

参 考 资 料

「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」

〔省令〕

「保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令 平成20年度厚生労働省令第28号」

第5条の2

- 2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

〔告示〕

「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の一部を改正する件 平成20年度厚生労働省告示第97号」

第1の2 療担規則第5条の2第2項及び療担基準第5条の2第2項に規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）附則第4条第1項の表各号に規定する保険医療機関（平成21年4月1日以降においては、同表第1号に規定する保険医療機関を除く。）のいずれにも該当しない保険医療機関

〔局長通知〕

「「医療費の内容の分かる領収書の交付について」の一部改正について 保医発第0305002号」

- 3 電子情報処理組織を使用して療養の給付費等の請求を行うこととされた保険医療機関については、明細書を即時に発行できる基盤が整っていると考えられることから、患者から求められたときは、明細書を交付しなければならない旨義務付けることとしたものであること。

- 4 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。

なお、明細書の様式は別紙様式5を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関において、無償で発行する領収書に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書が発行する必要はないこと。

- 5 3に規定する保険医療機関以外の保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者においては、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。
- 6 明細書の発行の際の費用については、現時点では保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者と患者との間の関係にゆだねられているものと解することができるが、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額の料金を設定してはならないものであること。

〔局長通知〕

「「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」等の一部改正について 保医発第 0328001 号」

第2 明細書を交付しなければならない保険医療機関（揭示事項告示第1の2関係）

- 1 患者から求められた場合に、個別の診療報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は特定保険医療材料の名称を含む。）が分かる明細書を発行しなければならない医療機関として、許可病床数が400床以上の保険医療機関のうち、レセプトコンピュータを使用しているものであって、光ディスク等を用いた請求を行っているもの又はレセプト文字データ変換ソフトを使用することによって光ディスク等を用いた請求を行うことができるものを定めたものであること。

これは、電子情報処理組織を使用して療養の給付費等の請求を行うこと（レセプトオンライン化）とされた保険医療機関については、明細書を即時に発行できる基盤が整っていると考えられることによるものであり、レセプトオンライン化の進捗状況を踏まえ、平成21年4月1日以降においては、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）附則第4条の表第1号に規定する保険医療機関についても、患者から求められた場合には明細書を発行しなければならないものとしたこと。

- 2 明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成18年3月6日保発第0306005号保険局長通知）によるものであること。

「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査」

○「7対1入院基本料」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1 7対1入院基本料 1,555点

注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間 428点（特別入院基本料については、300点）

ロ 15日以上30日以内の期間 192点（特別入院基本料については、155点）

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第5 病院の入院基本料の施設基準等

2 一般病棟入院基本料の施設基準等

(1) 一般病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 7対1入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、2以上であることとする。

- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が19日以内であること。
- ④ 看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）。

○「回復期リハビリテーション病棟入院料」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

- | | |
|----------------------|------------------------------------|
| 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 | 1,690点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,676点) |
| 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 | 1,595点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,581点) |

注1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、当該状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。

- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。
- 3 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第9 特定入院料の施設基準等

10 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等

(1) 通則

イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

ロ 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の医師、理学療法士及び作業療法士が適切に配置されていること。

ハ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、2以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は1以上）であることとする。

ニ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。

ホ 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、2以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、2から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。

ヘ 回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。

ト 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションに係る適切な実施計画を作成する体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を評価する体制がとられていること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

イ 当該病棟において、新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること。

ロ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が6割以上であること。

(3) 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

別表第9に掲げる状態及び日数

別表第9 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

- 1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）又は義肢装着訓練を要

する状態（算定開始日から起算して150日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して180日以内）

2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して90日以内）

3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して90日以内）

4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態（損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して60日以内）

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料の注2に規定する重症患者回復病棟加算の施設基準

重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

○「亜急性期入院医療管理料」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

- | | |
|----------------|--------|
| 1 亜急性期入院医療管理料1 | 2,050点 |
| 2 亜急性期入院医療管理料2 | 2,050点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関（病院（亜急性期入院医療管理料2については、許可病床数が200床未満のものに限る。）に限る。）において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、亜急性期入院医療管理料1については、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として、亜急性期入院医療管理料2については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加

算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置(所定点数(第1節に掲げるものに限る。))が1,000点を超えるものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。))は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第9 特定入院料の施設基準等

11 亜急性期入院医療管理料の施設基準

(1) 通則

- イ 当該病室を有する病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、2以上であることとする。
- ロ 当該病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- ハ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。
- ニ 特定機能病院以外の病院(亜急性期入院医療管理料2については、許可病床数が200床未満のものに限る。)であること。
- ホ 診療記録の管理を適切に行う体制がとられていること及び心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。
- ヘ 退院患者のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が概ね6割以上であること。
- ト 亜急性期入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。

(2) 亜急性期入院医療管理料1の施設基準

- イ 主として亜急性期の患者を入院させ、一般病棟の病室を単位として行うものであること。
- ロ 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割(一般病床の数が400床を超える病院にあつては40床、一般病床の数が100床未満の病院にあつては10床)以下であること。

(3) 亜急性期入院医療管理料2の施設基準

- イ 急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供する一般病棟の病室を単位として行うものであること。
- ロ 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割(一般病

床の数が100床未満の病院にあつては30床)以下であること。

○「地域連携診療計画管理料」及び「地域連携診療計画退院時指導料」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

B005-2 地域連携診療計画管理料 900点

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画管理病院」という。)が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。

2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

B005-3 地域連携診療計画退院時指導料 600点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供するとともに、計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。

2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

「特掲診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第63号」

第3 医学管理等

6 地域連携診療計画管理料の施設基準等

(1) 地域連携診療計画管理料の対象疾患

大腿骨頸部骨折及び脳卒中

(2) 地域連携診療計画管理料の施設基準

イ 一般病棟の入院患者の平均在院日数が17日以内である病院であること。

ロ 当該地域において、当該病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の保険

医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。

ハ 地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定めた保険医療機関との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

ニ 脳卒中を対象疾患とする場合にあっては、医療法 昭和23年法律第205号) 第30条の4の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において、脳卒中に係る医療連携体制を担う医療機関として記載されている病院であること。

7 地域連携診療計画退院時指導料の施設基準

(1) 地域連携診療計画において、連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であって、当該地域連携診療計画を地域連携診療計画管理料を算定する病院と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

(2) 地域連携診療計画管理料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者を受け入れることができる体制が整備されていること。

(3) 当該保険医療機関と、地域連携診療計画管理料を算定する病院及び地域連携診療計画に定められた別の保険医療機関との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

(4) 脳卒中の患者について地域連携診療計画退院時指導料を算定する場合にあっては、医療法第30条の4の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において、脳卒中に係る医療連携体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関であること。

「回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

- | | |
|--------------------------|--------|
| 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 | 1,690点 |
| （生活療養を受ける場合にあつては、1,676点） | |
| 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 | 1,595点 |
| （生活療養を受ける場合にあつては、1,581点） | |

注1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、当該状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。

- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。
- 3 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第9 特定入院料の施設基準等

10 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等

(1) 通則

イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

ロ 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の医師、理学療法士及び作業療法士が適切に配置されていること。

ハ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、2以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は1以上）であることとする。

ニ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。

ホ 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、2以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、2から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。

ヘ 回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。

ト 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションに係る適切な実施計画を作成する体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を評価する体制がとられていること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

イ 当該病棟において、新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること。

ロ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が6割以上であること。

(3) 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

別表第9に掲げる状態及び日数

別表第9 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

- 1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）又は義肢装着訓練を要

する状態（算定開始日から起算して150日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して180日以内）

2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して90日以内）

3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して90日以内）

4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態（損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して60日以内）

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料の注2に規定する重症患者回復病棟加算の施設基準

重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

「歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第2」

A000 初診料

- | | |
|-------------------|------|
| 1 歯科初診料 | 182点 |
| 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | 270点 |

注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に30点を加算する。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第3 初・再診料の施設基準等

5 歯科外来診療環境体制加算の施設基準

- (1) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (3) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (4) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
- (5) 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

〔課長通知〕

「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 保医発第0305002号」

別添1

第4 歯科外来診療環境体制加算

1 歯科外来診療環境体制加算に関する施設基準

- (1) 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (3) 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。
 - ア 自動体外式除細動器（AED）
 - イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - ウ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
 - エ 血圧計

オ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）

カ 歯科用吸引装置

- (4) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
- (5) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること。
- (6) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。
- (7) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
- (8) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応及び当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

「ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1 初回	230点
2 2回目から4回目まで	184点
3 5回目	180点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。

2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。

「特掲診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第63号」

第3 医学管理等

4 ニコチン依存症管理料の施設基準

- (1) ニコチン依存症管理を適切に実施できる保険医療機関であること。
- (2) ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち喫煙を止めたものの割合等を地方厚生局長等に報告していること。

〔課長通知〕

「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 保医発第0305001号」

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。
- (2) ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。
 - ア 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。
 - イ 1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものであること。

ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものであること。

- (3) ニコチン依存症管理料は、初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。
- (4) 治療管理の要点を診療録に記載する。

「後発医薬品の使用状況調査」

〔省令〕

「保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令 平成20年度厚生労働省令第28号」

1 保険医療機関及び保険医療養担当規則

第20条

二 投薬

ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するよう努めなければならない。

四 注射

ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

第21条

二 投薬

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

四 注射

ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

2 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

第7条の2

保険薬局は、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分

若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。) (以下「後発医薬品」という。) の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

第8条

- 3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であって、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第3」

- 00 調剤基本料 (処方せんの受付1回につき) 40点
- 注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局 (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%を超えるものに限る。) においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において調剤した場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数 (注1に該当する場合には注1に掲げる点数) に加算する。
 - イ 基準調剤加算1 10点
 - ロ 基準調剤加算2 30点
 - 3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 (昭和32年厚生省令第16号) 第7条の2に規定する後発医薬品 (以下「後発医薬品」という。) の調剤に関し別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数 (注1に該当する場合には注1に掲げる点数) に4点を加算する。
 - 4 長期投薬 (14日分を超える投薬をいう。以下同じ。) に係る処方せん受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。
 - 5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料 (区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号11に掲げる薬剤情報提供料 (後期高齢者である患者にあっては、区分番号18に掲げる後期高齢者薬剤服用歴管理指導料) を除く。) は算定しない。

01 調剤料

注8 後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1剤に係る所定点数）に1調剤につき2点を加算する。

14 後発医薬品情報提供料（処方せんの受付1回につき） 10点

注1 後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。

〔課長通知〕

「後発医薬品に係る保険医療機関及び保険薬局に対する周知徹底等について 保医発0701第1号」

後発医薬品の使用促進を図るため、平成20年度診療報酬改定において、処方せん様式を変更したほか、「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）、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」（昭和32年厚生省令第16号）等（以下「療養担当規則等」という。）を改正し、保険医については、投薬や注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない旨規定するとともに、保険薬剤師については、処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならないが、この場合においては、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない旨規定したところである。

しかしながら、中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会が平成20年度に実施した「後発医薬品の使用状況調査」では、一部に、後発医薬品を使用しないとの強い意思を表示している保険医療機関・保険医や、後発医薬品に関する患者への説明及び調剤に積極的でない保険薬局が見受けられたところである。

このような調査結果を踏まえ、平成21年度に実施する後発医薬品の使用促進策（別紙）の一環として、各地方厚生（支）局において実施される保険医療機関及び保険薬局に対する適時調査や集団指導等の際に、療養担当規則等における後発医薬品の使用促進に係る規定（以下「後発医薬品使用促進規定」という。）の周知徹底を図るとともに、遵守状況の確認及び必要な場合には指導（以下「周知徹底等」という。）をお願いする。

特に、保険薬局及び保険薬剤師に対する後発医薬品使用促進規定の周知徹底等に当たっては、後発医薬品に関する説明について、患者が後発医薬品を選択しやすくなるよう丁寧な説明を行うように指導をお願いする。