



福岡医発第618号(地)
平成22年 6月16日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松 田 峻一良
(公印省略)

日本医師会作成「平成22年度診療報酬改定『Q&A』(その1)」の訂正について

日本医師会作成「平成22年度診療報酬改定『Q&A』(その1)」の訂正について、下記のとおり日本医師会より通知がありましたので、会員各位へ周知方よろしくお願い申し上げます。

また、訂正済みのQ&Aを併せてお送りいたします。

なお、本件につきましては、本会ホームページ中、「診療報酬改定」特設ページに掲載いたしますので、ご活用いただきますようお願い申し上げます。

記

○平成22年度診療報酬改定『Q&A』(その1) (2010/3/4 日本医師会)

【明細書発行】

《発行義務》[3ページ]

Q. レセプト電子請求を7月診療分(8月請求)から開始する診療所の場合、明細書発行義務化は7月1日からと考えてよいのか?

A. そのとおり。診療所のレセプト電子請求は、平成22年7月診療分(8月請求)より義務化され、それに伴う明細書発行義務化は、8月1日からとなる。

《明細書発行体制等加算》[4ページ]

Q. レセプト電子請求の義務はなく実施していないが、すべての患者に無償で明細書の発行を行う診療所では算定できるのか?

A. 届出要件に「レセプト電子請求を行っているところ」とあることから、算定できない。

【入院料】

《有床診療所一般病床初期加算》[4ページ]

Q. 転院又は入院した日から起算して7日を限度に加算できるが、転院又は入院前の他院での入院期間をは通算することになるのされないという理解でよいのか?例えばA病院で30日以上入院していた患者が有床診療所入院基本料1を算定するB有床診療所に転院した場合、B有床診療所の入院初日の点数は760点+初期加算100点となるのか?

A. そのとおり。

平成 22 年 6 月 15 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
鈴木 邦彦

日本医師会作成「平成 22 年度診療報酬改定『Q & A』（その 1）」の訂正について

平成 22 年度診療報酬改定につきましては、本年 3 月 4 日に開催いたしました社会保険担当理事連絡協議会において、改定の概要についてご説明申し上げるとともに、当日の資料として「平成 22 年度診療報酬改定『Q & A』（その 1）」を提出させていただいております。また、本 Q & A は日本医師会ホームページのメンバーズルームにも掲載し、会員の先生方にご活用いただいているところであります。

本 Q & A につきましては、現在、5 月 31 日付でお送り申し上げました「平成 22 年度診療報酬改定『Q & A』（その 2）」と合わせて、日本医師会雑誌（7 月号）に掲載すべく準備を整えているところでありますが、改めて内容を確認し、下記のとおり『Q & A』（その 1）につきまして訂正いたしましたので、ご連絡申し上げます。

なお、日本医師会ホームページ（メンバーズルーム）に掲載している Q & A につきましても、合わせて訂正いたしますので、ご確認いただきますようお願い申し上げます。

記

○平成 22 年度診療報酬改定『Q & A』（その 1）（2010/3/4 日本医師会）

【明細書発行】

《発行義務》 [3 ページ]

Q. レセプト電子請求を 7 月診療分（8 月請求）から開始する診療所の場合、明細書発行義務化は 7 月 1 日からと考えてよいのか？

A. そのとおり。診療所のレセプト電子請求は、平成 22 年 7 月診療分（8 月請求）より義務化され、それに伴う明細書発行義務化は、8 月 1 日からとなる。

《明細書発行体制等加算》 [4 ページ]

Q. レセプト電子請求の義務はなく実施していないが、すべての患者に無償で明細書の発行を行う診療所では算定できるか？

A. 届出要件に「レセプト電子請求を行っているところ」とあることから、算定できない。

【入院料】

《有床診療所一般病床初期加算》 [4 ページ]

Q. 転院又は入院した日から起算して7日を限度に加算できるが、転院又は入院前の他院での入院期間を~~は通算することになるの~~されないという理解でよいか？例えばA病院で30日以上入院していた患者が有床診療所入院基本料1を算定するB有床診療所に転院した場合、B有床診療所の入院初日の点数は760点＋初期加算100点となるのか？

A. そのとおり。

〈添付資料〉

平成22年度診療報酬改定『Q&A』（その1）

（2010/3/4 日本医師会（2010/6/15 一部訂正））

平成22年度診療報酬改定『Q&A』（その1）

2010/3/4 日本医師会（2010/6/15 一部訂正）

※ 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》

Q. この加算は診療所の再診料引下げを補填する目的に創設されたのか？

A. 地域の身近な診療所で患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することで、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を新たに評価した点数である。

Q. この加算を算定しない診療所は地域医療に貢献していないことになるのか？

A. そのようなことはない。

Q. 診察券に記載された時間外の連絡先に連絡があったが、留守番電話による対応だった場合、留守番電話の内容を聞いたら速やかに対応するということでよいのか？

A. よい。

Q. 施設基準に「当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、対応できる体制にあること」とあるが、携帯電話への転送等でもよいのか？

また、学会出張等の場合の取り扱いはどうか？

A. 携帯電話への転送でもよい。

また、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もよい。

Q. 患者からの問い合わせはメール対応でもよいのか？

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. 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. 電話再診料の場合でも地域医療貢献加算は算定できるか？

A. 算定できる。

《外来管理加算》

Q. 留意事項通知に「投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等を理由に、ウに該当する診療行為を行わず、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。」とされたが、この下線部分はどういう意味か？

A. いわゆるお薬受診では外来管理加算が算定できないことを念入りに表現した。

今回、「概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる」という時間要件が撤廃されたため、ウに該当する通常の診察を行えば、診察時間に関係なく外来管理加算は算定できることとなった。

【明細書発行】

《発行義務》

Q. レセプト電子請求していない医療機関において、明細書の発行を要請されたら、手書きでも必ず発行しなければならないのか？

A. 発行義務はない。発行できない旨院内掲示をする義務が課せられた。

Q. レセプト電子請求していない医療機関でも明細書の発行ができる医療機関では、明細書を発行した場合、費用を徴収できるのか？

A. 発行義務はないが、発行した場合、患者の同意の下、費用を徴収してよい。この場合、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、金額の院内掲示が必要であるが、地方厚生（支）局長への届出は不要である。

Q. レセプト電子請求していない医療機関には、レセプト電子請求義務化猶予中の医療機関も含まれるか？

A. 含まれる。

Q. レセプト電子請求を 7 月診療分（8 月請求）から開始する診療所の場合、明細書発行義務化は 7 月 1 日からと考えてよいのか？

A. 診療所のレセプト電子請求は、平成 22 年 7 月診療分（8 月請求）より義務化され、それに伴う明細書発行義務化は、8 月 1 日からとなる。

Q. 求められる明細書の具体的な内容とは？

A. 医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について（保険局長通知）の別紙様式 5 を標準とし、同通知における記載例を参照されたい。

Q. 明細書の発行が義務付けられる医療機関においては、正当な理由がない限り、原則として明細書を無料で発行することとされているが、原則ということは、明細書を発行しなくてもよい場合があるということか？

A. 患者が明細書の発行を希望しない旨、申し出があった場合には、明細書を発行する必要はない。

Q. 検査名や薬剤名から疾患名が判明するが、例えば、がん患者に告知する前、あるいは家族から本人に告知しないように言われている場合も発行義務があるのか？

A. 明細書の交付により、療養の継続に支障が生じると判断される場合や患者に精神的な損害が生じると判断される場合には、明細書を交付する義務はない。

また、病名告知に配慮するため、会計窓口で「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、患者及びその家族の意向を的確に確認できるようにすること。

Q. 全額公費負担の場合等、患者一部負担金が発生しない場合には領収証を交付しないが、明細書は交付する必要があるのか？

A. 交付しなくても差し支えない。

《明細書発行体制等加算》

Q. 患者から明細書の交付は不要である旨申し出があり、交付しなかった患者についても算定できるか？

A. 算定できる。

Q. レセプト電子請求の義務はなく実施していないが、すべての患者に無償で明細書の発行を行う診療所では算定できるか？

A. 届出要件に「レセプト電子請求を行っているところ」とあることから、算定できない。

【入院料】

《入院中の患者の他医療機関への受診》

Q. 従来からの、対診の場合の診療報酬請求の取扱いに関する以下の規定について、変更はないと考えてよいか？

(1) 診療上必要があると認める場合は、他の保険医療機関の保険医の立会診療を求めることができる。

(2) 対診を求められて診療を行った保険医の属する保険医療機関からは、当該基本診療料、往診料等は請求できるが、他の治療行為にかかる特掲診療料は主治医の属する保険医療機関において請求するものとし、治療を共同で行った場合の診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。

A. 取扱いに変更はない。ただし、定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できないことを明確化したものである。

《精神病棟入院基本料の特別入院基本料》

Q. 精神病棟入院基本料の特別入院基本料に対する初期加算 15 点 (91～180 日) が削除されたが、入院基本料と特別入院基本料の初期加算の点数が統一されて、10 点を加算することになったということか？

A. そのとおり。

《有床診療所一般病床初期加算》

Q. 転院又は入院した日から起算して 7 日を限度に加算できるが、転院又は入院前の他院での入院期間は通算されないという理解でよいのか？例えば A

病院で30日以上入院していた患者が有床診療所入院基本料1を算定する
B有床診療所に転院した場合、B有床診療所の入院初日の点数は760点
＋初期加算100点となるのか？

A. そのとおり。

《救急・在宅等支援療養病床初期加算》

Q. 同一医療法人内の介護保険施設から療養病棟（床）に入院した場合も算定できるか？

A. 特別な関係にある場合は算定できない。

《非定型抗精神病薬加算》

Q. 従来は統合失調症の入院患者に計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い療養上必要な指導を行った場合に、A311 精神科救急入院料、A311-2 精神科急性期治療病棟入院料、A311-3 精神科救急・合併症入院料、A312 精神療養病棟入院料に加算できたが、今回の改正では、非定型抗精神病薬ではなく、使用している抗精神病薬の種類数の加算に再編したのか？

A. 今回の改正においても、統合失調症の入院患者に非定型抗精神病薬による治療を行った場合に、非定型抗精神病薬加算が算定できる。

その上で、使用している1日当たりの抗精神病薬の種類数が2種類以下
の場合は15点、3種類以上の場合は10点の二段階の評価に再編された。

【指導管理等】

《地域連携小児夜間・休日診療料 院内トリアージ加算》

Q. 地域連携小児夜間・休日診療料の届出医師や診療に当たる医師については、B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料における届出医師や診療に当たる医師と兼務可能とされている。

兼務の場合にあっては、同一医師のもとに複数の小児患者と成人患者が同時に来ること想定されるが、その場合であっても院内トリアージ加算の対象となるのは、小児患者だけなのか？あるいは、成人患者も含めてトリアージを行わなければならないのか？

A. 成人患者も含めてトリアージを実施したとしても、加算できるのは地域連携小児夜間・休日診療料を算定する小児患者のみである。

Q. 院内トリアージを行った患者に加算するが、例えば同じ日でも午前は患者が多く、午後は少ないということから、午前中はトリアージが行われたが、午後は行われなかった。この場合、午前中のみ加算という理解でよいのか？

A. そのとおり。

《薬剤情報提供料 手帳記載加算》

Q. 患者が所有している手帳を持参しなかった場合は、薬剤の名称が記載されたシール等を交付しても算定できないのか？

A. 調剤報酬と同じ扱いとしたので、算定できない。

【在宅】

《在宅患者訪問診療料》

Q. 同一建物に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合と、それ以外の場合に見直されたが、同一患家で2人以上の患者を診察した場合の算定はどうなるのか？

A. 同一患家の取扱いは従来どおりであり、2人目以降は在宅患者訪問診療料を算定せず、初診料、再診料及び特掲診療料を算定する。

【手術】

《手術点数の引き上げ》

Q. 外保連試案の技術度区分E及びDの手術について現行点数の50%増、30%増とされたが、技術度区分E及びDとはどのようなものか？

A. Eは特殊技術を有する専門医レベルで経験年数15年、DはSubspeciality領域の専門医もしくは基本領域の専門医更新者や指導医取得者レベルで経験年数15年。

《内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術》

Q. 同時に施行した内視鏡的止血術は算定できないとなっているが、手術の翌日に出血した場合も算定できないのか？

A. 内視鏡結腸ポリープ・粘膜切除術と同時でなければ算定できる。

【麻酔】

《麻酔管理料(Ⅱ)》

Q. 常勤の麻酔科標榜医の指導下に研修医による麻酔前後の診察、麻酔手技が行われた場合、算定できるか？

A. 算定できる。

【後発医薬品の変更調剤】

Q. 含量規格が異なる後発医薬品や類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を薬局が行った場合、処方せんを発行した医療機関に情報提供することとなっているが、どのような方法やタイミングで提供されるのか？

A. 薬局で先発医薬品を後発医薬品に変更したり、後発医薬品同士の銘柄を変更する場合の現行の取扱いと同様に、その都度、医療機関に情報提供するのが原則である。

ただし、医療機関と薬局の間に事前に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ないこととされている。