

事 務 連 絡  
平成18年3月31日

社団法人 日本病院会 御中

厚生労働省保険局医療課

「平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」の送付について

標記については、本日、別添のとおり地方社会保険事務局長、都道府県民生主管部（局）国民健康保険主管課（部）長及び都道府県老人医療主管部（局）老人医療主管課（部）長あて連絡したので、お知らせします。



保医発第0331001号

平成18年3月31日

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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306001号）、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成18年3月6日保医発第0306002号）、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成18年3月6日保医発第0306003号）、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の制定に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」（平成18年3月6日保医発第0306006号）、「特定保険医療材料の定義について」（平成18年3月6日保医発第0306008号）、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」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）及び「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について（通知）」（平成18年3月20日保医発第0320001号）について、それぞれ別紙1から別紙7までのとおり訂正するので、その取り扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第2節 再診料

A002 外来診療料

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

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

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

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

(表略)

※1から※3 (略)

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

A104 特定機能病院入院基本料

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

#### A105 専門病院入院基本料

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

#### A106 障害者施設等入院基本料

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

### 第3節 特定入院料

#### 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基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の一般病棟の包括病床群（以下「包括病床群」という。）に入院している特定患者（第1節の「一般病棟入院基本料」の~~(3)~~(4)に規定する特定患者をいう。）について算定する。

## 第2章 特掲診療料

### 第2部 在宅医療

#### 第2節 在宅療養指導管理料

##### 第1款 在宅療養指導管理料

#### C101 在宅自己注射指導管理料

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

### 第3節 薬剤料

#### C200 薬剤

- (1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

##### 【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第VIII因子製剤、乾燥人血液凝固第VIII因子製剤、乾燥人血液凝固第IX因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、塩酸モルヒネ製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジンI<sub>2</sub>製剤及び注射用水

## 第3部 検査

### 第3節 生体検査料

#### D282-3 コンタクトレンズ検査料

- (5) コンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、「1」又は「2」の所定点数を算定し、別に区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査を算定することはできない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、緑内障の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラーネーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。）又は眼内の手術前後の患者等にあつては、当該点数を算定せず、区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査により算定する。なお、この場合においても、区分「A000」に掲げる初診料は算定せず、区分「A001」に掲げる再診料又は区分「A002」に掲げる外来診療料を算定する。

## 第7部 リハビリテーション

### <通則>

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

## 第9部 処置

### <通則>

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

#### J038 人工腎臓

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

ア (略)

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

ウ～カ (略)

## 第10部 手術

## 第1節 手術料

### 第5款 耳鼻咽喉

#### K388-2 咽喉頭粘膜下軟骨片挿入術

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

### 第9款 腹部

#### ~~K682 胆管外瘻造設術~~

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

~~(2) 経皮的胆管ドレナージの開始以後ドレーン法を行った場合は、区分「J002」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。~~

#### K682-2 経皮的胆管ドレナージ

経皮的胆管ドレナージの開始以後ドレーン法を行った場合は、区分「J002」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

## 第3節 手術医療機器等加算

### K930 脊髓誘発電位測定加算

「注」に規定する脊椎、脊髓又は大動脈瘤の手術とは、区分「K116」から「K118」まで、「K128」から「K136」まで、「K138」、「K139」、「K142」から「K142-3」まで、「K183」から「K190-2」まで、「K191」、「K192」~~まで~~及び「K560」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目に準じて所定点数を算定する手術については加算は行わない。

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 2 章 特掲診療料

第 1 部 医学管理等

B 0 0 0 歯科口腔衛生指導料

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

B 0 0 4 - 8 歯科疾患継続指導料

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

第 2 部 在宅医療

C 0 0 0 歯科訪問診療料

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

C 0 0 1 訪問歯科衛生指導料

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

第 3 部 検査

第 1 節 検査料

D 0 0 2 - 4 歯科疾患継続管理診断料

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

定する。

#### D003 スタディモデル（1組につき）

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

#### D003-2 口腔内写真検査

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

### 第8部 処置

#### [通則]

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

#### 第1節 処置料

##### I000-2 咬合調整

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

##### I003 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置

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

##### I006 感染根管処置

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



材料料をそれぞれ算定する。\_\_

#### I 0 0 7 根管貼薬処置

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

#### I 0 1 1 歯周基本治療

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

#### I 0 1 4 暫間固定

(8)から(12)までを、(9)から(13)までとする。

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

## 第9部 手術

### 第1節 手術料

#### J 0 0 4 歯根端切除手術（1歯につき）

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

#### J 0 1 0 顎堤形成術

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

#### J 0 6 4 歯肉歯槽粘膜形成手術

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

#### J 0 8 4-2 小児創傷処理（6歳未満）

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

ンチメートル以上5センチメートル未満)」により算定する。

## 第12部 歯冠修復及び欠損補綴

### [通則]

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

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

#### 第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

##### M000-2 補綴物維持管理料

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

#### 第13部 歯科矯正

##### N000 歯科矯正診断料

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

別紙様式12及び別紙様式13を別添のとおり訂正する。

(別紙様式12)

# 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

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

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	電話 ( ) -	
主たる傷病名		
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状態	
	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	日常生活 自立度	寝たきり度 <u>子</u> <u>A</u> <u>B</u> <u>C</u> J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 痴呆認知症 の状況 <u>子</u> <u>II</u> <u>III</u> <u>IV</u> <u>M</u> I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認 定の状況	要支援 要介護 ( 1 2 3 4 5 )
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( /min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻:チューブサイズ , 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ , 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定 ) 10. 気管カニューレ (サイズ ) 11. ドレーン (部位: ) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他 ( )	
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項		
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他		
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)		
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有:指定訪問看護ステーション名 )		

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX.)  
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式13)

精神訪問看護指示書 (基本療養費Ⅱ)

指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

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

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X . )  
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

第3 届出受理後の措置等

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

次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

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

第4 経過措置等

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

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

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

別添 1

第2 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

- 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

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

## 別添 2

### 第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

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

別紙 2 及び様式 3 の 6 を別添のとおり訂正する。

## 看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

## 1 一般病棟の場合

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

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

## (1) 看護職員配置の算出方法

- ① 各勤務帯に従事している看護職員の1人当たりの受け持ち患者数が10人以内であること。  
(40人×1/10)×3=当該病棟に1日当たり12人以上の看護職員が勤務していること。
- ② 月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員中の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が70%を満たすこと。  
当該病棟の月平均1日当たり勤務する看護職員が~~12~~12人の場合  
~~12~~12人×70%=~~8.4~~9人（少数点以下切り上げ）

## (2) 看護職員1人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

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

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

- 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1の入院基本料1の届出を行う場合 】

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

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

### (2) 看護要員1人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

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

- ① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：17時から翌朝9時まで（16時間）
- ② 夜勤時間と従事者数：2人以上の看護要員が配置されている。

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

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

2人×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×26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）

様式3の6

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

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

2. 院内感染防止対策に係る内容

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

3. 医療安全管理体制に係る内容

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

4. 褥瘡対策に係る内容

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

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

別添 1

第13 歯科疾患総合指導料

1 歯科疾患総合指導料 1 に関する施設基準

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

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(I)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)に関する施設基準

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

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

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 1 括弧内は、いずれか該当するものに○を記入する。
- 2 「3」について、それぞれ交代制有りの場合は、勤務割表の例を添付すること。
- 3 「5」及び「6」については、他の保険医療機関等と連携して24時間対応体制や緊急入院体制を確保する場合に記入すること。
- 4 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅療養支援診療所に係る報告書

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

[記載上の注意]

- 1 「1」の括弧内は、いずれかに該当するものに○を記入する。
- 2 「2」の在宅療養の担当患者数は、主治医として担当している患者数を記入すること。
- 3 「2」の平均診療期間は、主治医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。――
- 4 「2」の「うち死亡患者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「自宅以外」欄へ計上すること。
- ※5 「3」は、主治医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。

歯科疾患総合指導料1  
 歯科疾患総合指導料2
 
 の施設基準に係る届出書添付書  
 ※該当する届出事項を○で囲むこと。

1. 歯科医師の氏名 (□には、適合する場合「レ」を記入すること)

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

2. 歯科衛生士の氏名 (□には、適合する場合「レ」を記入すること)

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

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

	氏 名	職種名
1		
2		
3		
合計人数	名	

4. 連携医療機関 (内科等を標榜する保険医療機関)

名 称	
標 榜 科 名	
所 在 地 ( 電 話 番 号 )	

5. 補綴物維持管理の届出年月 (楷書で記載すること)

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

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

歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出書

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

歯科疾患総合指導料届出区分	届出年月日
<input type="checkbox"/> 歯科疾患総合指導料 1	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
<input type="checkbox"/> 歯科疾患総合指導料 2	

2. 常勤の歯科医師の氏名等

常勤の歯科医師名	経験年数

3. 歯科衛生士等の氏名等 (歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと)

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

4. 他別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

5. 緊急時の連絡・対応方法

--

6. 緊急時の連携保険医療機関

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

7. 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称及び台数

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



在宅時医学総合管理料の施設基準に係る届出書添付書類

在宅療養支援診療所の施設基準届出の有無	( 有 ・ 無 )
1 在宅医療を担当する常勤医師の氏名	
2 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者の氏名、資格又は役職	

[記載上の注意]

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

在宅末期医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

ポジトロン断層撮影  
 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

の施設基準に係る届出書添付書類  
 ※該当する届出事項を○囲むこと

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

[記載上の注意]

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

精神科 [ ] ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	精神保健 福祉士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	臨床心理 技術者等	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄養士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護補助者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積							平方メートル
		患者1人当たり					平方メートル

〔記載上の注意〕

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

様式66

歯科矯正診断料・顎口腔機能診断料の施設基準届出書添付書類

施設の別 (対象を○で囲むこと)	歯科矯正診断      /      顎口腔機能診断	
障害者自立支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成      _____年      _____月      _____日	
検査機器の設置状況等  ○で囲むこと)	歯科矯正	機器名：
	セファログラム機器	薬事承認番号：
	下顎運動検査	機器名：
	機器	薬事承認番号：
専任の常勤歯科医師	氏名	
人数	_____名	
専任専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	歯科衛生士
	看護師	
人数	_____名	_____名
口腔の医療を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)※ <sup>1</sup>	保険医療機関名：	
	所在地：	
歯科矯正を担当する施設 (口腔の医療を担当する施設と同一の場合は記入不要)※ <sup>2</sup>	保険医療機関名：	
	所在地：	

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

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

## (別紙1)

~~M012 帯環金属冠（1歯につき）~~~~1 金銀パラジウム合金（金12%以上）~~~~(1) 嚙面圧印冠~~~~イ 大白歯 110点~~~~ロ 小臼歯 82点~~~~(2) 嚙面鑄造冠及び充実冠~~~~イ 大白歯 168点~~~~ロ 小臼歯 121点~~~~2 その他 44点~~~~M013 歯冠継続歯（1歯につき）~~~~[次の材料料（金属材料料とレジン材料料を含む。）と大王歯料との合計により算定する。]~~~~1 14カラット金合金裏装 367点~~~~2 金銀パラジウム合金裏装（金12%以上） 71点~~~~3 その他 15点~~M019 スルフォン熱可塑性樹脂有床義歯（1床につき）

[次の材料料と人工歯料との合計により算定する。]

義歯床用スルフォン樹脂有床義歯（1床につき）

50点

特定保険医療材料の定義について

(別表)

VII 調剤点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格  
特に規定する場合を除き、ⅢIに規定するそれぞれの機能区分の定義等と同様であること。

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

第11 歯科矯正に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第11関係）

- ③ 歯科点数表第2章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定により、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行う、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合



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

別添

第1 対象病院及び対象患者

2 対象患者

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

第3 費用の算定方法

(2) 医療機関別係数

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

(4) 救命救急入院料等の取扱い

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

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



保医発第 0331002 号  
平成 18 年 3 月 31 日

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

殿

厚生労働省保険局医療課長

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

今般、「診療報酬の算定方法」(平成 18 年厚生労働省告示第 92 号)等が公布されたところであり、標記については、診療報酬請求と介護報酬、支援費及び措置費等との整合を明確にするため、平成 18 年 4 月 1 日より下記によることとしたので、遺憾なきを期するとともに、関係者に対して周知徹底を図られたい。

なお、下記事項については、老健局、社会・援護局及び雇用均等・児童家庭局とも協議済みであるので、念のため申し添える。

平成 16 年 3 月 19 日保医発第 0319004 号は、平成 18 年 3 月 31 日限り廃止する。

記

- 1 保険医が、次の(1)から(5)までのいずれかに該当する医師(以下「配置医師」という。)である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療(特別の必要があつて行う診療を除く。)については、初診料、再診料(外来診療料を含む。)、小児科外来診療料及び往診料を算定できない。
  - (1) 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(昭和 41 年厚生省令第 19 号)第 12 条第 1 項第 2 号、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 46 号)第 12 条第 1 項第 2 号、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 11 年厚生省令第 37 号)第 121 条第 1 項第 1 号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 18 年厚生労働省令 35 号)第 129

条第1項第1号の規定に基づき、養護老人ホーム(定員111名以上の場合。以下同じ。)、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所又は指定介護予防短期入所生活介護事業所に配置されている医師

(102) 病院又は診療所と特別養護老人ホームが合築又は併設(「病院又は診療所と老人保健施設又は特別養護老人ホームを併設する場合等における医療法上の取扱いについて」(昭和63年1月20日健政発第23号)にいう合築又は併設をいう。)されている場合の当該病院又は診療所(以下「併設医療機関」という。)の医師

なお、病院又は診療所と養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、身体障害者更生施設(ただし、旧重度身体障害者更生援護施設(身体障害者更生援護施設の設備及び運営に関する基準(平成15年厚生労働省令第21号)の施行の際現に存する同令による改正前の身体障害者更生援護施設の設備及び運営に関する基準(平成12年厚生省令第54号)第9条第7項に規定する重度身体障害者更生支援施設をいう。以下同じ。))に限る。以下同じ。)、身体障害者療護施設、救護施設、知的障害者入所更生施設、知的障害者入所授産施設、乳児院又は情緒障害児短期治療施設が合築又は併設されている場合についても同様の取扱いとする。

(2) 身体障害者更生援護施設の設備及び運営に関する基準(平成15年厚生労働省令第21号)第16条第1項第2号、第17条第1項第2号、第18条第1項第2号、第19条第1項第2号又は第38条第1項第2号の規定に基づき、身体障害者更生施設又は身体障害者療護施設に配置されている医師

(3) 救護施設、更生施設、授産施設及び宿所提供施設の設備及び運営に関する最低基準(昭和41年厚生省令第18号)第11条第1項第2号の規定に基づき、救護施設(定員111名以上の場合。以下同じ。)に配置されている医師

(4) 知的障害者援護施設の設備及び運営に関する基準(平成15年厚生労働省令第22号)第28条第1項第2号又は第52条第1項第2号の規定に基づき、知的障害者入所更生施設(定員150名以上の場合。以下同じ。)又は知的障害者入所授産施設(定員150名以上の場合。以下同じ。)に配置されている医師

(5) 児童福祉施設最低基準(昭和23年厚生省令第63号)第21条第1項又は第75条第1項の規定に基づき、乳児院(定員100名以上の場合。以下同じ。)又は情緒障害児短期治療施設に配置されている医師

2 保険医が次の表の左欄に掲げる医師に該当する場合は、それぞれ当該保険医(併設医療機関の医師を含む。)の配置されている施設に入所している患者については、同表の右欄に掲げる診療報酬を算定できない。

保険医	診療報酬
<ul style="list-style-type: none"> <li>・配置医師（全施設共通。）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院前訪問指導料</li> <li>・特定疾患療養管理料</li> <li>・在宅自己注射指導管理料</li> <li>・在宅自己腹膜灌流指導管理料</li> <li>・在宅酸素療法指導管理料</li> <li>・在宅中心静脈栄養法指導管理料</li> <li>・在宅成分栄養経管栄養法指導管理料</li> <li>・在宅自己導尿指導管理料</li> <li>・在宅血液透析指導管理料</li> <li>・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料</li> <li>・在宅人工呼吸指導管理料</li> <li>・在宅悪性腫瘍患者指導管理料</li> <li>・在宅寝たきり患者処置指導管理料</li> <li>・在宅自己疼痛管理指導管理料</li> <li>・在宅肺高血圧症患者指導管理料</li> <li>・在宅気管切開患者指導管理料</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、知的障害者入所更生施設又は知的障害者入所授産施設の配置医師</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児科療養指導料</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者更生施設の配置医師</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳血管疾患等リハビリテーション料（言語聴覚療法を除く。）</li> <li>・運動器リハビリテーション料</li> <li>・呼吸器リハビリテーション料</li> <li>・難病患者リハビリテーション料</li> <li>・障害児（者）リハビリテーション料（言語聴覚療法を除く。）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者療護施設の配置医師</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳血管疾患等リハビリテーション料(理学療法に限る。)</li> <li>・運動器リハビリテーション料（理学療法に限る。)</li> <li>・呼吸器リハビリテーション料</li> <li>・難病患者リハビリテーション料</li> <li>・障害児（者）リハビリテーション料(理学療法に限る。)</li> </ul>

<p>・情緒障害児短期治療施設 又は知的障害者入所更生 施設の配置医師</p>	<p>・通院精神療法 ・心身医学療法 ・通院集団精神療法 ・精神科作業療法 ・精神科ショート・ケア ・精神科デイ・ケア ・精神科ナイト・ケア ・精神科デイ・ナイト・ケア</p>
<p>・乳児院又は情緒障害児短 期治療施設の配置医師</p>	<p>・小児特定疾患カウンセリング料</p>

3 保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない。

4 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、救護施設、知的障害者入所更生施設、知的障害者入所授産施設、乳児院又は情緒障害児短期治療施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

- ・在宅療養指導料
- ・外来栄養食事指導料
- ・集団栄養食事指導料
- ・乳幼児育児栄養指導料
- ・診療情報提供料（Ⅰ）（注2及び注4に該当する場合に限る。）
- ・在宅患者訪問診療料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものに対し、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合（介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算を算定している場合のターミナルケア加算を除く。）を除く。）
- ・在宅時医学総合管理料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものに対し、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合を除く。）
- ・在宅末期医療総合診療料
- ・在宅患者訪問看護・指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものに対し、在宅療養支援診療所の保険医から訪問看護指示書を受けて実施する場合（介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算を算定している場合のターミナルケア加算を除く。）を除く。）
- ・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（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものに対し、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合を除く。）
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものに対し、在宅療養支援診療所の保険医の指示に基づき実施する場合を除く。）
- ・在宅患者訪問栄養食事指導料
- ・精神科訪問看護・指導料
- ・寝たきり老人訪問指導管理料
- ・訪問看護療養費（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものに対し、在宅療養支援診療所の保険医から訪問看護指示書を受けて実施する場合（介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算を算定している場合のターミナルケア加算を除く。）を除く。）

5 特別養護老人ホーム等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、診療報酬を算定できない。

6 保険医が、特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療を行った場合は、診療報酬明細書の欄外上部に、**施**又は（施）の表示をする。

7 各都道府県知事は、別紙様式により、特別養護老人ホーム等の配置医師に係る情報を把握し、必要に応じ市町村等に対して周知するよう努めること。

事 務 連 絡  
平成18年3月31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）  
都道府県老人医療主管部（局）  
老人医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その3）

「診療報酬の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第92号）等については、  
「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」（平成18年  
3月6日保医発第0306001号）等により、平成18年4月1日より実施  
することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を  
別添のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

## 1. 初再診料

### 【初診料】

(問1) 同日再診(一度帰宅後、受診)の場合にも、2科目が初診であれば135点は算定できるのか。

(答) 算定できる。

(問2) 別の診療科を初診として受診したときに、135点を算定するとの記載があるが、その際、外来診療料に包括される処置検査等が別に算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問3) 同一医療機関の同一日における複数科受診には、麻酔科も対象となるのか。

(答) 麻酔科も標榜が認められている診療科であることから、別の疾病であれば対象となる。

### 【電子化加算】

(問4) 選択的加算要件である詳細な明細証については、手書きによる発行でも要件を満たすのか。

(答) 事務を電子的に行うための体制整備に係る取組に該当しないことから、手書きによる発行では加算要件を満たさない。

## 2. 入院料等

### 【届出】

(問5) 「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)により、経過措置として、平成18年9月30日までの間は従前の例によるとされている。一方、そもそも従前届け出た保険医療機関であっても、今回の改定による入院基本料の見直しに伴い、改めて届出を行う場合には、



施設基準の届出を行う時点において、医療法標準による医師の員数が70/100以下である場合、新たな施設基準の届出は行えないとされており、経過措置の対象となる保険医療機関については届出を行えないのではないかと。

(答) 従前より入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、当該届出が上位区分への届出である場合は行えないが、それ以外の届出については認められる。ただし、当該届出が新規の届出である場合は認められない。

例えば、従前一般病棟入院基本料Ⅱ群の3を届け出ていた保険医療機関は、一般病棟入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料の届出はできず、15対1入院基本料に限り届出できる。

#### 【精神病棟入院基本料】

(問6) 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の経過措置で、「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については、当該施設基準に関わらず、平成20年3月31日までは、なお従前の例によることができる」とあるが、この「従前の例」とは、現行の特別入院基本料2のことか。

(答) 否。平成20年3月31日までは、看護職員25対1未満であっても、改正後の特別入院基本料(550点)を算定できるという意味である。したがって、平成20年4月1日以降も看護職員常時25対1未満の場合は、特別入院基本料(550点)は算定できない。

#### 【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】

(問7) 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の「加算の対象となる時間」の要件がなくなったが、他の要件を満たし、起算日内であれば、何時でも算定できるということか。

(答) その通り。

#### 【栄養管理実施加算】

(問8) 病院単位で全入院患者を対象として算定可能と考えているが、栄養管理計画の作成は全入院患者に必要なか。(栄養管理が必要な患者についてのみ作成していれば足りるものとしてよいか。)

(答) 個別に計画を作成し、計画に基づいた栄養管理を行っている患者に限り算定可。

(問9) 栄養管理計画を入院患者に説明する際には、医師ではなく、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が患者に説明してもよいか。

(答) 医師の指導の下に行われる場合は、よい。

(問10) 1月間の栄養管理実施の実績がなければ、栄養管理実施加算の届出はできないのか。

(答) 常勤の管理栄養士の配置の実績は必要であるが、栄養管理実施の実績はなくても届出できる。

(問11) 3月31日以前に入院した患者については、栄養管理実施加算は算定できないのか。

(答) 3月31日以前に入院した患者についても、個別の栄養管理計画を作成すれば4月1日以降は算定できる。

(問12) 栄養管理計画書には、担当医師のサインは必須か。

(答) 医師の指導の下に行われる場合には、必須ではない。

(問13) 栄養管理計画書を、診療録に添付する必要があるか。

(答) その通り。

(問14) 18年4月1日以降も、普通食患者年齢構成表等の帳票類は従前通り必要か。

(答) 帳票類の取扱いは、従前通り。

#### 【医療安全対策加算】

(問15) 医療安全管理者とは看護師又は薬剤師でなければならないのか。事務職員でもよいのか。

(答) 適切な研修を受けた医師、看護師、薬剤師等の医療有資格者であり、事

務職員は含まれない。

**(問 16) 適切な研修とはどのような研修か。**

(答) 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、医療安全管理者として業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上又は5日程度の研修。講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全に関する制度、医療安全のための組織的な取組、事例分析・評価・対策、医療事故発生時の対応、コミュニケーション能力の向上、職員の教育研修、意識の向上等について研修すること。

**【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】**

**(問 17) 施設基準の「褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修」とは具体的には何か。**

(答) 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる通算して6月程度の研修。講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて研修すること。

具体的には平成18年3月現在、日本看護協会看護研修学校、社会保険看護研修センター等の実施する創傷・オストミー・失禁に関する看護課程。

**【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】**

**(問 18) 脳卒中ケアユニット管理料の施設基準に定められている理学療法士または作業療法士は、リハビリテーション(脳血管疾患等、運動器、呼吸器)を担当する理学療法士または作業療法士との兼務は可能であるか。**

(答) 脳血管疾患等、運動器、呼吸器リハビリテーションを担当する理学療法士又は作業療法士は専従の配置要件であるため、脳卒中ケアユニットを担当する理学療法士又は作業療法士は脳血管疾患等、運動器、呼吸器リハビリテーションの担当と兼務することはできない。

**【広範囲熱傷特定集中治療室管理料】**

**(問 19) 広範囲熱傷特定集中治療室管理料には、熱傷処置は含まれるか。**

(答) 従来通り、熱傷処置は含まれ、別途算定できない。

**【回復期リハビリテーション病棟入院料】**

(問20) 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象となる患者には、下腿や足部の骨折は含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問21) 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象患者の要件において、発症後3月以内に入院した患者とされていたものが、発症後2月以内に入院した患者に変更されているが、この変更により、非該当となる患者については、4月1日以降は、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できなくなるのか。

(答) 4月1日以降も算定できる。算定対象の患者要件については、4月1日以降、新たに回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者から適用となる。

(問22) 既に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院については、改めて届出が必要となるのか。

また、必要な場合、様式35を提出することとなり3月の実績として患者数を記載することとなるが、問21に該当する患者についても、該当患者数として計上してよいか。

(答) 改めて届出が必要。なお様式35の記載にあたっては、問21に該当する患者についても、様式35の⑥(②～⑤に準ずるもの)に計上して届け出ること。

**【短期滞在手術基本料】**

(問23) 月末に短期滞在手術基本料を算定したが、月をまたいで7日以内に同一疾病又は負傷につき再入院した場合について、既に当月分として請求が終わっていた場合はどのように取り扱うか。

(答) 取下げ依頼により返戻を行い、出来高にて再提出する。

**3. 医学管理等**

**【特定疾患療養管理料】**

(問 2 4) 認知症患者やその家族に対して療養上の管理を行った場合に、特定疾患療養管理料は算定できるか。

(答) 特定疾患療養管理料の対象疾患を主病とする患者であれば、看護にあたっている家族等を通して療養上の管理を行った場合であっても算定できる。

**【特定薬剤治療管理料】**

(問 2 5) 今回改定で、特定薬剤治療管理料の適応が拡大され、抗てんかん剤であるバルプロ酸、カルバマゼピンの対象疾患に躁うつ病、躁病が追加されたが、注 4 に規定する 4 月目以降の逡減の対象外となる「抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者」には、今回追加された躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸、カルバマゼピンを投与している患者も含まれるか。

(答) 含まれる。

**【栄養食事指導料】**

(問 2 6) 小児食物アレルギー食を必要とするものに対する栄養食事指導料の算定は、小児食物アレルギー検査を実施済みの患者に対して行った場合に限定されるか。算定の対象者の年齢制限はあるか。また、他の医療機関で検査を受けた者に対して指導を行った場合でも、算定可能か。

(答) 食物アレルギーを持つことが明らかな 9 歳未満の小児が対象。検査結果の提供を受けていれば、他の医療機関で検査を受けたものでもよい。

(問 2 7) 乳幼児育児栄養指導料において、3 才の誕生日を含む月の受診については、誕生日前に受診がある場合のみ算定できるのか。

(答) そのとおり。3 歳未満の乳幼児が要件であり、3 歳の誕生日以後の受診については、算定できない。

**【生活習慣病管理料】**

(問 2 8) 詳細な療養計画書が示されたが、各項目に未記入部分があってもよいか。例えば検査値をすべて記入せず、必要な検査のみの記入でよいのか。

(答) 必要な項目の記入で足りる。

**【ニコチン依存症管理料】**

(問29) 施設基準の「医療機関の構内が禁煙であること」とは館内禁煙で良いのか、敷地内禁煙なのか。また、喫煙場所を敷地内に特定している場合はどうか。

(答) 敷地内が禁煙である必要がある。敷地内に喫煙場所がある場合は施設基準を満たさない。

(問30) 禁煙治療の経験を有する医師が担当すれば、診察料は問わないのか。

(答) 診療料は問わない。

(問31) 「禁煙治療のための標準手順書(日本循環器学会、日本肺癌学会および日本癌学会の承認を得たものに限る。)」はどのように入手すればよいか。

(答) 学会のウェブサイトに掲載されている。

日本循環器学会

<http://www.j-circ.or.jp/>

(問32) TDSではなくFTQやFTNDで代用することはできるか。

(答) TDS以外のものの使用は治療上参考にはなるが、対象者の判定に用いることはできない。

**【診療情報提供料】**

(問33) 診療情報提供料(Ⅱ)は、入院中の患者でも条件を満たせば、算定可能となるのか。

(答) 入院中の患者であっても、セカンドオピニオンを求める家族に情報提供を行った場合には算定可能。

(問34) 診療情報提供料(Ⅰ)の加算は、「退院後の治療計画、検査、画像診断に係る画像情報その他必要な情報を添付した場合」とあるが、全ての項目を満たさなければ、加算は算定できないのか。

(答) 検査や画像診断等を実施している場合には、主な検査や画像診断等の結

果を添付する必要がある。

(問35) 診療情報提供料 (I) について、必要な診療情報として、レントゲンフィルム等をコピーした場合、その費用は別途請求できるのか。

(答) 診療情報提供料に含まれるため、別途請求は不可。

#### 4. 検査

##### 【外来迅速検体加算】

(問36) 当日中に結果を説明し文書により情報を提供する場合の文書については、様式等の定めがあるのか。

(答) 患者に対して説明を行うために十分なものであれば、様式は任意。

(問37) 院内処理する検査と外注検査が混在する場合、院内処理する検査のみ要件を満たせば算定できるか。

(答) 当日、当該医療機関で実施を指示したすべての検体検査について、要件を満たすことが必要。ただし、要件を満たせば外注検査に対しても加算できる。

(問38) 午前に検査を実施し一旦帰宅し、午後に結果説明及び治療を行った場合、当該加算を算定できるか。

(答) 要件を満たせば算定できる。なお、午前の初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合には、午後、別に再診料又は外来診療料は算定できない。

(問39) 深夜の救急医療において、午前0時前に救急受診した患者に、直ちに検体検査を実施し、引き続き当該検体検査の結果に基づき診療を行ったが、この時既に午前0時を過ぎていた場合にも算定できるか。

(答) 一連の診療の範囲内であれば、算定できる。ただし、時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、外来迅速検体検査加算は算定できない。

(問40) 外来迅速検査は1項目につき1点とあるが、1日につき5項目までか、1月につき5項目までなのか。

(答) 1日につき5項目まで。

(問41) 同一日に同じ検査を2回以上行った場合、それぞれ算定可能か。

(答) 医学的必要性があり、検体検査実施料がそれぞれ算定できる場合には、併せて1日5項目を限度として、それぞれ加算できる。

(問42) 同日に複数科受診しそれぞれ検査を行った場合は別々に算定できるか。

(答) 複数科で行われるすべての検体検査について要件を満たす場合には、併せて1日5項目を限度として算定できる。

(問43) 外来診療料以外の、検体検査の包括された項目を算定しており、検体検査実施料を算定できない場合にも、外来迅速検体検査加算を算定できるか。

(答) 算定できない。

(問44) 当該加算は「試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査」に対しては算定できないが、グルコースには算定できるのか。

(答) 算定できる。

(問45) D007血液化学検査等の注の場合等、項目数で包括点数になるものや、「主たる点数のみ算定」等の規定のあるものは、請求点数がなくても各々1項目として点数が加算できるのか。

(答) 項目数で包括点数になるものについては、それぞれ1項目ごとに加算できる。主たる点数のみ算定するものについては、主たる点数についてのみ加算できる。



(問46) D015特異的IgEは特異抗原1種類ごとに所定点数を算定できるが、1種類ごとに加算を算定できるのか。

(答) その通り。

(問47) D019細菌薬剤感受性検査を実施した場合には、1菌種ごとに加算できるのか。

(答) 菌種数にかかわらず、1回加算する。

**【新設検査項目】**

(問48) 以下の新設検査項目については、どのような測定法により行った場合に算定可能なのか。

- ① IgGインデックス
- ② 髄液MBP
- ③ 髄液オリゴクローナルバンド測定
- ④ 悪性腫瘍遺伝子検査
- ⑤ 進行性筋ジストロフィー遺伝子検査
- ⑥ 免疫関連遺伝子再構成
- ⑦ PAIgG (血小板関連IgG)
- ⑧ HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査

(答) 通知に従い、目的の達成のため医学的に妥当な測定方法により行われた場合に、算定できる。

(問49) IgGインデックス、髄液MBP、及び髄液オリゴクローナルバンドは、1回に採取した検体を用いて同時に算定可能か。

(答) 医学的に必要があれば、算定可。

(問50) D019-2酵母様真菌薬剤感受性検査は、D019の細菌薬剤感受性検査と別に算定可能か。

(答) 医学的に必要があれば、算定可。

**【削除項目】**

(問51) 尿又は穿刺液・採取液を検体として成長ホルモン (GH) 定量精密測定を行った場合、血液化学検査に準じて算定可能か。

(答) D001尿中特殊物質定性定量検査の「17 その他」又はD004穿刺液・採取液検査の「16 その他」により算定可。

(問52) 第Ⅷ因子様抗原、黄体形成ホルモン、トランスフェリン、補体蛋白(C3)、補体蛋白(C4)は、それぞれ精密測定と統合されたが、通知に記載されている方法以外では算定できないのか。

(答) 従来精密検査として行われていた測定方法については、算定できる。

#### 【腫瘍マーカー】

(問53) I型コラーゲンCテロペプチド精密測定が、D009腫瘍マーカーの区分で算定されるのは、どのような場合か。

(答) 腫瘍マーカーの区分では算定されない。

(問54) D009腫瘍マーカーの留意事項通知(22)では「4」～「14」までに掲げる検査について記載されているが、「15」及び「16」に掲げる検査は包括の対象とならないのか。

(答) 「15」及び「16」に掲げる検査についても包括の対象となる。

#### 【検体検査管理加算】

(問55) 「院内検査に用いる検査機器及び試薬のすべてが受託業者から提供されていないこと」とあるが、一部が受託業者から提供されている場合には算定可能か。

(答) 一部が受託業者から提供されている場合も算定不可。

(問56) 「提供」、「受託業者」には定義があるのか。院内検査に用いる検査機器及び試薬が受託業者から有償で提供されていれば算定可能であり、無償で提供されていれば算定不可なのか。

(答) 一律の定義はなく、契約の実態から個別に判断されるものであり、有償、

無償では判断できない。

(問57) 「院内検査に用いる検査機器及び試薬のすべて」とは、施設基準通知中に記載されている緊急検査項目以外の院内検査に用いる検査機器及び試薬を含むのか。

(答) その通り。

**【病理診断料】**

(問58) 病理診断料の算定に当たっては、病理学的検査を専ら担当する医師の勤務時間等の条件があるのか。

(答) 勤務時間等の条件はない。

(問59) 「病理学的検査を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関において診断を行った場合に算定する」とあるが、病理学的検査を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関においては、当該保険医療機関外で診断された標本についても病理診断料が算定できるのか。

(答) 当該保険医療機関外で診断されたものについては、病理診断料は算定できない。

(問60) 衛生検査所等に籍を置く病理医が、保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合、病理診断料が算定できるのか。

(答) 当該保険医療機関における勤務の実態がなければ、算定できない。

**【呼吸循環機能検査等】**

(問61) 「使用したガスの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する」とあるが、これはD204基礎代謝測定にも適用されるのか。

(答) 適用されない。

**【監視装置による諸検査】**

(問62) 従来、呼吸心拍監視に準じて算定されていた、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ついて

ては、人工呼吸と同時に行った場合等、呼吸心拍監視とは異なる取扱いになるのか。

(答) 従前通りの取扱い。

**【脳波検査等】**

(問63) D237終夜睡眠ポリグラフィー「2 1以外の場合」については、他の簡易検査により睡眠中無呼吸発作の明らかとなった患者に対してのみ算定可能なのか。

(答) その通り。

**【小児食物アレルギー負荷検査】**

(問64) 小児アレルギー検査を行い、重篤なアレルギー反応を起こした場合に、治療に要する点数は所定点数に含まれるのか。

(答) 所定点数には含まれない。

(問65) 12月に2回を限度として算定する、とあるが、

- ① 最初に検査した日から起算するのか。
- ② 再度算定できるのか。
- ③ 小児食物アレルギー負荷検査とI g E検査は併算定できるのか。

(答) ①初回検査日にかかわらず、12月に2回算定できる。

例えば、19年4月14日に当該検査を算定する場合には、18年4月15日から19年4月13日までの間の当該検査の算定回数が1回以下である必要がある。

②③その通り。

**【コンタクトレンズ検査料関連】**

(問66) コンタクトレンズの処方後、眼科学的管理を行っている過程で、新たな眼科的疾患の発生を認めた場合は、改めて初診料を算定できるか。

(答) 従来通り、算定できない。

(問 67) コンタクトレンズを処方し眼科学的管理を行っている患者に屈折異常以外の他の疾病が新たに発生した場合、初診料を算定してよいか。

(答) 屈折異常に対する継続的な診療中であると考えられることから、再診料を算定する。

また、実施された眼科学的検査については、コンタクトレンズ検査料（既装用者の場合）を算定する。ただし、1) 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、2) 緑内障の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラーネーショントノメーターによる精密眼圧測定を実施し、かつ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。）、3) 眼内の手術前後の患者等にあつては、コンタクトレンズ検査料を算定せず、個々の眼科学的検査を算定する。

(問 68) コンタクトレンズ装用中の患者が、他の保険医療機関の眼科を受診した場合に、初診料は算定できるか。

(答) 特別な関係の医療機関でなければ、初診料を算定できる。

(問 69) 円錐角膜の治療としてコンタクトレンズを処方した場合、実施された検査についてはコンタクトレンズ検査料を算定するのか。

(答) 円錐角膜の治療を目的としてコンタクトレンズ（ハードコンタクトレンズに限る。）の処方を行った場合は、その際に実施された眼科学的検査については、コンタクトレンズ検査料を算定せず、区分「D255」から「D282-2」に掲げる眼科学的検査を算定する。

(問 70) コンタクトレンズの取扱いがない場合でもコンタクトレンズ検査料1の届出ができるか。

(答) できる。

(問 71) 眼内の手術前後の患者等については、コンタクトレンズ検査料を算定しないとされているが、コンタクトレンズ検査料1の届出に当たり、当該患者は「コンタクトレンズに係る検査を実施した患者」に含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問72) 新たな疾病の発生によりコンタクトレンズ装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、当該患者は、コンタクトレンズ検査料1の届出に当たり、「コンタクトレンズに係る検査を実施した患者」に含まれるのか。

(答) 含まれない。ただし、同一月に、複数回の受診があり、コンタクトレンズに係る検査が実施されている場合は、「コンタクトレンズに係る検査を実施した患者」に含まれる。

**【肝及び腎のクリアランステスト】**

(問73) 内因性クレアチニンクリアランステストは、本区分で算定可能か。

(答) 算定不可。

**【負荷検査】**

(問74) D288の「2 耐糖能精密検査」において、負荷後のインスリンのみの測定の場合又はC-ペプチドの測定のみを行った場合はどのように算定するのか。

(答) それぞれ、内分泌学的検査により算定する。

**【胃・十二指腸ファイバースコープ、血管内視鏡検査】**

(問75) 所定点数に含まれる項目として記載された中から、透視、造影剤使用撮影及びエックス線撮影が削除されているが、「エックス線診断の費用」に含まれる文言の整理を行ったものであり、解釈は従前通りなのか。

(答) 従前通り。

**5. 画像診断**

**【乳房撮影】**

(問76) 一連とは曝射(撮影)回数に関わらず一連という意味なのか。

(答) その通り。

**【コンピューターによる画像処理を行った場合の加算】**

(問77) コンピューターによる画像処理を行った場合の加算は、患者により算定するかしないかを決めて良いか。また、加算を算定しなければフィルムの材料料を請求して良いか。

(答) その通り。

**【ポジトロン断層撮影】**

(問78) FDG製剤を医療機関内で製造せず、市販の医薬品を購入して使用する場合の費用は、当該点数に含まれるのか。

(答) その通り。

(問79) FDG製剤を医療機関内で製造せず、市販の医薬品を購入して使用する場合の、衛生管理、品質管理に関する基準等はあるか。

(答) 特段規定していないが、医療機関内で製造する場合の基準に準じて取り扱うことが望ましい。なお、医療法に規定する安全管理基準は、FDG製剤を医療機関内で製造するか否かを問わず、当然に満たしている必要がある。

(問80) シンチグラム等の際のラジオアイソトープはどのように算定するのか。

(答) 薬価基準の定めるところにより薬剤料として算定する。

(問81) 従前の「ポジトロン断層撮影」の施設基準の届出をしている場合、改めて届出が必要か。

(答) 改めて届出の必要はない。

**【コンピュータ断層撮影】**

(問82) 単純CT撮影のマルチスライス型の機器について、何列以上のものが該当するのか。

(答) 2列以上のものが該当する。

(問 8 3) 他院のCT・MRI 機器を共同利用している場合、他院が届け出ている基準で保険請求して良いか。

(答) その通り。

(問 8 4) 医療機関内の複数のCTのうち一台でもマルチスライス型のものがあれば、マルチスライス型以外の機器で撮影した場合にも「1 マルチスライス型の機器による場合」で算定できるか。

(答) できない。

(問 8 5) 「コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する」とあるが、どのような算定になるのか。

(答) 例示すると以下のようなになる。

例 1)

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

660点+650点+650点

例 2)

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

660点+650点+650点

## 6. 注射

### 【無菌製剤処理加算】

(問 8 6) 点滴注射において「細胞毒性を有する薬剤」を「厚生労働大臣が定める入院患者」に対して使用し「無菌製剤処理」を行なった場合は50点+40点で90点算定できるのか。



(答) どちらか一方のみ算定する。

**【外来化学療法加算】**

(問 87) 点滴注射における外来化学療法加算の「等」には何が含まれるのか。

(答) 関節リウマチとクローン病が含まれる。

(問 88) 今回の改定で、外来化学療法加算の算定対象に関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤（レミケード）の投与が追加されたが、この場合の届出についても、常勤薬剤師の配置が必要か。

(答) 外来化学療法加算の届出にあたっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗腫瘍用薬の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちには困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所については、当分の間、当該療法を行う場合に薬剤師の勤務を確保、又は、当該療法の経験を有する医師が勤務しており、当該医師により副作用説明等が行われている場合に限り、薬剤師が常勤で配置されていなくとも届出を行うことができる。

**7. リハビリテーション**

**【総則】**

(問 89) 疾患別リハビリテーションの施設基準に定められている専任の医師については、他の疾患別リハビリテーションと兼任できるか。

(答) 各疾患別リハビリテーションの施設基準に規定する医師の要件をそれぞれ満たす場合には、兼任できる。

(問 90) 疾患別リハビリテーションの施設基準に規定する専従の常勤従事者については、複数の非常勤の従事者を常勤換算できるか。

(答) 否。常勤の従事者とは、医療機関の定める所定労働時間を全て勤務する者である。したがって、雇用形態は問わないが、非常勤の者は含まれない。なお、ここでの専従とは当該療法を実施する日、時間において専従していることであり、例えば、水曜と金曜がリハビリテーションの実施日である医療

機関については、水曜と金曜以外は他の業務を行うことも差し支えない。

(問91) 所定労働時間とは、週40時間か。

(答) 医療機関の定める所定労働時間であり、必ずしも週40時間でなくてよい。

(問92) 各疾患別リハビリテーションの届出に係る専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士については、各疾患別リハビリテーションを実施しない日において訪問リハビリテーションを行っている場合であれば専従の従事者として届け出てよいか。

(答) よい。

(問93) 疾患別リハビリテーションに規定されている「経験を有する」という規定は、具体的にはどのようなことか。例えば、「心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士又は、常勤看護師」とあるが、ここにいう経験とはどのようなものか。

(答)

専門的な研修の例としては、平成18年4月1日現在では、心大血管疾患リハビリテーションについては、日本心臓リハビリテーション学会の認定する心臓リハビリテーション指導士の研修、呼吸器リハビリテーションについては、日本呼吸器学会等の認定する呼吸療法認定士の研修等がある。

(問94) 機能訓練室の面積要件については、階が離れていても合算して基準の面積を確保することでもよいか。

(答) 適切に従事者を配置し、適切にリハビリテーションを実施できる場合は、合算により確保してもよい。なお、心大血管疾患リハビリテーションについては、医師の直接監視下で行うことが原則となっているので、複数の訓練室で実施する場合は複数の医師が担当する必要がある。

#### 【算定単位数制限】

(問95) 1日当たり実施単位数の上限が緩和される疾患のうち、「脳血管疾患等の急性発症から60日以内の患者」とはいかなる患者を指すのか。

(答) 特掲診療料の施設基準等告示別表九の四から九の七までに掲げる、各疾患別リハビリテーションの対象疾患のうち、急性発症したもの。

具体的には、心大血管疾患リハビリテーション料について急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者、脳血管疾患等リハビリテーション料について脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者及び脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者、運動器リハビリテーション料について上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者、呼吸器リハビリテーション料について肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者及び肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

#### 【算定日数制限】

(問 9 6) リハビリテーションの算定日数制限の除外対象となる以下の患者の診断基準等はあるのか。

- ① 失語症・失認および失行症
- ② 高次脳機能障害
- ③ 重度の頸髄損傷
- ④ 頭部外傷または多部位外傷
- ⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ⑥ 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患
- ⑦ 障害児(者)リハビリテーションに規定する患者

(答) 高次脳機能障害については、「高次脳機能障害診断基準」によること。その他については、関係学会等の診断基準に基づく医学的判断による。

(問 9 7) 除外対象疾患として「重度の頸髄損傷」の「重度」の基準があるのか。身体障害者手帳の等級であれば何級程度か。

(答) 医師が、算定日数上限を超え、継続的にリハビリテーションを行うことにより症状の改善が見込まれると診断したもの。特段の規定はないが、定期的に評価を行い、症状の改善が認められている必要がある。

(問 9 8) 算定日数上限の適用除外疾患のうち、「頭部外傷及び多部位外傷」とは、頭部外傷がある場合のみが該当するのか。また、多部位外傷とはどの程

度のものが該当するのか。

(答) 頭部外傷がなくても多部位外傷に該当し、治療の継続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には、算定日数上限の適用除外となる。また、多部位外傷とは、体幹・四肢における2部位以上の骨・関節・神経・腱・靭帯の損傷であって回復に長期間を要するものが該当する。

(問99) 「回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者」とあるが、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象となる患者であって回復期リハビリテーション病棟にいる者であれば、当該入院料を算定していなくても、除外されるのか。

(答) 算定日数上限の適用除外対象とはならない。現に、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定中の患者であることが必要である。

(問100) 「障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者」とあるが、例えば、聴覚障害や言語障害を伴う発達障害を有する小児について、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を算定する場合は算定日数上限の適用除外対象となるか。

(答) 障害児(者)リハビリテーション料に規定する「言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害」に含まれるため適用除外に該当し、算定日数の上限を超えて脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を算定できる。

#### 【心大血管疾患リハビリテーション料】

(問101) 患者1人につき1単位(Ⅰ)250点、(Ⅱ)100点の算定が可能と考えてよいか。

(答) 要件を満たしていればよい。医師の直接の監視下に行う場合には、例えば患者20人を相手にする場合、医師2人及び理学療法士と看護師併せて4人が必要。

(問102) 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準に規定する専従の看護師は、外来業務と兼任してよいか。

(答) 心大血管疾患リハビリテーションの実施日以外については、兼務することも可能である。ただし、心大血管疾患リハビリテーション実施日と外来勤務日とが異なることが確認できる添付書類を添えて届け出ること。

(問103) 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準で、「専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯については、他と兼用できない」とあるが、時間帯を分けて実施する場合は、呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)の専用施設と兼用してかまわないか。

(答) 可能。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

(問104) 失語症の診断があれば、言語聴覚士のみならず、理学療法士、作業療法士も算定日数(180日)を超えて算定できるか。

(答) 算定日数上限の適用除外に規定されている疾患は「失語症」である。したがって、失語症の治療に係る言語聴覚療法のみ、算定日数の上限を超えて算定できる。

(問105) 言語聴覚療法の基準を満たすものとして脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出ている施設に於いて、理学療法を行った場合、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を算定できるか。

(答) 算定できない。

言語聴覚療法のみを実施する場合に適用される施設基準により、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出ている医療機関では、理学療法、作業療法を行っても、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)250点は算定できない。

【運動器リハビリテーション料】

(問106) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の医師要件とされている、「適切な運動器リハビリテーションに係る研修」とはどのような研修か。

(答) 運動器リハビリテーションに関する理論、評価法及び医療保険等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。平成18年4月1日現在では、日本運動器リハビリテ

ーション学会の行う運動器リハビリテーション医師研修会等。

(問107)「研修を終了したあん摩マッサージ指圧師等」とあるが、「等」には看護師、准看護師、柔道整復師、はり師、きゅう師は含まれるのか。

(答) はり師、きゅう師は含まれない。看護師、准看護師、柔道整復師は含まれる。

(問108) 運動器リハビリテーション料 (I) の従事者の要件とされている、「適切な運動器リハビリテーションに係る研修」とはどのような研修か。

(答) 運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。平成18年4月1日現在では、①日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、②全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会。

(問109) あん摩マッサージ指圧師等が勤務しているが、理学療法士が勤務しているものとして運動器リハビリテーション料 (I) を届け出ている施設に於いて、非常勤の理学療法士、作業療法士がリハビリテーションを行う場合、180点を算定できるか。また、施設基準に規定する専従の常勤従事者として届け出たものを含め、あん摩マッサージ指圧師等が算定できるのは運動器リハビリテーション料 (II) の点数 (80点) になるのか。

(答) 理学療法士、作業療法士が行う場合は、運動器リハビリテーション料 (I) の点数 (180点) を算定できる。あん摩マッサージ指圧師等が行う場合は、運動器リハビリテーション料 (II) の点数 (80点) を算定する。

(問110)「あん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合にあつては、所定点数の80点を算定できる。」となっているが、毎回の訓練において指示が必要なのか、また事後報告については、実施記録への理学療法士のサイン等が必要なのか。

(答) 毎回の訓練に於いて、リハビリテーション実施計画及び患者の状態等に基づく指示が必要である。ただし、症状が安定しており、同じ療法を一定期

間継続する場合などにおいては数日分まとめて指示をすることも可能である。

また、事後報告に関し実施記録を利用する場合には、報告を受ける者による確認後のサインが必要である。

(問 1 1 1) 適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了し、理学療法士が勤務しているものとして運動器リハビリテーション料 (I) の届出が行われているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行う場合にも、毎回の訓練において医師又は理学療法士の事前の指示かつ事後の報告が必要なのか。

(答) その通り。

(問 1 1 2) 運動器リハビリテーション料 (I) の施設基準に規定されているあん摩マッサージ指圧師等を専従の常勤従事者として届け出ている場合は、他の疾患別リハビリテーションの施設基準に規定されている専従の常勤理学療法士についても同様に届出ができるか。

(答) できない。特例的に、適切な研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等を専従の常勤従事者として届け出ることができるのは、運動器リハビリテーション料 (I) だけである。したがって、他の疾患別リハビリテーションの専従の常勤理学療法士として届け出ることにはできない。

#### 【摂食機能療法】

(問 1 1 3) 摂食機能療法の算定制限が緩和され、「治療開始日」から3月以内は毎日算定できることとなったが、治療開始とはどのような場合か。ある疾患で入院中に摂食機能療法を実施した後に退院し、1月後、同じ疾患が悪化したために再び摂食・嚥下機能が低下し、再び摂食機能療法を開始した場合にはどうか。

(答) ある疾患により摂食・嚥下機能に障害を来して、摂食機能療法を新たに開始した日を治療開始日とする。また、摂食機能療法により、経口摂取が可能となり摂食機能療法を終了した後、病状の悪化等により再び摂食機能療法を開始した場合は、その開始日を「治療開始日」として再び算定できる。その際、摘要欄に治療開始日等を記載すること。

#### 【障害児 (者) リハビリテーション料】

(問 1 1 4) 肢体不自由児入所施設の外来患者に対して行う場合も、障害児(者)リハビリテーション料を算定可能か。

(答) すでに通知の通り、算定可能。

## 8. 精神科専門療法

### 【通院精神療法、心身医学療法】

(問 1 1 5) 精神科を再診で受診し、同一医療機関内の精神科以外の診療科を初診で受診し135点の初診料を算定した場合、精神科で行った通院精神療法又は心身医学療法について初診時の点数を算定できるか。

(答) 初診時の点数は算定できない。

### 【入院精神療法】

(問 1 1 6) 入院精神療法には、週1回～週3回の算定回数制限があるが、家族に対して入院精神療法を行った場合も、この制限の対象になるのか。

(答) 家族に対して入院精神療法を行った場合も、算定回数制限に含まれる。

(問 1 1 7) 家族に対する入院精神療法の算定対象となる「初回の入院」とは、診療報酬上の新規入院ということか。

(答) 否。当該医療機関において、統合失調症による初回の入院をさす。したがって、統合失調症により入院し、一度退院した後、再入院した場合には算定できない。

### 【精神科ショート・ケア】

(問 1 1 8) 精神科デイ・ケアと精神科ショート・ケアを同時に届け出て、同一施設で実施している保険医療機関において、デイ・ケアの予定で来院した患者がショート・ケアの時間帯のみ実施した場合に、ショート・ケアの算定は可能か。

(答) 算定可。

### 【精神科退院前訪問指導料】



(問119) 精神科退院前訪問指導料が「6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回まで算定可」となったが、入院期間が5月で6回訪問をした場合、算定は3回までか。

(答) そのとおり。

## 9. 処置

### 【老人処置料】

(問120) 老人でかつ1年を超える入院中の患者に対して、重度褥瘡処置を行った場合は、重度褥瘡処置と併せて老人処置料を算定できるか。

(答) 褥瘡に係る処置は老人処置料に含まれていることから、重度褥瘡処置は算定できない。

### 【介達牽引】

(問121) 消炎鎮痛等処置の逓減制の廃止に伴い、介達牽引の逓減制についても廃止されたと解釈してよいか。

(答) 介達牽引の取扱いについては、従前どおり。介達牽引と消炎鎮痛等処置について併せて5回以上実施された場合は、5回目以降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。

## 10. 手術

### 【手術】

(問122) 一次的乳房再建術及び二次的乳房再建術が今回新設されたが、乳房再建を目的として遊離皮弁術を行った場合は当該点数を算定するのか。

(答) 一次的乳房再建術及び二次的乳房再建術は、動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術を実施した場合に算定する。

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、一次的乳房再建術又は二次的乳房再建術は算定せず、「K017遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)」を算定する。

(問123) 心臓手術に伴うカウンターショックは、それぞれの心臓手術の所定点数に含まれ、別に算定できないとあるが、心臓手術以外の手術においては算定可能か。

(答) 手術の部の通則の通知のとおり、手術当日に、手術に関連して行う処置については算定できない。

(問124) ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術は、診療所においても届け出ることができるか。

(答) これまで通り、循環器又は心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が1名以上勤務していれば、診療所であっても届け出ることができる。

(問125) 同種死体肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術又は同種死体膵腎移植術の届出に当たっては、「移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。」とされているが、具体的にはどのような文書の写しを添付することが求められるのか。

(答) 臓器移植ネットワークのウェブサイト等に掲載されている選定施設のリストの写しを添付して届出できる。

<http://www.jotnw.or.jp/jotnw/inst02.html>

#### 【複数手術に係る費用の特例】

(問126) 複数手術に係る費用の特例として、K618中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置について、その他の手術と併施した場合が示されているが、同一手術野等に該当しない場合も従たる手術は所定点数の100分の50に相当する点数を算定するのか。

(答) 複数手術に係る費用の特例は、同一手術野等における複数手術について、その特例を設定しているものであり、同一手術野等に該当しない場合は、各々の手術料を算定することができる。

#### 【脳死臓器提供管理料】

(問127) 脳死判定後の脳死した者への処置等、脳死臓器提供管理料と重複

する費用は、別途算定できないのか。

(答) その通り。

(問 1 2 8) 脳死判定後の入院基本料はいつまで算定できるのか。

(答) 2 回目の法的脳死判定の終了した時点の属する日まで算定できる。

**【輸血管理料】**

(問 1 2 9) 輸血用血液製剤の中に、アルブミン製剤は含まれるのか。

(答) アルブミン製剤は輸血用血液製剤には含まれない。

(問 1 3 0) 輸血管理料 I において、アルブミン製剤について一元管理するとされているが、輸血用血液製剤と同一場所において保管しなければならないか。

(答) 輸血部において保管されていることが原則であるが、当分の間、薬剤部において保管されている場合であっても、アルブミン製剤の請求、払出し等の管理が輸血部において行われていれば差し支えない。

**1 1. 入院時食事療養**

**【算定単位の 1 食化】**

(問 1 3 1) 医学上の必要があり、4 食以上食事が提供されている場合は、1 日の最初の食事から 3 食目までについて算定するのか。

(答) その通り。

(問 1 3 2) 経管栄養を 1 日に 4 回に分けて提供した場合も算定は 3 回目までとしてよいか。

(答) その通り。

(問 1 3 3) 1 0 時や 3 時に提供されたおやつは 1 食に含まれるか。

(答) 含まれない。

**【入院時食事療養（Ⅰ）】**

(問 1 3 4) 適時適温が入院時食事療養(Ⅰ)の算定要件となったが、管理栄養士がいても、適時適温がなされていない場合は入院時食事療養(Ⅱ)により算定するのか。

(答) 入院時食事療養（Ⅰ）の要件を満たさない場合には入院時食事療養（Ⅱ）により算定する。

(問 1 3 5) 入院時食事療養（Ⅰ）の要件とされた適温の食事の提供については、中央配膳でなければならず、病棟において盛り付けを行っている場合は該当しないのか。

(答) 通知の要件を満たせば該当する。

(問 1 3 6) 適時適温の食事の提供が入院時食事療養（Ⅰ）の要件となったが、すでに届出を行っている病院も、改めて届出が必要なのか。

(答) 改正後の要件に該当する場合は、届出不要。改正後の要件に該当しなくなる場合は、届出の辞退を要する。

**【特別食加算】**

(問 1 3 7) 濃厚流動食であっても、単なる経管栄養のためのものではなく特別食加算の対象となる食事であれば、加算できるか。

(答) 従前通り、加算できる。

(問 1 3 8) 小児食物アレルギー食が、栄養食事指導料の対象となったが、特別食加算の対象とはならないのか。

(答) ならない。

**【複数メニューの選択】**

(問139) 今までどおりの選択メニュー（患者が2種類の主菜メニューから選ぶ）を実施した際に、例えば一食あたり17円の負担を求めることができるのか。

(答) 否。基本メニューと選択メニューを区分して予め患者に提示している場合であって、患者が後者を選択した場合に限って、1食につき17円を標準として1日3回まで徴収できる。

なお、朝・昼・夜のいずれであるかにもよるが、基本メニューが肉を用いていれば、選択メニューは材料が魚であるなど、患者の選択に資する内容のものであることが必要。

(問140) 特別メニューの同意書は決められた書式があるか

(答) 決められた書式はない。

## 12. その他

### 【明細書】

(問141) 患者から求めがあったときに交付する詳細な明細書は、診療報酬明細書（レセプト）の様式を用いて交付してもよいか。

(答) 患者名、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額等詳細に記載されており、患者の求めに応じたものであればよい。

### 【処方せん】

(問142) 特定の後発医薬品の銘柄を処方し、処方せんに「後発医薬品への変更可」の欄に署名等を行った場合でも、患者の求めがあった場合などについては、保険薬局において、患者が他の後発品を選択することは可能か。

(答) 差し支えない。なお、その場合であっても、実際に調剤した医薬品に関する情報について保険薬局から情報提供がなされることが必要。

(問143) 第162国会で介護保険法等の一部を改正する法律が可決・成立したところであり、平成18年4月1日より、介護保険法上、訪問看護等を行う指定居宅サービス事業者に6年ごとの指定の更新制が設けられることと

なる。また、従来より、健康保険法第89条第1項により、介護保険法により指定居宅サービス事業者の指定を受けたものは、健康保険法上の指定訪問看護事業者の指定を受けたものとみなされ、また、同条第2項により、介護保険法により指定居宅サービス事業者の指定を取り消されたとしても、健康保険法上のみなし指定の効力には影響を及ぼさないものとされているところ。ここで、介護保険法上指定を更新できなかった場合の健康保険法上のみなし指定の効力については、どのように取り扱えばよいか。

(答) 指定の更新は、その更新時に、改めて要件に照らし可否を決定するものであり、指定の取消とは異なるものである。よって、介護保険法上の指定の更新を受けられなかったものについては、健康保険法上のみなし指定を行うことはできない。