

事 務 連 絡
平成18年4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5）

「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1のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

また、「疑義解釈資料の送付について（その4）」（平成18年4月24日事務連絡）の一部を別添2のとおり修正し送付いたしますので、併せて留意願います。

《別添 1》

1. 初・再診料

【複数診療科受診】

(問 1) 内科で再診料と外来管理加算を算定し、その後、眼科を同日初診で受診し、処置を行った場合、内科で算定した外来管理加算はそのまま算定できるか。

(答) 算定できない。

【同一日複数科受診時の初診料】

(問 2) 「疑義解釈資料の送付について (その 2) (平成 18 年 3 月 28 日事務連絡)」の問 1 において、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ないとあるが、1 つ目の診療科でも算定できないのか。

(答) 初診料を算定した診療科では、1 月以内は特定疾患療養管理料は算定できない。ただし、再診料を算定する診療科においては、要件を満たせば特定疾患療養管理料を算定できる。

【電子化加算】

(問 3) 電子化加算の選択的要件である、「診療情報 (紹介状を含む) を電子的に提供していること」とは具体的にどういうことか。

(答) 検査、画像診断の結果を含め、医学的に必要な情報が電子的に提供できるものであることが必要である。

(問 4) 医科歯科併設の医療機関において、医科は施設基準を満たすが、歯科は満たさない場合、医科についてのみ電子化加算を算定できるか。

(答) 算定できない。

2. 入院料等

【入院基本料等】

(問5) 看護師又は准看護師を看護補助者と見なす場合、どのように計上すればよいか。

(答) 届出に必要な数を超えて配置している看護師及び准看護師の過配分を看護補助者とみなす場合には、次のいずれかの方法によって人員換算のうえ計上する。

- ① 看護補助者と見なす看護師又は准看護師は勤務計画表から除外し、その人員を看護補助者として計上する。
- ② 看護職員の勤務実績に基づいて、実際に勤務した看護職員の暦月平均の1日当たり総勤務時間数から、当該届出区分において勤務することが必要となる看護職員数の同総勤務時間数を差し引いた数を、常勤者の所定労働時間で除することによって換算した人員をもって計上する。

(問6) 病棟毎の看護職員の適正な配置のために別紙10を参考として用いる場合、ハイケアユニット入院医療管理料算定時とまったく同じ頻度で入院患者の重症度・看護必要度を測定しなければならないか。また、別紙10の重症度・看護必要度に係る評価の手引きに示された所定の研修とは何か。

(答) 入院患者の看護必要度等の評価は、各病棟の実情に併せて、各勤務帯に勤務させる看護職員を適切に配置するために必要な頻度で行う。別紙10を用いる際には、手順に則って評価することが望ましいが、その使用頻度は毎日でなくてもよい。

別紙10の重症度・看護必要度に係る評価の手引きに示された所定の研修とは、ハイケアユニット入院医療管理料を算定する患者の重症度・看護必要度の評価方法を習得し、看護管理及び質管理に活用するために必要な内容を含んだ研修をいう。

具体的には、次の事項を全て満たす研修であって、修了証が交付されていることが望ましい。

- ① 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。
- ② 講義及び演習により、次の項目を研修すること。
 - ・看護必要度の考え方
 - ・重症度、看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
 - ・看護必要度を活用した看護管理方法
 - ・看護必要度を用いた看護の質評価方法

- ・重症度、看護必要度に係る院内研修の企画、実施、評価方法
- ③ 具体的な事例を用いた評価、評価結果の妥当性の確認、評価結果の看護管理への活用についての検討を行うこと。

例えば、国立保健医療科学院で開催される1日程度の研修会などがある。

(問7) 入院基本料に係る看護師の員数は、実配置数で計算するよう改められたが(例:従前の2:1が10:1に改められた)、標欠の基準に係る医師、歯科医師の員数の計算方法についても改められるのか。

(答) 従前どおり、医療法の例による。指導・監査、定時報告、適時調査等の機会を通じて、医師・歯科医師の員数の把握を行うこと。

(問8) これまで療養病床で特殊疾患療養病棟入院料を算定してきた病棟を一般病床に転換する場合、1月間の実績が必要になるが、一般病床転換後の1月間の実績が必要か、あるいは転換前の1月間の実績でもよいのか。

(答) 一般病棟に転換後の実績である必要はない。転換前に一般病床として的人员配置基準を満たしている実績があればよい。

【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】

(問9) 医療機関を退院後に再入院し、入院基本料の起算日が変わらない場合は救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算は算定できるか。

(答) 入院期間を通算して7日まで算定できる。

(問10) 救急医療管理加算を7日間算定する場合は、当該加算の対象となる患者は7日間継続して重症の状態である必要があるのか。入院の時点で重症の状態であれば7日間算定可能となるのか。

(答) 入院の時点での状態が基準に該当すれば、その後病状が改善していても7日間まで算定可。

【がん診療連携拠点病院加算】

(問11) 医療機関を退院後に再入院し、入院基本料の起算日が変わらない場合はがん診療連携拠点病院加算は算定できるか。

(答) 算定できない。

(問 1 2) 悪性腫瘍以外の疾患で紹介された患者が拠点病院で悪性腫瘍と診断された場合もがん診療連携拠点病院加算は算定できるか。

(答) 算定できない。

(問 1 3) 悪性腫瘍として紹介を受け、外来管理を行ったのち、入院治療を行った場合には算定できるのか。

(答) 算定できる。

【栄養管理実施加算】

(問 1 4) 栄養管理計画書の記載にあつては、すべて管理栄養士が記載しなければならないのか。

(答) 栄養管理は、管理栄養士をはじめとして、医師や、医師の指導のもと、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して行うものであり、必ずしも管理栄養士が記載しなければならないものではない。

【医療安全対策加算】

(問 1 5) 医療安全対策加算の施設基準中の「適切な研修」を実施する「国及び医療関係団体等」にはどのようなところが該当するのか。

(答) 医療安全管理者の養成を目的とした医療安全管理者養成研修を行っている国立保健医療科学院や日本医療機能評価機構等がある。

また、これらに限らず、次の全ての要件を満たす研修を実施している団体等は「国及び医療関係団体等」に該当するものであること。

- ① 医療安全管理者の養成を目的とした研修であること
- ② 通算して40時間以上又は5日程度の研修であること
- ③ 院内の安全管理の体制確保のための研修ではなく、医療安全に関する制度、医療安全のための組織的な取組、事例分析・評価・対策、医療事故発生時の対応、コミュニケーション能力の向上、職員の教育研修、意識の向上等のカリキュラムが盛り込まれた研修であること
- ④ 講義又は具体例に基づく演習等が実施される研修であること

なお、既に受講した研修がこれらの要件を満たしていない場合には、不足する要件を補足する研修を追加受講することでも差し支えない。

3. 医学管理等

【乳幼児育児栄養指導料】

(問16) 乳幼児育児栄養指導料の算定にあたっては、初診料を算定しない初診の場合でも算定できるか。

(答) 算定できない。乳幼児育児栄養指導料が算定できるのは初診料を算定する場合のみである。

【ニコチン依存症管理料】

(問17) ニコチン依存症管理料を算定する際処方されるニコチンパッチはどのような扱いとなるのか。

(答) ニコチンパッチが薬価収載されるまでは、自費徴収の有無に関わらず、パッチを使用する禁煙指導は全て自由診療となる。

なお、ニコチンパッチの薬価収載については、現在検討中である。

4. 在宅医療

【在宅療養支援診療所】

(問18) 同一患者に対して複数の保険医療機関が在宅療養支援診療所になることはできるのか。

(答) できない。

【在宅時医学総合管理料】

(問19) 在宅時医学総合管理料と寝たきり老人訪問指導管理料は、各々算定要件を満たせば併せて算定できるか。

(答) 寝たきり老人訪問指導管理料は、計画的な医学管理を評価したものであり、在宅時医学総合管理料と同一月に併せて算定できない。

5. 検査

【外来迅速検体検査加算】

(問20) 外来を受診した患者に対し、迅速に実施した検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合も算定できるか。

(答) その日のうちに全ての検査結果が出ており、その結果に基づいて、入院の必要性を認めた場合には算定できる。

【検体検査】

(問21) D001尿中特殊物質定性定量検査のカタラーゼ反応は、今回改定で削除されたが、算定できなくなったのか。

(答) D001の「17 その他」により、D007の「17 カタラーゼ」の点数を準用して算定する。

(問22) 抗アセチルコリンレセプター抗体価は、重症筋無力症の診断後の経過観察等の目的で行った場合は算定できないのか。

(答) 従前通り、算定できる。

【コンタクトレンズ検査料関連】

(問23) コンタクトレンズの装用者については、屈折異常を有すること、コンタクトレンズ装用に伴う眼疾患の発生の蓋然性が高いことから、継続的な管理が必要であるとされている。コンタクトレンズ装用を継続しているにもかかわらず、屈折異常に係る傷病の転帰を「中止」又は「治ゆ」とすることは適当か。また、短期間、コンタクトレンズの装用を中止する場合に、屈折異常について転帰を「中止」又は「治ゆ」とすることは適当か。

(答) 屈折異常は継続していること、及びコンタクトレンズを処方していることから、「中止」又は「治ゆ」とすることは適当でない。また、短期間のコンタクトレンズの装用中止においても、屈折異常は継続しており、「中止」又は「治ゆ」とすることは適当でない。

(問24) コンタクトレンズ処方後に次回受診を指示しないことがありうるのか。

(答) コンタクトレンズの装用者については、屈折異常を有すること、コンタクトレンズ装用に伴う眼疾患の発生の蓋然性が高いことから、継続的な管理が必要であり、特にソフトコンタクトレンズについては、次回の受診日を指示しないことは一般的に想定されない。

(問25) 転居等により、コンタクトレンズ既装用者が、他の医療機関を初診で受診した場合、初診料を算定できるとされているが、コンタクトレンズ検査料は「ロ 既装用者の場合」を算定するのか。

(答) その通り

(問26) コンタクトレンズの処方について、自由診療として取り扱ってよい場合があるのか。

(答) 一般的に想定されない。

(問27) 初診時の診療については保険適用とし、その後の再診については保険診療とせず自由診療とすることは認められるか。

(答) 原則認められない。

(問28) 患者がコンタクトレンズを紛失し、医療機関を受診してコンタクトレンズ処方を求めた場合は、保険給付となるのか。

(答) 医師が指示した受診日以前に、新たな疾病の罹患が疑われないにもかかわらず受診する場合は保険給付の対象とはならない。

(問29) 屈折異常以外の疾病を有する患者について、屈折異常以外の疾病に対する診療については保険診療とし、コンタクトレンズ診療については保険外診療とすることは認められるか。それぞれの診療を異なる日に行う場合であれば認められるか。

(答) 保険医療機関におけるコンタクトレンズ装用者に対する診療には保険が適用されることから、屈折異常以外の療養について保険診療とし、コンタクトレンズに係る診療について保険外診療とすることは、原則認められない。

(問30) コンタクトレンズ検査料を算定した場合、眼科学的検査の実施に伴い使用する薬剤、フィルムについては別途算定できるか。

(答) 算定できる。

(問31) 眼内の手術前後の患者等にあつてはコンタクトレンズ検査料を算定せず区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査を算定するとあるが、角膜移植術前後についてはどのように算定するのか。

(答) 角膜移植術前後も、眼内の手術の前後と同様にコンタクトレンズ検査料を算定せず個々の眼科学的検査を算定する。

(問32) 円錐角膜の治療を目的としてコンタクトレンズ(ハードコンタクトレンズに限る。)の処方を行った場合はコンタクトレンズ検査料を算定せず、区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査を算定することとされたが、角膜変形や高度不整乱視の治療を目的としてコンタクトレンズ(ハードコンタクトレンズに限る。)の処方を行った場合も同様に考えてよいか。

(答) 角膜変形や高度不整乱視の治療を目的としてコンタクトレンズ(ハードコンタクトレンズに限る。)の処方を行った場合も、コンタクトレンズ検査料を算定せず、個々の眼科学的検査を算定する。

(問33) 緑内障の患者(治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラーネーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。)にあつてはコンタクトレンズ検査料を算定せず、区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査を算定するとあるが、高眼圧症の患者の場合も同様に考えてよいか。

(答) 高眼圧症の患者にあつても、緑内障の患者と同様に、治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラーネーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限り、コンタクトレンズ検査料を算定せず個々の眼科学的検査を算定する。

(問34) 網膜硝子体疾患を有するコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を実施した場合であってもコンタクトレンズ検査料を算定するのか。

(答) 網膜硝子体疾患の患者(治療計画を作成し診療録に記載するとともに、散瞳剤を使用し、汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査、細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)及び眼底カメラ撮影を実施し、網膜硝子体の所見を図示して詳細に診療録に記載した場合に限る。)については、コンタクトレンズ検査料を算定せず個々の眼科学的検査を算定する。

(問35) 治療用コンタクトレンズ装用の患者についてもコンタクトレンズ検査料を算定するのか。

(答) 度数のない治療用コンタクトレンズの装用については、屈折矯正用のコンタクトレンズに該当しないことから、コンタクトレンズ検査料を算定せず、個々の眼科学的検査を算定する。

6. 投薬

【長期投薬加算】

(問36) 処方料の注6、処方せん料の注4において、「別に厚生労働大臣が定める疾患のものに限る。」とあるが、当該加算の算定対象は別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限るのか。

(答) 従前通り、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。

7. リハビリテーション

【通則】

(問37) 脳血管リハビリテーション等に係る専従の理学療法士が、同じ病院の介護療養病床に入院する介護保険適用の患者にリハビリテーションを実施することは認められるのか。

(答) 認められる。ただし、1人の療法士が1日に実施可能な単位数については、医療保険の単位数の合計が1日24単位以内である必要がある。

(問38) 脳卒中により神経障害を来し麻痺や後遺症のある患者については、障害児(者)リハビリテーション料に規定する「神経障害による麻痺及び後遺症」に含まれるため、算定日数上限の適用除外となるのか。

(答) 脳卒中等の脳血管疾患により麻痺や後遺症を呈している患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であれば対象となる。なお、治療の継続により状態の改善が期待できるか否かについては、定期的に客観的な評価を行った上で医師が適切に判断すること。

(問39) 心大血管疾患リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の起算日となる治療開始日とは、リハビリテーションを開始した日なのか。

(答) リハビリテーションを開始した日である。

(問40) 平成18年4月1日を起算日とする場合、診療報酬明細書の「診療開始日」も4月1日に変更する必要があるか。

(答) 必要ない。

(問41) 心大血管疾患リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションについて、平成18年3月31日以前から治療を開始しており、改定に伴い平成18年4月1日を起算日とする場合、診療報酬明細書の「摘要」欄に4月1日と記載する必要があるか。

(答) 記載要領通知に基づき、治療開始日(リハビリテーション開始日)を記載することが必要である。ただし、4月診療分については4月1日と記載しても差し支えない。

(問42) 脳血管疾患等リハビリテーションについては、発症日、手術日又は急性増悪となった日(発症日、手術日又は急性増悪となった日が3月31日以前の場合には4月1日)が起算日となるが、例えば、3月中に脳卒中を発症し、その後、手術又は急性増悪がないまま、4月10日からリハビリテーションを開始する場合、起算日は4月1日となるのか。

(答) その通り。

(問43) 心大血管疾患リハビリテーションについては、治療開始日(治療開始日が3月31日以前の場合には4月1日)が起算日となるが、例えば、3月中に心臓疾患を発症し、4月10日に治療(リハビリテーション)を開始した場合、起算日は4月10日となるのか。

(答) その通り。

【呼吸器リハビリテーション料】

(問44) 呼吸器リハビリテーション料の施設基準中の血液ガス検査機器は、機能訓練室に設置しなければならないのか。

(答) 同一医療機関内にあれば、機能訓練室に設置する必要はない。

【リハビリテーション総合計画評価料】

(問45) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出た医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)を算定する患者に対してリハビリテーション総合計画評価料は算定できるか。

(答) 算定できない。

8. 精神科専門療法

【通院精神療法】

(問46) 認知症をもつ高齢者に外来で精神療法を実施した場合には、通院精神療法を算定できるのか。

(答) 従前通り、通院精神療法の対象精神疾患の合併症である知的障害、認知症、心身症及びてんかんに対して通院精神療法を実施した場合には、算定できる。

【精神科ショート・ケア】

(問47) 起算して3年を超える場合は週5日を限度として算定するとあるが、従前から精神科デイ・ケアを行っている患者の場合の起算日はどうなるのか。

(答) 精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケアとでは基本的に同じ療法であるため、精神科デイ・ケアと通算してカウントすることとなる。したがって、

従前から精神科デイ・ケアを行っている場合は従前の起算日となる。

9. 処置

【人工腎臓】

(問48) 持続緩徐式血液濾過については、今回、人工腎臓とは別に点数設定がなされたが、従前の人工腎臓と持続緩徐式血液濾過術を併せて月15回以上行った場合の考え方については変わらないのか。

(答) 従来通り。15回目以降は算定できないが、薬剤科又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

【耳鼻咽喉科処置】

(問49) 耳管処置が2つに区分されたが、耳管開放症に対する処置はどちらで算定するのか。

(答) 耳管開放症に対する処置は、「J096 耳管処置」の「1 カテーテルによる耳管通気法(片側)」により算定する。

【整形外科的処置】

(問50) 「腰部又は胸部固定帯固定」、「低出力レーザー照射」及び「肛門処置」は、これまで消炎鎮痛等処置により算定していたが、今回の改定で新たに区分として設定された。消炎鎮痛等処置と併せて算定できないとされている「鋼線等による直達牽引」、「介達牽引」、「リハビリテーション」等と併せて実施した場合、算定可能となったのか。

(答) 従来通り、算定できない。ただし、処置にあたり腰部固定帯を使用した場合は、「J200 腰部固定帯加算」を算定できる。

(問51) 疑義解釈資料(その3)で「介達牽引と消炎鎮痛等処置について併せて5回以上実施された場合は、5回目以降については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。」とあり、5回目以降に行われた介達牽引、消炎鎮痛等処置についても逡減されると思われるが、消炎鎮痛等処置には逡減の取扱いがないのに、同一月に介達牽引と併せて5回以上行くと消炎鎮痛等処置であっても逡減されるのか。

(答) 逡減されるのは介達牽引のみであり、消炎鎮痛等処置は逡減されない。

10. 手術

【手術】

(問52) 「K228 眼窩変形治癒骨折矯正術」が「K228 眼窩骨折整復術」と名称が改められたが、「K227 眼窩骨折観血的手術」との違いが明確でなくなった。当該項目はどうした場合に算定できるのか。

(答) 従前通り、陳旧性の変形治癒骨折に対して整復術を実施した場合に算定する。

(問53) 埋込型除細動器移植術又は埋込型除細動器交換術に当たり実施される、誘発した心室細動に対する除細動については、どの様に算定するのか。

(答) 誘発心室細動に対する除細動は、「J047カウンターショック」に準じて手術料とは別に算定できる。

11. DPC

(問54) 定義告示内の副傷病名欄で、ICDコードではなく6桁の疾患コードが記載されている場合は、その疾患の傷病名欄に記載されたICDコードに該当する場合に副傷病ありになるということか。

(答) その通り。

(問55) 医療資源を最も投入した傷病名が食道の悪性腫瘍(060010)に該当するICDコードであり、一入院中に化学療法と放射線療法とを両方行った場合、手術・処置等2は2(放射線治療)ありとなるのか。

(答) その通り。

(問56) DPCの留意事項通知に「入院中に、定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類区分に該当する可能性がある場合の取扱いについては、「手術」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」の全ての項目において、ツリー図上、下に掲げられた診断群分類を優先して選択すること。」とあるが、入院中に異なるツリーで評価される複数の手術を行った場合、上記文章に従って診断群分類を決定する必要があるのか。

(答) その通り。

12. 歯科

(問57) 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領においては、電子化加算の記載に関する記述がないが、どのように記載すればよいのか。

(答) 電子化加算を算定した場合には、省令に定める様式第3の「初診」欄に、初診料と当該加算を加算した合計点数を記載し、「摘要」欄に㊦と記載すること。なお、当面、全体の「その他」欄に㊦と記載することでも差し支えない。

(問58) 平成18年3月31日以前に「病院歯科再診料1」及び「病院歯科再診料2」を算定している患者については、平成18年4月1日以降においても、A002に掲げる「地域歯科診療支援病院歯科再診料」を算定できると考えてよいか。

(答) 平成18年3月31日以前に「病院歯科再診料1」及び「病院歯科再診料2」を算定している患者については、平成18年4月1日以降に、A001に掲げる「地域歯科診療支援病院歯科初診料」を算定することができる病院である保険医療機関であって、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た機関に限り、A002に掲げる「地域歯科診療支援病院歯科再診料」を算定して差し支えない。

13. その他

【療養の給付と直接関係のないサービス等】

(問59) 平成18年3月31日付の一部改正通知において、「療養の給付と直接関係のないサービス等の具体例」として記載されていた「患者の自己利用目的によるレントゲンのコピー代」が削除されたが、セカンド・オピニオン以外の利用目的（例えば、裁判や保険会社への提出物として利用する場合など）である場合には、従来どおり患者から費用を徴収してよいのか。

(答) その通り。

《別添2》

※)「疑義解釈資料の送付について(その4)(平成18年4月24日事務連絡)」の別添2の訂正

12. 歯科診療報酬

(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」~~又は「歯科口腔継続管理総合診療料」~~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」又は「歯科口腔継続管理総合診療料」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。