

(保 41)

平成 22 年 5 月 31 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「平成 22 年度診療報酬改定『Q&A』(その 2)」の送付について

平成 22 年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、都道府県医師会あて文書や日本医師会ホームページ(メンバーズルーム)等により、順次ご連絡申し上げているところであります。

今般、日本医師会版の「平成 22 年度診療報酬改定に関する『Q&A』(その 2)」をとりまとめましたのでご連絡申し上げます。

今回は、特に平成 22 年 7 月診療分より診療所のレセプト電子請求義務化が行われることに伴い、再診料の明細書発行体制等加算の届出や明細書発行義務化に関する Q&A を中心にとりまとめております。

なお、本 Q&A は、厚生労働省当局に確認済みのものを掲載しております。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますよう、お願い申し上げます。

【添付資料】

平成 22 年度診療報酬改定『Q&A』(その 2)

(2010/5/31 日本医師会)

平成22年度診療報酬改定『Q&A』（その2）

2010/5/31 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〉

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。

Q. 届出書添付書類（様式2）の「5 他の医療機関との連携「連携医療機関名」」欄があるが、連携医療機関を必ず記入する必要があるか？

A. 自院での対応が可能であれば、連携医療機関を記入する必要はない。

Q. 施設基準通知に「複数の診療所が連携してあらかじめ当番医を定めて対応に当たる場合には、当該当番医の担当日時や連絡先等について、あらかじめ患者に周知していること。」とあるが、地域事情により病院と連携して対応する場合でも届出は可能か？

A. 原則、自院で対応することとするが、やむを得ない事情がある場合は、例外的に病院又は休日・夜間診療所との連携についても可能とする。

〈明細書発行体制等加算〉

Q. 診療所のレセプト電子請求義務化に合わせて明細書発行体制等加算の算定を行いたいが、届出等はいつまでに行う必要があるか？

A. 診療所が原則義務化となる7月診療分の請求（8月請求）からレセプト電子請求に移行する場合、明細書発行体制等加算の算定は8月1日より可能となるので、6月診療分の請求（7月請求）までに確認試験を終了させ、

8月2日（※8月1日が日曜日であるため）までに当該加算の届出が地方厚生（支）局長に受理されている必要がある。また、8月1日よりすべての患者に対し、明細書を無償で発行する必要がある。

なお、厚生労働省疑義解釈資料（その1）（平成22年3月29日）の間159も上記の趣旨を踏まえて訂正される予定である。

- Q.** 診療所のレセプト電子請求の義務化は平成22年7月診療分からとなっているが、平成22年4月1日の時点で、レセプト電子請求に移行している診療所において、4月1日以降、全患者に無償で明細書を発行し、その旨院内掲示する等、施設基準を満たしていれば、明細書発行体制等加算は4月1日より算定することが可能か？
- A.** 4月14日までに明細書発行体制等加算の届出書の提出を行い、地方厚生（支）局長に受理されていけば、当該加算は4月1日に遡って算定できる。

【明細書発行】

〈発行義務〉

- Q.** 平成21年11月25日に発出された改正省令（平成21年厚生労働省令第151号）により、診療所のレセプト電子請求が義務づけられるのは平成22年7月診療分の請求（8月請求）からとなるが、明細書発行の義務化や院内掲示も平成22年7月1日からと解釈してよいか？
- A.** 明細書の発行義務は、実際にレセプト電子請求を行うこととなる8月請求に合わせて、平成22年8月1日からであるが、明細書発行の義務化がかかっていない医療機関においては、平成22年4月1日以降は、明細書発行の有無、発行する際の手続き、費用徴収する場合の費用等について院内掲示が必要である。

なお、厚生労働省疑義解釈資料（その1）（平成22年3月29日）の間159も上記の趣旨を踏まえて訂正される予定である。

- Q.** 日医Q&A（その1）で「全額公費負担の場合等患者一部負担が発生しない場合には、明細書を交付しなくても差し支えない」とある。ある県では月2回までは500円の患者負担を徴収する地方単独公費助成が行われているが、この場合、500円を徴収する日は明細書を発行しなければな

らないが、月3回目以降の患者負担を徴収しない日には、明細書を交付しなくてもよいか？

A. 500円を徴収する日は明細書を発行しなければならない。月3回目以降の患者負担を徴収しない日には、明細書を交付する義務はないが、発行することが望ましい。

Q. 明細書を交付すれば、領収証は合計金額や一部負担金額のみ印字されたレシート（医療費の内容が不明なもの）でもよいか？

A. 領収証は、個別の費用ごと（各部単位）に区分した記載が必要であるが、これらの内容が記載されている明細書が発行されたのであれば、領収証が発行されたものとして取り扱われるため、改めて領収証を発行する必要はない。

発行する明細書に個別の費用ごと（各部単位）に区分した記載がないのであれば、別途領収証の発行が必要であり、この場合、単に一部負担金の額が記載されたレシートでは認められない。

Q. 年末調整などに使用するため、患者から領収証や明細書をまとめて発行してほしいと要請がある場合、どのように対応すればよいか？

A. 療養担当規則では、一部負担金等の支払いを受けるときに領収証及び明細書を発行することとされており、支払いの都度の交付が義務づけられているが、患者から「支払いの都度の交付が不要」との申し出があれば、患者の要請によりまとめての発行を行うことは差し支えない。

なお、このような方向に患者を誘導するようなことがあってはならない。

Q. 明細書の再発行を求められた場合は、これに応じる義務はあるか？また、再発行の際は実費徴収が可能か？

A. 療養担当規則で「一部負担金等の支払いを受けたとき」と規定されており、再発行については触れられていないので、明細書についても、領収証同様に、法令上は再発行する義務はなく、再発行するのであれば実費徴収が可能である。

Q. 明細書は領収証を交付する際に発行することとされているが、患者が領収証を月ごとまたは半年若しくは1年の単位でまとめて発行するよう求め

た場合、明細書についても同様に月ごとまたは半年若しくは1年単位にまとめて発行してよいか？それとも、支払いの都度、明細書の作成・交付が必要か？

A. 月ごとまたは半年若しくは1年の単位でまとめた領収証を発行する際に、まとめた明細書を発行すればよい。

Q. 既にオンライン請求を実施している医療機関であるが、入院外の明細書は発行可能であるものの、入院については発行機能がない場合はどのような取扱いとなるのか？

A. 入院患者の場合については「正当な理由」に該当する旨を院内掲示・届出して、入院患者については求めに応じての発行や有料での発行でも差し支えないが、入院外については全患者に対して無償での交付が必要である。

《確認試験》

Q. 診療所のレセプト電子請求が義務づけられるのは平成22年7月診療分の請求（8月請求）からとなるが、7月診療分を請求する際に、確認試験を行うことは可能か？

A. レセプト電子請求は、平成22年7月診療分の請求（8月請求）から移行している必要があるため、確認試験を行う予定のある診療所については、6月診療分の請求（7月請求）までに確認試験を終了し、7月診療分の請求（8月請求）においては、完全にレセプト電子請求に移行している必要がある。

【入院料】

《入院中の患者の他医療機関への受診》

Q. 一般病棟に入院している患者が、必要があつて他の医療機関を外来受診した場合、「入院基本料等は当該入院基本料等の基本点数の30%を控除した点数により算定すること。」とあるが、例えば、10対1一般病棟入院基本料（1,300点）を算定している医療機関で入院後14日以内の期間の加算（450点）を算定している期間中に他医療機関を受診した場合に、入院医療機関が算定できる点数は、

① 1,300点から30%を控除した910点のみの算定

② 910点+14日以内の加算450点の1,360点

のどちらの算定になるか？

A. ②となる。

《A108 有床診療所入院基本料》

Q. 有床診療所一般病床初期加算（100点）は、留意事項通知において「介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者」とあるが、通院中の患者や自宅療養中の患者に限定されるのか。外来（初診）から即入院となった患者についても算定は可能か？

A. 必ずしも通院中であつたり、自宅療養中である必要はなく、外来（初診）即入院の場合であっても算定は可能である。

《A234 医療安全対策加算》

Q. 医療安全対策加算に関する施設基準通知において、「医療安全対策に係る適切な研修」として、「国及び医療関係団体等（医療安全管理者の養成を目的とした医療安全管理者養成研修を行っている国立保健医療科学院や日本医療機能評価機構等）が主催するもの」と示されているが、これ以外の研修は認められないか？例えば、「日本医師会医療安全推進者養成講座」については、適切な研修として認められるか？

A. 施設基準通知に示されている研修以外の研修については、個々の例について、地方厚生（支）局等へ照会の上確認されたい。

なお、日本医師会の医療安全推進者養成講座については、従来から、適切な研修の対象として認められている。

【参考（平成18年5月19日 平成18年度診療報酬改定『Q&A』（その3））】

Q. 「医療安全対策に係る適切な研修」とはどのようなものがあるのか？また、該当する研修を過去に修了している者であればよいのか？

A. 医療安全管理者の養成を目的とした医療安全管理者養成研修を行っている国立保健医療科学院や日本医療機能評価機構等がある。

また、これらに限らず、次の全ての要件を満たす研修を実施している団体等の研修も該当するものであること。

- ① 医療安全管理者の養成を目的とした研修であること
- ② 通算して40時間以上又は5日程度の研修であること
- ③ 院内の安全管理の体制確保のための研修ではなく、医療安全に関する制度、安全管理のための組織的な取組、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、意識の向上等のカリキュラムが盛り込まれた研修であること
- ④ 講義又は具体例に基づく演習等が実施される研修であること
日本医師会が主催する医療安全推進者養成講座も該当する。

また、要件を満たす研修であれば、過去に修了している者も該当する。

なお、既に受講した研修が、上記の要件を満たしていない場合には、不足する要件を補足する研修を追加受講することでも差し支えない。

〈A243 後発医薬品使用体制加算〉

Q. 採用品目数の割合が20%以上と留意事項通知にあり、施設基準通知において採用品目数とは「薬価基準上の品目数」という文言があるが、同一成分名であって、規格単位が異なるものであれば、それぞれ1品目とカウントしてよいか？

A. 成分が同一であっても、規格単位が異なり、薬価基準上別品目として収載されている場合には、各々1品目として数える。

例えば、下記の場合には2品目となる。

A錠 5mg 5mg 1錠 50.00円

A錠 10mg 10mg 1錠 90.00円

【医学管理等】

〈B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料〉

Q. 施設基準告示に「夜間、休日又は深夜に診療することができる体制が整備されていること」とあるが、週1日のみ体制を有している場合も地域にあらかじめ周知しているのであれば、施設基準を満たすと考えてよいか？

地域連携小児夜間・休日診療料については、上記体制でも施設基準を満たす旨、疑義解釈通知が出ている（平成16年3月30日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）が、同様に考えてよいか？

A. 地域連携夜間・休日診療料は地域の夜間・休日急病センター、病院等において、地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、そのような評価に値する体制であればよい。その場合、体制が整備されている週1日のみ当該診療料の算定が可能となる。

〈B005-6 がん治療連携計画策定料、B005-6-2 がん治療連携指導料〉

Q. 留意事項通知の(4)に「病理診断の結果が出ない等の理由で」とあるが、どのような場合を想定しているのか？

A. 早期退院が進んでおり、抜糸前に退院することもあることから、病理診断が出た段階で治療計画を策定するとともに、文書提供した場合でも算定できることとした。

Q. 施設基準通知において「がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院」とあるが、具体的にはどのような施設か？

A. 当該地域において、がん診療の中核的な役割を担うと都道府県が認め、医療計画、都道府県がん対策推進計画等で定めた病院が想定される。

Q. がん治療連携指導料は診療情報提供料と異なり、連携医療機関で患者ごとに作成された治療計画に基づく診療を提供し、計画策定病院に患者の診療に関する情報提供した際、患者の紹介が伴わなくても算定できるか？

A. 算定できる。また、患者の状態の変化等で計画策定病院に対して治療方針等の相談・変更が必要になった際に情報提供を行った場合にも算定できる。

Q. がん治療連携計画策定料の施設基準の届出書添付書類には、連携先保険医療機関を記載する欄があるが、届出後に新たに連携先が増加すれば、その都度届出し直す必要があるのか？

A. そのとおり。

《B001-3 薬剤情報提供料 手帳記載加算》

Q. 手帳記載加算は留意事項通知で「月1回に限り算定」とあるが、薬剤情報提供料が月の途中で処方内容に変更があった場合においては、その都度算定できることとなっていることから、手帳記載加算についても、従来どおり処方内容に変更があった場合は、算定要件を満たせばその都度算定できるという理解でよいか？

A. そのとおり。

Q. 後期高齢者以外の患者についても手帳記載加算が算定できることとなったが、後期高齢者に限定されていたときと同様に、お薬手帳を診療所で発行した場合、手帳代の実費徴収は不可という解釈でよいか？

A. 実費徴収はできない。

【在宅】

《C001 在宅患者訪問診療料》

Q. 同一日、同一建物において、往診で1人目、訪問診療で2人目を診た場合、1人目は往診料、2人目は在宅患者訪問診療料（2 同一建物居住者の場合：200点）の算定でよいか？

A. 同一日に同一建物へ往診と訪問診療を行う場合は、往診と訪問診療を一度に行うのであれば、1人目は往診料、2人目は在宅患者訪問診療料の「2」の200点を算定する。

ただし、同一日に同一建物へ往診と訪問診療を行った場合であっても、別々に訪問した場合には、1人目は往診料、2人目は在宅患者訪問診療料の「1」の830点を算定する。

《C002 在宅時医学総合管理料 在宅移行早期加算》

Q. 在宅移行早期加算は、在宅時医学総合管理料の算定開始月から3月を限度とし、在宅医療に移行後1年を経過した患者には算定しないとなっている。

例えば、平成21年4月10日に退院した患者に対し、平成22年4月にはじめて在宅時医学総合管理料を算定するケースで、平成22年4月9日までに2回の訪問診療を行っていれば、在宅時医学総合管理料と在宅移行早期加算の算定は可能だが、

① 4月9日までに訪問診療1回、4月15日に2回目の訪問診療を行い、在宅時医学総合管理料の算定要件を満たした場合

② 4月10日以降に2回以上の訪問診療を行い、4月に在宅時医学総合管理料を算定する場合

①、②の場合とも、在宅時医学総合管理料を算定できる要件を満たす日が、在宅医療に移行後1年を経過した日となる場合、在宅移行早期加算の算定は可能か？

A. ①、②の場合とも算定できない。4月9日までに2回以上の訪問診療を行って、在宅時医学総合管理料を算定している場合は当該加算も算定できる。

《在宅療養指導管理料》

Q. 在宅療養支援診療所・病院から紹介を受けた医療機関は、紹介元と異なる指導管理を行った場合、紹介月に限り、在宅療養指導管理料が算定できるとされた。

在宅療養支援診療所・病院から患者の紹介を受けた医療機関で紹介月以降も継続して指導管理を行う場合、双方の医療機関で指導管理することになるが、紹介先医療機関が行った指導管理に係る費用は、在宅療養支援診療所・病院と合議によることになるのか？また、紹介先医療機関は、在宅療養指導管理材料加算のみ算定することができるのか？

A. 合議による。材料加算は算定できるが、その場合は、摘要欄に他医療機関にて指導管理を行っている旨を記載すること。

【リハビリテーション】

《H002 運動器リハビリテーション料》

Q. 新設された運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定できるのは、入院患者のみで当該運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行った医療機関であっても外来患者にリハビリテーションを行った場合には、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）の点数を算定することになるのか？

A. そのとおり。

【処置】

《J038 人工腎臓》

Q. 人工腎臓の緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを設置するための手技料を算定できるようになったのか？

A. そのとおり。