

『新点数運用 Q&A - レセプトの記載』 2016 年 4 月 1 日実施

正誤表

(2017.05.11 現在)

太枠表示は前回 (2016.10.18) から追加・修正したものです。

頁	訂正箇所	誤	正
31	〈回答〉6	算定 <u>できない</u>	算定 <u>できる</u>
42	上段、枠囲みの中に右記を追加	投薬の費用（処方せん料・外来受診時の投薬の費用も含む）	
53	事例 7、Bさんレセプト欄	*在宅患者訪問診療料 1(同一建物居住者以外の場合) *在宅患者訪問診療料 2(同一建物居住者の場合) 訪問診療にかかる記録書 要介護 3 認知症の日常生活自立度 3 a 理由:○○○○○のため 5日(4人)、 10日(1人)	*在宅患者訪問診療料 1(同一建物居住者以外の場合) *在宅患者訪問診療料 2(同一建物居住者の場合) 訪問診療にかかる記録書 要介護 3 認知症の日常生活自立度 3 a 理由:○○○○○のため 5日(4人)
53	事例 7、Zさんレセプト欄	*施設入居時医学総合管理料 2 ロ (1) (月 2 回以上・単一建物診療患者 1 人) ユニット数が 3 以下の認知症対応型共同生活介護事業所においてユニットごとに単一建物診療患者数を算出 *訪問診療 5 日、 <u>10</u> 日	*施設入居時医学総合管理料 2 ロ (1) (月 2 回以上・単一建物診療患者 1 人) ユニット数が 3 以下の認知症対応型共同生活介護事業所においてユニットごとに単一建物診療患者数を算出 *訪問診療 5 日、 <u>15</u> 日
80	左段、上から 3 行目	16. 向精神薬多剤投与の場合の薬材料 100 分…	16. 向精神薬多剤投与の場合の薬剂料 100 分…
77	〈回答〉11	11. CT撮影の「イ 64 列以上の…	11. <u>算定できる</u> 。なお、CT撮影の「イ 64 列以上の…
84	左段、下から 12 行目と 13 行目	(処方料の外来後発医薬品体制加算) 28. 外来後発医薬品体制加算は、病院…	(処方料の外来後発医薬品 <u>使用</u> 体制加算) 28. 外来後発医薬品 <u>使用</u> 体制加算は、病院…
85	〈回答〉34	…全ての薬剤の規格数量に占める…	…全ての薬剤の規格 <u>単位</u> 数量に占める…
89	問 1 に右記を補足	編注：問いの文中に「E202 注 4 心臓の MRI 撮影を行った場合」と記されているが、実際には「E202 注 3 MRI 撮影について造影剤を使用した場合（つまり造影剤使用加算）」の誤りと思われる。	
94	〈回答〉26	<u>勤務する医師はいずれか 1 名で良く、その医師は非常勤でも良い。</u>	<u>要件を満たせば兼ねることができるが、そうでない場合はそれぞれ 1 名の計 2 名必要である。</u> (平成 28 年 3 月 31 日厚労省事務連絡・一部改変)
117	別紙に差替え	別紙は表の一番下の「【別紙】269P 差替え」を参照	
140	左段、上から 2 行目	18. 問 1 2 ②の指導管理等やカルテ…	18. 問 1 5 ②の指導管理等やカルテ…
155	〈質問〉1. ⑤	<u>保険医療機関間で連携</u> して病理診断を行う…	<u>衛生検査所に標本作成を依頼</u> して病理診断を行う…
214	〈回答〉35. ③	在棟中に FIM <u>動運</u> 項目の得点…	在棟中に FIM <u>運動</u> 項目の得点…
299	上から 12、13 行目	調剤基本料 1 を算定していない、50%減算されている場合、…	調剤基本料 1 (<u>41 点</u>) を算定していない、 50%減算 されている場合、…

『新点数運用 Q&A - レセプトの記載』 2016 年 4 月 1 日実施

追補表

(2016. 6. 30 現在)

■印を付したものは、4 月 25 日以降に示された厚労省告示、通知及び事務連絡等による追補です。

太枠表示は前回から追加・修正したものです。

※厚労省による追加通知・告示(■で示したもの)により、本書による解説内容が変更となる場合があります。随時この正誤表に反映させるようにいたしますので、お手数をおかけしますが、保団連ホームページ(<http://hodanren.doc-net.or.jp/>)等でご確認いただきますよう、お願いいたします。

頁	訂正箇所	誤	正
■9	〈質問〉〈回答〉10		削除
■9	〈質問〉〈回答〉11		削除
■9	〈質問〉〈回答〉10 について右内容に置き換える。	<p>〈質問〉</p> <p>10. <u>認知症地域包括診療加算について、「同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの」が要件とされているが、各月の最初の受診(再診)で投薬を受けていなければ必ず算定できると解釈されるのか。また、月の初回の受診時には算定要件を満たしていたが、その後、同月内の受診で算定要件を満たさなかった場合の扱いはどのようになるか。</u></p> <p>〈回答〉</p> <p>10. <u>各月の最初の受診(再診)については、それ以前の投薬に関し当該受診の日まで薬剤数に関する要件を満たしている場合に限り、算定できる。月の初回の受診時に算定要件を満たしていたが、その後、薬剤数が増えたため算定要件を満たさなくなった場合には、その日からは当該加算を算定できないが、同月内の過去の受診に遡って加算を取り消す必要はない。</u></p> <p>(平成 28 年 4 月 25 日厚労省事務連絡)</p>	
■46	〈回答〉81②	②算定できる	②算定できない
■68	〈回答〉7	ISO15189 である。	ISO15189に基づく臨床検査室の認定について、「基幹項目」及び「非基幹項目」を対象として認定を取得することが必要。
■74	〈質問〉〈回答〉33		削除
■86	〈回答〉44	一般名処方マスタにない(先発医薬品にも後発医薬品にも分類されていない)ため、一般名処方加算の対象のカウントから外して考える。	<p>一般名処方加算 1 については、一般名処方マスタにない(先発医薬品にも後発医薬品にも分類されていない)医薬品であっても、先発医薬品のない後発医薬品も一般名で処方される必要がある(先発医薬品と薬価が同額又は高いものを除く)。</p> <p>なお、平成 29 年 3 月 31 日までの間は、後発医薬品のある先発医薬品及び先発医薬品に準じたものについてのみ一般名処方されていれば、先発医薬品のない後発医薬品が一般名処方がなされていなくても加算 1 を算定して差し支えない。</p> <p>また、一般名処方加算 2 の対象については従前の通り、先発医薬品のない後発医薬品は含まれない。</p> <p>(平成 28 年 6 月 14 日厚労省事務連絡)</p>
■196	〈回答〉37	<p>① そのとおり。</p> <p>② 必要性に応じて各部署を巡回する。なお、少なくとも各病棟を毎回巡回するとともに、病棟以外の各部署についても巡回を行っていない月がないこと。</p> <p>(平成 28 年 3 月 31 日厚労省事務連絡)</p>	<p>① 全員で行うことが望ましく、少なくとも 2 名以上で行うこと。そのとおり。</p> <p>② 必要性に応じて各部署を巡回する。なお、各病棟を毎回巡回することとするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生のリスクの評価を定期的実施している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回し、それ以外の病棟についても巡回を行っていない月がないこと。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、2 月に 1 回以上巡回していること。少なくとも各病棟を毎回巡回するとともに、病棟以外の各部署についても巡回を行っていない月がないこと。</p> <p>(平成 28 年 4 月 25 日厚労省事務連絡)</p>
■199	〈回答〉54	②の場合は合計 3 回以上面会の場を設ける必要がある。①と③の場合は、各々の連携保険医療機関等と合計 3 回以上面会していればよい。	①の場合は、各々の連携保険医療機関等と合計 3 回以上面会していればよい。②の場合は、それぞれの連携保険医療機関等の職員と直接対面して業務上の意志疎通を行う必要がある。③の場合は、すべての連携保険医療機関等の職員と相互に十分な意志疎通を図ることができれば、要件を満たす。

頁	訂正箇所	誤	正
■ 200	〈回答〉56	<p>精神病棟入院基本料は退院支援加算が算定できず、また回復期リハビリテーション病棟入院料では介護支援連携指導料が包括されているため、計算対象に含めない。計算式は(一般病棟入院基本料 40 床+ハイケアユニット入院医療管理料 5 床)×0.15+療養病棟入院基本料 40 床×0.1=10.75 となり、過去 1 年間で介護支援連携指導料を 11 回以上算定していれば当該施設基準を満たすこととなる。</p>	<p>精神病棟入院基本料は退院支援加算が算定できないため、計算対象外となる。回復期リハビリテーション病棟入院料等、介護支援連携指導料の点数が、当該入院料に含まれており、別に算定できない場合でも、介護支援連携指導料が求める要件と同等の実績が認められる場合は算定回数に含めることができる。よって、実績と認められる場合の計算式は(一般病棟入院基本料 40 床+ハイケアユニット入院医療管理料 5 床+回復期リハビリテーション病棟入院料 20 床)×0.15+療養病棟入院基本料 40 床×0.1=13.75 となり、過去 1 年間で介護支援連携指導料を 14 回以上算定していれば当該施設基準を満たすこととなる(回復期リハビリテーションにおいて、介護支援連携指導料が求める要件と同等の実績を含む)。</p>

最新の正誤表、追補表については、保団連 HP (<http://hodanren.doc-net.or.jp/>) でも紹介していますので、ご確認ください。

保団連正誤表

検索

<http://hodanren.doc-net.or.jp/>

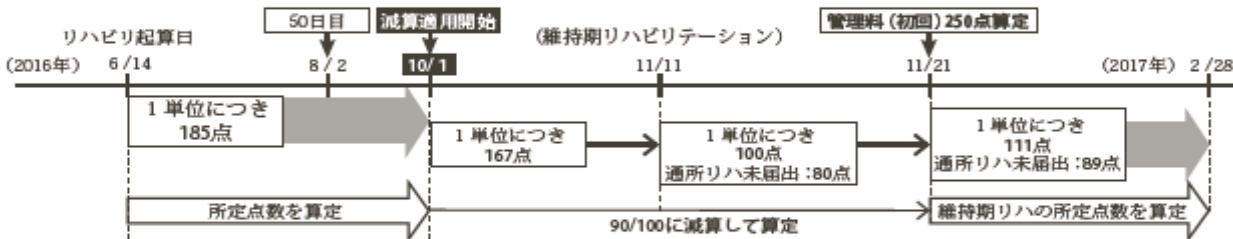


【目標設定等支援・管理料（初回：250点、2回目以降：100点）の算定例】

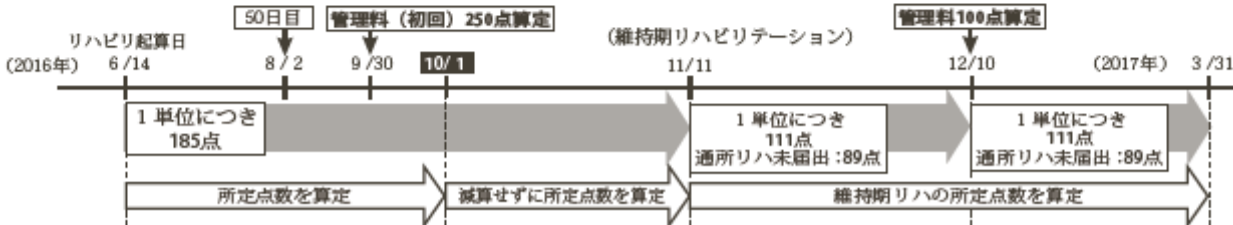
- ・脳血管疾患等、廃用症候群、運動器リハビリテーション料を算定する要介護・要支援者を対象に、3月に1回を限度に算定する。
- ・算定日数上限の1/3を経過後、過去3月以内に目標設定等支援・管理料（以下、管理料）を算定していなければ、リハビリテーション料は所定点数の90/100に減算される。（2016年10月1日より実施）

☆ **2016年10月1日までに上限の1/3を超える事例** 2016年6月14日を起算日として、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（所定点数：1単位につき185点）の算定を開始した患者の場合

例① 管理料を算定せず、10月1日時点ですでに算定日数上限の1/3を超えていた場合、10月1日から所定点数の90/100に減算される。10月1日以降でも管理料を算定すればその後3月間は減算せずに算定できる。

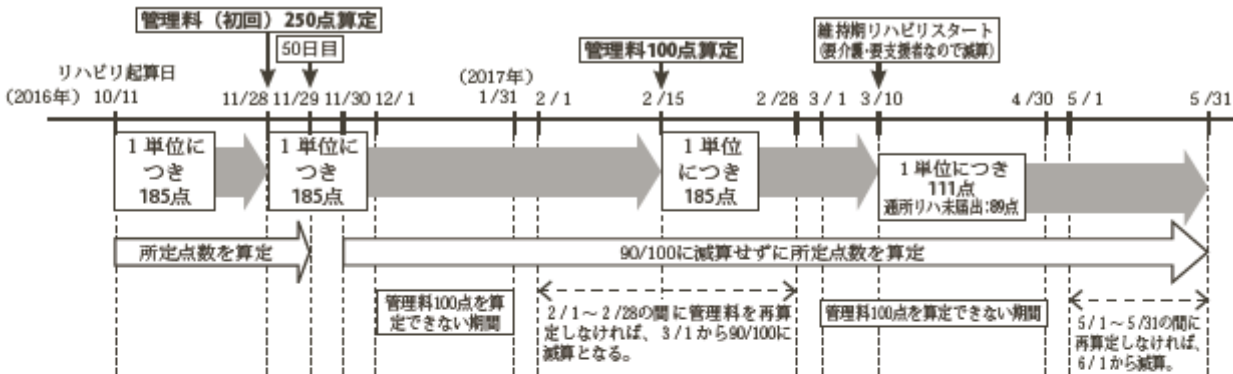


例② 10月1日までに管理料算定後、3月に1回、定期的に管理料を算定すれば、減算せずに算定できる。

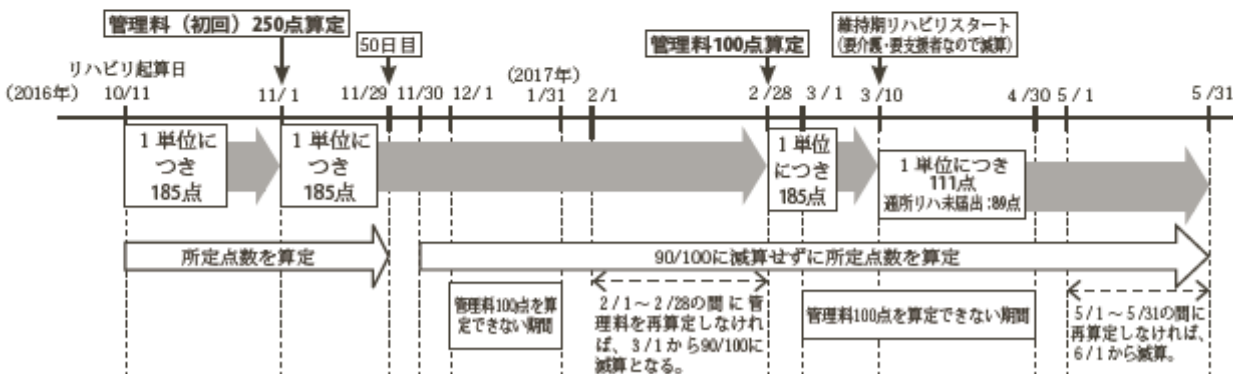


☆ **2016年10月1日以降にリハビリを開始した事例** 2016年10月11日を起算日として、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（所定点数：1単位につき185点）の算定を開始した患者で、減算せずに算定しようとする場合

例① 2016年11月28日に管理料を算定し、その後2017年2月15日に再算定。



例② 2016年11月1日に管理料を算定し、その後2017年2月28日に再算定。



※下2つの事例では、2017年2月中に管理料を再算定しているが、再算定せずに2017年3月に入ってしまった場合でも、3/1以降最初にリハビリを実施する日までに再算定できれば、減算されない。