

福県医発第748号(地)

平成20年 6月20日

各 医 師 会 長 殿



福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公印省略)

平成20年度診療報酬改定『Q&A』(その3)の送付について

平成20年度診療報酬改定『Q&A』(その3)を入手いたしましたので、別紙のとおりお送りいたします。

つきましては、本通知の内容につきまして、会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 毛利康茂
医療保険副担当理事 島田昇二郎
会長 丸山 泉

事務連絡（保 71）
平成20年6月18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
藤 原 淳

平成20年度診療報酬改定『Q&A』（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。

平成20年度診療報酬改定に関する都道府県医師会、郡市区医師会等からいただいております照会事項につきまして、これまでに厚生労働省当局と確認がとれましたものを「平成20年度診療報酬改定『Q&A』（その3）」としてとりまとめましたので、ご参考までにお送り申し上げます。

なお、本件につきましては、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）

平成20年度診療報酬改定『Q&A』（その3）（2008/6/18 日本医師会）

平成20年度診療報酬改定『Q & A』(その3)

2008/6/18 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

【後期高齢者医療制度】

Q 1. 算定の対象患者が後期高齢者となる診療報酬項目については、75歳以上の生活保護受給者には適用されないのか。

A 1. 適用される。生活保護の医療扶助においては、従来より、75歳以上の者及び65歳以上75歳未満の者であって障害の状態にある被保護者の療養に係る診療報酬については老人医療の例による診療報酬を用いていたところであるが、これらの者については、平成20年4月以降、後期高齢者医療の例による診療報酬を適用することとなる。

【後発医薬品の使用促進】

《処方せん様式》

Q 2. 薬局で後発医薬品に変更された場合、カルテへの記載内容は「〇〇薬に変更」等の記載でよいか。

A 2. カルテへの記載については、薬局から提供された後発医薬品の銘柄等に基づき、「薬局で〇〇に変更」等と記載することで問題ない。

【点数項目】

《初・再診料》

A000初診料の注6及びA001再診料の注5の夜間・早朝等加算

Q 3. 夜間・早朝等加算について、泌尿器科・内科標榜医療機関が、J038人工腎臓の「注1」の加算（人工腎臓夜間加算）を算定している場合、人工腎臓夜間加算を算定している患者以外の一般の患者についても、初診料・再診料における夜間・早朝等加算の算定はできないのか。

A 3. 人工腎臓夜間加算の算定患者以外については算定できる。

Q 4. 往診料を算定した場合、緊急往診加算と併せて算定できるか。

A 4. 要件を満たせば算定できる。

Q 5. 電話、インターネットで予約を受付けている場合、加算を算定するかどうかは、予約の入った時間で判断するのか、それとも患者が実際に予約当日に来院した時間で判断するのか。

A 5. 予約当日に来院した際に改めて受付を行った時間で判断する。ただし、医療機関側の都合による場合を除く。

《入院》

A100 一般病棟入院基本料

7対1入院基本料

Q 6. 7対1入院基本料の届出（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の要件を満たさず、かつ、医療法標準による医師等の員数の基準（いわゆる標欠の基準）に該当し減算の対象となる場合は、どのように算定するのか。

A 6. 準7対1入院基本料を算定するのではなく、「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」に基づき、算定することとなる。

（参考：医療法標準による医師等の員数の基準と入院基本料の算定方法）

	医師又は歯科医師の員数の基準	
	70/100 以下	50/100 以下
離島等所在保険医療機関以外の場合	90/100	85/100
離島等所在保険医療機関の場合	98/100	97/100

A101 療養病棟入院基本料及びA109有床診療所療養病床入院基本料

注4 褥瘡評価実施加算

Q 7. ADL区分3の患者に対して、別紙9、10を参考に評価・確認すれば、例え褥瘡がない患者であっても加算できるということか。

また、病棟全体（あるいは診療所内）で結果的に褥瘡の患者が増えたとしても加算できるということか。

A 7. 褥瘡評価実施加算は、評価確認を目的とするものであるので、褥瘡の有無に関係なく加算が算定できる。また、病棟全体（あるいは診療所内）で褥瘡患者の増減に関係なく加算できる。

A108 有床診療所入院基本料

注2 夜間緊急体制確保加算

Q 8. 加算要件の1つに「夜間に医師を配置している」とあるが、医師は必ず院内にいないといけないのか。あるいは当日の担当が決まっていて、連絡をすれば速やかに対応できる状況であればよいのか。

A 8. 速やかに対応できる体制であれば、連絡をすれば対応できることで差し支えない。（例えば、診療所の隣に自宅があるとか、20～30分以内で速やかに対応できる体制にあることが想定される。）

注4 看護配置加算・夜間看護配置加算

Q 9. 有床診療所入院基本料の注4の加算（イ～ニ）は要件を満たせば、全て併算定可能か。

A 9. 可能である。

Q 10. イ～ニまでの加算を全て算定する場合の届出方法はどうすればよいか。

A 10. 届出様式12の5を用いて、看護配置加算2、夜間看護配置加算2の施設基準を満たす内容を記載すれば、それぞれ「1」も算定できることとなる。

Q 11. 夜間看護配置加算1について、配置する看護職員1名については当直でもよいか。

A 11. 従来どおり当直でもよい。

A205-2 超急性期脳卒中加算

Q 12. 届出を行わない施設において、脳梗塞と診断された患者に対し、「組織プラスミノゲン活性化因子」を投与した場合、取扱いはどうなるか。

A 12. 超急性期脳卒中加算の算定はできないが、その他の入院料等や薬剤費は算定できる。

A207-2 医師事務作業補助体制加算

Q 13. 施設基準において6か月の研修期間内に32時間以上の研修を行うことが規定されているが、日本医師会医療秘書検定の資格を有している者は32時間以上の研修は免除されると考えてよいか。

A 1 3. そのとおり。基礎知識習得において、当該資格を有することで、適切な内容の講習の時間に代えることができる。ただし、6 か月間の業務内容についての研修の実施は必要である。

Q 1 4. 医師事務作業補助体制加算の届出に際して、医療機関は電子カルテシステムやオーダーリングシステムを行っていないと届出自体できないのか。

A 1 4. 電子カルテシステムやオーダーリングシステムの実施は届出要件ではない。ただし、電子カルテシステムやオーダーリングシステムを実施している医療機関において医師事務作業補助者が代行入力を行う場合には、施設基準の要件に示されている体制を整える必要がある。

A238 退院調整加算

Q 1 5. 別紙様式 6 中の「退院支援計画担当者」と「退院支援計画を行う者の氏名（下記担当者を除く）」を記入する箇所があるが、有床診療所で専任の看護師が 1 名の場合等はどのように記載するのか。同じ名前を書いてよいのか。

A 1 5. 退院支援を行う者が 1 名である場合には、「退院支援計画を行う者の氏名（下記担当者を除く）」の欄には記入しなくてよい。

A239 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

Q 1 6. 診療所において後期高齢者診療料を入院日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変に伴い、診療所の医師の求めに応じて入院を受け入れた医療機関が算定できるが、この場合、予め診療所が患者に交付した診療計画書に緊急時の入院先として記載のある医療機関でないと算定できないのか。

A 1 6. そのとおり。

Q 1 7. 診療計画書に記載のない医療機関に緊急入院した場合、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算は算定できないと考えてよいのか。

A 1 7. そのとおり。

A240 後期高齢者総合評価加算

Q 1 8. 過去に日本医師会が開催している「在宅医研修会」は、後期高齢者総

合評価加算の施設基準に示されている研修内容を満たしているのか。

A 1 8. 後期高齢者総合評価加算の届出に係る研修については、施設基準通知において、平成21年3月31日までの期間においては、下記のイ又はウのいずれかを満たす研修であって、1日8時間又は通算して8時間程度の研修を修了していることで差し支えないこととされている。

イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているものであること。

ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。

在宅医研修会については、平成18年度以降に3回開催しているが、それぞれの開催につき、上記を満たしているかについては以下の通りである。

①平成18年度 在宅医研修会（平成19年2月4日（日））

「在宅での看取り（がん以外の認知症、脳卒中等による死）」

②平成19年度 在宅医研修会 第1回（平成19年8月26日（日））

「在宅医療を推進する諸形態」

③平成19年度 在宅医研修会 第2回（平成19年11月11日（日））

「在宅ケアにおける専門性の確立と相互の補完」

①②については、施設基準のイの内容のうち、薬物療法についての内容が不足しているため、追加で研修を受講していただく必要がある。

③については、施設基準のイの内容が全て含まれているため、受講している場合は、それをもって届出を行っていただいて差し支えない。

なお、その場合であっても平成22年3月31日までに、施設基準のウの内容を含む研修を追加で受講する旨届け出ることとし、研修を修了した際には、改めて修了した旨届け出ることとされているため、ご留意願いたい。

Q 1 9. 研修期間が16時間以上とあるが、対象となる研修は、後期高齢者診療料と同様と理解してよいのか。

A 1 9. ①研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているものであること。
②研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれるものであること。

などが要件となっており、ワークショップが必須であるなど、若干、後期高齢者診療料の研修とは異なる。

ただし、後期高齢者総合評価加算の対象となる研修については、後期高齢者診療料の研修の要件を満たすものである。

A308-2 亜急性期入院医療管理料

Q 2 0. 施設基準にある「専任の在宅復帰支援を担当する者」について、退院調整加算又は A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算の専従の者との兼務は可能か。

A 2 0. 兼務可能である。

《医学管理等》

B001 「4」 小児特定疾患カウンセリング料

Q 2 1. 対象疾患について通知の記載が改正されたが、何が変わったのか。

A 2 1. 従来の対象疾患は含まれており、今回さらに多動性障害等が対象に加わった。

Q 2 2. 算定要件が1年を限度に月1回から2年を限度に月2回に緩和されているが、次の場合は算定できるか。

① 平成19年2月15日に最初のカounseling料を算定した患者のように、既に算定期間の限度を迎えている患者に対して、平成20年4月1日以降、カounselingを継続した場合

② 平成19年4月15日に最初のカounseling料を算定し、継続してカounselingを行っている患者に対して平成20年4月15日以降、カounselingを行った場合

A 2 2. ① 起算日から2年以内であれば、算定期間が終了していた患者であっても、あらためて算定できる。② 起算日から2年を限度に算定できる。

B001 「20」 糖尿病合併症管理料

Q 2 3. 特定疾患療養管理料と併算定できるか。

A 2 3. 算定できる。

Q 2 4. 複数の患者を対象に集団で指導した場合でも算定できるか。

A 2 4. 集団での指導は算定の対象とならない。

Q 2 5. 「1回の指導時間は30分以上でなければならない」とあるが、医師による指導が10分、看護師による指導20分の場合でも算定できるのか。

A 2 5. 医師と看護師による指導時間を合わせて30分以上であれば、算定できる。

B001-3 生活習慣病管理料

Q 2 6. 生活習慣病管理料において対象疾患の1つが「高脂血症」から「脂質異常症」に変更されているが、高脂血症という病名がなくなるのか。

A 2 6. ICD-10（国際疾病分類）が変更になったことに対応して診療報酬点数表上変更された。薬剤の効能・効果で用いる病名については、準用して使用してよいことという取り扱いをしており、従前の「高脂血症」でも新たな「脂質異常症」でも同様に扱う。

B008 薬剤管理指導料

Q 2 7. 直接服薬指導、服薬支援その他薬学的管理指導には、血中濃度や検査値を患者に説明することも含まれているか。

A 2 7. 必要であれば説明する。必須要件ではない。

Q 2 8. 精神神経用剤には催眠・鎮痛剤、抗不安薬、抗うつ薬、気分安定剤も含まれるか。

A 2 8. 薬効分類上の精神神経用剤を指しており、それ以外のものは含まれない。

B009 診療情報提供料（I）

Q 2 9. 注9の認知症患者紹介加算における「認知症専門医療機関」とは、具体的にどのような医療機関を指すのか。

A 2 9. 「老人性認知症センター」、平成20年度から「認知症疾患医療センター」となる保険医療機関または当該施設に準じた機能を有する保険医療機関施設へ紹介した場合となる。

Q 3 0. 「精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外

の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、所定点数に 200 点を加算する」とあるが、心療内科に紹介した場合は算定できるか。

A 3 0. 心療内科に紹介した場合には算定できない。精神科に限られる。

B016 後期高齢者診療料

Q 3 1. 後期高齢者診療料を算定している患者については、包括される項目を他の医療機関で算定できないのか。

A 3 1. 算定できる。

Q 3 2. 過去に日医が開催している「在宅医研修会」は、後期高齢者診療料の施設基準に示されている研修内容を満たしているのか。

A 3 2. 「在宅医研修会」については、平成 1 8 年度以降 3 回開催しているが、いずれの研修においても、施設基準に示されている研修内容を全て満たすものである。

(参考)

平成 1 8 年度 在宅医研修会 (平成 1 9 年 2 月 4 日 (日))

「在宅での看取り (がん以外の認知症、脳卒中等による死)」

平成 1 9 年度 在宅医研修会

第 1 回 (平成 1 9 年 8 月 2 6 日 (日))

「在宅医療を推進する諸形態」

第 2 回 (平成 1 9 年 1 1 月 1 1 日 (日))

「在宅ケアにおける専門性の確立と相互の補完」

Q 3 3. 標記診療料の計画書に記載されている他医療機関での診療状況の把握は義務か。

A 3 3. 患者に照会し、出来る限り把握するよう努めてもらいたい。患者に照会して分からなければそれは仕方ない。

Q 3 4. 特別養護老人ホームに入所する患者でも、後期高齢者診療料を算定することが可能か。

A 3 4. 配置医師が行う場合を除き、算定可能である。

B017 後期高齢者外来継続指導料

Q 3 5. 後期高齢者外来継続指導料は、自院に入院していた患者が退院後外来受診した場合でも算定できるか。

A 3 5. 後期高齢者外来継続指導料は、他の保険医療機関に入院していた患者について算定できるものであり、自院に入院していた患者については算定できない。

Q 3 6. 後期高齢者外来継続指導料は、特別の関係にある保険医療機関を退院した患者についても算定できるか。

A 3 6. 算定できる。

《在宅医療》

C005 在宅患者訪問看護・指導料

Q 3 7. 在宅患者連携指導加算は、医療関係職種間で患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を共有し、共有された情報を踏まえて指導した場合に算定できるが、情報共有の手段としては電話でもよいのか。また、情報を共有する相手先として、医療機関、歯科医療機関、薬局があるが、いずれか1か所だけでもよいのか。

A 3 7. 情報共有は文書等（電子メール、ファクシミリでも可）で行われるもので、電話のみでは認められない。情報共有の相手は、利用している歯科医療機関、薬局のうち2者以上と情報共有をする必要がある。

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

Q 3 8. 居住系施設入居者等を対象とする在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料2が新設されたが、医療と介護の給付調整通知では、算定できる施設はないがどのようなケースで算定できるのか。

A 3 8. 要介護被保険者でないものであって、居住系施設（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅）に入居している患者が対象となる。

C101 在宅自己注射指導管理料

Q 3 9. 在宅自己注射指導管理料の留意事項通知が改正され、(7) 中に「(薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。)」の文言が追加されているが、当該指導管理料と関係のない薬剤等を注射した場合にも、注射の手技料及び薬剤料等の算定はできないのか。

A 3 9. 当該指導管理料に関係のない注射の手技料及び薬剤料等は別に算定できる。

《検査》

【外来迅速検体検査加算】

Q 4 0. がんの確定患者に対して、腫瘍マーカーの C E A を行った場合は、悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定となるが、それと同時に C R P を行った場合、当日中にその 2 項目について、結果の情報提供を行えば、外来迅速検体検査加算は 2 項目 (5 点×2) として算定できるか。

A 4 0. 悪性腫瘍特異物質治療管理料に包括される腫瘍マーカーの C E A については、外来迅速検体検査加算を算定できない。C R P のみ外来迅速検体検査加算を算定できる。(5 点×1)

Q 4 1. 検体検査を 5 項目実施し、そのうち 3 項目が別に厚生労働大臣が定める検査に該当し、2 項目は該当しない場合には、3 項目を当日中に文書で情報提供すれば、5 項目の検体検査に加算できると考えてよいか。

A 4 1. 別に厚生労働大臣が定める検査に該当し、当日中に文書で情報提供した 3 項目についてのみ加算できる。また、該当しない 2 項目は当日中に文書で情報提供するか否かは関係ない。

D009 腫瘍マーカー

Q 4 2. 日本医師会作成「改定診療報酬点数表参考資料」P. 316 通知(3)が削除されているが、P. 317 の(14) (訂正後の(15))は残っている。これは、従来、A F P - L₃% と A F P と P I V K A II 精密測定は主たるもののみ算定であったが、(3)が削除されたことにより、A F P - L₃% と A F P、A F P - L₃% と P I V K A II 精密測定が併算定不可で、A F P と P I V K A II 精密測定は 2 項目として算定できることになったと解釈してもよいか。

A 4 2. もともと

- ① A F P
- ② A F P 精密測定
- ③ A F P - L₃ %
- ④ P I V K A II 精密測定

とあったが、

①は廃止。従来の通知(3)の「①と④の併算定禁止」は廃止となった。

「②③④の併算定禁止」は通知(14)(訂正後の(15))として残っている。この通知は③に関するものなので、

②③④を行った場合は③のみ。

②③を行った場合も③のみ。

③④を行った場合も③のみ。

②④を行った場合は2つとも算定可。

《画像診断》

画像診断管理加算

Q 4 3. 同一の医療機関において、患者ごと又は、撮影方法の違い（エックス線撮影とC T撮影など）により、電子画像管理加算を算定するか、デジタル映像化处理加算を算定するか、選択することは可能か。

A 4 3. 可能である。

Q 4 4. 電子画像管理加算の算定にあたり、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影、乳房撮影の全てについて、画像を電子化して管理及び保存する必要があるのか。

A 4 4. 単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影、乳房撮影のうち、電子化して管理及び保存したものについて、当該加算を算定する。電子化して管理及び保存しないものについては、撮影料＋フィルム代を算定する。

《投薬》

Q 4 5. 今回、一部の向精神薬や麻薬が30日投与可能になり、処方に当たり残薬と重複処方の有無について患者に確認し、カルテに記載する要件が課されたが、この要件は今回拡大された薬剤のみに適応されたのか。

A 4 5. 投与期間に上限が設けられている麻薬又は向精神薬について適用されることとなる。

《リハビリテーション》

疾患別リハビリテーション

Q 4 6. ①平成20年3月31日の時点で既に標準的算定日数を超えている患者は、平成20年4月1日以降、1か月当たり13単位までの算定は可能か。

②平成20年3月31日以前から疾患別リハビリテーションを実施している患者について、平成20年4月1日以降、疾患別リハビリテーションの起算日を変更するのか。

A 4 6. ①算定できる。②変更しない。従前の起算日を継続する。

Q 4 7. 標準的算定日数を超えて、1か月に13単位までを算定する場合でも、リハビリテーション実施計画を作成する必要があるのか。

A 4 7. そのとおり。3か月に1回以上作成しなければならない。

早期リハビリテーション加算

Q 4 8. 入院中の患者に対し、起算日から30日以内まで算定できるが、平成20年3月中に入院した患者について平成20年4月1日以降加算できるか。

A 4 8. 平成20年4月1日以降、起算日から30日以内の期間に限り算定できる。

《精神科専門療法》

I 002 通院・在宅精神療法

Q 4 9. 20歳未満の患者に対する加算の算定期間が6月以内から1年以内に拡大されたが、初診日より6か月以上過ぎて加算の算定が終了している患者は、平成20年4月1日以降初診日から起算して1年以内であれば加算を復活してよいか。

A 4 9. よい。

I 002-2 精神科継続外来支援・指導料

Q 5 0. 患者の会社の上司に病状を説明する場合も算定できるか。

A 5 0. 精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援として行われる場合であって、通知にある「家族等の看護や相談に当たる者」に該当すれば算定できる。

Q 5 1. 往診・訪問診療時にも算定できるか。

A 5 1. 入院中の患者以外で再診時に算定できる。

Q 5 2. 外来管理加算と併せて算定できるか。

A 5 2. 算定できない。

《処置》

基本診療料に含まれる簡単な処置

Q 5 3. 1 0 0 平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置等の基本診療料に含まれる処置を行った場合でも、使用した薬剤の費用は算定できるか。

A 5 3. 算定できる。

Q 5 4. 急性中耳炎の患者への点耳処置は基本診療料に包括されるのか。

A 5 4. そのとおり。

J043-4 胃瘻カテーテル交換法

Q 5 5. J 0 4 3 - 4 胃瘻カテーテル交換法が新設されたが、

①療養病棟入院基本料や有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者に胃瘻カテーテル交換法やその材料の費用は算定できるか。

②介護保健施設入所者について算定できない処置に胃瘻カテーテルは記載されていないので、算定できるか。

A 5 5. ①算定できる。②算定できる。

《医療と介護の給付調整》

Q 5 6. 特別養護老人ホーム入所者に対して、以下は算定可能か。

(1) 在宅患者訪問診療料

(2) 特定施設入居時等医学総合管理料

A 5 6. (1) 特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものに限り、「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料の「2」居住系施設入居者等である患者の場合(200点)を算定できる(介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算を算定している場合の在宅ターミナルケア加算及び「注4」のただし書きに規定する加算を除く。)

(2) 特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものに限り、算定できる。

(「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」等の一部改正について(平成20年3月28日付保医発第0328001号)の別添4「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第03312002号)の一部改正について一を参照)

Q 5 7. 特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものについて以下を算定する場合、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医である必要があるか。

(1) 在宅患者訪問診療料

(2) 特定施設入居時等医学総管理料

A 5 7. 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院でなくとも算定できる。

Q 5 8. 特別養護老人ホームの配置医師(保険医療機関の保険医に限る。)であっても、当該特別養護老人ホームの入所者に対して、以下は算定可能か。

(1) 在宅患者訪問診療料

(2) 特定施設入居時等医学総管理料

A 5 8.

(1) 特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものに限り、当該特別養護老人ホームの配置医師(保険医療機関の保険医に限る。)であっても、「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料の「2」居住系施設入居者等である患者の場合(200点)を算定できる(介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算を算定している場合の在宅ターミナルケア加算及び「注4」のただし書きに規定する加算を除く。)

(2) 特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものに限り、当該特別養護老人ホームの配置医師(保険医療機関の保険医に限る。)であっても算定できる。

(「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医

薬品等」の実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成20年3月28日付保医発第0328001号）の別添4「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第03312002号）の一部改正について一を参照)

《お知らせ》

厚生労働省保険局医療課より発出された平成20年3月28日付け疑義解釈資料に掲載されている後期高齢者外来患者緊急入院診療加算に関する内容（問17）と、本会作成の平成20年度診療報酬改定『Q&A』（その2）における内容（Q25）が、異なる解釈となっていたため、厚生労働省当局に確認いたしましたところ、厚生労働省保険局医療課作成の疑義解釈資料の間に誤植が確認されましたので、ご連絡申し上げます。

（参考）

●平成20年3月28日付け疑義解釈資料（厚生労働省保険局医療課）

（問17）後期高齢者診療料を算定した後、病状の急変等が起きて同月内に~~自院~~
~~に~~入院した場合にも、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定できるのか。

（答） 要件を満たせば算定できる。

●平成20年度診療報酬改定『Q&A』（その2）（日本医師会作成）

Q25．後期高齢者外来患者緊急入院診療加算は、区分番号「B016」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。

A25．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「B016」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。