

平成 16 年 4 月診療報酬改定に関する『Q & A』

(2004 年 6 月 9 日現在)

本件については、すべて厚生労働省当局と合意済みである。

【再診料・外来診療料】

〔時間外等加算について〕

Q 1 . 従来、時間外等加算には、時間外、休日、深夜及び時間外加算の特例があったが、今回の改定により、これらに加え小児科を標榜する医療機関における夜間、休日又は深夜の診察に係る特例が新たに設定されたということか。

A 1 . そのとおり。

〔小児科標榜医療機関における時間外等加算の特例〕

Q 1 . 小児科を標榜している医療機関のみが該当するのか。小児科を標榜しない医療機関において、小児（6 歳未満）に対して診療が行われた場合については、該当しないと考えてよいのか。

A 1 . そのとおり。

Q 2 . 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。

A 2 . 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 6 歳未満の患者を診療した場合であればよい。

Q 3 . 小児科標榜医療機関における時間外等加算の特例は、小児科を標榜していれば、当該医療機関の小児科以外の医師が診療しても加算できると考えてよいのか。

A 3 . そのとおり。

Q 4 . 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 時との理解でよいのか。

A 4 . そのとおり。

Q 5 .小児科標榜医療機関においては、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小児科標榜医療機関における時間外等加算の特例が算定できると考えてよいのか。

A 5 . 6 歳未満の患者については、そのとおり。

Q 6 .例えば午後 5 時～午後 8 時を標榜している小児科標榜医療機関で、午後 5 時 5 0 分に来院し、午後 6 時 1 0 分に診療した場合など、小児科の診療標榜時間内の小児科標榜医療機関における時間外等加算の特例の算定は、来院(受付)時間を基準とするのか、診療開始時間を基準とするのか。

A 6 .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。

Q 7 .例えば午後 5 時～午後 7 時を標榜している小児科標榜医療機関では、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。

A 7 .その旨院内に掲示しておくなど説明・周知することにて対応されたい。

Q 8 .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。

A 8 .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。

Q 9 .小児科外来診療料を算定する場合にも、算定できるか。

A 9 .算定できる。

〔外来診療料〕

Q 1 .包括項目に含まれることとなった D 0 0 1 尿中特殊物質定性定量検査のうち「2 3 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、外来診療料の包括評価の範囲に含まれるのか。

A 1 .含まれる。

【入院料（入院基本料）】

〔有床診療所 群入院基本料 1 の加算〕

Q 1 .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。

A 1 .よい。常勤医師は週 4 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 3 2 時間以上である者をいい、非常勤医師については、その労働時間数を常勤換算し算入することができる。

Q 2 .医師の配置その他の事項に係る加算の算定要件に「夜間に看護職員を 1 名以上配置していること」とあるが、当直でもよいか。

A 2 .よい。診療所の入院基本料に関する基準においては、勤務体制に交代制は課しておらず、夜間における緊急時の体制が整備されていればよい。

Q 3 .医師の配置その他の事項に係る加算の算定要件の「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、平成 1 6 年 9 月 3 0 日まで経過措置が設けられているが、平成 1 6 年 1 0 月において夜間の看護職員の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。

A 3 .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。

Q 4 .医師の配置その他の事項に係る加算の算定要件に「夜間に看護職員を 1 名以上配置していること」とあるが、「夜間」とは診療所の診療時間以外の時間と考えてよいか。

A 4 .当該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〕

Q 1 .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。

A 1 .そのとおり。従来、特に規定されていた療養病棟入院基本料、特定入院料等においても、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〕

Q 1 . 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。

A 1 . 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〕

Q 1 . 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としての業務を兼務する場合の取扱いはどうなるのか。

A 1 . 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

〔褥瘡対策未実施減算〕

Q 1 . 日常生活の自立度が低い入院患者について褥瘡に関する危険因子のアセスメントを行うとあるが、産婦人科や眼科で自立度が高い患者に対しては行う必要がない。すなわち、減算しなくてもよいと考えてよいか。

A 1 . そのとおり。褥瘡対策チームが設置されていればよい。

Q 2 . 別紙様式 5（参考資料 P . 471）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。

A 2 . 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 J 1 ～ A 2 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〕

Q 1 . 別紙様式 5 の 2 (参考資料 P . 472) 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てよい。

A 1 . 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でよい。

Q 2 . 「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。

A 2 . 褥瘡に関する危険因子評価票 (別紙様式 5 (参考資料 P . 471) を参照) において「できない」もしくは「あり」が 1 つ以上ある場合を指す。

Q 3 . 日常生活自立度がランク J 1 ~ A 2 の場合、別紙様式 5 (参考資料 P . 471) 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 (参考資料 P . 472) 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。

A 3 . 算定できる。

Q 4 . 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護師」について、届出時の確認はどのように行うのか。

A 4 . 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。

【入院料（入院基本料等加算）】

〔臨床研修病院入院診療加算〕

Q 1 . 医師会病院は協力型臨床研修指定病院が多く、指導医がいて研修についてきちんと対応しているが、加算は算定できないのか。

A 1 . 今回の改定では、臨床研修病院の評価に対する十分な財源措置が取られていないため、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に限定した対応としており算定できない。

Q 2 . 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。

経過措置（平成 19 年 3 月 31 日まで）

- 指導医は臨床経験を「7 年以上有する」 「5 年以上有する」
- 研修医数は病床数を「10 で除して得た数」 「8 で除して得た数」

A 2 . 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。

Q 3 . 臨床研修病院入院診療加算は、入院初日に限り 30 点算定となっているが、平成 16 年 4 月以降届出が受理されて算定可能となった場合、4 月以前にすでに入院している患者には算定できるか。

A 3 . 算定できない。なお、平成 16 年 4 月 16 日までに届出書を提出し、4 月 30 日までに受理されたものについては、4 月 1 日以降に入院した患者について算定できる。

Q 4 . 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場合の初日にも算定できるのか。

A 4 . 入院初日の考え方は入院基本料の算定の例による。

【入院料（特定入院料）】

〔ハイケアユニット入院医療管理料〕

Q 1 . 算定要件に該当しない患者が当該治療室に入院した場合、入院基本料等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。

A 1 . 当該医療機関の一般病棟入院基本料により算定する。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。

Q 2 . 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。

A 2 . 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。

Q 3 . 施設基準上、救命救急入院料または特定集中治療室管理料に係る届出を要することとなっているが、例えば救命救急入院料の届出を行っていても、急性期入院加算または急性期特定入院加算の届出が行われていなければ、ハイケアユニット入院医療管理料の届出はできないのか。

A 3 . そのとおり。

Q 4 . 複数病棟で治療室を設定し届出を行うことができるか。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。

A 4 . 可能である。ただし、当該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。

Q 5 . 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。

A 5 . 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。

Q 6 . 重症度・看護必要度に係る評価票の記入にあっては、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終了したもの、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」とは何か。

A 6 . 国立保健医療科学院で開催される 1 日程度の研修会であり、施設基準を満たす医療機関には各地方社会保険事務局から開催について周知される。また、平成 1 2 年～ 1 5 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。

Q 7 . 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のようなものか。

A 7 . モニタリング及び処置等 1 5 項目の評価(A 得点)が 3 点以上、又は、患者の状況に係る 1 3 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。

Q 8 . 重症度・看護必要度に係る評価方法はどのようなものか。

A 8 . モニタリング及び処置等 1 5 項目と患者の状況に係る 1 3 項目の、合わせて 2 8 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全てに対し、毎日行う必要がある。

Q 9 . 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は一般病棟とは別に設ける必要があるか。

A 9 . 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分ける必要がある。

〔特殊疾患療養病棟入院料〕

Q 1 . 特殊疾患療養病棟入院料 2 について、平成 1 6 年 3 月 3 1 日現在において既に算定している保険医療機関にあっては、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 か月間の実績でよい。

A 1 . よい。

〔亜急性期入院医療管理料〕

Q 1 . 対象患者は、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等と規定されているが、これは医師の判断でよいということか。

A 1 . そのとおり。医学的な判断による。

Q 2 . 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、入院基本料等は何を算定するのか。

A 2 . 一般病棟 群入院基本料 5 を算定する。

Q 3 . 本管理料の算定限度は 90 日と規定されているが、90 日を超えて当該病室に入院している場合、入院基本料等は何を算定するのか。

A 3 . 算定対象外となり、一般病棟 群入院基本料 5 を算定する。

Q 4 . 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。

A 4 . 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（診療録管理体制加算）」について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。

- 当該入院医療管理料の対象となる病室を有する一般病棟の看護配置基準（2.5：1、看護師 7 割）
- 当該医療機関において、理学療法（ ）～（ ）のいずれかを届出
- 病床面積 6.4 m²/人（確保するよう医療機関で調整）
- 専任の在宅復帰支援を担当する者 1 名以上の配置（3 月に配置・登録されていればよい（担当者名を登録））
- 退院患者のうち概ね 6 割以上が居宅等へ退院（平成 16 年 3 月中は当該一般病棟単位で計算する）

Q 5 . 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のか。

A 5 . 職種に規定は設けられていない。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。

Q 6 .「退院患者のうち概ね 6 割以上」とは、一般病棟の退院の 6 割なのか、亜急性期入院医療管理料の届出病床における退院の 6 割なのか。

A 6 . 当該届出病床における退院患者の状況をいう。

ただし、平成 1 6 年 4 月 1 日より算定する場合の実績の判断は、当該一般病棟の退院患者の 6 割以上が居宅等へ退院する必要がある。(上記 Q 4 . 参照)

Q 7 . 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。

A 7 . いずれも届出可である。

Q 8 . 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なになるか。

A 8 . 4 月に届出する時と同様に、前月 1 か月の当該管理料を算定する病床(室) の在宅復帰率が 6 割以上であればよい。

Q 9 . 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いはいかがか。

A 9 . 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 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 か月の平均をもって実績の取扱いを行うこととする。

〔 特定抗精神病薬治療管理加算 〕

Q 1 . 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。

A 1 . 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。(通知に記載されている。)

Q 2 . 特定抗精神病薬治療管理加算は他科通院日にも算定できるか。

A 2 . 他科通院日でも要件にあえば算定可能。

Q 3 . 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できるか。

A 3 . 算定できない。

Q 4 .特定抗精神病薬治療管理加算は平成 1 6 年 4 月以降に入院した患者から対象となるのか。入院日が 4 月以前の患者も対象か。

A 4 .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 日以降算定可能である。

【指導管理等】

〔地域連携小児夜間・休日診療料〕

Q 1 .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。

A 1 .今回見直した要件を満たせば算定可能である。

Q 2 .小児科医師が少ないため、月・水・金は A 保険医療機関が担当し、その他の曜日は B 保険医療機関が担当する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。

A 2 .算定できる。ただし、保険医療機関において、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。

なお、連携医師についても、同一の医師をそれぞれの医療機関の連携医師として登録することは可能である。(この場合、同一日の同一時間帯を同一の医師が担当することがないように、スケジュール等の調整が必要である。)

Q 3 .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か。

A 3 .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に周知された時間に限り算定できる。

Q 4 .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。

A 4 .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。（従来どおりの考え方）

Q 5 .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。

A 5 .「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。（従来どおりの考え方）

Q 6 .「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（自院の医師のみが担当している日）においても算定可能なのか。

A 6 .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。

Q 7 .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。

A 7 .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。

Q 8 .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。

A 8 .そのとおり。

〔肺血栓塞栓症予防管理料〕

Q 1 .関係学会からガイドラインが示されているとのことだが、どのように入手したらよいか。

A 1 .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作成のガイドラインを参照されたい。

ガイドラインの冊子については、書店にて購入が可能である。また、直接発行元より購入を希望される場合は、下記までお問い合わせいただきたい。

『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
(ダイジェスト版) 』

発行所 ; メディカル フロント インターナショナル リミテッド
東京都新宿区高田馬場 1・ 28・ 18 和光ビル (〒169-0075)
電話 03・ 3209・ 5303 (代表)

また、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/>) 、肺血栓塞栓症研究会 (<http://jasper.gr.jp/>)) を参照していただきたい。

Q 2 .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にあっても算定できるか。

A 2 .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。

Q 3 .肺血栓塞栓症予防管理料について、術後、予防のために抗凝固剤 (ヘパリン等) を投与した場合は算定できるか。

A 3 .算定できない。肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキングまたは間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中 1 回に限り算定する。

Q 4 .一般病棟に入院中の患者が対象となるが、診療所 (療養病床を除く。) においても算定可能か。

A 4 .算定可能である。

通知の正誤により「病院 (療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。) 又は診療所 (療養病床に係るものを除く。) に入院中の患者が対象である」旨が明確化された。

Q 5 .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されたものを用いる必要があるか。

A 5 . 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。

Q 6 . 入院基本料が通算されるような再入院において、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か。

A 6 . 算定できる。

Q 7 . 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できるのか。

A 7 . 算定できる。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。

【在宅】

〔在宅自己注射指導管理料〕

Q 1 . 注入器を処方する場合とは、具体的にどのような場合か。処方せんが必要なのか。

A 1 . 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、処方せんの有無は問わないが、診療録記載や指示書等への記載は必要である。(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〕

Q 1 . 点滴注射以外の静脈注射の場合の取扱いは変更されたのか。

A 1 . 点滴注射以外の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。

Q 2 . 当該指導料の対象に中心静脈注射は含まれるのか。

A 2 . 含まれない。

Q 3 . 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。

A 3 . 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。)

Q 4 . 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。

A 4 . 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。

Q 5 . 訪問看護ステーションの看護師等に指示を出した場合、使用する薬剤や回路等については、訪問看護ステーションの看護師等が医療機関から受け取り、患家を訪問することになるのか。

A 5 . そのとおり。使用する薬剤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点滴注射管理指導料の所定点数に含まれる。

Q 6 . 在宅患者訪問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。

A 6 . 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。

Q 7 . 指示は出したが、結果的に1週間のうち2日しか点滴注射を実施しなかった場合はどうなるのか。

A 7 . 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、使用した分の薬剤料のみ算定する。その場合は診療報酬明細書にその旨記載する。

Q 8 .在宅患者訪問点滴注射管理指導料の週 3 日以上点滴注射とは、看護師等が行う点滴の回数が 3 日以上の場合か。例えば、訪問診療で 1 日、訪問看護で 2 日というように、週に合計 3 日点滴注射を実施した場合は、当該指導料を算定できないということか。

A 8 . そのとおり。

Q 9 .在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定は、看護師等が週 3 日以上点滴注射を実施した場合に算定となっているが、例えば、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。

A 9 .在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、看護師等に 3 日以上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。

Q 10 .週の初めに 3 日間の点滴注射の実施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 日間の追加の指示があり、点滴注射を実施した場合、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。

A 10 .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できる。

Q 11 .点滴注射を 3 日間実施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。

A 11 .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。

Q 12 .1 週間につきの点数であるが、その 1 週間はどの時点を起算日と考えたらよいか。

A 12 .暦週による。なお、医師の診察に基づく指示期間は、指示をした日から 7 日間を限度とすること。(指示をした日が指示期間の初日となる。)

Q 1 3 . 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。

A 1 3 . 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。

Q 1 4 . 医師の監督下でない在宅で、看護師が点滴注射という医療行為を行なうことは、医師法上問題はないのか。（現在でも実態として行なわれているが健康保険では認めていないため、これを追認する形をとったということであろうが、法的な問題はクリアできているのか）

A 1 4 . 静脈注射は、医師又は歯科医師が自ら行うべき業務であって、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 5 条に規定する看護師の業務の範疇を超えるものであるとしてきたところであるが、平成 1 4 年 9 月 3 0 日付医政発第 0930002 号「看護師等による静脈注射の実施について」厚生労働省医政局長通知で、医師又は歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師及び准看護師が行う静脈注射は、保健師助産師看護師法第 5 条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱うものとされた。（法的に問題が整理されたことから、診療報酬においても評価するものである。）

Q 1 5 . 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、在総診や在宅時医学管理料、在宅末期医療総合診療料と併算定可能か。

A 1 5 . 在宅末期医療総合診療料は併算定不可。その他については、併算定可能である。

Q 1 6 . 在宅中心静脈栄養法指導管理料との同時算定は可能か。

A 1 6 . 算定不可である。

Q 1 7 . 「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。

A 1 7 . 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。

Q 1 8 . 訪問看護指示書は最長 6 か月間有効であるが、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。

A 1 8 . そのとおり。

〔在宅血液透析指導管理料〕

Q 1 . 在宅血液透析指導管理料の頻回指導管理について、導入期に頻回の指導を行う場合、最初に当該指導管理料を算定した日から起算して 2 月までの間は、同一月内の 2 回目以降につき 1,900 点を月 4 回に限り算定できることとなった。当該指導管理料は月 1 回の点数であるが、頻回の指導は、初回算定日を起算としてよいのか。

例えば、4 月 15 日を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 日～14 日で、それぞれの月で 4 回 1,900 点が算定できると理解してよいのか。

A 1 . 初回算定日を起算とする。したがって、設問の例では 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 1,900 点が算定可能である。

また、初回の指導管理を行った日から起算して 2 か月間においては、初回の指導管理を行った月日をレセプトの「摘要」欄に記載する。

Q 2 . 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。

A 2 . 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〕

Q 1 . 算定に当たって、動脈血酸素分圧の測定を月 1 回程度実施し、その結果について診療報酬明細書（レセプト）に記載することとなったが、必ず毎月測定してその数値を記入する必要があるのか。

A 1 . そのとおり。

Q 2 .今回新たに、動脈血酸素飽和度の結果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 5 5 mmHg 以下である必要があるということか。

A 2 .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 6 0 mmHg 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。

Q 3 .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を確認した場合は算定できるか。

A 3 .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】

〔腫瘍マーカー（P S A精密測定）〕

Q 1 .診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して、本検査(1 回目)を行ったが、検査結果が 4 . 0 ng/ml 以上であり、前立腺癌の確定診断がつかない場合は、「3 月に 1 回に限り、3 回を限度として算定できる」とある。検査の回数は初回検査を含めて 3 回と考えるのか。

A 1 .初回検査を含めて 3 回までである。例えば 4 月 1 0 日に初回検査を実施した場合、当該実施分を 1 回目とし、その後 3 か月の間隔を置いて 2 回目、さらに 2 回目から 3 か月の間隔を置いて 3 回目の算定ができる。

Q 2 . P S A精密測定を実施した場合は、検査値を診療報酬明細書の「摘要」欄に記載することになったが、初回の場合も検査値を記載する必要があるか。

A 2 . P S A精密測定を 2 回以上算定する場合には診療報酬明細書の「摘要」欄に検査値を記載する必要があるが、初回の場合は記載する必要はない。(平成 1 6 年 4 月診療報酬改定「参考資料」主な正誤等 No . 2 No.12 参照(平成 1 6 年 5 月 2 8 日付け医療課長通知「平成 1 6 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について(保医発第 0528003 号)」で訂正された。))

Q 3 . 算定回数が複数月に 1 回のみとされている検査を実施した場合は、診療報酬明細書の「摘要」欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載することとされているが、P S A 精密測定についても、初回の場合は初回である旨を記載する必要があるか。

A 3 . 記載する必要はない。ただし、前立腺癌の確定診断がつかず P S A 精密測定を 2 回以上算定する場合は、「摘要」欄に「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載する必要がある。

Q 4 . P S A 精密測定を 2 回以上算定する場合は、診療報酬明細書に当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載することとされているが、当該検査を外注している場合、翌月の請求日までに検査値が判明していないことがあり得る。このような場合、どのように取り扱えばよいのか。

A 4 . 検査値が判明していないため、やむを得ず記載することができない場合には、その旨を診療報酬明細書に記載することで差し支えない。

〔耳鼻咽喉科学的検査（自覚的聴力検査）〕

Q 1 . 簡易聴力検査の項目が細分化され、

イ 気導純音聴力検査（標準純音聴力検査で骨導聴力検査を行わない場合） 1 1 0 点

ロ その他 項目数にかかわらず一連につき 4 0 点

に分けられた。従来の簡易聴力検査は音叉またはオーディオメーターを実施した場合に算定するとされていたが、今回の項目の細分化により、音叉とオーディオメーターを実施した場合は併せて 1 5 0 点を算定できるか。

A 1 . イの気導純音聴力検査は、日本工業規格の診断用オーディオメーターを使用して標準純音聴力検査時と同じ測定周波数について気導聴力検査のみを行った場合に算定するものであり、従来の簡易聴力検査で、音叉を用いる検査及びオーディオメーターを用いる検査を一連として行う場合は、ロにより算定する。

【投薬】

〔特定疾患処方管理加算〕

Q 1 . 1 5 点の加算は特定疾患を主病とする患者の主病以外に対する投薬についても算定できたが、4 5 点の加算も同様と考えてよいか。

A 1 . 4 5 点の加算については、特定疾患に対する処方期間が2 8 日以上
の投薬のみが対象である。

Q 2 . 例えば4 月 1 日に2 8 日分投与し、4 月 2 9 日に2 8 日分投与した場合、4 月 2 9 日の投薬について4 5 点は算定不可なのか。

A 2 . 月 1 回に限り算定できるものであり、4 月 2 9 日の投薬については算定できない。

Q 3 . 同一月に1 5 点と4 5 点の併算定はできないと考えてよいか。

A 3 . そのとおり。

Q 4 . 月初めに1 4 日分の投薬を行い、1 5 点を算定した。その後月の中頃に2 8 日以上
の投薬を行った場合は、4 5 点は算定できないのか。

A 4 . 同一月に1 5 点と4 5 点の併算定はできないので、月初めの1 5 点については精算して
いただきたい。

Q 5 . 外用薬も対象となるのか。例えば、外用薬である「フランドルテープ」等を2 8 日分
以上処方した場合は、算定可能か。

A 5 . 特定疾患に対する投薬であれば外用薬でも算定できる。

Q 6 . 2 8 日分投与する薬剤と同時に処方した薬剤が、例えば1 4 日分であった場合4 5 点
の加算は算定できるのか。

A 6 . 特定疾患に対する処方期間が2 8 日以上
の投薬があれば算定できる。

〔分割調剤（調剤報酬）〕

Q 1 . 今回の調剤報酬の改定において、長期投薬（１４日分を超える投薬）に係る処方せんによって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある、分割調剤を行った場合で、１処方せんの２回目以降の調剤を同一の保険薬局において２回目以降行った場合に、調剤基本料の加算（５点）が設定されたが、医師の発行した処方せんについて、調剤薬局が勝手に分割して調剤を行うことが認められるのか。

A 1 . 分割調剤に関する加算の算定は、処方せん受付時に、当該処方せんを発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入することとなっている。

【注射】

〔外来化学療法加算〕

Q 1 . 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。

A 1 . 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〕

Q 1 . 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（ ）（ ）言語聴覚療法（ ）の個別療法についても、「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」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。

A 1 . そのとおり。

Q 2 .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。

A 2 .そのとおり。

Q 3 .「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 1 5 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。

A 3 .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。

Q 4 . 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 9 0 日までは逡減制 (1 1 単位目以降 7 0 / 1 0 0) の適用除外となるが、月の途中で 9 0 日になった場合はどのように算定するのか。

A 4 . 発症後 9 0 日までの期間は、逡減制の適用除外となり、9 1 日目から月末までの期間については、当該月中の 1 1 単位目以降は所定点数の 7 0 / 1 0 0 により算定する。

Q 5 . 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 1 8 0 日までは、1 月に合計 1 2 単位に限り算定することができるが、月の途中で 1 8 0 日となった場合、どのように算定するのか。

A 5 . 月の途中で発症後 1 8 0 日となった場合、当該月の発症後 1 8 0 日目に当たる日までに 8 単位以上を算定していれば、1 8 1 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 1 8 0 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。

Q 6 . 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。

A 6 . 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。

Q 7 . 「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に規定されている「四肢の腱損傷」に「足関節の捻挫」、「肩腱板損傷」は含まれるか。

A 7 . 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、足関節部の靱帯損傷についても算定可能。）

〔早期リハビリテーション加算〕

Q 1 . 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。

A 1 . 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。

Q 2 . 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。

A 2 . 算定可能である。

〔言語聴覚療法〕

Q 1 . 言語聴覚療法（ ）（ ）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。

A 1 . そのとおり。16平方メートル以上の1室があればよい。

Q 2 . 診察室を療法室として使用した場合も算定できるか。

A 2 . （ ）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。（ ）（ ）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〕

Q 1 . 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 1 4 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 1 4 日以内に行う必要はなくなったのか。

A 1 . 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。

Q 2 . 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。

A 2 . 含まれない。

Q 3 . 複数の職種が共同で実施した場合の加算が新設されたが、医師と看護師等との組合せでも加算できるか。(現行では、医師が訪問することが原則で、医師の指示で看護師等が訪問しても算定できるという書き方になっている。)

A 3 . 算定できる。

Q 4 . 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。

A 4 . 算定できる。

〔精神科訪問看護・指導料〕

Q 1 . 複数による訪問とは、例えば作業療法士 2 人のように同じ職種の複数でよいのか。

A 1 . よい。ただし、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。

Q 2 . 精神科訪問看護・指導料() についても複数訪問加算の算定は可能か。

A 2 . 算定不可である。

〔精神科デイ・ケア〕

Q 1 .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、当該医療機関での開始日から起算すればよいか。

A 1 . 当該医療機関における開始日を起算日とする。

Q 2 .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日から起算することになるのか。

A 2 . 当該医療機関における開始日を起算日とする。

Q 3 .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・ケアを算定した日から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。

A 3 . よい。

Q 4 . 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。

A 4 . 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。

Q 5 .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回までと考えて良いか。

A 5 . そのとおり。

〔医療保護入院等診療料〕

Q 1 . 行動制限最小化に係る委員会で取り扱う「行動制限」は、隔離・拘束だけか。

A 1 . 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第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。

Q 2 . 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か。

A 2 . 算定できる。

Q 3 . 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。（精神保健福祉法第33条の2において、退院扱いになるため）

A 3 . 医療保護入院等診療料は「入院中1回」の算定であり、設問の場合は、2回は算定できない。

Q 4 . 平成16年3月31日以前の入院（措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院）の患者で、4月1日以降に入院形態の変更があり、新たに要件に該当した場合（例えば3月31日以前に で入院し、4月1日以降に入院形態が に変更になった場合）は、算定可能か。

A 4 . 算定可である。

Q 5 . 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日以降算定してよいか。

A 5 . 医療保護入院等診療料は平成16年3月31日以前から入院している患者は算定できない。ただし、上記Q4の場合は算定できる。

Q 6 . 4月1日から算定するには、行動制限最小化に係る委員会の立ち上げをいつにすればよいか。

A 6 . 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。

Q 7 . 行動制限最小化に係る委員会に必要な人員と最低人員数は何人か。

A 7 . 医師、看護師、精神保健福祉士が含まれることが必要である。

人数については特に定めていない。

【処置】

〔介達牽引〕

Q 1 .介達牽引が新設(復活)されたが、算定上、今までと違いはあるのか。

A 1 .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、7回目以降については、所定点数の50/100に相当する点数により算定する。

Q 2 .介達牽引が独立した項目として設定されたことにより、理学療法と同一日に重複して算定することが可能となったのか。

従来、同一日に行った理学療法と消炎鎮痛等処置の算定については、理学療法の点数告示の「注」により重複算定不可と規定されていた。今回の改定により、介達牽引が消炎鎮痛等処置から独立したが、理学療法の点数告示の「注」において介達牽引との重複算定は不可である旨規定されていない。

A 2 .介達牽引の独立は、取扱いはそのままで項目を独立したものである。したがって、従来どおり理学療法と同一日に重複して算定することはできない。

〔消炎鎮痛等処置〕

Q 1 .逡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。

A 1 .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、所定点数の50/100に相当する点数により算定することとなる。

Q 2 . 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、同一月において介達牽引、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 回目以降については所定点数の 50 / 100 に相当する点数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。

A 2 . 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。

Q 3 . 「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。

A 3 . 発症後 180 日までは介達牽引、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 回目以降所定点数の 50 / 100 に相当する点数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 4 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 に相当する点数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 4 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 に相当する点数により算定することとなる。

【手術】

〔施設基準〕

Q 1 . 「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のか。

A 1 . そのとおり。

Q 2 . 手術の施設基準において、5 / 100 の加算を算定するには、「当該手術の臨床経験が 10 年以上ある常勤の医師」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。

A 2 . そのとおり。

Q 3 . 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。

A 3 . そのとおり。

Q 4 . 「手術の実施件数を医療機関の見やすい場所に院内掲示すること」とあるが、どの範囲まで掲示する必要があるのか。

例 頭蓋内腫瘍摘出術等 ○ ○ 例
グループの合計症例数について掲示する

または、

例 頭蓋内腫瘍摘出術等
頭蓋内腫瘍摘出術 ○ ○ 例
頭蓋内腫瘍摘出術 ○ ○ 例
定位脳手術 ○ ○ 例

グループ内の項目ごとの手術症例数について掲示する

A 4 . 手術の施設基準の通知では、「院内に掲示する手術の件数は、前年（平成15年1月～12月）までの手術の件数を、届け出た区分の手術ごとに計算すること。（様式53の区分に準じて記載すること。）」とあり、最低限様式53の区分に準じた例による掲示方法で要件を満たすが、医療機関の判断により、例の形式で、患者への情報提供を行うことは差し支えない。

Q 5 . 手術料減算（30 / 100）にならないための基準として、1年間の実施件数を院内の見やすい場所に掲示することとなっているが、医療機関で行われた全ての手術について掲示しなければならないのか。

A 5 . 院内に掲示する手術は、施設基準通知（参考資料P . 656）様式53（参考資料P . 727）の区分に準じて、届け出た区分の手術ごとに計算の上、掲示する。ただし、患者への説明については、当該医療機関で行われる全ての手術が対象となる。

Q 6 . ペースメーカー植込み術等について、医師の経験年数が基準を満たす場合は、医師の経験年数以外の施設基準（臨床工学技士等）を満たさない場合でも、30 / 100の減算はしなくてもよいのか。

A 6 . そのとおり。5 / 100の加算を算定する場合には、臨床工学技士等、手術件数及び医師の経験年数以外の施設基準を満たす必要がある。

Q 7 .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、手術の施設基準を設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。

A 7 .全ての手術が説明の対象となる。

〔幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術及び腹腔鏡（補助）下によるものを含む。）〕

Q 1 .（補助）とあるのは、観血的手術の補助的使用も可ということか。

A 1 .そのとおり。

〔自動吻合器・自動縫合器〕

Q 1 .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。

A 1 .医学的に必要な個数を算定できる。

【放射線治療】

〔放射性同位元素内用療法管理料〕

Q 1 .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。

A 1 .算定できる。

【その他】

〔紹介率〕

Q 1 .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。

A 1 .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（復活するための）届出を行うためには、従前どおり 3 か月間の実績を要する。

〔酸素〕

Q 1 .離島等において特別の事情がある場合は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。

A 1 .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、

- 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

- 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。

その場合、理由を記載した書面を地方社会保険事務局に届け出るようになるが、前年度の購入価格を超えることはできない。

〔医療機能評価機構〕

Q 1 .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のか。

A 1 .そのとおり。

〔特定保険医療材料〕

Q 1 .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。

A 1 .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 4（8））。

Q 2 .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。

A 2 .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 4（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

〔消費税〕

Q 1 .消費税法が改正され、平成16年4月1日から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。

A 1 .領収書の表示は従前どおりである。

Q 2 .薬価基準や材料価格基準の価格には消費税は含まれているのか。

A 2 .従前どおり消費税相当額が含まれている。

Q 3 .消費税表示方式が変更になったが、自費診療においては現行方式（価格＋消費税）の表示でよいのか。

A 3 .「総額表示方式」の実施とされたい。ただし、旧方式の表示の容認期間が3年間あるので、平成19年3月31日までは現行方式の表示が可能である。

Q 4 . 例えば、選定療養の特別室に係る室料差額が 5 , 0 0 0 円の場合、どのように表示するのか。

A 4 . 以下のような表示方法がある。

- 特別室 5 , 2 5 0 円
- 特別室 5 , 2 5 0 円 (税込)
- 特別室 5 , 2 5 0 円 (税抜価格 5 , 0 0 0 円)
- 特別室 5 , 2 5 0 円 (うち消費税 2 5 0 円)
- 特別室 5 , 2 5 0 円 (室料差額 5 , 0 0 0 円、税 2 5 0 円)

等

Q 5 . 消費税法改正に伴い、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について、社会保険事務局に変更の届出をする必要があるのか。

A 5 . 4 月に届出の変更をする必要はない。ただし、院内での掲示は税込みの価格であることが分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、変更が必要が出てくることが、予想される。

注：上記『Q & A』中に（P.896）のように示したページは、本会作成の『改定診療報酬点数表参考資料（平成 16 年 4 月 1 日）』の該当ページである。