

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ことから、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

【一般的事項】

(問1) 入院患者数50人の一般病棟で、10対1入院基本料の場合、3交代制、2交代制でそれぞれ何人の看護職員を配置するのか。

(答) 入院患者数50人で10対1入院基本料を届出する場合、1勤務帯8時間1日3勤務帯を標準とすると、5人+5人+5人で、看護職員は1日に15人勤務(15人×8時間=120人時間)することが必要となる。(さらに、例えば日勤帯11名、準夜帯2名、深夜帯2名配置する等の傾斜配置が可能。)また、1勤務12時間2交代制であれば、5人+5人で1日10人(10人×12時間=120人時間)勤務する。

【届出】

(問2) 今回の改定により、有床診療所入院基本料を除く全ての入院基本料については新たに届出を行うこととなっているが、特定入院料等についても新たな届出が必要となるのか。

(答) 看護配置基準等従前の施設基準と異なるもの(例 特殊疾患入院医療管理料)については、新たな届出が必要である。

(問3) 一般病棟が2以上ある場合、それぞれについて入院基本料の届出が必要か。

(答) 届出を行う病棟種別ごとに、その全病棟について包括的に届出を行うこととなり、それぞれについて届出する必要はない。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(通知第0306002号)別添2 入院基本料等の施設基準等 第5-3、4

(問4) 4月14日までにを行う届出について、3ヶ月間の実績が必要か。

(答) 入院基本料に関する届出にあたっては、原則として届出前1ヶ月の実績があればよい。ただし、月平均夜勤時間数については、届出前4週間の実績でも良い。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(通知第0306002号)第2届出に関する手続き4及び別添2入院基本料等の施設基準等 第2-4、(3)ウ・エ

(問5) 今回の改定に当たり3月中に届出を行う場合、2月の1ヶ月間の実績でもよいか。

(答) よい。

(問6) 月平均夜勤時間数について、3月の実績では基準を満たせないが、当該届出保険医療機関の開設者から4月末までに所定時間以内とすることができる病棟運営計画書が提出された場合、届出を受理してよいか。

(答) 月平均夜勤時間数について、4月14日時点までの実績では基準を満たさない場合であっても、勤務体制の見直し等による適切な配置計画が具体的に定められている病院については、4月届出分に限り受理できる。ただしこの場合には、5月に、社会保険事務局への4月の実績報告が必要となる。

(問7) さらに、4月末までに月平均夜勤時間数を所定時間以内とすることができなかつた場合は、どのような取扱いとなるのか。

(答) この場合、6月末までに所定時間以内とすることができる病棟運営計

画書を提出した上で、7月に4月から6月までの3ヵ月の平均で基準を満たした実績を社会保険事務局に報告すること。

(問8) 休憩、食事時間は勤務時間から除外しなければならないか。

(答) 通常の休憩時間は勤務時間に含まれるので、除外する必要はない。

(問9) 届出の際に用いる勤務計画表(様式3の3)を作成する際、残業時間は含めてよいか。

(答) 残業時間は含まない。当該保険医療機関の定める所定の勤務時間数で作成すること。

(問10) 申し送りで、二つの勤務帯が重複する場合はどのように考えるのか。

(答) 申し送りについては、二つの勤務帯が重複する時間帯(たとえば、夜勤者から日勤者への引継ぎ時間帯)が生じることとなるため、申し送りを受ける側の勤務時間帯における勤務時間数のみを計上すること。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(通知第0306002号)別紙2 看護要員の配置状況(例)

【夜勤関連】

(問11) 月平均夜勤時間数を計算する場合、残業時間も含めるのか。

(答) 残業時間は含まない。

(問12) 月平均夜勤時間数は、月単位の計算となるのか。

(答) 届出前1か月又は4週間(任意の連続する28日間)のいずれかで計算すること。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(通知第0306002号)別添2 入院基本料等の施設基準等 第2-4(3)エ

(問13) 夜勤時間帯とはどう定義されるのか。

(答) 午後10時から翌朝5時までの時間帯を含む連続した16時間をいい、それぞれの保険医療機関において適切な時間帯を設定可能である。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(通知第 0306002 号) 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 2-4 (3)カ

(問 1 4) 1 5 時から翌朝 7 時までを夜勤時間帯とする病棟で、1 6 時から 2 0 時までの短時間夜勤に月 5 回従事する看護職員は、夜勤従事者と考えてよいか。

(答) 当該病棟の定める夜勤時間帯が 1 6 時からの場合、1 6 時間以上勤務している (4 時間×5 回=2 0 時間) ため、夜勤従事者と考えてよい。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(通知第 0306002 号) 別紙 2 看護要員の配置状況(例)

(問 1 5) 1 5 時から翌朝 7 時までを夜勤時間帯とする病棟で、遅出の看護職員 (例 午前 1 0 時から午後 6 時まで勤務) については、夜勤時間数は何時間になるか。

(答) 当該勤務日については、3 時間の夜勤を行ったこととなる。

(問 1 6) 病棟種別ごとに夜勤時間帯が異なってもよいか。

(答) よい。

(問 1 7) 一人当たり夜勤時間数の計算は個々の病棟ごとで行うのか、病棟の種別ごとの平均で行うのか。

(答) 病棟の種別ごとの平均で行う。例えば、一般病棟入院基本料の 1 0 対 1 入院基本料の届出を行う病棟を 3 病棟持つ保険医療機関の場合、3 病棟全体で月平均夜勤時間数 7 2 時間以内であればよい。

(問 1 8) 一人あたり夜勤時間数の計算にあたって、夜勤専従者の夜勤時間数は除外して計算してもよいか。

(答) 専ら夜勤に従事する者 (夜勤専従者) の実人員数及び延夜勤時間数は、除外して計算する。

例) 入院患者 60 人で看護職員 20 人 (うち夜勤専従職員 2 人、月夜勤 16 時間以下の看護職員 1 人) の病棟が、1 勤務帯 8 時間 1 日 3 勤務帯の交代制で準夜に 3 人、深夜に 3 人をそれぞれ配置する場合。

○月に必要となる夜勤時間数は、

$$1, 488 \text{時間} = (3 \text{人} + 3 \text{人}) \times 8 \text{時間} \times 31 \text{日}$$

○夜勤専従職員 2 名がそれぞれ月 18 回夜勤すると、

$$288 \text{時間} = 8 \text{時間} \times 18 \text{回} \times 2 \text{人}$$

○上記の場合、夜勤従事者一人当たりの月平均夜勤時間数は、

$$71 \text{時間} = (1, 488 - 288) \div (20 \text{人} - 2 \text{人} - 1 \text{人})$$

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(通知第 0306002 号) 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 2-4 (3) オ
及び別紙 2

(問 19) 療養病棟以外の一般病棟等において、夜勤の看護要員 2 名のうち、
1 名を看護補助者とすることは可能か。

(答) 一般病棟等においては、夜勤に看護職員 2 名以上を配置することが必要である。ただし、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料又は 20 対 1 入院基本料を算定しようとするが看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、夜勤帯に看護職員を原則 2 名以上配置しているが、4 月から直ちにすべての夜勤帯に看護職員を 2 名以上配置できないものについては、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められている場合には、緊急やむを得ない場合として、平成 18 年 9 月 30 日までの間に限り、看護職員 1 名に代えて看護補助者をあてることができる。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(通知第 0306002 号) 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 2-4 (3) ア
(二)

【届出受理後の措置】

(問 20) 届出後に 1 日でも配置数が少ない日が生じた場合には直ちに特別入院基本料となるのか。

(答) 月平均で 1 日あたりの配置数が満たされていればよい。また、暦月で 1 ヶ月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動については、届出の変更を行う必要はない。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(通知第 0306002 号) 第 3 届出受理後の措置等 1 (3)

(問 2 1) 土日祝祭日についても常に届出区分を満たす看護職員を勤務させなければならないのか。

(答) 月平均で1日当たりの配置数が満たされていれば、一定の範囲内で傾斜配置ができる。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(通知第 0306002 号) 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 2-4 (2)イ

(問 2 2) 月平均夜勤時間数が 7 2 時間を超えた場合、実績期間の翌月の第 1 日に特別入院基本料の届出を行うこととなるのか、

(答) 通知第 3 届出受理後の措置等 1 (1) のとおり、暦月で 3 月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動については、届出の変更を行う必要はない。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(通知第 0306002 号) 第 3 届出受理後の措置等 1 (1)

【入院基本料その他】

(問 2 3) 兼務者等、これまでの看護要員数の算定の考え方は、看護師比率の考え方にも適用されるのか。

(答) 現行どおり、病棟勤務を兼任している者については、実際の病棟勤務時間を比例計算の上、計算する。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(通知第 0306002 号) 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 2-4 (3)ア(ロ)

(問 2 4) 看護師比率は、どのように計算するのか。

(答) その届出区分において、施設基準上で月平均 1 日当たり勤務することとなる必要看護職員数に対する看護師の数の割合である。実際に勤務している看護職員に対する看護師の比率ではない点に留意されたい。

(問 2 5) 看護師比率 4 0 % を満たさない場合について、経過措置はあるのか。

(答) 平成 1 8 年 9 月 3 0 日までの経過措置を設けることし、社会保険事務局に通知済である。

(問 2 6) 平均在院日数の要件は満たしていないものの看護職員の数及びその他の要件をすべて満たしている場合、保険医療機関の開設者から届出直後の3か月間に所定の日数以内に行うことができる病棟運営計画書が提出されれば届出を受理してよいか。

(答) 現行どおり、受理してよい。

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(通知第 0306002 号) 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 5-7

【入院基本料に係る掲示】

(問 2 7) 例えば、5つの一般病棟があり看護職員を病棟間で傾斜配置している病院の場合、各病棟に実際に勤務している看護職員数の掲示は、5病棟全体の平均的な状況を掲示するのか。あるいは、各病棟の配置状況を掲示するのか。

(答) それぞれの病棟の看護職員の配置状況を各病棟に掲示すること。

【療養病棟入院基本料】

(問 2 8) 療養病床の7月1日施行分に係る告示・通知はいつ発出されるのか。

(答) 4月上旬までに、案をお示しする予定である。

【入院基本料の加算：救急医療管理加算】

(問 2 9) 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の算定要件を満たす保険医療機関であれば、あらかじめ定められた当番日以外でも算定可能か。

(答) 所定の実要件が満たされていれば、当番日以外でも算定可能。

【入院基本料の加算：栄養管理実施加算】

(問 3 0) 栄養管理実施加算は、食事を供与しておらず食事療養費を算定していない患者にも算定できるのか。

(答) 栄養管理計画等を策定し適切な栄養管理が行われていれば、中心静脈栄養等の治療を行っている場合でも算定可。

(問 3 1) 救急や休日等、入院日に栄養管理計画が策定できない場合、何日程度なら遡及して算定できるのか。

(答) 入院後7日以内に計画が策定されていれば、入院初日に遡って算定可。

(問32) 栄養管理計画の記載は、管理栄養士がすべて行わなければならないのか。

(答) 栄養管理実施加算は多職種協働を評価した点数であり、管理栄養士のみですべてを記載する必要はない。

(問33) 栄養管理計画の様式や項目を医療機関独自のものに変更しても良いのか。

(答) 患者の栄養状態の評価、栄養管理計画の策定、定期的な評価等の一連のプロセスが明確にされていればよく、様式については各医療機関で変更して差し支えない。

【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

(問34) 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者は救急救命入院料及び特定集中治療室管理料が算定できないこととなるのか。

(答) 従前どおり算定可能。

(問35) 救急救命入院料及び特定集中治療室管理料に引き続いて、併せて14日以内であれば算定できるのか。

(答) 発症後14日以内であれば算定できる。

(問36) 他の疾患で救急救命入院料を算定した患者が、一般病棟に転棟後、脳出血を発症した場合、脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定できるか。

(答) 算定できる。

(問37) 脳神経外科又は脳神経内科の病棟の一画に脳卒中ケアユニットが存在し、そこに規定数の専従の看護師がいるということによいか。

(答) 病棟の一画を脳卒中ケアユニットとして利用してもよい。ただし看護

師については、当該治療室に常時、入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上配置され、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないこと等の施設基準を満たす必要がある。

(問38) 「脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は作業療法士が1名以上、当該治療室に勤務していること。」とあるが、理学療法士又は作業療法士は他の病棟の勤務ができないのか。

(答) 脳卒中ケアユニット担当の理学療法士又は作業療法士は、専従の配置要件に係る従事者との兼任はできない。

【老人性認知症疾患治療病棟入院料】

(問39) 平成18年3月6日保医発第0306002号「基本施設基準通知」の別添4「特定入院料の施設基準等」の第19の1の(3)のキに規定する「両端にデイルーム等の共有空間がある等老人の行動しやすい廊下を有していること」について、「デイルーム等の共有空間があり老人の行動しやすい廊下に接していれば必ずしも両端でなくてもよい」と解して良いか。

(答) よい。

(問40) 精神科急性期治療病棟入院料1の看護補助配置の基準見直しが行われ、「1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること」とされたが、新たな届出が必要か。

(答) 届出が必要。

(問41) 看護補助配置の要件を3月の実績では基準を満たせないが、当該届出保険医療機関の開設者から4月末までに基準を満たすことができる病棟運営計画書が提出された場合、届出を受理してよいか。

(答) 看護補助配置について、4月14日時点までの実績では基準を満たさない場合であっても、勤務体制の見直し等による適切な配置計画が具体的に定められている病院については、4月届出分に限り受理できる。ただしこの場合には、5月に社会保険事務局への4月分の実績報告が必要。

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テ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) ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術は、2つ届出が必要か。

(答) そのとおり。

1 1. 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によいが、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」を算定し、当該診断によ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」の算定にあたっては、診療報酬明細書の摘要欄に、「かかりつけ歯科医初診料」を算定した日及び一連の治療が終了した日付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、現に継続治療計画に基づき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) 直近の歯周疾患継続治療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つては、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「歯周疾患継続治療診断料」又は「歯科口腔継続管理治療診断料」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つては、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、同一初診中であつて平成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つては、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つて、文書による情報提供を行った場合に限って、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つては、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つては、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。