

事務連絡
平成20年5月30日

地方社会保険事務局
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部)
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)

御中

厚生労働省保険局医療課

平成20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20年3月5日保医発第0305001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20年3月5日保医発第0305002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20年3月5日保医発第305003号）、「特定診療報酬算定医療機器の定義等について（平成20年3月5日保医発第0305007号）」、「保険医の使用医薬品（掲示事項等告示第6関係）及び保険薬剤師の使用医薬品（掲示事項等告示第14関係）に係る留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305009号）、「「入院時食事療養費に係る入院時生活療養の実施上の留意事項について」等の一部改正について」（平成20年3月19日保医発0319003号）」、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」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」等の一部改正について」（平成20年3月28日保医発第0328001号）及び「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（平成20年3月28日保医発第0328002号）について、それぞれ別紙1から別紙8までのとおり訂正するので、その取り扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について
(平成20年3月5日保医発第0305001号)

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第2章 特掲診療料

第3部 検査

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

D016 細胞機能検査

(3) 「5」のリンパ球幼若化検査(一連につき)は、Con-A又は、PHA又は薬疹の被疑医薬品によるものである。~~なお、薬疹について実施する場合においても算定できる。~~

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

(5) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「E200」コンピューター断層撮影(CT撮影)の「注~~4~~3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。

第7部 リハビリテーション

<通則>

7 疾患別リハビリテーション料は、患者1人につき1日合計6単位(別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計9単位)に限り算定できる。

当該別に厚生労働大臣が定める患者のうち「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの」とは、訓練室以外の病棟等(屋外を含む。)において、早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行われた患者であること。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行っている患者については含まれない。

第9部 処置

J038 人工腎臓（1日につき）

(2) 入院中の患者~~（介護老人保健施設に入所中の患者を含む。以下この項で同じ）~~に人工腎臓を行った場合又は特掲診療料の施設基準等の第十一の二に規定する場合（入院中の患者以外の患者に血液濾過を行った場合又はその他特に認める場合）に該当する場合においては、「2」により算定する。なお、「入院中の患者以外の患者に血液濾過を行った場合又はその他特に認める場合」とは、入院中の患者以外の患者であって下記の場合である。

ア 血液透析濾過を行った場合

イ 生命に危険を及ぼす程度の重篤な出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血）を有する患者に対して血液透析を行った場合

ウ 重大な視力障害に至る可能性が著しく高い、進行性眼底出血を有する患者に血液透析を行った場合

第10部 手術

第1節 手術料

第9款 腹部

K697-5 生体部分肝移植術

(1) 対象疾患は、先天性胆道閉鎖症、進行性肝内胆汁うっ滞症（原発性胆汁性肝硬変と原発性硬化性胆管炎を含む。）、アラジール症候群、バッドキアリー症候群、先天性代謝性肝疾患（家族性アミロイドポリニューロパチーを含む。）、多発嚢胞肝、カロリ病、肝硬変（非代償期）及び劇症肝炎（ウイルス性、自己免疫性、薬剤性、成因不明を含む。）である。なお、肝硬変（非代償期）に肝癌（転移性のものを除く。以下同じ。）を合併している場合には、遠隔転移と血管侵襲を認めないもので、当該肝癌が、次の条件により、肝内に長径5cm以下1個、又は長径3cm以下3個以内である場合に限る。また、小児肝芽腫についても対象疾患に含むものとする。

イ 術前画像において肝癌と判定される結節性病変は、単純CTで撮影した画像において低吸収域として描出され、造影CTで撮影した画像の動脈相において高吸収域として、門脈相において低吸収域として描出されるものをいい、これを典型的な肝癌と判定する。なお、**非**典型的な肝癌の場合は、最新の科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン作成に関する研究班「肝癌診療ガイドライン」に基づき、肝癌と診断された場合に限る。また、造影剤にアレルギーがあり造影CTが実施できない場合は、MRIで代用する。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

(別紙)

(算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」)

項 目	小 項 目	併 設 保 険 機 関 医 療 機 関	そ の 他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料	×	○
	診療情報提供料(I) (注4に限る。)	×	○
	診療情報提供料(II)	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○
病理診断		○	○

(注) 厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」(平成 20 年厚生労働省告示第 63 号)の第十六及び別表第十二により規定されているものである。

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名:	(男・女)
生年月日: 明・大・昭・平	年 月 日生(才)

主病:	脂質異常症
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】	【検査項目】	【血液検査項目】 (採血日 月 日)
	<input type="checkbox"/> 身長 (cm)	<input type="checkbox"/> 血糖 (<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後 () 時間)
	<input type="checkbox"/> 体重: 現在 (kg) → 目標 (kg)	(mg/dl)
	<input type="checkbox"/> BMI ()	<input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 (%) → 目標 (%)
<input type="checkbox"/> 腹囲: 現在 (cm) → 目標 (cm)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl)
<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl)	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)
<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図		
<input type="checkbox"/> その他 ()		
【問診】	<input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活
【①達成目標】: 患者と相談した目標	[]	
【②行動目標】: 患者と相談した目標	[]	
		医師氏名 (印)

【重点を置く領域と指導項目】	【食事】	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える
	<input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 ()	
	<input type="checkbox"/> 油を使った料理 (揚げ物や炒め物等) の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 節酒: [減らす (種類・量: を週 回)]	
	<input type="checkbox"/> 間食: [減らす (種類・量: を週 回)]	
<input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ())	担当者の氏名 (印)	
<input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる		
【運動】	<input type="checkbox"/> 運動処方: 種類 (ウォーキング・)	
時間 (30分以上・)、頻度 (ほぼ毎日・週 日)		
強度 (息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or)		
<input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加 (例: 1日1万歩・)	担当者の氏名 (印)	
<input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など ()		
【たばこ】	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である	担当者の氏名 (印)
<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等		
【その他】	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保 (質・量) <input type="checkbox"/> 減量	
<input type="checkbox"/> 家庭での計測 (歩数、体重、血圧、腹囲等)	担当者の氏名 (印)	
<input type="checkbox"/> その他 ()		
【服薬指導】	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者の氏名 (印)

【療養を行うにあたっての問題点】	
------------------	--

【他の施設の利用状況について】	
-----------------	--

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名 (印)

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)()回目

患者氏名:	(男・女)
生年月日:明・大・昭・平	年 月 日生(才)

主病:	脂質異常症
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査項目】	<input type="checkbox"/> 体重:現在(kg) →目標(kg)	【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間)
	<input type="checkbox"/> BMI ()		(mg/dl)
【検査・問診】	<input type="checkbox"/> 腹囲:現在(cm) →目標(cm)	<input type="checkbox"/> HbA1c:現在 (%) →目標(%)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl)	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標

【①達成目標】:患者と相談した目標

--	--

【②行動目標】:患者と相談した目標

	医師氏名 (印)
--	----------

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()	担当者の氏名 (印)
服薬指導	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者の氏名 (印)	

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名 (印)

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(:)の後ろに具体的内容を記入)

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

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	
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	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 見当識障害: <input type="checkbox"/> 記銘力障害: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語): <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> 半側空間無視: <input type="checkbox"/> 注意力障害: <input type="checkbox"/> 構成障害: <input type="checkbox"/> その他:						
	基本動作	寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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						

第 2 章 特掲診療料

第 1 部 医学管理等

B 0 1 3 義歯管理料

- (2) 新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い、保存・清掃方法等について必要な指導を行い、当該管理の要点を診療録に記載した場合に、新製有床義歯の装着後 1 月以内に 2 回を限度として算定できるものとする。ただし、1 回目の新製有床義歯管理料については、当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供するとともに、当該文書の写しを診療録に添付し、診療録に義歯管理の内容の要点を記載した場合に算定するものとする。なお、新製有床義歯管理料を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該義歯の装着日を記載し、~~またすること。なお、~~診療報酬明細書の病名欄の有床義歯の対象となる欠損部位と装着部位が異なる場合は、装着部位を摘要欄に記載すること。

第 4 部 画像診断

通則

- 3 ~~歯科用エックス線フィルムを使用せずデジタル映像化処理を伴う~~ 歯科エックス線撮影を行った場合 ~~又は及びオルソパントモ型フィルムを使用せずデジタル映像化処理を伴う~~ 歯科パノラマ断層撮影等を行った場合は、診断料及び撮影料に「通則 4」に規定する加算を合算し、画像診断の費用を算定する。~~なお、フィルムにプリントアウトした場合のフィルムの費用はデジタル映像化処理の費用に含まれ別に算定できない。~~
- 4 ~~エックス線フィルムを使用せず~~デジタル映像化処理を伴うエックス線撮影を行った場合における撮影料の算定方法については、「通則 3」に準じて取り扱うものとする。

第 1 節

E 0 0 0 写真診断

- (1) 歯科エックス線撮影とは、歯科用エックス線フィルムを用いて撮影した場合及び~~歯科用エックス線フィルムを使用せず、~~専用の装置を用いてデジタル映像化処理を行った場合をいう。

第 8 部 処置

第 1 節 処置料

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療

- (3) 歯周病安定期治療は、その開始に当たって、歯周組織検査を行い、症状が一時的に安定していることを確認した上で行うものであり、歯周組織検査の結果の要点や

歯周病安定期治療の治療方針等について、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料に係る文書により提供するとともに、当該文書の写しを診療録に添付した場合に算定する。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

M001-2 齶蝕歯即時充填形成

- (5) 「注1」の加算は、エアータービン等歯科用切削器具を用いることなく、レーザーを応用して疼痛の発現を抑制しながら、齶蝕歯の齶蝕歯即時充填形成~~売~~のための齶蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものであり、エアータービン等切削器具を用いた場合は、算定しない。なお、齶蝕歯無痛的窩洞形成加算の算定にあたっては、診療報酬明細書の摘要欄に部位を記載すること。

第13部 歯科矯正

第1節 歯科矯正料

N018 マルチブラケット装置

- ト セクショナルアーチを行う場合の第1回目の装置の印象採得の費用は区分番号N006に掲げる印象採得の「1 マルチブラケット装置」、装着の費用は区分番号N008に掲げる装着の「1のロ 固定式装置」及び装置の費用は本区分の「1のロ 4装置目以降の場合」に掲げる所定点数により算定するものとし、第2回目以降の装置の費用については、本区分の「1のロ 4装置目以降の場合」のみの算定とする。

なお、区分番号N008に掲げる装着の「~~1のイの注1~~」及び「~~1のロの注3-2~~」の加算については、各区分の算定要件を満たしている場合に算定できる。

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20年3月5日保医発第0305002号)

別添2

入院基本料等の施設基準等

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（以下「夜勤」という。）については、次の点について留意する。
- ケ 夜勤専従者のそれぞれの~~月平均~~夜勤時間数は、72時間の概ね2倍以内であること。

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

別紙

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

人事院規則で定める地域に準じる地域

級地区分	都道府県	地 域
4級地	茨城県	石岡市
	千葉県	習志野市
	東京都	羽村市、日の出町、檜原村、東久留米市、小金井市
	神奈川県	愛川町、座間市、綾瀬市
	大阪府	島本町、摂津市
	広島県	府中町
5級地	茨城県	那珂市、東海村、阿見町
	埼玉県	羽生市、鳩ヶ谷市、蕨市、富士見市、新座市、三芳町、狭山市
	千葉県	我孫子市、鎌ヶ谷市、八千代市、長柄町、長南町、木更津市、君津市
	東京都	奥多摩町
	神奈川県	伊勢原市、逗子市、清川村、寒川町、山北町
	愛知県	尾張旭市、長久手町
	滋賀県	栗東市
	京都府	南丹市、久御山町、八幡市、城陽市、宇治田原町
	大阪府	松原市、大阪狭山市、豊能町

	兵庫県	猪名川町、川西市
	奈良県	御所市
6 級地	宮城県	利府町、七ヶ浜町、村田町
	茨城県	稲敷市、河内町、利根町、つくばみらい市、常総市、 板坂 東市、境町、五 霧霞町、下妻市、八千代町、結城市、桜川市
	栃木県	日光市、さくら市、壬生町、下野市、栃木市、二宮町、野木町
	群馬県	伊勢崎市、玉村町、吉岡町、大泉町、千代田町、板倉町
	埼玉県	嵐山町、滑川町、大利根町、騎西町、菖蒲町、鷲宮町、幸手市、宮代町、 白岡町、蓮田市、松伏町、吉川市、八潮市、川島町、吉見町、日高市、毛 呂山町、越生町、ときがわ町、深谷市、桶川市
	千葉県	大網 白里町、山武市、富里市、印旛村、本埜村
	東京都	瑞穂町、東大和市
	神奈川県	中井町、大井町
	長野県	大町市、筑北村、上田市、長和町、下諏訪町、岡谷市
	岐阜県	坂祝町、関市、可児市、土岐市、各務原市、笠松町、羽島市、海津市
	静岡県	小山町、裾野市、島田市、長泉町、清水町、富士川町、芝川町、川根本 町、藤枝市、岡部町、森町
	愛知県	扶桑町、大口町、岩倉市、北名古屋市、春日町、清須市、甚目寺町、美和 町、七宝町、蟹江町、日進市、東郷町、東浦町、阿久比町、常滑市、新城 市、豊川市、幸田町、高浜市
	三重県	いなべ市、東員町、朝日町、川越町、亀山市、木曾岬町
	滋賀県	米原市、多賀町
	京都府	長岡京市、井手町、精華町
	大阪府	大東市、岬町
	兵庫県	加西市、加東市、小野市、高砂市、稲美町、播磨町
	奈良県	生駒市、山添村、安堵町、川西町、河合町、上牧町、広陵町、田原本町、 葛城市、明日香村、吉野町、曾爾村、平群町、三郷町、五條市
	和歌山県	かつらぎ町、紀の川市、岩出市
	広島県	安芸太田町、熊野町、呉市
福岡県	飯塚市、志摩町、篠栗町、志免町、須恵町、大野城市、那珂川町	
佐賀県	佐賀市	

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成20年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

別添 6

別紙 7

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

B 患者の状況等

1 0 寝返り
項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、~~きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える~~仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

1 4 口腔清潔
判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
但し、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

重症度に係る評価票 評価の手引き

B 患者の状況等

10 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、~~きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える~~ 仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

A モニタリング及び処置等

2 蘇生術の施行

判断に際しての留意点

当該病棟以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該病棟で行われていなければ「なし」となる。
蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「A-5呼吸ケア」「A-12人工呼吸器の装着」の項目において評価される。

B 患者の状況等

1.8 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、~~きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える~~仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

2.3 口腔清潔

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドノンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
但し、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

2.7 診療・療養上の指示が通じる

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りで~~は~~ない行動の記録がない場合をいう。
「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

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について
(平成 20 年 3 月 5 日保医発第 305003 号)

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 14 在宅療養支援歯科診療所

1 在宅療養支援歯科診療所の施設基準

- (6) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

第 61 の 2 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）

1 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準

- (2) 上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として合わせて 5 例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び又は耳鼻咽喉科の医師（当該診療科について 5 年以上の経験を有するものに限る。）がそれぞれ 1 名以上配置されていること。

第 76 の 2 腹腔鏡下小切開副腎摘出術

1 腹腔鏡下小切開副腎摘出術に関する施設基準

- (2) 腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術を、術者として、合わせて 20 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が 2 名以上配置されていること。

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1. 歯科訪問診療の実績（直近の1年間の実績）	
歯科訪問診療料を算定した人数	_____人
歯科訪問診療料を算定した回数	_____回
2. 後期高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等	
受講歯科医師名(複数の場合は全員)	
研 修 名	
受 講 年 月 日	
研 修 の 主 催 者	
講 習 の 内 容 等	
<p>※ 後期高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p>	
3. 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）	
氏 名	常 勤 / 非 常 勤
1)	常 勤 / 非 常 勤
2)	常 勤 / 非 常 勤
3)	常 勤 / 非 常 勤
4. 迅速に対応できる体制に係る事項	
(1) 患者からの連絡を受ける体制:対応体制	___名で担当、交代制(有・無)
・ 担当者の氏名及び職種	・ 連絡方法・連絡先
(2) 歯科訪問診療体制:対応体制	___名で担当、交代制(有・無)
・ 担当医の氏名	
5. 在宅療養を担う連携保険医療機関	
(1) 医療機関の名称	(3) 担当医の氏名
(2) 開設者名	(4) 連絡先
6. 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 氏名、連絡先 ・ 資格、主な業務内容 ・ 体制(管理者・自施設の職員・院外の事業所等との連携・その他) 	
7. 後方支援医療機関(歯科医療機関)	
(1) 医療機関の名称	
(2) 開設者名	(4) 担当医の氏名
(3) 所在地	(5) 連絡先

特定診療報酬算定医療機器の定義等について（平成20年3月5日保医発第0305007号）

I 医科点数表関係
在宅医療

(別表)

特定診療報酬算定医療機器の区分	定義		その他の条件	対応する診療報酬項目
	薬事法承認上の位置付け 類別	一般的名称		
注入ポンプ（Ⅰ）	機械器具（74）医薬品注入器	汎用輸液ポンプ 注射筒輸液ポンプ ポータブルインスリン用輸液ポンプ	インスリンなどの皮下持続注入が可能なもの	C 151 注入器加算
注入ポンプ（Ⅱ）	機械器具（74）医薬品注入器	ポータブルインスリン用輸液ポンプ	インスリンなどを間歇的かつ自動的に注入することが可能なもの	C 152 間歇注入シリンジポンプ加算
注入ポンプ（Ⅲ）	機械器具（74）医薬品注入器	加圧式医薬品注入器 経腸栄養用輸液ポンプ 汎用輸液ポンプ 注射筒輸液ポンプ マルチチャンネル輸液ポンプ 患者管理無痛法用輸液ポンプ 注射筒輸液ポンプコントロールユニット	流量（注入速度）及び予定量の設定が可能なもの	C 161 注入ポンプ加算
自動腹膜灌流装置	機械器具（7）内臓機能代用器	自動腹膜灌流用装置	腹膜透析液の交換を自動的に行うことが可能なもの	C 155 自動腹膜灌流装置加算
腹膜灌流用紫外線殺菌器	機械器具（7）内臓機能代用器	腹膜灌流用紫外線照射器	腹膜透析施行時に使用し、紫外線照射による殺菌を行うことが可能なもの	C 154 紫外線殺菌器加算
腹膜灌流用熱殺菌器	機械器具（7）内臓機能代用器	腹膜灌流回路用加熱溶融接合装置	腹膜透析施行時に使用し、加熱により無菌的にチューブの接合を行うことができるもの	C 154 紫外線殺菌器加算
酸素供給装置（Ⅰ）	機械器具（6）呼吸補助器	酸素濃縮装置 能動型機器接続用酸素濃縮器	酸素濃縮装置であるもの	C 158 酸素濃縮装置加算
酸素供給装置（Ⅱ）	機械器具（6）呼吸補助器	液体酸素気化式供給装置 液体酸素気化式供給装置セット	20～50リットルの内容積の設置型液化酸素装置であるもの	C 159 液化酸素装置加算 1 設置型液化酸素装置
酸素供給装置（Ⅲ）	機械器具（6）呼吸補助器	液体酸素気化式供給装置 液体酸素気化式供給装置セット	1リットル前後の内容積の携帯型液化酸素装置であるもの	C 159 液化酸素装置加算 2 携帯型液化酸素装置加算
酸素供給調節器	機械器具（32）医療用吸引器 機械器具（6）呼吸補助器	呼吸同調式レギュレータ 呼吸同調式レギュレータセット	鼻カニューレを用いて携帯用酸素供給装置から供給される酸素の流量を、患者の呼吸に同調して調節することが可能なもの	C 159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算
在宅人工呼吸器（Ⅰ）	機械器具（6）呼吸補助器	ガス式肺人工蘇生器	気管切開、鼻マスク又は顔マスクを介して人工呼吸を行うことが可能な陽圧式人工呼吸器であるもの。ただし持続陽圧呼吸（CPAP）療法治療器は含まない。	C 164 人工呼吸器加算 1 陽圧式人工呼吸器
		新生児・小児用人工呼吸器 高頻度人工呼吸器 呼吸肺人工蘇生器 再使用可能な手動式肺人工蘇生器 手動式ジェット人工呼吸器 手動式心臓ポンプ人工蘇生器 単回使用手動式肺人工蘇生器 可搬型人工呼吸器 家庭治療用人工呼吸器 二相式気道陽圧ユニット 成人用人工呼吸器 汎用人工呼吸器		C 164 人工呼吸器加算 2 人工呼吸器
在宅人工呼吸器（Ⅱ）	機械器具（6）呼吸補助器	陰圧人工呼吸器	陰圧式人工呼吸器であるもの	C 164 人工呼吸器加算 3 陰圧式人工呼吸器
在宅人工呼吸器（Ⅲ）	機械器具（6）呼吸補助器	持続的気道陽圧ユニット 持続的自動気道陽圧ユニット	鼻マスクを介した持続的陽圧呼吸（nasal CPAP）を行うことが可能なもの	C 165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算
携帯型注入ポンプ	機械器具（74）医薬品注入器	加圧式医薬品注入器 患者管理無痛法用輸液ポンプ	薬剤などを持続的に注入することが可能な携帯型注入ポンプであるもの	C 166 携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算
脳深部刺激・脊髄刺激装置送信器	機械器具（12）理学診療用器具	除痛用電気刺激装置	体内埋込型受信器に電気信号を送ることが可能な送信器であるもの	C 167 疼痛管理用送信器加算

手術

特定診療報酬算定医療機器の区分	定義		その他の条件	対応する診療報酬項目	
	薬事法承認上の位置付け				
	類別	一般的名称			
骨電気刺激装置	機械器具 (12) 理学診療用器具	電気骨折治療器	骨折の治療促進を行うことが可能なもの	K 047	難治性骨折電磁波電気治療法
超音波骨折治療器	機械器具 (12) 理学診療用器具	超音波骨折治療器	超音波を用いて骨折の治療促進を行うことが可能なもの	K 047-2 K 047-3	難治性骨折超音波治療法 骨折超音波治療法
眼科用光凝固装置	機械器具 (31) 医療用焼灼器	眼科用レーザー光凝固装置 眼科用レーザー光凝固・パルスレーザー手術装置	眼科用レーザー光凝固装置であるもの	K 270 K 271 K 273 K 276	虹彩光凝固術 毛様体光凝固術 隅角光凝固術 網膜光凝固術
網膜復位用ガス	医療用品 (04) 整形用品	網膜復位用人工補綴材	眼球内部より剥離した網膜を脈絡膜上に復位・固定するために、硝子体腔内に充填するガスであること。	K 275 K 280 K 281	網膜復位術 硝子体茎頭顕微鏡下離断術 1 網膜付着組織を含むもの 増殖性硝子体網膜症手術
眼科用レーザー手術装置	機械器具 (31) 医療用焼灼器	眼科用パルスレーザー手術装置 眼科用レーザー光凝固・パルスレーザー手術装置	後発白内障切開術が可能なもの	K 282-2	後発白内障手術
超音波白内障手術装置	機械器具 (12) 理学診療用器具 機械器具 (29) 電気手術器	白内障・硝子体手術装置 水晶体乳化術白内障摘出ユニット	水晶体の破砕が可能なもの	K 282	水晶体再建術
前房レンズ 後房レンズ ヘパリン使用後房レンズ 多焦点後房レンズ 挿入器付後房レンズ	機械器具 (72) 視力補正用レンズ	前房レンズ 後房レンズ ヘパリン使用後房レンズ 多焦点後房レンズ 挿入器付後房レンズ	白内障に対する手術後の無水晶体眼の視力補正が可能なもの	K 282	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合
埋込型医薬品注入器	機械器具 (74) 医薬品注入器	皮下用ポート及びカテーテル 長期的使用注入用植込みポート	繰り返し薬液投与を行うために体内に留置するもの	K 611 K 618	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 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置
レーザー手術装置 (I)	機械器具 (31) 医療用焼灼器	炭酸ガスレーザー ネオジミウム・ヤグレーザ エキシマレーザー 色素レーザー ネオジミウム・ヤグ倍周波数レーザー 一酸化炭素レーザー エルビウム・ヤグレーザ ホルミウム・ヤグレーザ パルスホルミウム・ヤグレーザ アルゴン・クリプトンレーザー ルビーレーザー 銅蒸気レーザー 色素・アレキサンドライトレーザー クリプトンレーザー ダイオードレーザー ヘリウム・カドミウムレーザー KTPレーザー	レーザーにより組織の凝固又は切開が可能なもの	K 841-2	経尿道的レーザー前立腺切除術
レーザー手術装置 (II)	機械器具 (31) 医療用焼灼器	PDTエキシマレーザー	光線力学療法が可能な波長630nmのエキシマ・ダイレーザー又はYAG・OPOレーザーであるもの	K 526-3 K 653-4 K 872-5	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
レーザー手術装置 (III)	機械器具 (12) 理学診療用器具 機械器具 (31) 医療用焼灼器	体内挿入式レーザー結石破砕装置 色素レーザー ホルミウム・ヤグレーザ パルスホルミウム・ヤグレーザ 色素・アレキサンドライトレーザー	経皮的尿路結石破砕が可能なもの	K 781	経尿道的尿路結石除去術
体外型心臓ペースメーカー	機械器具 (7) 内臓機能代替器	侵襲式体外型心臓ペースメーカー 非侵襲式体外型心臓ペースメーカー 経食道体外型心臓ペースメーカー	不整脈の補正 (心臓ペースメーカー) が可能なもの	K 596	体外ペースメーカーキック
マイクロ波手術器	機械器具 (29) 電気手術器	焼灼術用電気手術ユニット	マイクロ波により組織の止血及び凝固が可能なもの	K 697-2 K 695	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法 肝切除術
ラジオ波手術器	機械器具 (29) 電気手術器	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
結紮器及び縫合器	機械器具 (30) 結紮器及び縫合器	結紮器及び縫合器	直腸粘膜の環状切離及び吻合が可能なもの	K 743	痔核手術 (脱肛を含む。) 5 PPH
体外式衝撃波結石破砕装置 (I)	機械器具 (12) 理学診療用器具	体外式結石破砕装置 微小火薬挿入式結石破砕装置	胆石の破砕が可能なもの	K 678	体外衝撃波胆石破砕術
体外式衝撃波結石破砕装置 (II)	機械器具 (12) 理学診療用器具	体外式結石破砕装置	腎・尿管結石の破砕が可能なもの	K 768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

		微小火薬挿入式結石破砕装置			
体外式衝撃波結石破砕装置 (Ⅲ)	機械器具 (12) 理学診療用器具	体外式結石破砕装置 微小火薬挿入式結石破砕装置	胆石及び腎・尿管結石の破砕が可能なもの	K 678 K 768	体外衝撃波胆石破砕術 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
恥骨固定式膀胱頸部吊上術用装置	機械器具 (30) 結紮器及び縫合器	尿失禁挙上針	恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うことが可能なもの	K 823	尿失禁手術 1 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの
経尿道的前立腺高温度治療装置	機械器具 (12) 理学診療用器具	高周波式ハイパサーミアシステム マイクロ波ハイパサーミアシステム	経尿道的にアプリータを挿入して前立腺肥大組織を45度以上まで加温することができるもの	K 841-3	経尿道的前立腺高温度治療
超音波治療器	機械器具 (12) 理学診療用器具	超音波治療器	経肛門的にプローベを挿入して、超音波により前立腺肥大組織を60度以上まで加熱することができるもの	K 841-4	焦点式高エネルギー超音波療法
分娩用吸引器	機械器具 (32) 医療用吸引器	分娩用吸引器 手動式分娩用吸引器	吸引娩出に用いられるもの	K 893	吸引娩出術
自家輸血装置	機械器具 (7) 内臓機能代用器	自己血回収装置 単回使用自己血回収キット	術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄又は濾過を行い、患者の体内に戻すことが可能なもの	K 923	術中術後自己血回収術 (自己血回収器具によるもの)
超音波手術器	機械器具 (12) 理学診療用器具	超音波手術器	超音波により組織の凝固又は切開が可能なもの	K 931	超音波凝固切開装置等加算
電気手術器	機械器具 (29) 電気手術器	治療用電気手術器	電気により血管及び組織の閉鎖又は剥離が可能なもの	K 931	超音波凝固切開装置等加算

保険医の使用医薬品（揭示事項等告示第 6 関係）及び保険薬剤師の使用医薬品（揭示事項等告示第 14 関係）に係る留意事項について
（平成 20 年 3 月 5 日保医発第 0305009 号）

- 2 医療上の需要がなくなる等の理由により、製造販売業者から今後供給する予定がなく、既に製造販売承認及び許可の廃止の手続きがとられた医薬品について、「揭示事項等告示」の別表第 1、別表第 2 及び別表第 4 に収載し、経過措置品目としたものであること。
- また、経過措置品目とされた医薬品の使用期限は、別表第 1 及び別表第 4 については平成 20 年 8 月 31 日限りとし、別表第 2 ~~及び別表第 4~~ については、使用期限を平成 21 年 3 月 31 日限りとしたものであること。

「入院時食事療養費に係る入院時生活療養の実施上の留意事項について」等の一部改正について
(平成20年3月19日保医発0319003号)

「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」(平成14年3月8日保医発第0308009号)の一部改正について

第2 届出に関する手続き

5 地方社会保険事務局長は、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、~~都道府県知事に対して正本に受理番号を付して送付すること。また、届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、併せて、都道府県社会保険診療報酬支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会に対して、受理番号付して通知すること。~~

- | | | |
|---------------|----------|---|
| ○訪問看護基本療養費(Ⅱ) | (訪看10) 第 | 号 |
| ○24時間対応体制加算 | (訪看23) 第 | 号 |
| ○24時間連絡体制加算 | (訪看24) 第 | 号 |
| ○重症者管理加算 | (訪看25) 第 | 号 |

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「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」等の一部改正について（平成20年3月28日保医発第0328001号）

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「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」（平成18年3月13日保医発第0313003号）の一部改正について

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（揭示事項等告示第3及び医薬品等告示関係）

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

(4) 薬局にあっては、算定告示別表第三調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注~~9~~2の規定に基づく届出を行った薬局であって、(3)のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき医療機器を支給するものであること。

14 保険適用されている医療機器の薬事法に基づく承認に係る使用目的、効能若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法と異なる使用目的、効能若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法に係る使用に関する事項

(4) 薬局にあっては、算定告示別表第三調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注~~9~~2の規定に基づく届出を行った薬局であって、(3)のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき医療機器を支給するものであること。

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等（揭示事項等告示第10関係）

2 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(2) 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである。

(3) 投~~与薬~~量が90日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである。

「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）の一部改正について

第3 介護調整告示について

要介護被保険者等である患者に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものとし、別紙を参照のこと。

(別紙)

区分	入院中以外の患者（次の施設に入居又は入所する患者）					介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	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				
	自宅 社会福祉施設 身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。） ※5	高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、養老老人ホーム及び養護老人ホーム（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設を除く。）並びに小規模多機能型居宅介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護を受ける者が利用する事業所 ※5	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（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設		(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)	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	介護療養型医療施設以外の病床 (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)	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。）（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除く。） 介護療養型医療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	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。）（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。） 介護療養型医療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(外泊中)	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。）（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。） 介護療養型医療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	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。）（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。） 介護療養型医療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(外泊中)
基本	初・再診料		○		○ (配置医師が行う場合を除く。)		○ (入院に係るものを除く。)	×	×	×	○	×	○
	入院料等		—		—	—	—	○ (診療所後期高齢者医療管理料を除く。)	×	○ (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	—	—	—	—	—	○	×	×	×	×	
		退院時共同指導料1	—	—	×	×	○	×	×	×	×	×	
		退院時共同指導料2	—	—	—	—	○	×	×	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注1)	○	○	○	○	○	×	○	×	×	×	
		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料が算定されている場合を除く。)	×	×	×	○	×	○	×	×	×	
		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料が算定されている場合を除く。)	○	×	×	○	×	○	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注4)	○	×	○	×	○	×	○	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注5)	○	○	×	×	○	×	○	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注6)	○	○	×	×	○	×	○	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注7)	○	○	×	×	○	×	○	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注8)	○	○	×	×	○	×	○	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注9)	○	○	×	×	○	×	○	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注10)	○	○	×	×	○	×	—	—	—	—	
		診療情報提供料(Ⅱ)	○	○	×	×	○	×	○	×	×	×	
		後期高齢者退院時薬剤情報提供料	—	—	—	—	○	—	○	—	—	—	
		後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	—	—	—	—	○	—	○	—	—	—	
		後期高齢者診療料	○	○	○	○	○ (配置医師が行う場合を除く。)	×	—	—	—	—	—
		後期高齢者外来継続指導料	○	○	○	○	○	×	—	—	—	—	
		後期高齢者終末期相談支援料	○	○	○	○	○ (末期の悪性腫瘍の患者で施設の医師と共同で行った場合に限る。)	×	○	—	—	—	—
上記以外	○	○	×	×	○ (「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」に定められているものを除く。)	×	○	○	×	×	×		
往診料	○	○	○	○	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○	×	—	—	—	—		
在宅患者訪問診療料 (居住系施設入居者等以外)	○	—	—	—	—	×	—	—	—	—	—		

区分	入院中以外の患者（次の施設に入居又は入所する患者）						介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	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			
	自宅 社会福祉施設 身体障害者施設等（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） ※5	高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設を除く。）並びに小規模多機能型居宅介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護を受ける者が利用する事業所 ※5	認知症対応型グループホーム	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	（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）	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	介護療養型医療施設以外の病床		介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。）（認知症病棟の病床における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。） ※1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患者を除く）	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（外泊中）	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（外泊中）	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
特掲	在宅患者訪問診療料（居住系施設入居者等）	—	○	○	○	○	—	×	—	—	—	—
	在宅時医学総合管理料	○	○ （養護老人ホーム及び軽費老人ホームA型の場合を除く。）	○	—	○	—	×	—	—	—	—
	特定施設入居時等医学総合管理料	—	○ （養護老人ホーム及び軽費老人ホームA型の場合に限る。）	—	○	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）	×	×	×	×	×
	在宅末期医療総合診療料	○	○	○	×	○	×	×	—	—	—	—
	在宅患者訪問看護・指導料	○ （※2）	—	—	—	—	—	×	—	—	—	—
	居住系施設入居者等訪問看護・指導料	—	○ （※2）	○ （※2）	○ （※2）	○ （※2）	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合の居住系施設等ターミナルケア加算は算定できない。）	×	—	—	—	—
	在宅移行管理加算	○ （末期の悪性腫瘍等の患者又は特別指示書が出された患者であって当該月に介護保険における特別管理加算特別訪問看護加算を算定していない場合に限る。）					○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）	—	—	—	—	—
	その他の在宅患者訪問看護・指導料又は居住系施設入居者等訪問看護・指導料に係る加算	○ （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限る。）	—	—	—	—	—
	在宅患者訪問薬剤管理指導料（居住系施設入居者等以外）	×	—	—	—	—	—	×	—	—	—	—
	在宅患者訪問薬剤管理指導料（居住系施設入居者等）	—	×	×	×	×	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）	×	—	—	—	—
	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（居住系施設入居者等以外）	×	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（居住系施設入居者等）	—	×	×	×	×	×	×	—	—	—	—
	在宅患者訪問栄養食事指導料（居住系施設入居者等以外）	×	—	—	—	—	—	×	—	—	—	—
	在宅患者訪問栄養食事指導料（居住系施設入居者等）	—	×	×	×	×	×	×	—	—	—	—
在宅患者連携指導料	—	—	×	—	—	×	×	—	—	—	—	
在宅患者緊急時等カンファレンス料	—	—	○	—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）	×	—	—	—	—	
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料	—	—	○	—	—	○ （「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」に定められているものを除く。）	×	—	—	—	—	
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	—	—	○	—	—	○	○	—	—	—	—	

区分	入院中以外の患者（次の施設に入居又は入所する患者）					介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	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					
	自宅 社会福祉施設 身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防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） ※5	高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、経費老人ホーム及び養護老人ホーム（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設を除く。）並びに小規模多機能型居宅介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護を受ける者が利用する事業所 ※5	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（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	（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） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	介護療養型医療施設以外の病状	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） （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除く。）	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） （認知症病棟における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。）	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 （外泊中）	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 （外泊中）	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 （外泊中）
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			○			○	※3	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	○	○		※3	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）
注射			○			○	※4	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	○	○		※4	○ （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		○ （同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から1ヶ月を経過した日以降は算定不可）				○ （同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から1ヶ月を経過した日以降は算定不可）	○ （大臣の定める項目は算定不可）	○ （視能訓練及び難病患者リハ科に係る部分に限る。）	○		×		×
特掲 精神科 専門療法	通院・在宅精神療法		○			○ （ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。）	×	×	×	○		×	
	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。）	
	精神科作業療法		○			○	×	×	○		×	○	
	精神科退院指導料		—			—	—	○	×	○		×	○
	精神科退院前訪問指導料		—			—	—	○	×	○		×	○
	重度認知症患者デイ・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Mのものに限る。）	○	○	○	○	×	—	—			—
	上記以外		○			○ （「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」に定められているものを除く。）	×	○	○			○	
処置		○			○	○ （大臣の定める項目は算定不可）	○ （大臣が定めるものを除く。）	○		×		○	
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		○			○	○	○	○		×		○	
病理診断		○			○	○	○	×	○		×	○	
訪問歯科衛生指導料		×			○	○	○	○				○	

区分	入院中以外の患者（次の施設に入居又は入所する患者）				介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	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					
	自宅 社会福祉施設 身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防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） ※5	高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム及び養護老人ホーム（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設を除く。）並びに小規模多機能型居宅介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護を受ける者が利用する事業所 ※5	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（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設		併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	介護療養型医療施設以外の病床 （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）	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。）（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除く。）※1	介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。）（認知症病棟の病床における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。）	介護療養型医療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 （外泊中）	介護療養型医療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 （外泊中）	介護療養型医療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 （外泊中）
訪問看護療養費	24時間対応体制加算 24時間連絡体制加算	○ (※2、ただし当該月に介護保険における緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定していない場合に限る。)	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	重症者管理加算	○ (※2、ただし当該月に介護保険における特別管理加算を算定していない場合に限る。)	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	退院時共同指導加算	○ (末期の悪性腫瘍等の患者又は退院後初回の訪問看護が特別訪問看護指示書の場合に限る。)	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	退院支援指導加算	○ (末期の悪性腫瘍等の患者又は退院後初回の訪問看護が特別訪問看護指示書の場合に限る。)	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	在宅患者連携指導加算	×	×	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	○ (※2)	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	後期高齢者終末期相談支援療養費	○ (末期の悪性腫瘍等の患者又は終末期における療養について文書等にまとめた際に特別訪問看護指示書に係る頻回の訪問看護が必要な期間内である場合に限る。)	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	訪問看護情報提供療養費	×	×	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
訪問看護ターミナルケア療養費	○ (※2)	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合の訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

※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四百四十四条に規定する基準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 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。

※3 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る）

※4 疼痛コントロールのための医療用麻薬

抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜透析を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る）

ダルベオエチン（人工腎臓又は腹膜透析を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る）

※4 疼痛コントロールのための医療用麻薬

インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）

抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

※5 社会福祉施設、身体障害者施設等及び養護老人ホームに入居する者に係る医師診療報酬点数表の算定について、別に「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18年3月31日保医発第0331002号）に規定がある場合にあつては、当該規定が適用されるものであること。

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
(平成20年 3月28日保医発第0328002号)

「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

別紙 1

診療報酬請求書等の記載要領

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第 1 診療報酬請求書(医科・歯科、入院・入院外併用)に関する事項(様式第 1(1))

9 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

(4) 「一部負担金(控除額)」欄の記載方法は、~~8~~の(4)と同様であること。

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

(28) 「画像診断」欄について

オ 電子画像管理加算(エックス線診断料、核医学診断料又はコンピューター断層撮影
診断料)を算定した場合には、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に~~撮影
回数を記載するとともに、電画~~と表示すること。

(30) 「入院」欄について

エ (省略)

[記載例 1]

7月 1日

1,198×1日(入院基本料C)

23 その他難病(スモン及び~~1220~~~~~1422~~までを除く。),

ADL10点

- 7月2日～7月15日 1,320×14日（入院基本料B）
23 その他難病（スモン及び~~1220~~～~~1422~~までを除く。），
ADL23点
- 7月16日～7月31日 1,709×16日（入院基本料A）
13 中心静脈栄養を実施している状態，ADL23点
23 その他難病（スモン及び~~1220~~～~~1422~~までを除く。）

※)疾患又は状態等については、「医療区分・ADL区分に係る評価票」において該当する番号の記載のみでもよい。

(35) 「食事・生活療養」欄について

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号に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第15条第1項第4号及び同令附則第6条第1項に掲げる者の場合は、(3533)のウの(エ)と同様とする。ただし、高齢者医療確保法施行令第15条第1項第4号に掲げる者のうち、同令第14条第5項に規定する老齢福祉年金の受給者であつて、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。

エ 健康保険法施行令第42条第2項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号及び同令附則第2条第8項又は高齢者医療確保法施行令第15条第1項第3号及び同令附則第5条第1項に掲げる者の場合は、(3533)のウの(オ)と同様とする。なお、入院日数が90日を超えた場合の特例の対象となる場合は、併せて「3月超」の字句を○で囲むこと。

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2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第1（3））

11 「明細書枚数①+~~②~~+③」欄について

「①合計」、~~「②計」~~及び「③計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載すること。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には当該明細書の枚数を合計すること。

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(15) 「傷病名部位」欄について

エ 歯科矯正の病名の記載に当たっては、~~病名は~~主要な咬合異常の状態を記載し、併せて唇顎口蓋裂の裂型（顎変形症にあつては、頭蓋に対する上下顎骨の主要な相対的位置関係の分類（例：上顎右側偏位））等を記載すること。

(23) 「X線・検査」欄について

ケ 「その他」欄について

(ケ) 顎運動関連検査を算定する場合は、実施した検査名及び検査日を記載すること。

(24) 「処置・手術」欄について

ノ 歯の再植術又は歯の移動術を行った場合は、所定点数及び回数を記載すること。~~なお「摘要」欄に、歯の再植術を行った部位、再植を行うに至った理由を併せて記載すること。~~

(26) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ク 「充填」欄について

(イ) 充填に際して「充填材料」欄には、歯科用充填材料Ⅰを用いた場合は「充Ⅰ」の項に、歯科用充填材料Ⅱを用いた場合は「充Ⅱ」の項に、歯科用充填材料Ⅲを用いた場合は「充Ⅲ」の項に、それ以外の材料を用いた場合には「その他」の項に、~~それぞれ使用した材料の名称又はその略称、~~充填材料の点数及び回数を記載すること。

サ 「鑄造歯冠修復」欄について

(キ) 歯科鑄造用14カラット金合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「14K」欄の左から、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠~~及び~~、接着冠の順に点数及び回数を記載する。

(28) 「摘要」欄について

タ 歯周病安定期治療を算定する場合は、実施日及び前回実施~~月~~を記載すること。なお、歯周病安定期治療と機械的歯面清掃加算を同月において算定する場合は、機械的歯面清掃加算の実施日を記載すること。

~~ロ 接着ブリッジ支台歯に係る歯冠形成又は鑄造歯冠修復を算定した場合は、当該部位を記載すること。~~

~~ロ~~ 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又は顎変形症）及び当該疾患に係る顎切除又は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名を記載すること。

また、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。

~~ヲ 顎運動関連検査を算定した場合は、実施した検査名及び検査日を記載すること。~~

~~ワ~~ 請求に際して、特に説明が必要と判断される内容については、当該欄に簡潔に記載すること。

~~ヲ~~ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙（用紙の色は白色で可とする。）に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号（例；1社・国 1単独 2本外）、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、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第4）

6 「医療保険」欄について

- (3) 「①合計」欄には、「医保（70以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（70以上一般・低所得）」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（70以上7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（6歳）と公費の併用」欄と「医保単独（6歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。なお、処方せん受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。

第1の2 調剤報酬請求書に関する事項（様式第9）

1 「後期高齢者医療」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、第1の6の(2)と同様であること。この場合、第1の6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。

また、「一部負担金」欄については、高齢者医療確保法第69条第1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。

第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）

2 調剤報酬明細書に関する事項

(21) 「処方」欄について

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)~~(24)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。

(26) 「加算料」欄について

ア 嚙下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算、無菌製剤処理加算又は後発医薬品調剤加算を算定する場合は、当該欄に **困**、

麻・向・覚原・毒、時、休、深、特、自、計、予、菌又は後発の記号を付して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数を記載すること。

ただし、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、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか1欄にのみ記載すること。

(31) 「薬学管理料」欄について

ア 「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の記号と回数を下記により記載すること。

(キ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」又は「2」を算定した場合は、~~訪A~~訪A又は~~訪B~~訪Bの記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、~~訪A~~訪A又は~~訪B~~訪Bの回数の次に併せて麻の記号を付してその回数を記載すること。なお、月に2回以上算定する場合は、それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を記載すること。

「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18年3月30日保医発第0330008号）の一部改正について

別紙

訪問看護療養費請求書等の記載要領

II 請求書等の記載要領

第2 明細書に関する事項（様式第四）

28 「訪問看護ターミナルケア療養費」欄について

訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護管理基本療養費を算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合に、訪問看護ターミナルケア療養費の所定額を「××, ×××」円と記載し、「死亡時刻」欄に死亡年月日及び時刻も併せて記載すること。

31 「合計」欄について

- (1) 「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公費に係る金額（「基本療養費」欄の金額、「管理療養費」欄の金額、「情報提供療養費」欄の金額、「後期高齢者終末期相談支援療養費」欄の金額及び「訪問看護ターミナルケア療養費」欄の金額の合計をいう。）を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額は、「公費①」の項に記載すること。ただし、第1公費に係る金額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る金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公費に係る金額が第1公費に係る金額と同じ場合は、第2公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。

- (2) 「負担金額」の項については、以下によること。

ウ 高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって~~特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当（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、当該医療券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、「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合は、当該2割相当（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額を記載すること。~~