

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