

平成18年3月31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）
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

平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

「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）、「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）、「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）、「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料（使用歯科材料料）の算定について」（平成18年3月6日保医発第0306006号）、「特定保険医療材料の定義について」（平成18年3月6日保医発第0306008号）、「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）及び「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）について、それぞれ別紙1から別紙7までのとおり訂正するので、その取り扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

(別紙様式12)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () ー	
主たる傷病名		
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状 態	
	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	日常生活 自立度	寝たきり度 予 A B C J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	痴呆認知症 の状況	I II III IV M Ia IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認 定の状況	要支援 要介護 (1 2 3 4 5)
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻:チューブサイズ) 日に1回交換 8. 留置カテーテル (サイズ) 日に1回交換 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. ドレーン (部位:) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他 ()	
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項		
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他		
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)		
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有:指定訪問看護ステーション名)		

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式13)

精神訪問看護指示書 (基本療養費Ⅱ)

指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -	施設名
主たる傷病名		
現在の状況	病状・治療 状 況	
	投与中の薬剤 の用量・用法	
	病 識	
	日常生活 自立度	痴呆認知症の状況 (I II _a II _b III _a III _b IV M)
治療の目標		
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項		
1 生活習慣、生活リズムの確立		
2 生活技術、家事能力、社会技能等の獲得		
3 対人関係の改善		
4 社会資源活用の支援		
5 その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項		

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 在宅医療に係る施設基準の届出の有無</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅時医学総合管理料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無) ・ 在宅末期医療総合診療料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無)
<p>2 当該診療所の担当者氏名</p> <p>(1) 担当医 (2) 看護職員</p>
<p>3 24時間対応体制に係る事項</p> <p>(1) 患者からの連絡を直接受ける体制：対応体制 名で担当、交代制 (有 ・ 無)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当者の氏名及び職種 ・ 連絡方法・連絡先 ・ 当該診療所内で確保 (有 ・ 無) ・ 担当医が直接対応 (有 ・ 無) <p>(2) 往診体制：対応体制 名で担当、交代制 (有 ・ 無)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当医及び連携保険医の氏名 <p>(3) 緊急訪問看護体制：対応体制 名で担当、交代制 (有 ・ 無)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当看護職員及び連携看護職員の氏名、所属先 <p>* 交代制有りの場合は、それぞれ勤務割表の例を添付すること。</p>
<p>4 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 氏名、連絡先 ・ 資格、主な業務内容 ・ 体制 (管理者 ・ 自施設の職員 ・ 院外の事業所等との連携 ・ その他)
<p>5 連携保険医療機関等 (1)</p> <p>(1) 医療機関の名称 (3) 担当医の氏名</p> <p>(2) 開設者名 (4) 連絡先</p>
<p>5 連携保険医療機関等 (2)</p> <p>⇒(1) 訪問看護事業者の名称 ⇒(3) 担当看護職員の氏名</p> <p>(2) 開設者名 (4) 連絡先</p>
<p>6 緊急時の入院体制 届出医療機関の入院施設 (有 ・ 無)</p> <p>(1) 連携保険医療機関の名称 (4) 担当医の氏名</p> <p>(2) 開設者名 (5) 緊急時の連絡先</p> <p>(3) 所在地</p>

[記載上の注意]

- 1 括弧内は、いずれか該当するものに○を記入する。
- 2 「3」について、それぞれ交代制有りの場合は、勤務割表の例を添付すること。
- 3 「5」及び「6」については、他の保険医療機関等と連携して24時間対応体制や緊急入院体制を確保する場合に記入すること。
- 4 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅療養支援診療所に係る報告書

1 届出状況について ・ 在宅時医学総合管理料の施設基準に係る届出の有無 (有 ・ 無) ・ 在宅末期医療総合診療料士の施設基準に係る届出の有無 (有 ・ 無)				
2 直近1年間に在宅療養を担当した患者について ・ 平均診療期間 () ヶ月				
合計患者数	うち死亡患者数 名 (再掲：死亡診断を行った患者数 名)			
	内 訳			
	医療機関等での死亡数	医療機関等以外の死亡数	自 宅	自 宅 以 外
名	名	名	名	名
3 直近3ヶ月の訪問実施回数について				
訪問回数の合計	往 診	訪 問 診 療	訪 問 看 護	緊急訪問看護
回	回	回	回	回

[記載上の注意]

- 1 「1」の括弧内は、いずれかに該当するものに○を記入する。
- 2 「2」の在宅療養の担当患者数は、主治医として担当している患者数を記入すること。
- 3 「2」の平均診療期間は、主治医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 4 「2」の「うち死亡患者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「自宅以外」欄へ計上すること。
- 5 「3」は、主治医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。