



事 務 連 絡

平成16年3月30日

地方社会保険事務局  
都道府県民生主管部（局）  
各 国民健康保険主管課（部） 御中  
都道府県老人医療主管部（局）  
老人医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について

「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件」（平成16年厚生労働省告示第47号）及び「老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準の一部を改正する件」（平成16年厚生労働省告示第48号）については、「診療報酬点数表（平成6年厚生省告示第54号）及び老人診療報酬点数表（平成6年厚生省告示第72号）の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成16年2月27日付け保医発第0227001号）等により4月1日より実施することとしているが、今般、医科診療報酬点数表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ましたので、参考までに送付いたします。

【再診料・外来診療料】

〔時間外等加算について〕

問 小児科を単独で標榜している医療機関のみが該当するのか。例えば内科と小児科を標榜している場合はいかがか。

答 小児科単独でなくてもよい。小児科を標榜している医療機関であればよい。

問 小児科を標榜している保険医療機関において、小児科以外の診療科が小児を診察した場合にも、時間外加算などの特例の対象となるのか。

答 対象となる。

問 夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間（時間外）の標準時間は午前6時～午前8時、午後6時～午後10時、土曜日の場合は午前6時～午前8時、正午～午後10時との理解でよいか。

答 そのとおり。

問 小児科においては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間（時間外）の標準時間内は診療応需体制の有無にかかわらず時間外加算等が算定できると考えてよいか。

答 6歳未満の患者については、そのとおり。

問 例えば午後5時～8時を標榜している医療機関で、午後5時50分に来院し、午後6時10分に診療した場合など、小児科の診療標榜時間内の時間外加算等の算定は、来院（受付）時間なのか、診療開始時間なのか。

答 診療開始時間では、待ち時間等の問題があるため、受付時間で区切ることとなる。また、院内の見やすい場所にその旨を掲示する等、患者への周知を図られたい。

問 夕方午後5時～7時を標榜している医療機関では、午後6時以降の患者は時間外加算の算定を行うので、患者の不公平感を生むのではないか。

答 その旨院内に掲示しておくなど説明・対応されたい。

問 休日を診療時間として標榜している小児科標榜医療機関において、休日の標榜時間内に6歳未満の患者を診療した場合であっても、休日加算の算定が可能となったのか。

答 小児科標榜医療機関においては、休日の標榜時間内に6歳未満の患者を診療した場合にも、休日加算の算定が可能である。なお、休日の深夜であれば深夜加算を算定する。

問 小児科外来診療料を算定する場合にも、算定できるか。

答 算定できる。小児科外来診療料は、時間外等加算、初診料の紹介患者加算、往診料については、包括項目から除外されている。

(外来診療料)

問 区分番号D001尿中特殊物質定性定量検査の23に掲げる「その他」は、血液化学検査等による点数を算定することとされているが、包括評価の範囲に含まれるのか。

答 含まれる。

【入院料（入院基本料）】

〔有床診療所の加算〕

問 医師の配置その他の事項に係る加算の算定要件に「医師の数が2以上」とあるのは、常勤医師の他、非常勤の医師をその数に加えてよいか。

答 よい。

問 算定要件に「夜間に看護職員を1名以上配置していること」とあるが、当直でもよいのか。

答 当直でよい。

問 「夜間に看護職員を1名以上配置していること」については、6か月の経過措置が設けられているが、平成16年10月において夜間の看護職員配置がなされていることについて実績等新たに書類提出が必要なのか。

答 新たに書類を提出する必要はないが、要件を満たしていない場合は、速やかに届出の辞退を行うこと。

問 有床診療所I群入院基本料1に関する加算要件に、「夜間に看護職員を1名以上配置していること」とあるが、「夜間」とは診療所の診療時間以外の時間と考えてよいか。

答 当該保険医療機関が診療応需の体制を解除している時間帯で、概ね午後6時～午前8時をいう。

〔転棟した日の入院料〕

問 転棟した日の入院料の算定は、移動先の病棟の入院料（入院基本料または特定入院料）を算定することとなったが、全てのケースにおいてこのように取り扱うことになるのか。

答 そのとおり。従来、特に規定されていた療養病棟等入院基本料等においても、転棟した日は移動先の入院料により算定することとなる。

〔定数超過〕

問 定数超過の基準において、許可病床数のうち病床種別ごとの病床数を基準として計算することが明確になったが、例えば、複数の一般病棟がある場合はどのように計算するのか。

答 あくまで病床種別で計算するものであるので、設問では複数の一般病棟の病床数を合計した数を基準として計算する。

[入院基本料の施設基準]

問 病院の入院基本料に関する施設基準の看護要員の数について、病棟勤務と褥瘡対策に係る専任の看護師等を兼務する場合の取扱いはどうなるのか。

答 勤務計画表による病棟勤務の時間を比例計算の上、看護要員の数に算入することができる。なお、当該保険医療機関の届出入院料が1つの場合は、病棟勤務の時間を比例計算することなく、看護要員の数に算入することができる。

[褥瘡対策未実施減算]

問 自立度が高い患者が入院している産科や眼科等の保険医療機関はアセスメントの必要がないので、減算しなくてもよいのか。

答 自立度が高い患者に対して褥瘡に関する危険因子の評価票を作成する必要はないが、褥瘡対策チームを設置する必要がある。

問 別紙様式5を参考とする褥瘡に関する危険因子の評価については、入院患者全員に実施する必要があるか。

答 日常生活の自立度が低い入院患者についてのみ危険因子の評価を行えばよい。日常生活の自立度がランクJ1～A2である入院患者については、褥瘡に関する危険因子評価票の作成を必要としない。

[褥瘡患者管理加算]

問 別紙様式5の2を参考として作成する診療計画は、褥瘡対策に係る専任の医師および褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する看護師が作成するもので、その他の者が作成した場合は算定要件を満足しないと考えるか。

答 そのとおり。本加算を算定するに当たっては、褥瘡対策に係る専任の医師および褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する看護師が作成する必要がある。ただし、実際の褥瘡のケアについては、診療計画を作成する者以外の看護職員等が行うことよい。

問 褥瘡患者管理加算に関する基準における「褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する看」について、届出時の確認はどのように行うのか

答 届出医療機関が、褥瘡看護を行うことのある医療機関で5年以上の臨床経験を有する看護師であることを確認し、該当する看護師の氏名を申告すること。

問 褥瘡対策に係る褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する看護師が診療計画を作成し、褥瘡対策を実施し、その評価を行うものであるが、褥瘡対策専任の看護師等が病棟勤務を兼務する場合の取扱いはいかがか。

答 褥瘡に関する危険因子のある患者の診療計画の作成及び評価以外の病棟業務を行う場合は看護要員として算定することができる。

問 「褥瘡に関する危険因子のある患者」とは具体的にはどのような患者を指すのか。

答 褥瘡に関する危険因子評価票（別紙様式5を参照）において「できない」もしくは「あり」が1つ以上の場合を指す。

問 日常生活自立度がランク J 1～A 2 の場合、別紙様式 5 を参考とする褥瘡に関する危険因子評価票の作成の必要はないが、日常生活自立度ランク J 1～A 2 の患者であっても危険因子評価票における「できない」もしくは「あり」が 1 つ以上ある場合は、別紙様式 5 の 2 を参考として作成する治療計画を作成し、計画を実行し、その評価を行えば褥瘡患者管理加算の算定ができるか。

答 算定できる。

【入院料（入院基本料等加算）】  
〔臨床研修病院入院診療加算〕

問 医師会病院は協力型臨床研修指定病院が多く指導医がおりきちんと対応しているが、加算は算定できないのか。

答 単独型臨床研修指定病院、管理型臨床研修指定病院の指定を受けた病院、これに相当する大学附属病院のうち研修医が研修を行っている病院のみが加算を算定できる。

問 施設基準において、「指導医は臨床経験を 7 年以上有する医師であること」や「研修医数は病床数を 10 で除して得た数または年間入院患者数を 100 で除して得た数以下であること」と規定されているが、「医療法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について（平成 15 年 6 月 12 日医政発第 0612004 号）」における経過措置は適用されるのか。

答 診療報酬における臨床研修病院入院診療加算においては、経過措置は適用されない。

問 研修管理委員会が設置されていることとあるが、研修管理委員会の要件はどのようなものか。

答 厚生労働省医政局の医師の臨床研修に係る通知による。

問 臨床研修病院入院診療加算は、入院初日のみ算定できることとなっているが、同一医療機関に再入院した初日にも算定できるのか。

答 入院初日の考え方は入院基本料の算定の例による。

〔特定抗精神病薬治療管理加算〕

問 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料における非定型抗精神病薬とは具体的にどのような薬剤か。

答 オランザピン、フマル酸クエチアピン、塩酸ペロスピロン、リスペリドンをいう。

問 特定抗精神病薬治療管理加算は他科通院日にも算定可能か

答 他科通院日は要件にあえば算定可能。

問 特定抗精神病薬治療管理加算は臨時薬、屯服として処方しても算定可能なのか？

答 算定不可。

問 特定抗精神病薬治療管理加算は平成16年4月以降に入院した方から対象か。入院日が4月以前の方も対象か。

答 4月以前の入院患者であっても要件に該当すれば4月1日以降算定可能

問 特定抗精神病薬治療管理加算は、1錠でも当該薬が処方されていれば算定可能か。多剤併用や単剤使用は問わないのか。

答 処方については主治医の判断によるが、当該薬が処方され、計画的な治療管理を継続して行い、かつ療養上必要な指導を行った場合に算定可。

問 非定型抗精神病薬について、月の途中で対象薬物の変更を行った場合はどのに記載すればよいのか。

答 当該月に投与した対象薬物を列記する。

【入院料（特定入院料）】

【ハイケアユニット入院医療管理料】

問 当該入院医療管理料の非該当患者が当該治療室に入院した場合、入院基本料は何を算定するのか。また、その場合、夜間勤務等看護加算等の入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算及び離島加算を除く。）は算定できないのか。

答 当該保険医療機関が届け出ている一般病棟入院基本料を算定する。なお、臨床研修病院入院診療加算、地域加算及び離島加算を除く入院基本料等加算については、救命救急入院料や特定集中治療室管理料と同様に算定できない。

問 複数病棟で治療室を設定し届出をすることができるか。病院要件、設備構造、要員配置の要件を満たせば、院内の複数箇所にユニットを開設することも可能か。

答 可能である。ただし、当該保険医療機関において届出できる病床数は30床以下であり、それぞれ独立した看護単位が必要である。

問 重症度・看護必要度に係る評価票は当該治療室に入院する患者全てについて毎日評価する必要があるか。

答 ハイケアユニット入院医療管理料を算定する患者全てに対し、毎日評価を行うものである。算定要件に該当しない患者については評価を行う必要はない。

問 重症度・看護必要度に係る基準を満たす患者が8割以上の要件とはどういうものか。

答 モニタリング及び処置等15項目の評価（A得点）が5点以上、又は、患者の状況に係る13項目の評価（B得点）が7点以上である患者が当該治療室の1月の入室患者延べ数の8割以上入室していること。

問 重症度・看護必要度に係る評価方法はどのようなものか。

答 モニタリング及び処置等15項目及び患者の状況に係る13項目の合わせて28項目の評価基準により評価する。詳細は評価の手引きを参考とすること。また、評価は当該入院医療管理料を算定する患者すべてに対し、毎日行う必要がある。

問 重症度・看護必要度に係る評価票の記入にあつては、院内研修を受けたものが行うこととされ、その院内研修とは所定の研修を修了したもの、あるいは、評価に習熟したものが行う研修とあるが、「所定の研修」とは何を指すのか。

答 現在計画中である。(国立保健医療科学院で行われる1日程度の研修)。平成12年～15年の看護必要度に関する調査研究において行われた研修も含む。

問 専任の常勤医師は、特定集中治療室管理料のように治療室内に勤務している必要があるか。

答 必要ない。専任の常勤医師が病院内に常時1名以上いればよい。

問 勤務体制については「交代制であること」とし具体的な体制(三交代、二交代など)は病院の判断に委ねることと考えてよいか。

答 そのとおり。

問 ハイケアユニット入院医療管理料に関して、当該治療室の看護配置やナーステーション等は一般病棟とは別に設ける必要があるか。

答 特定集中治療室管理料同様、治療室を単位として行われるものであるので、一般病棟とは看護配置等を分ける必要がある。独立した看護配置に伴い、独立したナーステーションも必要となる。

[特殊疾患療養病棟入院料]

問 特殊疾患療養病棟入院料2について、平成16年3月31日現在において既に算定している保険医療機関にあつては、当該病棟の入院患者数の構成に係る事項のみ新たな届出を要するが、届出に当たっては3月1ヶ月の実績でよいか。

答 よい。

[亜急性期入院医療管理料]

問 本管理料の対象患者は、①急性期治療を経過した患者、②在宅・介護施設等からの患者であつて症状の急性増悪した患者等であるが、これは医師の判断でいいか。

答 そのとおり。医学的な判断による。

問 本管理料は病棟単位あるいは複数病棟の病室単位いずれでも届出できるか。

答 いずれも届出可である。

問 本管理料を算定する病室に対象外の患者が入院した場合は、入院基本料等は何を算定するのか。

答 一般病棟入院基本料Ⅱ群5を算定する。

問 本管理料の算定限度は90日と規定されているが、90日を超えてもその病室に入院している場合は、入院基本料等は何を算定するのか。

答 算定対象外となり一般病棟入院基本料Ⅱ群5を算定する。

問 本管理料を4月1日から算定するためには、過去1か月の実績があればよいか。

答 そのとおり。ただし、「診療記録の管理を適切に行う体制がとられていること」（診療記録管理体制加算）との施設基準を満たしていない医療機関は、平成16年9月30日までに届出を行う必要がある。

問 本管理料を5月以降に届け出る場合の実績の取り方はどのようになるか。

答 4月に届出する時と同様に前月1ヶ月の当該管理料を算定する病棟の在宅復帰率が6割以上であればよい。

問 専任の「在宅復帰支援を担当する者」とは具体的にどのような職種が該当するか。

答 職種に規定は設けていないが、在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者であること。なお、届出の際、在宅復帰支援を担当する者を決めておく必要がある。

問 在宅復帰支援者が看護職員の場合、夜勤要員に数えることができるか。

答 在宅復帰支援以外の病棟業務を行うことはできない。

問 届出受理後における在宅復帰に係る割合についての取扱如何。

答 在宅復帰率の実績に係る取扱いについては、届出の時点においては、前月1ヶ月間の当該管理料を算定する病棟の実績をもって取り扱っているところであるが、その後の実績については、3ヶ月の平均をもって実績の取扱いを行うこととする。

3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
	届出20床 (算定開始)				取り下げ	再届出(算定)
6割(病棟)	7割(病室)	5割	6割	5割	7割	
30/50	7/10	5/10	6/10	5/10	7/10	
	37/60	42/70	18/30	16/30	18/30	
	2ヶ月平均 でクリア	3ヶ月平均 でクリア	3ヶ月平均 でクリア	クリアでき ず	3ヶ月平均 でクリア	

【指導管理等】

〔地域連携小児夜間・休日診療料〕

問 病院群輪番制、休日夜間急患センター、二次救急病院でも算定できるようになったと考えてよいか。

答 今回見直した要件を満たせば算定可能である。

問 小児科医師が少ないため、月・水・金はA医療機関が担当し、その他の曜日はB医療機関が診療を行うという輪番制のような形態で小児救急に対応している場合も算定可能か。

答 医療機関において、当該保険医療機関以外の保険医療機関を主な勤務先とする医師が診療を行う連携体制を評価しており、このような連携体制をとっていない場合は算定できない。



問 施設基準の「小児を夜間、休日又は深夜において診療できる体制」について、週1日（例えば日曜日）のみ体制を有している場合も基準を満たすのか。

答 基準を満たすが、夜間、休日又は深夜であって、小児の救急医療の確保のためにあらかじめ地域住民に周知した時間に行われた診療が算定の対象となる。

問 施設基準通知が「夜間、休日又は深夜に小児科を担当する医師（近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）が3名以上いること」と改正されたが、当該3名の小児科医は、当該夜間、休日又は深夜の診療時間に常時勤務している必要があるのか。

答 3名の小児科医の登録があればよく、夜間、休日又は深夜の診療時間に3名の小児科医が常時勤務している必要はない。

問 地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準告示の（1）のイにおいて、「当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師」による診療体制が要件となっているが、「別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師」が3名以上いても、「当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師」がいない場合は施設基準に掲げる体制を満たさないのか。

答 「別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師」が3名以上いれば施設基準を満たす。

問 「別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師」が勤務していない日においても算定可能なのか。

答 地域住民に対し、あらかじめ周知した時間に行われた診療が算定の対象となる。

問 施設基準に係る通知における「（4）地域住民に、休日、夜間であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること」とは、どのような媒体で地域住民に周知されていることが必要なのか。

答 地域住民が通常アクセス可能な情報媒体で周知されていることが必要である。

問 地域連携小児夜間・休日診療料が算定できるのは、地域住民に周知されている夜間、休日又は深夜に限られるのか。

答 その通り。

〔肺血栓塞栓症予防管理料〕

問 肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性包帯を使用した場合であっても算定できるか。

答 患者の症状により弾性ストッキングが使用できない等やむを得ない事情により、弾性包帯を使用した場合は算定できる。

問 肺血栓塞栓症予防管理料に用いられる弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置は保険適用の承認されたものを用いる必要があるか。

答 本点数は、肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン作成委員会が作成した「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン」を踏まえた医学管理を評価したものであり、当該管理に用いる弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置については必ずしも保険適用の承認を得たものを用いる必要はない。

問 同一保険医療機関に再入院した場合（入院の起算日が変わらない場合）において、ガイドラインに従い肺血栓塞栓予防のための医学管理を適切に行った場合には、肺血栓塞栓予防管理料を算定することができるのか。

答 算定することができる。

問 肺血栓塞栓予防管理料は、特定入院料を算定している期間にガイドラインに従い肺血栓塞栓予防のための医学管理を適切に行った場合にも算定することができるのか。

答 算定することができる。ただし、肺血栓塞栓予防管理料は入院中に1回に限り算定する。

問 肺血栓塞栓予防管理料に係る留意事項通知における「関係学会が示す標準的な管理方法」とは具体的に何か。

答 肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン作成委員会が作成した「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン」である。ガイドラインの内容は関係学会のホームページ（日本血栓止血学会（<http://www.jsth.org/>）肺塞栓症研究会（<http://jasper.gr.jp/>））を参照していただきたい。

問 弾性ストッキングが使用できない患者に対して、ガイドラインに従ってやむを得ず弾性包帯を使用した場合に、肺血栓塞栓予防管理料は算定できるのか。

【在宅医療】

〔在宅自己注射指導管理料〕

問 注入器を処方する場合とは、具体的にどのような場合か。処方箋が必要なのか。

答 注入器加算の算定要件における注入器を処方する場合、とは、医療機関が患者に注入器を供与する場合のことであり、処方箋の有無は問わないが、診療録記載や指示書等への記載が行われているものと考えている。（これまでは万年筆型の注入器を使用していれば、その月に医療機関が注入器を供与していなくても注入器加算が算定できたが、今後は供与した月のみの算定となる。）

[在宅患者訪問点滴注射管理指導料]

問 静脈注射の場合の取扱いは変更されたのか。

答 静脈注射の取扱いは従前どおり。今回は点滴注射について要件を満たす場合、算定可能とした。

問 当該指導料の対象に中心静脈注射は含まれるのか。

答 含まれない。

問 在宅での点滴において、訪問した看護師等は点滴の実施時間中患家にいる必要はあるのか。

答 医学的に適切に行われていればよい。(医学的判断による医師の指示に基づき対応されたい。)

問 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤は、在宅の部に規定されている薬剤のみが対象となるのか。

答 在宅の部に規定されている薬剤は、在宅自己注射等の在宅療養指導管理に係る薬剤など患者に投与できるものを規定したものであるが、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤は医師が必要と認め、訪問する看護師等に渡し在宅で点滴されるものであれば、特に制限はない。

問 訪問看護ステーションの看護師等に指示を出した場合、使用する薬剤、回路等については、医療機関から訪問看護ステーションの看護師等が受け取り、患家を訪問することとなるのか。

答 そのとおり。使用する薬剤については指示を出した医療機関において算定する。回路等の費用は在宅患者訪問点滴管理指導料の所定点数に含まれる。

問 在宅患者訪問点滴注射管理指導料において、3日間以上の点滴注射指示を行ったが、結果として2日間以下の実施となった場合の取扱いはどうなるのか。

答 患者の状態の変化等により、2日間以下の実施となった場合は、在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できないが、使用した薬剤料については算定できる。その場合は診療報酬明細書にその旨記載する。

問 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定は、看護師等が3日間以上点滴注射を実施した場合に算定となっているが、たとえば、3日間の点滴注射を行う場合に、医師が1日行い、2日間を看護師等が実施した場合には算定できるのか。

答 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、看護師等に3日間以上の点滴注射指示を出し、看護師等がその指示を実施した場合に算定できるので、質問の場合は算定できない。ただし、薬剤料は算定できる。

問 在宅点滴注射管理指導料は1週間のうち3日以上点滴注射を実施した場合に算定するのか。指示を出しただけでは算定できないのか。

答 そのとおり。1週間に3日以上点滴注射を実施した場合に算定するため、3日目の点滴注射が終了した旨、点滴注射を実施した看護師等から速やかに報告を行わせる必要がある。

問 週のはじめに3日間の点滴で在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定し、同じ週のうちに3日間の追加の指示を行い点滴を実施した場合、在宅患者訪問点滴注射管理指導料及び薬剤料は算定できるか。

答 すでに在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した暦週においては指示の変更又は追加があっても在宅患者訪問点滴注射管理指導料を別に算定することはできないが、この場合であっても薬剤料は算定出来る。

問 点滴注射を3日間する予定で指示を出したが、状態をみて5日間に延長することは可能か。

答 変更を行う場合には、主治医の診療の上、在宅患者訪問点滴注射指示の変更を行うことが必要である。

問 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定における(1週につき)は暦週で考えるとのことであるが、「1週間のうち3日以上点滴注射を実施した場合」の1週についても、1つの暦週のうちに3日以上行わないと算定できないということか。

答 算定の1週の考え方は、暦週であるが、「1週間のうち3日間以上実施」の1週及び指示の有効期間の1週は指示日より7日間である。

問 在宅中心静脈栄養法指導管理料との同時算定は可能か。

答 算定不可である。

問 「点滴注射の終了日及び必要を認めた場合には主治医への連絡を速やかに行うこと」とあるが、連絡は電話でよいのか。

答 電話でもよい。速やかに正確な連絡が可能であれば、手段は問わない。

問 訪問看護指示書は最長6か月間有効だが、在宅患者訪問点滴注射指示書は7日間ごとに交付する必要があるのか。

答 そのとおり。

〔在宅血液透析指導管理料〕

問 在宅血液透析指導管理料の導入期の頻回指導管理について、例えば4月15日が初回算定日とした場合、4月15日～30日、5月1日～31日、6月1～14日で、それぞれの月で4回まで算定可能ということか。

答 4月と5月は月4回まで算定可能であり、6月については1日から14日については4回まで算定可能である。

問 在宅血液透析指導管理料において、導入期の加算の算定回数が増やされたが、導入期以外の時期で頻回の指導が必要な場合の算定回数の取り扱いはどうなるのか。

答 加算回数の増加は導入期のみであり、その他の場合については、これまでの「頻回に指導管理を行う必要がある場合」の取り扱いと同様である。

〔在宅酸素療法指導管理料〕

問 今回新たに、動脈血酸素飽和度を毎月診療報酬明細書に記載することと通知されたが、これは毎月診察時に動脈血酸素分圧55mmHg 以下である必要があるということか。

答 今回、毎月診療報酬明細書に動脈血酸素飽和度の記載を求めることとしたが、在宅酸素療法の対象患者には、慢性心不全で要件に該当する患者や、動脈血酸素分圧60mmHg 以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す患者の場合もあるため、傷病名等も勘案し、それぞれの基準に該当していることを確認する。

問 慢性心不全の患者について、夜間の呼吸状態の悪化を経皮的動脈血酸素飽和度測定確認した場合は算定できるか。

答 算定要件を満たすことを終夜睡眠ポリグラフィー上確認することが必要である。

【検査】

問 神経磁気診断の施設要件のうち、「他の医療機関からの依頼による診断」とは、具体的にはどの程度の割合で依頼を受けておけばよいのか。

答 特に割合は定めない。

問 PSA の検査回数の改定が行われたが、検査の回数は、初回検査を含めて、何回測定できるのか。

答 初回を含めて3回までである。

【投薬】

〔特定疾患処方管理加算〕

問 15点の加算は特定疾患を主病とする患者に対する主病以外に対する投薬についても算定できたが、45点の加算も同様と考えてよいのか。

答 45点の加算は特定疾患に対する28日以上投薬のみが対象である。

問 例えば4月1日に28日分投与して、4月29日に28日分投与しても45点は算定不可なのか。

答 月1回に限り算定できる。

問 同一月に15点と45点の併算定はできないと考えてよいのか。

答 そのとおり。

問 月初めに14日分の投薬を行い15点を算定した。その後月の中頃に28日分の投薬を行った場合は、月初めの15点の算定を取り消し、45点の算定としてよいか。

答 よい。

問 28日分投与する薬剤と同時に処方した薬剤がたとえば14日分であった場合、45点の加算は算定できるのか。

答 特定疾患に対する薬剤の投与日数のが28日以上であれば算定できる。

問 外用薬も対象となるのか。

答 特定疾患に対する投薬であれば外用薬でも算定できる。

問 処方せん料において、後発医薬品を1剤以上含む処方を行った場合には「後発医薬品を含む場合」として算定することとなっているが、この場合の「後発医薬品」は具体的には何を指すのか。

答 現在、医療機関等で保険診療に用いられている医療用医薬品のうち、新しい効能や効果を有し、臨床試験（いわゆる治験）等により、その有効性や安全性が確認され、承認された医薬品を「先発医薬品」といい、先発医薬品の特許が切れた後に、先発医薬品と成分や規格等が同一であるとして、臨床試験などを省略して承認される医薬品を「後発医薬品」（いわゆるジェネリック医薬品）としている。

なお、保険診療に用いられる医療用医薬品のうち、後発医薬品に該当するものについては、厚生労働省ホームページのトピックス一覧の保険局の中の「<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/03/tp0305-2/index.html>」で示しているので参考とされたい。

#### 【注射】

##### 〔外来化学療法加算〕

問 施設基準で「財団法人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」が削除されたことにより、医療機能評価機構やISO9001で評価を受けなくてもその他の要件を満たせば算定できることになったのか。

答 そのとおり。

#### 【リハビリテーション】

##### 〔理学療法・作業療法・言語聴覚療法〕

問 今回の改定により、別に厚生労働大臣が定める患者として「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者」と規定されたことにより、理学療法（Ⅲ）、（Ⅳ）、言語聴覚療法（Ⅲ）の個別療法についても、発症後90日以内は月の11単位目以降の逡減制（70/100により算定）の適用除外となるということか。

答 そのとおり。

問 理学療法の留意事項通知にある「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」は、理学療法、作業療法、言語聴覚療法の「注2」個別療法における別に厚生労働大臣が定める患者、「注3」集団療法及び「注5」早期リハビリテーション加算に規定される「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」を指すのか。

答 そのとおり。

問 「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」のうち、開腹術・開胸術後、脳腫瘍など開頭術後、脊椎・肩甲骨・関節の手術後、植皮術後及び15歳未満の先天性股関節脱臼症の手術後の患者については、当該手術の日をもって新たな発症日とすることができるとあるが、これは自院・他院を問わないということによいか。

答 患者が手術後に転院してきた場合であっても、転院前の医療機関における手術日を起算日とすることとなる。

問 「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」について、「足関節の捻挫」や「肩腱板損傷」は「四肢の腱損傷」に含まれるか。

答 肩腱板損傷は算定できる。いわゆる捻挫については含まない。(膝部、肘部、手関節部、足関節部の靭帯損傷についても算定可能。)

問 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法にかかる施設基準において厚生労働大臣の定める患者のうち「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」は具体的には、どのような患者を想定しているのか。

答 「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」については、留意事項通知の理学療法において、定義している。

問 個別療法において、「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」については、発症後90日までは逡減制(11単位目以降70/100)の適用除外となるが、月の途中で90日になった場合はどのように算定するのか。

答 発症後90日までの期間は、逡減制の適用除外となり、91日目から月末までの期間については、当該月中の11単位目以降は所定点数の70/100により算定する。

問 集団療法において、「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」については、発症後180日までは、1月に合計12単位に限り算定することができるが、月の途中で180日となった場合、どのように算定するのか。

答 月の途中で発症後180日となった場合、当該月の発症後180日目に当たる日までに8単位以上を算定していれば、181日目から月末までは集団療法の算定はできない。

当該月の発症後180日目に当たる日までの算定単位数が8単位未満であれば、当該月の算定単位は8単位を限度とする。

問 個別療法、集団療法及び早期リハビリテーション加算において「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に該当する場合には、レセプトにその旨記載する必要があるのか。

答 レセプトの摘要欄に、その対象となる疾患名及び発症日（手術後の患者については、当該手術の日）を明記する。

〔早期リハビリテーション加算〕

問 早期リハビリテーション加算における「リハビリテーション実施計画書」、（老人）リハビリテーション総合計画評価料における「リハビリテーション総合実施計画書」について、今回の改定によりそれぞれ2通りの様式が示されているが、どのように使い分ければよいか。

答 医療機関の判断により、様式を選択した上で使用すればよい。

問 四肢（手部・足部を含む）の骨折・切断・離断・腱損傷が対象となったが、手指や足指の骨折は算定可能ということか。

答 算定可能である。

問 リハビリテーションの個別療法の逡減除外対象者は今回の改定でどのように変更になったのか。

答 これまで、早期リハビリテーション加算の算定患者について、逡減対象から除外されていたが、早期リハビリテーション加算を算定できない（Ⅲ）（Ⅳ）を算定している場合でも、状態が早期リハビリテーション加算の対象患者と同様、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の者であれば逡減から除外されることとなった。

〔言語聴覚療法〕

問 言語聴覚療法（Ⅱ）（Ⅲ）の施設基準に「個別療法室（8平方メートル以上）、集団療法室（16平方メートル以上）」とあるが、共用の場合の広さは16平方メートル以上あればよいと考えてよいか。

答 そのとおり。16平方メートル以上の1室があればよい。

問 診察室を療法室として使用した場合も算定できるか。

答 （Ⅲ）については、言語聴覚療法実施時に他の用途に用いなければよい。（Ⅰ）、（Ⅱ）については、従来どおり専用室が必要。



【精神科専門療法】

〔精神科退院前訪問指導料〕

問 今回入院中3回まで算定可能となった。改定前のただし書きで入院中2回算定できる場合は、1回目の訪問指導を入院後14日以内に行う必要があったが、今回の改定により1回目の訪問指導を入院後14日以内に行う必要はなくなったのか。

答 そのとおり。なお、診療方針の決定等、入院後早期の訪問が必要と考えられる場合には、適切に実施されたい。

問 今回必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合の加算が設定されたが、准看護師は含まれるか。

答 含まれない。

問 複数の職種が共同して指導を行う場合とは、保健師と看護師の組み合わせも算定できるか。

答 算定できる。

〔精神科訪問看護・指導料〕

問 複数による訪問とは、2人以上でよいか。そのうち1人は保健師又は看護師であり、その他の1人は作業療法士、精神保健福祉士、准看護師でよいか。

答 2人以上でよい。准看護師が行く場合は保健師あるいは看護師との組み合わせが必要であるが、それ以外の場合は、例えば作業療法士2人のように同じ職種の複数でも可。

問 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）についても複数訪問加算の算定は可能か。

答 算定不可である。

〔精神科デイ・ケア〕

問 同一の医療機関でデイ・ケアを開始した日から起算して3年を超える場合に算定制限が設定されたが、別の医療機関から紹介された患者で、デイ・ケアを継続して実施している場合も、当該医療機関での開始した日から起算すればよいか。

答 当該保険医療機関における開始日を起算日とする。

問 デイ・ケアを開始したが、3か月後に通院できなくなった。その1年後に再びデイ・ケアを施行し始めた場合でも、当該医療機関での開始した日から起算することになるのか。

答 当該保険医療機関における開始日を起算日とする。

問 同一の医療機関でデイ・ケアを開始した日から起算して3年を超える場合に算定制限が設定されたが、一旦治癒した患者に再度デイ・ケアが必要となった場合も、最初に当該デイ・ケア算定した日から3年を超えている場合は1週間に5回を限度として算定すると考えてよいか。

答 よい。当該保険医療機関における開始日を起算日とする。

問 3年以上実施している患者について、週5日までとなったが、週5日以上実施してはいけないということか。

答 算定は週5日を限度とするが、実施することは差し支えない。

問 平成16年3月31日以前に既に、開始日から3年が経過している患者についても、4月1日以降の算定は週5回までと考えてよいか。

答 そのとおり

〔医療保護入院等診療料〕

問 行動制限最小化委員会で取り扱う「行動制限」は、隔離・拘束だけか。

答 ここでいう「行動制限」は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律36条に示されている行動の制限であり、隔離、身体拘束の他、通信、面会の制限も含まれる。

問 任意入院で入院した患者が、途中から医療保護入院等診療料の対象患者となった場合は算定できるのか。

答 算定できる。

問 医療保護入院等診療料において、医療保護入院から任意入院に変更になり、また医療保護入院に変更になった場合、医療保護入院等診療料は2回算定可能か。  
(精神保健福祉法33条の2において、退院扱いになるため)

答 医療保護入院等診療料は「入院中1回」の算定であり、問いの場合は、2回は算定できない。

問 平成16年3月31日以前の入院(①措置入院②緊急措置入院③医療保護入院④応急入院)の患者で、4月1日以降、入院形態の変更があり、新たに要件に該当した場合は、算定可能か。

答 算定可である。

問 4月1日以前に医療保護入院等で入院している患者に、4月1日に算定してよいか。

答 算定できない。

問 4月1日より算定するには、委員会の立ち上げをいつにすればよいか。

答 届出までに委員会を作り、基本指針が出来上がっていることが必要である。研修会の開催は予定で構わないものである。

問 患者行動制限最小化委員会を設置することとされているが、その委員会に必要な人員と最低人員数(医師・看護師・精神保健福祉士など)は几人か。

答 医師、看護師、精神保健福祉士が含まれることが必要。人数については特に定めていない。

【処置】

〔介達牽引〕

問 介達牽引が新設（復活）したが、算定上、今までと違いはあるのか。

答 個別に評価されたものであるが、取扱いについては従来どおり。なお、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、消炎鎮痛等処置（器具等による療法及び湿布処置）と併せて7回以上行った場合に、7回目以降については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

〔消炎鎮痛等処置〕

問 消炎鎮痛等処置において、「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって、発症後180日以内のもの」については、同一月において器具等による療法及び湿布処置等を併せて7回以上行った場合は、7回目以降については所定点数の50/100により算定するとされたが、「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」とは、理学療法の留意事項通知に規定されている疾患を指すのか。

答 そのとおり。「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」の取扱いは、理学療法の例によるため、これに該当する場合にあっては、レセプトに対象となる疾患名及び発症日（手術後の患者については、当該手術の日）を明記する。

問 「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」について、発症後180日が月の途中の場合、どのように算定するのか。

答 発症後180日までは器具等による療法及び湿布処置を併せて7回以上行った場合、7回目以降50/100により算定することとなるため、当該月において発症後180日となる日までに合計回数が5回以上の場合、181日目の日から月末までの期間については、所定点数の50/100により算定することとなり、発症後180日となる日までの合計回数が5回未満の場合、181日目の日から月末までの期間については、4回目まで所定点数の100/100、5回目以降は所定点数の50/100により算定することとなる。

問 通減制の回数カウントの対象となる療法について、当該月の消炎鎮痛等処置の器具等による療法及び湿布処置の合計回数に、従来どおり介達牽引の算定回数も加えて判断するのか。

答 そのとおり。消炎鎮痛等処置の留意事項通知に記載はないが、介達牽引の留意事項通知に記載されているように、従前どおり介達牽引、消炎鎮痛等処置の器具等による療法及び湿布処置の合計回数により、通常の場合当該月の5回目以降、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者については7回目以降について、100分の50により算定することとなる。

【手術】

問 手術の施設基準に関する届出は、新たに施設基準に該当することとなる施設だけでなく、従来の基準に従って届出を行っている医療機関でも届出は必要となるのか。

答 必要となる。

〔施設基準〕

問 「当該手術の臨床経験が10年以上ある医師」は1人常勤していれば要件を満足すると考えてよいか。

答 そのとおり。

問 手術の施設基準において、100分の5の加算を算定するには、「当該手術の臨床経験が10年以上ある医師」及び「当該手術の年間症例数」の基準を満たす必要があるが、年間症例数の基準については、従前どおり専門医の場合は症例数が緩和されるのか。

答 そのとおり。ただし、専門医以外の医師が実施した場合は、100分の5の加算は出来ない。

問 医師会立病院（開放型）では、通常他の医療機関の医師が赴き手術を行っている。その医師が「当該手術の臨床経験が10年以上ある医師」であったとしても常勤医ではないので、減算となってしまうのか。

答 そのとおり。

問 手術の施設基準において「患者への説明を要する全ての手術とは、手術の施設基準を算定されている手術だけではなく、当該医療機関において行われる全ての手術を対象とする」とあるが、簡単な創傷処理などの手術も説明の対象となるのか。

答 全ての手術が説明の対象となる。

問 自動吻合器、自動縫合器の使用個数に上限が定められていない手術については、自動吻合器、自動縫合器の使用個数の上限はないのか。

答 医学的に必要な個数を算定できる。

問 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術に、マンモトーム穿刺針の費用は含まれるか。

答 含まれる。

問 早期肺癌（0期又は1期）に対する光線力学療法は、気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）に準じて算定することとなっているが、現在、保険適用となっている薬剤、機器は何か。

答 現在は、ポルフィーマナトリウムとエキシマ・ダイ・レーザー（波長630mm）の組み合わせのみが保険適用となっている。（近日中に新たな薬剤、機器が保険適用になる予定。ただし時期は未定。）

問 植込み型補助人工心臓を算定できる保険医療機関はどこか。

答 高度先進医療としての心臓移植を複数例実施している医療機関としては、国立循環器病センターと大阪大学医学部附属病院があり、現時点では、両病院でのみ算定できる。

問 植込み型補助人工心臓は心筋梗塞により重症心不全になった患者に対して用いた場合、算定できるか。

答 心臓移植の待機患者であって、原因疾患が拡張型心筋症、拡張相にある肥大型心筋症である場合のみ算定できる。

【放射線治療】

〔放射性同位元素内用療法管理料〕

問 放射性同位元素の内用後4か月間は内用の有無に関わらず算定できるが、5か月目に内用があった場合、5か月目から4か月間さらに算定できるのか。

答 算定できる。

【その他】

〔紹介率〕

問 紹介率の要件を満たさなくなった場合の取扱いはどのように改定されたのか。

答 従来1か月でも要件を満たさなくなった場合速やかに変更の届出が必要であったが、3か月連続で要件を満たさなくなった場合に変更の届出を行うことになった。なお、3か月連続で要件を満たさないために変更の届出を行った後、再び届出を行うためには、従前どおり3か月の実績を要する。

〔酸素〕

問 離島等において特別の事情がある場合は上限価格を超えた購入価格で請求できるようになったが、特別の事情とはどのようなものか。

答 特別な事情のある場合とは、離島等に所在する保険医療機関であって、  
1 酸素の搬入において船舶による搬入時間が多くの時間を要する場合  
2 酸素製造工場又は医療用酸素充填所から著しく遠距離である場合  
など、上限として設定された価格では酸素の購入が困難な場合を考慮したものであり、該当する場合には、上限価格を超えた価格であっても、保険償還されることとなる。

〔医療機能評価機構〕

問 医療機能評価機構やISO9001の要件が廃止されたのは、外来化学療法加算だけであり、緩和ケア加算、緩和ケア病棟入院料には要件が残っていると考えてよいか。

答 そのとおり。

〔消費税〕

問 平成16年4月1日から消費税法が改正され、消費税相当額を含んだ「総額表示方式」が実施されるが、医療機関が発行する領収書の表示も変える必要があるのか。

答 領収書は従前どおりである。

問 薬価基準の価格には消費税は含まれているのか。

答 従前どおり含まれている。

問 消費税表示方式が変更になったが、自費診療において現行方式（価格＋消費税）の表示でよいか。

答 消費税の表示は総額表示になったが、旧方式の表示の容認期間が3年あるので現行方式の表示のまま平成19年3月31日までは可能である。

問 選定療養の特別室である室料差額が5,000円の場合、表示はどのように表示するのか。

答 表示方法はいくつかある。

○特別室 5,250円

○特別室 5,250円(税込)

○特別室 5,250円(税抜価格5,000円)

○特別室 5,250円(うち消費税250円)

○特別室 5,250円(室料差額5,000円、税250円)

等

問 院内掲示事項である選定療養(予約診療、200床以上の病院の初・再診料等)及び高度先進医療等の価格の届出は社会保険事務局の変更手続きをするのか。

答 届出の変更を4月にする必要はない。ただし、院内での掲示は税込みがわかるように表示する必要がある。

なお、7月1日の定例報告の際に変更する必要が出てくる。

[材料]

問 K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法に使用される医療材料はどのようなものであっても当該点数は算定できるか

答 K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法に用いられるラジオ波手術器は特定診療報酬算定医療用具(A2)であり、所定の手続きを経て保険適用されたものが適切な目的、方法等で用いられた場合に当該診療報酬が算定できる。また、当該療法に用いられる電極についてはA1として保険適用されたものが薬事承認及び保険適用の内容に従い所定のラジオ波手術器と併せて使用されなければならない。

問 今回新規に保険適用された特定保険医療材料である「132(3)冠動脈用ステントセット②救急処置型」を用いた治療はどの診療報酬項目で算定できるのか

答 「132(3)冠動脈用ステントセット②救急処置型」については既存の診療報酬項目「K615 経皮的冠動脈ステント留置術(22,800点)」で算定できる。

問 今回、特定保険医療材料「021中心静脈用カテーテル(1)標準型①シングルルーメン」が「ア スルーザカニューラ型」、「イ セルジンガー型」に区分されたが、特定保険医療材料「043緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル(2)ダブルルーメン以上②特殊型」と組合せて使用する中心静脈用カテーテルで抗血栓処理が施されていない製品はどの区分として算定するのか。

答 特定保険医療材料「043緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル(2)ダブルルーメン以上②特殊型」と組合せて使用する中心静脈用カテーテルで抗血栓処理が施されていない製品は特定保険医療材料「021中心静脈用カテーテル(1)標準型①シングルルーメン ア スルーザカニューラ型」として算定できる。

問 材料価格基準について、今回の改正でロールフィルムが削除されたが、心臓又は血管の動態を把握するためにロールフィルムを使用した場合、算定できないのか。

答 従来から、心臓又は血管の動態を把握するために使用したシネフィルム(ロールフィルムと称される場合もある)については、所定点数に含まれ別に算定できない(特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項通知I4(8))。

問 ロールフィルムと称される特定保険医療材料のうちシネフィルム以外についてはどのように算定できるのか。

答 特定保険医療材料「016間接撮影用フィルム」に換算して算定できる。その際、100mm幅、70mm幅、60mm幅のフィルムについては、それぞれ「016間接撮影用フィルム」の10cm×10cm、7cm×7cm、6cm×6cmの枚数に換算して算定できる。なお、上記以外の幅であって告示に定められている規格と同様であるか又は類似している場合は告示に定められている規格の枚数に換算し、算出した額を限度とする（特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項通知I4（8））が、35.6cm幅、30.5cm幅、10.5cm幅のフィルムについては「016間接撮影用フィルム」の10cm×10cmの枚数に換算することとする。

【DPC関係】

（出来高で算定できる点数の算定方法関係）

問 外来で検体検査管理加算（I）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、入院前の検体検査管理加算（I）は算定できるのか。

答 算定できる。

問 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検体検査管理加算（I）を算定できるのか。

答 算定できない。

問 退院指導料については、医科点数表において入院基本料の起算日が前回入院から通算される場合の再入院においては、前回入院と再入院との期間を通じて1回に限り算定することとされているが、診断群分類点数表により算定している患者についても同様の取り扱いとなるのか。

答 そのとおり。

（その他）

問 診断群分類点数表により算定している入院中の患者が、近医に依頼して検査・画像診断（PET・MRI etc）のみをおこなった場合の他医での診療報酬については、当該他医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしているがよいか。

答 よい。

問 DPCを実施している特定機能病院に入院中の患者が、専門的診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について御教示ください。

答 原則転医。他医療機関では算定できない。

問 切迫早産で入院し医療保険の適用となり診断群分類点数表により算定した後に自費入院により分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により医療保険の適用となり診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。

答 そのとおり。