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（β₂－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~~まで~~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、β₂－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~~冊~~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
~~(4)~~(3)　ストレートプレート	吸収性接合材・Ｆ９－ｂ
~~(5)~~(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~~処置~~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~~ ~~２　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１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0319004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、~~皮下筋肉内注射~~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0319004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~~添~~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~~項~~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~~大~~）、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〇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	
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）	○			×	○	×		×	×		×		

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）		○	○ （視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Ⅳ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	
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。）					×		×	×		×		○

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="3">区　　分</th><th colspan="4">入院中以外の患者</th><th colspan="2">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）</th><th colspan="4">入院中の患者</th><th rowspan="3">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）</th></tr>
<tr><th rowspan="2">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）</th><th rowspan="2">有料老人ホーム

（特定施設入居者生活介護以外）</th><th rowspan="2">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）</th><th colspan="2">特定施設入居者
（特定施設又は地域密着型特定施設）</th><th rowspan="2">併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師</th><th rowspan="2">併設保険医療機関の医師</th><th rowspan="2">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）</th><th colspan="2">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）</th><th colspan="2">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）</th></tr>
<tr><th>うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護</th><th>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</th><th>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</th><th>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</th><th>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</th></tr>
<tr><td>調剤</td><td>上記以外</td><td colspan="5">○</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td>○</td></tr>
<tr><td rowspan="5">訪問看護療養費</td><td>訪問看護管理療養費</td><td colspan="5">○
（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。）</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td><td rowspan="5">○
（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。）</td></tr>
<tr><td>２４時間連絡体制加算</td><td colspan="5">○
（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。）</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td></tr>
<tr><td>重症者管理加算</td><td colspan="5">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td></tr>
<tr><td>訪問看護情報提供療養費</td><td colspan="5">×</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td></tr>
<tr><td>上記以外</td><td colspan="5">○
（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。）</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">×</td></tr>
</table>

※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