福県医発第１３０７号（地）
平成１８年１０月　５日

931
受
18.10.10
付
小郡三井医師会

各　医　師　会　長　殿

福　岡　県　医　師　会
会　長　横　倉　義　武

平成１８年度診療報酬改定関連通知の一部訂正等について

日本医師会より、（１）平成１８年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について、（２）「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正について、（３）「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」等の一部改正について通知がありましたので会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

（１）平成１８年度診療報酬改定関連通知の一部訂正については、平成１８年度の診療報酬改定に関する諸通知の訂正事項を示した通知です。

（２）「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正については、先の健康保険法等の一部を改正する法律（平成１８年法律第８３号）および障害者自立支援法（平成１７年法律第１２３号）の施行に伴い、本年１０月１日より適用される諸通知です。

なお、本通知に関しては、日本医師会において、見消版を作成されておりますので、変更点等のご確認にご活用下さい。

（３）「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」等の一部改正については、（１）の諸通知の訂正を踏まえ、さらに上記（２）と同様に、健康保険法等の一部を改正する法律および障害者自立支援法の施行に伴い、本年１０月１日より適用される諸通知です。

また、本通知においては、健保法等の一部改正により、特定療養費を保険外併用療養費とし、「評価療養」と「選定療養」とに再編成されたことに伴い、特別の料金に係る消費税の取扱いについて、「評価療養」に係る特別の料金は非課税とし、「選定療養」に係る特別の料金については課税対象とする取扱いも併せて示されております。

さらに、「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」の別紙２「看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）」の看護職員配置および看護要員配置の算出方法において、看護師の比率の基準に応じて算出する実際に勤務する月平均１日当たりの看護師数は、小数点以下切り上げとする取扱いを廃止し・小数点以下をそのままに取り扱うこととされております。

なお、本諸通知につきましては、本会ホームページ新着情報に掲載いたします。

小郡三井医師会
H18.10.10
丸山

小郡三井医師会より　　**担当理事　友清　明**

事務連絡（保 124）
平成１８年１０月３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年度診療報酬改定関連通知の一部訂正等について

今般、厚生労働省より、『(1) 平成１８年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について、(2)「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正についておよび(3)「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」等の一部改正について』が発出されましたのでご連絡申し上げますとともに、貴会会員への周知方ご高配賜わりますようお願い申し上げます。

(1) 平成１８年度診療報酬改定関連通知の一部訂正については、平成１８年度の診療報酬改定に関する諸通知の訂正事項を示した通知であります。

(2)「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正については、先の健康保険法等の一部を改正する法律（平成１８年法律第８３号）および障害者自立支援法（平成１７年法律第１２３号）の施行に伴い、本年１０月１日より適用される諸通知であります。

なお、本通知に関しては、見消版の通知も同封しておりますので、変更点等のご確認にご活用下さい。

(3)「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」等の一部改正については、(1)の諸通知の訂正を踏まえ、さらに上記(2)と同様に、健康保険法等の一部を改正する法律および障害者自立支援法の施行に伴い、本年１０月１日より適用される諸通知であります。

また、本通知においては、健保法等の一部改正により、特定療養費を保険外併用療養費とし、「評価療養」と「選定療養」とに再編成されたことに伴い、特別の料金に係る消費税の取扱いについて、「評価療養」に係る特別の料金は非課税とし、「選定療養」に係る特別の料金については課税対象とした取扱いも併せて示されております。

さらに、「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」の別紙２「看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）」の看護職員配置および看護要員配置の算出方法において、看護師の比率の基準に応じて算出する実際に勤務する月平均１日当たりの看護師数は、小数点以下切り上げとする取扱いを廃止し、小数点以下をそのままに取り扱うこととしたものであります。

なお、各通知の詳細に関しては、添付資料をご参照いただきますようお願い申し上げます。

〈添付資料〉

1．平成１８年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
（平 18. 9. 27　保医発第 0927001 号　厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官）

2．「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正について
（平 18. 9. 29　保発第 0929004 号　厚生労働省保険局長）

3．「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」等の一部改正について
（平 18. 9. 29　保医発第 0929002 号　厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官）

写

保医発第0927001号
平成１８年９月２７日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保健主管課（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）、「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成18年３月６日保医発第0306005号）、「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（平成18年３月６日保医発第0306007号）、「入院時食事療養の実施上の留意事項について」（平成18年３月６日保医発第0306009号）、「入院時食事療養の基準等に係る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0306010号）、「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」（平成18年３月20日保医発第0320001号）、「「診療報酬請求書等の記載要領等について」の改正について」（平成18年３月30日保医発第0330006号）、「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」平成18年３月30日保医発第0330007号）、「「老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書等の記載要領について」の全部改正について」（平成18年３月30日保医発第0330008号）、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年４月28日保医発第0428001号）及び「「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」の一部改正について」（平成18年３月31日保医発第0331003号）について、それぞれ別紙１から別紙13までのとおり訂正するので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

（別紙１）

「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」の一部訂正について

別添１

＜通則＞

１　１人の患者について療養の給付又は医療~~の給付~~に要する費用は、第１章基本診療料及び第２章特掲診療料又は第３章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

第２節　再診料

Ａ００１　再診料

(5)　電話等による再診

ウ　乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、「注２」の乳幼児加算を算定する。

Ａ００２　外来診療料

(6)　爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、後部尿道洗浄（ウルツマン）、義眼処置、矯正固定、変形機械矯正術、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外来診療料に含まれ別に算定できない。

第２部　入院料等

＜通則＞

６　外泊期間中の入院料等

(1)　入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料（療養病棟入院基本料２を算定する療養病棟にあっては、外泊前日の入院基本料）の基本点数の15％又は特定入院料の15％を算定するが、精神及び行動の障害の患者について治療のために外泊を行わせる場合は更に15％を算定できる。ただし、入院基本料又は特定入院料の30％を算定することができる期間は、連続して３日以内に限り、かつ月（同一暦月）６日以内に限る。

外泊中の入院料等を算定する場合においては、その点数に１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。

なお、当該外泊期間は、７の入院期間に算入する。

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日経過後にあっ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って、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り、当該月においても同様に取り扱うこととする。

状　態　等	診療報酬点数	実施の期間等
4　悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態（※２参照）	動脈注射 抗悪性腫瘍剤~~動脈内~~局所持続注入 点滴注射 中心静脈注射 骨髄内注射 放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
6　リハビリテーション等を実施している状態（患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。）	心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション	週３回以上実施している週が、当該月において２週以上であること
8　頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態（※３参照）	喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出 気管支カテーテル薬液注入法	１日に８回以上（夜間を含め約３時間に１回程度）実施している日が、当該月において20日以上であること
9　人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 人工呼吸	当該月において１週以上使用していること
10　人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過 血漿交換療法	各週２日以上実施していること 当該月において２日以上実施していること

※３　７に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。

また、８に係る喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合は、当該喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を頻回に行った旨を診療報酬明細書に、その実施時刻及び実施者について診療録等に記載すること。

(6)　「注４」に規定する特定患者が、包括病床群（~~第９節~~「Ａ３１３　老人一般病棟入院医療管理料」の「注１」に規定する包括病床群をいう。）の届出を行っていない病床に入院している場合については、老人特定入院基本料（928点又は790点）を算定すること。

また、老人特定入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤~~及び~~、特定保険医療材料又は区分「Ｊ２０１」酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置~~に際して薬剤又は特定保険医療材料を使用した場合の当該~~及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料~~に係る~~の費用については~~、~~老人特定入院基本料に含まれる~~ものであること~~。

老人特定入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、老人特定入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。

Ａ１０１　療養病棟入院基本料

(1)　療養病棟入院基本料１（平成18年６月30日までに限る。）

ウ　療養病棟入院基本料１に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤~~又は~~、特定保険医療材料又は区分「Ｊ２０１」酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については療養病棟入院基本料１に含まれる。

Ａ１０４　特定機能病院入院基本料

(5)　特定機能病院入院基本料を算定する病棟については、「~~注４~~注５」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料

(1)　有床診療所療養病床入院基本料１（平成18年６月30日までに限る。）

イ　有床診療所療養病床入院基本料１に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤~~又は~~、特定保険医療材料又は区分「Ｊ２０１」酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については有床診療所療養病床入院基本料１に含まれる。

第２節　入院基本料等加算

Ａ２０５　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

(4)　加算の起算日となる入院日は、夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供~~したものとする~~した日（午前０時から午後12時まで）であって、その旨を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知するとともに、地方社会保険事

務局長に届け~~出た~~出ている日とする。また、午前０時をまたいで夜間救急医療を提供する場合においては、夜間の救急医療を行った前後２日間とする。なお、当該加算の起算日に行う夜間又は休日の救急医療にあっては、第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していることとする。

Ａ２１２　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

(1)　超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「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16年２月27日保医発第0227002号~~平成18年３月６日保医発第0306002号）」別紙６の超重症児（者）判定基準による判定スコアが25以上のものをいう。

Ａ２２９　精神科隔離室管理加算

(7)　当該加算は、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準に該当する保険医療機関については、算定できない。

第３節　特定入院料

Ａ３０４　広範囲熱傷特定集中治療室管理料

(2)　熱傷用空気流動ベッドの使用の有無にかかわらず所定点数を算定する。なお、創傷処置、熱傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入又は皮膚科軟膏処置の費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、創傷処置、熱傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入又は皮膚科軟膏処置に用いた薬剤料については別に算定できる。

Ａ３１２　精神療養病棟入院料

(3)　「~~注４~~注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分「Ａ３１１」精神科救急入院料の例による。

Ａ３１３　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施設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(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１部　医学管理等

Ｂ０００　特定疾患療養管理料

(6)　~~指導~~管理内容の要点を診療録に記載する。

Ｂ００１　特定疾患治療管理料

10　入院栄養食事指導料

~~(2)　入院栄養食事指導料と退院指導料を同一日にあわせて算定することはできない。~~

~~(3)~~(2)　入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

16　喘息治療管理料

(5)　「注２」に規定する加算については、当該加算を算定する前１年間において、中等度以上の発作による当該保険医療機関への緊急外来受診回数が３回以上ある、居宅において療養中である20歳以上の重度喘息患者を対象とし、初回の所定点数を算定する月（~~歴月~~暦月）から連続した６か月について、必要な治療管理を行った場合に月１回に限り算定すること。

(6)　当該加算を算定する場合、ピークフローメーター及び一秒量等計測~~用機~~器を患者に提供するとともに、ピークフローメーター及び一秒量等計測~~用機~~器の適切な使用方法、日常の服薬方法及び増悪時の対応方法を含む治療計画を作成し、その指導内容を文書で交付すること。

17　慢性疼痛疾患管理料

(1)　慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる。~~なお、当該管理料を算定している患者であっても、介達牽引及び消炎鎮痛等処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。~~

(2)　介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、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の費用は所定点数に含まれるが、これらの処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。

Ｂ００１－２　小児科外来診療料

(3)　当該患者の診療に係る費用は、初診料~~（「注２」のただし書に規定するものを除く。）~~、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)並びに往診料（往診料の加算を含む。）を除き、すべて所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。

(11)　本診療料を算定する旨を届け出た保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」（~~平成５年６月28日保険発第81号・老健第80号保険局医療課長・老人保健福祉局老人保健課長連名通知~~平成18年３月31日保医発第0331002号）に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。

Ｂ００１－２－３　乳幼児育児栄養指導料

乳幼児育児栄養指導料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が３歳未満の乳幼児に対して初診（区分「Ａ０００」初診料の「注２」のただし書に規定する初診を除く。）を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。この場合、指導の要点を診療録に記載すること。

Ｂ００５－４　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)、Ｂ００５－５　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)

(3)　紹介元医師による紹介に基づき紹介先の病院に入院している患者に対して、当該紹介元医師が病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、~~既に~~区分「Ｂ００９」に掲げる診療情報提供料(I)が既に算定されている場合であっても、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定できる。

Ｂ００９　診療情報提供料(Ⅰ)

(3)　紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。~~なお、~~

ア　イ及びウ以外の場合	別紙様式７
イ　市町村又は指定居宅介護支援事業者等	別紙様式７から別紙様式10
ウ　介護老人保健施設	別紙様式11

Ｂ０１０　診療情報提供料(Ⅱ)

(1)　診療情報提供料(Ⅱ)は、主治医以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を得ることを推進するものとして、主治医がセカンド・~~オピニオン~~オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できるものである。

(2)　診療情報提供料(Ⅱ)は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が主治医及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う診療情報提供料(I)を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものであること。

第２部　在宅医療

第１節　在宅患者診療・指導料

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料

(1)　在宅患者訪問診療料の算定の対象となる患者は、居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院による療養が困難なものとする。ただし、医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入所している患者（「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成18年厚生労働省告示第176号）等（以下「給付調整告示等」という。）に規定する場合を除く。）については算定の対象としない。

(3)　在宅患者訪問診療料の算定は週３回を限度とするが、次に掲げる患者についてはこの限りでない。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者等】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変

性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類~~の~~がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料

(2)　在宅時医学総合管理料は、厚生労働大臣の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の主治医が、在宅療養計画に基づき月２回以上継続して訪問診療（往診を含む。）を行った場合に月１回に限り算定する。

在宅時医学総合管理料の「１」については、在宅療養支援診療所の主治医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、在宅療養支援診療所において算定し、在宅療養支援診療所の主治医が、当該患者以外の患者に対し、月２回以上継続して訪問した場合には、在宅時医学総合管理料の「２」を算定する。ただし、医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）については算定の対象としない。

(7)　当該患者について在宅時医学総合管理料が算定されている月において、区分~~番号~~「Ｂ０００」特定疾患療養管理料、区分「Ｂ００１」の「５」小児科療養指導料、同区分の「７」難病外来指導管理料、同区分の「８」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料、~~及び~~区分~~番号~~「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分「Ｃ１１３」寝たきり老人訪問指導管理料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｃ００３　在宅末期医療総合診療料

~~(13)~~(12)　「注４」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料

(2)　在宅患者訪問看護・指導料は、在宅患者訪問看護・指導を実施する保険医療機関において医師による診療のあった日から１月以内に行われた場合に算定する。

ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問看護・指導~~料~~を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から１月以内に行われた場合に算定する。

第２節　在宅療養指導管理料

第１款　在宅療養指導管理料

Ｃ１０３　在宅酸素療法指導管理料

(5)　在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月１回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

(8)　在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出及び鼻マスク式補助換気法（これらに係る酸素代も含む。）の費用は算定できない。

Ｃ１０６　在宅自己導尿指導管理料

(3)　在宅自己導尿指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）、膀胱洗浄、後部尿道洗浄（ウルツマン）及び留置カテーテル設置の費用は算定できない。

Ｃ１０７　在宅人工呼吸指導管理料

(5)　在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、鼻マスク式補助換気法及び人工呼吸の費用（これらに係る酸素代を除く。）は算定できない。

Ｃ１０９　在宅寝たきり患者処置指導管理料

(4)　在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含み、熱傷に対する処置を除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、後部尿道洗浄（ウルツマン）、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術~~及び~~、消炎鎮痛等処置、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の費用は算定できない。

Ｃ１１０　在宅自己疼痛管理指導管理料

(1)　在宅自己疼痛管理指導管理料は、疼痛除去のために~~植込型脳~~埋込型脳・脊髄電気刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を実施する場合に算定する。

(2)　対象となる患者は難治性慢性疼痛を有するもののうち、~~植込型脳~~埋込型脳・脊髄電気刺激装置を埋め込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めたものである。

Ｃ１１２　在宅気管切開患者指導管理料

(3)　在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含み、熱傷に対する処置を除く。）~~及び~~、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰

排出の費用は算定できない。

Ｃ１１３　寝たきり老人訪問指導管理料

~~(9)　寝たきり老人訪問指導管理料を算定している患者については、ウイルス疾患指導料及び心臓ペースメーカー指導管理料を算定できないものであること。また、皮膚科特定疾患指導管理料(1)を算定すべき管理を行った場合においては、寝たきり老人訪問指導管理の費用は、当該点数に含まれ、別に算定できないものであること。~~

第２款　在宅療養指導管理材料加算

Ｃ１５０　血糖自己測定器加算

(2)　入院中の患者に対して、退院時に在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び血糖自己測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関~~を~~において当該退院~~した~~月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び血糖自己測定器加算は算定できない。

Ｃ１５８　酸素濃縮装置加算

(2)　同一月内に同一患者に対して酸素ボンベ、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合又は携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、それぞれ主たる装置に係る加算のみを算定できる。

第３部　検査

第１節　検体検査料

第１款　検体検査実施料

外来迅速検体検査加算

(2)　以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。

区分「Ｄ００６」出血・凝固検査の注の場合

区分「Ｄ００７」血液化学検査の注の場合

区分「Ｄ００８」内分泌学的検査の注の場合

区分「Ｄ００９」腫瘍マーカーの注２及び注３の場合

区分「Ｄ０１０」特殊分析の「５」アミノ酸定量の「ロ」の場合

区分「Ｄ０１３」肝炎ウイルス関連検査の注の場合

区分「Ｄ０１４」自己抗体検査の注の場合

例　患者から１回に採取した血液等を用いて区分「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「４」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）精密測定と「７」のＣＡ19－９精密測定を行った場合、検体検査実施料の請求は区分「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「注３」の「イ」２項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が２項目であることから、２点を加算する。

Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査

(3)　「12」のマイクロトランスフェリン精密測定（尿中）、「12」のアルブミン定量精密測定及び「15」のⅣ型コラーゲン定量精密測定は、糖尿病又は早期糖尿病性腎症患者であって微量アルブミン尿を~~伴う~~疑うもの（糖尿病性腎症第１期又は第２期のものに限る。）に対して行った場合に、３か月に１回に限り算定できる。なお、これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００５　血液形態・機能検査

(8)　「10」のヘモグロビンA_{1c}（HbA_{1c}）、区分「Ｄ００７」血液化学検査の「17」のグリコアルブミン又は同区分「22」の１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）のうちいずれかを同一月中に併せて２回以上実施した場合は、月１回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者については、~~４~~いずれか１項目を月１回に限り別に算定できる。

Ｄ００６　出血・凝固検査

(7)　「15」の第Ⅷ因子様抗原は、ＳＲＩＤ法、ロケット免疫電気泳動法又は通則に掲げる精密検査によるものである。

(10)　フィブリンモノマー複合体定量精密測定

イ　フィブリンモノマー複合体定量精密測定、~~同区分~~「19」のトロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体（ＴＡＴ）精密測定及び「20」のプロトロンビンフラグメントＦ１＋２精密測定のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００７　血液化学検査

(5)　「４」のＨＤＬ―コレステロール、「４」の総コレステロール及び「５」のＬＤＬ―コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの２つの所定点数を算定する。

(23)　シスタチンＣ精密測定

イ　シスタチンＣ精密測定は、「１」の尿素窒素（ＢＵＮ）又は「１」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、３月に１回に限り算定できる。ただし、「27」のペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(24)　「27」のペントシジンは、「１」の尿素窒素（ＢＵＮ）又は「１」のクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合に、３月に１回に限り算定できる。ただし、「27」のシスタチンＣ精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(27)　「29」の血液ガス分析は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

なお、在宅酸素療法を実施している入院施設を有しない診療所が、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る~~保安~~入院施設を有する他の保険医療機関において血液ガス分析を行う場合であって、採血後、速やかに検査を実施し、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合にあっては算定できるものとする。

(28)　「29」のヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）はＥＬＩＳＡ法又は免疫クロマト法により、急性心筋梗塞の診断を目的に用いた場合のみ算定する。

ただし、ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）と~~同区分の~~「29」のミオグロビン~~精密測定~~を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(29)　「30」のⅣ型コラーゲン精密測定又は「31」のⅣ型コラーゲン・７Ｓ精密測定は、「38」のプロリルヒドロキシラーゼ（ＰＨ）精密測定又は~~同区分~~「29」のＰ－Ⅲ－Ｐ精密測定と併せて行った場合には、一方の所定点数のみ算定する。

Ｄ００８　内分泌学的検査

(3)　ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画定性

イ　「４」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画定性、「15」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画精密測定それぞれについて、「１」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定性、「14」のヒト絨毛性ゴナドトロピン定量（ＨＣＧ定量）精密測定を同時に実施した場合は、それぞれいずれか一方の所定点数のみ算定する。

(8)　「12」の黄体形成ホルモン（ＬＨ）はＬＡ法又は通則に掲げる精密検査による。

(23)　インスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）精密測定

イ　インスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）精密測定を~~同区分~~「22」のソマトメジンＣ精密測定と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００９　腫瘍マーカー

(8)　「９」のＩ型コラーゲンＣテロペプチド精密測定、区分「Ｄ００８」内分泌学的検査の「15」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴx)精密測定又は同区分「18」の尿中デオキシピリジノリン精密測定は、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(12)　「10」のサイトケラチン19フラグメント精密測定は、~~悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回に限り算定する。~~

~~また、~~悪性腫瘍であることが既に確定診断された患者については、小細胞癌を除く肺癌の場合に限り、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定できる。

(13)　「10」のガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP）精密測定を~~同区分の~~「７」~~に掲げる~~の神経特異エノラーゼ（ＮＳＥ）精密測定と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(14)　尿中遊離型フコース

ア　「11」の尿中遊離型フコースは酵素化学的測定法に~~より、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回に限り算定する。~~よる。

(15)　同一月内に「11」のＡＦＰのレクチン反応性による分画比（ＡＦＰ－Ｌ$_3$％）を「４」~~に掲げる~~のα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）精密測定又は「７」~~に掲げる~~のＰＩＶＫＡⅡ精密測定と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。なお、ＡＦＰのレクチン反応性による分画比（ＡＦＰ－Ｌ$_3$％）は、電気泳動法及び抗体親和性転写法又はＬＢＡ法による。

(21)　「16」のインターロイキン２受容体（ＩＬ－２Ｒ）精密測定は、非ホジキンリンパ腫、ＡＴＬの診断の目的で測定した場合~~のみ~~に算定できる。

また、非ホジキンリンパ腫又はＡＴＬであることが既に確定診断された患者に対して、経過観

察のために測定した場合は、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」により算定する。

(22)　「注３」に係る規定は、~~「4」から「14」までに掲げる~~本区分に掲げる血液を検体とする検査と「11」~~中~~の尿中遊離型フコース、「13」の尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア定量（ＨＣＧβコア定量）精密測定、「15」~~中~~の乳頭分泌液中ＣＥＡ精密測定又は「15」~~中~~の乳頭分泌液中ＨＥＲ２タンパク測定を同一日に行った場合にも、適用する。

Ｄ０１２　感染症免疫学的検査

(13)　インフルエンザウイルス抗原精密測定

イ　本検査と~~本区分~~「11」のウイルス抗体価のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型又は「20」のノイラミニダーゼを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(18)　ノイラミニダーゼ

イ　~~ノイラミニダーゼと本区分~~本検査と「11」のウイルス抗体価のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型又は「18」のインフルエンザウイルス抗原精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(39)　「35」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体価精密測定（~~ウェスタンブロット法~~ウエスタンブロット法）は、「13」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体価又は「22」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体価精密測定によって陽性が確認された症例について、確定診断の目的で行われた場合にのみ算定する。

Ｄ０１４　自己抗体検査

(3)　「５」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体又は「９」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体精密測定と、~~同医分~~「３」のリウマチ因子測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(4)　「７」の抗ＤＮＡ抗体は、抗ｓｓＤＮＡ抗体－ＩｇＧ検査及び抗ｄｓＤＮＡ抗体－ＩｇＧ検査を含み、~~同医分~~「12」の抗ＤＮＡ抗体精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみの算定とする。

(6)　「10」の抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、~~同医分~~「４」の甲状腺自己抗体検査（マイクロゾーム抗体の場合に限る。）又は~~同医分~~「10」の甲状腺自己抗体精密測定（マイクロゾーム抗体の場合に限る。）と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(8)　「３」のリウマチ因子測定、「15」のＩgG型リウマチ因子精密測定、「11」のC_1q結合免疫複合体精密測定、「15」のC_3d結合免疫複合体精密測定~~及び~~、「14」のモノクローナルＲＦ結合免疫複合体精密測定~~並びに~~、「９」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体精密測定及び「９」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）精密測定のうち２項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの１つに限り算定する。

(17)　「22」の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又は診断後の経過観察の目的で行った場合~~のみ~~に算定できる。

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査

(3)　「８」の補体蛋白（C_3）測定、「８」の補体蛋白（C_4）測定及び「７」のトランスフェリンは、ＳＲＩＤ法又は通則に掲げる精密検査による。

Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査

(4)　淋菌核酸増幅同定精密検査

イ　淋菌核酸増幅同定精密検査は、ＬＣＲ法による増幅とＥＩＡ法による検出を組み合わせた方法、ＰＣＲ法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法又はＳＤＡ法による。淋菌核酸増幅同定精密検査は、泌尿器又は生殖器からの検体によるものである。ただし、男子尿を含み、女子尿を含まない。

(7)　「４」のＨＢＶ核酸同定精密測定は、核酸ハイブリダイゼーション法によるものであり、「６」のＤＮＡポリメラーゼ及び「~~12~~４」のＨＢＶ核酸定量測定を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ０２４　動物使用検査

従前、細菌動物検査、妊娠動物検査、トキソプラズマ症におけるマウス使用検査等動物を用いて行う検査として認められていたものについては、本~~点数~~区分により算定する。

第３節　生体検査料

[呼吸循環機能検査等に係る共通事項（Ｄ２００～Ｄ２１４）]

(1)　２回目以降100分の90で算定する場合の「同一の検査」区分「Ｄ２０８」心電図検査の「１」から「~~６~~５」まで、区分「Ｄ２０９」負荷心電図検査の「１」と「２」、区分「Ｄ２１０」ホルター型心電図検査の「１」と「２」については、それぞれ同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

Ｄ２１４　脈波図、心機図、ポリグラフ検査

(4)　脈波図、心機図、ポリグラフ検査を１誘導で行った場合は区分「Ｄ２０７」体液量等測定の「２」により算定~~し、脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料は、別に算定できない~~する。

Ｄ２１５　超音波検査

(12)「５」の血管内超音波法の算定は次の方法による。

エ　区分「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

Ｄ２１６－２　残尿測定検査

(1)　残尿測定検査は、前立腺肥大症~~並びに~~、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する。

Ｄ２２０　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ

(2)　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオ

タコスコープは、観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記載した場合に算定できる。

(4) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

(5) 診療報酬明細書の摘要欄に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの算定開始日を記載する。

(6) 呼吸心拍監視装置等の装着を中止した後30日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープを算定した日とする。特定入院料を算定した患者が引き続き~~「Ｄ２２０」~~~~の~~呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープを行う場合の日数の起算日についても同様とする。なお、当該検査を中止している期間についても実施日数の計算に含める。

(8) 人工呼吸を同一日に行った場合は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープに係る費用は区分「Ｊ０４５」人工呼吸の所定点数に含まれる。

Ｄ２２３　経皮的動脈血酸素飽和度測定

経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア　呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの

Ｄ２３６－３　神経磁気診断

(2) 当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー

(1) 「１ 携帯用装置を使用した場合」

ア　問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に算定する。なお、区分「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧~~式~~呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、６月に１回を限度として算定できる。

(2) 「２ １以外の場合」

ア　他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合に、１月に１回を限度として算定する。なお、区分「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧~~式~~呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り２回を限度として算定できる。

当該検査を実施するに当たっては、下記(ｲ)から(ﾆ)に掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害

の疑われない患者については(ｲ)のみ）を当該患者の睡眠中８時間以上連続して測定し、記録する。

(ｲ)　脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図

(ﾛ)　鼻又は口における気流の検知

(ﾊ)　胸壁及び腹壁の換気運動記録

(ﾆ)　パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

Ｄ２４５　鼻腔通気度検査

鼻腔通気度検査は、当該検査に関連する手術日の前後３月以内に行った場合に算定する。その場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該検査に関連する手術名及び手術日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定日）を記載すること。

なお、手術に関係なく、睡眠時無呼吸症候群又は神経性（心因性）鼻閉症の診断の目的で行った場合にも、所定点数を算定できる。

Ｄ２８２－３　コンタクトレンズ検査料

(2)　~~コンタクトレンズの既装用者に対して、~~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及び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、患者の眼の状態、コンタクトレンズの装用歴等を勘案し、医師が~~屈折異常に係る継続的な管理の必要性を認め、~~次回の受診を指示~~した場合にあっては、当該受診日に~~することとなるが、こうした継続的な管理を目的として既装用者に対して行われる眼科学的検査については「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」を算定する。

また、コンタクトレンズの既装用者であって、自他覚症状を有する等、新たな疾患の罹患が疑われる場合にあっては、医師の指示した受診日以前であっても、実施された眼科学的検査については「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」を算定できる。

(3)　当該保険医療機関又は当該保険医療機関と~~特別な関係~~特別の関係にある保険医療機関において過去に「１」の「イ」又は「２」の「イ」を算定した患者に対して「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」を算定する場合は、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。

~~(4)　コンタクトレンズの既装用者であって、自他覚症状がなく屈折異常以外の新たな疾病の罹患が疑われないにもかかわらず、疾病の予防の観点から定期的に行われる眼科学的検査については、疾病又は負傷に対する療養又は医療の給付に該当しないことから、保険給付の対象とはならない。ただし、コンタクトレンズの既装用者であって、自他覚症状を有する等、新たな疾病の罹患が疑われる場合にあっては、医師の指示した受診日以前であっても、実施された眼科学的検査については「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」を算定できる。~~

~~(5)~~(4)　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、円錐角膜、角膜変形若しくは高度不正乱視の治療を目的としてハードコンタクトレンズの処方を行った場合、９歳未満の小児に対して弱視、斜視若しくは不同視の治療を目的としてコンタクトレンズの処方を行った場合、緑内障又は高眼圧症の

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。）、網膜硝子体疾患若しくは視神経疾患の患者（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）並びに眼底カメラ撮影を実施し、網膜硝子体又は視神経乳頭の所見を図示して詳細に診療録に記載した場合に限る。）、度数のない治療用コンタクトレンズを装用する患者又は眼内の手術（角膜移植術を含む。）前後の患者等にあっては、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。

Ｄ２９０　卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト

卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテストの所定点数は、それぞれ両側についての点数であり、検査の種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。

Ｄ３１４　腹腔鏡検査

(1)　人工気腹術は、~~区分「Ｄ８１４」~~腹腔鏡検査に伴って行われる場合にあっては、別に算定できない。

(2)　~~区分「Ｄ８１４」~~腹腔鏡検査を、区分「Ｄ３１５」腹腔ファイバースコピーと同時に行った場合は主たるものの所定点数を算定する。

Ｄ３１７　膀胱尿道ファイバースコピー

(2)　膀胱尿道ファイバースコピーにインジゴカルミンを使用した場合は、区分「Ｄ２８９」その他の機能テストの「２」の所定点数を~~併算~~併せて算定する。

Ｄ３２４　血管内視鏡検査

区分「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

Ｄ３２５　肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法

(2)　検査を実施した後の縫合に~~用いる~~要する費用は、所定点数に含まれる。

第４節　診断穿刺・検体採取料

２　診断穿刺・検体採取後の創傷処置については、区分「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものとして翌日より算定できる。

第４部　画像診断

第２節　核医学診断料

Ｅ１０１－３　ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

(8)　ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の^{15}Ｏ標識ガス剤の合成~~に係る費用~~及び~~^{15}Ｏ標識ガス剤の~~吸入に係る費用並びに^{18}ＦＤＧの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

第３節　コンピューター断層撮影診断料

１　コンピューター断層撮影と磁気共鳴コンピューター断層撮影を行う際の取扱い

(1)　同一月に区分「Ｅ１０１－３」のポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行った後に区分「Ｅ２００」のコンピューター断層撮影又は区分「Ｅ２０２」の磁気共鳴コンピューター断層撮影を行った場合には、当該コンピューター断層撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影については、２回目以降として~~第８節の通則~~「２」の例により算定する。

Ｅ２０２　磁気共鳴コンピューター断層撮影

(5)　「~~注８~~注４」の「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合は除く。

第５部　投薬

第５節

Ｆ４００　処方せん料

(1)　処方せん料の「１」及び「２」の算定において後発医薬品を１剤以上含む処方を行った場合には「イ　後発医薬品を含む場合」として算定する。なお、後発医薬品以外の薬剤を処方した場合において、当該処方を行った医師が、当該薬剤を後発医薬品に変更して差し支えないと判断し、その意志表示として当該処方せんに署名又は記名・押印をした処方せんを患者に交付した場合（後発医薬品がある~~先発~~医薬品を処方した場合に限る。）又は一般名等を記載した処方せんを患者に交付した場合（後発医薬品がある~~先発~~医薬品を処方した場合に限る。）においても、「イ　後発医薬品を含む場合」として算定できる。

第６部　注射

第１節　注射料

Ｇ００１　静脈内注射

(2)　区分Ｃ１０１在宅自己注射指導管理料、区分Ｃ１０４在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分Ｃ１０８在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る~~器具~~在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００４　点滴注射

(3)　注２に規定する加算の対象となる「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第４条第５項第１号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処

理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔などの確認を行った上で、無菌室・クリーンベンチ等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて~~無菌~~製剤処理を行い、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管することとする。

(5) 注３に~~掲げる~~規定する加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、当該抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗腫瘍用薬等が投与された場合に算定する。

(6) 注３に~~掲げる~~規定する加算は、関節リウマチの患者及びクローン病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合も算定できる。

(8) 区分Ｃ１０１、区分Ｃ１０４又は区分Ｃ１０８に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る~~器具~~在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００５　中心静脈注射

(4) 区分Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る~~器具~~在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。

(5) 区分Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これに係る~~器具~~在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

Ｇ００５－２　中心静脈注射用カテーテル挿入

(4) 区分Ｃ１０４又は区分Ｃ１０８に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る~~材料~~在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

第７部　リハビリテーション

〈通則〉

11　鋼線等による直達牽引、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

第１節　リハビリテーション料

Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料

(6) 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、心大血管疾患リハビリテーションに付随

する区分「Ｄ２０８」心電図検査、区分「Ｄ２０９」負荷心電図検査及び区分「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。

(7)　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って、別に厚生労働大臣が定める~~疾患~~患者とは、

ア　失語症、失認及び失行症の患者

イ　高次脳機能障害の患者

ウ　重度の頸髄損傷の患者

エ　頭部外傷又は多部位外傷の患者

オ　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

カ　難病患者リハビリテーション料に規定する患者

キ　障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者

である。

Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料

(8)　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って、別に厚生労働大臣が定める~~疾患~~患者とは、

ア　失語症、失認及び失行症の患者

イ　高次脳機能障害の患者

ウ　重度の頸髄損傷の患者

エ　頭部外傷又は多部位外傷の患者

オ　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

カ　難病患者リハビリテーション料に規定する患者

キ　障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者

である。

Ｈ００２　運動器リハビリテーション料

(8)　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って、別に厚生労働大臣が定める~~疾患~~患者とは、

ア　失語症、失認及び失行症の患者

イ　高次脳機能障害の患者

ウ　重度の頸髄損傷の患者

エ　頭部外傷又は多部位外傷の患者

オ　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

カ　難病患者リハビリテーション料に規定する患者

キ　障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者

である。

Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料

(6)　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って、別に厚生労働大臣が定める~~疾患~~患者とは、

ア　失語症、失認及び失行症の患者
イ　高次脳機能障害の患者
ウ　重度の頸髄損傷の患者
エ　頭部外傷又は多部位外傷の患者
オ　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
カ　難病患者リハビリテーション料に規定する患者
キ　障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者
である。

Ｈ００７　障害児（者）リハビリテーション料

(1)　障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーションの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出を行った保険医療機関であって、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の３及び第43条の４に規定する肢体不自由児施設及び重度心身障害児施設又は同法第27条第２項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関の入所者又は通園者（外来患者を含む。）である以下の患者（医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。）に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

ア　脳性麻痺の患者
イ　胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害~~には、~~の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等~~が含まれる。~~の患者を含む。）
ウ　顎・口腔の先天異常の患者
エ　先天性の体幹四肢の奇形又は変形~~には、~~の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等~~が含まれる。~~の患者を含む。）
オ　先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者
カ　先天性又は進行性の神経筋疾患~~には、~~の患者（脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等~~が含まれる。~~の患者を含む。）
キ　神経障害による麻痺及び後遺症~~には、~~の患者（低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等~~が含まれる。~~の患者を含む。）
ク　言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害~~には、~~の患者（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等~~が含まれる。~~の患者を含む。）

第８部　精神科専門療法

第１節　精神科専門療法料

１００１　入院精神療法

(10)　入院中の対象精神疾患の患者に対して、入院精神療法に併せて心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を併せて行った場合であっても、入院精神療法のみにより算定する。

１００８－２　精神科ショート・ケア

(3)　同一の保険医療機関で精神科ショート・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・ケアを開始した日から起算して３年を超える場合には、精神科ショート・ケアの実施回数にかかわらず、算定は１週間に５日を限度とする。

Ｉ０１５　重度認知症患者デイ・ケア料

(5)　重度認知症患者デイ・ケア料は入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、重度認知症患者デイ・ケア料を算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

第９部　処置

〈通則〉

３　浣腸、注腸、吸入その他第１節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。

なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、~~第２節~~第３節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

７　時間外加算等に係る「所定点数」とは、第１節処置料に掲げられた点数及び各注による加算（プラスチックギプス加算及びギプスに係る乳幼児加算を含む。）を合計した点数であり、~~通則に基づく加算、~~第２節、第３節及び第４節における費用は含まない。

〈処置料〉

（一般処置）

Ｊ０００　創傷処置

(4)　区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。

(7)　中心静脈圧測定~~、点滴注射~~、静脈内注射、点滴注射及び中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

Ｊ００１　熱傷処置

(1)　熱傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

Ｊ００１－４　重度褥瘡処置

(2)　重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

Ｊ００１－５　老人処置

(1)　老人処置~~料~~の算定に係る褥瘡処置とは、臥床に伴う褥瘡性潰瘍又は圧迫性潰瘍に対する処置

（~~第２章第９部~~創傷処置又は皮膚科軟膏処置において、入院中の患者について算定することとされている範囲のものに限る。）をいうものであ~~ること。~~り、重度褥瘡処置を含むものであること。

Ｊ００１－６　老人精神病棟等処置料

(1)　「注１」に掲げる処置には褥瘡処置、重度褥瘡処置を含む。

(2)　入院期間が１年を超える入院中の患者に対して行った褥瘡処置、重度褥瘡処置が、「注１」に掲げるもの以外の創傷処置又は皮膚科軟膏処置である場合は、老人処置~~料~~の所定点数により算定する。

Ｊ００２　ドレーン法（ドレナージ）

(4)　ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分「Ｊ０００」創傷処置の「１」により手術後の患者に対するものとして算定する。

Ｊ００７　頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

区分「Ｊ００７」~~腰椎~~の頸椎穿刺は~~、~~区分「Ｄ４０３」~~腰椎~~の頸椎穿刺と、区分「Ｊ００７」の胸椎穿刺は区分「Ｄ４０３」の胸椎穿刺と、区分「Ｊ００７」の腰椎穿刺は区分「Ｄ４０３」の腰椎穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１８　喀痰吸引

(2)　喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）、ネブライザー又は超音波ネブライザーを同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

~~Ｊ０１８－２　内視鏡下気管支分泌物吸引~~

~~算定は１日に１回を限度とする。~~

Ｊ０１８－３　干渉低周波去痰器による喀痰排出

(2)　区分「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、~~喀痰吸引~~干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。

(3)　算定は１日に１回を限度とする。

Ｊ０１９－２　胸腔内出血排除~~術~~（非開胸的）

手術と同一日に行った胸腔内出血排除~~術~~（非開胸的）は別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｊ０２２　高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

高位浣腸、高圧浣腸、洗腸~~又は~~、摘便、腰椎麻酔下直腸内異物除去又は腸内ガス排気処置（開腹手術後）を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定する。

Ｊ０２４　酸素吸入、Ｊ０２４－２　突発性難聴に対する酸素療法

(1)　間歇的陽圧吸入法、~~体外式陰圧人工呼吸器治療、~~鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。

(2)　区分「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は算定できない。

~~(3)　酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。~~

Ｊ０２６　間歇的陽圧吸入法、Ｊ０２６－２　鼻マスク式補助換気法、Ｊ０２６－３　体外式陰圧人工呼吸器治療

(1)　区分「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法及び体外式陰圧人工呼吸器治療の費用は算定できない。

(2)　間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法又は体外式陰圧人工呼吸器治療と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ０３８－２　持続緩徐式血液濾過

(5)　持続緩徐式血液濾過と人工腎臓を併せて１月に１５回以上実施した場合（持続緩徐式血液濾過のみを１５回以上実施した場合を含む。）は、１５回目以降の持続緩徐式血液濾過又は人工腎臓は算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

Ｊ０４０　局所灌流

開始日の翌日以降に行ったものについては、区分「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものに準じて算定する。

Ｊ０４５　人工呼吸

(2)　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。

(3)　喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は、所定点数に含まれる。

~~(3)~~(4)　閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸及びマイクロアダプター（人工蘇生器）を使用して、酸素吸入を施行した場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。また、ガス

中毒患者に対して、閉鎖循環式麻酔器を使用し、気管内挿管下に酸素吸入を行った場合も同様とする。なお、この場合、酸素吸入の費用は人工呼吸の所定点数に含まれ、別に算定できない。

~~(4)~~(5)　気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器による酸素加圧により、肺切除術後の膨張不全に対して肺膨張を図った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

~~(5)~~(6)　閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合には、区分「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ、別に算定できない。

また、半閉鎖式循環麻酔器による人工呼吸についても、閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸と同様の取扱いとする。

~~(6)~~(7)　肺気腫に対するレスピラトール（ホセイニン）使用は、人工呼吸に準じて算定する。

~~(7)~~(8)　新生児の呼吸障害に対する補助呼吸装置による持続陽圧呼吸法（ＣＰＡＰ）及び間歇的強制呼吸法（ＩＭＶ）を行った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

~~(8)~~(9)　鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合は、PaO_2/F_iO_2が300mmHg以下又は$PaCO_2$が４５mmHg以上の急性呼吸不全の場合に限り人工呼吸に準じて算定する。

~~(9)~~(10)　区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、人工呼吸の費用は算定できない。

Ｊ０４７　カウンターショック

(3)　カウンターショックと開胸的心マッサージを併せて行った場合は、カウンターショックの所定点数と区分「Ｋ~~５５１~~５４５」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

Ｊ０５０　気管内洗浄

(4)　気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出又は酸素吸入は、所定点数に含まれる。

Ｊ０５５－２　イオントフォレーゼ

(1)　尋常性白斑に対するイオントフォレーゼ療法は露出部におけるもので、他の療法が無効な場合に限り認めて差し支えない。点数は、４cm×４cmごとに算定する。

(2)　汗疱状白癬、慢性湿疹、尋常性痤瘡、慢性皮膚炎、稽留性化膿性肢端皮膚炎、多汗症、頑癬に対するイオントフォレーゼは、他の療法で無効な場合に限り認められる。

Ｊ０６０　膀胱洗浄、Ｊ０６０－２　後部尿道洗浄（ウルツマン）

(2)　膀胱洗浄、留置カテーテル設置~~又は~~、導尿（尿道拡張を要するもの）又は後部尿道洗浄（ウルツマン）を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。

(3)　区分「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については膀胱洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。

Ｊ０６４　導尿（尿道拡張を要するもの）

区分「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理

料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。

Ｊ０９６　耳管処置

(4)　耳管開放症に対する処置は、「１」により算定する。

Ｊ０９７　鼻処置

(2)　副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置は、副鼻腔洗浄又は吸引の所定点数に含まれ別に算定はできない。

Ｊ０９９　間接喉頭鏡下喉頭処置

(2)　喉頭処置後の薬剤注入は、間接喉頭鏡下喉頭処置の所定点数に含まれる。

Ｊ１００　副鼻腔手術後の処置（片側）

副鼻腔手術後の洗浄、ガーゼ交換等（手術日の翌日以降のものに限る。）を行った場合に算定する。

この場合、~~区分「Ｊ０００」~~創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は別に算定できない。

Ｊ１０３　扁桃周囲膿瘍穿刺

(1)　扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍において、単に穿刺排膿のみ行い切開しなかった場合は所定点数を算定し、試験穿刺を行い膿汁を認め直ちに切開した場合は区分「Ｋ３６８」扁桃周囲膿瘍切開術を算定する。

(2)　区分「Ｄ４０６」の扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺と同一日に算定することはできない。

~~Ｊ１０８　鼻出血止血法~~

~~副鼻腔炎術後の後出血（手術日の翌日以後起った出血をいう。）が多量で再び術創を必要があって開く場合は、区分「Ｋ８５２」上顎洞根本手術に準じて算定する。~~

Ｊ１１７　鋼線等による直達牽引

(3)　消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８　介達牽引

(2)　同一患者につき同一月において、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（器具等による療法及び湿布処置に限る。）、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について併せて５回以上行った場合は、５回目以降の介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術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。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後１８０日以内のものについては、７回以上行った場

合に、７回目以降の介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術について所定点数の１００分の５０に相当する点数により算定する。

~~(2)~~(3)　「注２」に掲げる「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」とは、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、脳腫瘍などの開頭術後、急性発症した脳炎・ギランバレーなどの神経筋疾患、高次脳機能障害、脳性麻痺、四肢（手部・足部を含む。）の骨折・切断・離断・腱損傷、脊椎・肩甲骨・関節の手術後、四肢の熱傷（Ⅱ度の熱傷では体表面積15%以上、Ⅲ度の熱傷では10%以上）、気道熱傷を伴う熱傷、多発外傷、植皮術後及び15歳未満の先天性股関節脱臼症の手術後の患者をいう。この場合、脳血管疾患とは、急激な意識障害発作を伴った脳内出血、脳塞栓、脳血栓、くも膜下出血、脳動脈瘤破裂等をいい、症状の発現の緩徐な慢性脳循環不全症等はこれに該当しない。

~~(3)~~(4)　急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者について、新たな疾患の発生により、新たに「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に該当することとなった場合は、当該疾患の発症日（開腹術・開胸術後、脳腫瘍など開頭術後、脊椎・肩甲骨・関節の手術後、植皮術後及び15歳未満の先天性股関節脱臼症の手術後の患者については、当該手術の日、高次脳機能障害の患者については「高次脳機能障害診断基準」に基づいた診断がなされた日）をもって新たな発症日とすることができる。なお、脳血管疾患の患者に係る「新たな脳血管疾患が発症した場合」とは、臨床上急激に発症し、画像診断等において新たな発症が確認され、かつ当該疾患への急性期治療がなされた場合を指すものであり、出血性脳梗塞、脳血管攣縮等脳卒中急性期に出現する一連の病態によって生じた症状増悪などはこれに該当しない。

~~(4)~~(5)　「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に該当する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に対象となる疾患名及び発症日（又は新たな発症日）につき明記すること。

(6)　介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術に消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８－２　矯正固定

変形の矯正を目的としてマッサージ等を行った後に、副子、厚紙や絆創膏にて矯正固定を行った場合に１日につき所定点数を算定する。

Ｊ１１８－３　変形機械矯正術

１日につき所定点数を算定する。

Ｊ１１９－２　腰部又は胸部固定帯固定

(1)　腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨骨折等の患者に対して、胸部固定帯で胸部を固定した場合に１日につき所定点数を算定する。

(2)　同一患者につき同一日において、腰部又は胸部固定帯固定に併せて消炎鎮痛等処置、低出力レーザー照射又は肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。

(3)　区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、腰部

又は胸部固定帯固定の費用は算定できない。

Ｊ１１９－３　低出力レーザー照射

(1)　筋肉、関節の慢性非感染性炎症性疾患における疼痛の緩和のために低出力レーザー照射を行った場合~~は~~に、疾病、照射部位又は照射回数に関わらず１日につき所定点数を算定する。

(2)　同一患者につき同一日において、低出力レーザー照射に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。

(3)　区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、低出力レーザー照射の費用は算定できない。

Ｊ１１９－４　肛門処置

(1)　診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ１日につき所定点数を算定する。

(3)　同一患者につき同一日において、肛門処置に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射を行った場合は、主たるものにより算定する。

(4)　区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、肛門処置の費用は算定できない。

Ｊ１２０　鼻腔栄養

(6)　区分「Ｃ１０５」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料又は区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る~~器具~~在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｊ２０１　酸素加算

(7)　新規に保険医療機関の指定を受けた場合及び~~(9)~~(1)に規定する区分を追加又は変更した場合であって、当該診療に係る年度の前年の１月から12月までの１年間において酸素の購入実績がない場合にあっては、当年度の３月までの間は、次に定めるところによって酸素の購入単価を算出するものとする。その場合において購入単価が(1)に規定する単価を超える場合は、(1)の購入単価とする。

ア　当該診療月前に酸素を購入した実績がある場合（当該年度内に新規に指定され購入又は区分の追加若しくは変更（大型ボンベを廃止し、ＣＥに変更等）を行った場合に限る。）にあっては、購入した酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏35度、１気圧における容積（単位　リットル）で除して得た額の0.01円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

イ　アにより算出した場合の購入単価について、当年度の３月までの間については、当該診療月前に購入したすべての酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏35度、１気圧における容積（単位　リットル）で除して得た額の0.01円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

~~(15)　区分「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を~~

~~算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入の費用は算定できない。~~

~~(16)　突発性難聴に対する酸素療法は、酸素吸入により算定する。~~

~~(17)~~(15)　酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。

第10部　手術

〈通則〉

16　同一手術野又は同一病巣における算定方法

(2)　(1)にかかわらず、「同一皮切により行い得る範囲」内にあっても、次に掲げる場合には、「同一手術野又は同一病巣」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。なお、それらの他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は、「通則３」に照らしてその都度当局に内議のうえ決定する。

ア　胃切除術（消化器系の手術）と腹部大動脈瘤に対する大動脈瘤切除術（脈管系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（開腹によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ、腎悪性腫瘍手術（尿路系の手術）と肺切除術（呼吸器系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と腹腔鏡下腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ等、相互に関連のない２手術を同時に行う場合

18　臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

(1)　組織適合性試験

ウ　次に掲げる臓器等移植の移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分「Ｋ５１４－~~３~~４」同種死体肺移植術

区分「Ｋ６０５－２」同種心移植術

区分「Ｋ６０５－４」同種心肺移植術

区分「Ｋ６９７－５」生体部分肝移植~~術~~

区分「Ｋ６９７－７」同種死体肝移植術

区分「Ｋ７０９－３」同種死体膵移植術

区分「Ｋ７０９－~~４~~５」同種死体膵腎移植術

区分「Ｋ７８０」同種腎移植術

区分「Ｋ９２２」骨髄移植の「１」同種移植

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

Ｋ０００　創傷処理、Ｋ０００－２　小児創傷処理

Ｋ００６－２、Ｋ００６－３　鶏眼・胼胝切除後縫合

(1)　「露出部」とは区分「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

(2)　近接密生している鶏眼・胼胝等については、１個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。

(3)　露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の５０％以上の場合は、区分「Ｋ００６－２」の所定点数により算定し、５０％未満の場合は、区分「Ｋ００６－３」の所定点数により算定する。

第２款　筋骨格系・四肢・体幹

Ｋ０８２－３　人工関節再置換術

人工関節再置換術~~の加算~~は、人工関節置換術から６か月以上経過したものについてのみ算定できる。

Ｋ０８３　鋼線等による直達牽引

(4)　介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。

Ｋ０８３－２　内反足足板挺子固定

(1)　内反足に対しキルシュナー鋼線等で足板挺子を固定した場合に算定する。この場合において、ギプス固定を行った場合は、その所定点数を別に算定する。

(2)　介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、内反足足板挺子固定の所定点数のみにより算定する。

Ｋ０８９　爪甲除去術

爪甲白せん又は爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のものは区分「Ｊ~~０００~~００１－７」~~創傷処置の「注１」~~爪甲除去（麻酔を要しないもの）により算定する。

第３款　神経系・頭蓋

Ｋ１８２－２　神経交差縫合術

交通事故等により腕神経叢が根部で切断された病状で、患側の肋間神経を剥離し、易動性にし、切断部より末梢部において神経縫合した場合等、末梢神経損傷に対し、他の健常な神経を遊離可動化し、健常神経の末梢端と損傷神経の中枢端を縫合した場合に算定する。

第４款　眼

Ｋ２２８　眼窩骨折整復術

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。

第５款　耳鼻咽喉

Ｋ３８６　気管切開術

気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭でない）は、区分「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

第７款　胸部

Ｋ４７６－３　乳房再建術（乳房切除後）

一期的乳房再建術及び二期的乳房再建術は、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術を実施した場合に算定する。なお、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を実施した場合は、一期的乳房再建術又は二期的乳房再建術を算定せず、区分「Ｋ０１７」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を算定する。

Ｋ５２２　食道狭窄拡張術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該~~療養~~療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２６－２　早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該~~療養~~療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２６－３　表在性食道悪性腫瘍光線力学療法

表在性食道悪性腫瘍~~に対する~~光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ５３３　食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）

(2)　食道・胃静脈瘤硬化療法と内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術を併施した場合（一連の期間内において異なる日に実施する場合を含む。）には、いずれか主たるもので算定する。

Ｋ５３３－２　内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術

(1)　一連の期間（概ね２週間）において、１回に限り算定する。治療上の必要があって初回実施後２週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

(2)　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

第８款　心・脈管

Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、Ｋ５５３　心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、Ｋ５５３－２　左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術

~~左心室形成手術と、~~区分「Ｋ５４４」心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、区分「Ｋ５５３」心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）又は区分「Ｋ５５３－２」左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術と、区分「Ｋ５５４」弁形成術（１弁のものに限る。）又は区分「Ｋ５５５」弁置換術（１弁のものに限る。）を併施した場合は、区分「Ｋ５４４」、区分「Ｋ５５３」又は区分「Ｋ５５３－２」の「２」により算定する。

Ｋ５４５　開胸心臓マッサージ

(1)　開胸心臓マッサージと同時に併施した区分「Ｊ０４５」人工呼吸については別に所定点数を算定できる。

Ｋ５４９　経皮的冠動脈ステント留置術

(2)　次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数及びセット数にて算定する。なお、やむを得ない理由によりこれ以上の本数を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数	冠動脈用ステントセット算定セット数
完全閉塞病変の場合	１箇所	２本以下	１セット以下
	２箇所	３本以下	２セット以下
完全閉塞病変以外の場合	１箇所	１本以下	１セット以下
	２箇所	２本以下	２セット以下

Ｋ５５０－２　経皮的冠動脈血栓吸引術

手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術、Ｋ５５２－２　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）

(1)　区分「Ｋ６１４」血管移植術、バイパス移植術~~及び~~、区分「Ｋ５５２」冠動脈、大動脈バイパス移植術及び区分「Ｋ５５２－２」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの~~を含む。~~）におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。

(2)　区分「Ｋ６１４」血管移植術、バイパス移植術~~又は~~、区分「Ｋ５５２」冠動脈、大動脈バイパス移植術及び区分「Ｋ５５２－２」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの~~を含む。~~）以外の手術における自家血管の採取料については、区分「Ｋ０００」創傷処理の「２」又は区分「Ｋ０００－２」小児創傷処理の「２」に準じて算定する。

Ｋ６１０－５　血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）

上腕動脈、正中神経及び尺骨神経が切断された場合、上腕動脈及び正中神経が切断された場合、又は上腕動脈及び尺骨神経が切断された場合の血管吻合術及び神経再接合術を行った場合に算定する。

Ｋ６１１　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置

(1)　悪性腫瘍の患者に対し、抗悪性腫瘍剤~~を~~の局所持続注入~~すること~~又は疼痛の制御を目的として、チューブ又は皮下埋込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

Ｋ６１３　腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）

経皮的腎血管拡張術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

第９款　腹部

Ｋ６５３－４　表在性早期胃癌光線力学療法

(1)　表在性早期胃癌~~に対する~~光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ６５５　胃切除術、Ｋ６５５－２　腹腔鏡下胃切除術、Ｋ６５７　胃全摘術、Ｋ６５７－２　腹腔鏡下胃全摘術

Ｋ６７２　胆嚢摘出術

胆石症及び腸間膜動脈性十二指腸閉塞症に対し、同時に同一手術創で胆嚢~~摘除術~~摘出術及び十二指腸空腸吻合術（十二指腸水平脚と空腸起始部より20cmの部で側々吻合を行う。）を施行した場合は、区分「Ｋ６５５」胃切除術の「１」に準じて算定する。

Ｋ６９７－５　生体部分肝移植

(4)　生体部分肝移植~~術~~の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

Ｋ７０９－２　移植用膵採取術（死体）

(3)　移植用膵採取術（死体）の所定点数には、移植のための膵採取を行う際の採取前の採取対象膵の灌流、膵採取、採取膵の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、膵採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

Ｋ７０９－４　移植用膵腎採取術（死体）

(3)　移植用膵腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための膵腎採取を行う際の採取前の採取対象膵腎の灌流、膵腎採取、採取膵腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、膵腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）

(1)　内痔核に対するミリガン・モーガン手術により１か所又は２か所以上の手術を行った場合は、痔核手術の「~~３~~４」により算定する。

(2)　ホワイトヘッド手術は、痔核手術の「~~3~~4」により算定する。

Ｋ７４３－５　モルガニー氏洞及び肛門管切開術、Ｋ７４３－６　肛門部皮膚剝離切除術

肛門瘙痒症に対し種々の原因治療を施しても治癒しないとき、モルガニー氏洞及び肛門管切開術又は肛門部皮膚剝離切除術を行った場合にそれぞれ算定する。

第10款　尿路系・副腎

Ｋ７７５　経皮的腎（腎盂）瘻造設術

~~腎（腎盂）瘻造設術及び~~経皮的腎（腎盂）瘻造設術については、同時に行う超音波検査及び画像診断を併せて算定できない。

Ｋ７８０　同種腎移植術

(2)　自家腎移植のために腎採取を行った場合には、同種腎移植術及び移植用腎採取術（生体）の所定点数を別に算定できる。

(3)　生体腎を移植する場合（自家腎移植の場合を除く。）においては腎提供者から移植腎を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、同種腎移植術の所定点数に加算する。なお、腎提供者の生体腎を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、腎提供者から食事に~~かかる~~係る標準負担額を求めることはできない。

(4)　移植の対象となる死体腎には、臓器の移植に関する法律~~（平成９年法律第104号）~~に規定する脳死体の腎を含む。

(6)　腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を~~摘出~~採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

(7)　「注２」の規定に基づく加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための腎~~摘出~~採取を行う際の~~摘出~~採取前の~~摘出~~採取対象腎の灌流、腎~~摘出~~採取、~~摘出~~採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、腎~~摘出~~採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び~~摘出~~採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

第12款　女子性器

Ｋ８５４　腟式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術

子宮旁結合織炎（膿瘍）切開排膿の第２回以後の洗浄は区分「Ｊ０６６」尿道拡張法に準じて算定する。

Ｋ８６５　子宮脱手術

(2)　子宮脱手術に際して腟壁裂創縫合術と腹式子宮全摘術を併施した場合は、区分「Ｋ８５２」腟

壁裂創縫合術（分娩時を除く。）の所定点数と区分「Ｋ８７７」子宮全摘術の所定点数とを合算した点数により算定する。

ただし、子宮脱手術に際して区分「Ｋ８５２」腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）と区分「Ｋ８７２」子宮筋腫摘出（核出）術の「２」腟式を併施した場合は、区分「Ｋ８７２」子宮筋腫摘出（核出）術の所定点数のみにより算定する。

Ｋ８６７－２　子宮腟部糜爛等子宮腟部乱~~切~~切除術

子宮腟部糜爛（ナボット胞のあるもの）等の場合に、子宮腟部の乱切除術を行う場合に算定する。

Ｋ８７２－５　子宮頸部初期癌又は異形性光線力学療法

子宮頸部初期癌又は異形成~~に対する~~光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

第13款　脳死臓器提供管理料

Ｋ９１４　脳死臓器提供管理料

(5)　脳死臓器提供管理料について、「通則８」、「通則10」、「通則11」及び「通則12」の加算は適用しない。

第２節　輸血料

Ｋ９２３　術中術後自己血回収術

~~(3)　開心術及び大血管手術で出血量が600mL以上の場合並びにその他無菌的手術で出血量が600mL以上の場合（外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。）に、術中術後自己血回収術を算定する。~~

~~(4)　術中術後自己血回収セットとは、術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄を行い、又は濾過を行い、当該手術の際に患者の体内に戻す一連の器具をいう。~~

第３節　手術医療機器等加算

Ｋ９３６　自動縫合器加算

(3)　区分「Ｋ８０３」及び「Ｋ８１７」の「３」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、５個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

第11部　麻酔

＜通則＞

２　麻酔の術中に起こる偶発事故に対する処置（酸素吸入、人工呼吸）及び注射（強心剤等）等の費用は、別に算定することができる。ただし、区分「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の場合は、区分「Ｊ０２４」酸素吸入~~、~~及び区分「Ｊ０４５」人工呼吸は算定できない。

第１節　麻酔科

Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(10)　所定点数に含まれる費用

イ　区分「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、~~呼吸心拍監視料~~当該検査に要する費用は別に算定できない。

第２節　神経ブロック料

Ｌ１００　神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）、Ｌ１０１　神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

(1)　神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール（50%以上）及びフェノール（2%以上）等の神経破壊剤~~を~~の注入~~も~~又は高周波凝固法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいう。

第12部　放射線治療

〈放射線治療科〉

Ｍ００４　密封小線源治療

(2)　外部照射

外部照射とは、コバルト^{60}、セシウム^{137}等のガンマ線又はストロンチウム^{90}等のベーター線による４ｃｍ以下の近距離照射又は直接貼布する療法をいう。

(5)　放射性粒子照射

放射性粒子照射とは、組織内に放射性金粒子等の放射性粒子を刺入するものであって、その使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。また、この場合「注６」により放射性粒子の費用は別に算定できる。なお、刺入に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

第１部　併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項

２　施設入所者材料料

(1)　施設入所者材料料は、第２章第２部第２節第１款の在宅療養指導管理料（以下単に「在宅療養指導管理料」という。）において算定することができるとされている特定保険医療材料及び同節第２款~~に掲げる~~の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。

（別紙様式８）

平成　　年　　月　　日

情報提供先市町村　　市町村長　殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

患者氏名

性別（　男　・　女　）　生年月日　明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）　職業

住所

電話番号

診療形態	１．外来　２．往診　３．入院（平成　年　月　日）		情報提供回数　回
傷病名（疑いを含む）	１．脳梗塞（ｱ.脳血栓　ｲ.脳塞栓　ｳ.不明）　２．脳出血　３．クモ膜下出血 ４．その他の脳血管障害		
	発症年月日	平成　年　月　日	
	受診年月日	平成　年　月　日	
	初発／再発	１．初発　２．再発（　年　月　日 初発）	
その他の傷病名			

寝たきり度（該当するものに○）

Ｊ　一部自立　　何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
Ａ　準寝たきり　　屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
Ｂ　寝たきり　１　　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
Ｃ　寝たきり　２　　１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動（ＡＤＬ）の状況（該当するものに○）

移動　自立・一部介助・全面介助	食事　自立・一部介助・全面介助
排泄　自立・一部介助・全面介助	入浴　自立・一部介助・全面介助
着替　自立・一部介助・全面介助	整容　自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度（該当するものに○）

Ⅰ　何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
Ⅱ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
Ⅲ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
Ⅳ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
Ｍ　著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療　有　・　無　　訪問看護　有　・　無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意　１．必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
　　２．わかりやすく記入すること。
　　３．必要な場合は、家庭環境等についても記載すること。

（別紙様式14）

特別訪問看護指示書
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

特別訪問看護指示期間　（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）
病状・主訴	
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。）	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成　年　月　日

医療機関名
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16の1）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年生（　歳）	計画評価実施日　年　月　日

リハ担当医	PT		OT		ST			

原因疾患（発症・受傷日）	合併疾患・コントロール状態（高血圧，心疾患，糖尿病等）

評価項目・内容（コロン（：）の後に具体的内容を記入。）

心身機能・構造

- □意識障害：(3-3-9：　　)
- □**認知症**：
- □中枢性麻痺
  （ステージ・グレード）右上肢：　右手指：　右下肢：
  左上肢：　左手指：　左下肢：
- □筋力低下（部位，MMT：　　）

基本動作

- 立位保持（装具：　　）□手放し，□つかまり，□不可
- 平行棒内歩行（装具：　）□独立　，□一部介助，□非実施
- 訓練室内歩行（装具：　）□独立　，□一部介助，□非実施

- □失行・失認：
- □音声・発話障害（□構音障害，□失語症：種類　　）
- □摂食機能障害：
- □排泄機能障害：
- □拘縮：
- □褥瘡：
- □起立性低血圧：

活動

ADL・ASL等 ＼ 自立度	日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」 自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容　等	訓練時能力：「できる“活動”」 独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・場所（訓練室・病棟等） 介助内容等
屋外歩行 病棟ﾄｲﾚへの歩行														
病棟トイレへの車椅子駆動 車椅子･ﾍﾞｯﾄﾞ間移乗														
椅子座位保持 ﾍﾞｯﾄﾞ起き上がり														
排尿（昼） 排尿（夜）														
食事 整容														
更衣 装具・靴の着脱 入浴														
コミュニケーション														

活動度　日中臥床：□無，□有（時間帯：　　）
　　日中座位：□椅子，□車椅子，□ベッド上，□ｷﾞｬｯﾁｱｯﾌﾟ

参加

職業　（含：主婦・学生）　（職種・業種・仕事内容）	社会参加（内容・頻度等，発症前状況を含む）

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明　年　月	本人サイン		家族サイン		説明者サイン

(別紙様式 16の 2)

リハビリテーション実施計画書

患者氏名: 男・女	生年月日(西暦) 年 月 日	計画評価実施日 年 月 日
主治医 / リハ担当医	PT / OT / ST	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):	合併症(コントロール状態):	発症前の活動、社会参加:
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症である老人の日常生活自立度判定基準 :Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ、M	

評価項目・内容 (コロン(:)の後に具体的内容を記入)

心身機能・構造	□意識障害 (JCS、GCS): □運動障害: □感覚障害: □摂食障害: □排泄障害: □呼吸、循環障害:	□ 音声・発話障害 (□構音障害, □失語症:種類) □ 関節可動域制限: □ 筋力低下: □ 褥瘡: □ その他:
基本動作	寝返り (□自立 □一部介助 □全介助): 起き上がり (□自立 □一部介助 □全介助): 座位 (□自立 □一部介助 □全介助): 立ち上がり (□自立 □一部介助 □全介助): 立位 (□自立 □一部介助 □全介助):	

活動

活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)

ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行:		
車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子:		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0〜100 点)	点					
コミュニケーション						

目標 (1ヶ月後、退院時):	本人・家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:	
目標到達予想時期:	説明者署名:
本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人:本人、家族( ) 署名:

（別紙様式１７の１）

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日　　年　　月　　日

患者氏名	男 ・ 女	生年月日（明・大・昭・平）年　月　日（　歳）	利き手	右・右（矯正）・左
主治医	リハ担当医	ＰＴ	ＯＴ	ＳＴ	看護	ＳＷ等
原因疾患（発症・受傷日）	合併疾患・コントロール状態（高血圧，心疾患，糖尿病等）	廃用症候群　□軽度 □中等度 □重度 □起立性低血圧 □静脈血栓	リハビリテーション歴
日常生活自立度 ： J1、J2、A1、A2、B1、B2、Ｃ１、Ｃ２	**認知症**老人の日常生活自立度判定基準 ：Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M		

評価項目・内容（コロン（：）の後に具体的内容を記入。）

心身機能・構造

□意識障害：(3-3-9：　　)
□認知症：
□知的障害：
□精神障害：
□中枢性麻痺
（ステージ・グレード）右上肢：　右手指：　右下肢：
左上肢：　左手指：　左下肢：
□筋力低下（部位，ＭＭＴ：　　）
□不随意運動・協調運動障害：

□知覚障害（□視覚，□表在覚，□深部覚，□その他：）
□音声・発話障害（□構音障害，□失語症）（種類：　）
□失行・失認：
□摂食機能障害：
□排泄機能障害：
□呼吸・循環機能障害：
□拘縮：
□褥瘡：
□疼痛：

基本動作

立位保持（装具：　　□手放し，□つかまり，□不可
平行棒内歩行（装具：　　□独立　，□一部介助，□全介助
訓練室内歩行（装具：　　□独立　，□一部介助，□全介助

活動

自立度 / ＡＤＬ・ASL等	日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」 自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具　姿勢・実行場所 介助内容　等	訓練時能力：「できる“活動”」 独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具　姿勢・実行場所 介助内容　等
屋外歩行						杖・装具：						杖・装具：
階段昇降						杖・装具：						杖・装具：
廊下歩行						杖・装具：						杖・装具：
病棟ﾄｲﾚへの歩行						杖・装具：						杖・装具：
病棟ﾄｲﾚへの車椅子駆動(昼)						装具：						装具：
車椅子･ﾍﾞｯﾄﾞ間移乗						装具：						装具：
椅子座位保持						装具：						装具：
ﾍﾞｯﾄﾞ起き上がり												
食事						用具：						用具：
排尿（昼）						便器：						便器：
排尿（夜）						便器：						便器：
整容						移動方法・姿勢：						移動方法・姿勢：
更衣						姿勢：						姿勢：
装具・靴の着脱						姿勢：						姿勢：
入浴						浴槽：						浴槽：
コミュニケーション												

活動度　日中臥床：□無，□有（時間帯：　　理由　　）
日中座位：□椅子（背もたれなし），□椅子（背もたれあり），□椅子（背もたれ，肘うけあり），□車椅子，
□ベッド上，□ｷﾞｬｯﾁｱｯﾌﾟ

参加

職業　（□無職，□病欠中，□休職中，□発症後退職，□退職予定）
（職種・業種・仕事内容：　　）
経済状況（　　）

社会参加（内容・頻度等）
余暇活動（内容・頻度等）

心理

障害の受容（□ショック期　，□否認期，□怒り・恨み期，
□悲観・抑うつ期，□解決への努力期，□受容
機能障害改善への固執（□強い，□中程度，□普通，□弱い）

依存欲求（□強い，□中程度，□普通，□弱い）
独立欲求（□強い，□中程度，□普通，□弱い）

環境

同居家族：
親族関係：

家屋　　：
家屋周囲：
交通手段：

第三者の不利

発病による家族の変化
□社会生活：
□健康上の問題の発生：
□心理的問題の発生：

基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理（含：過用・誤用）	
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標（到達時期）	具体的アプローチ
参加［主目標］	退院先　□自宅　□親族宅　□医療機関　□その他： 復職　□現職復帰　□転職　□不可　□その他： （仕事内容：　） 通勤方法の変更　□無　□有： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
活動（すべて実行状況）	自宅内歩行　□不可　□自立　□介助： （装具・杖等：　） 屋外歩行　□不可　□自立　□介助： （装具・杖等：　） 交通機関利用　□不可　□自立　□介助： （種類：　） 車椅子　□不要　□電動　□手動　（使用場所：　） （駆動　□自立　□介助）（移乗　□自立　□介助：　） 排泄　□自立：形態　□洋式　□和式　□立ち便器　□その他 □介助： 食事　□箸自立　□フォーク等自立　□介助： 整容　□自立　□介助： 更衣　□自立　□介助： 入浴　□自宅浴槽自立　□介助： 家事　□全部実施　□非実施　□一部実施： 書字　□自立　□利き手交換後自立　□その他： コミュニケーション　□問題なし　□問題あり：	
心身機能・構造	基本動作（訓練室歩行等） 要素的機能（拘縮・麻痺等）	
心理	機能障害改善への固執からの脱却：	
環境	自宅改造　□不要　□要： 福祉機器　□不要　□要： 社会保障サービス　□不要　□身障手帳　□障害年金　□その他： 介護保険サービス　□不要　□要：	
第三者の不利	退院後の主介護者　□不要　□要： 家族構成の変化　□不要　□要： 家族内役割の変化　□不要　□要： 家族の社会活動変化　□不要　□要：	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）	備考

本人・家族への説明　年　月　日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン

（リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意）

1. 日常生活自立度の欄については、「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成３年11月18日　老健第102－2号）厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成5年10月26日　老健第135号）厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
4. 訓練時能力：「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行うことができる能力についてであること。

(別紙様式17の2)

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日：　年　月　日

患者氏名：　男・女	生年月日(西暦)　年　月　日(　歳)	利き手	右・右(矯正)・左

主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等

診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：	合併症(コントロール状態)：	リハビリテーション歴：

日常生活自立度：　J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症である老人の日常生活自立度判定基準：Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ、M

	評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)	短期目標 (＿＿ヶ月後)	具体的アプローチ
心身機能・構造	□意識障害 (JCS、GCS)： □見当識障害： □記銘力障害： □運動障害： □感覚障害： □摂食障害： □排泄障害： □呼吸、循環障害： □音声、発話障害(構音、失語)： □関節可動域制限： □筋力低下： □褥瘡： □疼痛： □半側空間無視： □注意力障害： □構成障害： □その他：		
	基本動作 寝返り (□自立 □一部介助 □全介助)： 起き上がり (□自立 □一部介助 □全介助)： 座位 (□自立 □一部介助 □全介助)： 立ち上がり (□自立 □一部介助 □全介助)： 立位 (□自立 □一部介助 □全介助)：		
活動	**活動度** (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)		

ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子：		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100点)	点					
コミュニケーション	理解					
	表出					

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（□無職、□病欠中、□休職中、 □発症後退職、□退職予定　　） 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先（□自宅、□親族宅、□医療機関、 □その他　　） 復職（□現職復帰、□転職、□配置転換、 □復職不可、□その他　　） 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
心理	抑鬱: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 □不要、□要: 福祉機器 □不要、□要: 社会保障サービス □不要、□身障手帳、□障害年金 □その他: 介護保険サービス □不要、□要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 □不要、□要: 家族構成の変化 □不要、□要: 家族内役割の変化 □不要、□要: 家族の社会活動変化 □不要、□要:	

1ヵ月後の目標:	本人の希望: 家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:	外泊訓練計画:
退院時の目標と見込み時期　:	
退院後のリハビリテーション計画　(種類・頻度・期間)	
退院後の社会参加の見込み:	説明者署名:

本人・家族への説明:　　年　　月　　日	説明を受けた人:本人、家族(　　)　署名:

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日　老健第102－2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1、J2、A1、A2、B1、B2、C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に代えてFIMを用いてもよい。

（別紙２）

「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」の一部訂正について

第４　経過措置等

７　有床診療所入院基本料２の施設基準のうち「当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、１以上５未満であること」については、平成18年３月31日現在において有床診療所入院基本料Ⅱ群４を算定している有床診療所に限り、次のとおり取扱うこととする。

(2) 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、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第104号）の別表第三の各号に規定する地域に所在し、かつ、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ものについては、平成19年３月31日までの間は適用しない。

８　第２及び第３の規定にかかわらず、平成18年６月30日現在において有床診療所療養病床入院基本料１の届出が受理されている保険医療機関については、平成18年７月１日以降新たに該当する有床診療所療養病床入院基本料２の届出を要しないが、平成18年７月以降の実績をもって、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。

別添２

第１　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に関する基準

２ 院内感染防止対策に関する基準

(2)　当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月１回程度、定期的に開催されていること。

第２　病院の入院基本料等に関する施設基準

４　入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

(3)　夜間における勤務については、次の点について留意する。

エ　月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに届出前１か月又は４週間の夜勤時間帯に従事する看護要員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近１か月又は直近４週間の実績の平均値により、72時間以下であること。

また、届出直後においては、当該病棟の直近３か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。

なお、次の療養病棟の看護職員については、この限りではないこと。

(ｲ)　療養病棟入院基本料２を算定する病棟の入院患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下別添２において「別表第五の二の患者」という。）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者（以下別添２において「別表第五の三の患者」という。）の合計が８割以上である病棟（ただし、平成18年10月１日以前においては、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のロの「２０対１配置病棟」への変更の届出が行えないことから、~~(ﾛ)~~(ﾛ)及び~~(ﾊ)~~(ﾊ)を除く病棟については、月平均夜勤時間数が72時間以下である必要があること。）

カ　「夜勤時間」とは、午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間（以下「~~夜間時間帯~~夜勤時間帯」という。）の間において、当該保険医療機関の夜勤帯又は日勤帯として現に勤務した時間をいう。ただし、日勤帯については、「~~夜間勤務帯~~夜勤時間帯」と重なる時間が、当該日勤帯の２分の１以下であるものに限る。

別添３

第６　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算~~の施設基準~~に規定する状態

「基本診療料の施設基準等」における超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアについては、別紙６を参照のこと。

第８　夜間勤務等看護加算

１　夜間勤務等看護加算に関する施設基準等

(6)「夜勤時間」とは、午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間（以下「~~夜間時間帯~~夜勤時間帯」という。）の間において、当該保険医療機関の夜勤帯又は日勤帯として現に勤務した時間をいう。ただし、日勤帯については、「~~夜間勤務帯~~夜勤時間帯」と重なる時間が、当該日勤帯の２分の１以下であるものに限る。

第18　がん診療連携拠点病院加算

１　がん診療連携拠点病院加算に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成18年２月１日健発第0201004号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。

２　届出に関する事項

がん診療連携拠点病院加算の施設基準に係る届出は、別添６の様式23を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

別添４

第16　精神科急性期治療病棟入院料

１　精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

(2)　精神科急性期治療病棟入院料１又は２の施設基準

ウ　当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対１入院基本料、15対１入院基本料、18対１入院基本料若しくは20対１入院基本料又は特定入院料を算定している病棟で~~あるる~~なければならない。

様式３の５

包括病床群を有する一般病棟の病棟単位届出書添付書類

	病棟数	病床区分	入院基本料区分	病床数	入院患者数		平均在院日数
					届出時	一日平均入院患者数	
病棟・病床、入院患者数及び平均在院日数		包括病床群		床	名	名	
		一般病床		床	名	名	
		一般病棟		床	名	名	日
	合計	一般病棟		合計	合計	合計	

		看護要員現員数					
		看護師		准看護師		看護補助者	
	専任 兼任	病棟勤務	病棟以外との兼任	病棟勤務	病棟以外との兼任	病棟勤務	病棟以外との兼任
看護師・准看護師及び看護補助者数	包括病床群	名	名	名	名	名	名
	一般病床	名	名	名	名	名	名
	一般病棟	名	名	名	名	名	名
	一般病棟合計	合計 名		合計 名		合計 名	

＊１日平均入院患者数の算出期間　　年　月　日～　年　月　日

＊平均在院日数の算出期間　　年　月　日～　年　月　日

［記載上の注意］

1　一般病床とは、包括病床群を有する一般病棟における包括病床群以外の病床をいう。

2　一般病床に係る「病床数」、「入院患者数」及び「看護要員現員数」の欄には、包括病床群の病床数、入院患者数及び看護要員現員数を除いた数を記載すること。

3　「区分」の欄には一般病棟（一般病床を含む。）を包括した入院基本料の区分を記載すること。

4　「平均在院日数」の欄には包括病床群、一般病床及び一般病棟を包括した数を記載すること。

5　「合計」の欄には一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数、看護要員現員数の合計を記載すること。

様式39

精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数 ②	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数 ③
① 年　月	日	日
３月前の延べ新規患者数 （措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く） ⑤		
④ 年　月	名	
上記の患者のうち、３月以内に退院し在宅へ移行した患者数 ⑥		
名		

［記載上の注意］

1　③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。

1　④には、①の３月前の年月を記入する。例えば①が平成１８年７月であれば、④は平成１８年４月となる。平成１８年４月の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち３月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。

3　当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

$$\frac{②}{②+③} \geqq 0.4 \quad 、 \quad \frac{⑥}{⑤} \geqq 0.4$$

4　当該届出に係る病棟について、様式３の３を記載し添付すること。

5　入院基本料の届出書の写しを添付すること。

様式41

老人一般病棟入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

		病棟数	病床数	入院患者数		備考
				届出時	平均数	
病棟・病床・入院患者数	総病棟	病棟	床	名	名	
	一般病棟	病棟	床	名	名	
	療養病棟	病棟	床	名	名	
	結核・精神病棟	病棟	床	名	名	
	包括病床群 （当該届出病棟）	病棟	床	名	名	

［記載上の注意］

1　届出病棟には結核病棟及び精神病棟は含まないこと。

2　入院患者数の平均数の算出の基礎となった期間を備考欄に記入すること。

3　包括病床群を有する一般病棟について、様式３の３を記載し添付すること。

~~4　看護補助者は、包括病床群において患者の看護補助を行う者をいうものであり、主として洗濯、掃除等の業務を行う者は含まないものであること。~~

4　入院基本料の届出を添付すること。

様式42

老人性認知症疾患治療病棟入院料１，２の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を○で囲むこと

		病棟数	病床数	入院患者数		備考
				届出時	平均数	
病棟・病床・入院患者数	総病棟	病棟	床	名	名	
	精神病棟	病棟	床	名	名	
	一般病棟	病棟	床	名	名	
	療養病棟	病棟	床	名	名	
	結核病棟	病棟	床	名	名	
	精神病棟のうち届出病棟（再掲）	病棟	床	名	名	

勤務形態	三交代制 ・ 二交代制 ・ その他

精神科医師氏名	

作業療法士氏名	

［記載上の注意］

1　入院患者数の平均数の算出の基礎となった期間を備考欄に記入すること。

2　当該病棟の入院患者の数（平均数）については、届出時の直近１年間（届出前１年から６月の間　に開設又は増床病棟にあっては、直近６月間とする。）の延入院患者を延日数で除して得た数とすること。なお、届出時前６月の間に開設又は増床した病棟については、年間平均病床利用率として、当該病棟の100パーセントをもって入院患者数とすること。

~~3　看護師等の数は、届出時の数とすること。~~

~~4　看護補助者は、患者の看護補助を行う者をいうものであり、主として洗濯、掃除等の業務を行う者は含まないものであること。~~

3　当該届出に係る病棟について、様式３の３を記載し添付すること。

4　勤務形態とは当該病棟の看護要員の勤務形態のことで、該当する形態に○を記入する。

5　様式４に定める病棟数等と同じ内容のものについては、入院基本料の届出を添付することで所定箇所の記載を省略することができるものであること。

6　所定の研修を修了した者については、修了証書の写しを添付すること又はその旨を備考欄に記入すること。

7　専用の器械、器具の目録を添付すること。

（別紙３）

「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」の一部訂正について

第２　届出に関する手続き

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

(3) 人工内耳埋込術、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）、経皮的中隔心筋焼灼術、両心室ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー交換術、埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術、補助人工心臓、埋込型補助人工心臓、生体部分肝移植並びに高エネルギー放射線治療に係る年間実施件数

別添１

第５　喘息治療管理料

２　届出に関する事項

(1)　喘息治療管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式６を用いること。

第13　歯科疾患総合指導料

２　歯科疾患総合指導料２に関する施設基準

(5)　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33　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

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費用を算定するための施設基準

(2)　診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が1人以上いること。

第40　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ｉ）

１　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ｉ）に関する施設基準

(5)　言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準をすべて満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション(Ｉ)の基準を満たすものとする。

エ　言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の~~機械~~器械・器具を具備していること。

第46　難病患者リハビリテーション料

１　難病患者リハビリテーション料に関する施設基準

２　届出に関する事項

(1)　難病患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式39を用いること。

第48　精神科作業療法

1　精神科作業療法に関する施設基準

(4)　当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること。

作業名	器具等の基準（例示）
手　工　芸	織機、編機、ミシン、ろくろ等
木　　工	作業台、塗装具、工具等
印　　刷	印刷機具、ワープロ（又はこれに~~変わる~~代わるもの）等
日常生活動作	各種日常生活動作用設備
農耕又は園芸	農具又は園芸用具等

第50　精神科ショート・ケア「小規模なもの」

1　精神科ショート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

(1)　精神科医師及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士~~、~~又は臨床心理技術者~~又は看護師等~~のいずれか１人）の２人で構成される場合には、患者数は、当該従事者２人に対しては１回20人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

(2)　精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（広さ30平方メートル以上とし、患者１人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有~~も~~すること。

第58　内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）

1　内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の施設基準

(5)　当該保険医療機関において、内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）が合わせて20例以上実施されていること。

第59　内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）

1　内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の施設基準

(2)　当該保険医療機関~~医~~において、整形外科の常勤医師が２名以上いること。

(5)　当該保険医療機関において内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）について合わせて20例以上実施されていること。

第64　経皮的中隔心筋焼灼術

2　届出に関する事項

(1)　経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準の届出及び届出前１年間の経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術の実施件数は、別添２の様式46及び様式51を用いて提出すること。

第65　ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術

1　ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術に関する施設基準

循環器科又は心臓血管外科の経験を５年以上有する医師が１名以上勤務していること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能である。

第74　生体部分肝移植術

1　生体部分肝移植術に関する施設基準

2　届出に関する事項

(1)　生体部分肝移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式46及び様式57を用いること。

（様式12の2）

地域連携診療計画書（様式例）

説明日＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿殿

病名(検査・手術名)：＿＿＿＿＿＿＿＿

月日	／	／	／	／		／	／	／		／
経過(日または週・月単位)	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目		○日目
日時(手術日・退院日など)	入院日					転院日				退院日
達成目標						(転院基準)				(退院基準)
治療 薬剤 (点滴・内服)										
処置										
検査										
安静度・リハビリ(OT・PTの指導を含む)										
食事(栄養士の指導も含む)										
清潔										
排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】　病院名 平成　年　月　日　主治医						【退院時患者状態】　病院名 平成　年　月　日　主治医			

※1　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
※2　入院期間については現時点で予想されるものである。
※3　転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。

様式13

（ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）
ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ））**の施設基準**に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1　年間分娩件数

年間分娩件数	例

2　連携保険医療機関

・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	

［記載上の注意］

「１」の年間分娩件数は、前年１年間（１月～１２月）に行われた分娩件数を計上し、当該保険医療機関に掲示する分娩件数と同じ数字を用いること。

様式19の2

（主治の歯科医師→連携保険医療機関）

連携保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名　称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

患者氏名		性別　男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日	

傷病名：
既往歴 及び 家族歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果：
その他の特記事項：

備考　1．地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、容体の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行うこと。

2．連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

様式31の２

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類
（歯科診療に係るものに限る。）

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称
2　画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称	
2　画像診断管理の届出状況 画像診断管理の届出　（　有　無　）	
3　地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日	平成　年　月　日
4　画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

［記載上の注意］
送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

様式32

［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○で囲むこと

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
診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	

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診療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　「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。

様式37

〔心大血管疾患リハビリテーション料 / 心大血管疾患リハビリテーション料〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科		循環器科　・　心臓血管外科					
緊急時に備える体		1．救命救急入院料の届出が受理されている。 2．特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3．緊急手術・検査が行える体制が整っている。					
従事者	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護	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					

専用施設に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）	
酸素供給装置	
除細動器	
心電図モニター装置	
ホルター心電図（携帯用心電図記録器）	
トレッドミル	
エルゴメーター	
血圧計	
救急カート	
運動負荷試験装置	
その他	

［記載上の注意］

1「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○を付けること。

2　緊急手術・検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。

様式42

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書

職名	勤務の様態			
精神科医師	常勤	名	非常勤	名
専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
その他の専従の従事者 （職名：　　） （職名：　　）	常勤	名 名	非常勤	名 名

施設の面積 （患者１人当たり	平方メートル 平方メートル）
専用の器械・器具	

（記載事項）

① 当該従事者の職名ごと及び勤務の様態ごとの人数を記載すること。

② 届出事項に係る専用の施設の面積を記載し、配置図及び平面図を添付すること。

③ 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記載すること。

様式43

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

届出日	平成　　年　　月　　日
常勤の精神保健指定医の氏名 （指定番号）	（　　）
行動制限最小化委員会	開催回数　（　　）回／月 参加メンバー　（職種） ・ ・ ・ ・ ・
行動制限最小化基本指針の作成年月日	平成　　年　　月　　日作成
研修会の実施頻度	開催回数　（　　）回／年

備考　行動制限最小化基本指針を添付のこと。

様式 45

内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術
（後方切除術に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科	
2　常勤の整形外科の医師の氏名	
氏　　名	
3　脊椎手術 300 例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏　　名	脊椎手術経験症例数
	例
	例
	例
4　内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）について合わせて 30 例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏　　名	内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の経験症例数
	例
	例
	例
5　当該保険医療機関における内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の実施症例数 例	

［記載上の注意］

「３」から「５」については当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 46 により添付すること。

様式 47

内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下
脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科	
2　常勤の整形外科の医師の氏名	
氏　　名	
3　脊椎手術３００例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏　　名	脊椎手術経験症例数
	例
	例
	例
4　内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）について合わせて２０例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏　　名	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の経験症例数
	例
	例
	例
5　当該保険医療機関における内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の実施症例数 例	

［記載上の注意］

「３」から「５」については当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 46 により添付すること。

様式56

（　　）の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法を行う専用室	平方メートル	当該療法用の器械・器具の名称、台数等	
緊急時のための手術室	有　・　無　　平方メートル		

担当医師の状況	
常時待機医師	日勤　　名　当直　　名　その他（　　）　名
5年以上の経験を有する専門の医師	常勤　　名　非常勤　　名
15年以上の経験を有する指導医師	常勤　　名　非常勤　　名

当該医療機関内で常時実施できる検査に係る機器の名称、台数等	
生化学的検査	
血液学的検査	
微生物学的検査	
画像診断	
病理学的検査	

臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制		
人数		勤務形態
臨床検査技師	名	
診療放射線技師	名	
糖尿病管理患者数（人工膵臓のみ）	実患者数	算定期間
	名	年　月　日～　年　月　日

［記載上の注意］

1　担当医師の経歴（当該病院における勤務、当該治療に係る経験年数がわかるもの）を添付すること。

2　当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。

様式57

生体部分肝移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科
2　肝切除術の実施数（ただし、小児科及び小児外科の病床数が合わせて１００床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術の合計実施数） 例
3　当該診療科の常勤医師の氏名
4　臓器移植の経験を有する常勤医師の氏名

［記載上の注意］

1　「２」については届出前１年間の症例数を記入するとともに、当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式46により添付すること。

2　「３」及び「４」の常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科における臓器移植の経験の有無がわかるもの）を添付すること。

様式 58

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科	
2　腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術について合わせて２０例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等	
氏　　名	腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術の症例数
	例
	例
	例
3　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術について１０例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等	
氏　　名	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
4　当該保険医療機関における腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の実施症例数 例	

［記載上の注意］

「２」から「４」については当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 46 により添付すること。

（別紙４）

「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」の一部訂正について

Ⅰ　診療報酬の算定方法（平成18年厚生労働省告示第92号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項

2　在宅医療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

(3)　在宅血液透析用特定保険医療材料

在宅血液透析用特定保険医療材料の取扱いは、下記Ⅰの３の~~(29)~~(30)（「ア」を除く。）に準じる。

3　在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

(30)人工腎臓用特定保険医療材料

イ　吸着型血液浄化器（β_2－ミクログロブリン除去用）は、関節痛を伴う透析アミロイド症であって、以下のａからｃまでのいずれの要件も満たしている患者に対して、人工腎臓（血液透析に限る。）を行う際に用いた場合に、初回の使用日から１年を限度として算定する。

また、透析アミロイド症の治癒又は軽快により、一旦使用を終了した後再び疼痛等の症状の出現を認めた場合は、以下のｂ及びｃ~~また~~の要件を満たすことを確認した場合に限り、更に１年を限度として算定できる。３度目以降の使用にあっても同様の取扱いとする。

ａ　手術又は生検により、β_2－ミクログロブリンによるアミロイド沈着が確認されている。

ｂ　透析歴が10年以上であり、以前に手根管開放術を受けている。

ｃ　画像診断により骨嚢胞像が認められる。

なお、本材料を使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本材料の使用開始日を記載する。

(60)経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料

経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料は、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥~~種~~腫切除術、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は経皮的冠動脈ステント留置術を実施した患者の日帰り又は早期退院を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、５Fr以上のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合に限り１セットについてのみ算定できる。

ただし、手術後１週間以内に入院した場合は算定できない。

(67)心臓手術用カテーテル

オ　冠動脈用ステントセット救急処置型は、血管造影法、経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈~~冉~~ステント留置術に熟練し、かつ、本医療材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用すること。

（別紙）

081 合成吸収性骨片接合材料	
(1) スクリュー・一般用	吸収性接合材・Ｆ９－ａ－１
(2) スクリュー・頭蓋・顎・顔面・小骨用	吸収性接合材・Ｆ９－ａ－２
~~(1)~~(3) ストレートプレート	吸収性接合材・Ｆ９－ｂ
~~(6)~~(4) その他のプレート	吸収性接合材・Ｆ９－ｃ

~~(6)~~(5) インターフェランススクリュー	吸収性接合材・Ｆ９－ｄ
~~(7)~~(6) スーチャーアンカー	吸収性接合材・Ｆ９－ｅ
~~(8)~~(7) ボタン	吸収性接合材・Ｆ９－ｆ
~~(9)~~(8) ワッシャー	吸収性接合材・Ｆ９－ｇ
~~(10)~~(9) ピン・一般用	吸収性接合材・Ｆ９－ｈ－１
~~(11)~~(10) ピン・胸骨・肋骨用	吸収性接合材・Ｆ９－ｈ－２

（別紙５）

「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」の一部訂正について

（別表）

Ⅰ　医科点数表関係

検　査

Ｘ線骨密度測定装置（Ⅰ）	機械器具(9)医療用エックス線装置及び医療用エックス線装置用エックス線管	単一エネルギー骨Ｘ線吸収測定装置 単一エネルギー骨Ｘ線吸収測定一体型装置 二重エネルギー骨Ｘ線吸収測定装置 二重エネルギー骨Ｘ線吸収測定一体型装置	DEXA法(dual Energy x-Ray Absorptiometry)、単一光子吸収法(SPA:Single Photon Absorptiometry)、二重光子吸収法(PDA:Dual Photon Absorptiometry)、MD法(Microdensitometryによる骨塩定量法)、DIP法(Digital Image Processing)、SEXA法(single Energy x-Ray Absorptiometry)、単色Ｘ線光子を利用した骨塩定量装置による測定~~及び~~又はpQCT(peripheral Quantitative Computed Tomography)による測定が可能なもの	D 217	骨塩定量検査 ２　ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等

画像診断

デジタル映像化~~処理~~処理装置	機械器具(9)医療用エックス線装置及び医療用エックス線装置用エックス線管	コンピューテッドラジオグラフ 電子管出力読取式デジタルラジオグラフ X線平面検出器出力読取式デジタルラジオグラフ	X線画像情報のデジタル処理を行うことが可能なもの	E	第1節　エックス線診断料 通則4　デジタル映像化処理加算

処　置

レーザ治療器	機械器具(12)理学診療用器具	ヘリウム・ネオンレーザ治療器 半導体レーザ治療器	疼痛緩和に用いることが可能なもの	J 119-3	~~消炎鎮痛等処置~~ ~~3　器具等による療法~~ 低出力レーザー照射

手　術

レーザー手術装置(II)	機械器具(31)医療用焼灼器	PDTエキシマレーザ	光線力学療法が可能な波長630nmのエキシマ・ダイレーザ又はYAG・OPOレーザーであるもの	K 510-2 K 526-3 K 653-4 K 872-5	光線力学療法（早期肺癌（0期又はI期）に限る。） 表在性食道悪性腫瘍光線力学療法 表在性早期胃癌光線力学療法 子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法

ラジオ波手術器	機械器具(29)電気手術器	治療用電気手術器	ラジオ波により組織の凝固が可能なもの	K 697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法

超音波手術器	機械器具(12)理学診療用器具	~~超音波手術器~~ 超音波吸引器	超音波により組織の凝固~~又は~~、切開又は破砕が可能なもの	K 931	超音波凝固切開装置加算

放射線治療

治療用粒子加速装置(Ⅰ)	機械器具(9)医療用エックス線装置及び医療用エックス線装置用エックス線管	非線形加速器システム 線形加速器システム X線CT組合せ型線形加速器システム X線CT組合せ型粒子線治療~~システム~~装置	高エネルギーのX線(1MV以上)又は電子線(1MeV以上)を用いて放射線治療を行うことが可能なもの	M 001	体外照射 3　高エネルギー放射線治療
				M 002	全身照射
治療用粒子加速装置(Ⅱ)	機械器具(9)医療用エックス線装置及び医療用エックス線装置用エックス線管	定位放射線治療用加速器システム 非線形加速器システム 線形加速器システム X線CT組合せ型線形加速器システム X線CT組合せ型粒子線治療~~システム~~装置	X線又は電子線を用いて放射線治療を行うことが可能であり、かつ照射中心の固定精度が2mm以内であるもの	M 001	体外照射 3　高エネルギー放射線治療
				M 001-3	直線加速器による定位放射線治療
				M 002	全身照射

（別紙６）

「入院時食事療養の実施上の留意事項について」の一部訂正について

1　一般的事項

(13)　１日の必要量を数回に分けて提供した場合は、提供された回数に相当する食数として算定して差し支えないこと（ただし、食事時間外に提供されたおやつを除き、１日に３食を限度とする。）。

3　特別食加算

(1) 特別食加算は、入院時食事療養（Ⅰ）の届出を行った保険医療機関において、患者の病状等に対応して医師の発行する食事せんに基づき、「入院時食事療養の基準等」（~~平成18年厚生労働省告示第100号~~平成６年厚生省告示第238号）の第２号に示された特別食が提供された場合に、１食単位で１日３食を限度として算定する。なお、当該加算を行う場合は、特別食の献立表が作成されている必要がある。

(5)　腎臓食に準じて取り扱うことができる心臓疾患、妊娠中毒症等の減塩食については、食塩相当量が総量（１日量）7.0ｇ以下の減塩食をいう。

4　食堂加算

(1) 食堂加算は、入院時食事療養(I)の届出を行っている保険医療機関であって、下記(2)の要件を満たす食堂を備えている病棟又は診療所に入院している患者（療養病棟に入院している患者を除く。）について、~~食堂における食事療養を行った時に~~１日につき、病棟又は診療所単位で算定する。

（別紙７）

「入院時食事療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」の一部訂正について

~~第４　その他~~

~~平成６年９月30日現在基準給食又は特別管理給食の承認を受けている保険医療機関については、各々入院時食事療養(Ⅰ)の基準を満たすものとして新たな届出を要しない。~~

~~ただし、平成６年９月30日現在基準給食又は特別管理給食の承認を受けている保険医療機関であって、厚生大臣の定める入院患者数の基準、医師等の員数の基準及び入院基本料の算定方法（平成18年厚生省告示第104号）に規定する基準に該当するものにあっては、入院時食事療養(Ⅰ)の届出要件に適合しないので都道府県医務関係主管課と連携を図り、所要の改善を指導し、概ね９か月間を経ても、改善が認められない場合には、当該届出を無効とする。~~

~~ただし、当該告示に規定する基準に該当する保険医療機関であって、概ね９か月を経た段階で、医師若しくは看護要員の確保についての着実な改善又は当該基準に該当しなくなることについての具体的な目処が認められるもの及び当該基準に該当するものであって次に掲げる地域を含む市町村（ただし、人口５万人以上のものを除く。）に所在するもの（以下「離島等所在保険医療機関」という。）のうち、医師又は看護要員の確保に関する具体的な計画が定められているものにあっては、この限りではない。~~

~~なお、この取扱いについては、医政局指導課と調整済であるので、都道府県医務関係主管課と十分連携を図り、運用されたい。~~

~~(1)　離島振興法（昭和28年法律第72号）第２条第１項に基づいて指定された離島振興対策実施地域~~

~~(2)　辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和37年法律第８８号）第２条第１項に規定する辺地~~

~~(3)　山村振興法（昭和40年法律第64号）第７条第１項に基づいて指定された振興山村~~

~~(4)　過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第２条第１項に規定する過疎地域~~

別添　入院時食事療養に係る施設基準等

１　一般的事項

(2)　届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関については、入院時食事療養（Ⅰ）の届出を行うことはできない。

ただし、離島等所在保険医療機関のうち、医師又は~~看護要員~~歯科医師の確保に関する具体的な計画が定められているものにあっては、この限りではない。

なお、この取扱いについては、医政局指導課と調整済であるので、医務関係主管課と十分連携を図り、運用されたい。

（別紙８）

「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」の一部訂正について

標記については、本日、「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」（平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。）、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数」（平成18年厚生労働省告示第141号。以下「調整係数告示」という。）、「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」（平成18年厚生労働省告示第140号。以下「定義告示」という。）等が公布されたところであるが、これらの実施上の留意事項は、別添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、周知徹底を図られたい。

なお、本通知は、平成18年４月１日から適用することとし、従前の「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）」及び「厚生労働大臣の指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項等について」は、平成18年３月31日限り廃止する。

別添

第１　対象病院及び対象患者

１　対象病院

(2)　対象病院は、以下の基準を満たす病院とする。

①　~~一般病院~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料について、７対１入院基本料又は10対１入院基本料に係る届出を行っていること。ただし、現在、７対１入院基本料又は10対１入院基本料を満たしていない病院については、平成20年４月１日までに７対１入院基本料又は10対１入院基本料に係る届出を行うこととし、当該届出に係る計画を策定した場合についてはこの限りでない。

２　対象患者

(2)　(1)にかかわらず、以下の患者の「療養に要する費用の額」（以下「診療報酬」という。）は「診療報酬の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第92号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）若しくは別表第２歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）、入院時食事療養費に係る食事療養の費用の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第99号）又は特定療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成18年厚生労働省告示第101号）第１項により算定する。

④　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第５条の２第２項に定める高度先進医療である療養並びに厚生労働大臣の定める選定療養（平成18年厚生労働省告示第105号）第15号に定める先進医療である療養を受ける患者

第３　費用の算定方法

１　診療報酬の算定

(7)　外泊の取扱い

①　外泊期間中の点数については、患者の入院している病棟について病院が届け出ている入院基本料又は特定入院料の基本点数の15％を算定するものである。

ただし、精神及び行動障害の患者が治療のために外泊する場合は、当該入院基本料又は特定入院料の基本点数の30％を算定するものであるが、30％を算定することができる期間は、連続して３日以内、かつ、同一月中６日以内とする。

２　診療報酬の調整等

(2)　診断群分類区分に該当しなくなった患者の取扱い

③　①の場合の入院期間の算定の起算日は入院の日、~~(2)~~②の場合の入院期間の算定の起算日は、医療資源を最も投入した傷病名が同一である場合には入院の日、同一ではない場合には診断群分類区分に該当すると判断された日とする。

（別紙９）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部訂正について

別紙１

Ⅱ　診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第３　診療報酬明細書の記載要領（様式第２）

２　診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(15)　「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

０９	施	~~平成16年３月19日保医発第0319001号~~平成18年３月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）

(25)　「在宅」欄について

オ　在宅患者訪問診療の項については、回数及び総点数を記載するほか、次によること。なお、厚生労働大臣が定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は（難病）と表示すること。

(ｳ)　在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、~~所定点数に~~当該加算点数を~~加算した点数を~~記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次に　（タ）　と表示すること。なお、「摘要」欄に死亡日前１４日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。また、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行った場合は、「摘要」欄に死亡日前１４日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載するとともに、死亡日前２４時間以内に行った訪問診療の日時を併せて記載すること。

ケ　救急搬送診療料、在宅患者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、特別訪問看護指示加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合は、その他の項にそれぞれ「搬送診療」、「訪問看護」（厚生労働大臣の定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は、「訪問看護（難病）」、急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合は、「訪問看護（急性）」、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に行った場合は、「訪問看護（緊急）」）、「訪問点滴」、「訪問リハ」、「訪問指示」、「特別指示」、「訪問薬剤」又は「訪問栄養」と表示し、回数（単位数）及び総点数を記載すること。

在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合は、「摘要」欄に（支援）と表示し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。

患者の急性増悪等により頻回な、１日に２回又は３回以上、在宅患者訪問看護・指導を行った場合は、「摘要」欄にその必要を認めた診療日又は在宅療養支援診療所から指示のあった日、訪問看護・指導を行った日及びその必要を認めた理由を記載すること。また、特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄にその必要を認めた理由を記載すること。

なお、月の初日が週の途中にある場合は、前月の最終の週における訪問回数を（　）書きで「摘要」欄に記載するほか、保健師、助産師、看護師又は准看護師のそれぞれが別に当該月に在宅患者訪問看護・指導を行った場合は、それぞれの回数を「摘要」欄に記載すること。

難病等複数回訪問加算又はターミナルケア加算を算定した場合は、~~所定点数に~~当該加算点数を~~加算した点数を~~記載し、「訪問看護」の字句の次にそれぞれ（複）又は（タ）と表示するとともに、訪問看護を実施した日時及び患者が死亡した日時を「摘要」欄に記載すること。また、在宅療養支援診療所の保険医の指示によりターミナルケアを行った場合は、（タ支）と表示し、当該指示のあった日、訪問看護を実施した日時及び患者が死亡した日時を「摘要」欄に記載すること。

在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に（移）又は（移重症）と表示するとともに、退院日、使用している医療機器等の名称（当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明らかである場合を除く。）及び訪問看護を実施した日を「摘要」欄に記載すること。また、訪問看護指示料及び特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合は、点滴注射を行った日を「摘要」欄に記載すること。在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合は、「注射」の項に(27)の例により記載し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る注射薬である旨の（訪点）を表示すること。なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る指示を行った後に算定要件を満たさず薬剤料のみを算定する場合についても同様に記載すること。

在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定した場合は、訪問指導を行った日及び単位数を「摘要」欄に記載すること。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を月２回算定する場合は、それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を「摘要」欄に記載し、施設入所者に対して訪問指導を行った場合は、（施）と併せて表示すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は「訪問薬剤」に併せて（麻加）と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

(29)　「検査」欄について

ウ　外来迅速検体検査加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に（外迅検）と表示~~し、当該加算を算定した日に行った検体検査すべてについて検査日を記載~~すること。また、外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合は、加算点数のみを「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に（外迅検）と表示し、当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名~~及び検査日~~を記載すること。なお、引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

タ　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオ

タコスコープを算定した場合は、「摘要」欄に算定開始日を記載すること。

ツ　神経磁気診断を算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われた場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。

テ　鼻腔通気度検査を算定した場合は、「摘要」欄に当該検査に関連する手術名及び手術実施日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定日）を記載すること。

(30)　「画像診断」欄について

ア　画像診断の種類、回数及び点数を記載すること。なお、単純撮影及び造影剤使用撮影を行うに当たって撮影した画像を電子媒体に保存した場合は、「摘要」欄に撮影回数を記載すること。

(31)　「その他」欄について

ウ　リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、持精と表示すること。心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料については、疾患名及び治療開始日を、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、疾患名及び、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日を、障害児（者）リハビリテーション料については、発症月日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料について、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した患者に対して行った場合は、その理由を「摘要」欄に記載すること。また、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、新たな疾患名及び、治療開始日又は発症月日等を「摘要」欄に記載すること。治療開始日から３月以内の患者について摂食機能療法を算定した場合は、「摘要」欄に治療開始日を記載すること。

(40)　その他

カ　~~平成16年３月19日保医発第0319004号~~平成18年３月31日保医発第0331002号通知に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と記載すること。

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して回数を記載すること。また、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

セ　老人保健法第２８条第１項第２号等に基づく一部負担金を負担することとなる７０歳以上の高齢者であって、平成１８年８月から平成２０年７月（老人保健法又は国民健康保険法以外における一部負担金の割合が２割となる者については、平成１８年９月から平成２０年８月）までの間、入院又は入院外（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限る。）に係る一部負担金が、一般の世帯（現役並み所得者及び市町村民税非課税の世帯以外の世帯のことをいう。）と同額の自己負担額を超えた場合には、「特記事項」欄に「経過」と記載すること。

Ⅲ　歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第３　歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領（様式第３）

２　歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(23)　「投薬・注射」欄について

ア　内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ○で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。また、~~皮干筋肉内注射~~皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は、「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は、全体の「その他」欄に注射の種類、点数及び回数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に注射の種別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

(24)　「Ｘ線・検査」欄について

~~ケ~~ク　歯周組織検査における歯周基本検査及び歯周精密検査を算定した場合には、それぞれ「基本検査」欄及び「精密検査」欄のうち、左欄の上から１歯以上１０歯未満、１０歯以上２０歯未満、２０歯以上の順にそれぞれ所定点数及び回数を記載し、歯周組織検査を２回以上行った場合、２回目以後の点数はそれぞれ該当する検査欄のうち右欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた所定点数及び回数を、下段に２回以上行った場合の２回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載することとして差し支えないこと。

~~コ~~ケ　「その他」欄について

(27)　「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

コ　「支台築造」欄について

(ｱ)　支台築造のうちメタルコアを行った場合は、~~上欄に、~~小臼歯及び前歯については「メタル」の項の「前小」欄に、大臼歯については「メタル」の項の「大」欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

(29)　「摘要」欄について

ナ　歯科矯正に係る費用の請求に当たっては、主要な咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患）及び当該疾患に係る自立支援医療の育成医療及び更生医療を担当する連携医療機関名を記載すること。

(35)　その他

エ　~~平成16年３月19日保医発第0319001号~~平成18年３月31日保医発第0331002号に規定する特別養護

老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示すること。

なお、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

（別紙10）

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」の一部訂正について

「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」（平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。）、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数」（平成18年厚生労働省告示第141号。以下「調整係数告示」という。）、「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」（平成18年厚生労働省告示第140号）等が公布されたところであるが、これに伴い、当該費用の額の請求に関する診療報酬請求書等の記載要領を別紙のとおり定めたので、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。

なお、本通知は、平成18年４月１日から適用することとし、従前の「特定機能病院の入院医療の包括評価に係る診療報酬請求書等の記載要領について（通知）」は、平成18年３月31日限り廃止する。

別紙

Ⅱ　診療報酬明細書（様式第９）の記載要領

２　明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別表紙１のⅡ第３の２の(1)から(11)まで、(13)から(15)まで、(20)、(35)から(37)まで及び(39)から(41)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記載に係る例によること。

(10)　「包括評価部分」欄について

④　外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した２日を超える場合は、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。

（記載例）

※　入院期間Ⅰ日未満：入Ⅰ　入院期間Ⅰ日以上Ⅱ日未満：入Ⅱ

入院期間Ⅱ日以上：入Ⅲ

１点未満については四捨五入

例２：急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞　経皮的冠動脈ステント留置術等　手術・処置等２　なし

→ 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞　経皮的冠動脈ステント留置術等　手術・処置等２　３ありに変更の場合

（４月16日入院、５月３日診断群分類区分変更、５月８日退院の場合）の例

（５月診療分）

		４月請求分（a＋b）×４月医療機関別係数＝合計 …A
		入Ⅰ　3,147×　8＝小計 … a
		入Ⅱ　2,326×　7＝小計 … b
	５月診療分	（c＋d）×５月医療機関別係数＝合計 … B
		入Ⅱ　2,799×　4＝小計 … c

		入Ⅲ　2,379×　4＝小計 … d
		調整分（（e＋f）×４月医療機関別係数）－Ａ＝小計 … C
		入Ⅰ　3,721×　9＝小計 … e
1	93	入Ⅱ　2,799×　6＝小計 … f
		５月請求分　Ｂ＋Ｃ＝合計

(11) 「出来高部分」欄について

② 特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

イ 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「今回入院年月日」の~~摘~~欄の入院年月日が異なる場合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を記載すること。

(12) その他について

③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例：１社・国　１単独＿１本入~~六~~）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第２(一)）」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、１件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙１のⅡ第３の２の(1)から(11)まで、(13)から(15)まで及び(20)並びに本通知Ⅱの２の(1)と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書１件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。

なお、当該記載においては、総括表の出来高欄に医科点数表に基づき費用を算定することとなった理由を具体的に記載すること。

⑥ ④及び~~③から~~⑤の場合において、各種（減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・３月超）のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。

別表を追加する。

（別　表）

(1) 負担区分コード番号

内　　容	コード番号
医療保険のみで負担	1
医療保険と第一公費で負担	2
医療保険と第二公費で負担	3
医療保険と第一及び第二公費で負担	4
公費単独又は第一公費のみで負担	5
第二公費のみで負担	6
第一及び第二公費で負担	7
医療保険と老人第二公費で負担	8
医療保険と第二及び老人第二公費で負担	A
第二及び老人第二公費で負担	D
老人第二公費のみで負担	F

注１．国民健康保険、退職者医療又は３種の公費負担医療の併用における生活保護については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は生活保護と読み替えること。

２．老人医療単独のみで負担する場合はコード１、老人医療と１種の公費負担医療で負担する場合はコード３、老人医療と２種の公費負担医療で負担する場合はコードＡであること。

(2) 診療識別コード番号

診　療　識　別	コード番号
初　　診	11
医学管理	13
在　　宅	14
内　　服	21
屯　　服	22
外　　用	23
調　　剤	24
麻　　毒	26
調　　基	27
投薬その他	28
皮下筋肉内	31
静 脈 内	32
注射その他	33
薬剤料減点	39
処　　置	40
手　　術	50
麻　　酔	54
検　　査	60
画像診断	70
そ の 他	80
入院基本料	90
特定入院料・その他	92
診断群分類	93
食事療養・標準負担額	97

（別紙11）

「「老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書等の記載要領について」の全部改正について」の一部訂正について

別紙

Ⅱ　請求書等の記載要領

第２　明細書に関する事項（様式第三）

7　「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

(2)　記号と番号の間にスペース、「・」を挿入すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（　）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に入りきらない等の場合は、（　）を省略することも差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号~~の変更、継続~~を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載すること。

26　「基本療養費」欄について

(2)　末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応じて１日に２回指定訪問看護を行った場合は、「難病等複数回訪問加算」欄に、「×，×××」円、当該月において複数回訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、１日に３回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は、「緊急訪問看護加算」欄に、「×，×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

32　「合計」欄について

(2)　「負担金額」の項については、以下によること。

イ　「負担金額」の項中「公費①」又は「公費②」の項には、~~医療券等に記入されている第１公費又は第２公費に係る患者の負担額（更正決定を要する場合には、更正決定後の金額）を記載すること。~~それぞれ、第１公費及び第２公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、１０円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、１０円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と結核予防法との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

（別紙12）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部訂正について

診療報酬の算定方法（平成１８年厚生労働省告示第９２号。以下「診療報酬点数表」という。）については、本年３月６日に公布され、また平成１２年２月１０日に公布された指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１２年２月厚生省告示第１９号）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成１２年２月厚生省告示第２１号）に加え、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第１２６号）、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第１２７号）及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第１２８号）が、本年３月１４日に公布されたところであり、本年４月１日以降の医療保険の診療報酬及び介護保険の介護報酬については、それぞれ上記基準に基づき算定されることとなる。

一方で、健康保険法及び老人保健法において、同一の疾病又は傷害について、介護保険法の規定により給付を受けることができる場合については、医療保険からの給付は行わない旨が規定されているところであるが、両保険の給付の調整に関するものとして、厚生労働大臣が定める療養（平成１８年厚生労働省告示第１４２号。以下「厚生労働大臣が定める療養告示」という。）及び要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成１８年厚生労働省告示第１７６号。以下「介護調整告示」という。）が公布されたところである。

これら両保険の給付の調整に関する留意事項及び両保険において相互に関連する事項等については、平成１８年４月１日より、上記告示によるもののほか下記によることとするので、遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

なお、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成１２年３月３１日保険発第５５号・老企第５６号、老健第８０号）は平成１８年３月３１日限り廃止する。

第１　厚生労働大臣が定める療養告示について

２　第２号関係について

(2)　当該届出については、別紙様式１から~~10~~8までに従い、医療保険からの給付を行う場合の入院基本料の区分のほか、夜間勤務等の体制、療養環境等について記載するものであること。入院基本料の区分については、原則として、介護保険適用病床における療養型介護療養施設サービス費又は診療所型介護療養施設サービス費の算定に係る看護師等の配置基準と同一のものに相当する入院基本料を届け出るものであること。

第３　医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項について

２　施設基準関係

(2)　１病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合については、各保険適用の病床ごとに、１病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等（医療療養病床の場合は療養病棟入院基本料、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービス費）を採用するものとすること。このため、１病棟内における医療療養病床と介護療養病床と

で、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るものであること。ただし、医療療養病床及び介護療養病床各々において満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等を採用することもできるものであること。なお、医療療養病床に係る届出については、「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）及び「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0330006号~~平成18年３月６日保医発第0306002号）に基づき、療養病棟入院基本料２又は有床診療所療養病床入院基本料２を届け出るものであること。

第４　医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

２　月の途中で要介護~~者~~被保険者等となる場合等の留意事項について

要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、１月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月４回など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮するものであること。

５　リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者であって、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入所者以外のものに対して行うリハビリテーションについては、~~介護保険における指定通所介護~~指定訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険に疾患別リハビリテーション料を算定できるものであること。

６　重度認知症患者デイ・ケア等に関する留意事項について

(2) 要介護被保険者等である患者であって、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入所者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、~~指定訪問リハビリテーション~~介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア等を算定できるものであること。

（別紙）

区分			入院中以外の患者					介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		入院中の患者					介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）（短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む）
			自宅（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く）	有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護以外）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設入居者（特定施設又は地域密着型特定施設）	うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く）	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）：介護療養施設サービス費のうち、他料受診時費用（444単位）を算定しない日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）：介護療養施設サービス費のうち、他料受診時費用（444単位）を算定した日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用（444単位）を算定しない日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用（444単位）を算定した日の場合	
基本	初・再診料		○					○（入院に係るものを除く）	×	×	×	○	×	○	「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」を参照
基本	入院料等		×					×		○（診療所老人医療管理料を除く）	×	○（短期滞在手術基本料1に限る。）	○（精神科措置入院診療加算に限る）	○（短期滞在手術基本料1に限る。）	
特掲	医学管理等	入院中の患者について算定するものであって、生活指導に係るもの ・入院栄養食事指導料 ・薬剤管理指導料 ・退院前訪問指導料	×					×		○	×	×	×		「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」を参照
特掲	医学管理等	地域連携退院時共同指導料1	×					○	×	○	○	×	×		
特掲	医学管理等	地域連携退院時共同指導料2	×					×		○	○	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（I）（注1）	○					×		○	×	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（I）（注2）	○（居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）					×		○	○（介護療養病床等において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る。）	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（I）（注3）	○（居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）					×		○	×	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（I）（注4）	○					○	×	○	×	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（I）（注5）	○					×		○	○	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（I）（注6）	○					×		○	○	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（II）	○					○	×	○	○	×	×		
特掲	医学管理等	上記以外	○					×		○	○	×	×		
特掲	在宅医療	往診料	○					○	×	×	×		×		「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」を参照
特掲	在宅医療	在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算（在宅療養支援診療所の場合）	○			○（末期の悪性腫瘍である患者に限る）	○	×		×	×		×		
特掲	在宅医療	在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算（上記以外）	○			×	○	86	×	×	×		×		

区分			入院中以外の患者					介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		入院中の患者					介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）（短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む）
			自宅（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く）	有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護以外）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設入居者（特定施設又は地域密着型特定施設）	うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く）	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）：介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定しない日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定した日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用(444単位)を算定しない日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用(444単位)を算定した日の場合	
特掲	在宅医療	在宅時医学総合管理料	○	○（※2）		○（在宅療養支援診療所の保険医が定期的に訪問して診療を行う場合に限る。）	○	×		×	×		×		「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」を参照
		在宅末期医療総合診療料	○			×	○	×		×	×		×		
		在宅患者訪問看護・指導料	○（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る）					×		×	×		×		
		在宅患者訪問薬剤管理指導料	×					×		×	×		×		
		在宅訪問リハビリテーション指導管理料	×					×		×	×		×		
		在宅患者訪問栄養食事指導料	×					×		×	×		×		
		第２節第1款に掲げる在宅療養指導管理料	○					×		×	×		×		
		第２節第２款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	○					○		×	×		×		
	検査		○					○（大臣の定める項目は算定不可）		○	×	○	×	○	
	画像診断		○					○		○	○（単純撮影を除く）	○	×	○	
	投薬		○					○（大臣の定める項目に限り算定可。（悪性腫瘍患者に対する腫瘍用薬は可））		○	×	○（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る）	×	○（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る）	
	注射		○					○（大臣の定める項目に限り算定可。（人工腎臓等の患者に対するエリスロポエチンは可））		○	○（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者（腎性貧血状態にある者に限る）に係るエリスロポエチンに限る）	○（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る）	×	○（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る）	
	リハビリテーション		○介護保険で、訪問リハ、通所リハを行った日以外の日は算定可		○			○（大臣の定める項目は算定不可）		○	○（機能訓練及び難病患者リハビリテーション料に係る部分に限る）	×	×		
	精神科専門療法	重度認知症デイ・ケア料	○介護保険で認知症通所介護、通所リハを行った日以外の日は算定可		○（認知症である老人の日常生活自立度判定基準がランクⅢのものに限る）	○		×		○	○		○		
		入院集団精神療法 入院生活技能訓練療法	×					×		○（特定診療費を算定する場合を除く）	○（特定診療費を算定する場合を除く）		○（特定診療費を算定する場合を除く）		

区分			入院中以外の患者					介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		入院中の患者					介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）（短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む）
			自宅（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く）	有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護以外）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設入居者（特定施設又は地域密着型特定施設）	うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く）	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）：介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（444単位）を算定しない日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）：介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（444単位）を算定した日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用（444単位）を算定しない日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用（444単位）を算定した日の場合	
特掲	精神科専門療法	精神科作業療法	○					×		○	×	○	×	○	「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」を参照
		精神科退院指導料	×					×		○	×	○	×	○	
		精神科退院前訪問指導料	×					×		○	×	○	×	○	
		上記以外	○					×		○	○		○	○	
	処置		○					○（大臣の定める項目は算定不可）		○	○（別に厚生労働大臣が定めるもの（※3）を除く）	○	×	○	
	手術		○					○（大臣の定める項目は算定不可）		○	○		×	○	
	麻酔		○					○（大臣の定める項目は算定不可）		○	○		×	○	
	放射線治療		○					○		○	○		×	○	
歯科	訪問歯科衛生指導料		×					○		○	○		○		○
	在宅患者訪問薬剤管理指導料		×					○		○	○		○		○（末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所の保険医の指示に基づき実施した場合に限る）
	老人訪問口腔指導管理料		×					○		○	○		○		○
	歯科口腔衛生指導料 歯周疾患指導管理料 歯科衛生実地指導料 歯科特定疾患療養管理料 診療情報提供料（I）（注2）		○（居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）					○		○	○		○		○
	上記以外		○					○		○	○		○		○
調剤	在宅患者訪問薬剤管理指導料		×					×		×	×		×		○（末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所の保険医の処方に基づき実施した場合に限る）
	・薬剤服薬用歴管理料 ・薬剤情報提供料 ・長期投薬情報提供料 ・後発医薬品情報提供料 ・調剤情報提供料 ・服薬情報提供料		○（居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）					×		×	×		×		○

区分		入院中以外の患者					介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		入院中の患者					介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）（短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む）
		自宅（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く）	有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護以外）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設入居者（特定施設又は地域密着型特定施設）	うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く）	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）		介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		
										介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用(444単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用(444単位)を算定した日の場合	
調剤	上記以外	○					×		×	×		×		○
訪問看護療養費	訪問看護管理療養費	○（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。）					×		×	×		×		○（末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所の保険医の指示に基づき実施した場合に限る。）
	２４時間連絡体制加算	○（介護保険の訪問看護において緊急時訪問看護を算定していない場合に限る。）					×		×	×		×		
	重症者管理加算	×					×		×	×		×		
	訪問看護情報提供療養費	×					×		×	×		×		
	上記以外	○（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。）					×		×	×		×		

※１）介護老人保健施設の療養室、老人性認知症疾患療養病棟の病床、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第百四十四条に規定する基準適合診療所に係る病床又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十五号）附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第百八十九条に規定する基準適合診療所に係る病床

※２）特別な関係の医療機関では算定できない。ただし、当該施設と特別の関係にある保険医療機関であっても、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合には在宅時医学総合管理料の「１」を、療養病床を有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様の施設基準を満たす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の保険が実施する場合には在宅時医学総合管理料の「２」を算定できる。

※３）基本診療料の施設基準等（平成十八年厚生労働省告示第九十三号）別表第五第二号に掲げる処置。

様式１

施設基準等に係る届出書添付書類

	今回の届出に係る病棟	病棟数	病床数	入院患者数	
				届出時	１日平均入院患者数
総病床数					
一般病棟入院基本料 複合病棟					
療養病棟入院基本料					
老人性認知症疾患治療病棟入院料					

※１日平均入院患者数の~~算定~~算出期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

※届出対象となる病室を枠で囲む等により明確にして、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。

※届出対象となる病室について、該当する入院基本料の「今回の届出~~の対象となる~~に係る病棟」の欄にチェックを行い、届出対象の病床数を括弧内に記入すること。なお、届出対象となる病室が複合病棟にある場合には、一般病棟入院基本料の該当欄に記入すること。

（別紙13）

「「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」の一部改正について」の一部訂正について

1　費用徴収する場合の手続について

(1)　保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。なお、掲示の方法については、「『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掲示事項等』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』の制定に伴う実施上の留意事項について」（~~平成14年3月18日保医発第0318001号~~平成18年３月13日保医発第0313003号）第1の2~~(4)~~(5)に示す掲示例によること。

2　療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

（４）医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用

ウ　ニコチン貼付剤の処方（ニコチン依存症管理料の算定対象となるニコチン依存症（以下「ニコチン依存症」という。）以外の疾病について保険診療により治療中の患者に対し、スクリーニングテストを実施し、ニコチン依存症と診断されなかった場合であって、ニコチン貼付剤を処方する場合に限る。）　等

写

保発第0929004号
平成１８年９月２９日

都道府県知事
地方社会保険事務局長　殿

厚生労働省保険局長

「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正について

今般、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）及び障害者自立支援法（平成17年法律第123号）の施行に伴い、「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第157号）、「障害者自立支援法の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令」（平成18年厚生労働省令第169号）等が公布され、平成18年10月１日より施行又は適用されることなどから、「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）、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定に関する基準の施行について」（平成18年３月６日保発第0306006号）、「指定訪問看護等の事業を行う事業所に係る健康保険法第44条ノ４第１項の規定に基づく指定等の取扱いについて」（平成12年３月31日保発第72号・老発第400号）、「保険者番号等の設定について」（昭和51年８月７日保発第45号・庁保発第34号）及び「保険医療機関等及び保険医等の指導及び監査について」（平成７年12月22日保発第117号）の一部を別紙１から別紙５のとおり改正し、同日より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。なお、「特定承認保険医療機関の取扱いについて」（平成17年８月31日保発第0831001号）は、平成18年９月30日限り廃止する。

（別紙１）

「医療費の内容の分かる領収証の交付について」の一部改正について

（別紙様式１）から（別紙様式４）までを別添のように改める。

（別紙様式１）　　（医科診療報酬の例）

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

請求期間　（入院の場合）
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日

受診科	入・外	領収書Ｎｏ．	発　行　日	費　用　区　分	負担割合	本・家	区　分
			平成　年　月　日				

保　険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検　　査	画像診断	投　　薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注　　射	リハビリテーション	精神科専門療法	処　　置	手　　術	麻　　酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	食事療養	生活療養					
	円	円					

保険外負担	保険外併用療養費	その他
	（内訳）	（内訳）

	保　険	保　険（食事・生活）	保険外負担
合　計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額合　計	円		

東京都○○区○○　○－○－○
○○○病院　　○ ○　○ ○

領収印

（別紙様式２）

（歯科診療報酬の例）

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

請求期間　（入院の場合）
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日

受診科	入・外	領収書Ｎｏ．	発　行　日	費　用　区　分	負担割合	本・家	区　分
			平成　年　月　日				

保　険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検　　査	画像診断	投　　薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注　　射	リハビリテーション	処　　置	手　　術	麻　　酔	放射線治療	歯冠修復及び欠損補綴
	点	点	点	点	点	点	点
	歯科矯正	食事療養	生活療養				
	点	円	円				

保険外負担	保険外併用療養費	その他
	（内訳）	（内訳）

	保　険	保　険（食事・生活）	保険外負担
合　計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額合　計	円		

東京都○○区○○　○－○－○
○○○病院　　○ ○　○ ○

領収印

（別紙様式３）

（調剤報酬の例）

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

領収証Ｎｏ．	発　行　日	費　用　区　分	負担割合	本・家
	平成　年　月　日			

保　険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料
	点	点	点	点

保険外負　担	保険外併用療養費	その他
	（内訳）	（内訳）

	保　険	保険外負担
合　計	円	円
負担額	円	円
領収額合　計	円	

東京都○○区○○　○－○－○
○○○薬局　　○ ○　○ ○

領収印

（別紙様式４）

（訪問看護療養費の例）

領　収　証

領収書Ｎｏ．	患者番号	氏　　名
		様

請　求　期　間
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日

発　行　日	負担割合	本・家	区　分
平成　年　月　日			

提　供　日						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

備　考

	保険負担分項目	単価	数量	金額
保険適用負担	（内訳）			

	保険外負担分項目	単価	数量	金額	税	消費税等
保険外負担	（内訳）					

	保　険	保険外負担
明細合計額	円	円
課税対象額		円
領収額合計	円	

東京都○○区○○　○－○－○
○○　訪問看護ステーション
○○　○○

領収印

（別紙２）

「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定に関する基準の施行について」の一部改正について

第２の２の(１)から(５)を次のように改める。

２(１)　訪問看護基本療養費(Ⅱ)は、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者であって、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例による運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）に入所している複数の者に対して、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関等において精神科を担当する医師に限る。）が交付した精神訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、精神障害を有する者に対して指定訪問看護を行うにつき必要な体制が整備されているものとして地方社会保険事務局長に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師又は作業療法士（精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有する者に限る。）が、当該指示書に記載された有効期間内（６か月を限度とする。）に行った指定訪問看護について、週３日を限度として算定すること。

（２）　訪問看護基本療養費(Ⅱ)は、(１)に規定する施設の了解を得て、当該施設に入所している精神障害を有する複数の者に対して指定訪問看護を行った場合に算定できること。

なお、当該者の看護を担当する者に対する社会復帰指導に要する費用については、所定額に含まれること。

（３）　訪問看護基本療養費(Ⅱ)に係る保健師、看護師又は作業療法士とは、次のいずれかに該当する者をいうこと。

ア　精神科を標榜する保険医療機関等において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を有する者

イ　精神障害者に対する訪問看護の経験を有する者

ウ　精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を有する者

エ　専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している者

（４）　訪問看護基本療養費(Ⅱ)については、１人の保健師、看護師又は作業療法士が１日に訪問する利用者の数は５名程度を標準とし、８名を超えることはできないこと。

（別紙３）

「指定訪問看護等の事業を行う事業所に係る健康保険法第４４条ノ４第１項の規定に基づく指定等の取扱いについて」の一部改正について

1　通知名を次のように改める。

指定訪問看護等の事業を行う事業所に係る健康保険法第88条第１項の規定に基づく指定等の取扱いについて

2　第一の表題を次のように改める。

第一　健保法第89条第１項の規定に基づく指定訪問看護ステーションに係る指定の申請等について

3　「第一の１」の（1）、（2）、（2）の①及び②、（2）の⑧並びに（3）を次のように改め、（3）の③の次に次のように④から⑦を加える。

1　指定の申請について

（1）　健保法第89条第１項の規定に基づく指定訪問看護ステーションの指定の申請に際しては、健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号。以下「施行規則」という。）第74条の規定に従い、必要事項を記載した様式第１の申請書及び関係書類を当該申請に係る事業所の所在地を管轄する地方社会保険事務局長に提出するものとすること。

（2）　施行規則第74条の規定により指定申請書及び関係書類に記載すべき事項の具体的内容及び留意点は次に示すとおりであるので、記入に際して十分指導され、適切な取扱いをされたいこと。

①　健保法第89条第４項第１号の規定に基づき制定された「指定訪問看護事業者の指定を受けることができる者」（平成４年２月厚生省告示第32号。以下「告示第32号」という。）により、申請者が厚生労働大臣の認定を要する者であるときは、別途通知する手続きにより指導されたいこと。

②　施行規則第74条第１号にいう名称については、指定訪問看護及び指定老人訪問看護（以下「指定訪問看護等」という。）の事業を行う事業所であることを明確にする必要があることを踏まえ、利用者に誤解を与えるおそれのあるものや、病院、診療所、デイサービスセンター、在宅介護支援センター、ナースセンター（ナースバンク）又は看護師家政婦紹介（派出）所と紛らわしいものを使用することは適当ではないこと。

⑧　同条第９号については、以下の点に留意するものであること。

ロ　看護師等については、基準通知第３の２の（1）の規定を満たしていることを、その経歴及び免許証の写しにより確認するものであること。特に、定数の算出に当たっては、同条第11号に基づき提出される勤務体制及び勤務形態と照合し、確認することが必要であること。

（３） 健保法第89条第４項の規定により、次の場合には指定をしてはならないものであること。

④ 申請者が、健保法の規定により、指定訪問看護事業者に係る同法第88条第１項の指定を取り消され、その取消しの日から５年を経過しない者であるとき。

⑤ 申請者が、健保法その他国民の保健医療に関する法律で健康保険法施行令第33条の３で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

なお、前述のその他国民の保健医療に関する法律は、下記のとおりであること。

- 老人保健法
- 国家公務員共済組合法
- 国民健康保険法
- 薬事法
- 薬剤師法
- 地方公務員等共済組合法
- 船員保険法
- 医師法
- 歯科医師法
- 保健師助産師看護師法
- 医療法

⑥ 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

⑦ 前３号のほか、申請者が、指定訪問看護事業者として著しく不適当と認められる者であるとき。

4 「第一の２」の（３）及び（４）を次のように改める。

２ 指定の通知、公示等について

（３） 地方社会保険事務局長は、指定、変更等の届出の受理若しくは指定の取消しを行った場合は、施行規則第79条の規定により、速やかに次の事項を公示すること。

イ 指定、変更等の届出の受理若しくは指定の取消しに係る年月日

ロ 指定訪問看護事業者の名称及び主たる事業所の所在地

ハ 指定訪問看護ステーションの名称及び所在地

（４） 指定訪問看護事業者は、施行規則第75条の規定により、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、指定訪問看護ステーションである旨を掲示しなければならないこと。

5 「第一の３」の(１)、(１)の④及び(３)を次のように改める。

３ 変更の届出について

（１） 施行規則第77条の規定により、指定訪問看護事業者が指定訪問看護等の事業に関する変更について10日以内に地方社会保険事務局長に届出をしなければならない事項は次のとおりであること。

④ 当該指定訪問看護ステーションの管理者その他の職員の氏名及び経歴(看護師等にあっては、免許証の写しを添付すること。)並びに管理者の住所

（３） なお、変更の内容が基準省令を満たすことができないと認められる場合には、地方社会保険事務局長又は都道府県知事は健保法第91条又は老人保健法(昭和57年法律第80号。以下「老健法」という。)第46条の５の５の規定による指導を行うとともに、地方社会保険事務局長は

健保法第95条の規定により指定を取り消すことができるものであること。

6　「第一の４」の(１)及び(２)を次のように改める。

4　休廃止等の届出について

（1）　施行規則第78条の規定により、指定訪問看護事業者が指定訪問看護等の事業の廃止、休止又は再開について10日以内に地方社会保険事務局長に届出をしなければならない事項は次のとおりであること。

（2）　届出の内容が基準省令を満たすことができないと認められる場合には、地方社会保険事務局長又は都道府県知事は健保法第91条又は老健法第46条の５の５の規定による指導を行うとともに、地方社会保険事務局長は健保法第95条の規定により指定を取り消すことができるものであること。

7　「第一の５」の(２)を次のように改める。

5　事前審査の取扱いについて

（2）　事前審査の段階においては、指定申請者の適格性、事業計画等について十分検討されたいこと。なお、指定の申請者が告示第32号の第14号に該当する者であるときは、指定の申請前に厚生労働大臣の認定を受けていることが必要であるので、事前に認定手続きを行うよう指導されたいこと。

8　第二の表題を次のように改める。

第二　健保法第89条第２項の規定に基づき指定訪問看護事業者の指定があったものとみなされる場合の取扱いについて

9　「第二の１」の(１)、(３)及び(４)を次のように改める。

1　指定があったものとみなされる場合について

（1）　健保法第89条第２項の規定により、介護保険法(平成９年法律第123号)第41条第１項の規定による指定居宅サービス事業者の指定を受けようとする者(訪問看護の事業を行う者に限る。以下「申請者」という。)が健保法第89条第２項ただし書きに規定する別段の申出(以下「別段の申出」という。)を行わないときは、当該申請者は、指定居宅サービス事業者の指定を受けることにより、同時に健保法第89条第１項の指定があったものとみなされるものであること。

（3）　都道府県知事が指定居宅サービス事業者の指定を行った場合において、健保法第89条第２項の規定により指定訪問看護事業者の指定があったものとみなされる場合にあっては、地方社会保険事務局長は、(２)の都道府県知事からの通知を受け、速やかに指定通知書に指定訪問看護ステーションコードを付記し、これを申請者に交付するほか、審査支払機関に通知すること。

（4） 地方社会保険事務局長は、健保法第89条第２項の規定により指定訪問看護事業者の指定があったものとみなされたものも含め、指定訪問看護ステーションに関する指定台帳を作成し、その管理等を行うこととすること。

10 「第二の２」の(1)及び(2)を次のように改める。

2 指定訪問看護事業者の別段の申出について

（1） 健保法第第89条第２項ただし書の規定により、申請者が別段の申出を行った場合には、健保法第89条第１項の指定訪問看護事業者の指定があったものとみなされないこととされているところであるが、その申出に際しては、施行規則第76条の規定に従い、指定居宅サービス事業者の指定申請書の提出にあわせて、必要事項を記載した様式第２の申出書を当該申出に係る訪問看護等を行う事業所の所在地を管轄する地方社会保険事務局長に提出すること。

（2） 施行規則第76条の規定により申出書に記載すべき事項の具体的内容は次のとおりであること。

11 「第二の３」の(1)及び(2)を次のように改める。

3 変更等の届出について

（1） 健保法及び介護保険法の各法に基づき、双方の指定訪問看護の指定を受けている事業者が、健保法第93条又は介護保険法第75条の規定により当該指定に関する変更等の届出を行う場合は、各法の規定に基づき、健保法上の指定訪問看護等については地方社会保険事務局長に対して、介護保険法上の指定訪問看護については都道府県知事に対して、それぞれ別に行う必要があること。

（2） 地方社会保険事務局長又は都道府県知事に対して事業者からの変更等の届出があった場合には、当該事業者が健保法及び介護保険法の両方の指定を受けている者であるか否かを確認し、両方の指定を受けている者である場合については、当該事業者に対し、改めて(1)について説明する必要があること。

12 様式第１及び様式第２を別添のように改める。

様式第1

（表　　面）

※　番　　号			
※　指定訪問看護ステーションコード			
① 訪問看護ステーション	名　　称		
	所　在　地		
② 申請者氏名・法人代表者氏名	名　　称		
	主たる事業所の所在地		
	法人代表者氏名		
③ 管　理　者	氏　　名		
	保健師・助産師・看護師	保健師籍、助産師籍又は看護師籍の登録番号	
④ 指定を受けた場合の当該指定に係る訪問看護等の事業の開始予定年月日	年　　月　　日		
⑤ 健康保険法第８９条第４項第４号から第６号までのいずれか（指定欠格事由）に該当	有　・　無	該当する法律名	
		内　　容	
		該当年月日	
		処分権者等	

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

地方社会保険事務局長　　殿

申請者の名称及び主たる事業所の所在地

代表者の職名及び氏名　　印

（裏　　面）

記入上の注意

1　③の欄は、該当する文字を○印で囲むこと。

2　⑤の欄は、指定欠格事由に該当しない場合（平成１８年１０月１日前にした行為により罰金又は禁錮以上の刑に処せられた場合を含む。）は無を○で囲み、有を○で囲んだ場合は次の該当する法律名を記載すること。

また、内容欄には、指定欠格事由の内容及び非該当となる年月日を記載すること。

該当法律

・健康保険法
・船員保険法
・医師法
・歯科医師法
・保健師助産師看護師法
・医療法
・私立学校教職員共済法
・国家公務員共済組合法
・国民健康保険法
・薬事法
・薬剤師法
・地方公務員等共済組合法
・老人保健法

※印の欄には記入しないこと。

様式第2

（表　　面）

※受理番号	

①訪問看護ステーション	名　　称	
	所　　在　　地	
②事業者名・代表者氏名等	名　　称	
	主たる事業所の所在地	
	代表者氏名及び住所	

上記のとおり、指定訪問看護等の事業を行わない旨を申し出ます。

平成　　年　　月　　日

申請者の名称及び主たる事業所の所在地

○○社会保険事務局長　　殿

代表者の職名及び氏名　　印

（裏　　面）

備考

1　申出書は、正副2通提出のこと。

2　※印の欄には、記入しないこと。

（別紙４）

「保険者番号等の設定について」の一部改正について

１　２の(４)、(５)、(８)及び(13)から(15)までを次のように改める。

（４）　障害者自立支援法による自立支援医療（更正医療）（法第５条関係）

市(区)町村ごとに、平成５年２月１５日社援更第２６号により定められた公費負担者番号をもって、当該市(区)町村の公費負担者番号とすること。

（５）　障害者自立支援法による自立支援医療（育成医療）（法第５条関係）

都道府県及び指定都市ごとに、昭和４９年１０月１４日児企第４６号により定められた自立支援医療（育成医療）の公費負担者番号をもつて、それぞれ当該都道府県及び指定都市の公費負担者番号とすること。

（８）　障害者自立支援法による自立支援医療（精神通院医療）（法第５条関係）

都道府県ごとに、昭和４９年１０月１８日衛精第２４号により定められた公費負担者番号をもつて、当該通院医療に係る都道府県の公費負担者番号とすること。

(13)　児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付（法第21条の９の２関係）

都道府県及び指定都市ごとに、昭和４９年１０月１４日児企第４６号により定められた小児慢性特定疾患治療研究事業の公費負担者番号をもつて、それぞれ当該都道府県及び指定都市の公費負担者番号とすること。

(14)　児童福祉法の措置等に係る医療の給付

公費負担者番号については、昭和４９年１０月１４日児企第４６号通知によるものとすること。

(15)　特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費

特定疾患治療費及び先天性血液凝固因子障害等治療費の国庫補助による療養費及び研究治療費については、都道府県ごとに、昭和４９年９月２６日衛発第５３７号及び平成元年７月３１日健医発第９３２号により定められた公費負担者番号をもつて、それぞれ当該都道府県の公費負担者番号とすること。

また、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費については、平成１７年１０月１３日環保企発第051013002号により定められた公費負担者番号をもって、熊本県、鹿児島県、新潟県及び新潟市の公費負担者番号とすること。

２　２の(11)及び(12)を削り、(13)から(16)までを(11)から(14)までとする。

3　２の(14)の次に次のように(15)から(20)までを加える。

(15)　児童福祉法による療育の給付（法第21条の9関係）

都道府県及び指定都市ごとに、昭和49年10月14日児企第46号により定められた療育の給付の公費負担者番号をもって、それぞれ当該都道府県及び指定都市の公費負担者番号とすること。

(16)　心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第81条関係）

地方厚生局ごとに、平成１７年８月２日障精発第0802007号により定められた公費負担者番号をもって、それぞれ当該地方厚生局の公費負担者番号とすること。

(17)　茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康被害による治療研究費

平成１７年１０月１３日環保企発第051013002号又は平成１７年１０月１３日環保企発第051013002号により定められた公費負担者番号をもって、茨城県又は熊本県の公費負担番号とすること。

(18)　石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第4条関係）

平成１８年５月２２日環保企発第060518006号により定められた公費負担者番号をもって、神奈川県の公費負担番号とすること。

(19)　障害者自立支援法による療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）

市区町村ごとに、平成１８年９月１２日障発第0912005号により定められた公費負担者番号をもって、それぞれの市区町村の公費負担番号とすること。

(20)　児童福祉法による障害児施設医療（法第24条の20関係）

都道府県、政令指定都市及び児童相談所設置市ごとに、平成１８年９月１２日障発第0912005号により定められた公費負担者番号をもって、それぞれの都道府県、政令指定都市及び児童相談所設置市の公費負担番号とすること。

4　別表１の(３)を別紙のように改める。

別紙

（3）

＼	区　分		法別番号
公負担医療制度	結核予防法による	・適正医療（法第34条関係）	１０
		・従業禁止、命令入所（法第35条関係）	１１
	生活保護法による医療扶助（法第15条関係）		１２
	戦傷病者特別援護法による	・療養の給付（法第10条関係）	１３
		・更正医療（法第20条関係）	１４
	障害者自立支援法による	・更正医療（法第５条関係）	１５
		・育成医療（法第５条関係）	１６
	児童福祉法による	・療育の給付（法第21条の９関係）	１７
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	・認定疾病医療（法第10条関係）	１８
		・一般疾病医療費（法第18条関係）	１９
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による	・措置入院（法第29条関係）	２０
	障害者自立支援法による	・精神通院医療（法第５条関係）	２１
	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第58条の8関係）		２２
	母子保健法による療育医療（法第20条関係）		２３
	障害者自立支援法による療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）		２４
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	・一類感染症等の患者の入院（法第37条関係）	２８
		・新感染症の患者の入院（法第37条関係）	２９
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第81条関係）		３０
	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費		５１

	児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付（法第21条の９の２関係）	５２
	児童福祉法の措置等に係る医療の給付	５３
	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第４条関係）	６６
	児童福祉法による障害児施設医療（法第24条の20関係）	７９

（別紙５）

「保険医療機関等及び保険医等の指導及び監査について」の一部改正について

１　別添１の第１及び第２を次のように改める。

第１　目　的

この大綱は、厚生労働大臣若しくは地方社会保険事務局長又は都道府県知事が、健康保険法（大正１１年法律第７０号）第７３条（同法及び船員保険法（昭和１４年法律第７３号）において準用する場合を含む。）、国民健康保険法（昭和３３年法律第１９２号）第４１条及び老人保健法（昭和５７年法律第８０号）第２７条（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関若しくは保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）又は保険医若しくは保険薬剤師（以下「保険医等」という。）に対して行う健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び老人保健法による療養の給付若しくは医療若しくは入院時食事療養費若しくは入院時生活療養費、保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療（調剤を含む。以下同じ。）の内容又は診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求に関する指導について基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

第２　指導方針

指導は、保険医療機関等及び保険医等に対し「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和３２年厚生省令第１５号）、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」（昭和３２年厚生省令第１６号）、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和５１年厚生省令第３６号）、「診療報酬の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第92号）、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）、「老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準」（昭和５８年１月厚生省告示第１４号）等に定める保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う。

なお、指導を行うに当たっては、医師会、歯科医師会及び薬剤師会、審査支払機関並びに保険者に協力を求め、円滑な実施に努める。

２　別添１の第３の１及び３を次のように改める。

第３　指導形態

指導の形態は、次のとおりとする。

１　集団指導

集団指導は、地方社会保険事務局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で、指導対象となる保険医療機関等又は保険医等を一定の場所に集めて講習等の方式により行う。

３　個別指導

個別指導は、厚生労働省又は地方社会保険事務局及び都道府県が次のいずれかの形態により、指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて又は当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。

（1） 地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うもの（以下「都道府県個別指導」という。）

（2） 厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うもの（(3)に掲げるものを除く。以下「共同指導」という。）

（3） 厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の保険医療機関等又は緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた保険医療機関等について行うもの。（以下「特定共同指導」という。）

3 別添1の第4の1の(4)を次のように改める。

第4 指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定

指導は、原則としてすべての保険医療機関等及び保険医等を対象とするが、効果的かつ効率的な指導を行う観点から、指導形態に応じて次の基準に基づいて対象となる保険医療機関等又は保険医等の選定を行う。

1 選定委員会の設置等

（4） 共同指導及び特定共同指導の対象となる保険医療機関等については、対象候補の中から厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が協議のうえ選定を行う。

4 別添1の第5を次のように改める。

第5 指導担当者

地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行う指導については、原則として地方社会保険事務局にあっては、地方社会保険事務局長が指名する技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護師が、都道府県にあっては、都道府県において適当と認める者が担当する。

厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行う指導については、上記に加えて厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官が担当する。

5 別添1の第6の1の(1)、2の(4)の①並びに3の(1)及び(4)を次のように改める。

第6 指導方法等

1 集団指導

（1） 指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等又は保険医等を決定したときは、地方社会保険事務局はあらかじめ集団指導の日時、場所、出席者等を文書により当該保険医療機関等又は保険医等に通知する。なお、当該通知には、当該集団指導を地方社会保険事務局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

2　集団的個別指導

（4）　学識経験者の立会いの依頼等

①　健康保険法第73条第２項（同法及び船員保険法において準用する場合を含む。）、国民健康保険法第４１条第２項及び老人保健法第２７条第２項（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づく立会いの必要があると認めたときは、地方社会保険事務局長は都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会（以下「都道府県医師会等」という。）に対して文書等により立会いの依頼を行う。

また、都道府県医師会等が指導に立ち会わない場合にあって、必要があると認めたときは、地方社会保険事務局長は支払基金等に対して審査委員の立会いの依頼を行うことができる。

3　個別指導

（1）　指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方社会保険事務局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には当該個別指導を厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県又は地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

①　個別指導の根拠規定及び目的

②　指導の日時（土曜日及び休日を除く。）及び場所

③　出席者

④　準備すべき書類等

（4）　学識経験者の立会いの依頼等

集団的個別指導に準じて立会いの依頼等を行う。ただし、共同指導又は特定共同指導の場合にあっては、厚生労働大臣から日本医師会、日本歯科医師会又は日本薬剤師会（以下「日本医師会等」という。）に対しても、文書等により立会いの依頼を行う。

6　別添１の第９を次のように改める。

第９　その他

1　共同指導又は特定共同指導を行うに当たり、必要があると認められる場合には、厚生労働省の顧問医師団を構成する医療技術参与を派遣する。

2　地方社会保険事務局は指導の実施状況について、別に定めるところにより厚生労働省保険局医療課に報告する。

7　別添２の第１を次のように改める。

第１　目的

この要綱は、厚生労働大臣若しくは地方社会保険事務局長又は都道府県知事が、健康保険法（大正１１年法律第７０号）第78条（同法及び船員保険法（昭和１４年法律第７３号）において準用する場合を含む。）、国民健康保険法（昭和３３年　法律第１９２号）第４５条の２及び老人保健法（昭和５７年法律第８０号）第３１条（同法において準用する場合を含む。）の規定に

基づき、保険医療機関又は保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）に対し、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び老人保健法による療養の給付若しくは医療若しくは入院時食事療養費若しくは入院時生活療養費、保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療（調剤を含む。以下同じ。）の内容又は診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求について行う監査に関する基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

8　別添２の第３及び第４を次のように改める。

第３　監査対象となる保険医療機関等の選定基準

監査は、次のいずれかに該当する場合に、地方社会保険事務局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うものとする。

1　診療内容に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。

2　診療報酬の請求に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。

3　度重なる個別指導（「指導大綱」に定める「個別指導」をいう。以下同じ。）によっても診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られないとき。

4　正当な理由がなく個別指導を拒否したとき。

第４　監査担当者

監査は、原則として地方社会保険事務局にあっては、地方社会保険事務局長が指名する、技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護師が、都道府県にあっては都道府県において適当と認める者が担当する。必要と認められる場合は、厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官も共同して担当する。

9　別添２の第５の２及び４を次のように改める。

第５　監査の方法等

2　監査実施通知

監査対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方社会保険事務局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には、当該監査を地方社会保険事務局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

（1）　監査の根拠規定

（2）　監査の日時（土曜日及び休日を除く。）及び場所

（3）　出席者

（4）　準備すべき書類等

4　学識経験者の立会いの依頼等

（1）　健康保険法第78条第２項において準用する同法第第73条第２項（同法及び船員保険法において準用する場合を含む。）、国民健康保険法第４５条の２第４項において準用する同法第４１条第２項及び老人保健法第３１条第４項において準用する同法第２７条第２項

(同法において準用する場合を含む。)の規定に基づく立会いの必要があると認めたときは、厚生労働大臣にあっては日本医師会、日本歯科医師会又は日本薬剤師会（以下「日本医師会等」という。)に対して、地方社会保険事務局長にあっては都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会（以下「都道府県医師会等」という。)に対して、文書等により立会いの依頼を行う。

また、日本医師会等又は都道府県医師会等が監査に立ち会わない場合にあって、必要があると認めたときは、地方社会保険事務局長は都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「支払基金等」という。)に対して文書等により審査委員の立会いの依頼を行うことができる。

（２） 厚生労働大臣又は地方社会保険事務局長及び都道府県知事は、監査時において立会者に意見を述べる機会を与えなければならない。

10 別添２の第６の１、１の(１)及び５の(１)を次のように改める。

第６ 監査後の措置

１ 行政上の措置

行政上の措置は、健康保険法第80条の規定に基づく保険医療機関等の指定の取消、同法第81条の規定に基づく保険医等の登録の取消（以下「取消処分」という。)並びに保険医療機関等及び保険医等に対する戒告及び注意とし、不正又は不当の事案の内容により、次の基準によって 行う。

（１） 取消処分

地方社会保険事務局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか１つに該当するときには、当該地方社会保険事務局に置かれる地方社会保険医療協議会に諮問して、取消処分を行う。

なお、地方社会保険事務局長は、地方社会保険医療協議会へ諮問する前に、関係資料を添えて厚生労働省保険局長に内議を行う。

① 故意に不正又は不当な診療を行ったもの。

② 故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

③ 重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。

④ 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。

５ 行政上の措置の公表等

（１） 地方社会保険事務局長は、監査の結果、取消処分を行ったときは、「保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する政令」（昭和３２年政令第８７号）第２条（同令第２条の２において準用する場合を含む。）又は第９条の規定に基づき、速やかにその旨を公示する。

11 別添２の第７を次のように改める。

第７ 再指定

保険医療機関等が取消処分を受け、５年を経過しない場合等においては、健康保健法第65条第

３項の規定に基づき、その指定を拒むことができる。ただし、取消処分を受けた医療機関の機能、事案の内容等を総合的に勘案し、地域医療の確保を図るため特に必要があると認められる場合であって、診療内容又は診療報酬の請求に係る不正又は著しい不当に関わった診療科が、相当の期間保険診療を行わない場合については、取消処分と同時に又は一定期間経過後に当該医療機関を保険医療機関として指定することができる。

12　別添２の第８の２及び３を次のように改める。

第８　その他

２　厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同して行う監査に当たり、必要があると認められる場合は、厚生労働省の顧問医師団を構成する医療技術参与を派遣する。

３　地方社会保険事務局は監査及び行政措置の実施状況について、別に定めるところにより厚生労働省保険局医療課に報告する。

見消版

保発第　　号
平成　年　月　日

都道府県知事
地方社会保険事務局長　殿

厚生労働省保険局長

「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正について

今般、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）及び障害者自立支援法（平成17年法律第123号）の施行に伴い、「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第157号）、「障害者自立支援法の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令」（平成18年厚生労働省令第169号）等が公布され、平成18年10月１日より施行又は適用されることなどから、「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）、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定に関する基準の施行について」（平成18年３月６日保発第0306006号）、「指定訪問看護等の事業を行う事業所に係る健康保険法第44条ノ４第１項の規定に基づく指定等の取扱いについて」（平成12年３月31日保発第72号・老発第400号）、「保険者番号等の設定について」（昭和51年８月７日保発第45号・庁保発第34号）及び「保険医療機関等及び保険医等の指導及び監査について」（平成７年12月22日保発第117号）の一部を別紙１から別紙５のとおり改正し、同日より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。なお、「特定承認保険医療機関の取扱いについて」（平成17年８月31日保発第0831001号）は、平成18年９月30日限り廃止する。

（別紙１）

「医療費の内容の分かる領収証の交付について」の一部改正について

（別紙様式１）から（別紙様式４）までを別添のように改める。

（別紙様式１）

（医科診療報酬の例）

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

請求期間　（入院の場合）
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日

受診科	入・外	領収書Ｎｏ．	発　行　日	費　用　区　分	負担割合	本・家	区　分
			平成　年　月　日				

保　険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検　　査	画像診断	投　　薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注　　射	リハビリテーション	精神科専門療法	処　　置	手　　術	麻　　酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	食事療養	生活療養					
	円	円					

保険外負担	保険外併用療養費	その他
	（内訳）	（内訳）

	保　険	保　険（食事・生活）	保険外負担
合　計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額合　計	円		

東京都○○区○○　○－○－○
○○○病院　　○○　○○

領収印

（別紙様式２）

（歯科診療報酬の例）

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

請求期間　（入院の場合）
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日

受診科	入・外	領収書Ｎｏ．	発　行　日	費　用　区　分	負担割合	本・家	区　分
			平成　年　月　日				

保　険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検　　査	画像診断	投　　薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注　　射	リハビリテーション	処　　置	手　　術	麻　　酔	放射線治療	歯冠修復及び欠損補綴
	点	点	点	点	点	点	点
	歯科矯正	食事療養	生活療養				
	点	円	円				

保険外負担	保険外併用療養費	その他
	（内訳）	（内訳）

	保　険	保　険（食事・生活）	保険外負担
合　計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額合　計	円		

東京都○○区○○　○－○－○
○○○病院　　○ ○　○ ○

領収印

（別紙様式３）　　（調剤報酬の例）

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

領収証Ｎｏ．	発　行　日	費　用　区　分	負担割合	本・家
	平成　年　月　日			

保　険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料
	点	点	点	点

保険外負　担	保険外併用療養費	その他
	（内訳）	（内訳）

	保　険	保険外負担
合　計	円	円
負担額	円	円
領収額合　計	円	

東京都○○区○○　○－○－○
○○○薬局　　○ ○　○ ○

領収印

（別紙様式４）

（訪問看護療養費の例）

領　収　証

領収書Ｎｏ．	患者番号	氏　　名
		様

請　求　期　間
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日

発　行　日	負担割合	本・家	区　分
平成　年　月　日			

提　供　日						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

備　考

	保険負担分項目	単価	数量	金額	税	消費税等
保険適用負担	（内訳）					

	保険外負担分項目	単価	数量	金額	税	消費税等
保険外負担	（内訳）					

	保　険	保険外負担
明細合計額	円	円
課税対象額	円	円
領収額合計	円	

東京都○○区○○　○－○－○
○○　訪問看護ステーション
○○　○○

領収印

（別紙２）

「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定に関する基準の施行について」の一部改正について

第２の２の(１)から(５)を次のように改める。

２(１)　訪問看護基本療養費(Ⅱ)は、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者であって、~~精神障害者社会復帰施設等~~障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例による運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）に入所している複数の者に対して、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関等において精神科を担当する医師に限る。）が交付した精神訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、精神障害を有する者に対して指定訪問看護を行うにつき必要な体制が整備されているものとして地方社会保険事務局長に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師又は作業療法士（精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有する者に限る。）が、当該指示書に記載された有効期間内（６か月を限度とする。）に行った指定訪問看護について、週３日を限度として算定すること。

~~(２)　(１)の「精神障害者社会復帰施設等」とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設及び精神障害者福祉ホーム並びにグループホーム（障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に基づく共同生活援助に係る施設をいう。）をいうこと。~~

~~(３)~~(２)　訪問看護基本療養費(Ⅱ)は、~~(２)~~(１)に規定する施設の了解を得て、当該施設に入所している精神障害を有する複数の者に対して指定訪問看護を行った場合に算定できること。

なお、当該者の看護を担当する者に対する社会復帰指導に要する費用については、所定額に含まれること。

~~(４)~~(３)　訪問看護基本療養費(Ⅱ)に係る保健師、看護師又は作業療法士とは、次のいずれかに該当する者をいうこと。

ア　精神科を標榜する保険医療機関等において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を有する者

イ　精神障害者に対する訪問看護の経験を有する者

ウ　精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を有する者

エ　専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している者

~~(５)~~(４)　訪問看護基本療養費(Ⅱ)については、１人の保健師、看護師又は作業療法士が１日に訪問する利用者の数は５名程度を標準とし、８名を超えることはできないこと。

（別紙３）

「指定訪問看護等の事業を行う事業所に係る健康保険法第４４条ノ４第１項の規定に基づく指定等の取扱いについて」の一部改正について

1　通知名を次のように改める。

指定訪問看護等の事業を行う事業所に係る健康保険法~~第４４条ノ４~~第88条第１項の規定に基づく指定等の取扱いについて

2　第一の表題を次のように改める。

第一　健保法~~第44条ノ5~~第89条第１項の規定に基づく指定訪問看護ステーションに係る指定の申請等について

3　「第一の１」の(１)、(２)、(２)の①及び②、(２)の⑧並びに（３）を次のように改め、(３)の③の次に次のように④から⑦を加える。

1　指定の申請について

（1）　健保法~~第44条ノ5~~第89条第１項の規定に基づく指定訪問看護ステーションの指定の申請に際しては、健康保険法施行規則(大正15年内務省令第36号。以下「施行規則」という。)~~第47条ノ8~~第74条の規定に従い、必要事項を記載した様式第１の申請書及び関係書類を当該申請に係る事業所の所在地を管轄する地方社会保険事務局長に提出するものとすること。~~なお、当分の間、平成6年通知の様式第1又は様式第2による用紙を取り繕って使用することができるものとすること。~~

（2）　施行規則~~第47条ノ8~~第74条の規定により指定申請書及び関係書類に記載すべき事項の具体的内容及び留意点は次に示すとおりであるので、記入に際して十分指導され、適切な取扱いをされたいこと。

①　健保法~~第44条ノ5~~第89条第４項第１号の規定に基づき制定された「指定訪問看護事業者の指定を受けることができる者」(平成４年２月厚生省告示第32号。以下「告示第32号」という。)により、申請者が厚生労働大臣の認定を要する者であるときは、別途通知する手続きにより指導されたいこと。

②　施行規則~~第47条ノ8~~第74条第１号にいう名称については、指定訪問看護及び指定老人訪問看護(以下「指定訪問看護等」という。)の事業を行う事業所であることを明確にする必要があることを踏まえ、利用者に誤解を与えるおそれのあるものや、病院、診療所、デイサービスセンター、在宅介護支援センター、ナースセンター(ナースバンク)又は~~看護婦~~看護師家政婦紹介(派出)所と紛らわしいものを使用することは適当ではないこと。

⑧　同条第９号については、以下の点に留意するものであること。

ロ　~~看護婦~~看護師等については、基準通知第３の２の(１)の規定を満たしていることを、その経歴及び免許証の写しにより確認するものであること。特に、定数の算出に当たっ

ては、同条第11号に基づき提出される勤務体制及び勤務形態と照合し、確認することが必要であること。

（3） 健保法~~第44条ノ5~~第89条第４項の規定により、次の場合には指定をしてはならないものであること。

④ 申請者が、健保法の規定により、指定訪問看護事業者に係る同法第88条第１項の指定を取り消され、その取消しの日から５年を経過しない者であるとき。

⑤ 申請者が、健保法その他国民の保健医療に関する法律で健康保険法施行令第33条の３で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

なお、前述のその他国民の保健医療に関する法律は、下記のとおりであること。

- 老人保健法
- 国家公務員共済組合法
- 国民健康保険法
- 薬事法
- 薬剤師法
- 地方公務員等共済組合法
- 船員保険法
- 医師法
- 歯科医師法
- 保健師助産師看護師法
- 医療法

⑥ 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

⑦ 前３号のほか、申請者が、指定訪問看護事業者として著しく不適当と認められる者であるとき。

4 「第一の２」の（3）及び（4）を次のように改める。

2 指定の通知、公示等について

（3） 地方社会保険事務局長は、指定、変更等の届出の受理若しくは指定の取消しを行った場合は、施行規則~~第47条ノ15~~第79条の規定により、速やかに次の事項を公示すること。

イ 指定、変更等の届出の受理若しくは指定の取消しに係る年月日

ロ 指定訪問看護事業者の名称及び主たる事業所の所在地

ハ 指定訪問看護ステーションの名称及び所在地

（4） 指定訪問看護事業者は、施行規則~~第47条ノ9~~第75条の規定により、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、指定訪問看護ステーションである旨を掲示しなければならないこと。

5 「第一の３」の（1）、（1）の④及び（3）を次のように改める。

3 変更の届出について

（1） 施行規則~~第47条ノ13~~第77条の規定により、指定訪問看護事業者が指定訪問看護等の事業に関する変更について10日以内に地方社会保険事務局長に届出をしなければならない事項は次のとおりであること。

④ 当該指定訪問看護ステーションの管理者その他の職員の氏名及び経歴（~~看護婦~~看護師等にあっては、免許証の写しを添付すること。）並びに管理者の住所

（３） なお、変更の内容が基準省令を満たすことができないと認められる場合には、地方社会保険事務局長又は都道府県知事は健保法~~第44条ノ7~~第91条又は老人保健法（昭和57年法律第80号。以下「老健法」という。）第46条の５の５の規定による指導を行うとともに、地方社会保険事務局長は健保法~~第44条ノ11~~第95条の規定により指定を取り消すことができるものであること。

6 「第一の４」の（１）及び（２）を次のように改める。

４ 休廃止等の届出について

（１） 施行規則~~第47条ノ14~~第78条の規定により、指定訪問看護事業者が指定訪問看護等の事業の廃止、休止又は再開について10日以内に地方社会保険事務局長に届出をしなければならない事項は次のとおりであること。

（２） 届出の内容が基準省令を満たすことができないと認められる場合には、地方社会保険事務局長又は都道府県知事は健保法~~第44条ノ7~~第91条又は老健法第46条の５の５の規定による指導を行うとともに、地方社会保険事務局長は健保法~~第44条ノ11~~第95条の規定により指定を取り消すことができるものであること。

7 「第一の５」の（２）を次のように改める。

５ 事前審査の取扱いについて

（２） 事前審査の段階においては、指定申請者の適格性、事業計画等について十分検討されたいこと。なお、指定の申請者が告示第32号の第14号に該当する者であるときは、指定の申請前に厚生労働大臣の認定を受けていることが必要であるので、事前に認定手続きを行うよう指導されたいこと。

8 第二の表題を次のように改める。

第二 健保法~~第44条ノ5~~第89条第２項の規定に基づき指定訪問看護事業者の指定があったものとみなされる場合の取扱いについて

9 「第二の１」の（１）、（３）及び（４）を次のように改める。

１ 指定があったものとみなされる場合について

（１） 健保法~~第44条ノ5~~第89条第２項の規定により、介護保険法（平成９年法律第123号）第41条第１項の規定による指定居宅サービス事業者の指定を受けようとする者（訪問看護の事業を行う者に限る。以下「申請者」という。）が健保法~~第44条ノ5~~第89条第２項ただし書きに規定する別段の申出（以下「別段の申出」という。）を行わないときは、当該申請者は、指定居宅サービス事業者の指定を受けることにより、同時に健保法~~第44条ノ5~~第89条第１項の指定があったものとみなされるものであること。

（３） 都道府県知事が指定居宅サービス事業者の指定を行った場合において、健保法~~第44条ノ5~~第89条第２項の規定により指定訪問看護事業者の指定があったものとみなされる場合にあっ

ては、地方社会保険事務局長は、(2)の都道府県知事からの通知を受け、速やかに指定通知書に指定訪問看護ステーションコードを付記し、これを申請者に交付するほか、審査支払機関に通知すること。

(4) 地方社会保険事務局長は、健保法~~第44条ノ5~~第89条第2項の規定により指定訪問看護事業者の指定があったものとみなされたものも含め、指定訪問看護ステーションに関する指定台帳を作成し、その管理等を行うこととすること。

10 「第二の2」の(1)及び(2)を次のように改める。

2 指定訪問看護事業者の別段の申出について

(1) 健保法第~~44条ノ5~~第89条第2項ただし書の規定により、申請者が別段の申出を行った場合には、健保法~~第44条ノ4~~第89条第1項の指定訪問看護事業者の指定があったものとみなされないこととされているところであるが、その申出に際しては、施行規則~~第47条の10~~第76条の規定に従い、指定居宅サービス事業者の指定申請書の提出にあわせて、必要事項を記載した様式第2の申出書を当該申出に係る訪問看護等を行う事業所の所在地を管轄する地方社会保険事務局長に提出すること。~~なお、当分の間、平成6年通知の様式第3による用紙を取り繕って使用することができるものとすること。~~

(2) 施行規則~~第47条ノ10~~第76条の規定により申出書に記載すべき事項の具体的内容は次のとおりであること。

11 「第二の3」の(1)及び(2)を次のように改める。

3 変更等の届出について

(1) ~~健康保険法~~健保法及び介護保険法の各法に基づき、双方の指定訪問看護の指定を受けている事業者が、~~健康保険法第44条ノ9~~健保法第93条又は介護保険法第75条の規定により当該指定に関する変更等の届出を行う場合は、各法の規定に基づき、~~健康保険法~~健保法上の指定訪問看護等については地方社会保険事務局長に対して、介護保険法上の指定訪問看護については都道府県知事に対して、それぞれ別に行う必要があること。

(2) 地方社会保険事務局長又は都道府県知事に対して事業者からの変更等の届出があった場合には、当該事業者が~~健康保険法~~健保法及び介護保険法の両方の指定を受けている者であるか否かを確認し、両方の指定を受けている者である場合については、当該事業者に対し、改めて(1)について説明する必要があること。

12 様式第1及び様式第2を別添のように改める。

様式第1

（表　　面）

※　番　　号			
※　指定訪問看護ステーションコード			
① 訪問看護ステーション	名　　称		
	所　在　地		
② 申請者氏名・法人代表者氏名	名　　称		
	主たる事業所の所在地		
	法人代表者氏名		
③ 管　理　者	氏　　名		
	~~保健婦・保健士~~保健師・~~助産婦~~助産師・~~看護婦・看護士~~看護師	~~保健婦(保健士)籍~~保健師籍、~~助産婦籍~~助産師籍又は~~看護婦(看護士)籍~~看護師籍の登録番号	
④ 指定を受けた場合の当該指定に係る訪問看護等の事業の開始予定年月日	年　　月　　日		
⑤ 健康保険法第８９条第４項第４号から第６号までのいずれか（指定欠格事由）に該当	有　・　無	該当する法律名	
		内　　容	
		該当年月日	
		処分権者等	

上記のとおり~~、健康保険法第44条ノ4第1項に規定する指定を受けたいので、同法第44条ノ5第1項の規定により、関係　書類を添えて~~申請します。

平成　　年　　月　　日

地方社会保険事務局長　　殿

申請者の名称及び主たる事業所の所在地

代表者の職名及び氏名　　印

（裏　　面）

記入上の注意

1　③の欄は、該当する文字を○印で囲むこと。

2　⑤の欄は、指定欠格事由に該当しない場合（平成１８年１０月１日前にした行為により罰金又は禁錮以上の刑に処せられた場合を含む。）は無を○で囲み、有を○で囲んだ場合は次の該当する法律名を記載すること。

また、内容欄には、指定欠格事由の内容及び非該当となる年月日を記載すること。

該当法律

・健康保険法
・船員保険法
・医師法
・歯科医師法
・保健師助産師看護師法
・医療法
・私立学校教職員共済法
・国家公務員共済組合法
・国民健康保険法
・薬事法
・薬剤師法
・地方公務員等共済組合法
・老人保健法

※印の欄には記入しないこと。

様式第2

（表　　面）

※受理番号	

①訪問看護ステーション	名　　称	
	所　　在　　地	
②事業者名・代表者氏名等	名　　称	
	主たる事業所の所在地	
	代表者氏名及び住所	

上記のとおり、~~健康保険法第44条ノ5第2項ただし書きの規定により、~~指定訪問看護等の事業を行わない旨を申し出ます。

平成　　年　　月　　日　　申請者の名称及び主たる事業所の所在地

○○社会保険事務局長　　殿

代表者の職名及び氏名　　印

（裏　　面）

備考

1　申出書は、正副2通提出のこと。

2　※印の欄には、記入しないこと。

（別紙４）

「保険者番号等の設定について」の一部改正について

１　２の(４)、(５)、(８)及び(13)から(15)までを次のように改める。

（４）　~~身体障害者福祉法による更生医療(第１９条関係)~~障害者自立支援法による自立支援医療（更正医療）（法第５条関係）

市(区)町村ごとに、平成５年２月１５日社援更第２６号により定められた公費負担者番号をもって、当該市(区)町村の公費負担者番号とすること。

（５）　~~児童福祉法による育成医療(第２０条関係)及び療育の給付(第２１条の９関係)~~障害者自立支援法による自立支援医療（育成医療）（法第５条関係）

都道府県及び指定都市ごとに、昭和４９年１０月１４日児企第４６号により定められた~~育成医療及び療育の給付~~自立支援医療（育成医療）の公費負担者番号をもつて、それぞれ当該都道府県及び指定都市の公費負担者番号とすること。

（８）　~~精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による通院医療(第３２条関係)~~障害者自立支援法による自立支援医療（精神通院医療）（法第５条関係）

都道府県ごとに、昭和４９年１０月１８日衛精第２４号により定められた公費負担者番号をもつて、当該通院医療に係る都道府県の公費負担者番号とすること。

(13)　~~昭和４９年５月１４日厚生省発児第１２８号厚生事務次官通知「小児慢性特定疾患治療研究事業についてｊによる治療研究に係る医療の給付~~児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付（法第21条の９の２関係）

都道府県及び指定都市ごとに、昭和４９年１０月１４日児企第４６号により定められた小児慢性特定疾患治療研究事業の公費負担者番号をもつて、それぞれ当該都道府県及び指定都市の公費負担者番号とすること。

(14)　児童福祉法~~及び知的障害者福祉法~~の措置等に係る医療の給付

公費負担者番号については、昭和４９年１０月１４日児企第４６号通知によるものとすること。

(15)　~~平成元年７月２４日健医発第８９６号厚生省保健医療局長通知「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業についてｊによる治療研究に係る医療の給付~~特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費

特定疾患治療費及び先天性血液凝固因子障害等治療費の国庫補助による療養費及び研究治療費については、都道府県ごとに、昭和４９年９月２６日衛発第５３７号及び平成元年７月３１日健医発第９３２号により定められた公費負担者番号をもつて、それぞれ当該都道府県の公費負担者番号とすること。

また、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費については、平成１７年１０月１３日環保企発第051013002号により定められた公費負担者番号をもって、熊本県、鹿児島県、新潟県及び新潟市の公費負担者番号とすること。

2　２の(11)及び(12)を削り、(13)から(16)までを(11)から(14)までとする。

3　２の(14)の次に次のように(15)から(20)までを加える。

(15)　児童福祉法による療育の給付（法第21条の9関係）

都道府県及び指定都市ごとに、昭和49年10月14日児企第46号により定められた療育の給付の公費負担者番号をもって、それぞれ当該都道府県及び指定都市の公費負担者番号とすること。

(16)　心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第81条関係）

地方厚生局ごとに、平成１７年８月２日障精発第0802007号により定められた公費負担者番号をもって、それぞれ当該都道府県の公費負担者番号とすること。

(17)　茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康被害による治療研究費

平成１７年１０月１３日環保企発第051013002号又は平成１７年１０月１３日環保企発第051013002号により定められた公費負担者番号をもって、茨城県又は熊本県の公費負担番号とすること。

(18)　石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第4条関係）

平成１８年５月２２日環保企発第060518006号により定められた公費負担者番号をもって、神奈川県の公費負担番号とすること。

(19)　障害者自立支援法による療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）

市区町村ごとに、平成１８年９月１２日障発第0912005号により定められた公費負担者番号をもって、それぞれの市区町村の公費負担番号とすること。

(20)　児童福祉法による障害児施設医療（法第24条の20関係）

都道府県、政令指定都市及び児童相談所設置市ごとに、平成１８年９月１２日障発第0912005号により定められた公費負担者番号をもって、それぞれの都道府県、政令指定都市及び児童相談所設置市の公費負担番号とすること。

4　別表１の(３)を別紙のように改める。

（3）

＼	区　分		法別番号
公費負担医療制度	結核予防法による	・適正医療（法第34条関係）	１０
		・従業禁止、命令入所（法第35条関係）	１１
	生活保護法による医療扶助（法第15条関係）		１２
	戦傷病者特別援護法による	・療養の給付（法第10条関係）	１３
		・更正医療（法第20条関係）	１４
	~~身体障害者福祉法~~障害者自立支援法による更正医療（法第~~19~~５条関係）		１５
	~~児童福祉法~~障害者自立支援法による	・育成医療（法第~~20~~５条関係）	１６
	児童福祉法による	・療育の給付（法第21条の９関係）	１７
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	・認定疾病医療（法第10条関係）	１８
		・一般疾病医療費（法第18条関係）	１９
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による	・措置入院（法第29条関係）	２０
	~~精神保健及び精神障害者福祉に関する法律~~障害者自立支援法による	・精神通院医療（法第~~32~~５条関係）	２１
	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第58条の8関係）		２２
	母子保健法による療育医療（法第20条関係）		２３
	障害者自立支援法による療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）		２４
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	・一類感染症等の患者の入院（法第37条関係）	２８
		・新感染症の患者の入院（法第37条関係）	２９
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第81条関係）		３０
	特定疾患治療費~~及び~~、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費		５１

	児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付（法第21条の９の２関係）	５２
	児童福祉法~~及び知的障害者福祉法~~の措置等に係る医療の給付	５３
	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第４条関係）	６６
	児童福祉法による障害児施設医療（法第24条の20関係）	７９

（別紙５）

「保険医療機関等及び保険医等の指導及び監査について」の一部改正について

１　別添１の第１及び第２を次のように改める。

第１　目　的

この大綱は、厚生労働大臣若しくは地方社会保険事務局長又は都道府県知事が、健康保険法（大正１１年法律第７０号）~~第４３条ノ２~~第７３条（同法及び船員保険法（昭和１４　年法律第７３号）において準用する場合を含む。）、国民健康保険法（昭和３３年法　律第１９２号）第４１条及び老人保健法（昭和５７年法律第８０号）第２７条（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関~~（特定承認保険医療機関を含む。以下同じ。）~~若しくは保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）又は保険医若しくは保険薬剤師（以下「保険医等」という。）に対して行う健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び老人保健法による療養の給付若しくは　医療若しくは入院時食事療養費若しくは入院時生活療養費、~~特定療養費~~保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療（調剤を含む。以下同じ。）の内容又は診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求に関する指導について基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

第２　指導方針

指導は、保険医療機関等及び保険医等に対し「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和３２年厚生省令第１５号）、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」（昭和３２年厚生省令第１６号）、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和５１年厚生省令第３６号）、「~~健康保険法の規定による療養に要する費用の額~~診療報酬の算定方法」（平成~~６~~18年~~３月~~厚生労働省告示第~~５４~~92号）、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成~~６~~18年~~６月~~厚生労働省告示第~~２３７~~99号）、「老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び~~特定療養費~~保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準」（昭和５８年１月厚生省告示第１４号）~~、「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７８号）~~等に定める保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う。

なお、指導を行うに当たっては、医師会、歯科医師会及び薬剤師会、審査支払機関並びに保険者に協力を求め、円滑な実施に努める。

２　別添１の第３の１及び３を次のように改める。

第３　指導形態

指導の形態は、次のとおりとする。

１　集団指導

集団指導は、地方社会保険事務局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方社会保険事務局及

び都道府県が共同で、指導対象となる保険医療機関等又は保険医等を一定の場所に集めて講習等の方式により行う。

3　個別指導

個別指導は、厚生労働省又は地方社会保険事務局及び都道府県が次のいずれかの形態により、指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて又は当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。

（1）　地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うもの（以下「都道府県個別指導」という。）

（2）　厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うもの（(3)に掲げるものを除く。以下「共同指導」という。）

（3）　厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の保険医療機関等又は緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた保険医療機関等について行うもの。（以下「特定共同指導」という。）

3　別添１の第４の１の(4)を次のように改める。

第４　指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定

指導は、原則としてすべての保険医療機関等及び保険医等を対象とするが、効果的かつ効率的な指導を行う観点から、指導形態に応じて次の基準に基づいて対象となる保険医療機関等又は保険医等の選定を行う。

1　選定委員会の設置等

（4）　共同指導及び特定共同指導の対象となる保険医療機関等については、対象候補の中から厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が協議のうえ選定を行う。

4　別添１の第５を次のように改める。

第５　指導担当者

地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行う指導については、原則として地方社会保険事務局にあっては、地方社会保険事務局長が指名する技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護婦師が、都道府県にあっては、都道府県において適当と認める者が担当する。

厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行う指導については、上記に加えて厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官が担当する。

5　別添１の第６の１の(1)、２の(4)の①並びに３の(1)及び(4)を次のように改める。

第６　指導方法等

1　集団指導

（1）　指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等又は保険医等を決定したときは、地方社会保険事務局はあらかじめ集団指導の日時、場所、出席者等を文書により当該保険医療機関等又は保険医

等に通知する。なお、当該通知には、当該集団指導を地方社会保険事務局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

2　集団的個別指導

（4）　学識経験者の立会いの依頼等

①　健康保険法~~第48条ノ7~~第73条第２項（同法及び船員保険法において準用する場合を含む。）、国民健康保険法第４１条第２項及び老人保健法第２７条第２項（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づく立会いの必要があると認めたときは、地方社会保険事務局長は都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会（以下「都道府県医師会等」という。）に対して文書等により立会いの依頼を行う。

また、都道府県医師会等が指導に立ち会わない場合にあって、必要があると認めたときは、地方社会保険事務局長は支払基金等に対して審査委員の立会いの依頼を行うことができる。

3　個別指導

（1）　指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方社会保険事務局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には当該個別指導を厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県又は地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

①　個別指導の根拠規定及び目的

②　指導の日時（土曜日及び休日を除く。）及び場所

③　出席者

④　準備すべき書類等

（4）　学識経験者の立会いの依頼等

集団的個別指導に準じて立会いの依頼等を行う。ただし、共同指導又は特定共同指導の場合にあっては、厚生労働大臣から日本医師会、日本歯科医師会又は日本薬剤師会（以下「日本医師会等」という。）に対しても、文書等により立会いの依頼を行う。

6　別添１の第９を次のように改める。

第９　その他

1　共同指導又は特定共同指導を行うに当たり、必要があると認められる場合には、厚生労働省の顧問医師団を構成する医療技術参与を派遣する。

2　地方社会保険事務局は指導の実施状況について、別に定めるところにより厚生労働省保険局医療課に報告する。

7　別添２の第１を次のように改める。

第１　目的

この要綱は、厚生労働大臣若しくは地方社会保険事務局長又は都道府県知事が、健康保険法

（大正１１年法律第７０号）~~第４３条ノ１０~~第78条（同法及び船員保険法（昭和１４年法律第７３号）において準用する場合を含む。）、国民健康保険法（昭和３３年　法律第１９２号）第４５条の２及び老人保健法（昭和５７年法律第８０号）第３１条（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関~~（特定承認保険医療機関を含む。以下同じ。）~~又は保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）に対し、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び老人保健法による療養の給付若しくは医療若しくは入院時食事療養費若しくは入院時生活療養費、~~特定療養費~~保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療（調剤を含む。以下同じ。）の内容又は診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求について行う監査に関する基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

８　別添２の第３及び第４を次のように改める。

第３　監査対象となる保険医療機関等の選定基準

監査は、次のいずれかに該当する場合に、地方社会保険事務局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うものとする。

１　診療内容に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。

２　診療報酬の請求に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。

３　度重なる個別指導（「指導大綱」に定める「個別指導」をいう。以下同じ。）によっても診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られないとき。

４　正当な理由がなく個別指導を拒否したとき。

第４　監査担当者

監査は、原則として地方社会保険事務局にあっては、地方社会保険事務局長が指名する、技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護婦師が、都道府県にあっては都道府県において適当と認める者が担当する。必要と認められる場合は、厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官も共同して担当する。

９　別添２の第５の２及び４を次のように改める。

第５　監査の方法等

２　監査実施通知

監査対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方社会保険事務局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には、当該監査を地方社会保険事務局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

（１）　監査の根拠規定

（２）　監査の日時（土曜日及び休日を除く。）及び場所

（３）　出席者

（４）　準備すべき書類等

４　学識経験者の立会いの依頼等

（１）　健康保険法~~第４３条ノ１０~~第78条第２項において準用する同法第~~４３条ノ７~~第73条第２項（同法及び船員保険法において準用する場合を含む。）、国民健康保険法第４５条の２第４項において準用する同法第４１条第２項及び老人保健法第３１条第４項において準用する同法第２７条第２項（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づく立会いの必要があると認めたときは、厚生労働大臣にあっては日本医師会、日本歯科医師会又は日本薬剤師会（以下「日本医師会等」という。）に対して、地方社会保険事務局長にあっては都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会（以下「都道府県医師会等」という。）に対して、文書等により立会いの依頼を行う。

また、日本医師会等又は都道府県医師会等が監査に立ち会わない場合にあって、必要があると認めたときは、地方社会保険事務局長は都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「支払基金等」という。）に対して文書等により審査委員の立会いの依頼を行うことができる。

（２）　厚生労働大臣又は地方社会保険事務局長及び都道府県知事は、監査時において立会者に意見を述べる機会を与えなければならない。

10　別添２の第６の１、１の（１）及び５の（１）を次のように改める。

第６　監査後の措置

１　　行政上の措置

行政上の措置は、健康保険法~~第４３条ノ１２~~第80条の規定に基づく保険医療機関等の指定の取消~~（同法第４４条第１２項において準用する特定承認保険医療機関の承認の取消を含む。以下同じ。）~~、同法~~第４３条ノ１３~~第81条の規定に基づく保険医等の登録の取消（以下「取消処分」という。）並びに保険医療機関等及び保険医等に対する戒告及び注意とし、不正又は不当の事案の内容により、次の基準によって 行う。

（１）　取消処分

地方社会保険事務局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか１つに該当するときには、当該地方社会保険事務局に置かれる地方社会保険医療協議会に諮問して、取消処分を行う。

なお、地方社会保険事務局長は、地方社会保険医療協議会へ諮問する前に、関係資料を添えて厚生労働省保険局長に内議を行う。

①　故意に不正又は不当な診療を行ったもの。

②　故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

③　重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。

④　重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。

５　行政上の措置の公表等

（１）　地方社会保険事務局長は、監査の結果、取消処分を行ったときは、「保険医療機関及び保険薬局の指定~~並びに特定承認保険医療機関の承認~~並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する政令」（昭和３２年政令第８７号）第２条（同令第２条の２において準用する場合を含む。）又は第９条の規定に基づき、速やかにその旨を公示する。

11　別添２の第７を次のように改める。

第７　再指定

保険医療機関等が取消処分を受け、５年を経過しない場合等においては、健康保健法~~第４３条ノ３~~第65条第３項~~（同法第４４条第１３項において準用する特定承認保険医療機関の場合を含む。）~~の規定に基づき、その指定~~（特定承認保険医療機関にあっては承認。以下同じ。）~~を拒むことができる。ただし、取消処分を受けた医療機関の機能、事案の内容等を総合的に勘案し、地域医療の確保を図るため特に必要があると認められる場合であって、診療内容又は診療報酬の請求に係る不正又は著しい不当に関わった診療科が、相当の期間保険診療を行わない場合については、取消処分と同時に又は一定期間経過後に当該医療機関を保険医療機関として指定することができる。

12　別添２の第８の２及び３を次のように改める。

第８　その他

２　厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同して行う監査に当たり、必要があると認められる場合は、厚生労働省の顧問医師団を構成する医療技術参与を派遣する。

３　地方社会保険事務局は監査及び行政措置の実施状況について、別に定めるところにより厚生労働省保険局医療課に報告する。

写

保医発第0929002号
平成１８年９月２９日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保健主管課（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

「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」等の
一部改正について

今般、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）及び障害者自立支援法（平成17年法律第123号）の施行に伴い、「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第157号）及び「障害者自立支援法の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令」（平成18年厚生労働省令第１６９号）等が公布され、平成18年10月１日より施行又は適用されることなどから、「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）等の一部を別紙１から別紙15までのとおり改正し、同日より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。なお、「特定承認保険医療機関の取扱いの留意事項について」（平成17年８月31日保医発第0831001号）は、平成18年９月30日限り廃止する。

また、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）の施行により、特定療養費を保険外併用療養費とし、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な「評価療養」と、特別の病室の提供など被保険者の選定に係る「選定療養」とに再編成された。再編成後の当該「選定療養」に係る費用として徴収する特別の料金（注）は、従来の「選定療養」の取り扱いと同様課税対象であり、「評価療養」（「厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養」（平成18年厚生労働省告示第495号）第１条各号に掲げるもの）に係る費用として被保険者から徴収する特別の料金については従来の「高度先進医療」と同様に非課税となることに留意されたい。

（注）「消費税法別表第１第６号に規定する財務大臣の定める資産の譲渡等及び金額を定める件」（平成元年大蔵省告示第７号）の定めるところにより、健康保険法第86条第２項第１号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるところにより算定される金額に相当する部分のみが非課税であり、それ以外の部分は課税である。

（別紙１）

「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）の一部改正について

１　別添１の第１章第２部〈通則〉の７の(３)を次のように改める。

７　入院期間の計算

（３）　「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

イ　「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、老人保健法第25条第３項第２号に規定する病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者をいう。

２　別添１の第１章第２部第３節「Ａ３１１　精神科救急入院料」の(６)を次のように改める。

Ａ３１１　精神科救急入院料

（６）　「注３」に規定する非定型抗精神病薬とは、オランザピン、フマル酸クエチアピン、塩酸ペロスピロン、リスペリドン、アリピプラゾールをいう。

３　別添１の第１章第２部第３節「Ａ３１６　診療所老人医療管理料」の(４)を次のように改める。

Ａ３１６　診療所老人医療管理料

（４）　診療所老人医療管理料を算定する患者が退院した後に再度入院を要する場合は、退院後１か月以上経過しない場合は、当該診療所老人医療管理料２により645点（生活療養を受ける場合にあっては、631点）を算定するものであること。

４　別添１の第２章第１部「Ｂ００１　特定疾患治療管理料」の９の(５)を次のように改める。

Ｂ００１　特定疾患治療管理料

９　外来栄養食事指導料

（５）　特別食には、心臓疾患及び妊娠中毒症等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度が＋40％以上又はＢＭＩが30以上）の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧症の患者に対する減塩食（塩分の総量が7.0グラム以下のものに限る。）及び小児食物アレルギー患者（９歳未満の小児に限る。）に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養(Ｉ)又は入院時生活療養(Ｉ)の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。

5　別添１の第２章第１部「Ｂ００１－２　小児科外来診療料」の(10)を次のように改める。

Ｂ００１－２　小児科外来診療料

(10)　当該届出を行った保険医療機関のうち、許可病床数が200床以上の病院においては、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した３歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる。したがって、小児科外来診療料の初診時の点数を算定した上に、患者からの特別の料金を徴収できる。

6　別添１の第２章第１部「Ｂ００９　診療情報提供料(Ｉ)」の(13)を次のように改める。

Ｂ００９　診療情報提供料(Ｉ)

(13)　「注４」については、精神障害者である患者であって、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所している当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

7　別添１の第２章第６部第１節「Ｇ００５　中心静脈注射」の(1)を次のように改める。

Ｇ００５　中心静脈注射

(1)　中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(Ｉ)若しくは入院時食事療養(Ⅱ)又は入院時生活療養(Ｉ)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(Ⅱ)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。

8　別添１の第２章第８部第１節「Ｉ００９　精神科デイ・ケア」の(5)を次のように改める。

Ｉ００９　精神科デイ・ケア

(5)　食事の提供の実施に当たっては、概ね入院時食事療養(Ｉ)又は入院時生活療養(Ｉ)の食事の提供たる療養の基準に準じるものとし、関係帳簿を整備する。

9　別添１の第２章第８部第１節「Ｉ０１１－２　精神科退院前訪問指導料」の(1)及び(4)を次のように改める。

Ｉ０１１－２　精神科退院前訪問指導料

(1)　精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神障害者

である患者の退院に先立ち、患家又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

（４） 精神科退院前訪問指導料は、退院して患家に復帰又は精神障害者施設に入所する患者が算定の対象であり、医師又は看護師、作業療法士若しくは精神保健福祉士が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

10 別添１の第２章第８部第１節「Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料」の(３)を次のように改める。

Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料

（３） 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師の指示を受けた保健師等が、グループホーム又は医師若しくは看護師の配置を義務付けられていない精神障害者施設の了解の下にこれらの施設を訪問して、当該施設に入所し、かつ、当該保険医療機関で診療を行っている複数の患者又はその介護を担当する者等に対して同時に看護又は社会復帰指導を行った場合に算定する。

11 別添１の第２章第９部「Ｊ１２０　鼻腔栄養」の(２)及び(３)を次のように改める。

Ｊ１２０　鼻腔栄養

（２） 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は鼻腔栄養の所定点数及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。

（３） 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されていない流動食を提供した場合は、鼻腔栄養の所定点数及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。この場合において、当該保険医療機関が入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行っているときは入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の食事の提供たる療養に係る費用を、さらに、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算をそれぞれ算定する。

12 別添１の第２章第10部第１節第９款「Ｋ６９７－５　生体部分肝移植」の(２)を次のように改める。

Ｋ６９７－５　生体部分肝移植

（２） 生体肝を移植する場合においては肝提供者から移植肝を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肝移植の所定点数に加算する。なお、肝提供者の生体肝を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除

して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肝提供者に食事療養標準負担額を求めることはできない。

13　別添１の第２章第10部第１節第10款「Ｋ７８０　同種腎移植術」の(３)を次のように改める。

Ｋ７８０　同種腎移植術

（３）　生体腎を移植する場合（自家腎移植の場合を除く。）においては腎提供者から移植腎を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、同種腎移植術の所定点数に加算する。なお、腎提供者の生体腎を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」によって算定した費用額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、腎提供者に食事療養標準負担額を求めることはできない。

14　別添１の第２章第11部〈通則〉の３を次のように改める。

３　検査、画像診断、処置又は手術に当たって、麻酔が前処置と局所麻酔のみによって行われる場合には、麻酔の手技料は検査料、画像診断料、処置料又は手術料に含まれ、算定できない。ただし、薬剤を使用した場合は、各部の薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。

15　別添３の「区分００　調剤基本料」の(５)を次のように改める。

区分００　調剤基本料

（５）　特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70％を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。

（別紙２）

「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）の一部改正について

１　第３の６を次のように改める。

第３　届出受理後の措置等

６　届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方社会保険事務局及び都道府県において閲覧に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）及び老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

２　第４の６の次に次のように加える。

第４　経過措置等

６の２　入院基本料の施設基準のうち「当該病棟において、看護職員の最小必要数の７割以上（４割以上又は２割以上）が看護師であること」については、平成18年９月の実績が当該要件を満たしている場合であって、平成18年10月16日までに届出書の提出があり、同月末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、同日１日に遡って当該要件を満たしたものとし、該当する入院基本料を算定することができるものとする。

なお、平成18年９月の実績を算出するに当たっては、「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」等の一部改正について（平成18年９月29日保医発第0929002号）による改正後の別紙２の１の(１)及び２の(１)を参考にするものとする。

３　別添２の第15の１の(11)を次のように改める。

第15　精神科救急入院料

１　精神科救急入院料に関する施設基準等

(11)　措置入院患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）第34条第１項若しくは第60条第１項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第５項若しくは第62条第２項に規定する鑑定入院の決定を受けた者（以下「鑑定入院患者」という。）及び同法第42条第１項第１号又は第61条第１項第１号に規定する同法による入院（以下「医療観察法入院」という。）の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者自立支援法(平成17年法律第123号）に規定する障害

福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。

4　別添２の第16の１の(２)のサを次のように改める。

第16　精神科急性期治療病棟入院料

1　精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

（２）　精神科急性期治療病棟入院料１又は２の施設基準

サ　措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、在宅へ移行すること。在宅へ移行するとは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。

5　別添３の第14の１の(２)を次のように改める。

第14　緩和ケア診療加算

1　緩和ケア診療加算に関する施設基準

（２）　(1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれかは緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性にかんがみて、当該専任の医師以外の医師にあっても、入院中に緩和ケアチームによる診療を受けた患者のみを対象として、当該患者の退院後に継続的に外来で診療を行う場合については、緩和ケア診療加算を算定すべき診療に影響のない範囲においては専従とみなすことができる。

6　別紙２を次のように改める。

別紙２

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勤務帯８時間、１日３勤務帯を標準として、月平均１日当たり必要となる看護職員の数が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）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×１／10）×３＝当該病棟に１日当たり１２人（小数点以下切り上げ）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日当たり勤務することが必要となる看護職員の数が12人の場合、実際に勤務する月平均１日当たりの看護師は8．4人以上であること。
12人×70％＝8．4人

(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　÷　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２の届出を行う場合（当該病棟の入院患者のうち医療区分２及び３の患者が８割未満である場合）　】

○ １勤務帯８時間、１日３勤務帯を標準として、月平均１日当たり必要となる看護職員の数が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５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人以上であってもよい。

(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（小数点以下切り上げ）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％を満たすこと。
当該病棟の月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数が５人の場合、実際に勤務する月平均１日当たりの看護師は１人以上であること。
５人×20％＝１人

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25人以内であること。
（40人×１／25）×３　＝５人（小数点以下切り上げ）

(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×72時間　＝　144時間　(a)
７人×68時間　＝　476時間　(b)
８人×54時間　＝　432時間　(c)
１人×28時間　＝　28時間　(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　÷　18人　＝　60.0時間（小数点２位以下切り捨て）

（別紙３）

「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）の一部改正について

１　第３の７を次のように改める。

７　届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方社会保険事務局及び都道府県において閲覧に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）及び老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

２　別添１の第21の１の(２)を次のように改める。

第21　テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査

１　テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査に関する施設基準

（２）　受信側（画像診断が行われる保険医療機関）においては、病理学的検査を専ら担当する常勤の医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

３　別添１の第32の１の(２)のイを次のように改める。

第32　遠隔画像診断

１　遠隔画像診断に関する施設基準

（２）　受信側（画像診断が行われる保険医療機関）においては以下の基準をすべて満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）の要件を満たしていれば足りるものであること。

イ　特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

４　別添１の第88の２の(２)を次のように改める。

第88　基準調剤

２　基準調剤加算２の施設基準

（２）　処方せんの受付回数が１月に600回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤に係る処方せんのうち、特定の保険医療機関に係るものの割合が70%以下であること。

５　様式67を別添のとおり改める。

別添

様式67

基準調剤の施設基準に係る届出書添付書類

基準調剤の種類	（　）基準調剤１　（　）基準調剤２　　（いずれかに○を付す）
１　薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況	
２　薬局における情報提供に必要な体制の整備状況	
３　開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況	
４　薬局における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
５　居宅における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
６　備蓄品目数	（　　）（１の場合は５００以上、２の場合は７００以上）
７　全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間：　年　月　～　年　月 受付回数①：　　主たる医療機関の回数②：　　割合（②／①）：	
８　麻薬小売業者免許証の番号	

［記載上の注意］

１　「１」については、薬剤服用歴管理記録の見本を添付すること。

２　「２」については、情報の入手手段（インターネット、書籍等）及び患者等からの連絡を受ける手段（電話、ＦＡＸ、Ｅメール等）の一覧を添付すること。

３　「３」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。

４　「４」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。

５　「５」については、地方社会保険事務局長に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った年月日を併せて記載すること。

６　「６」については、品目リストを別に添付すること。

７　「７」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。

８　「７」及び「８」については、基準調剤２に係る届出を行う場合に限り記載すれば足りるものであること。

（別紙４）

「入院時食事療養の実施上の留意事項について」の一部改正について

1　通知名を次のように改める。

入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について

2　１の(１)、(10)及び(11)を次のように改める。

1　一般的事項

(１)　食事は医療の一環として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サービスの改善をめざして行われるべきものである。

また、生活療養の温度、照明及び給水に関する療養環境は医療の一環として形成されるべきものであり、それぞれの患者の病状に応じて適切に行われるべきものである。

(10)　入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養は１食単位で評価するものであることから、食事提供数は、入院患者ごとに実際に提供された食数を記録していること。

(11)　患者から食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（入院時生活療養の食事の提供たる療養に係るものに限る。以下同じ。）を超える費用を徴収する場合は、あらかじめ食事の内容及び特別の料金が患者に説明され、患者の同意を得て行っていること。

3　２を次のように改める。

2　入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)

入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行っている保険医療機関においては、下記の点に留意する。

4　３の(１)を次のように改める。

3　特別食加算

(1)　特別食加算は、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行った保険医療機関において、患者の病状等に対応して医師の発行する食事せんに基づき、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等」（平成６年厚生省告示第238号）の第２号に示された特別食が提供された場合に、１食単位で１日３食を限度として算定する。なお、当該加算を行う場合は、特別食の献立表が作成されている必要がある。

5　4の(1)を次のように改める。

4　食堂加算

(1)　食堂加算は、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行っている保険医療機関であって、下記(2)の要件を満たす食堂を備えている病棟又は診療所に入院している患者（療養病棟に入院している患者を除く。）について、食事の提供が行われた時に1日につき、病棟又は診療所単位で算定する。

6　5の(1)のア及びイを次のように改める。

5　鼻腔栄養との関係

(1)　患者が経口摂取不能のために鼻腔栄養を行った場合は下記のとおり算定する。

ア　薬価基準に収載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は、診療報酬の算定方法（平成18年厚生労働省告示第92号）医科診療報酬点数表区分「J120」鼻腔栄養の手技料及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。

イ　薬価基準に収載されていない流動食を提供した場合は、区分「J120」鼻腔栄養の手技料及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。

　イの場合において、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算を算定して差し支えない。薬価基準に収載されている高カロリー薬及び薬価基準に収載されていない流動食を併せて投与及び提供した場合は、ア又はイのいずれかのみにより算定する。

7　6のア、ウ及びカを次のように改める。

6　特別料金の支払を受けることによる食事の提供

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事（以下「特別メニューの食事」という。）を別に用意し、提供した場合は、下記の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。

ア　特別メニューの食事の提供に際しては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別メニューの食事が提供されることのないようにしなければならない。また、あらかじめ提示した金額以上に患者から徴収してはならない。なお、患者の同意がない場合は食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の支払を受けることによる食事（以下「標準食」という。）を提供しなければならない。

ウ　特別メニューの食事は、通常の入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養の費用では提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行う場合や標準食の材料と同程度の価格であるが、異なる材料を用いるため別途費用が掛かる場合などであって、その内容が入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養の費用の額を超える特別の料金の支払を受けるのにふさわしいものでなければならない。また、特別メニューの食事を提供する場合は、当該患者の療養上支障がないことについて、主治医の確認を得る必要がある。な

お、複数メニューの選択については、あらかじめ決められた基本となるメニューと患者の選択により代替可能なメニューのうち、患者が後者を選択した場合に限り、基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用として、１食あたり１７円を標準として社会的に妥当な額の支払を受けることができること。この場合においても、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養に当たる部分については、入院時食事療養費及び入院時生活療養費が支給されること。

カ　特別メニューの食事の提供を行っている保険医療機関は、毎年７月１日現在で、その内容及び料金などを入院時食事療養及び入院時生活療養に関する報告とあわせて地方社会保険事務局長に報告する。

（別紙５）

「入院時食事療養の基準等に係る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0306010号）の一部改正について

１　通知名を次のように改める。

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて

２　第１を次のように改める。

第１　届出基準

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準は、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等」の他、別添のとおりとすること。

３　第２の１、２、３及び５から７までを次のように改める。

第２　届出に関する手続き

１　入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の届出は、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行う。

２　入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方社会保険事務局長に対して、別紙様式による入院時食事療養・入院時生活療養等届出書（添付書類を含む。以下「届出書」という。）を正副２通提出する。なお、国立高度専門医療センター等で内部で権限の委任が行われている場合は、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。

３　届出書の提出を受けた場合は、届出書を基に、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等」及び本通知の別添に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項を確認して受理又は不受理を決定する。また、補正が必要な場合は適宜補正を求める。なお、この要件審査に要する期間は原則として届出を受け付けた日から２週間以内を標準とし、遅くとも概ね１か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とする。

５　入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わない。

６　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知する。

入院時食事療養（Ⅰ）・入院時生活療養（Ⅰ）　（食）第　　号

７　各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出にかかる当該療養費を算定する。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日の属する月から算定する。なお、平成18年４月14日（入院時生活療養（Ⅰ）にあっては、平成18年10月14日）までに届出書の提出があり、同月30日（入院時生活療養（Ⅰ）にあっては、平成

18年10月31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（入院時生活療養（Ⅰ）にあっては、平成18年10月１日）に遡って算定することができるものとする。

4　第２の次に次のように加える。

第３　経過措置

第２の７の規定に関わらず、平成18年９月30日現在において入院時食事療養（Ⅰ）の届出が受理されている保険医療機関であって、生活療養を行う保険医療機関については、入院時生活療養（Ⅰ）の届出が受理されているものとみなし、新たな届出を要しないこと。

5　第３の２及び３を次のように改め、第３を第４とする。

第４　届出受理後の措置等

2　届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い（原則として年に１回、特に新たに入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の届出を受理した場合は、届出受理の後６か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期する。

3　入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は当該届出は無効となるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与える。

6　別添名を次のように改める。

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る施設基準等

7　別添の１の(2)及び(3)を次のように改める。

1　一般的事項

(2)　届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関については、入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の届出を行うことはできない。

ただし、離島等所在保険医療機関のうち、医師又は歯科医師の確保に関する具体的な計画が定められているものにあっては、この限りではない。

なお、この取扱いについては、医政局指導課と調整済であるので、医務関係主管課と十分連携を図り、運用されたい。

(3)　入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の届出を行わない保険医療機関は、入院時食事療養（Ⅱ）又は入院時生活療養（Ⅱ）を算定する。

8　２並びに２の(1)のア、イ、カ及びコを次のように改める。

2　入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）等の届出

(1)　入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の届出に当たって留意すべき事項

ア　病院である保険医療機関にあっては入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養を担当する部門が組織化されており、常勤の管理栄養士又は栄養士が入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の指導者又は責任者となっていること。また、診療所にあっては管理栄養士又は栄養士が入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の指導を行っている。

イ　入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に関する業務は、質の向上と患者サービスの向上をめざして行われるべきものであるが、当該業務を保険医療機関が自ら行うほか、保険医療機関の管理者が業務上必要な注意を果たしうるような体制と契約内容により、入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の質が確保される場合には、保険医療機関の最終的責任の下で第三者に委託することができるものである。

カ　提供食数（日報、月報）、食事せん、献立表、患者入退院簿、食料品消費日計表等の入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養関係の帳簿が整備されている。ただし、これらの名称及び様式については当該保険医療機関の実情に適したものを採用して差し支えない。なお、関係事務業務の省力化を図るために、食品納入・消費・在庫等に関する諸帳簿は、各保険医療機関の実情を勘案しできる限り一本化を図るなどして、簡素合理化に努める。

コ　入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に伴う衛生管理は、医療法（昭和23年法律第205号）及び同法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の基準並びに食品衛生法（昭和22年法律第233号）に定める基準以上のものである。

9　（別紙様式）を別添のように改める。

別添

（別紙様式）

入院時食事療養・入院時生活療養等届出書

受理番号	

届出事項　　入院時食事療養（Ⅰ）・入院時生活療養（Ⅰ）

（入院時食事療養（Ⅰ）の受理番号：　　）
（入院時生活療養（Ⅰ）の受理番号：　　）

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において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掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ、現に違反していないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別紙書類を添えて届け出ます。

年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名　　印

地方社会保険事務局長　殿

〔記載上の注意〕

1　届出事項について該当する番号を○で囲むこと。
2　□には、適合する場合「√」を記入すること。
3　届出書（添付書類を含む）は正副2通を提出すること。

（届出書添付書類）

1　保険医療機関の概要

(1)　病院／診療所

(2)　許可病床数　　床

(3)　1日平均入院患者数　　人

2　入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の概要

(1)　入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の名称

(2)　責任者氏名（職種）

3　業務委託（業務委託を行っている場合に記載する。）

(1)　業務委託の有無

(2)　委託先

(3)　病院内受託責任者氏名

(4)　委託契約書（添付すること。）

(5)　院外調理の有無

4　栄養士等の数

(1)　管理栄養士　　名（常勤、非常勤）

(2)　栄養士　　名

(3)　調理師　　名

(4)　給食業務従事者　　名

5　適時適温の食事の状況

(1)　適時の食事の提供に関する事項

夕食時刻　　午後　　時　　分

(2)　適温の食事の提供に関する事項

ア　使用器具

保温・保冷配膳車　　台（社名及び製品名）

保温配膳車　　台

保温トレイ　　枚

保温食器

茶碗　　個

汁椀　　個

皿　　枚

イ　食堂

方法（　　）

6　その他

(1)　特別食の食数

(2)　患者年齢構成表、給与栄養目標量及び献立表（添付すること。）

(3)　職員食の提供状況：患者食と同一の給食組織、その他

［記載上の注意］

1　１日平均入院患者数については届出前１年間の数値を記載する。

2　管理栄養士又は栄養士については氏名及び勤務時間を記載した名簿を提出する。

3　夕食時刻は各病棟で配膳を開始する平均的な時刻を記入する。

4　使用器具については届出時の器具を記入する。（製造業者及び製品名を（　　）内に併記する。）

　なお、複数の会社の複数の製品を使用している場合は、それぞれについて台数、枚数又は個数を記入する。

5　保温・保冷配膳車、保温配膳車については何人用かを記載する。

6　食堂を同時に使用して適温の食事療養を行っている場合はその方法を記入する。

（別紙６）

「老人性認知症疾患治療病棟の施設基準の運用について」（平成18年３月６日保医発第0306011号）の一部改正について

６を次のように改める。

６　施設基準に係る届出の受理をされた病棟に設けられた合併症室等の個室に患者を入院させた場合にあっては、「厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養」（平成18年厚生労働省告示第495号）第２条第１号の特別の療養環境の提供には該当しないものであること。

（別紙７）

「「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掲示事項等」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）の一部改正について

１　通知名を次のように改める。

「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掲示事項等」及び「保険外併用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

２　Ｉを次のように改める。

Ｉ　「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掲示事項等」及び「保険外併用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

３　「Ｉの第１」の１、２の(４)の①及び②並びに２の(５)の③を次のように改める。

第１　厚生労働大臣が定める掲示事項（掲示事項等告示第１関係）

１　保険医療機関が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、療養担当規則上院内掲示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内掲示の対象としたこと。

２　具体的には、従来から院内掲示とされていたものを含め、以下の５つの事項を院内掲示事項として定めたこと。

(4)　地方社会保険事務局長又は都道府県知事への届出事項に関する事項

①　診療報酬の算定方法(平成18年厚生労働省告示第92号。以下「算定告示」という。)又は入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第99号)に基づき、保険医療機関が地方社会保険事務局長又は都道府県知事へ届け出ることとされている事項を届け出た場合は、当該届け出た事項を掲示するものとすること。

②　具体的には、各種施設基準及び入院時食事療養(Ｉ)又は入院時生活療養(Ｉ)の基準に適合するものとして届け出た内容のうち、当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービス等をわかりやすく掲示するものであること。

(5)　保険外負担に関する事項

③　なお、保険外併用療養費に係る事項については、従前より、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という。）第５条の４第２項及び老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。）第２条の６に基づき、その内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められているところであるが、今後とも当該事項を院内の見やすい場所に掲示すること

の徹底が図られるべきものであること

4　Ⅰの第２を削る。

第２　（削除）

5　Ⅰの第３の１の(1)を次のように改める。

第３　保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第３及び医薬品等告示関係）

1　特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項

(1)　療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、(2)の要件を満たす病床について保険医療機関の病床（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第３項第１号の指定に係る病床（介護保険法（平成９年法律第123号）第48条第１項第３号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第８条第26項に規定する療養病床等を除く。）に限る。以下第３において同じ。）の数の５割まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

6　Ⅰの第３の５の(3)、(7)及び(8)を次のように改める。

5　金属床による総義歯の提供に関する事項

(3)　金属床総義歯を提供する場合は熱可塑性樹脂を用いたものとみなして保険外併用療養費を支給するが、その費用は患者に対し実際に行った再診、補綴関連検査、補綴時診断、印象採得、仮床試適、義歯製作（材料料を含む。）、装着及び新製義歯調整指導（１回のみ）に係る所定点数を合計して算出すること。

(7)　保険医療機関が、保険外併用療養費及び特別の料金からなる金属床総義歯に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式５により地方社会保険事務局長にその都度報告するものとすること。

(8)　患者から金属床総義歯に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

7　Ⅰの第３の６の(1)、(3)から(6)まで及び(8)を次のように改める。

6　医薬品の治験に係る診療に関する事項

(1)　保険外併用療養費の支給対象となる治験は、薬事法（昭和35年法律第145号）第２条第15項の規定によるもの（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）とすること。

(3)　保険外併用療養費の支給対象となる期間については、治験の対象となる患者ごとに当該治験を実施した期間とすること。

(4)　保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験にお

いては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、検査及び画像診断に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはせず、また、投薬及び注射に係る費用については、当該治験の対象とされる薬物の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係る診療については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験の対象とされる薬物の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係る投薬及び注射に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、これらの項目が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、当該診療において実施した保険外併用療養費の支給対象とはならない項目のうち当該包括点数に包括されている項目の所定点数を合計した点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

(5) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

(6) 自ら治験を実施する者による治験において、患者から当該治験の対象とされる薬物の薬剤料等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

(8) 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について、別紙様式６により地方社会保険事務局長に報告するものとすること。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式６の２により社会保険事務局長にその都度報告するものとすること。

8 Ｉの第３の７の(2)及び(7)を次のように改める。

7 齲蝕に罹患している患者の指導管理に関する事項

(2) 本制度の対象となる指導管理（以下「継続管理」という。）は、齲蝕多発傾向を有しない１３歳未満の患者であって継続的な管理を要するものに対するフッ化物局所応用又は小窩裂溝填塞による指導管理に限られるものとし、保険外併用療養費の額は、再診料、歯科口腔衛生指導料（初診日の属する月については、再診料）及び歯科衛生実地指導料に係る所定点数を合計して算出すること。なお、１３歳以上の患者については、本制度の対象としないこと。

(7) 患者又は患者の保護者からフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

9　Ⅰの第３の９の(1)、(3)から(5)まで及び(7)を次のように改める。

9　医療機器の治験に係る診療に関する事項

(1)　保険外併用療養費の支給対象となる治験は、薬事法第２条第15項の規定によるもの（機械器具等に係るものに限る。）とすること。

(3)　保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後１週間（２以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日を経過する日までの間とする。）に行われた検査及び画像診断、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該治験に係る機械器具等に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該治験に係る機械器具等に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、保険外併用療養費の支給対象とされない検査等が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、次の点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

ア　当該診療において実施した当該検査等の所定点数

イ　当該機械器具等を使用するために通常要する費用に基づき算定した点数

(4)　保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

(5)　自ら治験を実施する者による治験において、患者から当該治験の対象とされる機械器具等の費用等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

(7)　保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について、別紙様式８により地方社会保険事務局長に報告するものとすること。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式８の２により社会保険事務局長にその都度報告するものとすること。

10　Ⅰの第３の10の(2)を次のように改める。

10　薬事法に基づく承認を受けた医薬品の投与に関する事項

(2)　保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。

11　Ⅰの第３の11の(5)を次のように改める。

11　入院期間が180日を超える入院に関する事項

(5)　保険外併用療養費の支給額は、所定点数から通算対象入院料の基本点数の100分の15に相当する点数を控除した点数をもとに計算されるものであるが、通算対象入院料の基本点数とは、それぞれの区分の注１（特別入院基本料の場合は注２、老人特定入院基本料の場合は注４、老人一般病棟入院医療管理料については当該区分）に掲げられている点数であるものである。なお、控除する点数に１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。また、外泊期間中は、保険外併用療養費は支給しないものとする。なお、外泊期間中であっても、特別の料金を徴収することができることとし、その標準については、(9)に規定するところによるものとする。

12　Ⅰの第３の12の(2)を次のように改める。

12　薬価基準に収載されている医薬品の薬事法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に関する事項

(2)　保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。

13　Ⅰの第３の13の(2)を次のように改める。

13　薬事法に基づく承認等を受けた医療機器の使用等に関する事項

(2)　保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該医療機器の費用については含まれないものであること。

14　Ⅰの第３の14の(1)から(5)まで及び(7)を次のように改める。

14　別に厚生労働大臣が定める先進医療（先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する保険医療機関において行われるものに限る。）に関する事項

(1)　保険外併用療養費の支給対象となる先進医療は、先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準の設定を求める旨の厚生労働大臣への届出に基づき、施設基準が設定されたものとすること。

(2)　保険外併用療養費の支給対象となる先進医療の実施に当たっては、先進医療ごとに、保険医療機関が別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していることを地方社会保険事務局長に届け出るものとすること。

(3)　保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置等並びに歯冠修復及び欠損補綴等並びに薬価基準に収載されていない医薬品及び保険適用されていない医療機器の費用については含まれないものであること。

(4)　保険医療機関は、保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を行うに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書

によりその同意を得るものとする。したがって、先進医療の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

(5) 患者から先進医療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

(7) 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を実施する保険医療機関は、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合の報告及び定期的な報告を、「先進医療に係る届出等の取扱いについて」（平成17年６月30日保医発第0630002号）により行うものとすること。

15 Ｉの第３の15の(5)を次のように改める。

15 医科点数表及び歯科点数表に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項

(5) 患者から、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

16 Ｉの第４の１及び５を次のように改める。

第４ 療担規則第11条の３及び療担基準第11条の３の厚生労働大臣が定める報告事項（厚生労働大臣が定める掲示事項等第４関係）

1 健康保険法第63条第２項第４号及び老人保健法（昭和57年法律第80号）第17条第２項第４号に規定する選定療養に関する事項

5 算定告示及び「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」に基づき、地方社会保険事務局長又は都道府県知事に届け出た事項に関する事項

17 Ｉの第５を次のように改める。

第５ 特殊療法に係る厚生労働大臣が定める療法等（掲示事項等告示第５関係）

特殊療法等の禁止の例外である療担規則第18条及び療担基準第18条の厚生労働大臣が定める療法等として、次の療法を定めたものであること。

厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条各号に掲げる評価療養に係る療法

18 Ｉの第７の１を次のように改める。

第７ 医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（掲示事項等告示第７関係）

1　保険医について、第６に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第４号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合であること。

19　Ｉの第15を次のように改める。

第15　保険薬剤師の医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（掲示事項等告示第15関係）

保険薬剤師について、第14に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第４号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合であること。

20　（別紙様式３）及び（別紙様式５）を別添１及び別添２のように改める。

別添１

（別紙様式３）

予約に基づく診察の実施（変更）報告書

上記について報告します。
平成　　年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称
開　設　者　名　　㊞

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

１　診療科　　科

２　保険外併用療養費に係る予約診察を行う時間帯

曜　　日	標榜診療時間帯	予約診察を行う診療時間帯	予約以外の診察に従事する医師の数	予約診察に従事する医師の数
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時		
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時		
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時		
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時		
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時		
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時		
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時		

３　予　約　料　　円

注　本添付書類は、予約診療を行う標榜科ごとに記載すること。

別添２

（別紙様式５）

金属床による総義歯の提供の実施（変更）報告書

上記について報告します。
平成　　年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称
開　設　者　名　　（印）

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

金　属　の　種　類	１床当たりの価格	
	上　　顎	下　　顎

注１　金属の種類は、床に使用する金属の一般名を記入すること。
注２　１床当たりの価格は、医療機関内の掲示金額を記入すること。

上記の金額から、熱可塑性樹脂を用いて総義歯を作製した場合の金額（保険外併用療養費）（概ね　　円）を差し引いた分を特別の料金として患者から徴収します。

（別紙８）

「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)の一部改正について

1　別添の第１の２の(2)の④及び(3)を次のように改める。

第１　対象病院及び対象患者

２ 対象患者

(2)　(1)にかかわらず、以下の患者の「療養に要する費用の額」（以下「診療報酬」という。）は、「診療報酬の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第92号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）若しくは別表第２歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第99号）又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成18年厚生労働省告示第496号）により算定する。

④　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第１条第１号に定める先進医療である療養を受ける患者

(3)　主治医により診断群分類区分に該当しないと判断された患者の診療報酬は、医科点数表若しくは歯科点数表、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の算定に関する基準又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法により算定する。

診断群分類区分に該当しないと判断された患者については、診断群分類区分に該当しない旨及び医療資源を最も投入した傷病名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

2　別添の第３の１の(4)を次のように改める。

第３　費用の算定方法

１　診療報酬の算定

(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、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、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除き、入院基本料等加算は算定できない。

ただし、本加算のうち、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を

算定している間のがん診療連携拠点病院加算、小児入院医療管理料１又は２を算定している間の超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算及び小児療養環境特別加算並びに小児入院医療管理料３を算定している間の児童・思春期精神科入院医療管理加算については、算定することができる。

３　別添の第３の２の(3)の③を次のように改める。

２　診療報酬の調整等

(3)　転棟した場合等の取扱い

③　入院途中に治験又は先進医療である療養を実施することを決定し、月途中の日から医科点数表により算定することとなる場合においては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

（別紙９）

「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について」（平成18年３月23日保医発第0323003号）の一部改正について

第３の１を次のように改める。

第３　届出等との関連

１　次に掲げる保険医療機関については、入院基本料に係る届出及び特定入院料に係る届出並びに入院時食事療養（Ｉ）又は入院時生活療養（Ｉ）の届出を受理しない。

（別紙10）

「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82号）の一部改正について

1　別紙１のＩの１及び４を次のように改める。

1　診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第62号）の制定により、平成18年５月１日（４月診療分）から新様式により扱うものとし、平成18年３月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。

また、「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第157号）の制定に基づく新様式については、平成18年11月１日（10月診療分）から適用するものとし、平成18年９月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。

4　診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、老人医療又は公費負担医療に係るもの（老人医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「老人医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「老人医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「老人医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。

2　別紙１のⅡの第１の７の(２)及び(４)から(６)までを次のように改める。

7　「医療保険」欄について

（２）　入院分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養及び生活療養に係る件数の合計を、「回数」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項に記載されている金額の合計を、「標準負担額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額の合計を記載すること。

（４）　「医保単独（七〇以上九割）」欄の「小計」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄、「医保単独（本人）」欄の「小計」欄、「医保単独（家族）」欄の「小計」欄、「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

（５）　「①合計」欄には、「医保（７０以上９割）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上九割」欄の「小計」欄と、「医保（７０以上７割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上

七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（３歳）と公費の併用」欄と「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

（６） 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等にあっては、「医保単独（七〇以上九割）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上九割）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

３ 別紙１のⅡの第１の８の(２)から(４)までを次のように改める。

８ 「老人保健」欄について

（２） 療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金（控除額）」欄、食事療養・生活療養の「件数」欄、「回数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、７の(2)及び(3)と同様であること。この場合、７の(2)及び(3)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料」とあるのは「老人保健法（昭和57年法律第80号）第28条第３項の規定に基づき減額された一部負担金」と読み替えるものであること。なお、「老人九割」欄の「小計」欄、「老人七割」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

（３） 「②合計」欄には、「老人九割」欄の「老人９割と公費の併用」欄と「老人単独」欄と、「老人七割」欄の「老人７割と公費の併用」欄と「老人単独」欄とを合計して記載すること。

（４） 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等にあっては、「老人九割」欄と、「老人七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「老人九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

４ 別紙１のⅡの第１の９の(５)を次のように改める。

９ 「公費負担」欄の「公費と医保（老人）の併用」欄について

（５） 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

5　別紙１のⅡの第１の10の(２)及び(５)を次のように改める。

10　「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、１枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、２件ないし３件となること。

（５）　「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る記載を省略した明細書については、「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に３種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る金額は明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の金額を合計して記載すること。

6　別紙１のⅡの第１の11の(２)及び(５)を次のように改める。

11　「公費負担」欄の「公費単独」欄について

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（５）　「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

7　「別紙１のⅡの第３の２」の(４)のエ、(12)、(15)の表中、(25)のサ、(26)のアの(ｶ)及びウ、(27)のク及びコ、(28)のシ及びセ、(32)の７、(35)のイの(ｲ)、ウの(ｶ)及びエ並びに(36)のア及びイを次のように改め、(36)のイの次に次にようにウからカまでを加え、(36)のウ及びエをキ及びクとし、(37)のアからウまで及び(40)のアの(ｶ)、イ及びウを次のように改め、(40)のオを削り、(40)のカからセをオからスとする。

２　診療報酬明細書の記載要領に関する事項

（４）　「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

エ　「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを○で囲むこと。なお、３歳未満の患者（３歳に達する日の属する月以前の患者をいう。以下同じ。）は「３」又は「４」、高齢受給者又は老人医療受給対象者は「７」、「８」、「９」又は「０」を○で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「１」又は「２」、被保険者（その他（３歳未満の患者及び高齢受給者を除く。））は「５」又は「６」を○で囲むこととし、それ以外（３歳未

満の患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、入院の場合は、「1　本入」（若しくは「1　本」）、「3　三入」（若しくは「3　三」）、「5　家入」（若しくは「5　家」）、「7　高入9」（若しくは「7　高9」）又は「9　高入7」（若しくは「9　高7」）、外来の場合は、「2　本外」（若しくは「2　本」）、「4　三外」（若しくは「4　三」）、「6　家外」（若しくは「6　家」）、「8　高外9」（若しくは「8　高9」）又は「0　高外7」（若しくは「0　高7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

1	本人入院	1	本入
2	本人外来	2	本外
3	3歳未満入院	3	三入
4	3歳未満外来	4	三外
5	家族入院	5	家入
6	家族外来	6	家外
7	高齢受給者・老人医療9割給付入院	7	高入9
8	高齢受給者・老人医療9割給付外来	8	高外9
9	高齢受給者・老人医療7割給付入院	9	高入7
0	高齢受給者・老人医療7割給付外来	0	高外7

(12)　「区分」欄について

当該患者が入院している病院又は病棟の種類に応じ、該当する文字を○で囲むこと。また、月の途中において病棟を移った場合は、そのすべてに○を付すこと。

なお、電子計算機の場合は、コードと名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

01精神（精神病棟）、02結核（結核病棟）、07療養（療養病棟）

(15)　「特記事項」欄について

02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が老人保健特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）

05	削除	（削除）

１１	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第１条第２号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
１２	器治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第３号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合

１６	長２	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第６項第２号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）

(25)　「在宅」欄について

サ　在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、その他の項に(注)と表示して所定点数を記載し、注入器用注射針加算（１の加算に限る。）を算定した場合は、「摘要」欄に当該加算を算定した理由を記載すること。血糖自己測定器加算、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算又は注入器用注射針加算を算定した場合は、併せてそれぞれ(注糖)、(入)、(間)又は(針)と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、「摘要」欄に血糖自己測定の回数及び１型糖尿病である場合は１型糖尿病であることを記載すること。在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。

(26)　「投薬」欄について

ア　入院分について

(ｶ)　入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者に対してビタミン剤（ビタミンＢ群製剤及びビタミンＣ製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

ウ　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第４号又は第１条第６号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

〔記載例〕

ラシックス錠20mg　　１錠
アルダクトンＡ錠　　１錠　　４×５
リピトール錠10mg　　１錠　１５×５
（薬評）
エフピー錠2.5

(27)　「注射」欄について

ク　入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミンＢ群製剤及びビタミンＣ製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

コ　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第４号又は第１条第６号に係る医薬品を投与した場合は、(26)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(28)　「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

シ　生体腎を移植した場合においては、「手術・麻酔」欄の余白に腎と表示して腎提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費用の額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数を合算した点数を記載し、「摘要」欄に腎提供者の氏名を記載すること。

この場合、食事に要した費用の額については、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成１８年厚生労働省告示第９９号）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」による額とすること。

なお、腎提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書（保険者番号及び被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号を除いたもの）を「摘要」欄に貼付すること。骨髄移植のうち同種移植を行った場合又は同種皮膚移植若しくは生体部分肝移植を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ骨又は膚若しくは肝と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の貼付を行うこと。

セ　１８０日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成１８年厚生労働省告示第４９８号）第九のトに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に洗浄と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。また、重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者（同告示第九のニ又はリに該当する患者）については、「摘要」欄に、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成３年１１月１８日老健第１０２－２号）におけるランクを記載すること。

(32)　「入院」欄について

ク　１８０日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第九のいずれにも該当しない場合は、「摘要」欄に「選」と記載し、いずれかに該当する場合は、「摘要」欄に「選外」と記載し、その理由を簡潔に記載すること。また、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が１８０日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。

(35)　「療養の給付」欄について

イ　医療保険（高齢受給者に係るものを除く。）に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ｲ)　健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ　医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）及び老人医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ｶ)　健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合で、一部負担金の減免又は支払いが猶予される場合は、イの(ｲ)と同様とすること。

エ　「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第１公費及び第２公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合はウの(ｱ)又は(ｲ)により記載した額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を、金額の記載を要しないものの場合は１０円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。))を記載すること。ただし、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とすること。なお、老人医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と結核予防法による適正医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。また、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、１０円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、老人医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又

は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、１０円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険（高齢受給者に係るもの及び老人医療のうち、入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合を除く。）と結核予防法による適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

(36)　「食事・生活」欄について

ア　「基準」の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について算定した項目について次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ（入院時食事療養Ⅰ）、Ⅱ（入院時食事療養Ⅱ）

イ　「基準」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養に係る１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別」の項の右の項に１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

ウ　「食堂」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る食堂加算を算定した場合に、１日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

エ　「環境」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る１日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

オ　「基準（生）」の項には、入院時生活療養費に係る生活療養について算定した項目を次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ（入院時生活療養Ⅰ）、Ⅱ（入院時生活療養Ⅱ）

カ　「基準（生）」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別（生）」の項の右の項に１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

キ　老人医療に係る食事療養又は生活療養の内容が公費負担医療に係る食事療養又は生活療養の内容と異なる場合には、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

ク　月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る食事療養の給付若しくは生活療養の給付の内容が医療保険（老人医療を除く。）と異なる場合は、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

(37)　「食事・生活療養」欄について

ア　「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る食事療養又は生活療養の食事の提供たる療養を行った回数及び当該食事療養又は生活療養に係る金額合計を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の金額合計は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る食事療養又は生活療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第

１公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る請求金額が第１公費に係る請求金額と同じ場合は、第２公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「０」と記載すること。

イ　「標準負担額」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（生活療養標準負担額を記載した場合には、生活療養の食事の提供たる療養に係る負担額と生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る負担額の内訳を「摘要」欄に記載すること。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の負担額は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る負担額が第１公費に係る負担額と同じ場合は、第２公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「０」と記載すること。

ウ　健康保険法施行令第42条第２項第４号、国民健康保険法施行令第29条の３第３項第４号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第１項第４号に掲げる者の場合は、(35)のウの(ｴ)と同様とする。ただし、老人保健法施行令第15条第１項第４号に掲げる者のうち、同令第14条第６項に規定する老齢福祉年金の受給者であって、かつ、生活療養を受ける者の場合は、「摘要」欄に、「老福」と記載すること。

(40)　その他

ア　３種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

(ｶ)　生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「保険」の項に、結核予防法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

イ　医療保険と３種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

別添３「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第１公費」とし、後順位の公費負担医療を順次「第２公費」、「第３公費」として、第３公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第３公費」と表示して、次の略称を用いて記載すること。また、第３公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養及び生活療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第２公費に係る事項を、下欄には第３公費に係る事項を記載すること。

なお、４種以上の公費負担医療の併用の場合においても、これに準じて記載すること。

公３（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

ウ　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令

第42条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

オ　平成18年３月31日保医発第0331002号通知に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と記載すること。

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して回数を記載すること。

また、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

カ　患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第２号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求については、次に掲げる方法によること。

ク　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第３号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

ケ　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第５号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

コ　老人医療の対象者において、公費負担医療のみの場合は、「特記事項」欄に「老保」と表示すること。

サ　地方社会保険事務局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

シ　「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施した検査、リハビリテーション又は精神科専門療法ごとに、「摘要」欄に「検選」、「リハ選」又は「精選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。

ス　老人保健法第２８条第１項第２号等に基づく一部負担金を負担することとなる７０歳以上の高齢者であって、平成１８年８月から平成２０年７月（老人保健法又は国民健康保険法以外における一部負担金の割合が２割となる者については、平成１８年９月から平成２０年８月）までの間、入院又は入院外（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限る。）に係る一部負担金が、一般の世帯（現役並み所得者及び市町村民税非課税の世帯以外の世帯のことをいう。）と同額の自己負担額を超えた場合には、「特記事項」欄に「経過」と記載すること。

8　別紙１のⅢの第２の６の(２)から(４)までを次のように改める。

６　「医療保険」欄について

（２）　「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「合計」欄の点数の合計を記載すること。

また、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。

ただし、「一部負担金」欄は、船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料に係るものに限り記載すれば足りるものとすること。

なお、「医保単独（七〇以上九割）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

（３）　「①合計」欄には、「医保（７０以上９割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上九割）」欄の「小計」欄と、「医保（７０以上７割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（３歳）と公費の併用」欄と「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

（４）　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等にあっては、「医保単独（七〇以上九割）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上九割）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

9　別紙１のⅢの第２の７の(２)から(４)までを次のように改める。

７　「老人保健」欄について

（２）　「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金（控除額）」欄については、６の(2)と同様であること。この場合、６の(2)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料」とあるのは「老人保健法第28条第３項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替えるものであること。

なお、「老人九割」欄の「小計」欄及び「老人七割」欄の「小計」欄には、それぞれの合計を記載すること。

（３）　「②合計」欄には、「老人九割」欄の「小計」欄と、「老人七割」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

（４）　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等にあっては、「老人九割」欄と、「老人七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「老人九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

10　別紙１のⅢの第３の２の(４)のエ、(17)のカ、(23)のコ及びチ、(27)のク及びハ、並びに(32)のイを次のように改め、(35)のウを削り、(35)のエ及びオをウ及びエとし、(35)のカを次のように改め、オとし、(35)のキ及びクをカ及びキとし、(35)のケを次のように改め、コとし、(35)のコ及びサをケ及びコとする。

２　歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領に関する事項

（４）　「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

エ　「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを○で囲むこと。なお、３歳未満の患者は「４」、高齢受給者又は老人医療受給対象者は「８」又は「０」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「２」、被保険者（その他（３歳未満の患者及び高齢受給者を除く。））は「６」を○で囲むこととし、それ以外（３歳未満の患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「２　本外」（若しくは「２　本」）、「４　三外」（若しくは「４　三」）、「６　家外」（若しくは「６　家」）、「８　高外９」（若しくは「８　高９」）又は「０　高外７」（若しくは「０　高７」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

２　本人外来	２　本外
４　３歳未満外来	４　三外
６　家族外来	６　家外
８　高齢受給者・老人医療９割給付外来	８　高外９
０　高齢受給者・老人医療７割給付外来	０　高外７

(17)　「傷病名部位」欄について

カ　齲蝕に罹患している患者の指導管理に係る保険外併用療養費を支給する患者の病名の記載に当たっては、病名はＣ選療と記載すること。

(23)　「投薬・注射」欄について

コ　入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミンＢ群製剤及びビタミンＣ製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

チ　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第４号又は第１条第６号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(27)　「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ク　「充填」欄について

(ｳ) 上記(ｲ)の略称は、光重合型レジン、光重合型複合レジン強化グラスアイオノマー及び初期齲蝕小窩裂溝填塞材の場合は「光」、グラスアイオノマーセメントの場合は「グ」、複合レジンの場合は「複」、歯科用硅酸セメント及び硅燐酸セメントの場合は「硅」、歯科用充填用即時硬化レジンの場合は「即」、銀錫アマルガムの場合は「ア」と記載すること。

ハ 「義歯調整」欄について

有床義歯の調整を行った場合は、点数を記載し、咬合機能回復が困難な者に対する加算を算定した場合は、「＋」の項に加算点数を記載すること。

ただし、新製義歯調整料の算定が、新製義歯の装着の翌月である場合は、「摘要」欄に新製した義歯の部位及び月日を記載すること。また、新製義歯調整料を算定した月の翌月に有床義歯調整料を算定する場合においては、「摘要」欄に新製義歯を装着した月日を記載すること。

(32) 「一部負担金額」欄について

イ 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(35) その他

ウ 平成18年３月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示すること。

なお、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

エ 公費負担医療のみの場合において、請求点数を老人医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「老保」と表示すること。

オ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

カ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ 老人被爆者の場合は、「摘要」欄右下に赤色で㊟の表示をすること

ク　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第５号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(40)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

ケ　地方社会保険事務局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

コ　「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施したリハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。

11　別紙１のⅣの第１の６の(２)から(４)までを次のように改める。

６　「医療保険」欄について

（２）　「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方せん受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上九割）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

（３）　「①合計」欄には、「医保（７０以上９割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上九割）」欄の「小計」欄と、「医保（７０以上７割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（３歳）と公費の併用」欄と「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

（４）　医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあっては、「医保単独（七〇以上九割）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上九割）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

12　別紙１のⅣの第１の７の(２)から(４)までを次のように改める。

７　「老人保健」欄について

(2)　「件数」欄、「処方せん受付回数」欄、「点数」欄については、６の(2)と同様であること。この場合、６の(2)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と読み替えるものであること。

また、「一部負担金（控除額）」欄については、老人保健法第28条第３項の規定に基づく一部負担金の減額に係るものに限り記載すれば足りるものとすること。

なお、「老人九割」欄の「小計」欄及び「老人七割」欄の「小計」欄には、それぞれの合

計を記載すること。

(3)　「②合計」欄には、「老人九割」欄の「小計」欄と、「老人七割」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

(4)　医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあっては、「老人九割」欄と、「老人七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「老人九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

13　別紙１のⅣの第２の２の(4)のエ、(23)のア及びケ、(34)のイの(7)並びに(35)のア及びエを次のように改める。

２　調剤報酬明細書に関する事項

(4)　「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

エ　「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを○で囲むこと。なお、３歳未満の患者は「４」、高齢受給者及び老人医療受給対象者は「８」又は「０」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「２」、被保険者（その他（３歳未満の患者及び高齢受給者を除く。））は「６」を○で囲むこととし、それ以外（３歳未満の患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「２　本外」（若しくは「２　本」）、「４　三外」（若しくは「４　三」）、「６　家外」（若しくは「６　家」）、「８　高外９」（若しくは「８　高９」）又は「０　高外７」（若しくは「０　高７」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

２	本人外来	２	本外
４	３歳未満外来	４	三外
６	家族外来	６	家外
８	高齢受給者・老人医療９割給付外来	８	高外９
０	高齢受給者・老人医療７割給付外来	０	高外７

(23)　「処方」欄について

ア　所定単位（内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く。以下同じ。）及び一包化薬にあっては１剤１日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、湯薬、注射薬及び外用薬にあっては１調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬については、１日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については、投薬全量、屯服薬については１回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬及び湯薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せ

て記載すること。

また、一包化薬の調剤時に一包化薬の投薬日数を超えて一包化薬に含まれる内服薬が調剤された場合は、「○○日分の一包化薬調剤後」と記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数１回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

ケ　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第４号又は第１条第６号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のウの例により「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(34)　「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

イ　「一部負担金額」欄については、以下によること。

(7)　健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(35)　その他

ア　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

エ　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第１条第５号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(40)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

14　別紙１のⅤの２及び３を次のように改める。

2　当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができるものであること。ただし、特段の事情がない限り速やかに改正後の様式を用いること。

3　「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第62号）による改正前の様式により請求（歯科診療報酬に係る請求を除く。）を行う場合、平成18年４月の診療報酬点数表の改正により新たに記載が必要となる事項については、改正後の記載要領によること。

また、「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第157号）による改正前の様式により請求を行う場合、平成18年10月の健康保険法及び診療報酬点数表の改正

により新たに記載が必要となる事項については、改正後の記載要領によること。

15　別紙２の第１の４を次のように改める。

第１　一般的事項

４　公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

16　別紙２の第３の18の(５)及び(６)を次のように改める。

第３　診療録の記載上の注意事項

18　「診療の点数等」欄について

（５）　「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

（６）　「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

16　別紙２の第４の23及び24を次のように改める。

第４　歯科診療録の記載上の注意事項

23　「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

24　「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

17　別紙２の第５の８の(４)を次のように改める。

第５　処方せんの記載上の注意事項

８　「備考」欄について

(4)　３歳未満の患者の場合は「３歳」と、高齢受給者又は老人医療受給対象者であって９割給付の患者の場合は「高９」と、高齢受給者又は老人医療受給対象者であって７割給付の患者の場合は「高７」と記載すること。

18　別添１及び別添３を次のように改める。

別添１

診療報酬明細書	算定告示別表第１(医科)、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入院 入院外	様式第２(1) 様式第２(2)
	算定告示別表第２(歯科)、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場合）	—	様式第３

別添３

担	障害者自立支援法による	○精神通院医療（法第５条関係）	２１	（精神通院）
		○更生医療（法第５条関係）	１５	—
		○育成医療（法第５条関係）	１６	—
		○療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）	２４	—
度	児童福祉法による	○療育の給付（法第21条の９関係）	１７	—
		○障害児施設医療（法第24条の20関係）	７９	—

（別紙11）

「老人保健法に基づく医療に要する給付等と公害健康被害の補償等に関する法律に基づく療養の給付との調整について」（平成10年３月31日保険発第51号、老健発第70号）の一部改正について

３を次のように改める。

３　入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用については、主たる疾病が公害補償法の対象である場合には、公害補償法に基づく請求を行い、老健法又は健保法に基づく請求は行わないこと。（ただし、老健法又は健保法に基づいて特別食のみの給付を行う場合を除く。）

（別紙12）

「老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書等の記載要領について」（平成16年３月30日保医発第0330003号）の一部改正について

1　別紙のⅡの第１の６の(2)及び(3)並びに７を次のように改める。

第１　請求書に関する事項（様式第一関係）

６　「医療保険」欄について

(2)　「件数」欄には明細書の訪問看護に係る件数の合計を、「日数」欄には明細書の訪問看護の「実日数」欄の「保険」の項の日数の合計を、「金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上九割）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの計数の合計を記載すること。

(3)　「①合計」欄には、「医保（７０以上９割）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上九割」欄の「小計」欄と、「医保（７０以上７割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（３歳）と公費の併用」欄と「医保単独（三歳）」の「小計」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

７　「老人保健」欄について

(3)　「②合計」欄には、「老人９割と公費の併用」欄と「老人単独」欄の「小計」と「老人７割と公費の併用」欄と「老人単独」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

2　別紙のⅡの第２の４の(3)、14の表中及び32の(2)のアを次のように改める。

第２　明細書に関する事項（様式第三）

４　「６訪問」における「１　社・国　２　公費　３　老人　４　退職」（以下「保険種別１」という。）、「１　単独　２　２併　３　３併」（以下「保険種別２」という。）及び「２　本人　４　三歳　６　家族」欄について

(3)　「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを○で囲むこと。なお、３歳未満の患者（３歳に達する日の属する月以前の患者をいう。以下同じ。）は「４」、高齢受給者及び老人医療（指定訪問看護を受けた日が70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日の者は、誕生月）以降である患者をいう。以下同じ。）は「８」又は「０」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「２」、被保険者（その他（３歳未満の患者及び高齢受給者を除く。））は「６」を○で囲むこととし、それ以外（３歳未満の患者及び高齢受給者を除く。）

はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2　本人」（若しくは「2　本」）、「4　三歳」（若しくは「4　三」）、「6　家族」（若しくは「6　家」）、「8　高齢9」（若しくは「8　高9」）又は「0　高齢7」（若しくは「0　高7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2	本人	……	2　本人
4	3歳未満	……	4　三歳
6	家族	……	6　家族
8	高齢受給者・老人9割給付	……	8　高齢9
0	高齢受給者・老人7割給付	……	0　高齢7

14　「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、略称を記載すること。

なお、電子計算機の場合はコードと略称を記載すること。

コード	略称	内　　容
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ①高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条第6項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ②老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）第15条第5項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が老人保健特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
16	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）

32　「合計」欄について

(2)　「負担金額」の項については、以下によること。

ア　健康保険、国民健康保険、退職者医療及び老人医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

患者負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

3　（別添２）の（３）を次のように改める。

別添３

障害者自立支援法による	○精神通院医療（法第５条関係）	２１	（精神通院）
	○更生医療（法第５条関係）	１５	—
	○育成医療（法第５条関係）	１６	—
	○療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）	２４	—

（別紙13）

「特別の療養環境の提供に係る基準に関する届出について」（平成16年３月30日保医発第0330013号）の一部改正について

（別紙様式）を別添のとおり改める。

別添

（別紙様式）

○○発第　　号

保険医療機関の
所在地及び名称

開　設　者　名

平成○○年○月○○日付けの申請については、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掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）第三の二の(二)の規定に基づき、下記のとおり承認する。

平成○○年○○月○○日

○○社会保険事務局長

記

特別の療養環境の提供に係る病床
許可病床数（○○床）の○割○分（○○床）

（別紙14）

「先進医療に係る届出等の取扱いについて」（平成17年６月30日保医発第0630002号）の一部改正について

1　1を次のように改める。

先進医療については、平成１６年１２月の厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣（規制改革、産業再生機構）、行政改革担当、構造改革特区・地域再生担当との基本的合意に基づき、国民の安全性を確保し、患者負担の増大を防止するといった観点も踏まえつつ、国民の選択肢を広げ、利便性を向上するという観点から、保険診療との併用を認めることとしたものである。

具体的には、有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関は届出により保険診療との併用ができるものである。

また、先進医療については、健康保険法等の一部を改正する法律（平成１８年法律第８３号）において特定療養費制度が再編成されたことに伴い、「評価療養」とされ、将来的な保険導入のための評価を行うものとして位置づけられたものであることから、実施保険医療機関から定期的に報告を求めることとしている。

2　4の(3)を次のように改める。

（3）　届出受理の手続き

地方社会保険事務局長は、届出があった場合は、記載事項及び施設基準に適合している旨を確認して受理することとし、受理した旨を速やかに届出書に文書による通知するとともに、副本１通及び受理通知の複写を厚生労働省保険局医療課に送付する。なお、届出書受理した日の属する月の翌月（届出を受理した日が１日の場合は当月）１日より保険診療と併用できるものである。

3　9の次に次のように加える。

10　経過措置

平成18年９月30日において現に特定承認保険医療機関の承認を受けている病院若しくは診療所において実施することが承認されている高度先進医療又は当該病院若しくは診療所が実施することを申請している高度先進医療については、健康保険法等の一部を改正する法律の施行後において「評価療養」として掲げられている該当する先進医療の届出がされているものとみなし、新たな届出を要しない。

4　別紙新規技術様式第７号、別紙報告様式第３号及び別紙取下様式第１号を別添のとおり改める。

別紙新規技術様式第７号

先進医療に要する費用

先進医療の名称			
治療の概要（様式第４－１号より典型的な症例１つを選び出し記入すること）	症例の整理番号	入院　　日間・通院　　日間	
保険者負担	保険外併用療養費分①	円	
被保険者負担	先進医療にかかる費用	円（　　回）	
	保険外併用療養費分に係る一部負担金	円	
	その他［　　］	円	
	計②	円	
その他［　　］③		円	
合計①＋②＋③		円	

注１）　典型的な事例について、健康保険被保険者本人の場合を記入すること。

注２）　「保険外併用療養費分」の内訳を別紙として添付すること。
（様式は問わない）
また、手術当日にかかった費用とそれ以外の費用を区分して記入すること。

注３）　「先進医療にかかる費用」の精算根拠を別紙様式第８－１号及び第８－２号に記入すること。

注４）　「一部負担金」には、高額療養費該当分を含む。

備考　この用紙は，日本工業規格Ａ列４番とすること。医療機関名は記入しないこと。

別紙報告様式第３号

先進医療実績報告（平成　年　月　日～平成　年　月　日）

コード番号	－

保険医療機関名

先進医療名

先進医療の費用（届出時）　円

届出受理年月日　年　月　日

総　件　数　件

番号	診断名	年齢	性別	入院期間	実施回数	転帰	保険外併用療養費分 ①	先進医療の総額 ②	総合計（①＋②）	評価 固形癌の治療以外	評価 固形癌の治療
1		歳	男・女	日	回		円	円	円	1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
2			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
3			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
4			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
5			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
6			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
7			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
8			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
9			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
10			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD

保険外併用療養費分の費用　計　円

先進医療の総額　計　円

上記に係る総合計　円

患者１人当たりの平均保険外併用療養費分の費用　円

患者１人当たりの平均先進医療の総額　円

患者１人当たり平均総合計　円

患者１人当たりの平均入院期間　日

患者１人当たりの平均実施回数　回

別紙取下様式第１号

平成　　年　　月　　日

厚生労働大臣　　殿

医療機関開設者名　　印

先進医療に係る届出書の取り下げについて

平成　　年　　月　　日付で届出しております先進医療に係る届出につきまして、下記の理由により届出を取り下げしますので、よろしくお願いします。

記

１　届出している先進医療技術の名称

２　取り下げ理由

（別紙15）

「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）の一部改正について

1　1の(1)及び(4)を次のように改める。

1　費用徴収する場合の手続について

(1)　保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。なお、掲示の方法については、「『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掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う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）第1の2(5)に示す掲示例によること。

(4)　なお、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『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掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」に示したとおり、「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められないので、改めて留意されたいこと。

2　3の(3)のイ及びウを次のように改める。

3　療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの

療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないものとしては、具体的には次に掲げるものが挙げられること。

(3)　新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

イ　適応外使用の医薬品（評価療養を除く。）

ウ　保険適用となっていない治療方法（先進医療を除く。）　等

3　4を次のように改める。

4　その他

上記1から3までに掲げる事項のほか、費用徴収する場合の具体的取扱いについては、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『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掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」を参考にされたい。

なお、上記に関連するものとして、入院時や松葉杖等の貸与の際に事前に患者から預託される金銭（いわゆる「預り金」）については、その取扱いが明確になっていなかったところであるが、将来的に発生することが予想される債権を適正に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合にあっては、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、精算方法等の明示などの適正な手続を確保すること。