

事務連絡(保36)F
平成18年5月19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
鈴木 満

平成18年度診療報酬改定『Q&A』(その3)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関する都道府県医師会、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、これまでに厚生労働省当局と確認がとれましたものを「平成18年度診療報酬改定『Q&A』(その3)」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3) (2006/5/19 日本医師会)

平成18年度診療報酬改定『Q&A』（その3）

2006/5/19 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. 領収証の再発行の義務はないが、患者の希望により領収証を再発行する場合、再発行に関し有償としてもよいか？

A. 再発行は義務ではないため、費用については患者との間で相談されたい。

なお、費用については、現時点では、保険医療機関と患者との間の関係に委ねられているものと考えるが、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど社会的に妥当適切な範囲とすることが適当である。費用の徴収、医療機関内の掲示等の取扱いについては「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて（平成17年9月1日保医発第0901002号厚生労働省保険局医療課長通知）に準じて取扱うこと。

Q. 医療費の内容の分かる領収証の交付義務については、自由診療分（例えば、産科診療所での正常分娩に係る費用など）については適用されないと考えてよいか？

A. すべて自由診療で行われる場合には適用されない。

Q. 発行した領収証の写し（控え）は医療機関で保存しておく必要があるか？

A. 控えは必要である。保険医療機関及び保険医療養担当規則第9条に規定される完結の日から3年間保存しなければならない「療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録」に該当する。

Q. 領収証には領収印を押印する必要があるか？その場合、認め印でもよいか？認め印では不可の場合、どのようなものが必要か？例えば「領収済、年月日、医院名」のみあればよいか？

A. 押印は必要である。なお、押印の形式は特に規定していないが、領収したことを証明できることが必要である。例えば医療法人の場合、法人としての押印をすることとなる。

Q. 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数並びに金額を記載した詳細な明細書の発行について、レセプトの様式を用いて交付するという扱いでよいのか？

A. 様式は特に示されていない。従って、その日の診療に係る医療費の明細をレセプトの様式を利用して交付することで、当該医療機関の明細書としてもよい。ただし、保険外負担については、摘要欄を用いて必要事項を記載すること。

また、患者の要望があれば、レセプト様式上記載欄のない項目などについては、摘要欄を用いて必要事項を記載することが望ましい。

Q. 厚生労働省保健局長通知で「保険医療機関等は、患者から求めがあったときは、個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書の発行に努めること。」とあるが、現在、カルテ開示については、「個人情報保護法」の施行等に関係して、厳密な取扱いがされている。今回、医療機関の窓口で「詳細な明細書」を交付することは、カルテ開示をすることと同様であるため、「診療情報の提供に関する指針（日本医師会）」の「開示を拒みうる場合」に準じて取扱うことができるのか？

A. 患者から求めがあったときは、詳細な明細書を交付することにより、患者本人の心身の状況を著しく損なうこと等がない限り、その求めに適切に対応するよう努めること。

Q. 患者の求めで、さらに詳細な明細書を発行する場合には有償でもよいと考えてよいのか？

A. 詳細な明細書の発行に係る費用については、現時点では、保険医療機関と患者との間の関係にゆだねられているものと考えるが、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど社会的に妥当適切な範囲とすることが適当である。なお、費用の徴収、医療機関内の掲示等の取扱いについては、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（平成17年9月1日保医発第0901002号厚生労働省保険局医療課長通知）に準じて取扱うこと。

Q. 例えば、特定疾患処方管理加算の15点を算定した患者について、後日、処方期間28日以上65点に切り替える場合、費用の精算が必要となるが、前回受診時に交付した領収証を訂正する必要があるのか？

A. 領収証は、一部負担金を領収する都度交付することが必要である。なお、

費用の精算を行う場合には、その旨が分かるよう領収証に記載することが必要である。従って、前回受診時に交付した領収証を返却させ、訂正または再発行することは想定されない。

《処方せんの様式変更》

Q. 「後発医薬品への変更可」と指示がある処方せんに基づいて、保険薬局で後発医薬品を調剤した場合、後発医薬品情報提供料の算定要件として、処方せんを発行した保険医療機関に対し、後発医薬品の銘柄等について情報提供することとされているが、前回と同じ銘柄の後発医薬品を調剤した場合であっても、保険医療機関への情報提供はなされるのか？

A. そのとおり。

Q. 当該先発医薬品に係る全ての後発医薬品が揭示事項等告示の別表に記載され、経過措置品目となっている場合でも「後発医薬品への変更可」と署名すれば、処方せん料の「後発医薬品を含む場合」の点数を算定できるか？

A. 算定できる。

Q. 先発医薬品と後発医薬品で適応症が異なる場合、保険薬局から、薬剤使用に係る適応症について、予め保険医療機関に確認する必要があるのか？

A. 先発医薬品と後発医薬品で適応症に違いがある場合、効能の違いを無視して調剤することはできない。従って、そのような場合には、当該薬局から保険医療機関に対して疑義照会を行うこととなる。

Q. 「後発医薬品への変更可」の保険医署名欄に署名のある処方せんにおいて、7種類以上の内服薬を投薬した場合、処方せん料は42点の算定となるが、保険薬局で後発医薬品を調剤した結果、所定単位当たりの薬価が205円以下になるなどして、結果的に7種類未満の内服薬の投薬となった場合には、処方せん料を70点に変更して算定し直すことは可能か？

A. 7種類以上の薬剤について、処方せんを交付したことから、42点を算定することとなる。

《初・再診料》

【初診料 2 つ目の診療科で 135 点の算定】

- Q. 内科を受診した患者が帰宅後に負傷したため同一日に初診として同一医療機関内の外科を受診した。外科の診療について同一日複数科受診時の初診料を算定できるか？
- A. 同一日において、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ていることから、135点を算定できる。
- Q. 内科を継続的に受診中の患者が、内科の受診のない日に、いずれも内科の疾患と関係のない疾患により同一医療機関内の整形外科及び眼科をそれぞれ初診として受診した。この場合、整形外科では再診料、眼科では同一日の2つ目の診療科受診として135点を算定するものと考えてよいか？
- A. そのとおり。
- Q. 同一日に同一医療機関内の複数の診療科を受診する場合、1つ目の再診については外来管理加算を算定できる要件を満たしているが、2つ目の初診において外来管理加算を算定できないとされている検査等を行った場合は、再診の外来管理加算は算定できるか？
- A. 算定できない。

【電子化加算】

- Q. 電子化加算の施設基準の（2）のウの選択要件として、「患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていること。」という要件があるが、診療当日は詳細な明細書の交付が困難なため、後日交付することでもよいか？
- A. 診療当日に遅滞なく交付できる体制が必要である。
- Q. 電子化加算の施設基準の（2）のウの選択要件として、「患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていること。」という要件があるが、生化学的検査（I）に係る複数項目包括の場合、測定した検査項目すべてを記載しなければならないのか？
- A. 患者の要望に応じることが望ましい。

Q. 電子化加算の施設基準の選択要件である「診療情報（紹介状を含む。）を電子的に提供していること」とはどのようなものか？

A. 検査、画像診断等の結果を含め、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。

Q. 電子化加算の施設基準の選択要件である「患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていること。」を満たし、電子化加算を算定している医療機関において、患者の求めに応じて詳細な明細書を交付した場合、交付に当たり患者から実費相当の費用を徴収してよいか？

A. 詳細な明細証の交付に係る費用については、現時点では、保険医療機関と患者との間の関係にゆだねられているものと考えるが、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど社会的に妥当適切な範囲とすることが適当である。

なお、費用の徴収、医療機関内の掲示等の取扱いについては、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（平成17年9月1日保医発第0901002号厚生労働省保険局医療課長通知）に準じて取扱うこと。

Q. 電子化加算の施設基準の選択要件である「診療情報（紹介状を含む。）を電子的に提供していること」について、電子メールで紹介先医療機関に情報を提供している場合、そのセキュリティーとして電子認証等は必要か？

A. 個人情報保護法や医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等を遵守し、電子認証等の必要性も含めて個人情報保護には充分配慮されるべきである。

【夜勤】

Q. 夜間における勤務について、「看護要員は、常時2人以上であること」、「一般病棟、結核病棟及び精神病棟（それぞれ特別入院基本料を算定する保険医療機関を除く。）においては、看護職員を2人以上配置していること」とされているが、一般病棟の特別入院基本料を算定する保険医療機関においては、看護補助者2名以上の配置でよいか？

A. 看護補助者2名以上の配置でも差し支えないが、要件を満たすよう改善に努められたい。

Q. 夜勤時間数の計算対象とならない特定入院料（例えば、小児入院医療管理料1や回復期リハビリテーション病棟入院料等）については、月平均夜勤時間数72時間以下の規定は適用されないものと考えてよいか？

A. 適用されないが、要件を満たすよう努められたい。

【栄養管理実施加算】

Q. 栄養管理実施加算は認知症患者や小児の患者に対しても算定できるか？
また、その場合は家族への説明でよいか？

A. 算定できる。なお、説明に対して理解ができないと認められる患者については、その家族等に対して説明することが必要である。

Q. 栄養管理実施加算は外泊時や絶食時も算定できるか？

A. 外泊時においては、入院基本料の基本点数の15%を算定することとしており、入院基本料等加算は算定できない。絶食時においては、絶食の期間も含めた入院期間中において、患者ごとに作成した栄養管理計画に沿って栄養管理を行った場合には、算定できる。

【医療安全対策加算】

Q. 「医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師等が医療安全管理者として配置されていること」が要件となっているが、「等」は他にどのような人が該当するのか？

A. 適切な研修を受けた医師、看護師、薬剤師等の医療有資格者（国家資格）であり、事務職員や診療録管理士等は含まれない。

Q. 「医療安全対策に係る適切な研修」とはどのようなものがあるのか？また、該当する研修を過去に修了している者であればよいか？

A. 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の研修も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、安全管理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
日本医師会が主催する医療安全推進者養成講座も該当する。
また、要件を満たす研修であれば、過去に修了している者も該当する。
なお、既に受講した研修が、上記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。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

- Q. 算定日数の上限が「180日」から「リハビリテーションを要する状態ごと」に設定されたが、他の病院から転院してきた場合、他の病院からの継続になるのか？
- A. 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定を要する状態が継続していれば、他の病院からの継続になる。

《医学管理等》

【ニコチン依存症管理料】

- Q. 「禁煙治療のための標準手順書（日本循環器学会、日本癌学会および日本癌学会の承認を得たものに限る。）」はどのように入手すればよいか？
- A. 日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会のホームページ参照
2006/3/29 に日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会のホームページで公開された。アドレスは以下のとおり。
- http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/
<http://www.haigan.gr.jp/kinentejyunsho.html>
<http://www.jca.gr.jp/e16.html>
- Q. 「禁煙治療経験を有する医師」とはどのようなものか？一定の資格が必要か？
- A. 今まで、ニコチン製剤などを使用した禁煙治療の経験がある医師であればよい。特定の資格は不要である。
- Q. TDSではなくFTQやFTNDで代用することはできるか？
- A. TDS以外のものの使用は治療上参考にはなるが、対象者の判定に使うことはできない。

- Q. 本管理料と他の医学管理料と併算定可能か？
- A. 要件を満たせば算定できる。
- Q. 禁煙成功率を報告するが、その数値が低い場合は届出が取り消されるのか？
- A. 報告されたデータは、中医協において検証のために使用されるものである。
- Q. ニコチン依存症管理料について、12週間の間ではあるが、「標準手順書」に定められたスケジュール以外の日に来院し、禁煙治療を行った場合の算定方法は？
- A. 「標準手順書」に定めるスケジュールと概ね合致していればよい。ただし、その場合であっても、ニコチン依存症管理料が算定できるのは5回が限度である。
- Q. 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？
- A. 本管理料は、手順書に沿って禁煙治療を行うこととなっており、それに従いニコチンパッチを使用する禁煙治療を行う場合は、ニコチンパッチが薬価収載されるまで自由診療扱いとなる。
- なお、ニコチンパッチの薬価収載は6月上旬を目指しているため、収載後は本管理料＋薬剤料等を保険請求できる。

《在宅》

【在宅患者訪問診療料】

- Q. 患者の死亡24時間以内に在宅療養支援診療所が訪問診療を行い、その後、当該在宅療養支援診療所の指示により連携保険医療機関が訪問して死亡診断を行った場合、ターミナルケア加算はどのように算定するのか？
- A. 在宅療養支援診療所の指示に基づき当該連携保険医療機関が訪問して死亡診断を行った場合、当該連携保険医療機関において、当該訪問診療に係る在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算を算定する。

【在宅時医学総合管理料】

- Q. 在宅療養支援診療所の届出を行った医療機関は、24時間対応する患者と、24時間対応する必要のない患者を選択できるか？

A. 医学的に必要な場合は、24時間対応する患者として対応し、「在宅療養支援診療所の場合」の点数を算定する必要があるが、病状が軽いなど、医学的に24時間対応する必要のない患者については「それ以外」の点数を算定する。

Q. 従来、老人診療報酬に設定されていた「寝たきり老人訪問指導管理料」が、今回の改定により、在宅医療の第2節在宅療養指導管理料に設定されたが、在宅時医学総合管理料と同一月に重複して算定することは可能か？

A. 在宅時医学総合管理料及び寝たきり老人訪問指導管理料は、いずれも計画的な医学管理を評価したものであり、同一月に重複して算定することはできない。

【在宅患者訪問看護・指導料】

Q. グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、ケアハウス・有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）、特別養護老人ホームの入所者である末期の悪性腫瘍の患者に対して、在宅療養支援診療所の医師の指示による訪問看護・指導料の算定は可となったが、14日を限度とする制限はなくなったのか？

A. 14日を限度とする取扱いについては変更されていない。

《検査》

【外来迅速検体検査加算】

Q. 算定に当たっては、「検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に～」とあるが、ここで言う「文書」とは、検査データのコピーでもよいか？

A. よい。

Q. 通知に「当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し～」とあるが、例えば、産婦人科の場合、母子手帳に結果を記入することでも該当すると考えてよいか？

A. 実施した検査について、全て記載されていればよい。

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。

Q. 検体検査を外注し、当日中に結果説明・文書による情報提供をした場合、算定できるか？

A. 算定できる。

【ダーモスコピー】

Q. ダーモスコピー算定の対象疾患はあるか？また、複数部位、複数病変を見た場合の算定はどうなるのか？

A. 悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断の目的で行った場合に、初回の診断日に限り算定する。

また、異なる疾患で異なる部位であれば各々について算定することができる。

《画像診断》

【コンピューター断層撮影診断料】

Q. 「コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。」とあるが、どのような算定になるのか？

A. 例示すると以下のようになる。

《例1》 頭部単純CT（マルチスライス型の機器以外）（1回目）→頭部
単純MRI（1.5テスラ以上の機器による場合以外）（2回目）→四肢
単純CT（マルチスライス型の機器以外）（3回目）の場合
660点+650点+650点

《例2》 頭部単純CT（マルチスライス型の機器以外）（1回目）→頭部
単純MRI（1.5テスラ以上の機器による場合以外）（2回目）→頭
部特殊CT（3回目）の場合 660点+650点+650点

《リハビリテーション》

【疾患別リハビリテーション】

- Q. 脳血管疾患等、運動器リハビリテーションに算定日数の上限が設定され、「発症、手術、又は急性増悪の日から算定する」とあるが、他の医療機関から転院してきた場合は、算定日数の上限の初回算定日はリセットされるか？また、新たに発症した場合や手術を行った場合は、新たな発症日や手術日が起算日になるか？
- A. 他の医療機関から転院してきた場合、初回算定日はリセットされない。
新たに発症した場合や手術を行った場合は、新たな発症日又は手術日が起算日になる。
- Q. 心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器リハビリテーションに算定日数の上限が設定されたが、算定日数を超えた場合、患者が選択する制限回数を超える医療として認められている保険診療と保険診療外との併用として算定できるか？
- A. 算定できない。選定療養として算定できるのは、1日1人当たりの定められた単位数を超えた場合であり、上限日数を超えた場合は算定できない。
上限日数を超えて算定できる患者は、①失語症、失認及び失行症②高次脳機能障害③重度の頸髄損傷④頭部外傷又は多部位外傷⑤回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者⑥難病患者リハビリテーション料に規定する患者⑦障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者である。
- Q. リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類の「記載上の注意」の「2」で「経歴（疾患別リハビリテーションの経験がわかるもの）を添付すること」とされているが、どのような書類を添付すればよいのか？
- A. 医療機関で疾患別リハビリテーションに従事した勤務の経歴（期間、年数、従事したリハビリテーションの内容）が分かるものを添付する。

【運動器リハビリテーション】

- Q. 運動器リハビリテーションの継続中または終了後に別の疾患が生じた場合、新たにその時点を起算日として算定できるのか？
- A. 別の疾患に対応するものについては算定できる。

Q. 運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師等の届出についてどのようにすればよいか？

A. 届出様式4の備考欄に修了している旨を記載し、修了証等のコピーを添付すればよい。

Q. 理学療法士等が1日に実施できる単位数の上限が24単位となったが、介護保険においては、1人の理学療法士が1日に行えるリハビリテーションの上限が廃止されたところである。これは、1人の理学療法士が医療と介護の両方のリハビリテーションを兼務することができなくなるということか？

A. 兼務は可能である。理学療法士1人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単位以内となればよい。

【呼吸器リハビリテーション】

Q. 呼吸器リハビリテーションの施設基準において設置することとなっている血液ガス検査機器として、パルスオキシメーターは該当するか？

A. 該当しない。

【摂食機能療法】

Q. A医療機関から転院した患者について、B医療機関で摂食機能療法を開始する場合、B医療機関ではA医療機関の治療開始日を引き継ぐのか？治療開始日を引き継ぐ場合、A医療機関での摂食機能療法の実施の有無や当該療法の開始日が分からない場合の開始日はどのように考えるのか？

A. B医療機関ではA医療機関の治療開始日を引き継ぐ。B医療機関はA医療機関への照会等によりA医療機関での摂食機能療法の実施状況を把握する。

Q. 摂食機能療法は他の疾患別リハビリテーションとの併算定は可能か？

A. 可能である。

Q. 摂食機能療法は実施計画書の作成は必要か？また、その様式は決まっているのか？

A. 医師は、定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行い、実施計画（個々の患者の症状に対応した診療計画書）を作成する必要がある。なお、診療（実施）計画書の様式については、従前どおり決まっていない。

《処置》

【耳鼻咽喉科処置】

- Q. 従来の喉頭鏡検査が廃止されたが、改定後は何を算定するのか？
- A. 喉頭蓋、仮声帯、披裂部、声帯等の病変に対して処置を行った場合は、「J 099」間接喉頭鏡下喉頭処置を算定する。喉頭鏡検査のみで処置を行わない場合は基本診療料に含まれ別に算定できない。

【整形外科的処置】

- Q. 消炎鎮痛等処置は逡減制が廃止されたが、介達牽引の逡減制は従前どおりと考えてよいか？
- A. 介達牽引の取扱いは、従前どおりである。介達牽引と消炎鎮痛等処置（器具等による療法及び湿布処置）を併せて5回以上行った場合は、5回目以降介達牽引を算定する際には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

《手術》

- Q. 「K655」胃切除、「K657」胃全摘、「K773」腎悪性腫瘍について、従来は腹腔鏡下及び腹腔鏡下補助によるものは開腹と同点数による算定となっていたが、今改定以降は腹腔鏡下補助による手術は腹腔鏡下による点数の算定と解釈してよいか？
- A. そのとおり。
- Q. 「K523」食道異物摘出術の「1」直達鏡又は内視鏡によるものは、項目の見直しとして項目がなくなったが、何で算定すればよいか？
- A. 「K653-3」内視鏡的食道下部及び胃内異物摘出術で算定する。

《輸血》

- Q. 従来、自己血貯血時のエリスロポエチン製剤は、自己血輸血を実施した場合に初めて薬剤料の請求が可能であったが、自己血貯血が新設されたことにより、エリスロポエチン製剤の請求は自己血貯血時に変更されるのか？
- A. そのとおり。医薬品の留意事項通知が一部改正されている（平成18年3月29日保医発第0329003号）。

- Q. 輸血管理料の施設基準において「アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液の使用量で除した値が2未満であること」とされているが、アルブミン製剤は多規格があり、その濃度及び製品容量も異なるが、何をもって使用量とするのか？
- A. アルブミン製剤の使用量は、使用重量（g）を3で除して得た値を単位数とする（「特掲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」（平成18年3月6日保医発第0306003号）の別添2の様式60）。
- Q. 輸血管理料Ⅱの施設基準には「（3）当該保険医療機関の輸血部門において輸血用血液製剤の一元管理がなされていること。」とあり、輸血管理料Ⅰの施設基準にある「及びアルブミン製剤（加熱人血漿蛋白を含む。）」の記載がない。これは輸血管理料Ⅱを算定する医療機関ではアルブミン製剤の一元管理は不要であり、アルブミン製剤の輸注を行った場合は輸血管理料が算定できると考えてよいか？
- A. そのとおり。

《入院時食事療養費》

- Q. 入院時食事療養費の算定が1食当たりに変更されたが、現に入院時食事療養（Ⅰ）を算定している施設でも、改めて届出が必要になるのか？
- A. 従来、特別管理加算の届出を行っている医療機関においては、適時適温の要件をすでに満たし、届出を行っていることから、改めて入院時食事療養（Ⅰ）の届出を行う必要はない。特別管理加算の届出を行っていない医療機関については、適時適温の要件を満たしていること等を含め、改めて届出を行う必要がある。

《歯科》

- Q. 歯科疾患総合指導料の施設要件の1つとして、内科等を標榜する医療機関との連携が示されているが、内科以外の標榜科は何科が該当するか？
- A. 歯科疾患総合指導料は、今回の歯科診療報酬における改定で、歯科医師も地域保健医療の担い手として、診診連携、病診連携を推進する観点から新設された項目であり、慢性的な内科的疾患の患者を「歯科から医科」、「医科から歯科」へと紹介するケースが多いことを想定して「内科等」と

規定したものであり、内科以外の診療科でも差し支えない。特に標榜科は限定していないが、全身管理の観点から、その対応が可能である医療機関であることが望ましい。

Q. 連携する歯科医療機関から紹介された場合、医科医療機関ではどのような算定となるか？

A. 歯科医療機関において、連携する医科医療機関での診療の必要を認め、患者の同意を得た上で、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合には、特別な関係にある等要件を満たさない場合を除き、歯科においては診療情報提供料（I）を算定し、医科では初診（あるいは再診）からの診療となり、通常の外來と同様の取扱いとなる。

Q. 連携する歯科医療機関から紹介された場合、医科での診療内容について歯科医療機関に情報提供する必要があるか？情報提供した場合、医科で診療情報提供料が算定できるか？

A. 当該患者が、歯科診療を受けるに際して注意すべき基礎疾患を有している場合などには情報提供をするケースが考えられるが、その場合であっても診療情報提供料は算定できない。