

平成 16 年 4 月診療報酬改定 「参考資料」正誤・診療報酬『Q & A』

《平成 16 年 3 月 4 日（木）現在》

「改定診療報酬点数表参考資料（平成 16 年 4 月 1 日実施）」
（以下，単に「参考資料」という。）の正誤等について

	ページ	行	誤	正
1	176	下から 1	常時	夜間、休日又は深夜に
2	195	上から 2 及び 5	・ (ア)	(ア) (ア)
3	207	下から 3	(1) 導入時に	(2) 導入時に
4	328	下から 8	「通則 6」に	「通則 5」に
〔酸素吸入〕 Q．留意事項通知中「J024」酸素吸入の部分が削除されているが、酸素吸入の取扱いはどうになるのか。 A．酸素吸入については、「酸素及び窒素の購入価格」の告示日の関係から別途通知される。（参考資料 P.379 参照）				

平成 16 年 4 月診療報酬改定に関する『Q & A』

【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。

〔小児に対する時間外加算〕

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、小児に対して診療が行われた場合は、該当しないと考えるてよい。

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あればよい。

Q 3 .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。

A 3 .そのとおり。

Q 4 .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るてよい。

A 4 .6歳未満の患者については、そのとおり。

Q 5 .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)時間を基準とするのか、診療開始時間を基準とするのか。

A 5 .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 6 .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。

A 6 .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 7 .休日を診療時間として標榜している医療機関は、時間外加算を算定するのか、休日加算を算定するのか。

A 7 . 休日の標榜時間内及び夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間（時間外）については休日加算を算定する。休日の深夜であれば深夜加算を算定する。

Q 8 . 小児科外来診療料を算定する場合にも、算定できるか。

A 8 . 算定できる。

【入院料（入院基本料）】

〔有床診療所の加算〕

Q 1 . 医師の配置その他の事項に係る加算の算定要件に「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。

A 1 . よい。

Q 2 . 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。

A 2 . 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。

〔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。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 P471) 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 P472) 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か。

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 P471) 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 P471) 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 P472) 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。

【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特別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。

【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。

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。

Q 2 . 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 2 . 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 3 . 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 3 . 現在、厚生労働省において計画中である。

Q 4 . 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 4 . 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。

〔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、慢性期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か。

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。

〔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）

【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 医療機関が担当し、その他の曜日は B 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 . 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、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。

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」がいら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)

〔肺血栓塞栓症予防管理料〕

Q 1 .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 1 .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。

【在宅】

〔在宅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 . 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 2 . 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 3 . 在宅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 3 . 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 4 . 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 4 . 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 5 . 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。

A 5 . 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 6 . 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 6 . 使用した分の薬剤料のみ算定する。

Q 7 . 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 7 . 医師の診察により、在宅点滴注射指示を行った指示期間の初日から 1 週間。なお、医師の診察に基づく指示期間は 7 日間を限度とすること。

Q 8 . 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 8 . 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 14 年 9 月 30 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(以下、「看護師等」という。) 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。)

【投薬】

〔特定疾患処方管理加算〕

Q 1 . 15 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、45 点の加算も同様と考えてよいか。

A 1 . 45 点の加算については、特定疾患に対する処方期間が 28 日以上の投薬のみが対象である。

Q 2 . 例えば 4 月 1 日に 28 日分投与し、4 月 29 日に 28 日分投与し他場合、4 月 29 日の投薬について 45 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 29 日の投薬については算定できない。

Q 3 . 同一月に 15 点と 45 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 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日分以上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。

A4．よい。

Q5．外用薬も対象となるのか。

A5．特定疾患に対する投薬であれば外用薬でも算定できる。

【注射】

〔外来化学療法加算〕

Q1．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。

A1．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〕

Q1．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。

A1．そのとおり。

Q2．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。

A2．そのとおり。

Q3．「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。

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 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。

A 4 . 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。

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 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。

A 5 . 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。

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。

〔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（ 1 6 平方メートル以上）」とあるが、共用の場合の広さは 1 6 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。 1 6 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 . 今回必要があつ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。

〔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。

〔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のか。

A 1 . 当該保険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 . 当該保険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のか。

A 3 . よい。

【処置】

〔介達牽引〕

Q 1 . 介達牽引が新設（復活）されたが、算定上、今までと取扱いに違いはあるのか。

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〕

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、１００分の５０により算定することとなる。

Ｑ２．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。

Ａ２．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。

Ｑ３．「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。

Ａ３．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により算定することとなる。

【手術】

〔施設基準〕

Ｑ１．「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。

Ａ１．そのとおり。

Ｑ２．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。

【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こと。

〔医療機能評価機構〕

Q 1 . 医療機能評価機構や I S O 9 0 0 1 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。

A 1 . そのとおり。