

平成20年度診療報酬改定『Q&A』(その2)

2008/3/31 日本医師会

※ 本件についてはすべて厚生労働省当局に確認済みのものである

【医療制度改革関連事項】

一部負担金

- Q 1. 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。
- A 1. 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）】

- Q 2. 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。
- A 2. 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】

- Q 3. 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。
- A 3. 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。
- Q 4. 後期高齢者の被保険者資格は、どのように確認するのか。
- A 4. 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で提示したが、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。

【後発医薬品の使用促進】

《処方せん様式》

Q 5. 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か。

A 5. 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。

Q 6. 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。

A 6. 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。

Q 7. 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。

A 7. 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%202008_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】

Q 8. 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。

A 8. 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」

Q 9. 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。

A 9. 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る場合も含むものであること。

【届出】

Q 10. 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。

A 1 0. 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）

【点数項目】

《初・再診料》

A 0 0 0 初診料の注6及びA 0 0 1 再診料の注5の夜間・早朝等加算

Q 1 1. 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。

A 1 1. 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。

Q 1 2. 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。

A 1 2. 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。

Q 1 3. 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

A 1 3. 算定できる。

A000 初診料の注7の電子化加算

Q14. 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。

A14. 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

A001 再診料の注6外来管理加算

Q15. 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。

A15. 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。

Q16. 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。

A16. 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。

《入院》

7対1入院基本料

Q17. 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なになるのか。

A 1 7. 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。

Q 1 8. 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なになるのか。

A 1 8. 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。

Q 1 9. 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。

A 1 9. 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 × $(10/100)$
= $198 \times (10/100)$
= 19.8
- c $a \geq b$ かどうかを判断 ⇒ $25 \geq 19.8$ (要件を満たす)

10対1入院基本料に対する看護補助加算

Q20. 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。

A20. 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。

特定患者（一般病棟における90日超後期高齢者）の入院の取扱い

Q21. 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。

A21. 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。

A101 療養病棟入院基本料（医療区分・ADL区分に係る評価票）

Q22. 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。

A22. 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

くなつ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つた。

A 2 0 0 入院時医学管理加算

Q 2 3. 入院時医学管理加算の施設基準において、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。

A 2 3. 標榜している必要がある。

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。

A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実施加算

Q 2 4. 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。

A 2 4. 含まれる。

A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

Q 2 5. 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算は、区分番号「B 0 1 6」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。

A 2 5. 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「B 0 1 6」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。

A 4 0 0 短期滞在手術基本料

Q 2 6. 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。

A 2 6. 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。

Q 2 7. 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。

A 2 7. 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「A 3 0 7」小児入院管理料を算定する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

Q 2 8. 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の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。

A 2 8. 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。

《医学管理等》

B 0 0 1 「2」 特定薬剤治療管理料

Q 2 9. 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。

A 2 9. 入院中の患者に限られる。

B 0 0 4 退院時共同指導料 1 及び B 0 0 5 退院時共同指導料 2

Q 3 0. 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。

A 3 0. 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。

Q 3 1. 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。

A 3 1. 訪問看護ステーションの准看護師は 1 者に含めない。

B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料

Q 3 2. 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。

A 3 2. 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。

B 0 1 6 後期高齢者診療料

Q 3 3. 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。

A 3 3. 特掲診療料の施設基準等の届出に当たっては、様式 1 6 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、必ずしも修了用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。

Q 3 4. 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。

A 3 4. 当分の間、算定できる。

Q 3 5. 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。

A 3 5. 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）

Q 3 6. 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。

A 3 6. 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。

Q 3 7. 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。

A 3 7. よい。

Q 3 8. 後期高齢者に医療機関でお薬手帳を発行する場合、お薬手帳自体は実費徴収でよいか。

A 3 8. 実費徴収はできない。

B 0 1 7 後期高齢者外来継続指導料

Q 3 9. 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。

A 3 9. よい。入院期間にかかわらず算定できる。

Q 4 0. 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。

A 4 0. 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。

《在宅医療》

C 0 0 1 在宅患者訪問診療料

Q 4 1. 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。

A 4 1. 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。

C 0 1 1 在宅患者緊急時等カンファレンス料

Q 4 2. 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。

A 4 2. 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。

C 1 5 0 血糖自己測定器加算

Q 4 3. 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。

A 4 3. 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》

【外来迅速検体検査加算】

Q 4 4. 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。

A 4 4. 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。

Q 4 5. 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。

A 4 5. 算定できる。

ただし、別に厚生労働大臣が定める検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。

複数検査を1つの告示にする項目

Q 4 6. 「D 0 0 7」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「D 0 0 7」血液化学検査の「4」総鉄結合能（T I B C）（17点）及び不飽和鉄結合能（U I B C）（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 4 6. 直接比色法による総鉄結合能（T I B C）及び直接比色法による不飽和鉄結合能（U I B C）については、「1」の鉄に準じて算定する。

Q 4 7. 「D 0 0 7」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（U I B C）及び「18」の総鉄結合能（T I B C）

- 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）

A 4 7.

- 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。

D 2 5 6 - 2 眼底三次元画像解析

Q 4 8. 併せて実施した区分D 2 5 6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。

A 4 8. フィルムの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

《リハビリテーション》

疾患別リハビリテーション

Q 4 9. 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。

A 4 9. 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。

Q 5 0. 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。

A50. 算定できる。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

Q51. 月1回算定できることになったが、算定日数上限を超えてリハビリテーションを継続する患者（1月13単位を限度）に対しても、評価料を算定することができるか。従来は6か月までの算定となっていた。

A51. 算定できる。

《入院時食事療養費》

特別食加算

Q52. 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さんが、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。

A52. 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。