

事務連絡
平成26年3月10日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

平成26年度診療報酬改定関連通知について

下記の通知について、平成26年3月5日付で発出したところであるが、平成26年度診療報酬改定説明会において配布した「平成26年度診療報酬改定関係資料（通知）」に掲載した通知（案）との主な変更点については、それぞれ別添1から別添3までの右欄のとおりであるため、その取扱いに遺漏のないよう、周知徹底を図られたい。

- ・「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26年3月5日保医発0305第1号）（別添1）
- ・「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26年3月5日保医発0305第2号）（別添2）
- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月5日保医発0305第3号）（別添3）
- ・「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正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26年3月5日保医発0305第6号）（別添4）

別添 1

○ 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

診療報酬改定説明会資料	平成 26 年 3 月 5 日付通知
<p>別添 3 入院基本料等加算の施設基準等</p> <p>第 1 総合入院体制加算</p> <p>1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等</p> <p>(3) <u>全身麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（延べ患者数）が年 800 件以上であること。</u></p> <p>2 総合入院体制加算 2 に関する施設基準等</p> <p>(4) <u>全身麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（延べ患者数）が年 800 件以上であること。</u></p> <p>第 24 退院調整加算</p> <p>1 退院調整加算に関する施設基準</p> <p>(2) (略) 注●に規定する点数を算定する場合は、<u>看護師又は社会福祉士について専従である必要はない。</u></p> <p>別添 4 特定入院料の施設基準等</p> <p>第 12 地域包括ケア病棟入院料</p> <p>(5) (3)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。</p>	<p>別添 3 入院基本料等加算の施設基準等</p> <p>第 1 総合入院体制加算</p> <p>1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等</p> <p>(3) <u>全身麻酔による手術件数が年 800 件以上であること。</u></p> <p>2 総合入院体制加算 2 に関する施設基準等</p> <p>(5) <u>全身麻酔による手術件数が年 800 件以上であること。</u></p> <p>第 24 退院調整加算</p> <p>1 退院調整加算に関する施設基準</p> <p>(2) (略) 注 3 に規定する点数を算定する場合は、<u>専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていればよく、専従である必要はない。</u></p> <p>別添 4 特定入院料の施設基準等</p> <p>第 12 地域包括ケア病棟入院料</p> <p>(5) (3)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。<u>ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。</u>なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。</p>

第 15 精神科救急入院料

(13) 以下の地域における 1 年間（当該保険医療機関が精神科救急入院料に係る届出を行う前年度 1 年間とする。）における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として 4 分の 1 以上、又は 20 件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

(15) 精神科救急入院料 2 の施設基準

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入院患者のうち 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。

第 16 の 2 精神科救急・合併症入院料

(14) 以下の地域における 1 年間（当該保険医療機関が精神科救急・合併症入院料に係る届出を行う前年度 1 年間とする。）における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として 4 分の 1 以上、又は 20 件以上の患者を当該病棟において受け入れていること

第 17 精神療養病棟入院料

1 精神療養病棟入院料の施設基準等

(9) 当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。

第 15 精神科救急入院料

(13) 以下の地域における 1 年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として 4 分の 1 以上、又は 20 件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

(15) 精神科救急入院料 2 の施設基準

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入院患者のうち 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。

第 16 の 2 精神科救急・合併症入院料

(14) 以下の地域における 1 年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として 4 分の 1 以上、又は 20 件以上の患者を当該病棟において受け入れていること

第 17 精神療養病棟入院料

1 精神療養病棟入院料の施設基準等

(9) 退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。

別添 2

○ 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

診療報酬改定説明会資料	平成 26 年 3 月 5 日付通知
<p>別添 1 特掲診療料の施設基準等</p> <p>第 16 の 4 在宅患者訪問褥瘡管理指導料</p> <p>1 在宅患者訪問褥瘡管理指導料に関する施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関に以下の 3 名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>ア 常勤の医師</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師</p> <p>ウ 常勤の管理栄養士（診療所にあつては、非常勤の管理栄養士でもよい。）</p> <p>ただし、ア及びウについては、常勤職員（診療所の管理栄養士を除く。）であること。</p> <p>また、当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、他の保険医療機関等の看護師（准看護師を除く。）を（2）に掲げる褥瘡管理者とする場合に限り、<u>当該管理栄養士及び当該看護師を在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。</u></p> <p>第 47 の 3 認知症患者リハビリテーション料</p> <p>1 認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準</p> <p>(2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が 1 名以上勤務していること。ただし、A D L 維持向上体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤言語聴覚士との兼任はできない。</p>	<p>別添 1 特掲診療料の施設基準等</p> <p>第 16 の 4 在宅患者訪問褥瘡管理指導料</p> <p>1 在宅患者訪問褥瘡管理指導料に関する施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関に以下の 3 名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>ア 常勤の医師</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師</p> <p>ウ 常勤の管理栄養士（診療所にあつては、非常勤の管理栄養士でもよい。）</p> <p>ただし、ア及びウについては、常勤職員（診療所の管理栄養士を除く。）であること。</p> <p>また、当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、他の保険医療機関等の看護師（准看護師を除く。）を（2）に掲げる褥瘡管理者とする場合に限り、<u>当該看護師を在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。</u></p> <p>第 47 の 3 認知症患者リハビリテーション料</p> <p>1 認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準</p> <p>(2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が 1 名以上勤務していること。ただし、A D L 維持向上体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、<u>常勤作業療法士</u>又は常勤言語聴覚士との兼任はできない。</p>

第 56 の 2 医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 並びに歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則の 6 に掲げる処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準

1 (略)

2 次のいずれかを満たしていること。

(1)～(3) (略)

(4) 全身麻酔による手術の患者数が年間 800 件以上の実績を有する病院であること。

3～6 (略)

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

(1) (略)

(2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア 休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、当該診療科に配置されている医師 5 名毎（端数は切り上げる。）に 1 名の緊急呼び出し当番を担う医師を置いていること。

イ 休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼び出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行うこと。（ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼び出し当番以外の者が手術に参加しても良い。）

ウ 夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

エ 夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

オ～カ (略)

(3) (略)

8～9 (略)

第 56 の 2 医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 並びに歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則の 6 に掲げる処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準

1 (略)

2 次のいずれかを満たしていること。

(1)～(3) (略)

(4) 全身麻酔による手術の件数が年間 800 件以上の実績を有する病院であること。

3～6 (略)

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

(1) (略)

(2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア 休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、当該診療科に配置されている医師の数が 5 名又はその端数を増すごとに 1 名の緊急呼び出し当番を担う医師を置いていること。

イ 休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼び出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行うこと。（ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼び出し当番以外の者が手術に参加しても良い。）

ウ 夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

エ 夜勤時間帯において、緊急手術を行った医師（術者及び全ての助手をいう。）について、翌日の予定手術を行う場合は、6（2）における当直等を行っている者として数える。

オ～カ (略)

(3) (略)

8～9 (略)

第 79 の 3 医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則
の 16 に掲げる手術

1 該当しない場合は所定点数の 100 分の 80 に
相当する点数を算定することとなる施設基準
次のいずれかに該当すること。

(1) (略)

(2) 胃瘻造設術を実施した症例数（頭頸部悪性
腫瘍患者に対して行った症例数を除く。）が
1 年間に 50 以上である場合であって、以下
のア又はイのいずれも満たしていること。

ア～イ (略)

ウ 以下の①又は②の患者はイの合計数には含
まないものとする。

①～⑥ (略)

(3)～(4) (略)

2 (略)

第 79 の 3 医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則
の 16 に掲げる手術

1 該当しない場合は所定点数の 100 分の 80 に
相当する点数を算定することとなる施設基準
次のいずれかに該当すること。

(1) (略)

(2) 胃瘻造設術を実施した症例数（頭頸部悪性
腫瘍患者に対して行った症例数を除く。）が
1 年間に 50 以上である場合であって、以下
のア又はイのいずれも満たしていること。

ア～イ (略)

ウ 以下の①から⑥の患者はイの合計数には含
まないものとする。

①～⑥ (略)

(3)～(4) (略)

2 (略)

別添 3

○ 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

診療報酬改定説明会資料	平成 26 年 3 月 5 日付通知
<p>別添 1 医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第 1 章 基本診療料 第 1 部 初・再診料 第 1 節 初診料 A 0 0 0 初診料</p> <p>(6) (略) なお、初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、特定機能病院は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成 5 年 2 月 15 日)(健政発第 98 号)」により、地域医療支援病院は「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成 10 年 5 月 19 日)(健政発第 639 号)」により定めるものとする。</p> <p>ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(夜間又は休日に受診したものの数を除く。)」とする。また、地域医療支援病院における初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が法第 30 条の 4 に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。)とする。</p> <p>(7) 特定機能病院及び許可病床の数が 500 床以上の地域医療支援病院のうち、前年度 1 年間の紹介率の実績が 50%未滿かつ逆紹介率の実績が 50%未滿の保険医療機関においては、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式 28 により、毎年 10 月に地方厚生(支)局長へ報告すること。</p>	<p>別添 1 医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第 1 章 基本診療料 第 1 部 初・再診料 第 1 節 初診料 A 0 0 0 初診料</p> <p>(6) (略) なお、初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、特定機能病院は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成 5 年 2 月 15 日)(健政発第 98 号)」により、地域医療支援病院及び「注 3」に規定する病院は「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成 10 年 5 月 19 日)(健政発第 639 号)」により定めるものとする。</p> <p>ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(夜間又は休日に受診したものの数を除く。)」とする。また、地域医療支援病院及び「注 3」に規定する病院における初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が法第 30 条の 4 に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。)とする。</p> <p>(7) 特定機能病院及び許可病床の数が 500 床以上の地域医療支援病院及び許可病床の数が 500 床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が 500 床異常の地域医療支援病院及び一般病床の数が 200 床未滿の病院を除く。)は、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式 28 に</p>

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術等基本料

- (3) 保険医療機関（有床診療所を除く。）において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術又は検査を行う場合には、すべての患者（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合を除く。）について短期滞在手術等基本料3を算定するものであること。
(略)

より、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術等基本料

- (3) 保険医療機関（有床診療所を除く。）において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術又は検査を行う場合には、特に規定する場合を除き、すべての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。なお、アに掲げる「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合」及びイに掲げる「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」については、これらの検査が原則として入院で実施されるべきものではないことから、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合等、その必要性について医学上の特別な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。(略)

- (4) 以下のア～エに該当する場合は、短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、イ及びウについては、例えば眼科で同一の手術を両眼に実施した場合等、同一の手術又は検査を複数回実施する場合は含まれない。また、エについては、手術又は検査を実施した保険医療機関、転院先の保険医療機関ともに短期滞在手術等基本料3を算定しない。

ア 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する保険医療機関の場合

イ 入院した日から起算して5日以内に(3)のア～ナに掲げる手術又は検査の中から2以上を実施した場合。

ウ 入院した日から起算して5日以内に(3)のア～ナに掲げる手術又は検査に加えて、手術(第2章特掲診療料第10部手術に掲げるもの)を実施した場合。

- (4) 短期滞在手術等基本料3を算定する場合は、退院時の投薬に係る費用（医科点数表第2章第5部投薬に掲げる各所定点数をいう。）を除き、医科点数表に掲げるすべての項目について、別に算定できない。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B001 特定疾患治療管理料

10 入院栄養食事指導料

- (2) 入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「B001」の9外来栄養食事指導料における留意事項の(2)、(3)、(5)及び(6)の例による。

23 がん患者指導管理カウンセリング料

(1) がん患者指導管理料1

イ 当該患者について区分番号B005-6に掲

エ 入院した日から起算して5日以内に(3)のア～ナに掲げる手術又は検査を実施した後、入院した日から起算して5日以内に他の保険医療機関に転院した場合。

- (5) 短期滞在手術等基本料3を算定する場合は、退院時の投薬に係る費用（医科点数表第2章第5部投薬に掲げる各所定点数をいう。）を除き、医科点数表に掲げるすべての項目について、別に算定できない。また、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院医療機関が入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の保険医療機関等で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用することは特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B001 特定疾患治療管理料

10 入院栄養食事指導料

- (2) 入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「B001」の9外来栄養食事指導料における留意事項の(2)、(3)（入院栄養食事指導料1に限る。）、(5)及び(6)の例による。

23 がん患者指導管理カウンセリング料

(1) がん患者指導管理料1

イ 当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関

げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。~~ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。~~

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C001 在宅患者訪問診療料

(10) 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。

- ① 当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること。（要介護度4以上又は別添6-別紙12 認知症である老人の日常生活自立度判定基準（抜粋）におけるランクⅣ以上の場合を除く。）
- ② 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。
- ③ 「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、訪問診療を行った日における当該医師の在宅患者診療時間（開始時刻及び終了時刻）、診療場所、診療人数等について診療録並びに診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料

(4) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時

が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。

ウ 指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C001 在宅患者訪問診療料

(10) 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。

- ① 当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること。
- ② 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。
- ③ 訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について、診療録に記載すること。また、「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式に記載のうえ、診療報酬明細書に添付すること。

C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料

(4) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生

等医学総合管理料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生

(支)局長に届け出た保険医療機関の保険医が、在宅療養計画に基づき、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を月2回以上算定した場合に月1回に限り算定する。この場合において、月1回以上区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の「1 同一建物居住者以外の場合」を算定した場合は在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「同一建物居住者以外の場合」を算定し、それ以外の場合は「同一建物居住者の場合」を算定する。

第5部 投薬

第2節 処方料

F100 処方料

(9) (略)

ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに
対して用いた場合

イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン剤のも
ので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器
障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合

エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤
のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣
機能不全に対して用いた場合

オ 薬効分類が黄体ホルモン剤のもので、思春期早

(支)局長に届け出た保険医療機関の保険医が、在宅療養計画に基づき、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を月2回以上算定した場合に月1回に限り算定する。この場合において、月1回以上区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の「1 同一建物居住者以外の場合」を算定した場合は在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「同一建物居住者以外の場合」を算定し、それ以外の場合は「同一建物居住者の場合」を算定する。なお、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料若しくは区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合においては、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定したものとみなすことができる。

第5部 投薬

第2節 処方料

F100 処方料

(9) (略)

ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんか
んに対して用いた場合

イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のも
ので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性
器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場
合

エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン
のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵
巣機能不全に対して用いた場合

発症に対して用いた場合

カ 薬効分類がビタミンD剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合

キ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニステトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合

第10部 手術

第1節 手術料

第8款 心・脈管

K586 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術

(1) (略)

(2) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を摘要欄に記載すること。

第9款 腹部

K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

(1) 「イ」及び「ロ」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(2)～(3) (略)

オ 薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合

カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合

第10部 手術

第1節 手術料

第8款 心・脈管

K586 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術

(1) (略)

(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を摘要欄に記載すること。

第9款 腹部

K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

(1) 「1」及び「2」のそれぞれについて、「イ」及び「ロ」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(2)～(3) (略)

診療報酬改定説明会資料	平成 26 年 3 月 5 日付通知
<p>別添 2 歯科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第 12 部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>通則</p> <p>20 (略)</p> <p>イ 区分番号 M000-2 に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(7)により、「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず隣在歯又は隣在歯及び当該ブリッジの支台歯を抜歯し、<u>ブリッジを装着する場合</u></p> <p>M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料 (7) 「注 1」の「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」を保険医療機関において装着した日から起算して 2 年を経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず隣在歯又は隣在歯及び<u>当該ブリッジの支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合は</u>、予めその理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出しその判断を求める。また、添付模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、添付フィルム又はその複製は区分番号 E100 に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号 E300 に掲げるフィルムに準じて算定する。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。</p> <p>M009 充填 (10) (略)</p> <p>イ 単純なもの 「イ 単純なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料は歯科充填用材料 I の「(2)</p>	<p>別添 2 歯科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第 12 部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>通則</p> <p>20 (略)</p> <p>イ 区分番号 M000-2 に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(7)により、「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず隣在歯又は隣在歯及び<u>当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合</u></p> <p>M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料 (7) 「注 1」の「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」を保険医療機関において装着した日から起算して 2 年を経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず隣在歯又は隣在歯及び<u>当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合は</u>、予めその理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出しその判断を求める。また、添付模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、添付フィルム又はその複製は区分番号 E100 に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号 E300 に掲げるフィルムに準じて算定する。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。</p> <p>M009 充填 (10) (略)</p> <p>イ 単純なもの 「イ 単純なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料は歯科充填用材料 I の「<u>□</u></p>

複雑なもの」に係る点数を算定する。

□ 複雑なもの

「□ 複雑なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料は歯科充填用材料Ⅰの「(1) 単純なもの」に係る点数及び「(2) 複雑なもの」に係る点数を合算した点数を算定する。

(11) (略)

イ 単純なもの

「イ 単純なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料は歯科充填用材料Ⅱの「(2) 複雑なもの」に係る点数を算定する。

□ 複雑なもの

「□ 複雑なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料は歯科充填用材料Ⅱの「(1) 単純なもの」に係る点数及び「(2) 複雑なもの」に係る点数を合算した点数を算定する。

複雑なもの」に係る点数を算定する。

□ 複雑なもの

「□ 複雑なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料は歯科充填用材料Ⅰの「イ 単純なもの」に係る点数及び「□ 複雑なもの」に係る点数を合算した点数を算定する。

(11) (略)

イ 単純なもの

「イ 単純なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料は歯科充填用材料Ⅱの「□ 複雑なもの」に係る点数を算定する。

□ 複雑なもの

「□ 複雑なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料は歯科充填用材料Ⅱの「イ 単純なもの」に係る点数及び「□ 複雑なもの」に係る点数を合算した点数を算定する。

別添 4

- 特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正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

診療報酬改定説明会資料	平成 26 年 3 月 5 日付通知
<p>M O 2 1 - 1 コンビネーション鉤（1 個につき）</p> <p>1 鑄造鉤に金銀パラジウム合金（金 12%以上）、線鉤に不銹鉤及び特殊鋼を用いた場合</p> <p>2 鑄造鉤に鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金、線鉤に不銹鉤及び特殊鋼を用いた場合</p>	<p>M O 2 1 - 1 コンビネーション鉤（1 個につき）</p> <p>1 鑄造鉤に金銀パラジウム合金（金 12%以上）、線鉤に不銹綱及び特殊鋼を用いた場合</p> <p>2 鑄造鉤に鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金、線鉤に不銹綱及び特殊鋼を用いた場合</p>