

事務連絡(保6)F
平成18年4月11日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
鈴木 満

疑義解釈資料(その3)の送付について

時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

今般、平成18年度診療報酬改定内容の取扱いにつきまして、厚生労働省保険局医療課より、『疑義照会資料(その3)』がとりまとめられましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

なお、本件につきましては、都道府県医師会宛文書管理システムの「お知らせ」ならびに日本医師会ホームページの「メンバーズルーム」に掲載いたします。

(添付資料)

1. 疑義解釈資料の送付について(その3)

(厚生労働省保険局医療課 (平成18年3月31日))

事 務 連 絡

平成18年3月31日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その3）

「診療報酬の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第92号）等については、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306001号）等により、平成18年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

1. 初再診料

【初診料】

(問1) 同日再診(一度帰宅後、受診)の場合にも、2科目が初診であれば135点は算定できるのか。

(答) 算定できる。

(問2) 別の診療科を初診として受診したときに、135点を算定するとの記載があるが、その際、外来診療料に包括される処置検査等が別に算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問3) 同一医療機関の同一日における複数科受診には、麻酔科も対象となるのか。

(答) 麻酔科も標榜が認められている診療科であることから、別の疾病であれば対象となる。

【電子化加算】

(問4) 選択的加算要件である詳細な明細証については、手書きによる発行でも要件を満たすのか。

(答) 事務を電子的に行うための体制整備に係る取組に該当しないことから、手書きによる発行では加算要件を満たさない。

2. 入院料等

【届出】

(問5) 「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)により、経過措置として、平成18年9月30日までの間は従前の例によるとされている。一方、そもそも従前届け出た保険医療機関であっても、今回の改定による入院基本料の見直しに伴い、改めて届出を行う場合には、

施設基準の届出を行う時点において、医療法標準による医師の員数が70/100以下である場合、新たな施設基準の届出は行えないとされており、経過措置の対象となる保険医療機関については届出を行えないのではないかと。

(答) 従前より入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、当該届出が上位区分への届出である場合は行えないが、それ以外の届出については認められる。ただし、当該届出が新規の届出である場合は認められない。

例えば、従前一般病棟入院基本料Ⅱ群の3を届け出していた保険医療機関は、一般病棟入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料の届出はできず、15対1入院基本料に限り届出できる。

【精神病棟入院基本料】

(問6) 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の経過措置で、「看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関については、当該施設基準に関わらず、平成20年3月31日までは、なお従前の例によることができる」とあるが、この「従前の例」とは、現行の特別入院基本料2のことか。

(答) 否。平成20年3月31日までは、看護職員25対1未満であっても、改正後の特別入院基本料(550点)を算定できるという意味である。したがって、平成20年4月1日以降も看護職員常時25対1未満の場合は、特別入院基本料(550点)は算定できない。

【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】

(問7) 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の「加算の対象となる時間」の要件がなくなったが、他の要件を満たし、起算日内であれば、何時でも算定できるということか。

(答) その通り。

【栄養管理実施加算】

(問8) 病院単位で全入院患者を対象として算定可能と考えているが、栄養管理計画の作成は全入院患者に必要なか。(栄養管理が必要な患者についてのみ作成していれば足りるものとしてよいか。)

(答) 個別に計画を作成し、計画に基づいた栄養管理を行っている患者に限り算定可。

(問 9) 栄養管理計画を入院患者に説明する際には、医師ではなく、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が患者に説明してもよいか。

(答) 医師の指導の下に行われる場合は、よい。

(問 10) 1月間の栄養管理実施の実績がなければ、栄養管理実施加算の届出はできないのか。

(答) 常勤の管理栄養士の配置の実績は必要であるが、栄養管理実施の実績はなくても届出できる。

(問 11) 3月31日以前に入院した患者については、栄養管理実施加算は算定できないのか。

(答) 3月31日以前に入院した患者についても、個別の栄養管理計画を作成すれば4月1日以降は算定できる。

(問 12) 栄養管理計画書には、担当医師のサインは必須か。

(答) 医師の指導の下に行われる場合には、必須ではない。

(問 13) 栄養管理計画書を、診療録に添付する必要はあるか。

(答) その通り。

(問 14) 18年4月1日以降も、普通食患者年齢構成表等の帳票類は従前通り必要か。

(答) 帳票類の取扱いは、従前通り。

【医療安全対策加算】

(問 15) 医療安全管理者とは看護師又は薬剤師でなければならないのか。事務職員でもよいのか。

(答) 適切な研修を受けた医師、看護師、薬剤師等の医療有資格者であり、事務職員は含まれない。

(問 1 6) 適切な研修とはどのような研修か。

(答) 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、医療安全管理者として業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上又は5日程度の研修。講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全に関する制度、医療安全のための組織的な取組、事例分析・評価・対策、医療事故発生時の対応、コミュニケーション能力の向上、職員の教育研修、意識の向上等について研修すること。

【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

(問 1 7) 施設基準の「褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修」とは具体的には何か。

(答) 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる通算して6月程度の研修。講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて研修すること。

具体的には平成18年3月現在、日本看護協会看護研修学校、社会保険看護研修センター等の実施する創傷・オストミー・失禁に関する看護課程。

【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

(問 1 8) 脳卒中ケアユニット管理料の施設基準に定められている理学療法士または作業療法士は、リハビリテーション(脳血管疾患等、運動器、呼吸器)を担当する理学療法士または作業療法士との兼務は可能であるか。

(答) 脳血管疾患等、運動器、呼吸器リハビリテーションを担当する理学療法士又は作業療法士は専従の配置要件であるため、脳卒中ケアユニットを担当する理学療法士又は作業療法士は脳血管疾患等、運動器、呼吸器リハビリテーションの担当と兼務することはできない。

【広範囲熱傷特定集中治療室管理料】

(問 1 9) 広範囲熱傷特定集中治療室管理料には、熱傷処置は含まれるか。

(答) 従来通り、熱傷処置は含まれ、別途算定できない。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

(問20) 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象となる患者には、下腿や足部の骨折は含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問21) 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象患者の要件において、発症後3月以内に入院した患者とされていたものが、発症後2月以内に入院した患者に変更されているが、この変更により、非該当となる患者については、4月1日以降は、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できなくなるのか。

(答) 4月1日以降も算定できる。算定対象の患者要件については、4月1日以降、新たに回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者から適用となる。

(問22) 既に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院については、改めて届出が必要となるのか。

また、必要な場合、様式35を提出することとなり3月の実績として患者数を記載することとなるが、問21に該当する患者についても、該当患者数として計上してよいか。

(答) 改めて届出が必要。なお様式35の記載にあたっては、問21に該当する患者についても、様式35の⑥(②～⑤に準ずるもの)に計上して届け出ること。

【緩和ケア病棟入院料】

(問23) 従前、平成14年3月31日において緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、「財団法人日本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」の要件に係る経過措置が設けられていたが、平成18年4月1日時点で当該要件を満たしていない保険医療機関は算定できなくなるのか。

(答) 医療機能評価を受けていないことについて、やむを得ない事由があると認められる場合であって、平成18年度中に受審する見込みである旨を社会保険事務局長に届け出た場合に限り、平成19年3月31日までに限り算定してよい。

【短期滞在手術基本料】

(問 2 4) 月末に短期滞在手術基本料を算定したが、月をまたいで7日以内に同一疾病又は負傷につき再入院した場合について、既に当月分として請求が終わっていた場合はどのように取り扱うか。

(答) 取下げ依頼により返戻を行い、出来高にて再提出する。

3. 医学管理等

【特定疾患療養管理料】

(問 2 5) 認知症患者やその家族に対して療養上の管理を行った場合に、特定疾患療養管理料は算定できるか。

(答) 特定疾患療養管理料の対象疾患を主病とする患者であれば、看護にあたっている家族等を通して療養上の管理を行った場合であっても算定できる。

【特定薬剤治療管理料】

(問 2 6) 今回改定で、特定薬剤治療管理料の適応が拡大され、抗てんかん剤であるバルプロ酸、カルバマゼピンの対象疾患に躁うつ病、躁病が追加されたが、注4に規定する4月目以降の逡減の対象外となる「抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者」には、今回追加された躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸、カルバマゼピンを投与している患者も含まれるか。

(答) 含まれる。

【栄養食事指導料】

(問 2 7) 小児食物アレルギー食を必要とするものに対する栄養食事指導料の算定は、小児食物アレルギー検査を実施済みの患者に対して行った場合に限定されるか。算定の対象者の年齢制限はあるか。また、他の医療機関で検査を受けた者に対して指導を行った場合でも、算定可能か。

(答) 食物アレルギーを持つことが明らかな9歳未満の小児が対象。検査結果の提供を受けていれば、他の医療機関で検査を受けたものでもよい。

(問 2 8) 乳幼児育児栄養指導料において、3才の誕生日を含む月の受診につ

いては、誕生日前に受診がある場合のみ算定できるのか。

(答) そのとおり。3歳未満の乳幼児が要件であり、3歳の誕生日以後の受診については、算定できない。

【生活習慣病管理料】

(問29) 詳細な療養計画書が示されたが、各項目に未記入部分があってもよいか。例えば検査値をすべて記入せず、必要な検査のみの記入でよいのか。

(答) 必要な項目の記入で足りる。

【ニコチン依存症管理料】

(問30) 施設基準の「医療機関の構内が禁煙であること」とは館内禁煙で良いのか、敷地内禁煙なのか。また、喫煙場所を敷地内に特定している場合はどうか。

(答) 敷地内が禁煙である必要がある。敷地内に喫煙場所がある場合は施設基準を満たさない。

(問31) 禁煙治療の経験を有する医師が担当すれば、診察科は問わないのか。

(答) 診療科は問わない。

(問32) 「禁煙治療のための標準手順書(日本循環器学会、日本肺癌学会および日本癌学会の承認を得たものに限る。)」はどのように入手すればよいか。

(答) 学会のウェブサイトに掲載されている。

日本循環器学会

<http://www.j-circ.or.jp/>

(問33) TDSではなくFTQやFTNDで代用することはできるか。

(答) TDS以外のものの使用は治療上参考にはなるが、対象者の判定に用いることはできない。

【診療情報提供料】

(問34) 診療情報提供料(Ⅱ)は、入院中の患者でも条件を満たせば、算定可能となるのか。

(答) 入院中の患者であっても、セカンドオピニオンを求める家族に情報提供を行った場合には算定可能。

(問35) 診療情報提供料(Ⅰ)の加算は、「退院後の治療計画、検査、画像診断に係る画像情報その他必要な情報を添付した場合」とあるが、全ての項目を満たさなければ、加算は算定できないのか。

(答) 検査や画像診断等を実施している場合には、主な検査や画像診断等の結果を添付する必要がある。

(問36) 診療情報提供料(Ⅰ)について、必要な診療情報として、レントゲンフィルム等をコピーした場合、その費用は別途請求できるのか。

(答) 診療情報提供料に含まれるため、別途請求は不可。

4. 検査

【外来迅速検体加算】

(問37) 当日中に結果を説明し文書により情報を提供する場合の文書については、様式等の定めがあるのか。

(答) 患者に対して説明を行うために十分なものであれば、様式は任意。

(問38) 院内処理する検査と外注検査が混在する場合、院内処理する検査のみ要件を満たせば算定できるか。

(答) 当日、当該医療機関で実施を指示したすべての検体検査について、要件を満たすことが必要。ただし、要件を満たせば外注検査に対しても加算できる。

(問39) 午前に検査を実施し一旦帰宅し、午後に結果説明及び治療を行った場合、当該加算を算定できるか。

(答) 要件を満たせば算定できる。なお、午前の初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合には、午後、別に再診料又は外来診療料は算定できない。

(問40) 深夜の救急医療において、午前0時前に救急受診した患者に、直ちに検体検査を実施し、引き続き当該検体検査の結果に基づき診療を行ったが、この時既に午前0時を過ぎていた場合にも算定できるか。

(答) 一連の診療の範囲内であれば、算定できる。ただし、時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、外来迅速検体検査加算は算定できない。

(問41) 外来迅速検査は1項目につき1点とあるが、1日につき5項目までか、1月につき5項目までなのか。

(答) 1日につき5項目まで。

(問42) 同一日に同じ検査を2回以上行った場合、それぞれ算定可能か。

(答) 医学的必要性があり、検体検査実施料がそれぞれ算定できる場合には、併せて1日5項目を限度として、それぞれ加算できる。

(問43) 同日に複数科受診しそれぞれ検査を行った場合は別々に算定できるか。

(答) 複数科で行われるすべての検体検査について要件を満たす場合には、併せて1日5項目を限度として算定できる。

(問44) 外来診療料以外の、検体検査の包括された項目を算定しており、検体検査実施料を算定できない場合にも、外来迅速検体検査加算を算定できるか。

(答) 算定できない。

(問45) 当該加算は「試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査」に対しては算定できないが、グルコースには算

定できるのか。

(答) 算定できる。

(問46) D007血液化学検査等の注の場合等、項目数で包括点数になるものや、「主たる点数のみ算定」等の規定のあるものは、請求点数がなくても各々1項目として点数が加算できるのか。

(答) 項目数で包括点数になるものについては、それぞれ1項目ごとに加算できる。主たる点数のみ算定するものについては、主たる点数についてのみ加算できる。

(問47) D015特異的IgEは特異抗原1種類ごとに所定点数を算定できるが、1種類ごとに加算を算定できるのか。

(答) その通り。

(問48) D019細菌薬剤感受性検査を実施した場合には、1菌種ごとに加算できるのか。

(答) 菌種数にかかわらず、1回加算する。

【新設検査項目】

(問49) 以下の新設検査項目については、どのような測定法により行った場合に算定可能なのか。

- ① IgGインデックス
- ② 髄液MBP
- ③ 髄液オリゴクローナルバンド測定
- ④ 悪性腫瘍遺伝子検査
- ⑤ 進行性筋ジストロフィー遺伝子検査
- ⑥ 免疫関連遺伝子再構成
- ⑦ PAIgG (血小板関連IgG)
- ⑧ HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査

(答) 通知に従い、目的の達成のため医学的に妥当な測定方法により行われた場合に、算定できる。

【問50】 I g Gインデックス、髄液MBP、及び髄液オリゴクローナルバンドは、1回に採取した検体を用いて同時に算定可能か。

【答】 医学的に必要があれば、算定可。

【問51】 D019-2酵母様真菌薬剤感受性検査は、D019の細菌薬剤感受性検査と別に算定可能か。

【答】 医学的に必要があれば、算定可。

【削除項目】

【問52】 尿又は穿刺液・採取液を検体として成長ホルモン（GH）定量精密測定を行った場合、血液化学検査に準じて算定可能か。

【答】 D001尿中特殊物質定性定量検査の「17 その他」又はD004穿刺液・採取液検査の「16 その他」により算定可。

【問53】 第Ⅷ因子様抗原、黄体形成ホルモン、トランスフェリン、補体蛋白(C3)、補体蛋白(C4)は、それぞれ精密測定と統合されたが、通知に記載されている方法以外では算定できないのか。

【答】 従来精密検査として行われていた測定方法については、算定できる。

【腫瘍マーカー】

【問54】 I型コラーゲンCテロペプチド精密測定が、D009腫瘍マーカーの区分で算定されるのは、どのような場合か。

【答】 腫瘍マーカーの区分では算定されない。

【問55】 D009腫瘍マーカーの留意事項通知（22）では「4」～「14」までに掲げる検査について記載されているが、「15」及び「16」に掲げる検査は包括の対象とならないのか。

【答】 「15」及び「16」に掲げる検査についても包括の対象となる。

【検体検査管理加算】

(問56) 「院内検査に用いる検査機器及び試薬のすべてが受託業者から提供されていないこと」とあるが、一部が受託業者から提供されている場合には算定可能か。

(答) 一部が受託業者から提供されている場合も算定不可。

(問57) 「提供」、「受託業者」には定義があるのか。院内検査に用いる検査機器及び試薬が受託業者から有償で提供されていれば算定可能であり、無償で提供されていれば算定不可なのか。

(答) 一律の定義はなく、契約の実態から個別に判断されるものであり、有償、無償では判断できない。

(問58) 「院内検査に用いる検査機器及び試薬のすべて」とは、施設基準通知中に記載されている緊急検査項目以外の院内検査に用いる検査機器及び試薬を含むのか。

(答) その通り。

【病理診断料】

(問59) 病理診断料の算定に当たっては、病理学的検査を専ら担当する医師の勤務時間等の条件があるのか。

(答) 勤務時間等の条件はない。

(問60) 「病理学的検査を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関において診断を行った場合に算定する」とあるが、病理学的検査を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関においては、当該保険医療機関外で診断された標本についても病理診断料が算定できるのか。

(答) 当該保険医療機関外で診断されたものについては、病理診断料は算定できない。

(問61) 衛生検査所等に籍を置く病理医が、保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合、病理診断料が算定できるのか。

(答) 当該保険医療機関における勤務の実態がなければ、算定できない。

【呼吸循環機能検査等】

(問62) 「使用したガスの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する」とあるが、これはD204基礎代謝測定にも適用されるのか。

(答) 適用されない。

【監視装置による諸検査】

(問63) 従来、呼吸心拍監視に準じて算定されていた、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープについては、人工呼吸と同時に行った場合等、呼吸心拍監視とは異なる取扱いになるのか。

(答) 従前通りの取扱い。

【脳波検査等】

(問64) D237終夜睡眠ポリグラフィー「2 1以外の場合」については、他の簡易検査により睡眠中無呼吸発作の明らかとなった患者に対してのみ算定可能なのか。

(答) その通り。

【小児食物アレルギー負荷検査】

(問65) 小児アレルギー検査を行い、重篤なアレルギー反応を起こした場合に、治療に要する点数は所定点数に含まれるのか。

(答) 所定点数には含まれない。

(問66) 12月に2回を限度として算定する、とあるが、

- ① 最初に検査した日から起算するのか。
- ② 再度算定できるのか。
- ③ 小児食物アレルギー負荷検査とI g E検査は併算定できるのか。

(答) ①初回検査日にかかわらず、12月に2回算定できる。

例えば、19年4月14日に当該検査を算定する場合には、18年4月15日から19年4月13日までの間の当該検査の算定回数が1回以下である

必要がある。

②③その通り。

【コンタクトレンズ検査料関連】

(問67) コンタクトレンズの処方後、眼科学的管理を行っている過程で、新たな眼科的疾患の発生を認めた場合は、改めて初診料を算定できるか。

(答) 従来通り、算定できない。

(問68) コンタクトレンズを処方し眼科学的管理を行っている患者に屈折異常以外の他の疾病が新たに発生した場合、初診料を算定してよいか。

(答) 屈折異常に対する継続的な診療中であると考えられることから、再診料を算定する。

また、実施された眼科学的検査については、コンタクトレンズ検査料（既装用者の場合）を算定する。ただし、1）新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、2）緑内障の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラーネーショントノメーターによる精密眼圧測定を実施し、かつ精密眼底検査を実施し視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。）、3）眼内の手術前後の患者等にあつては、コンタクトレンズ検査料を算定せず、個々の眼科学的検査を算定する。

(問69) コンタクトレンズ装用中の患者が、他の保険医療機関の眼科を受診した場合に、初診料は算定できるか。

(答) 特別な関係の医療機関でなければ、初診料を算定できる。

(問70) 円錐角膜の治療としてコンタクトレンズを処方した場合、実施された検査についてはコンタクトレンズ検査料を算定するのか。

(答) 円錐角膜の治療を目的としてコンタクトレンズ（ハードコンタクトレンズに限る。）の処方を行った場合は、その際に実施された眼科学的検査については、コンタクトレンズ検査料を算定せず、区分「D255」から「D282-2」に掲げる眼科学的検査を算定する。

(問 7 1) コンタクトレンズの取扱いがない場合でもコンタクトレンズ検査料 1 の届出ができるか。

(答) できる。

(問 7 2) 眼内の手術前後の患者等については、コンタクトレンズ検査料を算定しないとされているが、コンタクトレンズ検査料 1 の届出に当たり、当該患者は「コンタクトレンズに係る検査を実施した患者」に含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問 7 3) 新たな疾病の発生によりコンタクトレンズ装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、当該患者は、コンタクトレンズ検査料 1 の届出に当たり、「コンタクトレンズに係る検査を実施した患者」に含まれるのか。

(答) 含まれない。ただし、同一月に、複数回の受診があり、コンタクトレンズに係る検査が実施されている場合は、「コンタクトレンズに係る検査を実施した患者」に含まれる。

【肝及び腎のクリアランステスト】

(問 7 4) 内因性クレアチニンクリアランステストは、本区分で算定可能か。

(答) 算定不可。

【負荷検査】

(問 7 5) D 2 8 8 の「2 耐糖能精密検査」において、負荷後のインスリンのみの測定の場合又は C-ペプチドの測定のみを行った場合はどのように算定するのか。

(答) それぞれ、内分泌学的検査により算定する。

【胃・十二指腸ファイバースコープ、血管内視鏡検査】

(問 7 6) 所定点数に含まれる項目として記載された中から、透視、造影剤使用撮影及びエックス線撮影が削除されているが、「エックス線診断の費用」に含まれる文言の整理を行ったものであり、解釈は従前通りなのか。

(答) 従前通り。

5. 画像診断

【乳房撮影】

(問 7 7) 一連とは曝射 (撮影) 回数に関わらず一連という意味なのか。

(答) その通り。

【コンピューターによる画像処理を行った場合の加算】

(問 7 8) コンピューターによる画像処理を行った場合の加算は、患者により算定するかしないかを決めて良いか。また、加算を算定しなければフィルム の材料料を請求して良いか。

(答) その通り。

【ポジトロン断層撮影】

(問 7 9) F D G 製剤を医療機関内で製造せず、市販の医薬品を購入して使用する場合の費用は、当該点数に含まれるのか。

(答) その通り。

(問 8 0) F D G 製剤を医療機関内で製造せず、市販の医薬品を購入して使用する場合の、衛生管理、品質管理に関する基準等はあるか。

(答) 特段規定していないが、医療機関内で製造する場合の基準に準じて取り扱うことが望ましい。なお、医療法に規定する安全管理基準は、F D G 製剤を医療機関内で製造するか否かを問わず、当然に満たしている必要がある。

(問 8 1) シンチグラム等の際のラジオアイソトープはどのように算定するのか。

(答) 薬価基準の定めるところにより薬剤料として算定する。

(問 8 2) 従前の「ポジトロン断層撮影」の施設基準の届出をしている場合、

改めて届出が必要か。

(答) 改めて届出の必要はない。

【コンピュータ断層撮影】

(問 8 3) 単純CT撮影のマルチスライス型の機器について、何列以上のものが該当するのか。

(答) 2列以上のものが該当する。

(問 8 4) 他院のCT・MRI機器を共同利用している場合、他院が届け出ている基準で保険請求して良いか。

(答) その通り。

(問 8 5) 医療機関内の複数のCTのうち一台でもマルチスライス型のものがあれば、マルチスライス型以外の機器で撮影した場合にも「1 マルチスライス型の機器による場合」で算定できるか。

(答) できない。

(問 8 6) 「コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する」とあるが、どのような算定になるのか。

(答) 例示すると以下のようなになる。

例 1)

頭部単純CT (マルチスライス型の機器以外) (1回目) → 頭部単純MRI (1.5テスラ以上の機器による場合以外) (2回目) → 四肢単純CT (マルチスライス型の機器以外) (3回目) の場合

660点 + 650点 + 650点

例 2)

頭部単純CT (マルチスライス型の機器以外) (1回目) → 頭部単純MRI (1.5テスラ以上の機器による場合以外) (2回目) → 頭部特殊CT (3回目) の場合

6. 注射

【無菌製剤処理加算】

(問87) 点滴注射において「細胞毒性を有する薬剤」を「厚生労働大臣が定める入院患者」に対して使用し「無菌製剤処理」を行なった場合は50点+40点で90点算定できるのか。

(答) どちらか一方のみ算定する。

【外来化学療法加算】

(問88) 点滴注射における外来化学療法加算の「等」には何が含まれるのか。

(答) 関節リウマチとクローン病が含まれる。

(問89) 今回の改定で、外来化学療法加算の算定対象に関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤（レミケード）の投与が追加されたが、この場合の届出についても、常勤薬剤師の配置が必要か。

(答) 外来化学療法加算の届出にあたっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗腫瘍用薬の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちには困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所については、当分の間、当該療法を行う場合に薬剤師の勤務を確保、又は、当該療法の経験を有する医師が勤務しており、当該医師により副作用説明等が行われている場合に限り、薬剤師が常勤で配置されていなくとも届出を行うことができる。

7. リハビリテーション

【総則】

(問90) 疾患別リハビリテーションの施設基準に定められている専任の医師については、他の疾患別リハビリテーションと兼任できるか。

(答) 各疾患別リハビリテーションの施設基準に規定する医師の要件をそれぞれ満たす場合には、兼任できる。

(問 9 1) 疾患別リハビリテーションの施設基準に規定する専従の常勤従事者については、複数の非常勤の従事者を常勤換算できるか。

(答) 否。常勤の従事者とは、医療機関の定める所定労働時間を全て勤務する者である。したがって、雇用形態は問わないが、非常勤の者は含まれない。なお、ここでの専従とは当該療法を実施する日、時間において専従していることであり、例えば、水曜と金曜がリハビリテーションの実施日である医療機関については、水曜と金曜以外は他の業務を行うことも差し支えない。

(問 9 2) 所定労働時間とは、週 40 時間か。

(答) 医療機関の定める所定労働時間であり、必ずしも週 40 時間でなくてよい。

(問 9 3) 各疾患別リハビリテーションの届出に係る専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士については、各疾患別リハビリテーションを実施しない日において訪問リハビリテーションを行っている場合であれば専従の従事者として届け出てよいか。

(答) よい。

(問 9 4) 疾患別リハビリテーションに規定されている「経験を有する」という規定は、具体的にはどのようなことか。例えば、「心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士又は、常勤看護師」とあるが、ここにいう経験とはどのようなものか。

(答)

専門的な研修の例としては、平成 18 年 4 月 1 日現在では、心大血管疾患リハビリテーションについては、日本心臓リハビリテーション学会の認定する心臓リハビリテーション指導士の研修、呼吸器リハビリテーションについては、日本呼吸器学会等の認定する呼吸療法認定士の研修等がある。

(問 9 5) 機能訓練室の面積要件については、階が離れていても合算して基準

の面積を確保することでもよいか。

(答) 適切に従事者を配置し、適切にリハビリテーションを実施できる場合は、合算により確保してもよい。なお、心大血管疾患リハビリテーションについては、医師の直接監視下で行うことが原則となっているので、複数の訓練室で実施する場合は複数の医師が担当する必要がある。

【算定単位数制限】

(問96) 1日当たり実施単位数の上限が緩和される疾患のうち、「脳血管疾患等の急性発症から60日以内の患者」とはいかなる患者を指すのか。

(答) 特掲診療料の施設基準等告示別表九の四から九の七までに掲げる、各疾患別リハビリテーションの対象疾患のうち、急性発症したもの。

具体的には、心大血管疾患リハビリテーション料について急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者、脳血管疾患等リハビリテーション料について脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者及び脳腫瘍、脳膿瘍、脊髓損傷、脊髓腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者、運動器リハビリテーション料について上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者、呼吸器リハビリテーション料について肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者及び肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

【算定日数制限】

(問97) リハビリテーションの算定日数制限の除外対象となる以下の患者の診断基準等はあるのか。

- ① 失語症・失認および失行症
- ② 高次脳機能障害
- ③ 重度の頸髄損傷
- ④ 頭部外傷または多部位外傷
- ⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ⑥ 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患
- ⑦ 障害児(者)リハビリテーションに規定する患者

(答) 高次脳機能障害については、「高次脳機能障害診断基準」によること。その他については、関係学会等の診断基準に基づく医学的判断による。

(問 98) 除外対象疾患として「重度の頸髄損傷」の「重度」の基準があるのか。身体障害者手帳の等級であれば何級程度か。

(答) 医師が、算定日数上限を超え、継続的にリハビリテーションを行うことにより症状の改善が見込まれると診断したもの。特段の規定はないが、定期的に評価を行い、症状の改善が認められている必要がある。

(問 99) 算定日数上限の適用除外疾患のうち、「頭部外傷及び多部位外傷」とは、頭部外傷がある場合のみが該当するのか。また、多部位外傷とはどの程度のものが該当するのか。

(答) 頭部外傷がなくても多部位外傷に該当し、治療の継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、算定日数上限の適用除外となる。また、多部位外傷とは、体幹・四肢における2部位以上の骨・関節・神経・腱・靭帯の損傷であって回復に長期間を要するものが該当する。

(問 100) 「回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者」とあるが、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象となる患者であって回復期リハビリテーション病棟にいる者であれば、当該入院料を算定していなくても、除外されるのか。

(答) 算定日数上限の適用除外対象とはならない。現に、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定中の患者であることが必要である。

(問 101) 「障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者」とあるが、例えば、聴覚障害や言語障害を伴う発達障害を有する小児について、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)を算定する場合は算定日数上限の適用除外対象となるか。

(答) 障害児(者)リハビリテーション料に規定する「言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害」に含まれるため適用除外に該当し、算定日数の上限を超えて脳血管疾患等リハビリテーション料(I)を算定できる。

【心大血管疾患リハビリテーション料】

(問102) 患者1人につき1単位(I)250点、(II)100点の算定が可能と考えるとよいか。

(答) 要件を満たしていればよい。医師の直接の監視下に行う場合には、例えば患者20人を相手にする場合、医師2人及び理学療法士と看護師併せて4人が必要。

(問103) 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準に規定する専従の看護師は、外来業務と兼任してよいか。

(答) 心大血管疾患リハビリテーションの実施日以外については、兼務することも可能である。ただし、心大血管疾患リハビリテーション実施日と外来勤務日とが異なることが確認できる添付書類を添えて届け出ること。

(問104) 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準で、「専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯については、他と兼用できない」とあるが、時間帯を分けて実施する場合は、呼吸器リハビリテーション料(II)の専用施設と兼用してかまわないか。

(答) 可能。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

(問105) 失語症の診断があれば、言語聴覚士のみならず、理学療法士、作業療法士も算定日数(180日)を超えて算定できるか。

(答) 算定日数上限の適用除外に規定されている疾患は「失語症」である。したがって、失語症の治療に係る言語聴覚療法のみ、算定日数の上限を超えて算定できる。

(問106) 言語聴覚療法の基準を満たすものとして脳血管疾患等リハビリテーション料(I)を届け出ている施設に於いて、理学療法を行った場合、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)を算定できるか。

(答) 算定できない。

言語聴覚療法のみを実施する場合に適用される施設基準により、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)を届け出ている医療機関では、理学療法、

作業療法を行っても、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）250点は算定できない。

【運動器リハビリテーション料】

（問107）運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の医師要件とされている、「適切な運動器リハビリテーションに係る研修」とはどのような研修か。

（答）運動器リハビリテーションに関する理論、評価法及び医療保険等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。平成18年4月1日現在では、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーション医師研修会等。

（問108）「研修を終了したあん摩マッサージ指圧師等」とあるが、「等」には看護師、准看護師、柔道整復師、はり師、きゅう師は含まれるのか。

（答）はり師、きゅう師は含まれない。看護師、准看護師、柔道整復師は含まれる。

（問109）運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の従事者の要件とされている、「適切な運動器リハビリテーションに係る研修」とはどのような研修か。

（答）運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。平成18年4月1日現在では、①日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、②全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会。

（問110）あん摩マッサージ指圧師等が勤務しているが、理学療法士が勤務しているものとして運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を届け出ている施設に於いて、非常勤の理学療法士、作業療法士がリハビリテーションを行う場合、180点を算定できるか。また、施設基準に規定する専従の常勤従事者として届け出たものを含め、あん摩マッサージ指圧師等が算定できるのは運動器リハビリテーション料（Ⅱ）の点数（80点）になるのか。

（答）理学療法士、作業療法士が行う場合は、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の点数（180点）を算定できる。あん摩マッサージ指圧師等が行う場合は、

運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の点数(80点)を算定する。

(問111)「あん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合にあつては、所定点数の80点を算定できる。」となっているが、毎回の訓練において指示が必要なのか、また事後報告については、実施記録への理学療法士のサイン等が必要なのか。

(答) 毎回の訓練に於いて、リハビリテーション実施計画及び患者の状態等に基づく指示が必要である。ただし、症状が安定しており、同じ療法を一定期間継続する場合などにおいては数日分まとめて指示をすることも可能である。
また、事後報告に関し実施記録を利用する場合には、報告を受ける者による確認後のサインが必要である。

(問112) 適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了し、理学療法士が勤務しているものとして運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出が行われているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行う場合にも、毎回の訓練において医師又は理学療法士の事前の指示かつ事後の報告が必要なのか。

(答) その通り。

(問113) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準に規定されているあん摩マッサージ指圧師等を専従の常勤従事者として届け出ている場合は、他の疾患別リハビリテーションの施設基準に規定されている専従の常勤理学療法士についても同様に届出ができるか。

(答) できない。特例的に、適切な研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等を専従の常勤従事者として届け出ることができるのは、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)だけである。したがって、他の疾患別リハビリテーションの専従の常勤理学療法士として届け出ることにはできない。

【摂食機能療法】

(問114) 摂食機能療法の算定制限が緩和され、「治療開始日」から3月以内は毎日算定できることとなったが、治療開始とはどのような場合か。ある疾患で入院中に摂食機能療法を実施した後に退院し、1月後、同じ疾患が悪化

したために再び摂食・嚥下機能が低下し、再び摂食機能療法を開始した場合にはどうか。

(答) ある疾患により摂食・嚥下機能に障害を来して、摂食機能療法を新たに開始した日を治療開始日とする。また、摂食機能療法により、経口摂取が可能となり摂食機能療法を終了した後、病状の悪化等により再び摂食機能療法を開始した場合は、その開始日を「治療開始日」として再び算定できる。その際、摘要欄に治療開始日等を記載すること。

【障害児（者）リハビリテーション料】

(問 1 1 5) 障害児（者）リハビリテーション料の届出は、「児童福祉法（昭和 2 2 年法律第 1 6 4 号）第 4 3 条の 3 及び第 4 3 条の 4 に規定する肢体不自由児施設及び重度心身障害児施設又は同法第 2 7 条第 2 項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関」に限られるのか。

(答) その通り。

(問 1 1 6) 肢体不自由児入所施設の外来患者に対して行う場合も、障害児（者）リハビリテーション料を算定可能か。

(答) すでに通知の通り、算定可能。

8. 精神科専門療法

【通院精神療法、心身医学療法】

(問 1 1 7) 精神科を再診で受診し、同一医療機関内の精神科以外の診療科を初診で受診し 1 3 5 点の初診料を算定した場合、精神科で行った通院精神療法又は心身医学療法について初診時の点数を算定できるか。

(答) 初診時の点数は算定できない。

【入院精神療法】

(問 1 1 8) 入院精神療法には、週 1 回～週 3 回の算定回数制限があるが、家族に対して入院精神療法を行った場合も、この制限の対象になるのか。

(答) 家族に対して入院精神療法を行った場合も、算定回数制限に含まれる。

(問 1 1 9) 家族に対する入院精神療法の算定対象となる「初回の入院」とは、診療報酬上の新規入院ということか。

(答) 否。当該医療機関において、統合失調症による初回の入院をさす。したがって、統合失調症により入院し、一度退院した後、再入院した場合には算定できない。

【精神科ショート・ケア】

(問 1 2 0) 精神科デイ・ケアと精神科ショート・ケアを同時に届け出て、同一施設で実施している保険医療機関において、デイ・ケアの予定で来院した患者がショート・ケアの時間帯のみ実施した場合に、ショート・ケアの算定は可能か。

(答) 算定可。

【精神科退院前訪問指導料】

(問 1 2 1) 精神科退院前訪問指導料が「6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回まで算定可」となったが、入院期間が5月で6回訪問をした場合、算定は3回までか。

(答) そのとおり。

9. 処置

【老人処置料】

(問 1 2 2) 老人でかつ1年を超える入院中の患者に対して、重度褥瘡処置を行った場合は、重度褥瘡処置と併せて老人処置料を算定できるか。

(答) 褥瘡に係る処置は老人処置料に含まれていることから、重度褥瘡処置は算定できない。

【介達牽引】

(問123) 消炎鎮痛等処置の逡減制の廃止に伴い、介達牽引の逡減制についても廃止されたと解釈してよいか。

(答) 介達牽引の取扱いについては、従前どおり。介達牽引と消炎鎮痛等処置について併せて5回以上実施された場合は、5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。

10. 手術

【手術】

(問124) 一次的乳房再建術及び二次的乳房再建術が今回新設されたが、乳房再建を目的として遊離皮弁術を行った場合は当該点数を算定するのか。

(答) 一次的乳房再建術及び二次的乳房再建術は、動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術を実施した場合に算定する。

遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)を実施した場合は、一次的乳房再建術又は二次的乳房再建術は算定せず、「K017 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)」を算定する。

(問125) 心臓手術に伴うカウンターショックは、それぞれの心臓手術の所定点数に含まれ、別に算定できないとあるが、心臓手術以外の手術においては算定可能か。

(答) 手術の部の通則の通知のとおり、手術当日に、手術に関連して行う処置については算定できない。

(問126) ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術は、診療所においても届け出ることができるか。

(答) これまで通り、循環器又は心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が1名以上勤務していれば、診療所であっても届け出ることができる。

(問127) 同種死体肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術又は同種死体膵腎移植術の届出に当たっては、「移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写し

を添付すること。」とされているが、具体的にはどのような文書の写しを添付することが求められるのか。

(答) 臓器移植ネットワークのウェブサイト等に掲載されている選定施設のリストの写しを添付して届出できる。

<http://www.jotnw.or.jp/jotnw/inst02.html>

【複数手術に係る費用の特例】

(問128) 複数手術に係る費用の特例として、K618中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置について、その他の手術と併施した場合が示されているが、同一手術野等に該当しない場合も従たる手術は所定点数の100分の50に相当する点数を算定するのか。

(答) 複数手術に係る費用の特例は、同一手術野等における複数手術について、その特例を設定しているものであり、同一手術野等に該当しない場合は、各々の手術料を算定することができる。

【脳死臓器提供管理料】

(問129) 脳死判定後の脳死した者への処置等、脳死臓器提供管理料と重複する費用は、別途算定できないのか。

(答) その通り。

(問130) 脳死判定後の入院基本料はいつまで算定できるのか。

(答) 2回目の法的脳死判定の終了した時点の属する日まで算定できる。

【輸血管理料】

(問131) 輸血用血液製剤の中に、アルブミン製剤は含まれるのか。

(答) アルブミン製剤は輸血用血液製剤には含まれない。

(問132) 輸血管理料Iにおいて、アルブミン製剤について一元管理するとされているが、輸血用血液製剤と同一場所において保管しなければならないか。

(答) 輸血部において保管されていることが原則であるが、当分の間、薬剤部において保管されている場合であっても、アルブミン製剤の請求、払出し等の管理が輸血部において行われていれば差し支えない。

1 1. 入院時食事療養

【算定単位の1食化】

(問133) 医学上の必要があり、4食以上食事が提供されている場合は、1日の最初の食事から3食目までについて算定するのか。

(答) その通り。

(問134) 経管栄養を1日に4回に分けて提供した場合も算定は3回目までとしてよいか。

(答) その通り。

(問135) 10時や3時に提供されたおやつは1食に含まれるか。

(答) 含まれない。

【入院時食事療養（I）】

(問136) 適時適温が入院時食事療養（I）の算定要件となったが、管理栄養士がいても、適時適温がなされていない場合は入院時食事療養（II）により算定するのか。

(答) 入院時食事療養（I）の要件を満たさない場合には入院時食事療養（II）により算定する。

(問137) 入院時食事療養（I）の要件とされた適温の食事の提供については、中央配膳でなければならず、病棟において盛り付けを行っている場合は該当しないのか。

(答) 通知の要件を満たせば該当する。

(問138) 適時適温の食事の提供が入院時食事療養（Ⅰ）の要件となったが、すでに届出を行っている病院も、改めて届出が必要なのか。

(答) 改正後の要件に該当する場合は、届出不要。改正後の要件に該当しなくなる場合は、届出の辞退を要する。

【特別食加算】

(問139) 濃厚流動食であっても、単なる経管栄養のためのものではなく特別食加算の対象となる食事であれば、加算できるか。

(答) 従前通り、加算できる。

(問140) 小児食物アレルギー食が、栄養食事指導料の対象となったが、特別食加算の対象とはならないのか。

(答) ならない。

【複数メニューの選択】

(問141) 今までどおりの選択メニュー（患者が2種類の主菜メニューから選ぶ）を実施した際に、例えば一食あたり17円の負担を求めることができるのか。

(答) 否。基本メニューと選択メニューを区分して予め患者に提示している場合であって、患者が後者を選択した場合に限って、1食につき17円を標準として1日3回まで徴収できる。

なお、朝・昼・夜のいずれであるかにもよるが、基本メニューが肉を用いていれば、選択メニューは材料が魚であるなど、患者の選択に資する内容のものであることが必要。

(問142) 特別メニューの同意書は決められた書式があるか

(答) 決められた書式はない。

12. その他

【明細書】

(問 1 4 3) 患者から求めがあったときに交付する詳細な明細書は、診療報酬明細書（レセプト）の様式を用いて交付してもよいか。

(答) 患者名、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等詳細に記載されており、患者の求めに応じたものであればよい。

【処方せん】

(問 1 4 4) 特定の後発医薬品の銘柄を処方し、処方せんに「後発医薬品への変更可」の欄に署名等を行った場合でも、患者の求めがあった場合などについては、保険薬局において、患者が他の後発品を選択することは可能か。

(答) 差し支えない。なお、その場合であっても、実際に調剤した医薬品に関する情報について保険薬局から情報提供がなされることが必要。

(問 1 4 5) 第 1 6 2 国会で介護保険法等の一部を改正する法律が可決・成立したところであり、平成 1 8 年 4 月 1 日より、介護保険法上、訪問看護等を行う指定居宅サービス事業者に 6 年ごとの指定の更新制が設けられることとなる。また、従来より、健康保険法第 8 9 条第 1 項により、介護保険法により指定居宅サービス事業者の指定を受けたものは、健康保険法上の指定訪問看護事業者の指定を受けたものとみなされ、また、同条第 2 項により、介護保険法により指定居宅サービス事業者の指定を取り消されたとしても、健康保険法上のみなし指定の効力には影響を及ぼさないものとされているところ。ここで、介護保険法上指定を更新できなかった場合の健康保法上のみなし指定の効力については、どのように取り扱えばよいか。

(答) 指定の更新は、その更新時に、改めて要件に照らし可否を決定するものであり、指定の取消とは異なるものである。よって、介護保険法上の指定の更新を受けられなかったものについては、健康保険法上のみなし指定を行うことはできない。