

(保存版)入院中の他医療機関受診の取扱い—入院中の患者が来院したら

1. はじめに

入院中の他医療機関受診の取扱い方法について、2010年4月の診療報酬改定で変更が行われました。主な変更点は次の通りです。

(入院側)

- 入院基本料等出来高病棟、特定入院料等包括病棟、DPC算定病棟と3つに整理し、それぞれの取扱い方法を明記した。
- 入院基本料等出来高病棟であっても、入院中の患者を他医療機関に受診させた場合には、入院料が30%カットされることになった。
- 特定入院料等包括病棟の場合、入院料に包括されている内容に、他医療機関が行った診療行為が含まれているか否かによって、入院料を70%カットするか、30%カットするか、使い分けることになった。
- DPC算定病棟に入院中の患者の場合、入院中の患者を他医療機関に受診させた場合には、他医療機関が行った診療行為も含めてコーディングを行い、一括して請求することとされた。

(外来側)

- 患者が持参する文書(診療情報)の確認を行うこととなった。
- 入院基本料等出来高病棟に入院中の患者についても、算定できる点数とできない点数が明記された(特定入院料等包括病棟の場合は以前から)。
- DPC算定病棟の患者については、外来側では一切レセプト請求を行わないこととされた。

(その他)

- 入院中の患者が、入院中の医療機関以外での診療が必要となった場合は、転医又は対診を求めるといふ取扱いが原則であることに変更はない。
- 対診の取扱い方法については、DPC算定病院を除いて変更がない。

「明記した」ということばを用いてはいますが、すべての問題が解決されたわけではありません。入院中の医療機関が知らない間に、家族等が他医療機関に受診(「勝手受診」)した場合に、外来を担当した医療機関がそれを知らずに全額減点される場合があり得るなど、大事な問題は解決されておらず、むしろ問題が拡大したともいえます。

そこで京都府保険医協会は、入院中の他医療機関受診の取扱いに関して、今次改定で変更された点、また現段階で考えられる対応方法も含めて、以下にまとめました。また、その流れについては、できるだけ簡略化し、P.15「6」にフローチャートにして示しています。ご参照いただくとともに、必要な際にご活用下さい。ただし、厚生労働省から必要な情報がすべて明らかにされているわけではなく、今後の通知の発出等により、取扱い方法のニュアンスが変更される場合もありますので、今後の情報にもご注目下さい。

2. 転医又は対診の検討

(1) 「対診」とは

入院中の患者が、入院中の医療機関以外での診療が必要となった場合は、転医又は対診を求めるといふ取扱いが原則とされています。転医又は対診が不可能・非現実的な場合に、「他医療機関受診」を考えるとということになります。

対診とは、患者の疾病の診療に際して、専門外等の理由で、他の専門の医師に協力を求めて、診療に立ち会ってもらったり、診療を行ってもらったりすることをいいます。入院中の患者の場合、当該入院医療機関へ他医療機関の専門の医師が往診を行い、対診が行われると考えられます。

(2) 「対診」に係る点数算定

この対診に係る点数の算定については、2010年4月改定では何ら変更されていません。点数の算定方法については以下の通りです（図表1）。

なお、定期的・計画的に行われる対診の場合は、往診料の算定ができません。これは、往診は定期的・計画的なものではない、という点数表上の規定があるからです。

図表1 対診に係る点数算定

	対診を求めた側（入院側）	対診に応じた側（往診側）
DPC点数算定以外の患者 (入院基本料等出来高病棟の患者、特定入院料等包括病棟の患者、DPC算定病棟でDPC点数を算定しない場合)	a. 対診により生じた投薬料・処置料等、特掲診療料部分を、入院側で算定、請求 b. この際、入院側で算定する入院料等によっては、包括される点数もある c. 特掲診療料部分は、対診に応じた側と合議で精算する	a. 初・再診料、往診料のみ算定、請求 b. 投薬料、処置料等、特掲診療料部分は入院側で請求 c. 特掲診療料部分は、入院側と合議で精算 ※定期的・計画的に行われる対診の場合は、往診料の算定ができない
DPC算定病棟の患者 (DPC点数を算定する場合)	上記a～c d. 対診により行われた診療行為も含めて診断群分類区分を行う	

3. 入院中の患者の他医療機関受診（入院側の手順）

(1) 「他医療機関受診」の選択

患者の病態から転医ができない、対診に応じてくれる医師がいないなど、転医や対診が不可能・非現実的な場合で、専門外等の理由で、入院中の医療機関以外での診療が必要となった場合「他医療機関受診」を選択するということになります。

(2) 「他医療機関受診」にあたって

①診療に必要な診療情報の提供

入院中の患者が他医療機関に受診するにあたっては、入院側医療機関が「診療に必要な診療情報」を、外来受診医療機関に対して、提供しなければなりません。点数表上の規定にあるだけでなく、この文書がないと、外来医療機関では、診療内容に関する情報が欠落してしまうことになるほか、入院中の患者であることが分からないこととなり、算定方法等を誤ってしまう可能性が生じるからです。

②「必要な診療情報」に含めるもの

「必要な診療情報」には、入院側医療機関で当該患者に算定している入院料、今回外来受診が必要な診療料を含めて記載する必要があります。入院料については、例えば「一般病棟入院基本料」「回復期リハビリテーション病棟入院料」などと具体的に記載します。

DPC算定病棟の場合は、DPC点数を算定している患者は、「DPC点数算定」と書けば分かりますが、DPC病棟に入院しているが、DPC点数を算定せず、通常の医科点数表の入院料を算定している患者の場合にも、「DPC算定病棟」に入院していることは絶対に書きもらしてはいけません。

③必要な記載内容とカルテへの添付

「診療に必要な診療情報」については、いわゆる「診療情報提供書」に準じた様式が考えられますが、診療情報の他、入院医療機関で算定している入院料の種別、外来受診が必要な診療科の記載が必要です。また、当該文書は、その写しをカルテに添付しておく必要があります。

④文書に係る費用と様式例

この診療情報を提供するにあたって、診療情報提供料の算定は認められておらず、患者から別途費用を徴収することはできません。全国保険医団体連合会では、当該文書の例示を作成していますのでご参照下さい（図表6）。

(3)「他医療機関受診」日の入院料算定

①入院基本料等出来高病棟の患者

他医療機関に外来受診させた日の入院料の算定については、入院基本料等の基本点数の30%をカットして算定することになります。ここでいう「基本点数」とは、入院基本料等各点数項目の「注」による加算点数を含まない点数を指します。

また30%カットした後の端数処理は、1点未満を四捨五入するとされています（図表2）。

図表2 他医療機関に外来受診させた日の入院料の算定

算定されている入院料の分類	入院基本料等出来高	特定入院料等包括点数		D P C 算定病棟	
入院料の算定	入院基本料等の基本点数の30%を控除した点数	特定入院基本料等に含まれる費用（特掲診療料のみ）が外来先で算定なし	特定入院基本料等に含まれる費用（特掲診療料のみ）が外来先で算定あり	D P C 点数算定患者	D P C 点数非算定患者
		特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数	特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数	外来先での診療行為を含め診断群分類を決定し、他機関で実施された包括対象外分についても請求、外来側と合議で精算	外来先での診療行為を含めて請求、外来側と合議で精算
1点未満の端数は小数点1位を四捨五入					

②特定入院料等包括病棟の患者

他医療機関に外来受診させた日の入院料の算定については、入院基本料等の基本点数の30%をカットする場合と、70%をカットする場合があります。外来医療機関で算定された点数が、当該患者の入院料に包括されているかどうかを確認し、包括されている点数を含む場合は70%カットと、包括されている点数を含まない場合は30%カットとなります。この70%カットになるのか、30%カットになるのかは、外来受診日ごとに判断するとされており、同一月に2日以上外来受診を行った場合には、70%カットになる日と、30%カットになる日が混在することも考えられます。

外来医療機関でどのような点数が算定されたのかは、当該患者に交付される「外来診療を行った日のレセプト」によって確認を行います。事情によりレセプトの写しが交付されていない場合も予想されます。この場合は、外来医療機関へ照会しましょう。

また、外来医療機関側では、入院側医療機関が算定する入院料が、70%カットになるのか、30%カットになるのかの判断が付かず、70%カットの場合であってもレセプトの写しが交付されている場合も想定されます。レセプトの写しが交付されているからといって、一律に30%カットで算定するのではなく、念のため確認するようにしましょう。

「①」と同様、「基本点数」の考え方は、入院基本料や特定入院料の各項目の「注」による加算点数を含まない点数を指し、端数処理についても、1点未満を四捨五入して行います(図表2)。

③DPC算定病棟の患者(DPC点数を算定する場合)

外来側医療機関で行われた診療内容も含めて診断群分類を決定し、外来側医療機関で行われた診療内容も含めて、入院側医療機関で請求を行います(図表2)。

この場合、入院外患者にしか算定ができないとされている点数については、入院側医療機関で請求を行うことができません。一方、入院側医療機関が施設基準の届出をしておらず、通常であれば算定できない点数であっても、外来側医療機関で施設基準の届出が行われている点数であれば、入院側医療機関で算定ができるとされています。

④DPC算定病棟の患者(DPC点数を算定しない場合)

外来側医療機関で行われた診療内容も含めて、入院側医療機関で請求を行います(図表2)。

この場合、入院外患者にしか算定ができないとされている点数については、入院側医療機関で請求を行うことができません。一方、入院側医療機関が施設基準の届出をしておらず、通常であれば算定できない点数であっても、外来側医療機関で施設基準の届出が行われている点数であれば、入院側医療機関で算定ができるとされています(「③」と同じ)。

また、①や②のように、入院基本料等の減額は行いません。

(4) レセプト記載

①入院基本料等出来高病棟の患者

入院中に他医療機関を受診した日がある場合には、レセプト「摘要」欄に、以下の事項を記載する必要があります。

- a. 他医療機関を受診した理由
- b. 他医療機関での診療科
- c. ⑥(受診日数:○日)

②特定入院料等包括病棟の患者

①と同様、「a」～「c」の記載が必要なほか、入院料を30%カットする日がある場合には、外来医療機関から交付されたレセプトの写しを、当該患者の入院レセプト本体に貼付する必要があります。レセプト写しの下端50mm程度を切り落として添付します。レセプト写しの添付が困難な場合(オンライン請求で添付ができない、外来側医療機関より日毎のレセプトが交付されないなど)には、レセプト「摘要」欄に、以下の事項を記載することでもよいとされています。

- d. 他医療機関の名称
- e. 他医療機関の所在都道府県名(都道府県番号でも可=京都は26)
- f. 他医療機関の医療機関コード

③DPC算定病棟の患者

ア) DPC算定病棟の入院患者であってDPC点数で算定せず入院基本料又は特定入院料を算定する患者

レセプト「摘要」欄に、以下の事項を記載します。

- a. 他医療機関を受診した理由
- b. 他医療機関での診療科
- c. 他医療機関の名称
- d. 他医療機関の所在都道府県名(都道府県番号でも可=京都は26)

e. 他医療機関の医療機関コード

また、他医療機関で行われた診療行為の近傍に、㊸と記載することとされています。

イ) D P C点数を算定する患者

レセプト「出来高」欄に、上記、ア)と同様、「a」～「e」を記載するとともに、他医療機関で行われた診療行為の近傍に、㊸と記載することとされています。

(5) 外来側医療機関との費用の精算

D P C算定病棟の患者の場合、外来側医療機関は一切レセプト請求をすることができないため、外来診療に係る費用は、必然的に入院側医療機関との合議で精算することになります。

また、D P C算定病棟の患者以外の場合であっても、外来側医療機関で請求できる点数には制限があるため、入院側医療機関との精算が必要となる場合も想定されます。外来で行われた診療行為が、外来側医療機関でも、入院側医療機関でも算定・請求できないものもありますので、これらのことを十分承知の上、他医療機関受診を行うようにし、事前に外来側医療機関と調整するなどの配慮が必要です。

(6) 外来側医療機関での投薬の取扱い

後述(P.12、4の(2)の④～⑥)しますが、外来側医療機関で算定できる投薬に係る薬剤料は、厚生労働省から、外来受診当日に使用する薬剤しか認めないという考えが示されています。これは「処方入院医療機関で行う」というスタンスであり、外来側から受診後に提供される診療情報をもとに、入院側で必要な薬剤を調達し、投薬せよと言われていることになります。入院側医療機関では、当該医薬品を採用していない、在庫がないという場合には、仕入れるか、薬局や医療機関から譲り受けて工面をすることが必要になるということです。このことを念頭に置いての対応が必要な場面も出てくることでしょう。

(7) その他

歯科の医療機関に外来受診する場合は、別点数表を算定しているという考え方から、特に減算や特別な算定制限は設けられていません。

4. 入院中の患者の外来受診（外来側の手順）

(1) 来院時の確認事項

①「診療に必要な診療情報」持参の確認

最初に、「診療に必要な診療情報」に係る文書を確認する必要があります。患者が出さなければ入院中であるか否かの確認のしようがないのですが、入院中の場合は申し出る旨の院内掲示を行ったり、家族が来院した場合などは文書の提示がなくても口頭で確認したりするなどの対応が望ましいと考えられます。

入院中であるにも関わらず、文書の持参がない場合には、入院中の医学管理は入院側で行われるべきものなので、入院先と相談の上、必要であれば文書を持って再度来院するよう伝えましょう。それでも、診察を求められる場合、応召義務に反するような問題が生じると考えられる場合には、保険診療で扱えるかどうか分からないので、一旦全額自費で徴収する旨伝えるなどし、診療を行うようにするとよいかもしれません。

②「診療に必要な診療情報」の内容の確認

次に、持参された文書の内容を確認し、受診ということになりますが、診療内容に係る部分は診療に活かしていただくとして、文書に記載されている当該患者に算定されている「入院料」を確認します。

入院中の患者の他医療機関受診を考えた場合、入院料は図表3の通り、3つのグループに分けることができます。a. 入院基本料等出来高算定の患者、b. 特定入院料等包括点数の患者、c. DPC算定病棟の患者です。

「a」の入院基本料等出来高算定の患者には、一般病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等を算定する病棟が含まれ、「b」の特定入院料等包括点数の病棟には、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、精神療養病棟入院料等を算定する病棟が含まれます。

また、「c」のDPC算定病棟には、DPC点数を算定する患者はもちろん、DPC病棟には入院しているが、DPC点数を算定せず、入院基本料又は特定入院料を算定する患者であっても、DPC算定病棟に入院している場合には、この「c」のグループに含まれます。

ここで「入院料」を確認するのは、それにより算定できる、できない点数が違って来たり、レセプト写しの交付が必要になったりするためです。

図表3 算定されている入院料の種類と該当病棟

入院基本料等出来高で算定	特定入院料等包括点数を算定	DPC算定病棟
一般病棟入院基本料 結核病棟入院基本料 精神病棟入院基本料 障害者施設等入院基本料 特定機能病院入院基本料 有床診療所一般病床入院基本料 など (特別入院基本料等を含む)	療養病棟入院基本料 有床診療所療養病床入院基本料 特定入院基本料 特定入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料 亜急性期入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 小児入院医療管理料 緩和ケア病棟入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科療養病棟入院料 認知症治療病棟入院料 など	京都府立医科大学附属病院、京都大学医学部附属病院、洛和会音羽病院、康生会武田病院、京都桂病院、京都第二赤十字病院、京都第一赤十字病院、社会保険京都病院、国立病院機構京都医療センター、洛和会丸太町病院、京都民医連中央病院、京都武田病院、東山武田病院、医仁会武田総合病院、宇治武田病院、愛生会山科病院、公立南丹病院、舞鶴共済病院、済生会京都府病院、京都九条病院、第二岡本総合病院、宇治徳洲会病院、綾部市立病院、京都きづ川病院、田辺中央病院、三菱京都病院、京都府立与謝の海病院、京都市立病院、公立山城病院、福知山市民病院、国立病院機構舞鶴医療センター (2010年4月1日現在)

(2) 外来受診時に算定できる点数と算定できない点数

①入院基本料等出来高算定の病棟の患者の場合

算定できる点数と算定できない点数の一覧は、図表4の通りです。

算定できる点数は、初診料、再診料、診療情報提供料Ⅰ(特別の関係の場合を除く)、専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬(処方料、処方せん料除く)・注射(外来化学療法加算除く)、検査、画像診断、処置、手術、放射線治療などとなっています。

算定できない点数は、診療情報提供料Ⅰを除く医学管理等、在宅医療、上記以外の投薬(処方料・処方せん料含む)・注射(外来化学療法加算含む)などとされています。

なお、算定できない点数については、入院側医療機関と相談の上、合議で精算する方法も考えられます。

②特定入院料等包括病棟の患者の場合

算定できる点数と算定できない点数の考え方は、上記「①」入院基本料等出来高算定の病棟の患者の場合と同じです(図表4)。

③DPC算定病棟の患者の場合

外来医療機関で算定できる点数は一切なく、外来受診に係る費用は、入院医療機関側と合議で精算することになります(図表4)。

図表4 外来側での点数算定可否表

算定されている入院料の分類	入院基本料等出来高で算定	特定入院料等包括点数を算定	D P C 算定 病棟
算定可のもの	初診料、再診料、外来診療料、短期滞在手術基本料1 診療情報提供料Ⅰ（特別の関係を除く） 専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬（処方料、処方せん料除く） 専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の注射（外来化学療法加算除く） 検査 画像診断 言語聴覚療法に係る脳血管疾患等リハビリテーション 精神科専門療法 処置 手術 麻酔 放射線治療 病理診断		
算定不可のもの	短期滞在手術基本料2、3 医学管理等（診療情報提供料Ⅰを除く） 在宅医療 上記以外の投薬（処方料、処方せん料含む） 上記以外の注射（外来化学療法加算含む） 上記以外のリハビリテーション		すべて

④「専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬・注射」の考え方

上記③の「①」「②」において算定できる点数の中にある「専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬・注射」という部分に関しては、非常に多くの疑義があります。「専門的な診療に特有」の範囲は通知上明確に示されているわけではなく、医学的判断に基づくこととなります。

また、保団連が厚生労働省に確認したところによると、「受診日」とあるのは、「受診した当日に使用する」とものと考えているようです。つまり、投薬するにしても1日分しか投薬ができないという主旨になってしまい、非常に非現実的な取扱いと言えます。

⑤「処方料」「処方せん料」は算定できない

図表4にもあるように、「処方料」と「処方せん料」は算定できない方に分類されています。院内処方でも1日分だけ投薬した場合、処方料は算定できず、調剤料と薬剤料を算定することになります。これも非現実的な取扱いです。

また、院外処方については、通知（昭和50年1月24日保険発2）（P.17「9」参照）を根拠に、入院中の患者には、処方せん料の算定はおろか、処方せんの発行すら認めないという考えが示されています。それを如実に表しているのが、厚生労働省事務連絡（平成22年3月29日）にある「処方入院医療機関で行う」という問157の回答です（P.18～19「11」参照）。

⑥投薬等に関するまとめ

薬剤に関しては、外来受診当日に使用する薬剤しか認めない考えであるということになります。受診時に行う処置に伴う薬剤料、受診時に行う注射の薬剤料、投薬をするにしても1日分であれば認めるなどです。

厚生労働省の考え方は「処方入院医療機関で行う」というスタンスであり、外来側から受診後に提供される診療情報をもとに、入院側で必要な薬剤を調達し、投薬せよとされていることとなります。入院側医療機関では、当該医薬品を採用していない、在庫がないという場合には、仕入れるか、薬局や医療機関から譲り受けて工面をするように言われていることとなります。

(3) 窓口での一部負担金徴収

①入院基本料等出来高病棟の患者

外来側医療機関で算定し、レセプト請求する点数について、所定の一部負担金を徴収します。

また、患者を入院医療機関に返す際、今回の入院中の他医療機関外来受診に関して、特に交付が義務付けられている文書はありません。

所定の診療情報提供書により診療情報を提供した場合は、「特別の関係」の場合を除き、診療情報提供料Ⅰの算定が可能です。

②特定入院料等包括病棟の患者

一部負担金徴収に関しては、「①」の入院基本料等出来高病棟の患者の場合と同じ取扱いです。

特定入院料等包括病棟の患者であっても、所定の診療情報提供書により診療情報を提供した場合は、診療情報提供料Ⅰの算定が可能（「特別の関係」を除く）ですが、他にも必要とされている文書があります。受診日のレセプトの写しです。これは、入院医療機関が算定する、外来受診を行わせた日の入院料が、70%カットになる場合と、30%カットになる場合があり、それを見分けるために必要だからです。

③D P C算定病棟の患者

外来側医療機関では、算定するもの、レセプト請求できるものが一切ないため、患者の窓口一部負担金は発生しません。

また、患者を入院医療機関に返す際、今回の入院中の他医療機関外来受診に関して、特に交付が義務付けられている文書は、「①」と同様ありません。

一方、所定の診療情報提供書により診療情報を提供した場合であっても、D P C病棟の患者の場合、一切レセプト請求を行わず、外来診療に係る費用は、入院医療機関と合議で精算することになっていることから、診療情報提供料Ⅰに係る費用を、別途レセプト請求することはできないということになります。

(4) 患者へのレセプトの写しの交付

①入院基本料等出来高病棟の患者

患者へのレセプトの写しの交付は必要ありません。

②特定入院料等包括病棟の患者

前述のとおり、外来受診日に係るレセプトの写しの交付が必要な場合があります。これは、外来受診を行わせた日について、入院医療機関が算定する入院料が、70%カットになる場合と、30%カットになる場合があり、それを見分けるために必要だからです。レセプトの写しの交付は、外来受診日ごとに必要との見解が示されています。

レセプトの交付が求められているのは、30%カットになる場合のみですが、30%カットになるのか、70%カットになるのかを判断するためには、当該患者に算定されている入院料を確認し、点数表において、外来診療により算定する点数が、当該入院料に包括されているかどうかを確認する必要があります。包括されている場合は70%カットに、包括されていない場合は30%カットとなっていることから、包括されていない場合にはレセプトの写しの交付が必要となります。

包括されるのか、包括されないのか分からない場合には、とりあえずレセプトの写しを交付し、入院医療機関にその判断を委ねるという方法も考えられます。

また、このレセプトの写しの交付については、同一月に2日以上を受診があった場合、2日目以降の診察はレセプトが発行しにくい（月単位で出すようプログラムされている文書なので日ごとには出せない場合がある）といった理由から、療養担当規則で原則義務付けられた「明細書」

の発行で対応できるのではないかと—という照会を厚生労働省に行っていますが、「明細書」でよいとの回答はいまのところ得られていません。しかし、それも一つの対応方法ではあるでしょう。

③D P C算定病棟の患者

患者へのレセプト交付は必要ありません。

(5) レセプト請求とレセプト記載

①入院基本料等出来高病棟の患者の場合、及び、②特定入院料等包括病棟の患者の場合

外来診療で算定した点数をレセプト請求することになります。この場合、レセプトの「摘要」欄に、以下の事項を記載する必要があります。

- a. 入院医療機関名
- b. 当該患者の算定する入院料
- c. 受診した理由
- d. 自医療機関での診療科
- e. ④ (受診日数：○日)

③D P C算定病棟の患者の場合

レセプト請求が発生しないため、特に定められた記載事項はありません。

(6) 入院側医療機関との費用の精算

外来受診した患者が、D P C算定病棟の患者の場合、その医療費は、すべて入院側医療機関で請求し、外来側医療機関は一切レセプト請求することができません。このため、外来診療に係る費用は、必然的に入院側医療機関と、合議で精算することになります。

また、D P C算定病棟の患者以外の場合であっても、外来医療機関側で請求できる点数には制限があるため、入院医療機関側に精算を求める必要が生じる場合も想定されます。さらに、いずれの入院患者であっても、外来側医療機関で算定・請求できないものすべてを、入院側医療機関が請求できるとは限らないことから、合議による精算について何らかのトラブルが生じることも十分考えられます。このようなことも十分承知の上、入院側医療機関と調整を行い、入院中の患者の外来診療を担当されることをお勧めします。

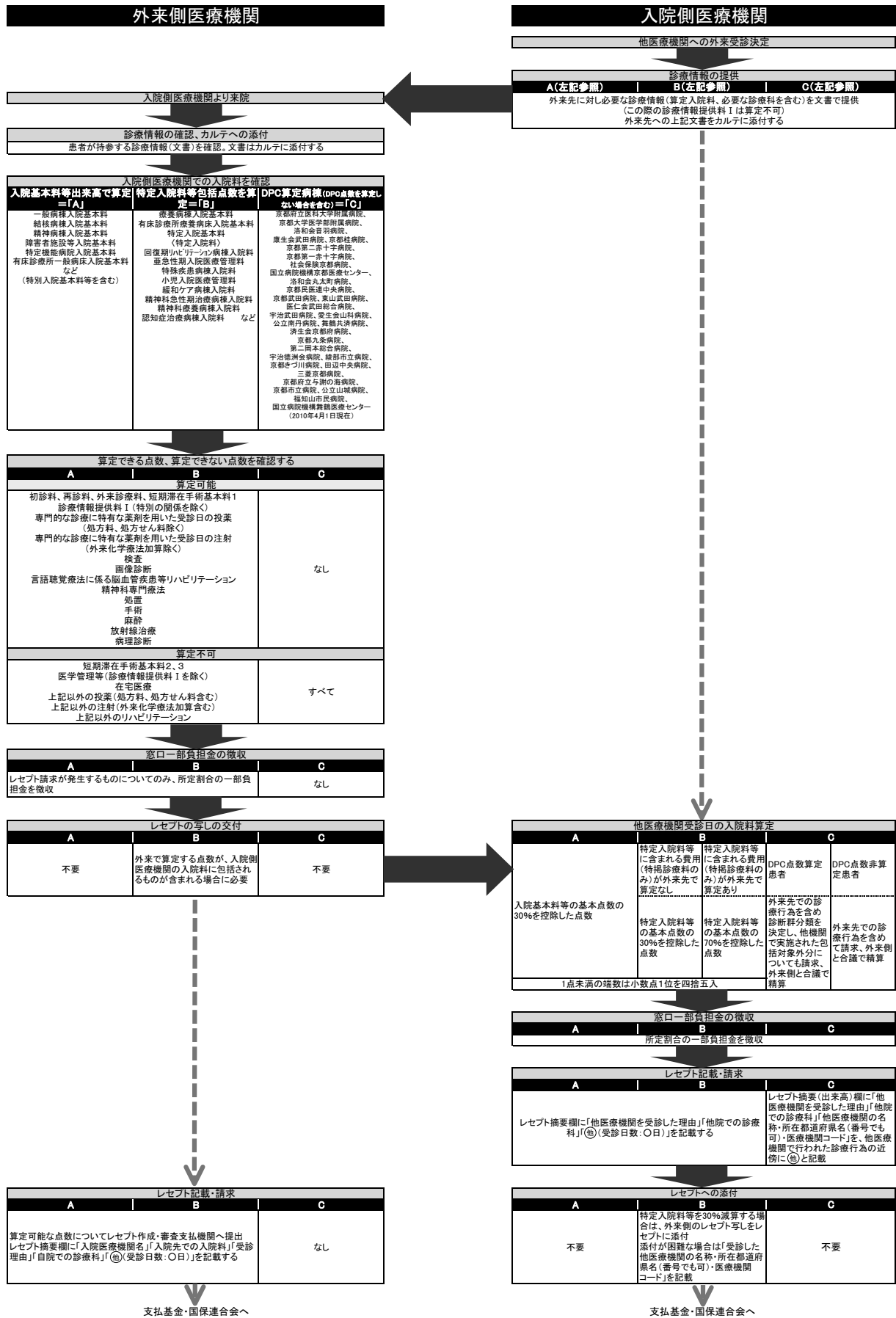
5. 最後に

残念ながら、以上のような手順での受診を行えば、何ら問題が生じないという制度ではありません。最初に書きましたが、「勝手受診」は現在の取扱い方法では防止できません。ここで考えておきたいのは、厚生労働省は決して入院中の他医療機関受診を推奨しているわけではなく、やむを得ない場合に認めるという立場であり、制度は不完全なままであるということです。また「合議」というように、入院側、外来側双方の医療機関に任せてしまう取扱いも多く、「合議」に際して何らかのトラブルが発生しないとも限りません。

トラブル発生を防止するためにも、入院中の他医療機関受診には制限があることを、患者や家族だけでなく、院内のスタッフにも周知啓発しておくことが非常に重要であると考えられます。

入院中の患者の他医療機関受診は、入院側、外来側ともに算定制限が生じてしまいます。投薬は入院側で行うようにする、対診を考える、など、入院側の減額がなるべく少なくすむよう、また外来側も未回収のコストが発生しないよう、入院側、外来側双方での十分な調整を行うことが勧められます。

6. 入院中の他医療機関受診の流れ (フローチャート)



7. 関連通知（取扱い通知編）

〈医科点数表〉（平成22年3月5日保医発0305第1号）

- (1) 入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、入院している保険医療機関（以下本項において「入院医療機関」という）以外での診療の必要が生じた場合は、他の保険医療機関（以下本項において「他医療機関」という）へ転医又は対診を求めることを原則とする。
- (2) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者を除く）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る）は、他医療機関において当該診療に係る費用を算定することができる。ただし、短期滞在手術基本料2及び3、医学管理等（診療情報提供料は除く）、在宅医療、投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方せん料及び外来化学療法加算を含む）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く）に係る費用は算定できない。
- (3) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する場合には、入院医療機関は、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報（当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療科を含む）を文書により提供する（これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする）とともに、診療録にその写しを添付する。
- (4) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとする。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。
 - ア 入院医療機関において、当該患者が療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料（以下、通則において「入院基本料等」という）を算定している場合は、入院基本料等は当該入院基本料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。
 - イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料（以下、通則において「特定入院料等」という）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数により算定する。
 - ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。
- (5) 他医療機関において診療を行った場合には、入院医療機関から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「㊦（受診日数：○日）」を記載する。
- (6) 入院医療機関においては、診療報酬明細書の摘要欄に、「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「㊦（受診日数：○日）」を記載する。ただし、特定入院料等を30%減算する場合には、他医療機関のレセプトの写しを添付する。
- (7) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る）の他医療機関において実施された診療にかか

る費用は、入院医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様の取扱いとし、入院医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

〈D P C点数表〉（平成22年3月19日保医発0319第1号）

入院中の患者に係る対診・他医療機関受診の取扱い

診療上必要があり、入院中の患者に対し他の保険医療機関の保険医の立合診察（以下「対診」という）が実施された場合又は入院中の患者が他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く）は、当該医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取扱い、当該医療機関において算定する。

なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

8. 関連通知（記載要領編）

〈医科点数表用〉（平成22年3月26日保医発0326第3号）

入院中の患者（D P C算定病棟に入院している患者を除く）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「㊟（受診日数：○日）」を記載する。ただし、特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病棟入院基本料又は特定入院基本料を30%減算する場合には、受診した他の保険医療機関のレセプトの写しを下端を50mm程度切りとって添付する。レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載する。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの「摘要」欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「㊟（受診日数：○日）」を記載する。

また、入院中の患者（D P C算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載する。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に㊟とそれぞれ記載する。

〈D P C点数表用〉（平成22年3月26日保医発0326第3号）

入院中にやむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「出来高」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、他医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載する。また、他の保険医療機関で行われた診療行為等の近傍に㊟と記載する。

9. 関連通知（処方せんの取扱い）

入院患者への処方せんに関する取扱い等について（昭和50年1月24日保険発2）

- (1) 今後、薬局の整備充実が促進され、処方せんの受入れ体制も一層推進されるものと考えられるが、保険医等に対しては地域の保険薬局の整備状況、被保険者等の利便等を十分勘案の上、処方せんの発行を行うよう適切な指導を行われたい。
- (2) 入院している被保険者等に対する院外処方せんの交付については、昭和31年3月13日医発第94号医務局長・薬務局長連名通知「新医薬制度の実施について」の記の1の3に示されているとおり、通常診断治療全般について入院した保険医療機関で行われることを承諾し、薬剤の調剤もその保険医療機関で行ってもらふ意思を有するものと推定されるので、特別の事由のない限り処方せんを交付する必要はないものであり、したがって、入院している被保険者等に関する処方せん料の請求は原則としてあり得ない。

10. 関連通知（対診関連）

〈対診〉

- (1) 対診の場合の診療報酬の請求（昭和18年8月23日保健保発277）

保険医は診療上必要があると認める場合は、他の保険医療機関の保険医の立合診察を求めることができる。

- (2) 対診等の場合における診療報酬の請求（昭和24年11月25日保険発334）

立会診療を行った保険医につき診察料、往診料等は各々請求できるが治療は主たる保険医1人が請求する。手術を共同で行う場合の手術料の請求は主治医となるべき保険医が行い手術に協力した保険医に対する報酬の分配は相互の合議に委ねる。

〈往診料〉

- (1) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16km以上の地域に居住する保険医に対して在宅での療養を行う患者の診療を担う保険医が往診による対診を求めることができるのは、患家の所在地から半径16km以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合や、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などのやむを得ない絶対的理由のある場合に限られる。

- (2) 定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できない。

〈初診料〉

- (1) 対診を行った場合の初診の取扱い（昭和32年7月31日保険発112）

一保険医療機関において診療を受けている患者につき、他の保険医療機関の保険医が対診を行った場合は、対診を行った保険医が勤務する保険医療機関においても、当該患者につき別個の初診料を算定することができる。

〈特定疾患療養管理料〉

- (1) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあっては算定できない。

11. 対診・他医療機関の受診に係る Q & A

「疑義解釈資料の送付について（その1）」平成22年3月29日厚生労働省事務連絡（抜粋）

	質 問	回 答
155	麻酔科で開業した医師が別の医療機関に赴き、手術前日、当日、翌日の3回往診料を算定するのは妥当であるか。	定期的、計画的な訪問を行っての麻酔では、往診料は算定できない。
156	従来からの、対診の場合の診療報酬請求の取扱いに関する以下の規定について、変更はないと考えてよいか。 ①診療上必要があると認める場合は、他の保険医療機関の保険医の立会診療を求めることができる。 ②対診を求められて診療を行った保険医の属する保険医療機関からは、当該基本診療料、往診料等は請求できるが、他の治療行為にかかる特掲診療料は主治医の属する保険医療機関にお	取扱いに変更はない。ただし、定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できないことを明確化したものである。

	いて請求するものとし、治療を共同で行った場合の診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。	
157	他医療機関受診時において、処方料、処方せん料は算定できないとあるが、この費用は入院中の医療機関との合議による精算となるか。	処方入院医療機関で行う。

図表6 専門的な診療に係る情報提供書（例示）

※この情報提供については診療情報提供料は算定できない。
 ※これは例示であり、算定入院料および診療料を含む診療情報が記載されていればよい。

依頼先医療機関名 ()
 _____ 科 担当医 _____ 殿
 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 入院医療機関の名称 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____
 医師氏名 _____ 印

入院患者氏名 _____	性別 (男・女) _____
入院患者住所 _____	電話番号 _____
生年月日 明・大・昭・平 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)	

傷病名	
依頼目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

1. 入院中の診療科 (_____ 科)
 2. 入院料の名称 (_____)
 3. 入院中の病棟 (1. 入院基本料等又は特定入院料等算定病棟 2. DPC 算定病棟)
 ※ ○を付した上記入院基本料等の種別により、貴院での診療報酬算定範囲等は下記の取り扱
 いとなります。詳細は当院医事課までお問い合わせください。

入院料区分	入院料等	DPC 算定病棟
貴院で算定できる点数	初診料、再診料、外来診療料、短期滞在手術基本料1、診療情報提供料I（特別の関係を除く）、専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬・注射、検査、画像診断、言語聴覚療法に係る脳血管疾患等リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断 ※保険請求にあたっては、レセプトの摘要欄に「入院医療機関名」「患者の算定する入院料」「受診した理由」「貴院の診療料」「他」(受診日数：○日)を記載下さい。	なし
貴院では算定できない点数	短期滞在手術基本料2及び3、医学管理等（診療情報提供料は除く）、在宅医療、投薬・注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方せん料及び外来化学療法加算を含む）、リハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く）	全ての点数（患者負担も含めて合議により、DPC 算定病院に請求する）

※診療を行った結果について診療情報提供書（別紙様式11）により報告をいただければ貴院にて診療情報提供料（I）が算定できます。

※『新点数運用Q&A・レセプトの記載（2010年4月）』（保団連発行）より