出が必要である。 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ）は届出不要とのことで，訂正通知が出された。(３月28日付け厚生労働省保険局医療課「一部訂正」事務連絡)
そ　の　他	
Q12 「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。	A12　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

質問・未確定事項等	回　　答
	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。)
Q13 「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。	A13　良い。
Q14　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。	A14　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。
点　数　項　目 **初・再診料**	
Q15　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。	A15　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。
Q16　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。	A16　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。
Q17　要件を満たすため届出を行ったが，翌月から算定しないようにすることは可能か。	A17　可能である。その旨，社会保険事務局に届出を行えば，翌月から算定しないことができる。
Q18　夜間・早朝等加算は，１週当たりの診療時間が30時間以上でなければ算定できないが，患家の求めにより行う往診にかかる時間は含めてよいか。	A18　往診にかかる時間は含めてよい。 ただし，患者が来院したとしても，診療を受けることのできない時間（定期的に学校医，産業医の業務として保険医療機関を不在とする時間や，地域活動や地域行事に出席するとして保険医療機関を不在とする時間を含む。）は表示する診療時間に含まない。 また，診療時間として表示している時間であっても，訪問診療に要する時間以外に，常態として当該保険医療機関に医師が不在となる場合は，表示する診療時間に含めない。
Q19　夜間・早朝等加算において，泌尿器科・内科標榜医療機関が，人工腎臓夜間加算を算定している場合，夜間透析算定患者以外の一般の患者も算定不可か。	A19　算定できる。

質問・未確定事項等	回　　答
Q20　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。	A20　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。
Q21　療養担当規則第５条の２第２項による明細書交付の義務化の対象となっていない保険医療機関であっても，電子化加算を算定している保険医療機関においては明細書交付の義務があるのか。	A21　許可病床数が400床未満の保険医療機関（平成21年４月１日以降は注参照）のうち，電子化加算の施設基準に係る選択要件として，患者から求めがあったときに詳細な明細書を交付する体制を整えていること（電子化加算の施設基準（通知）の１の（２）のウ）を届け出ている保険医療機関にあっては，患者の求めがあった場合には，明細書を交付しなければならない。 　なお，当該明細書の交付体制の整備を届け出ている保険医療機関にあっては，その旨を院内のわかりやすい場所及び支払窓口に表示しなければならない。 （注）平成21年４月１日以降は，許可病床数が400床未満の保険医療機関のうち，レセプトコンピュータを使用しているものであって，光ディスク等を用いた請求を行っているもの又はレセプト文字データ変換ソフトを使用することによって光ディスク等を用いた請求を行うことができるもの以外の保険医療機関
Q22　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。	A22　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。
Q23　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。	A23　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。
Q24　今回，100㎠未満の第１度熱傷の熱傷処置，100㎠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。	A24　外来管理加算を算定するための要件を満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。
Q25　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。	A25　「医師による直接の診察」に該当しないため，算定できない。
Q26　後期高齢者診療料は検査や処置が包括されているが，外来管理加算は併算定できるか。	A26　検査や処置を実施しても，外来管理加算を算定できる。一部訂正通知をご確認のこと。
Q27　認知症や小児患者に対する場合は，家族への説明で算定可と解してよいか。	A27　よい。 　患者を診察した上で，療養継続のために付き添いの家族に対して説明を行った場合には算定可能である。

質問・未確定事項等	回　　答
入院基本料	
Q28　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。	A28　「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。
Q29　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。	A29　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。
Q30　看護必要度の実績期間は，６月の１か月となるか。	A30　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。)
Q31　看護必要度の評価は毎日行うのか。	A31　そのとおり。
Q32　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。	A32　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。
Q33　７対１入院基本料の施設基準において，一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用いた測定の結果，基準を満たす患者の割合が１割以上の基準が設定されたが，この基準を満たさない場合はどのようになるのか。	A33　特定機能病院入院基本料，障害者施設等入院基本料及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除き，10対１入院基本料を算定することになるため，遅滞なく変更の届出を行う必要がある。 　ただし，歴月で３か月を超えない期間，当該基準の１割以内の一時的な変動の場合は，変更の届出を要さず，引き続き７対１入院基本料を算定できる。
Q34　７対１入院基本料の施設基準において，常勤の医師の員数が，当該病棟の入院患者数に10／100を乗じて得た数以上であることとされたが，この基準を満たさない場合はどのようになるのか。	A34　準７対１入院基本料を算定することになるため，遅滞なく変更の届出を行う必要がある。ただし，歴月で３か月を超えない期間の当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から１を減じた数以上の場合は，変更の届出を要さず，引き続き７対１入院基本料を算定できる。
Q35　７対１入院基本料の施設基準について，「常勤の医師の員数が，当該病棟の入院患者数に10／100を乗じて得た数以上」とは，どのように計算するのか。	A35　具体的な計算方法の例は以下のとおりである。 例）当該病院全体の常勤医師数：30名 入院患者数一般病床（７対１病棟） ：198名 一般病床（特定入院料）：48名 療養病床：96名 （１）常勤の医師の数 ①　一般病床入院患者数＝198＋48 ②　①－７対１病棟入院患者数＝48 ③　②／16＝48／16＝３ ④　療養病床入院患者数／48＝96／48＝２ ⑤　③＋④＝３＋２＝５ ⑥　病院全体の医師数－⑤＝30－５＝25 （２）当該病棟の入院患者数に10／100を乗

質問・未確定事項等	回　　答
	じて得た数以上 ａ （１）の⑥の医師数＝25 ｂ ７対１入院基本料に係る患者数×（10／100）＝198×（10／100）＝19.8 ｃ ａ≧ｂかどうかを判断⇒25≧19.8（要件を満たす）
Q36 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。	A36 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。
Q37 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。	A37 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。
Q38 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。	A38 従前のとおり含まれない。
Q39 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。	A39 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
Q40 脳卒中の後遺症患者，認知症の患者は，これまで特定患者の対象から除外されてきたが，今回の改正で見直されることになったのか。	A40 そのとおり。一般病棟に入院する脳卒中の後遺症患者や認知症に該当する後期高齢者で入院日数が90日を超えた場合は，特定入院基本料を算定することになる。 ただし，脳卒中の後遺症患者であって，重症の意識障害者に該当する場合は従来どおりの扱いとなる。
Q41 従来，「医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票」の医療区分については「評価の単位」が１日毎となっているものは１日毎にチェック印を記入することになっていたが，今回の改定で１日毎にチェック印を記入する必要はなくなったのか。	A41 そのとおり。月初め（月途中での入院の場合は入院時）に患者の状態等を評価し，該当日以降に状態等の変化がなければ記入する必要はなくなった。 なお，該当する場合は該当を確認した日（月初め（月途中での入院の場合は入院時）以降に該当することとなった日を含む。）に「○」を，該当しなくなった場合には該当日に「×」を記入する。また，患者の状態像評価についても同様の取り扱いとなった。
Q42 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。	A42 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。
Q43 入院時医学管理加算の施設基準におい	A43 標榜している必要がある。

質問・未確定事項等	回　　答
て，内科，精神科，小児科，外科，整形外科，脳神経外科及び産科又は産婦人科に係る入院医療（精神科については，24時間対応体制でも可）を提供している保険医療機関であることとされたが，これらの診療科を標榜していなければならないのか。例えば，脳神経外科に係る入院医療は提供しているが，脳神経外科医が非常勤のため脳神経外科を標榜していない場合はどうか。	ただし，当該病院で精神科を標榜していない場合は，連携先の病院で標榜していればよい。
Q44　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。	A44　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。)
Q45　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。	A45　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。
Q46　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。	A46　死亡退院については，総退院患者数から除外する。
Q47　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。	A47　含まれない。
Q48　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。	A48　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。
Q49　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。	A49　算定できる。
Q50　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。	A50　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。
Q51　従来からの事務職員や病棟クラー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。	A51　可能であるが，配置するにあたり研修が必要である。
Q52　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。	A52　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ないこと。

質問・未確定事項等	回　　答
Q53　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。	A53　不可。
Q54　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。	A54　不可。
Q55　医師事務作業補助者はＤＰＣ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。	A55　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ないこと。
Q56　今般ＤＰＣ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。	A56　不可。
Q57　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。	A57　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。
Q58　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。	A58　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÷25＝13.6→14名以上 ②　50対１補助体制加算： 340÷50＝6.8→７名以上 ③　75対１補助体制加算： 340÷75＝4.5→５名以上 ④　100対１補助体制加算： 340÷100＝3.4→３名以上
Q59　７対１入院基本料の新基準の実施は，７月１日からとなっているが，「看護必要度」の基準を満たさない病棟は，10対１入院基本料を算定し，看護補助加算を算定できるとあるが，補助加算は４月１日から算定できるのか。また，６月末まで７対１入院基本料を算定し，７月以降に10対１入院基本料を算定する病棟でも看護補助加算は算定できるのか。	A59　看護補助加算は，３月31日時点で７対１入院基本料を算定する病棟で，４月１日以降，10対１入院基本料を算定する病棟に限り，平成22年３月31日まで算定できる。 　したがって，７月以降に看護必要度基準を満たさない場合（若しくは，他の算定要件を満たさない場合）で，10対１入院基本料を算定する病棟でも，平成20年３月31日時点で７対１入院基本料を算定していた場合には，看護補助加算を算定できる。
Q60　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。	Q60　２人部屋を個室として提供していれば可能である。
Q61　区分番号「A230－2」精神科地域移行	A61　当該届出は無効であり，算定はできない。

質問・未確定事項等	回　　答
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，行った届出はどうなるのか。	
Q62　入院期間が５年を超える入院患者のうち，退院した患者（３月以内に再入院した患者を除く）の数が１年間で５％以上の実績が必要であるが，退院先は老健施設や特別養護老人ホーム，グループホームでも含まれるか。	A62　含まれる。
Q63　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。	A63　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。
Q64　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。	A64　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。
Q65　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。	A65　腹腔鏡による手術は開腹手術に含めて差し支えない。
Q66　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。	A66　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。
Q67　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いけないのか。	A67　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。
Q68　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。	A68　可能。
Q69　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。	A69　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。
入院基本料等加算	
Q70　後期高齢者診療料を算定した後，病状	A70　要件を満たせば算定できる。

質問・未確定事項等	回　　答
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は算定できるのか。	
Q71　後期高齢者外来患者緊急入院診療加算は，区分番号「Ｂ０１６」後期高齢者診療料を算定するに当たり患者に交付する診療計画にあらかじめ緊急時の入院先として定められる病院又は有床診療所に入院した場合に算定できるが，自院に入院した場合も算定できるか。	A71　後期高齢者外来患者緊急入院診療加算は，外来において継続的に診療を受けている患者が入院を必要とする場合に，円滑に入院できるようにするとともに，当該患者の現在の治療内容を踏まえた医療が入院先の保険医療機関においても引き続き提供されるための取組みを評価したものであり，自院に入院した場合には算定できない。 　なお，区分番号「Ｂ０１６」後期高齢者診療料を算定する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合も算定できない。
Q72　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。	A72　医療関係職種ならよい。
Q73　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。	A73　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。
特定入院料	
Q74　特殊疾患病棟入院料を新規に届け出ることは可能か。	A74　可能である。
Q75　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。	A75　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。)
Q76　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。	A76　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。
Q77 「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。	A77　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。
Q78　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	A78　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

質問・未確定事項等	回　　答
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。	復期リハビリテーション病棟入院料の算定が可能。
Q79　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。	A79　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。
Q80　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。	A80　不可。
Q81　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。	A81　可能。
Q82　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。	A82　可能。
Q83　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。	A83　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。
Q84　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。	A84　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，この場合にあっては，入院診療計画書等の交付は必要ない。
短期滞在手術基本料	
Q85　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。	A85　そのとおり。
Q86　短期滞在手術入院基本料１及び２の算定に当たっては，施設基準に係る届出が必要とされるが，短期滞在手術入院基本料３についても施設基準に係る届出は必要か。	A86　短期滞在手術入院基本料３の施設基準は設けられていないため，届出は必要ない。
Q87　短期滞在手術入院基本料３は，具体的にはどのような場合に算定するのか。	A87　病院及び有床診療所において，15歳未満の鼠径ヘルニア手術又は15歳未満の腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術を行う場合は，その全ての症例について算定しなければならない。 　ただし，特別入院基本料及び区分番号「Ａ３０７」小児入院管理料を算定する

質問・未確定事項等	回　　答
	患者については短期滞在手術入院基本料３を算定せず，従来どおり出来高で算定する。
入院患者の数	
Q88　基本診療料の施設基準通知の別添２「入院基本料等の施設基準等」の第２の４（１）のアに「入院患者の数には，保険診療に係る入院患者のほか，正常の妊産婦，生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児，人間ドックなどの保険外診療の患者であって，看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者とに明確に区分できない場合の患者を含むものであること。」と記載されたが，明確に区分できれば含まないと考えてよいか。	A88　そのとおり。従前からの解釈を記載した。 なお，「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）の入院患者数に係る平均入院患者数の計算方法では，保険診療の対象とならない新生児は入院患者数に算入しない取扱いとされた。
Q89　特定薬剤治療管理料について，今回，「重症又は難治性真菌感染症の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与しているもの」が追加されたが，入院患者に限られるものか。	A89　入院中の患者に限られる。
Q90　退院時共同指導料１及び退院時共同指導料２は，退院後の在宅療養を担う保険医療機関の准看護師が入院中の保険医療機関の准看護師と共同した場合でも算定できるか。	A90　算定できる。 ただし，それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うこと。
Q91　退院時共同指導料２の注３に掲げる３者以上と共同して指導を行った場合の加算について，訪問看護ステーションの准看護師を１者に含めてよいか。	A91　訪問看護ステーションの准看護師は１者に含めない。
Q92　薬剤情報提供料について，「健康手帳」に記載した場合に算定する老人加算が廃止され，後期高齢者に対して「患者の手帳（お薬手帳)」に記載した場合に加算するとされたが，患者が従来の「健康手帳」を持参し記載した場合，算定できるか。	A92　従来の健康手帳をお薬手帳として活用するのであれば算定可能。
医学管理等	
Q93　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。	A93　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。
Q94　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。	A94　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。

質問・未確定事項等	回　　答
Q95　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。	A95　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。
Q96　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。	A96　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。
Q97　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。	A97　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って，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った場合には，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）。
Q98　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。	A98　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）。
Q99　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。	A99　可能。ただし，理由等を診療報酬明細書に記載のこと。
Q100　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。	A100　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。
Q101　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。	A101　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。
Q102　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。	A102　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，

質問・未確定事項等	回　　答
	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。
Q103　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。	A103　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。
Q104　後期高齢者診療料を算定するに当たっては，療養を行うにつき必要な研修を修了していることを届け出る必要があるが，必ず届出書に受講した研修会等の修了証の写しを添付する必要があるのか。	A104　特掲診療料の施設基準等の届出に当たっては，様式16を用いるが，この届出書に研修を修了している医師が受講された研修会等の名称，主催者，受講日を記入するか，研修会等の修了証の写しを添付することで良いとされているため，必ずしも修了証の写しを添付する必要はない。その旨訂正通知が発出されている。(３月28日付け厚生労働省保険局医療課「一部訂正」事務連絡) 　また，過去に地域医師会で実施した，あるいは今後実施する研修の内容が要件を満たすものであるかどうか社会保険事務局と相談していただきたい。
Q105　僻地で周辺に診療所がなく病院で算定しているところへ，新たに診療所が設立された場合，病院は算定できなくなるのか。	A105　当分の間，算定できる。
Q106　必要な研修を受けた常勤の医師について，４月１日から算定を希望する場合，平成19年度に研修を受けたものに限られるのか。平成18年度以前の研修では不可か。	A106　平成19年度以前に受講された研修で，施設基準（参考資料 p.750）に示された３つの内容を満たしていれば届出が可能(複数受講で満たすことでも可能）である。 　ただし，平成20年度の届出については，平成17年４月１日以降受講した研修会とし，平成21年度以降は届出日から36か月以内の研修を対象とする。(３月28日付け厚生労働省保険局医療課「一部訂正」事務連絡)
Q107　届出をすれば，同一医療機関において，対象疾患に該当する全ての後期高齢者の患者に後期高齢者診療料を算定しなければならないのか。	A107　対象疾患の患者であっても算定する人，算定しない人が存在してよい。
Q108　患者が認知症の場合であって同意を得ることが困難な場合には，診療計画書の患者の同意を示す署名は家族又は看護する人でよいか。	A108　よい。
Q109　後期高齢者に医療機関でお薬手帳を	A109　実費徴収はできない。

質問・未確定事項等	回　　答
発行する場合，お薬手帳自体は実費徴収でよいか。	
Q110　後期高齢者の「手帳」とはどういうものか。	A110　経時的に薬剤の記録が記入でき，かつ下記に掲げる事項を記録する欄があり，薬剤の記録に用いられるものをいう。 （1）患者の氏名，生年月日，連絡先等患者に関する記録 （2）患者のアレルギー歴，副作用歴等薬物療法の基礎となる記録 （3）患者の主な既往歴等疾病に関する記録
Q111　４月から老人医療から後期高齢者医療に変更されるが，傷病名の診療開始日の記載はいつにすればよいか。	A111　従前の診療開始日でよい。
Q112　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。	A112　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。
Q113　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。	A113　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。
Q114　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。	A114　必ずしも１週間以内の薬剤をすべて記載するということではない。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。
Q115　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。	A115　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。
Q116　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。	A116　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。
Q117　後期高齢者退院時栄養・食事管理指	A117　当該指導料は，退院後の在宅での栄

質問・未確定事項等	回　　答
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。	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。
Q118　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。	A118　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。
Q119　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。	A119　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。
Q120　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。	A120　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。
Q121　後期高齢者外来継続指導料は，後期高齢者診療料を入院の日の属する月又はその前月に算定している患者が他の保険医療機関に入院した場合であって，当該患者が退院後に再び当該患者の通院による診療を担う保険医療機関において診療を行う場合に算定できるが，他の保険医療機関へは１泊２日の入院でもよいか。	A121　よい。入院期間にかかわらず算定できる。
Q122　当該患者の通院による診療を担う保険医療機関は，入院していた保険医療機関から入院中の診療に関する情報提供を受けることになっているが，この情報提供は電話等によるものでもよいか。	A122　情報提供の手段は問わないが，診療録等に要点を記載のこと。
Q123　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。	A123　算定できる。
Q124　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。	A124　可能。
Q125　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。	A125　可能。

質問・未確定事項等	回　　答
Q126　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れば，患者ごとの医師の同意は省略して差し支えないか。	A126　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，これらの場合にあっては，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。
Q127　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，酢酸リュ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。	A127　その通り。
Q128　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。	A128　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。
Q129　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。	A129　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。
在宅医療	
Q130　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。	A130　在宅療養支援病院の施設基準を満たすものではない。
Q131　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。	A131　算定できる。
Q132　在宅患者訪問診療料を算定できない	A132　年齢，病状等によるため一概には言

質問・未確定事項等	回　　答
通院が容易な者とは，どのような患者か。	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。
Q133　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。	A133　そのとおり。
Q134　従来グループホームなどに訪問診療する場合，１人目のみ在宅患者訪問診療料を算定し，２人目以降の患者については再診料の算定となっていた。今回の改定で取扱いはどのように変更されたのか。	A134　居住系施設入居者等である患者については，２人目以降であっても，一律200点を算定することとなった。
Q135　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。	A135　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。
Q136　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。	A136　特定施設入居時等医学総合管理料を算定する。
Q137　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。	A137　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。
Q138　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。	A138　よい。
Q139　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。	A139　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。
Q140　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。	A140　算定できる。
Q141　在宅患者緊急時等カンファレンス料は，患者の在宅療養を担う保険医が，保険医である歯科医師等，保険薬局の薬剤師，訪問看護ステーションの看護師等又は介護支援専門員のうち１者以上と共同すれば算定できるのか。	A141　そのとおり。患者の在宅療養を担う保険医とその他の医療関係職種等１者以上の合計２者以上が共同で患家に赴きカンファレンスを行った場合に算定できる。
Q142　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	A142　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

質問・未確定事項等	回　　答
うな場合か。	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。
Q143　血糖自己測定器加算の算定要件が３月に３回に緩和されているが，注入器加算や注入器用注射針加算も１月に２回，又は３回の加算を算定可能か。	A143　注入器加算と注入器用注射針加算は月１回の算定に変更はない。
検　　査	
Q144　区分番号「D239-3」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）を記載すればよいか。	A144　その通り。
Q145　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。	A145　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。
Q146　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。	A146　「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。
Q147　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こととされているが，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。	A147　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。
Q148　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。	A148　算定可能。
Q149　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った場合には算定はできないのか。	A149　その通り。
Q150　外来迅速検体検査加算の算定に当たっては，当日実施した別に厚生労働大臣が定める検体検査（特掲診療料の施設基準等の別表第九の二に掲げる検体検査（参考資料 P.723））のすべてについて，検査実施日のうちに患者に対して文書により情報提供する必要があるのか。	A150　そのとおり。当日実施した別に厚生労働大臣が定める検体検査のうち，１つでも検査実施日のうちに患者に対して文書による情報提供が行われなかったものがある場合には，実施したすべての検体検査について外来迅速検体検査加算は算定できない。
Q151　外来迅速検体検査加算について，別に厚生労働大臣が定める検体検査に該当	A151　算定できる。 ただし，別に厚生労働大臣が定める検

質問・未確定事項等	回　　答
する検査と該当しない検査を併せて実施した場合，別に厚生労働大臣が定める検体検査に該当しない検査については，検査実施日のうちに患者に対して文書により情報提供しなくても算定できるか。	体検査に該当する検査のすべてについて，検査実施日のうちに患者に対して文書により情報提供を行う必要があることに留意すること。
Q152　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。	A152　算定可能。
Q153　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。	A153　主たるもののみ１つを算定する。
Q154　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。	A154　主たるもののみ１つを算定する。
Q155　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。	A155　含まれる。
Q156 「Ｄ００７」血液化学検査の総鉄結合能・不飽和鉄結合能について，従前の「Ｄ００７」血液化学検査の「４」総鉄結合能（ＴＩＢＣ）(17点）及び不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）(17点）を実施した場合，平成20年４月１日以降はどのように算定するのか。	A 156　直接比色法による総鉄結合能（ＴＩＢＣ）及び直接比色法による不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）については，「１」の鉄に準じて算定する。
Q157 「Ｄ００７」血液化学検査の総鉄結合能・不飽和鉄結合能において，以下の検査項目を同時に実施した場合，併算定することは可能か。 １　「17」の不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）及び「18」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ） ２　「１」の鉄，直接比色法による総鉄結合能（ＴＩＢＣ）及び直接比色法による不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ） ３　「１」の鉄，「17」の不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）及び「18」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ） ４　「１」の鉄，直接比色法による不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）及び「18」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ）	A157 １　いずれか一方の所定点数のみを算定する。 ２　３項目の所定点数につき併算定が可能。 ３　「17」の不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）又は「18」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ）のいずれか一方の所定点数及び「１」の鉄が算定可能。 ４　３項目の所定点数につき併算定が可能。 ただし，１から４のいずれにおいても，２～４の場合において，ＴＩＢＣ，ＵＩＢＣ及び鉄の検査については，いずれか２項目の測定を実施すれば他の項目については計算により結果を求めることが可能であることから，当該検査の実施に当たっては医学的必要性に留意すること。
Q158　併せて実施した区分Ｄ２５６眼底カメラ撮影の通常の方法の場合に係る費用は所定点数に含まれると記載されているが，この場合，眼底カメラ検査用フィルムは算定できるか。	A158　フィルムの費用は所定点数に含まれ，別に算定できない。
画像診断	
Q159　冠動脈ＣＴ撮影の施設基準として	A159　その通り。

質問・未確定事項等	回　　答
「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回転当たりに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。	
注　　射	
Q160　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。	A160　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。
Q161　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。	A161　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の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	
Q162　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。	A162　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。
Q163　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いけないのか。	A163　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にあっても，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。
Q164　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。	A164　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。
Q165　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。	A165　そのような必要はない。
Q166　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。	A166　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，

質問・未確定事項等	回　　答
	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。
Q167　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。	A167　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108単位以内であればよい。
Q168　算定日数上限を超えたものについては，月13単位まで算定できることになったが，さらに算定単位数上限を超えたものは患者から実費徴収できることになったのか。	A168　そのとおり。選定療養費として実費徴収できることになった。ただし，社会保険事務局への報告が必要である。
Q169　従前，リハビリテーション医学管理料を算定していた患者については，１月13単位を限度として，疾患別リハビリテーションを算定できるか。	A169　算定できる。
Q170　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。	A170　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。
Q171　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。	A171　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。
Q172　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。	A172　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。
Q173　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になるか。	A173　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。
Q174　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え方は実施単位数にかかわらず，延べ人数でよいのか。	A174　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。
Q175　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。	A175　兼任可能である。
Q176　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。	A176　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。

質問・未確定事項等	回　　答
Q177　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。	A177　可能である。
Q178　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。	A178　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	
Q179　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。	A179　算定できない。
Q180　区分番号「I002」通院・在宅精神療法の注１にある，通院後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。	A180　算定可能である。
処　　置	
Q181　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。	A181　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。
Q182　シャントを用いず，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主体に返却し終えたときまでとするのか。	A182　そのとおり。
Q183　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。	A183　注１の加算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。
Q184　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。	A184　含まれる。
Q185　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。	A185　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。
Q186　区分番号「J039」血漿交換療法の留	A186　直近のインターフェロン療法につい

質問・未確定事項等	回　　答
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。	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。
Q187　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。	A187　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	
Q188　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。	A188　算定できない。
Q189　開放骨折，粉砕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。	A189　算定できない。
Q190　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。	A190　本区分は開復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	
Q191　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。	A191　そのとおり。
Q192　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。	A192　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。
Q193　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。	A193　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。
Q194　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。	A194　算定できない。
Q195　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。	A195　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

質問・未確定事項等	回　　答
	等である。
放射線治療	
Q196　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。	A196　医学物理士，放射線治療品質管理士等を指す。
Q197　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。	A197　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。
Q198　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。	A198　算定できる。
入院時食事療養費	
Q199　入院時食事療養費における「特別食加算」の治療食が「高脂血症食」から「脂質異常症食」に変更になっているが，それに伴い，特別食加算の対象者も「空腹時定常状態における LDL－コレステロール値が140mg／dL 以上である者又は HDL－コレステロール値が40mg／dL 未満である者若しくは中性脂肪値が150mg／dL 以上である者」と変更されているが，従前の基準で特別食加算を算定していた患者が，新基準で血液検査をした結果，対象から外れる場合，特別食加算を算定できなくなるのか。	A199　そのとおり。改定後の要件に該当しなくなった場合には特別食加算は算定できない。

(別紙)

【麻酔】 (問191)

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	L008の５（麻酔困難）	８分
2	L008の３（麻酔困難）	59分
3	L008の２（麻酔困難）	137分
4	L008の３（麻酔困難）	55分
5	L008の５（麻酔困難）	９分
		合計268分

(イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。

L008の２（麻酔困難）	137分
L008の３（麻酔困難）	114分
L008の５（麻酔困難）	17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。

L008の２（麻酔困難）	**120分**	**16,600点**
L008の２（麻酔困難）	17分	
L008の３（麻酔困難）	114分	
L008の５（麻酔困難）	17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30分又はその端数を増すごとに加算を行う。

L008の２（麻酔困難）	**120分**	**16,600点**
L008の３（麻酔困難）	**90分**	**2,700点**
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	

(ニ) (ハ) の場合において，各々の区分に係る麻酔が30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

①24分＋②17分＋③17分＝④58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

先発医薬品等と効能・効果等に違いがある後発医薬品リスト

（再審査期間中、特許期間中、審査期間中等の理由により、後発医薬品が効能を取得できないもの）

「医薬工業協議会」調べ　2008年3月27日現在

有効成分	先発医薬品・販売名（会社名）	後発医薬品・販売名（会社名）	先発の追加効能（追加できない理由）
アモキシシリン	パセトシンカプセル、細粒、錠250（協和発酵）	アモキシシリンカプセル、20%細粒「タツミ」（辰巳）	胃潰瘍・十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリ感染症におけるラベプラゾールナトリウムとの併用 （再審査期間：2007年1月26日から4年）
	サワシリンカプセル、細粒、錠250（アステラス）	アモキシシリンカプセル「トーワ」（東和薬品）	
		アモセパシンカプセル（日医工）	
		アモピシリンカプセル250（大洋）	
		アモリンカプセル125、250、細粒10%（武田）	
		セオキシリンカプセル250（長生堂）	
		ワイドシリン細粒200（明治製菓）	
アルプロスタジル	パルクス注5μg、10μg（大正製薬）	アリプロスト注5μg、10μg（富士製薬）	経上腸間膜動脈性門脈造影における造影能の改善 （特許期間中）
	リプル注5μg、10μg（田辺三菱）	プリンク注5μg、10μg（大洋）	
イオパミドール	イオパミロン注300（バイエル）	オイパロミン300（富士製薬）	胸・腹部の高速らせんコンピュータ断層撮影における造影の用法上のなお書きが後発医薬品のみにある（市販後調査）
		オパニロン300（東和薬品）	
		パイステージ注300（大洋）	
		ヒシドール300（日医工）	
		モイオパミン300（光）	
イトラコナゾール	イトリゾールカプセル50（ヤンセン）	イコナゾンカプセル50（大洋）	爪カンジダ症、カンジダ性爪囲爪炎 （承認条件にパルス療法の用法用量設定）
		イデノラートカプセル50mg（長生堂）	
		イトラコナゾール錠50、100「MEEK」（小林化工）	
		イトラコネート錠50、100mg（高田）	
		イトラコンカプセル50（日医工）	
		イトラートカプセル50（沢井）	
		イトラリール錠50、100（全星）	
		トラコナ錠50mg、100mg（マルコ）	
ウルソデオキシコール酸	ウルソ錠50mg、100mg（田辺三菱）	ウビロン錠100mg（メディサ）	1）原発性胆汁性肝硬変における肝機能の改善 （再審査期間：1999年6月16日から10年） 2）C型慢性肝疾患における肝機能の改善 （2007年3月2日、「ウルソ」効能追加）
		ウルサミック錠50、100（ニプロファーマ）	
		ウルデストン錠100（東和薬品）	
		ウルデックス（東亜薬品）	
		ウルデナシン錠50、100（大洋）	
		ゴクミシン錠50、100（ニプロジェネファ）	
		シキコール錠（全星）	
		ブラウエ錠100mg（陽進堂）	
		プレコート錠100mg（辰巳）	
		レプター錠50、100（扶桑）	
オメプラゾール	オメプラゾン錠10mg（田辺三菱）	エンプラール錠10（シオノ）	非びらん性胃食道逆流症 （2007年5月24日、「オメプラゾン錠10mg、オメプラール錠10」効能追加）
	オメプラール錠10（アストラゼネカ）	オブランゼ錠10（大洋）	
		オメプラゾール錠「トーワ」10mg（東和薬品）	
		オメプラゾール錠10mg「アメル」（共和薬品）	
		オメプラゾール錠10「SW」（メディサ）	
		オメプロトン錠10mg（沢井）	
		オメラップ錠10（日医工）	

カルペジロール	アーチスト錠1.25mg、2.5mg、10mg、20mg(第一三共)	アーチワン錠10、20(沢井)	虚血性心疾患または拡張性心筋症に基づく慢性心不全 (特許期間中)
		アテノート錠10、20(大洋)	
		アニスト錠10、20(東和薬品)	
		カルペジロール錠10、20「タツミ」(辰巳)	
		カルペジロール錠10mg、20mg「JD」(ジェイドルフ)	
クラリスロマイシン	クラリシッド錠200(アボット)	クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」(沢井)	1) 後天性免疫不全症候群(エイズ)に伴う播種性マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス(MAC)症 (再審査期間:1998年9月30日から10年) 2) 胃潰瘍・十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリ感染症におけるラベプラゾールナトリウムとの併用 (再審査期間:2007年1月26日から4年)
	クラリス錠200(大正製薬)	クラリスロマイシン錠200mg「サンド」(サンド)	
		クラリスロマイシン錠200mg「タイヨー」(大洋)	
		クラリスロマイシン錠200mg「タカタ」(高田)	
		クラリスロマイシン錠200mg「日医工」(日医工)	
		クラリスロマイシン錠200mg「メルク」(メルク製薬)	
		クラリスロマイシン錠200mg「CH」(長生堂)	
		クラリスロマイシン錠200mg「EMEC」(メディサ)	
		クラリスロマイシン錠200「MEEK」(小林化工)	
		クラリスロマイシン錠200mg「NPI」(日本薬工)	
		クラリスロマイシン錠200mg「PH」(キョーリンリメディオ)	
		クラリスロマイシン錠200「TCK」(辰巳)	
		クラロイシン錠200(シオノ)	
		マインベース錠200(大正薬品)	
		リクモース錠200mg(東和薬品)	
	クラリシッド錠50mg、ドライシロップ10%小児用(アボット)	クラリスロマイシン錠50mg、DS10%小児用「サワイ」(沢井)	後天性免疫不全症候群(エイズ)に伴う播種性マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス(MAC)症 (再審査期間:1998年9月30日から10年)
	クラリス錠50、ドライシロップ10%小児用(大正製薬)	クラリスロマイシン錠50mg、ドライシロップ10%小児用「タイヨー」(大洋)	
		クラリスロマイシン錠小児用50mg、DS小児用10%「タカタ」(高田)	
		クラリスロマイシン錠50mg、DS10%小児用「日医工」(日医工)	
		クラリスロマイシン錠50mg、ドライシロップ10%小児用「メルク」(メルク製薬)	
		クラリスロマイシン錠50mg小児用「CH」(長生堂)	
		クラリスロマイシン錠50mg、DS10%小児用「EMEC」(メディサ)	
		クラリスロマイシン錠50mg、DS10%「MEEK」(小林化工)	
		クラリスロマイシン錠50mg小児用「NPI」(日本薬工)	
		クラリスロマイシン錠50mg小児用「PH」(キョーリンリメディオ)	
		クラリスロマイシン錠50小児用「TCK」(辰巳)	
		クラリスロマイシンDS10%小児用「日研」(興和)	
		クラロイシン錠50、ドラqイシロップ10%小児用(シオノ)	
		マインベース錠50、DS10%小児用(大正薬品)	
		リクモース錠小児用50mg、ドライシロップ小児用10%(東和)	
塩酸クレンブテロール	スピロペント顆粒、錠(帝人ファーマ)	アルバブロール錠(大洋)	尿失禁 (特許期間中)
		トニール錠(原沢)	
シクロスポリン	ネオーラル10mg、25mg、50mgカプセル(ノバルティス)	アマドラカプセル10mg、25mg、50mg(東洋カプセル)	1) 臓器移植における拒絶反応の抑制:膵移植、肺移植、心移植 (再審査期間:2011年6月19日まで) 2) 全身型重症筋無力症 (2006年6月15日、「ネオーラル」効能追加)
	サンディミュンカプセル25mg、50mg(ノバルティス)	シクロスポリンカプセル25mg、50mg「FC」(富士カプセル)	
		ネオメルク細粒17%(メルク製薬)	
		ネオメルクカプセル10mg、25mg、50mg(メルク製薬)	

シロスタゾール	プレタール錠50mg、100mg(大塚製薬)	アイタント錠50、100(東和薬品)	脳梗塞(心原性脳塞栓症を除く)発症後の再発抑制 (再審査期間:2003年4月16日から7年)
		エクバール錠50、100(高田)	
		エジェンヌ100(陽進堂)	
		オペタール錠50、100(メディサ)	
		グロント錠50mg、100mg(大原)	
		コートリズム錠100mg(寿)	
		シロシナミン錠50mg、100mg(サンド)	
		シロスタゾール錠50mg、100mg「NP」(ニプロファーマ)	
		シロステート錠50、100(日医工)	
		シロスメルク錠50、100(メルク製薬)	
		シロスレット内服ゼリー50mg、100mg(テイコク)	
		ファンテゾール錠50、100(シオノ)	
		プラテミール錠50、100(小林化工)	
		プレスタゾール錠50、100(日本薬工)	
		プレトモール錠100(旭化成ファーマ)	
		フレニード錠50、100(沢井)	
		プレラジン錠50、100(大洋)	
		ホルダゾール錠50、100(大正薬品)	
		ラノミン錠50、100(ダイト)	
		ロタゾナ錠50、100(長生堂)	
ニコランジル	シグマート注2mg、12mg、48mg(中外)	ニコランジル点滴静注用2mg、12mg、48mg「サワイ」(沢井)	急性心不全(慢性心不全の急性増悪期を含む) (再審査期間:2007年10月19日から4年)
バンコマイシン塩酸塩	塩酸バンコマイシン点滴静注用0.5g(リリー)	塩酸バンコマイシン点滴静注用0.5g「メルク」(メルク製薬)	バンコマイシンに感性のペニシリン耐性肺炎球菌(PRSP)による敗血症、肺炎、化膿性髄膜炎 (再審査期間:2004年10月22日から10年)
		塩酸バンコマイシン点滴静注用0.5g「TX」(トライックス)	
		点滴静注用ソルレイン0.5g(東和薬品)	
		点滴静注用バンコマイシン0.5「MEEK」(小林化工)	
		バンコマイシン塩酸塩点滴静注用0.5g「サワイ」(沢井)	
		バンコマイシン塩酸塩点滴静注用0.5g「ホスピーラ」(ホスピー	
		バンマイシン点滴静注用0.5g(日医工)	
ベラプロストナトリウム	ドルナー錠20μg(東レ)	セナプロスト錠20μg(富士製薬)	原発性肺高血圧症 (再審査期間:1999年9月22日から10年)
	プロサイリン錠20(科研)	ドルナリン錠20μg、40μg(大洋)	
		プロスタリン錠20μg(共和薬品)	
		プロスナー錠20μg、40μg(東和薬品)	
		プロドナー錠20(沢井)	
		プロルナー錠20μg、40μg(日医工)	
		ベストルナー錠20(シオノ)	
		ベプラリード錠20μg(長生堂)	
		ベラストリン錠20μg(大正薬品)	
		ベラドルリン錠20μg、40μg(陽進堂)	
		ベルナール錠20μg(旭化成ファーマ)	
		ベルラー錠20μg(大原)	
プランルカスト水和物	オノンカプセル112.5mg(小野薬品)	プランルカストカプセル112.5mg「タイヨー」(大洋)	アレルギー性鼻炎(特許期間中)
		プランルカストカプセル112.5mg「日医工」(日医工)	
		プランルカストカプセル112.5mg「DK」(大興)	
		プランルカストカプセル112.5mg「科研」(シオノ)	
		プランルカスト錠112.5mg「EK」(小林化工)	

クエン酸マグネシウム	マグコロールP(堀井)	テクトロール散(大洋)	大腸検査(X線・内視鏡)前処置における腸管内容物の除去 (特許期間中)
ランソプラゾール	タケプロンOD錠15、カプセル15(武田)	スタンゾームOD錠15、カプセル15(シオノ)	1) 胃潰瘍または十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助 (再審査期間:2002年7月9日から6年) 2) 非びらん性胃食道逆流症 (2006年6月15日、「タケプロンOD錠15、カプセル15」効能追加)
		タイプロトンカプセル15mg(大正薬品)	
		タピゾールOD錠15mg、カプセル15(大洋)	
		ラソプランカプセル15mg(沢井)	
		ラプラゾールカプセル15mg(東和)	
		ランソプラゾールOD錠15mg「DK」(大興)	
		ランソプラゾールカプセル15mg「アメル」(共和薬品)	
		ランソプラゾールカプセル15mg「MED」(メディサ)	
		ランソラールカプセル15(日医工)	
	タケプロンOD錠30、カプセル30(武田)	スタンゾームOD錠30mg、カプセル30(シオノ)	胃潰瘍または十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助 (再審査期間:2002年7月9日から6年)
		タイプロトンカプセル30mg(大正薬品)	
		タピゾールOD錠30mg、カプセル30(大洋)	
		ラソプランカプセル30mg(沢井)	
		ラプラゾールカプセル30mg(東和)	
		ランソプラゾールOD錠30mg「DK」(大興)	
		ランソプラゾールカプセル30mg「アメル」(共和薬品)	
		ランソプラゾールカプセル30mg「MED」(メディサ)	
		ランソラールカプセル30(日医工)	