

**保険たより**

**- 必 読 -**

**「療養病棟入院基本料2」, 「有床診療所療養病床入院基本料2」に係る留意事項通知, 施設基準告示・通知等に関するQ & A**

「療養病棟入院基本料2」, 「有床診療所療養病床入院基本料2」に係るQ & Aが下記のとおり示されましたので、お知らせします。

なお、本件については、すべて厚生労働省当局に確認済。

8 月度請求書 (7月診療分)  
提出期限  
基金 10日 (木)  
午後5時まで  
\* 医保分点検 = 9日  
国保 10日 (木)  
午後5時まで  
\* 国保分点検 = 9日  
労災 14日 (月)  
午後5時まで  
提出期限にかかわらず、  
お早目にご提出ください。

Q	A
<b>留意事項通知</b>	
<b>&lt; 急性増悪 &gt;</b>	
Q. 「患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟または別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合、その前日を1日目として3日前までの間は、その日ごとに入院基本料Eを算定することができる。」とあるが、これは必ずしも3日前、入院基本料Eを算定しなければならないということではないと理解してよいか?	A. そのとおり。
Q. 「患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟または別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合、その前日を1日目として3日前までの間は、その日ごとに入院基本料Eを算定することができる。」とあるが、その3日間の中で、患者への治療の状況(検査、投薬、画像診断、処置等)に応じて、日ごとに入院基本料Eを算定する日としない日を選択することが可能であるという理解でよいか?	A. そのとおり。その日ごとに、入院基本料Eを算定するか、患者の状態に応じた入院基本料A・Bなどを算定するか、選択することが可能である。 入院基本料Eを算定する場合においては、療養病棟入院基本料2に含まれるとされている検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断および処置の費用等についても、出来高による算定が可能となる。
<b>施設基準告示・通知</b>	
<b>&lt; 施設基準通知 &gt;</b>	
Q. 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する介護老人保健施設等の具体例として、有料老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)および認知症高齢者グループホーム等が挙げられているが、その他に何が該当するのか?	A. 「高齢者向け有料賃貸住宅」が該当する。
<b>&lt; 届出に関して &gt;</b>	
Q. 平成18年6月30日の時点で、療養病棟入院基本料1の入院基本料1, 入院基本料2	A. 有床診療所療養病床入院基本料2については、改めて届け出る必要はない。

Q	A
<p>および有床診療所療養病床入院基本料1の届出が受理されている保険医療機関においては、すでに看護職員および看護補助者の配置要件を満たしているが、改めて療養病棟入院基本料2および有床診療所療養病床入院基本料2の届出をする必要があるか？</p>	
<p>Q. 平成18年7月1日から実施であるが、7月1日からの請求に対応するためには、いつまでに地方社会保険事務局長に届け出る必要があるのか？</p>	<p>A. 7月21日までに届出を行い、同月末日までに受理されれば、7月1日にさかのぼって算定することができる。</p>
<p>Q. 平成18年7月1日から実施であるが、届出に際して実績は必要か？</p>	<p>A. 必要である。</p>
<p>Q. 療養病棟入院基本料2を算定する病棟および有床診療所療養病床入院基本料2を算定する病床の入院患者のうち、別表第五の二および第五の三の患者の合計が8割以上となった場合、療養病棟入院基本料2にあつては、「20：1配置病棟」、有床診療所療養病床入院基本料2にあつては、「4：1配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行う必要があるが、「20：1配置病棟」や「4：1配置保険医療機関」の要件を満たせない場合、どのような算定になるのか？</p>	<p>A. 「20：1配置病棟」や「4：1配置保険医療機関」の要件を満たさない場合は、入院基本料Eの届出を行うこととなる。(ただし、当該変更の届出は平成18年10月1日以降なされるものである。)</p>
<p>&lt;医療区分3・2の患者の合計が8割以上&gt;</p>	
<p>Q. 例えば、療養病棟が2病棟ある医療機関において、1病棟の「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割以上となった場合、該当する病棟について「20：1配置病棟」の届出を行えばよいか？ それとも2病棟の合計の入院患者のうち「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割を超えた場合に2病棟とも「20：1配置病棟」の届出をする必要があるのか？</p>	<p>A. 「別表第五の二および第五の三の患者の合計」を病棟毎に算出し、8割を超えた病棟についてのみ「20：1配置病棟」の届出を行うこととなる。</p>
<p>Q. 「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割以上に該当することになった場合の「20：1配置病棟」、「4：1配置保険医療機関」の届出は平成18年10月1日以降になされるものであるが、平成18年7月1日から同年9月30日までの間は、「別表第五の二および第五の三の患者の合計」の割合の算出ができないことから、「20：1配置病棟」、「4：1配置保険医療機関」の基準にかかわらず、患者の疾患、状態、ADL等の区分に従い、療養病棟入院基本料2の入院基本料A等を算定するのか？</p>	<p>A. そのとおり。</p>
<p>&lt;暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動&gt;</p>	
<p>Q. 算定要件中の該当患者の割合に係る施設基準通知の取り扱いにおいて、「20：1配置</p>	<p>A. そのとおり。</p>

Q	A
<p>病棟」や「4：1配置保険医療機関」の届出を行った場合、「別表第五の二および第五の三の患者の合計」の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合、変更の届出は不要と考えてよいか？</p>	
<p>Q. 3か月間の実績において、「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割以上となった場合は、「20：1配置病棟」、「4：1配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行うことになっているが、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合でも変更の届出を翌月速やかに行う必要があるのか？</p>	<p>A. 1割以内の一時的な変動の場合は届け出る必要はない。</p>
<p>Q. 以下の2つの届出についても暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動に該当するか？</p> <p>「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割以上となった場合であって、看護職員の20：1配置等の基準が満たせない場合の入院基本料Eを算定する病棟の届出</p> <p>介護保険移行準備病棟（病床）において、3か月間の実績で、別表第五の二または第五の三の患者以外の患者の割合が6割を下回った場合の「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割未満である病棟等への変更の届出</p>	<p>A. , とともに、1割以内の一時的な変動の場合は届け出る必要はない。</p>
<p>Q. 「暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動」について、例えば、療養病棟の入院患者が40人である場合、「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割とは32人になるが、「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割未満である病棟の届出をしている場合、暦月で3か月を超えない期間において35.2 (32×1.1) 人未満であれば「1割以内の一時的な変動」と考えるのか？</p>	<p>A. そのとおり。</p>
<p>Q. 平成18年7月1日～9月30日の実績をもって、「20：1配置病棟」または「4：1配置保険医療機関」への変更の届出が必要かどうか判断し、それ以降、毎月3か月の実績により届出の変更が必要かどうかの判断を行う必要があるのか？</p>	<p>A. そのとおり。</p>
<p>Q. 平成18年10月1日の時点で、「20：1配置病棟」または「4：1配置保険医療機関」への変更の届出を行った以降は、直近の暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、変更の届出を行う必</p>	<p>A. そのとおり。</p>

Q	A
<p>要はないと考えてよいか？</p>	
<p><b>医療区分・ADL区分に係る評価票 (別紙様式21)</b>  <b>医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き (別紙様式5の2)</b></p>	
<p>&lt;患者の評価&gt;</p>	
<p>Q. 患者の医療区分やADLの状況などは毎日評価する必要があるのか？</p>	<p>A. 医療区分については「評価の単位」が1日毎となっているものは1日毎に評価し、ADLについては原則月1回評価し、状況変化があった場合にはその都度評価を行うこととなる。</p>
<p>&lt;日数制限&gt;</p>	
<p>Q. 次の5項目の「留意点」において、「連続した7(14)日間を超えて を行った場合は、8(15)日目以降は該当しないものとする。ただし、いったん非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。」とあるが、例えば、24時間持続点滴を「連続した5日間」実施し、いったん回復したので6日目は24時間持続点滴を行わず、7日目から再度「連続した5日間」24時間持続点滴を行った場合、最初の5日間および7日目からの5日間について該当することとしてよいか？</p> <p>4. 24時間持続して点滴を実施している状態 (7日間)</p> <p>20. 尿路感染症に対する治療を実施している状態 (14日間)</p> <p>22. 脱水に対する治療を実施している状態 (7日間)</p> <p>27. せん妄に対する治療を実施している状態 (7日間)</p> <p>31. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱または嘔吐を伴う状態 (7日間)</p>	<p>A. よい。</p>
<p>&lt; . 医療区分3 (別表第五の二) &gt;</p>	
<p><b>1. スモン</b></p>	
<p>Q. スモン等の難病患者について、特定疾患治療研究事業の対象患者として認定を受けている必要があるか？</p>	<p>A. 特定疾患治療研究事業実施要綱の対象患者である必要があるが、必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。</p>
<p>Q. 特定疾患治療研究事業実施要綱に定める疾患を対象とすることになっているが、「特定疾患治療研究事業の実務上の取扱い」に定める対象疾患毎の認定基準を満たす必要はあるか。</p>	<p>A. 認定基準が認められているものは満たす必要がある。</p>
<p><b>2. 医師および看護職員により、常時、監視および管理を実施している状態</b></p>	
<p>Q. 「留意点」において、「少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状</p>	<p>A. そのとおり。</p>

Q	A
態にあること。(初日を含む。)」とあるが、「初日」とは「項目の定義」に該当する状態となった日と考えてよいか？	
<b>3. 中心静脈栄養を実施している状態</b>	
Q. 「留意点」にある「ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。」とは具体的にどういう場合か？	A. 経管栄養のみではカロリー不足のため、中心静脈栄養と併用して、中心静脈栄養を離脱する時期等の計画を作成し実施している場合は、その期間については該当するという。
<b>4. 24時間持続して点滴を実施している状態</b>	
Q. 「留意点」において、「本項目でいう24時間連続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合または電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。(初日を含む。)」とあるが、「初日」とは点滴を実施した初日と考えてよいか？	A. そのとおり。
< . 医療区分2 (別表第五の三) >	
<b>18. 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)</b>	
Q. 「留意点」にある「WHO's pain ladder に定められる2段階以上のもの」とは具体的にどのようなものか？	A. WHOの定めるpain ladderは、1～3段階で構成され、 1段階：非ステロイド系抗炎症鎮痛薬(NSAIDs)等 2段階：リン酸コデイン等 3段階：塩酸モルヒネ等の薬剤が規定されている。 (参照：WHOのホームページ) <a href="http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/">http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/</a>
<b>21. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)</b>	
Q. 「留意点」には、「継続的に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。」と記載されているが、リハビリテーションが行われなかった日もその状態としてよいか？	A. よい。
Q. 「留意点」にある「医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されているものであること。」とあるのは、リハビリテーションの部に規定されているものであれば何でもよいか？	A. よい。
Q. 「項目の定義」において、「原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。」とあるが、発症後30日以内に疾患別リハビリテーションを行えば、疾患別リハビリテーション毎に設定されている算定日数の上限まで、医療区分2に該当すると考え	A. 該当しない。原因となる傷病等の発症後、30日以内が対象となる。

Q	A
<p>てよいか？（例えば、発症後30日以内に運動器リハビリテーションを始めれば、発症から150日までの期間は医療区分2になるという考え方。）</p>	
<b>23. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</b>	
<p>Q. 膀胱からの出血（血尿）も含まれるか？</p>	<p>A. 含まれる。</p>
<p>Q. 「留意点」には、「出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。」とあるが、最初出血を認めた日から7日間については、持続性の便潜血が認められる状態であれば、出血がなかった日も、この状態に該当すると考えてよいか？</p>	<p>A. よい。</p>
<p>Q. 「留意点」には、「出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。」とあるが、8日目を降で再び出血が反復継続している状態になった場合はどうなるのか？</p>	<p>A. 再度出血を認めた日から該当することとなる。</p>
<b>24. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態</b>	
<p>Q. 「留意点」には、「嘔吐のあった日から3日間は、本項目に該当する。」とあるが、2日目、3日目において嘔吐がない場合であっても、この状態に該当することになると考えてよいか？</p>	<p>A. よい。</p>
<p>Q. 「留意点」には、「嘔吐のあった日から3日間は、本項目に該当する。」とあるが、4日目を降で再び頻回の嘔吐の治療をした場合はどうなるのか？</p>	<p>A. 再度頻回の嘔吐を認めた日から該当することとなる。</p>
<b>25. 褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合または褥瘡が2か所以上に認められる場合に限る。）</b>	
<p>Q. 「項目の定義」において、「第2度以上に該当する場合もしくは褥瘡が2か所以上に認められる場合に限る。」と記載されているが、褥瘡が2か所以上ある場合は2か所とも第1度でも該当すると考えてよいか？</p>	<p>A. よい。</p>
<b>28. うつ症状に対する治療を実施している状態</b>	
<p>Q. 「留意点」において、「本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。」とあるが、3日間毎にさかのぼって1日毎に評価していくことになるのか？</p>	<p>A. うつ症状が最初に見られた日以降3日間における7項目の合計が4点以上である場合に該当し、その日以降、1日毎にその日を含む3日間の状態について評価を行い、該当するかどうか判断することとなる。</p> <p>例) 7月1日から3日までが4点だった場合 7月1日から3日まで医療区分2 7月2日から4日までが3点だった場合 7月4日は医療区分1（7月2日、3日はすでに医療区分2） 7月3日から5日までが4点だった場合 7月3日から5日まで医療区</p>

Q	A
	分2 (この際, において医療区分1としていた7月4日も医療区分2となる。)
Q. 例えば, うつ症状が最初に見られた7月1日の時点で, 7項目の合計が4点以上であった場合, 7月1日から3日間「該当」と判断してよいか?	A. よい。
<b>29. 他者に対する暴行が毎日認められる状態</b>	
Q. 「留意点」において, 「医師又は看護師の合計2名以上 (ただし, 少なくとも1名は医師であることとする)」とあるが, これは少なくとも医師1名+看護師1名で判断するということか?	A. そのとおり。
<b>34. 頻回の血糖検査を実施している状態</b>	
Q. 「留意点」に「検査日から3日間まで, 本項目に該当するものとする。」とあるが, 2日目, 3日目において1日3回以上の血糖検査を実施しない場合でもこの状態に該当することになると考えてよいか?	A. よい。
Q. 3日目以降で, 再度1日3回以上の血糖検査が必要な状態になった場合はどうなるのか?	A. 再度該当することとなる。
<b>その他</b>	
Q. 医療区分3の「10.」と医療区分2の「36.」について, 6月30日の時点で他院の特殊疾患療養病棟入院料を算定する病棟に入院していた患者が, 転院してきた場合も該当するか?	A. 該当しない。
<b>&lt; . A D L区分 &gt;</b>	
Q. 評価の方法で「当日を含む過去3日間」とは, 評価を行う日と前日2日分の状態と考えてよいのか? (例えば, 7月1日の評価であれば, 6月29日~7月1日の3日間の状態か?)	A. そのとおり。
Q. A D L区分の支援のレベルを判断する基準において, 例えば「5 最大の援助: 動作の一部 (50%未満) しか自分でできず, 体重を支える援助を3回以上」とあるが, この「3回以上」とは1日当たりの回数か? それとも, 当日を含む過去3日間の中で3回以上援助を必要とすることなのか?	A. 過去3日間の中で3回以上ということである。
<b>&lt; . 認知機能障害評価 &gt;</b>	
Q. 毎日評価する必要があるのか?	A. 原則, 月1回評価し, 状況変化があった場合には, その都度評価を行うこととなる。
Q. 「認知機能障害」の加算は, 「医療区分2」で「A D L区分1」の場合のみ対象となるので, 対象となる患者についてのみ判定す	A. そのとおり。

Q	A
ればよいか？	
< 患者の状態像評価 >	
<p>Q. 「 ~ の評価結果に基づき、患者の状態像評価を行い、該当日にチェック印を記入する。変化のない場合は 欄に記入する。」とされているが、 欄に記入する場合とはどのような場合をいうのか？</p> <p>例えば、原則月 1 回の評価であるので、先月の評価結果を当該月の月初めに 欄に記入のうえ、これにより判断し、当該月の評価分については、評価を行った日の欄に記入を行うといった考え方でよいか？</p>	<p>A. 欄への記載については、1 月間変化がない場合に記入することとなる。例示の場合は各日の欄に記入することとなる。</p>
<b>介護保険移行準備病床について</b>	
<p>Q. 施設基準告示の第11の6に「平成18年6月30日において現に有床診療所療養病床入院基本料1を算定する診療所である保険医療機関であって、別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の患者が6割以上入院しているものについては…」と記載があるが、この患者の割合は診療所全体で計算するのか？ それとも、診療所の療養病床単位で計算するのか？</p>	<p>A. 療養病床単位で計算する。</p>



**訂正とお詫び**  
**- 労災治療計画加算の算定について**

平成18年診療報酬改定により、入院診療計画書の作成が入院基本料の算定要件となったことに伴い、入院診療計画書の作成がなければ入院基本料等が算定できず、入院診療計画未実施減算の項目が廃止されています。

しかしながら、今般労災保険における労災治療計画加算については、要件を満たす場合に限り、引き続き算定できることが明確にされましたので、お知らせします。

4月15日号保険だより「労災診療費算定基準の一部改正(概要)」にてお知らせしました労災治療計画加算の廃止は誤りで、引き続き算定できますのでご留意ください。

## 電子化加算の施設基準について

電子化加算は、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京都社会保険事務局に届け出た保険医療機関が算定できるものですが、すでに届け出がされているものにおいて、下記に定められている要件のうち、個別の費用ごとに区分して金額の内訳等がわかる領収証（別添参照）が交付されていないケース（複数の項目がまとまっているもの、必要な項目が明記されていないもの等）が見受けられます。施設基準の要件を満たさない場合は、その時点まで遡及の上返還となりますのでご注意ください。

なお、個別の費用ごとに区分して金額の内訳等がわかる領収証の交付については、10月1日まで経過措置期間が設けられていますが、電子化加算を算定する場合は、届け出の時点でその要件を満たしておく必要がありますので、併せてご注意ください。

### 記

#### 1. 絶対的要件

診療報酬の請求に係る電算処理システムを導入している。

個別の費用ごとに区分して記載した領収証（医科診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳のわかるもの）を無償で交付している。

平成19年4月1日以降、試行的オンラインシステムを活用した診療報酬の請求を行っている（許可病床数が400床以上の病院に限る）。

#### 2. 選択的要件

フレキシブルディスクまたは光ディスクを提出することにより診療報酬の請求を行っている（許可病床数が400床未満の保険医療機関に限る）。

試行的オンラインシステムを活用した診療報酬の請求を行っている（許可病床数が400床未満の保険医療機関に限る）。ただし、平成19年3月31日までの間は、許可病床数が400床以上の病院を含む。

患者から求めがあったときに、算定した診療報酬の区分・項目の名称およびその点数または金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えている。

バーコード、電子タグ等による医療安全対策を行っている。

インターネットを活用した予約システムが整備されている。

診療情報（紹介状を含む）を電子的に提供している。

検査、投薬等に係るオーダーリングシステムが整備されている。

電子カルテによる診療録管理を行っている。

フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存し、コンピューターの表示装置等を活用し画像診断を行っている。

遠隔医療支援システムを活用し、離島もしくはへき地における医療または在宅医療を行っている。

< 例 1 >

領 収 証							
患者番号	氏 名			請求期間 (入院の場合)			
	様			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区 分
			平成 年 月 日				
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	食事療養						
	円						
保険外負担	選定療養等	その他					
	(内訳)	(内訳)					
				保 険	保険(食事)	保険外負担	
				円	円	円	
				円	円	円	
				円	円	円	

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇病院

領収印

< 例 2 >

領 収 証				
氏 名			発行日	
様			平成 年 月 日	
保 険	初・再診料	医学管理等	在宅医療	検 査
	点	点	点	点
	画像診断	投 薬	注 射	処 置
	点	点	点	点
	点	点	点	点
合計点数		点		
領収額		円		

\_\_\_\_\_ 印

## 検査料の点数の取り扱いについて

標記について、平成18年6月30日付保医発第0630002号で厚生労働省保険局医療課長から下記のとおり取り扱う通知があり、平成18年7月1日から適用となりましたので、お知らせします。

### 新たに保険適用が認められた検査

平成18年6月30日 保医発第0630002号 (平成18年7月1日適用)

1. イヌリン (酵素法)	D007 血液化学検査に準じて算定する。	120点 検査料は、区分「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「11」に準じて算定する。
平成18年3月6日保医発第0306001号の別添1の第2章「特掲診療料」第3部「検査」第1節「検体検査料」第1款「検体検査実施料」中、「D007血液化学検査」の(44)～(45)を(45)～(46)とし、(43)の次に(44)として右のように加える。	D007 血液化学検査 (44) イヌリン ア イヌリンは、腎クリアランス測定の目的で行った場合に、区分「D007」血液化学検査に準じ、区分「D026」検体検査判断料の「3」の生化学的検査( )判断料を算定する。 ただし、検査料については、区分「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「11」に準じて算定できる。 イ イヌリンは、区分「D007」血液化学検査の「1」の尿素窒素(BUN)又は同区分「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、6月に1回に限り算定できる。ただし、同区分「1」のクレアチニン(腎クリアランス測定の目的で行い、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。)を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。	

## 薬価基準等の一部改正

平成18年6月30日付厚生労働省告示第410号をもって薬価基準の一部が改正され、同年7月1日から適用されました。

今回の改正は、平成16年12月28日付厚生労働省告示第461号で日本薬局方を定める件の一部が改正され、当該一部改正に伴う従前の例による取り扱いの経過措置期間が平成18年6月30日までとされていることから、今回局方品となった医薬品について、薬価基準に収載されている品名の前に局の印を追加したものです。

また、同日付厚生労働省告示第411号で、すでに掲示事項等告示の別表第2に収載され、経過措置品目（使用期限：平成19年3月31日）とされている品目についても、同様に品名の前に局の印が追加されました。

### 品名を変更するもの（平成18年7月1日から適用）

#### ＜ 内 用 薬 ＞

現行収載名	変更収載名
アニスタジン錠	局 アニスタジン錠
アノレキシノン錠5	局 アノレキシノン錠5
ウコン	局 ウコン
ウヤク	局 ウヤク
ウルソトラン	局 ウルソトラン
エフタノン	局 エフタノン
エリーテン錠	局 エリーテン錠
オースギ加工ブシ末	局 オースギ加工ブシ末
加工ブシ末（三和生薬）	局 加工ブシ末（三和生薬）
カルバクロン錠	局 カルバクロン錠
乾姜	局 乾姜
クコシ	局 クコシ
クバクロン錠	局 クバクロン錠
クロポリジン錠	局 クロポリジン錠
ケイサミン錠	局 ケイサミン錠
コスパノンカプセル	局 コスパノンカプセル
小太郎漢方の炮附子末	局 小太郎漢方の炮附子末
コニール錠2	局 コニール錠2
コニール錠4	局 コニール錠4
コニール錠8	局 コニール錠8
コレンソール錠・100	局 コレンソール錠・100
コレンフパンカプセル	局 コレンフパンカプセル
サーチロン	局 サーチロン
ジコッピ	局 ジコッピ

シツリシ	局シツリシ
ジャショウシ	局ジャショウシ
修治ブシ	局修治ブシ
ソボク	局ソボク
ソランタール錠50mg	局ソランタール錠50mg
ソランタール錠100mg	局ソランタール錠100mg
タツコール錠 4 mg	局タツコール錠 4 mg
タピロン錠40mg	局タピロン錠40mg
ツムラの生薬修治ブシ末N (調剤用)	局ツムラの生薬修治ブシ末N (調剤用)
テルペラン錠 5	局テルペラン錠 5
テルペラン錠10	局テルペラン錠10
トランネキサム酸カプセル (東洋ファルマー)	局 トランネキサム酸カプセル (東洋ファルマー)
トランネキサム酸・C「トーフ」	局トランネキサム酸・C「トーフ」
トランネキサム酸錠 (陽進)	局トランネキサム酸錠 (陽進)
トランサミンカプセル	局トランサミンカプセル
トランサミン錠250mg	局トランサミン錠250mg
トランサミン錠500mg	局トランサミン錠500mg
トリクロルメチアジド錠 (陽進)	局トリクロルメチアジド錠 (陽進)
トリクロン錠	局トリクロン錠
トリスメン錠	局トリスメン錠
トーフジール錠 2 mg	局トーフジール錠 2 mg
トーフジール錠 4 mg	局トーフジール錠 4 mg
ナフトジール錠 2	局ナフトジール錠 2
ナフトジール錠 4	局ナフトジール錠 4
ニコルダ錠250mg	局ニコルダ錠250mg
ニバジール錠 2 mg	局ニバジール錠 2 mg
ニバジール錠 4 mg	局ニバジール錠 4 mg
ニバディップ錠 4	局ニバディップ錠 4
ニルジラート錠 2	局ニルジラート錠 2
ニルジラート錠 4	局ニルジラート錠 4
ニンドウ	局ニンドウ
バイラップ「カプセル」	局バイラップ「カプセル」
花扇加工ブシ末K	局花扇加工ブシ末K
フォリクロン錠 5	局フォリクロン錠 5
フォリロント	局フォリロント
ブシ	局ブシ
ブラミール錠	局ブラミール錠
プリンパール錠	局プリンパール錠
プリンペラン錠	局プリンペラン錠
フルイトラン錠 2 mg	局フルイトラン錠 2 mg
フルトリア錠	局フルトリア錠
プレタスミン錠	局プレタスミン錠

フロセミド錠20「タイヨー」	局フロセミド錠20「タイヨー」
フロセミド錠40「タイヨー」	局フロセミド錠40「タイヨー」
フロセミド錠40mg「フソー」	局フロセミド錠40mg「フソー」
フロセミド錠「イセイ」	局フロセミド錠「イセイ」
フロセミド錠「トーフ」	局フロセミド錠「トーフ」
フロセミド錠「ミタ」	局フロセミド錠「ミタ」
プロメデス錠	局プロメデス錠
ヘキサトロンカプセル	局ヘキサトロンカプセル
ヘキサトロンカプセル250mg	局ヘキサトロンカプセル250mg
ペラプリン錠	局ペラプリン錠
ホウブシ	局ホウブシ
本草加工ブシ末	局本草加工ブシ末
マオリード	局マオリード
マツウラの修治附子末(調剤用)	局マツウラの修治附子末(調剤用)
ヨウキサミン錠	局ヨウキサミン錠
ラシックス錠20mg	局ラシックス錠20mg
ラシックス錠40mg	局ラシックス錠40mg
リカパリン	局リカパリン

## &lt; 注 射 薬 &gt;

現行収載名	変更収載名
注射用マキシピーム0.5g	局注射用マキシピーム0.5g
注射用マキシピーム1g	局注射用マキシピーム1g
トラカプミンS注	局トラカプミンS注
トラサムロンS注「小林」	局トラサムロンS注「小林」
トラサムロン注「小林」	局トラサムロン注「小林」
トラネキサム酸注射液(東洋ファルマー) * 1	局 トラネキサム酸注射液(東洋ファルマー)
トラネキサムS注射液	局トラネキサムS注射液
トランサボン注1g	局トランサボン注1g
トランサミン注5%	局トランサミン注5%
トランサミン注10% * 2	局トランサミン注10%
ニコルダ注-5%	局ニコルダ注-5%
ニコルダ注-10%	局ニコルダ注-10%
フルマリンキット静注用1g	局フルマリンキット静注用1g
フルマリン静注用0.5g	局フルマリン静注用0.5g
フルマリン静注用1g	局フルマリン静注用1g
ヘキサトロン注(5)	局ヘキサトロン注(5)
ヘキサトロン注(10)	局ヘキサトロン注(10)
ヘキサトロン注250mg	局ヘキサトロン注250mg
ヘキサトロン注1000mg	局ヘキサトロン注1000mg
ラノビス注 * 3	局ラノビス注

リカバリン注250mg	局 リカバリン注250mg
リカバリン注1000mg	局 リカバリン注1000mg

- \* 1 10%2.5mL 1 管と10%10mL 1 管の 2 規格あり
- \* 2 10%2.5mL 1 管と10%10mL 1 管の 2 規格あり
- \* 3 10%2.5mL 1 管と10%10mL 1 管の 2 規格あり

経過措置品目の品名を変更するもの (平成19年 3月31日限り)

< 内 用 薬 >

現行収載名	変更収載名
プロメデス錠	局 プロメデス錠
ヘキサトロンカプセル	局 ヘキサトロンカプセル

< 注 射 薬 >

現行収載名	変更収載名
ヘキサトロン注 ( 5 )	局 ヘキサトロン注 ( 5 )
ヘキサトロン注 (10)	局 ヘキサトロン注 (10)



## 京丹後市国民健康保険被保険者証の更新について

京丹後市国民健康保険被保険者証が、平成18年8月1日をもって更新されることとなり、これまでの世帯単位の被保険者証から個人単位のカード型式の被保険者証（一般被保険者証は「鶯色」、退職被保険者証は「桃色」）へ移行されますので、お知らせします。

国民健康保険 被保険者証	有効期限 記号	番号	性別
氏名			
生年月日			
世帯主氏名			
住所			
資格取得年月日			
交付年月日			
保険者番号	260133		
保険者名	京丹後市		

**見本**

京都府  
京丹後市  
印

# 国保連合会「過誤・再審査結果通知書」 の様式変更について (訂正)

平成18年 7月15日付京都医報保険だよりにおいて、国保連合会「過誤・再審査結果通知書」の様式が変更される旨、お知らせしましたが、掲載した様式について訂正がありましたので、再度お知らせします。

様式3-5

医療機関番号	科別
--------	----

## 過誤・再審査結果通知書

( 22-2号 )  
京都府国民健康保険団体連合会  
作成日 年 月 日

保険者 (請求機関) より申し出があり再審査いたしました結果、下記のとおり決定しましたのでお知らせいたします。

様

保険者番号 保険者名	医療機関番号 科別	保険料率 ①②	被保険者氏名	住所 〒 丁目 番 号	標準 報酬 点数	減額 率	支払金額		摘要	診療 年月	備考	
							額	率				
10 診察	11・12・13・14	10	診察									
20 投薬	21・22・23・24	20	投薬									
30 注射	31・32・33	30	注射									
40 処置	40	40	処置									
50 手術・麻酔	50	50	手術・麻酔									
60 検査	60	60	検査									
70 画像診断	70	70	画像診断									
80 その他	80	80	その他									
00 食事	00	00	食事									
							増減点		事由		通信欄	
							2 過誤と認められないもの					

## 被保険者証の無効通知について

次のとおり保険者より無効通知が送付されましたので、ご注意ください。

〔農林水産省共済組合近畿支部〕

記 号 番 号	0808-17100653	0808-17100099
氏 名	大 槻 欣 也	榎 晃 秀
生 年 月 日	-	-
無 効 事 由	紛 失	紛 失
無 効 年 月 日	平 18. 6 .29	平 18. 7 . 1

〔全国歯科医師国民健康保険組合京都府支部〕

記 号 番 号	全歯07 1040012	全歯07 2040033	全歯07 3040307
氏 名	角川安正 その他家族	木崎純生 その他家族	伊 藤 幸 子
生 年 月 日	-	-	-
無 効 事 由	除 名	除 名	除 名
無 効 年 月 日	平 17.12. 1	平 17.12. 1	平 17.12. 1

〔京都府医師国保組合〕

記 号 番 号	15-02436	13-11944
氏 名	-	-
生 年 月 日	-	-
無 効 事 由	紛 失	紛 失
無 効 年 月 日	平 18. 7 .18	平 18. 7 .11

## 被爆者健康手帳の無効通知について

次のとおり京都府保健福祉部長より無効通知が送付されましたので、ご注意ください。

受 給 者 番 号	000364-0
氏 名	弥 永 トシ子
生 年 月 日	
無 効 事 由	紛 失
無 効 年 月 日	平 18. 7 . 7