

平成24年度診療報酬改定『Q & A』

(その1)

平成24年3月5日

日本医師会

平成24年度診療報酬改定『Q&A』（その1）

2012/3/5 日本医師会

※ 本件についてはすべて厚生労働省当局に確認済みのものである

【再診料】

《地域医療貢献加算→時間外対応加算》

Q. 地域医療貢献加算が時間外対応加算に名称変更され、3つの加算（時間外対応加算1、時間外対応加算2、時間外対応加算3）に再編されたが、従来、地域医療貢献加算の要件を満たしていた診療所は時間外対応加算の1か2を満たすと考えてよいか？

A. そのとおり。

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として、加算1は常時、加算2は標榜時間外の夜間の数時間、加算3は当番日の標榜時間外の夜間の数時間に応じることが明確にされた。

Q. 従来、地域医療貢献加算を届出している診療所は、今回、時間外対応加算2の要件を満たす場合でも、改めて届出が必要となるか？

A. 改めて届出の必要はない。

Q. 電話再診の場合でも時間外対応加算は算定できるか？

A. 算定できる。

Q. 電話等による問い合わせに対し、対応できる体制とあるが、携帯電話への転送等でもよいか？

A. 携帯電話への転送でもよい。

Q. 時間外の連絡先について、電話の転送サービス等を活用するなどして、必ず医師が対応する必要があるか？

A. 時間外の連絡について、診療所職員が対応に当たり、患者からの電話の後、速やかに医師に連絡を行い対応することでもよい。

Q. 患者からの問い合わせはメール対応でもよいか？

A. 電話での対応が原則であるが、患者の同意を得ていれば、速やかに応答することを条件に携帯メール等を併用してもよい。

Q. 学会出張等の場合の取り扱いはどうか？

A. 学会等への参加のため、電話連絡等に対応できない場合には、連携医療機関の連絡先を患者に知らせることでよい。

Q. 病院や地域医師会が当番制で主務する休日・夜間診療所を緊急時の対応施設とする場合は、当該病院又は休日・夜間診療所の連絡先に加え、出務医日程表を掲示することが必要か？

A. 基本的には自院での対応を原則とするが、やむを得ない事情等により病院又は休日・夜間診療所と連携することについては、例外的な対応として認められる。

したがって、当該加算の算定に当たって、患者に対し出務医日程表の掲示までは必要ないが、連携する病院又は休日・夜間診療所の連絡先等、必要な情報は提供する必要がある。

【入院基本料】

《栄養管理実施加算・褥瘡患者管理加算》

Q. 両加算が入院基本料、特定入院料に包括されたが、従来、加算を届出していない医療機関は入院基本料、特定入院料を算定できなくなるのか？

A. 平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関は、常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤でも可）の確保等が必要となるが、平成26年3月31日までの間は管理栄養士の確保が困難な理由等について地方厚生（支）局長に届け出た場合（様式5の2（参考資料 p. 822 参照））に限り、栄養管理体制を満たしているものとする経過措置が設けられたので、2年の間で要件を満たす努力をしていただくことになる。

褥瘡対策については、入院基本料、特定入院料を届出している医療機関は日常生活自立度が低いすべての患者に対し危険因子の評価を行い、既に褥瘡がある患者等については、専任の医師及び専任の看護職員が褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行う必要がある。一方で、例えば、産婦人科有床診療所に入院しているような日常生活自立度の高い患者（日常生活自立度 J1～A2）については、危険因子評価の必要はない。なお、褥

瘡対策チームの設置や褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の配備といった体制を整えておく必要があり、これらを満たさない場合については、入院基本料、特定入院料そのものが算定できなくなるので注意が必要である。

【医学管理等】

《糖尿病透析予防指導管理料》

- Q. 透析予防診療チームは専任の医師、専任の看護師または保健師、専任の管理栄養士により構成されることが必要とされているが、非常勤でもよいか？
- A. 管理栄養士は非常勤でもよいが、医師か看護師・保健師のどちらか一方が常勤である必要がある。

【在宅】

《機能を強化した在宅診療・在宅病》

- Q. 連携する他の保険医療機関と併せて「在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上」の要件を満たす場合は、診療所（常勤医師1名）＋200床未満病院（常勤医師2名）でもよいか？
- A. よい。

《介護職員等喀痰吸引等指示料》

- Q. 主治医が患者等の選定する登録事業者に介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合の点数が新設されたが、たんの吸引により医療事故が発生した場合、指示をした医師の責任になるか？
- A. 医師は利用者の状態等を確認した上で、たん吸引をする必要性について事業所単位に指示を出す。事故の原因が行為を行う介護福祉士や介護職員が一定の技量に達していない場合や、事業所に管理体制の不備がある場合は、医師の責任までは問われないが、事故の原因が医師の指示内容に起因するような場合は医師に責任が及び得ると考えられる。

例えば、ある利用者の状態から判断し咽頭反射が激しい等々の理由により、看護師でないと吸引ができないと判断されるにもかかわらず、医師が介護福祉士等に指示して、それが原因で窒息などの事故が起これば、それは医師の責任ということもあり得る。

【後発医薬品の使用促進】

《後発医薬品の品質確保》

- Q.** 今回の改定で後発医薬品のさらなる品質確保について、どのような対応がされるのか？
- A.** 後発医薬品メーカーによる品質確保及び向上への取組、情報発信をより一層促すとともに、これに加え、
- ① 厚生労働省やPMDA等が中心になり、医療関係者や国民向けの後発医薬品についての科学的見解を作成する
 - ② ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る こととなった。

《処方せん様式変更》

- Q.** 今回の改定で処方せん様式が変更されたのはなぜか？
- A.** 現在、処方せんは「後発医薬品への変更がすべて不可の場合」の署名欄があり、処方医の署名により、処方薬すべてについて後発医薬品に変更不可となる形式となっているが、これをドイツの様式に倣い個々の医薬品について変更の可否を明示できるきめ細かな様式に変更することとなった。
- さらに、後発医薬品の使用促進が進まない原因の1つに、薬局の在庫管理の負担が指摘されていること等から、一般名による処方を推進することとなった。
- 医療機関においては、患者への説明等に対する手当て等として処方せん料に加算が設定された。

- Q.** 処方せん様式が変更になったが、従来の様式の処方せんを使用することはできないのか？
- A.** 平成24年9月30日までは従前の処方せんを手書き等で修正して使用できる。
- この場合、後発医薬品へ変更することに差し支えがある場合は、「保険医署名」欄にある「全て」という文言を削除した上で「保険医署名」欄に署名または記名・押印し、かつ、医薬品ごとに「✓」または「×」を記載するなど、医薬品ごとに、当該判断が薬局に明確に伝わるようにすること。

《処方せん料 一般名処方加算》

Q. 一般名処方（後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、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すること）は義務化されたのか？

A. 強制ではない。

Q. 1品目でも一般名で処方すれば加算を算定できるか？

A. できる。ただし、後発医薬品のある先発医薬品について一般名処方を行う必要がある。

Q. 手書き医療機関でも一般名で処方すれば加算を算定できるか？

A. できる。ただし、「一般名＋剤形＋含量」という形で処方する必要があり、厚生労働省が別途公表する一般名処方マスタを参照されたい。

厚生労働省ホームページに3月5日に掲載

「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（平成24年4月1日現在）」

(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhooken/shohosen.html)

Q. 医療機関が一般名処方した薬剤を、薬局で患者と薬剤師が相談して、先発医薬品が選択される場合はあるのか？

A. 一般名処方では先発医薬品も後発医薬品も横並びで患者さんが選択するというもので、後発医薬品が原則になるわけではない。

薬局は薬担規則上、後発医薬品を勧めることになるが、最終的には患者さんの選択になるので、先発医薬品を選択するケースは考えられる。

Q. 一般名による記載を含む処方せんを交付する場合に、「薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価」の計算について「薬価が最も低いものを用いる」こととなっているが、医療機関では薬価の情報をどのように知ることができるか？

A. 以下の3つが考えられるが、手書きによる請求を行っている医療機関では2)か3)の対応になると思われる。

なお、厚生労働省が別途公表する一般名処方マスタには同一剤形・規格内の最低薬価に関する情報も含まれている。

- 1) レセプトのシステムの導入
- 2) 紙媒体であれば、保険薬辞典など
- 3) 厚生労働省ホームページでの電子媒体での情報提供

厚生労働省ホームページに3月5日に掲載

「使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている医薬品について

（平成24年4月1日現在）」

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/03/tp120305-01.html>)

※ エクセルのファイルになっているので検索が可能

【リハビリテーション】

《外来リハビリテーション診療料》

Q. 外来リハビリテーション診療料の届出を行った場合であっても、患者の状況によって当該診療料を算定する患者と再診料を算定する患者が混在してよいか？

A. よい。

Q. 外来リハビリテーション診療料に規定される期間（7日または14日）が経過した後、その都度診察を行う場合は、同一月であっても本点数を算定せず、再診料を算定することができるか？

A. できる。

Q. 本点数を算定する期間（7日または14日）に、投薬や処置など別に算定できるか？

A. 算定できるが、投薬、処置等に対して別途再診料は算定できない。

なお、外来診療料を算定する医療機関の場合、外来診療料に包括される診療行為については算定不可となる。

Q. 本点数の算定を始めたが、リハビリテーションの回数を増やす必要が生じた場合、さかのぼって再診料を算定してよいか？

A. さかのぼって再診料を算定することはできない。

《たばこ対策》

Q. 生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算および医学管理等を算定する場合には、原則、屋内全面禁煙を行うことが要件となったが、届出が必要か？

A. 基準を満たしていればよく、届出は必要ない。