

# 社 保国保の棗

## 再診料と慢性疼痛疾患管理料との関係等について

日医発第1071号(保17) F

平成14年3月26日

日本医師会長

坪井栄孝

標記につきましては、平成14年3月8日付(保医発第0308001号)「診療報酬点数表及び老人診療報酬点数表の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」により4月1日から取り扱われることとなります。しかし、慢性疼痛疾患管理料(診療所のみ)の算定に関しましては、同通知の解釈にわかり難い面があります。今般、本通知の解釈を理解するために、厚生労働省では、「再診料と慢性疼痛疾患管理料との関係等について」が改めて通知されましたのでご連絡いたします。本通知の内容は以下のとおりであります。

記

### 慢性疼痛疾患管理料について

1 診療報酬点数表第2章第1部指導管理等

の「慢性疼痛疾患管理料」は診療所で算定する。

2 慢性疼痛疾患管理料を算定した患者の再診料は通減しない。

3 慢性疼痛疾患管理料は「疼痛」のある疾患を主病とする患者に対して算定する。

4 慢性疼痛疾患管理料を算定するか、算定しないかは、患者ごとに保険医療機関が判断する。

5 慢性疼痛疾患管理料を算定する場合、保険医療機関の届出等はない。

### 消炎鎮痛等処置について

1 慢性疼痛疾患管理料を算定しない患者の場合は、消炎鎮痛等処置が算定できる。

2 消炎鎮痛等処置は、同一月において5回目から月内通減制が取り入れられているが、消炎鎮痛等処置の「1 マッサージ等の手技による療法」は月内通減制の対象とならない。

3 消炎鎮痛等処置を算定した患者でも、消炎鎮痛等処置を算定しない日には、リハビリテーションの部の理学療法を算定できる。

(添付資料)

1 再診料と慢性疼痛疾患管理料との関係等について

(平14・3・25 保医発第0325003

号 厚生労働省保険局医療課長通知)

## 再診料と慢性疼痛疾患管理料との関係等について

保医発第0325003号

平成14年3月25日

厚生労働省保険局医療課長

再診料、慢性疼痛疾患管理料等については、「診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第72号)の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」(平成14年3月8日保医発第0308001号)等により取り扱われているところであるが、再診料と慢性疼痛疾患管理料との関係等については、下記のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図りたい。

記

1 平成14年度診療報酬改定においては、医療機関への受診回数適正化を図る等の観点から、再診料につき月内通減制を採用したところであり、月の1回目の受診について、従来より高い評価を行うとともに、月の4回目以降の受診について、低減した評価とすることとされているものであること。しかしながら、この月内通減制の対象とすることが適当でないと考えられる患者については、月内通減制

の対象から除外することとしたものであること。

2 一方、変形性膝関節症等の疼痛を主病とする患者に対する継続的な疼痛管理を評価する観点から、新たに慢性疼痛疾患管理料を創設したものであること。

3 この慢性疼痛疾患管理料を算定している患者については、その特殊性にがんがみ、再診料の月内逓減制の対象から除外することとしたものであること。

4 保険医療機関は、患者ごとに慢性疼痛疾患管理料の算定を行うかどうかを判断することができるものであり、これに関し、特段の届出は必要ないものであること。このため、当該保険医療機関における変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とする全ての患者について、慢性疼痛疾患管理料を算定する必要はないものであること。

5 慢性疼痛疾患管理料を算定しない患者については、消炎鎮痛等処置を算定することができるものであること。また、消炎鎮痛等処置を算定した患者であっても、消炎鎮痛等処置を算定した受診時と異なる受診時において、リハビリテーションの部に掲げる理学療法を

算定できるものであること。

6 消炎鎮痛等処置については、月内逓減制が採用されているところであるが、消炎鎮痛等処置の「1マッサージ等の手技による療法」については、当該逓減制の対象とされていないものであること。

### 理学療法における早期リハビリテーション加算の取扱いについて

日医発第1106号(保182) F  
平成14年3月29日

日本医師会長 坪井 栄 孝

平成14年4月1日実施の診療報酬点数表の改定につきましては、本会作成の「改定診療報酬点数表参考資料(平成14年4月1日実施)」「平成14年3月28日付け日医発第1093号(保181)」等により、ご連絡申し上げているところであります。

今般、理学療法における早期リハビリテーション加算の取扱いに関して、厚生労働省保険局医療課長より、別添のとおり疑義解釈通知が出されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

### 診療報酬の取り扱いにかかる疑義照会について

14東社局医第427号  
平成14年3月28日  
東京社会保険事務局  
保険部保険医療課長

早期リハビリテーション加算の対象患者については、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年3月厚生省告示第54号)」において、「急性発症した脳血管疾患等の患者」とされているところであるが、脊椎・関節の手術を受けた患者については、「急性発症した脳血管疾患等の患者」に該当するものと考えてよろしいか。

### 疑義解釈について(回答)

保医発第0328005号  
平成14年3月28日

厚生労働省保険局医療課長  
平成14年3月28日付け14東社局医第427号により照会のあった標記について、下記のとおり回答する。

記

早期リハビリテーション加算の対象者について

は、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年3月厚生省告示第54号)において、「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」とされているところであり、その具体的な範囲は、「診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第72号)の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)(平成14年3月8日保医発第0308001号)において、「脳血管疾患、脊髄損傷等の脳・脊髄(中枢神経)外傷、大腿骨頸部骨折、下肢・骨盤等の骨折、上肢骨折又は開腹術・開胸術後の患者であり、理学療法による治療が必要と認められる患者」としているところであるが、御指摘の「脊椎・関節の手術を受けた患者」については、これらの患者のうち、理学療法による治療が必要と認められる患者については、「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に該当するものである。

**診療報酬請求書の記載要領等の一部改正について**

保医発第0325002号  
平成14年3月25日  
厚生労働省保険局医療課長

標記については、「診療報酬請求書の記載要領等について」(昭和51年8月7日保発第82

号)により取り扱われているところであるが、今般、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準(平成6年3月厚生省告示第72号)の一部改正に伴い、同通知を左記のとおり改正することとし、平成14年4月1日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

**別紙1の第3の2のを次のように改める。**

(17)「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」(平成3年9月27日)別添3に規定する傷病名を用いること。

イ 主傷病、副傷病の順に記載すること。

主傷病については原則として1つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

ウ 薬剤科に係る所定単位当たりの薬価が175円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤

などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りではないこと。

エ 傷病名が4以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側(傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末)に記載すること。オ 心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍(心身症)」のように、「心身症による当該身体的傷病の次に(心身症)」と記載すること。

**別紙1の第3の2の(イ)を次のように改める。**

(イ) 薬剤名、規格単位(%)又は同等)及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関(以下「届出

保険医療機関」という。)については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

別紙1の第3の2の(イ)を次のように改める。

(エ) 薬剤名、規格単位(%)又はmg等)及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

別紙1の第3の2の(イ)を次のように改める。

エ 皮下筋肉及び静脈内注射等については、入院外分はそれぞれ1回分ごとに、入院分はそれぞれ1日分ごとに、点滴注射及び中心静脈内注射等については1日分ごとに、使用した薬名、規格単位(%)、mlはmg等)及び使用量を「摘要」欄に記載すること。ただし、「届出保険医療機関については、

注射の各手技料の算定単位(1回又は1日)当たりの薬価が175円以下の場合、使用薬剤の薬名、使用量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

別紙1の第3の2の(イ)を次のように改める。

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%)、ml又はmg等)及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、投薬にあつては薬剤料に掲げる所定単位の注射のうち皮下・筋肉内注射又は静脈注射であつて入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回当たりの、それ以外の注射にあつては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の場合、使用薬剤の医薬品名・使用量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

別紙1の第2の2の(イ)を次のように改める。

オ 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方社会保険事務局に届け

出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合、医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤型及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤型、用法を記載するものであること。

(ア) 自家製剤加算(予製剤による場合を含む。以下同じ。)、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算及び計量混合調剤加算(予製剤による場合を含む。以下同じ。)を算定した場合

(イ) 同一処方せんにより、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であつて、別剤として調剤料を算定した場合

別紙1

診療報酬請求書の記載要領

一般的事項

診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3

2 診療報酬明細書の記載要領(様式第2)

診療報酬明細書の記載要領に関する事項「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」

(平成3年9月27日)別添3に規定する傷病名を用いること。

イ 主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として一つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

ウ 薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が1円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。

エ 傷病名は、わが国で通常用いられる傷病名をゆかりやすく記載すること。

イ 傷病名が4以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線

を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側(傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末)に記載すること。

ロ 心身医学療法を算定する場合にあつては、例えば「胃潰瘍(心身症)」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「(心身症)」と記載すること。

(26) 「投薬」欄について

ア 入院分について

(ア) (略)

(イ) 薬剤名、投与量等については、薬剤料は掲げる所定単位当たりの薬価が20円以下の場合には記載の必要はないが、20円を超える場合はその薬名、規格単位(%)又はmg等)及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関(以下「届出保険医療機関」といふ。)については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が1円以下の場合には、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤に

ついて最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

(ウ) (カ) (略)

イ 入院外分について

(ア) (ウ) (略)

(エ) 薬剤名、投与量等については、薬剤料は掲げる所定単位当たりの薬価が20円以下の場合には記載の必要はないが、20円を超える場合はその薬名、規格単位(%)又はmg等)及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が1円以下の場合には、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

(オ) (シ) (略)

(27) 「注射」欄について

ア) ウ) (略)

エ 使用薬剤の薬名、使用料等については、注射の薬名、技術料の算定単位(1回又は

は1日)当りの薬価が20円以下の場合  
は記載の必要はないが、20円を越える場  
合は、皮下筋肉内及び静脈内注射等につ  
いては、入院外分はそれぞれ1回分ごと  
に、入院分はそれぞれ1日分ごとに、点  
滴注射及び中心静脈内注射等については  
1日分ごとに、使用した薬名、規格単位  
(%、mlはmg等)及び使用料を「摘要」  
欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関について  
は、注射の各手技料の算定単位(1回  
又は1日)当たりの薬価が175円以下の  
場合は、使用薬剤の薬名、使用量等を  
記載する必要はないものとする。  
なお、複数の規格単位のある薬剤につ  
いて最も小さい規格単位を使用する場  
合は、規格単位は省略して差し支えない。  
才以下(略)

**診療報酬請求書の記載要領等の一  
部改正に伴うQ&Aの送付等について**

事務連絡(保1)F

平成14年4月1日

日本医師会常任理事

菅 谷 忍

いわゆる「205円ルール」の改定に伴う「診療

報酬請求書の記載要領等の一部改正について  
(平成14年3月25日付け保医発第0325002  
号厚生労働省保険局医療課長通知)につ  
きまして、平成14年3月28日付け日医発第1093  
号(保181)にてご連絡申し上げているところ  
であります。  
今般、本件に関するQ&Aが厚生労働省保  
険局医療課により作成されましたので、取り急ぎ  
ご連絡申し上げます。

また、平成14年3月28日付け保医発第032  
8002号厚生労働省保険局医療課長通知によ  
り、精神療養病棟入院科2を算定している保  
険医療機関が、精神療養病棟入院科2を算定して  
いる病棟について、4月1日から他の入院料を  
算定しようとする場合の取扱いが示されました  
ので、ご連絡申し上げます。

**診療報酬請求書の記載要領等の一  
部改正に関するQ&Aの送付につ  
いて**

事務連絡

平成14年3月28日

厚生労働省保険局医療課

「診療報酬請求書の記載要領等の一部改正に  
ついて」(平成14年3月25日保医発第03250  
02号)により、「診療報酬請求書の記載要領

等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)  
の一部を改正し、平成14年4月1日より適用す  
ることとしたところであるが、これに関するQ  
&Aを作成しましたので、送付させていただきます。  
なお、地区医師会等できりまとめた上で  
届出を行うことについては、特段、差し支えな  
いものである旨申し添えます。

**診療報酬請求書の記載要領等の一  
部改正に関する問答集(平成14年3  
月28日)**

保険局医療課

問1 傷病名の記載に関し、主傷病・副傷病の  
区別の方法について、主傷病と副傷病の間を  
線で区切る方法以外の方法としてどのような  
方法があるのか。

答 例えば、主傷病の傷病名に接頭語若しくは  
接尾語として「主」と記載する方法又は主  
傷病の傷病名を で囲む方法が考えられる。

問2 傷病名の記載は、必ず主傷病、副傷病の  
順に記載しなければならないのか。

答 主傷病、副傷病の順に記載することを原則  
とするが、この順に記載することが困難な場

合は、この限りでない。ただし、その場合にあっては、主傷病の傷病名に接頭語又は接尾語として「(主)」と記載、主傷病の傷病名を以て主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

問3 主傷病としての記載が複数ある場合には、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を2種類以上算定できることとなるのか。  
例えば、主傷病として「糖尿病」及び「ペーチェット病」という記載がある場合には、「特定疾患処方管理加算」及び「難病外来指導管理科」の双方を算定することが認められることとなるのか。

答 レセプト上主傷病が複数記載されている場合であっても、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を2種類以上算定することとは認められない。このような場合は、主傷病として記載されている疾患のうち、どの疾病が主病であるかを医療機関に判断させることとなる。

問4 副傷病については、主なものについて記載することとされているが、その具体的な範囲如何。

答 副傷病として記載する範囲については、実

際に行った検査・処置等の原因となる傷病のうち、他の傷病名の記載から医学的に判断して、その発症が類推できるものについては、記載する必要はないものである。

問5 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関又は保険薬局の届出に關し、届出書の様式は定められていないのか。

答 特段の様式は定めていないところであるが、別添様式(A4に拡大して使用可)を参考とされたい。なお、医事会計システムの電算化が行われていないものとして届出のあった保険医療機関及び保険薬局の数については、定期的に報告を求める予定である旨を申し添える。

問6 医事会計システムの電算化は行われているが、従来よりシステム上、薬剤名等が記載できないものを利用してはいる保険医療機関又は保険薬局については、薬剤名等を省略する旨の届出はできるのか。

答 このような保険医療機関又は保険薬局については、新たにシステムを入れ替えるまでの間は、届出をすることが出来るものである。

(注)薬剤名等省略にかる届出については、次頁の届出書により今年25日(休)までに広島社会保険事務局に記入の上届出ること。

精神療養病棟入院料2を算定している保険医療機関に係る入院料の届出について

保医発第0328002号  
平成14年3月28日  
厚生労働省保険局医療課長

入院料に係る届出については、「基本診療科の施設基準等及びその届出に關する手続きの取扱について」(平成14年3月8日保医発第0308002号)等により取り扱われているところであるが、平成14年3月31日において精神療養病棟入院料2を算定している保険医療機関が、精神療養病棟入院料2を算定している病棟につき、同年4月1日から他の入院料を算定しようとする場合においては、同年4月25日までに届出書の提出があり、同月30日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って届出に係る入院料を算定することができるものとし、この場合における実績については届出前の2週間の実績を有していれば足りるものとする取扱いとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

(別添様式)

## 薬剤名等省略にかかる届出書

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第28号)に基づき、診療報酬の請求に当たり、薬剤名、投与量等の記載を一部省略する旨を届け出ます。

理由(該当番号に をして下さい)

- 1 診療報酬請求書が手書きのため。
- 2 医事会計システムの電算化は行われているが、薬剤名等が記載出来ないため。

平成 年 月 日

医療機関コード							
---------	--	--	--	--	--	--	--

所在地

保険医療機関又は保険薬局の 名称

開設者名

印

広島社会保険事務局長 殿