（事　務　連　絡）
平成１８年３月２９日

会　員　各　位

社団法人　全日本病院協会

平成１８年度診療報酬改定に関する事務連絡（疑義解釈資料）の送付について

平素は会務運営につきましてご協力とご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成１８年度診療報酬改定に関する疑義解釈について、厚生労働省保険局医療課より下記の事務連絡が社会保険事務局あて出されましたので、会員病院の皆様方にご参考までご送付申し上げます。

記

１．疑義解釈資料の送付について（その２）
（平成 18 年 3 月 28 日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）

以上

〔送信枚数：本紙含め１６枚〕

事　務　連　絡
平成１８年３月２８日

地方社会保険事務局
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）
都道府県老人医療主管部（局）
　老人医療主管課（部）
御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その２）

「診療報酬の算定方法」（平成１８年厚生労働省告示第９２号）等については、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成１８年３月６日保医発第０３０６００１号）等により、平成１８年４月１日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

１．初再診料

【同一日複数科受診時の初診料】

（問１）同一日に、１つ目の診療科を再診で受診し、その後に２つ目の診療科を初診で受診した場合は算定可能か。また、同一日に、１つ目の診療科を初診で受診し、その後に２つ目の診療科を再診で受診した場合は算定可能か。

（答）　いずれの場合も算定可。初診の診療科と再診の診療科の順番は問わない。

（問２）同一日に３つの診療料を受診する場合、算定できないと考えてよいか。

（答）　３つ目は算定できない。

（問３）同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合とあるが、「他の傷病」、「別の診療科」について具体的に提示してほしい。

（答）　他の傷病とは、同一疾病又は互いに関連のある疾病でないこと。例えば、糖尿病で継続管理中の患者について、糖尿病性網膜症疑いで眼科を受診する場合は算定できない。診療科については、医療法上の標榜診療科が異なる場合に算定できる。

（問４）1つ目と２つ目の診療科の医師が同一の場合、2つ目の診療科において、初診料を算定できるか。

（答）　同一医師の場合には算定できない。

（問５）診療所においても算定できるのか。

（答）　診療所においても要件を満たせば算定可。

（問６）２つ目の診療科で初診料を算定した場合、１月以内の特定疾患療養管理料は算定できるか。

（答）　通知のとおり算定できない。

【その他】

（問７）紹介患者加算は廃止になったが、２００床以上病院の紹介状を持たない患者の初診に関する特定療養費の取扱いに変更はあるのか。

（答）　変更はない。

（問８）同一医療機関の同一日における複数診療科受診について、２つ目の診療科を初診で受診する場合、２００床以上病院の初診に関する特定療養費を適用することは可能か。

（答）　患者は、当該医療機関の他の診療科を初診又は再診で受診しており、１つ目の診療科の受診時に、２つ目の診療科の受診の必要性が判断されていること、同一医療機関であり情報交換がなされているとから、紹介状なしとは見なせず、特定療養費の対象とはならない。

２．入院料等

（平成 18 年 3 月 23 日付け事務連絡を参照されたい）

３．医学管理等

【喘息治療管理料】

（問１）喘息治療管理料の重症者に対する新設加算は、ピークフローメーター以外に一秒量等を測定できる携帯型スパイロメーター等を貸与しなければならないのか。

（答）　一秒量の測定が必要なため、スパイロメーターの貸出は必要。

【ニコチン依存症管理料】

（問２）ニコチン依存管理料を算定する患者が５回の禁煙治療を終了する前に中止した場合、それまでの期間は算定可能か。

（答）　患者の都合により、診療を中止した場合は算定可能。

（問３）院内に、喫煙コーナーを設けた場合などでも届出は可能か。

（答）　届出は不可。なお、病院の敷地の一部が離れた場所にあり、その場所が医療を提供しない施設（倉庫等）の場合は、禁煙である必要はない。

【地域連携診療計画管理料】

（問４）地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料は、特別の関係にある保険医療機関の連携でも届出できるか。

（答）　特別の関係にある保険医療機関間の連携でも届出可能であるが、地域連携診療計画管理料算定病院からの転院後の治療を担う保険医療機関を複数確保する必要があることに留意されたい。

４．在宅医療

【在宅療養支援診療所】

（問１）連携先の保険医療機関、訪問看護ステーション等は複数でも可能なのか。

（答）　複数でもよい。

（問２）連携先の保険医療機関、訪問看護ステーション等について、特別の関係にある場合についても認められるのか。

（答）　特別の関係でもよい。

５．検査

【終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定】

（問１）終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）の（一連につき）とは具体的にいつまでの期間を指すのか。

（答）　診断が確定するまでの間。

【基本的検体検査判断料】

（問２）基本的検体検査判断料は特定機能病院のみが算定できることとなったのか。

（答）　そのとおり。

【外来迅速検体検査】

（問３）すべての検査項目について、同日内に結果を報告するとあるが、同日内に結果が出るものと出ないものが混在する場合は、すべての検査項目について加算は不可となるのか。

（答）　当該加算は、すべての検査について、同日内に結果を報告した場合に算定できる。

【コンタクトレンズ検査料】

（問４）コンタクトレンズ処方せんについて、別途、患者から実費を徴収することはできるか。

（答）コンタクトレンズ処方せんの交付については、矯正視力検査（眼鏡処方せんの交付を含む。）に含まれていることから、別途、患者からの実費を徴収することはできない。

【その他】

（問５）精密眼底検査、眼底カメラ撮影、細隙燈顕微鏡検査、汎網膜硝子体検査を医師が行う際に、検査の実施と同時に画像情報を送信し、受信側の他の保険医療機関の医師が診断を行った場合でも、当該検査の点数は算定できるか。

（答）算定できる。なお、この場合の診療報酬は送信側の保険医療機関が請求することとなるが、診断等に係る費用については送信側、受信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねることとなる。

６．画像診断

【コンピューター断層撮影】

（問１）マルチスライスＣＴの届出が行われていない保険医療機関においてマルチスライスＣＴ撮影を行った場合は何で算定するのか。

（答）　「ロ　イ以外の場合」にて算定する。

（問２）ＣＴは、部位による区分けがなくなったがレセプトにおいて部位を記載する必要はないのか。

（答）　記載する必要はない。

【ポジトロン断層撮影】

（問３）ＰＥＴについて、80/100 の点数は、施設基準の届出がなくとも算定可能か。

（答）　80/100 の点数を算定する場合にあっても、届出が必要。

７．投薬

【後発医薬品】

（問１）後発医薬品への変更を一部のみ可とする場合の記載についてはどのように記載するのか。

（答）　処方せんを記載する際、変更「可」に署名又は記名・押印の上、後発医薬品への変更不可の薬剤の横に「変更不可」と明記する。

（問２）先発医薬品しか存在せず変更の有り得ない処方せんを発行した場合でも、後発医薬品への変更可と処方医が署名又は記名・押印すれば「後発医薬品を含む場合」の点数を算定できるか。

（答）　算定できない。当該加算は、後発品のある薬剤を処方した場合に限り算定できる。

（問３）後発医薬品への変更可とした場合、具体的にどのような後発医薬品が選ばれたのか、保険薬局から連絡されるのか。

（答）　調剤報酬点数表に関する通知において「後発医薬品を調剤した場合には、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。」と新たに規定されている。

（問４）「後発医薬品への変更可」の欄に署名又は記名・押印し、処方せん料の「後発医薬品を含む場合」の点数を算定したが、結果的に後発医薬品が調剤されなかった場合、「後発医薬品を含む場合」の点数は算定できなくなるのか。

（答）　後発医薬品に変更されなかった場合でも、当該点数は算定できる。

（問５）実際に薬剤変更が行われた場合、処方医の属する医療機関はカルテの薬剤名の記載を変更する必要があるのか。

（答）　保険薬局から薬剤を変更した旨報告があるため、その内容を適切に診療録に反映することが望ましい。

（問６）「備考」欄に新たに「後発医薬品への変更可」の「保険医署名」欄を設定した様式が作られたが、従来の処方せんはそのまま使うことができるか。それとも取り繕わないと使うことができないのか。

（答）　新しい様式を使うことが原則である。

８．リハビリテーション

【施設基準】

（問１）疾患別リハビリテーションの施設基準の従事者の配置要件において、「専従」とされている従事者については、他の疾患別リハビリテーションの専従の従事者と兼任できるのか。

（答）　機能訓練室で行うリハビリテーションに「専従」という趣旨であり、心大血管疾患リハビリを除く疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーションに限り、兼任できる。（回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤職員とは兼任はできない。）

（問２）疾患別リハビリテーションの施設基準の専従の従事者と、障害児（者）リハビリテーションの施設基準の専従の従事者とは兼任できるのか。

（答）　心大血管疾患リハビリを除き、兼任できる。

（問３）疾患別リハビリテーションの施設基準における専用の機能訓練室とは、他の疾患別リハビリテーションの施設基準に定める専用の機能訓練室と兼用できるのか。

（答）　疾患別リハビリテーションに「専用」との趣旨であるので、同じ時間帯でも兼用できる。ただし、心大血管疾患リハビリの実施時間帯は兼用できない。また、言語聴覚療法については、遮蔽に配慮した言語聴覚療法のための専用室が必要であり、当該機能訓練室とは異なるものとして、これとは別に確保が必要。

（問４）障害児（者）リハビリテーションの施設基準における専用の機能訓練室と、疾患別リハビリテーションの機能訓練室とは兼用できるのか。

（答）　疾患別リハビリテーションに「専用」との趣旨であるので、心大血管疾患リハビリを除き、兼用できる。

【算定日数関連事項】

（問５）今回、脳血管疾患等リハビリーション等について、算定日数上限が設けられたが、発症後１年以上を経過した患者については、４月１日以降、リハビリテーション料は算定できなくなるのか。

（答）　疾患別リハビリテーションは今回の診療報酬改定で新設された項目であることから、平成 18 年３月 31 日以前に発症等した患者については、平成 18 年４月１日を起算日とする。

（問６）現在、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定は、当該病棟入院の日から起算するとなっているが、これについても平成 18 年４月１日を起算日とするのか。

（答）　４月１日を起算日とすることはしない。従前とおり、回復期リハビリテーション病棟に入院した日を起算日とする。

（問７）現在、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定は従前 180 日となっていたが、４月以降 150 日となる疾患の場合、例えば１月１日に入院した患者は概ね６月 29 日まで算定可能なのか、それとも５月 30 日まで算定可能なのか。

（答）　3月31日以前に入院した患者についても、算定日数上限は150日となるので、5月30日までの算定となる。

【その他】

（問８）心大血管疾患リハビリテーションについては、従事者一人当たり１日当たりの単位数上限は適用されるのか。

（答）　医師の直接監視下に行われる心大血管疾患リハビリテーションについては適用されない。

（問９）脳性麻痺に関するリハビリテーション料の算定はどうなるのか。

（答）　脳性麻痺は脳血管疾患等リハビリテーション及び障害者リハビリテーションの対象疾患である。脳血管疾患等リハビリテーション料（Ｉ）の施設基準を算定する場合、脳性麻痺は算定日数上限の除外対象となっている。

（問１０）広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等に対する言語療法を行った場合、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定できるか。

（答）　脳血管疾患等リハビリテーションの対象疾患である「言語障害を伴う発達障害等」に該当するため、算定できる。

９．精神科専門療法

【精神科ショート・ケア】

（問１）精神科ショート・ケアは、精神科デイ・ケアと同一時間帯に同一場所で行えるのか。また、精神科ショート・ケアの専従の従事者は、精神科デイ・ケアを兼務できるのか。

（答）　同時実施は可能である。また、要件を満たす範囲で、デイ・ケアとの兼務も可能である。

（問２）精神科デイ・ケアと精神科ショート・ケアを同時に届出し同一施設で実施している保険医療機関において、デイ・ケアの予定で来院した患者がショートケアの時間帯のみ実施した場合に、ショート・ケアの算定は可能か。

（答）　算定可。

【心身医学療法】

（問３）２０歳未満の患者に通院精神療法を行った場合の加算は、初診の日から６ヶ月以内に限るとされているが、心身医学療法には算定日数についての制限はないのか。

（答）　ない。

１０．手術

【手術】

（問１）５％加算が廃止されたが、院内掲示を要件とする手術については、地方社会保険事務局への届出が必要か。また、その際は、実施予定の手術のみ届出を行うことで構わないか。

（答）　院内掲示するとともに様式５９を用いて実績の届出が必要。様式５９に掲げる手術については、すべてその実績を記載することとし、実績がゼロの場合は、該当欄に「０」と記載する。なお、実績がゼロでも届け出ていれば手術実施時には所定点数を算定可能である。

（問２）手術を受けるすべての患者に対して、手術内容等を文書を用いて説明するとあるが、手術の部の通則５及び６に掲げる手術以外であっても説明が必要か。

（答）　文書による説明はすべての手術について実施する。

（問３）ペースメーカ移植術及びペースメーカ交換術は、２つ届出が必要か。

（答）　そのとおり。

１１．領収証

（問１）「医療費の内容の分かる領収証の交付について」（平成18年３月６日保発第0306005号 厚生労働省保険局長通知）において、医療費の内容の分かる領収証は「点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの」とされ、別紙様式１では「初・再診料」等の項目は点数を記載することになっているが、金額を表記することでも差し支えないか。

（答）　点数、金額のいずれかで表記することでよいが、単位を表記すること。

（問２）医療費の内容の分かる領収証の様式について、医療機関及び薬局によっては、算定することがほとんどない項目（部）（薬局の場合は節。以下同じ。）がある。そのような項目（部）は当該医療機関及び薬局で使用する領収証の様式からあらかじめ除外してしても差し支えないか。

（答）　差し支えない。

（問３）一部負担金を徴収する際に、患者から「領収証は不要である」旨の意思表示があったため文書に署名を得て確認した上、領収証を交付しなかったが、後日当該患者が診療当日の領収証の交付を求めた場合、交付しなければならないのか。

（答）　この場合、あらためての交付は義務とはならない。

（問４）医療費の内容の分かる領収証について、紛失など患者の都合により領収証の再交付を求められた場合、領収証を再交付しなければならないのか。

（答）　医療機関及び薬局はすでに領収証を交付しており、再交付の義務はない。

（問５）外来で算定される短期滞在手術基本料２（日帰り手術）は、従来は「その他」欄に計上しているが、今回の点数表の部に従うとすると「入院料等」欄に計上することになるがよいか。また、外来のみの医療機関の場合には、「入院料等」欄がレイアウト上ないことも考えられるが、短期滞在手術基本料２を行なう医療機関は必ず、「入院料等」欄を設けないといけないか。

（答）　短期滞在手術基本料は、「入院料等」の部にあるため、「入院料等」の

欄へ計上すること。

（問６）医科、歯科の両方が存在する医療機関においては、医科の部、歯科の部をあわせたレイアウトを考える必要があるのか。

（答）　医科点数表、歯科点数表のそれぞれ各部単位で記載する。なお、各点数表の部単位で記載されるものであれば１枚でよい。

（問７）ＤＰＣは領収証上、どこに計上するのか。

（答）　通常の入院料と区別するために「ＤＰＣ」欄を設けることが必要。ただし、手術等の出来高で算定したものについては、各部単位で計上すること。

（問８）保険外負担に関しては、「選定療養等」、「その他」と区分されているが、高度先進医療、先進医療に関しては、「選定療養等」欄への計上でよいのか。

（答）　そのとおり。ただし、高度先進医療、先進医療の区分を明示すること。

１２．歯科診療報酬

（問１）平成 18 年 3 月 31 日以前における「かかりつけ歯科医初診料」の算定にあたって策定された治療計画に基づく一連の治療が終了した患者に対し、平成 18 年 4 月 1 日以降に D002-4 に掲げる「歯科疾患継続管理診断料」に規定する継続治療計画に基づき、継続指導を実施し、文書による情報提供を行った場合にあっては、B004-8 に掲げる「歯科疾患継続指導料」を算定できると考えてよいか。

（答）　そのとおり。なお、D002-4 に掲げる「歯科疾患継続管理診断料」については、診療報酬明細書の摘要欄に、直近の「歯周疾患継続治療診断料」を算定した日を記載した場合に限り算定できる。

（問２）平成 18 年 3 月 31 日以前に「歯周疾患継続治療診断料」に基づく「歯周疾患継続総合診療料」を算定し、現に歯周疾患継続総合診療を実施している患者については、D002-4 に掲げる歯科疾患継続管理診断料に規定する継続治療計画に基づいた継続指導を実施しているものとみなし、平成 18 年 4 月 1 日以降においても、B004-8 に掲げる「歯科疾患継続指導料」を算定できると考えてよいか。

（答）　直近の D002-4 に掲げる歯科疾患継続管理診断料に規定する継続治療計画の期間中（ただし、１年を超えない期間に限る）であって、欠損補綴を含む一連の歯科治療が終了し、現に歯周疾患継続総合診療を実施している患者に対し、文書による情報提供を行った場合に限り、平成 18 年 4 月 1 日以降においても、B004-8 に掲げる「歯科疾患継続指導料」を算定して差し支えない。ただし、直近の「歯周疾患継続治療診断料」を算定した日から１年を超えない期間であっても、欠損補綴を含む一連の歯科治療が終了していない患者に対しては、平成 18 年 4 月 1 日以降においても、B004-8 に掲げる「歯科疾患継続指導料」は算定できない。

また、「歯科口腔継続管理治療診断料」に基づく「歯科口腔継続管理総合診療料」を算定し、現に歯科口腔継続管理総合診療を実施している患者についても、同様の取扱いとする。

なお、平成 18 年 3 月 31 日以前に「歯周疾患継続総合診療料」又は「歯科口腔継続管理総合診療料」を算定し、上記の取扱いにより平成 18 年 4 月 1 日以降に「歯科疾患継続指導料」を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に、直近の「歯周疾患継続治療診断料」を算定した日を記載すること。また、直近の「歯周疾患継続総合診療料」又は「歯科口腔継続管理総合診療料」を算定した日から 1 年を経過した時点における継続指導の延長は認められない。

（問３）平成 18 年 3 月 31 日以前に「継続的歯科口腔衛生指導料」に規定する基準により齲蝕多発傾向者と判定された患者であって、現に「継続的歯科口腔衛生指導料」の算定に基づく継続的歯科口腔衛生指導を実施している患者については、B000 に掲げる「歯科口腔衛生指導料」に規定する基準により齲蝕多発傾向者と判定されたものとみなし、平成 18 年 4 月 1 日以降に継続的な指導管理を行い、文書による情報提供を行った場合にあっては、B000 に掲げる「歯科口腔衛生指導料」を算定できると考えてよいか。

（答）　そのとおり。

（問４）平成16年4月1日以降で平成18年3月31日以前の期間にM000に掲げる「補綴時診断料」を算定して欠損補綴等を行った患者に対し、同一初診中であって平成18年4月1日以降に別の部位に新たに欠損補綴等を行う場合においては、M000に掲げる「補綴時診断料」を算定できると考えてよいか。

（答）　平成16年4月1日以降で平成18年3月31日以前の期間に算定されたM000に掲げる「補綴時診断料」については、１装置につき算定されたものであり、必ずしも１口腔単位の診断に基づいたものとはいえないことから、平成18年4月1日以降に別の部位に新たに欠損補綴等を行う場合において、１口腔単位の補綴時診断を行い、文書による情報提供を行った場合にあっては、同一初診中であっても、１回に限りM000に掲げる「補綴時診断料」を算定して差し支えない。

（問５）平成18年3月31日以前における「かかりつけ歯科医初診料」の算定にあたって策定された治療計画に基づく一連の治療が終了していない患者に対しては、平成18年4月1日以降であっても、B000-3に掲げる「歯科疾患総合指導料」は算定できないと考えてよいか。

（答）　そのとおり。なお、平成18年3月31日以前における「かかりつけ歯科医初診料」の算定にあたって策定された治療計画に基づく一連の治療が終了した患者に対し、平成18年4月1日以降にB000-3に掲げる「歯科疾患総合指導料」を算定する場合は、一連の治療が終了した日から起算して3月を超えた場合であって、文書による情報提供を行った場合に限り、B000-3に掲げる「歯科疾患総合指導料」を算定して差し支えない。この際、診療報酬明細書の摘要欄に、「かかりつけ歯科医初診料」の治療計画に基づく一連の治療が終了した日を記載すること。

（問６）歯科に関する施設基準の変更に伴い、既に届け出を行っている機関についても、新たな基準に適合するものとして改めて届出を行う必要があると考えて良いか。

（答）　そのとおり。補綴物維持管理料以外の施設基準については、新たな基準に適合するものとして改めて届出を行う必要がある。

（問７）　B000-3 に掲げる歯科疾患総合指導料の施設基準に係る届出において、医科歯科併設の保険医療機関にあっては、連携する内科等を標榜する保険医療機関については院内医科診療科で差し支えないと考えてよいか。

（ 答 ）　B000-3 に掲げる歯科疾患総合指導料の施設基準に係る届出において、届出を行う当該保険医療機関が医科歯科併設の病院である場合に限り、連携する内科等を標榜する保険医療機関については内科等の院内連携診療科で差し支えない。

（問８）　B004-6 に掲げる歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出において、医科歯科併設の保険医療機関にあっては、緊急時に連携する病院である保険医療機関については院内医科診療科で差し支えないと考えてよいか。

（ 答 ）　B004-6 に掲げる歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出において、緊急時に連携する保険医療機関は病院でなければならないことから、届出を行う当該保険医療機関が緊急時の対応が可能な医科歯科併設の病院である場合に限り、緊急時の連携保険医療機関については院内連携診療科で差し支えない。