

事 務 連 絡
平成 30 年 3 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） 御中
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）

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1）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成 30 年厚生労働省告示第 43 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 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）等により、平成 30 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 1 から別添 5 のとおり取りまとめたので、改定説明会等にて回答した事項と併せて、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いいたします。

問 22 区分番号「A003」オンライン診療料に係る施設基準にある「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関で対面診療が可能な体制」とは、夜間や休日など当該医療機関で対応できない時間帯について、あらかじめ救急病院などを文書等で案内することでもよいか。夜間や休日も当該保険医療機関で対応が必要か。

(答) 夜間や休日なども含めた緊急時に連絡を受け、概ね 30 分以内に、当該医療機関で対面診療が可能な体制が必要である。

【地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料】

問 23 加算 1 又は診療料 1 の施設基準において、「直近 1 年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注 1 のイの場合に限る。）を算定した患者の数の合計」を算出することが規定されたが、数年前に継続的に外来を受診していたものの、それ以降は受診がなかった患者に対して往診等を行った場合に、この人数に含めることができるか。

(答) 含めることができる。ただし、診療録や診療券等によって、数年前の外来受診の事実が確認できる場合に限る。

問 24 24 時間の往診体制等の施設基準等を満たした上で、加算 1 又は診療料 1 を算定している医療機関は、以下の患者数や割合を毎月計算し、基準を満たさない月は加算 2 又は診療料 2 を算定するなど、月ごとに算定点数が変わるのか。

- ・直近 1 年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、往診料等を算定した患者の数
- ・直近 1 か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合

(答) 届出時及び定例報告時に満たしていればよい。

【地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料】

問 25 手引きを参考にした抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組とはなにか。

(答) 普及啓発の取組としては、患者に説明するほか、院内にパンフレットを置くことやポスターを掲示する等の対応を行っていること。

同一建物内ではなく同一敷地内に設置している場合は、総合入院体制加算の届出は可能か。

(答) 可能。

【医師事務作業補助体制加算】

問 79 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に含む項目として掲げられている「交替勤務制・複数主治医制の実施」について、交替勤務制と複数主治医制の両方の実施が必要か。

(答) 当該保険医療機関の課題や実情に合わせて交替勤務制又は複数主治医制のいずれかを実施すればよい。

【緩和ケア診療加算】

問 80 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上ある場合とは、具体的にはどのような場合が含まれるのか。

(答) 過去1年以内に、心不全による当該患者の病状の急変等による入院（予定入院を除く。）の期間が2回以上ある場合を指し、必ずしも2回以上の入院初日がある必要はない。なお、当該保険医療機関以外の医療機関における入院であっても当該回数に計上して差し支えない。

問 81 「緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない」とあるが、具体的にはどのような取扱いか。

(答) 緩和ケアチームの構成員がいずれも専任であるとして届出を行った場合、1日に当該加算を算定できる患者数は15人までとなる。1日に当該加算を算定する患者数が15人を超える場合については、緩和ケアチームの構成員のいずれか1人が専従であるとして変更の届出を行う必要がある。

【緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料】

問 82 緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料の施設基準における「精神症状の緩和を担当する医師」は、心療内科医であってもよいか。

(答) 差し支えない。

【精神科措置入院退院支援加算】

問 83 本加算を算定する場合、都道府県等と連携する必要があるが、都道府県等において医療機関と連携して退院後支援に関する計画を作成する体制が未整備の場合、当該体制が整備されてから算定可能と理解してよいか。

(答) そのとおり。

問 84 平成 30 年 3 月 31 日以前に措置入院又は緊急措置入院となり、4 月以降に退院する患者も対象か。

(答) そのとおり。

問 85 措置入院から医療保護入院に切り替わった場合、算定するのは、医療保護入院の退院時か。

(答) そのとおり。

問 86 A 病院に措置入院後、B 病院に医療保護入院として転院し、B 病院から自宅等に退院した場合、A 病院、B 病院のいずれで算定可能か。

(答) B 病院で入院中から都道府県等と連携して退院に向けた支援を実施し、B 病院から自宅等に退院した場合に限り、B 病院で算定可能である。(A 病院では算定不可)

問 87 精神障害者の退院後支援に関する指針とは、具体的には何を指すのか。

(答) 「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」(平成 30 年 3 月 27 日障発 0327 第 16 号)を指す。

【医療安全対策加算（医療安全対策地域連携加算）】

問 88 医療安全対策地域連携加算 1 の施設基準である専任の医師は、医療安全対策加算 1 の施設基準である専従の医療安全管理者として配置された医師と兼任可能か。

(答) 兼任可能。

問 89 医療安全対策加算の医療安全管理部門に配置されることとなっている診療部門等の専任の職員が医師である場合、当該医師は医療安全対策地域連携加算 1 の専任の医師と兼任可能か。

(答) 兼任可能。ただし、当該医師は、当該加算に規定される医療安全対策に関する評価に係る業務を行うことが必要。

問 90 医療安全対策地域連携加算 1 は、一つ以上の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び一つ以上の医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携を行っている場合に届出可能であると理解してよいか。

(答) そのとおり。

問 91 医療安全対策地域連携加算において特別の関係にある保険医療機関と連携することは可能か。

(答) 可能。

問 92 医療安全対策地域連携加算は特定機能病院は算定できないが、医療安全対策加算 1 又は 2 に係る届出を行っている特定機能病院と連携して医療安全対策に関する評価を行った場合についても医療安全対策地域連携加算は算定可能か。

(答) 可能。

問 93 医療安全対策地域連携加算において連携する保険医療機関は、必ずしも近隣の保険医療機関でなくてもよいと理解してよいか。

(答) そのとおり。ただし、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携している保険医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要である。

問 94 医療安全対策加算 1 を既に算定しており、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者を医療安全管理者として配置している保険医療機関が、新たに医療安全対策地域連携加算 1 の届出を行う場合、医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師を配置することになるが、その際、医療安全対策加算 1 において配置する医療安全管理者について、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者に替えて、新たに配置する専任の医師を医療安全管理者とする場合も、医療安全対策加算 1 の施設基準を満たすとして理解してよいか。

(答) その場合も、引き続き、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていれば、施設基準を満たすとして差し支えない。

問 95 医療安全対策地域連携加算の施設基準では、医療安全対策加算 1 の届出を行っている医療機関と医療安全対策加算 2 の届出を行っている医療機関とが連携することになっているが、連携する医療機関が 1 対 1 ではない場合、複数の医療機関が合同で連携するその他の医療機関を評価することでもよいか。

(答) そのとおり。

【感染防止対策加算（抗菌薬適正使用支援加算）】

問 96 抗菌薬適正使用支援チームの構成員は、感染防止対策加算において規定される感染制御チームの構成員と兼任可能か。

(答) 兼任可能である。また、いずれかのチームの専従者については、抗菌薬適正使用支援加算チーム及び感染制御チームの業務（院内感染防止対策に掲げる業務を含む。）のみ実施可能である。

問 97 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団については、感染症早期からのモニタリングを実施する患者として設定することが必要か。

(答) 施設基準で上げている患者は例示であり、各医療機関で診察を行う患者の特性等を踏まえ施設の状況に応じて設定を行えばよい。

問 98 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修とは、誰を対象として行うのか。

(答) 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など、抗菌薬に関わる業務に従事する職員を対象とする。

問 99 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修は、感染防止対策加算の要件となっている院内感染対策に関する研修とは別に行う必要があるか。

(答) 双方の内容を含む場合については、併せて行ってよい。

【データ提出加算（提出データ評価加算）】

問 100 今回の改定でデータ提出加算の加算として、提出データ評価加算が新設されたが、既にデータ提出加算 2 を算定している場合は要件を満たしていれば新たに届出は不要か。

(答) 提出データ評価加算については、届出を求めている。

問 101 提出データ評価加算について、留意事項通知における要件に「その結果を記録し保存している場合に、データ提出加算 2 を算定する医療機関において算定できる。」とあるが、記録し保存する具体的内容はなにか。

(答) 評価月の様式 1、外来 E F ファイル、入院レセプト、入院外レセプト、D P C 対象病院においては D P C レセプトのそれぞれにおける傷病名コードの総数及び未コード化傷病名の数を記録し、年度毎に各月の状況を保存すること。

問 102 データ提出加算 1 又は 2 については、施設基準通知の別添 3 の第 26 の

画像診断を担当する常勤の医師が1名（画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名）以上必要と考えてよいか。

（答）そのとおり。

問 164 小児鎮静下MR I撮影加算について、「MR I撮影時の鎮静に関する指針」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本小児科学会、日本小児麻酔学会及び日本小児放射線学会によるMR I検査時の鎮静に関する共同提言等を指す。

問 165 小児鎮静下MR I撮影加算について、必ずしも複数医師の管理を要さない、催眠鎮静薬等を用いて撮影した場合も算定できるか。

（答）小児鎮静下MR I撮影加算は、画像診断を担当する放射線科医及び鎮静を担当する小児科医又は麻酔科医等の複数の医師により、検査の有用性と危険性に配慮した検査適応の検討を行った上で、検査中に適切なモニタリングや監視を行う必要がある鎮静下を実施された場合に算定する。

問 166 遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に掲げる「その他の技術者」とは、具体的に何を指すのか。

（答）医学物理士等を指す。

問 167 区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影について、悪性腫瘍に対して使用する場合に、必ずしも事前にコンピューター断層撮影を実施する必要はないと考えてよいか。

（答）よい。

【処方料、処方箋料】

問 168 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合については、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合等を除き、処方料、処方箋料が減算されることになったが、ベンゾジアゼピン受容体作動薬とは何を指すのか

（答）エチゾラム、ジアゼパム、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩などが該当するが、PMDAのホームページ「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について」（<https://www.pmda.go.jp/files/000217046.pdf>）なども参照され

たい。

問 169 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合の処方料・処方箋料における「精神科医の助言」について、具体的に求められる要件などはあるのか。

(答) 「精神科医の助言」については、精神科のみを担当する医師又は精神科と心療内科の両方を担当する医師による助言をいう。

問 170 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料・処方箋料について、てんかんの治療のために、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合は該当するか。

(答) 該当しない。

問 171 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料・処方箋料について、「不安又は不眠に係る適切な研修」及び「精神科薬物療法に係る適切な研修」とはそれぞれ何を指すのか。

(答) 「不安又は不眠に係る適切な研修」については、現時点で日本医師会の生涯教育制度における研修（「日医eラーニング」を含む。）において、カリキュラムコード69「不安」又はカリキュラムコード20「不眠」を満たす研修であって、プライマリケアの提供に必要な内容含むものを2単位以上取得した場合をいう。

「精神科薬物療法に係る適切な研修」については、現時点で日本精神神経学会又は日本精神科病院協会が主催する精神科薬物療法に関する研修をいう。ただし、精神科の臨床経験5年以上を有する状態で受講した場合のみ該当すること。

【リハビリテーション総合計画評価料・リハビリテーション計画提供料】

問 172 (1) 様式 21 の 6 等を用いてリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合計画書を作成する際、FIMを用いた評価を記載している場合には、様式 21 の 6 等にあらかじめ設けられたBIの記載を省略してもよいか。

(2) (1) の場合に、BIの記載を省略した状態で、介護保険のリハビリテーション事業所に、様式 21 の 6 を用いてリハビリテーション実施計画書等を提供した場合に、リハビリテーション計画提供料 1 及び電子化連携加算は

い場合は、様式 13 の 2 (13 の 3、13 の 4) の提出を略することができる」とあるが、平成 30 年 7 月までの間の届出においても、平成 29 年 7 月の内容と変更がない場合は略してよいか。

(答) そのとおり。

問 211 総合入院体制加算の施設基準で、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を作成し評価することが要件とされたが、病院に勤務する全ての医療従事者を対象とし、かつ各職種について、それぞれ負担の軽減及び処遇の改善に資する計画をたてなければいけないか。

(答) 対象とする医療従事者や、職種ごとに個別に負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定するかどうかは、医療機関の実情に照らし合わせて策定いただきたい。

【カンファレンス】

問 212 区分番号「A 2 3 4 - 2」感染防止対策加算、区分番号「A 2 4 6」入院支援加算 1、区分番号「B 0 0 4」退院時共同指導料 1 の注 1、区分番号「B 0 0 5」退院時共同指導料 2 の注 1 及び注 3、区分番号「B 0 0 5 - 1 0」ハイリスク妊産婦連携指導料 1 及び 2、区分番号「C 0 1 1」在宅患者緊急時等カンファレンス料、区分番号「C 0 1 3」在宅患者褥瘡管理指導料、区分番号「I 0 1 6」精神科在宅患者支援管理料、訪問看護療養費の退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや面会、共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いた場合、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよいか。

(答) ①天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合などをいう。②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報や画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

問 213 感染防止対策加算における加算算定医療機関間の年 4 回のカンファレンスについて、例えば、感染制御チームを医師 2 名、看護師 3 名、薬剤師 1 名、臨床検査技師 1 名で組織しているようなチームメンバーの職種が複数名の場合、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いて

カンファレンスに参加することが可能な者をどう考えればよいか。

(答) ①「4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること」とは、医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師がそれぞれ1名以上が直接対面するカンファレンスに参加していればよい。②「感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること」とは、例えば医師の場合、医師2名のいずれかが4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していればよく、必ずしも両名の医師が直接対面するカンファレンスに参加していなくてもよい。

【特定保険医療材料の留意事項について】

問 214 スピードギプス包帯は特定保険医療材料として算定できるのか。

(答) 算定できない。

【特別の関係】

問215 「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」の第2部通則7において「特別の関係」が規定されているが、地域医療連携推進法人における参加法人同士は当該「特別の関係」にあたるか。

(答) 特別の関係にあたらぬ。

【届出受理後の措置】

問216 施設基準の変更の届出について、「届出受理後の措置」において変更の届出が必要なものが列記されているが、以下については、変更の届出が必要か。

- ・ 一般病棟入院基本料の「注11」及び特定一般入院料の「注9」における90日を超える入院患者の算定
- ・ リンパ浮腫複合的治療料
- ・ 処置・手術の時間外加算1
- ・ 無菌製剤処理加算

(答) 必要である。

【先進医療】

問 217 平成30年厚生労働省告示128号(先進医療告示)について、「同年三月三十一日において現にこの告示による改正前の厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準(以下「旧告示」という。)により実施する先進医療(旧告示第二の三及び六並びに第三の七十及び七十六に掲げるものに限る。)については、なお従前の例による。」とあるが、旧告示により実施する先進医療とは、既に一連の治療を開始している患者のみが対象となるのか。

。

(答) そのとおり。

(問5-7) 「A244 病棟薬剤業務実施加算(1 病棟薬剤業務実施加算1)」を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

(答) 「A244 病棟薬剤業務実施加算(1 病棟薬剤業務実施加算1)」のように、機能評価係数Ⅰで評価される項目のうち、医科点数表において週1回または月1回算定できるとされているものについては、入院日Ⅲを超えた場合、医科点数表に基づき算定することが出来る。ただし、入院日Ⅲを超えた日の前日の属する週または月は算定することができない。

なお、「週」、「月」とは、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間、月の初日から月の末日までの1か月をいう。

(問5-8) 第2部入院料等の通則8に掲げる栄養管理体制に係る減算に該当する場合、入院日Ⅲまでの期間は当該機能評価係数Ⅰを合算して包括算定するが、入院日Ⅲを超えた日以降は医科点数表に基づき1日につき40点を減じて算定するのか。

(答) そのとおり。

(問5-9) DPC対象病院において、入院している患者が包括評価の対象外である場合、データ提出加算は算定することができるか。

(例1) 医科点数表算定コードに該当し、入院初日から退院日まで医科点数表で算定した場合

(例2) 入院日Ⅲを超えて医科点数表により算定することになった場合

(答) 「一連」の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。ただし、診断群分類点数表で算定した期間が1日もなければ、退院日にデータ提出加算を算定することができる。(例1は算定可、例2は算定不可)

(問5-10) ①DPC算定病棟(包括評価の対象)→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟(包括評価の対象外)と転棟した事例について、③の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。また、②DPC算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、③DPC算定病棟(包括評価の対象外)の退院

(問9-6) 一度目のDPC算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後、DPC算定対象とならない病棟へ転棟後、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再度DPC算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか。

(答) 一連の入院中の傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

(問9-7) 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

(答) DPC算定病棟以外の病棟からDPC算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類番号上2桁が同一である傷病で転棟日から起算して7日以内にDPC算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

(問9-8) 同一傷病に該当するか否かは、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号上2桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。(例) 半月板損傷(160620)にて入退院後、7日以内に上腕骨骨折(160730)にて入院

(答) そのとおり。

10. 退院時処方 の 取扱いについて

(問10-1) 退院時処方は、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

(問10-2) 診断群分類番号上2桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して7日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

(答) 退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類番号上2桁が同一の傷病で再入院した場合は算定す

ることができない。

(問10-3) 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

(問10-4) 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日もしくは前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

(答) 土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定は取り下げること。

(問10-5) 「フォルテオ皮下注キット600 μ g」について、入院中に薬剤料を算定する場合は、フォルテオ皮下注キット600 μ gの薬価を28(日分)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされているが、入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとすることは可能か。

(答) 入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものと差し支えない。

(問10-6) 上記問10-5で入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したものと差し支えないとされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

(答) 当該取扱いは薬価を使用可能日数(回数)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。

(問10-7) 介護老人福祉施設に退院する場合、退院時処方の薬剤料は別に算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

11. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

(問11-1) D P C算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

(答) D P C算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料は除く。）は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い、当該医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。D P C算定病棟に入院している患者については、算定方法にかかわらず（診断群分類点数表・医科点数表のいずれで算定していても）同じ取扱いである。また、D P C算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床（例：地域包括ケア入院医療管理料）に入院している患者についても同じ取扱いである。

(問11-2) D P C算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたD P Cの包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

(問11-3) D P C算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたD P Cの包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

(問11-4) D P C算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼し