

保医発第0311009号
平成14年3月18日

日本病院会長 殿

厚生労働省保険局医療課長



平成14年度社会保険診療報酬改定関連通知の送付について

本日付で別添のとおり通知しましたのでお知らせいたします。

記

各地方社会保険事務局長、都道府県民生主管部（局）国民健康保険主管課（部）長及び
都道府県老人医療主管部（局）老人医療主管課（部）長あて通知

- 1 「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」の制定に伴う実施上の留意事項について（保医発第0318001号）
- 2 特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について（保医発第0318003号）
- 3 特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の制定に伴う特定保険医療材料（使用歯科材料）の算定について（保医発第0318004号）
- 4 特定診療報酬算定医療用具の定義等について（保医発第0318006号）
- 5 特定保険医療材料の定義について（保医発第0318007号）



保医発第0318001号
平成14年3月18日

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

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

「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」の制定に
伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、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（平成14年3月厚生労働省告示第99号。以下「揭示事項等告示」という。）が、3月11日、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（平成14年厚生労働省告示第88号。以下「医薬品等告示」という。）が公布され、それぞれ平成14年4月1日より適用されることとなったところであるが、その実施に伴う留意事項は、次のとおりであるので、その取扱いに遺憾のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。なお、従前の当職通知で本通知に示した事項に係るものは廃止する。

記

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「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」の制定に伴う実施上の留意事項

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掲示が義務付けられている特定療養費に係るものを除き、届出事項等を院内掲示の対象としたこと。

2 具体的には、従来からの院内掲示とされていたものを含め、以下の四つの事項を院内掲示事項として定めたこと。

(1) 入院基本料に関する事項

保険医療機関は、入院基本料に係る届出内容の概要(看護要員の対患者割合、看護要員の構成)を掲示するものとする。

(掲示例)

① 一般病棟入院基本料2、10対1看護補助加算を実施している病院の例

「当病院は、(日勤・夜勤あわせて)入院患者2、5人に対して1人以上の看護職員と入院患者10人に対して1人以上の看護補助者がいます。」

② 有床診療所I群入院基本料2の例

「当診療所には、看護職員が5名以上勤務しています。」

(2) かかりつけ歯科医初診料に関する事項

保険医療機関は、かかりつけ歯科医初診料に係る届出を行った場合は、当該届出により患者が受けられるサービス等(治療内容等に関する治療計画の策定、口腔の状況の説明、治療計画に関する文書による情報提供等)をわかりやすく掲示するものとする。

(3) 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 健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年3月厚生省告示第54号。以下「算定告示」という。)若しくは入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準(平成6年8月厚生省告示第237号)又は老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準(平成6年3月厚生省告示第72号。以下「算定基準」という。)若しくは老人入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準(平成6年8月厚生省告示第253号)に基づき、医療機関が診療報酬上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掲示するものとする。

② 具体的には、各種施設基準に適合している旨の届出、入院時食事療養(I)及び特別管理の届出等に使用した届出書の内容のうち、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掲示するものであること。

(掲示例)

入院時食事療養に係る特別管理を実施している病院の例

「入院時食事療養に関する特別管理の届出に係る食事を提供していること。特別管理による食事の提供では、管理栄養士によって管理された食事が適時(夕食については午後6時以降)、適温で提供されること。」

(4) 保険外負担に関する事項

① いわゆる保険外負担について、その適切な運用を期するため、院内掲示の対象としたものであること。なお、保険外負担のあり方については、平成4年4月8日付老健第79号「保険(医療)給付と重複する保険外負担の是正について」を参考にされたいこと。

② 具体的には、次に掲げる事項を掲示するものとする。

ア 法令の規定に基づかず、患者から費用の支払を受けている個々の「サービス」又は「物

」について、その項目とそれに要する実費

イ 「介護料」「衛生材料費」等の、治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」又は「物」については、患者から費用を徴収することは認められていないこと。

また、「施設管理費」「雑費」等曖昧な名目での費用徴収は認められていないこと。

(掲示例)

「当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

紙おむつ代	1枚につき	〇〇円
理髪代	1回につき	〇〇〇〇円
-----	-----	-----円

なお、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」について費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。」

③ なお、特定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費担当規則(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及び特定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1月厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。)第5条の2第2項に基づき、その内容及び費用につき院内掲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掲示することの徹底が図られるべきものであること。

第2 特定承認保険医療機関に係る厚生労働大臣が定める療養(掲示事項等告示第2関係)

- 1 療担規則第5条の2第2項の規定に基づき、特定承認保険医療機関が患者から特別の料金の支払いを受けることができる療養は、健康保険法第43条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養(平成6年8月厚生省告示第236号)の各号に定める療養と同様であること。
- 2 療担基準第5条の2第2項の規定に基づき、特定承認保険医療機関が患者から特別の料金の支払いを受けることができる療養は、老人保健法第17条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める療養(平成6年8月厚生省告示第251号)の各号に定める療養と同様であること。

第3 特定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(特定承認保険医療機関を含む。以下同じ。)の病床(健康保険法(大正11年法律第70号)第43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7条第23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。
- (2) 療養環境については、患者が特別の負担をする上でふさわしい療養環境である必要があり、次の①から④までの要件を充足するものでなければならないこと。

- ① 特別の療養環境に係る一の病室の病床数は4床以下であること。
 - ② 病室の面積は一人当たり6.4平方メートル以上であること。
 - ③ 病床ごとのプライバシーの確保を図るための設備を備えていること。
 - ④ 少なくとも下記の設備を有すること。
 - ア 個人用の私物の収納設備
 - イ 個人用の照明
 - ウ 小机等及び椅子
- (3) (1)にかかわらず、厚生労働大臣が次に掲げる要件を満たすものとして承認した保険医療機関にあっては、当該承認に係る病床割合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。
- ① 当該保険医療機関の属する地域の病床の整備状況からみて、特別の療養環境に係る病床数の当該保険医療機関の病床数に対する割合を増加しても患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないこと。

この場合においては、医療法(昭和23年法律第205号)に基づく医療計画に定める必要病床数と既存病床数との関係を勘案するとともに、当該保険医療機関におけるこれまでの特別の病室の稼働の状況、特別の病室の申し込みの状況等を併せて勘案し、当該保険医療機関の特定の病室を増加しても、患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないかどうか判断するものとする。
 - ② 経験を有する常勤の相談員により、特別の療養環境の提供に係る病室への入退室及び特別の料金等に関する相談体制が常時とられていること。
 - ③ 必要に応じ、患者を適切かつ迅速に他の保険医療機関に紹介することができる等の他の保険医療機関との連携体制が整えられていること。
 - ④ 当該保険医療機関における特別の療養環境の提供に係る病室のすべてについて、一の病室の病床数が2床以下であり、かつ、病室の面積及び設備については(2)の②から④までの要件を充足するものであること。
 - ⑤ 算定告示別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)第1章第2部第1節若しくは算定告示別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)第1章第2部第1節に規定する入院基本料1(療養病棟入院基本料1、老人病棟入院基本料1及び有床診療所入院基本料1を除く。)又は算定基準別表第一老人医科診療報酬点数表(以下「老人医科点数表」という。)第1章第2部第1節若しくは算定基準別表第二老人歯科診療報酬点数表(以下「老人歯科点数表」という。)第1章第2部第1節に規定する老人入院基本料1(老人療養病棟入院基本料1、老人病棟老人入院基本料1及び老人有床診療所入院基本料1を除く。)が算定されるべき看護を行う保険医療機関であること。
 - ⑥ 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第19条第1項第1号及び第2号に定める医師及び歯科医師の員数を満たしていること。
 - ⑦ 当該承認に係る申請時において、医科点数表及び歯科点数表並びに老人医科点数表及び老人歯科点数表に掲げる院内感染防止対策未実施減算の対象となっていないこと。また、承認後、当該保険医療機関において、院内感染防止対策未実施減算の対象となる状態が生じた場合には、当該保険医療機関の開設者は、遅滞なく、その旨を地方社会保険事務局長に届け出ることとする。院内感染防止対策未実施減算の対象となる状態が3月以上続いた場合に

は、当該承認を取り消す場合があること。

- ⑧ 厚生労働大臣から当該承認を受ける前六月間において掲示事項等告示第3（ニ）チを除く。）に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- (4) (3)の承認に係る病床割合については、次の事項を基準として設定すること。
- ① 医科点数表又は歯科点数表に掲げる療養環境加算、重症者等療養環境特別加算等を算定する病室として当該保険医療機関が届出を行っている病室における病床は、承認に係る病床から除外すること。
 - ② 特定集中治療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室、広範囲熱傷特定集中治療室、一類感染症患者入院医療管理治療室等患者の治療上の必要があるために入院するものとして設けられている病室における病床は、承認に係る病床から除外すること。
 - ③ 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。）、救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院等、「救急医療対策の整備事業について（昭和52年医発第692号）」に規定された保険医療機関等において救急患者のために設けられた専用病床等は、承認に係る病床から除外すること。
 - ④ ①から③までのほか、当該保険医療機関におけるこれまでの特別療養環境室以外の病床への入院状況、特別療養環境室への入院希望の状況、救急患者の割合等を総合的に勘案し、特別療養環境室に係る病床以外の病床を一定割合確保すること。
- (5) (1)及び(3)にかかわらず、特定機能病院以外の保険医療機関であつて、国又は地方公共団体が開設するものにあつては、その公的性格等にかんがみ、国が開設するものにあつては病床数の2割以下、地方公共団体が開設するものにあつては病床数の3割以下としたこと。
- (6) 特別の療養環境の提供は、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療養環境室に入院させられることのないようにしなければならないこと。
- (7) 特別療養環境室へ入院させた場合においては、次の事項を履行するものであること。
- ① 保険医療機関内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に特別療養環境室の各々についてそのベッド数及び料金を患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。
 - ② 特別療養環境室への入院を希望する患者に対しては、特別療養環境室の設備構造、料金等について明確かつ懇切に説明し、患者側の同意を確認のうえ入院させること。
 - ③ この同意の確認は、料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うものであること。なお、この文書は、当該保険医療機関が保存し、必要に応じ提示できるようにしておくこと。
- (8) 患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合としては、具体的には以下の例が挙げられること。なお、③に掲げる「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断すること。
- ① 同意書による同意の確認を行っていない場合（当該同意書が、室料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。）
 - ② 患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合
（例）・救急患者、術後患者等であつて、病状が重篤なため安静を必要とする者、又は常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする者
・免疫力が低下し、感染症に罹患するおそれのある患者

・集中治療の実施、著しい身体的・精神的苦痛を緩和する必要のある終末期の患者

- ③ 病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

(例) ・MRSA等に感染している患者であって、主治医等が他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者

なお、「治療上の必要」に該当しなくなった場合等上記②又は③に該当しなくなったときは、(6)及び(7)に示した趣旨に従い、患者の意に反して特別療養環境室への入院が続けられることがないよう改めて同意書により患者の意思を確認する等、その取扱いに十分に配慮すること。

- (9) 患者が事実上特別の負担なしでは入院できないような運営を行う保険医療機関については、患者の受診の機会が妨げられる恐れがあり、保険医療機関の性格から当を得ないものと認められるので、保険医療機関の指定又は更新による再指定に当たっては、十分改善がなされた上で、これを行う等の措置も考慮すること。(3)に掲げる保険医療機関については、特に留意すること。

- (10) 国又は地方公共団体が開設する保険医療機関が、平成6年3月31日現在、従来の特別の病室として厚生大臣又は都道府県知事による承認を受け、現に国が開設するものにあつては病床数の2割、地方公共団体が開設するものにあつては病床数の3割を超えて特別の料金の徴収を行っている場合には、当分の間、当該病床割合に基づき特別の料金の徴収を行っても差し支えないものであるが、今後、平成16年4月1日までの間に、2割以下又は3割以下とすること。

- (11) 平成6年3月31日現在、従来の特別の病室として特別の料金を徴収している病室が(2)の②に掲げる要件を満たしていない場合は、当該病床を含む病棟の改築又は建替までは経過的に当該要件を課さないこととするが、早急に改善されるべきものであること。

- (12) 保険医療機関は、特別の療養環境の提供に係る病床数、特別の料金等を定期的に地方社会保険事務局長に報告するとともに、当該事項を定め又は変更しようとする場合には、別紙様式1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。

2 病院の初診に関する事項

- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに200床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

- ① 患者の疾病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた場合に徴収できるものであり、自ら健康診断を行った患者に診療を開始した場合等には、徴収できない。
- ② 同時に二以上の傷病について初診を行った場合においても、一回しか徴収できない。
- ③ 一傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合においても、第一回の初診時にしか徴収できない。
- ④ 医科・歯科併設の病院においては、お互いに関連のある傷病の場合を除き、医科又は歯科においてそれぞれ別に徴収できる。
- ⑤ ①から④までによるほか、初診料の算定の取扱いに準ずるものとする。

- (2) 初診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提として、

患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであり、当該情報提供に資する観点から、「他の保険医療機関等からの紹介によらず、当該病院に直接来院した患者については初診に係る費用として〇〇〇〇円を徴収する。ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の保険医療機関からの紹介によらず来院した場合にあっては、この限りでない。」旨を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示するものとする。

- (3) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。
- (4) 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2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。
- (5) 国の公費負担医療制度の受給対象者については、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして、初診に係る特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。
- (6) いわゆる地方単独の公費負担医療(以下「地方単独事業」という。)の受給対象者については、当該地方単独事業の趣旨が、特定の障害、特定の疾病等に着目しているものである場合には、(5)と同様の取扱いとすること。
- (7) 社会福祉法(昭和26年法律第45号)第2条第3項第9号に規定するいわゆる無料低額診療事業の実施医療機関において当該制度の対象者について初診に係る特別の料金の徴収を行うこと、及びエイズ拠点病院においてHIV感染者について初診に係る特別の料金の徴収を行うことは、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして認められないものであること。

3 予約に基づく診察に関する事項

- (1) 予約診察による特別の料金の徴収に当たっては、それぞれの患者が予約した時刻に診療を適切に受けられるような体制が確保されていることが必要であり、予約時間から一定時間(30分程度)以上患者を待たせた場合は、予約料の徴収は認められないものであること。
- (2) 予約料を徴収しない時間を各診療科ごとに少なくとも延べ外来診療時間の2割程度確保するものとする。なお、この時間帯の確保に当たっては、各診療科における各医師の同一診療時間帯に、予約患者とそうでない患者を混在させる方法によっても差し支えないものとする。
- (3) 予約患者でない患者についても、概ね2時間以上待たせることのないよう、適宜診察を行うものとする。
- (4) 予約患者については、予約診察として特別の料金を徴収するのにふさわしい診療時間(10分程度以上)の確保に努めるものとし、医師1人につき1日に診察する予約患者の数は概ね40人を限度とすること。
- (5) 上記の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内に患者にとってわかりやすく掲示するとともに、病院の受付窓口の区分、予約でない患者に対する受付窓口での説明、予約患者でない患者への番号札の配布等、各保険医療機関に応じた方法により、予約患者とそうでない患者のそれぞれについて、当該取扱いが理解されるよう配慮するものとする。
- (6) 予約料の徴収は、患者の自主的な選択に基づく予約診察についてのみ認められるものであり、病院側の一方的な都合による徴収は認められないものであること。
- (7) 予約料の額は、社会的に見て妥当適切なものでなければならないこと。
- (8) 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3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。

- (9) 専ら予約患者の診察に当たる医師がいても差し支えないものとする。
- 4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察（以下単に「時間外診察」という。）に関する事項
- (1) 本制度は、国民の生活時間帯の多様化や時間外診察に係るニーズの動向を踏まえて創設されたものであり、したがって、本制度の対象となるのは、緊急の受診の必要性はないが患者が自己の都合により時間外診察を希望した場合に限られ、緊急やむを得ない事情による時間外の受診については従前通り診療報酬点数表上の時間外加算の対象となり、患者からの費用徴収は認められないものであること。
 - (2) 本制度に基づき時間外診察に係る費用徴収を行おうとする保険医療機関は、時間外診察に係る費用徴収についての掲示をあらかじめ院内の見やすい場所に患者にとってわかりやすく示しておかなければならないこと。
 - (3) 社会通念上時間外とされない時間帯（例えば平日の午後4時）であっても、当該保険医療機関の標榜診療時間帯以外であれば、診療報酬上の時間外加算とは異なり、本制度に基づく時間外診察に係る費用徴収は認められるものであること。
 - (4) 患者からの徴収額については、診療報酬点数表における時間外加算の所定点数相当額を標準とすること。
 - (5) 患者からの徴収額及び標榜診療時間帯を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式4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。
- 5 金属床による総義歯の提供に関する事項
- (1) 本制度は、有床義歯に係る患者のニーズの動向等を踏まえて創設されたものであること。
 - (2) 金属床総義歯とは、義歯床粘膜面の大部分が金属で構成されていて顎粘膜面にその金属が直接接触する形態で、なおかつ金属部分で咬合・咀嚼力の大部分を負担できる構造の総義歯をいうものであること。
 - (3) 金属床総義歯を提供する場合はスルフォン樹脂を用いたものとみなして特定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。
 - (4) 金属床総義歯に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならぬこと。
 - (5) 本制度に基づき、金属床総義歯に係る費用を徴収する保険医療機関は、金属床総義歯の概要及び金属床総義歯に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとってわかりやすく掲示しておかなければならないこと。
 - (6) 本制度が適用されるのは、患者に対して総義歯に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。
 - (7) 保険医療機関が、特定療養費及び特別の料金からなる金属床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、特定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) 本制度に基づき、金属床総義歯の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金属床総義歯に係る費用を含めた金属床総義歯の実施状況について、地方社会保険事務局長に報告するものとする。

6 医薬品の治験に係る診療に関する事項

- (1) 特定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80条の2の規定により依頼されたものとする。
- (2) したがって、治験の実施に当たっては、薬事法及び薬事法施行規則（昭和36年厚生省令第1号）の関係規定によるほか、医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成9年厚生省令第28号）によるものとする。
- (3) 特定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。
- (4) 特定療養費の支給対象となる診療については、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、特定療養費の支給対象はせず、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、特定療養費の支給対象とはしないものとする。なお、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特定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、特定療養費の支給対象とする。
- (5) 特定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、特定療養費の支給対象としないものとする。
- (6) 特定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。

7 齲蝕に罹患している患者の指導管理に関する事項

- (1) 本制度は、小児齲蝕の再発抑制に対するニーズが高まりつつあることを踏まえて創設されたものであること。
- (2) 本制度の対象となる指導管理（以下「継続管理」という。）は、齲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、特定療養費の額は、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。
- (3) フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。
- (4) 本制度に基づき、フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を徴収する保険医療機関は、継続管理の概要並びにフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとってわかりやすく掲示しておかなければならないこと。

- (5) 本制度が適用されるのは、患者又は患者の保護者に対して継続管理に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものとする。
- (6) 保険医療機関が、フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式7により地方社会保険事務局長に報告するものとする。
- (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、特定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。
- (8) 本制度に基づき、継続管理の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的にフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を含めた継続管理の実施状況について、地方社会保険事務局長に報告するものとする。

8 200床以上の病院の再診に関する事項

- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料若しくはかかりつけ歯科医再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものであるが、同時に2以上の傷病について再診を行った場合においては、当該2以上の傷病の全てにつき、以下(2)~(4)の要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。
- (2) 外来診療料又は病院歯科再診料若しくはかかりつけ歯科医再診料を算定する療養に相当する療養が行われた場合に特別の料金を徴収することができるものである。
- (3) 再診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提とされるものであり、当該情報提供に資する観点から、必要な情報を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示するものとする。
- (4) 他の病院又は診療所に対する文書による紹介を行う旨の申出については、当該医療機関と事前に調整した上で行うものとし、以下の事項を記載した文書を交付することにより行うものであること。また、当該文書による申し出を行った日については、特別の料金の徴収は認められないものであること。
 - ア 他の病院又は診療所に対し文書により紹介を行う用意があること
 - イ 紹介先の医療機関名
 - ウ 次回以降特別の料金として〇〇円を徴収することとなること。
- (5) その他、病院の初診に関する事項の(3)から(7)の取り扱いに準ずるものとする。

9 医療用具の治験に関する事項

- (1) 特定療養費の支給対象となる治験は、薬事法第80条の3の規定により依頼されたものとする。
- (2) したがって、治験の実施に当たっては、薬事法及び薬事法施行規則の関係規定によるものとする。
- (3) 特定療養費の支給対象となる診療については、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用負担を図る観点から、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療に係る医療材料に係る費用については、特定療養費の支給対象とはしないものとする。なお、特定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療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、特定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 当該医療材料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) 特定療養費の支給対象となる治療は、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、特定療養費の支給対象としないものとする。
- (5) 特定療養費の支給対象となる治療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、治療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。
- (6) 本取扱いについては、平成14年4月1日以降に締結した契約に関する治療に係る診療について適用することとし、同日前に治療の実施に係る契約(仮契約を含む。)が締結されているものについては適用しないものとする。

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

- (1) 薬事法上の承認（同法第14条第1項（同法第23条において準用する場合を含む。）又は第19条の2第1項の規定による承認を受けた者が製造し、又は輸入した当該承認に係る医薬品のうち、薬価基準に収載されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、薬事法上の承認を受けた医薬品の投与について、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。）
- (2) 特定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。
- (3) 病院又は診療所にあつては、以下の要件を満たすものであること。
 - ア 当該病院又は診療所の薬剤師の数が、医療法施行規則第22条の2第1項第3号に定める員数以上であること。
 - イ 当該病院又は診療所に常勤の薬剤師が、2名以上配置されていること。
 - ウ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
 - エ 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
- (4) 薬局にあつては、算定告示別表第三調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注3の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(3)の要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき医薬品を投与するものであること。
- (5) 薬事法上の承認を受けた日から起算して90日以内に行われた投薬について特別の料金を徴

収することができるものとする。なお、投薬時点が90日以内であれば、服用時点が91日目以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

- (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。
- (7) 処方せんを交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方せんを交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医薬品の交付が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方せんを交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。
- (8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
- (9) 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9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。

1.1 入院期間が180日を超える入院に関する事項

- (1) 入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、通算対象入院料（一般病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）、療養病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料、老人病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）及び有床診療所療養病床入院基本料（特別入院基本料を含む。）、老人一般病棟入院基本料（老人特別入院基本料及び老人特定入院基本料を含む。）、老人療養病棟入院基本料（老人特別入院基本料を含む。）、老人特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、老人専門病院入院基本料、老人病棟老人入院基本料（老人特別入院基本料を含む。）及び老人有床診療所療養病床入院基本料（老人特別入院基本料を含む。）並びに老人一般病棟入院医療管理料をいう。以下同じ。）を算定する保険医療機関への180日を超える入院（(6)に定める患者の入院を除く。）については、患者の自己の選択に係るものとして、その費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2) 入院期間は、以下の方法により計算されるものであり、医科点数表及び歯科点数表の例により計算されるものではないことに留意すること。
 - ① 保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院した場合（当該疾病又は負傷が一旦治癒し、又は治癒に近い状態（寛解状態を含む。）になった後に入院した場合を除く。）にあつては、これらの保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算する。
 - ② ①の場合以外の場合にあつては、現に入院している保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算する。
- (3) 退院の日から起算して3ヶ月以上（悪性腫瘍又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）の別紙の第3に掲げる疾病に罹患している患者については1月以上）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院することなく経過した後、当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院した場合は、(2)の②に該当するものであり、入院期間の計算方法は、現に入院している保険医療機関において通算対象入院料を算定して

いた期間を通算するものであること。

また、同一の保険医療機関内の介護療養病床等に3ヶ月以上（悪性腫瘍又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）の別紙の第3に掲げる疾病に罹患している患者については1月以上）の期間入院した場合についても(2)の②に準じて取り扱うものとし、当該介護療養病床等から通算対象入院料を算定する病棟に転棟した場合における入院期間は、当該転棟の日から起算して計算するものであること。

- (4) 入院期間の確認については、「診療報酬点数表（平成6年3月厚生省告示第54号）及び老人診療報酬点数表（平成6年3月厚生省告示第72号）の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」（平成14年3月8日保医発第0308001号）別添1第1章第2部通則3に従うものであること。なお、平成14年4月1日以降、入院する者で、平成14年3月31日以前の入院が入院期間に通算されるか否かは、患者等に対して過去3ヶ月以内の入院の有無等を照会することにより確認すること。
- (5) 特定療養費の支給額は、所定点数から通算対象入院料の基本点数（平成15年3月31日までの間は基本点数の3分の1、同年4月1日から平成16年3月31日までの間は基本点数の3分の2）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又は注3、老人特定入院基本料の場合は注5、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。
- (6) 当該制度は、入院医療の必要性が低いが患者側の事情により入院しているものへの対応を図るためのものであることから、以下の表の左欄に掲げる状態等にあつて、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者の入院については、選定療養には該当せず、特別の料金を徴収することは認められないものである。なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院等により右欄に定める実施期間等を満たさない場合においては、当該月の前月において選定療養に該当していない場合に限り、当該月においても同様に取扱う。他の病院から転院してきた患者についても同様の取扱いとする。

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
1 難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重症者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等（注1参照）		左欄の状態にある期間
4 悪性新生物に対する腫瘍用薬（重篤な副作用を有するものに限る。）を投与し	動脈注射 抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入 点滴注射	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間

ている状態（注2参照）	中心静脈注射	
	骨髄内注射	
5 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態	放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	
6 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態（注3参照）	ドレーン法（ドレナージ）	当該月において2週以上実施していること
	胸腔穿刺	
	腹腔穿刺	
7 人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法	当該月において1週間以上使用していること
	人工呼吸	
8 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓	各週2日以上実施していること（注4）
	血漿交換療法	当該月において2日以上実施していること
9 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）	脊椎麻酔	
	開放点滴式全身麻酔	
	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	

注1 3の左欄に掲げる状態等にある患者は具体的には以下のような状態等にあるものをいうものであること。

a 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者及び重度の意識障害者

b 以下の疾患に罹患している患者

筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン舞蹈病、パーキンソン病（ヤールの臨床的症度分類のステージ3以上でかつ生活機能症度Ⅱ度又はⅢ度のものに限る。）、シャイ・ドレーガー症候群、クロイツフェルト・ヤコブ病及び亜急性硬化性全脳炎

c 重度の肢体不自由者については、「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）においてランクB以上に該当するものが対象となるものであり、ランクB以上に該当する旨を診療報酬明細書に記載すること。

2 4の「重篤な副作用を有するもの」とは、肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与える臓器障害を有する腫瘍用薬であること。

3 6に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。

4 8の「人工腎臓を実施している状態」にある患者については、「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）においてランクB以上に該当するものが対象となるものであり、ランクB以上に該当する旨

を診療報酬明細書に記載すること。

5 医薬品等告示第4号ルに規定する「ロからヌまでに掲げる状態に準ずる状態にある患者」に関する事項は、入院医療の必要性についての医学的な判断基準という観点から検討の上、別途通知する。

- (7) 急性増悪のため、通算対象入院料を算定する病棟又は介護療養病床等から、一般病棟に転棟させた場合（一般病棟に入院中の患者が急性増悪した場合を含む。）は当該転棟の日（一般病棟に入院中の患者については急性増悪の日）から30日間は、特別の料金を徴収することは認められない取扱いとするものであること。ただし、30日間を経過した後は、(6)に規定する基準に従い、当該患者の入院が選定療養となるか否かを判断するものであること。なお、この場合においては、一般病棟に転棟させた理由を診療報酬明細書に詳細に記載すること。
- (8) 特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、特別の料金の額等に関する情報を文書により提供しなければならないものとする。
- (9) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、通算対象入院料の基本点数（平成15年3月31日までの間は基本点数の3分の1、同年4月1日から平成16年3月31日までの間は基本点数の3分の2）の100分の15に相当する点数をもとに計算される額を標準とする。
- (10) 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10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。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年定例報告の際に、その実施状況について、別紙様式10により地方社会保険事務局長に報告するものとする。
- (11) (2)に規定する方法により入院期間を計算した場合に、平成14年3月31日以前の入院期間が入院期間に通算されることとなる者（以下「経過措置対象者」という。）については、次のような経過措置が設けられているので留意すること（入院期間の計算に係る起算日が平成14年4月1日以降の者については、特段の経過措置は設けられていない。）。なお、平成14年3月31日以前の入院期間が入院期間に通算されるか否かは、患者等に対して過去3ヶ月以内の入院の有無等を紹介することにより確認すること（(4)参照）。
- ① 平成15年3月31日までの間は、当該患者の入院は選定療養には該当せず、特別の料金を徴収することは認められないこと。
 - ② 平成15年4月1日から平成15年9月30日までの間は、経過措置対象者については、入院期間が3年を超える入院のみが選定療養に該当するものであり、経過措置対象者のうち入院期間が3年を超えない患者からは、特別の料金を徴収することは認められないこと。
 - ③ 平成15年10月1日から平成16年3月31日までの間は、経過措置対象者については、入院期間が2年を超える入院のみが選定療養に該当するものであり、経過措置対象者のうち入院期間が2年を超えない患者からは、特別の料金を徴収することは認められないこと。

第4 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 療担規則第11条の3の厚生労働大臣が定める報告事項として、次の事項を定めたものであること。

- ① 健康保険法第43条第2項に規定する選定療養に関する事項

- ② 医科点数表の第1章区分A200及び歯科点数表の第1章区分A200に規定する入院時医学管理加算に関する事項
 - ③ 酸素及び窒素の購入価格に関する事項
 - ④ 歯科点数表の第2章第1部区分B001-2に規定する歯科衛生実地指導料に関する事項
 - 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に届け出た事項に関する事項
- 2 療担基準第11条の3の厚生労働大臣が定める報告事項として、次の事項を定めたものであること。
- ① 老人保健法（昭和57年法律第80号）第17条第2項に規定する選定療養に関する事項
 - ② 老人医科点数表の第1章第2部第2節に規定する入院時医学管理加算及び歯科点数表の第1章区分A200に規定する入院時医学管理加算に関する事項
 - ③ 算定基準及び老人入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準に基づき、都道府県知事に届け出た事項に関する事項
 - ④ 1の③及び④に掲げる事項
- 3 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に届け出た事項については、毎年7月1日現在の届出事項に係る状況等を地方社会保険事務局長又は都道府県知事に報告するものであること。この中には、算定告示及び算定基準に係る届出に関する事項が含まれているものであること。

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）

特殊方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。

- ① 薬事法第80条の2第1項に規定する治験に係る薬物を用いた療法
- ② 薬事法第80条の3第1項に規定する治験に係る器具機械を用いた療法

第6 保険医の使用医薬品（揭示事項等告示第6関係）

薬価基準に収載されている医薬品等について、保険医が施用し又は処方することができることとしたものであること。その他保険医の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

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として、それぞれ次の場合を定めたものであること。
- ① 健康保険法第43条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養第11号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合
 - ② 老人保健法第17条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める療養第10号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合
- 2 1のほか、他医薬品の使用等に関し留意すべき事項は以下のとおりであること。
- (1) 我が国の健康保険制度においては、一連の診療の中で、①保険医が保険診療と特殊療法等を併せて行うこと、②保険診療と自由診療とを併せて行い、保険医療機関が、自由診療部分につ

いて患者から追加的な負担を求めることは、原則として禁止されており、これを行った場合には、当該診療は健康保険制度の対象としない（全て自由診療とする。）こととしているため、日本で承認を受けていない医薬品を医師が個人的に輸入し、患者に処方した場合、当該診療は健康保険制度の対象とならないものであること。

ただし、患者自身が、自己の責任においてこのような医薬品を輸入し、これを使用すること自体は禁止されておらず、また、このような患者に対する保険給付が一律に制限されるものではない。

なお、このような医薬品の輸入・使用は、患者個人の責任において行われるものであり、当該医薬品の使用により生ずる副作用等については、公的な補償の対象とならないものであること。

(2) 保険医が使用することが認められる医薬品は、揭示事項等告示第6に定められており、当該告示に規定されている医薬品を、当該医薬品の薬事法上の承認に係る効能・効果の範囲外で使用すること自体は禁止されているものではないこと。

(3) 保険薬局において、患者の希望に基づき次の①及び②に定めるサービスを提供した場合には、当該サービスについて、患者から実費を徴収しても差し支えないものとする。ただし、患者から実費を徴収する場合には、「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」（平成12年11月10日保険発第186号）に定める手続きを経る必要があるものであること。

① 患者の希望に基づく内服薬の一包化（治療上の必要性がない場合に限る。）

ア 一包化とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固型剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与することであること。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものであること。

イ 治療上の必要性の有無について疑義がある場合には、処方せんを交付した医師に確認すること。

ウ 服薬における安全性の確保の観点等から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合等は、その理由を調剤録に記載すること。

② 患者の希望に基づく甘味剤等の添加（治療上の必要性がなく、かつ、治療上問題がない場合に限る。）

ア 治療上の必要性及び治療上の問題点の有無について疑義がある場合には、処方せんを交付した医師に確認すること。

第8 保険医の使用歯科材料（揭示事項等告示第8関係）

材料価格基準に掲げられている歯科材料について、歯冠修復及び欠損補綴において使用することができることとしたものである。

第9 厚生労働大臣が定める歯科材料の使用に係る場合（揭示事項等告示第9関係）

第8に規定する歯科材料以外の歯科材料の使用が認められる場合として、次の場合を定めたものであること。

① 金合金又は白金合金を前歯部の鑄造歯冠修復又は歯冠継続歯に使用する場合

② 第八に掲げる保険医療材料（金属であるものに限る。）以外の金属を総義歯の床部に使用

する場合

③ 薬事法第80条の3第1項に規定する治験に係る器具機械を使用する場合

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等（揭示事項等告示第10関係）

- 1 保険医が投与することができる注射薬としてインスリン製剤等を定めたものである。
- 2 投薬期間に上限が設けられている医薬品
 - (1) 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第2条第1号に規定する麻薬等を定めたものである。
 - (2) 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである。
 - (3) 投与量が90日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである。

第11 歯科矯正に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第11関係）

療養の給付としての矯正の禁止の例外として、次の場合を定めたものであること。

- ① 唇顎口蓋裂に起因した咬合異常の手術前後における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合
- ② 第一・第二顴弓症候群、鎖骨頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群又はダウン症候群に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合
- ③ 歯科点数表第2章第13部区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合
- ④ 特定承認保険医療機関において行う療養担当規則第5条の2第2項に規定する厚生労働大臣の承認を受けた療養であって歯科矯正の必要が認められる場合

第12 処方せんの交付に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第12関係）

介護老人保健施設の入所者である患者に対する薬剤又は治療材料の支給を目的とした処方せんの交付の禁止の例外として、悪性新生物に罹患している患者に対して抗悪性腫瘍剤の支給を目的とする処方せんを交付する場合を定めたものであること。

第13 保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項（揭示事項等告示第13関係）

保険薬局が揭示しなければならない事項として次の2つの事項を定めたものであること。

- ① 算定告示別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）の第2節区分10に規定する薬剤服用歴管理・指導料に関する事項
- ② 調剤報酬点数表に基づき地方社会保険事務局長に届け出た事項に関する事項

第14 保険薬剤師の使用医薬品（揭示事項等告示第14関係）

薬価基準に記載されている医薬品等について、保険薬剤師が使用することができることとしたも

のであること。その他保険薬剤師の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

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として、それぞれ次の場合を定めたものであること。

- ① 健康保険法第43条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養第11号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合
- ② 老人保健法第17条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める療養第10号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合

II 関連通知の一部改正

第1 「複合病棟に関する基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の一部改正

「複合病棟に関する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12年3月17日保険発第32号・老健発第57号）

第4の3の(2)中「特定療養費に係る療養の基準（昭和63年3月厚生省告示第53号）」を「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（平成14年3月厚生労働省告示第99号）第三に規定する基準」に改める。

第2 「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」の一部改正

「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12年3月31日保険発第60号）の一部を次のように改正する。

第2の5の(2)及び(3)を次のように改める。

- (2) 当該届出を行う前6月間において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（平成14年3月厚生労働省告示第99号）第3に規定する基準に違反したことがある保険医療機関である場合
- (3) 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等の算定方法（平成14年3月厚生労働省告示第75号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合

別添1の(2)中「厚生大臣の定める入院患者数の基準、医師等の員数の基準及び入院基本料の算定方法（平成12年3月厚生省告示第69号）に規定する基準」を「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等の算定方法（平成14年3月厚生労働省告示第75号）に規定する基準」に改める。

第3 「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」の一部改正

「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」（平成12年11月10