

(保 24)

平成24年5月8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

日本医師会作成「改定診療報酬点数表参考資料」の正誤表の送付について

本会作成『改定診療報酬点数表参考資料（平成24年4月1日実施）』につきましては、都道府県医師会を通じ、会員の先生方に配布させていただきました。

今般、厚生労働省から正式に発出された通知との相違や、一部訂正通知（平成24年3月14日付け）の内容を反映した正誤表を作成いたしましたので、お送り申し上げます。

内容は下記のとおりですので、貴会会員にご周知くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

また、平成24年3月30日及び4月20日に厚生労働省保険局医療課より発出されました「平成24年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」に基づく正誤表につきましても、現在作成中であり、完成次第ご連絡させていただきます。

#### 記

##### 【参考資料の正誤】

- ・平成24年3月5日付 厚生労働省保険局医療課長通知との正誤
- ・平成24年3月14日付 厚生労働省保険局医療課事務連絡による正誤

##### <添付資料>

- ・改定診療報酬点数表参考資料（平成24年4月1日実施）《正誤表》

# 改定診療報酬点数表参考資料 (平成24年4月1日実施) 《 正 誤 表 》

## 1. 平成24年3月5日付 厚生労働省保険局医療課長通知との正誤

ページ	項 目	正 誤
<b>第1章 基本診療料</b>		
<b>第1部 初・再診料</b>		
51	＜通則＞	<p>1 同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、《略》</p> <p>ただし、初診料の注3のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の医療法施行令第3条の2第1項及び第2項に規定する診療科（以下この部において単に「診療科」という。以下同じ。）を初診として受診した場合及び並びに再診料の注2並びに及び外来診療料の注3に規定する同一保険医療機関において、</p> <p>《以下略》</p>
52	A000 初診料	<p>(6) 「注2」に規定する保険医療機関において、《略》</p> <p>また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介率」という。）等が低いもの保険医療機関とは、《以下略》</p>
59	A002 外来診療料	<p>(2) 「注2」に規定する保険医療機関において、《略》</p> <p>また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いもの保険医療機関とは、区分番号「A000」初診料の(6)と同様である。</p>
<b>第2部 入院料等</b>		
62	＜通則＞	<p>5 入院中の患者の他医療機関への受診</p> <p>(1) 《略》</p> <p>(2) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者を除く。）に対し他医療機関での診療が必要となり、《中略》ただし、短期滞手術基本料2及び3、医学管理等（診療情報提供料及び(6)のただし書に規定する区分番号「J038」人工腎臓アからイまでのただし書の場合に係る慢性維持透析患者外来医学管理料は除く。）、《以下略》</p> <p>(3) ～ (5) 《略》</p> <p>(6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、《略》</p> <p>ア 《略》</p> <p>イ 入院医療機関において、《中略》ただし、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、<u>児童・思春期入院医療管理料</u>、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、《以下略》</p>
82	A109 有床診療所療養病床入院基本料	<p>(11) 区分番号「A108」の有床診療所入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、<u>下記のとおりとする。</u></p> <p><del>ア、</del>区分番号「A108」有床診療所入院基本料の注2から注7ま</p>

		での加算及び注8に掲げる各加算については、当該診療所に入院した日を初日として、それぞれの算定要件を満たす場合に算定することができる。 《以下略》
85	A206 在宅患者 緊急入院診療加算	(4) 在宅患者緊急入院診療加算の「1」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」(平成24年3月 <del>●</del> 5日保医発 <del>●</del> 0305第 <del>●</del> 3号)の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1 <del>㊦</del> (2)又は第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1 <del>㊦</del> (2)に規定する在宅支援連携体制を構築している在宅療養支援診療所が診療を行っている患者を、当該診療所の保険医の求めに応じて、同じく当該体制を構築している、病床を有する他の在宅療養支援診療所(「 <u>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</u> 」の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1(2)の在宅療養支援診療所に限る。)又は在宅療養支援病院(許可病床が200床未満の病院に限る。「 <u>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</u> 」の第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1(2)の在宅療養支援病院に限る。)に入院させた場合に算定する。
87	A207-3 急性 期看護補助体制加算	(1) ~ (5) 《略》 <del>(3)</del> (6) 急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算又は看護職員夜間配置加算は、《以下略》
88	A212 超重症児 (者)入院診療加算・準超重症児 (者)入院診療加算	(2) 超重症児(者)入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「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)」の別添6の別紙14の「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが25以上のものをいう。
102	A238 退院調整 加算	(3) 入院後7日以内に患者の入院している病棟等において、《略》 ア ~ ク 《略》 ケ その他患者の状況から判断してアからク <u>まで</u> に準ずると認められる場合 《以下略》
105	A238-3 新生 児特定集中治療室 退院調整加算	(3) 新生児特定集中治療室退院調整加算2は《中略》出生時体重が1000g未満の新生児、 <del>若しくは</del> 出生時体重が1000g以上1500g未満の新生児又は区分番号「A212」超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算で規定する超重症の状態、 <del>若しくは</del> 準超重症の状態が28日以上継続する患者について、《以下略》
109	A245 データ提 出加算	(2) 当該加算は、データ提出の実績が認められた病院において、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟(以下この項目において「対象病棟」という。)に入院している患者について、入院中に1回に限り算定する。《以下略》
<b>第2章 特掲診療料</b>		
<b>第1部 医学管理等</b>		
161	B001 特定疾患 治療管理料 27 糖尿病透析予 防指導管理料	(2) 当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師(又は保健師)及び管理栄養士(以下、「透析予防診療チーム」という。)が、(1)の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、 <u>患者の</u> 病期分類、 <u>塩分食塩</u> 制限及びタンパク制限等の食

		<p>事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。</p> <p>(3) 《略》</p> <p>(4) 看護師(又は保健師)及び管理栄養士に対して指示を行った医師は、診療録に指示事項を記載すること。</p>
165	B 0 0 1 - 2 - 7 外来リハビリテーション診療料	<p>(2) 外来リハビリテーション診療料1の対象患者は、《中略》運動器リハビリテーション料、<del>又は</del>呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション(以下「疾患別リハビリテーション」という。)を1週間に2日以上提供することとしている患者である。</p> <p>(3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る<u>区分番号「A000」</u>初診料、<u>区分番号「A001」</u>再診料又は<u>区分番号「A002」</u>外来診療料は算定できないものとし、《以下略》</p> <p>(4) 《略》</p> <p>(5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る<u>区分番号「A000」</u>初診料、<u>区分番号「A001」</u>再診料又は<u>区分番号「A002」</u>外来診療料は算定できないものとし、当該14日間は区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用は算定できるものとする。</p> <p>(6) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフ(疾患別リハビリテーションの実施に係る理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等<del>をいう</del>。以下同じ。)がリハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、療養指導記録に記載すること。また、患者の状態を観察した際に、前回と比べて状態の変化が認められた場合<del>及び</del>患者の求めがあった場合等には、必要に応じて医師が診察を行うこと。</p>
166	B 0 0 1 - 2 - 8 外来放射線照射診療料	<p>(1) 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る<u>区分番号「A000」</u>初診料、<u>区分番号「A001」</u>再診料又は<u>区分番号「A002」</u>外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、<u>区分番号「A000」</u>初診料、<u>区分番号「A001」</u>再診料又は<u>区分番号「A002」</u>外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。</p>
170	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	<p>(1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師若しくは准看護師<del>若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の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看護師等又は当該患者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の看護師等(准看護師を除く。)</del>が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、</p> <p>《以下略》</p>

182	B009 診療情報提供料(I)	<p>(14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、《略》ア～カ《略》</p> <p><del>キ 障害者自立支援法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた精神保健福祉法第50条の2第1項に規定する精神障害者社会復帰施設</del></p>
184	B013 療養費同意書交付料	<p>(1) 療養費同意書交付料は、<u>医師が原則として当該疾病に係る主治の医師が、診察に基づき、療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり及び、きゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）を交付した場合に算定する。</u></p> <p>(2) <u>あん摩・マッサージ・指圧の施術に係る療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされている。</u></p> <p>(3) <u>はり、きゅうの施術に係る療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段がないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって、類症疾患についてはこれらの疾病と同一範疇と認められる疾病（頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を症状とする疾患）に限り支給対象とされているものである。神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症及び頸椎捻挫後遺症以外の疾病による同意書又は慢性的な疼痛を主症とする6疾病以外の類症疾患について診断書が提出された場合は、記載内容等から医師による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されるものである。なお、これらの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされている。</u></p> <p>(4) <u>あん摩・マッサージ・指圧及びはりきゅうについて、保険医療機関に入院中の患者の施術は、当該保険医療機関に往療した場合、患者が施術所に向向して来た場合のいずれであっても療養費は支給されず、はり、きゅうについて、同一疾病に係る療養の給付（診察、検査及び療養費同意書交付を除く。）との併用は認められていない。</u></p> <p><del>(5)</del> <u>初療の日から3月を経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。</u></p> <p><del>(6)</del> <u>医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際のみ算定できる。この場合において、2度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。</u></p>
<b>第2部 在宅医療</b>		
216	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	<p>(3) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、《略》</p> <p><b>【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】</b></p> <p>○特掲診療料の施設基準別表第七に掲げる疾病等の患者 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、《略》</p>

		<p>○特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者 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《略》</p> <p>(4)～(16) 《略》</p> <p>(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、《中略》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。<del>ただし</del> <u>なお</u>、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。</p>
<b>第7部 リハビリテーション</b>		
343	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	(14) 「注4」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、《中略》なお、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等については、《以下略》
348	H007 障害児(者)リハビリテーション料	<p>(1) 障害児(者)リハビリテーション料は、《略》</p> <p>ア <del>児童福祉法(昭和22年法律第164号)第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設(主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児(同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。))を入所させるものに限る。)</del></p> <p>イ <del>同法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関</del>児童福祉法第6条の2に規定する指定医療機関</p> <p>ウ 《略》</p>
<b>第8部 精神科専門療法</b>		
361	I002 通院・在宅精神療法	<p>(11) 通院・在宅精神療法の「1」は、<u>次のア、イ、ウのいずれか2つの要件を満たす</u>、地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医又はこれに準ずる者(精神保健指定医であった医師及び旧精神衛生法に規定する精神衛生鑑定医であった医師をいう。以下同じ。)が<del>ア、イ、ウのいずれか2つの要件を満たし</del>、初診時に通院・在宅精神療法<del>が</del><u>を行われた</u>場合に限り、初診時にのみ算定できる。なお、この場合においても他の初診時と同様に診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。</p> <p>ア 《略》</p> <p>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。</p> <p>《以下略》</p>
363	I002-2 精神科継続外来支援・指導料	(4) 注4に定める特定薬剤副作用評価加算は、《中略》なお、同一月に区分番号「I002」通院・在宅精神療法の注4に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。
367	I008-2 精神科ショート・ケア	(2) 「大規模なもの」については、《中略》その要点を診療録に記載した <u>ている場合には</u> 、参加者個別のプログラムを実施することができる。
368	I009 精神科デ	(2) 「大規模なもの」については、《中略》その要点を診療録に記載した

	イ・ケア	<u>ている場合には</u> 、参加者個別のプログラムを実施することができる。
369	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、 <u>《中略》</u> その要点を診療録に記載している場合 <u>には</u> 、参加者個別のプログラムを実施することができる。
370 371 372	I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料	(2) 「注1」 <u>及び「注3」</u> に規定する精神科訪問看護・指導料(I)及び(III)の算定回数は、週(日曜日から土曜日までの連続した7日間をいう。)について計算する。また、「注1」 <u>ただし書及び「注3」ただし書</u> の患者に対する算定回数は、急性増悪した日から連続した7日間について計算すること。 <u>《以下略》</u> (3) 「注1」の <u>ただし書及び「注3」のただし書</u> に規定する場合とは、 <u>《以下略》</u> (4) ~ (9) <u>《略》</u> (10) 「注5」に係る加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等 <u>又は看護補助者</u> による患者への訪問が必要と判断し、患者又はその家族等に同意を得て、当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の <u>複数の保健師等保健師又は看護師と保健師等又は看護補助者</u> が、患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合(30分未満の場合を除く。)に算定する。単に2人の <u>看護師保健師等</u> 又は看護補助者が同時に <u>《以下略》</u> (11) <u>保健師又は看護師</u> と同行する看護補助者は、 <u>《以下略》</u> (12) <u>《略》</u> (13) 「注8」に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間(午後6時から午後10時までをいう。)又は早朝(午前6時から午前8時までの時間をいう。)に <u>精神科</u> 訪問看護・指導を行った場合に、深夜訪問看護加算は深夜(午後10時から午前6時までをいう。)に <u>精神科</u> 訪問看護・指導を行った場合に、 <u>所定額に算定所定点数を加算</u> すること。当該加算は、 <u>精神科緊急時訪問看護加算</u> との併算定を可とする。 (14) (13)は患者の求めに応じて、当該時間に <u>精神科</u> 訪問看護・指導を行った場合に算定できるものであり、保険医療機関の都合により、当該時間に保健師等を訪問させて <u>精神科</u> 訪問看護・指導を行った場合には算定できない。 (15) 「注9」に規定する精神科緊急訪問看護加算は、 <u>精神科</u> 訪問看護計画に基づき定期的に行う精神科訪問看護・指導以外であって、患者又はその家族等の緊急の求めに応じて、精神科を担当する医師の指示により、保健師等が <u>精神科</u> 訪問看護・指導を行った場合に1日につき1回に限り加算すること。 (16) 精神科緊急訪問看護加算に係る <u>精神科</u> 緊急訪問看護を行った場合は、速やかに指示を行った精神科を担当する医師に患者の病状等を報告するとともに、必要な場合は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、 <u>精神科</u> 訪問指導計画について見直しを行うこと。
373	I 0 1 2 - 2 精神科訪問看護指示料	(1) 精神科訪問看護指示料は、 <u>《中略》</u> 患者の診療を担う保険医(精神科の医師に限る。 <u>I 0 1 2 - 2に限り、以下、精神科の医師という</u> )が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、 <u>《以下略》</u>
<b>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</b>		
539	第1 基本診療料の	基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改

	施設基準等	正する件」 <del>（平成 2422 年厚生労働省告示第 69 号）</del> による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）《以下略》
542	第 4 経過措置等	<p>表 1 新たに施設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点数を算定するに当たり届出の必要なもの</p> <p><del>時間外対応加算 1 及び 2</del>  <u>時間外対応加算 2</u></p> <p>一般病棟入院基本料の注 6 に掲げる看護必要度加算 <u>1</u>（10 対 1 入院基本料に限る。）<del>（平成 24 年 7 月 1 日以降に限る。）</del></p> <p><u>一般病棟入院基本料の注 6 に掲げる看護必要度加算 2</u>（10 対 1 入院基本料に限る。）</p> <p>一般病棟入院基本料の注 7 に掲げる一般病棟看護必要度評価加算（13 対 1 入院基本料に限る。）</p> <p>一般病棟入院基本料の注 13 に掲げる療養病棟入院基本料 <u>1</u>（13 対 1 入院基本料又は 15 対 1 入院基本料に限る。）（平成 24 年 10 月 1 日以降に限る。）</p> <p>特定機能病院入院基本料の注 5 に掲げる看護必要度加算 <u>1</u>（一般病棟の 10 対 1 入院基本料に限る。）<del>（平成 24 年 7 月 1 日以降に限る。）</del></p> <p><u>特定機能病院入院基本料の注 5 に掲げる看護必要度加算 2</u>（一般病棟の 10 対 1 入院基本料に限る。）</p> <p>専門病院入院基本料の注 3 に掲げる看護必要度加算 <u>1</u>（10 対 1 入院基本料に限る。）<del>（平成 24 年 7 月 1 日以降に限る。）</del></p> <p><u>専門病院入院基本料の注 3 に掲げる看護必要度加算 2</u>（10 対 1 入院基本料に限る。）</p> <p>専門病院入院基本料の注 4 に掲げる一般病棟看護必要度評価加算（13 対 1 入院基本料に限る。）</p> <p>《中略》</p> <p><u>医師事務作業補助体制加算（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する保険医療機関に限る。）</u></p> <p>医師事務作業補助体制加算（30 対 1 補助体制加算 <del>及び 40 対 1 補助体制加算に限る。</del>）</p> <p><u>医師事務作業補助体制加算（40 対 1 補助体制加算）</u></p> <p>急性期看護補助体制加算（25 対 1 急性期看護補助体制加算 <del>に限る。</del>（看護補助者 5 割以上））</p> <p><u>急性期看護補助体制加算（25 対 1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5 割未満））</u></p> <p>急性期看護補助体制加算の注 2 に掲げる夜間 <u>50 対 1</u> 急性期看護補助体制加算</p> <p><u>急性期看護補助体制加算の注 2 に掲げる夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算</u></p> <p>急性期看護補助体制加算の注 3 に掲げる看護職員夜間配置加算</p> <p>看護補助加算 1（13 対 1 入院基本料を算定する病棟に限る。）</p> <p>療養病棟療養環境改善加算 1</p> <p>療養病棟療養環境改善加算 2 <del>（平成 24 年 10 月 1 日以降に限る。）</del></p> <p>診療所療養病床療養環境改善加算 <del>（平成 24 年 10 月 1 日以降に限る。）</del></p> <p>無菌治療室管理加算 1 <del>及び 2</del></p> <p><u>無菌治療室管理加算 2</u></p>



		<p>緩和ケア診療加算の注2（<u>別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合</u>）<del>＝</del></p> <p>有床診療所緩和ケア診療加算 精神科リエゾンチーム加算 栄養サポートチーム加算の注2（<u>別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合</u>）<del>＝</del></p> <p>感染防止対策加算1 <del>及び2</del> <u>感染防止対策加算2</u> <u>感染防止対策加算の注2に掲げる感染防止対策地域連携加算</u> 患者サポート体制充実加算</p> <p>＜中略＞</p> <p><del>後発医薬品使用体制加算1</del> 病棟薬剤業務実施加算 データ提出加算1 <del>及び2</del> <u>データ提出加算2</u> 小児特定集中治療室管理料 <u>回復期リハビリテーション病棟入院料1</u> 亜急性期入院医療管理料の注2（<u>別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合</u>） ＜中略＞</p> <p><del>認知症治療病棟入院料注2に掲げる退院調整加算</del> 認知症治療病棟入院料注3に掲げる認知症夜間対応加算 特定一般病棟入院料1 <del>及び2</del> <u>特定一般病棟入院料2</u> <u>特定一般病棟入院料の注7に掲げる加算</u> <u>特定一般病棟入院料の注12に掲げる療養病棟入院基本料1</u></p> <p>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</p> <p>入院基本料及び特定入院料（<u>管理栄養士なし栄養管理体制経過措置</u>）</p> <p><u>一般病棟入院基本料（7対1入院基本料）</u> 一般病棟入院基本料（7対1入院基本料（経過措置）） <u>一般病棟入院基本料（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。）</u> <u>特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料）</u> 特定機能病院<del>一般病棟</del>入院基本料（<u>一般病棟に限る。</u>）（7対1入院基本料（経過措置）） <u>特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（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。）</u> <u>専門病院入院基本料（7対1入院基本料）</u> 専門病院入院基本料（7対1入院基本料（経過措置）） <u>専門病院入院基本料（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。）</u> <del>暫定無菌治療室管理加算1（無菌治療室管理加算2の届出を行っている場</del></p>
--	--	---

		<p><del>合に限る。)</del>          新生児特定集中治療室退院調整加算  <del>緩和ケア診療加算</del>  <del>重度アルコール依存症入院医療管理加算</del>          後発医薬品使用体制加算<sub>1</sub>          救命救急入院料<del>1及び3</del> <del>(施設基準未適合)</del> (平成25年4月1日以降、救命救急入院料<del>1</del>を引き続き算定する場合に限る。)  <del>救命救急入院料3</del> (平成25年4月1日以降、救命救急入院料<del>1</del>を引き続き算定する場合に限る。)          総合周産期特定集中治療室管理料          回復期リハビリテーション病棟入院料<del>1</del><sub>2</sub> (重症者回復病棟加算の届出を行っていない場合に限る。)          亜急性期入院医療管理料          認知症治療病棟入院料注2に掲げる退院調整加算</p> <p>表3 診療報酬の算定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点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの</p> <p>《略》</p> <table border="1" data-bbox="539 958 1469 1176"> <tr> <td data-bbox="539 958 995 1176">           回復期リハビリテーション病棟入院料1            (重症患者回復病棟加算を算定するの届出を行っている場合に限る。)         </td> <td data-bbox="995 958 1050 1176">→</td> <td data-bbox="1050 958 1469 1176">           回復期リハビリテーション病棟入院料2         </td> </tr> </table> <p>《以下略》</p>	回復期リハビリテーション病棟入院料1 (重症患者回復病棟加算を算定するの届出を行っている場合に限る。)	→	回復期リハビリテーション病棟入院料2
回復期リハビリテーション病棟入院料1 (重症患者回復病棟加算を算定するの届出を行っている場合に限る。)	→	回復期リハビリテーション病棟入院料2			

**別添2 入院基本料等の施設基準等**

548	第1 入院基本料 (特別入院基本料(7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。)を含む。)及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準	4 褥瘡対策の基準 (4) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的開催されていること <b>が望ましい</b> 。 5 栄養管理体制の基準 (10) 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」 <del>(平成24年厚生労働省告示第〇号)</del> による改正前の《以下略》
551	第2 病院の入院基本料等に関する施設基準	4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。 (1) 《略》 (2) 看護要員の数については、次の点に留意する。 ア ~ キ 《略》 ク 看護補助者の数を算出するに当たっては、《中略》ただし、平成24年3月31日において、 <del>従前の改正前の</del> 「基本診療料の施設基準等及び

		<u>その届出に関する手続きの取扱いについて</u> 第2の4の(2)ク「(イ)看護補助者とみなす看護職員は、看護職員に係る勤務計画表から除外し、その人員を看護補助者として計上する。」《以下略》
554	第2 病院の入院基本料等に関する施設基準	9 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑤及びロの④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価 当該療養病棟に入院する個々の患者について、《中略》その結果を「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 日保医発 第一号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。
557	第5 入院基本料の届出に関する事項	5 届出は、病院である保険医療機関において、全病棟包括的に届出を行うことを原則とするが、《以下略》
<b>別添3 入院基本料等加算の施設基準等</b>		
567	第12の2 診療所療養病床療養環境改善加算	2 届出に関する事項 診療所療養病床療養環境加算1及び診療所療養病床療養環境改善加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式25を用いること。《以下略》
567	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 (1) 《略》 (2) 無菌治療室管理加算2に関する施設基準 ア 室内の空気清浄度が、 <u>患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上であること。</u> 《以下略》
575	第21 感染防止対策加算	2 感染防止対策加算2の施設基準 (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア ～ エ 《略》 当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の1(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、 <u>「診療報酬の算定方法」の別表第1医科点数表第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。</u>
578	第24の2 新生児特定集中治療室退院調整加算	1 新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準 (2) 当該退院調整部門に退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士及び、5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。
578	第24の6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	第24の <del>6</del> 5 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
579	第24の7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	第24の <del>7</del> 6 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
580	第26の2 後発医薬品使用体制加算	(2) 当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、《略》 なお、後発医薬品の採用品目数の割合を計算するに当たっては、「診

		療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」について」（平成24年 3月 5日保医発 0305 第 14 号）を参照すること。
581	第26の4 データ提出加算	<p>2 データ提出に関する事項</p> <p>(1) &lt;略&gt;</p> <p>(2) 新たにデータ提出を開始する場合は（新たに外来データの提出を開始する場合も含む。）、当該病院がデータ作成を開始する月の前月の20日までに別添 87の様式—●—40の5を地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出すること。&lt;中略&gt;当該病院がデータ作成を開始する月の2月前の20日までに所定の書式に加え、別添7の様式—●—40の6を添付して提出すること。&lt;以下略&gt;</p> <p>(3) &lt;略&gt;</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>(1) データ提出加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式—●—40の7を用いること。</p> <p>(2) ~ (4) &lt;略&gt;</p> <p>(5) データ提出を取りやめる場合及び(4)により施設基準を満たさなくなった場合については、別添7の様式—●—40の8を用い、その理由等を届出ること。なお、当該届出内容は中央社会保険医療協議会へ報告されるものであること。</p>
<b>別添4 特定入院料の施設基準等</b>		
590	第12 亜急性期入院医療管理料	<p>2 リハビリテーション提供体制加算の施設基準</p> <p>注3の加算を算定する場合は、&lt;中略&gt;なお、1人1週間あたりの平均単位数については、以下に示す<del>ア</del>(1)を<del>イ</del>(2)で除した数に7を乗じて得た数により計算するものとする。</p> <p><del>ア</del>(1) 直近3か月間に&lt;以下略&gt;</p> <p><del>イ</del>(2) 直近3か月間に&lt;以下略&gt;</p>
594	第17 精神療養病棟入院料	<p>2 重症者加算1の施設基準</p> <p>(3) 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的にはア又はイのいずれかに該当すること。</p> <p>ア &lt;略&gt;</p> <p>イ 精神保健福祉法上の&lt;中略&gt;都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、①(イ)から⑥(ホ)のいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行うこと。</p> <p>①(イ) 措置入院及び緊急措置入院時の診察</p> <p>②(ロ) 医療保護入院および応急入院のための移送時の診察</p> <p>③(ハ) 精神医療審査会における業務</p> <p>④(ニ) 精神科病院への立ち入り検査での診察</p> <p>⑤(ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務</p>
596	第20 特定一般病棟入院料	<p>1 特定一般病棟入院料の施設基準等</p> <p>(4) 亜急性期入院医療管理を行う病室の施設基準等</p> <p>ア <u>当該注7に規定する亜急性期入院医療管理を行う病室を有する病棟</u>において、&lt;以下略&gt;</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>&lt;以下に訂正&gt;</p>

		<p>(1) 特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9及び様式57の2を用いること。</p> <p>(2) 注7又は注9に規定する亜急性期入院医療管理に係る病室の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式50から様式50の3までを用いること。</p> <p>(3) 当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入院基本料1の例により算定を行う病棟については、別添の様式57の3により地方厚生(支)局長に届け出ること。</p>
<b>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</b>		
625	第2 届出に関する手続き	<p>[ページ左 下から11段目]</p> <p>別添1の「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院 (支援病3)第号 <b>在宅患者歯科治療総合医療管理料</b> (在歯管)第号 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料 (在医総管)第号 在宅がん医療総合診療料 (在総)第号 在宅<b>患者</b>訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料 (在看)第号</p>
627	第2 届出に関する手続き	7 4に定めるもののほか、《中略》なお、平成 <del>22</del> <b>24</b> 年4月14日までに届出書の提出があり、《以下略》
627	第3 届出受理後の措置等	<del>7 1の規定にかかわらず、別添1の第89の後発医薬品調剤体制加算の1から3までにおける施設基準のうち後発医薬品の規格単位数の割合に関する要件について平成22年1月から同年3月までの実績に基づきいずれかの要件を満たすものとして、同年4月14日までに届出があった保険薬局は、同年10月までの間、当該要件に係る実績が要件の1割以内の変動である場合に限り、変更の届出を行わなくてよいものとする。</del>
628	第4 経過措置等	<p>第2及び第3の規定にかかわらず、平成24年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。</p> <p>平成24年3月31日において現に表1に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料(表2を含む。)を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、 《以下略》</p>
628	第4 経過措置等	<p>表1 新たに施設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点数を算定するに当たり届出の必要なもの</p> <p>《略》</p> <p>大腸CT撮影加算 <b>心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の初期加算</b> 認知療法・認知行動療法 《以下略》</p>
<b>別添1 特掲診療料の施設基準等</b>		
630	第1の2 悪性腫瘍特異物質治療管理料	1 悪性腫瘍特異物質治療管理料に関する保険医療機関の基準 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関

		<p>する手続きの取扱いについて」(平成 24 年 3 月 5 日保医発第〇0305 第 2 号)別添 3 の第 1 の 1 の(10)と同様であること。</p>
633	第 4 の 5 移植後患者指導管理料	<p>(1) 臓器移植後に関する施設基準 ア ~ ウ &lt;略&gt; エ 病院については、&lt;中略&gt;「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 年〇3 月〇5 日医療課長、<del>歯科管理官通知保発 0305 第 2 号</del>)別添 3 の第 1 の 1 の(5)と同様であること。</p> <p>(2) 造血幹細胞移植後に関する施設基準 ア ~ ウ &lt;略&gt; エ 病院については、&lt;中略&gt;「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」(<del>平成 24 年〇月〇日医療課長、歯科管理官通知</del>)の別添 3 の第 1 の 1 の(5)と同様であること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>(1) 移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 5 の 5 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」の別添 7 の様式 13 の 2 を用いること。</p> <p>(2) 毎年 7 月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、「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」の別添 7 の様式 13 の 2 により届け出ること。</p>
633	第 4 の 6 糖尿病透析予防指導管理料	<p>1 糖尿病透析予防指導管理料に関する施設基準</p> <p>(1) ~ (8) &lt;略&gt; (9) 病院については、&lt;中略&gt;「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」(<del>平成 24 年 3 月〇日医療課長、歯科管理官通知</del>)の別添 3 の第 1 の 1 の(5)と同様であること。</p>
634	第 4 の 6 糖尿病透析予防指導管理料	<p>2 届出に関する事項</p> <p>(1) 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 5 の 6 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」の別添 7 の様式 13 の 2 を用いること。</p> <p>(2) 毎年 7 月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、「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」の別添 7 の様式 13 の 2 により届け出ること。</p> <p><del>(2)</del> (3) 1 の(2)に掲げる医師、(3)又は(4)に掲げる看護師又は保健師及び(5)に掲げる管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。</p>
635	第 6 の 4 院内トリージ実施料	<p>1 院内トリージ実施料に関する施設基準</p> <p>(1) ~ (3) &lt;略&gt; (4) 病院については、&lt;中略&gt;「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」(<del>平成 24 年〇月〇日医療課長、歯科管理官通知</del>)の別添 3 の第 1 の 1 の(5)と同様であること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>(1) 院内トリージ実施料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 7 の 3 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」の別添 7 の様式 13 の 2 を用いること。</p>

		<p>(2) 毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、「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」の別添7の様式13の2により届け出ること。</p>
636	第9 在宅療養支援診療所	<p>1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 なお、(1)と又は(2)のいずれかに該当するものが、《以下略》</p>
637	第9 在宅療養支援診療所	<p>1 在宅療養支援診療所の施設基準 (1) 《略》 (2) 他の保険医療機関と《中略》<del>なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院(許可病床数が200未満のものに限る。)が、すべて、診療所にあつては以下の要件、病院にあつては第14の2の1(2)の要件を満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。</del> ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。 なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院(許可病床数が200未満のものに限る。)が、すべて、診療所にあつては以下の要件、病院にあつては第14の2の1(2)の要件を満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。 ア ～ ク 《略》 ケ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。また、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を、別途、別添2の様式11の4を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。 コ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有すること。 なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診のことをいう。 <del>また、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を、別途、別添2の様式11の4を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。</del> 《以下略》</p>
638	第9 在宅療養支援診療所	<p>3 届出に関する事項 1の(1)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11を</p>

		用いること。
641	第14の2 在宅療養支援病院	<p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)のいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 なお、(1)と(2)のいずれかに該当するものが、《中略》別に厚生労働大臣が定めるものである。</p> <p>(1) 病院であって、《中略》体制等を確保していること。 ア～オ 《略》 カ 当該病院において、《中略》訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び(ウ)「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。</p> <p>《以下略》</p>
643	第14の2 在宅療養支援病院	<p>3 届出に関する事項 <u>1の(1)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2を用いること。</u></p>
646	第22の2 植込型心電図検査	<p>1 植込型心電図検査に関する施設基準 下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p><u>㊦(1) 区分番号「K597」 《略》</u> <u>㊦(2) 区分番号「K598」 《略》</u> <u>㊦(3) 区分番号「K599」 《略》</u> <u>㊦(4) 区分番号「K599-3」 《略》</u></p>
657	第47 障害児(者)リハビリテーション料	<p>1 障害児(者)リハビリテーション料に関する施設基準 (1) 当該リハビリテーションを実施する保険医療機関は、次のいずれかであること。</p> <p>ア <u>児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設児童福祉法(昭和22年法律第164号)第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設(主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児(同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。))を入所させるものに限る。</u></p> <p>イ <u>児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設6条の2に規定する指定医療機関</u></p> <p><u>ウ 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター</u></p> <p><u>エ 児童福祉法第7条第6項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関</u></p> <p><u>オウ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、《以下略》</u></p>
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		
731	本文	<p>本日、「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を改正する件」(平成24年厚生労働省告示第81号)及び「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件」(平成24年厚生労働省告示第82号、<u>以下「基準告示」という。</u>)が交付され、《以下略》</p>
731	第1 通則に関する	<p>2 指定訪問看護の費用の額は、<u>基準告示「訪問看護療養費に係る訪問看護</u></p>



	事項	<u>ステーションの基準等</u> 」（平成18年厚生労働省告示第103号。以下「 <u>基準告示</u> 」という。）第4の1に規定する場合を除き、 <u>《以下略》</u>
731	第2 訪問看護基本療養費について	1 (1) <u>《略》</u> 【 <u>基準告示</u> 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 <u>第7</u> に掲げる疾病等の者 <u>《略》</u> ○ 特掲診療料の施設基準等別表 <u>第8</u> の各号に掲げる者 <u>《略》</u>
733	第2 訪問看護基本療養費について	10 (4) 同時に複数の看護師等による指定訪問看護 <u>とは</u> を行う場合は、1人以上は看護職員（保健師、助産師、看護師又は准看護師）であること。
734	第2 訪問看護基本療養費について	12 (1) 利用者が次のいずれかに該当する場合は、 <u>《中略》</u> この限りでないこと。 ア～イ <u>《略》</u> ウ すでに他の訪問看護ステーションからの指定訪問看護 <u>《中略》</u> を利用している場合（ <u>ただし</u> 、 <u>下記については</u> の（イ）から（ニ） <u>までの場合を除く。</u> ） <u>《以下略》</u>
734 735	第3 精神科訪問看護基本療養費について	1 精神科訪問看護基本療養費を算定する場合には、 <u>《中略》</u> が指定訪問看護を行うこと。 <u>子</u> (1) 精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を有する者 <u>イ</u> (2) 精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を有する者 <u>ウ</u> (3) 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を有する者 <u>エ</u> (4) 専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している者 2 (1) 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）は、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関において精神科を担当する医師に限る。 <u>以下</u> 第3において同じ。）から交付を受けた <u>《以下略》</u> (2) <u>《略》</u> 3 (1) 精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）は、指定訪問看護を受けようとする精神疾患を有する者であつて、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「 <u>精神障害者施設</u> 」という。）に入所している複数のものに対して、 <u>《以下略》</u>
736	第3 精神科訪問看護基本療養費について	13 <del>(1)</del> 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、 <u>基準告示</u> 第4の2に定める場合については、この限りでないこと。 <u>子</u> (1) 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師 <u>《以下略》</u> <u>イ</u> (2) 介護保険法第8条第11項に規定する <u>《以下略》</u> <u>ウ</u> (3) すでに他の訪問看護ステーションからの指定訪問看護を利用している場合（ <u>ただし</u> 、 <u>下記については</u> の <u>アからウまでの場合を除く。</u> ） <del>(イ)</del> <u>ア</u> <u>基準告示</u> 第2の1に規定する疾病等の利用者が <u>《以下略》</u> <del>(ロ)</del> <u>イ</u> 特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者 <u>《以下略》</u> <del>(ハ)</del> <u>ウ</u> <u>基準告示</u> 第2の1に規定する疾病等の利用者 <u>《以下略》</u>
736	第4 訪問看護基本	1 (1) 訪問看護ステーションと特別の関係にあり、 <u>《中略》</u> 往診料、在

	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	宅患者訪問診療料、在宅 <del>末期がん</del> 医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、《以下略》								
737	第5 訪問看護管理療養費について	<p>3 (1) 《略》</p> <p>(2) (1)の「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」とは、《中略》下記のいずれかに該当するものであること。</p> <p>ア～ウ 《略》</p> <p>エ 真皮を越える褥瘡の状態にある者</p> <p>① NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度</p> <p>② DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5</p> <p><del>オ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者</del></p> <p>ただし、特別な管理を必要とする利用者のうちで重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者とは、アに掲げるものをいうこと。</p> <p><b>オ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者</b></p>								
<b>様式集</b>										
742	(別紙様式1)	<p style="text-align: center;">退 院 証 明 書</p> <p style="text-align: right;">保険医療機関名称 住所 電話番号 主治医氏名</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>患者氏名</td> <td style="text-align: right;">性別(男・女)</td> </tr> <tr> <td>患者住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日(明・大・昭・平)</td> <td style="text-align: right;">年 月 日( 歳)</td> </tr> </table> <p>1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日</p> <p><del>(1)</del> <input type="checkbox"/> 入院年月日 平成 年 月 日</p> <p><del>(2)</del> <input type="checkbox"/> 退院年月日 平成 年 月 日</p> <p>2. 当該保険医療機関における入院基本料等(特定入院料を含む。)の種別及び算定期間(複数ある場合はそれぞれ記載のこと。)</p> <p><del>(1)</del> <input type="checkbox"/> 入院基本料等の種類:</p> <p><del>(2)</del> <input type="checkbox"/> 算定期間: 日(平成 年 月 日～平成 年 月 日)</p> <p>3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間</p> <p><del>(1)</del> <input type="checkbox"/> 日(平成 年 月 日現在)</p> <p>4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名</p> <p><del>(1)</del> <input type="checkbox"/> 傷病名:</p> <p>5. 転帰(該当するものに○をつける。)</p> <p><del>(1)</del> <input type="checkbox"/> 治癒</p> <p><del>(2)</del> <input type="checkbox"/> 治癒に近い状態(寛解状態を含む。)</p> <p><del>(3)</del> <input type="checkbox"/> その他</p> <p>6. その他の特記事項</p>	患者氏名	性別(男・女)	患者住所		電話番号		生年月日(明・大・昭・平)	年 月 日( 歳)
患者氏名	性別(男・女)									
患者住所										
電話番号										
生年月日(明・大・昭・平)	年 月 日( 歳)									

743	(別紙様式 2)	<p>[ページ右 (上段)]</p> <p>Ⅲ ADL 区分評価</p> <p>《略》</p> <p>注 1 ～ 注 2 《略》</p> <p>注 3</p> <p>「9 1 身体抑制を実施している」は下記のいずれかの行為を一つでも行った場合に「○」を記入すること。</p> <p>・四肢の抑制 ・体幹部の抑制 ・ベッドを柵 (サイドレール) で囲む ・介護衣 (つなぎ服) の着用</p> <p>・車いすや椅子から立ち上がれないようにする (抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用)</p> <p>・ミトンの着用 (手指の機能抑制) ・自分の意志で開けることのできない居室等への隔離</p>
768	(別紙様式 28)	<p>初診料及び外来診療料の注 2 に規定する施設基準に係る報告書</p> <p>報告年月日： 年 月 日</p> <p>《表略》</p> <p>[記載上の注意]</p> <p>±</p> <p>1 「①」から「④」に規定する初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数は、特定機能支援病院については「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について (平成五年二月一五日) (健政発第九八号)」、地域医療支援病院については「医療法の一部を改正する法律の施行について (平成一〇年五月一九日) (健政発第六三九号)」で定めるものとする。</p> <p>2 「①」～「④」の「期間」については、原則として報告時の前年度の 1 年間とする。ただし、報告時の前年度の 1 年間で、紹介率の実績が 40%未滿かつ逆紹介率の実績が 30%未滿の場合であって、報告年度の連続する 6 月間においては紹介率の実績が 40%未滿かつ逆紹介率の実績が 30%未滿ではなかった場合には、報告年度の連続する 6 月間についても報告を行うこと。</p>
773	別添 6	<p>&lt;通則&gt;</p> <p>医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙のとおりである。</p> <p>なお、当該別紙は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されていれば、当該別紙と同じでなくても差し支えないものであること。</p> <p>また、当該別紙の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。</p> <p>自筆の署名がある場合には印は不要であること。</p>

		<p>※別紙 9、11、15 は欠番である。</p> <p>(注) 別添 6 &lt;通則&gt; と別紙 1 は、ページを別とする。</p>																																															
825	様式 7	<p>[ページ左 (下段)]</p> <table border="1"> <tr> <td>精神科ナイト・ケア</td> <td>専従看護師</td> <td></td> </tr> <tr> <td>精神科デイ・ナイト・ケア</td> <td>専従看護師</td> <td></td> </tr> <tr> <td>重度認知症患者デイ・ケア</td> <td>専従看護師</td> <td></td> </tr> <tr> <td>人工肛門・人口膀胱造設術前処置加算</td> <td>急性期患者の看護に従事した経験のある常勤看護師</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="7">勤務体制</th> </tr> <tr> <td>3交代制</td> <td>日勤</td> <td>( : ~ : )</td> <td>準夜勤</td> <td>( : ~ : )</td> <td>深夜勤</td> <td>( : ~ : )</td> </tr> <tr> <td>2抗体制</td> <td>日勤</td> <td>( : ~ : )</td> <td>夜勤</td> <td>( : ~ : )</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>日勤</td> <td></td> <td></td> <td>( : ~ : )</td> <td></td> <td>( : ~ : )</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>日勤</td> <td></td> <td></td> <td>( : ~ : )</td> <td></td> <td>( : ~ : )</td> </tr> </table> <p>[記載上の注意]</p> <p>《略》</p>	精神科ナイト・ケア	専従看護師		精神科デイ・ナイト・ケア	専従看護師		重度認知症患者デイ・ケア	専従看護師		人工肛門・人口膀胱造設術前処置加算	急性期患者の看護に従事した経験のある常勤看護師		勤務体制							3交代制	日勤	( : ~ : )	準夜勤	( : ~ : )	深夜勤	( : ~ : )	2抗体制	日勤	( : ~ : )	夜勤	( : ~ : )			その他	日勤			( : ~ : )		( : ~ : )	その他	日勤			( : ~ : )		( : ~ : )
精神科ナイト・ケア	専従看護師																																																
精神科デイ・ナイト・ケア	専従看護師																																																
重度認知症患者デイ・ケア	専従看護師																																																
人工肛門・人口膀胱造設術前処置加算	急性期患者の看護に従事した経験のある常勤看護師																																																
勤務体制																																																	
3交代制	日勤	( : ~ : )	準夜勤	( : ~ : )	深夜勤	( : ~ : )																																											
2抗体制	日勤	( : ~ : )	夜勤	( : ~ : )																																													
その他	日勤			( : ~ : )		( : ~ : )																																											
その他	日勤			( : ~ : )		( : ~ : )																																											
847	様式 27	<p>緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類</p> <p>《表略》</p> <p>[記載上の注意]</p> <p>1 ~ 5 《略》</p> <p>6 注 2 に規定する点数は、別表第●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、D P C 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。</p> <p>7 《略》</p>																																															
852	様式 34	<p>栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類</p> <p>《表略》</p> <p>[記載上の注意]</p> <p>1 「2」のア～エについて、医療関連団体等により交付された研修修了証の写しを添付すること。<del>ただし、医師以外の専任の従事者が研修を修了していない場合にあつては、余白に研修未受講者である旨を記載すれば届出を行うことができるものとし、この場合、平成 2 3 年 3 月 3 1 日までに研修を修了した旨を再度届け出ること。(どうしますか?)</del></p> <p>《以下略》</p>																																															
858	様式 40 の 3	<p>後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類</p> <p>《表略》</p> <p>[記載上の注意]</p> <p>1 《略》</p> <p>2 後発医薬品の採用品目の一覧表《略》</p> <p>また、上記 3 の②の後発医薬品の採用品目数及び③の後発医薬品以外の採用品目数を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」平成 24 年●● 3 月●● 5 日 (保医発●● 0305 第●● 14 号) を参照すること。</p> <p>3 《略》</p>																																															
872	様式 50	<p>亜急性期入院医療管理料等の施設基準に係る届出書添付書類</p>																																															

		<table border="1"> <tr> <td rowspan="5">一般病床の状況</td> <td rowspan="4">当該病床届出病棟</td> <td colspan="2">病棟名</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">病床数</td> <td>当該入院医療管理病床数及び病室番号</td> <td>( 号室)</td> <td>( 号室)</td> </tr> <tr> <td>一般病床① (上記を含む)</td> <td>床</td> <td>床</td> </tr> <tr> <td colspan="2">「注2」に規定する点数の届出</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">A317 特定一般病棟入院料の「注7」及び「注9」に規定する点数の届出</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の一般病棟</td> <td>病棟数</td> <td></td> <td>棟</td> </tr> <tr> <td></td> <td>病床数②</td> <td></td> <td>床</td> </tr> <tr> <td colspan="2">一般病床合計①+②</td> <td></td> <td>床</td> </tr> </table> <p> <b>《以下表略》</b>          [記載上の注意]          1 ～ 5 《略》          6 注2に規定する点数に係る病室は、<b>別表第●別紙2</b>に掲げる地域に所在する保険医療機関 《略》          7 注2に規定する地域の保険医療機関であって、各病棟ごとに入院基本料の施設基準に係る届出を行っている場合において、各病棟ごとに亜急性期入院医療管理料(注1に規定する点数を含む。)の届出を行う際は、病棟毎に届出を行うこと。          8 《略》       </p>	一般病床の状況	当該病床届出病棟	病棟名				病床数	当該入院医療管理病床数及び病室番号	( 号室)	( 号室)	一般病床① (上記を含む)	床	床	「注2」に規定する点数の届出		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A317 特定一般病棟入院料の「注7」及び「注9」に規定する点数の届出		<input type="checkbox"/>		その他の一般病棟	病棟数		棟		病床数②		床	一般病床合計①+②			床
一般病床の状況	当該病床届出病棟	病棟名																																	
		病床数			当該入院医療管理病床数及び病室番号	( 号室)	( 号室)																												
					一般病床① (上記を含む)	床	床																												
		「注2」に規定する点数の届出		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	A317 特定一般病棟入院料の「注7」及び「注9」に規定する点数の届出		<input type="checkbox"/>																																
その他の一般病棟	病棟数		棟																																
	病床数②		床																																
一般病床合計①+②			床																																
877	様式55の2	精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書 <b>《表略》</b> [記載上の注意] 重症者加算1を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間(届出の前年度1年間?)の実績を記載し、 <b>《以下略》</b>																																	
878	様式57の2	特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類 <b>《表略》</b> [記載上の注意] 1 ～ 3 《略》 <b>4 当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入院基本料1の例により算定を行う病棟については、別添の様式57の3により地方厚生(支)局長に届け出ること。</b>																																	
879	<u>様式57の3</u>	<b>※様式の追加</b> 特定一般病棟入院料の「注12」に規定する90日を超えて特定一般病棟入院料を算定する病棟に入院している患者の算定に係る届出書  90日を超えて入院している患者について、療養病棟入院基本料1の例により算定を行う病棟の概要 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">届出を行う病棟</td> <td>           病棟名：( ) 病棟            病床数：( ) 床         </td> </tr> </table>	届出を行う病棟	病棟名：( ) 病棟 病床数：( ) 床																															
届出を行う病棟	病棟名：( ) 病棟 病床数：( ) 床																																		

888	様式 5 の 6	<p style="text-align: center;">糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類</p> <p>(□には、適合する場合「レ」を記入すること)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">区 分</th> <th style="width: 20%;">氏 名</th> <th style="width: 10%;">経験年数</th> <th style="width: 10%;">常 勤</th> <th style="width: 10%;">研 修 受 講</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">1 糖尿病指導の経験を有する専任の医師</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師(又は保健師)</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">3 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> </tbody> </table> <p>[記載上の注意]          ≪略≫</p>	区 分	氏 名	経験年数	常 勤	研 修 受 講	1 糖尿病指導の経験を有する専任の医師			□	/			□	/			□	/	2 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師(又は保健師)			□	□			□	□			□	□	3 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士			□	/			□	/			□	/
区 分	氏 名	経験年数	常 勤	研 修 受 講																																										
1 糖尿病指導の経験を有する専任の医師			□	/																																										
			□	/																																										
			□	/																																										
2 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師(又は保健師)			□	□																																										
			□	□																																										
			□	□																																										
3 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士			□	/																																										
			□	/																																										
			□	/																																										
902	様式 20	<p style="text-align: center;">在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類</p> <p>※表中、「3.」の欄を次のように変更</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">3 当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況 (過去1か月間)</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>・ 入院患者数 (延べ患者数)</td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>・ 外来患者数 (延べ患者数)</td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>・ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数 (延べ患者数)</td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> </table>	3 当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況 (過去1か月間)		・ 入院患者数 (延べ患者数)	名	・ 外来患者数 (延べ患者数)	名	・ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数 (延べ患者数)	名																																				
3 当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況 (過去1か月間)																																														
・ 入院患者数 (延べ患者数)	名																																													
・ 外来患者数 (延べ患者数)	名																																													
・ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数 (延べ患者数)	名																																													
917	様式 40	<p>※様式 34 を削除し、様式 40 の追加</p> <p style="text-align: center;">無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">薬剤師</td> <td style="width: 40%;">常 勤 (2名以上)</td> <td style="width: 20%;">名</td> <td style="width: 20%;">非常勤</td> <td style="width: 20%;">名</td> </tr> <tr> <td colspan="3">無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 (5平方メートル以上)</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">平方メートル</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">無菌処理施設</td> <td colspan="4">1 無菌室</td> </tr> <tr> <td colspan="4">2 クリーンベンチ</td> </tr> <tr> <td colspan="4">3 安全キャビネット (番号に○をつけること。)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">形 式 ・ 規 格</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">空 気 清 浄 度、集 塵 効 率 等</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">台 数 等</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	薬剤師	常 勤 (2名以上)	名	非常勤	名	無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 (5平方メートル以上)			平方メートル		無菌処理施設	1 無菌室				2 クリーンベンチ				3 安全キャビネット (番号に○をつけること。)				形 式 ・ 規 格				空 気 清 浄 度、集 塵 効 率 等				台 数 等												
薬剤師	常 勤 (2名以上)	名	非常勤	名																																										
無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 (5平方メートル以上)			平方メートル																																											
無菌処理施設	1 無菌室																																													
	2 クリーンベンチ																																													
	3 安全キャビネット (番号に○をつけること。)																																													
	形 式 ・ 規 格																																													
空 気 清 浄 度、集 塵 効 率 等																																														
台 数 等																																														

		<p>無菌製剤処理用器具・備品等の一覧</p>						
		<p>[記載上の注意]</p> <p>1 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。</p> <p>2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。</p>						
923	様式44の3	<p>〔 認知療法・認知行動療法1 〕 の施設基準に係る届出書 〔 認知療法・認知行動療法2 〕</p> <p>《表略》</p> <p>[記載上の注意]</p> <p>1 ~ 2 《略》</p> <p>3 認知療法・認知行動療法1を届け出る場合、当該精神保健指定医の届出前直近1年間 <del>（届出の前年度1年間？）</del> の実績を記載し、《以下略》</p>						
937	様式61	<p>両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出書添付書類</p> <p>※表中、「7」の欄を次のように変更</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">(承認番号)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(一般的名称)</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液学的検査</li> <li>・ 生化学的検査</li> <li>・ 画像診断</li> </ul> </td> <td></td> </tr> </table>	7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器	(承認番号)	(一般的名称)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液学的検査</li> <li>・ 生化学的検査</li> <li>・ 画像診断</li> </ul>	
7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器	(承認番号)							
(一般的名称)								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液学的検査</li> <li>・ 生化学的検査</li> <li>・ 画像診断</li> </ul>								
940	様式64	<p>補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類</p> <p>※表中、「5」の欄を次のように変更</p>						

		<p>5 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) (承認番号)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液学的検査</li> <li>・ 生化学的検査</li> <li>・ 画像診断</li> </ul>
941	様式 65	<p>植込型補助人工心臓（拍動流型）の施設基準に係る届出書添付書類 ※表中、「7」の欄を次のように変更</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) (承認番号)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液学的検査</li> <li>・ 生化学的検査</li> <li>・ 画像診断</li> </ul> </div>
942	様式 65 の 3	<p>植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に係る届出書添付書類 ※表中、「7」の欄を次のように変更</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) (承認番号)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液学的検査</li> <li>・ 生化学的検査</li> <li>・ 画像診断</li> </ul> </div>



2. 平成24年3月14日付 厚生労働省保険局医療課事務連絡による正誤

ページ	項目	正誤
<b>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</b>		
541	第2 届出に関する手続き	7 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日から当該届出に係る診療報酬を算定する。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該月の1日から算定する。なお、平成24年4月 <del>14</del> 16日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件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日に遡って算定することができるものとする。
543	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 <del>入院基本料及び特定入院料（栄養管理体制経過措置）</del> <u>入院基本料及び特定入院料（様式5）（平成24年3月31日において、褥瘡患者管理加算の届出を行っていない保険医療機関及び、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって栄養管理体制の基準を満たしているものに限る。）</u> <u>入院基本料及び特定入院料（様式5の2）（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保険医療機関であって、栄養管理体制の経過措置に該当する保険医療機関に限る。）</u> 一般病棟入院基本料（7対1入院基本料（経過措置）） <<以下略>>
<b>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</b>		
627	第2 届出に関する手続き	7 4に定めるもののほか、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日から当該届出に係る診療報酬を算定する。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該月の1日から算定する。なお、平成24年4月 <del>14</del> 16日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件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日に遡って算定することができるものとする。
628	第4 経過措置等	表1 新たに施設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点数を算定するに当たり届出の必要なもの 外来緩和ケア管理料 <<略>> 歯科画像診断管理加算2 <u>C T撮影及びMRI撮影（64列以上のマルチスライスC T装置及び3テスラ以上のMRI装置に限る。）</u> 大腸C T撮影加算 <<以下略>>
629	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及び保険薬局であっても、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 <u>C T撮影及びMRI撮影（医療機器の保守管理計画等）</u> <u>基準調剤加算</u> 後発医薬品調剤体制加算1、2及び3
629	第4 経過措置等	表3 施設基準等の名称が変更されたが、平成24年3月31日において現に

		当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの	
在宅療養支援診療所		→	別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所
《略》			
埋込型補助人工心臓		→	植込型補助人工心臓（拍動流型）
<del>基準調剤</del>		⇒	<del>基準調剤加算</del>