

第88回医事研究会

事例問題 解答例と解説

2020年11月30日（月）
大阪府私立病院協会 医事研究会運営委員

Q1

A 001 再診料を算定している保険医療機関において、診療時間外である23:30に患者家族から電話連絡を受け、治療上の必要性から、他院の救急病院受診を指示した。夜間であったため、翌日の診療を開始した後で速やかに診療情報提供書を作成し、受診先の医療機関へFAXで送付した場合、B 009 診療情報提供料（I）を算定できる。

A1 【 A 001 再診料（電話等による再診） 】



【解説】

診療時間外に患者等から連絡を受けて当該指示を行い、翌日の診療を開始するまでの間に診療情報の提供を行った場合は算定できる。

再診料に係る規定であるため、A 002 外来診療料を算定している場合は当てはまらない。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P52

正答率 50.7%

Q1をさらに詳しく解説！

A 001 再診料（電話等による再診）

- ・患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定する
- ・時間外加算を算定すべき時間、休日、深夜又は夜間・早朝等に指示をした場合は、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算を算定する
- ・外来管理加算は算定できない
- ・定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない（B 000～B 015に規定する医学管理料は算定できない） → A 003 オンライン診療料の対象



Q2

緊張型頭痛の患者は、A 003 オンライン診療料の算定対象である。

A2 【 A 003 オンライン診療料 】



【解説】

2020年改定により、算定可能な患者として一次性頭痛であると診断された患者が追加された。当該頭痛には、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛等が含まれる。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P62

正答率 76.8%

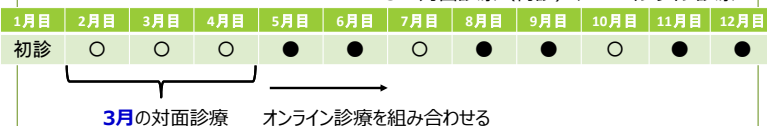
Q2をさらに詳しく解説！

A 003 オンライン診療料

- ・施設基準届出必要
- ・当該管理に係る初診から3月以上経過していること（3月間同一医師による診察が必要）
- ・3月連続での算定はできない
- ・対面診療を行っている月は算定できない
- ・診療計画を作成し、患者の同意を得た上で実施
- ・2020年4月～オンライン医学管理料削除、各管理料の情報通信機器を用いた場合100点が算定できる

オンライン診療のイメージ

○：対面診療（再診）、●：オンライン診療



Q2をさらに詳しく解説！

オンライン診療料の算定対象患者

①以下の管理料を算定している患者

| | |
|--------------|--------------|
| 特定疾患療養管理料 | 地域包括診療料 |
| 小児科療養指導料 | 認知症地域包括診療料 |
| てんかん指導料 | 生活習慣病管理料 |
| 難病外来指導管理料 | 在宅時医学総合管理料 |
| 糖尿病透析予防指導管理料 | 精神科在宅患者支援管理料 |

+ C 101 在宅自己注射指導管理料 ※2020年改定で追加

②一次性頭痛の患者 ※2020年改定で追加


慢性頭痛患者
(定期的な通院が必要)

対面診療を行う
(CT・MRI等の検査で
危険な頭痛を除外)

対面診療と組み合わせて
オンライン診療を活用



Q3

新型コロナウイルス感染拡大に伴う臨時・特例措置として、A002 外来診療料を算定している保険医療機関において、慢性疾患の定期受診者に電話で再診を行った場合、A001 電話等再診料73点を算定できる。

A3 【 新型コロナウイルス感染拡大に伴う臨時・特例措置 】

×

【解説】

A002 外来診療料74点を算定する。

【参照・根拠】

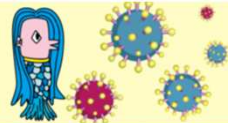
診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P59

正答率 21.8%

Q3をさらに詳しく解説！

新型コロナウイルス感染拡大に伴う臨時・特例措置：初・再診料

- ①初診から電話等を用いた診療が可能
 - ・A000 初診料「注2」の214点を算定
 - ・患者の基礎疾患情報を把握、確認した上での処方は日数制限なし
→確認できない場合の処方は7日が上限
 - ・麻薬、向精神薬、特に安全管理が必要な医薬品は処方不可
- ②再診で電話等を用いた診療を行った場合
 - ・A001 電話等再診料73点又はA002 外来診療料74点が算定できる
- ③以前の対面診療において、「情報通信機器を用いた場合」が規定されている管理料等を算定していた患者は、電話等を用いた診療においても、B000 特定疾患療養管理料「2」の点数147点が算定できる
- ④過去3月以内に在宅療養指導管理料（C100～C120）を算定した慢性疾患等の定期受診患者に対して、電話等を用いた指導を行い、衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に限り、在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算が算定できる



Q4

A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定するのにあたり、せん妄のリスク因子の確認は患者の入院前又は入院後5日以内、ハイリスク患者に対するせん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う。また、リスク因子の確認及びせん妄対策に当たっては、それぞれの病棟において、医師、看護師及び薬剤師等の関係職種が連携を図る。

A4 【 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 】

×

【解説】

せん妄のリスク因子の確認は患者の入院前又は入院後3日以内に行うこと。
せん妄対策を実施したが、結果的にせん妄を発症した患者についても算定できる。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P161

正答率 81.0%

Q5

地域包括ケア病棟入院料の入院期間は90日、回復期リハビリテーション病棟入院料の入院期間は疾患により、脳血管疾患・脊髄損傷は180日、大腿骨・骨盤の骨折は100日、肺炎等の治療時の安静による廃用症候群は100日、膝関節の神経、筋または靭帯損傷後の状態は90日である。

A5 【 特定入院料の入院期間 】

×

【解説】

地域包括ケア病棟入院料の入院期間は60日。
回復期リハビリテーション病棟入院料の入院期間は疾患により、脳血管疾患・脊髄損傷は150日、高次脳機能障害を伴った重傷血管障害は180日、大腿骨・骨盤の骨折は90日、肺炎等の治療時の安静による廃用症候群は90日、膝関節の神経、筋または靭帯損傷後の状態は60日である。
地域包括ケア病棟入院料の入院期間は疾患に関係なく一律で60日と決まっているが、回復期リハビリテーション病棟入院料の入院期間は、疾患により入院期間が異なる。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P187、188

正答率 87.3%

Q5をさらに詳しく解説！

特定入院料の一般的事項について

特定入院料は、1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できるものであり、1回の入院期間中に、当該特定入院料を算定した後、**入院基本料**又は**他の特定入院料**を算定し、**再度同一の特定入院料を算定することはできない。**

ただし、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料を除く。

Q6

2020年度の改定により、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目にあたる開胸手術は12日間、開腹手術は7日間、骨の骨折は11日間、別に定める検査は2日間に変更となり、別に定める検査には「経皮的針生検法」や「腹腔鏡検査」などが入っている。

A6 【 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】



【解説】

2020年度の改定でC項目にあたる「開頭手術」7⇒13日間、「開胸手術」7⇒12日間、「開腹手術」4⇒7日間、「骨の手術」5⇒11日間、「胸腔鏡・腹腔鏡手術」3⇒5日間、「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」2⇒5日間、「救命等に係る内科的治療」2⇒5日間に変更となった。また、新たな項目として「別に定める検査」2日間、「別に定める手術」6日間が増えた。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P1026、1197

正答率 59.2%

Q7

指定難病の病名があるが、難病の医療証（特定医療費（指定難病）受給者証）を申請していない場合、難病外来指導料は算定できない。

A7 【 B001-7 難病外来指導管理料 】



【解説】

難病の医療証に関係なく、病名があれば算定できる。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P232

正答率 64.1%

Q8

B001の「10」入院栄養食事指導料の注3の栄養情報提供加算について、自宅で療養を継続する場合には算定できない。

A8【 B001-10 入院栄養食事指導料】

×

【解説】

栄養情報提供加算は、情報提供先として、自宅での療養の継続を担当する他の医療機関への情報提供も含まれることから、算定できる。

【参照・根拠】

事務連絡 2020年4月16日 疑義解釈（その5）

正答率 49.3%

Q8をさらに詳しく解説！

患者の栄養に関する情報として示している「栄養管理に係る経過」とは入院中の患者の治療の経過に伴い提供している食事の内容や形態を含めた経過のことである。



<入院中の栄養管理に関する情報>
・必要栄養量
・摂取栄養量
・食事形態（嚥下食コードを含む）
・禁止食品
・栄養管理に係る経過 等



出典：令和2年厚労省診療報酬改定資料より

Q9

B001の「12」心臓ペースメーカー指導管理料の導入期加算は、2020年7月にペースメーカー移植術を行った場合2020年10月まで算定できる。

A9 【 B001-12 心臓ペースメーカー指導管理料 】



【解説】

ペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間は、導入期加算140点を加算する。

| 7月 | 8月 | 9月 | 10月 |
|----|----|----|-----|
| 移植 | | | |

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P240 注2

正答率 60.6%

Q10

2020年7月に受診し、B001の「12」心臓ペースメーカー指導料を算定した場合、次回2020年12月受診時に遠隔モニタリング加算は4ヶ月分算定できる。

A10 【 B001-12 心臓ペースメーカー指導管理料 】



【解説】

遠隔モニタリング加算は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリング加算として260点又は480点を当該期間の月数分（11月を限度とする）加算を算定できる。

| 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|----|----|----|-----|-----|-----|
| 受診 | | | | | 受診 |

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P240 注5

正答率 59.2%

Q10をさらに詳しく解説！

【算定要件】

遠隔モニタリング加算は、遠隔モニタリングに対応した体内植込式心臓ペースメーカー、植込型除細動器又は両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器を使用している患者が前提条件となる。

入院中の患者以外のものについて、適切な管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す体制が整っている場合に算定する。

この場合において、当該加算は、遠隔モニタリングによる来院時以外の期間における体内植込式心臓ペースメーカー等の機能指標の計測などを含めて評価したものであり、このような一連の管理及び指導を行った場合において、11月を限度として来院時に算定することができる。

Q11

B005-9 外来排尿自立指導料について、尿道カテーテルを抜去後に、尿道カテーテルを再留置した場合であっても、排尿自立支援加算の初回の算定から12週間以内であれば算定できる。

A11 【 B005-9 外来排尿自立指導料 】



【解説】

排尿ケアチームは外来排尿自立指導料と同一でも、異なるチームでもよいとされている。特に後者の場合は、入院、外来それぞれでの抜去・再留置の情報が算定につながることもあるので情報の共有の方法を構築しておくことが必要。

【参照・根拠】

事務連絡 2020年3月31日 疑義解釈（その1）

正答率 81.0%

Q11をさらに詳しく解説！

排尿障害は、尿をうまく出せない「排出障害」と尿をうまく貯められない「蓄尿障害」に大別でき、それぞれに原因となる疾患が異なる（対象の疾患は以下を参照）。

排出障害

前立腺肥大症、神経因性膀胱（脊髄疾患、脳血管疾患、糖尿病など）、重度の骨盤臓器脱（膀胱瘤、子宮脱）、骨盤内臓器の手術後（直腸がん、婦人科がん）など

蓄尿障害

過活動膀胱、神経因性膀胱、肥満などの生活習慣病、間質性膀胱炎、軽度の骨盤臓器脱、膀胱炎、膀胱結石など

算定対象の疾患を把握して、算定もれを防止。

Q12

B011 診療情報提供料（Ⅲ）について、予約した次回受診日に患者が受診しなかった場合又は予約した次回受診日を変更した場合についても、算定できる。

A12 【 B011 診療情報提供料（Ⅲ） 】



【解説】

別の保険医療機関から紹介された患者について当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て診療状況を示す文書を提供した場合に算定できる。とあるので、受診しなかった場合でも受診日に変更されても算定できる。

【参照・根拠】

事務連絡 2020年3月31日 疑義解釈（その1）

正答率 77.5%

Q12をさらに詳しく解説！

かかりつけ医と各専門医の情報共有について新設された項目。
今までかかりつけの診療所からの求めに応じて専門クリニックが診療情報を提供しても算定できる点数はなかったが、専門クリニック側からの情報提供も評価される形となった。

注をまとめたものは下記のとおり

【 診療情報提供料（Ⅲ）：150点 】

| | 算定する医療機関 | 対象となる患者 | 文書を提供する状況 | 算定回数 |
|----|------------------------------------|---|-----------------------------------|--------------|
| 注1 | 医場内禁煙 | ・かかりつけ医療機関から紹介された患者 ・他の医療機関から紹介された妊婦中の患者 | ・初診料を算定しない日 ・次回の予約をした初診料を算定する日 | 医療機関ごとに3月に1回 |
| 注2 | 医場内禁煙 かつ かかりつけ医療機関 | 注1の患者以外 かつ 他の医療機関から紹介された患者 | ・初診料を算定しない日 ・次回の予約をした初診料を算定する日 | 医療機関ごとに3月に1回 |
| 注3 | 妊婦中の患者の診療を十分に行える体制 | 産科または産婦人科から紹介された妊婦中の患者 | 経団の情報提供 | 月1回 |
| 注3 | 産科または産婦人科 かつ 妊婦中の患者の診療を十分に行える体制 | 他の医療機関から紹介された妊婦中の患者 | 経団の情報提供 | 月1回 |

出典：HatenaBlog医療事務あれこれ診療情報提供料Ⅲの算定要件を表にしてみました【令和2年診療報酬改定】より

Q13

C005-1-2 同一建物に居住する末期の悪性腫瘍患者3名に対し、患者Aには1日に2回の訪問看護・指導、患者Bには1日に3回の訪問看護・指導、患者Cには1日に3回の訪問看護・指導を行い難病等複数回訪問加算として以下の算定を行った。

患者A 1日に2回の場合 同一建物内1人 450点
患者B 1日に3回以上の場合 同一建物内2人 800点
患者C 1日に3回以上の場合 同一建物内2人 800点

A13 【 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料 】



【解説】

同一建物内で1日2回の訪問患者は、患者A1名ですので 患者Aには、1日に2回の場合 同一建物内1人 450点を算定。
同一建物内で1日3回以上の訪問患者は、患者BとCの2名ですので、患者BとCには、1日に3回以上 同一建物内2人 800点の算定となります。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P352 事務連絡（問4）

正答率 53.5%

Q14

C101 在宅自己注射指導管理料は、在宅自己注射の導入前に医師による十分な教育期間（入院又は2回以上の外来、往診若しくは訪問診療）及び十分な指導を行った場合に限り算定できる。

A14 【 C101 在宅自己注射指導管理料 】



【解説】

在宅自己注射の導入前に医師による十分な教育期間（入院又は2回以上の外来、往診若しくは訪問診療）及び十分な指導を行った場合に算定できます。ただし、指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付する必要があります。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P369（8）

正答率 65.5%

Q14をさらに詳しく解説！

在宅自己注射指導管理料は、糖尿病、血友病、下垂体性等の内分泌疾患などの患者で、注射の継続的、間歇的、対症的実施が必要な患者を対象に設けられた指導管理料です。

管理料には、注射手技の指導、注射液や注射器の管理法、合併症・偶発症・副作用に対する対処法の教育などの技術料が含まれます。

カルテへの記載事項として、在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置等）、指示内容の要点を記載する必要があります。



（加算一覧）

血糖自己測定器加算

注入器加算

間歇注入シリリンポンプ加算

持続血糖測定器加算

注入器用注射針加算

注入ポンプ加算

導入初期加算

バイオ後続品導入初期加算

Q15

脊髄損傷により自然排尿が困難な通院患者に対して在宅自己導尿に係る指導管理を行い、親水性コーティングを有するカテーテルと有しないカテーテルを合わせて60本支給したため、C106 在宅自己導尿指導管理料とC163 特殊カテーテル加算2のイ（1）を算定した。

A15 【 C 106 在宅自己導尿指導管理料 】



【解説】

特殊カテーテル加算2のイ（1）は、親水性コーティングを有するものを1月あたり60本以上使用した場合に算定でき、60本に満たない場合は、特殊カテーテル加算2のロの算定となります。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P388 事務連絡

正答率 54.2%

Q15をさらに詳しく解説！

特殊カテーテル加算は、在宅療養において在宅自己導尿が必要な患者に対し、療養上必要なカテーテルについて判断のうえ、必要かつ十分な量のカテーテルを患者に支給した場合に算定します。

C 163『2』『イ』 親水用コーティングを有するものについては、排尿障害が長期間かつ不可逆的に持続し、代替えとなる排尿方法が存在せず、適切な消毒操作が困難な場所において導尿が必要となる場合等、当該カテーテルを使用する医学的な妥当性が認められる場合に使用することとなり、算定する場合は診療報酬明細書の摘要欄に、以下のアからエまでのいずれかの記載が必要です。

- ア 脊髄障害
- イ 二分脊椎
- ウ 他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱
- エ その他

Q16

D007 血液化学検査の

「26」フェリチン半定量、フェリチン定量について成人Still病の診断又は経過観察を目的として実施した場合にも算定できる。



A16 【 D007 血液化学検査 】



【解説】

フェリチンは原則として、各種貧血（鉄欠乏性貧血、腎性貧血、巨赤芽球貧血、悪性貧血、再生不良性貧血など）の疑い病名に対する算定は認められていません。

また、成人スチル病でフェリチンの値が高率に著増することから診断や経過観察に有効であることから算定が認められています。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P424

事務連絡 2020年3月31日

正答率 73.9%

Q16をさらに詳しく解説！

【豆知識メモ】

成人Still病ってどんな病気？

成人スティル病とは、16歳未満の小児に発症する「**全身型若年性特発性関節炎（スティル病）**」と呼ばれる病気でみられる病像が、16歳以上の成人に生じる病気を指します。

成人スティル病では、発熱や発疹、関節症状が主要症状で、発熱に伴って発疹と関節症状が出たり消えたりと変動することが特徴的です。

成人スティル病は難病指定を受けている疾患のひとつです。

女性にやや多く、発症平均年齢は47歳とされています。

成人スティル病は小児期のスティル病と類似した病態を呈する疾患ですが、小児期にスティル病を発症した方は、成人スティル病全体のなかでは必ずしも多くはありません。

Q17

往診時に患者等で超音波検査の断層撮影法を行った場合は、D215 超音波検査2断層撮影法の

「 訪問診療時に行った場合」ではなく、

「 その他の場合」で算定した。



A17 【D215 超音波検査】



【解説】

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P461

事務連絡 超音波検査 2020年3月31日

正答率 62.0%

Q18

D285 認知機能検査その他の心理検査の

「1」操作が容易なものの、「イ」簡易なものは原則として

3月に1回に限り算定であるが、医学的な必要性から

3月以内に2回算定した。



A18 【 D285 認知機能検査その他の心理検査 】



【補足】

医学的な必要性から3月以内に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載が必要となります。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P484
【2020年改定による変更点】

正答率 72.5%

Q19

E200 CT撮影について、冠動脈CT撮影加算として600点を請求する際、64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に算定する。

A19 【 E200 コンピューター断層撮影 】



【解説】

医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載必要あり。

施設基準の届出が必要。64列以上のマルチスライス型のCT装置を有し、画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たす等の基準がある。

【参照・根拠】

医学通信社 診療点数早見表（2020年4月版） P511

正答率 70.4%

Q19をさらに詳しく解説！

* 該当項目は下記のとおり

ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常
（超音波検査等の所見から疑われた場合に限り）

イ 急性冠症候群
（血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限り）

ウ 狭心症
（定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合、又はその確認が困難な場合に限り）

エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子
（糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等）が認められる場合

オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合

Q20

画像診断管理加算2,3に関する施設基準項目で、「関係学会の定める指針を遵守し、CT装置の適切な安全管理を行っていること」が2020年4月に新規で追加された。

A20 【画像（施設基準）】



【解説】

CT装置ではなくMRI装置

【参照・根拠】

社会保険研究所 施設基準等の事務手引 P 944

正答率 64.8%

Q21

画像診断における腎と尿管、仙骨と尾骨はそれぞれ同一の部位の取り扱いとなる。

A21 【画像】



【解説】

平20.8.25 支払基金, 最終更新: 平26.9.22 の内容のとおり

【参照・根拠】

医学通信社 診療点数早見表 (2020年4月版) P 500

正答率 93.7%

Q22

湿布薬については、1処方につき70枚の制限となっているが、「70」枚の判断は、湿布薬の種類ごとに70枚ではなく、処方された湿布薬全体の枚数が70枚である。

A22 【投薬】



【解説】

そのとおり。

【参照・根拠】

医学通信社 診療点数早見表（2020年4月版） P 519

正答率 86.6%

Q22をさらに詳しく解説！

- ① 70枚は1処方についての制限であり、月単位での制限枚数は設けられていない。
- ② 70枚の判断は湿布薬ごとではなく、処方された湿布薬全体の合計枚数となる。
- ③ 1処方につき70枚を超える場合は、レセプトの摘要欄に当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨について記載する。
(例：病名、部位や患部の広さ)
※外用薬
○○テープ100mg 10cm×14cm
80枚
1日5枚
70枚を超えて湿布薬を投与した理由○○のため

また、審査機関から使用部位についてもコメントを求められる。

Q23

調剤料について、外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。

A23 【調剤料の計算方法】



【解説】

調剤料は「薬を調剤する技術」に対する評価であるため、外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。

【参照・根拠】

医学通信社 診療点数早見表（2020年4月版） P 526

正答率 87.3%

Q24

薬剤料（薬価）が15円になった場合に2点で算定できる。

A24 【投薬】



【解説】

薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

【参照・根拠】

医学通信社 診療点数早見表（2020年4月版） P 519

正答率 76.8%

Q24をさらに詳しく解説！

薬剤料の計算においては、薬価の円を点数に直して計算するときには五捨五超入を行う。

（例）

薬価が15円以下 → 1点

薬価が15.1円 → 2点

薬価が15円超～25円 → 2点

薬価が25.1円 → 3点

Q25

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できる。

A25 【退院時処方】



【解説】

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。

【参照・根拠】

医学通信社 診療点数早見表（2020年4月版） P 76
医学通信社 D P C点数早見表（2020年4月版） P 476

正答率 57.0%

Q26

退院時処方とは、「退院後に在宅において使用するための薬剤を処方すること」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できる。

A26 【退院時処方】



【解説】

算定することができない。

ただし、転院先が在宅施設となる場合は、算定可能である。

転院先が在宅施設とならない施設は、医療機関と介護老人保健施設

退院先が在宅となる施設は、特別養護老人施設、サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム等。

また、出来高請求についても、同様の解釈。

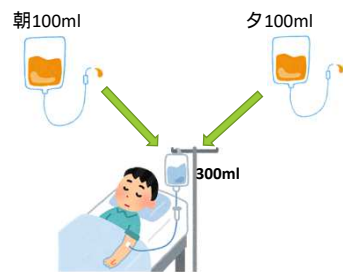
【参照・根拠】

医学通信社 診療点数早見表（2020年4月版） P 76
医学通信社 D P C点数早見表（2020年4月版） P 476

正答率 70.4%

Q27

45歳の入院患者に300mlの点滴注射と、併せて同日に朝夕各100mlを管注した。この場合の点滴注射の手技料は98点を算定した。



A27 【 G004 点滴注射 】



【解説】

点滴回路を利用して注射薬剤を追加投与する管注は、点滴の総量に含まれる。問題では点滴注射量は500mlとなる。
45歳 500mlなので、G0042を算定。

$$300\text{ml} + \text{朝}100\text{ml} + \text{夕}100\text{ml} = 500\text{ml}$$

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P556（2）

正答率 67.6%

Q28

血漿分画製剤であるアルブミンを中心静脈注射するにあたり、患者に対して注射の必要性・危険性を文書により説明したので、中心静脈注射に50点（血漿成分製剤加算）を加算した。



A28 【 G004・005 血漿成分製剤加算 】



【解説】

この加算は新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等を含み、血漿分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤）を含まない。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P556（3）Ⅰ、P557（2）

正答率 40.8%

Q29

外来化学療法加算の連携充実加算について、患者に対して行う治療計画の評価、副作用の発現状況、文書の交付等は専従の医師又専従の薬剤師が行うことが算定要件である。



A29 【 外来化学療法加算 連携充実加算 】

×

【解説】

専従ではなく専任要件で良い。
次ページのア～オの全ての業務を行った場合に月に1回に限り150点を所定点数に加算する。

施設基準の届出が必要。①委員会への管理栄養士の参加、②保険薬局との体制整備、③専任の管理栄養士の勤務 の基準がある。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P553（5）

正答率 46.5%

Q29をさらに詳しく解説！

【算定要件】 外来化学療法加算 1に係る届け出を行っていることが前提条件！

ア 化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付する。

イ 治療の状況等を共有することを目的に交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関又は保険薬局の医師又は薬剤師に提示するように患者に指導を行う。

ウ 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報が提供された場合には、必要な分析又は評価等を行う。

エ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当っては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。

オ 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図る。

Q30

J 038 人工腎臓 慢性維持透析を行った場合
1～3のニ・ホ・ヘを算定する場合、H I F - P H D
阻害薬の服薬状況等を診療録に記載する必要はない。

A30 【 J038 人工腎臓 】

×

【解説】

慢性維持透析を行った場合 1 ～ 3 のイ・ロ・ハを算定する場合、H I F - P H D 阻害薬の服薬状況等を診療録に記載するとされた。
J 038 人工腎臓について、エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータゲル及びH I F - P H 阻害剤のいずれも使用しない患者については、慢性維持透析を行った場合 1 , 2 又は 3 のうち、イ・ロ・ハのいずれかを算定してください。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P668

正答率 85.9%

Q31

J 038 人工腎臓 導入期加算 2 について、「腎移植に向けた手続きを行った患者」の定義として、「臓器移植ネットワークに腎移植希望者として新規に登録された患者」と記載されているが、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録後 1 年以上経過し、当該登録を更新した患者については「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれない。

A31 【 J038 人工腎臓 】

×

【解説】

臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録後 1 年以上経過し、当該登録を更新した患者についても「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれる。J 038 人工腎臓における導入期加算 2 を算定する場合、導入期加算 1 の施設基準を満たしている。C 102 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去 1 年間で 12 回以上算定している。腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に 3 人以上いることが算定条件となっております。

【参照・根拠】

事務連絡 2020年4月16日 医科診療報酬点数関係（問5）

正答率 60.6%

Q32

J 054 皮膚科光線療法 2 の長波紫外線又は中波紫外線療法（概ね 290 nm 以上 315 nm 以下のもの）、皮膚科光線療法 3 の中波紫外線療法（308 nm 以上 313 nm 以下に限定したもの）の対象疾患は、類乾癬、掌蹠膿疱症、菌状息肉腫（症）、悪性リンパ腫、慢性苔癬状秕糠疹、尋常性白斑、アトピー性皮膚炎に対して行った場合に限り算定し、円形脱毛症に対して行った場合は算定できない。

A32 【 J054 皮膚科光線療法 】

✕

【解説】

2020年改定より、対象疾患に円形脱毛症が追加された。
J054 皮膚科光線療法につきましては、同一日において消炎鎮痛等処置とは併せて算定できません。また、赤外線療法、紫外線療法、長波紫外線療法又は中波紫外線療法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定し、同じものを同一日に複数回行った場合でも、1日につき所定点数のみにより算定する。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P679

正答率 71.8%

Q33

下記のうち正しい算定は、③である。

- ①片眼（同一眼内）に対して複数の霰粒腫を摘出。
K214 霰粒腫摘出術×切開数 で算定
- ②慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対する治療的な胸腔鏡による肺切除術。
K513-4 胸腔鏡下肺縫縮術 で算定
- ③胃切除術を行うべく開腹したが、適応でないためそのまま手術創を閉じた。
K636 試験開腹術 で算定

A33 【手術】

○

【解説】

- ①✕
- ②✕
- ③○

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社）
①P729 ②P742-743 ③P707

正答率 83.1%

Q33をさらに詳しく解説！

- ①片眼（同一眼内）に対して複数の霰粒腫を摘出。
K214 霰粒腫摘出術×~~切開数~~ で算定

診療点数早見表 P729説明文より
数が所の切開も同一眼内にあるものについては1回として算定する。

- ②慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対する治療的な胸腔鏡による肺切除術。
K5134 ~~肺~~ ~~縫縮術~~ で算定

診療点数早見表 P743説明文より
慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対する治療的な胸腔鏡下肺切除術については
K5131胸腔鏡下肺切除術(肺嚢胞手術(楔状部分切除))により算定する。

- ③胃切除術を行うべく開腹したが、適応でないためそのまま手術創を閉じた。
K636 試験開腹術で算定



診療点数早見表 P707「通則15」手術の中絶等の場合の算定方法
手術の開始後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を途中で中絶せざるを得なかった場合においては、当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。
例えば、胃切除術を行うべく開腹したが、適応ではないのでそのまま手術創を閉じた場合は、K636試験開腹術の所定点数により算定する。

Q34

次の①～④の組み合わせの中で、手術手技料の総点数が最も低くなるのは②である。

- ①SBE-ERCP+EPBD+碎石
- ②SBE-ERCP+EPLBD+ERBD
- ③SBE-ERCP+ERBD+碎石+内視鏡的胆道拡張術
- ④ERBD+ERPD

A34【手術】



【解説】

- ①24,550点+3,500点=28,050点
- ②11,540点+3,500点=15,040点
- ③14,300点+3,500点=17,800点
- ④22,240点

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P700 通則14、P769-770、P773

正答率 33.8%

Q34をさらに詳しく解説！

- ・SBE-ERCP・・・シングルバルーン内視鏡+内視鏡的逆行性胆管・膵管造影
→バルーン内視鏡加算 3,500点
SBE (Single-Balloon Endoscopy)
-ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography)
- ・EPBD・EPLBD・・・K6871 内視鏡的乳頭切開（拡張）術 11,270点
EPBD (Endoscopic Papillary Balloon Dilatation) :内視鏡的乳頭拡張
EPLBD (Endoscopic Papillary Large-Balloon Dilatation) :内視鏡的乳頭大口径拡張
- ・EPBD+碎石・・・
K6872内視鏡的乳頭切開（拡張）術(胆道碎石術を伴うもの) 24,550点
- ・ERBD(EBS)・・・K688 内視鏡的胆道ステント留置術 11,540点
Endoscopic Retrograde Biliary Drainage :逆行性胆管ドレナージ
- ・ERPD(EPS)・・・K708-3 内視鏡的膵管ステント留置術 22,240点
Endoscopic Retrograde Pancreatic Drainage :逆行性膵管ドレナージ
- ・内視鏡的胆道拡張術・・・K686 内視鏡的胆道拡張術 13,820点
- ・碎石・・・K685 内視鏡的胆道結石除去術 1 胆道碎石を伴うもの 14,300点

Q34をさらに詳しく解説！

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P700より
「通則14 同一手術野又は同一病素につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。」

- ①SBE-ERCP(バルーン内視鏡加算 3,500点)
+EPBD碎石(K6872内視鏡的乳頭切開術(胆道碎石術を伴うもの)24,550点) = 28,050点
 - ② SBE-ERCP(バルーン内視鏡加算 3,500点)
+EPLBD(K6871内視鏡的乳頭拡張術 11,270点)
+ERBD(K688 内視鏡的胆道ステント留置術 11,540点) = 15,040点
 - ③SBE-ERCP(バルーン内視鏡加算 3,500点)
+ERBD(K688内視鏡的胆道ステント留置術 11,540点)
+碎石(K685 内視鏡的胆道結石除去術1 胆道碎石を伴うもの 14,300点)
+内視鏡的胆道拡張術(K686 内視鏡的胆道拡張術 13,820点) = 17,800点
 - ④ERBD(K688内視鏡的胆道ステント留置術 11,540点)
+ERPD(K708-3 内視鏡的膵管ステント留置術 22,240点) = 22,240点
- 上記により、②の組み合わせが最も総点数が低くなる。



Q35

労災診療で入院に際して医師、看護師、その他関係職種が共同して総合的な治療計画を策定し、医師が入院後7日以内に労災治療計画書等を交付の上説明を行った場合には1回の入院につき1回限り労災治療計画加算100点を算定できる。

A35 【 労災 】

×

【解説】

2020年度労災診療費算定基準の改定により廃止となり、健康保険に準拠した取扱いとなった。

【参照・根拠】

労災保険労災診療費算定基準早見表 P8
労災・地公災の手引き（大阪府医師会労災部会） P1

正答率 55.6%

Q36

労災診療で他の医療機関でコンピューター断層撮影を実施したフィルムについて診断を行った場合、初診料を算定した日に限り他医撮影のコンピューター断層診断を算定できる。

A36 【 労災 】

×

【解説】

令和2年度労災診療費算定基準の改定により、初診料を算定した日に他医撮影のコンピューター断層診断算定（450点）だけだったのが、再診時についても月1回に限り、コンピューター断層診断の特例（225点）を算定できる。なお、健保点数「E203他医撮影のコンピューター断層診断（450点）」を初診時に算定した場合は算定できない。

【参照・根拠】

労災診療費算定実務講座令和2年改訂版（労災保険情報センター）P85
労災・地公災の手引き（大阪府医師会労災部会）P8、9

正答率 49.3%

2020年労災診療費算定基準改定のポイント①

1. 救急医療管理加算（入院）の金額引上げ
健康保険の救急医療管理加算引上げに伴い、労災特掲として定められている**入院**の救急医療管理加算の金額が、1日につき6,000円から6,300円に引上げ。
2. 病衣貸与料の引上げ
病衣貸与に係る料金設定の実態を踏まえ、所定点数を1日につき、9点から10点に引上げ。
3. 術中透視装置使用加算の拡充
傷病労働者の早期職場復帰ため、術中透視装置使用加算の対象部位に**膝蓋骨**が追加。
4. 職場復帰支援・療養指導料の拡充
健康保険の療養・就労両立支援料の見直しに伴い、傷病労働者等に対し、主治医等が、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な事項を記載した指導管理箋を当該労働者等に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合等の算定上限回数を、3回から4回に引き上げる。

2020年労災診療費算定基準改定のポイント②

5. 労災電子化加算の措置期間延長
現在、電子情報処理組織の使用による労災診療費請求又は光ディスク等を用いた労災診療費請求を行った場合、当該診療費請求内訳書1件につき5点算定できるが、当該加算の措置期間を**2022年3月診療分**まで延長。
6. 労災治療計画加算の廃止
入院の際に、医師等が共同して総合的な治療計画を策定し、医師が入院後7日以内に労災治療計画書（又はこれに準ずる文書）を患者又はその家族に交付して説明を行った場合1回の入院につき1回限り100点を入院基本料または特定入院料に加算できたが、健康保険に準拠した取扱いとし廃止。
7. コンピューター断層診断の特例（225点）新設
他の医療機関でコンピューター断層撮影を実施したフィルムについて診断を行った場合は、初診料を算定した日に限って「E203 コンピューター断層診断450点」を算定できるとされていますが、再診時に診断を行った場合においても、月1回に限り算定できる。ただし、健保点数表「E203 コンピューター断層診断450点」を初診時に算定した場合には算定できない。

2020年労災診療費算定基準改定のポイント③

8. 社会復帰支援指導料の新設
3か月以上の療養を行っている患者に対して、治ゆが見込まれる時期と治ゆ後の日常生活（就労を含む）上の注意事項に関する指導を行い、診療費請求内訳書の摘要欄に、指導年月日及び治ゆが見込まれる時期を記載した場合に、同一患者につき、1回に限り算定できる。
当指導は、医師が裏面様式の指導項目に基づいて行うものであり、算定の際は様式に必要な事項を記載して診療録に添付する必要がある。

Q37

C103 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、初回の導入日を摘要欄に記載する。

A37 【レセプト摘要欄】



【解説】

当該月の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を記載する。
動脈血酸素分圧測定又は経皮的動脈血酸素飽和度測定を実施する際に酸素吸入器を外すと危険となる患者の場合、酸素吸入を行ったままの測定結果の記載でよい。

【参照・根拠】

診療点数早見表 2020年4月版（医学通信社） P374

正答率 62.7%

Q38

D211-3 時間内歩行試験の算定にあたっては、施行後の動脈血酸素飽和度を摘要欄に記載する。

A38 【レセプト摘要欄】



【解説】

過去の実施日を記載する。
時間内歩行試験は年に4回を限度として算定できるが、1/1～12/31までの間の4回である。レセプトに記載する「過去の実施日」の記載は前記の1年間に行ったもののみでよい。

【参照・根拠】

診療点数早見表 2020年4月版（医学通信社） P459

正答率 58.5%

Q39

SARS-CoV2（新型コロナウイルス）抗原検出結果が陰性であったものの、他に診断が見つからない場合、さらに1回限り算定できるとされているが、その場合、再度実施した日時及びその結果を摘要欄に記載する。

A39 【レセプト摘要欄】



【解説】

本検査が必要と判断した医学的根拠を摘要欄に記載する。
感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。

【参照・根拠】

保険診療の手引き 2020年4月版（全国保険医団体連合会） P613

正答率 51.4%

Q40

療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院中の患者に、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出検査を実施した。
検査を実施した日時及び検査実施の理由等を摘要欄に記載した。

A40 【レセプト摘要欄】



【解説】

そのとおり。下記が摘要欄記載内容となります。

- ア 検査を実施した日時
- イ 検査実施の理由
- ウ 本検査が必要と判断した医学的根拠（診断を目的とする場合に限る。）
- エ 検査の結果（退院可能かどうかの判断を目的とする場合に限る。）
- オ 当該患者が算定する入院料

【参照・根拠】

事務連絡 令和2年6月15日
新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その22)

正答率 71.8%

Q40をさらに詳しく解説！

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いとして、検査が包括される下記のような場合も保険算定可となっております。

- 検査が包括される入院基本料等
（例：地域包括ケア病棟・回復期リハビリ病棟・短期滞在手術基本料等）
- 検査が包括される医学管理料
（小児科外来診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料又は在宅がん医療総合診療料）
- 介護老人保健施設又は介護医療院に入所している患者

Q41

2020年1月に輸血をした患者に輸血後検査として、2020年7月にH I Vの抗体検査を実施した為、摘要欄に当該輸血最終日の2020年1月と記載した。

A41 【レセプト摘要欄】

×

【解説】

最終輸血日の記載は必要ではあるが、輸血後H I V検査は、最終輸血後概ね2か月であり、保険算定不可。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P436

正答率 35.9%

Q41をさらに詳しく解説！

1.他院で輸血歴がある患者が、H I V検査を希望され来院した場合は？

保険適用なのは、概ね2か月の輸血歴である事。
レセプト摘要欄に以下の記載が必要である。

1.輸血を受けた医療機関名

2.輸血を受けた日

※入院時・内視鏡時のスクリーニング目的でのH I V検査は保険適用が認められていません。

Q42

局所陰圧閉鎖処置の初回加算を算定した患者で、摘要欄に、初回加算の算定日、使用した機器、処置の医学的必要性を記載した。

A42 【レセプト摘要欄】



【解説】

そのとおり。
2020年の改定で記載が必要となった。

【参照・根拠】

診療点数早見表2020年4月版（医学通信社） P660

正答率 81.0%

Q42をさらに詳しく解説！

局所陰圧閉鎖処置に関するレセプト摘要欄

1. 持続洗浄加算（新設）
局所感染を伴う難治性創傷に対して持続洗浄を実施した場合、初回貼付時に算定。
2. 骨髄炎又は骨膜炎を伴う難治性創傷に対して、局所陰圧閉鎖処置と局所灌流「2」骨膜・骨髄に対するものを算定した場合。

上記1、2を算定した場合以下の内容がレセプト摘要欄に必要である。

（レセプト摘要欄）
使用した理由及び医学的根拠を詳細に記入が必要

Q42をさらに詳しく解説！

使用する機器・入院・外来・在宅により算定方法が異なるので注意。

| | | 入院 | 外来 (入院外) | 在宅 (入院外) |
|------------|--|---|---------------|---------------------------------|
| 処置点数 | 据え置き型 | 連日算定可 | × 算定不可 | × 算定不可 |
| | 単回使用 | 週3回まで算定可 (特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定(交換した)日) | 来院して処置した日は算定可 | 医師が行って処置をした日は算定可 看護師だけでは算定不可 |
| 特定保険医療材料 | 局所陰圧閉鎖処置用材料 □□ 当たり20円 | ○ 交換した日は算定可 | 来院して交換した日は算定可 | 医師か訪問看護師が交換した日は算定可 |
| | 陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円 | × 算定不可 | 来院して交換した日は算定可 | (WGCか創傷管理関連の特定看護師に限る) |
| 添付文書上の交換頻度 | 局所陰圧閉鎖処置用材料 | V.A.C.: 48時間ごと又は週3回以上交換 | × 使用不可 | × 使用不可 |
| | | RENASYS: 48~72時間で初回交換、その後は週3回以上交換 SNAP: 週2回以上の交換 | × 使用不可 | × 使用不可 |
| | PICC: 3~4日ごとに交換(最長7日間) フィルターを使用する場合は、1週間に3回交換 | | | |
| | 陰圧創傷治療用カートリッジ | SNAP: 週1回以上の交換(カートリッジ満杯の場合は交換) PICC: 7日間で交換(自動的に稼働が停止) | | |

(参考)スリーエムジャパン株式会社 局所陰圧閉鎖療法(NPWT)の運用について

Q43

法の規定では、単独で常時従業員（被保険者）700人以上の事業所は、従業員（被保険者）2分の1以上の同意があれば、健康保険組合設立の申請を行うことができる。

A43 【 保険制度 】



【解説】

健康保険組合を単独で設立できる従業員（被保険者）数は、平成14年10月の健康保険法の改正により、従来の300人以上より、700人以上に変更となった。
2以上の事業所または2以上の事業主が共同して設立する場合（総合健保組合）については、合計で被保険者が常時3,000人以上であることが必要です。

【参照・根拠】

健康保険法第11条、第12条
健康保険法施行令第1条の2第1項

正答率 57.7%

Q44

保険医療機関において、保険診療に従事する医師は、都道府県知事の登録を受ける必要がある。

A44 【 保険制度 】



【解説】

保険診療に従事する医師（保険医）の登録は、厚生労働大臣に対してである。

【参照・根拠】

健康保険法第64条

正答率 55.6%

Q44をさらに詳しく解説！

保険医登録とは

医師国家試験に合格し、医師免許を受けることにより自動的に保険医として登録されるわけではない。医師が保険診療を担当したいという自らの意思により、勤務先医療機関の所在地（勤務していない場合は住所地）を管轄する地方厚生(支)局長（所在地を管轄する地方厚生(支)局の事務所がある場合には、当該事務所を經由して行う）へ申請する必要がある。また、申請後交付された保険医登録票は適切に管理し、登録内容に変更が生じた時には速やかに（変更の内容によっては保険医登録票を添えて）届け出る必要がある（健康保険法第71条）

保険診療として診療報酬が支払われるには次の条件を満たさなければならない

- ① 保険医が
- ② 保険医療機関において
- ③ 健康保険法、医師法、医療法、薬事法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ④ 『療養担当規則』の規定を遵守し
- ⑤ 医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑥ 診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っていること

Q45

1類感染症の患者について入院勧告をしたが応じない場合、「入院措置」として知事の命令により入院させることができる。

A45 【 保険制度 】



【解説】

都道府県知事には、1類感染症のまん延を防止するため、入院を勧告する権限があるが、この勧告に従わないときは「入院措置」を命ずることができる。ただし、この措置による入院の期間は72時間以内である。

【参照・根拠】

感染症法第19条

正答率 75.4%

Q45をさらに詳しく解説！

都道府県知事は、新型コロナウイルス感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、感染症指定医療機関へ入院することを勧告することができます。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるときは、感染症指定医療機関以外の病院若しくは診療所であって当該都道府県知事が適当と認めるものに入院することを勧告することができます。また、入院治療に要する医療費については、必要な費用を公費で負担します。

感染症指定医療機関以外での入院時にかかった医療費は、感染症法では、
（１）医療機関で一旦お支払いいただき、（２）後日、都道府県等に請求し、同額の支給を受けていただくことになっています。
ただし、同意がある場合は、この手続きを省略し、医療機関での支払額（１）と後日受けられる支給額（２）を相殺することで、医療機関で入院費用をお支払いいただく必要がなくなります。
（※ただし、世帯員の市町村民税の総所得割額が56万4千円を超える方は、月額2万円を上限として、一部自己負担があります。）