

医療保険のしおり

平成22年 4 月 診療報酬改定に関する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、その回答をお知らせ致します。日常診療の参考にして下さい。なお、本件についてはすべて日本医師会または中国四国厚生局鳥取事務所へ確認済みのものです。

本文中「参考資料」とは、「改定診療報酬点数表参考資料（平成22年 4 月 1 日実施）」になります。

【地域医療貢献加算】

問 1：地域医療貢献加算は（届出をした場合）、通常の診療時間内の再診患者に算定できるのか。

回答：算定できる。体制を評価するものであり、標榜時間内の再診患者に対しても算定可能。時間内の電話再診の場合であっても同様。

問 2：①連携医療機関の定義はどのようなものか。

②届出様式（様式 2 の 5）「他の医療機関との連携」について、連携を取るためにはどのようにすればよいのか。書類の契約や医療機関間での同意書などは必要なのか。

③参考資料839ページ様式 2 の 7「備考欄」の記入例を提示して欲しい。

回答：①患者に連携医療機関であることを周知していること。

②書類上の契約、同意書までを求められていないので、口答による相互確認でも良い。

③自院、連携医療機関間で担当の曜日の振り分けなどを行い、院内掲示等により患者に周知していることを記載すること。

問 3：自宅と診療所が同一であり、時間外の電話はほぼ取り次いでいる。遠方への旅行年に 1～2 回、外出も週末 2～3 時間程度である。しかし診療所の電話には転送・留守録機能も無く、携帯電話も持っていない。この加算を算定するには、転送留守録機能付き携帯電話を持たないといけないのか。

回答：休日、夜間等の問い合わせや受診に対応することを評価したものであり、設問のケースでは不可。ただし、あらかじめ他の医療機関との連携を取っており、連携先医療機関の連絡先を患者に周知することでも算定可。

【明細書発行】

問 4：3 歳未満の乳幼児は小児科外来診療料を算定しているが、明細書には包括点数のみの記載でよいのか。包括点数のみの記載でよい場合、患者より具体的な検査などの詳細を知りたいと申し出があれば発行すべきか。

回答：包括点数のみの記載（小児科外来診療料のみの点数の記載）でよい。包括される検査の詳細に係る明細書の発行は、必要とするものではない。

問 5：現在、電子媒体（フロッピー）を使用してレセプトを請求しているが、その場合、明細書の発行義

務化は平成22年4月1日からか。またレセプト電子請求を7月診療分から開始の場合、義務化は7月1日からで良いとする記載があるが、レセプト電子請求とはオンライン請求のことか。既にフロッピー請求している場合は7月1日から義務化にはあてはまらないのか。

回答：電子請求とはフロッピー等での請求であり、オンライン請求までは求められていない（省令等改正については平成21年12月10日付文書にて通知済み）。医科診療所は平成22年7月1日より原則としてレセプトの電子請求が義務化となるため、7月1日から原則として明細書発行が義務化となる（疑義解釈資料その1、問159参照）。なお、電子請求が義務化されたが「正当な理由」により発行できない診療所については、7月1日までに中国四国厚生局鳥取事務所まで届出が必要。「正当な理由」については、参考資料717ページ参照のこと。

問6：例えば悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定していた場合、患者への告知との関係で項目名の変更は可能か。また、可能な場合はどのような名称に変更が可能か。検査項目名等詳細についても同様の問題が発生すると思われるが。

回答：明細書の記載項目の変更は認められていない。患者から明細書の発行を希望しない場合や、明細書を発行することにより治療に影響のある場合は、発行しなくても良いとなっている。日医Q&A（その1）参照のこと。

問7：明細書発行の義務化について、薬剤名称…等の記載（日医Q&Aその1）となっているが、院外処方せんの場合は、薬剤についての明記は必要なく処方せん料でよいのか。

回答：院外処方せんの場合は、処方せん料の記載でよい。

【明細書発行体制等加算】

問8：地域医療貢献加算と同様に再診料の加算点数だが、この加算も回数制限等なく再診料算定の都度算定できるのか。

回答：再診の都度算定できる。

問9：当院では1ヵ月分の医療費を合算している為、領収書、明細書の発行は1月に1回（1ヵ月分）になるが、この場合でも再診料算定の都度算定可能か。

回答：再診料を算定する都度、算定してよい。

問10：明細書の発行が原則義務化されたが、領収書とは別の様式で発行しないといけないのか。システム的に1つの様式にまとめてよければそれで可能か。また、1点の加算を取る取らないにかかわらず院内掲示は必要か。

回答：領収書に個別の診療報酬点数算定項目が分かる明細が記載されておれば可。なお、加算の有無に関わらず全ての医療機関において院内掲示は必要。（疑義解釈資料その3、問24参照）

【A：入院料等】

問11：療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算は、療養病棟入院料を算定している医療機関に転院、入院又は転棟した患者に14日間限度で算定可能と解釈しているが、通常の療養病棟に

は算定できないのか。参考資料506ページには届出必要とあるが、届出様式には療養病棟を持つ病院は記載するところがなく、届出は不要か。

回答：通常の（療養病棟入院基本料を算定する）療養病棟についても算定可能である。中国四国厚生局資料14ページ参照のこと。施設基準の届出は有床診療所に限り必要であり、療養病棟入院基本料を算定する医療機関は届出は不要である。

問12：一般病棟看護必要度評価加算、急性期看護補助体制加算について、双方の施設基準には記載者への研修が記載されているが、4月1日現在で研修済みが条件なのか。新設であるので、栄養サポート加算のように経過措置はないのか。

回答：経過措置はない。評価票の記入は院内研修を受けたものが行うことが条件である。なお、届出書（様式10）には院内研修の実施状況が確認できる書類を添付することとなっている。

問13：超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、6歳未満と以上とで200点と100点に区分されているが、厚労省の定める状態であれば、6歳以上の患者であれば全ての年齢において算定可能か。65歳以上でも可か。

回答：従前からの変更はなく、今回は判定基準の見直しと点数の改正である。従って、6歳以上の場合は年齢制限はないため、同加算に規定する状態であれば算定できる。

問14：栄養サポートチーム加算について、管理栄養士が専従の場合、発注・献立作成等の業務は行っていないと思うが、栄養管理計画書の作成も行っていないのか。

回答：認められない。疑義解釈資料その1（問68）参照のこと。

問15：栄養サポートチーム加算について、入院を継続している限り同一の患者に無制限に算定可能と解釈してよろしいか。例えば、入院中につき何回までとか、1ヵ月につきなど制限は無いと解釈してよろしいか。

回答：週1回である。なお、1チームにつき1日当たりの算定患者数は概ね30人以内とするとされている。参考資料25、79ページ参照のこと。

問16：他院入院中の患者の対診・受診について、

①DPC以外に入院中の場合、入院中の患者を往診で対診した場合は初診、再診、往診料は算定可。投薬は算定不可。

②DPC以外に入院中の患者が他の医療機関を受診した場合、初診、再診、投薬、外来管理加算は算定可。

③DPCの病院に入院中の場合は、一切算定不可でよろしいか。

回答：①そのとおり。ただし、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬費用は除く。

②他の医療機関で当該診療に係る費用は算定できるが、参考資料52ページのただし書きによるものは算定できない。外来管理加算も算定不可。

③DPCにおける対診の場合は①の通り。DPCにおける外来の場合は、初診、再診料、診療行為を含めて合議で精算すること。

問17：当病院に入院中の患者が、他の医療機関を受診（外来）した場合、

- ①当病院の入院基本料（障害者施設等入院基本料7対1）は、基本点数の30%を控除した点数を算定。
- ②受診先の医療機関では、処置、検査、画像を行った場合、当該レセプトを審査機関へ請求。
- ③投薬、注射、リハビリは受診先からレセプトを当病院で受理し（10割支払い）、当病院のレセプトとして審査機関へ請求する、でよろしいか。

回答：①そのとおり。

②そのとおり。

- ③投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除く）及びリハビリ（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリ料を除く）は、受診先では算定できない。当該投薬、注射等については、入院中の医療機関において処方等を行い、その費用を算定すること。

問18：当病院に入院中の患者が、DPCを算定している他の医療機関を受診した場合、

- ①当病院の入院基本料は、基本点数の30%を控除した点数を算定。
- ②受診先の医療機関では、診療行為をレセプト請求できないので、その内容の分かるものを受診先医療機関から受理し（10割支払う）、当病院のレセプトとして審査機関へ請求する、でよろしいか。

回答：①そのとおり。

- ②他医療機関がDPC算定病院であっても、入院することではないので、問17の③と同様に取り扱うこと。

【B：医学管理等】

問19：介護支援連携指導料について、「入院中の医療機関の医師または医師の指示を受けた看護師、薬剤師、理学療法士、社会福祉士等が（中略）居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と退院後に利用可能な介護サービスについて共同して指導をおこなった場合…」とあるが、この居宅介護支援事業者等の介護支援専門員は、入院中の医療機関と特別な関係であっても算定は可能か。

回答：併設する介護保険施設等の介護支援専門員でなければすべて算定できる。

問20：がん治療連携指導料（連携医療機関）について、他院より当院に転入院された患者があると仮定して、在宅移行前の入院中にも算定できるのか。転院して何ヵ月以内に紹介元に情報提供しなくてはならない等の制限はあるのか。転院後、何ヵ月まで算定できる等のしぼりはあるのか。

回答：がん治療連携指導料は、計画策定病院を退院した後の当該計画に基づく治療を行う場合に月1回に限り算定できる。入院中の患者は想定外である。

問21：診療情報提供料Ⅰの参考資料150ページ（19）について、認知症と診断された患者とあるが、当院で診断した際にさらに詳しい検査などをお願いするために専門医療機関に紹介した場合は算定不可でよろしいか。

回答：認知症専門診断管理料（B005－7）は、認知症の鑑別診断を行ったうえで療養方針を決定し、（略）地域において療養を担う保険医療機関に診療情報を提供した場合に算定できる。設問のB009（19）

は、前記による症状増悪や療養方針の再検討を要する状態となったときとあるので、この項目に該当するがための検査を必要とするということであれば、算定は可能。単に追加検査依頼では算定不可である。

【C：在宅医療】

問22：在宅患者訪問診療料について、改定前は自宅と居宅系施設で分かれていたが、この度の改定では居宅系施設というしぼりは無くなり、同一建物かどうかで判断するようになった。以下の場合はどうか。

- ①自宅（一軒家）で2人の患者を同一日に診る場合。1人目は訪問診療料（830点）、2人目は再診料でよいか。
- ②マンション（別部屋）で4人の患者を同一日に診る場合。4人ともそれぞれ訪問診療料（200点）でよいか。
- ③マンション（同室2人と別部屋1人）の3人の患者を同一日に診る場合。同室の1人目は訪問診療料（200点）、2人目は再診料、別部屋の1人は訪問診療料（200点）でよいか。
- ④同一施設で3人の患者を同一日に診る場合。1人目（1部屋）、2人目（1部屋）、3人目（1部屋）、3人ともそれぞれ訪問診療料（200点）でよいか。

回答：①そのとおり。

②そのとおり。

③3人とも200点の算定。

④そのとおり。

問23：在宅患者訪問診療料について、同一施設で3人の患者を診ている場合、日によって診療人数が変わった場合の算定は。

- ①3月3日、3人診療。1人目（1部屋）、2人目（1部屋）、3人目（1部屋）、3人とも訪問診療料（200点）でよいか。
- ②3月10日、2人診療。1人目（1部屋）往診。2人目（1部屋）訪問診療の場合、1人目は往診料、2人目は訪問診療料（200点）でよいか。
- ③3月17日、1人診療。1人目（1部屋）。この場合、他の人は診ていないが同一建物居住者として訪問診療（200点）となるか、または1人しか診ていない為に自宅扱い同様となり訪問診療料（830点）となるのか。そうであればレセプトに訪問診療（200点）（830点）両方あがるが問題ないか。

回答：①そのとおり。

②そのとおり。往診と訪問診療がそれぞれ個別の場合はそれぞれ算定可。

③830点の算定となる（参考資料174ページ参照）。レセプトの記載については、同一の患者について、同一月内に「1」及び「2」の患者に該当する場合には、在宅患者訪問診療の項には総点数を記載し、「摘要」欄にその内訳（「1」及び「2」の回数及び総点数）を記載すること。（平成22年3月26日付厚生労働省保険局課長通知「診療報酬請求書等の記載要領について」等の一部改正について。）

問24：平成22年 3 月29日付厚生労働省疑義解釈資料（その 1）の間122の回答に記載されている「その他の場合」で算定する場合、レセプトにはどのように記載したらよいか。

回答：留意事項通知によると、「その他の場合について」は、J038（2）に記載され、（3）には、（2）に該当し「その他の場合」により算定する場合にその理由をレセプトに記載することとされている。同じく（7）には、設問の週 1 回の算定ができることとされているが、レセプトへの記載については示されていない。在宅患者腹膜灌流指導管理料を算定すると、必然的に「その他の場合」での手技料の算定となるためレセプト上で判断できると思われるが、在宅患者であることを記載しておくこと。

【D：検査】

問25：コンタクトレンズ検査料 1 を算定した場合、「地域医療貢献加算」「明細書発行体制等加算」は算定可能か。

回答：参考資料245ページ（3）に記載のとおり、再診料の注 5 に規定する夜間・早朝等加算は算定不可であるが、それ以外は算定可。

【J：処置】

問26：J200腰部、胸部又は頸部固定帯加算について、J119-2腰部又は胸部固定帯固定に頸部という新しい記載が無いということは、J119消炎鎮痛等処理「1」マッサージ等の手技による療法に対する加算としてもよいか。

回答：主治医が医学的に消炎鎮痛等処置を行い頸部固定帯をする必要があると診断した場合、J119消炎鎮痛等処置にJ200腰部、胸部又は頸部固定帯加算を算定してもよい。

問27：処置、麻酔のレセプト記載に処置日（麻酔日）を記載することになったように聞いたが、毎回レセプトに記載は必要か。

回答：平成22年 3 月26日付厚生労働省保険局課長通知「診療報酬請求書等の記載要領について」等の一部改正についてにより、麻酔については麻酔の種類、麻酔日、回数及び点数を記載することとなっている。処置については変更されていない。

【その他】

問28：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