

事務連絡
平成22年4月30日

地方厚生(支)局医療課
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部)
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(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の一部を改正する件」(平成22年厚生労働省告示第69号)等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成22年3月5日保医発0305第1号)等により、平成22年4月1日より実施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1から別添4のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

なお、「疑義解釈資料の送付について(その2)」(平成22年4月13日付事務連絡)を別添5のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

医科診療報酬点数表関係

【地域医療貢献加算】

(問1) 連携医療機関として病院又は休日・夜間診療所でもよいか。

(答) 原則、自院で対応することとするが、やむを得ない事情がある場合は、例外的に病院又は休日・夜間診療所との連携についても可能とする。

(問2) 複数の診療所や地域医師会が当番制で主務する休日・夜間診療所を緊急時の対応施設とする場合は、当該休日・夜間診療所の連絡先に加え、出務医日程表を提示することが必要か。

(答) 病院又は休日・夜間診療所との連携については、例外的な対応と考えることから、そこまでの必要はない。

(問3) 再診料が包括されている小児科外来診療料や在宅患者訪問診療料などを算定した場合には、地域医療貢献加算、明細書発行体制等加算など再診料の加算は算定できないという理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問4) 留守番電話対応について音声ガイダンスにて医療機関の紹介をすることに加えて、メッセージの録音が必要であるか。また、速やかにコールバックする必要があるか。

(答) メッセージの録音を行い、録音内容に応じて速やかにコールバックを行うことが必要である。

【後発医薬品使用体制加算】

(問5) 有床診療所における後発医薬品使用体制加算の施設基準において、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制の整備が必要とされているが、有床診療所において、薬剤師の配置がなく、医師が後発医薬品の評価や採用の決定をしている場合に、施設基準を満たしていると考えてよいか。

(答) 施設基準を満たしているとは認められない。

当該加算は、薬剤部門又は薬剤師が、薬学的な観点から、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価する体制を整備していることを評価するものであること。

(問6) 有床診療所における後発医薬品使用体制加算の施設基準に関して、薬剤師の配置は、非常勤職員であっても認められるか。

(答) 有床診療所の場合には、非常勤の薬剤師であっても、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報収集・評価に従事しており、有床診療所としてその評価結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制を有しているのであれば、施設基準を満たしていると認められる。

【医学管理等】

(問7) 認知症専門診断管理料の施設基準において、「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」における認知症疾患医療センターであること又はそれに準じた機能を有する保険医療機関であること」と規定されている。「要綱」では実施主体が「病院」とされていることから、本管理料を算定するには、「要綱に準じた病院」でなければいけない、という理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問8) 地域連携診療計画退院時指導料()の届出をする医療機関については医療計画に記載されていなくともよいか。

(答) そのとおり。

【検査】

(問9) 内服・点滴誘発試験の算定回数について「年2回」に限るとあるが、
前回算定月日の記載が必要と考えるが如何。
1回目を起算として1年以内にもう1回算定可能と理解しているが如何。

(答) 共にそのとおり。

(問10) HPV核酸同定検査は施設基準を満たしていれば外注検査であっても算定できるか。

(答) 算定できる。

(問11) 心臓カテーテル法による諸検査において、右心カテーテル、左心カテーテルを同時に行い、その際心筋生検を行った場合は、心筋生検法を右心、左心を別部位としてそれぞれに算定できるか。

(答) ディスポーザブルの鉗子を用いた場合に限り、1回を限度として算定する。
左右別には算定できない。

(問12) D216-2「残尿測定検査」において、2回目については、100分の90の算定となるのか。

(答) 残尿測定検査については、月2回を上限とし、2回目も100分の100で算定する。

【画像診断】

(問13) これまで肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌、転移性肝癌で認められていた「他の検査、画像診断でその存在を疑うが病理診断により確定診断が得られない患者」(転移性肝癌以外はPET検査のみ)及び膵臓癌で認められていた「他の検査、画像診断で膵癌の存在を疑うが腫瘍形成性膵炎との鑑別が困難な患者」(PETおよびPET-CT検査)の適用要件がなくなっている。

これらの要件では算定できなくなったのか。

PETとPET-CTで悪性腫瘍に関する記載は差異が無くなっているが、悪性腫瘍に関するPET-CTの算定要件はPETと同等になったのか。

(答) そうではない。病理診断を施行したが確定診断が得られなかった場合又は医学的な理由(生検リスクが高い等)によって病理診断が困難であった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されれば、今まで適用となっていた疾患について、従前の通り算定できる。膵癌についても同様に腫瘍形成性膵炎との鑑別目的で算定できる。なお、単なる疑いのみでの算定ができないことも従前の通りである。

そのとおり。

【リハビリテーション】

(問14) 運動器リハビリテーション料()の届出をしている医療機関にて、どのような場合に運動器リハビリテーション料()を算定するのか。

(答) 外来患者に運動器リハビリテーションを提供する場合又は、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者(当該疾患の手術後の患者は除く。)であって入院中の患者に運動器リハビリテーションを提供する場合は運動器リハビリテーション()を算定する。

(問15) 運動器リハビリテーション料()の届出を行っている保険医療機関において、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が当該療法を実施した場合には、診療報酬上どのように取り扱うのか。

(答) 原則として、運動器リハビリテーション()の届出を行っている保険医療機関において、あん摩マッサージ指圧師等が当該療法を実施した場合には、運動器リハビリテーション料は算定できない。

ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等が、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等であって、平成22年3月31日以前から当該保険医療機関において勤務し続けており、同日以前に当該療法を実施したことがあるものである場合には、外来にてリハビリテーションを実施した場合に限り、運動器リハビリテーション()の届出を行っている保険医療機関に準じて、運動器リハビリテーション料()の80点を算定できる。

なお、当該あん摩マッサージ指圧師等については、地方厚生(支)局に届け出るリハビリテーション従事者の名簿(様式44の2)に記載する必要があるが、運動器リハビリテーションの施設基準の要件を満たしているかを判断する際には、理学療法士とはみなさない。

【精神科専門療法】

(問16) 精神科デイ・ケア等に創設された早期加算について、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内とあるが、今回の診療報酬改定前に退院した患者についても算定できるか。

(答) 算定できる。

「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について(平成22年3月26日保医発0326第3号)に従い、当該療法を算定した年月日と精神病床を退院した年月日を記載すること。

【処置】

(問17) 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成22年3月29日付事務連絡)の問145では、「関係学会の定める基準を参考にすること。」とされているが、日本透析医学会の「透析液水質基準と血液浄化器性能評価基準」のみではサンプリング方法等が規定されていないが、何か参考となるものはないか。

(答) 日本臨床工学技士会の定める「透析液清浄化ガイドライン」Ver1.06を参考にすること。

(問18) 日本臨床工学技士会の定める「透析液清浄化ガイドライン」Ver1.06には、原水や透析用水の検査等、透析医学会の「透析液水質基準と血液浄化器性能評価基準」にない基準が示されているが、その他の基準も遵守することが加算の要件か。

(答) 今回改定においては、日本透析医学会の「透析液水質基準と血液浄化器性能評価基準」が基本であり、各種基準値についても当該基準に則った適切な水質管理を行うこと。日本臨床工学技士会の「透析液清浄化ガイドライン」Ver1.06はさらなる水質管理の実地にあたり、参考としていただきたい。

(問19) 頸椎の疾患に対して手術(K117-2頸椎非観血的整復術)を行った後に頸椎カラーを使用した場合に、胸部固定帯の考え方に準じて、手術の所定点数に含まれると理解してよいか。

(答) そのとおり。

【手術】

(問20) 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は別に算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問21) 腹腔鏡下肝切除術の施設基準の届出において、外科系の標榜科名は「消化器外科」以外では認められないのか。

(答) 大学付属病院等であって、当該手術に必要な専門性が確保されていると認められる場合(例：肝臓外科)は、認められる。

(問22) 経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)には、内視鏡的大腸粘膜下層剥離術が含まれるのか。

(答) 経肛門的内視鏡下手術とは、専門用語で言うならばTEM(Transanal Endoscopic Microsurgery)を指し、内視鏡的大腸粘膜下層剥離術とは使用する機器も異なる別の手術であるため、含まれない。

【他医療機関の受診】

(問23) 出来高病棟に入院中の患者が他医療機関を受診した際に、投薬が必要となった場合、当該他医療機関の受診時に使用する薬剤を除き、入院中の医療機関が処方することとなっているが、薬事法上の取扱い等において処方を行う医療機関が限定されている医薬品等の処方については、どのように取り扱うのか。

(答) 処方は、原則として、入院中の医療機関が行うが、薬事法上の取扱い等において処方を行う医療機関が限定されている医薬品等、専門的な医師の診療の下で処方することが必要な薬剤については、当該他医療機関にて処方するか、他医療機関の処方せんに基づき薬局で調剤を行うものとする。

この場合において、他医療機関又は薬局が処方又は調剤した薬剤に係る費用については、

- ・ 薬剤料については、入院中の医療機関が請求を行うこととし、その上で、入院中の医療機関は他医療機関又は薬局に対して合議でとりきめた費用を支払うこと。なお、患者の一部負担金について、入院中の医療機関において精算することとし、他医療機関又は薬局において患者から徴収しないように留意すること。
- ・ 他医療機関における処方料又は処方せん料や薬局における調剤技術料については、それぞれ他医療機関又は薬局において請求すること。

なお、入院中の医療機関において薬剤料の請求を行う場合には、診療報酬明細書において、他医療機関又は薬局で処方又は調剤された薬剤の最後に「他」と記載すること。また、他医療機関において処方料や処方せん料の請求を行う場合や薬局において調剤技術料の請求を行う場合には、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の摘要欄にその投薬内容について記載すること。

【明細書の発行】

(問24) 明細書発行の推進により、保険医療機関、保険薬局において、院内や薬局内に明細書の発行に関する状況について掲示することとされたが、どのような保険医療機関、保険薬局で掲示が必要なのか。

(答) 明細書の取扱いについては、すべての保険医療機関、保険薬局が以下のいずれかに分類されるが、そのいずれにおいても院内掲示が必要である。

電子請求が義務づけられており、明細書の原則無償発行が義務付けられている保険医療機関、保険薬局

(掲示内容：明細書を発行する旨、等)

電子請求が義務づけられているが、正当な理由があり、明細書の原則無償発行を行っていない保険医療機関、保険薬局

(掲示内容：「正当な理由」に該当する旨、希望する患者には明細書を発行する旨(発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額)

電子請求が義務づけられておらず、明細書の原則無償発行が義務付けられていない保険医療機関、保険薬局

(掲示内容：明細書発行の有無、明細書を発行する場合の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額)

(問25) 会計を患者の家族の方が代わりに行った場合、明細書はどのように取り扱えばよいのか。

(答) 明細書は、保険医療機関や保険薬局が支払を受けた際に発行すべきものであり、その支払を患者が家族に代理させた場合には、本人に発行すべき明細書を代理の者に発行することとしても差し支えない。ただし、患者のプライバシーの観点から、患者が家族に病名等を知られたくない場合も考えられるため、会計窓口で「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。

【診療報酬請求書の記載要領】

(問26) 「診療報酬請求書の記載要領」において、特定疾患処方管理加算を算定した場合の記載方法について、「なお、隔日及び漸増・減等で投与する場合はその旨を併せて「摘要欄」に記載すること。」という文言が追加されたが、特定疾患処方管理加算を算定する全ての場合で記載が必要か。

(答) 処方期間が28日以上長期処方を算定する場合のみでよい。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問1） 100100糖尿病足病変における手術・処置等2の分岐について、「プロスタグランジン製剤」は剤形を問わないか。

（答） プロスタグランジン製剤は注射剤に限る。

歯科診療報酬点数表関係

【初診料】

(問1) 平成22年度歯科診療報酬改定において新たに新設された障害者歯科医療連携加算は、当該加算の趣旨からも、当該加算の施設基準を満たすものとして届出た保険医療機関の施設内において外来診療を行った場合が対象となると考えてよいか。

(答) そのとおり。

【医学管理等】

(問2) 薬剤情報提供料の「注2」に「処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。」とあるが、この手帳はどのようなものをいうのか。

(答) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(平成22年3月5日保医発0305第1号)」において、当該手帳については、「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいうものと規定しているところ。

ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録

ウ 患者の主な既往歴等疾病に関する記録

(問3) 平成22年度歯科診療報酬改定において、義歯管理料の要件の一部が見直されたが、新製有床義歯の装着月から起算して1年を超えた期間において、必要があって新たに製作した有床義歯を装着した場合に当該有床義歯の装着月において新製有床義歯管理料(義管A)を算定することはできるか。

(答) 算定できる。

(問4) 平成22年度歯科診療報酬改定において、義歯管理料の「注4」に規定する加算(「咬合の回復が困難な患者」に対して有床義歯の管理を行った場合の加算)を有床義歯調整管理料の加算として算定することはできるか。

(答) 算定できない。

(問5) 平成22年度歯科診療報酬改定において、義歯管理料の「注4」に規定する加算の対象となる「咬合の回復が困難な患者」の要件の一つとして、「総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者」であることが示されているが、義歯管理料の対象となっている有床義歯が少数歯欠損に対する有床義歯に係るものであっても、対顎に総義歯が装着されている場合においては、当該加算を算定できると解してよいか。

(答) そのとおり。ただし、診療報酬明細書においては、対顎が総義歯であることがわかるように「摘要」欄にその旨を記載することが望ましい。

(問6) 有床義歯調整管理料については、「義歯管理料を算定する日の属する月と同一月において、当該患者の義歯の調整に係る管理を行った場合」に算定することとなっているが、同一月に義歯管理料の算定がなく、有床義歯調整管理料のみの算定はできるか。

(答) 算定できない。有床義歯調整管理料は、同一月に義歯管理料を算定した患者について、算定するものである。

【在宅医療】

(問7) アパート、マンション等の同一建物に居住する2人の患者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、2人の患者のうち、1人が20分以上、別の1人が20分未満の場合は、20分以上の患者を1人のみ診察したとして歯科訪問診療1を算定することはできるか。

(答) 歯科訪問診療1を算定することはできない。同一建物に居住する複数の患者(同一建物居住者)については、診療時間が20分以上の場合は、歯科訪問診療2を算定し、診療時間が20分未満の場合は、初診料又は再診料により算定することとなる。

(問8) 歯科疾患在宅療養管理料の対象となる患者は、「歯科訪問診療料を算定した患者であって歯科疾患の継続的な管理が必要なもの」となっているが、初診月に歯科訪問診療料及び歯科疾患在宅療養管理料を算定したが、その翌月においては歯科訪問診療の診療時間が20分未満であったために再診料を算定した場合(歯科訪問診療料を算定しない場合)において、歯科疾患在宅療養管理料を算定して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問9) 社会福祉施設に赴いて歯科訪問診療2を算定した患者においても在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定できるか。

(答) 在宅患者歯科治療総合医療管理料に係る算定要件を満たす場合においては、社会福祉施設を訪問して歯科訪問診療2を算定する場合であっても当該管理料を算定できる。

【検査】

(問10) 混合歯列期歯周組織検査の算定について、具体的に年齢等の基準があるのか。

(答) 混合歯列期歯周組織検査は、混合歯列の状態にある概ね学童期の患者を対象としたものであるが、混合歯列の状態は、個々の患者により差異があり、歯科医学的に判断されるものであることから、一概に年齢で区切ることは適切ではない。

(問11) 平成22年度歯科診療報酬改定において混合歯列期歯周組織検査が新設されたが、乳歯列期又は混合歯列期の患者について、歯周組織の状態等により必要があつて混合歯列期歯周組織検査以外の歯周組織検査を行い算定する場合は、歯周ポケット測定を含め歯周組織検査の算定要件を満たす必要があるか。

(答) そのとおり。

【画像診断】

(問12) 区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「注1」には、「咬翼法又は咬合法撮影を行った場合には、所定点数に10点を加算する。」とあるが、例えば、同一部位につき、処置の前後の状態を把握する等必要があって同時に2枚のフィルムを使用して咬翼法撮影(アナログ撮影)を行った場合であって、乳幼児加算の算定を行う場合における撮影料の算定方法如何。

(答) この場合の撮影料については、次による。

1枚目(25点+10点)×115/100

2枚目(25点+10点)×115/100×50/100

【麻酔】

(問13) 静脈内鎮静法については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(平成22年3月5日保医発0305第1号)」において、「吸入鎮静法に係る費用は別に算定できない。」とあるが、必要があって、静脈内鎮静法と併せて伝達麻酔を行った場合においては、それぞれの費用を算定できるか。

(答) 算定できる。

【処置】

(問14) 歯周基本治療処置については、歯周疾患処置を算定した月においては別に算定できないが、同一月内において、歯周基本治療処置を算定した後、歯周疾患の急性症状が発現し、症状の緩解を目的として歯周ポケット内へ薬剤注入を行った場合においては、主たる処置として歯周基本治療処置を算定し、歯周疾患処置については、特定薬剤に係る費用のみの算定となるか。

(答) そのとおり。

【手術】

(問15) 平成22年度歯科診療報酬改定において新設された手術時歯根面レーザー応用加算の算定は、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術における対象歯の歯根面の歯石除去をレーザーのみにより行った場合に限られるのか。

(答) 手術時歯根面レーザー応用加算については、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、特定診療報酬算定医療機器の区分「歯石除去用レーザー」に該当するものとして保険適用となっているレーザー機器による照射を主体として、当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去を行った場合には、算定して差し支えない。

【歯冠修復及び欠損補綴】

(問16) 有床義歯修理の「注3」に規定する歯科技工加算について、人工歯の脱落に対する有床義歯の修理を行った場合は、当該加算を算定して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問17) 義歯破損に際し、義歯修理を行っただけでは義歯としての目的を達せられない場合であって、同一日に直接法により有床義歯内面適合法(有床義歯床裏装)を行った場合は、有床義歯内面適合法の所定点数により算定することとなっているが、この場合において、有床義歯修理の「注3」に規定する歯科技工加算は算定できるか

(答) 歯科技工加算は、有床義歯修理にかかる加算であることから、有床義歯修理の算定がない場合においては、算定できない。

【診療報酬明細書】

(問18) 診療報酬明細書の「傷病名」欄の記載にあたり、慢性歯周炎(軽度・中等度・重度)は、Pと省略して差し支えないとされているが、全顎にわたりP病名が記載されている患者に対して、必要があり抜歯を行う場合、「傷病名」欄の記載において、さらに抜歯部位及びその重症度を特定して記載する必要があるか。

(答) 必要ない。

調剤診療報酬点数表関係

【後発医薬品への変更調剤】

(問1) 類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤に関して、変更調剤後の薬剤料が変更前のものと比較して同額以下であり、かつ、患者の同意が得られた場合、以下の例についても、処方医に事前に確認することなく変更調剤することが可能と考えてよいか。

(注:「 」の上側が処方せんの記載内容、下側が調剤する内容を示す。)

先発医薬品(10mg錠剤) 1錠
(「錠剤を粉砕すること」との指示あり)

1日1回 朝食後

後発医薬品(散剤) 10mg

1日1回 朝食後

(答) 差し支えない。

【一包化加算】

(問2) 一包化加算を算定した場合においては、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は算定できないとされているが、一包化加算の算定と無関係の剤について自家製剤加算又は計量混合調剤加算を算定すること(例えば、以下の処方において、処方1又は処方2で一包化加算、処方3で計量混合調剤加算を算定すること)は可能か。

処方1 A錠、B錠 1日3回毎食後 × 14日分

処方2 C錠、D錠 1日2回朝夕食後 × 14日分

処方3 E散、F散 1日1回就寝前 × 14日分

(答) 算定可能。

自家製剤加算及び計量混合調剤加算は、原則として1調剤行為に対して算定することとしている。質問の例においては、処方1と処方2で一包化加算の算定要件を満たしており、処方1又は処方2のいずれかで一包化加算を算定することになるが、処方3は、一包化加算の算定対象となる処方1及び処方2のいずれとも服用時点の重複がなく、一包化加算の算定対象とならないことから、処方3について計量混合調剤加算の算定が可能である。

(問3) 嚥下困難者用製剤加算を算定した場合においては、一包化加算は算定できないとされているが、以下のような服用時点の重複のない2つの処方について、処方せんの指示により、嚥下困難者のために錠剤を粉砕し、服用時点ごとに一包化した場合、処方1で一包化加算、処方2で嚥下困難者用製剤加算を算定することは可能か。

処方1	A錠、B錠、C錠	1日3回毎食後	×	14日分
処方2	D錠、E錠、F錠	1日1回就寝前	×	14日分

(答) 算定不可。

一包化加算と嚥下困難者用製剤加算は、いずれも原則として処方せん中のすべての内服薬について一包化又は剤形の加工を行うことを前提とし、当該技術全体を評価したものであり、処方せん受付1回につき1回の算定としている。したがって、2つの処方における服用時点の重複の有無にかかわらず、1枚の処方せんについて、一包化加算と嚥下困難者用製剤加算はいずれか一方しか算定できない。

【特定薬剤管理指導加算】

(問4) 特定薬剤管理指導加算の対象となる「特に安全管理が必要な医薬品」の範囲は、診療報酬点数表の薬剤管理指導料の「2」の対象となる医薬品の範囲と同じと考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問5) 「特に安全管理が必要な医薬品」の範囲については、以下の考え方でよいか。

「抗悪性腫瘍剤」には、薬効分類上の「腫瘍用薬」が該当するほか、それ以外の薬効分類に属する医薬品であって悪性腫瘍に対する効能を有するものについて、当該目的で処方された場合が含まれる。

「不整脈用剤」には、薬効分類上の「不整脈用剤」が該当するほか、それ以外の薬効分類に属する医薬品であって不整脈に対する効能を有するものについて、当該目的で処方された場合が含まれる。

「抗てんかん剤」には、薬効分類上の「抗てんかん剤」が該当するほか、それ以外の薬効分類に属する医薬品であっててんかんに対する効能を有するものについて、当該目的で処方された場合が含まれる。

(答) いずれもそのとおり。

(問6) 特定薬剤管理指導加算の対象となる「免疫抑制剤」の範囲については、以下の考え方でよいか。

薬効分類245「副腎ホルモン剤」に属する副腎皮質ステロイドの内服薬、注射薬及び外用薬は含まれるが、副腎皮質ステロイドの外用薬のうち、その他の薬効分類(131「眼科用剤」、132「耳鼻科用剤」、225「気管支拡張剤」、264「鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤」等)に属するものについては含まれない。

関節リウマチの治療に用いられる薬剤のうち、メトトレキサート、ミゾリビン、レフルノミド、インフリキシマブ(遺伝子組換え)、エタネルセプト(遺伝子組換え)、アダリムマブ(遺伝子組換え)及びトシリズマブ(遺伝子組換え)は含まれるが、金チオリンゴ酸ナトリウム、オーラノフィン、D-ペニシラミン、サラゾスルファピリジン、ブシラミン、ロベンザリット二ナトリウム及びアクタリットは含まれない。

移植における拒絶反応の抑制等に用いられるバシリキシマブ(遺伝子組換え)、ムロモナブ-CD3、アザチオプリン、エベロリムス、塩酸グスペリムス、タクロリムス水和物、シクロスポリン及びミコフェノール酸モフェチルは含まれる。

(答) いずれもそのとおり。

(問7) 特定薬剤管理指導加算の対象となる「血液凝固阻止剤」には、血液凝固阻止目的で長期間服用するアスピリンは含まれるが、イコサペント酸エチル、塩酸サルポグレラート、ベラプロストナトリウム、リマプロストアルフアデクス及び解熱・鎮痛を目的として投与されるアスピリンは含まれないと考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問8) 特定薬剤管理指導加算の対象となる「精神神経用剤」には、薬効分類112「催眠鎮静剤、抗不安剤」に属する医薬品及び薬効分類116「抗パーキンソン剤」に属する医薬品は含まれないと考えてよいか。

(答) そのとおり。薬効分類117「精神神経用剤」に属する医薬品のみが対象となる。

(問9) 特定薬剤管理指導加算の対象となる「抗HIV薬」には、薬効分類625「抗ウイルス剤」に属する医薬品のうち、HIV感染症、HIV-1感染症、後天性免疫不全症候群(エイズ)等の効能・効果を有するものが該当すると考えてよいか。

(答) そのとおり。

【手術】

(問12) 2以上の手術を同時に行い、「診療報酬の算定方法」第10部手術の通則14のただし書に基づき費用を算定する場合に、従たる手術において使用された手術医療機器等について手術医療機器等加算は算定できないのか。

(答) 手術医療機器等加算については、手術の主従にかかわらず算定できる。