

実際のなかなかな難しい面もあると思いますが、中小病院から支援していただければ、診療所の医師は安心して在宅医療に取り組みこ

とができ、地域の在宅医療は大きく進展すると思えます。期待しています。

これまで、診療所の医師は中小病院の実態をなかなか把握できず、患者さんを紹介しにくいこともありま

した。今回のシンポジウムを通して、中小病院と診療所との連携が深まることを期待しています。

（病院のドクター、看護師、PT、OT、栄養士、SW等）と在宅関係者（在宅医、家族、利用する介護のサービス事業者、ケアマネジャー等）が利用者についての話し合いをすることによって

顔が見える関係づくりと信頼関係を構築していくことが大切だと考えています。

そのためには、介護サービス等とのつなぎの場所としての病院に窓口（地域連携室等）を設置していただくと、患者の入院相談や退院相談、ケアマネジャーや介護サービス事業者からの相談を受けていただくことで、スムーズな連携ができ

その患者さんの生活状況を知らなければならないと思えます。

地域の病院として地域に退院される患者さんのために、地域の介護サービスの状況の把握もしていきたい

中小病院に地域連携室の設置と職員の配置をして、良い関係づくりをしていけたらと思います。

黒田 正一

富山県介護支援専門員協会 副会長

富山県介護支援専門員協会 副会長

黒田 正一

富山県介護支援専門員協会 副会長

富山県介護支援専門員協会 副会長

黒田 正一

富山県介護支援専門員協会 副会長

富山県介護支援専門員協会 副会長

黒田 正一

富山県介護支援専門員協会 副会長

富山県介護支援専門員協会 副会長

黒田 正一

富山県介護支援専門員協会 副会長

富山県介護支援専門員協会 副会長

黒田 正一

富山県介護支援専門員協会 副会長

富山県介護支援専門員協会 副会長

黒田 正一

富山県介護支援専門員協会 副会長



病院の医療連携室の充実で介護とのスムーズな連携を

富山県介護支援専門員協会 副会長 黒田 正一

医科 新点数Q & A

今回の診療報酬改定において、会員から多く寄せられている質問や厚生労働省から疑義解釈として示された内容について紹介します。

地域包括診療加算

- Q 1. 地域包括診療加算を算定している患者が、対象疾患以外で受診した場合は算定できないのか。
A 1. 対象疾患についての管理を行い、その他の算定要件を満たしていれば対象疾患以外の受診であっても再診の都度加算できる。
Q 2. 地域包括診療加算の対象疾患に対して、投薬を行っていない場合は算定できないのか。例えば、糖尿病、脂質異常症で食事療法のみを行っている場合はどうか。
A 2. 投薬を行うことが算定要件とはなっていないため、療養上必要な指導及び診療等の要件を満たしていれば算定できる。
Q 3. 再診が電話等で行われた場合でも算定できるか。
A 3. 電話再診の場合は算定できない。
Q 4. やむを得ず担当医以外が診療した場合でも、算定可能か。
A 4. 算定できない。担当医により指導及び診療を行った場合に算定するとされている。
Q 5. 同一医療機関に複数医師がいる場合、患者一人に対して複数の医師を担当医としてもよいか。
A 5. 担当医は1人の患者につき1人とされている。

在宅患者訪問診療料

- Q 6. 在宅患者訪問診療料を算定する場合は、すべての患者について同意書が必要になったのか。また、その他に変更点はあるか。
A 6. 同意書はすべての患者について必要とされた。在宅患者訪問診療料の主な変更点は以下の通り。
①患者本人又は家族等が署名した訪問診療に係る同意書を作成し、カルテに添付する。
②訪問診療の開始時刻と終了時刻及び診療場所をカルテに記載する。
③「在宅患者訪問診療料2 同一建物居住者の場合」を算定する場合は「別紙様式14」に、診療時間（開始時刻及び終了時刻）、診療場所、診療人数等を記載し、レセプトに添付する。→「別紙様式14」のレセプト添付は9月診療分まで猶予となった。本紙1面で詳しく解説しているので参照されたい。
④在宅療養実績加算が新設された。
Q 7. 2014年3月以前から訪問診療を行っている患者について、同意書の作成は必要か。
A 7. 2014年3月以前から訪問診療を行っている場合には、訪問診療開始時に同意を得た旨がカルテに記載してあれば、必ずしも新たに同意書を作成する必要はない。
Q 8. 在宅患者訪問診療料の算定対象患者が通知に明記されたが、取り扱いに変更はあるのか。
A 8. 従来は事務連絡で示されていた内容が点数表に明記されたが、取り扱いに変更はなく、訪問診療の対象は以下の通りとされている。
「在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者をいう。例えば、少なくとも独歩で家族介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料は算定できない。」

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

- Q 9. 介護保険の訪問看護を受けている要介護・要支援者に対しても算定できることとなったのか。
A 9. 算定できることとされた。

在宅自己注射指導管理料

- Q 10. 在宅自己注射指導管理料の算定要件に変更があったのか。

- A 10. 在宅自己注射の導入前に、入院又は週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり指導を行った場合に算定すること及び指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付することが要件とされた。
Q 11. 在宅自己注射を開始する時期が月末の場合、在宅自己注射指導管理料の「二月28回以上の場合」は算定できないのか。
A 11. 1月間に28回以上の自己注射を実施する指示を行えば、「二月28回以上の場合」を算定できる。
Q 12. 導入初期加算が新設されたがどのような場合に算定できるか。
A 12. 新たに在宅自己注射を導入した場合に連続した3カ月に限り月に1回算定できる。また、それ以降、薬剤名（一般名）に変更があった場合にはさらに、1回に限り算定できる。
Q 13. 導入初期加算を行っている患者が医療機関を変更した場合どのように取り扱うのか。
A 13. 変更前の保険医療機関から通算して取り扱う。

うがい薬について

- Q 14. うがい薬のみを投与した場合、調剤料などが算定できないのか。
A 14. 治療を目的としない場合は算定できないこととされたが、咽喉炎などの治療目的で投与する場合は従来通り算定できる。

管理栄養士の配置要件の廃止・栄養管理実施加算

- Q 15. 有床診療所では、管理栄養士1名以上の配置が必須ではなくなったのか。
A 15. 必須ではなくなった。ただし、以下の栄養管理体制の確保はこれまで通り必要である。
①入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、栄養士などが共同して確認する。
②全ての入院患者について特別な栄養管理の必要性の有無を入院診療計画書へ記載する。
③特別な栄養管理が必要な患者は、栄養状態の評価（栄養スクリーニング）を実施し、栄養管理計画を入院後7日以内に作成。計画の写しをカルテへ貼付し、栄養状態を定期的に記録する。
④上記の手順を記載した栄養管理手順書を作成する。
Q 16. 前回改定で有床診療所入院基本料に包括された栄養管理実施加算が、今回、包括から除外されたが、常勤の管理栄養士が配置されている診療所で、栄養管理実施加算を算定するためには改めて届出が必要か。
A 16. 改めて届け出ることが必要である。

新点数運用Q & A ~レセプトの記載~

4月末に発行しました。お申し込みは協会まで

新点数の疑問・質問にズバリ回答!

全国の保険医協会に寄せられた新点数に関する疑義事項・回答をまとめた保団連独自のQ & A集です。レセプト記載要領の変更点や窓口負担の取り扱いなどについてもわかりやすく掲載しています。

会員価格 1,000円 (定価2,000円)

- ◆ 発行 全国保険医団体連合会
◆ 体裁 B5版:400ページ

