

事務連絡
平成24年3月30日

地方厚生(支)局医療課
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部)
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)

御中

厚生労働省保険局医療課

平成24年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添11までのとおり訂正をするので、その取扱いに遺漏のないよう、周知徹底を図られたい。

- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成24年3月5日保医発0305第1号)(別添1)
- ・「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24年3月5日保医発0305第2号)(別添2)
- ・「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24年3月5日保医発0305第3号)(別添3)
- ・「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の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成24年3月5日保医発0305第3号)(別添4)
- ・「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24年3月5日保医発0305第10号)(別添5)
- ・「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部改正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24年3月5日保医発0305第6号)(別添6)
- ・「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」(平成24年3月5日保医発0305第7号)(別添7)
- ・「特定保険医療材料の定義について」(平成24年3月5日保医発0305第8号)(別添8)
- ・「特定保険医療材料及び医療機器保険適用希望書(希望区分B)に記載する機能区分コードについて」(平成24年3月5日事務連絡)(別添9)
- ・「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日保医発第82号)の一部改正について(別添10)
- ・「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の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」(平成24年3月19日保医発0319第2号)(別添11)

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(平成24年3月5日保医発0305第1号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

<通則>

5 入院中の患者の他医療機関への受診

- (6) エ 他医療機関において当該診療に係る費用を一切算定しない場合には、他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において算定し、入院基本料等の基本点数は控除せずに算定すること。この場合において、入院医療機関で算定している入院料等に包括されている診療に係る費用は、算定できない。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。
- (8) 入院医療機関においては、診療報酬明細書の摘要欄に、「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数： 日）」を記載すること。ただし、出来高入院料を15%減算する場合若しくは特定入院料等を15%、又は30%又は55%減算する場合には、他医療機関のレセプトの写しを添付すること。

13 退院が特定の時間帯に集中している場合の入院基本料の算定について

- (1) 以下のいずれも満たす病棟を有する医療機関を対象とする。
- イ 当該病棟の退院全体のうち、正午までに退院するものの割合が9割以上の90%を超える保険医療機関であること。

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

- (2) 当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。ただし、「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24年3月5日保医発0305第2号）の別紙2一に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。
- (3) 「注3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する定める起算日と

する。

- (4) 「注4」に規定する重症児(者)受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A238-3」新生児特定集中治療室退院調整加算が算定された患者を一般病棟(13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る)で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する定める起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

A101 療養病棟入院基本料

- (7) 「注5」に規定する重症児(者)受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A238-3」新生児特定集中治療室退院調整加算が算定された患者を、療養病棟で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する定める起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

A102 結核病棟入院基本料

- (5) 「注4」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する定める起算日とする。

A103 精神病棟入院基本料

- (3) 「注3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する定める起算日とする。

A104 特定機能病院入院基本料

- (6) 「注3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する定める起算日とする。

A105 専門病院入院基本料

- (3) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する定める起算日とする。

A106 障害者施設等入院基本料

- (3) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する定める起算日とする。

A108 有床診療所入院基本料

- (2) 有床診療所入院基本料に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する定める起算日とする。

- (3) 「注2」に規定する重症児(者)受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A238-3」新生児特定集中治療室退院調整加算が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する定める起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (8) 「注7」に規定する看取り加算は夜間に1名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から30日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する定める起算日とする。

A109 有床診療所療養病床入院基本料

- (6) 注5に規定する重症児(者)受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A238-3」新生児特定集中治療室退院調整加算が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する定める起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (8) 「注7」に規定する看取り加算は夜間に1名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から30日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する定める起算日とする。

第2節 入院基本料等加算

A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

- (1) 超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算は、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し、算定する。――
ただし、上記以外の場合であっても、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除く病棟又は病床においては、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者であって、重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、(2)又は(3)の基準を満たしていれば、当面の間、同年4月1日以降も継続して、当該加算を算定できるものとする。

A230-4 精神科リエゾンチーム加算

- (4) 精神科リエゾンチームは以下の診療を行うこと。
ア 精神科リエゾンチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同で別紙様式29の2又はこれに準じた診療実施計画書を作成し、その

内容を患者等に説明した上で診療録に添付する。

ウ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式29の2又はこれに準じた治療評価書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録に添付する。

A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算

(2) 当該加算は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された患者であって、これらの保険医療機関等からの紹介により、当該がん診療連携拠点病院に入院した患者について、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、悪性腫瘍の疑いがあるとされ、入院中に悪性腫瘍と診断された患者については、入院初日に限らず、悪性腫瘍と確定診断を行った日に算定する。

A 2 3 4- 2 感染防止対策加算

(1) 感染防止対策加算は、第2部通則7に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行うことを評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

第3節 特定入院料

A 3 1 7 特定一般病棟入院料

(2) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する定める起算日とする。

~~(9) 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「J201」に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については特定入院基本料に含まれる。~~

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B 0 0 1 特定疾患治療管理料

23 がん患者カウンセリング料

(2) 当該患者について区分番号B 0 0 5 - 6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B 0 0 5 - 6 - 2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断

を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。

27 糖尿病透析予防指導管理料

- (7) 当該管理料を算定する場合は、「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」別添2の様式5の7別紙様式31に基づき、一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C001 在宅患者訪問診療料

- (3) 「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者1人につき所定点数を算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいう。

「同一建物居住者の場合」の「イ 特定施設等に入居する者の場合」は、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設生活介護を受けている患者が入居する施設を除く。）~~同条第20項に規定する地域密着型特定施設、又は老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者について算定する。~~

「ロ イ以外の場合」は、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。

ア ~~老人福祉法（昭和38年法律第133号）~~第20条の4に規定する養護老人ホーム（2のイに規定する施設を除く。）老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（2のイに規定する施設を除く。）老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（2のイに規定する施設を除く。）サービス付き高齢者向け住宅（2のイに規定する施設を除く。）マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者

C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

- (4) 診療に基づき、患者の病状の急性増悪、終末期、退院直後等により一時的に週4日以上頻回の訪問看護・指導が必要であると認められた患者（厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。）については、月1回に限り、当該診療を行った日から14日以内の期間において、14日を限度として算定できる。また、当該患者~~特別訪問看護指示書~~が交付された利用者に対する指定訪問看護・指導については、当該患者利用者の病状等を十分把握し、一時的に頻回に訪問看護・指導が必要な理由を訪問看護計画書及び訪問看護報告書等に記載し、指定訪問看護・指導の実施等において、主治医と連携を密にすること。ま

た、例えば、毎月、特別訪問看護指示が交付される等の恒常的に週4日以上の訪問看護・指導が頻回に必要な場合については、その理由を訪問看護計画書及び報告書に記載すること。

当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、看護記録診療録に頻回の訪問看護が必要であると認められた理由及び頻回の訪問看護が必要な期間（ただし14日間以内に限る。）を記載すること。

- (8) 訪問看護・指導計画は、医師又は保健師、助産師若しくは看護師が患家を訪問し、患者の家庭における療養状況を踏まえて作成し、当該計画は少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、患者の病状に変化があった場合には適宜見直す。

訪問看護・指導計画には、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容並びに訪問頻度等を記載すること。

- (14) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注4」に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護・指導計画に基づき定期的に行う訪問看護・指導以外であって、緊急の患家の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、当該保険医の属する保険医療機関又は連携する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導した場合に1日につき1回に限り算定する。その際、当該保険医はその指示内容を診療録に記載すること。なお、当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り算定できる。

- (17) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注7」に規定する複数名訪問看護加算は、厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者に対して、同時に複数の看護師等又は看護職員と看護補助者との同行による訪問看護・指導を行うことについて患者利用者又はその家族等の同意を得て、同時に複数の看護師等の同行による訪問看護・指導を実施した場合、1人の患者に対して週1回に限り算定でき、又は看護職員と看護補助者との同行による訪問看護・指導を実施した場合、1人の患者に対して週3回に限り算定できるものである。なお、厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は一時的に頻回な訪問看護が必要と認められた患者に対する看護補助者の同行に関しては、回数制限は設けない。単に2人の看護師等又は看護補助者が同時に訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。なお、厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は一時的に頻回な訪問看護が必要と認められた患者に対する看護補助者の同行に関しては、回数制限は設けない。

- (20) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注10」に規定する在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料等を死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護に係る連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について患者及びその家族に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録すること。1つの保険医療機関において、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に介護保険制度又は医療保険

制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度においてターミナルケア加算等を算定すること。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できないこと。

- (21) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注11」に規定する在宅移行管理加算は、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。

この場合において、特別な管理を必要とする患者はアからオに掲げるものとし、そのうち重症度等の高い患者は、アに掲げるものとする。なお、エオにおいて当該加算を算定する場合は、定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて看護記録に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて患者利用者の家族等への指導も含むものであること。

C 0 0 5 - 2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

- (1) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者について、当該患者の在宅での療養を担う保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師等に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者に別紙様式16、別紙様式17の2又は別紙様式18を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間（7日以内に限る。）及び指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、1週間（指示を行った日から7日間）のうち3日以上看護師等が患家を訪問して点滴注射を実施した場合に3日目に算定する。なお、算定要件となる点滴注射は、看護師等が実施した場合であり、医師が行った点滴注射は含まれない。

C 0 0 7 - 2 介護職員等喀痰吸引等指示料

介護職員等喀痰吸引等指示料は、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、特定施設入居者生活介護等の指定居宅サービス事業者その他別に厚生労働大臣が定めるものによる社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して、別紙様式34を参考に作成した介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C 1 0 1 - 3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は妊娠中の糖尿病患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療

養指導を行った場合に算定する。

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下の(1)又は(2)に該当する者

(1) 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合 (妊娠時に診断された明らかな糖尿病)

(2) ハイリスク妊娠糖尿病

HbA1CがJDS値で6.1%未満以下 (NGSP値で6.5%未満以下) で75gOGTT2時間値が200mg/dL以上

第3部 検査

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

D006-4 遺伝学的検査

(1)

ア～ナ (略) 〃

ニ プロピオン酸血症

ヌ≡ イソ吉草酸血症

ネ≠ メチルクロトニルグリシン血症

ノ≠ HMG血症

ハ≠ 複合カルボキシラーゼ血症

ヒ≠ グルタル酸血症1型

フ≠ MCDA欠損症

ヘ≠ VLCAD欠損症

ホ≠ MTP(LCHAD)欠損症

マ≠ CPT1欠損症

ミ≠ 筋強直性ジストロフィー

ム≠ 隆起性皮膚線維肉腫

メ≠ 先天性銅代謝異常症

モ≠ 色素性乾皮症

ヤモ 先天性難聴

D009 腫瘍マーカー

(9) 「9」の 型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP≠EP)、区分番号「D008」
内分泌学的検査の「16」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)又は同区分「23」のデオキシピリジノリン(DPD)(尿)は、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(10) 「9」のI型プロコラーゲン-C-プロペプチド(PICP≠TP)は、前立腺癌であると既に確定診断された患者に対して、骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

D 0 1 4 自己抗体検査

- (4) 「11~~9~~」抗RNAポリメラーゼ抗体は、びまん性型強皮症の確定診断を目的として行った場合に、1回を限度として算定として算定できる。また、その際陽性と認められた患者に関し、腎クリゼのリスクが高い者については治療方針の決定を目的として行った場合に、また腎クリゼ発症後の者については病勢の指標として測定した場合に、それぞれ3月に1回を限度として算定できる。
- (19) 「25」の抗アセチルコリンレセプター抗体(抗A~~C~~≡h R抗体)は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合に算定できる。

第3節 生体検査料

D 2 7 0 - 2 ロービジョン検査判断料

- (1) 身体障害者福祉法別表に定める障害程度の視覚障害を有するもの(ただし身体障害者手帳の所持の有無を問わない。)に対して、眼科学的検査(D 2 8 2 - 3を除く。)を行い、その結果を踏まえ、患者の保有視機能を評価し、それに応じた適切な視覚的補助具(補装具を含む。)の選定と、生活訓練・職業訓練を行っている施設等との連携を含め、療養上の指導管理を行った場合に限り算定する。

D 2 8 3 発達及び知能検査、D 2 8 4 人格検査、D 2 8 5 認知機能検査その他の心理検査

- (5) 区分番号「D 2 8 3」発達及び知能検査の「2」は、MCCベビーテスト、PBTピクチャ・ブロック知能検査、新版K式発達検査、WPPSI知能診断検査、全訂版田中ビネー知能検査、田中ビネー知能検査、鈴木ビネー式知能検査、WISC-R知能検査、WAIS-R成人知能検査(WAISを含む。)及び大脇式盲人用知能検査である。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法

(6)

イ 都道府県や医療機関等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を行っていること。具体的には、(イ)から(ハ)までの要件を合計して年6回以上行うこと。

I 0 1 0 - 2 精神科デイ・ナイト・ケア

- (3) 「注4」に掲げる加算の対象となる患者は、多職種が共同して「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」の別添2の様式46の2又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合に、加算する。なお、診療終了後に、当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。

I 0 1 1 精神科退院指導料

- (2) 精神科退院指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、算定の基礎となる退院につき、1回に限り当該患者の入院中退院日に算定する。

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 2 章 特掲診療料

第 4 部 画像診断

< 画像診断の端数処理方法 >

(1) 小数点以下の端数がある場合は、第 1 節診断料と第 2 節撮影料及び第 4 節フィルム料のそれぞれについて端数処理を行い、合算した点数が請求点数となる。

(例) 同一部位に対し、同時にカビネ型 2 枚を使用して単純撮影 (アナログ撮影) を行った場合

診断料	85点	+	85/2点	=	127.5点	128点
撮影料	65点	+	65/2点	=	97.5点	98点
カビネ 2 枚分のフィルム代	$\frac{4142円}{10} \times 2/10 = 8.284$				8.284点	8点
請求点数	128点	+	98点	+	8点	= 234点

第 9 部 手術

通則

26 区分番号 J 0 8 4 から J 0 8 7 まで、J 0 8 8、J 0 9 8、J 0 9 9 及び J 1 0 0 及び ~~J 0 9 4~~ に掲げる手術について、同一手術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数により算定する。ただし、骨移植術、植皮術、動脈 (皮) 弁術、筋 (皮) 弁術、遊離皮弁術 (顕微鏡下血管柄付きのもの)、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) 又は粘膜移植術と当該手術とを同時に行った場合はこの限りではない。

調剤報酬点数表に関する事項

< 調剤技術料 >

区分 0 1 調剤料

(10) 調剤技術料の時間外加算等

- イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額（調剤基本料 + 調剤料）には、基準調剤加算、後発医薬品調剤体制加算、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算は含まれ、嚥下困難者用製剤加算、一包装加算、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は含まれない。

< 薬学管理料 >

区分 1 0 薬剤服用歴管理指導料

(22) 特定薬剤管理指導加算

- イ 特に安全管理が必要な医薬品とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（ワルファリンカリウム、塩酸チクロピジン塩酸塩、硫酸クロピドグレル硫酸塩及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗 HIV 薬をいう。

区分 1 5 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

- (7) 保険薬局（~~サポ一ト薬局を含む。~~）の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者緊急時等共同指導料の算定については16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注2」により算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により16キロメートルを超えて療養上必要な指導を行った場合の在宅患者緊急時等共同指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患家を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成24年3月31日以前に「区分番号15」の「注1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

(別紙様式16)

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 () -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に等)	病状・治療態	
	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 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況 a b a b M
	要介護認定の状況	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 度 度
	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 (l/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: サイズ、日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: 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. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()
	留意事項及び指示事項	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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項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) たんの吸引等実施のための訪問介護事業書への指示 (無 有: 訪問介護事業所名)		

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
(F A X)
医 師 氏 名

印

事業所

殿

精神科訪問看護指示書

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	(1)	(2) (3)
現在の状況	病状・治療状況	
	投与中の薬剤の用量・用法	
	病名告知	あり ・ なし
	治療の受け入れ	
	複数名訪問の必要性	あり ・ なし
	短時間訪問の必要性	あり ・ なし
	日常生活自立度	認知症の状況 (a b a b M)
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善 (家族含む) 4 社会資源活用への支援 5 薬物療法継続への援助 6 身体合併症の発症・悪化の防止 7 その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
主治医との情報交換の手段		
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
(FAX)
医師氏名

指定訪問看護ステーション

殿

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

事業者		事業者種別				
		事業者名称				
対象者	氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
						(歳)
	住所					
		電話() -				
	要介護認定区分	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)				
	障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5 区分6
	主たる疾患(障害)名	:				
実施行為種別		口腔内の喀痰吸引 ・ 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 ・ 腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養				
指示内容	具体的な提供内容					
	喀痰吸引(吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)					
	経管栄養(栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)					
	その他留意事項(介護職員等)					
その他留意事項(看護職員)						
(参考)使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ: _____Fr、種類:				
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類: ボタン型・チューブ型、サイズ: _____Fr、_____cm				
	3. 吸引器	機種:				
	4. 人工呼吸器	サイズ: 外径_____mm、長さ_____mm				
	5. 気管カニューレ	機種:				
	6. その他	サイズ: 外径_____mm、長さ_____mm				
緊急時の連絡先 不在時の対応法						

- 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。
- 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

印

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿

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24年3月5日保医発0305第2号)

第4 経過措置等

表2

一般病棟入院基本料(平成24年3月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている保険医療機関以外であって、平成24年7月1日以降、10対1入院基本料を引き続き算定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)(平成24年3月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている保険医療機関以外であって、平成24年7月1日以降、10対1入院基本料を引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料(平成24年3月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている保険医療機関以外であって、平成24年7月1日以降、10対1入院基本料を引き続き算定する場合に限る。)

表3

慢性期病棟等退院調整加算 2	=	退院調整加算
急性期病棟等退院調整加算 1		退院調整加算

別添2

入院基本料等の施設基準等

第1

5 栄養管理体制の基準

(3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。__

(9) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。

(10~~9~~) 当該保険医療機関において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該基準を満たさなくなった届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

(11~~4~~) 平成24年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の「診療報酬の算定方法」別表第1に規定する医科点数表に掲げる栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関にあっては、平成26年3月31日までの間は、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、(1)の基準を満たしているものとする。

第1の2

2 栄養管理体制の基準

- (3) 入院時に患者の栄養状態を歯科医師、看護職員看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (9) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (10~~号~~) 当該保険医療機関において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該基準を満たさなくなった届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。
- (11~~号~~) 平成24年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の「診療報酬の算定方法」別表第2に規定する歯科点数表に掲げる栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関にあっては、平成26年3月31日までの間は、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、(1)の基準を満たしているものとする。

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の2 7対1入院基本料及び10対1入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

- (2) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料(悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合を除く。)の7対1入院基本料(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。)については、測定の結果、当該入院基本料を算定している患者全体(延べ患者数)に占める重症傷度・看護必要度の基準を満たす患者(別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。)の割合が、1割5分以上であること。

ただし、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料(悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合に限る。)の7対1入院基本料(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。)については、従前通り1割以上であること。

~~また、経過措置として、平成24年3月31日において、現に7対1入院基本料(専門病院入院基本料(悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合に限る。))、障害者施設等入院基本料及び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。)に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正後(平成24年度改定後)の10対1入院基本料の重症度・看護必要度の基準を満たす病棟については、平成26年3月31日までは平成24年度改定後の7対1入院基本料の重症度・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。~~

- (8) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料の経過措置については、平成24年3月31日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正後(平成24年度改定後)の10対1入院基本料の重症度・看護必要度の基準、平均在院日数、看護配置を満たす病棟については、平成26年3月31日までは平成24年度改定後の7対1入院基本料の重症度・看護必要度の基準、平均在院日数、看護配置を満たすもの

とみなすものであること。(ただし、重症度・看護必要度の基準の経過措置については、専門病院入院基本料(悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合に限る)を除く。)

4の5 看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

- (1) 10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は13対1入院基本料(一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料に限る。)を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。)の割合を基に評価を行っていること。なお、10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))を算定する病棟については、測定の結果、その割合が1割5分以上の場合には看護必要度加算1を算定し、1割以上の場合には看護必要度加算2を算定するものであること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。

第5 入院基本料の届出に関する事項

- 1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5から11までを用いること。ただし、別添7の様式11については、一般病棟において、感染症病床を有する場合に限る。なお、別添7の様式10から様式10の3までについては、7対1入院基本料を届け出る場合に用い、別添7の様式10及び10の3については、看護必要度加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10、10の3及び10の4については、一般病棟看護必要度評価加算を届け出る場合に用いること。また、当該病棟に勤務する看護要員の名簿については別添7の様式8を用いること。ただし、一般病棟、療養病棟及び結核病棟の特別入院基本料の届出は、別添7の様式6及び様式7を用いること。
- 4 平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない病院又は診療所については、第1の5(1140)を適用する場合には、栄養管理体制の整備を一部猶予されている保険医療機関として別添7の様式5の2を用いて届出を行うこと。__

なお、第1の5(11)の適応を受けない医療機関であって、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院又は診療所については、栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、別添7の様式5の3及び様式6を用いて届出を行うこと。

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第4の3 急性期看護補助体制加算

- 8 看護職員夜間配置加算

当該病棟において、夜間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12又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、夜間急性期看護補助体制加算及び看護職員夜間配置加算を算定する場合は、同一種別の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。

第7 看護補助加算

1 看護補助加算に関する施設基準

(2)

イ

(ロ) 重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

2 届出に関する事項

看護補助加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9及び様式13の3を用いるが、13対1入院基本料を算定する病棟についてはおいて看護補助加算1を届け出る場合さらに別添7の様式10、様式10の3も用いること。

第12の3 無菌治療室管理加算

1 無菌治療室管理加算に関する施設基準

(3) 平成24年3月31日において、現に無菌治療室管理加算を算定することができる無菌治療室であって、平成24年4月1日以降に無菌治療室管理加算2の届出を行っている無菌治療室については、平成25年3月31日までの間、無菌治療室管理加算1の施設基準を満たしているものとする。

栄養管理体制の確保が一部猶予されている医療機関の
入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類

- 1 常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤）の確保が困難な理由
（最も該当するもの一つに ）

	(1) 求人を行っているが応募がないため
	(2) 人件費の確保が困難なため
	(3) 離職が多いため
	(4) その他()

- 2 非常勤の管理栄養士の有無（どちらかに ）

	有		無
--	---	--	---

- 3 平成26年3月31日までに常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤）が確保できる見通し
（どちらかに ）

	有		無
--	---	--	---

栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった医療機関の
入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	

1 常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤）に関する基準が満たせなくなった日

平成	年	月	日
----	---	---	---

2 常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤）に関する基準が満たせなくなった理由

	(1) 離職のため
	(2) 出産、育児、介護に伴う長期休暇のため
	(3) その他()

2 非常勤の管理栄養士の有無（どちらかに）

	有		無
--	---	--	---

3 3か月以内に常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤）が確保できる見通し
（どちらかに）

	有		無
--	---	--	---

4 常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤）の確保が困難な理由
（最も該当するもの一つに）

	(1) 求人を行っているが応募がないため
	(2) 人件費の確保が困難なため
	(3) 離職が多いため
	(4) その他()

[記載上の注意]

様式6を添付すること。

様式9

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____ 病棟数 _____ 病床数 _____

届出区分 _____ 届出時入院患者数 _____ 人

看護配置加算の有無（該当に ） 有 ・ 無

急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に ）

25対1（看護補助者5割以上） ・ 25対1（看護補助者5割未満） ・ 50対1 ・ 75対1 ・ 無

夜間急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に ） 50対1 ・ 100対1 ・ 無

看護職員夜間配置加算の有無（該当に ） 有 ・ 無

看護補助加算の届出区分（該当に ） 1 ・ 2 ・ 3 ・ 無

1日平均入院患者数〔A〕 _____ 人（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

月平均1日当たり看護配置数 _____ 人

うち、月平均1日当たり夜間看護配置数 _____ 人（看護職員夜間配置加算を届け出る場合に記載）

看護職員中の看護師の比率 _____ %（月平均1日当たり配置数：看護師 _____ 人）

平均在院日数 _____ 日（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

夜勤時間帯（16時間） _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

月平均夜勤時間数〔（D - E） / B〕 _____ 時間

月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人（急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合に記載）

うち、月平均1日当たり夜間看護補助者配置数 _____ 人（夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載）

看護要員数(常勤換算数) 看護師 _____ 人 准看護師 _____ 人 看護補助者 _____ 人

勤務計画表

種別 ¹	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態 ²	夜勤の有無		日付別の勤務時間数 ⁵					月勤務時間数 (延べ時間数)	(再掲)夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤加時間数
					(該当するにつに) ³	夜勤従事者数 ⁴	1日 曜	2日 曜	3日 曜	…	日 曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
夜勤従事職員数の計					[B] ⁴	月延べ勤務時間数の計					[C]		
月延べ夜勤加時間数					[D - E]	月延べ夜勤加時間数の計					[D]	[E]	
1日看護配置数 ⁶					[(A / 届出区分の数 ⁷) × 3]	月平均1日当たり看護配置数					[C / (日数 × 8)]		
夜間看護配置数 ⁶					A / 12	月平均1日当たり夜間看護配置数					[D / (日数 × 16)]		

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔 F 〕	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔 G 〕	[C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤加時間数〔 H 〕	看護補助者(みなしを除く)のみの〔 D 〕
1日看護補助配置数 ⁶ 〔 I 〕	[(A / 届出区分の数 ⁷) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者含む)	[F + G / (日数 × 8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く)〔 J 〕	[F / (日数 × 8)]
夜間看護補助配置数 ⁶	A / 届出区分の数 ⁷
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[H / (日数 × 16)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合(%)	[(J / I) × 100]

〔記載上の注意〕

- 1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。
- 2 短時間正職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の短時間に、病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に を記入すること。
- 3 夜勤専従者は、夜専に 、夜勤時間帯の勤務が月16時間以下の者及び月12時間未満の短時間正職員は、無に を記入すること。
- 4 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者(夜勤専従者は含まない)は1を記入し、病棟兼務、非常勤職員及び短時間正職員の場合は、1か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。なお、夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合には看護補助者の従事者数を記入する必要があるが、急性期看護補助体制加算又は看護補助加算については、看護補助者の夜勤従事者数を記入しなくてよい。看護職員と看護補助者の勤務計画表をわけて作成しても差し支えない。
- 5 上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。
- 6 小数点以下切り上げとする。
- 7 届出区分の数とは、当該区分における看護配置密度(例えば10対1入院基本料の場合「10」、急性期看護補

助体制加算 1 の場合「25」、夜間急性期看護補助体制加算 1 の場合「50」をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前 1 ヶ月の各病棟の勤務計画表（勤務実績）及び 2 つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 7 対 1 特別入院基本料及び 10 対 1 特別入院基本料を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。

様式9の2

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（各病棟毎の場合）

保険医療機関名 _____ 病棟数 _____ 病棟名 _____

病床数 _____ 届出区分（当該病棟） _____ （病棟全体の場合） _____

届出時入院患者数 _____ 人 「病棟全体の場合」には、病棟全体で包括的に届出を行った場合の届出区分を記入

看護配置加算の有無（該当に） 有 ・ 無

急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に）

25対1（看護補助者5割以上） ・ 25対1（看護補助者5割未満） ・ 50対1 ・ 75対1 ・ 無

夜間急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に） 50対1 ・ 100対1 ・ 無

看護職員夜間配置加算の有無（該当に） 有 ・ 無

看護補助加算の届出区分（該当に） 1 ・ 2 ・ 3 ・ 無

1日平均入院患者数〔A〕 _____ 人（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

月平均1日当たり看護配置数 _____ 人

うち、月平均1日当たり夜間看護配置数 _____ 人（看護職員夜間配置加算を届け出る場合に記載）

看護職員中の看護師の比率 _____ %（月平均1日当たり配置数：看護師 _____ 人）

平均在院日数 _____ 日（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

夜勤時間帯（16時間） _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

月平均夜勤時間数〔（D - E） / B〕 _____ 時間

月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人（急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合に記載）

うち、月平均1日当たり夜間看護補助者配置数 _____ 人（夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載）

看護要員数(常勤換算数) 看護師 _____ 人 准看護師 _____ 人 看護補助者 _____ 人

勤務計画表

種別 ¹	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態 ²	夜勤の有無		日付別の勤務時間数 ⁵					月勤務時間数 (延べ時間数)	(再掲)夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数
					(該当するに) ³	夜勤従事者数 ⁴	1日 曜	2日 曜	3日 曜	…	日 曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無	夜専							
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無	夜専							
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無	夜専							
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無	夜専							
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無	夜専							
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無	夜専							
夜勤従事職員数の計						[B] 4	月延べ勤務時間数の計					[C]	
月延べ夜勤時間数				[D - E]			月延べ夜勤時間数の計					[D]	[E]
1日看護配置数 ⁶		[(A / 届出区分の数 ⁷) × 3]					月平均1日当たり看護配置数					[C / (日数 × 8)]	
夜間看護配置数 ⁶		A / 1 2					月平均1日当たり夜間看護配置数					[D / (日数 × 1 6)]	

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [F]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [G]	[C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [H]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助配置数 ⁶ [I]	[(A / 届出区分の数 ⁷) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者含む)	[F + G / (日数 × 8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く) [J]	[F / (日数 × 8)]
夜間看護補助配置数 ⁶	A / 届出区分の数 ⁷
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[H / (日数 × 1 6)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%)	[(J / I) × 1 0 0]

〔記載上の注意〕

届出に係る病棟ごとに記入すること。

- 1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。
- 2 短時間正職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の短時間に、病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に を記入すること。
- 3 夜勤専従者は、夜専に、夜勤時間帯の勤務が月16時間以下の者及び月12時間未満の短時間正職員は、無に を記入すること。
- 4 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者(夜勤専従者は含まない)は1を記入し、病棟兼務、非常勤職員及び短時間正職員の場合は、1か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。なお、夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合には看護補助者の従事者数を記入する必要があるが、急性期看護補助体制加算又は看護補助加算については、看護補助者の夜勤従事者数を記入しなくてよい。看護職員と看護補助者の勤務計画表をわけて作成しても差し支えない。
- 5 上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。

6 小数点以下切り上げとする。

7 届出区分の数とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、急性期看護補助体制加算1の場合「50」）をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1ヶ月の各病棟毎の勤務計画表（勤務実績）及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 当該届出書を提出する場合、様式9（一般病棟入院基本料を算定する病棟全体で包括的に届出を行う場合）を添付すること。

7 対 1 入院基本料
 10 対 1 入院基本料
 看護必要度加算
 一般病棟看護必要度評価加算
 急性期看護補助体制加算
 看護補助加算 1

の施設基準に係る患者の重症度・
 看護必要度に係る届出書添付書類

(いずれかを○で囲むこと)

届出 入院料	届出 区分	届出 病床数	入院患者の状況			入院患者延べ 数の算出期間 (1ヶ月)
			①入院患 者延べ数	② ①のう ち重症度・看 護必要度の 基準を満た す患者の延 べ数	③重症度 ・看護必要 度の基準 を満たす 患者の割 合 (②/①)	
一般病棟 入院基本料 又は 専門病院 入院基本料 (がん・循環器) 又は 特定機能 病院入院 基本料		床	名	名	%	年 月
結核病棟 入院基本料		床	名	名	%	年 月

〔記載上の注意〕

- 1 看護補助加算 1 のうち、当該様式の届出を要するのは、13 対 1 入院基本料のみである。
- 2 届出入院料欄の専門病院入院基本料に該当する場合には、必ずがん又は循環器のいずれかあてはまるほうを○で囲むこと。
- 3 入院患者延べ数とは、算出期間中に 7 対 1 入院基本料等の当該届出区分を算定している延べ患者数をいう。なお、①から③の患者数に産科及び 15 歳未満の小児の患者数は含めない。また、退院した日については、入院患者延べ数に含めない。
- 4 重症度・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添 6 の別紙 7 の「一

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、A
モニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状
況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。

- 5 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができるが、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、別々に計算すること。
- 6 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

7 対 1 入院基本料
 10 対 1 入院基本料
 看護必要度加算
 一般病棟看護必要度評価加算
 急性期看護補助体制加算
 看護補助加算 1

における患者の重症度・看護必要
 度に係る報告書類

(いずれかを で囲むこと)

届出 入院料	届出 区分	届出 病床数	入院患者の状況			入院患者延べ 数の算出期間 (1ヶ月)
			入院患者 延べ数	のうち 重症度・看護 必要度の基準 を満たす患者 の延べ数	重症度・看護 必要度の基準 を満たす患者 の割合 (/)	
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月

〔記載上の注意〕

- 1 看護補助加算 1 のうち、当該様式の届出を要するのは、13 対 1 入院基本料のみである。
- 2 入院患者延べ数とは、算出期間中に 7 対 1 入院基本料等の当該届出区分を算定している延べ患者数をいう。なお、 から の患者数に産科及び 15 歳未満の小児の患者数は含めない。

- 3 重症度・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。
- 4 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができるが、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、別々に計算すること。

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係る専従チーム（ には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	専従・専任	研修受講
ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師			
イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師			
ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師			
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師			

注 2 に規定する点数を算定する場合

2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回 / 週	

3 患者に対する情報提供

--

4 外部評価について（該当するものに を付ける。）

ア 医療機能評価機構等が行う医療機能評価	イ がん診療の拠点となる病院	ウ ア又はイに準じる病院
----------------------	----------------	--------------

〔記載上の注意〕

- 「1」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験及び緩和ケアに関する研修の修了していること、イは3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験及び緩和ケアに関する研修の修了していることが確認できる文書を添付すること。
また、ウは5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
研修受講とは医師については緩和ケアに関する研修の受講をいい、看護師については緩和ケア病棟等における研修の受講をいう。
- 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている又はがん診療の拠点となる病院若しくはそれらに準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式20を添付すること。なお、「1」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師とは異なる医師であることがわかるように備考欄に記載すること。また、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームと兼任する場合は、その旨がわかるように備考欄に記載すること。
- 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 注2に規定する点数を算定する場合は、「1」のアからエについて、専従でなくても差し支えない。

D P Cフォーマットデータ提出開始届出書

1. A 245データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っている。⁽¹⁾

A 207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。

A 207診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが、それと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している。（様式40の6「D P Cフォーマットデータ提出開始届出書（別紙）」を提出すること）⁽²⁾

「D P C導入の影響評価に関する調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できる。適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。

2. 病床数

病床数 ⁽³⁾	床
--------------------	---

3. データ提出を開始する項目（該当する項目にチェックすること。）

入院データ

入院データ 及び 外来データ（新たに外来データを提出する場合を含む）

4. データ作成開始日

平成	年	月	日
----	---	---	---

上記のとおり届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所
及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

事 項	担 当 者 1 (4)	担 当 者 2 (4)
保険医療機関名		
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		

(注 意 事 項)

- 1 7対1入院基本料、10対1入院基本料とは、A100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及びA105専門病院入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料をいう。
- 2 施設基準を全て満たした上で届出を行う病院は、データ作成を開始する月の前月の20日までに地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。
ただし、A207診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している病院は、様式40の6「DPCフォーマットデータ提出開始届出書（別紙）」を本届出書に添付し、データ作成を開始する2月前の20日までに地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。
- 3 病床数は、許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床数を記載すること。
- 4 担当者2名について、DPC対象病院、DPC準備病院は、「DPC導入の影響調査に関する調査」に係る連絡担当者として、DPC調査事務局に登録している担当者を記載すること。

データ提出加算に係る届出書

1. A245データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っている。
 A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
 A207診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが、それと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している。
 「DPC導入の影響評価に関する調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できる。
 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。

2. 病床数

病床数 ⁽¹⁾	床
--------------------	---

3. 今回届出を行う項目

データ提出加算1 ⁽²⁾	イ（200床以上の病院）
	ロ（200床未満の病院）
データ提出加算2 ⁽²⁾	イ（200床以上の病院）
	ロ（200床未満の病院）

上記のとおり届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所
及び名称

開設者名

印

殿

（注意事項）

- 1 病床数は、許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床数を記載すること。
- 2 厚生労働省保険局医療課より通知された区分について届出を行い、通知された文書（写）を本届出書に添付すること。

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24年3月5日保医発0305第3号)

別添1

特掲診療料の施設基準等

第11の3 がん治療連携管理料

1 がん治療診療連携管理料に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日健発第0301001号厚生労働省健康局長通知)に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

2 届出に関する事項

がん治療診療連携管理料の施設基準に係る届出は、~~別添2の様式13の2及び~~「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」別添7の様式33を用いること。

クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出書添付書類

補綴物の維持管理を実施し、クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨届出します。

1. 補綴物の維持管理の責任者（歯科医師）

氏 名	役 職

2. 具体的な維持管理方法

3. 保険医療機関開設年月（はっきりと年号の にチェックマークを記載すること）

昭 和 _____年 _____月
平 成

4. 保険医療機関コード

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の一部改正に伴う
実施上の留意事項について(平成24年3月5日保発0305第3号)

第2 訪問看護基本療養費について

1(1)

【基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者】

特掲診療料の施設基準等別表第8の各号に掲げる者

~~特掲診療料の施設基準等別表第8各号に掲げる者~~←在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者又は在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

10(1) 注12に規定する複数名訪問看護加算は、基準告示第2の4に規定する同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、同時に保健師、助産師、看護師又は准看護師(以下「看護職員」という。)と他の看護師等との同行訪問による指定訪問看護を実施した場合は1人の利用者に対して週に1回に限り、看護職員と看護補助者との同行による指定訪問看護を実施した場合は1人の利用者に対して週3回まで又は看護補助者との同行による指定訪問看護を実施した場合、1人の利用者に対して週1回に限り所定額に加算すること。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等及び特別訪問看護指示書の交付を受けているの利用者に対する指定訪問看護に看護補助者が同行する場合は、回数の制限がないこと。

11(2) (1)の場合については、利用者又はその家族等の患者の求めに応じて、当該時間に指定訪問看護を行った場合にのみ算定できるものであり、訪問看護ステーションの都合により、当該時間に指定訪問看護を行った場合には算定できない。

第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について

2 指定訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、訪問看護基本療養費()及び()については30分から1時間30分程度、精神科訪問看護基本療養費()については1時間から3時間程度を標準とすること。

第5 訪問看護管理療養費について

4(5) 退院時共同指導を行った日数については、訪問看護管理療養費の算定に係る訪問日数に算入しないこと。

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24年3月5日保医発0305第10号)

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、平成24年3月31日現在において、届出が受理されている訪問看護ステーションについては、次の取扱いとする。

平成24年3月31日において現に表1に掲げる訪問看護療養費以外の訪問看護療養費を算定している訪問看護ステーションであって、引き続き当該訪問看護療養費を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成24年4月以降の実績により、届出を行っている訪問看護ステーションの基準の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに基準が創設されたことにより、平成24年4月以降において当該費用を算定するに当たり届出の必要なもの

精神科訪問看護基本療養費(平成24年3月31日において、現に訪問看護基本療養費()の届出を行っている訪問看護ステーションを除く。)

訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師

表2 訪問看護療養費の項目の名称が変更されたが、平成24年3月31日において現に当該費用を算定していた訪問看護ステーションであれば新たに届出は必要でないもの

重症者管理加算	特別管理加算
訪問看護基本療養費()	精神科訪問看護基本療養費

別添 届出基準

1 精神科訪問看護基本療養費

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、准看護師又は作業療法士は、次のいずれかに該当する者であること。届出については、別紙様式1を用いること。

なお、(4)については、平成25年3月31日までは、研修を修了していないものであっても要件を満たすとみなすものであること。

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正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24年3月5日保医発0305第6号）

(別紙1)

材料料

M011	レジン前装金属冠（1歯につき）	
M017	ポンティック（1歯につき）	
	3 レジン前装金属ポンティック	
	(1) 金銀パラジウム合金（金12%以上）を用いた場合	256点
	(2) 銀合金又はニッケルクロム合金を用いた場合	52点
M020	鑄造鉤（1個につき）	
	1 14カラット金合金	
	(1) 双子歯鉤	
	イ 大・小白歯	674点
	ロ 犬歯・小白歯	548点
	(2) 二腕再翼鉤（レストつき）	
	イ 大白歯	548点
	ロ 犬歯・小白歯	421点
	ハ 前歯（切歯）	324点
	2 金銀パラジウム合金（金12%以上）	
	(1) 双子歯鉤	
	イ 大・小白歯	341点
	ロ 犬歯・小白歯	267点
	(2) 二腕再翼鉤（レストつき）	
	イ 大白歯	234点
	ロ 犬歯・小白歯	203点
	ハ 前歯（切歯）	189点
	3 鑄造用ニッケルクロム合金、鑄造用コバルトクロム合金	5点
M021	線鉤（1個につき）	
	1 不銹鋼及び特殊鋼	9点
	2 14カラット金合金	
	(1) 双子歯鉤	345点
	(2) 二腕再翼鉤（レストつき）	266点

特定診療報酬算定医療機器の定義等について(平成24年3月5日保医発0305第7号)

医科点数表関係
検査

(別表)

特定診療報酬算定医療機器の区分	定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目	
	薬事法承認上の位置付け				
	類 別	一般的名称			
体液量等測定装置()	機械器具(21)内臓機能検査用器具	電磁血流計 超音波血流計 レーザ血流計 超音波ドプラ血流測定装置	血流量測定が可能なもの	D 207	体液量等測定 2 血流量測定
心電計()	機械器具(21)内臓機能検査用器具	汎用心電計 多機能心電計 超音波診断装置付心電計 運動負荷試験用コンピュータ 心臓運動負荷モニタリングシステム	心電図検査が可能なもの (6誘導以上12誘導未満)	D 208	心電図検査 6-5 その他(6誘導以上)
				D 209	負荷心電図検査 2 その他(6誘導以上)
心電計()	機械器具(21)内臓機能検査用器具	汎用心電計 多機能心電計 超音波診断装置付心電計 運動負荷試験用コンピュータ 心臓運動負荷モニタリングシステム 肺運動負荷モニタリングシステム	心電図検査が可能なもの (12誘導以上)	D 208	心電図検査 1 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 6 その他(6誘導以上)
				D 209	負荷心電図検査 1 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 2 その他(6誘導以上)
				D 211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメータによる心肺機能検査

特定保険医療材料の定義について(平成24年3月5日保医発0305第8号)

(別表)

医科点数表の第2章第3部、第4部、第6部、第9部、第10部及び第11部に規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料価格

078 人工骨

(3) 機能区分の定義

専用型・骨盤用(腸骨稜用)

次のいずれにも該当すること。

ア 骨盤に生じた骨欠損部(自家骨採取部を含む。)を補修又は補填することを目的とした人工骨であること。

イ 腸骨稜のみを補填又は修復するように設計されたもので、製品の高さが20mm以下のものであること。

ウ に該当しないこと。

専用型・骨盤用(その他)

次のいずれにも該当すること。

ア 骨盤に生じた骨欠損部(自家骨採取部を含む。)を補修又は補填することを目的とした人工骨であること。

イ 及び に該当しないこと。

122 人工弁輪

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

薬事法承認又は認証上、類別が「機械器具(7)内臓機能代用器」であって、一般的名称が「弁形成リング」であること。

弁輪形成術を実施する際に房室弁輪の縮小又は拡大の防止を目的に房室弁輪に植込む材料であること。

(2) 機能区分の考え方

形状及び使用部位により、僧帽弁用、三尖弁用及び僧帽弁・三尖弁兼用の合計3区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

 僧帽弁用

 次のいずれにも該当すること。

ア ~~僧帽弁本来の形状を模したものであり、全周性の形状をしているものであること。~~

イ 僧帽弁にのみ使用されるものであること。

 三尖弁用

 次のいずれにも該当すること。

ア 三尖弁本来の形状を模したものであり、全周性の形状をしていないこと。

イ 三尖弁にのみ使用されるものであること。

僧帽弁・三尖弁兼用

僧帽弁又は三尖弁のいずれにも使用されるものであること。

特定保険医療材料及び医療機器保険適用希望書(希望区分B)に記載する
機能区分コードについて(平成24年3月5日保険局医療課事務連絡)

(別表)

医科点数表の第2章第3部、第4部、第6部、第9部、第10部及び第11部に規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及び機能区分コード

機能区分		機能区分コード				
078	人工骨					
	(1) 汎用型					
	非吸収型					
	ア 顆粒・フィラー	B002	078	01	01	1
	イ 多孔体	B002	078	01	01	2
	ウ 骨形成促進型	B002	078	01	01	3
	エ 形状賦形型	B002	078	01	01	4
	吸収型					
	ア 顆粒・フィラー	B002	078	01	02	1
	イ 多孔体	B002	078	01	02	2
	(2) 専用型					
	人工耳小骨	B002	078	02	01	
	開頭穿孔術用	B002	078	02	02	
	頭蓋骨・喉頭気管用	B002	078	02	03	
	椎弓・棘間用	B002	078	02	04	
	椎体固定用					
	ア 1椎体用	B002	078	02	05	1
	イ その他	B002	078	02	05	2
	骨盤用					
	ア 腸骨稜用	B002	078	02	06	1
	イ その他	B002	078	02	06	2
	肋骨・胸骨・四肢骨用	B002	078	02	07	
	椎体骨創部閉鎖用	B002	078	02	08	
	スクリュー併用用	B002	078	02	09	
	(3) 特殊型	B002	078	03		

「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)

別紙 1

診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第2)

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (5) 入院中の患者(DPC算定病棟に入院している患者を除く。)が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「他(受診日数: 日)」を記載すること。ただし、特定入院料、一般病棟入院基本料(療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。)療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を除く入院基本料を15%減算する場合若しくは特定入院料、一般病棟入院基本料(療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。)療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を15%、30%又は55%減算する場合には、受診した他の保険医療機関のレセプトの写しを下端を50mm程度切りとって添付すること。レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名(都道府県番号でも可)及び医療機関コードを記載すること。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの「摘要」欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「他(受診日数: 日)」を記載すること。他の保険医療機関を受診した際の費用の一切を入院医療機関において算定する場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名(都道府県番号でも可)及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に「他」とそれぞれ記載すること。

また、入院中の患者(DPC算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。)が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名(都道府県番号でも可)及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に「他」とそれぞれ記載すること。

歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第3)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(27) 全体の「その他」欄について

- エ 歯科訪問診療1又は2を算定した場合は、点数、回数及びその旨を記載すること。緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、在宅患者等急性歯科疾患対応加算又は地域医療連携体制加算がある場合は、その旨、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。なお、「摘要」欄には、訪問診療を行った日付、実施時刻(開始時刻と終了時刻)、訪問先名(記載例: 自宅、マンション、介護老人保健施設××苑)及び患者の状態(急変後の対応を行った場合は、その要点を含む。)を記載し、並み毎に訪問診療時に歯科訪問診療補助加算を算定した場合は、全体の「その他」欄に「訪補助」

と表示し、所定点数及び回数を記載すること。

ツ 歯科特定疾患療養管理料を算定した場合は、**特疾** と表示して点数を記載すること。共同療養指導計画加算を算定した場合は、**共計** と表示して点数を記載し、併せて「摘要」欄に共同療養指導計画を共同して策定した保険医療機関及び主治の医師の氏名を記載すること。

また、退院前訪問指導料を算定した場合は、**退前** と表示して点数を記載すること。なお、退院前訪問指導料を2回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

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の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（平成24年3月19日保医発0319第2号）

第3 費用の算定方法

1 診療報酬の算定

(2) 医療機関別係数

医療機関別係数は、係数告示に定める基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数及び機能評価係数を合算したもの（医療機関別係数に小数点以下第5位がある場合には、小数点以下第5位を四捨五入するものとする。）とし、機能評価係数の算定については、「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24年3月5日保医発0305第2号）に基づき、地方厚生（支）局長に届出を行い、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日から合算する。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概月の1日から合算する。なお、平成24年4月16~~14~~日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件の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日に遡って合算できるものとする。