

事務連絡（保190）

平成18年3月31日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松原 謙 二

平成18年度診療報酬改定『Q&A』（その2）の送付について

時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

平成18年度診療報酬改定につきましては、ご多忙な中、地域における周知活動にご尽力賜り、心より感謝申し上げます。

さて、都道府県医師会、郡市区医師会等からいただいております照会事項につきましては、鋭意回答作業を行っているところであります。

今般、これまでに厚生労働省当局と確認がとれましたものにつきまして、「平成18年度診療報酬改定『Q&A』（その2）」としてとりまとめましたので、ご参考までにお送り申し上げます。

なお、本件につきましては、都道府県医師会宛文書管理システムの「お知らせ」ならびに日本医師会ホームページの「メンバーズルーム」に掲載いたします。

（添付資料）

平成18年度診療報酬改定『Q&A』（その2）（2006/3/31 日本医師会）

平成18年度診療報酬改定『Q&A』（その2）

2006/3/31 日本医師会

※ 本件についてはすべて厚生労働省当局に確認済みのものである

《医療費の内容の分かる領収証の交付の義務化》

- Q. 患者が医療費の内容の分かる領収証の交付は不要と意思表示した場合は、発行する必要がないが、その場合、従来どおりの「合計金額の領収書」の発行でよいという患者の同意の文書があれば、それでもよいか？
- A. よい。その場合も患者の意思表示を記した署名入りの文書等を残すことが望ましい。

《処方せんの様式変更》

- Q. 医師が後発医薬品への変更を可とし、保険薬局が後発医薬品を調剤した際の、保険薬局からの情報提供の手段は？
- A. 薬剤師の責任の下、処方せん発行医師へ速やかに情報提供がなされれば、どのような方法でもよい。

《初・再診料》

【初診料2つ目の診療科で135点の算定】

- Q. 同一医療機関で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、2つ目の診療科に限り135点を算定できるようになったが、これは診療所でも算定できるか？
- A. 異なる医師が異なる診療科を担当し、異なる傷病について診療を実施すれば算定できる。医師1人が複数の診療を行った場合には算定できない。

【乳幼児時間外等加算】

- Q. 小児科外来診療料を算定している医療機関の時間外等加算について、初診時の場合、乳幼児時間外等加算として今回改正された200点（時間外）、365点（休日）、695点（深夜）を算定してよいか？
- A. 小児科外来診療料算定時の時間外等加算は、初診時は85点（時間外）、250点（休日）、580点（深夜）、再診時は65点（時間外）、190点（休日）、520点（深夜）となり、深夜加算のみ各々100点増点された。

《入院料》

【看護要員の表記】

- Q. 看護職員の配置「看護職員の実質配置10:1」の表記について、勤務帯別の掲示が必要になるのか？
- A. そのとおり。各勤務帯で看護職員1人が何人の入院患者を実際に受け持っているか掲示する必要がある。

【看護配置の施設基準】

- Q. 病棟において1日に看護を行う看護職員の数について、常時、入院患者の数に応じて配置することになったが、「常時」とは日曜や祝日も含めて常時ということか？
- A. 看護配置は月平均で届け出ることになっており、月平均で配置基準を満たしていればよい。

【勤務計画表】

- Q. 様式3の3の「勤務計画表」の最下段右欄に「月平均1日当たり看護配置数=C（月延べ勤務時間数の計）／（日数×8）」と記載されている。看護職員等の雇用契約には8～8.5時間拘束の実労働7～7.5時間という形態が多い。「月延べ勤務時間数」には休憩時間を含んで計上すると考えてよいのか？
- A. そのとおり。

【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】

- Q. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定要件にある「褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置していること」とあるが、「適切な研修」とは具体的にどのような研修か？
- A. 平成18年3月現在、日本看護協会看護研修学校、社会保険看護研修センター等の実施する創傷・オストミー・失禁に関する看護課程。

【電子化加算】

- Q. 小児科外来診療料には加算できるか？
- A. できない。

Q. 同一月内に初診料を2回算定できる場合（同一日における複数科受診の初診料を除く。）は3点×2回の算定ができると考えてよいか？

A. そのとおり。

Q. 必要要件「イ」に「診療報酬請求に係る電算処理システムを導入していること」とあるが、これはレセプト電算処理システムで請求している必要があるか？

A. レセプトコンピューターを導入しているだけでよく、請求方法は電子媒体である必要はない。

「レセプト電算処理システムで請求している」とは、選択要件の「イ」の「フレキシブルディスク又は光ディスクを提出することにより診療報酬の請求を行っていること（許可病床数が400床未満の保険医療機関に限る。）」に該当する。

Q. 胃内視鏡、腹部超音波断層写真の画像をすべてサーバーに保存してコンピューターの表示装置等を活用し診断を行っているが、これは選択要件の「リ」の「フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存し、コンピューターの表示装置等を活用し画像診断を行っていること」に該当すると考えてよいか？

また、CRシステムを含めてよいか？

A. コンピューターの表示装置等を活用し画像診断を行っていれば該当する。サーバーはHDであり、電子媒体に含まれる。そのほかDVD、CD、MO、USBメモリ等の外部記憶装置も該当する。

CRシステムについては、フィルムへのプリントアウトを行わずに、画像の保存、診断を行う場合に該当する。

【救急医療管理加算】

Q. 休日または夜間の制約がなくなったが、予め定められた当番日でなくても算定できるか？

A. 所定の要件が満たされていれば、当番日以外でも算定できる。

《入院時食事療養費》

- Q. 適時適温の食事の場合の「特別管理加算」が廃止されたが、適時適温に対応していない場合はどうなる？
- A. 入院時食事療養（Ⅰ）の算定要件とされているので、入院時食事療養（Ⅱ）を算定することになる。

《医学管理等》

【乳幼児育児栄養指導料】

- Q. 3歳の誕生日月の受診については、3歳の誕生日前に受診がある場合のみ算定することになるのか？
- A. そのとおり。3歳未満の乳幼児が要件であり、3歳の誕生日以後の受診については、算定できない。

【生活習慣病管理料】

- Q. 詳細な療養計画書が示されたが、各項目に穴があってもよいか？例えば検査値をすべて記入しなければいけないのではなく、必要な検査のみでよいのか？
- A. そのとおり。主治医の判断で、医学的に必要な項目が記入されていればよい。
- Q. 医師氏名や担当者の氏名欄は押印のみでもよいか？
- A. 署名又は記名・押印が必要である。

【診療情報提供料（Ⅱ）】

- Q. 小児科外来診療料と併算定できるか？
- A. できる。
- Q. 診療情報提供料（Ⅱ）を算定した患者がセカンドオピニオンを求めて他の保険医療機関を受診した場合、保険診療としての取扱いはできるか？それとも保険診療ではなく自由診療（患者の自費）になるのか？
- A. セカンドオピニオン外来（自費診療）を設けていて、患者が自ら望んで受診したのであれば、保険診療としての取り扱いではなく、自由診療（患者の自費）になる。しかし、保険医療機関を受診し保険証の提示があり、患者が保険診療を希望すれば保険診療の取扱いとなる。

Q. 例えばある診療所の医師がA病院に紹介し、患者がさらにB病院でのセカンドオピニオンを求めた場合の算定はどうなるのか？

A. 要件を満たせば（Ⅰ）及び（Ⅱ）が算定できる。

Q. 入院患者でも算定できるか？

A. できる。

Q. 入院患者の希望で別の医療機関の医師を入院先医療機関に来てもらい、対診のような形で診療を行った場合も算定できるか？

A. 算定できない。その場合は対診となる。

【喘息治療管理料】

Q. 時間外加算等が3回以上あることの証明及び確認方法はレセプト記載となるのか？

A. 過去の診療録を基に3回以上あることを確認する。

Q. 算定は1医療機関単位となるのか？

A. そのとおり。

Q. 患者が途中から受診する医療機関を変えることもあるが、後で受診した医療機関では、1月目の点数から算定できると考えてよいのか？

A. よい。ただし、後で受診した保険医療機関についても、3回の時間外加算等の実績が必要。

《在宅》

【在宅療養支援診療所】

Q. 在宅療養支援診療所の施設基準は、当該診療所に医師1名と看護職員1名いて、かつ緊急入院先の確保ができていれば、届出要件を満たすか？

A. 施設基準の要件を満たせば、医師1名、看護職員1名の診療所でも在宅療養支援診療所になることができる。

具体的には、患者の求めに応じて、24時間往診及び訪問看護が可能な体制（別の保険医療機関・訪問看護ステーションとの連携も含む）を確保し、患者に対して、往診医の氏名及び担当日等、訪問看護職員の氏名及び担当日等、並びに24時間連絡がとれる連絡先等を文書で交付する必要がある。（他の医療機関等と連携する場合は、その医療機関等の担当医の氏名及び担当日等）

Q. 24時間往診できる体制、24時間訪問看護の提供が可能な体制等が必要であるが、24時間体制が必要な患者が存在しない医療機関でも在宅療養支援診療所になるためには、体制を整える必要があるか？

A. そのとおり。

Q. 24時間往診が可能な体制が必要であるが、電話で相談があり、医師の判断で往診ではなくすぐに入院が必要と考えた場合、往診をせず、連携医療機関への収容を依頼すればよいか？

A. 往診の依頼があった場合には電話だけでなく、主治医が直接診察を行った上で判断すべきである。

Q. 届出様式11の2には「医療機関での死亡数」「医療機関以外の死亡数」の記入欄があるが、「医療機関」とはどこまで含まれるのか？

A. 「医療機関」とは診療所、病院であり、介護老健施設等の入所施設で死亡した場合は「自宅以外」欄に記入する。

Q. 届出様式11の2は在宅療養支援診療所の届出の際に提出する必要があるのか？

A. 届出の際には提出不要である。様式11の1で届出・受理された在宅療養支援診療所が年1回報告する際に使うものである。

また、死亡患者数が0名でも、直近3ヶ月の訪問実施回数等の実績が0回でも、必ず取り消されるわけではない。

Q. 施設基準に「当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること」とあるが、この「連携調整を担当する者」は介護支援専門員（ケアマネージャー）のことか？

A. ケアマネージャーに限らず、連携調整を担当するに足る者であれば資格等は問われない。

Q. 「当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者」の所属は当該在宅療養支援診療所でなければならないのか？

A. 自施設の職員でもよいし、連携により確保していてもよい。

Q. 医師本人が連携調整を担当する者である場合は、他の連携調整を担当する者との連携は不要か？

A. 医師本人が直接担当する場合であっても、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携は必要である。

- Q. 特別な関係にある訪問看護ステーションとの連携でもよいか？
(在宅療養支援診療所の訪問看護ステーションでもよいのか？)
- A. 差し支えない。ただし、当該診療所において訪問看護・指導料を算定した月については、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費を算定できない（末期の悪性腫瘍等厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く）。
- Q. 他の在宅療養支援診療所と連携してもよいか？
- A. よい。
- Q. 特別の関係のある医療機関等との連携はできるか？
- A. できる。
- Q. 病院が複数の在宅療養支援診療所と連携してよいか？
- A. よい。

【往診料等の在宅療養支援診療所加算】

- Q. 往診料及び在宅患者訪問診療料に「在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医」に対する加算等があるが、この「連携保険医療機関」は在宅療養支援診療所でなくてもよいか？
- A. よい。
- Q. 「24時間連絡を受ける医師又は看護職員の連絡先」については、携帯電話も対象となるか？
- A. 差し支えない。ただし、24時間当該担当者と直接連絡が確実に取れるものであること。

【在宅時医学総合管理料】

- Q. 在宅時医学総合管理料等の点数算定にあたっては、「在宅療養支援診療所の場合」と「それ以外の場合」に区分されているが、一つの診療所で「在宅療養支援をする患者」と「それ以外の患者」の混在請求はあり得るか？
- A. 在宅療養支援診療所であっても、往診担当医の氏名、担当日等を文書で提供していない患者については、「それ以外の場合」の点数を算定する。
- Q. 在宅時医学総合管理料を届け出た保険医療機関において、患者毎に在宅時医学総合管理料を算定するか出来高で算定するかを選択してよいか？
- A. 在宅時医学総合管理料を届け出た保険医療機関において、当該管理料の算定要件を満たす患者については、在宅時医学総合管理料を算定する。

- Q.** 在宅時医学総合管理料が算定されている月においては、当該管理料算定患者について、区分番号B000特定疾患療養管理料、B001の「5」小児科療養指導料、同区分の「7」難病外来指導管理料、同区分の「8」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料、及び区分番号C109在宅寝たきり患者処置指導管理料は所定点数に含まれ別に算定できないが、これは自院・他院を問わないのか？
- A.** 自院・他院を問わず別に算定できない。

《検査》

【外来迅速検体検査】

- Q.** 「当日当該保険医療機関で行われたすべての検体検査について当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し、結果に基づく診療が行われた場合」に加算できるが、深夜の救急医療において、午前0時前に救急受診した患者に、直ちに検体検査を実施し、引き続き当該検体検査の結果に基づき診療を行ったが、この時既に午前0時を過ぎていた場合にも算定できると考えてよいか？
- A.** よい。ただし、時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、外来迅速検体検査加算は算定できない。
- Q.** 検体検査実施料の加算であるが、外来診療料に包括されている検査のみを実施した場合、検査実施料は算定できないがこの加算は算定できると考えてよいか？
- A.** よい。

【コンタクトレンズ検査料】

- Q.** 「初回装用者」とは当該医療機関でコンタクトレンズを初めて装用した患者か？
- A.** コンタクトレンズを初めて装用する患者であり、当該医療機関を初診で受診した場合であっても、コンタクトレンズを装用している患者であれば既装用者として取り扱う。
- Q.** コンタクトレンズ患者が70%以上いる医療機関の「70%」の判断は適時調査になるのか？
- A.** 1月から12月までの1年間の実績をもって判断する。なお、新規届出となる場合は、届出前6か月の実績をもって判断する。

《リハビリテーション》

【総論】

- Q. リハビリテーション算定日数の開始日は発症日か？リハビリ開始日か？
- A. 心大血管疾患リハビリテーション、呼吸器リハビリテーションについては治療開始日から算定し、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションは発症・手術・急性増悪から算定する。
- Q. 現在、リハビリテーションを実施している患者の開始日については、過去に遡って計算するのか？例えば脳血管疾患等リハビリテーションにおいて、4月時点ですでに発症後180日を超える患者については、リハビリテーション料は算定できないのか？
- A. 平成18年4月1日を起算日として算定できる。
- Q. リハビリテーションの従事者の単位数のカウント方法は？
- A. 1日18単位を標準（24単位を上限）とし、週108単位を限度に、この範囲で医療機関の実態に合わせて算定する。
- Q. 医療上の必要性がほとんどないことを前提とする制限回数を超える診療行為と保険給付の併用について、リハビリの従事者の単位数の計算対象および1日制限単位数には含むとする従来の考え方でよいか？
- A. よい。

【運動器リハビリテーション】

- Q. 集団療法を行った場合の算定はできるか？
- A. できない。廃止された。
- Q. 運動器リハビリテーション料・呼吸器リハビリテーション料は医師要件が専任となっているため、1人で開業している場合でも理学療法士が1人いれば可能との解釈でよいか？
- A. よい。その他施設に関する要件を満たす必要はある。
- Q. 運動器リハビリテーション料（I）の施設基準の医師の要件に係る「運動器リハビリテーションに係る研修」とはどのような研修か？
- A. 運動器リハビリテーションに関する総合的な内容の研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。平成18年4月1日現在では、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーション医師研修会等。

- Q.** 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準において、「専任の常勤医師が1名以上勤務すること」とされているが、整形外科医に限る等の制限はあるのか？
- A.** 整形外科医に限る等の制限はない。ただし、当該医師はリハビリテーションの実施に関して責任を有するものであって、リハビリテーションの実施に当たり、リハビリテーション実施計画を作成するとともに患者に説明し、当該リハビリテーションを指導監督する必要がある。
- Q.** あん摩マッサージ指圧師等は「運動器リハビリテーションに係る研修」を修了すれば理学療法士に替えて運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を届け出ることができるが、この研修とはどこが主催でどのようなものか？
- A.** 運動器リハビリテーションの基本事項に関する従事者を対象とした研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。平成18年4月1日現在では、①日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修会、②全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会。ただし、あん摩マッサージ指圧師等がリハビリテーションを実施した場合には運動器リハビリテーション料（Ⅱ）の点数により算定することとなる。
- Q.** 運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあんまマッサージ指圧師等が専従の常勤職員として勤務している場合であって、運動器リハビリテーションの経験を有する医師の監督下に当該療法を実施する体制が確保されている場合には、理学療法士が勤務しているものとして運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を届け出ることができるが、運動器リハビリテーションに係る研修を修了した「あんまマッサージ指圧師等」に看護職員、柔道整復師は含まれるか？
- A.** 各研修を修了した看護職員及び柔道整復師は含まれる。
- Q.** 運動器リハビリテーションの途中または終了時に別の疾患が生じた場合、あらたにその時点を起算日として算定できるのか？
- A.** できる。

【心大血管疾患リハビリテーション】

- Q. リハビリテーションは、原則個別療法のみになったが、心大血管疾患リハビリテーションにおいて医師の直接の監視下で行われる場合には集団的な扱いをする考え方が残っているが、これについても患者1人につき1単位(Ⅰ)250点、(Ⅱ)100点の算定が可能と考えてよいか？
- A. よい。

《精神科専門療法》

- Q. 重度認知症患者デイ・ケア料は従来「送迎あり」・「送迎なし」で4つの点数に分けられていたものが、今回の改定で1,000点の1つにまとめられたが、送迎時間は送迎中の機能訓練を伴う伴わないを問わず、実施時間の6時間に含むと考えてよいか？
- A. 訓練を行う場合のみ、実施時間に含めてよい。

《処置》

- Q. 鶏眼・胼胝処置が「月1回に限り算定する」と改められたが、従来の「手・足は別部位、左右は一連」とする考え方も改められたのか？
- A. 一連の考え方は従前どおり。
- Q. 「J042」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の「注1」連続携行式腹膜灌流用腹腔内留置カテーテルを装着した場合の加算が削除されたが、今後は何で算定するのか？
- A. 手術の新設項目である「K635-3」に掲げる連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術(12,000点)により算定する。