

平成 26 年度診療報酬改定に係る Q A について (平成 26 年 4 月 17 日現在)

※平成 26 年度診療報酬改定説明会において、会員の皆様よりいただいたご質問を保険医療対策委員会医事研究部会で様々な資料等で調べた結果を回答します。

なお、頂いたご質問全てに回答できませんことをご了承ください。

○点数算定について

(医学管理)

タイトル	質問	回答
がん患者指導料	①がん患者指導料の 1～3 は併用して算定できるのか。 ②2 の管理料の面接は時間 (何分以上) などの決まりはあるのか。 ③6 回に限り算定というのは、月で算定なのか、1 人の患者で算定なのか。	①不可との記載なし ②特に記載なし ③1 人の患者に対して
がん患者指導管理料 2、3	がん患者指導管理料 2、3 の算定要件では、心理的不安を軽減するための面接を行った場合、説明を行った場合と記載されているが、当院では患者からの不安や副作用等について電話で看護師や薬剤師が長時間対応する場合もある。そのような場合、次回再診時に文書等を渡すことで管理料の算定は可能でしょうか。	文書等が分かり易く説明とあり、電話では口頭だけになる為、算定は困難。又、家族のみへの説明では算定不可。また、電話では本人確認が困難なため。
夜間休日救急搬送医学管理料の注 2 の要件について	精神科受診の既往がある患者→確定診断されていなくても良いか。	過去 6 か月以内に精神科の受診があれば可。

(在宅)

タイトル	質問	回答
介護保険リハビリテーション移行支援料	介護保険リハビリテーション移行支援料を算定するタイミングを教えてください。 EX) 外来リハを行っていた Pt に Dr. が訪問 RH をすすめ、家族がケアマネと相談するのに一度話をもち帰り、再度 Dr. の診察に入って訪問 RH をする事になったが、その日には訪問 RH の指示書の作成をしていない場合、この診察の時に算定をするのか、指示書作成の時に算定をするのか。	診察時、Dr. 指示に伴い算定（ケアマネと連携含め）。
在宅自己注導入加算	在宅自己注導入加算、3月にわたり算定可となっておりますが、指導内容に変更が無くても、3月毎に指導等の文書（同じもの）の発行は必要でしょうか。	必要。
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の外来算定	注 2 の削除により、外来算定が可能となるということですが、運動器リハビリテーション料（Ⅲ）のセラピストの算定をしている医療機関でも運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の算定が可能でしょうか。	不可。施設基準を満たして下さい。
在宅自己注射の導入初期加算の算定要件	新たに在宅自己注射を購入した患者に対し算定するとありますが、フォルテオからインシュリン治療に変わった時も算定できるのでしょうか。投与薬剤の種類を変更した事になるのでしょうか。	薬剤変更の場合は、製品名称が変わった場合ではなく、一般名称が変わった時に1ヶ月1回を限度として算定。ただし、過去1年以内に使用した一般名称に変更した場合は算定できない。
維持期リハビリテーションの見直しについて	「維持期リハビリテーションの見直し」において、「過去1年間に介護保険通所リハビリテーションの実績が無い医療機関は100分の90に相当する点数で算定する。」とありますが、これは自施設（医療機関）において介護保険通所リハビリテーション施設を所有していない場合に100分の90に相当する点数で算定することということでしょうか。	疑義解釈(その1)問74を参照。

(投薬)

タイトル	質問	回答
うがい薬のみの投与について	急性咽頭炎等の診断の元で、患者の個別の事情により、うがい薬のみの投与を行った場合も、保険診療として認められないということか(妊婦など)。	治療目的として認められれば可。投薬が出来ない妊婦など患者の事情を含める。

(その他)

タイトル	質問	回答
通院・在宅精神療法	精神科を初めて受診した日から1年以内となったが、現在通院治療中の患者も適用されるのか。(初診から1年を超えて算定していないが、精神科の初診日から1年以内の場合は算定を再開できるのか)	精神科を初めて受診した日より起算して一年以内であれば算定可能。

(入院)

タイトル	質問	回答
A 400 短期滞在手術等基本料 3	定められた手術や検査以外を一緒に行った場合の算定は？例えば、終夜睡眠ポリグラフで入院中、皮膚科受診し真菌検査を行う。水晶体再健術で入院中、循環器科を受診し心エコーの再検査を行う。	5日以内に当該手術とは別の手術を行った場合、検査については5日以内に手術を行った場合については基本料3を算定しない。 例1) PSG+真菌=PSGのみ 例2) 白内障+心エコー=白内障のみ
短期滞在入院基本料 両眼水晶体再建術	両眼の手術日が異なる場合、5日間以内だと基本料のみとなるが、5日間以内に片眼、6日以降にもう片眼の手術を行った場合(入院は引き続き)、基本料+6日目以院出来高払いでの算定は可能でしょうか。	その通り。
短期滞在入院基本料 両眼水晶体再建術	同月内で片眼を手術し、一旦退院し、もう片眼のため再入院した場合、基本料×2で算定してよろしいでしょうか。	退院後7日以内の再入院は算定できない。
短期滞在入院基本料 に関わる術前検査について	「第3部の検査料は、短期滞在手術等に含まれる」とありますが、入院前に外来にて術前検査を施行した場合、その検査料は短期滞在手術等基本料に含まれてしまうのでしょうか。	短期滞在手術基本料1、2については包括される。3については術前検査は算定可能。
地域包括ケア病棟入院料について	DPC病床から地域包括ケア入院料を算定する病室に移動した場合、入院期間Ⅲまでの間は診療群分類表に従って診療報酬を算定するとあるが、DPC算定期間は平均在院日数の計算に含めるのか。	その通り。
地域包括ケア病棟入院料について	地域包括ケア病棟で、リハビリをしない患者さんでも地域包括ケア病棟に入院できますか。	リハビリは必須ではない。

(入院)

タイトル	質問	回答
超重症者（児）の算定要件について	療養病棟にて新設された超重症者（児）準超重症者（児）の算定において、認知症除くと記載があるが、現状で人工腎臓の障害加算を認知症で加算算定している際、準重症者、スコア透析 10 で算定するのは対象になるのでしょうか。	障害加算のみ算定。
短期滞在手術基本料 3 の算定について	例えば K282 白内障手術のとき、片目 OPE して退院し、1 週間以内にもう片目の入院した場合、2 回目の入院は短 3 に該当しますか。	7 日以内に再入院した場合は当該基本料を算定しない。
入院日Ⅲを超えて、化学療法を実施した場合の取扱い	「化学療法あり等の診断群分類で算定する場合、入院日Ⅲまでに化学療法を実施されない場合、抗悪性腫瘍剤等の薬剤料を算定できない。」とありますが、算定できないのは1回目のみで2回目から算定できると医師がどこかで聞いてきたらしいのですが、本当でしょうか。	Ⅲを超えた場合の薬剤料は算定する事が出来る。
短期滞在手術基本料 3 について	退院時処方は別に算定が可能なのか。	退院時処方は別途算定可。

平成 26 年度診療報酬改定に係る Q A について（平成 26 年 4 月 17 日現在）

※平成 26 年度診療報酬改定説明会において、会員の皆様よりいただいたご質問を保険医療対策委員会医事研究部会で様々な資料等で調べた結果を回答します。

なお、頂いたご質問全てに回答できませんことをご了承ください。

○施設基準について

(初・再診)

タイトル	質問	回答
初・再診料	妥結率の根拠となる資料とは「契約書、プライリスト、実績表」全て提出する必要がありますのでしょうか。	医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し及び妥結率の根拠となる資料を添付すること。

(医学管理)

タイトル	質問	回答
がん患者指導管理料 3	がん患者指導管理料 3 の施設基準(2)に「40 時間以上のがんに係る適切な研修」とあるが、具体的な研修名等を教えて下さい。	3/31 疑義解釈にて示されていないため不明。現在は、それに関連する研修の事項証明書で届け出は受け付ける。ただし 40 時間以上の確認をすることから時間の入ったカリキュラムを添付する必要がある。
診療情報提供料	認知症疾患医療センター等から専門の保険医療機関等に変更になったが、精神科の専門病院との解釈で良いのか。	「認知症対策総合支援体側事業の実施について」(平成 25 年 7 月 4 日老発 0704 第 1 号老健局長通知)に規定されてる認知症疾患医療センターとして、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関。

(在宅)

タイトル	質問	回答
疾患別リハビリの届出について	疾患別リハビリは、脳血管リハⅠ、Ⅱ、Ⅲ、運動器リハⅠ、Ⅱ、Ⅲを届出済の病院も新たに全ての病院が届出の必要があるのか。ご教示ください。	既に届出をしている場合は新しい届出は必要ない。
在宅療養後方支援病院	在宅療養後方支援病院の新規届出を行う場合、実績は必要になるのか。又、その期間はどうか。	特掲診療料なので、実績不要。
認知症患者リハビリテーション料	認知症専従の作業療法士が1人配置がされていれば、他に患者____人に対して作業療法士が____人必要という規定はありますか。	従事者1人につき1日18人を上限とする。
脳血管疾患等、運動器リハビリテーション(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)の注5	通所リハビリテーションを同一法人で行っている場合、実績がない医療機関となってしまうのでしょうか。現状の施設内の通所リハビリテーションを解説することはできず、法人グループで地域の介護保険を行っています。	疑義解釈(その1)問74を参照。

(手術)

タイトル	質問	回答
休日・時間外加算の取り扱い	施設基準において「術者、第一助手について予定手術前の当直(緊急呼び出し当番を含む)の免除を実施していること(ただし年間12回に限り実施していない日があってもよい)」となっているが、この12回のカウントは個人単位か、それとも診療科単位か?	個人。
手術・処置の時間外加算	施設基準の届出算定については診療科ごとになるのか。一つの医療機関で加算の1を算定する診療科と2を算定する診療科があることになるのか。	「診療報酬点数表 改正点の解説」P966～P968(処置を手術と読み替える)、P1058～P1060(届出用紙)。
胃瘻造設について	年間50件に満たない事がわかっている医療機関においても、届出は必要か? また仮に届出を行わなかった場合には算定不可という事か? 胃瘻交換においては従前通りとの事か?	届出は必要。
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	関連学会の講習の終了が必要となっておりますが、具体的な学会名、講習プログラムをお知らせ下さい。	3/31 疑義解釈にて示されていないため不明。届け出は一年後まで不要なので、それまでには疑義解釈等で示されると思われる。

(入院)

タイトル	質問	回答
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 における体制強化加算について	体制強化加算を届出する場合、どのような書類を提出するのか。	回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添の様式 8、様式 9、様式 20、様式 49 から様式 49 の 6 までを用いること。
特定集中治療室管理料について	施設基準に「専任の医師が常時、特定集中治療室に勤務していること。当該専任の医師に特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師を 2 名以上含むこと」とあるが、常時 5 年以上の経験を有する医師が 2 名以上勤務していなければならないのか。	文面よりその通り。今回の改定により質問文面の後半である「当該専任の医師に、特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師を 2 名以上含むこと」という文面が追加された。
地域包括ケア病棟について	地域包括ケア病棟の配置医師数の計算方法はどのようになりますか。	入院基本料、特定入院基本料の計算方法に準ずる。
感染防止対策加算 1	感染防止対策加算 1 の基準にある「地域や全国のサベイクに参加していること。」という要件が必須事項となったが、JANIS 等に含まれる「サベイク」は具体的に何か？また JANIS への参加は 11 月しか募集がないが、それまで算定できないのか？また具体的に別のサベイクが準備される(提示される)等の対策はあるか？	3/31 疑義解釈(その 1)問 39 のとおり。
A101 在宅復帰機能強化加算	4 月に届け出る際、直近 6 か月に在宅に退院した患者について、在宅における生活が 1 か月以上継続していたことを確認していなければ届出が出来ないか。	できない。
A101 在宅復帰機能強化加算	療養病棟における在宅に退院した患者は「1 か月以上入院していた」事が条件となっているが、この期間病棟の種別に係らず 1 か月以上の期間があればよいのか？	療養病棟入院基本料 1 を届出ている病棟に限る。
データ提出加算	現在 7:1 を算定しています。改定にてデータ提出加算の施設基準が加わりました。データ提出加算の届出は、平成 27 年 3 月 31 日までの経過措置がありますが、平成 26 年 4 月に届出していなければ間に合いませんか。毎年 4 月のみ年 1 回の受付ですか。	データ提出加算参加の機会が年 1 回に限られていたが、参加機会を増やす。平成 26 年度データ提出加算の参加の機会は 5 月 20 日、8 月 20 日、11 月 20 日、2 月 20 日の 4 回が設定され、今年度中であれば 11 月提出が最終機会となる。

(入院)

タイトル	質問	回答
一般病棟入院基本料の90日超え入院患者について	従前は一般病棟入院基本料について、90日超え入院患者に特定入院料を算定する際、「別に厚生労働省が定める状態にあるもの」を除くとあったが、この規定は無くなったのか。	その通り。
診療録管理体制加算1について	診療録管理体制加算1に関する施設基準の診療記録管理者は診療記録管理士の資格が必要か？又業務委託や医師事務作業補助者と同様に雇用形態を問わないか？（派遣職員を含むが指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式を除く）例えば年間の退院患者が6,500名の場合は専従1名、専任3名の解釈でよいか？	専従者の資格要件は問わないが、雇用形態は常勤である必要がある。人員に関しては1名が専従である必要がある。
新生児特定集中治療管理料1	施設基準にある(イ)出生体重1,000g未満の新規入院患者とは、院内出生のみなのか。転院搬送され新規入院となった患者も含むのでしょうか。	自院出生のみとの記載はないため、転院患者のケースも含まれる。
小児特定集中治療室管理料の施設基準について	施設基準に「他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関で「C004」救急搬送診療料を算定したもの…」とあるが、算定したかどうかを、どう確認するのか？個々に相手病院に確認するのか？	従前の通り。
地域包括ケア病棟について	疾患別リハビリテーションを提供する患者について、リハビリテーションを1日平均2単位以上提供していることとの条件があるが、休日も含めた平均値ととらえるのか？（60日入院している患者には120単位以上が必要という事か）	3月13日の改定説明会で土日祝日含むと説明あり。
7対1入院基本料	在宅復帰率の計算の中に死亡患者は含まないという事か。具体的に「在宅」にふくまれる「居住系介護施設」にあてはまるものを具体的に列挙願いたい。	死亡患者は含まない。①特別養護老人ホーム、②有料老人ホーム、③高専賃等。
ICU入院基本料1	施設基準に含まれる専任の臨床工学士は常時院内に勤務している事とあるが、24時間の勤務が必要という事か？	その通り。医師も常時で24時間ICU内に勤務が必要であるため考え方は同様である。
入院基本料の加算ADL継持向上等体制加算について	「常勤医師が1名以上勤務していること」とありますが、疾患別リハビリテーションの勤務医師と兼務することは可能でしょうか。（同じ医師の登録で問題ないでしょうか。）	医療機関に配置されていればよい。
短期滞在手術等基本料3	短基料3を算定するにあたり「短期滞在手術同意書」（別紙様式8）を基本にした同意書は必要ですか。当院独自の手術同意書では、ダメですか。	その通り。
地域包括ケア病棟入院料について	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟又は病室であることはあるが、毎日測定し常時1割以上が必要か（延べ患者）、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準と同じ解釈か。	月の平均が1割以上必要です。

(入院)

タイトル	質問	回答
診療録管理体制加算	「常勤」の診療記録管理者と施設基準に記載がありますが、届出用紙に専任・非常勤の記載欄があります。常勤換算が可能なのでしょうか。	平成 26 年 3 月 31 日付事務連絡(問 31)にて回答あり。認められない。
地域包括ケア入院管理料	地域包括ケア入院管理料の施設基準⑨データ提出加算の届出とありますが、このデータ提出加算をとるためには、どのような事が必要になるのでしょうか。具体的に伺いたくよろしくお願いします。	データ提出加算には 1、2 があり、1 は入院のみ、2 は外来と入院の標準レプト電算処理マスターに対するデータが必要となります。又、診療録管理体制加算の届出が必須です。さらに年 2 回以上コーディング委員会の開催が必要です。
超重症者(児)の算定要件について	療養病棟においても点数可能となったが、算定対象となる患者は新たに(4 月以降)入院となった患者が対象となるのか。それとも従前より入院している患者も算定対象となるのか。ご教示ください。	6 か月以上同状態が継続している状態であれば良い。従って入院からではない。
在宅復帰機能強化加算について	療養病棟 1、在宅復帰機能強化加算を算定するに辺り、在宅復帰先として特養は認められるのか。	特別養護老人ホームは居住系介護施設に含まれるため可。
短期滞在手術等基本料	次に定める要件を満たしている場合に限り算定することの中に、ア.手術室を使用することとあるが、K721-(1)、K721-(2)内視鏡的結腸ポリープ切除術だが、手術室でなく内視鏡室にて施行された場合は、上記基本料の算定から外れますか。また、該当しない場合は、レセプトに理由記載が必要ですか。	内視鏡室でも可能です。3/28 の通知で追加となっています。内視鏡を用いた手術を実施する場合には内視鏡室を使用しても良い。
地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟のリハビリテーションの基準計算について ① ②の入院延べ日数は、労災・自由診療の患者を含めなくてよいか。 ② リハビリテーションは平均 2 単位は必要ですか。	①含まれる。 ②月平均 2 単位以上。
医師事務作業補助体制加算 1	新しい施設基準ですが、実績が必要ですか。	基本診療料なので必要。

(入院)

タイトル	質問	回答
精神保健福祉士配置加算	全て精神病棟入院基本料 15:1 が複数病棟ある場合、精神保健福祉士配置加算の届出は施設基準の病棟単位か看護単位のどちらでしょうか。	病棟。
精神保健福祉士配置加算について	施設基準の③9 割以上退院という所に関して、実績は必要になりますか。重度かつ慢性の患者様に対しての特例的な要件はありますか。	必要。特例等は通知疑義解釈等でしめされていない。
精神療養病棟入院料の施設基準	(7) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者を平成 26 年 4 月 1 日以降に当該病棟へ入院となった当該病棟に入院した患者 1 人につき 1 人以上指定し、～となっているが、当該病棟へ入院となった患者とは、新規に入院した患者のみを指すのか。転棟した患者は含むのか。(例えば、入院基本料病棟から精神療養病棟へ移った患者、急性期治療棟から移った患者等は含まれるのか。)	当該病棟へ入院となった当該病棟に入院した患者。