

保医発第0319003号
平成20年3月19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）
高齢者医療主管課（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

「入院時食事療養費に係る入院時生活療養の実施上の留意事項について」等
の一部改正について

標記については、「診療報酬の算定方法を定める件」（平成20年厚生労働省告示第59号）等が
公布され、平成20年4月1日より適用されること、及び後期高齢者医療制度の創設等を内容とする
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）の一部が平成20年4月1日より施
行されることに伴い、下記の通知の一部を別添のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のない
よう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添1 「入院時食事療養費に係る入院時生活療養に係る生活療養の実施上の留意事項につい
て」（平成18年3月6日保医発第0306009号）の一部改正について

別添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

別添 3 「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

別添 4 「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0313004号）の一部改正について

別添 5 「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

別添 6 「訪問看護計画書等の記載要領等について」（平成12年 3 月31日保険発第62号・老健発第71号）の一部改正について

別添 7 「指定訪問看護等と連続して行われる死後の処置の取扱いについて」（平成12年 3 月31日保険発第64号・老健発第85号）の一部改正について

別添 8 「指定訪問看護及び指定老人訪問看護の利用料にかかる医療費控除の摘要について」（平成12年 6 月 8 日保険発第120号・老健発第109号）の一部改正について

別添 9 「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成14年 3 月 8 日保医発第0308009号）の一部改正について

別添10 「クロイツフェルト・ヤコブ病の患者の入院に係る特別の療養環境の提供に係る取扱い等について」（平成12年11月13日保険発第188号）の一部改正について

「入院時食事療養費に係る入院時生活療養に係る生活療養の実施上の留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306009号）の一部改正について

1 「2」から「6」まで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。

- （1） 医師、管理栄養士又は栄養士による検食が毎食行われ、その所見が検食簿に記入されている。
- （2） 普通食（常食）患者年齢構成表及び給与栄養目標量については、必要に応じて見直しを行っていること。
- （3） 食事の提供に当たっては、喫食調査等を踏まえて、また必要に応じて食事せん、献立表、患者入退院簿及び食料品消費日計表等の食事療養関係帳簿を使用して食事の質の向上に努めること。
- （4） 患者の病状等により、特別食を必要とする患者については、医師の発行する食事せんに基づき、適切な特別食が提供されていること。
- （5） 適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、病床数が概ね500床以上であって、かつ、当該保険医療機関の構造上、厨房から病棟への配膳車の移動にかなりの時間を要するなどの当該保険医療機関の構造上等の特別な理由により、やむを得ず午後6時以降の病棟配膳を厳守すると不都合が生じると認められる場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることにはやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。また、全ての病棟で速やかに午後6時以降に配膳できる体制を整備するよう指導に努められたい。
- （6） 保温食器等を用いた適温の食事の提供については、中央配膳に限らず、病棟において盛り付けを行っている場合であっても差しつかえない。
- （7） 医師の指示の下、医療の一環として、患者に十分な栄養指導を行うこと。

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。
- （2） 加算の対象となる特別食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される患者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食、無菌食及び

特別な場合の検査食をいうものであり、治療乳を除く乳児の人工栄養のための調乳、離乳食、幼児食等並びに治療食のうちで単なる流動食及び軟食は除かれる。

- (3) 治療食とは、腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食及び治療乳をいうが、胃潰瘍食については流動食を除くものである。また治療乳とは、いわゆる乳児栄養障害症（離乳を終らない者の栄養障害症）に対する酸乳、バター穀粉乳のように直接調製する治療乳をいい、治療乳既製品（プレミルク等）を用いる場合及び添加含水炭素の選定使用等は含まない。

ここでは努めて一般的な名称を用いたが、各医療機関での呼称が異なってもその実質内容が告示したものと同等である場合は加算の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り告示の名称を用いることが望ましい。

- (4) 心臓疾患、妊娠中毒症等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓食に準じて取り扱うことができるものである。なお、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、このような取り扱いとは認められない。
- (5) 腎臓食に準じて取り扱うことができる心臓疾患、妊娠中毒症等の減塩食については、食塩相当量が総量（1日量）6g未満の減塩食をいう。（ただし、平成20年9月30日までの間は、なお従前の例によることができる。）
- (6) 肝臓食とは、肝底護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合も含む。）等をいう。
- (7) 十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えない。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、特別食の加算が認められる。また、クローン病、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については、特別食として取り扱って差し支えない。
- (8) 高度肥満症（肥満度が+70%以上又はBMIが35以上）に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱うことができる。
- (9) 特別な場合の検査食とは、潜血食をいう。
- (10) 大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残渣の少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えない。ただし、外来患者に提供した場合は、保険給付の対象外である。
- (11) 特別食として提供される脂質異常症食の対象となる患者は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140mg/dL以上である者又はHDL-コレステロール値が40mg/dL未満である者若しくは中性脂肪値が150mg/dL以上である者である。
- (12) 特別食として提供される貧血食の対象となる患者は、血中ヘモグロビン濃度が10 g/dL以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する患者である。
- (13) 特別食として提供される無菌食の対象となる患者は、無菌治療室管理加算を算定している患者である。
- (14) 経管栄養であっても、特別食加算の対象となる食事として提供される場合は、当該特別食に準じて算定することができる。

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、(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。
- (2) 他の病棟に入院する患者との共用、談話室等との兼用は差し支えない。ただし、当該加算の算定に該当する食堂の床面積は、内法で当該食堂を利用する病棟又は診療所に係る病床1床当たり0.5平方メートル以上とする。
- (3) 診療所療養病床療養環境加算1、精神療養病棟入院料等の食堂の設置が要件の一つとなっている点数を算定している場合は、食堂加算をあわせて算定することはできない。
- (4) 食堂加算を算定する病棟を有する保険医療機関は、当該病棟に入院している患者のうち、食堂における食事が可能な患者については、食堂において食事を提供するように努めること。

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 薬価基準に収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20年厚生労働省告示第59号)医科診療報酬点数表区分番号「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 薬価基準に収載されていない流動食を提供した場合は、区分番号「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。薬価基準に収載されている高カロリー薬及び薬価基準に収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。
- (2) 食道癌を手術した後、胃瘻より流動食を点滴注入した場合は、鼻腔栄養に準じて取り扱う。

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。

- (1) 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ものであり、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。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、同意書による同意の確認を行う場合の様式は、各医療機関で定めたもので差しつかえない。
- (2) 患者の選択に資するために、各病棟内等の見やすい場所に特別メニューの食事のメニュー及び料金を掲示するとともに、文書を交付し、わかりやすく説明するなど、患者が自己の選

択に基づき特定の日にあらかじめ特別のメニューの食事を選択できるようにする。

- (3) 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、当該患者の診療を担う保険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。
- (4) 当該保険医療機関は、特別メニューの食事を提供することにより、それ以外の食事の内容及び質を損なうことがないように配慮する。
- (5) 栄養量については、当該保険医療機関においては、患者ごとに栄養記録を作成し、医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士により個別的な医学的・栄養学的管理が行われることが望ましい。また、食堂の設置、食器への配慮等食事の提供を行う環境の整備についてもあわせて配慮がなされていることが望ましい。
- (6) 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。

2 「7」の次に次のように加える。

8 その他

- (1) 一般病床と療養病床を有する保険医療機関において、一般病床から療養病床に転床した日は、療養病棟入院基本料等を算定し、生活療養を受けることとなることから、転床前の食事も含め、全ての食事について入院時生活療養費（食事の提供たる療養に係るもの）が支給され、食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。一方、療養病床から一般病床に転床した日は、転床前の食事も含め、全ての食事について入院時食事療養費が支給され、食事療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。
- (2) 医療療養病床と介護療養病床を有する保険医療機関において、介護療養病床から医療療養病床へ転床し生活療養を受ける場合においては、転床した日の転床後の食事は、医療保険における入院時生活療養費（食事の提供たる療養に係るもの）が支給され、食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。一方、医療療養病床から介護療養病床へ転床した場合には、転床した日の転床前の食事は、医療保険における入院時生活療養費（食事の提供たる療養に係るもの）が支給され、食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。

(3) 転床した場合の入院時生活療養に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）の支給は次のとおりとする。

ア 一般病床から療養病床へ転床した日は、療養病棟入院基本料等を算定することとなることから、入院時生活療養に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）が支給され、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。

イ 療養病床から一般病床へ転床した日は、一般病棟入院基本料等を算定することとなることから、入院時生活療養に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）は支給されず、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）は徴収しない。

ウ 医療療養病床から介護療養病床へ転床した日又は介護療養病床から医療療養病床へ転床した日は、療養病棟入院基本料等を算定することとなることから、入院時生活療養に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）が支給され、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。

「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」（平成18年3月6日保医発第0306010号）の一部改正について

1 「第2」の7を次のように改める。

第2 届出に関する手続き

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、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成20年4月14日までに届出書の提出があり、同月30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日に遡って算定することができるものとする。

8 届出の不受理の決定を行った場合には、速やかにその旨を提出者に対して通知する。

2 「第3」を削り、「第4」を「第3」とし、次のように改める。

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出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。

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。

4 届出を行った保険医療機関は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行う。

5 地方社会保険事務局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報の交換を行うなど、相互に協力するよう努める。

6 届出を受理した場合は、被保険者等の便宜に供するため、当該届出に関する事項を地方社会保険事務局において閲覧に供するほか、保険者等に提供するよう努める。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）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行う。

3 別添を別紙のように改める。

別添 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

1 一般的事項

- (1) 届出は、当該保険医療機関の全病棟について包括的に行うことを原則とする。
- (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。

2 入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）等の届出

入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の届出に当たっては、下記の全ての事項を満たすものであることとする。

- (1) 病院である保険医療機関にあつ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、診療所にあつ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こと。
- (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。
- (3) 一般食を提供している患者の栄養補給量については、患者個々に算定された医師の食事せん又は栄養管理計画による栄養補給量を用いることを原則とするが、これらによらない場合には、「日本人の食事摂取基準の策定について」（平成16年12月28日健発第1228001号厚生労働省健康局長通知）の別添表中の推定エネルギー必要量及び栄養素（脂質、たんぱく質、ビタミンA、ビタミンB₁、ビタミンB₂、ビタミンC、カルシウム、鉄、ナトリウム（食塩）及び食物繊維）の食事摂取基準の数値を適切に用いるものとする。
なお、患者の体位、病状、身体活動レベル等を考慮すること。
また、推定エネルギー必要量は治療方針にそって身体活動レベルや体重の増減等を考慮して適宜増減することが望ましいこと。
- (4) 患者の病状により、特別食を必要とする患者については、適切な特別食が提供されていること。
- (5) 当該保険医療機関の療養の実態、当該地域における日常の生活サイクル、患者の希望等を

総合的に勘案し、適切な時間に適切な温度の食事が提供されていること。この場合においては、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ていること。

- (6) 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こと。

- (7) 適時の食事の提供が行われていること。

なお、夕食に関しては午後6時以降に提供されていること。

- (8) 保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。

即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。

なお、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まない。また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差しつかえない。

また、クックチル、クックフリーズ、真空調理（真空パック）法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらない。

- (9) 職員に提供される食事と患者に提供される食事との区分が明確になっていること。

なお、患者に提供される食事とそれ以外の食事の提供を同一の組織で行っている場合には、その帳簿類、出納及び献立盛りつけなどが明確に区別されていること。

- (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こと。

- (11) 障害者施設等入院基本料を算定している病棟、又は特殊疾患入院施設管理加算若しくは特殊疾患病棟入院料を算定している病棟については、個々の患者の病状に応じた食事の提供が行われている場合には、必ずしも(7)の要件を満たす必要はないものとする。

なお、次のアからウの病棟については、平成22年3月31日までの間は必ずしも(7)の要件を満たす必要はないが、夕食に関しては、早くても午後5時以降に提供されていること。

ア 平成20年3月31日において、現に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟であって、平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に、療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した病棟

イ 平成20年3月31日において、現に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟であって、平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に、療養病棟入院基本料を算定する病棟以外の病棟に転換した上で、その後療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した病棟

ウ 平成18年6月30日において、現に特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院

料2を算定する病棟であって、平成18年7月1日から平成20年3月31日までの間に療養病
棟入院基本料を算定する病棟に転換した病棟

「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

1 表題を次のように改める。

認知症病棟の施設基準の運用について

2 「1」から「5」までを次のように改める。

- 1 基本施設基準通知の別添4の第19の1の(3)のイ及びウに規定する看護師等の要件については、当該病院の看護師及び准看護師の員数が、医療法の標準に満たない場合は、当該要件に該当しないものであること。
- 2 基本施設基準通知の別添4の第19の1の(3)のオ及び(4)のウに規定する1看護単位をもって1病棟として取り扱うものであること。
- 3 基本施設基準通知の別添4の第19の1の(3)のカ及び(4)のエに規定する患者1人当たりの床面積については、次により算定した面積を当該病棟の入院患者数で除して算定するものであること。
 - (1) 当該病棟が整備基準に適合する場合は、整備基準の第2の3に規定する各施設に係る面積と昭和44年6月23日衛発第431号都道府県知事あて厚生省公衆衛生局長通知の別紙「精神病院建築基準」（以下「建築基準」という。）の第3の1の(3)に規定する各施設（専ら当該病棟に入院する患者のために設けられているものに限り、整備基準の第2の3の各施設と重複するものを除く。）に係る面積を合算した面積
 - (2) 当該病棟が整備基準に適合していない場合は、建築基準の第3の1の(3)に規定する各施設（専ら当該病棟に入院する患者のために設けられているものに限る。）に係る面積と基本施設基準通知の別添4の第19の1の(3)のキに規定する廊下及び基本施設基準通知の別添4の第19の1の(3)のク及び(4)のオに規定する生活機能回復訓練室に係る面積を合算した面積
- 4 基本施設基準通知の別添4の第19の1の(3)のキに規定する廊下は、整備基準の第2の3の(8)に規定する廊下の要件を満たすものであること。
- 5 基本施設基準通知の別添4の第19の1の(3)のク及び(4)のオに規定する生活機能回復訓練室は、当該病棟との連絡に十分考慮した適切な配置が行われている場合は、当該病棟の外部に設けられていて差し支えないものであること。

「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0313004号）の一部改正について

別添の2の(1)及び(3)を次のように改める。

2 承認における留意事項

- (1) 当該保険医療機関の所在地を含む医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第10号に規定する区域（以下「当該区域」という。）における療養病床（同法第7条第2項第4号に規定する療養病床をいう。）及び一般病床（同法第7条第2項第4号に規定する一般病床をいう。）の数が、当該区域の療養病床及び一般病床に係る基準病床数に既に達しているか確認すること。
- (3) 「留意事項通知」第3の1の(3)の⑤における「算定告示別表第一医科診療報酬点数表第1章第2部第1節又は別表第二歯科診療報酬点数表第1章第2部第1節に規定する7対1入院基本料、準7対1入院基本料及び10対1入院基本料、療養病棟入院基本料並びに有床診療所入院基本料1（特別入院基本料を除く。）を算定する保険医療機関であること」の確認については、当該医療機関から届出されている「入院基本料等の施設基準に係る届出」により行うこと。

「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

1 表題を次のように改める。

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく療養の給付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

2 「1」から「4」までを次のように改める。

1 この通知において、「包括点数」とは以下の診療料をいう。

診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（以下「診療報酬点数表」という。）に掲げる次の診療料

- ア 外来診療料
- イ 一般病棟入院基本料
- ウ 療養病棟入院基本料
- エ 有床診療所療養病床入院基本料
- オ 特定入院料
- カ 生活習慣病管理料
- キ 後期高齢者診療料
- ク 在宅時医学総合診療料
- ク 在宅末期医療総合診療料

2 調整方法

包括点数の算定対象となる患者について、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）又は健保法に基づく療養の給付と公害補償法に基づく療養の給付の両方を受けることができる場合の、高齢者医療確保法若しくは健保法又は公害補償法に基づいて支払う費用は、次のとおりとする。

(1) 高齢者医療確保法又は健保法に基づき支払う費用

包括点数の算定対象となる患者について、診療報酬点数表により算定した額の合計額から、下記(2)により公害補償法に基づき支払う費用として算定した額を控除した額（控除後の額が0円以下である場合にあっては0円。）

(2) 公害補償法に基づき支払う費用

当該包括点数にその費用が含まれている診療行為のうち、公害補償法の支給対象となるものについて、公害健康被害の補償等に関する法律の規定による診療報酬の額の算定方法（平成4年環境庁告示第40号。以下「公害補償法点数表」という。）に基づき算定した額の合計額

(例) 一般病棟入院基本料に係る調整方法

イ 高齢者医療確保法に基づき支払う費用

診療報酬点数表に基づき、一般病棟入院基本料を算定した額から、下記ロに基づき公害補償法に基づき支払う費用として算定した額を控除した額（控除後の額が0円以下である場合にあっては0円。）

ロ 公害補償法に基づき支払う費用

公害補償法点数表に基づき、下記に掲げる診療料について算定した額の合計額

入院料（主たる疾病が公害補償法の対象となる疾病である場合に限る。）

検査料（公害補償法の対象となる疾病に係るものに限る。）

投薬料（公害補償法の対象となる疾病に係るものに限る。）

注射料（公害補償法の対象となる疾病に係るものに限る。）

病理診断料（公害補償法の対象となる疾病に係るものに限る。）

一般病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置に係る費用（公害補償法の対象となる疾病に係るものに限る。）

ハ 診療報酬明細書の記載例

- (一) 「入院」欄には、当該月の診療報酬点数表に基づいて上記イについて算定した点数の合計点数から、当該月のうち高齢者医療確保法に基づく療養の給付と公害補償法に基づく療養の給付の両方を受けることができる日における、公害補償法点数表に基づいて上記ロについて算定した額を10で除して得た数の合計数を控除した点数を、次のように記載すること。

【記載例】

90
--

- (二) 「摘要」欄には、当該月の診療報酬点数の合計点数及びその内訳並びに高齢者医療確保法に基づく療養の給付と公害補償法に基づく療養の給付の両方を受けることができる日における公害合計点数の内訳及びその対象疾患名を次のように記載すること。

【記載例】

一般病棟入院基本料	入院料	〇〇点
〇〇×〇〇日間＝〇〇点	検査料	〇〇点
	投薬料	〇〇点
	注射料	〇〇点
	画像診断料	〇〇点
処置料	〇〇点	
合 計	〇〇点	合 計 〇〇点

(三) その他の項目については、従前どおり、「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）」に基づき記載すること。

- 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、高齢者医療確保法又は健保法に基づく請求は行わないこと。（ただし、高齢者医療確保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。）
- 4 公害補償法に基づく療養の給付と高齢者医療確保法又は健保法に基づく療養の給付の両方を受けられない事態が生じないよう指導されたいこと。

「訪問看護計画書等の記載要領等について」（平成12年 3 月31日保険発第62号・老健発第71号）
の一部改正について

1 第一を次のように改める。

第一 訪問看護計画書等の記載要領について

1 一般的事項

- (1) 訪問看護計画書（以下「計画書」という。）及び訪問看護報告書（以下「報告書」という。）は、別紙様式 1 及び 2 を標準として作成するものであること。ただし、認知症の高齢者の利用者若しくは精神障害者等を対象として指定訪問看護を行う場合にあっては、その特性を踏まえ別紙様式 3 及び 4 を標準として作成するものであること。
- (2) 訪問看護記録書（以下「記録書」という。）は、2 の(3)に示すところに従い、各訪問看護ステーションにおいて、利用者毎に作成すること。
- (3) 訪問看護ステーションの管理者は、主治医からの訪問看護指示書（以下「指示書」という。）、計画書及び報告書並びに記録書の内容について、助言、指導、確認等十分な管理を行い、指定訪問看護の提供等に遺憾のないよう努めること。

2 計画書等の記載要領

(1) 計画書に関する事項

- ① 「患者氏名」、「生年月日」、「住所」及び「要介護認定の状況」の欄には必要な事項を記入すること。
- ② 「看護・リハビリテーションの目標」の欄について
主治医の指示書及び訪問による利用者の療養状況を踏まえて看護・リハビリテーションの目標を設定し、記入すること。
- ③ 「年月日」の欄について
計画書の作成年月日及び計画の見直しを行った年月日を記入すること。
- ④ 「問題点・解決策」の欄について
看護・リハビリテーションの目標を踏まえ、指定訪問看護を行う上での問題点及び解決策を具体的に記入すること。
- ⑤ 「備考」の欄について
利用者に対する訪問の計画、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等を記入すること。

(2) 報告書に関する事項

- ① 「患者氏名」、「生年月日」、「住所」及び「要介護認定の状況」の欄については、必要な事項を記入すること。
- ② 「訪問日」の欄について
イ 指定訪問看護を実施した年月日を記入すること。
ロ 欄内の暦については、指定訪問看護を行った日を○で、1 日に 2 回以上訪問した

日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。

③ 「病状の経過」の欄について

利用者の病状、日常生活活動（ADL）の状況等について記入すること。

④ 「看護・リハビリテーションの内容」の欄について

実施した指定訪問看護の内容について具体的に記入すること。

⑤ 「家庭での介護の状況」

利用者の家族等の介護の実施状況、健康状態、療養環境等について必要に応じて記入すること。

⑥ 「特記すべき事項」

前記の②から⑤までの各欄の事項以外に主治医に報告する必要がある事項を記入すること。

⑦ 継続して指定訪問看護を提供している者のうち、当該月に1回しか指定訪問看護を実施しなかった場合には、(3)の①の記録書Ⅱの複写を報告書として差し支えないこと。

ただし、精神障害者を対象として指定訪問看護を行う場合にあっては、当該報告書中「家族等との関係」欄には、利用者と当該利用者の家族、友人等との対人関係、作業等の状況について記入すること。

(3) 記録書に関する事項

① 利用者ごとに、初回訪問時等に把握した利用者の基本的な情報、主治医などを記入する記録書（以下「記録書Ⅰ」という。）及び訪問ごとに記入する記録書（以下「記録書Ⅱ」という。）を作成すること。

② 記録書Ⅰには、訪問看護の依頼目的、初回訪問年月日、主たる傷病名、既往歴、現病歴、療養状況、介護状況、緊急時の主治医・家族等の連絡先、指定居宅介護支援事業所の連絡先、その他関係機関との連絡事項等を記入すること。

また、記録書Ⅱには、訪問年月日、病状・バイタルサイン、実施した看護・リハビリテーションの内容等（精神訪問看護に係る記録書Ⅱには、訪問先、食生活・清潔・排泄・睡眠・生活リズム・部屋の整頓等、精神状態、服薬等の状況、作業・対人関係、実施した看護内容等）必要な事項を記入すること。

2 別紙様式1から4までを別紙1から4までのように改める。

(別紙 1)

別紙様式 1

訪問看護計画書

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
要介護認定の状況	自立 要支援	要介護 (1 2 3 4 5)
住 所		
看護・リハビリテーションの目標		
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策	
備考		

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護を実施いたします。

平成 年 月 日

指定訪問看護ステーション名

管 理 者 氏 名

印

殿

(別紙 2)

別紙様式 2

訪問看護報告書

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)												
要介護認定の状況	自立 要支援	要介護 (1 2 3 4 5)												
住 所														
訪 問 日	<table border="0"> <tr> <td>平成 年 月</td> <td>平成 年 月</td> </tr> <tr> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td>8 9 10 11 12 13 14</td> <td>8 9 10 11 12 13 14</td> </tr> <tr> <td>15 16 17 18 19 20 21</td> <td>15 16 17 18 19 20 21</td> </tr> <tr> <td>22 23 24 25 26 27 28</td> <td>22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td>29 30 31</td> <td>29 30 31</td> </tr> </table> 訪問日を○で、1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。		平成 年 月	平成 年 月	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14	15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21	22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28	29 30 31	29 30 31
平成 年 月	平成 年 月													
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7													
8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14													
15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21													
22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28													
29 30 31	29 30 31													
病状の経過														
看護・リハビリテーションの内容														
家庭での介護の状況														
特記すべき事項														

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

平成 年 月 日

指定訪問看護ステーション名

管 理 者 氏 名

印

殿

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	
要介護認定の状況	自立	要支援	要介護度	(1	2	3	4	5)
住 所								
看護の目標								
月 日	問 題 点 ・ 解 決 策							
備考								

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護を実施いたします。

平成 年 月 日

指定訪問看護ステーション名

管 理 者 氏 名 印

殿

(別紙 4)

別紙様式 4

精神訪問看護報告書

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平												年	月	日
要介護認定の状況	自立	要支援	要介護度	(	1	2	3	4	5	)								
住 所																		
訪 問 日	平成 年 月							平成 年 月										
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14				
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21				
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28				
	29	30	31					29	30	31								
	訪問日を○で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。																	
病状の経過																		
看護の内容																		
家族等との関係																		
特記すべき事項																		

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

平成

年 月 日

指定訪問看護ステーション名

管 理 者 氏 名

印

殿

「指定訪問看護等と連続して行われる死後の処置の取扱いについて」（平成12年 3 月31日保険発第64号・老健発第85号）の一部改正について

1 表題を次のように改める。

指定訪問看護と連続して行われる死後の処置の取扱いについて

2 「1」を次のように改める。

- 1 死後の処置については、指定訪問看護の提供に係るものではないが、指定訪問看護の提供と連続して行われるものに要する費用については、指定訪問看護の提供に係る交通費、おむつ代等に要する費用に準ずるものとして取り扱うこととしたこと。

「指定訪問看護及び指定老人訪問看護の利用料にかかる医療費控除の概要について」（平成12年6月8日保険発第120号・老健発第109号）の一部改正について

1 表題を次のように改める。

指定訪問看護の利用料に係る医療費控除の適用について

2 「1」及び「2」を次のように改める。

1 医療費控除の対象範囲

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）第13条に規定する利用料のうち次に掲げる項目に該当する費用については、所得税法（昭和40年法律第33号）第73条の規定に基づく医療費控除の対象となること。

この場合、利用料の領収証には、医療費控除の対象となる金額が明らかになるようにするため、これらの項目ごとの名称及びその金額をそれぞれ区分して記載すること。

(1) 基本利用料

(2) その他の利用料

ア 利用者の選定に係る指定訪問看護に要する平均的な時間（2時間）を超える時間における指定訪問看護（訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）第1号の1の注9に規定する長時間訪問看護加算を算定する日を除く。）の提供に要する費用

イ 利用者の選定に係る指定訪問看護ステーションが定める営業日以外の日又は営業時間以外の時間における指定訪問看護の提供に要する費用

ウ 指定訪問看護の提供に係る交通費

2 おむつに係る費用の医療費控除

おむつを使用している指定訪問看護の利用者であって、「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（昭和63年1月6日総第1号健康政策局総務課長ほか4課長連名通知）に基づく「おむつ使用証明書」の交付を受けたもの又はその家族については、当該おむつに係る費用が医療費控除の対象となること。

この場合、利用料の領収証には、おむつに係る費用であることのわかる名称及びその金額を他と区別して記載することが必要であること。なお、確定申告の際には、この領収証に「おむつ使用証明書」を添付して、所轄の税務署に提出することが必要であるので、この点について、利用者及びその家族に対し、周知徹底を図ること。

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

1 第1から第3までを次のように改める。

第1 届出基準

訪問看護ステーションの基準は、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成14年 3 月厚生労働省告示第85号）の他別添のとおりとすること。

第2 届出に関する手続き

- 1 訪問看護ステーションの基準に規定する訪問看護基本療養費（Ⅱ）、24時間対応体制加算、24時間連絡体制加算又は重症者管理加算に係る届出は、当該訪問看護ステーション単位で行うものであること。

したがって、指定訪問看護を行う訪問看護ステーションについて、健康保険法（大正11年法律第70号）に基づく指定訪問看護又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づく指定訪問看護の一方についてのみの届出は認められないこと。

- 2 当該届出を行う指定訪問看護事業者は、当該訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方社会保険事務局長に対し、別紙様式1又は2による届出書の正副2通を提出すること。なお、地方社会保険事務局及び都道府県においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報の交換を行うなど、相互に協力するよう努めるものとする。

- 3 地方社会保険事務局長は届出書の提出を受けた場合は、届出書を基に、別添「届出基準」に基づいて要件等の審査を行い、記載事項等を確認して受理又は不受理を決定すること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めること。なお、この審査に要する期間は届出を受け付けた日から2週間以内を標準とすること。

- 4 当該基準に係る届出を行う訪問看護ステーションが、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないこと。

- （1）当該訪問看護ステーションが、当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行っている場合
- （2）当該訪問看護ステーションが、当該届出を行う前6月間において「保険医療機関等及び保険医等の指導及び監査について」（平成7年12月22日保険発第117号）に規定する監査要項に基づき戒告又は注意又はその他の処分を受けたことがある場合
- （3）当該訪問看護ステーションが、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（平成12年厚生省令第80号）第2条第1項に規定する員数を満たしていない場合

- 5 地方社会保険事務局長は、届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、都道府県知事に対して正本に受理番号を付して送付すること。また、届出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、併せて、都道府県社会保険診療報酬

支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会に対して、受理番号付して通知すること。

○訪問看護基本療養費（Ⅱ）（訪看10）第 号

○24時間対応体制加算（訪看23）第 号

○24時間連絡体制加算（訪看24）第 号

○重症者管理加算（訪看25）第 号

6 受理番号の管理は、地方社会保険事務局長が行うものであること。

7 当該届出に係る算定に当たっては、各月の月末までに受理したものはその翌月から、月の最初の開庁日に受理した場合は、当該月の1日から当該療養費を算定すること。なお、平成20年4月14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、同月1日に遡って当該療養費を算定すること。

8 不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を届出者に対し通知すること。

第3 届出受理後の措置

1 届出受理後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、指定訪問看護事業者に対して、遅滞なく変更の届出を行わせること。

2 届出の受理を行った訪問看護ステーションについては、適宜調査を行い、届出と内容が異なる状況にある場合には届出の変更を行うなど運用の適正を期すること。

3 訪問看護ステーションの基準に適合しないことが判明し、所要の指導の上、なお改善が見られない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該訪問看護ステーションに係る指定訪問看護事業者に弁明を行う機会を与えること。

4 前記3により届出が無効となった場合は、都道府県社会保険診療報酬支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会に対し、速やかにその旨を通知すること。

5 前記3による届出の無効後の取扱いについては、当該届出による算定は不当利得になるため、返還措置を講ずることとし、不正又は不当な届出をした訪問看護ステーションに対しては、その届出に係る新たな届出は、受理取消し後6月間は受け付けないものであること。

6 届出事項については、地方社会保険事務局において閲覧に供するとともに、保険者等に提供するよう努めること。

7 訪問看護ステーションにおいては、当該届出による算定を行う訪問看護ステーションである旨の掲示を行うこと。

2 別添を別紙1に改める。

3 様式1及び様式2を別紙2及び別紙3に改める。

別添 届出基準

1 訪問看護基本療養費（Ⅱ）

当該訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションの保健師、看護師、作業療法士は、次のいずれかに該当する者であること。

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を有する者
- (2) 精神障害者に対する訪問看護の経験を有する者
- (3) 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を有する者
- (4) 専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している者

2 24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算

次のいずれの要件も満たすものであること。

- (1) 24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。併せて、24時間対応体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制が整備されていること。

なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従事者を經由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。

- (2) 24時間対応体制又は24時間連絡体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師、看護師とし、勤務体制等を明確にすること。
- (3) 24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、利用者又はその家族等に訪問看護ステーションの所在地、電話番号及び直接連絡のとれる連絡先電話番号等を記載した文書を必ず交付すること等により、24時間対応体制加算又は24時間連絡体制の円滑な運営を図るものであること。

また、24時間対応体制加算又は24時間連絡体制の趣旨にかんがみ、直接連絡のとれる連絡先は複数とすることが望ましいこと。

3 重症者管理加算に係る届出

次のいずれの要件も満たすものであること。

- (1) 24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算を算定できる体制を整備していること。
- (2) 当該加算に該当する重症者に対応できる職員体制、勤務体制が確保されていること。
- (3) 重症者管理加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、医療器具等の管理、病状の変化に適切に対応できるように、医療機関等との密接な連携体制が確保されていること。

様式 1

訪問看護基本療養費（Ⅱ）に係る届出書（届出・変更・取消し）

		受理番号		(訪看10)		号	
受付年月日		平成 年 月 日		決定年月日		平成 年 月 日	
(届出事項) 訪問看護基本療養費（Ⅱ）に係る届出 上記のとおり届け出ます。 平成 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名 印 地方社会保険事務局長 殿							
届出内容							
指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称						ステーションコード	
管理者の氏名							
当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等							
氏 名		職種		当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容			
備考：職種とは保健師、看護師又は作業療法士の別を記載すること ：経験内容は、具体的簡潔に記載すること ：届出書は正副2通を提出すること							

様式2

24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算・重症者管理加算に係る届出書(届出・変更・取消し)

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">受理番号</td> <td style="padding: 2px 10px;">(訪看24、25)</td> <td style="padding: 2px 10px;">号</td> </tr> </table>		受理番号	(訪看24、25)	号	
受理番号	(訪看24、25)	号			
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">受付年月日</td> <td style="padding: 2px 10px;">平成 年 月 日</td> </tr> </table>	受付年月日	平成 年 月 日	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">決定年月日</td> <td style="padding: 2px 10px;">平成 年 月 日</td> </tr> </table>	決定年月日	平成 年 月 日
受付年月日	平成 年 月 日				
決定年月日	平成 年 月 日				

(届出事項)

1. 24時間対応体制加算 2. 24時間連絡体制加算 3. 重症者管理加算

上記のとおり届け出ます。

平成 年 月 日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

印

地方社会保険事務局長 殿

ステーションコード		
-----------	--	--

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

1. 24時間対応体制加算 2. 24時間連絡体制加算に係る届出内容

○連絡相談を担当する職員 () 人

保健師		人	常勤		人	非常勤		人
助産師		人	常勤		人	非常勤		人
看護師		人	常勤		人	非常勤		人

○連絡方法

○連絡先電話番号

1	()	4	()
2	()	5	()
3	()	6	()

※ 24時間対応体制加算の場合、連絡相談を担当する職員には緊急時訪問看護を担当する職員についても記載すること。

3. 重症者管理加算に係る届出内容

○24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算を算定できる体制を整備している。

既届出の場合：受理番号 ()、本届出による。(有、無)

○当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。(有、無)

○病状の変化、医療機器に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。(有、無)

備考：連絡相談担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること

：「3. 重症者管理加算」単独の届出は、認められないこと

：届出書は、正副2通を提出のこと

「クロイツフェルト・ヤコブ病の患者の入院に係る特別の療養環境の提供に係る取扱い等について」
(平成12年11月13日保険発第188号)の一部改正について

「2」を次のように改める。

2 特殊疾患入院医療管理料等との関係について

クロイツフェルト・ヤコブ病の患者については、在院日数による逓減措置のない特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料並びに在院日数による逓減制がゆるやかな障害者施設等入院基本料の算定対象となるものである。

特に、特殊疾患入院医療管理料については、病院である保険医療機関において、病棟単位ではなく病室を単位として行うものであり、また、平均在院日数の計算においても、特殊疾患入院医療管理料を算定する患者については、計算対象から除外されるものである。

なお、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料及び障害者施設等入院基本料の具体的な算定要件及び手続については、「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）等を参照すること。