

事務連絡
令和4年8月31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） 御中
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）

厚生労働省保険局医療課

令和4年度診療報酬改定関連通知等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4までのおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添1の問100及び問178中「術後麻酔管理領域」を「術中麻酔管理領域」に訂正します。

- ・「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」
（令和4年3月4日保医発0304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」
（令和4年3月4日保医発0304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」
（令和4年3月4日保医発0304第3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」
（令和4年3月25日保医発0325第1号）（別添4）

(別添1)

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
(令和4年3月4日保医発0304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10部 手術

第1節 手術料

第2款 筋骨格系、四肢、体幹

K080-7 上腕二頭筋腱固定術

上腕二頭筋腱固定術は、上腕二頭筋長頭腱損傷（保存的治療が奏功しないものに限る。）
に対し、~~インターフェアレンススクリュー~~~~インターフェアレネンススクリュー~~を用いて固定を行
った場合に算定する。

(別添 2)

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
(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号)

別添 7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

地域包括ケア病棟入院料1・2・3・4（いずれかに○）の
施設基準に係る届出書添付書類

当該病棟 〔一般・療養〕	病棟名		
	病床数	床	
	看護職員配置加算に係る届出	<input type="checkbox"/>	
	看護補助者配置加算に係る届出	<input type="checkbox"/>	
	看護補助体制充実加算に係る届出	<input type="checkbox"/>	
	看護職員夜間配置加算に係る届出	<input type="checkbox"/>	
	「注2」に規定する点数の届出	<input type="checkbox"/>	
入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		<input type="checkbox"/>	
適切な意思決定支援に係る指針を定めていること		<input type="checkbox"/>	
第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていること		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		(いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	(専従となった年月: 年 月)
当該病棟の状況	当該病棟の病室部分の面積		m ² (1床当たり面積 m ²)
	① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		%
	③ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名
	内訳	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
		(2) 介護老人保健施設	名
		(3) 有床診療所	名
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当する病床	名
		(5) (1)～(4)を除く病院	名
④ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
在宅等へ退出した患者の割合 ((1)+(4))/(③+④)		%	
医療機関の	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院の届出 <input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 <input type="checkbox"/> 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 <input type="checkbox"/> 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること		
	廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定		着工予定 年 月 完成予定 年 月

廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定		着工予定 年 月		
		完成予定 年 月		
入院料 1・3に係る要件	当該病棟の状況	⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者延 △数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名	
		⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から入 棟した患者数	名	
		自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤)	%	
		直近3月間における自宅等からの緊急入院患者 の受入患者数	名	
	医療機関の状況(いずれか2つ)	<input type="checkbox"/> 直近3月間における在宅患者訪問診療料の算 定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 直近3月間における当該医療機関での在宅患 者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看 護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Iの 算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 直近3月間における同一敷地内又は隣接する 敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護 基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の 算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 直近3月間における在宅患者訪問リハビリ テーション指導管理料の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーシ ョン、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハ ビリテーションを提供している施設が同一の 敷地内又は隣接する敷地内にあること。 (直近3月間における提供実績を記載)	訪問介護	回
			訪問看護	回
			訪問リハビリテー ション	回
	介護予防訪問看護		回	
	<input type="checkbox"/> 直近3月間における退院時共同指導料2又は 外来在宅共同指導料1の算定回数	回		
(療養病床の状況は必ず全て 記載すること)	⑦ 直近3月間における当該病棟の入院患者延 △数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名		
	⑧ ⑦のうち自宅又は有料老人ホーム等から入 棟した患者数	名		
	<input type="checkbox"/> 自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑧/⑦)	%		
	<input type="checkbox"/> 直近3月間における自宅等からの緊急入院患 者の受入患者数	名		

入院料2・4に係る要件（いずれか1つ）	医療機関の状況	<input type="checkbox"/>	直近3月間における在宅患者訪問診療料の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Iの算定回数	回	
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/>	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。（直近3月間における提供実績を記載）	訪問介護	回
				訪問看護	回
				訪問リハビリテーション	回
介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション	回				
<input type="checkbox"/>	直近3月間における退院時共同指導料2又は外来在宅共同指導料1の算定回数	回			
許可病床数200床以上に係る要件	当該病棟の状況	⑨	直近3月間における当該病棟の入院患者延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）	名	
		⑩	⑨のうち同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者数	名	
			同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合 （⑩／⑨）	%	
データ提出加算の届出（適合する場合☑）		<input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出			
入退院支援加算1		<input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出 <input type="checkbox"/> 届出なし			
疾患別リハビリテーションの届出（該当の区分に○）		心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ） 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） がん患者リハビリテーション料			

〔記載上の注意〕

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「（常勤換算）」と記入すること。
- 当該病棟の平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 注2に規定する点数に係る病室は、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、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）において、届出が可能である。
- 看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算又は看護職員夜間配置加算を届け出の場合は様式13の3を添付すること。
- 適切な意思決定支援に関する指針に関する資料については、添付不要である。

地域包括ケア入院医療管理料1・2・3・4（いずれかに○）等の
施設基準に係る届出書添付書類

当該病床届出病棟 〔一般・療養〕	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) 床	
		病床数（上記を含む）	床	
	看護職員配置加算に係る届出		<input type="checkbox"/>	
	看護補助者配置加算に係る届出		<input type="checkbox"/>	
	看護補助体制充実加算		<input type="checkbox"/>	
	看護職員夜間配置加算に係る届出		<input type="checkbox"/>	
	「注2」に規定する点数の届出		<input type="checkbox"/>	
A317 特定一般病棟入院料の「注7」に 規定する点数の届出		<input type="checkbox"/>		
許可病床数			床	
入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置			<input type="checkbox"/>	
適切な意思決定支援に係る指針を定めていること			<input type="checkbox"/>	
第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていること			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 (A317特定一般病棟入院料の場合は専任でよい)			(いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 (専従となった年月: 年 月)	
当該病棟・ 入院医療管理届出 病床の状況	当該入院医療管理病室部分の面積		m ² (1床当たり面積 m ²)	
	① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名	
	② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名	
	認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		%	
	③ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
	内訳	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)		名
		(2) 介護老人保健施設		名
		(3) 有床診療所		名
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイ の(イ)に該当する病床		名
		(5) (1)～(4)を除く病院、診療所		名
④ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名		
在宅等へ退出した患者の割合 ((1) + (4)) / (③ + ④)		%		

医療機関の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院の届出 <input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 <input type="checkbox"/> 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 <input type="checkbox"/> 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること			
	廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定			
		着工予定 年 月 完成予定 年 月		
入院医療管理料1・3に係る要件	当該病棟の状況	<input type="checkbox"/> ⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者延べ数 (算出期間 年 月 日～年 月 日)	名	
		<input type="checkbox"/> ⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数	名	
		自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤)	%	
		直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数	名	
	医療機関の状況(いずれか2つ)	<input type="checkbox"/> 直近3月間における在宅患者訪問診療料の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Iの算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 直近3月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 直近3月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数	回	
		<input type="checkbox"/> 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。 (直近3月間における提供実績を記載)	訪問介護	回
			訪問看護	回
	訪問リハビリテーション		回	
<input type="checkbox"/> 直近3月間における退院時共同指導料2又は外来在宅共同指導料1の算定回数	回			
	介護予防訪問看護	回		
	介護予防訪問リハビリテーション	回		

入院医療管理料2・4に係る要件（いずれか1つ）	（療養病床の場合） 記載することは必ず全て	⑦ 直近3月間における当該病棟の入院患者延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）		名
		⑧ ⑦のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数		名
		<input type="checkbox"/>	自宅等から入棟した患者の占める割合 （⑧／⑦）	%
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数	名
	医療機関の状況	<input type="checkbox"/>	直近3月間における在宅患者訪問診療料の算定回数	回
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数	回
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数	回
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数	回
		<input type="checkbox"/>	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。 （直近3月間における提供実績を記載）	訪問介護 回 訪問看護 回 訪問リハビリテーション 回 介護予防訪問看護 回 介護予防訪問リハビリテーション 回
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における退院時共同指導料2又は外来在宅共同指導料1の算定回数	回
データ提出加算の届出（適合する場合☑）		<input type="checkbox"/> 既届出	<input type="checkbox"/> 今回届出	
入退院支援加算1		<input type="checkbox"/> 既届出	<input type="checkbox"/> 今回届出 <input type="checkbox"/> 届出なし	
疾患別リハビリテーションの届出（該当の区分に○）		心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ） 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） がん患者リハビリテーション料		

〔記載上の注意〕

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「（常勤換算）」と記入すること。
- 当該入院医療管理病床の平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 注2に規定する点数に係る病室は、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、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）において、届出が可能である。
- A317特定一般病棟入院料の注7に係る病室の届出を行う場合は、『A317 特定一般病棟入院料の「注7」に規定する点数の届出』の□に「レ」を記入し、『「注2」に規定する点数の届出』は記入しないこと。
- 適切な意思決定支援に関する指針に関する資料については、添付不要である。
- 看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式13の3を添付すること。

(別添3)

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
(令和4年3月4日保医発0304第3号)

第1 特掲診療料の施設基準等

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの） (腹十二局) 第 号
腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）） (腹胃切支) 第 号
腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）） (腹側胃切支) 第 号
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）） (腹胃全) 第 号
腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの） (腹胃縮) 第 号
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 (バ経静脈) 第 号
腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） (腹総拡支) 第 号
腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの） (腹胆床) 第 号

第73の2の2 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

- 1 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

(5) 当該保険医療機関において、腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を通算3例以上実施していること。また、以下のアからエまでの手術を合わせて年間20例以上実施しており、このうち、~~イの手術を10例以上、~~ウ又はエの手術を10例以上実施していること。

ア 肝切断術（部分切除及び外側区域切除）

イ 肝切除術（亜区域切除、1区域切除（外側区域切除を除く。）、2区域切除及び3区域切除以上のもの）

ウ 腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除）

エ 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、1区域切除（外側区域切除を除く。）、2区域切除及び3区域切除以上のもの）

様式 42

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)	() 脳血管疾患等リハビリテーション(I) () 脳血管疾患等リハビリテーション(II) () 脳血管疾患等リハビリテーション(III) () 運動器リハビリテーション(I) () 運動器リハビリテーション(II) () 運動器リハビリテーション(III) () 呼吸器リハビリテーション(I) () 呼吸器リハビリテーション(II)								
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任 (常勤換算)	(名 名)		
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名		
			専 任	名		専 任	名		
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名 名)		
			専 任	名		専 任	名		
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名 名)		
			専 任	名		専 任	名		
	言 語 聴 覚 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名 名)		
			専 任	名		専 任	名		
	経 験 を 有 す る 従 事 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名		
			専 任	名		専 任	名		
	治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積				平方メートル				
当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧									
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 訓練マット <input type="checkbox"/> 治療台 <input type="checkbox"/> 砂囊などの重錘 <input type="checkbox"/> 各種歩行補助具 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具 (角度計、握力計等) <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 各種車椅子 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 傾斜台 <input type="checkbox"/> 各種装具 (長・短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 家事用設備 <input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備 <input type="checkbox"/> 聴力検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音装置 <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器 <input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器 </td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 訓練マット <input type="checkbox"/> 治療台 <input type="checkbox"/> 砂囊などの重錘 <input type="checkbox"/> 各種歩行補助具 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具 (角度計、握力計等) <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 各種車椅子	<input type="checkbox"/> 傾斜台 <input type="checkbox"/> 各種装具 (長・短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 家事用設備 <input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備 <input type="checkbox"/> 聴力検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音装置 <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器 <input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器
<input type="checkbox"/> 訓練マット <input type="checkbox"/> 治療台 <input type="checkbox"/> 砂囊などの重錘 <input type="checkbox"/> 各種歩行補助具 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具 (角度計、握力計等) <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 各種車椅子	<input type="checkbox"/> 傾斜台 <input type="checkbox"/> 各種装具 (長・短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 家事用設備 <input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備 <input type="checkbox"/> 聴力検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音装置 <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器 <input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器								

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無	
リハビリテーション科の 医師の氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算
		<input type="checkbox"/> 常勤換算

[記載上の注意]

- 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
- 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。
- その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - 定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。なお、当該医師については、リハビリテーションに専ら従事している医師であること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22-24時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 具備している器械・器具について口に「✓」を記入すること。

(別添 4)

「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
(令和 4 年 3 月 25 日保医発 0325 第 1 号)

別添 1

「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)の
一部改正について

別紙 1 診療報酬請求書等の記載要領

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(医科)

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和 4 年 4 月 1 日 適用
149	B011	連携強化診療情報提供料	(妊婦である場合)当該患者が妊娠している者である旨記載すること。	820100579	妊娠中妊婦(連携強化診療情報提供料)	※
			(産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等と他の保険医療機関が連携した場合)前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100415	前回算定年月(連携強化診療情報提供料);(元号)yy”年”mm”月”	※
				820190050	初回(連携強化診療情報提供料)	※
222	C150	血糖自己測定器加算	(「7 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合)1月に行われた血糖自己測定の回数を記載すること。	842100048	1月に行われた血糖自己測定回数(血糖自己測定器加算);*****	※

別表Ⅲ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）

項番	区分等	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言	別表 I・II	重複するレセプト 電算処理システム 用コード
2	D007の 26 25	フェリチン	（同一月に2回以上の算定の場合）当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100013	検査実施年月日及び検査結果（フェリチン）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”検査値：*****		
29 32	医薬品	エポジン注シリンジ1500 エポジン注シリンジ3000 エポジン注シリンジ6000 エポジン皮下注シリンジ24000	（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合）本製剤を投与するに当たって、投与以前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100081	検査実施年月日及びHb濃度値（エポジン注シリンジ1500等）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”検査値：*****	II	830600018