

(保 65)

平成 24 年 6 月 22 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
鈴木 邦彦

平成 24 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について及び
厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その 6）」の送付について

平成 24 年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、平成 24 年 3 月 6 日付け日医発第 1114 号（保 253）「平成 24 年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知の送付について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省保険局医療課より、平成 24 年 6 月 21 日付け「平成 24 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」が発出されましたのでご連絡申し上げます。

また、別添のとおり、厚生労働省より「疑義解釈資料の送付について（その 6）」が発出されましたので、併せてご連絡申し上げます。

なお、本疑義解釈資料の別添 2 において、平成 24 年 3 月 30 日付け「疑義解釈資料の送付について（その 1）」が一部訂正されておりますので、ご確認ください。

【添付資料】

1. 平成 24 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
(平 24.6.21 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)
2. 疑義解釈資料の送付について（その 6）
(平 24.6.21 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事務連絡
平成24年6月21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7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）
- ・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3）
- ・「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について（平成24年3月26日保医発0326第2号）（別添4）
- ・「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掲示事項等」及び「保険外併用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」の一部改正について（平成24年3月26日保医発0326第5号）（別添5）
- ・「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について（平成24年3月30日保医発0330第9号）（別添6）
- ・「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（平成24年3月30日保医発0330第10号）（別添7）

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

第 2 部 入院料等

第 2 節 入院基本料等加算

A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算

- (3) 陰圧室加算を算定する場合は、結核患者等を収容している日にあつては、病室および特定区域の陰圧状態を煙管（ベビーパウダー等を用いて空気流の状況を確認する方法で代用可能）または差圧計等によって点検し、記録をつけること。ただし、差圧計はその位置によって計測値が変わることに注意すること。差圧計によって陰圧の確認を行う場合、差圧計の動作確認および点検を定期的実施すること。

第 2 章 特掲診療料

第 1 部 医学管理等

B 0 0 1 - 2 小児科外来診療料

- (3) 当該患者の診療に係る費用は、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料及び区分番号「A 0 0 2」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「B 0 0 1 - 2 - 2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B 0 0 1 - 2 - 5」院内トリアージ実施料、区分番号「B 0 1 0」診療情報提供料(Ⅱ)並びに区分番号「C 0 0 0」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 85 点、250 点、580 点又は 230 点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 65 点、190 点、520 点又は 180 点を算定する。

B 0 0 4 退院時共同指導料 1、B 0 0 5 退院時共同指導料 2

- (5) 当該患者が入院している保険医療機関（以下この区分において入院保険医療

機関という。)と当該患者を紹介した保険医療機関(以下この区分において紹介元保険医療機関という。) 又は退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションとが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。

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) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者1人につき1回算定できる。

ナ メチルマロン酸血 症 ~~薬~~

ネ メチルクロトニルグリシン 尿症 ~~血症~~

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 施設基準の改正により、平成 24 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成 24 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

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又は急性期看護補助体制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又は急性期看護補助体制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又は急性期看護補助体制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。）

別添 2

入院基本料等の施設基準等

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、**10 対 1 入院基本料又は看護必要度加算**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。

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）

① 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）

② 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）

③ 平均在院日数 _____ 日（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

④ 夜勤時間帯（16時間） _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

⑤ 月平均夜勤時間数〔(D-E) / B〕 _____ 時間

⑥ 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—つに〇) ^{※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} ^{※9}		A / 12			月平均1日当たり夜間看護配置数 ^{※8}					[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・勤務形態の兼務に〇を記入すること。
- ※3 夜勤専従者は、夜専に〇、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、無に〇を記入すること。
- ※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。

※8 月平均 1 日当たり夜間看護配置数は参考値であり、実際には常時 12 対 1 を満たす必要がある。

※9 夜間看護配置数は参考値であり、実際には日々の入院患者数により、必要となる夜間看護配置数は異なる。

〔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。
- 3 看護職員夜間配置加算の届出の際には、届出前 1 か月の日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

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)

別添 届出基準

4 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

次の当該訪問看護ステーション~~保険医療機関~~において、緩和ケア又は褥瘡ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

(後略)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
(平成 24 年 3 月 26 日保医発 0326 第 2 号)

別添 1

別紙 1

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅲ 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

(23) 「X線・検査」欄について

キ 歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査を算定した場合には、それぞれ「基本検査」欄及び「精密検査」欄のうち、左欄の上から 1 歯以上 10 歯未満、10 歯以上 20 歯未満、20 歯以上の順にそれぞれ所定点数及び回数を記載すること。また、混合歯列期歯周病検査を算定した場合には、「P 混検」欄に点数及び回数を記載し、歯周病部分的再評価検査を算定した場合には、「P 部検」欄に点数及び回数を記載のうえ「その他」欄に部位を記載すること。歯周病検査を 2 回以上行った場合は、2 回目以後の混合歯列期歯周病検査については、「P 混検」欄に算定した点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査については、それぞれ該当する検査欄のうち右欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた所定点数及び回数を、下段に 2 回以上行った場合の 2 回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載することとして差し支えないこと。

「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
「保険外併用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」
の一部改正について

(平成 24 年 3 月 26 日保医発 0326 第 5 号)

別 添

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）

2 具体的には、従来から院内揭示とされていたものを含め、以下の 5 つの事項を院内揭示事項として定めたこと。

(2) 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係
数、暫定調整係数、及び機能評価係数 I 及び機能評価係数 II（平成 24 年厚生労働
省告示第 ~~165139~~ 号）別表 第一から第三までの病院の欄の左欄に掲げる病院である
こと

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について
(平成 24 年 3 月 30 日保医発 0330 第 9 号)

別 添

4 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設、指定療養介護事業所、救護施設、乳児院又は情緒障害児短期治療施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

(中略)

- ・精神科訪問看護指示料（精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)、末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者を除く。）

(後略)

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について
(平成24年3月30日保医発0330第10号)

別 添

第4 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

6 訪問看護等に関する留意事項について

- (1) 訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については、精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)を除き、原則としては算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合、訪問看護療養費にかかる訪問看護ステーションの基準等(平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。)第2の1の(1)に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合(退院時共同指導加算及び退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第2の1の(1)に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)及び入院中(外泊日を含む。)に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

(別紙)

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)		2. 入院中の患者				3. 入所中の患者				
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者			
初・再診料	○		×	×	○	×	○	×	○ (入院に係るものを除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)	
入院料等	—		○	×	○ (A400の1短期滞在手術基本料1に限る。)	○ (A227精神科措置入院診療加算に限る。)	○ (A400の1短期滞在手術基本料1に限る。)	—	—	—	
医学管理等	B001の10 入院栄養食事指導料	—	○	×		×		—	—	—	
	B001の24 外来緩和ケア管理料	○	—	—	×	—	×	×	○ ※1	○ ※1	
	B001の25 移植後患者指導管理料	○	—	—	×	—	×	×	○ ※1	○ ※1	
	B001の26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○	—	—	×	—	×	×	○ ※1	○ ※1	
	B001の27 糖尿病透析予防指導管理料	○	—	—	×	—	×	×	○ ※1	○ ※1	
	B001-2-5 院内トリアージ実施料	○	—	—	×	—	×	×	○ ※1	○ ※1	
	B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	○	—	—	×	—	×	×	○ ※1	○ ※1	
	B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	○	—	—	×	—	×	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)	
	B001-2-8 外来放射線照射診療料	○	—	—	×	—	×	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)	
	B004 退院時共同指導料1	—	—	○	×		×	×	×	×	
	注2加算	—	—	○	×		×	×	×	×	
	B005 退院時共同指導料2	—	—	○	×		×	—	—	—	
	B005-1-2 介護支援連携指導料	—	—	○	×		×	—	—	—	
	B005-2 地域連携診療計画管理料	—	—	○	×		×	—	—	—	
	B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(I)	—	—	○	×		×	—	—	—	
	B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料(II)	○	—	—	×		×	×	×	×	
	B005-6 がん治療連携計画策定料	—	—	○	×		×	—	—	—	
	B005-6-2 がん治療連携指導料	○	—	—	×		×	×	×	○	
	B005-7 認知症専門診断管理料1	○	—	○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	○	—	×	×	×	○
	B005-7 認知症専門診断管理料2	○	—	○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	○	—	×	×	×	○
	B005-7-2 認知症療養指導料	○	—	○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	—	—	×	×	×	○
	B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	○	—	○	×		×	×	×	○	
	B007 退院前訪問指導料	—	—	○	×		×	—	—	—	
	B008 薬剤管理指導料	—	—	○	×		×	—	—	—	
	B009 診療情報提供料(I)										
	注1	○	—	○	×		×	×	×	×	○
	注2	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	—	○	×	○ (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る。)	×	×	×	×	×
注3	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	—	○	×	—	×	×	×	×	○	

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)				2. 入院中の患者				3. 入所中の患者			
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者 併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関 ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者	
注4		○			○	×		×		×	○	×
注5及び注6		○			○	○	×	×		×		○
注7加算及び注8加算		○			○	×		×		×		○
注9加算		○			○	○	×	×		×		○
注10加算(認知症専門医療機関連携加算) 注11加算(精神科医連携加算) 注12加算(肝炎インターフェロン治療連携加算)		○			—	—		—		×		○
B010 診療情報提供料(Ⅱ)		○			○	×		×		×		○
B014 退院時薬剤情報管理指導料		—			○	—		—		—		—
上記以外		○			○	○	×	×		×		○ ※1
C000 往診料		○			—	—		—		×	○	○ (配置医師が行う場合を除く。)
C001 在宅患者訪問診療料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定)		○			—	—		—		×		○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算・看取り加算は算定できない。)
C002 在宅時医学総合管理料	○ (養護老人ホーム、軽費老人ホームA型及び特別養護老人ホームの入所者を除く。)	○	○	—	○	—		—		×		—
C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料	○ (定員110名以下の養護老人ホーム及び軽費老人ホームA型の入所者並びに特別養護老人ホームの入所者(末期の悪性腫瘍のものに限る。))	—	—	○	—	—		—		—		○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C003 在宅がん医療総合診療料		○		×	○	—		—		×		×
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	○ (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定) ※2				—	—		—		×		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者ターミナルケア加算		○ ※2			—	—		—		—		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない。)
在宅移行管理加算	○ ※2 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)				—	—		—		—		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
その他の加算		○ ※2			—	—		—		—		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)		×			—	—		—		×		×
注2	○ (急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。)				—	—		—		—		—
C007 訪問看護指示料		○			—	—		—		×		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C007 介護職員喀痰吸引等指示料		○			—	—		—		—		—

在宅医療

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について
(平成24年3月30日保医発0330第10号)

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者				3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) 介護療養型医療施設(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関
C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)		×		—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)		×		—	—	—	—	×	×
C010 在宅患者連携指導料		×		—	—	—	—	×	×
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料		○		—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料		○		—	—	—	—	×	○ ※1
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算		○		—	—	—	—	○	○
検査		○		○	×	○	×	○	○ ※7
画像診断		○		○	○ (単純撮影に係るものを除く。)	○	×	○	○
投薬		○		○	○ ※3 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○	○ ※3 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○	○ ※3
注射		○		○	○ ※4 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○	○ ※4 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○	○ ※5
リハビリテーション		○ (同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は算定不可)		○	○ (H005視能訓練及びH006難病患者リハビリテーション料に限る。)	×	×	○	○ ※7 (同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は算定不可)
I002 通院・在宅精神療法 I003-2 認知療法・認知行動療法		○		—	—	○	×	×	○ (ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。)
I005 入院集団精神療法		—		○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	—	—
I007 精神科作業療法		○		○	×	○	×	○	○
I008 入院生活技能訓練療法		—		○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	—	—
I008-2 精神科ショート・ケア I009 精神科デイ・ケア		○ (認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可)	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)	—	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)	—	×	○
注5		—		○	○	—	○	—	—
I010 精神科ナイト・ケア I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア		○ (認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可)	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	—	—	—	—	×	○
I011 精神科退院指導料 I011-2 精神科退院前訪問指導料		—		○	○	—	○	—	—

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)				2. 入院中の患者				3. 入所中の患者				
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	ア.介護老人保健施設 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア.介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)		○ ※2			—	—	—	—	—	—	—	—	○ ※2
I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料Ⅱ	○	—			—	—	—	—	—	—	—	—	— ○ ※2
I 0 1 2-2 精神科訪問看護指示料	I、Ⅲに係るもの ○ ※2 Ⅱに係るもの ○	—	○ ※2		—	—	—	—	—	—	—	—	○ ※2
I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可)	○	○ (認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMのものに限る。)	○ (重度認知症患者デイ・ケアを行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	—	—	—	—	—	×	—	—	○
上記以外		○			○	○	○	○	○	×	○	○	○ ※1
処置		○			○	○ ※6	○	×	○	○ ※7	○	○	○
手術		○			○	○	×	×	○	○ ※7	○	○	○
麻酔		○			○	○	×	×	○	○ ※7	○	○	○
放射線治療		○			○	○	×	×	○	○	○	○	○
病理診断		○			○	×	○	×	○	○	○	○	○
B 0 0 0-4 歯科疾患管理料 B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			○	○	○	○	○	○	○	○	○
B 0 0 4-1-4 入院栄養食事指導料		—			○	×	×	×	○	—	—	—	—
B 0 0 4-9 介護支援連携指導料		—			○	×	×	×	○	—	—	—	—
B 0 0 6-3 がん治療連携計画策定料		—			○	×	×	×	○	—	—	—	—
B 0 0 6-3-2 がん治療連携指導料		○			—	×	×	×	○	×	○	○	○
B 0 0 7 退院前訪問指導料		—			○	×	×	×	○	—	—	—	—
B 0 0 8 薬剤管理指導料		—			○	×	×	×	○	—	—	—	—
B 0 0 9 診療情報提供料(Ⅰ)(注2及び注6)		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			○	○	○	○	○	○	○	○	○
B 0 1 1-4 退院時薬剤情報管理指導料		—			○	—	—	—	○	—	—	—	—
B 0 1 4 退院時共同指導料1		—			○	×	×	×	○	×	○	×	×
B 0 1 5 退院時共同指導料2		—			○	×	×	×	○	—	—	—	—
C 0 0 1 訪問歯科衛生指導料		×			○	○	○	○	○	○	○	○	○
C 0 0 1-3 歯科疾患在宅療養管理料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			○	○	○	○	○	○	○	○	○
C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料		×			—	×	×	×	○	×	○	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C 0 0 7 在宅患者連携指導料		×			—	—	—	—	○	×	○	×	×
C 0 0 8 在宅患者緊急時等カンファレンス料		○			—	—	—	—	○	×	○	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
上記以外		○			○	○	○	○	○	○	○	○	○
1 0 薬剤服用歴管理指導料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合には算定可)			—	—	—	—	○	—	○	—	○

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について
(平成24年3月30日保医発0330第10号)

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者				3. 入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関
13 長期投薬情報提供料 14の2 外来服薬支援料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		—	—	—	—	—	—	○
15 在宅患者訪問薬剤管理指導料		×		—	×	×	×	×	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		○		—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
15の3 在宅患者緊急時等共同指導料		○ (同一日において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
15の4 退院時共同指導料		—		○	×	×	×	×	×	×
15の5 服薬情報等提供料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		—	—	—	—	—	—	○
上記以外		○		—	—	—	—	—	—	○
01 訪問看護基本療養費(I)及び(II)(注加算を含む。) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)		○ ※2		—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
01-2 精神科訪問看護基本療養費(I)及び(III)(注加算を含む) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)		○ ※2		—	—	—	—	—	—	○ ※2
01-2 精神科訪問看護基本療養費(II)(注加算を含む。)	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
01-3 訪問看護基本療養費(III)及び精神科訪問看護基本療養費(IV)		—		○	○	○	○	—	—	—
02 訪問看護管理療養費		○ ※2又は精神科訪問看護療養費を算定できる者		—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
24時間対応体制加算 24時間連絡体制加算		○ ※2又は精神科訪問看護療養費を算定できる者 (同一月において、緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定していない場合に限る。)		—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
特別管理加算		○ ※2又は精神科訪問看護療養費を算定できる者 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)		—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
退院時共同指導加算 退院支援指導加算		○ ※2又は精神科訪問看護療養費を算定できる者 (末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。)		—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
在宅患者連携指導加算		×		—	—	—	—	—	—	×
在宅患者緊急時等カンファレンス加算		○ ※2又は精神科訪問看護療養費を算定できる者		—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
03 訪問看護情報提供療養費		○ ※2 (同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)		—	—	—	—	—	—	×
05 訪問看護ターミナルケア療養費		○ ※2		—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない。)

※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

※2 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について
(平成24年3月30日保医発0330第10号)

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)		2. 入院中の患者				3. 入所中の患者				
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した場合	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者 ア. 介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
※3	次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。 ・抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。) ・疼痛コントロールのための医療用麻薬 ・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)										
※4	次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。 ・エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。) ・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。) ・疼痛コントロールのための医療用麻薬 ・インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。) ・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能又は効果を有するものに限る。) ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体										
※5	次に掲げる費用に限る。 ・外来化学療法加算 ・皮下、皮下及び筋肉内注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。) ・静脈内注射(保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。) ・動脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。) ・抗悪性腫瘍剤局所持続注入(外来化学療法加算を算定するものに限る。) ・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入(外来化学療法加算を算定するものに限る。) ・点滴注射(保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。) ・中心静脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。) ・埋込型カテーテルによる中心静脈栄養(外来化学療法加算を算定するものに限る。) ・エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)の費用 ・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)の費用 ・抗悪性腫瘍剤(外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。)の費用 ・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用 ・インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。)の費用 ・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能又は効果を有するものに限る。)の費用 ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用										
※6	創傷処置(手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。)、喀痰吸引、排便、酸素吸入、酸素 TENT、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、臍洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。										
※7	検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ、特掲診療料の施設基準(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第12の第1号、第2号、第3号、第4号又は第5号に掲げるものを除く。										
※8	死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。)において看取った場合(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。)に限る。										

事務連絡
平成24年6月21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

疑義解釈資料の送付について（その6）

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成24年厚生労働省告示第76号）等については、「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）等により、平成24年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

なお、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成24年3月30日付事務連絡）を別添2のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

医科診療報酬点数表関係

【看護補助加算、急性期看護補助体制加算及び看護必要度加算】

(問1) 一般病棟看護必要度評価加算及び看護必要度加算については、平成24年3月30日付「疑義解釈資料の送付について(その1)」の問29の回答により、15歳未満の小児患者や産科患者は算定できないこととされたが、急性期看護補助体制加算や看護補助加算1(13対1一般病棟入院基本料の病棟の場合をいう。以下同じ)についても同様と考えてよいか。

(答) 15歳未満の小児患者や産科患者については、重症度・看護必要度の評価の対象除外となっていることから、平成24年3月30日付「疑義解釈資料の送付について(その1)」の問29の回答通り、一般病棟看護必要度評価加算を算定することはできない。しかし、当該加算を算定可能な病棟において看護補助者を配置していることや看護必要度の高い患者を受け入れていることを評価した看護補助加算1、急性期看護補助体制加算及び看護必要度加算については、15歳未満の小児患者や産科患者において看護必要度の測定の対象とはしないが、当該加算の算定は可能である。

したがって、これらの加算が算定可能な病棟に入院している15歳未満の小児患者や産科患者の看護必要度加算については、4月1日に遡って算定を認めることとする。

【回復期リハビリテーション病棟】

(問2) 複数の病棟で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている場合、施設基準は回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟全体で満たせば、一部の病棟で要件を満たさなくても差し支えないか。

(答) 病棟毎にその要件を満たす必要がある。

(問3) 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成24年3月30日事務連絡)問77において「A308回復期リハビリテーション病棟入院料1と3又はA308回復期リハビリテーション病棟入院料2と3を同一保険医療機関が届出を行うことはできない。」とされているが、すでに回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の届出を行っている保険医療機関において、別の病棟で新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合はどのように取り扱えばよいか。

(答) 新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料3を届け出ることとし、その届出から6月間に限り、回復期リハビリテーション病棟入院料1と3又は回復期リハビリテーション病棟入院料2と3を同一保険医療機関が届出を行うことができる。

なお、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成24年3月30日事務連絡)のとおり、回復期リハビリテーション病棟入院料3の算定から6月が経過し、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の施設基準を満たさないことが明らかな場合に、回復期リハビリテーション病棟入院料1と3又は回復期リハビリテーション病棟入院料2と3を同一保険医療機関が届出を行うことはできない。

(問4) 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟において、一旦同入院料の届出を取り下げた上で、同じ病棟で再度回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行うことは可能か。

(答) 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟において、一旦同入院料の届出を取り下げた場合、6月間は同じ病棟で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行うことはできない。

(問5) 複数病棟の回復期リハビリテーション病棟入院料「1」の届出を行っている医療機関において、1つの病棟でスタッフの離職等により、「1」の要件を満たすことができなくなったが、「2」の要件は満たしている場合、当該医療機関で回復期リハビリテーション病棟入院料「2」を届出を行うことはできるのか。

(答) 届出可能。

【救急搬送患者地域連携紹介加算、受入加算】

(問6) 二次救急医療機関を救急搬送患者地域連携紹介加算の紹介元医療機関とし、三次救急医療機関を救急搬送患者地域連携受入加算の受入医療機関として届け出た上で、二次救急医療機関から三次救急医療機関への紹介搬送事例で救急搬送患者地域連携紹介加算、受入加算をそれぞれが算定することは可能か。

(答) 算定できない。

当該加算は、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入れが円滑になるような地域における後方支援の連携を評価するものである。

(問7) 入院中の患者の症状の増悪等により、より高度な医療機関に転院を行った際に、転院先を救急搬送患者地域連携紹介加算の連携保険医療機関として届出を行っている場合、入院7日以内であれば、転院元は救急搬送患者地域連携紹介加算を算定し、転院先は救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるのか。

(答) 算定できない。

当該加算は、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入れが円滑になるような地域における後方支援の連携を評価するものである。

〈 医科診療報酬点数表関係〉

【入院基本料の算定方法】

(問29) 一般病棟看護必要度評価加算~~や看護必要度加算~~は、15歳未満の小児や産科患者についても加算を算定できるのか。

(答) 15歳未満の小児患者や産科患者は評価の対象除外となっており、これらの患者には算定できない。