

目 次

- I 平成18年4月 診療報酬改定に関するQ & A
- II 診療報酬明細書等の取り繕いについて（連絡）
- II 障害者自立支援法に基づく精神通院医療に係る自己負担額の取扱いについて

I 平成18年4月 診療報酬改定に関するQ & A

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、その回答をお知らせ致します。日常診療の参考にして下さい。

【領収書の発行について】

問1：私費扱いの検査（妊婦検診、血液検査など）、物品販売なども領収書を発行した方がよいのでしょうか。また、保険外で徴収している金額（おむつ代、キャンセル代、診断書料など）も記載は必要でしょうか。

回答：保険外負担については、「選定療養等」、「その他」と区別する。ただし、高度先進医療、先進医療に関しては、「選定療養等」欄へその区分を明示すること。

問2：交付の際に控えを残しておく必要がありますか。また、その場合は保存期間はどのくらいでしょうか。

回答：領収書は2部作成して1部保管して下さい。コンピューター内の保存でも良いですが、必要に応じてすぐ打出しできるようにしてあれば良いです。保存は療養担当規則により、3年と判断します。

問3：再発行を求められた場合、費用の徴収は可能でしょうか。徴収額の範囲はありますか。

回答：領収書の再発行の義務はありません。

【処方せん様式の変更について】

問 4 : 「後発医薬品への変更を可とする」と判断した場合、カルテにもその旨が分かるように記した方がよいでしょうか。

回答 : 適切にカルテに反映することが望ましい。保険薬局から連絡があった場合は、カルテを訂正する必要があります。レセプトには特別記載すべき事項はありません。

問 5 : 「後発医薬品への変更可」の医師の署名は、プリンター印字、押印でも可能でしょうか。

回答 : プリンター印字並びに押印ならば可能です。ただし、全件プリンター印字は認められません。

問 6 : 後発医薬品がない医薬品について、処方せんに医師が「変更可」としてしまった場合、点数は後発品を含む場合を算定してもよいでしょうか。

回答 : 算定できない。当該加算は、後発品のある薬剤を処方した場合に限り算定できる。後発品があるかどうか調べる必要があります。

【初再診料】

問 7 : 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について新たに別の診療科を初診として受診した場合とあるが、継続療養中の疾病があつて新たに他の科を初診として受診した場合（その日はその科のみ）でも算定可能でしょうか。

回答 : 他の傷病とは、同一疾病又は互いに関連のある疾病でないこと。例えば、糖尿病で継続療養中の患者について、糖尿病性網膜症疑いで眼科を受診する場合は算定できない。診療科については、医療法上の標榜診療科が異なる場合に算定できる。同一日に他の科を受診しなければ算定できない。再診料で算定となります。

問 8 : 初診料 135 点を算定する場合、同一日に内科は外来診療料、外科は 135 点が算定できる場合、外科の検査は出来高算定ですか。外来診療科の包括部分に包括されるのでしょうか。

回答 : 外来診療料に包括される処置検査等は、別に算定できません。

問 9 : 電子化加算の要件を具備していますが、4月1日より開院（診療所）のため、4月分のレセは試行的になっていますが、4月1日より算定してよろしいでしょうか。算定できなければ、何月より算定できるでしょうか。

回答 : 要件が整っていれば、可です。

問 10 : 診療情報（紹介状を含む）を電子的に提供していることとは、コンピュータ

ーで作成した紹介状をプリントしたものをを用いて、紹介を行った場合と理解してよろしいでしょうか。

回答：電子媒体による提供となります（電子メールも含む）。よってプリント交付は認められません。

問 11：患者から求めがあった時に、詳細な医療費の内容の分かる明細書とは、レセプトのことですか。

回答：算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数並びに金額を記載した詳細な明細書です。レセプトの検査内容に準じ、入院、投薬、検査、指導料などが項目別になっており、さらに、指導については指導内容、検査については検査項目（尿、血液など）が記載してあるものです。レセプトの様式を活用することはかまわないが、診療報酬請求用のレセプトとは区別された方が良いと思います。

問 12：電子化加算について、6ヶ月の経過措置中に新しいレセコンを購入予定ですが、指導料を管理料に名称変更していない領収書件明細書では算定できないでしょうか。また、明細書発行も経過措置はあるのでしょうか。

回答：部単位で金額を示すため、名称が異なるものでは認められません。詳細な明細書は努力規定であり、経過措置は設定されていません。手書きでは電子化加算の要件は満たされません。

【入院】

問 13：参考資料 P 422 経過措置

平成 18 年 6 月 30 日において、区分 A 309 に掲げる特殊疾患療養病棟入院料を算定する病棟を有する病院である保険医療機関に入院している患者については、平成 20 年 3 月 31 日までの間、算定できるものとする。

上記に基づき、平成 18 年 4 月・5 月・6 月迄の間に一般病棟による特殊疾患療養病棟入院料の届出は可能ですか。

回答：可能です。

【医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算】

問 14：入院基本料加算における「医療安全対策加算」「褥瘡患者管理加算」について。

①体制整備、対策実施が入院基本料の算定要件になったのに、なぜ加算が出てくるのでしょうか ②届出を提出すれば、いずれも加算可能となるのでしょうか ③医療安全対策加算（様式 25）中の修了していることが確認できる文章とは、どのような文章が添付書類として必要でしょうか ④医療安全対策加算について、適切な研修には「学会の参加」は含まれるのでしょうか。

回答：①より充実した体制の評価と判断したため。②そのとおりです。参考資料 468～469 ページを参照して下さい。③リスクマネージャーの研修修了証書 ④国及び医療関係団体等が主催する研修であって、医療安全管理者として業務を実施する上で必要な内容を含む通算して 40 時間以上又は 5 日程度の研修。講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全に関する制度、医療安全のための組織的な取り組み、事例分析・評価・対策、医療事故発生時の対応、コミュニケーション能力の向上、職員の教育研修、意識の向上等について研修すること。

【救急医療加算、乳幼児救急医療加算】

問 15：一般の救急輪番日と小児輪番日が別々になっている場合、届出は 2 種類必要でしょうか。算定もそれぞれの輪番日に（小児輪番日に乳幼児救急医療加算等）可能と解してよいでしょうか。

回答：届出項目は「1」ですが、各々の内訳が分かるものを 2 種類提出して下さい。算定は可能です。

問 16：喘息などの患者の場合、初回入院日でなければ算定出来ないのでしょうか

回答：他の要件を満たし、起算日内であれば何時でも算定できます。

【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

問 17：褥瘡ケアに係る専門の研修とは、どう言った研修のことを言っているのか。

回答：平成 18 年 3 月現在、日本看護協会看護研修学校、社会保険看護研修センター等の実施する創傷・オストミー・失禁に関する看護課程。

【ハイリスク妊産婦共同管理料】

問 18：ハイリスク妊産婦共同管理料（I）について

「年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等を院内掲示」とありますが、年間分娩件数は照会元ですか。それとも照会先ですか。保険医療機関の名称の他に、掲示項目があれば教えて下さい。

回答：届出をする保険医療機関（自院）の前年（1 月～12 月）の分娩件数です。配置医師数および配置助産婦師数が必要です。また、共同で行う保険医療機関の名称、住所及び電話番号を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

【リハビリ関係】

問 19：リハビリは 4 つに分かれたが、①対象疾患に該当しない例えば乳がん、糖尿病はどのリハビリになりますか。②リハビリの特定療養費制度は、今回の改正で算定日数上限をこえて、さらに本人が希望した場合なのか、それとも 1 日あたりの P T、S T の上限こえだけが対象なののでしょうか。③算定上限をこえて

も「失語症」などの病名があれば、医事の判断があれば、2年、3年を経過しても保険算定可能でしょうか。

回答：①対象疾患以外は認められません。②上限回数超えのみです。③別に厚生労働大臣が定める疾患に該当し、治療の継続により医学的にリハビリテーションが必要な状態であれば、算定上限日数を超えて算定できる。3月に1回はリハの実施計画を見直し、その内容を患者に説明し、カルテにその要点を記載する必要があります。

問 20：理学療法（Ⅳ）（個別）について、算定廃止となりますが、準用点数として物理療法の点数で算定してよろしいでしょうか。カルテ等の記録については、物理療法に準じた程度でよろしいでしょうか（物理療法 P 312. リハビリテーション P 261）

回答：算定廃止の為、準用点数は認められません。消炎鎮痛等処置を行ったのであれば、消炎鎮痛等処置を算定されたい。理学療法については、作業療法、言語聴覚療法を統合して疾患別リハビリテーションとなったため、算定する場合は施設基準の届出が必要になります。

問 21：運動器リハビリテーション料（Ⅰ）

施設基準で、「運動器リハビリテーションの経験を3年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を終了した医師であることが望ましい。」とあるが、何か具体的な必要条件はありますか。

回答：運動器リハビリテーションに関する総合的な内容の研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。平成18年4月1日現在では、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーション医師研修会等になります。

問 22：常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であるとなっていますが、医師については兼任は可能でしょうか。

回答：医師は専任ですので、兼任は可能です。

問 23：経歴(疾患別リハビリテーションの経験がわかるもの)を添付することとありますが、具体的にどのような内容のものでしょうか。

回答：修了証書、受講証書、履歴書、受講証明書、復命書等と考えられます。

問 24：適切な運動器リハビリテーションに係る研修を終了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者とありますが、どのような研修でしょうか。また、「等」には、健康運動指導士は含まれるのでしょうか。

回答：運動器リハビリテーションの基本事項に関する従事者を対象とした研修会であって、関係学会等により開催されているものを指します。平成18年4月1日現在では、①日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修会、②全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会。ただし、あん摩マッサージ指圧師等がリハビリテーションを実施した場合には、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の点数により算定することとなる。健康運動指導士は含まれません。

問 25：リハビリの施設基準において、脳血管疾患の人員を満たしていれば、他の疾患のリハの取得も可能との情報がありますが、「専従」のリハビリスタッフの登録は、各疾患ごとに行わなくてはならないのでしょうか。

回答：「専従」の従事者については、機能訓練室で行うリハビリテーションに「専従」という趣旨であり、心大血管疾患リハビリを除く疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーションに限り、兼任できます(回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤職員とは兼任できない)。各リハビリの施設基準毎に届出は必要です。

問 26：参考資料P264 ①治療開始時のFIM:BI評価について。FIM115以下、BI85以下と表記してありますが、FIMとBIの再評価ともが必要なのでしょうか。どちらかだけでよろしいでしょうか。

②慢性神経筋疾患の起算日について。今回は4月1日よりの起算と伺っていますが、今後の慢性疾患(神経筋、関節の変性疾患等)の起算日はどのように考えればよろしいでしょうか。

回答：①両方が条件となります。②入院の場合は入院時に患者に確認しているのでその日となります。外来の場合は初診日となります。

問 27：参考資料P455 別表第9、回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数について、急性心筋梗塞後廃用症候群は、一にあたるのでしょうか三にあたるのでしょうか。

回答：外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有している場合のみが「三」となります。なお、「急性心筋梗塞後廃用症候群」だけでは判断できません。

問 28：リハビリマネジメント加算について

今回の改正以前に作成した計画書は見直す期間として有効でしょうか(例：平成18年2月に計画書を作成→次回は5月に見直し)。それとも4月に新たに全ての計画書を作成しないと加算は取れないでしょうか(介護療養型、通所リハ

共に)。

回答：4月は従来の様式で構いませんが、5月からは新様式でお願いしたい。様式についてはこのとおりですが、当然算定要件を満たしていることが前提となります。

問 29：疾患別リハ施設のリハスタッフは専従ですか、専任ですか。

回答：参考資料 P497～500 参照。

問 30：疾患の発症日というのは、算定開始日と同じと考えていいですか。

回答：心大血管疾患リハビリテーション、呼吸器リハビリテーションは治療開始日から、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションは発症日・手術日・急性増悪した日から算定して下さい。

問 31：診療情報提供料(I)は紹介先保険医療機関ごとに何回でも算定できますか。

それとも紹介先が複数あった場合でも、月1回のみしか算定できませんか。

回答：紹介先ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。2ヶ所紹介すれば2回算定できます。

【輸血管理料】

問 32：文中のアルブミンの一元化管理とは、輸血部門で注射箋に基づく受払いも記録も全て行う事で、やむを得ず薬剤部門で管理（アルブミンの払出しも含め）し、使用状況や使用者への指摘やデータ管理を輸血部門と共有することでは、不可ですか。あるいは、輸血部門でどこまで管理する必要がありますか。

回答：輸血部において保管されていることが原則であるが、当分の間、薬剤部において保管されている場合であっても、アルブミン製剤の請求・払出し等の管理が輸血部において行われていれば差し支えはありません。

【在宅関係】

問 33：参考資料 P 492 (イ) 入院施設を有さない診療所にあつての緊急時の入院体制… (ロ) 連携保険医療機関とは、同一法人内の病院との間で緊急時の入院体制等対応にあたる場合、連携医療機関として認められますか (同一医療機関の2人目の医師ではだめなのでしょうか)。また、そのような場合でない時には情報提供は必要ないのでしょうか。

回答：同一法人内は認められます (同一医療機関内の2人目の医師でもよい)。ただし、同一医療機関は不可。「在宅療養支援診療所」としての緊急時の対応としての入院体制の確保は必須になっておりますので、当然入院医療機関への情報提供は必要です。

問 34：在宅末期医療総合診療料（旧点数：届出済）は新たな届出が必要でしょうか。

回答：必要です。

問 35：寝たきり老人在宅総合診療料を算定している場合は、現物給付（患者負担 12,000 円まで）となっていました。4月から点数が廃止になるということは、現物給付という方法も廃止ということでしょうか。

回答：在宅時医学総合管理料を算定している場合の取扱いに変更（改正）されます。

問 36：在宅末期医療総合診療料の算定について、在宅支援診療所であれば、特別療養老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホームの入居者についても算定可能とのことですが、特別の関係にある在宅支援診療所についても算定は可能でしょうか。

回答：可能です。

問 37：「4. 在宅療養支援診療所とは…」につづく「ア」に記載してある事についてですが、「24 時間連絡を受ける医師又は看護職員をあらかじめ指定するとともに」とあるが、「又は」なので、医師のみでも良いでしょうか。また、その続きに「当該担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等…説明の上、文書で必ず医師・看護職員の両者の記載が必要となるのでしょうか。医師のみではだめでしょうか。

回答：医師のみでも可能です。（24 時間連携が取れることが条件）

問 38：「4. 在宅療養支援診療所とは…」につづく「ア」「イ」「ウ」を読むと、それぞれに患家に提供する文書が必要となるようですが、その中に「担当日」の記載等しなければならないようですが、担当日は毎月分かるので、毎月全患者に文書で提供しなければならないでしょうか。

回答：必ず文書が必要です。

問 39：参考資料 P118「C002 在宅時医学総合管理料」の「(3)」ですが、「在宅療養計画」は毎月いるのでしょうか。

回答：算定の都度。患者の状況に応じて、計画と説明の要点の記載したものが必要です。

問 40：在宅時医学総合管理料についてですが、今まで在総診＝在宅療養計画・連携医師への情報提供、在医管＝在宅療養計画・連携医療機関への情報提供が必要でしたが、在医総管に統一され、在宅療養計画だけでいいのでしょうか？情報提供は必要ありませんか？

回答：「診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合には、診療状況を示す文書を当該保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること」とあり、必要です。

問 41：C 003 在宅末期医療総合診療科の（3）に記載してある診療情報の提供は、毎月しなければいけないでしょうか？

回答：随時提供して下さい。

問 42：C 002 在宅時医学総合管理料の（7）に記載されているものについては在医総管に含まれるそうですが、「在宅時医学総合管理料算定日に厚生労働大臣が定める診療に係る費用は算定不可」とは、P118（7）に記載されているもののことでしょうか？他にあるのでしょうか？

回答：そのとおりです。参考資料 P478 第四の一の（2）も参照して下さい。

問 43：C 002 在宅時医学総合管理料（7）、在宅療養指導管理料（例えば在宅酸素療法指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料等）の点数は、在宅療養支援診療所の 1 のイ 4,200 点を算定した場合においても算定しても可でしょうか。検査料も算定可能でしょうか（今まで寝たきり老人在宅総合診療料を算定すると指導管理料、検査料は算定できなかった為）。

回答：C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料以外の在宅療養指導管理料との併算定は、要件を満たせば可。検査料は包括されていないので、出来高で算定して下さい。

問 44：在宅療養支援診療所の届出をしないで今までのように在総診は続けられますか。その場合、24 時間連携加算は（一）と記してあるが、今までどおり請求できますか。

回答：従来の在総診は在宅時医学総合管理料（参考資料 P106）に組み替えられました。この点数は、在宅療養支援診療所でなくても算定できます。24 時間連携は在宅療養支援診療所の要件の 1 つとなり、在宅療養支援診療所の点数に反映されました。

問 45：在宅時医学総合管理料算定時、在宅療養指導管理料は算定可能でしょうか？

回答：可能です。

問 46：参考資料 P106 在宅時医学管理料（月 1 回）2 の注 2

「在宅時医学管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるもの

とする。」とあるが、点滴手技、点滴薬剤及び処置薬剤及び保険適用材料は算定可能ということでしょうか。検体検査料はやはりとれないでしょうか。(在宅療養支援診療所でイ.院外処方せん発行4,200点算定の場合)

回答：在宅療養計画に基づき、月2回以上訪問診療（往診を含む）を行った場合に月1回算定する。参考資料 P478 第四 在宅医療 一(2)のイ～へおよび投薬が包括され、包括項目はその月は算定できません。

問 47：急性で毎日往診に行った場合、在宅時医学総合管理料の取り方はどうなりますか。(例.日曜日を除いた以外、毎日往診する場合)

回答：計画に基づく訪問診療以外に患者の求めによる往診の費用は、別に算定できる。但し、例にある往診は保険診療の解釈からして認められない。

【外来迅速検体検査加算】

問 48：血液化学検査で、5項目以上検査した場合、5点の加算ができると解釈してよろしいでしょうか。それとも多項目包括を1つとして1点の加算になるのでしょうか。

回答：5点加算できる。

問 49：検査結果を書面で交付とありますが、様式はありますか。糖尿病手帳へ記入した場合、「文書による情報提供」と解せますか。

回答：患者さんへの文書は検査結果票でよろしい。説明とは、検査結果等を踏まえて医師がトータルで行う説明で、患者に対して説明を行うために十分なものであれば様式は任意です。糖尿病手帳や産婦人科における母子手帳に結果を記入した場合も該当します。

問 50：溶連菌抗原迅速試験、ロタウィルス抗原、アデノウィルス抗原精密測定、は対象になりますか。

回答：参考資料 P483 別表第九の二に示される検査以外の検体検査が対象です。

問 51：血糖とか早めに検査結果が出るものも加算の対象になりますか。また、カルテの記載方法はどのようにしたらよいでしょうか。

回答：試験紙法、アンプル法、固定化酸素電極による血中ケトン体、糖、クロール検査に対しては対象になりません。カルテ記載については、加算項目は別に確認できる記載表示をして下さい。

問 52：当院内で検査をして当日結果の出る検査（末梢血液一般検査、CRP、A群B群溶連菌迅速検査、血糖の4つですが）と、検査会社に依頼する検査が両方あつ

た場合の算定はどうなりますか。また、加算対象外の検査と当院内で当日結果の分かる検査をした時の加算できるものには、どれになりますか

回答：全ての項目において当日に結果が出るのが条件なので不可となります。また、加算対象外の検査であっても、他の検査と同様に当日結果が分からなければ加算は算定不可です。

【手術】

問 53：痔核手術後狭窄拡張手術(5,360点)ですが、痔核の手術をしてどの位の時期があれば算定できるのでしょうか。

回答：医学的判断による。(この手術は項目としては新設だが、従来より準用通知で算定しているものなので、新規技術ではない。)

【検査】

問 54：尿中特殊物質算定性定量検査(参考資料 P138～139)カタラーゼ反応(70点)が削除になりましたが、今後はどのようにしたらよいでしょうか。自費でしょうか。他の項目で算定できるのでしょうか。

回答：D001の「17 その他」により、D007の「17 カタラーゼ」の点数を準用して算定して下さい。自費は認められません。

問 55：ダーモスコピー算定の対象疾患はありますか。また、複数部位、複数病変を見た場合でも一日につき一回の算定と解釈してよろしいでしょうか。継続的に受診している患者に実施した場合は再診料算定時でも算定できますか。

回答：悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断の目的で行った場合に、初回の診断日に限り算定する(初診料算定時でも再診料算定時でも初回の診断日に限る)。症例によっては、複数部位の算定は可能であり、病名が複数あれば複数回算定可能と考える(この点は各審査委員会の判断)。

【処置】

問 56：「術後創傷処置」という項目が全部削除されていますが、手術後の処置は「創傷処置」で請求する、ということなのでしょうか。

回答：そのとおりです。創傷処置の通知を参照して下さい。

問 57：介達牽引、消炎鎮痛処置について、介達牽引のみ又は介達牽引と消炎鎮痛処置の両方を行った時は、5回目以降減点があり、消炎鎮痛処置 2.3のみ行ったときは減点が無いと考えてよろしいでしょうか。

回答：そのとおりです。なお、消炎鎮痛処置は逡減制が廃止されています。逡減さ

れるのは、介達牽引を算定する場合です。

問 58：消炎鎮痛等処置と低出力レーザー照射は同日に算定できますか？

回答：主たるものにより算定する。（同一患者につき同一日の場合）

【医学管理】

問 59：今までの老人慢性疾患生活指導料と特定疾患療養指導料は、4月から一括で特定疾患療養管理料となりますか？（老人との区別はしなくてよいですか）

回答：そのとおりです。

問 60：指導料が管理料となるが、今までのように指導内容をカルテに記す必要はなくなると考えてよいでしょうか。

回答：指導料→管理料に名称変更のみ。従来どおり指導内容の要点を記載して下さい。参考資料 P82（6）などを参照のこと。

問 61：参考資料 P71 8「皮膚科特定疾患指導管理料」は、「指導」という語が付いたままですが、患者に説明する場合とか、詳細な領収書の項目名として、指導を削除してもよいでしょうか。領収書の区分としては「医学管理等」としてよいでしょうか。

回答：無償で交付する領収証の場合「医学管理等」に含まれ、項目名は出ません。患者さんへの説明や努力規定である「算定項目の分かる明細証の交付」の場合には、指導を削除せず、「皮膚科特定疾患指導管理料」として下さい。

問 62：ニコチン依存症管理料について、①院内は全面禁煙、外に喫煙室がある場合、②道路を挟んで通所介護事業所が有り、事業所内に喫煙場所がある場合は対象ですか。

回答：①②とも対象外です。

問 63：指定居宅介護支援事業者への情報提供（I）の算定について

医療機関と、特別の関係にある事業者への情報提供でも算定してよろしいでしょうか。また、居宅療養管理指導を請求するにあたって、同一法人となる居宅支援事業所への情報提供は500単位/回算定できるでしょうか。

回答：特別な関係にある所への情報提供料（I）は算定できません。在宅時医学総合管理料を算定していない利用者であれば500単位/回が算定できるが、当然のことながら、利用者の同意を得て利用者もしくはその家族等への指示、助言を実施することになります。

問 64：診療所内で投薬を行い、薬を説明し、同時に文書で薬剤情報を提供し、薬剤情報提供料を算定した。この時、患者さんが文書は不要であると拒否された時、薬剤情報提供料は算定できますか。

回答：否。算定不可となります。

【栄養管理】

問 65：栄養管理実施加算について

栄養管理計画書は患者へ渡すこととなるのか、再評価の回数に決まりがありますか。（2回目、3回目等）

回答：患者への交付義務はありません。再評価の回数の定めはありません。

問 66：栄養管理実施加算は全員に実施し、全員算定可となりますか（特定な患者のみ実施し、その患者のみ算定は不可と解すのか）。また、入院時意識不明でそのまま死亡された場合、管理計画書が作成できない場合も考えられるが、1例実施しなかった事により全体が算定不可となるのでしょうか。

回答：患者ごとに算定となります。栄養管理を行った患者に算定する。参考資料 P54 等参照。

【食事関係】

問 67：特別食加算について 参考資料 P 525～、経管栄養のための濃厚流動食を対象から削除について、他の説明会では、エレンタール、ラコール、エイイシュアリキッド等の高カロリー用を使用した場合と聞いていましたが、別の説明会では、経管栄養自体が対象になるように聞きました。どちらが正しいのでしょうか。

回答：削除された項目は、「経管栄養のための濃厚流動食」です。

問 68：摂食機能療法の治療開始日から3ヶ月以内とは。他の医療機関より転医し治療を開始した場合は何日が治療開始日となるのでしょうか。例) ○○病院で治療をして、3ヵ月後転医□□病院で摂食機能療法を開始した場合、□□病院では、○○病院で摂食機能療法を行ったかどうか判断できない場合。

回答：患者の入院に際し、患者又はその家族等に対して当該患者の過去3ヶ月以内の入院の有無を確認することとなっておりますので、判断は出来ます。

問 69：「治療開始日」というのは、医師がリハビリを処方し、摂食機能療法を開始した日のことですか。又は摂食機能に障害を発症した日ですか。

回答：ある疾患により摂食・嚥下機能に障害を来して、摂食機能療法を新たに開始した日を治療開始日とする。また、摂食機能療法により、経口摂取が可能となり摂食機能療法を終了した後、病状の悪化等により再び摂食機能療法を開始し

た場合は、その日を「治療開始日」として再び算定できる。その際、摘要欄に治療開始日を記載すること。

問 70：がん診療連携拠点病院加算について

①紹介元医療機関で悪性腫瘍と診断されたものをいうのか、紹介先医療機関で診断した時か、または両方でしょうか、②他の疾患で紹介された患者が紹介先で悪性腫瘍と診断した時は該当となるのでしょうか、③悪性腫瘍の疑いで紹介されたが、紹介先で悪性腫瘍でなかった場合はいかがでしょうか。

回答：①紹介先のがん診療連携拠点病院となります。②該当となります。③算定できません。

問 71：参考資料 P460 4月1日に入院基本料の上位取得をする場合の届出について
看護要員数は届出時の数となっていますが、夜勤時間等は4月の勤務計画表を提出することになりますか（3月実績には4月1日採用者分が含まれていないため）。

回答：3月分の実績で届出が必要です。4月分の計画表を提出して頂き、複製実績報告をして頂き適否を確認することとなっております。

【その他】

問 72：「障害者自立支援法施行（4月1日）後の特別医療費受給者の取扱いについて、現在、特別医療受給者（障害者）は自己負担なしですが、施行後はどうなるのですか。

回答：自立支援法の施行に伴い、従来の更正医療が自立支援医療に移行することになりますが、特別医療費の取扱いは従来通り変更ありません。よって、障害者に係る特別医療費は、4月以降も自己負担なしで取扱い願います。また、ひとり親家族、5歳未満の特別医療費受給者の一部負担金についても、従来通りの取扱いで変更ありません。

問 73：自立支援医療の負担上減額は、他の医療機関や薬局分も含めての上限額でしょうか？その場合、来院毎にそれまでの合計金額を一回一回確認するのでしょうか？

回答：自立支援医療の負担は、受診される医療機関や薬局を含めて全ての上限額です。よって受給者が来院、来局されるたびに確認していただく必要があります。自立支援医療の上限額管理については、「自己負担上限額管理票」という様式が利用者本人に交付され、その様式を利用者が病院、薬局等にかかった際に提示し、各医療機関等から自己負担額を記入していただくこととなります。自己負担額が上限に達した時点で、その際受診された医療機関が確認を行います。

II 診療報酬明細書等の取り繕いについて（連絡）

標記の件について、下記のとおり鳥取県社会保険診療報酬支払基金より通知がありましたのでお知らせいたします。

平成18年4月25日
鳥取県社会保険診療報酬支払基金

今般の診療報酬明細書等の様式の一部改正に伴い、改正前の様式で請求をする場合にあっては、下記により取り繕うようお願い致します。なお、この取扱いについては、厚生労働省の確認を得ていることを申し添えます。

記

1 医科診療報酬明細書（入院）

(1) 「医学管理（13）」欄については、従前の「指導（13）」を訂正することなく、適宜読み替える。

(2) 「食事（97）」欄については、「日間」を末梢することにより「回」に読み替える。

【例】

~~一日間~~

(3) 「食事療養」欄については、「日」を末梢することにより「回」に読み替える。

【例】

~~一日~~

2 医科診療報酬明細書（入院外）

「医学管理（13）」欄については、医科入院と同様である。

※なお、請求書についても同様の取扱いとなります。

Ⅲ 障害者自立支援法に基づく精神通院医療に係る自己負担額の取扱いについて

全国土木建築国民健康保険組合

拝啓 陽春の候いよいよご清栄のこととお喜び申し上げます。

本組合被保険者に対する療養の給付につきましては、日頃格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本組合被保険者が本年4月1日以降、障害者自立支援法に基づく精神通院医療に関する給付を受ける場合の費用につきましては、「障害者自立支援法の制定に伴う精神通院医療の取扱い等について（平成18年3月7日付土木第5519号の2）」をもって、自己負担額相当額と法定給付分を合わせて本組合からお支払いすることといたしたく、公費併用明細書によりご請求いただきますようお願い申しあげたところでございます。

この取扱いにつきましては、国民健康保険団体連合会と最終的な調整を行って参りましたが、今般、「平成18年4月診療分から現物給費の取扱いを行う」旨の回答を得ましたので、ご連絡申し上げます。

敬具