

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
1	11	A000 A001 A002	初再診料	初診料 再診料 外来診療料	妥結率について なぜ200床以上の病院としてのでしょうか？	中医協、調査の価格妥結状況から、H25.9月の妥結率は200床以上50.2%、その他81.7%、診療所96.1%と200床以上の妥結率が著しく低いことから、医薬品価格調査の障害となる為、200床以上が対象とされたと考えられます。	中医協総— 6 25.12.25	東京セミナー
2	12	A001	初再診料	地域包括診療加算	主治医機能を取得し、7剤超えの多剤投与も免除となった時に、抗うつ剤等を3種処方した時は減算はどのようなのでしょうか？	告示よりF100処方料、F200薬剤、F400処方せん料には、7種類以上の多剤投与について「A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定する者を除く」と記載がありますが、向精神薬多剤投与については除外の記載がないことから、減算の対象となると考えます。 (向精神薬多剤投与の減算の対象の場合は除きます)  【疑義解釈その1より】 7剤投与の減算免除は、地域包括診療加算を算定している日に限り、当該点数を算定する患者に対して適応されます、と記載されています。	疑義解釈その1	東京セミナー
3	12	A002	初再診料	地域包括診療加算	①1から2医療機関で高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症の4つの疾患を受診していた場合において、それ以外の医療機関で持病ということで同じ4つの疾患をカルテに記入し、特定疾患処方加算の算定が可能であるのか？  ②また、患者が上記の主治医について申告せず、他院にて特定疾患治療管理料等を算定された場合はどのような対応になるのか？	①算定要件内に、「担当医を決めること」と記載があり、この場合、地域包括診療所加算を算定している医療機関が該当疾患の主な治療を行う医療機関となります。 「特定疾患処方加算」の通知には「定める疾患を主病とする患者について、かかりつけ医が総合的に病態分析を行い～」と記載がある事から、特処の算定を別医療機関で算定することは不可と考えます。(ただし、該当の4疾患のうち、重複しない2疾患をそれぞれ別の医療機関で担当医として治療を行うことは可能です)地域包括診療所加算の患者の同意を得る際に、該当史観について、他院の診察の際の留意点等を伝える必要があると思います。  ②申告がなく他医療機関で特定疾患治療管理料や特処の算定があった場合、審査機関からの横欄での返戻等の対象となる可能性があります。		東京セミナー
4	13 12	B001-2-9 A001	医学管理等 再診料	地域包括診療料 地域包括診療加算	常勤医3名とも研修が必要か	施設基準告示より、1名以上研修を受けた者の配置が必要です。 但し、要件上の「担当医」がその研修を受けていなければならない。		名古屋会場

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
5	13	B001・23	医学管理等	がん患者指導管理料	①医師、看護師、薬剤師が共同して作成した患者指導用パンフレットを用いた場合、がん患者カウセリング料1及び3は算定することができますか。 ②そのパンフレットをPDF等にシカルテに取り込むことで文書をしめすことはできますか。 ③心理的不安を軽減する指導にどのように証明すればよいのでしょうか。 ④1に関して同一月に2回とることができますか。	①「1」は治療方針、「3」は薬剤の必要性等の説明が要件となっており、要件を満たす内容であれば、パンフレットを使用しての説明であって構わないと考えます。 ②説明後(記載等あり)を電子カルテ等にてスキャナを行い文書提供の証明にされることは、可能です。 ③通知(2)より、「患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう求める」とあるため、診療録や看護記録に患者の疑問点とそれに対する回答や文書の写し等を記載することが必要と考えます。 ④告示(注1)より、患者1人につき1回のみ算定となります。		大阪セミナー
6	13	B001・23	医学管理等	がん患者指導管理料	【資料スライドP65 No260】 ※がん患者指導管理料(薬剤師要件)40時間以上のがんに係る適切な研修とは具体的にはどの研修が該当するのか	【疑義解釈その2より】 日本病院薬剤師会、日本臨床腫瘍薬学会又は日本医療薬学会が認定するがんに係る研修を指す。	疑義解釈その2	大阪セミナー
7	13	B001-2	医学管理料	小児科外来診療料	生活習慣病治療管理料に1月間院内処方を行わなかった場合は、「処方せんを交付する場合」の点数となるが、小児科外来診療料も同様の考えになりますか？	通知(7)より、常態として院外処方せんを交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「2、処方箋を交付する場合以外」の所定点数を算定できるとするため、同様の考えとは異なります。		東京セミナー
8	13	B001-2	医学管理料	小児科外来診療料	小児科外来診療料について、バリビスマブを投与している患者は、外来診療料と出来高が同一月レセに混在してもよいか？	同一月混在してよいと考えます。 通知文(2)より、「ただし、第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者(他の保険医療機関で算定している患者を含む。)及びバリビスマブを投与している患者(投与当日に限る。)」については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。」と記載があります。		東京セミナー
9	13	B001-2-6	医学管理等	夜間休日救急搬送医学管理料 精神科疾患患者等受入加算(イ)	当院に精神科はないが、患者側より申出があった場合は算定可能でしょうか(かかりつけ病院が満床等)	①精神科の標榜に関わらず、算定は可能です。 ②【疑義解釈その2より】 患者等の申告のみならず、前医への確認等が必要である、と記載されています。	疑義解釈その2	大阪セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
10	13	B001-2-9	医学管理等	地域包括診療料	地域包括診療料の院外処方について、病院の場合は24時間開局薬局でないといけないが、診療所の場合は「原則24時間対応薬局でまた患者の同意があればその他の薬局でもよい」とやや要件が緩くなっていたと思うのでご確認くださいでしょうか(24時間開局と対応について厚労省は厳密に定義を分けています)	通知(4)および、「診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。」とされ、(ロ)にて「原則として、院外処方を行う場合は連携薬局(24時間対応可能薬局)にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。」と記載されており、24時間開局の薬局指定の算定要件となる病院の場合よりも緩やかになっております。		大阪セミナー
11	13	B001-3	医学管理等	生活習慣病管理料	1. 以外の場合には処方料等以外の「薬剤料(薬代)」も含まれますか	含まれます。		名古屋会場
12	13	B005-1-3	医学管理料	介護保険リハビリテーション移行支援料	患者1人につき1回限りとなっているので、移行後に新たな疾患や手術で外来リハが実施となり、再度介護リハに移行させようとするときは、やはり算定できないのでしょうか？ 介護リハ開始後も医療リハの必要な状態になる事も考えられます。	患者の外来の要介護被保険者をケアマネージャーとの連携により介護保険のリハビリへ移行させた場合の点数となる為、患者1人につき1回の規定通り、算定不可となります。 【疑義解釈その2より】 (手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定し、再度、介護保険のリハビリテーションへ移行する場合に算定できるか。)算定できない、と記載されています。	疑義解釈その2	東京セミナー
13	13	B005-1-3	医学管理料	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は「特別な関係の訪問看護ステーション」からのリハビリでも算定可能なのでしょうか？	【疑義解釈その2より】 (当該医療機関内で移行した場合は算定できないが、特別な関係の事業所に移行した場合は算定可能か。)可能、と記載されています。 よって、特別な関係の訪問看護ステーションの場合も算定可能となります。	疑義解釈その2	東京セミナー
14	13	B009	医学管理等	診療情報提供料 歯科医療機関連携加算	歯科はクリニックでもOKか	歯科診療を行う他の在宅療養支援歯科診療所である保険医療機関になります。		名古屋会場

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
15	14	C000	在宅医療	往診料	緊急往診の要件が、外来診療中に診療を中断しとなっているが、訪問診療、又は往診中に緊急に患者からの依頼があり、訪問診療の順番を変更し、依頼の患者に行った際は緊急往診となるか？	あくまでも外来診療時間内に患者から依頼があり、外来で診療を行っている医師が外来診療を中断し、緊急往診に行った場合に算定可能となります。在宅担当医が予定していた訪問診療の時間をずらして他の緊急往診に行った場合は算定の対象となりません。	2012.7.13 厚生局東京事務所	東京セミナー
16	14	C000	在宅医療	在宅患者訪問診療料	同一建物の在宅患者訪問診療料の算定について、患者Aを定期訪問の際に、臨時で急遽患者Bの診察を行った場合、患者Bの算定はどのようになりますか？	同一日に同一建物へ往診と訪問診療を行う場合は、往診料と訪問診療料の算定となり、患者Aに対しては訪問診療料「2」、患者Bに対しては往診料が算定可能です。また、当日の診療がA患者、B患者のみであった場合、往診の患者は複数患者のカウントから除外となるため、訪問診療料「1」(833点)の算定が可能となります。しかし、同一建物であってもその形態から同一患者とみなすことが適当であるもの(有料老人ホーム等にてホーム全体を同一患者とみなす場合)の場合、患者Aは訪問診療料「2」、患者Bは、初診料、再診料、外来診療料の基本診療料の算定となります。	日本医師会「平成22年度診療報酬改定Q&A」参照	東京セミナー
17	14	C001	在宅医療	在宅患者訪問診療料	同一建物の訪問診療料を算定した場合、訪問時間、場所、人数の記録を診療報酬明細書に添付するとあるが、 ①別紙の専用用紙に記録するのかわ？ ②専用用紙があるのかわ？ ③記載例が知りたい。 ④電子請求の場合はどうするのかわ？ ⑤人数の記載は必要ですか？	①②通知文より、「また、「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式に記載のうえ、診療報酬明細書に添付すること」と記載があるため、別紙様式での提出となります。 (3月10日事務連絡にて追加となりました) ③記載例につきましては、 ●別紙様式に以下の事項を記載して、レセプトに添付すること。 ・訪問診療日時、時間(開始時刻及び終了時刻)、診療場所(住所及び名称)、診療人数合計を記載 (別紙様式14) ④電子請求の場合も、別に用紙による提出が必要と考えます。 ⑤③より、人数の記載は必要となります。当該診療日に実際に在宅医療を行った患者数の合計を記載となります。 【疑義解釈その1より】 訪問診療を行い患者が要介護度4以上又は認知症である老人の日常生活自立度判定基準におけるランクⅣ以上の場合には別紙様式を添付する必要はない、と記載されています。	事務連絡 平成26年3月10日 事務連絡 平成26年3月28日 疑義解釈その1	東京セミナー 大阪セミナー
18	14	C001	在宅医療	在宅患者訪問診療料	【資料スライドP75 No298 ② 3)】 ※在宅患者訪問診療料同一建物の複数訪問時に患者数としてカウントを行わない場合 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者 ①上記の場合、11日程に死亡した場合、前月分を取り下げ請求できるのかわ？ ②また、上記の場合、同一建物で2名であった場合、同様にもう一方のレセプトも1名のみ点数として取り下げ請求できるのかわ？	①「死亡日からさかのぼって30日以内の患者」を満たしているのであれば、取り下げの上、再請求は可能と思われます。 ②同一建物居住者において請求の場合、 1人目 203点(特定施設以外103点) 2人目 203点(特定施設以外103点)での算定となります。 今回の場合は、各々1人ずつの算定にあたると思われるため、死亡患者833点、2人目833点が可能と思いますが、今後、通知等が出る可能性もありますので、確認が必要となります。		東京セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
19	14	C001	在宅医療	在宅患者訪問診療料	同一患者において2人以上の同一世帯の夫婦等は管理料の減額は行わないというところで、兄弟(姉妹)や親子等は無理ですか	減額を行わない対象について、C002在宅時医学総合管理料 通知(11)より、「1つの患者に在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合の管理料は、同一建物の規定に関わらず、患者ごとに「同一建物居住者以外の場合」を算定すること」と記載されております。		大阪セミナー
20	14	C001	在宅医療	在宅患者訪問診療料	同一建物の定義は、マンション(集合住宅)の階数違いも同一と考えますか	マンションも同一建物となります。 (参照:平成24年3月5日保発0305第3号)	平成24年3月5日 保発0305第3号	名古屋会場
21	14	C001 C002	在宅医療	在宅患者訪問診療料 在宅時医学総合管理料	在宅支援診療所の事務員です。 当クリニックは特養へは常時医師として先生が月4回、1回/Wに訪問診療を行っていますが、それらは処方料のみのほとんどボランティア状態です。その時に今まではグループホームにも計画的に訪問診療を行っていました。その算定は同一建物の200点と在宅時医学総合管理料4200点を算定しておりました。4月からグループホームは1日1人を1か月(月2回の訪問診療)にする方向ですが、私自身同一建物の意味を理解していきなく、4月からは833点と4200点か、103点と1000点になってしまうのか?	グループホームで2人以上同時に行った場合、訪問診療は103点、在宅時医学総合管理料は1000点(在宅時・処方せん有)が基本となります。 ご質問のように1日に訪問診療を1人行う場合は、833点算定可能となり、月のうち1度でも833点の算定があれば、在宅時医学総合管理料は4200点が算定可能です。		東京セミナー
22	14	C002	在宅医療	在宅時医学総合管理料	在医総管は訪問2回以上ですか。今までは往診も含むでしたが往診と訪問では無理ですか	通知(4)より、C001在宅患者訪問診療料を月2回以上算定した場合のみに算定可能となります。		大阪セミナー
23	14	C002	在宅医療	在宅時医学総合管理料	在宅時医学総合管理料の算定方法が分かりません。 当病院(180床)で隣接で有料老人ホームがありますが、医者が定期的(水・土)と往診に行っています。その際、在宅時医学総合管理料は算定できるのでしょうか。どのように算定するのか詳しく知りたいです。	有料老人ホームの場合、医師、看護師の配置によって点数は異なりますが、在宅患者訪問診療料の同一建物居住者の場合で算定となります(203点又は103点)。 また、定期訪問(訪問診療)を月2回以上行っている場合、在宅時医学総合管理料の算定は可能となります。 同一日に2人以上の診察では、訪問診療料及び在宅時医学総合管理料の算定の点数が異なりますのでご注意ください。 (参考:配布資料スライド297～302)		大阪セミナー
24	14	C005-2	在宅医療	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	訪点について、介護保険の方も材料及び管理料の算定が可能ということでしょうか。	介護保険の訪問看護事業者が医師の指示に基づき要介護等の患者に週3日以上以上の点滴を行った場合にも算定できることとなった。週3日以上以上の指示があれば点滴の薬剤料も算定できます。	全国保険医団体 連合会「点数表改定 のポイント2014 年4月」参照	大阪セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
25	14	C101	在宅医療	在宅自己注射指導管理料	回数によって点数に分けられたが、回数のわからない、もしくは使わないものかもしれない頓用の注射については、イ月3回以下で算定するのか？ 例)アナフィラキシー時のエビベン(アドレナリン製剤)	「エビベン」など、定期的に投与を実施しない頓用の場合も月の接種回数での算定となりますため、「月3回以下」での算定となります。		東京セミナー
26	14	C101	在宅医療	在宅自己注射指導管理料	導入期加算について A病院で在宅自己注をこなっていたが、血糖コントロールが悪いため、B病院で教育入院を含め再度指導を行っても薬剤の変更がなければ導入期加算は算定できないのか。	在宅自己注射導入前の教育及び、指導に対する加算となりますため、すでに導入を行い、治療中の場合は対象外と考えます。		東京セミナー
27	14	C101	在宅医療	在宅自己注射指導管理料	自己注射の教育のため入院をしていた患者が、退院後特別の関係にない別の医療機関において、在宅自己注射指導管理料を算定することになった場合、導入期加算を入院の医療機関で算定することは可能でしょうか？ 医療機関単位で考えてよろしいでしょうか？	在宅療養指導管理料の一般的事項に記載がありますように、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保健医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該算定理由を記載するとありますことから、在宅療養指導管理料の算定は可能です。 導入期加算は在宅自己注射指導管理料の加算となりますため、退院時に在宅自己注射指導管理料算定の場合、導入期加算の算定は可能と考えます。		東京セミナー
28	14	C101	在宅医療	在宅自己注射指導管理料	導入前期初期加算について、導入前には週2回以上の外来と規定がありますが、導入後は月1回の通院でよろしいのでしょうか？	導入後の通院回数の規定はございませんが、指導した内容のカルテ記載は必要となりますので、ご注意ください。		東京セミナー
29	14	C101	在宅医療	在宅自己注射指導管理料	リウマチとDMの自己注を行っていたときのカウントは？	あくまでも医師の指示した自己注射の総回数に応じた区分となります。		名古屋会場
30	14	C200	在宅医療	厚生労働大臣の定める注射薬	在宅療養の「厚生労働大臣の定める注射薬」の追加薬剤、「電解質製剤」とは、どういったものか詳しく教えてください。	厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射液(高カロリー輸液を除く)をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤(電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る)、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができます。 参考までに、「電解質製剤」とは、 「低張電解質輸液開始液」:(例)ソリター-T1号輸液 等 「脱補給液」:(例)KN2号輸液 等 「維持液」:(例)ソリター-T3号輸液 等 「術後回復液」:(例)ソルデム5輸液 等 「細胞外補充液」:(例)生理食塩水、リンゲル液、乳酸リンゲル液(ラクテック注 等)、等が挙げられます。	南江堂 「今日の治療薬」 参照	東京セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
31	20	F000	調剤料	うがい薬の処方について	治療目的ではない「うがい薬」の処方について、 ①どの様に治療目的と分かるようにレセプト請求するのでしょうか？ ②またその場合は無料で処方するという事でしょうか？	①治療の目的とわかるようにとは、傷病名欄に薬効上の治療対象疾患が明らかである事が必要と思われれます。 薬効分類上うがい薬の薬効は、「粘膜の炎症組織に直接作用し、炎症をおさえるもの」とされており、対象疾患として、「のどの炎症、扁桃炎、口内炎、歯肉炎、舌炎」等があります。 ②治療目的でない場合は、調剤料、処方料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料の算定はできません。  【疑義解釈その2より】 治療目的でうがい薬のみ投与された場合は処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料は算定できる、と記載されています。	疑義解釈その2	東京セミナー
32	30	通則	注射	外来化学療法加算	【資料スライドP95 No378、379】 ※外来化学療法Bについて ゾメタの点滴注射は含まれないのか	通知(3)より、外来化学療法Bのやくざいにつきましては、規定の薬剤、規定の疾患のみの算定となるため、ゾメタ対象外となります。		大阪セミナー
33	40	J039	処置	血漿交換法	紹介されてきた場合は、前医により引き続き21回を限度となるのか、この21回は発症毎にカウントできるのか？	通知(23)より、「実施回数は一連につき21回を限度として」記載されていることから、前医に引き続きの回数のカウントだと考えられます。 また、一連という事から、発症ごとにカウントできると考えます。		東京セミナー
34	60	D419・5	検査	副腎静脈サンプリング	D419 5 副腎静脈サンプリングが今回新設され、4800点とれるようになるのですが、CT撮影を併用した場合(部位の確認のため)CT使用の加算はあるのでしょうか	部位の確認のためのCT使用の加算はございません。		大阪セミナー
35	70	通則12	手術	時間外加算1 休日加算1 深夜加算1	【資料スライドP113 No452】 手術加算1の(3)交代制の夜勤時間帯における1名以上の配置医師は常時当該診療科担当医師(常・非問わず)の配置が必要という事でしょうか。	夜間時間帯における1名以上の医師については、「配置」ではなく、「勤務」とされているため、当該時間帯に勤務されていればよいと考えます。 また、常勤、非常勤の規定は見受けられないため、そちらは問われません。		東京セミナー
36	70	通則12	手術	時間外加算1 休日加算1 深夜加算1	【資料スライドP113 No451】 手術加算1において、緊急手術を施行した医師が予定手術を年12日以内にとどめなければならないのは、各診療科ごとか、病院全体か？	「届出の全ての診療科において」と記載されているため、病院全体ではなく、届出の診療科が該当となります。		東京セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
37	70	通則12	手術	時間外加算1 休日加算1 深夜加算1	【資料スライドP113 No449】 ※施設基準 ③(イ)、静脈採血等留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名の院内掲示について ①「常時1名以上の配置とされ、院内掲示等により」とあるのは、別段患者の目にふれる場所でもよいのか？ ②常時1名とあるので、全配置職員の各部署に周知されていないのはならないのか？	①②「各部門又は病棟ごとに常時1名以上配置され、～院内掲示等により、職員に周知徹底されていること」とございますため、院内に周知できる場所への掲示と、全配置職員の各部署に周知徹底が必要と思われます。また、掲示場所は患者の目にふれる必要はないと考えます。		東京セミナー
38	80	1002注3	精神科療法	通院・在宅精神療法	最初に受診した日はどこまで逆上るのか	通知(13)より、当該保険医療機関の精神科の初診診療日となります。		名古屋会場
39	80		リハビリ	疾患別リハビリテーション	①同じリハビリ病名で2つ以上の病院に受診することはできますか？(法人でなく) ②①の患者について、法人等で各々の施設でリハビリはできますか？もし可能であればリハビリ計画書は各々の施設で算定できますか？	平成20年10月15日の事務連絡(疑義解釈)より、「間、疾患別リハビリテーションを一の保険医療機関で実施している場合には、他の保険医療機関で、同一の疾病等に係る疾患別リハビリテーション料は算定可能か」答、従来通り算定不可。当該患者に対し照会等を行うことにより、他の医療機関における疾患別リハビリテーション料の算定の有無を確認する。」と記載されています。 よって、ご質問の件につきましては いずれも算定不可と思われます。		東京セミナー
40	90	A100	入院基本料	7対1入院料の自宅等の復帰について	7対1入院料の自宅等の復帰について、転院先、転所先など証明する必要はありますか、その場合どのようにすれば良いのでしょうか？	退院先、退所先に関する証明書については、通知等に記載されておりません。そのため証明する必要はないと存じます。 また退院先のデータについては、一元化しての管理が必要となりますため、院内での退院先の把握の管理は必要になると考えます。		東京セミナー
41	90	A100	入院基本料	特定除外について	特定除外について、A病棟は出来高、B病棟は養療と複数選択し、それぞれ転棟させてもよいのでしょうか？	病棟ごとの船体となりますので、A病棟、B病棟での異なる届出は可能です。 また、その場合患者の入院病棟の届出状況によって、算定が異なり、必要があれば転棟も可能と考えます。		東京セミナー
42	90	A100	入院基本料	7対1入院料の自宅等の復帰について	一般病棟7対1、在宅復帰率の計算から、再入院患者を除くとありますが、DPC算定病院は7日以内の再入院と考えればよいのでしょうか？	厚生局確認中		東京セミナー
43	90	A100	入院基本料	看護必要度	看護必要度で「麻薬貼付」とあるが、貼った日のみ点数として加えるのか、貼り続けている間は点数として加えることができるのか。(2～3日に1回の貼りかえの場合)	別紙7「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」より、麻薬の内服・貼付・坐剤を使用した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。 計画に基づいた管理を行っている間は含めてよい。		大阪セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
44	90	A100	入院基本料	一般病棟入院基本料	7対1入院基本料の在宅復帰率についてですが計算式から「転棟患者は除く」とされていますが、例えば200床未満病院で1病棟に7対1病床と地域包括ケア病床を設定している場合「自院7対1→自院包括ケア病床→自宅」という流れの場合は計算式の分母・分子に入れて計算するのでしょうか	この場合、7対1の在宅復帰率の計算式では、転棟患者は分母、分子いずれからも除きます。		大阪セミナー
45	90	A100	入院基本料	一般病棟入院基本料	①特定除外制度について26年4月以降に入院した患者は6月30日より90日超えとなるが10月1日までは現行どおり包括又は特外(別に定める状態であれば)で算定ということなのですが(9月30日までに選択?)包括にするのであれば届出? ②7対1の施設基準を算定の場合、H26.4.1より90日超えの患者さんの入院基本料はどの入院料で算定するのか。平均在院日数から90日超えの患者さんを除外の場合、どのように考えるのか。また、届け出は必要か。	①9月30日までは特定除外制度、現行どおりの算定 ②10月1日より「病棟ごとに下記③または④の何れかを選択し、点数を算定 ③療養病棟入院料「1」で算定。平均在院日数に含めない ④出来高算定、平均在院日数に含める ※③の場合は、届出が必要		大阪セミナー
46	90	A100	入院基本料	一般病棟入院基本料	一般病棟7対1の看護重症度評価で4月1日以降、9月30日まで新基準と旧基準の両方で評価する必要があるか	【疑義解釈その2より】 平成26年4月1日以降に新たに7対1入院基本料の届出を行う場合の重症度、医療・看護必要度について 新項目による基準を満たしていることが必要である、と記載されています。	疑義解釈その2	大阪セミナー
47	90		入院基本料	ADL維持向上等体制加算	①ADL維持向上等体制加算について、必ずリハビリを実施する患者のみ算定ですか。 ②施設基準の内容を満たしている病院は、入院時よりリハを実施していると考えられるが、なぜ、リハとの併用算定が不可なのでしょう。	①病棟における加算の届出になります。 リハビリの有無に関わらず、規定の取り組みを行う評価となりますので、当該病棟入院患者に算定可能です ②ADL維持向上体制加算は、入院早期からのADL低下を防止するために人員配置をした場合の評価の点数となり、疾患別リハビリテーション料には別に早期加算、初期加算という発症早期のリハビリに対する評価があり、併算定可能とすると、重複の評価となる可能性があるため、併算定不可となったと思われます。		東京セミナー 大阪セミナー
48	90		入院基本料	ADL維持向上等体制加算	ADL維持向上等体制加算について、 ①取組内容の1～6すべて行うのですか。 ②指導内容、情報提供について様式はありますか。 ③退院時リハビリテーション指導料を算定した場合、これに準じてよいですか	①取組内容はすべて行います。 ②様式はございません ③退院時リハビリテーションを行った場合はB006-3の項目にて算定を行います。そのため、診療録等の条件もB006-3に従って行う必要があります。		大阪セミナー
49	90		入院料等加算	ADL維持向上等体制加算	ADL維持向上等体制加算について、病棟に配置の専従の理学療法士等において回復期リハビリテーション病棟入院料の取り扱いと同様に病棟内であれば疾患別リハを行う事は可能か?	厚生局確認中		大阪セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
50	90	A101	入院基本料	在宅復帰機能強化加算	在宅復帰機能強化加算について、在宅期間の証明はどのようにすればよいのでしょうか？	資料P28、スライドNo109、吹き出し部分より、確認方法として、医療機関の職員が患者の居宅を訪問してとあるため、証明の必要な患者のリスト、訪問日(時間を含む)の記載等を一覧表にし、院内での管理等での対応では考えます。		東京セミナー
51	90	A101	入院基本料	在宅復帰機能強化加算	在宅復帰機能強化加算の在宅生活の継続確認は、職員の患者宅訪問以外で電話確認でみとめられますか？	施設基準より、在宅復帰機能強化加算を算定する際の在宅生活の継続確認として、「当該医療機関の職員が患者の居宅を訪問することにより」と記載がありますので、電話での確認は認められず、居宅訪問のみとなると考えられます。		東京セミナー
52	90	A108	入院基本料	有床診療所入院基本料	算定するための要件をご教示願います 基本料1～6のそれぞれの条件についてご教示願います。	配布資料スライド116～125をご参照ください。 特に留意の必要な項目は、有床診療所入院基本料1～3については、看護配置以外に施設基準うち、2項目(スライド121～123)に該当することが条件となっております。		名古屋会場
53	90	A205	入院料等加算	救急医療管理加算	例えば、H26.3月31日に救急で入院し、救急医療管理加算(1)で算定した場合、4月1日になったら救急医療管理加算(2)で算定しなければならないのでしょうか？	通知(2)より、「当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる」と記載されているため、入院時点の評価であり加算について、4月以降に変更の必要はないと考えます。	告示「3」第8・6の2 H26保医発0305-1	東京セミナー
54	90	A205	入院料等加算	救急医療管理加算	救急医療管理加算について、毎年7月に「コ」該当者の報告とありますが、今年の7月に報告するとしたら、いつからいつまでのデータでしょうか	救急医療管理加算2を算定している該当者の報告(=「コ」該当者の報告)を行うこととなっております。 様式14の3より、直近1年間のデータとなります。		大阪セミナー
55	90	A205	入院料等加算	救急医療管理加算	救急医療管理加算について、当院では大腿骨頸部骨折にて手術を行う場合「コ」で算定しておりましたが「ク」の外傷とみなし算定するのでしょうか	大腿骨頸部骨折は緊急を要しないケースがあり、以下の点に留意が必要となります。 平成24年8月9日事務連絡、平成24年改定疑義解釈その8より、「例えば手術を要するが2、3日後の予定手術で治療可能な患者は、コ「その他「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な患者」に該当するのかに対し、該当しないとの回答が出ております。		大阪セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
56	90	A205	入院料等加算	救急医療管理加算	有料診療所入院にて救急医療管理加算は算定できるのか	地域医療支援病院、救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所、病院群輪番制病院・病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院において、休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っており、地方厚生局長等に届出を行っていれば、算定可能です。		名古屋会場
57	90	A206	入院基本料等加算	在宅患者緊急入院診療加算	【資料スライドP34 No136】 ※在宅療養後方支援病院の届出について届出算定にあたり、疾患は限定されるのか(一部の難病(特殊疾患)に限るなど)	加算を算定するにあたり、届出の必要はございません。 ただし、A206・1に関しましては、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院での算定となります。A206・2及び3に関しましては、従来通り変更ございません。後方支援病院の届出に関しましては、疾患等の限定はございません。 【疑義解釈その2より】 (在宅療養支援病院であっても届出が可能か) 在宅療養支援病院は届出することが出来ないと、記載されています。	疑義解釈その2	大阪セミナー
58	90	A206	入院基本料等加算	在宅患者緊急入院診療加算	「在宅療養後方支援病院」及び、在宅患者緊急入院診療加算は特別な関係(同法人)にある病院と診療所であっても算定は可能でしょうか？	厚生局確認中		東京セミナー
59	90	A206	入院基本料等加算	在宅患者緊急入院診療加算	在宅療養後方支援病院について、救急告知の届出は必須なのでしょうか	施設基準告示より、救急告知の届出は必要ありません。 連携医療機関の求めに応じて24時間入院希望患者の診療が可能な体制を確保していなければならない。 入院希望患者より、希望の旨の文書を提出していただき、連携医療機関、入院希望患者にそれぞれ写しを交付し、保管しておかなければならない。		大阪セミナー
60	90	A206	入院基本料等加算	在宅患者緊急入院診療加算	機能強化型在支病を届け出ていますが、当院で在宅療養を行っていて、緊急で当院へ入院した場合でも算定可能なのでしょうか？	告示注1「別の保険医療機関(診療所に限る。)において」と記載がありますので、在宅療養を担当する医療機関と入院の医療機関が同じ場合は算定不可となります。		東京セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
61	90	A207	入院基本料等加算	診療録管理体制加算	診療録管理体制加算において退院患者2000人につき専任1名、専従1名とあるが3000人だと専任1名専従1名なのか。(例えば2001人の場合は?)	厚生局確認中 ※専従の人数の確認について  【疑義解釈その1より】 (専任の常勤診療記録管理者の配置について、年間退院患者数が2,005名の場合の配置について) 2人。直近1年の退院患者数を2,000で除して端数を切り上げた値以上の人数を配置することと、記載されています。	疑義解釈その1	大阪セミナー
62	90	A207	入院基本料等加算	診療録管理体制加算	診療録管理体制加算1は年間退院数が2000人に満たない医療機関は算定できないのでしょうか	施設基準告示より、「2000人ごとに」ですので2000人までの退院患者数に対し、1名以上の専任のうち専従の診療録管理者が常勤で配置されおり届出を行っていれば算定可能です。		大阪セミナー
63	90	A207-2	入院基本料等加算	医師事務作業補助体制加算	医師事務作業補助体制加算について、80%以上の勤務は、どのように具体的に証明すればよいのでしょうか?	様式18の2を用いて、担当者ごとに1週間の勤務時間、そのうちの病棟又は外来における勤務時間を記載し、届出となります。  【疑義解釈その2より】 (何割が病棟、外来勤務であったかタイムテーブル等に記録する必要があるか) 届出に記載する必要がある、と記載されています。		東京セミナー
64	90	A207-2	入院基本料等加算	医師事務作業補助体制加算	【資料スライドP36 No141】 ※医師事務作業補助者の勤務場所について 勤務場所について、Dr、クラークの控室での業務は含まれるのか	【疑義解釈その2より】 (放射線科や病理科などにおいて、入院医療や外来医療を行ってはいないものの、医師の直接の指示下で医師事務作業補助業務を行っている場合は、病棟又は外来での勤務時間に含まれるか) 医師からの直接の指示下で医師事務作業補助業務を行っている場合は、病棟又は外来での勤務時間に含まれているとみなして差し支えないと、記載されていますと、記載されています。	疑義解釈その2	大阪セミナー
65	90	A212	入院基本料等加算	超重症児(者)入院診療加算	入院の重症評価にて、人工呼吸等とありますが、その「等」のなかに酸素吸入は含まれるのでしょうか	人工呼吸「等」には、配布資料のスライド156の※2を表しています。NIPPVやCPAP等も含めることとなりますが、酸素吸入は含まれません		大阪セミナー
66	90	A212	入院料等加算	超重症児(者)入院診療加算	超重症児(者)入院診療加算について6か月状態が続いている患者に対して算定可能な加算です。入院が半年以上続いており、その間にこの状態になった患者については算定不可なのでしょうか	自宅、施設、入院中からであっても、算定条件のスコアになってから6か月以上のその状態であれば算定可能となります。	疑義解釈その1	大阪セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
67	90		入院基本料	病室等の面積に関する内法 法の規定について	【資料スライドP40 No159】 【関連資料集P308、309参照】 療養病棟療養環境加算(様式24)などに配置図及び平面図(面積等が分かるもの)とあります。今回の改定では「内法」の基準が多くなりましたが、この面積も内法の面積が記入されているものが必要でしょうか？	配置図や平面図の添付が必要な項目の施設基準の届出に関する事項には(当該加算を算定する病棟の面積がわかるものを添付する)とあります。この病棟の面積というのが内法による測定の場合、その面積を様式24の2に記載することになりますので、添付の配置図や平面図も内法の面積を記載し、様式24の2に記載する面積と整合性をとらなければいけないと考えます。		東京セミナー
68	90		入院基本料	精神科に係る入院料	特定機能病院で精神科を担当しております。当院精神科では、患者のADL向上を目的として、段階的に外泊をふまえて本人、家族の在宅で生活の自覚を明確にするために、患者、家族、地域と相談のうえで一時退院ということも行っております。在宅での生活期間も1日～7日と患者によってまばらです。4/1からこのやり方が認められなくなるという情報を医師より聞いたのですが、精神科の外泊、退院について何か新たに規定されたものがあるのでしょうか？上記の場合、入院起算日は前回より通算としております。	今回の改定で、精神科の外泊、退院に係る変更は有りません。退院後の地域移行と定着を目的とした「1016 精神科重症患者早期集中支援管理料」が新設され、対象患者として「1年以上精神病床に入院して退院したもの」となりますが、こちらは退院後の患者への点数となる為、直接退院時には算定等の変更は有りません。入院ではありませんが、「精神科ショート・ケア、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア」の算定要件が変更となり、上記いずれかを開始した日から起算して1年を超える場合には1週間に5日を限度とすると、算定の起算日と算定可能な期間が3年から1年へ変更されております。		東京セミナー
69	92	A301	特定入院料	特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料1・2について「経験を有する医師2名以上」とは常時2名以上経験を有する医師を配置しなければならないのか。それとも例えば1日3名の医師(8時間勤務)が交代で専任(常時1名いる状態)でこの3名のうち2名以上が経験を有する医師であれば良いのか、どちらでしょうか	【疑義解釈その1より】 当該治療室において集中治療を行うにつき必要な医師の中に、特定集中治療室経験を5年以上有する医師2名以上が含まれている必要があるという趣旨であり、必ずしも特定集中治療の経験を5年以上有する医師2名以上が常時、当該治療室に勤務する必要はないと、記載されています。	疑義解釈その1	大阪セミナー
70	92	A308	特定入院料	回復期リハビリテーション入院料	回復期Ⅰの変更はあるが、従来、回復期Ⅱで届出ているHPについては変更要件はあるか教えて下さい	告示、通知より、回復期ⅠⅡ及び、Ⅲの変更はございません。		名古屋会場
71	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	【資料スライドP56 No223 ⑩】 ※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 ①リハビリを実施した患者さんを割って、1日2単位以上と言われたが、どのように計算するのか？ ②地域包括ケア病棟に入院し、医師がリハビリを必要とするものを対象に2単位以上の実施をすればよいのではないのでしょうか。	①地域包括病棟および入院医療管理料を算定している患者であって、リハビリを算定している患者が対象となり、1日平均2単位以上という解釈となるため、(1)当該病棟または病室に入院している患者の人数を出す、(2)(1)の人数の中でリハビリ施行患者を洗い出し、1日の各リハビリ施行単位を確認する(3)リハビリ施行患者の1日の総単位数をリハビリ施行患者数で割る、という計算式となります。 ②基本的には「リハビリが必要な患者に対して」という判断となりますが、当該病棟又は病室に入院する患者に対し、1日平均2単位が行われていなければならないという解釈となります。		東京セミナー
72	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア入院基本料を算定するにあたり、現在当院ではデータ提出加算の届出を行っていませんが、地域包括ケアを算定する場合は、データ提出加算を算定してからでないといけないのか教えてください。	データ提出加算の適用は平成27年4月1日からとなり、1年間の経過措置が設けられております。		東京セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
73	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟の入棟基準で「A項目1点以上の割合が10%以上」とあるが入棟時10%か	別紙7「アセスメント共通事項」より、地域包括ケア病棟入院料等は毎日評価を行う。		大阪セミナー
74	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟の場合、手術は含まれるとっていますが、転棟させ一般病棟(手術が必要な場合)に移すことは可能ですか	一般病棟への転棟は可能と考えます。		大阪セミナー
75	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	在宅復帰支援担当者とは、事務員は該当しますか。	施設基準通知(3)より、「職種に規定は設けないが、社会福祉士等の在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できるものをいう」との記載があります。 【参照 配布資料診療報酬改定概要とポイント解釈資料スライド222】		大阪セミナー
76	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟について ①地域包括ケア病棟入院基本料の1・2の違いについて ②在宅復帰率は1・2と同様に7割なのか ③入室した患者様へ必ずリハビリ2単位の実施が必要か ④現在、亜急性期入院医療管理料を算定している患者様が地域包括ケアへ移行した場合、60日の入室期日は引き続き継続されるのか	告示(施設基準)より、 ①地域包括ケア病棟入院基本料Ⅰの施設基準より ・内法による規定 ・在宅等に退院するもの該当事業の規定 ・在宅等に退院するものの割合 の除いた施設基準が地域包括ケア病棟入院基本料Ⅱです。 ②厚生局確認中 ③1日平均2単位以上であればよい。 ④当該病棟は新たな届け出となるため、日数の移行ではないと考えます。		大阪セミナー
77	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料を療養病棟に新設した場合、一般病棟(DPC算定)より転棟した場合の算定はどうか	通知(8)より、DPCに従って診療報酬を算定していた患者が同一医療機関内の地域包括ケア入院管理料を算定する病棟・病室に転棟・転床した場合には、DPCに定められた入院日Ⅲまでの間は、DPCにて算定を行う。  【疑義解釈その2より】 (DPC病棟から転室した場合) DPC算定期間はDPCで算定し、出来高算定の期間になったら地域包括ケア病棟入院料が算定できると、記載されています。	疑義解釈その2	大阪セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
78	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料(又は医療管理料)の算定上限日数は60日ですが60日以降も在院される場合はどのような算定になりますか。 「200床未満病院であれば地域包括ケア(特定入院料)のみの届出でも良い」とのことでした。この場合は60日超え入院患者の請求はどのようにになりますか	告示(注2)より、「ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料(特定地域)又は地域包括ケア入院医療管理料(特定地域)に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときにはA100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときにはA101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料1又は療養病棟入院基本料2の入院基本料1の例により、それぞれ算定する。」と記載されていることから、A100の注2であれば584点、A101の場合には814点もしくは750点の算定となります。		大阪セミナー
79	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア(医学管理)を4月1日に一部届出し、残りを亜急性のまま9月30日まで運用することは可能か(亜急性を全体40床→10床地域包括・30床亜急性)	可能と考えます。		大阪セミナー
80	92	A308-3	特定入院料	地域包括ケア病棟入院料	ADL向上加算と、地域包括入院管理料について、それぞれにPTの専従が条件となっていますが、1病棟の場合は、合わせて1名の専従でいいのでしょうか	施設基準通知(1)より、当該病棟内に地域包括ケア入院医療管理料を算定する秒実がある場合には当該病室における理学療法士の業務について兼務しても差し支えない、と記載されており、1名の専従でよいと考えます。		大阪セミナー
81	92	A400	特定入院料	短期滞在手術等基本料3	短期滞在手術基本料3について、 ①検査D237ポリグラフィー1・2・3は現行1が一番点数が低い短期では一番高くなっているのはなぜか。 ②また、ポリグラフィー3でも現行総点数で7200-7500点、ポリグラフィー1は5000点弱。この点数変更の理由は何でしょうか(患者負担が高くなる) ③関連して、ポリグラフィー等、短期3に含まれる項目は日帰り、1泊2日のできる検査、手術がありますが短期1・2で算定するのではなく、短期3で算定でいいのですか	①「1」、「2」の場合は基本外来で行う検査となりますが、通知(3)より、「【D237】終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合】及び【D237】終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合】については、これらの検査が原則として入院で実施されるべきものではないことから、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、「あり、入院の場合は緊急性があり他の診療行為(他の検査や画像診断等)が伴うということを鑑みて点数設定されたと考えられます。 ②入院基本料等包括になる点数も反映されているからと考えます。 ③ポリグラフィー等検査は、短期1、短期2の該当検査ではないため、短期3での算定となります	事務連絡 平成26年3月10日 事務連絡 平成26年3月28日	大阪セミナー
82	92	A400	特定入院料	短期滞在手術等基本料3	有料診療所入院にて短期滞在手術基本料3 1泊2日でも算定できるか。1泊2日でも4泊5日でも点数は同じですか	通知(3)より、診療所・有床診療所・特別入院基本料・月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術基本料3の対象外となります。		名古屋会場

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
83	92	A400	特定入院料	短期滞在手術等基本料3	1泊2日で退院しても、同点数を算定できるのか	現時点では「4泊5日まで」とありますので、同点数の算定となります。		名古屋会場
84	92	A400	特定入院料	短期滞在手術等基本料3	手術等の薬剤料・材料費も包括されるのか	通知(5)より、退院時の投薬に係る費用を除き、すべての項目が包括となります。		名古屋会場
85	92	A400	特定入院料	短期滞在手術等基本料3	DPC施設においても、短期滞在手術基本料3の算定疾患は平均在院日数から除外されますか	①入院5日目までに手術・検査を行い退院した場合、平均在院日数から除外 ②入院5日目までに手術・検査を行ったが退院が6日目以降になった場合、入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は平均在院日数計算に含まれると、なります。		名古屋会場
86	92	A400	特定入院料	短期滞在手術等基本料3	当院では、大腸ポリープ切除の1泊2日入院を行っており、今改定の対象に当然該当するかと思われます。しかしながら、検査入院というかたちで60番の検査のみでの1泊2日入院(50番の手術項目未実施)を行った場合は、従来通りの入院基本料+出来高算定で平均在院日数の対象としてよろしいのでしょうか	大腸ポリープに対し、検査のみの入院であれば、従来通りの入院基本料+出来高算定で平均在院日数の対象となります。		大阪セミナー
87	92	A400	特定入院料	短期滞在手術等基本料3	短期滞在手術基本料について、水晶体再建術を両眼に行う場合、7泊8日で第一眼を5日以内に施行し、第二眼を6日目にを行った場合の保険請求はどうなるのか	5日目までに行った水晶体再建術については、短期滞在手術等3にて算定し、6日目以降の入院料(水晶体再建術の手術も含め)等については、出来高での算定となります。		大阪セミナー
88	95	A400	短期滞在	短期滞在手術等基本料3	別疾患に入院中の患者に、入院中に終夜睡眠ポリグラフィー検査を行った場合、出来高算定で良いのか?	終夜睡眠ポリグラフィー1、若しくは2について「急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合」に該当しない場合は、入院料は短期滞在手術等基本料3の算定ではなく、届出の入院基本料による算定となり、この場合、D237 終夜睡眠ポリグラフィーは出来高算定となります。但し、特定入院料やDPC届出病棟である場合、検査が包括になる場合がありますのでご注意ください。	事務連絡 平成26年3月10日	東京セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
89	95	A400	短期滞在	短期滞在手術等基本料3	K181 脳刺激装置植込み術 K1818-3 頭蓋内電極抜去術 K633-6 大腿ヘルニア K633-2 2 腹腔鏡下ヘルニア手術(大腿ヘルニア) K721-2 内視鏡的大腸ポリープ切除術 D206 心臓カテーテル法による諸検査 D235-2 長期継続頭蓋内脳波検査 D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査 が適用とならなかった理由について。	短期滞在手術基本料の対象手術以外の手術・検査症例における在院日数の分布の分析を行った結果(手術・従前対象の枝番、検査・在院日数の平均3日未満の症例の分析として使用したのはDPC対象病院の実施症例のDPCデータ)、一定期間の在院日数でおさまる、又は多くの症例が在院日数5日未満でおさまると判断されてたという点がひとつの基準になっていると考えられます。	中医協総- 7 25. 5. 15	東京セミナー
90	95	A400	短期滞在	短期滞在手術等基本料3	短期滞在手術等基本料3は、対象日数の入院で対象検査や手術を行った場合、選択の余地なくこちらの点数で算定になるのでしょうか。	その通りです。 例外として対象の手術と他の手術を行うなどの場合以外は、選択の余地なく短期滞在手術等基本料3での算定となります。(診療所・有床診療所・特別入院基本料・月平均夜勤時間超過減算を算定する場合を除く)		東京セミナー 名古屋セミナー
91	95	A400	短期滞在	短期滞在手術等基本料3	短期滞在手術等基本料3の手術の中でK721内視鏡的結腸ポリープ粘膜切除術ですが、K721-2内視鏡的大腸ポリープ切除術も含まれますでしょうか。	現時点では、枝番となっているK721-2内視鏡的大腸ポリープ切除術については該当しません。 今後追加通知の出る可能性があります。 含まれていない原因として考えられる理由として、2つあります。 1つ目は、K721の粘膜切除術は、ガイドラインに4泊5日のクリニカルパスで問題ないとの報告が挙げられている事が考えられます。 2つ目の理由として、H20年に標準的な治療方法が確立され手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動がないものの支払い方式として新設されたが実際短期滞在を算定している医療機関は少ない。算定割合を増やす為に今回対象手術が追加されたが、K721-2は算定回数もそもそも少ないことから対象外とされた、と記載されております。 (参考資料:厚労省H25年5月15日 第241回中央社会保険医療協議会総会 入院医療について(その2))		東京セミナー 大阪セミナー
92	95	A400	短期滞在	短期滞在手術等基本料3	短期滞在手術等基本料3が、同一疾患の7日以内の再入院に該当した場合、(例:水晶体再建術・片眼×2回の入院) ①2回目の入院だけが出来高請求となりますか？ ②1回目の入院も(短期滞在手術等基本料3のレセプトを取り下げて)出来高請求となりますか？	短期滞在については、事務連絡が出ると思われるので、それを待ってほしい、とご連絡をいただきました。 厚生局確認中です。	3.24厚生局(東京事務所)確認 回答保留	東京セミナー 名古屋セミナー
93	95	A400	短期滞在	短期滞在手術等基本料3	短期滞在手術等基本料3について(DPC包括病院) 3/30入院し、3/31、4/1と両眼の手術(K282・水晶体再建術)を施行し、4/2退院となった場合の算定は、3/30~31はDPC包括請求として、4/1~2は出来高算定となるのか？ (また4/2の手術の手技料は出来高算定としてよいのか)	【疑義解釈その2より】 (DPC病院にて、平成26年3月末に入院して同年4月初めに退院する場合(5日以内)の短期滞在手術等3対象となった手術を改定時期をまたいだ入院期間で実施した場合) 3月に入院した場合は、すべて出来高で算定する。なお、3月に入院し、同じ手術を3月と4月にそれぞれ実施した場合も同様にすべて出来高で算定すると、記載されています。	疑義解釈その2	東京セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
94	95	A400	短期滞在	短期滞在手術等基本料3	短期滞在3Iについて、K282-2水晶体オペ中にK721-1又は2を緊急ですることになった場合の算定方法について伺います。	通知(4)より、「イ 入院した日から起算して5日以内に(3)のA～ナに掲げる手術又は検査の中から2以上を実施した場合。」と記載されています。K282・2、K721・1又は2と2つの手術を入院した日から5日以内に行った場合は、短期滞在手術等3を算定しない事例となりますため、出来高算定となります。	事務連絡 平成26年3月10日 3・28事務連絡確認	東京セミナー 名古屋セミナー
95	95	A400	短期滞在	短期滞在手術等基本料3	短期滞在手術基本料3 について当院は一般病棟を算定しており(DPCではない)近医の医療療養病院や精神病院(包括)より、入院中の患者の手術のみだけで紹介され、手術後転医にて戻れるケースが多く、今回の改定ではヘルニア手術、痔核手術、ポリペク等があたり、この「3」の退院時の投薬に係る費用は算定出来るという事ですが、この場合前医は包括にて持参薬はあまり持って来ない。かつ、当院でもお薬を処方しても含まれる。また患者様に飲んでほしい薬を処方して転医して頂いても、奈良県内では転医先が包括病棟である場合の退院時処方については1日分までにお薬が削られるケースが多く、お薬については算定できないとなっているのですが、今回は算定できないものとなるのでしょうか。	通知(4)より、入院5日以内に他の医療機関に転院した場合は、短期滞在手術基本料3を算定できません。  また、平成22年3月29日の事務連絡に(問117) 退院時処方、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として出来高で算定できるのか。 (答) 算定できない、と記載されています。		大阪セミナー
96				病床機能報告	病床機能報告について、公表はどのようにされるのでしょうか。	今後、厚生労働省より報告となると考えます。		東京セミナー
97				消費税の対応	消費税が10%になった時の8%補充分の点数、係数ではどのようにする予定なのでしょうか？	今回の改定には10%に対する内容等の記載は見受けられません。また、現時点では厚生労働省からの通達等もないため、今後発表がなされると思われます。		東京セミナー
98				医療費の内容のわかる領収書及び個別の診療報酬の算定項目のわかる明細書の交付について	【関連資料集P265、267参照】 「※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されます」の一文が追加されていますが、これについては必須なのでしょうか？	【疑義解釈その1より】 (領収証・明細書の様式について、消費税に関する注釈が追加されているが、4月以降は必ずこの注釈を加えなければならないのか) 4月以降は新様式を参考にして領収証・明細書を発行していただきたいが、準備が間に合わない等の場合については、旧様式を利用して差し支えない。また、紙媒体の旧様式の在庫も、利用して差し支えない、と記載されています。	疑義解釈その1	東京セミナー
99					200床未満のDPC病院です。施設基準届出のごとでご教示ください。今回の改定で必ず4月14日までにはしなければならないものをリストアップして下さい。消費税率アップに伴うものもあれば、合わせてリストアップして下さい。全病院が対象ではないが、施設基準の届出をする必要があるもののリストアップもお願いいたします。	平成26年3月14日事務連絡にて、届出に関する通知が出ております。別添資料をご確認ください。	平成26年3月14日事務連絡	大阪セミナー

平成26年度診療報酬改定Q&A  
(質疑応答)

※80処方せん—投薬に関わるものは、20投薬とする

No.	レセNO	区分	項目	項目名	質問内容	回答	備考	問合せ元
100					<p>【資料スライドP22 No87、P39～40 No154～158】 26年度改正から適用になった限度日数について、年度をまたいで入院されている患者に対してはどうなるのでしょうか。情報があればお願いします。</p> <p>①一般病棟90日超えの入院患者の場合 ②超重症者、準超重症者入院診療加算の場合</p>	<p>①については、入院日が起算日となります。経過措置が平成26年9月30日までとなっておりますため、10月1日以降に該当の患者が対象となります。</p> <p>②についての一般病棟における限度日数は、経過措置が平成27年3月31日までとなっております、平成27年4月1日以降は90日が限度となります。また、療養病棟につきましては、スライド154にあります対象患者に平成26年4月より算定が可能となります。対象患者等の詳細はスライド157をご確認ください。</p>		大阪セミナー
101					<p>外来ナースとして、心掛けておかないといけないポイント(Drに促すなど)あれば、教えて下さい</p>	<p>診療中であれば、診療録への記載要件のある項目や、患者の同意が必要となる項目を算定する際のカルテへの記載が、特に留意が必要な点と考えます。</p>		大阪セミナー
102			DPC	持参薬	<p>DPC病院で外来で処方したものは入院で持込みダメですか。主と別疾患のものを持ってくる場合は入院中も内服可能でしょうか</p>	<p>保医発0319第4号平成26年3月19日より、「入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない(やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。)」と記載があります。よって入院契機の病名の持参薬が禁止となり、別疾患での服薬は可能です。</p>	保医発0319第4号平成26年3月19日	大阪セミナー
103				紹介率	<p>①紹介率・逆紹介率等の算定についてですが、特定機能病院又は、地域医療支援病院以外の医療機関については算定要件が別にあるのでしょうか。 ②私立医科大病院協会等に提出するため診療報酬上で紹介率の有無を問わない医療機関における紹介率の算出方法についてご教示ください</p>	<p>①初診料、再診料に伴う紹介率、逆紹介率につきましては、2つに分かれます。配布資料スライド54ページをご参照ください。</p> <p>②紹介率の計算方法は、配布資料スライド57ページをご参照ください。</p>		大阪セミナー