

保医発第0929002号

平成18年9月29日

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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の
一部改正について

今般、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）及び障害者自立支援法（平成17年法律第123号）の施行に伴い、「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第157号）及び「障害者自立支援法の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令」（平成18年厚生労働省令第169号）等が公布され、平成18年10月1日より施行又は適用されることなどから、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306001号）等の一部を別紙1から別紙15までのとおり改正し、同日より適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図りたい。なお、「特定承認保険医療機関の取扱いの留意事項について」（平成17年8月31日保医発第0831001号）は、平成18年9月30日限り廃止する。

また、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）の施行により、特定療養費を保険外併用療養費とし、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な「評価療養」と、特別の病室の提供など被保険者の選定に係る「選定療養」とに再編成された。再編成後の当該「選定療養」に係る費用として徴収する特別の料金（注）は、従来の「選定療養」の取り扱いと同様課税対象であり、「評価療養」（「厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養」（平成18年厚生労働省告示第495号）第1条各号に掲げるもの）に係る費用として被保険者から徴収する特別の料金については従来の「高度先進医療」と同様に非課税となることに留意されたい。

（注）「消費税法別表第1第6号に規定する財務大臣の定める資産の譲渡等及び金額を定める件」（平成元年大蔵省告示第7号）の定めるところにより、健康保険法第86条第2項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるところにより算定される金額に相当する部分のみが非課税であり、それ以外の部分は課税である。

「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」(平成18年3月6日
保医発第0306001号)の一部改正について

- 1 別添1の第1章第2部〈通則〉の7の(3)を次のように改める。

7 入院期間の計算

(3) 「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

イ 「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、老人保健法第25条第3項第2号に規定する病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者をいう。

- 2 別添1の第1章第2部第3節「A311 精神科救急入院料」の(6)を次のように改める。

A311 精神科救急入院料

(6) 「注3」に規定する非定型抗精神病薬とは、オランザピン、フマル酸クエチアピン、塩酸ペロスピロン、リスペリドン、アリピプラゾールをいう。

- 3 別添1の第1章第2部第3節「A316 診療所老人医療管理料」の(4)を次のように改める。

A316 診療所老人医療管理料

(4) 診療所老人医療管理料を算定する患者が退院した後に再度入院を要する場合は、退院後1か月以上経過しない場合は、当該診療所老人医療管理料2により645点(生活療養を受ける場合にあっては、631点)を算定するものであること。

- 4 別添1の第2章第1部「B001 特定疾患治療管理料」の9の(5)を次のように改める。

B001 特定疾患治療管理料

9 外来栄養食事指導料

(5) 特別食には、心臓疾患及び妊娠中毒症等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症(肥満度が+40%以上又はBMIが30以上)の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧症の患者に対する減塩食(塩分の総量が7.0グラム以下のものに限る。)及び小児食物アレルギー患者(9歳未満の小児に限る。)に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。

- 5 別添1の第2章第1部「B001-2 小児科外来診療料」の(10)を次のように改める。

B001-2 小児科外来診療料

- (10) 当該届出を行った保険医療機関のうち、許可病床数が200床以上の病院においては、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した3歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる。したがって、小児科外来診療料の初診時の点数を算定した上に、患者からの特別の料金を徴収できる。

- 6 別添1の第2章第1部「B009 診療情報提供料(I)」の(13)を次のように改める。

B009 診療情報提供料(I)

- (13) 「注4」については、精神障害者である患者であって、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設(以下「精神障害者施設」という。)に入所している患者又は介護老人保健施設(当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。)に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所している当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

- 7 別添1の第2章第6部第1節「G005 中心静脈注射」の(1)を次のように改める。

G005 中心静脈注射

- (1) 中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(I)若しくは入院時食事療養(II)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(II)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。

- 8 別添1の第2章第8部第1節「I009 精神科デイ・ケア」の(5)を次のように改める。

I009 精神科デイ・ケア

- (5) 食事の提供の実施に当たっては、概ね入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養の基準に準じるものとし、関係帳簿を整備する。

- 9 別添1の第2章第8部第1節「I011-2 精神科退院前訪問指導料」の(1)及び(4)を次のように改める。

I011-2 精神科退院前訪問指導料

- (1) 精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神障害者

である患者の退院に先立ち、患家又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

- (4) 精神科退院前訪問指導料は、退院して患家に復帰又は精神障害者施設に入所する患者が算定の対象であり、医師又は看護師、作業療法士若しくは精神保健福祉士が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

- 10 別添1の第2章第8部第1節「I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料」の(3)を次のように改める。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

- (3) 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師の指示を受けた保健師等が、グループホーム又は医師若しくは看護師の配置を義務付けられていない精神障害者施設の了解の下にこれらの施設を訪問して、当該施設に入所し、かつ、当該保険医療機関で診療を行っている複数の患者又はその介護を担当する者等に対して同時に看護又は社会復帰指導を行った場合に算定する。

- 11 別添1の第2章第9部「J 1 2 0 鼻腔栄養」の(2)及び(3)を次のように改める。

J 1 2 0 鼻腔栄養

- (2) 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に記載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は鼻腔栄養の所定点数及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。
- (3) 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に記載されていない流動食を提供した場合は、鼻腔栄養の所定点数及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。この場合において、当該保険医療機関が入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出を行っているときは入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用を、さらに、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算をそれぞれ算定する。

- 12 別添1の第2章第10部第1節第9款「K 6 9 7 - 5 生体部分肝移植」の(2)を次のように改める。

K 6 9 7 - 5 生体部分肝移植

- (2) 生体肝を移植する場合においては肝提供者から移植肝を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肝移植の所定点数に加算する。なお、肝提供者の生体肝を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」(平成18年厚生労働省告示第99号)によって算定した費用額を10円で除

して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肝提供者に食事療養標準負担額を求めることはできない。

- 13 別添1の第2章第10部第1節第10款「K780 同種腎移植術」の(3)を次のように改める。

K780 同種腎移植術

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

- 14 別添1の第2章第11部〈通則〉の3を次のように改める。

3 検査、画像診断、処置又は手術に当たって、麻酔が前処置と局所麻酔のみによって行われる場合には、麻酔の手技料は検査料、画像診断料、処置料又は手術料に含まれ、算定できない。ただし、薬剤を使用した場合は、各部の薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。

- 15 別添3の「区分00 調剤基本料」の(5)を次のように改める。

区分00 調剤基本料

(5) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成18年3月6日保医発第0306002号)の一部改正について

1 第3の6を次のように改める。

第3 届出受理後の措置等

6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方社会保険事務局及び都道府県において閲覧に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)及び老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号)の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

2 第4の6の次に次のように加える。

第4 経過措置等

6の2 入院基本料の施設基準のうち「当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上(4割以上又は2割以上)が看護師であること」については、平成18年9月の実績が当該要件を満たしている場合であって、平成18年10月16日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同日1日に遡って当該要件を満たしたものとし、該当する入院基本料を算定することができるものとする。

なお、平成18年9月の実績を算出するに当たっては、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について(平成18年9月29日保医発第0929002号)による改正後の別紙2の1の(1)及び2の(1)を参考にするものとする。

3 別添2の第15の1の(11)を次のように改める。

第15 精神科救急入院料

1 精神科救急入院料に関する施設基準等

(11) 措置入院患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。)第34条第1項若しくは第60条第1項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第5項若しくは第62条第2項に規定する鑑定入院の決定を受けた者(以下「鑑定入院患者」という。)及び同法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院(以下「医療観察法入院」という。)の決定を受けた者(以下「医療観察法入院患者」という。)を除いた新規患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者自立支援法(平成17年法律第123号)に規定する障害

福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。

4 別添2の第16の1の(2)のサを次のように改める。

第16 精神科急性期治療病棟入院料

1 精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

(2) 精神科急性期治療病棟入院料1又は2の施設基準

サ 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。在宅へ移行するとは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。

5 別添3の第14の1の(2)を次のように改める。

第14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

(2) (1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれかは緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性にかんがみて、当該専任の医師以外の医師にあっても、入院中に緩和ケアチームによる診療を受けた患者のみを対象として、当該患者の退院後に継続的に外来で診療を行う場合については、緩和ケア診療加算を算定すべき診療に影響のない範囲においては専従とみなすことができる。

6 別紙2を次のように改める。

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

1 一般病棟の場合

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

- 1 勤務帯 8 時間、1 日 3 勤務帯を標準として、月平均 1 日当たり必要となる看護職員の数が 12 人以上であること。
- 当該届出区分において、月平均 1 日当たり勤務することが必要となる看護職員（看護師及び准看護師をいう）の数に対する実際に勤務した月平均 1 日当たりの看護師の比率が 70% 以上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護師 1 人を含む 2 人以上であること。
- 当該病棟の平均在院日数が 21 日以内であること。

(1) 看護職員配置の算出方法

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

(2) 看護職員 1 人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

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

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数}}$$

※ 夜勤専従者及び夜勤 16 時間以下の看護職員を除く

- ① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：16時から翌朝 8 時まで（16時間）
- ② 夜勤時間と従事者数：2 人以上の看護職員が配置されている。
 16時～24時30分（看護師 3 人、計 3 人）
 0 時～8 時30分（看護師 2 人、准看護師 1 人 計 3 人）
- ③ 1 月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：23 人（8 人 + 11 人 + 4 人）
 $8人 \times 72時間 = 576時間$ (a)
 $11人 \times 64時間 = 704時間$ (b)
 $4人 \times 40時間 = 160時間$ (c)
 ※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24時から24時30分）は申し送った従事者の夜勤時間には含めない。
- ④ 月延夜勤時間数：1,440 時間（(a)～(c)の合計）
- ⑤ 月平均夜勤時間数：72 時間以下である。
 $1,440時間 \div 23人 = 62.6時間$ （小数点 2 位以下切り捨て）

2 療養病棟の場合

【 1 病棟(1看護単位)入院患者数40人で療養病棟入院基本料2の届出を行う場合(当該病棟の入院患者のうち医療区分2及び3の患者が8割未満である場合) 】

- 1勤務帯8時間、1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たり必要となる看護職員の数が5人以上であって、かつ、看護補助業務を行う看護補助者の数が5人以上であること。
- 当該届出区分において、月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が20%以上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護職員1人と看護補助者1人の計2人以上であってもよい。

(1) 看護要員配置の算出方法

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

(2) 看護要員1人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

- 各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護要員1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。
 - ① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：17時から翌朝9時まで (16時間)
 - ② 夜勤時間と従事者数：2人以上の看護要員が配置されている。

17時～23時30分	(准看護師1人、看護補助者1人 計2人)
23時～9時30分	(看護師1人、看護補助者1人 計2人)
7時～12時(夜勤は7時～9時)	(准看護師1人、看護補助者1人 計2人)
17時～9時	(夜勤専従者1人、月64時間勤務)
 - ③ 1月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：18人(2人+7人+8人+1人)

2人×72時間	= 144時間 (a)
7人×68時間	= 476時間 (b)
8人×54時間	= 432時間 (c)
1人×28時間	= 28時間 (d)

※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間(23時から23時30分)は申し送った従事者の夜勤時間には含めない。
※ 夜間専従者及び夜勤16時間以下の者を除く。
 - ④ 月延夜勤時間数：1,080時間((a)～(d)の合計)
 - ⑤ 月平均夜勤時間数：72時間以下である。
 $1,080時間 \div 18人 = 60.0時間$ (小数点2位以下切り捨て)

「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成18年3月6日保医発第0306003号)の一部改正について

1 第3の7を次のように改める。

7 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方社会保険事務局及び都道府県において閲覧に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療費担当規則(昭和32年厚生省令第15号)及び老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号)の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

2 別添1の第21の1の(2)を次のように改める。

第21 テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査

1 テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査に関する施設基準

(2) 受信側(画像診断が行われる保険医療機関)においては、病理学的検査を専ら担当する常勤の医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

3 別添1の第32の1の(2)のイを次のように改める。

第32 遠隔画像診断

1 遠隔画像診断に関する施設基準

(2) 受信側(画像診断が行われる保険医療機関)においては以下の基準をすべて満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、画像診断管理加算(歯科診療に係るものに限る。)の要件を満たしていれば足りるものであること。

イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

4 別添1の第88の2の(2)を次のように改める。

第88 基準調剤

2 基準調剤加算2の施設基準

(2) 処方せんの受付回数が1月に600回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤に係る処方せんのうち、特定の保険医療機関に係るものの割合が70%以下であること。

5 様式67を別添のとおり改める。

基準調剤の施設基準に係る届出書添付書類

基準調剤の種類	() 基準調剤1 () 基準調剤2 (いずれかに○を付す)
1	薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況
2	薬局における情報提供に必要な体制の整備状況
3	開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
4	薬局における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
5	居宅における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
6	備蓄品目数 () (1の場合は500以上、2の場合は700以上)
7	全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月 受付回数①： 主たる医療機関の回数②： 割合(②/①)：
8	麻薬小売業者免許証の番号

[記載上の注意]

- 1 「1」については、薬剤服用歴管理記録の見本を添付すること。
- 2 「2」については、情報の入手手段(インターネット、書籍等)及び患者等からの連絡を受ける手段(電話、FAX、Eメール等)の一覧を添付すること。
- 3 「3」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書(他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載)の見本を添付すること。
- 4 「4」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 5 「5」については、地方社会保険事務局長に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った年月日を併せて記載すること。
- 6 「6」については、品目リストを別に添付すること。
- 7 「7」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 8 「7」及び「8」については、基準調剤2に係る届出を行う場合に限り記載すれば足りるものであること。

「入院時食事療養の実施上の留意事項について」の一部改正について

1 通知名を次のように改める。

入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について

2 1の(1)、(10)及び(11)を次のように改める。

1 一般的事項

(1) 食事は医療の一環として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サービスの改善をめざして行われるべきものである。

また、生活療養の温度、照明及び給水に関する療養環境は医療の一環として形成されるべきものであり、それぞれの患者の病状に応じて適切に行われるべきものである。

(10) 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養は1食単位で評価するものであることから、食事提供数は、入院患者ごとに実際に提供された食数を記録していること。

(11) 患者から食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（入院時生活療養の食事の提供たる療養に係るものに限る。以下同じ。）を超える費用を徴収する場合は、あらかじめ食事の内容及び特別の料金が患者に説明され、患者の同意を得て行っていること。

3 2を次のように改める。

2 入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)

入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出を行っている保険医療機関においては、下記の点に留意する。

4 3の(1)を次のように改める。

3 特別食加算

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

5 4の(1)を次のように改める。

4 食堂加算

(1) 食堂加算は、入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出を行っている保険医療機関であって、下記(2)の要件を満たす食堂を備えている病棟又は診療所に入院している患者(療養病棟に入院している患者を除く。)について、食事の提供が行われた時に1日につき、病棟又は診療所単位で算定する。

6 5の(1)のア及びイを次のように改める。

5 鼻腔栄養との関係

(1) 患者が経口摂取不能のために鼻腔栄養を行った場合は下記のとおり算定する。

ア 薬価基準に記載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は、診療報酬の算定方法(平成18年厚生労働省告示第92号)医科診療報酬点数表区分「J120」鼻腔栄養の手技料及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。

イ 薬価基準に記載されていない流動食を提供した場合は、区分「J120」鼻腔栄養の手技料及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。

イの場合において、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算を算定して差し支えない。薬価基準に記載されている高カロリー薬及び薬価基準に記載されていない流動食を併せて投与及び提供した場合は、ア又はイのいずれかのみにより算定する。

7 6のア、ウ及びカを次のように改める。

6 特別料金の支払を受けることによる食事の提供

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事(以下「特別メニューの食事」という。)を別に用意し、提供した場合は、下記の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。

ア 特別メニューの食事の提供に際しては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別メニューの食事が提供されることのないようにしなければならない。また、あらかじめ提示した金額以上に患者から徴収してはならない。なお、患者の同意がない場合は食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の支払を受けることによる食事(以下「標準食」という。)を提供しなければならない。

ウ 特別メニューの食事は、通常の入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養の費用では提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行う場合や標準食の材料と同程度の価格であるが、異なる材料を用いるため別途費用が掛かる場合などであって、その内容が入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養の費用の額を超える特別の料金の支払を受けるのにふさわしいものでなければならない。また、特別メニューの食事を提供する場合は、当該患者の療養上支障がないことについて、主治医の確認を得る必要がある。な

お、複数メニューの選択については、あらかじめ決められた基本となるメニューと患者の選択により代替可能なメニューのうち、患者が後者を選択した場合に限り、基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用として、1食あたり17円を標準として社会的に妥当な額の支払を受けることができること。この場合においても、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養に当たる部分については、入院時食事療養費及び入院時生活療養費が支給されること。

カ 特別メニューの食事の提供を行っている保険医療機関は、毎年7月1日現在で、その内容及び料金などを入院時食事療養及び入院時生活療養に関する報告とあわせて地方社会保険事務局長に報告する。

「入院時食事療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」(平成18年3月6日保医発第0306010号)の一部改正について

1 通知名を次のように改める。

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて

2 第1を次のように改める。

第1 届出基準

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準は、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等」の他、別添のとおりとすること。

3 第2の1、2、3及び5から7までを次のように改める。

第2 届出に関する手続き

- 1 入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出は、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行う。
- 2 入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方社会保険事務局長に対して、別紙様式による入院時食事療養・入院時生活療養等届出書(添付書類を含む。以下「届出書」という。)を正副2通提出する。なお、国立高度専門医療センター等で内部で権限の委任が行われている場合は、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。
- 3 届出書の提出を受けた場合は、届出書を基に、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等」及び本通知の別添に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項を確認して受理又は不受理を決定する。また、補正が必要な場合は適宜補正を求める。なお、この要件審査に要する期間は原則として届出を受け付けた日から2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内(提出者の補正に要する期間は除く。)とする。
- 5 入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあつては当該届出の受理は行わない。
- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知する。
入院時食事療養(I)・入院時生活療養(I) (食) 第 号
- 7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出にかかる当該療養費を算定する。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日の属する月から算定する。なお、平成18年4月14日(入院時生活療養(I)にあつては、平成18年10月14日)までに届出書の提出があり、同月30日(入院時生活療養(I)にあつては、平成

18年10月31日)までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日(入院時生活療養(I)にあつては、平成18年10月1日)に遡つて算定することができるものとする。

4 第2の次に次のように加える。

第3 経過措置

第2の7の規定に関わらず、平成18年9月30日現在において入院時食事療養(I)の届出が受理されている保険医療機関であつて、生活療養を行う保険医療機関については、入院時生活療養(I)の届出が受理されているものとみなし、新たな届出を要しないこと。

5 第3の2及び3を次のように改め、第3を第4とする。

第4 届出受理後の措置等

2 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い(原則として年に1回、特に新たに入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出を受理した場合は、届出受理の後6か月以内を目途)、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期する。

3 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は当該届出は無効となるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与える。

6 別添名を次のように改める。

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る施設基準等

7 別添の1の(2)及び(3)を次のように改める。

1 一般的事項

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

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

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

(3) 入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出を行わない保険医療機関は、入院時食事療養(II)又は入院時生活療養(II)を算定する。

8 2並びに2の(1)のア、イ、カ及びコを次のように改める。

2 入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)等の届出

(1) 入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出に当たって留意すべき事項

ア 病院である保険医療機関にあっては入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養を担当する部門が組織化されており、常勤の管理栄養士又は栄養士が入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の指導者又は責任者となっていること。また、診療所にあっては管理栄養士又は栄養士が入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の指導を行っている。

イ 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に関する業務は、質の向上と患者サービスの向上をめざして行われるべきものであるが、当該業務を保険医療機関が自ら行うほか、保険医療機関の管理者が業務上必要な注意を果たしうるような体制と契約内容により、入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の質が確保される場合には、保険医療機関の最終的責任の下で第三者に委託することができるものである。

カ 提供食数(日報、月報)、食事せん、献立表、患者入退院簿、食料品消費日計表等の入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養関係の帳簿が整備されている。ただし、これらの名称及び様式については当該保険医療機関の実情に適したものを採用して差し支えない。なお、関係事務業務の省力化を図るために、食品納入・消費・在庫等に関する諸帳簿は、各保険医療機関の実情を勘案しできる限り一本化を図るなどして、簡素合理化に努める。

コ 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に伴う衛生管理は、医療法(昭和23年法律第205号)及び同法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)の基準並びに食品衛生法(昭和22年法律第233号)に定める基準以上のものである。

9 (別紙様式)を別添のように改める。

(届出書添付書類)

1 保険医療機関の概要

- (1) 病院／診療所
- (2) 許可病床数 床
- (3) 1日平均入院患者数 人

2 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の概要

- (1) 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の名称
- (2) 責任者氏名(職種)

3 業務委託(業務委託を行っている場合に記載する。)

- (1) 業務委託の有無
- (2) 委託先
- (3) 病院内受託責任者氏名
- (4) 委託契約書(添付すること。)
- (5) 院外調理の有無

4 栄養士等の数

- (1) 管理栄養士 名(常勤、非常勤)
- (2) 栄養士 名
- (3) 調理師 名
- (4) 給食業務従事者 名

5 適時適温の食事の状況

- (1) 適時の食事の提供に関する事項

夕食時刻 午後 時 分

- (2) 適温の食事の提供に関する事項

ア 使用器具

保温・保冷配膳車 台(社名及び製品名)

保温配膳車 台

保温トレイ 枚

保温食器

茶碗 個

汁椀 個

皿 枚

イ 食堂

方法()

6 その他

- (1) 特別食の食数
- (2) 患者年齢構成表、給与栄養目標量及び献立表(添付すること。)
- (3) 職員食の提供状況:患者食と同一の給食組織、その他

[記載上の注意]

- 1 1日平均入院患者数については届出前1年間の数値を記載する。
- 2 管理栄養士又は栄養士については氏名及び勤務時間を記載した名簿を提出する。
- 3 夕食時刻は各病棟で配膳を開始する平均的な時刻を記入する。
- 4 使用器具については届出時の器具を記入する。(製造業者及び製品名を()内に併記する。)
なお、複数の会社の複数の製品を使用している場合は、それぞれについて台数、枚数又は個数を記入する。
- 5 保温・保冷配膳車、保温配膳車については何人用かを記載する。
- 6 食堂を同時に使用して適温の食事療養を行っている場合はその方法を記入する。

「老人性認知症疾患治療病棟の施設基準の運用について」(平成18年3月6日保医発第0306011号)の一部改正について

6を次のように改める。

- 6 施設基準に係る届出の受理をされた病棟に設けられた合併症室等の個室に患者を入院させた場合にあつては、「厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養」(平成18年厚生労働省告示第495号)第2条第1号の特別の療養環境の提供には該当しないものであること。

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成18年3月13日保医発第0313003号）の一部改正について

1 通知名を次のように改める。

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」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

2 I を次のように改める。

I 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」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

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

第1 厚生労働大臣が定める揭示事項（揭示事項等告示第1関係）

1 保険医療機関が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、療養担当規則上院内揭示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内揭示の対象としたこと。

2 具体的には、従来から院内揭示とされていたものを含め、以下の5つの事項を院内揭示事項として定めたこと。

(4) 地方社会保険事務局長又は都道府県知事への届出事項に関する事項

① 診療報酬の算定方法(平成18年厚生労働省告示第92号。以下「算定告示」という。)又は入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第99号)に基づき、保険医療機関が地方社会保険事務局長又は都道府県知事へ届け出ることとされている事項を届け出た場合は、当該届け出た事項を揭示するものとする。

② 具体的には、各種施設基準及び入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の基準に適合するものとして届け出た内容のうち、当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービス等をわかりやすく揭示するものであること。

(5) 保険外負担に関する事項

③ なお、保険外併用療養費に係る事項については、従前より、保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という。)第5条の4第2項及び老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。)第2条の6に基づき、その内容及び費用につき院内揭示を行う旨定められているところであるが、今後とも当該事項を院内の見やすい場所に揭示すること

の徹底が図られるべきものであること

4 Iの第2を削る。

第2 (削除)

5 Iの第3の1の(1)を次のように改める。

第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第3及び医薬品等告示関係）

1 特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項

(1) 療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、(2)の要件を満たす病床について保険医療機関の病床（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の指定に係る病床（介護保険法（平成9年法律第123号）第48条第1項第3号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第8条第26項に規定する療養病床等を除く。）に限る。以下第3において同じ。）の数の5割まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

6 Iの第3の5の(3)、(7)及び(8)を次のように改める。

5 金属床による総義歯の提供に関する事項

(3) 金属床総義歯を提供する場合は熱可塑性樹脂を用いたものとみなして保険外併用療養費を支給するが、その費用は患者に対し実際に行った再診、補綴関連検査、補綴時診断、印象採得、仮床試適、義歯製作（材料料を含む。）、装着及び新製義歯調整指導（1回のみ）に係る所定点数を合計して算出すること。

(7) 保険医療機関が、保険外併用療養費及び特別の料金からなる金属床総義歯に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式5により地方社会保険事務局長にその都度報告するものとする。

(8) 患者から金属床総義歯に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。

7 Iの第3の6の(1)、(3)から(6)まで及び(8)を次のように改める。

6 医薬品の治験に係る診療に関する事項

(1) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、薬事法（昭和35年法律第145号）第2条第15項の規定によるもの（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）とすること。

(3) 保険外併用療養費の支給対象となる期間については、治験の対象となる患者ごとに当該治験を実施した期間とすること。

(4) 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験にお

いては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、検査及び画像診断に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはせず、また、投薬及び注射に係る費用については、当該治験の対象とされる薬物の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係る診療については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験の対象とされる薬物の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係る投薬及び注射に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、これらの項目が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、当該診療において実施した保険外併用療養費の支給対象とはならない項目のうち当該包括点数に包括されている項目の所定点数を合計した点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

- (5) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとする。
- (6) 自ら治験を実施する者による治験において、患者から当該治験の対象とされる薬物の薬剤料等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (8) 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について、別紙様式6により地方社会保険事務局長に報告するものとする。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式6の2により社会保険事務局長にその都度報告するものとする。

8 Iの第3の7の(2)及び(7)を次のように改める。

7 齶蝕に罹患している患者の指導管理に関する事項

- (2) 本制度の対象となる指導管理（以下「継続管理」という。）は、齶蝕多発傾向を有しない13歳未満の患者であって継続的な管理を要するものに対するフッ化物局所応用又は小窩裂溝填塞による指導管理に限られるものとし、保険外併用療養費の額は、再診料、歯科口腔衛生指導料（初診日の属する月については、再診料）及び歯科衛生実地指導料に係る所定点数を合計して算出すること。なお、13歳以上の患者については、本制度の対象としないこと。
- (7) 患者又は患者の保護者からフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。

9 Iの第3の9の(1)、(3)から(5)まで及び(7)を次のように改める。

9 医療機器の治験に係る診療に関する事項

- (1) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、薬事法第2条第15項の規定によるもの（機械器具等に係るものに限る。）とすること。
- (3) 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後1週間（2以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日を経過する日までの間とする。）に行われた検査及び画像診断、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該治験に係る機械器具等に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該治験に係る機械器具等に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、保険外併用療養費の支給対象とされない検査等が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、次の点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。
 - ア 当該診療において実施した当該検査等の所定点数
 - イ 当該機械器具等を使用するために通常要する費用に基づき算定した点数
- (4) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとする。
- (5) 自ら治験を実施する者による治験において、患者から当該治験の対象とされる機械器具等の費用等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (7) 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について、別紙様式8により地方社会保険事務局長に報告するものとする。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式8の2により社会保険事務局長にその都度報告するものとする。

10 Iの第3の10の(2)を次のように改める。

10 薬事法に基づく承認を受けた医薬品の投与に関する事項

- (2) 保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。

11 Iの第3の11の(5)を次のように改める。

11 入院期間が180日を超える入院に関する事項

(5) 保険外併用療養費の支給額は、所定点数から通算対象入院料の基本点数の100分の15に相当する点数を控除した点数をもとに計算されるものであるが、通算対象入院料の基本点数とは、それぞれの区分の注1（特別入院基本料の場合は注2、老人特定入院基本料の場合は注4、老人一般病棟入院医療管理料については当該区分）に掲げられている点数であるものである。なお、控除する点数に1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。また、外泊期間中は、保険外併用療養費は支給しないものとする。なお、外泊期間中であっても、特別の料金を徴収することができることとし、その標準については、(9)に規定するところによるものとする。

12 Iの第3の12の(2)を次のように改める。

12 薬価基準に記載されている医薬品の薬事法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に関する事項

(2) 保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。

13 Iの第3の13の(2)を次のように改める。

13 薬事法に基づく承認等を受けた医療機器の使用等に関する事項

(2) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該医療機器の費用については含まれないものであること。

14 Iの第3の14の(1)から(5)まで及び(7)を次のように改める。

14 別に厚生労働大臣が定める先進医療（先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する保険医療機関において行われるものに限る。）に関する事項

(1) 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療は、先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準の設定を求める旨の厚生労働大臣への届出に基づき、施設基準が設定されたものとする。

(2) 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療の実施に当たっては、先進医療ごとに、保険医療機関が別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していることを地方社会保険事務局長に届け出るものとする。

(3) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置等並びに歯冠修復及び欠損補綴等並びに薬価基準に記載されていない医薬品及び保険適用されていない医療機器の費用については含まれないものであること。

(4) 保険医療機関は、保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を行うに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書

によりその同意を得るものとする。したがって、先進医療の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとする。

(5) 患者から先進医療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。

(7) 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を実施する保険医療機関は、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合の報告及び定期的な報告を、「先進医療に係る届出等の取扱いについて」（平成17年6月30日保医発第0630002号）により行うものとする。

15 Iの第3の15の(5)を次のように改める。

15 医科点数表及び歯科点数表に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項

(5) 患者から、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。

16 Iの第4の1及び5を次のように改める。

第4 療担規則第11条の3及び療担基準第11条の3の厚生労働大臣が定める報告事項（厚生労働大臣が定める揭示事項等第4関係）

1 健康保険法第63条第2項第4号及び老人保健法（昭和57年法律第80号）第17条第2項第4号に規定する選定療養に関する事項

5 算定告示及び「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」に基づき、地方社会保険事務局長又は都道府県知事に届け出た事項に関する事項

17 Iの第5を次のように改める。

第5 特殊療法に係る厚生労働大臣が定める療法等（揭示事項等告示第5関係）

特殊療法等の禁止の例外である療担規則第18条及び療担基準第18条の厚生労働大臣が定める療法等として、次の療法を定めたものであること。

厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条各号に掲げる評価療養に係る療法

18 Iの第7の1を次のように改める。

第7 医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第7関係）

1 保険医について、第6に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合であること。

19 Iの第15を次のように改める。

第15 保険薬剤師の医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第15関係）

保険薬剤師について、第14に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合であること。

20 （別紙様式3）及び（別紙様式5）を別添1及び別添2のように改める。

(別紙様式 3)

予約に基づく診察の実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名



殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1 診療科 科

2 保険外併用療養費に係る予約診察を行う時間帯

曜日	標榜診療時間帯	予約診察を行う 診療時間帯	予約以外の診察に 従事する医師の数	予約診察に従事 する医師の数
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時		
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時		
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時		
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時		
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時		
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時		
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時		

3 予約料 円

注 本添付書類は、予約診療を行う標榜科ごとに記載すること。

(別紙様式5)

金属床による総義歯の提供の実施(変更)報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名 (印)

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

金属の種類	1床当たりの価格	
	上 顎	下 顎

注1 金属の種類は、床に使用する金属の一般名を記入すること。

注2 1床当たりの価格は、医療機関内の掲示金額を記入すること。

上記の金額から、熱可塑性樹脂を用いて総義歯を作製した場合の金額(保険外併用療養費)
(概ね 円)を差し引いた分を特別の料金として患者から徴収します。

「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について(通知)」(平成18年3月20日保医発第0320001号)の一部改正について

1 別添の第1の2の(2)の④及び(3)を次のように改める。

第1 対象病院及び対象患者

2 対象患者

(2) (1)にかかわらず、以下の患者の「療養に要する費用の額」(以下「診療報酬」という。)は、「診療報酬の算定方法」(平成18年厚生労働省告示第92号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)若しくは別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第99号)又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第496号)により算定する。

④ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養(平成18年厚生労働省告示第495号)第1条第1号に定める先進医療である療養を受ける患者

(3) 主治医により診断群分類区分に該当しないと判断された患者の診療報酬は、医科点数表若しくは歯科点数表、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の算定に関する基準又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法により算定する。

診断群分類区分に該当しないと判断された患者については、診断群分類区分に該当しない旨及び医療資源を最も投入した傷病名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

2 別添の第3の1の(4)を次のように改める。

第3 費用の算定方法

1 診療報酬の算定

(4) 救命救急入院料等の取扱い

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

なお、本加算を算定している間は、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除き、入院基本料等加算は算定できない。

ただし、本加算のうち、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を

算定している間のがん診療連携拠点病院加算、小児入院医療管理料1又は2を算定している間の超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算及び小児療養環境特別加算並びに小児入院医療管理料3を算定している間の児童・思春期精神科入院医療管理加算については、算定することができる。

3 別添の第3の2の(3)の③を次のように改める。

2 診療報酬の調整等

(3) 転棟した場合等の取扱い

- ③ 入院途中に治験又は先進医療である療養を実施することを決定し、月途中の日から医科点数表により算定することとなる場合においては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について」(平成18年3月23日保医発第0323003号)の一部改正について

第3の1を次のように改める。

第3 届出等との関連

- 1 次に掲げる保険医療機関については、入院基本料に係る届出及び特定入院料に係る届出並びに入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出を受理しない。

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）の一部改正について

1 別紙1のIの1及び4を次のように改める。

- 1 診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第62号）の制定により、平成18年5月1日（4月診療分）から新様式により扱うものとし、平成18年3月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。

また、「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第157号）の制定に基づく新様式については、平成18年11月1日（10月診療分）から適用するものとし、平成18年9月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。

- 4 診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、老人医療又は公費負担医療に係るもの（老人医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「老人医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「老人医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「老人医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。

2 別紙1のIIの第1の7の(2)及び(4)から(6)までを次のように改める。

7 「医療保険」欄について

- (2) 入院分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養及び生活療養に係る件数の合計を、「回数」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項に記載されている金額の合計を、「標準負担額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額の合計を記載すること。

- (4) 「医保単独（七〇以上九割）」欄の「小計」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄、「医保単独（本人）」欄の「小計」欄、「医保単独（家族）」欄の「小計」欄、「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。
- (5) 「①合計」欄には、「医保（70以上9割）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上九割」欄の「小計」欄と、「医保（70以上7割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上

七割)」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（3歳）と公費の併用」欄と「医保単独（3歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

- (6) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（七〇以上九割）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上九割）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

3 別紙1のⅡの第1の8の(2)から(4)までを次のように改める。

8 「老人保健」欄について

- (2) 療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金（控除額）」欄、食事療養・生活療養の「件数」欄、「回数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、7の(2)及び(3)と同様であること。この場合、7の(2)及び(3)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料」とあるのは「老人保健法（昭和57年法律第80号）第28条第3項の規定に基づき減額された一部負担金」と読み替えるものであること。なお、「老人九割」欄の「小計」欄、「老人七割」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。
- (3) 「②合計」欄には、「老人九割」欄の「老人9割と公費の併用」欄と「老人単独」欄と、「老人七割」欄の「老人7割と公費の併用」欄と「老人単独」欄とを合計して記載すること。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「老人九割」欄と、「老人七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「老人九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

4 別紙1のⅡの第1の9の(5)を次のように改める。

9 「公費負担」欄の「公費と医保（老人）の併用」欄について

- (5) 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

5 別紙1のⅡの第1の10の(2)及び(5)を次のように改める。

10 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

(2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。

(5) 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る記載を省略した明細書については、「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る金額は明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の金額を合計して記載すること。

6 別紙1のⅡの第1の11の(2)及び(5)を次のように改める。

11 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

(2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

(5) 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

7 「別紙1のⅡの第3の2」の(4)のエ、(12)、(15)の表中、(25)のサ、(26)のアの(カ)及びウ、(27)のク及びコ、(28)のシ及びセ、(32)の7、(35)のイの(イ)、ウの(カ)及びエ並びに(36)のア及びイを次のように改め、(36)のイの次に次のようにウからカまでを加え、(36)のウ及びエをキ及びクとし、(37)のアからウまで及び(40)のアの(カ)、イ及びウを次のように改め、(40)のオを削り、(40)のカからセをオからスとする。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、3歳未満の患者（3歳に達する日の属する月以前の患者をいう。以下同じ。）は「3」又は「4」、高齢受給者又は老人医療受給対象者は「7」、「8」、「9」又は「0」を○で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「1」又は「2」、被保険者（その他（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。））は「5」又は「6」を○で囲むこととし、それ以外（3歳未

満の患者及び高齢受給者を除く。)はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、入院の場合は、「1 本入」(若しくは「1 本」)、「3 三入」(若しくは「3 三」)、「5 家入」(若しくは「5 家」)、「7 高入9」(若しくは「7 高9」)又は「9 高入7」(若しくは「9 高7」)、外来の場合は、「2 本外」(若しくは「2 本」)、「4 三外」(若しくは「4 三」)、「6 家外」(若しくは「6 家」)、「8 高外9」(若しくは「8 高9」)又は「0 高外7」(若しくは「0 高7」)の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

1 本人入院	1 本入
2 本人外来	2 本外
3 3歳未満入院	3 三入
4 3歳未満外来	4 三外
5 家族入院	5 家入
6 家族外来	6 家外
7 高齢受給者・老人医療9割給付入院	7 高入9
8 高齢受給者・老人医療9割給付外来	8 高外9
9 高齢受給者・老人医療7割給付入院	9 高入7
0 高齢受給者・老人医療7割給付外来	0 高外7

(12) 「区分」欄について

当該患者が入院している病院又は病棟の種類に応じ、該当する文字を○で囲むこと。また、月の途中において病棟を移った場合は、そのすべてに○を付すこと。

なお、電子計算機の場合は、コードと名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

0 1 精神(精神病棟)、0 2 結核(結核病棟)、0 7 療養(療養病棟)

(15) 「特記事項」欄について

0 2	長	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項第1号に規定する金額を超えた場合(ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。)</p> <p>② 老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合(ただし、患者が老人保健特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。)</p>
-----	---	---

0 5	削除	(削除)
-----	----	------

1 1	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1条第2号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
1 2	器治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合

1 6	長 2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
-----	-----	---

(25) 「在宅」欄について

サ 在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、その他の項に④と表示して所定点数を記載し、注入器用注射針加算（1の加算に限る。）を算定した場合は、「摘要」欄に当該加算を算定した理由を記載すること。血糖自己測定器加算、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算又は注入器用注射針加算を算定した場合は、併せてそれぞれ④、⑤、⑥又は⑦と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、「摘要」欄に血糖自己測定の回数及び1型糖尿病である場合は1型糖尿病であることを記載すること。在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。

(26) 「投薬」欄について

ア 入院分について

(カ) 入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

ウ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

〔記載例〕

ラシックス錠20mg	1錠	
アルダクトンA錠	1錠	4×5
リピトール錠10mg	1錠	15×5

(薬評)

エフピー錠2.5

(27) 「注射」欄について

ク 入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

コ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、(26)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(28) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

シ 生体腎を移植した場合においては、「手術・麻酔」欄の余白に $\textcircled{\text{腎}}$ と表示して腎提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費用の額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数を合算した点数を記載し、「摘要」欄に腎提供者の氏名を記載すること。

この場合、食事に要した費用の額については、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」による額とすること。

なお、腎提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書（保険者番号及び被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号を除いたもの）を「摘要」欄に貼付すること。骨髄移植のうち同種移植を行った場合又は同種皮膚移植若しくは生体部分肝移植を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ $\textcircled{\text{骨}}$ 又は $\textcircled{\text{膚}}$ 若しくは $\textcircled{\text{肝}}$ と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の貼付を行うこと。

セ 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）第九のトに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に洗浄と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。また、重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者（同告示第九のニ又はりに該当する患者）については、「摘要」欄に、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日老健第102-2号）におけるランクを記載すること。

(32) 「入院」欄について

ク 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第九のいずれにも該当しない場合は、「摘要」欄に「選」と記載し、いずれかに該当する場合は、「摘要」欄に「選外」と記載し、その理由を簡潔に記載すること。また、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が180日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。

(35) 「療養の給付」欄について

イ 医療保険（高齢受給者に係るものを除く。）に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(イ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）及び老人医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ウ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合で、一部負担金の減免又は支払いが猶予される場合は、イの(イ)と同様とすること。

エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はウの(ウ)又は(イ)により記載した額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を、金額の記載を要しないもの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。))を記載すること。ただし、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とすること。なお、老人医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と結核予防法による適正医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。また、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、老人医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又

は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。)には、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険(高齢受給者に係るもの及び老人医療のうち、入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合を除く。)と結核予防法による適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

(36) 「食事・生活」欄について

ア 「基準」の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について算定した項目についての略号を用いて記載すること。

Ⅰ(入院時食事療養Ⅰ)、Ⅱ(入院時食事療養Ⅱ)

イ 「基準」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養に係る1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

ウ 「食堂」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る食堂加算を算定した場合に、1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

エ 「環境」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

オ 「基準(生)」の項には、入院時生活療養費に係る生活療養について算定した項目を次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ(入院時生活療養Ⅰ)、Ⅱ(入院時生活療養Ⅱ)

カ 「基準(生)」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別(生)」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

キ 老人医療に係る食事療養又は生活療養の内容が公費負担医療に係る食事療養又は生活療養の内容と異なる場合には、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

ク 月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る食事療養の給付若しくは生活療養の給付の内容が医療保険(老人医療を除く。)と異なる場合は、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

(37) 「食事・生活療養」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る食事療養又は生活療養の食事の提供たる療養を行った回数及び当該食事療養又は生活療養に係る金額合計を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額合計は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る食事療養又は生活療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第

- 1 公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る請求金額が第1公費に係る請求金額と同じ場合は、第2公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。
- イ 「標準負担額」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（生活療養標準負担額を記載した場合には、生活療養の食事の提供たる療養に係る負担額と生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る負担額の内訳を「摘要」欄に記載すること。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の負担額は、「公費①」の項に記載すること。
- ただし、第1公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る負担額が第1公費に係る負担額と同じ場合は、第2公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。
- ウ 健康保険法施行令第42条第2項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第1項第4号に掲げる者の場合は、(35)のウの(エ)と同様とする。ただし、老人保健法施行令第15条第1項第4号に掲げる者のうち、同令第14条第6項に規定する老齢福祉年金の受給者であって、かつ、生活療養を受ける者の場合は、「摘要」欄に、「老福」と記載すること。

(40) その他

- ア 3種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について
- (カ) 生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「保険」の項に、結核予防法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。
- イ 医療保険と3種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について
- 別添3「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第1公費」とし、後順位の公費負担医療を順次「第2公費」、「第3公費」として、第3公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第3公費」と表示して、次の略称を用いて記載すること。また、第3公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養及び生活療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第2公費に係る事項を、下欄には第3公費に係る事項を記載すること。
- なお、4種以上の公費負担医療の併用の場合においても、これに準じて記載すること。
- 公3（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）
- ウ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令

第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

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

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して回数を記載すること。

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

カ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第2号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求については、次に掲げる方法によること。

ク 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

ケ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

コ 老人医療の対象者において、公費負担医療のみの場合は、「特記事項」欄に「老保」と表示すること。

サ 地方社会保険事務局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

シ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施した検査、リハビリテーション又は精神科専門療法ごとに、「摘要」欄に「検選」、「リハ選」又は「精選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。

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

8 別紙1のⅢの第2の6の(2)から(4)までを次のように改める。

6 「医療保険」欄について

(2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「合計」欄の点数の合計を記載すること。

また、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。

ただし、「一部負担金」欄は、船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料に係るものだけに限り記載すれば足りるものとする。

なお、「医保単独（七〇以上九割）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

(3) 「①合計」欄には、「医保（70以上9割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上九割）」欄の「小計」欄と、「医保（70以上7割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（3歳）と公費の併用」欄と「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

(4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（七〇以上九割）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上九割）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

9 別紙1のⅢの第2の7の(2)から(4)までを次のように改める。

7 「老人保健」欄について

(2) 「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金（控除額）」欄については、6の(2)と同様であること。この場合、6の(2)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料」とあるのは「老人保健法第28条第3項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替えるものであること。

なお、「老人九割」欄の「小計」欄及び「老人七割」欄の「小計」欄には、それぞれの合計を記載すること。

(3) 「②合計」欄には、「老人九割」欄の「小計」欄と、「老人七割」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

(4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「老人九割」欄と、「老人七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「老人九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

10 別紙1のⅢの第3の2の(4)のエ、(17)のカ、(23)のコ及びチ、(27)のク及びハ、並びに(32)のイを次のように改め、(35)のウを削り、(35)のエ及びオをウ及びエとし、(35)のカを次のように改め、オとし、(35)のキ及びクをカ及びキとし、(35)のケを次のように改め、コとし、(35)のコ及びサをケ及びコとする。

2 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、3歳未満の患者は「4」、高齢受給者又は老人医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「2」、被保険者（その他（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。））は「6」を○で囲むこととし、それ以外（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 三外」（若しくは「4 三」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外9」（若しくは「8 高9」）又は「0 高外7」（若しくは「0 高7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来	2 本外
4 3歳未満外来	4 三外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・老人医療9割給付外来	8 高外9
0 高齢受給者・老人医療7割給付外来	0 高外7

(17) 「傷病名部位」欄について

カ 齲蝕に罹患している患者の指導管理に係る保険外併用療養費を支給する患者の病名の記載に当たっては、病名はC選療と記載すること。

(23) 「投薬・注射」欄について

コ 入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

チ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(27) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ク 「充填」欄について

(ウ) 上記(イ)の略称は、光重合型レジン、光重合型複合レジン強化ガラスアイオノマー及び初期齲蝕小窩裂溝充填塞材の場合は「光」、ガラスアイオノマーセメントの場合は「グ」、複合レジンの場合は「複」、歯科用珪酸セメント及び珪磷酸セメントの場合は「珪」、歯科用充填用即時硬化レジンの場合は「即」、銀錫アマルガムの場合は「ア」と記載すること。

ハ 「義歯調整」欄について

有床義歯の調整を行った場合は、点数を記載し、咬合機能回復が困難な者に対する加算を算定した場合は、「+」の項に加算点数を記載すること。

ただし、新製義歯調整料の算定が、新製義歯の装着の翌月である場合は、「摘要」欄に新製した義歯の部位及び月日を記載すること。また、新製義歯調整料を算定した月の翌月に有床義歯調整料を算定する場合においては、「摘要」欄に新製義歯を装着した月日を記載すること。

(32) 「一部負担金額」欄について

イ 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(35) その他

ウ 平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示すること。

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

エ 公費負担医療のみの場合において、請求点数を老人医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「老保」と表示すること。

オ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあつては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であつて、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

カ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ 老人被爆者の場合は、「摘要」欄右下に赤色で(原)の表示をすること

ク 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(40)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

ケ 地方社会保険事務局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

コ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施したリハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。

11 別紙1のⅣの第1の6の(2)から(4)までを次のように改める。

6 「医療保険」欄について

(2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方せん受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上九割）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

(3) 「①合計」欄には、「医保（70以上9割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上九割）」欄の「小計」欄と、「医保（70以上7割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（3歳）と公費の併用」欄と「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

(4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「医保単独（七〇以上九割）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上九割）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

12 別紙1のⅣの第1の7の(2)から(4)までを次のように改める。

7 「老人保健」欄について

(2) 「件数」欄、「処方せん受付回数」欄、「点数」欄については、6の(2)と同様であること。この場合、6の(2)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と読み替えるものであること。

また、「一部負担金（控除額）」欄については、老人保健法第28条第3項の規定に基づく一部負担金の減額に係るものに限り記載すれば足りるものとする。

なお、「老人九割」欄の「小計」欄及び「老人七割」欄の「小計」欄には、それぞれの合

計を記載すること。

- (3) 「②合計」欄には、「老人九割」欄の「小計」欄と、「老人七割」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「老人九割」欄と、「老人七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「老人九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

13 別紙1のIVの第2の2の(4)のエ、(23)のア及びケ、(34)のイの(ア)並びに(35)のア及びエを次のように改める。

2 調剤報酬明細書に関する事項

- (4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、3歳未満の患者は「4」、高齢受給者及び老人医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であつて被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「2」、被保険者（その他（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。））は「6」を○で囲むこととし、それ以外（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 三外」（若しくは「4 三」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外9」（若しくは「8 高9」）又は「0 高外7」（若しくは「0 高7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来	2 本外
4 3歳未満外来	4 三外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・老人医療9割給付外来	8 高外9
0 高齢受給者・老人医療7割給付外来	0 高外7

- (23) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く。以下同じ。）及び一包化薬にあつては1剤1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、湯薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬については、1日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については、投薬全量、屯服薬については1回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬及び湯薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せ

て記載すること。

また、一包化薬の調剤時に一包化薬の投薬日数を超えて一包化薬に含まれる内服薬が調剤された場合は、「〇〇日分の一包化薬調剤後」と記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

ケ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のウの例により「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(34) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

イ 「一部負担金額」欄については、以下によること。

(ア) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(35) その他

ア 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

エ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(40)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

14 別紙1のVの2及び3を次のように改める。

2 当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができるものであること。ただし、特段の事情がない限り速やかに改正後の様式を用いること。

3 「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第62号）による改正前の様式により請求（歯科診療報酬に係る請求を除く。）を行う場合、平成18年4月の診療報酬点数表の改正により新たに記載が必要となる事項については、改正後の記載要領によること。

また、「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第157号）による改正前の様式により請求を行う場合、平成18年10月の健康保険法及び診療報酬点数表の改正

により新たに記載が必要となる事項については、改正後の記載要領によること。

15 別紙2の第1の4を次のように改める。

第1 一般的事項

4 公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

16 別紙2の第3の18の(5)及び(6)を次のように改める。

第3 診療録の記載上の注意事項

18 「診療の点数等」欄について

(5) 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

(6) 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

16 別紙2の第4の23及び24を次のように改める。

第4 歯科診療録の記載上の注意事項

23 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

24 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

17 別紙2の第5の8の(4)を次のように改める。

第5 処方せんの記載上の注意事項

8 「備考」欄について

(4) 3歳未満の患者の場合は「3歳」と、高齢受給者又は老人医療受給対象者であって9割給付の患者の場合は「高9」と、高齢受給者又は老人医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載すること。

18 別添1及び別添3を次のように改める。

別添1

診療報酬	算定告示別表第1(医科)、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示 (医科の例による場合)	入院 入院外	様式第2(1) 様式第2(2)
明細書	算定告示別表第2(歯科)、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示 (歯科の例による場合)	—	様式第3

別添3

担	障害者自立支援法による	○精神通院医療(法第5条関係)	21	(精神通院)
		○更生医療(法第5条関係)	15	—
		○育成医療(法第5条関係)	16	—
		○療養介護医療(法第70条関係)及び 基準該当療養介護医療(法第71条関係)	24	—

度	児童福祉法による	○療育の給付(法第21条の9関係)	17	—
		○障害児施設医療(法第24条の20関係)	79	—

「老人保健法に基づく医療に要する給付等と公害健康被害の補償等に関する法律に基づく療養の給付との調整について」(平成10年3月31日保険発第51号、老健発第70号)の一部改正について

3を次のように改める。

- 3 入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用については、主たる疾病が公害補償法の対象である場合には、公害補償法に基づく請求を行い、老健法又は健保法に基づく請求は行わないこと。(ただし、老健法又は健保法に基づいて特別食のみの給付を行う場合を除く。)

「老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書等の記載要領について」(平成16年3月30日
保医発第0330003号)の一部改正について

- 1 別紙のⅡの第1の6の(2)及び(3)並びに7を次のように改める。

第1 請求書に関する事項(様式第一関係)

6 「医療保険」欄について

- (2) 「件数」欄には明細書の訪問看護に係る件数の合計を、「日数」欄には明細書の訪問看護の「実日数」欄の「保険」の項の日数の合計を、「金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独(七〇以上九割)」欄、「医保単独(七〇以上七割)」欄、「医保単独(本人)」欄、「医保単独(家族)」欄及び「医保単独(三歳)」欄の「小計」欄にはそれぞれの計数の合計を記載すること。

- (3) 「①合計」欄には、「医保(70以上9割)と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上九割」欄の「小計」欄と、「医保(70以上7割)と公費の併用」欄と「医保単独(七〇以上七割)」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独(本人)」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独(家族)」欄の「小計」欄と、「医保(3歳)と公費の併用」欄と「医保単独(三歳)」の「小計」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

7 「老人保健」欄について

- (3) 「②合計」欄には、「老人9割と公費の併用」欄と「老人単独」欄の「小計」と「老人7割と公費の併用」欄と「老人単独」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

- 2 別紙のⅡの第2の4の(3)、14の表中及び32の(2)のアを次のように改める。

第2 明細書に関する事項(様式第三)

- 4 「6訪問」における「1 社・国 2 公費 3 老人 4 退職」(以下「保険種別1」という。)、
「1 単独 2 2併 3 3併」(以下「保険種別2」という。)及び「2 本人
4 三歳 6 家族」欄について

- (3) 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、3歳未満の患者(3歳に達する日の属する月以前の患者をいう。以下同じ。)は「4」、高齢受給者及び老人医療(指定訪問看護を受けた日が70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日の者は、誕生月)以降である患者をいう。以下同じ。)は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。
ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民保険であって被保険者(世帯主)と被保険者(その他)の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者(世帯主(高齢受給者を除く。))は「2」、被保険者(その他(3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。))は「6」を○で囲むこととし、それ以外(3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。)

はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本人」（若しくは「2 本」）、「4 三歳」（若しくは「4 三」）、「6 家族」（若しくは「6 家」）、「8 高齢9」（若しくは「8 高9」）又は「0 高齢7」（若しくは「0 高7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人	.....	2 本人
4 3歳未満	.....	4 三歳
6 家族	.....	6 家族
8 高齢受給者・老人9割給付	.....	8 高齢9
0 高齢受給者・老人7割給付	.....	0 高齢7

14 「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、略称を記載すること。

なお、電子計算機の場合はコードと略称を記載すること。

コード	略称	内 容
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ①高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条第6項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ②老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）第15条第5項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が老人保健特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
16	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）

32 「合計」欄について

(2) 「負担金額」の項については、以下によること。

ア 健康保険、国民健康保険、退職者医療及び老人医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

患者負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

3 (別添2) の(3)を次のように改める。

別添3

障害者自立支援法 による	○精神通院医療（法第5条関係）	2 1	(精神通院)
	○更生医療（法第5条関係）	1 5	—
	○育成医療（法第5条関係）	1 6	—
	○療養介護医療（法第70条関係）及び 基準該当療養介護医療（法第71条関係）	2 4	—

(別紙13)

「特別の療養環境の提供に係る基準に関する届出について」(平成16年3月30日保医発第0330013号)の一部改正について

(別紙様式)を別添のとおり改める。

(別紙様式)

〇〇発第 号

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者名

平成〇〇年〇月〇〇日付けの申請については、療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）第三の二の(二)の規定に基づき、下記のとおり承認する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇社会保険事務局長

記

特別の療養環境の提供に係る病床
許可病床数（〇〇床）の〇割〇分（〇〇床）

「先進医療に係る届出等の取扱いについて」(平成17年6月30日保医発第0630002号)
の一部改正について

1 1を次のように改める。

先進医療については、平成16年12月の厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣(規制改革、産業再生機構)、行政改革担当、構造改革特区・地域再生担当との基本的合意に基づき、国民の安全性を確保し、患者負担の増大を防止するといった観点も踏まえつつ、国民の選択肢を広げ、利便性を向上するという観点から、保険診療との併用を認めることとしたものである。

具体的には、有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関は届出により保険診療との併用ができるものである。

また、先進医療については、健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)において特定療養費制度が再編成されたことに伴い、「評価療養」とされ、将来的な保険導入のための評価を行うものとして位置づけられたものであることから、実施保険医療機関から定期的に報告を求めることとしている。

2 4の(3)を次のように改める。

(3) 届出受理の手続き

地方社会保険事務局長は、届出があった場合は、記載事項及び施設基準に適合している旨を確認して受理することとし、受理した旨を速やかに届出書に文書による通知するとともに、副本1通及び受理通知の複写を厚生労働省保険局医療課に送付する。なお、届出書受理した日の属する月の翌月(届出を受理した日が1日の場合は当月)1日より保険診療と併用できるものである。

3 9の次に次のように加える。

10 経過措置

平成18年9月30日において現に特定承認保険医療機関の承認を受けている病院若しくは診療所において実施することが承認されている高度先進医療又は当該病院若しくは診療所が実施することを申請している高度先進医療については、健康保険法等の一部を改正する法律の施行後において「評価療養」として掲げられている該当する先進医療の届出がされているものとみなし、新たな届出を要しない。

4 別紙新規技術様式第7号、別紙報告様式第3号及び別紙取下様式第1号を別添のとおり改める。

別紙新規技術様式第7号

先進医療に要する費用			
先進医療の名称			
治 療 の 概 要 (様式第4-1号より <u>典型的な症例</u> 1つを選び出し記入すること)	症例の整理番号	入院	日間 ・ 通院
		日間	日間
保 険 者 負 担	保険外併用療養費分 ①	円	
	先進医療にかかる費用	円 (回)	
被 保 険 者 負 担	保険外併用療養費分に係る一部負担金	円	
	そ の 他 []	円	
	計 ②	円	
そ の 他 [] ③		円	
合 計 ①+②+③		円	
<p>注1) 典型的な事例について、<u>健康保険被保険者本人の場合</u>を記入すること。</p> <p>注2) 「保険外併用療養費分」の内訳を別紙として添付すること。 (様式は問わない) また、手術当日にかかった費用とそれ以外の費用を区分して記入すること。</p> <p>注3) 「先進医療にかかる費用」の精算根拠を別紙様式第8-1号及び第8-2号に記入すること。</p> <p>注4) 「一部負担金」には、高額療養費該当分を含む。</p>			

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。医療機関名は記入しないこと。

別紙報告様式第3号

先進医療実績報告（平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日）

保険医療機関名 _____

コード番号	—
-------	---

先進医療名 _____

先進医療の費用（届出時） _____ 円

届出受理年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

総件数 _____ 件

番号	診断名	年齢	性別	入院期間	実施回数	転帰	保険外併用療養費分 ①	先進医療の総額 ②	総合計 (①+②)	評価	
										固形癌の治療以外	固形癌の治療
1		歳	男・女	日	回		円	円	円	1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
2			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
3			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
4			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
5			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
6			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
7			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
8			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
9			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD
10			男・女							1・2・3・4・5	CR・PR・NC・PD

保険外併用療養費分の費用 計 _____ 円

患者1人当たりの平均保険外併用療養費分の費用 _____ 円

患者1人当たりの平均入院期間 _____ 日

先進医療の総額 計 _____ 円

患者1人当たりの平均先進医療の総額 _____ 円

患者1人当たりの平均実施回数 _____ 回

上記に係る総合計 _____ 円

患者1人当たり平均総合計 _____ 円

別紙取下様式第1号

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

医療機関開設者名 印

先進医療に係る届出書の取り下げについて

平成 年 月 日付で届出しております先進医療に係る届出につきまして、下記の理由により届出を取り下げしますので、よろしくお願いします。

記

1 届出している先進医療技術の名称

2 取り下げ理由

「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」(平成17年9月1日保医発第0901002号)の一部改正について

1 1の(1)及び(4)を次のように改める。

1 費用徴収する場合の手続について

- (1) 保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。なお、掲示の方法については、「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成18年3月13日保医発第0313003号)第1の2(5)に示す掲示例によること。
- (4) なお、「保険(医療)給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」に示したとおり、「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められないので、改めて留意されたいこと。

2 3の(3)のイ及びウを次のように改める。

3 療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの

療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないものとしては、具体的には次に掲げるものが挙げられること。

(3) 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

- イ 適応外使用の医薬品(評価療養を除く。)
- ウ 保険適用となっていない治療方法(先進医療を除く。)等

3 4を次のように改める。

4 その他

上記1から3までに掲げる事項のほか、費用徴収する場合の具体的取扱いについては、「保険(医療)給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」を参考にされたい。

なお、上記に関連するものとして、入院時や松葉杖等の貸与の際に事前に患者から預託される金銭(いわゆる「預り金」)については、その取扱いが明確になっていなかったところであるが、将来的に発生することが予想される債権を適正に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合にあつては、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、精算方法等の明示などの適正な手続を確保すること。