

会 長	副会長	理 事	事務長	会長指示
				

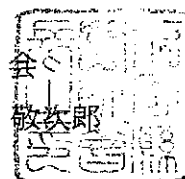
福岡医発第386号(保)

平成14年5月20日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 関 原 敬太郎



日医作成「平成14年4月診療報酬改定に関する『Q&A』」について

標記Q&Aが別紙のとおり日本医師会より送付してまいりましたので、1部お送りいたします。

なお、

- 1) 本件につきましては、日本医師会と厚生労働省当局と合意済みのものであります。
- 2) 各都市医師会の社会保険担当理事宛てにも日本医師会よりFAXにて通知される予定であります。

小郡三井医師会

担当理事 友 清 明

243



平成 14 年 4 月診療報酬改定に関する『Q & A』

(2002 年 5 月 17 日)

【再診料・外来診療料】

〔 逡 減 〕

Q . 月途中で初診料を算定した場合、その後の再診料は「月の 1 回目の受診の場合」の点数を算定してよいか。

A . よい。そのような場合は、再診料の受診回数のカウントはリセットされる。外来管理加算や外来診療料も同様である。

Q . 老人で医療費が定額一部負担の 850 円に満たない場合（例：740 円）は、その額を徴収することになるが、その場合も再診料の受診回数にカウントするのか。

A . そのとおり。

Q . 在宅患者訪問診療料等を算定した日は再診料の受診回数にカウントされるのか。

A . カウントされる。

Q . 自費や労災等で再診料を徴収した場合の再診料についても、逡減の対象としてカウントするのか。

A . カウントしない。

Q . 逡減から除外される「15 歳未満の者」の誕生日の取扱いは、誕生日以前に診療がある場合は、当月の再診料は 15 歳未満の患者の点数で算定すると考えてよいか。

A . そのとおり。

〔 外来管理加算 〕

Q . 4 回目以降の受診に逡減が設定されたが、外来管理加算の回数ではなく、再診の回数と考えてよいか。

A . そのとおり。

Q . 慢性疼痛疾患管理料は 1 月 1 回の点数であり、外来管理加算が算定できないが、慢性疼痛疾患管理料を算定しない日でも、その月は外来管理加算が算定できないと考えてよいか。

A . そのとおり。

Q . 4 回目以降の逡減から除外されている「その他厚生労働大臣が定める患者」とは何か。

A . 定められていない。除外は 1 5 歳未満の患者のみ。

Q . ネブライザーを実施しても外来管理加算は算定できるか。

A . 算定不可となった。(ネブライザーの費用は算定できる)

【入院料】

〔入院期間の確認〕

Q . 「患者が虚偽の申告等を行った場合、それにより発生する損失について、後日費用徴収が行われる可能性がある」としているが、どんな損失で誰が徴収するのか。

A . 基本的には入院基本料の減額分に相当する点数で、医療機関が患者に徴収する。

〔日常生活障害加算〕

Q . 施設基準に「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」におけるランク B 以上に該当する。ただし、経管栄養を実施しており、かつ、留置カテーテル設置又は常時おむつを着用しているものを除く。」とあるが、ランク B 以上に該当し、経管栄養を実施しているもの」は除外されないと考えてよいのか。

A . そのとおり。(施設基準のただし書き以下どちらにも該当する場合に除外となる)

〔褥瘡対策未実施減算〕

Q . 「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」のランク B、C に該当していない人には対策を行うのみで、褥瘡対策計画書の作成は行わなくてよいのか。

A . そのとおり。

Q . 計画書の作成を要する患者については、1 入院につき 1 枚作成すればよいのか。

A . 基本的に 1 入院につき 1 枚作成し、見直しが必要であれば、その都度計画を修正する必要がある。

〔急性期入院加算・急性期特定入院加算〕

Q . 「診療録管理体制加算に係る届出を行っていること」等が施設基準に追加されたが、現在算定している医療機関でも診療録管理体制が整備できなければ、算定不可となるのか。

A . そのとおり。

Q . 「退院指導計画を作成し、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点について説明や指導を実施していること。」という要件が追加されたが、退院時指導計画には計画書の様式は定められているのか。

A . 定められていない。

Q . 入院患者が急性増悪等で他医療機関に転院の場合も、退院時指導計画は必要か。

A . 不要。

〔小児療養環境特別加算〕

Q . ステロイド投与により易感染性が高い患者も該当するのか。

A . 危険性が高いなら該当する。(個室管理の必要性を個々に判断する)

〔有床診療所入院基本料正看3人以上の加算〕

Q . 今回新設されたが、届出様式は示されていないので、すでに様式8及び様式8の2を届けており、4月の時点で変更がないのであれば、算定する旨の届出なしに4月から算定し始めてよいのか。

A . 改めて様式8及び様式8の2を届出する必要がある。

〔退院証明書〕

Q . 悪性腫瘍の患者で告知を行っていない様な場合は、病名の記載はどのように記載したらよいのか。

A . 患者に告げられている傷病名を記載する。

Q . 退院証明書を発行した場合、文書料を徴収してよいのか。

A . 不可。

〔入院患者の他医療機関への受診〕

Q . 通則で言う「特定入院料等」の中に老人特定入院料や老人療養病棟入院基本料は含まれないのか。

A . 含まれる。

【指導管理等】

〔老人慢性疾患外来総合診療料〕

Q . 外総診は平成14年10月1日以降廃止となるが、平成14年3月31日までに駆け込み届出は可能か。

A . 平成14年3月31日において算定する医療機関のみ平成14年9月30日まで算定することが可能である。

〔慢性疼痛疾患管理料〕

Q . 算定要件に「変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし」とあるが、疾患は変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症のみが該当するのか。

A . 慢性疼痛を主病とする整形外科的疾患であれば対象となる。

Q . 本管理料は初診時でも算定できるか。

A . 算定できる。

Q . 本管理料算定患者に腰部固定帯を出した場合、腰部固定帯加算の算定はできるか。

A . 算定できる。

Q . 消炎鎮痛等処置は包括されているが、消炎鎮痛等処置実施時の薬剤料も算定できないのか。

A . 別途算定可能である。

Q . 本管理料算定患者には診療の度に、マッサージ又は器具等による療法を行う必要があるか。

A . 継続的な疼痛管理を行えばよい。必要に応じて実施すればよい。

Q . 慢性疼痛疾患管理料を算定した場合、2回目以降の再診において、消炎鎮痛等処置を施行しなかった場合、外来管理加算を算定できるか。

A . 算定できない。

〔生活習慣病指導管理料〕

Q . 患者によって算定したり、算定しなかったりすることは可能か。同一患者によって、月別に算定したり、算定しなかったりということはできるのか。

A . どちらも可能。

Q . 院外処方の場合、薬局での外来薬剤一部負担金は従来の運動療法指導管理料と同様に免除となると考えてよいか。

A . よい。処方せんの「処方」欄に（免）と記載する。

Q . 生活習慣病指導管理料を月初めに算定したが、その後、病状が悪化した場合、出来高で算定することは可能か。翌月から出来高で算定することになるのか。

A . 月途中から出来高にするのではなく、当該月すべてについて出来高とすることができる。

Q . 急性増悪等により、その月は出来高に変更した場合、それまで免除されていた外来薬剤一部負担金はどのように扱われるのか。

A . 急性増悪前の処方分については、遡って外来薬剤一部負担金を徴収することはない。出来高に変更した後の処方分から徴収する。

Q . 計画書には患者氏名、捺印の欄があるが、署名・捺印の両方が必要か。

A . 自署であれば印は省略できる。自署ができなければ押印でよい。

〔地域連携小児夜間・休日診療料〕

Q . 算定要件に「地域の小児科標榜他医療機関を主たる勤務先とする医師が５人以上」とあるが、その勤務先は限定されるのか、また、常勤・非常勤を問わないと考えてよいのか。

A . 施設基準告示（p.663）を満たせば、勤務先は限定されない。常勤・非常勤を問わない。

Q . ある市の休日・夜間診療所は、外科、内科、小児科を標榜し、24時間365日診療可能となっているが、専属の医師はなく、近隣の開業医、病院の勤務医の合計18人で登録して対応している。このような場合（専属の医師＝0）でも実施可能か。

A . 可能である。

Q . 届出医療機関の医師が標榜時間以外の時間、休日、深夜に診療を行った場合は、初診料や時間外加算等のみを算定し、本点数は算定できないと考えてよいのか。

A . そのとおり。届出医療機関以外の医師が行った場合、地域連携小児夜間・休日診療料を算定できる。

Q . 届出医療機関が「小児科外来診療料」を算定している場合、地域連携小児夜間・休日診療料は算定不可となってしまうのか。

A . 算定できる。

【在宅医療】

〔在総診〕

Q . 24時間連携体制加算は「特別な関係の医師を連携医師とはできない」とされたが、平成14年3月31日以前にすでに受理されている医療機関において、「特別な関係」を連携先としている場合も、改めて変更届が必要と考えてよいのか。

A . そのとおり。

〔在宅自己注射指導管理料〕

Q . 注射針加算が算定できる製品名を具体的に挙げていただきたい。

A . 同一製品名であっても様々な形態があるので、針が必要で処方されたかどうかで判断されたい。

Q . 注射針加算は、針処方の都度算定できるか。

A . 月 1 回の算定となる。

Q . 注射針と薬剤を調剤薬局で入手してもらうために、処方せんを発行した場合、注射針加算は、算定できるか。

A . 算定できない。処方せん料も在宅自己注射指導管理料に含まれ、別途算定できない。

【検査】

〔大腸菌抗原同定検査〕

Q . 区分「D 0 1 8」細菌培養同定検査の通知（ 9 ）として従来あった標記検査の準用通知はどうなったのか。

A . 区分「D 0 1 2」感染症血清反応の「 2 4 」大腸菌抗原同定検査（ 240 点 ）として告示化された。

Q . 区分「D 0 1 8」細菌培養同定検査を月末に行い、大腸菌が確認されたため、翌月に血清抗体法により O 抗原または H 抗原を行った場合は何で算定したらよいのか。

A . 区分「D 0 1 2」感染症血清反応の「 2 4 」大腸菌抗原同定検査を算定する。（区分「D 0 1 8」は算定できない）

【画像診断】

〔画像診断管理加算〕

Q . 画像診断管理加算 2 の施設基準の届出を行っている医療機関については、画像診断管理加算 1 を算定できるか。

A . 画像診断管理加算 2 の施設基準の届出を行った医療機関は、画像診断管理加算 1 の算定ができる。つまり、区分「E 1 0 2」、区分「E 2 0 3」を算定した場合は、加算として 7 2 点が、区分「E 0 0 1」、区分「E 0 0 4」を算定した場合は、加算として 4 8 点が算定できる。

Q . 画像診断管理加算 2 には、「当該保険医療機関で行われる全ての核医学診断及びコンピューター断層診断について、原則として、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師により行われること」とあるが、核医学診断を実施していない医療機関では、当該保険医療機関で行われる全てのコンピューター断層診断のみについて、原則として、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師により行われていれば、算定可能と考えてよいか。

A . よい。

【投 薬】

〔処方せん料〕

Q . 漢方薬には処方せん料における先発、後発の区別はあるのか。

A . 区別はない。つまり、漢方薬のみの処方の場合、低い方の点数の算定となる。

〔長期投薬〕

Q . 規制が原則廃止されたが、プロトンポンプインヒビター等のように、薬事法等で投与期間が定められている薬剤についても、投与期間の制限はなくなったと考えてよいか。

A . 薬事法等による投与期間の制限は守られるべきである。

Q . 漢方薬についても、投与期間の制限はなくなったと考えてよいか。

A . そのとおり。

【リハビリテーション】

〔理学療法〕

Q . 1 人の理学療法士が 1 日に実施できる単位数は個別療法、集団療法あわせて延べ 5 4 単位と考えてよいか。

A . 1 人の理学療法士が個別療法を A 単位、集団療法を B 単位、介護の理学療法を C 人実施した場合は、 $A / 18 + B / 54 + (C / 36) \times 1$ を満たす必要がある。

Q . 施設基準に「療法を行うために必要な器械、器具のうち代表的なもの」が列記されているが、すべて用意する必要があるのか。

A . そのとおり。なお、新規届出以外は経過措置がある。

Q . 11 単位目以降は 70 / 100 の点数になるが、同日に 10 単位目と 11 単位目があつた場合は、異なる点数を別々に算定することになるのか。

A . そのとおり。

Q .施設基準に「療法を行うために必要な器械、器具のうち代表的なもの」として、「和室」があるがこれはどういうものか。

A .自宅に帰って日常生活ができるようにするための訓練をする所。(例えば、押入があって布団の出し入れを行う、ちゃぶ台があってお茶を入れる等)部屋としての広さは規定していないので、部屋である必要はなく、例えば、床の上に畳をいくつか置いて行うことでもよい。また、和室が部屋としてあれば、その面積は訓練室面積に加えてよい。

Q .発症後90日経過し、早期リハビリテーション加算が算定できなくなった場合、その翌日のリハビリテーションから起算して11単位目から逡減され则认为てよいか。

A .そのとおり。

〔老人理学療法〕

Q .外来移行加算は「退院後2月に限り算定する」とあるが、退院日の次の日から2か月と认为てよいか。

A .そのとおり。退院日の次の日を1日目と认为る。

〔早期リハビリテーション加算〕

Q .15歳未満の患者の誕生月の取扱いは、1単位ごとの算定なので、200/100と100/100が混在すると认为てよいか。

A .そのとおり。

Q .発症後90日未満に算定可能であるが、「開腹術・開胸術後、脊椎・関節の手術を受けた患者」の発症日は手術施行日と认为てよいか。

A .そのとおり。

Q .「急激な意識障害発作を伴った脳内出血、脳塞栓、脳血栓、くも膜下出血、脳動脈瘤破裂等」が対象であるが、脳卒中、多発性脳梗塞も算定可と认为てよいか。

A .このような疾患でも急激な意識障害発作が伴って早期リハビリテーションが必要な患者であれば算定できる。(通知の要件を満たせば算定可能)

〔言語聴覚療法〕

Q .施設基準が設定されたが、平成14年4月1日から実施と认为てよいか。

A .そのとおり。

Q .平成15年3月31日までは、今まで言語療法を実施していた言語聴覚士以外の者が行っても算定してよいか。

A .平成10年9月1日の時点で業務を行っていた者であればよい。

Q．言語聴覚療法（ ）の施設基準に「個別療法室（８平方メートル以上） 集団療法室（１６平方メートル以上）」とあるが、共用の場合の広さは１６平方メートル以上あればよいと考えてよいか。

A．そのとおり。１６平方メートル以上の１室があればよい。

Q．言語聴覚療法室以外の場所において言語聴覚療法を実施した場合、算定できるか。

A．脳血管疾患の急性期の患者等のうち、言語聴覚療法を実施する必要性があり、かつ、言語聴覚療法室に移動できない患者に対して、遮音等の配慮された場所において行われた場合は算定できる。言語聴覚療法室以外で行われた旨を診療録に記載する必要がある。

【精神科専門療法】

〔通院精神療法〕

Q．初診料を算定する初診の日に精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合の点数（５００点）が新設されたが、他の診療科を継続的に受診中の患者が、初めて精神科を受診した場合、初診料は算定できないが、５００点の算定は可能か。

A．算定できない。

Q．上記の場合、２０歳未満の患者に対する加算は、精神科における初診日ということでしょうか。

A．初診料の算定日となる。

Q．２０歳未満の患者に対する加算は、家族に対しても算定可能と考えてよいか。

A．よい。

Q．満１９歳６か月を過ぎた初診患者の場合、２０歳の誕生日の前日までが加算対象となると考えてよいか。

A．よい。

【処 置】

〔絆創膏固定術〕

Q．鎖骨骨折に対して、骨折非観血的整復術と鎖骨骨折固定術（絆創膏固定術に準じて算定）を併せて行った場合、骨折非観血的整復術と絆創膏固定術を併せて算定できるか。

A．骨折非観血的整復術のみの算定となる。

Q . マジックテープで固定するバンドを用いた場合、算定できるか。

A . 算定できない。

〔人工腎臓〕

Q . 「療養の一環として行われた食事以外」とは、通常の食事で、食事の内容は問わないと考えてよいか。

A . よい。

〔睫毛抜去〕

Q . 同一日に両眼処置した場合は 31 点 × 2 = 62 点を算定してよいか。

A . 片側も両側も同じ点数（31 点）となる。

〔ギプス〕

Q . 治療装具用の「軟性コルセット」のためにギプスを用いて採型を実施した場合は、体幹硬性装具採型法で算定してよいか。

A . 区分「J129」治療装具の採型ギプスの「2」義肢装具採型法（四肢切断の場合）で算定する。

Q . 治療装具の採型は区分「J129」治療装具の採型ギプスの「2」義肢装具採型法（四肢切断の場合）で算定してよいか。

A . よい。

Q . 「義肢装具採寸法は義肢装具採型法に準じて算定する」とあるが、採寸法と採型法とは具体的にどういうものか。例えば、装具の S、M、L を選ぶために採寸したような場合でも算定可能か。

A . 採寸法は紙の上に例えば足を置き、トレースするような簡単なもの。採型法はギプスを用いて立体的に型をとるもの。装具の S、M、L を選ぶために簡単な採寸を実施したような場合は算定できない。

Q . 腰部のコルセットを採型した場合は、何で算定したらよいか。

A . 軟性装具を作成するためにギプスを用いて採型を行った場合であれば、区分「J129」治療装具の採型ギプスの「2」義肢装具採型法（四肢切断の場合）で算定する。
硬性装具を作成するためにギプスを用いて採型を行った場合であれば、区分「J129」治療装具の採型ギプスの「3」体幹硬性装具採型法で算定する。

Q . アルフェンスシーネを使用した場合は、何で算定したらよいか。

A . 区分「J000」創傷処置で算定する。

Q . ダーメンコルセット、足底板の採寸は何で算定したらよいか。

A . 区分「 J 1 2 9 」治療装具の採型ギプスの「 1 」義肢装具採型法で算定する。

〔酸 素〕

Q . 同一日に同一患者で定置式液化酸素とボンベによる酸素の 2 種類使用した場合、酸素の単価は 2 種類生じると考えてよいか。

A . そのとおり。

【手 術】

〔逓 減〕

Q . 手術についての所定点数の 7 0 / 1 0 0 に相当する点数により算定する場合は、自動縫合器加算についても所定点数の 7 0 / 1 0 0 を算定すると考えてよいか。

A . 自動縫合器加算は 1 0 0 / 1 0 0 で算定する。

Q . 新生児加算は 7 0 / 1 0 0 に逓減した点数を基本点数として、2 0 0 / 1 0 0 (新生児の場合) を加算するのか。

A . そのとおり。

Q . 開放型病院においては、1 0 年以上の経験を有する他医療機関の医師が赴いて手術を行うが、その場合も当該保険医療機関が施設基準を満たさない場合は 7 0 / 1 0 0 の点数の算定となるのか。

A . そのとおり。

Q . 経皮的腎血管拡張術は区分「 K 6 1 4 」経皮的冠動脈形成術を準用することとされているが、当該保険医療機関が経皮的冠動脈形成術についての施設基準を満たさず、所定点数の 7 0 / 1 0 0 で算定する場合、経皮的腎血管拡張術について所定点数の 1 0 0 / 1 0 0 で算定してよいか。

A . よい。

Q . 手術の施設基準に当該手術の実施例数が設定されたが、例えば、1 人の患者に同じ手術を 2 回実施した場合、2 例と考えてよいか。

A . よい。

Q . 手術の実施例数は毎年届出が必要か。

A . 毎年必要である。

〔ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術〕

Q . 施設基準に示される「心臓電気生理学的検査」は具体的にどのようなものか。

A . 区分「D206」心臓カテーテル法による諸検査の「1」右心カテーテル(3,600点)かつ、注2の加算のうち(伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外(早期)刺激法による測定・誘発試験)のいずれかを算定している場合である。

【訪問看護】

Q . 同一月に2つの訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合、各々訪問看護指示料は算定可能か。

A . 1月に1回を限度として算定する。(2か所について各々算定することはできない)

【その他】

〔医療機能評価機構等〕

Q . 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料、外来化学療法加算の要件には、「財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること」とあるが、この「等」はISO(国際標準化機構)が該当するのか。

A . ISO9001のみが該当する。ISO9002、ISO9003、ISO14000シリーズは該当しない。

〔200床以上の病院の再診料の特定療養費〕

Q . 200床以上の病院の再診料の特定療養費化の実施はいつからか。

A . 平成14年4月1日から実施。

〔180日を超える入院の特定療養費〕

Q . 特定療養費の支給は、所定点数から通算対象入院料の基本点数(平成15年3月31日までの間は基本点数の3分の1、同年4月1日から平成16年3月31日までの間は基本点数の3分の2)の100分の15に相当する点数を控除した点数をもとに計算されるものであるが・・・とあるが、基本点数の3分の1や3分の2というのは、実際どのような計算方法となるのか。

A . 基本点数の3分の1や3分の2というのは、経過措置期間に応じて、平成15年3月31日までは95%、平成16年3月31日までは90%が保険給付の対象にされるので、各々5%、10%分が減額されるということ。平成16年4月1日から15%分が減額される。

Q . 患者から徴収する金額は、算定している入院基本料ごとの額が基準となるので、複数設定してもよいか。

A . よい。

Q 特別の料金は「基本点数の 100 分の 15 に相当する点数を標準とする」とあるが、例えば、患者負担を 0 とすることや、標準より高い料金を患者負担としてよいか。

A 医療機関の判断でよい。

Q 生活保護の患者からも徴収するのか。

A 患者からは徴収しない。(生活保護の医療扶助から支給される)

Q 原爆医療等公費の患者からも徴収するのか。

A そのとおり。

Q A 傷病で入院の患者が、退院後 B 傷病で入院した場合、入院中に A 傷病に対する治療が行われても、新たに入院期間を計算してよいか。また、その場合、初期加算等は算定できるか。

A 明らかに別傷病(医師の判断)であれば、新たに入院期間を計算する。初期加算等も算定できる。

Q 入院期間が 180 日を超え特別の料金を徴収している患者が外泊した場合、外泊料金は算定可能か。

A 入院期間が 180 日を超え特別の料金を徴収している者については、外泊時に入院基本料の 15 % は算定できない。なお、外泊期間中であっても特別の料金は徴収できる。ただし、経過措置として患者の自己負担 5 %、10 % となる場合は、保険から 10 %、5 % を基礎とした外泊料が支払われる。

Q ある疾患で A 病院に 70 日間入院していた患者が、同病名で B 病院に間を空けずに転院した場合、選定療養にかかる日数はリセットされないが、入院料の初期加算等の算定は可能か。

A 両病院が特別の関係にある医療機関でなければ、B 病院では 1 日目となり、初期加算等の算定はできる。

Q 選定療養に該当しない状態の表(p.896)の説明の中で「重度の肢体不自由者については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」においてランク B 以上に該当するものが対象となるものであり、ランク B 以上に該当する旨を診療報酬明細書に記載すること。」とあり、「重度の肢体不自由者」=「ランク B 以上に該当するもの」と解釈してよいか。

A 重度の肢体不自由者で、なおかつ、ランク B 以上に該当するものが対象となる。

〔傷病名〕

Q .診療報酬明細書等の記載要領等の一部改正通知に、「原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」(平成3年9月27日)別添3に規定する傷病名を用いること」とあるが、必ず別添3の傷病名を記載しなければならないのか。また、この別添3を見るためにはどうしたらよいか。

A .原則であり、対応できない場合は従来どおりでよい。また、厚生労働省のホームページ「診療報酬情報提供サービス(<http://202.214.127.148/>)」でダウンロードできる。(ファイルダウンロード→「傷病名マスター」)

注：上記『Q & A』中に(p.896)のように示したページは、本会作成の『改定診療報酬点数表参考資料(平成14年4月1日)』のページである。