

医療保険のしおり

平成24年4月 診療報酬改定に関する鳥取県医師会『Q&A』（その1）

4月の診療報酬改定に関し、県内の医療機関から提出された質問と、その回答を抜粋して掲載致します。日常診療の参考にして下さい。本文中「参考資料」とは、「改定診療報酬点数表参考資料（平成24年4月1日実施：日本医師会発行）」です。

なお、日本医師会Q&Aおよび厚生労働省疑義解釈資料（鳥取県医師会ホームページへ掲載済み）に同様の回答があるものや、個別の届出様式に関する質問等については、一部省略しております。

【一般名処方、処方せん料】

問1：医院で一般名処方を行い、薬局でジェネリックに変わった場合、次回の処方せんにはその薬名は一般名のままで良いのでしょうか、ジェネリック名に直さないといけないのでしょうか。

回答：一般名のままで良く、特にジェネリック名にする必要はありません。また、医師の判断で先発医薬品を処方することも可能です。

問2：今まで後発医薬品を処方していた方に4月の処方より一般名処方を行った場合も一般名処方加算を算定しても良いのでしょうか。

回答：算定できます。

問3：算定要件について、先発品のみの場合算定不可、先発品・後発品がある場合は算定可。ならば、後発品のみ場合は？

例）一般名 アルジオキサ錠 商品名全て後発品だけです。

回答：後発医薬品のみ存在する薬剤等について一般名処方した場合は算定できません。後発医薬品のある先発医薬品について一般名処方した場合に限り、算定できます。（3月30日付厚生労働省事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」）

問4：外用剤一般名表記について。

セルタッチパップ、セルタッチテープ、スマルテープ、フェルナビオンテープ、フェルナビオンパップ、の一般名は全てフェルビナクテープです。処方せんへの記載で上記の記載方法はどのようにしたらよいのでしょうか。

回答：一般的名称に剤形及び含量を付加した記載による処方せんを交付した場合に算定できます。処方せんに記載する一般名処方の標準的な記載例（一般名処方マスタ）について

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/shohosen.html

によると、以下のようです。

【般】フェルビナクパップ140mg（20×14cm）

なお、「【般】」は必須ではありません。（4月20日付厚生労働省事務連絡「疑義解釈資料（その2）」）

問5：レセコン（ORCA）では、一般名処方の設定にすると一般名では入力できない代わりに商品名で入力すると、処方せんには一般名で印字される仕様になっています。この場合は、カルテに一般名処方加算を算定したことは記載した上で、カルテには商品名のままの記載で処方せんは一般名処方と食い違ってもよいのでしょうか。

例：カルテ→メバロチン10mg、一般名処方加算

レセコン→メバロチン10mg

処方せん→プラバスタチンナトリウム10mg

回答：処方せんに一般名を記載していれば、カルテは商品名で記載していても算定できますが、一般名処方を行った旨を何らかの方法で記録として残して下さい。

問6：処方せんに一般名処方した場合のカルテ記載はどのようにしたら良いのでしょうか。

回答：医療機関内で一般名又は一般名が把握可能な製品名のいずれかが記載されていれば良い。（4月20日付厚生労働省事務連絡「疑義解釈資料（その2）」）

問7：先発医薬品から後発医薬品への変更調剤が可能な処方せん、又は一般名処方に係る処方せんを受け付けた保険薬局は、処方せんを発行した医療機関に情報提供する義務はあるのでしょうか。医療機関が一般名処方した薬剤を患者の選択により結果、先発医薬品を選択した場合など、薬局から医療機関への報告はあるのでしょうか。

回答：処方した薬剤が先発医薬品であるか、後発医薬品であるかにかかわらず、一般名処方に係る処方薬について調剤を行ったときは、実際に調剤した薬剤の銘柄等について、当該調剤に係る処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することになっています。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えありません。（3月30日付厚生労働省事務連絡「疑義解釈資料（その1）」）

【A：入院基本料等】

問8：一般病棟入院基本料10対1（平成24年7月1日以降引き続き算定する場合）の届出はいつまでにすれば良いか。（4月16日か、6月末か）

回答：6月中に届出を行うことで良い。

問9：現在有床診療所入院基本料1を算定しています。入院患者の食事は外部委託しています。管理栄養士は有床診は非常勤でも可とありますが、委託の場合はどうなりますか。

回答：外部業者へ委託していても、入院基本料の算定に当たって栄養管理体制の基準（参考資料P506上段及び549下段）を満たす必要があります。したがって、管理栄養士が当該保険医療機関内に配置されていない場合には、栄養管理体制の経過措置に該当するものとして、様式5の2（同P822）により届出を行う必要があります。

問10：入院基本料及び特定入院料届出の係る添付書類（P822様式5の2）について、管理栄養士でなければダメでしょうか。栄養士の免許だけではダメでしょうか。ほとんど日帰り入院で1泊入院は年に

4～5人ですが、確保が必要でしょうか。

回答：管理栄養士となっています。1泊入院の場合も同様の取扱いです。なお、有床診療所における栄養管理体制の届出等については、通知が一部訂正され、本会より平成24年5月1日付で有床診療所あてへ、「平成24年3月31日において栄養管理加算の届出を行っていない有床診療所については、届出することなく平成26年3月31日までの間は、栄養管理体制を満たしているものとして取扱われることとなる」旨の通知をしています。

問11：A207-2医師事務作業補助体制加算について、4月より育休要員として一年間採用するが研修を受ける予定は無く、1要員としてあげてもよいでしょうか。

回答：医師事務作業補助者を新たに配置してから6か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行う必要があります。

問12：超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算について、日本医師会Q&A（その3）1ページの「当該障害に起因して」の意味は、超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たす状態が当該障害に起因していなければならないということでしょうか。

回答：その通り。なお、訂正通知により以下の下線部が追加されているので参照されたい。（平成24年3月30日付事務連絡 平成24年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について）

A212超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

（1）超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算は、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児（者）で、当該障害に起因して超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たしている児（者）に対し、算定する。ただし、上記以外の場合であっても、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除く病棟又は病床においては、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者であって、重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、（2）又は（3）の基準を満たしていれば、当面の間、同年4月1日以降も継続して、当該加算を算定できるものとする。

問13：参考資料P746、別紙様式6 退院支援計画書について、「退院支援計画を行うものの氏名（下記担当者を除く）」となっているが病棟退院支援計画担当者とは同一の氏名で良いのでしょうか。

回答：病棟退院支援計画担当者とは、別の者の氏名を記入する必要があります。

問14：A234-2感染防止対策加算2について、参考資料P575施設基準には「感染制御チームの年4回のカンファレンスに参加すること」と記載してあるが、チーム全員の参加が必要なのか、それともチーム内の誰かが参加すれば良いのでしょうか。

回答：原則、感染制御チームを構成する各々の職種（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）が少なくともそれぞれ1名ずつ参加することになっています。（3月30日付厚生労働省事務連絡「疑義解釈資料（その1）」）

問15：A238退院調整加算について、入院後7日以内に退院支援計画の作成が必要とありますが、一般病棟から療養型病棟へ転棟した場合、新たに退院支援計画書の作成が必要なのでしょうか？

回答：参考資料P102に「第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものであること」とあるとおり、一般病棟から療養病棟へ転棟した場合、一般病棟に入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していれば、必ずしも新たに退院支援計画書を作成する必要はありません。なお、7日以降に変更があった場合には、該当部分を変更し、変更日を記載して下さい。

問16：A244病棟薬剤業務実施加算について。

①参考資料P108、P580施設基準によれば療養病棟では入院した日から起算して4週間限度算定となるが、一般病棟と療養病棟のケアミックスの場合、一般病棟より療養病棟へ転棟となった入院患者の算定の起算日は、一般病棟に入院となった日か、それとも療養病棟に転棟となった日でしょうか。

②仮に点数を算定した4週間以降は点数は算定できないにもかかわらず、週20時間の病棟勤務は継続しなければならないのでしょうか。

③週20時間の薬剤師の病棟勤務に対するコストはどこから捻出するのでしょうか。

回答：①一般病棟に入院となった日です。

②週20時間以上の継続は必要です。

③医療機関判断となり、回答できません。

【B：医学管理等】

問17：B001-2-7外来リハビリテーション診療料について、内科・心療内科・リハビリ科併設の診療所において、例えば2日に内科受診にて再診料（初診）算定、4日にリハビリ科にて運動器リハビリテーション（Ⅲ）算定の場合、4日に外来リハビリテーション診療料は算定可能でしょうか。

回答：算定できます。なお、外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行わない日において、他科の診療を行った場合、初診料又は再診料（外来診療料）は算定できます。（3月30日付厚生労働省事務連絡「疑義解釈資料（その1）」）

問18：B001-2-6夜間休日救急搬送医学管理料について、外来での初期診療に対する評価の新設とあるが、土曜日、休日、深夜であれば即日入院でも算定できるのでしょうか。

回答：当該管理料を算定できる入院基本料等を算定する患者については算定できます。

問19：B005-7-2認知症療養指導料を算定するにあたり、①専門医療機関が「認知症専門診断管理料1を算定した患者かどうか」を確認する手段は。②診療所が認知症療養指導料を算定するためには届出は必要でしょうか。

回答：①依頼した医療機関より文書により提供されます。②必要ありません。

【C：在宅医療】

問20：C001注6 在宅ターミナルケア加算は、当医院の医師が配置医師として診察を行っている特別養護老人ホームの患者の場合でも条件を満たせば算定可能でしょうか。

回答：特別養護老人ホームの入所者における在宅患者訪問診療料または在宅患者訪問診療料に係るターミナルケア加算等の算定要件については以下の通り。

以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。なお、当該患者について、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（以下「看取り介護加算」という。）を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算及び看取り加算は算定できない。

ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合。

イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）

（保医発0330第9号 平成24年3月30日「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について）

なお、上述の通り配置医師というだけでは算定できないが、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものである場合は、定期的な訪問診療であっても突発的な往診であっても、要件を満たせば在宅患者訪問診療料に係るターミナルケア加算を算定できます。

問21：C001、C002について。①認知症高齢者グループホームは特定施設ではないので「それ以外の場合」の200点で算定しますか。②また、在医総管はこれまで通りと同じですか。③小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）は訪問診療料は「それ以外」の200点ですか。④在医総管はどちらですか。

回答：①そのとおり。

②認知症高齢者グループホームの患者は、これまでのとおり在宅医学総合管理料を算定する。

③そのとおり。

④小規模多機能型居宅介護において宿泊サービスを受けている患者に対しては、これまでのとおり在宅医学総合管理料を算定する。

問22：C004救急搬送診療料長時間加算について、当院から他院へ患者を搬送する際も算定可能でしょうか。

回答：入院患者で入院基本料を算定した日には算定できません。参考資料P215（7）ご参照下さい。

問23：C157～159在宅療養指導管理材料加算の一部が「2月に2回」算定と変更になったが、例えば患者が医学的な理由により外来受診ができなかった場合、又は月の途中他院を退院された場合など、受診がない月においても適切な医学管理をしていれば管理料の算定は可能でしょうか。

回答：可能です。受診がない月においても、あくまでも適切な医学管理をしている必要があります。日医Q&Aその3も併せてご参照下さい。

問24：C165経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算について、2月に2回に限りとのことだが、2か月算定の際、診療料、外来管理加算の算定はどのようにすれば良いのでしょうか。1か月に2回分算定できるという解釈でよろしいのでしょうか。その際、前月分の算定なのでしょうか、後月分の算定なのでしょうか。

回答：経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算は1月で2回分の算定が可能だが、再診料や外来管理加算は、診療した日に算定します。

問25：C165経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算について、①1月で2回分の算定が可能とのことだが、前月分の算定か後月分の算定となるのか？また、点数の算定方法は？②1月に2回算定できるとは、第1款の所定点数+1,210点×2回算定できる、という理解で良いのでしょうか。

回答：①点数は、参考資料198ページ、C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（250点）です。

②基本的にはC107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（250点）月1回算定する際にC165経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算（1,210点）を月に1回併せて算定することが想定されていますが、月に2回C165経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定するときは質問の例の通りです。日医Q&Aその3も併せて参照下さい。

【D：検査】

問26：D005血液形態・機能検査の14骨髄像を行った場合の骨髄像診断加算について、検査結果の報告書を作成し、院内の医師に報告した場合も算定可能でしょうか。

回答：算定可能です。参考資料P248、D026検体検査判断料注5および、P277（9）参照のこと。

問27：D014-14抗シトルリン化ペプチド抗体検査を治療薬の選択のために行う場合においても算定可となりましたが、確定診断の時に1回、さらに同一月に内に治療薬選択のためにもう1回の合計2回算定できるのでしょうか。

回答：参考資料P273（6）のとおり、可能です。

【E：画像診断】

問28：平成24年3月19日付け日本医師会Q&A（その3）4ページのCT、MRI撮影の施設基準の届出要件にある「保守管理計画」とは、具体的にどのような内容でしょうか。

回答：医療法及び薬事法により医療機器の保守管理が義務づけられているが、保守管理計画の書式は示されていません。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wydo-att/2r9852000001wyhs.pdf>（中医協23年12月7月資料）111ページから124ページ参照。

日本医師会で、医療法上の医療の安全に関して作成したものとして、以下の（ノンブル）162ページ表99があるが、参考にする際は各医療機関の状況に応じて作成して下さい。

<http://www.med.or.jp/anzen/manual/pdf/honbun.pdf>

（医療従事者のための医療安全対策マニュアル）

【その他】

問29：各施設基準の届出先を教えてください。

回答：中国四国厚生局鳥取事務所あて

〒680-0842 鳥取市吉方109 鳥取第3地方合同庁舎2階

電話 0857-30-0860