

医科

〈その5〉

新点数

Q&A

※厚労省疑義解釈や、保団連『新点数・介護報酬Q&A』より抜粋・改変

〈往診料〉

Q1 レセプト「摘要」欄への記載について、記載不要となった事項はあるか。

A1 当該月に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定している場合に、当該往診を行った年月日を記載することとされていましたが、不要となりました。

〈介護保険施設等連携往診加算〉

Q2 介護保険施設等連携往診加算（200点）の対象となる「介護保険施設等」に、以下の施設は含まれるか。

- ①有料老人ホーム
- ②サービス付き高齢者向け住宅
- ③認知症対応型グループホーム

A2 いずれも含まれません。加算の対象となる介護保険施設等とは、

介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホームとされています。

Q3 施設基準として、「介護保険施設等から協力医療機関として定められている医療機関である」との要件があるが、

- ①協力医療機関とは何か。
- ②特別養護老人ホームの配置医師であればよいか。

A3 ①介護保険施設等の人員、設備および運営基準で、当該施設が定めることとされている協力医療機関のことであり、施設側は、協力医療機関を定め、協力医療機関の名称等を自治体に届け出ることとされています。

②配置医師であれば満たすわけではありません。なお、配置医師の所属する医療機関が、協力医療機関となることはできます。

〈在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料〉

訪問診療回数が多い医療機関の減算
Q4 単一建物診療患者が「10～19

人」、「20～49人」、「50人以上」の区分において、自院および特別の関係の医療機関（2024年3月31日までに開設したものを除く）の「直近3月間の訪問診療回数の合計が2,100回以上」かつ「所定の要件を満たさない」場合、100分の60の点数を算定することとされたが、

①訪問診療回数の合計はどのように算出するのか。

②所定の要件とはどのような要件か。

A4 ①各月の1日時点の直近3カ月の訪問診療の算定回数により算出します。なお、当該算定回数は確認できるように記録しておく必要があります。

②以下の要件を全て満たすことが求められます。

ア. 直近1年間に5以上の医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績がある。

イ. 当該医療機関において、直近1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有している、または15歳未満の超重症児および準超重症児に対して、月3回以上の訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を10件以上算定している。

ウ. 直近3カ月に在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入

居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下。

エ. 直近3カ月に在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上または別表第8の2に定める状態の患者等の割合が5割以上。

Q5 Q4について経過措置はあるか。

A5 2024年3月31日時点で、在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている医療機関については、2024年9月30日までの経過措置が設けられています。

Q6 直近3カ月の訪問診療回数の合計には、特別の関係の医療機関によるものも含めるのか。

A6 含めます。なお、2024年3月31日までに開設した特別の関係の医療機関の訪問診療回数は、含めなくて結構です。

Q7 減算となるのは、単一建物診療患者数が「10～19人」、「20～49人」、「50人以上」の区分の点数だが、A4の①の訪問診療の算定回数は、当該区分に該当する患者の訪問診療の算定回数のみにより算出するのか。

A7 全ての患者の訪問診療の算定回数により算出します。

お問い合わせは、☎078-393-1803（平日10～12時、14～16時）