

平成18年 4月12日



各 医 師 会 御 中

福 岡 県 医 師 会

平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について（情報）

厚生労働省より、平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正通知が発出され、福岡社会保険事務局より通知を入手いたしましたので取り急ぎお送りいたします。

訂正内容を下記に一部抜粋しております。

なお、正式な通知につきましては、日本医師会より届き次第お送りいたします。

記

1. A002 外来診療料（下線部追加）

- (5) 外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含まれず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。

また、熱傷に対する処置についても別に算定できる。

2. D282-3 コンタクトレンズ検査料（下線部追加）

- (5) コンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、「1」又は「2」の所定点数を算定し、別に区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査を算定することはできない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、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、アプライン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。）又は眼内の手術前後の患者等にあつては、当該点数を算定せず、区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査により算定する。なお、この場合においても、区分「A000」に掲げる初診料は算定せず、区分「A001」に掲げる再診料又は区分「A002」に掲げる外来診療料を算定する。

3. リハビリテーション（下線部訂正）

<通則>

8 疾患別リハビリテーションは、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーションを算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーションを算定できる。例えば、疾患別リハビリテーションのいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、各々の算定日数の範囲内で~~いずれか~~それぞれの疾患別リハビリテーションを算定することができる。この場合においても、1日の算定単位数は前項の規定による。

4. 経過措置等（項目の追加）

1 第2及び第3の規定にかかわらず、平成18年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

次表に掲げる入院基本料等を算定している保険医療機関については、新たに該当する入院基本料等の届出を要しないが、平成18年4月以降の実績をもって、該当する入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

（追加された入院料）

療養病棟入院基本料1	⇒	療養病棟入院基本料1の入院基本料1
療養病棟入院基本料2	⇒	療養病棟入院基本料1の入院基本料2

※ 今回の通知の訂正により、上記入院料についても、施設基準の要件に変更がなければ、再届出の必要はなくなりました。

平成18年3月31日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）長

} 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

「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）、「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」（平成18年3月6日保医発第0306002号）、「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）、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の制定に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」（平成18年3月6日保医発第0306006号）、「特定保険医療材料の定義について」（平成18年3月6日保医発第0306008号）、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成18年3月13日保医発第0313003号）及び「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について（通知）」（平成18年3月20日保医発第0320001号）について、それぞれ別紙1から別紙7までのとおり訂正するので、その取り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。

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

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第2節 再診料

A002 外来診療料

- (5) 外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含まれず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。
また、熱傷に対する処置についても別に算定できる。

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

- (4) 「注4」に規定する特定患者とは、90日を超える期間、同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟に入院している患者であって、当該90日を経過する日の属する月（90日経過後にあつてはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあつて、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。

なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院、転棟又は死亡により右欄に定める実施の期間等を満たさない場合においては、当該月の前月に基本料算定患者であった場合に限る、当該月においても同様に扱うこととする。

(表略)

※1から※3（略）

※4 基本診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第—93号）別表第四に規定する「前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者」は、定められていない。

A104 特定機能病院入院基本料

- (2) 当該特定機能病院において同一種別の病棟が複数ある場合の入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の~~(2)~~(3)、結核病棟入院基本料の~~(2)~~(3)及び精神病棟入院基本料の~~(2)~~(3)の例による。
- (3)（略）
- (4) 当該特定機能病院の一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の~~(3)~~(4)から~~(5)~~(6)の例による。

A 1 0 5 専門病院入院基本料

- (3) 当該専門病院に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の~~(3)~~(4)から~~(5)~~(6)の例による。

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

- (4) 当該障害者施設等一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の~~(3)~~(4)から~~(5)~~(6)の例による。

第3節 特定入院料

A 3 1 3 老人一般病棟入院医療管理料

- (1) 老人一般病棟入院医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の一般病棟の包括病床群（以下「包括病床群」という。）に入院している特定患者（第1節の「一般病棟入院基本料」の~~(3)~~(4)に規定する特定患者をいう。）について算定する。

第2章 特掲診療料

第2部 在宅医療

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C 1 0 1 在宅自己注射指導管理料

- (3) インターフェロンアルファ製剤については、C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善（血中HCV RNA量が高い場合を除く。）を目的として単独投与（初期治療に用いる場合を除く。）に用い、当該保険医療機関において2週に1回は外来、往診又は訪問診療による診療を行っている場合に限り、~~インスリン製剤に準じて~~算定する。なお、ペグインターフェロンアルファ製剤については算定できない。
- (4) エタネルセプト製剤については、関節リウマチ（既存治療で効果不十分な場合に限る。）に対して用い、当該保険医療機関において2週に1回は外来、往診又は訪問診療による診療を行っている場合に限り、~~インスリン製剤に準じて~~算定する。

第3節 薬剤料

C 2 0 0 薬剤

- (1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、塩酸モルヒネ製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジンI₂製剤及び、エタネルセプト製剤及び注射用水

第3部 検査

第3節 生体検査料

D282-3 コンタクトレンズ検査料

- (5) コンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、「1」又は「2」の所定点数を算定し、別に区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査を算定することはできない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、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。）又は眼内の手術前後の患者等にあつては、当該点数を算定せず、区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査により算定する。なお、この場合においても、区分「A000」に掲げる初診料は算定せず、区分「A001」に掲げる再診料又は区分「A002」に掲げる外来診療料を算定する。

第7部 リハビリテーション

<通則>

- 8 疾患別リハビリテーションは、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーションを算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーションを算定できる。例えば、疾患別リハビリテーションのいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、各々の算定日数の範囲内でいずれかそれの疾患別リハビリテーションを算定することができる。この場合においても、1日の算定単位数は前項の規定による。

第9部 処置

<通則>

- 11 血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、陰嚢水腫穿刺に準じて区分「J059-2」血腫、膿腫穿刺により算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない。

J038 人工腎臓

- (16) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。

ア (略)

イ 「1」により算定する場合においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水及びエリスロポエチン製剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

ウ～カ (略)

第10部 手術

第1節 手術料

第5款 耳鼻咽喉

K 3 8 8 - 2 咽喉頭粘膜下軟骨片挿入術

反回神経麻痺に対し、声帯固定のため甲状軟骨を左右に分離し、喉頭側軟骨膜下に甲状軟骨より取り出した小軟骨片を挿入する喉頭粘膜下軟骨片挿入術を行った場合に算定する。

第9款 腹部

~~K 6 8 2 - 胆管外瘻造設術~~

~~(1) 経皮的胆管ドレナージは、胆管外瘻造設術の「2」により算定する。~~

~~(2) 経皮的胆管ドレナージの開始以後ドレーン法を行った場合は、区分「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。~~

K 6 8 2 - 2 経皮的胆管ドレナージ

経皮的胆管ドレナージの開始以後ドレーン法を行った場合は、区分「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

第3節 手術医療機器等加算

K 9 3 0 脊髄誘発電位測定加算

「注」に規定する脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術とは、区分「K 1 1 6」から「K 1 1 8」まで、「K 1 2 8」から「K 1 3 6」まで、「K 1 3 8」、「K 1 3 9」、「K 1 4 2」から「K 1 4 2 - 3」まで、「K 1 8 3」から「K 1 9 0 - 2」まで、「K 1 9 1」、「K 1 9 2」まで及び「K 5 6 0」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目に準じて所定点数を算定する手術については加算は行わない。

歯科診療報酬点数表に関する事項

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B 0 0 0 歯科口腔衛生指導料

- (6) 区分番号B 0 0 0－3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B 0 0 1に掲げる歯周疾患指導管理料又は区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者に対して歯科口腔衛生指導を併せて行った場合は、診療録に歯科口腔衛生指導として行った指導等を記載するとともに、~~診療報酬明細書の摘要欄に併せて歯科口腔衛生指導を実施した旨を記載すること。~~

B 0 0 4－8 歯科疾患継続指導料

- (5) 「注3」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯面における機械的な回転器具や研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、一口腔単位で行った場合に限り算定できる。機械的歯面清掃の実施に当たっては、最後に機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から3月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。なお、歯科疾患継続指導料が歯周疾患以外の患者に対して行なわれた場合は、当該加算は算定できない。

第2部 在宅医療

C 0 0 0 歯科訪問診療料

- (18) 緊急歯科訪問診療「注4」に規定する加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて歯科訪問診療を行った場合に算定する。
- (24) 歯科訪問歯科診療を行なった場合は、診療録に、患者の状況及びその他患者に提供した療養上必要な事項に関する情報等を記載すること。
- (28)から(32)までを(30)から(34)までとし、(27)を(28)にする。
- (27) 「注4」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、おおむね午前8時から午後1時までの間とする。
- (29) 「注4」における所定点数とは、歯科訪問診療料に「注3」における加算点数を合算した点数をいう。

C 0 0 1 訪問歯科衛生指導料

- (10) 訪問歯科衛生指導料の「~~1~~複雑なもの」算定を行った場合は、当該訪問指導で実施した指導内容、指導の開始及び終了時刻、及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者又はその家族等に担当者の署名を行った文書を提供するとともに、患者又は家族等に情報提供した文書の写しを業務記録簿に添付すること。

第3部 検査

第1節 検査料

D 0 0 2－4 歯科疾患継続管理診断料

- (1) 歯科疾患継続管理診断及び当該歯科疾患継続管理診断に基づく区分番号B 0 0 4－8に掲げる歯科疾患継続指導の実施は、区分番号B 0 0 0－3に掲げる歯科疾患総合指導料の「注1」の規定に基づき算定に係る地方社会保険事務局長への届け出を行った保険医療機関において、区分番号B 0 0 0－3に掲げる歯科疾患総合指導料を算定した患者に限り算

定する。

D003 スタディモデル（1組につき）

- (1) スタディモデルとは、患者の口腔内状況を診査するために用いた場合に算定し、個人トレー等歯科技工物の作製作に用いた場合は算定できない。なお、作製作されたスタディモデルには、患者氏名、作製作年月日等必要事項を明記する。
- (3) 作成製したスタディモデルについては、一連の治療が終了した日の属する月の翌月の初日から起算して3年を保存期間とする。ただし、作成製したスタディモデルの正面観、左右側面観、上下歯列の咬合面冠観等を患者氏名、作成製年月日が判別できる状態でそれぞれ写真撮影し、当該写真を診療録に添付した場合にあっては、スタディモデルの算定を行った日にの属する月の翌月の初日から起算して3月を保存期間とする。なお、写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

D003-2 口腔内写真検査

- (1) 「口腔内写真検査（1枚につき）」は、「注」に規定する歯周疾患の状態を示す方法として、歯周組織の状態をカラー写真での撮影又はこれに準ずる方法で行う。なお、口腔内写真の撮影については、「歯周病の診断と治療のガイドライン」（平成8年3月）の「口腔内カラー写真」を参考とすること。

第8部 処置

[通則]

- 11 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等である療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号J000に掲げる抜歯手術（「1 乳歯」、「2 前歯」及び「3 臼歯」に限る。）、~~区分番号I007に掲げる根管貼薬処置、区分番号I008に掲げる根管充填（「注1」で規定する加算を除く。）~~、区分番号J013に掲げる口腔内消炎手術（「2 歯肉膿瘍等」に限る。）、区分番号M029に掲げる有床義歯修理及び区分番号M036に掲げる有床義歯調整料について所定点数に所定点数の100分の50を加算する。

第1節 処置料

I000-2 咬合調整

- (5) 歯周組織に咬合性外傷を起こしているとき、過高部の削除に止まらず、食物の流れを改善し歯周組織への為害作用を極力阻止するため歯冠形態の修正を行った場合、又は舌、頬粘膜の咬傷を起こすような場合に、歯冠形態修正（単なる歯牙削合を除く）を行った場合は、所定点数を1回に限り算定する。なお、歯冠形態の修正を行った場合は診療録に修正前の歯の状態、歯冠形態の修正が必要である理由、歯冠形態の修正箇所、修正後の形態を診療録に記載し、診療報酬明細書の摘要欄に歯冠形態の修正を行った歯の部位及び修正理由を記載した場合に1回に限り算定する。

I003 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置

- (2) 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置に要する特定保険医療材料料は、区分番号M009に掲げる充填の「1 単純なもの」~~単純なもの~~の場合と同様とする。

I006 感染根管処置

- (3) 感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髓室側壁又は髓床底に穿孔がある場合に封鎖をした場合は、区分番号M009に掲げる充填の「1 単純なもの」の所定点数と保険医療材料料をそれぞれ算定する。なお、形成を行った場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数により算定する。また、歯肉を剝離して行った場合は区分番号J006に掲げる歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術の所定点数及び保険医療

材料料をそれぞれ算定する。――

I 0 0 7 根管貼薬処置

- (3) 抜歯を前提とした消炎のための根管拡大後の根管貼薬は、根管数にかかわらず1歯につき1回に限り、「1 単根管」により算定する。なお、抜歯を前提とした根管拡大として区分番号I 0 0 6に掲げる感染根管処置の「1 単根管」を算定した場合にあっては、消炎のための根管貼薬の費用は、区分番号I 0 0 6に掲げる感染根管処置の「1 単根管」の所定点数に含まれ別に算定できない。

I 0 1 1 歯周基本治療

- (3) 歯周基本治療を実施した後に同一部位に実施したスケーリング・ルートプレーニング又は歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）の費用は、「注1」に掲げる同一の歯周基本治療とみなして、1回目の所定点数に含まれ別に算定できない。ただし、区分番号B 0 0 4－8に掲げる歯科疾患継続指導料を算定する場合であって、「1 スケーリング」を算定する場合を除く。

I 0 1 4 暫間固定

(8)から(12)までを、(9)から(13)までとする。

- (8) 外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合は、「2 困難なもの」により算定する。

第9部 手術

第1節 手術料

J 0 0 4 歯根端切除手術（1歯につき）

- (5) 歯内治療では治療ができなかった根尖病巣を有する保存可能な大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は本区分により算定する。ただし、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に部位、算定の理由を記載した場合に限り算定できる。なお、歯の移動を目的に含む場合は算定できない。

J 0 1 0 顎堤形成術

- (3) (2)について、口腔内からの骨片の採取及び人工骨の挿入に要する費用については、「2 困難なもの」の所定点数に含まれる。

J 0 6 4 歯肉歯槽粘膜形成手術

- (2) 「1 歯肉弁側方根尖側移動術」とは、付着歯肉の幅が狭い場合、又は歯周病で深いポケットが存在し、歯肉歯槽粘膜境を超えているような場合に付着歯肉の幅の増加及び歯周ポケットの除去を目的として行なった場合に限り算定する。
- (3) 「2 歯肉弁歯冠側移動術」とは、歯冠側へ歯肉弁を移動させ露出した歯根面を被覆を目的として行なった場合に限り算定する。
- (4) 「3 歯肉弁側方移動術」とは、歯肉退縮によって歯根面の露出している孤立した少数歯の露出部位に隣接歯の辺縁歯肉から側方に歯肉弁を移動させ露出した歯根面を修復することを目的として行なった場合に限り算定する。
- (5) 「4 遊離歯肉移植術」とは、歯肉の供給側より採取した移植片の歯肉を、付着させる移植側へ移植を行うものであり、転位歯等を抜去した際、隣在歯の歯根面が露出し、知覚過敏等の障害のおそれがあるときに手術を行った場合に限り算定する。ただし、粘膜面への移植は容易であるが、セメント質が露出している歯根面に対しての移植は困難である。

J 0 8 4－2 小児創傷処理（6歳未満）

- (6) 抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血(圧迫等により止血)できない場合における後出血処置の費用は「~~8~~6 筋肉、臓器に達しないもの（長径~~10~~2.5セ

ンチメートル以上5センチメートル未満) 」により算定する。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

[通則]

- 15 有床義歯製作中であって咬合採得後、試適を行う前に患者が理由無く来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合、患者が死亡した場合であっては、診療録に装着物の種類、試適予定日及び試適できなくなった理由等を記載するとともに、診療録報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、試適予定日及び装着できなくなった理由を記載した場合に限り、製作された区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるバーにあつては各区分の所定点数の100分の70に相当する額の費用並びに特定保険医療材料である人工歯の費用の請求を行うことができるものとする。なお、区分番号M007に掲げる仮床試適、区分番号M005に掲げる装着の費用は算定できない。請求に当たっては、試適の予定日より1月待った上で請求を行う取扱いとする。ただし、患者が死亡した場合であつて死亡が明らかな場合に限り、1月を待たずに請求することができる。
- 16 患者が理由無く来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合、患者が死亡した場合であつて支台築造物、鑄造歯冠修復物、ジャケット冠、ブリッジ、有床義歯（鉤、バー、フック及びスパーを含む。）の製作がすでに行われているにもかかわらず装着ができない場合は診療録に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療録報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載した場合に限り、区分番号M002に掲げる支台築造、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M017に掲げるポンティック（ダミー）、区分番号M018に掲げる有床義歯、区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるバーの各区分に掲げる所定点数の100分の70に相当する額の費用及び並びに特定保険医療材料の請求を行うことができるものとする。なお、区分番号M005に掲げる装着及び装着材料の費用は算定できない。請求に当たっては装着の予定日より1月待った上で請求を行う取扱いとする。ただし、患者が死亡した場合であつて死亡が明らかな場合に限り、1月を待たずに請求することができる。
- 17 歯冠修復及び欠損補綴の場合、歯冠形成及び印象採得後、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等の止むを得ない場合は、当該歯に装着予定の完成している歯冠修復物及び欠損補綴物について診療録に歯冠修復物又は欠損補綴物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療録報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載した場合に限り、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠及び区分番号M017に掲げるポンティック（ダミー）の各区分に掲げる所定点数の100分の70に相当する額の費用及び並びに特定保険医療材料の請求を行うことができるものとする。なお、区分番号M005に掲げる装着及び装着材料は算定できない。
- 18 未来院請求後に患者が再び来院し、治療を再開し再度の歯冠修復物及び欠損補綴物の作成を行う場合又は既に未来院請求を行なった区分番号M002に掲げる支台築造、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M017に掲げる

るポンティック（ダミー）、区分番号M018に掲げる有床義歯、区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるバーの装着を行なう場合は、その理由、模型及び装着を行なう歯冠修復物及び欠損補綴物等の種類及び具体的形態等を地方社会保険事務局長に提出し、その判断を求めるものとする。なお、添付模型の制作に係る費用は、~~区分番号D003に掲げるスタディモデルに準じて算定して差し支えない前記に掲げる各区分に係る費用は別に算定できない。~~ただしなお、算定にあては当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由その旨を明記記載すること。

第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

M000-2 補綴物維持管理料

- (2) 「注1」の「歯冠補綴物」とは、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復（「1 インレー」を除く。）、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠をいう。なお、乳歯に対する歯冠修復及び欠損補綴及びすべてのインレーを支台をインレーとするブリッジは、補綴物維持管理の対象としない。

第13部 歯科矯正

N000 歯科矯正診断料

- (6) ~~顎口腔機能診断料~~歯科矯正診断料を算定する場合は、診療録に、症状及び所見、口腔領域の症状及び所見、療法名、一連の指導計画、指導内容、患者説明用に実際に使用した資料の種類及び内容等を記載すること。

別紙様式12及び別紙様式13を別添のとおり訂正する。

(別紙様式12)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平		年	月	日	(歳)
患者住所									電話 () ー
主たる傷病名									
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状 態								
	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1.				2.			
		3.				4.			
		5.				6.			
	日常生活 自立度	寝たきり度	J 1 J 2		A 1 A 2		B 1 B 2		C 1 C 2
	痴呆認知症 の状況	I		IIa IIb		IIIa IIIb		IV M	
要介護認 定の状況	要支援		要介護 (1 2 3 4 5)						
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: チューブサイズ , 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ , 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. ドレーン (部位:) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他 ()								
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項									
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他									
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)									
緊急時の連絡先 不在時の対応法									
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)									
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有: 指定訪問看護ステーション名)									

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式13)

精神訪問看護指示書（基本療養費Ⅱ）

指示期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名			生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -		施設名
主たる傷病名			
現在の状況	病状・治療 状 況		
	投与中の薬剤 の用量・用法		
	病 識		
	日常生活 自立度	痴呆認知症の状況 (I II a II b III a III b IV M)	
治療の目標			
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項			
1 生活習慣、生活リズムの確立			
2 生活技術、家事能力、社会技能等の獲得			
3 対人関係の改善			
4 社会資源活用の支援			
5 その他			
緊急時の連絡先 不在時の対応法			
特記すべき留意事項			

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

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

第3 届出受理後の措置等

- 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。

次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

- (1) 平均在院日数、~~月平均夜勤時間数並びに~~及び夜間勤務等看護加算の看護要員と入院患者数の比率~~（療養病棟入院基本料1に限る。）~~及び~~月平均夜勤時間数~~については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

第4 経過措置等

- 第2及び第3の規定にかかわらず、平成18年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

次表に掲げる入院基本料等を算定している保険医療機関については、新たに該当する入院基本料等の届出を要しないが、平成18年4月以降の実績をもって、該当する入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

療養病棟療養環境加算 1	→	療養病棟療養環境加算 2
(中略)		
有床診療所入院基本料の注4に規定する看護配置に係る加算	→	有床診療所入院基本料1の注3に規定する看護配置に係る加算
<u>療養病棟入院基本料 1</u>	⇒	<u>療養病棟入院基本料 1 の入院基本料 1</u>
<u>療養病棟入院基本料 2</u>	⇒	<u>療養病棟入院基本料 1 の入院基本料 2</u>

別添 1

第2 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

- 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

~~(6) 診療実績評価の基盤整備として、全ての入院患者の退院時要約の記載とICDコードインデックスが実施されていること。~~

別添 2

第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

- 6 「基本診療料の施設基準等」の第四五の六専門病院入院基本料の施設基準の(1)の通則の主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に 7 割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院とは、具体的には、次の各号に掲げる基準を満たすものをいう。

別紙 2 及び様式 3 の 6 を別添のとおり訂正する。

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

1 一般病棟の場合

【 1 病棟（1 看護単位）入院患者数40人で一般病棟入院基本料の10対1入院基本料の届出を行う場合 】

- 1日に看護を行う看護職員の数が12人以上であること。
- 当該届出区分において、月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員（看護師及び准看護師をいう）中の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が70%以上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護師1人を含む2人以上であること。
- 当該病棟の平均在院日数が21日以内であること。

(1) 看護職員配置の算出方法

- ① 各勤務帯に従事している看護職員の1人当たりの受け持ち患者数が10人以内であること。
 $(40人 \times 1 / 10) \times 3 =$ 当該病棟に1日当たり12人以上の看護職員が勤務していること。
- ② 月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員中の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が70%を満たすこと。
 当該病棟の月平均1日当たり勤務する看護職員が23人12人の場合
 $\frac{23}{12} \times 70\% = 13.4$ 人（少数点以下切り上げ）

(2) 看護職員1人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

- 各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護職員1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。

$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数}}$ ※ 夜勤専従者及び夜勤16時間以下の看護職員を除く

- ① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：16時から翌朝8時まで（16時間）

- ② 夜勤時間と従事者数：2人以上の看護職員が配置されている。

16時～24時30分（看護師3人、計3人）

0時～8時30分（看護師2人、准看護師1人 計3人）

- ③ 1月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：23人（8人+11人+4人）

8人×72時間 = 576時間 (a)

11人×64時間 = 704時間 (b)

4人×40時間 = 160時間 (c)

※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24時から24時30分）は申し送った従事者の夜勤時間には含めない。

- ④ 月延夜勤時間数：1,440時間（(a)～(c)の合計）

- ⑤ 月平均夜勤時間数：72時間以下である。

$1,440時間 \div 23人 = 62.6時間$ （小数点2位以下切り捨て）

2 療養病棟の場合

【 1 病棟（1 看護単位）入院患者数40人で療養病棟入院基本料1の入院基本料1の届出を行う場合 】

- 1日に看護を行う看護職員の数が5人以上であって、かつ、看護補助業務を行う看護補助者の数が6人以上であること。
- 当該届出区分において、月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員中の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が20%以上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護職員1人と看護補助者1人の計2人以上であってよい。

(1) 看護要員配置の算出方法

- ① 各勤務帯に従事している看護職員の1人当たりの受け持ち患者数が25人以内であること。
(40人×1/25)×3=当該病棟に1日当たり5人以上の看護職員が勤務していること。
- ② 月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員中の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が70%を満たすこと。
当該病棟の月平均1日当たり勤務する看護職員が~~9~~5人の場合
~~9~~5人×20%=~~2~~1人（少数点以下切り上げ）
- ③ 1日に従事している看護補助者の1人当たりの受け持ち患者数が20人以内であること。
(40人×1/20)×3 = 6人

(2) 看護要員1人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

- 各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護要員1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。

① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：17時から翌朝9時まで（16時間）

② 夜勤時間と従事者数：2人以上の看護要員が配置されている。

17時～23時30分	(准看護師1人、看護補助者1人 計2人)
23時～9時30分	(看護師1人、看護補助者1人 計2人)
7時～12時（夜勤は7時～9時）	(准看護師1人 看護補助者1人 計2人)
17時～9時	(夜勤専従者1人、月64時間勤務)

③ 1月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：18人（2人+7人+8人+1人）

$$2人 \times 72時間 = 144時間 \quad (a)$$

$$7人 \times 68時間 = 476時間 \quad (b)$$

$$8人 \times 54時間 = 432時間 \quad (c)$$

$$1人 \times 26時間 = 28時間 \quad (d)$$

※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（23時から23時30分）は申し送った従事者の夜勤時間には含めない。

※ 夜間専従者及び夜勤16時間以下の者を除く。

④ 月延夜勤時間数 : 1,080時間((a)～(d)の合計)

⑤ 月平均夜勤時間数:72時間以下である。

$$1,080時間 \div 18人 = 60.0時間 \text{ (小数点2位以下切り捨て)}$$

様式 3 の 6

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策の基準に適合していることを確認するための入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類（例）

1. 入院診療計画については、別紙様式 2 の 1 又は 2 の 2 を参考として作成した例を添付すること。

2. 院内感染防止対策に係る内容

①院内感染防止対策委員会の活動状況	
※ 院内感染防止対策委員会設置要綱、委員会議事録等を添付すること	
開催回数	回／月
委員会の構成	
メンバー	
②水道・消毒液の設置状況	
病室数	室
水道の設置病室数（再掲）	室
消毒液の設置病室数（再掲）	室
消毒液の種類「成分名」	・ 室
※成分ごとに記載のこと	・ 室
③感染情報レポートの作成・活用状況	

3. 医療安全管理体制に係る内容

①安全管理のための指針の整備状況 ※安全管理のための指針等を添付すること	
指針の主な内容	
②安全管理の体制確保を目的とした医療事故等の院内報告制度の整備状況	
③安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
※ 院内感染防止対策委員会安全管理の体制確保のための委員会設置要綱、委員会議事録等を添付すること	
開催回数	回／月
委員会の構成	
メンバー	
④安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	年 回
研修の主な内容等	

4. 褥瘡対策に係る内容

褥瘡対策チームの活動状況		
従事者	専任の医師名	
	専任の看護職員名	
活動状況 (施設内での指導状況等) ※褥瘡に関する危険因子の評価 の実施例を添付		

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

別添 1

第13 歯科疾患総合指導料

1 歯科疾患総合指導料 1 に関する施設基準

- (6) 当該地域において内科等を標榜する保険医療関係機関との連携体制が確保されていること。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(I)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)に関する施設基準

- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び又は専従の常勤看護師がそれぞれ併せて2名以上勤務していること。ただし、これらの者については、回復期リハビリテーション病棟の配置従事者との兼任はできないこと。

様式11の1、様式11の2、様式15、様式16、様式17、様式18、様式32、様式41及び様式66を別添のとおり訂正する。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅医療に係る施設基準の届出の有無 ・ 在宅時医学総合管理料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無) ・ 在宅末期医療総合診療料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無)	
2 当該診療所の担当者氏名 (1) 担当医 (2) 看護職員	
3 24時間対応体制に係る事項 (1) 患者からの連絡を直接受ける体制：対応体制 名で担当、交代制 (有 ・ 無) ・ 担当者の氏名及び職種 ・ 連絡方法・連絡先 ・ 当該診療所内で確保 (有 ・ 無) ・ 担当医が直接対応 (有 ・ 無) (2) 往診体制：対応体制 名で担当、交代制 (有 ・ 無) ・ 担当医及び連携保険医の氏名 (3) 緊急訪問看護体制：対応体制 名で担当、交代制 (有 ・ 無) ・ 担当看護職員及び連携看護職員の氏名、所属先 * 交代制有りの場合は、それぞれ勤務割表の例を添付すること。	
4 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者 ・ 氏名、連絡先 ・ 資格、主な業務内容 ・ 体制 (管理者 ・ 自施設の職員 ・ 院外の事業所等との連携 ・ その他)	
5 連携保険医療機関等 (1) (1) 医療機関の名称 (3) 担当医の氏名 (2) 開設者名 (4) 連絡先	
5 連携保険医療機関等 (2) ⇐(1) 訪問看護事業者の名称 ⇐(3) 担当看護職員の氏名 (2) 開設者名 (4) 連絡先	
6 緊急時の入院体制 届出医療機関の入院施設 (有 ・ 無) (1) 連携保険医療機関の名称 (4) 担当医の氏名 (2) 開設者名 (5) 緊急時の連絡先 (3) 所在地	

[記載上の注意]

- 括弧内は、いずれか該当するものに○を記入する。
- 「3」について、それぞれ交代制有りの場合は、勤務割表の例を添付すること。
- 「5」及び「6」については、他の保険医療機関等と連携して24時間対応体制や緊急入院体制を確保する場合に記入すること。
- 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅療養支援診療所に係る報告書

1 届出状況について				
・ 在宅時医学総合管理料の施設基準に係る届出の有無 (有 ・ 無) ・ 在宅末期医療総合診療料士の施設基準に係る届出の有無 (有 ・ 無)				
2 直近1年間に在宅療養を担当した患者について				
・ 平均診療期間 () ヶ月				
合計患者数	うち死亡患者数 名 (再掲：死亡診断を行った患者数 名)			
	内 訳			
	医療機関等での 死亡数	医療機関等以外 での死亡数	自 宅	自 宅 以 外
名	名	名	名	名
3 直近3ヶ月の訪問実施回数について				
訪問回数の合計	往 診	訪 問 診 療	訪 問 看 護	緊急訪問看護
回	回	回	回	回

[記載上の注意]

- 「1」の括弧内は、いずれかに該当するものに○を記入する。
- 「2」の在宅療養の担当患者数は、主治医として担当している患者数を記入すること。
- 「2」の平均診療期間は、主治医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。――
- 「2」の「うち死亡患者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「自宅以外」欄へ計上すること。
- 「3」は、主治医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。

歯科疾患総合指導料1
 歯科疾患総合指導料2

 の施設基準に係る届出書添付書
 ※該当する届出事項を○で囲むこと。

1. 歯科医師の氏名（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

	氏 名	歯科疾患継続管理 診断を行なう常勤 の歯科医師
1		☐
2		☐
3		☐
4		☐
5		☐
合計人数	名	

2. 歯科衛生士の氏名（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

	氏 名	常 勤	非常勤
1		☐	☐
2		☐	☐
3		☐	☐
4		☐	☐
5		☐	☐
合計人数		名	名

3. 別の保険医療機関との連携調整を担当する歯科医師名者（楷書で記載すること）

	氏 名	職種名
1		
2		
3		
合計人数		名

4. 連携医療機関（内科等を標榜する保険医療機関）

名 称	
標 榜 科 名	
所 在 地 (電 話 番 号)	

5. 補綴物維持管理の届出年月（楷書で記載すること）

平成 年 月

（注） 補綴物維持管理の届出年月が平成12年3月以前である場合には、可能な範囲で記入すること。

歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出書

1. 歯科疾患総合指導料の届出年月日等（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

歯科疾患総合指導料届出区分	届出年月日
☐ 歯科疾患総合指導料 1	平成____年____月____日
☐ 歯科疾患総合指導料 2	

2. 常勤の歯科医師の氏名等

常勤の歯科医師名	経験年数

3. 歯科衛生士等の氏名等(歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと)

歯科衛生士等名	職種等
	常勤／非常勤，歯科衛生士／看護師
	常勤／非常勤，歯科衛生士／看護師
	常勤／非常勤，歯科衛生士／看護師
	常勤／非常勤，歯科衛生士／看護師

4. 他別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

5. 緊急時の連絡・対応方法

--

6. 緊急時の連携保険医療機関

名 称	
所 在 地	
開 設 者 氏 名	
担 当 医 師 名	
調 整 担 当 者 名	
連 絡 方 法	

7. 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称及び台数

一般名称	装置・器具等の固有名	台数
経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)		
酸 素		
救急蘇生キット		
そ		
の		
他		

在宅時医学総合管理料の施設基準に係る届出書添付書類

在宅療養支援診療所の施設基準届出の有無	(有 ・ 無)
1 在宅医療を担当する常勤医師の氏名	
2 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氏名、資格又は役職	

[記載上の注意]

- 1 「表2」の資格又は役職をには、介護支援専門員、社会福祉士等と記載すること。
- 2 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅末期医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1	在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出年月日	平成	年	月	日
2	担当者氏名（在宅末期医療総合診療を担当する者）				
	(1) 医 師				
	(2) 看護師				
3	当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況（過去1か月間）				
	(1) 入院患者数（延べ患者数）				名
	(2) 外来患者数（延べ患者数）				名
	(3) 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）				名

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

ポジトロン断層撮影
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○囲むこと

1 当該画像診断の従事者に係る事項		
医 師	医師氏名	核医学診断の経験年数
		年
放射線技師	放射線技師の氏名	
2 施設共同利用率に係る事項		
① 保有する全ての当該撮影に係る機器の、当該撮影に使用した全患者数		
		名
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数		
		名
③ 特別の関係にある医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転 医目的で紹介された場合に該当する患者数		
		名
④ 施設共同利用率 = (②－③) / (①－③) × 100%		
=		%

[記載上の注意]

- 1 ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に係る製剤の
取扱い及び撮影を行う医師及び専任の放射線技師につき記載することとし、経歴（当該
画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、
当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 2 「第2」については、施設共同利用率が20%以上の場合に限り記載すれば足りる。
なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。

精神科「 」ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	精 神 保 健 福 祉 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	臨 床 心 理 技 術 者 等	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄 養 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 補 助 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専 用 施 設 の 面 積		平方メートル					
		患者 1 人当たり 平方メートル					

〔記載上の注意〕

- 1 [] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトと記入すること。
- 2 経験を有する看護師とは、精神科ショート・ケアにあっては、精神科ショート・ケアの経験を、精神科デイ・ケアにあっては、精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を、精神科ナイト・ケアにあっては、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの経験を、精神科デイ・ナイト・ケアにあっては、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師をいう。

様式66

歯科矯正診断料・顎口腔機能診断料の施設基準届出書添付書類

施設の別 (対象を○で囲むこと)	歯科矯正診断 / 顎口腔機能診断		
障害者自立支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日		
検査機器の 設置状況等 ○で囲むこと	歯 科 矯 正	機器名：	
	セファログラム機器	薬事承認番号：	
	下 顎 運 動 検 査	機器名：	
	機 器	薬事承認番号：	
	咀嚼筋筋電図検査	機器名：	
	機 器	薬事承認番号：	
専任の 常勤歯科医師	氏名		
	人数	_____名	
専任専従の 常勤看護師又は 常勤歯科衛生士	氏名	歯科衛生士	看護師
	人数	_____名	_____名
口腔の医療を担当する施設	保険医療機関名：		
(歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)※1	所在地：		
歯科矯正を担当する施設	保険医療機関名：		
(口腔の医療を担当する施設と同一の場合は記入不要)※2	所在地：		

(注)届出を行う機関が、歯科矯正を担当する施設の場合は※1、口腔の医療を担当する施設の場合は※2を記載すること。

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の制定に伴う
 特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について

(別紙1)

M012 帯環金属冠（1歯につき）＝

＝ 1 金銀パラジウム合金（金12%以上）＝

＝ (1) 嚙面圧印冠＝

＝ イ 大臼歯＝ 110点＝

＝ ロ 小臼歯＝ 82点＝

＝ (2) 嚙面鑄造冠及び充実冠＝

＝ イ 大臼歯＝ 168点＝

＝ ロ 小臼歯＝ 121点＝

＝ 2 その他＝ 44点＝

M013 歯冠継続歯（1歯につき）＝

＝〔次の材料料（金属材料料とレジン材料料を含む。）と人工歯料との合計により算定する。〕＝

＝ 1 14カラット金合金裏装＝ 367点＝

＝ 2 金銀パラジウム合金裏装（金12%以上）＝ 71点＝

＝ 3 その他＝ 15点＝

M019 スルフォン熱可塑性樹脂有床義歯（1床につき）

〔次の材料料と人工歯料との合計により算定する。〕

義歯床用スルフォン樹脂有床義歯（1床につき） 50点

特定保険医療材料の定義について

(別表)

Ⅶ 調剤点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

特に規定する場合を除き、Ⅱ Ⅰに規定するそれぞれの機能区分の定義等と同様であること。

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び
「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項に
ついて

第11 歯科矯正に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第11関係）

- ③ 歯科点数表第2章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定により、別に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保険医療機関において行う、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の
算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について（通知）

別添

第 1 対象病院及び対象患者

2 対象患者

- (1) 対象患者は、点数算定告示別表11に定める診断群分類点数表（以下「診断群分類点数表」という。）に掲げる分類区分（以下「診断群分類区分」という）に該当する入院患者とする。

第 3 費用の算定方法

(2) 医療機関別係数

医療機関別係数は、調整係数告示に定める調整係数と点数算定告示別表12から14までの表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行った病院についてそれぞれ所定の係数を合算したものである。

(4) 救命救急入院料等の取扱い

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、広範囲熱傷特定集中治療室管理料、一類感染症患者入院医療管理料又は小児入院医療管理料の算定要件を満たす患者については、当該病院が医科点数表に基づく届出を行っている場合には、特定入院料を算定することができる期間に応じ、点数算定告示別表 4 から 6 の表の右欄に掲げる点数を加算する。

なお、本加算を算定している間は、入院基本料等加算（地域加算及び離島加算を除く。）は算定できない。