

施設基準等の事務手引（令和4年4月版） 追補(2)

令和4年11月 社会保険研究所

以下の告示、通知、事務連絡等により、本書の内容に一部改正、訂正、追加情報等がありましたので、追補いたします。

- 令和4年7月13日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その18）
- 令和4年7月26日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その19）
- 令和4年8月17日 厚生労働省告示第250号 使用薬剤の薬価（薬価基準）及び特掲診療料の施設基準等の一部を改正する告示
- 令和4年8月24日 保医発0824第4号 検査料の点数の取扱いについて
厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その23）
- 令和4年8月31日 厚生労働省告示第263号 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特掲診療料の施設基準等の一部を改正する告示
保医発0831第4号 「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」等の一部改正について
- 令和4年9月5日 厚生労働省告示第269号 診療報酬の算定方法の一部を改正する件
厚生労働省告示第270号 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件
厚生労働省告示第271号 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件
保医発0905第1号 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いについて
保医発0905第2号 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（看護の処遇改善）
厚生労働省保険局医療課事務連絡 看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）
厚生労働省保険局医療課事務連絡 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）
- 令和4年9月7日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和4年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて
- 令和4年9月27日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その28）
厚生労働省保険局医療課事務連絡 看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その2）
- 令和4年9月29日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて
- 令和4年9月30日 保医発0930第7号 「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」等の一部改正について
保医発0930第9号 検査料の点数の取扱いについて
- 令和4年10月27日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和4年度診療報酬改定の施設基準における経過措置の届出に係る特例的な取扱いについて
- 令和4年11月9日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 入院時における付添いの受入れ等にかかる留意事項について
厚生労働省医政局地域医療計画課／新型コロナウイルス感染症対策推進本部／社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡 特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて
- 令和4年11月15日 厚生労働省告示第332号 使用薬剤の薬価（薬価基準）及び特掲診療料の施設基準等の一部を改正する告示
- 令和4年11月16日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その32）

目次

新規項目

1	看護における処遇改善（令和4年10月1日実施）	2
2	オンライン資格確認の導入の原則義務付け（令和5年4月1日実施）及び診療報酬上の加算の取扱いの変更（令和4年10月1日実施）	16
3	医療機器及び医療材料の保険適用	25
4	検査の保険適用	28

既存項目の通知・事務連絡等による訂正・疑義解釈資料の追加・経過措置等

5	事務連絡等による訂正・項目新設等に伴う改正等	29
6	疑義解釈資料	52
7	経過措置の取扱い	58
8	関係事務連絡	63

※新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについての追加情報は、社会保険研究所ウェブサイト「追補・訂正表」「診療報酬関連情報ナビ」に随時掲載していますので、参照ください。

<https://www.shaho.co.jp/publication/addendum/>

➡【参考資料】新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて

<https://www.shaho.co.jp/publication/navi/> ➡ 

1 看護における処遇改善（令和4年10月1日実施）

地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員等を対象に、令和4年（2022年）10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みとして、「**看護職員処遇改善評価料**」が新設されました。以下の施設基準に適合しているとして届け出た保険医療機関で、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く）の算定患者について、1日につき1回算定することができます。

「看護職員処遇改善評価料」の概要については、社会保険旬報 **Web 医療と介護**の「**【医科】看護職員処遇改善評価料を新設 令和4年10月からの看護職員の処遇改善**」を参照ください。

<https://info.shaho.co.jp/iryou/column/202209/14692>

A500 歯科A500

看護職員処遇改善評価料 新

届 報

施設基準告示 第十の二 看護職員処遇改善評価料の施設基準

- 一 次のいずれかに該当すること。
 - (1) 救急医療管理加算【A205→243頁】に係る届出を行っている保険医療機関であって、救急搬送に係る実績を一定程度有しているものであること。
 - (2) 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターその他の急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されている保険医療機関であること。
- 二 それぞれの評価料に対応する数（当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師及び准看護師（以下「看護職員等」という。）の数を入院患者の数で除して得た数をいう。）を算出していること。
- 三 看護職員等の処遇の改善に係る計画を作成していること。
- 四 前号の計画に基づく看護職員等の処遇の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

取扱い通知 看護職員処遇改善評価料の施設基準等

（令和4年9月5日保医発0905第2号〈別添2〉）

看護職員処遇改善評価料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、以下のとおりとする。

1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準

- (1) 以下のいずれかに該当すること。
 - ア 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。
 - (イ) 区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - (ロ) 救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプター（救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第2条に規定する救急医療用ヘリコプターをいう。）による搬送件数（以下「救急搬送実績」という。）が、年間で200件以上であること。
 - イ 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）に定める第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は第5「小児救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。
- (2) 救急搬送実績については、以下の取扱いとする。
 - ア 救急搬送実績は、賃金の改善を実施する期間を含む年度（以下「賃金改善実施年度」という。）の前々年度1年間における実績とすること。
 - イ アにかかわらず、新規届出を行う保険医療機関については、新規届出を行った年度に限り、賃金改善実施年度の前年度1年間における実績とすること。
 - ウ ア及びイにかかわらず、令和4年度中に新規届出を行う「令和4年度（令和3年度からの繰越分）看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和2年度における実績とすること。
 - エ 現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関については、賃金改善実施年度の前々年度1年間の救急搬送実績が(1)のアの(ロ)の基準を満たさない場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間における救急搬送実績が100件以上である場合は、同(ロ)の基準を満たすものとみなすこと。ただし、本文の規定を適用した年度の翌年度においては、本文の規定は、適用しないこと。
- (3) 当該評価料を算定する場合は、当該保険医療機関に勤務する看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師（非常勤職員を含む。）をいう。以下同じ。）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等（退職手当を除く。）を含む。以下同じ。）の改善を実施しなければならないこと。
 この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関に勤務する看護職員等に加え、当該保険医療機関の実情に応じて、当該保険医療機関に勤務する看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表1【→本追補5枚目】に定めるコメディカルである職員（非常勤職員を含む。）も加えることができること。

- (4) (3)について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならないこと。

また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

- (5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。

ただし、「令和4年度（令和3年度からの繰越分）看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。

- (6) 当該評価料を算定する場合は、当該保険医療機関における看護職員等の数（保健師、助産師、看護師及び准看護師の常勤換算の数をいう。以下同じ。）及び延べ入院患者数（入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者の延べ人数をいう。以下同じ。）を用いて次の式により算出した数【A】に基づき、別表2【→本追補5枚目】に従い該当する区分を届け出ること。

常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

$$【A】 = \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額(当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000 \text{円} \times 1.165)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

- (7) (6)について、算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表3【→本追補9枚目】のとおりとする。「看護職員等の数」は、別表3の対象となる3か月の期間の各月1日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は別表3の対象となる3か月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、別表3のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生（支）局長に届出を行った上で、翌月（毎年4、7、10、1月）から変更後の区分に基づく点数を算定すること。新規届出時（区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。）は、直近の別表3の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表3の対象となる3か月の「看護職員等の数」、「延べ入院患者数」及び【A】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

- (8) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
(9) 当該保険医療機関は、(3)の賃金の改善措置の対象者に対して、賃金改善を実施する方法等について、3の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、当該対象者から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

2 届出に関する手続き等

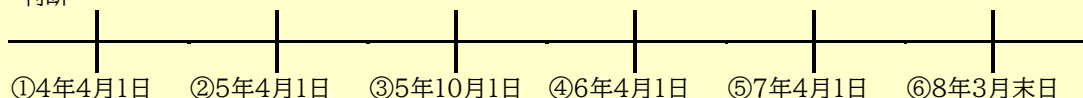
- (1) 看護職員処遇改善評価料の届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績を要しない。ただし、救急搬送実績については、1の(2)によること。

なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものとする。

新規届出の場合

例：令和5年10月1日から算定を開始する場合

- ③から④の前日までの期間については、前年度（①から②の前日まで）の救急搬送実績により1(1)ア(ロ)の適合性を判断
- ④から⑤の前日までの期間は、前々年度（①から②の前日まで）の救急搬送実績により1(1)ア(ロ)の適合性を判断
- ⑤から⑥までの期間は、前々年度（②から④の前日まで）の救急搬送実績により1(1)ア(ロ)の適合性を判断



- (2) 地方厚生（支）局長は、看護職員処遇改善評価料の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こと。

看護職員処遇改善評価料（1～165）

（看処遇1～165）第 号

- (3) 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。

ただし、1の(6)及び(7)に基づき算出する【A】に従って区分の変更を届け出る場合については、別表3に従い、「算定を開始する月」の最初の開庁日までに要件審査を終え、届出を受理した場合に、「算定を開始する月」の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。

なお、令和4年10月20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。

3 届出に関する事項

- (1) 看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出及び1の(6)及び(7)に基づき、新規届出時及び毎年3、6、9、12月において算出した該当する区分に係る届出は、様式1【→本追補10枚目】を用いること。
- (2) 1の(6)に基づき算出した看護職員処遇改善評価料の見込額、賃金改善の見込額、賃金改善実施期間、賃金改善を行う賃金項目及び方法等について記載した「賃金改善計画書」を、様式2【→本追補11枚目】により新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年7月において、地方厚生（支）局長に届け出ること。
- (3) 毎年7月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を様式3【→本追補13枚目】により作成し、地方厚生（支）局長に報告すること。
- (4) 事業の継続を図るため、職員の賃金水準（看護職員処遇改善評価料による賃金改善分を除く。）を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、様式4【→本追補15枚目】により作成し、届け出ること。
 なお、年度を超えて看護職員等の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。
- (5) 保険医療機関は、看護職員処遇改善評価料の算定に係る書類（「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等）を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

「看護職員処遇改善評価料」の診療報酬、疑義解釈資料等については、社会保険研究所ウェブサイト「追補・訂正表」の「【特集】看護職員処遇改善評価料の新設（令和4年10月～）、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設（令和4年10月～）、オンライン資格確認導入の原則義務化（令和5年4月～）」を参照ください。

<https://www.shaho.co.jp/publication/addendum/>

診療報酬

点数表 <https://www.shaho.co.jp/wp-content/uploads/2022/09/220905k269.pdf>
 留意事項通知 <https://www.shaho.co.jp/wp-content/uploads/2022/09/220905t2.pdf>

疑義解釈資料

その1 <https://www.shaho.co.jp/wp-content/uploads/2022/09/220905j2.pdf>
 その2 <https://www.shaho.co.jp/wp-content/uploads/2022/09/220927j1.pdf>

別表 1（看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とすることができるコメディカル）

- ア 視能訓練士
- イ 言語聴覚士
- ウ 義肢装具士
- エ 歯科衛生士
- オ 歯科技工士
- カ 診療放射線技師
- キ 臨床検査技師
- ク 臨床工学技士
- ケ 管理栄養士
- コ 栄養士
- サ 精神保健福祉士
- シ 社会福祉士
- ス 介護福祉士
- セ 保育士
- ソ 救急救命士
- タ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
- チ 柔道整復師
- ツ 公認心理師
- テ その他医療サービスを患者に直接提供している職種

別表 2（看護職員処遇改善評価料の区分）

【A】				看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5	未満			看護職員処遇改善評価料 1	1 点
1.5	以上	2.5	未満	看護職員処遇改善評価料 2	2 点
2.5	以上	3.5	未満	看護職員処遇改善評価料 3	3 点
3.5	以上	4.5	未満	看護職員処遇改善評価料 4	4 点
4.5	以上	5.5	未満	看護職員処遇改善評価料 5	5 点
5.5	以上	6.5	未満	看護職員処遇改善評価料 6	6 点
6.5	以上	7.5	未満	看護職員処遇改善評価料 7	7 点
7.5	以上	8.5	未満	看護職員処遇改善評価料 8	8 点
8.5	以上	9.5	未満	看護職員処遇改善評価料 9	9 点
9.5	以上	10.5	未満	看護職員処遇改善評価料 10	10 点
10.5	以上	11.5	未満	看護職員処遇改善評価料 11	11 点
11.5	以上	12.5	未満	看護職員処遇改善評価料 12	12 点
12.5	以上	13.5	未満	看護職員処遇改善評価料 13	13 点
13.5	以上	14.5	未満	看護職員処遇改善評価料 14	14 点
14.5	以上	15.5	未満	看護職員処遇改善評価料 15	15 点
15.5	以上	16.5	未満	看護職員処遇改善評価料 16	16 点

16.5	以上	17.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 17	17 点
17.5	以上	18.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 18	18 点
18.5	以上	19.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 19	19 点
19.5	以上	20.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 20	20 点
20.5	以上	21.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 21	21 点
21.5	以上	22.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 22	22 点
22.5	以上	23.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 23	23 点
23.5	以上	24.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 24	24 点
24.5	以上	25.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 25	25 点
25.5	以上	26.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 26	26 点
26.5	以上	27.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 27	27 点
27.5	以上	28.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 28	28 点
28.5	以上	29.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 29	29 点
29.5	以上	30.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 30	30 点
30.5	以上	31.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 31	31 点
31.5	以上	32.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 32	32 点
32.5	以上	33.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 33	33 点
33.5	以上	34.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 34	34 点
34.5	以上	35.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 35	35 点
35.5	以上	36.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 36	36 点
36.5	以上	37.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 37	37 点
37.5	以上	38.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 38	38 点
38.5	以上	39.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 39	39 点
39.5	以上	40.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 40	40 点
40.5	以上	41.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 41	41 点
41.5	以上	42.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 42	42 点
42.5	以上	43.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 43	43 点
43.5	以上	44.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 44	44 点
44.5	以上	45.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 45	45 点
45.5	以上	46.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 46	46 点
46.5	以上	47.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 47	47 点
47.5	以上	48.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 48	48 点
48.5	以上	49.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 49	49 点
49.5	以上	50.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 50	50 点
50.5	以上	51.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 51	51 点
51.5	以上	52.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 52	52 点
52.5	以上	53.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 53	53 点
53.5	以上	54.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 54	54 点
54.5	以上	55.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 55	55 点
55.5	以上	56.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 56	56 点
56.5	以上	57.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 57	57 点

57.5	以上	58.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 58	58 点
58.5	以上	59.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 59	59 点
59.5	以上	60.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 60	60 点
60.5	以上	61.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 61	61 点
61.5	以上	62.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 62	62 点
62.5	以上	63.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 63	63 点
63.5	以上	64.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 64	64 点
64.5	以上	65.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 65	65 点
65.5	以上	66.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 66	66 点
66.5	以上	67.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 67	67 点
67.5	以上	68.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 68	68 点
68.5	以上	69.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 69	69 点
69.5	以上	70.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 70	70 点
70.5	以上	71.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 71	71 点
71.5	以上	72.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 72	72 点
72.5	以上	73.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 73	73 点
73.5	以上	74.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 74	74 点
74.5	以上	75.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 75	75 点
75.5	以上	76.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 76	76 点
76.5	以上	77.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 77	77 点
77.5	以上	78.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 78	78 点
78.5	以上	79.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 79	79 点
79.5	以上	80.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 80	80 点
80.5	以上	81.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 81	81 点
81.5	以上	82.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 82	82 点
82.5	以上	83.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 83	83 点
83.5	以上	84.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 84	84 点
84.5	以上	85.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 85	85 点
85.5	以上	86.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 86	86 点
86.5	以上	87.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 87	87 点
87.5	以上	88.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 88	88 点
88.5	以上	89.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 89	89 点
89.5	以上	90.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 90	90 点
90.5	以上	91.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 91	91 点
91.5	以上	92.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 92	92 点
92.5	以上	93.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 93	93 点
93.5	以上	94.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 94	94 点
94.5	以上	95.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 95	95 点
95.5	以上	96.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 96	96 点
96.5	以上	97.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 97	97 点
97.5	以上	98.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 98	98 点

98.5	以上	99.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 99	99 点
99.5	以上	100.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 100	100 点
100.5	以上	101.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 101	101 点
101.5	以上	102.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 102	102 点
102.5	以上	103.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 103	103 点
103.5	以上	104.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 104	104 点
104.5	以上	105.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 105	105 点
105.5	以上	106.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 106	106 点
106.5	以上	107.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 107	107 点
107.5	以上	108.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 108	108 点
108.5	以上	109.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 109	109 点
109.5	以上	110.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 110	110 点
110.5	以上	111.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 111	111 点
111.5	以上	112.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 112	112 点
112.5	以上	113.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 113	113 点
113.5	以上	114.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 114	114 点
114.5	以上	115.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 115	115 点
115.5	以上	116.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 116	116 点
116.5	以上	117.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 117	117 点
117.5	以上	118.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 118	118 点
118.5	以上	119.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 119	119 点
119.5	以上	120.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 120	120 点
120.5	以上	121.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 121	121 点
121.5	以上	122.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 122	122 点
122.5	以上	123.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 123	123 点
123.5	以上	124.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 124	124 点
124.5	以上	125.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 125	125 点
125.5	以上	126.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 126	126 点
126.5	以上	127.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 127	127 点
127.5	以上	128.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 128	128 点
128.5	以上	129.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 129	129 点
129.5	以上	130.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 130	130 点
130.5	以上	131.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 131	131 点
131.5	以上	132.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 132	132 点
132.5	以上	133.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 133	133 点
133.5	以上	134.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 134	134 点
134.5	以上	135.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 135	135 点
135.5	以上	136.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 136	136 点
136.5	以上	137.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 137	137 点
137.5	以上	138.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 138	138 点
138.5	以上	139.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 139	139 点

139.5	以上	140.5	未満	看護職員処遇改善評価料 140	140 点
140.5	以上	141.5	未満	看護職員処遇改善評価料 141	141 点
141.5	以上	142.5	未満	看護職員処遇改善評価料 142	142 点
142.5	以上	143.5	未満	看護職員処遇改善評価料 143	143 点
143.5	以上	144.5	未満	看護職員処遇改善評価料 144	144 点
144.5	以上	147.5	未満	看護職員処遇改善評価料 145	145 点
147.5	以上	155.0	未満	看護職員処遇改善評価料 146	150 点
155.0	以上	165.0	未満	看護職員処遇改善評価料 147	160 点
165.0	以上	175.0	未満	看護職員処遇改善評価料 148	170 点
175.0	以上	185.0	未満	看護職員処遇改善評価料 149	180 点
185.0	以上	195.0	未満	看護職員処遇改善評価料 150	190 点
195.0	以上	205.0	未満	看護職員処遇改善評価料 151	200 点
205.0	以上	215.0	未満	看護職員処遇改善評価料 152	210 点
215.0	以上	225.0	未満	看護職員処遇改善評価料 153	220 点
225.0	以上	235.0	未満	看護職員処遇改善評価料 154	230 点
235.0	以上	245.0	未満	看護職員処遇改善評価料 155	240 点
245.0	以上	255.0	未満	看護職員処遇改善評価料 156	250 点
255.0	以上	265.0	未満	看護職員処遇改善評価料 157	260 点
265.0	以上	275.0	未満	看護職員処遇改善評価料 158	270 点
275.0	以上	285.0	未満	看護職員処遇改善評価料 159	280 点
285.0	以上	295.0	未満	看護職員処遇改善評価料 160	290 点
295.0	以上	305.0	未満	看護職員処遇改善評価料 161	300 点
305.0	以上	315.0	未満	看護職員処遇改善評価料 162	310 点
315.0	以上	325.0	未満	看護職員処遇改善評価料 163	320 点
325.0	以上	335.0	未満	看護職員処遇改善評価料 164	330 点
335.0	以上			看護職員処遇改善評価料 165	340 点

別表 3（算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定する期間）

算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3 月	前年 12 月～2 月	4 月
6 月	3～5 月	7 月
9 月	6～8 月	10 月
12 月	9～11 月	翌年 1 月

様式1

看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出書添付書類（新規・3、6、9、12月の区分変更）

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 該当する届出

算出を行う月

☐ 新規
☐ 区分変更

☐ 3月 ☐ 6月 ☐ 9月 ☐ 12月

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

3 「令和4年度(令和3年度からの繰越分)看護職員等処遇改善事業補助金」の交付状況

(新規届出時以外は記載を省略して差し支えない。)

☐ 交付あり

☐ 交付なし

4 該当するものを選択すること(新規届出時以外は記載を省略して差し支えない。)

☐ 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている

(ロ) 救急搬送実績が、年間で200件以上であること

救急搬送実績: 件 (期間: 令和 年度)

☐ 救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること

5 看護職員等の数、延べ入院患者数、【A】の値

① 算出の際に用いる看護職員等の数、延べ入院患者数の期間(いずれかを選択)

☐ 前年12月～2月

☐ 3～5月

☐ 6～8月

☐ 9～11月

② 看護職員等の数 人 (前回届出時 人)

※ 算出対象となる3か月の期間の各月1日時点における当該保険医療機関に勤務する口
看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の常勤換算した数の平均の数値
(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

③ 延べ入院患者数 人 (前回届出時 人)

※ 算出対象となる3か月の期間の1月当たりの延べ入院患者数の平均の数値(小数点
第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬
点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

④ 【A】の値 (前回届出時)

【A】=
$$\frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額(当該保険医療機関の看護職員等の数(②)} \times 12,000 \text{円} \times 1.165)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数(③)} \times 10 \text{円}}$$

6 前回届け出た時点との比較

前回届出時と比較して、

- ☐ 看護職員等の数(②)の変化は1割以内である。
☐ 延べ入院患者数(③)の変化は1割以内である。
☐ 【A】の値(④)の変化は1割以内である。

7 5により算出した【A】に基づき、該当する区分

【記載上の注意】

6のいずれにも該当する場合は、区分の変更を行わないものとする。

看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書（令和 年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

I. 賃金改善実施期間

① 令和		年		月		～ 令和		年		月
------	--	---	--	---	--	------	--	---	--	---

II. 看護職員処遇改善評価料の見込額

②新規届出時又は4月1日時点における区分		点数		点
区分（		）		
③賃金改善実施期間における、延べ入院患者数の見込み				人
④本評価料による収入の見込額（②×③×10円）				円

III. 賃金改善の見込額

⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑦賃金改善の見込額（⑤－⑥）		円
⑦は④以上か		

IV. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数		人
⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額		円
⑩ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）		円
⑪ベア等の割合（⑩÷⑨）		%
⑩が⑨の2/3以上であるか		

V. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種		
⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数		人
⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額（⑦－⑨）		円
⑮ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）		円
⑯ベア等の割合（⑮÷⑭）		%
⑮が⑭の2/3以上であるか		

⑪賃金の種類

☐ 基本給	☐ 決まって毎月支払われる手当（新設）	☐ 決まって毎月支払われる手当（既存の増額）
☐ 賞与	☐ 実績等に応じて支払われる手当（新設）	☐ 実績等に応じて支払われる手当（既存の増額）
☐ その他	（ ）	

⑫賃上げの担保方法

☐ 就業規則の見直し	☐ 賃金規程の見直し
☐ その他の方法：具体的に	（ ）

⑬賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）

令和 年 月 日 開設者名：

- 1 「①賃金改善実施期間」は、原則 4 月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の 3 月までの期間をいう。
- 2 「③延べ入院患者数」は、本評価料を算定する期間における、延べ入院患者数の見込みを記載すること。（「様式 1 の延べ入院患者数」×「賃金改善実施期間の月数」とする。）
- 3 「⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」、「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」、「⑩⑮ペア等による引上げ分」は、それぞれ賃金改善実施期間における額を記載すること。
- 4 「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 5 「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、計画書を提出する時点で対象となる人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 6 「⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本評価料による収入により処遇改善を行う職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。
- 7 「⑰賃金改善に関する規定内容」は、「⑱賃上げの担保方法」に記載した根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を記載すること。

看護職員処遇改善評価料 実績報告書（令和 年度分）

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 看護職員処遇改善評価料の実績額

①本評価料の区分

	算定期間								点数の区分		点数		
a	令和		年		月	～	令和		年		月		点
b	令和		年		月	～	令和		年		月		点
c	令和		年		月	～	令和		年		月		点
d	令和		年		月	～	令和		年		月		点

②算定回数

	算定期間								算定回数				
a	令和		年		月	～	令和		年		月		回
b	令和		年		月	～	令和		年		月		回
c	令和		年		月	～	令和		年		月		回
d	令和		年		月	～	令和		年		月		回
計												回	

③本評価料による収入の実績額

	算定期間								実績額				
a	令和		年		月	～	令和		年		月		円
b	令和		年		月	～	令和		年		月		円
c	令和		年		月	～	令和		年		月		円
d	令和		年		月	～	令和		年		月		円
計												円	

II. 賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額

⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額

⑥賃金改善の実績額（④－⑤）

⑥は③以上か

III. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数

⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額

⑨ペア等による引上げ分
（基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）

⑩ペア等の割合（⑨÷⑧）

⑨が⑧の2/3以上であるか

IV. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種		
⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数		人
⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額（⑥－⑧）		円
⑭ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）		円
⑮ベア等の割合（⑭÷⑬）		%
⑭が⑬の2/3以上であるか		

V. 賃金改善実施期間

⑯	令和	年	月	～	令和	年	月
---	----	---	---	---	----	---	---

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 1 報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、Ⅰの各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。
- 2 「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑭ベア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。
- 3 「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 4 「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月1日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 5 「⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。

特別事情届出書(令和 年度)

基本情報

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
フリガナ	
書類作成 担当者	
電話番号	

1. 事業の継続を図るために、看護職員等の賃金を引き下げる必要がある状況について

医療機関の収支について、患者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

2. 賃金水準の引下げの内容(期間、対象、金額等)

--

3. 経営及び賃金水準の改善の見込み

--

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4. 賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

令和 年 月 日 (法人名)
(開設者名)

2 オンライン資格確認の導入の原則義務付け（令和5年4月1日実施）及び診療報酬上の加算の取扱いの変更（令和4年10月1日実施）

令和5年（2023年）4月より保険医療機関・薬局に、医療DX※の基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、オンライン資格確認等システムを通じた患者情報の活用に係る評価が見直され、「電子的保健医療情報活用加算」が令和4年（2022年）10月から廃止されました（『施設基準等の事務手引』（令和4年4月版）【初・再診料 6】（→51～52頁）／【調剤 3-(2)】（→1550頁）は、すべて削除になります）。

そのうえで、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価として「**医療情報・システム基盤整備体制充実加算**」が新設されました。施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局で診療・調剤を行った場合、初診料に加算します（届出の必要はありません）。

【A000／歯科A000 初診料】（→51頁）

令和4年9月30日まで		令和4年10月改定後	
名称	電子的保健医療情報活用加算	医療情報・システム基盤整備体制充実加算	
算定限度	月1回	月1回	
点数	マイナ保険証を利用しない場合 3点	マイナ保険証を利用する場合 7点	加算2 2点

（算定要件は下記参照）

※「A001／歯科A002 再診料」「A002 外来診療料」の電子的保健医療情報活用加算（月1回・4点）は廃止

【調剤10の2 調剤管理料】（→1550頁）

令和4年9月30日まで		令和4年10月改定後	
名称	電子的保健医療情報活用加算	医療情報・システム基盤整備体制充実加算	
算定限度	3月に1回	6月に1回	
点数	マイナ保険証を利用しない場合 1点	マイナ保険証を利用する場合 3点	加算2 1点

（算定要件は下記参照）

医療情報・システム基盤整備体制充実加算1		医療情報・システム基盤整備体制充実加算2	
算定要件	1-① 患者がマイナ保険証を持参しなかった場合（2-②の場合を除く） 1-② 患者がマイナ保険証を用いた診療情報等の取得に同意しなかった場合	2-① 患者の同意を得たうえで、マイナ保険証で薬剤情報、特定健診情報、その他必要な情報を取得・活用して診療等を行った場合 2-② 他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合	
施設基準	① レセプトをオンラインで請求していること ② オンライン資格確認を行う体制を有していること なお、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日を登録すること ③ 次の内容を保険医療機関・保険薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること ・ オンライン資格確認を行う体制を有していること ・ 保険医療機関を受診した患者、保険薬局に来局した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療、調剤を行うこと		

※ 医療DX（デジタルトランスフォーメーション）とは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診療・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。（「第1回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料」より）

「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の概要については、^{社会保険制度}Web医療と介護の「オンライン資格確認の導入の原則義務化（令和5年4月～）と医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設（令和4年10月～）」を参照ください。

<https://info.shaho.co.jp/iryuu/column/202209/14697>

A000 初診料 ／ 歯科A000 初診料

改正前		令和4年10月改正後	
施設基準告示 基本診療料・第三	三の六 電子的保健医療情報活用加算の施設基準	三の七 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準	
	(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。	(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。	
	(2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。	(2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。	
	(3) (2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	(3) (2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。	

	改正前	令和4年10月改正後
取扱い通知 基本診療料 別添1	第1の7 電子的保健医療情報活用加算 1 電子的保健医療情報活用加算に関する施設基準 (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3) オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施できる体制を有していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 2 届出に関する事項 電子的保健医療情報活用加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。	第1の8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準 (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。 (3) 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。 ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。 イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。 2 届出に関する事項 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。
診療報酬 A000 初診料	注14 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。 (経過措置) 2 第1章の規定にかかわらず、区分番号A000の注14のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。	注15 初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。
留意事項通知	(28) 電子的保健医療情報活用加算 「注14」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。 ただし、初診の場合であつて、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、月1回に限り3点を算定する。	(29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア 「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険医療機関の外来において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を算定する。 ただし、健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。

	改正前	令和4年10月改正後
		イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。 (イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。 (ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。 ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式54【→本追補19枚目】に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間診票の項目について、別紙様式54を参考とする。
診療報酬 歯科A000 初診料	注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。 (経過措置) 第1章の規定にかかわらず、区分番号A000の注12のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。	注13 初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。
留意事項通知	(20) 「注12」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。 ただし、初診の場合であつて、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、月1回に限り3点を算定する。	(21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア 「注13」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険医療機関の外来において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を算定する。 ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。 イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。 (イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。 (ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。 ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式5【→本追補20枚目】に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間診票の項目について、別紙様式5を参考とする。

初診時の標準的な問診票の項目等

医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、当該医療機関の受診患者に対する初診時間診票の項目について、以下を参考とすること。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 本日受診した症状について
 - ・ ・ ・ 症状の内容、発症時期、経過 等
- 現在、他の医療機関に通院しているか
 - ・ ・ ・ 医療機関名、受診日、治療内容 等
- 現在、処方されている薬があるか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近 1 ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能※）
 - ・ ・ ・ 薬剤名、用量、投薬期間 等
- これまでに大きな病気にかかったことがあるか（入院や手術を要する病気等）
 - ・ ・ ・ 病名、時期、医療機関名、治療内容 等
- この 1 年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能※）
 - ・ ・ ・ 受診時期、指摘事項 等
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
 - ・ ・ ・ 原因となったもの、症状 等
- 現在、妊娠中又は授乳中であるか（女性のみ）
 - ・ ・ ・ 妊娠週数 等

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和 4 年 9 月上旬現在の状況

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）であること。
- マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

（記載例）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

初診時の標準的な問診票の項目等

医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、当該医療機関の受診患者に対する初診時間診票の項目について、以下を参考とすること。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 本日受診した症状について
 - ・ ・ ・ 症状の内容、発症時期、経過 等
- 現在、他の医療機関に通院しているか
 - ・ ・ ・ 医療機関名、受診日、治療内容 等
- 現在、処方されている薬があるか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近 1 ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能※）
 - ・ ・ ・ 薬剤名、用量、投薬期間 等
- これまでに大きな病気にかかったことがあるか（入院や手術を要する病気等）
 - ・ ・ ・ 病名、時期、医療機関名、治療内容 等
- この 1 年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能※）
 - ・ ・ ・ 受診時期、指摘事項 等
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
 - ・ ・ ・ 原因となったもの、症状 等
- 現在、妊娠中又は授乳中であるか（女性のみ）
 - ・ ・ ・ 妊娠週数 等

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和 4 年 9 月上旬現在の状況

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）であること。
- マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

（記載例）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

調剤10の2 調剤管理料		
	改正前	令和4年10月改正後
施設基準告示 特掲診療料・第十五 取扱い通知 特掲診療料 別添1	九の四 調剤管理料の注5に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準 (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3) (2)の体制に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。	九の五 調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3) (2)の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
	第97の2 電子的保健医療情報活用加算 1 電子的保健医療情報活用加算に関する施設基準 (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3) オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施できる体制を有していることについて、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示していること。 2 届出に関する事項 電子的保健医療情報活用加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。	第97の3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準 (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行う必要があることに留意すること。 (3) 次に掲げる事項について、当該保険薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。 ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。 イ 当該保険薬局に来局した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤等を行うこと。 2 届出に関する事項 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。
	診療報酬 調剤10の2 調剤管理料 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。 （経過措置） 2 区分番号10の2の注5のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。	注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

	改正前	令和4年10月改正後
留意事項通知	(10) 電子的保健医療情報活用加算 ア 電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用を通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤を行うことを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者の薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合に、処方箋受付1回につき月1回に限り3点を所定点数に加算する。算定に当たっては、オンライン資格確認システムの活用を通じて得られる薬剤情報及び特定健診情報等を薬剤服用歴等に記載する。なお、患者に対し薬学的管理及び指導を行う場合には、必要に応じて当該情報を活用すること。 イ 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、処方箋受付1回につき3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。なお、アを算定したことがある患者が調剤時にイを算定しようとする場合には、アを算定したことをイを算定したこととみなし、算定の可否を判断すること。 ウ 算定に当たっては、電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 エ 当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等に該当し、イを算定した患者については、イを算定した日以降は、アの要件を満たせば算定できる。	(11) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア 医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険薬局において、患者に係る十分な情報を活用して調剤を実施すること等を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を算定する。 ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を算定する。 イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険薬局においては、以下の事項について薬局内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。 (イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。 (ロ) 当該保険薬局に処方箋を提出した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤を行うこと。 ウ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険薬局においては、区分10の3服薬管理指導料の2(3)イ(イ)から(ホ)までに示す事項を参考に、患者から調剤に必要な情報を取得し、薬剤服用歴等に記載すること。 調剤10の3・2・(3)・イより (イ) 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向 (ロ) 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。） (ハ) 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況 (ニ) 服薬状況（残薬の状況を含む。） (ホ) 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点
	疑義解釈資料 令和4年改定 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）（令和4年9月5日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）より 【医科・歯科・調剤】 問1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、その施設基準としてオンライン資格確認の運用開始日の登録を行うこととあるが、どのように登録すればよいか。 問2 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認を導入し、運用開始日の登録を行った上で、実際に運用を開始した日から算定可能となるのか。 【医科・歯科】 問3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムを通じて情報の取得を試みた結果、患者の診療情報が存在していなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。	答 別紙【→本追補23枚目】を参照されたい。 別紙：厚生労働省ホームページ https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000760048.pdf 答 そのとおり。 答 医療情報・システム基盤整備体制充実加算2を算定する。

オンライン資格確認の導入が完了したら、運用開始まであと一歩

- 準備作業が完了したら、**医療機関等向けポータルサイトにて運用開始日を登録するだけで運用を開始できます。**
- 登録完了後は通常の運用開始となりますので、特段の手続き等は必要ありません。
- 「オンライン資格確認の運用開始日入力」ページにこちらからアクセスし、運用開始日を入力してください。（医療機関等向けポータルサイトへのログインが必要です）
<https://shinsei.iryohokenjyoho-portalsite.jp/pc/enquete/start/>

準備作業が完了したら 医療機関等向けポータルサイトから 運用開始日を登録するだけ！



ぜひ、「運用開始日」の
入力をお願いします！



シカク君

補足

運用開始日の
入力の仕方
(イメージ)

- 機器等の導入が完了しましたら、医療機関等向けポータルサイト（<https://shinsei.iryohokenjyoho-portalsite.jp/pc/enquete/start/>）へログインいただき、「運用開始日」を入力ください。

マイページログイン後

運用開始日入力フォーム

運用開始前の
最終確認の
留意事項

- **配信アプリケーション等の設定の確認**を忘れずに行ってください。
 - 支払基金の配信サーバへの接続確認
 - 各種アプリケーションのバージョン確認（最新のバージョンと一致しているか）
- ※配信アプリケーションは、運用開始後において、オンライン資格確認端末等にインストールしているアプリケーションのバージョンを常に最新で稼働させるための重要な機能です。
- ※確認方法は、「配信アプリケーションの確認について（以下URL）」をご確認ください。
https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/news/docs/haishin_application.pdf
- ※レセプトコンピュータ等の機能を資格確認端末に搭載（もしくはレセプトコンピュータ等端末にアプリケーション等を搭載）する連携パターンの場合は、システムベンダー（現在ご利用のレセプトコンピュータ等の業者）に接続状況をご確認の上、ご報告ください。

問4 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、患者が診療情報の取得に同意しなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。	答 いずれの場合も、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を算定する。
問6 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準等において、「ホームページ等に掲示」することとされているが、具体的にはどのようなことを指すのか。	答 例えば、 ・ 当該保険医療機関のホームページへの掲載 ・ 自治体、地域医師会（地域歯科医師会）等のホームページ又は広報誌への掲載 ・ 医療機能情報提供制度等への掲載等が該当する。
問7 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、別紙様式54【→本追補19枚目】（歯科：別紙様式5【→本追補20枚目】）を参考とした初診時間診票は、区分番号「A000」初診料を算定する初診において用いることでよいのか。	答 よい。その他小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定するときには、別紙様式54（別紙様式5）を参考とした初診時間診票を用いること。
問8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、初診時間診票の項目について別紙様式54（歯科：別紙様式5）を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいのか。	答 別紙様式54（別紙様式5）は初診時の標準的な問診票（紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。）の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要さず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。
問9 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、初診時間診票の項目について別紙様式54（歯科：別紙様式5）を参考とするとあるが、令和4年10月1日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか。	なお、患者情報の取得の効率化の観点から、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。
【医科】 問5 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、施設基準を満たす医療機関の医師が情報通信機器を用いて初診を行う場合や往診で初診を行う場合は算定できるか。	答 必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式54（別紙様式5）に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること。
【歯科】 問5 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、施設基準を満たす医療機関の歯科医師が歯科訪問診療で初診を行う場合は算定できるか。	答 算定できない。
【調剤】 問3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムを通じて情報の取得を試みたが患者の薬剤情報等が格納されていなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。	答 算定できない。
問4 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、患者が薬剤情報等の取得に同意しなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。	答 医療情報・システム基盤整備体制充実加算2を算定する。なお、薬剤服用歴等に、オンライン資格確認等システムを通じて情報の取得を試みたが患者の薬剤情報等が格納されていなかった旨を記載すること。
問5 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準等において、「ホームページ等に掲示」することとされているが、具体的にはどのようなことを指すのか。	答 いずれの場合も、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を算定する。
問5 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準等において、「ホームページ等に掲示」することとされているが、具体的にはどのようなことを指すのか。	答 例えば、 ・ 当該保険薬局のホームページへの掲載 ・ 当該保険薬局の所属する同一グループのホームページへの掲載（この場合、当該施設基準を満たす保険薬局名が確認できるようになっている必要がある）

問6 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、当該加算が算定できないタイミングにおいても、当該加算の算定に係る薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤を実施する必要があるということでしょうか。

問7 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、同加算1を算定する患者について、6月以内に同加算2は算定可能か。また、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2を算定する患者について、6月以内に同加算1は算定可能か。

- ・自治体、地域薬剤師会等のホームページ又は広報誌への掲載
 - ・薬局機能情報提供制度等への掲載
- 等が該当する。

答 よい。なお、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により情報を取得した場合は必ずしも当該情報の全てを薬剤服用歴等に記載する必要はないが、少なくともその旨を薬剤服用歴等に記載する必要がある。

答 いずれも不可。

③ 医療機器及び医療材料の保険適用

令和4年（2022年）9月1日から新たな医療機器及び医療材料が保険適用されています。本書に関連する項目や人員に関する基準等が定められている項目は、次のとおりです。

(1) 高血圧症治療補助プログラム

【概要】

点数	【アプリによる治療開始時】 140点 初回限り（「B100 禁煙治療補助システム指導管理加算」の所定点数を準用） 830点 初回使用日の属する月から起算して6か月を限度 初回を含めて月1回限り （「C150（血糖自己測定器加算）・4 月60回以上測定する場合」の所定点数を準用）
対象医療機関	「A001（再診料）・注12 地域包括診療加算」「B001-2-9 地域包括診療料」「B001-3（生活習慣病管理料）・2 高血圧症を主病とする場合」算定患者（入院中の患者を除く）のうち、高血圧症に係る治療管理実施患者をこれまでに治療している医療機関 地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設 （日本高血圧学会が指定する高血圧認定研修施設 外来機能報告制度における紹介受診重点医療機関）

【関係通知・事務連絡】

留意事項通知【本書800頁「B100 禁煙治療補助システム指導管理加算」に係る留意事項通知に以下を追加】

(3) 高血圧症治療補助プログラム ㊦

ア 区分番号「A001」に掲げる再診料の「注12」の地域包括診療加算、区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料（月1回）又は区分番号「B001-3」に掲げる生活習慣病管理料の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者（入院中の患者を除く。）のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している医療機関又は、地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において算定する。

イ 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、アプリによる治療開始時に区分番号「B100」に掲げる禁煙治療補助システム指導管理加算【→800頁】を準用して初回に限り算定する。

ウ 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、区分番号「C150」に掲げる血糖自己測定器加算の「4」月60回以上測定する場合【→950頁】を準用して、初回の使用日の属する月から起算して6か月を限度として、初回を含めて月1回に限り算定する。

エ 前回算定日から、平均して7日間のうち5日以上血圧値がアプリに入力されている場合にのみ算定できる。ただし、初回の算定でアプリ使用実績を有しない場合は、この限りではない。

オ アプリの使用に当たっては、関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針を遵守すること。

医療機器の保険適用にかかる疑義解釈について

（令和4年8月31日 保医発0831第4号・参考）

問1 「地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関」は、具体的にどのような医療機関を指すのか。また、そのような医療機関での算定に当たってどのような点に留意すべきか。

答 日本高血圧学会が指定する高血圧認定研修施設であって、医療法に基づく外来機能報告制度における紹介受診重点医療機関を指す。

なお、当該医療機関でアプリを活用して治療を行うにあたり、例えば、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関からの紹介で治療する場合や心筋梗塞等の救急治療で入院後に当該医療機関において一定期間外来でフォローする場合など、具体的な理由について明細書の摘要欄に記載すること。

また、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関での治療が可能かどうか検討を行い、その検討結果について請求時毎に明細書の摘要欄に記載するとともに、可能となった場合には、速やかに地域の医療機関に紹介すること。

問2 当該管理料の算定時点において、日本高血圧学会が指定する高血圧認定研修施設や医療法に基づく外来機能報告制度における紹介受診重点医療機関に指定されている必要があるのか。	答 そのとおり。具体的には、算定時点において、学会や行政のホームページにおいて掲載されている又は学会や行政に問い合わせれば確認できる状態となっていること。
問3 「高血圧症に関する総合的な指導及び治療を行った場合」とあるが、具体的にはどのような者が対象となるのか。	答 成人の本態性高血圧症の患者を対象とするものであるが、既に医師の管理下で十分にコントロールされている患者は対象外となる。なお、成人の定義については、20歳以上の者である。
問4 「関係学会の策定するガイドライン及び適正使用指針」とは何を指すのか。	答 現時点では、日本高血圧学会が作成した「高血圧治療ガイドライン」及び「高血圧治療補助アプリ適正使用指針」を指す。

疑義解釈資料 令和4年改定 その28（令和4年9月27日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）

問3 区分番号「B100」に追加された高血圧症治療補助プログラム加算について、第2章第1部第1節医学管理料等との関係をどのように考えればよいか。	答 高血圧症治療補助プログラム加算については、第2章第1部第2節プログラム医療機器等医学管理加算を準用していることから、第2章第1部第1節医学管理料等のうち要件を満たすものを算定する場合に、当該加算を算定できる。
--	--

(2) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮

【概要】

点数	【ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植】52,600点 （「K259-2 自家培養上皮移植術」の所定点数を準用） 【口腔粘膜組織採取のみに終わりヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植に至らない場合】910点 （「K423（頬腫瘍摘出術）・1 粘液嚢胞摘出術」の所定点数を準用）
人員配置	【ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮・調製・移植キット】 常勤医師（眼科を5年以上経験、角膜移植術または羊膜移植術を術者として5例以上実施経験）（所定の研修修了） 【ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮・採取・培養キット】 医師（口腔粘膜組織採取法に関する研修修了）

【関係通知】

留意事項通知【「K259-2 自家培養上皮移植術」に係る留意事項通知に以下を追加】

- (5) 角膜上皮幹細胞疲弊症に対して、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植（羊膜移植を併用した場合を含む。）を行った場合は、本区分【K259-2 自家培養上皮移植術】の所定点数を準用して算定する。 ㊦
- (6) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して、口腔粘膜組織採取のみに終わりヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植に至らない場合については、区分番号「K423」の「1」粘液嚢胞摘出術の所定点数を準用して算定する。 ㊦
- (7) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関と口腔粘膜組織採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。 ㊦

「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（令和4年3月4日 保医発0304第9号）

I・3・150・(7) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮 ㊦

- ア 角膜上皮幹細胞疲弊症に伴う癒着を有する眼表面疾患の患者（スティーブンス・ジョンソン症候群、眼類天疱瘡、熱・化学外傷、移植片対宿主病（GVHD）、無虹彩症などの先天的に角膜上皮細胞形成異常のある疾患、特発性角膜上皮幹細胞疲弊症、再発翼状片又は悪性腫瘍に伴う角膜上皮幹細胞疲弊症を有する患者）であって、結膜又は結膜から角膜にかけて眼表面に高度癒着（スクリーニング検査時の eyeball 癒着スコアが1以上のもの）を伴うものに対して使用した場合に、片眼につき1回に限り算定できる。
- イ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮・調製・移植キットは、次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。
- a 眼科の経験を5年以上有しており、角膜移植術又は羊膜移植術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師であること。
 - b 所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。
 - i ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮の適応に関する事項
 - ii 角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアに関する事項
 - iii 口腔粘膜組織採取法に関する事項
 - iv 移植方法に関する事項
- ウ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮・採取・培養キットは、口腔粘膜組織採取法に関する研修を修了している医師が使用した場合に限り算定する。
- エ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮を用いる場合は、関連学会が定める適正使用指針に沿って使用した場合に限り算定できる。
- オ ヒト自家移植組織（ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記を添付する。

(3) ヒト羊膜使用創傷被覆材

【概要】

対象医療機関	病院（血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科または循環器内科）
人員配置	それぞれ 1名以上
	専任の常勤医師（血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科または循環器内科を5年以上経験、足病疾患に係る診療を3年以上経験）（所定の研修修了）
	専任の常勤看護師（足病疾患の看護を3年以上経験）

【関係通知】

「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（令和4年3月4日 保医発0304第9号）

I・3・218 ヒト羊膜使用創傷被覆材 ㊦

- (1) ヒト羊膜使用創傷被覆材については、糖尿病性足潰瘍又は慢性静脈不全による難治性潰瘍であって、既存療法である根本的な創傷管理（壊死組織の除去、感染制御、創傷の浄化等）、糖尿病性足潰瘍に対する血糖コントロール、静脈うっ滞性潰瘍に対する圧迫療法、創傷被覆材による湿潤療法等を4週間施行しても創面積が50%以上縮小しないものに対して、創傷治癒を促進することを目的として、導入時には入院管理のもと治療を開始した場合に限り、ヒト羊膜使用創傷被覆材による治療開始から12週までとして、一連の治療計画につき合計224cm²を限度として算定する。なお、潰瘍の臨床所見が好転すれば、既存療法の継続を行うこと。
- (2) ヒト羊膜使用創傷被覆材は、次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。
 - ア 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科又は循環器内科の経験を5年以上有しており、足病疾患に係る診療に3年以上の経験を有する常勤の医師であること。
 - イ 所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。
 - a ヒト羊膜使用創傷被覆材の適応に関する事項
 - b 糖尿病性足潰瘍又は慢性静脈不全による難治性潰瘍の診断、治療及び既存治療に関する事項
 - c 特定生物由来製品に関する事項
 - d ヒト羊膜使用創傷被覆材の使用方法に関する事項
- (3) ヒト羊膜使用創傷被覆材を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、ヒト羊膜使用創傷被覆材を使用する必要がある理由、既存療法の結果を記載すること。
- (4) ヒト羊膜使用創傷被覆材は、関連学会の定める適正使用指針に従って使用した場合に限り、算定できる。
- (5) 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科又は循環器内科を標榜している病院において使用した場合に限り、算定できる。
- (6) 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科又は循環器内科の経験を5年以上有しており、足病疾患に係る診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師及び足病疾患の看護に従事した経験を3年以上有する専任の常勤看護師がそれぞれ1名以上配置されている病院において使用した場合に限り、算定できる。

(4) 自家皮膚細胞移植用キット

【概要】

点数	1 25平方センチメートル未満 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 4 200平方センチメートル以上 (「K013 分層植皮術」の所定点数を準用)	3,520点 6,270点 9,000点 25,820点
対象医療機関	「A300 救命救急入院料3/4」（→434頁）「A301 特定集中治療室管理料2/4」（→445頁）の施設基準を届出	
人員基準	常勤医師（①皮膚科、形成外科若しくは救急科を5年以上経験、または、②熱傷の治療に関する専門的知識と5年以上の経験、所定の研修修了）	

【関係通知】

留意事項通知【「K013 分層植皮術」に係る留意事項通知に以下を追加】

- (3) 急性熱傷及び採皮部を対象として創傷部の治癒促進を行うことを目的として、自家皮膚細胞移植用キットを用いて、健常皮膚を採皮して非培養細胞懸濁液を作製し、細胞懸濁液を熱傷患部に噴霧する場合は、本区分【K013 分層植皮術】の所定点数を準用して算定する。ただし、採皮部に細胞懸濁液を噴霧する場合の技術料は、当該点数に含まれ、別に算定できない。 ㊦

「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（令和4年3月4日 保医発0304第9号）

I・3・219 自家皮膚細胞移植用キット ㊦

- (1) 自家皮膚細胞移植用キットについては、関連学会の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。
- (2) 自家皮膚細胞移植用キットについては、深達性Ⅱ度熱傷創、Ⅲ度熱傷創、気道熱傷、軟部組織の損傷や骨折を伴う熱傷又は電撃傷並びに当該患者における採皮部を対象として（なお、深達性Ⅱ度熱傷創、Ⅲ度熱傷創については、全体表面積の15%以上の深達性Ⅱ度熱傷、全体表面積の2%以上の深達性Ⅲ度熱傷又は顔面や手足のⅡ度熱傷若しくはⅢ度熱傷を対象とする。15歳未満においては、全体表面積の5%を超える深達性Ⅱ度熱傷若しくはⅢ度熱傷又は機能的、整容的な障害を残す可能性がある顔面や手足の深達性Ⅱ度熱傷若しくはⅢ度熱傷を対象とする。）、創傷部の治癒促進を目的として使用した場合に、一連につき7個を限度として算定する。
- (3) 皮膚移植術を行うことが可能であって、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料2又は特定集中治療室管理料4の施設基準の届出を行っている保険医療機関において使用すること。

- (4) 皮膚科、形成外科若しくは救急科の経験を5年以上有する常勤の医師又は熱傷の治療に関して、専門の知識及び5年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の医師が使用した場合に限り算定する。
- (5) 自家皮膚細胞移植用キットを使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記を添付すること。

4 検査の保険適用

令和4年（2022年）10月1日から新たな検査が保険適用されています。本書に関連する主な項目は、次のとおりです。

○ ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）

【概要】

点数	1,700点 一連の治療につき1回限り （「D023（微生物核酸同定・定量検査）・21 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出」の所定点数を準用）
対象医療機関	「D023・20 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出」の施設基準（→971頁）を届出
人員配置	常勤医師1名以上（小児科、神経内科、脳神経外科または救急科を5年以上経験）

【関係通知】

留意事項通知【「D023 微生物核酸同定・定量検査」に係る留意事項通知に以下を追加】

(34) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液） ㊦

ア ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）は、関連学会が定めるガイドラインに基づき、問診、身体所見又は他の検査所見から髄膜炎又は脳炎が強く疑われる患者に対して、脳脊髄液中の病原体の核酸検出を目的として、マイクロアレイ法（定性）により、大腸菌、インフルエンザ菌、リステリア菌、髄膜炎菌、B群溶連菌、肺炎球菌、サイトメガロウイルス、ヒトヘルペスウイルス、ヒトパレコウイルス、エンテロウイルス、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス及びクリプトコックスの核酸検出を同時に行った場合に、本区分の「21」の細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出の所定点数を準用し、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

イ 本検査は、小児科、神経内科、脳神経外科又は救急科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されている場合に限り算定する。なお、本区分の「20」のウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準を届け出ている保険医療機関において実施すること。

ウ 一連の治療期間において別に実施した以下の検査については別に算定できない。

- (イ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）において算定対象として掲げられているもののうち、サイトメガロウイルス、ヘルペスウイルス及び水痘・帯状疱疹ウイルスに関する検査
- (ロ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「26」のインフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性
- (ハ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「35」のクリプトコックス抗原定性
- (ニ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「37」の単純ヘルペスウイルス抗原定性
- (ホ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「39」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）
- (ヘ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「44」の単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）
- (ト) 区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査「16」の単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量、サイトメガロウイルス核酸定量
- (チ) 区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査「18」のサイトメガロウイルス核酸検出

⑤ 事務連絡等による訂正・項目新設等に伴う改正等

① 新旧対照 (看護職員処遇改善評価料、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設に伴う変更点には、二重下線を付しました)

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
基本診療料の施設基準等			
基本診療料等の施設基準等（通則事項）			
16	施設基準告示	上から4行目 第十 まで	<u>第十の二</u> まで
		上から7行目 第十 まで	<u>第十の二</u> まで
初・再診料			
34	診療報酬 A000 初診料	右欄 上から1行目 注14 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、 <u>電子的保健医療情報活用加算</u> として、月1回に限り 7点 を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り 3点 を所定点数に加算する。【経過措置】	注14 削除 注15 初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、 <u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算1</u> として、月1回に限り 4点 を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報等を取得等した場合は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、 <u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算2</u> として、月1回に限り 2点 を所定点数に加算する。
	右欄 下から4行目	(経過措置) 2 第1章の規定にかかわらず、区分番号A000の注14のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。 ㊦	〔削除する〕
36	診療報酬 A001 再診料	左欄 上から18行目 注18	注17
	右欄 上から4行目 注18		注17
37		右欄 上から6行目 注18 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、 <u>電子的保健医療情報活用加算</u> として、月1回に限り 4点 を所定点数に加算する。	〔削除する〕
	診療報酬 A002 外来診療料	右欄 下から6行目 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、 <u>電子的保健医療情報活用加算</u> として、月1回に限り 4点 を所定点数に加算する。	〔削除する〕
【6】 A000・注14/A001・注18/A002・注10 歯科A000・注12/A001・注10 電子的保健医療情報活用加算			
51～52頁		➡すべて削除する	

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
51	施設基準告示	第三・三の六 電子的保健医療情報活用加算の施設基準 (1)～(3) 〔略〕	第三・三の六 削除
	取扱い通知 別添 1	第1の7 電子的保健医療情報活用加算 1・2 〔略〕	第1の7 削除
入院料等の通則			
67	診療報酬	左欄 上から 4行目	第4節
68		左欄 上から 2行目	第5節
		A400の 3	A400の 2
病院の入院基本料			
【3】 A101 療養病棟入院基本料			
154	診療報酬	右欄 下から 18行目	算定する。 【経過措置】
		右欄 下から 9行目	算定する。
		右欄 下から 3行目	算定する。
入院基本料等加算			
【47】 A245 データ提出加算			
383	施設基準告示 第八・ 三十五の五	上から 8行目	(2) データ提出加算2及び4の施設基準 イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、 回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方 のみの届出を行う保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、7の(1)又は(2)を満たすものであること。
			(2) データ提出加算2及び4の施設基準 イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、 特定入院料（特定一般病棟入院料を除く。） のみの届出を行う保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、7の(1)又は(2)を満たすものであること。
特定入院料			
【3】 A301 特定集中治療室管理料			
456	疑義解釈資料 問100	右欄 下から 5行目	術後 麻酔管理領域
			術中 麻酔管理領域
【11】 A306 特殊疾患入院医療管理料			
502	診療報酬	右欄 上から 4行目	注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、 感染対策向上加算 、患者サポート体制充実加算、 報告書管理体制加算 、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、 排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。） は、特殊疾患入院医療管
			注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、 感染対策向上加算 、患者サポート体制充実加算、 報告書管理体制加算 、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算 及び 排尿自立支援加算、 第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料 並びに除外薬剤・注

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
		料料に含まれるものとする。	射薬の費用を除く。)は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。
【12】 A307 小児入院医療管理料			
509	診療報酬	左欄上から2行目 注9 診療に係る費用（注2、注3及び注5から注8までに規定する加算<u>並びに</u>当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用<u>並びに</u>第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。	注9 診療に係る費用（注2、注3及び注5から注8までに規定する加算、<u>当</u>当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、<u>第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算<u>並びに</u>第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</u>
	左欄下から9行目	注10 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算<u>並びに</u>当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用<u>並びに</u>第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。	注10 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、<u>当</u>当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、<u>第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算<u>並びに</u>第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</u>

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
				る。
509		右欄 上から 10行目	注11 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。	注11 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。
【13】 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料				
532	診療報酬	左欄 下から 7行目	注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
【14】 A308-3 地域包括ケア病棟入院料			
541	施設基準告示 第九・十一の二	上から 12行目 ニ (4)の二を満たすものであること。 ホ (6)のロを満たすものであること。 【経過措置 二十二・二十三】	ニ (4)の二を満たすものであること。 【経過措置 二十二】 ホ (6)のロを満たすものであること。 【経過措置 二十三】
543	施設基準告示 第十一	上から 5行目 二十二 令和4年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が200床以上400床未満のものに限る。）については、同年9月30日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二又は(8)のホに該当するものとみなす。	二十二 令和4年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が200床以上400床未満のものに限る。）については、同年9月30日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二又は(8)のニに該当するものとみなす。
556	診療報酬	右欄 上から 17行目 注6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、 <u>感染対策向上加算</u> 、患者サポート体制充実加算、 <u>報告書管理体制加算</u> 、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算 <u>並びに</u> 排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。	注6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、 <u>感染対策向上加算</u> 、患者サポート体制充実加算、 <u>報告書管理体制加算</u> 、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算 <u>及び</u> 排尿自立支援加算、 <u>第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、</u> 第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流 <u>及び</u> 区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。
【15】 A309 特殊疾患病棟入院料			
561	診療報酬	右欄 上から 4行目 注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、 <u>感染対策向上加算</u> 、患者サポート体制充実加算、 <u>報告書管理体制加算</u> 、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算	注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、 <u>感染対策向上加算</u> 、患者サポート体制充実加算、 <u>報告書管理体制加算</u> 、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
			<u>並びに</u> 排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。	<u>及び</u> 排尿自立支援加算、 <u>第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料</u> 並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。
【16】 A310 緩和ケア病棟入院料				
567	診療報酬	右欄上から4行目	注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、 <u>感染対策向上加算</u> 、患者サポート体制充実加算、 <u>報告書管理体制加算</u> 、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。	注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、 <u>感染対策向上加算</u> 、患者サポート体制充実加算、 <u>報告書管理体制加算</u> 、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、 <u>第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料</u> 、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。
【17】 A311 精神科救急急性期医療入院料				
578	診療報酬	左欄上から14行目	注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、 <u>感染対策向上加算</u> 、患者サポート体制充実加算、 <u>報告書管理体制加算</u> 、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、 <u>精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）</u> 、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、 <u>精神科救急急性期医療入院料</u> に含まれるものとする。	注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、 <u>感染対策向上加算</u> 、患者サポート体制充実加算、 <u>報告書管理体制加算</u> 、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、 <u>精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）</u> 、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、 <u>第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料</u> 、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、 <u>精神科救急急性期医療入院料</u> に含まれるものとする。

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後	
【18】 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料				
585	診療報酬	左欄 下から 7行目	注2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、 <u>依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。</u>	注2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、 <u>依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。</u>
【19】 A311-3 精神科救急・合併症入院料				
591	診療報酬	左欄 上から 14行目	注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、 <u>依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リ</u>	注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、 <u>依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション</u>

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
			ハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J 038に掲げる人工腎臓、区分番号J 042に掲げる腹膜灌流、区分番号J 400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J 038に掲げる人工腎臓又は区分番号J 042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。	料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J 038に掲げる人工腎臓、区分番号J 042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J 400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J 038に掲げる人工腎臓又は区分番号J 042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。
【20】 A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料				
594	診療報酬	左欄下から2行目	注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。	注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。
【21】 A312 精神療養病棟入院料				
601	診療報酬	左欄上から7行目	注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビ	注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーショ

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
			リテーション料、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。	ン料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料及び区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。
【22】 A314 認知症治療病棟入院料				
607	診療報酬	右欄上から3行目	注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、<u>感染対策向上加算</u>、患者サポート体制充実加算、<u>報告書管理体制加算</u>、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。	注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、<u>感染対策向上加算</u>、患者サポート体制充実加算、<u>報告書管理体制加算</u>、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、<u>第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料</u>、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法及び区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。
【23】 A317 特定一般病棟入院料				
617	診療報酬	右欄上から12行目	注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、<u>感染対策向上加算</u>、患者サポート体制充実加算、<u>報告書管理体制加算</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能	注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、<u>感染対策向上加算</u>、患者サポート体制充実加算、<u>報告書管理体制加算</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、<u>第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料</u>、第2章第2部

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
			能療法、区分番号J 038に掲げる人工腎臓、区分番号J 042に掲げる腹膜灌流、区分番号J 400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J 038に掲げる人工腎臓又は区分番号J 042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。） 及び 除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。	在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J 038に掲げる人工腎臓、区分番号J 042に掲げる腹膜灌流 及び 区分番号J 400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J 038に掲げる人工腎臓又は区分番号J 042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。） 並びに 除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。
【24】 A318 地域移行機能強化病棟入院料				
624	診療報酬	右欄上から6行目	注4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、 <u>感染対策向上加算</u> 、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算 並びに 排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号I 011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I 011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。	注4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、 <u>感染対策向上加算</u> 、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算 及び 排尿自立支援加算、 <u>第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料</u> 、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号I 011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I 011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。
【25】 A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料				
630	診療報酬	右欄上から1行目	注2 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入院退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J 038に掲げる人工腎臓、区分番号J 042に掲げる腹膜灌流、区分番号J 400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J 038に掲げる人工腎臓又は区分番号J 042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	注2 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入院退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算 及び 排尿自立支援加算、 <u>第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料</u> 、区分番号J 038に掲げる人工腎臓、区分番号J 042に掲げる腹膜灌流 及び 区分番号J 400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J 038に掲げる人工腎臓又は区分番号J 042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
短期滞在手術等基本料			
636	診療報酬 A400	右欄 上から 23行目	注4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J 038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。
歯科の初・再診料			
640	診療報酬 歯科A000 初診料	左欄 下から 6行目	注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、 <u>電子的保健医療情報活用加算</u> として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。
	診療報酬 歯科A002 再診料	右欄 下から 15行目	注7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。 <u>ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない。</u>
641		左欄 上から 3行目	注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、 <u>電子的保健医療情報活用加算</u> として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。
特掲診療料の施設基準等			
特掲診療料の施設基準等（通則事項）			
685	取扱い通知 第2・6	下から 2行目	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（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
686		上から 1行目	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（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
686		上から 3行目	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（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	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（ <u>悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）</u> ）
医学管理等				
【21】 B001-2・注4 小児抗菌薬適正使用支援加算				
769	診療報酬	左欄 下から 7行目	注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8 <u>及び</u> 注10に規定する加算	注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、 <u>注10及び注15</u> に規定する加算
【26】 B001-2-7 歯科B004-1-6 外来リハビリテーション診療料				
778	診療報酬 B001-2-7	右欄 上から 3行目	注2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、	注2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料 <u>（注15に規定する加算を除く。）</u> 、
		右欄 下から 6行目	注3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、	注3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料 <u>（注15に規定する加算を除く。）</u> 、
779	診療報酬 歯科B004-1-6	右欄 上から 3行目	注2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、	注2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料 <u>（注13に規定する加算を除く。）</u> 、
		右欄 下から 5行目	注3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、	注3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料 <u>（注13に規定する加算を除く。）</u> 、
【27】 B001-2-8 歯科B004-1-7 外来放射線照射診療料				
780	診療報酬 B001-2-8	右欄 上から 3行目	注3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、	注3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料 <u>（注15に規定する加算を除く。）</u> 、
781	診療報酬 歯科B004-1-7	右欄 上から 4行目	注3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料	注3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000 <u>（注13に規定する加算を除く。）</u> に掲げる初診料
【30】 B001-2-11 小児かかりつけ診療料				
789	診療報酬	左欄 下から 3行目	注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8 <u>及び</u> 注10に規定する加算	注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、 <u>注10及び注15</u> に規定する加算
【31】 B001-2-12 歯科B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料				
793	診療報酬 B001-2-12	左欄 上から 10行目	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
			その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）	その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8まで <u>及び注15</u> に規定する加算を除く。）、
794	診療報酬 歯科B004-1-8	左欄 上から 10行目	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注5、注7 <u>及び注8</u> に規定する加算を除く。）、	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注5、注7、注8 <u>及び注13</u> に規定する加算を除く。）、
在宅医療				
【7】 C004・注4 重症患者搬送加算				
908	疑義解釈資料 問178	左欄 上から 7行目	術後麻酔管理領域	術中麻酔管理領域
【付】 在宅医療に規定する患者等				
947	施設基準告示 別表第九	右欄 下から 1行目	<u>〔追加する〕</u>	ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤 アバロバラチド酢酸塩製剤 カブラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤
検査				
【6】 D006-18 BRCA1／2遺伝子検査				
959	留意事項通知	左欄 下から 4行目	(2) 「2」 血液を検体とするものについては、転移性 <u>若しくは</u> 再発乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌若しくは卵巣癌患者の血液を検体とし、PCR法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、BRCA1 遺伝子及びBRCA2 遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。	(2) 「2」 血液を検体とするものについては、転移性、再発 <u>若しくは</u> <u>HER2 陰性の術後薬物療法の適応となる</u> 乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌若しくは卵巣癌患者の血液を検体とし、PCR法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、BRCA1 遺伝子及びBRCA2 遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。
		右欄 下から 3行目	遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療の手引き <u>2017年版</u>	遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療の手引き <u>2021年版</u>
手術				
【1】 K通則4 手術の通則4				
1205	診療報酬 K通則4	左欄 上から 15行目	K343-2、K388-3	K343-2、 <u>K374-2</u> 、K388-3

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
【1-(10)-22】 K616-6 経皮的下肢動脈形成術			
1265	留意事項通知	左欄 上から 1行目 ◇ 経皮的下肢動脈形成術は、エキシマレーザー血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。	◇ 経皮的下肢動脈形成術は、エキシマレーザー型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対しては切削吸引型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈の狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
【4】 K通則18 内視鏡手術用支援機器を用いる手術			
1339	(概要)	K695-2 手術 施行数 (うちK695・2・4～6=10例以上)	(うちK695・2・1・2または3～6=10例以上)
【4-(2)】 K695-2 腹腔鏡下肝切除術			
1339	取扱い通知 別添1	左欄 上から 6行目 (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。	(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、ウ又はエの手術を10例以上実施していること。
放射線治療			
【3】 M001-3・1 定位放射線治療			
1421	留意事項通知	左欄 上から 11行目 (3) 定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）及び脳動静脈奇形に対して行った場合	(3) 定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）、脳動静脈奇形及び薬物療法による疼痛管理が困難な三叉神経痛に対して行った場合
調剤			
【3】 調剤10の2 調剤管理料			
1548	診療報酬	右欄 上から 3行目 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。【経過措置】	注5 削除 注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。
1548	診療報酬	右欄 下から 4行目 (経過措置) 2 区分番号10の2の注5のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。 ㊦	〔削除する〕
	留意事項通知	右欄 上から 14行目 (10) 電子的保健医療情報活用加算 ㊦ ア～エ 〔略〕	(10) 削除

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
【3-2】 調剤10の2・注5 電子的保健医療情報活用加算			
1550頁		➡すべて削除する	
1550	施設基準告示	第十五・九の四 調剤管理料の注5に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準 (1)～(3) 〔略〕	第十五・九の四 <u>削除</u>
	取扱い通知 別添1	第97の2 電子的保健医療情報活用加算 1・2 〔略〕	第97の2 <u>削除</u>
【7】 調剤15 在宅患者訪問薬剤管理指導料			
1565	診療報酬	右欄 下から 5行目	平成24年
各地方厚生(支)局・都府県事務所等一覧			
1622	関東信越厚生局 山梨事務所	所在地 〒400-0858 甲府市相生1-4-23 損保ジャパン鮎川ビル5階	〒400-0031 甲府市丸の内1-1-18 甲府合同庁舎9階
		電話番号 055-206-0569	055-209-1001
		fax. 055-206-0571	055-209-1003

② 届出様式等の訂正（次の届出様式等を訂正）

頁		該当届出様式等		本追補の頁
基本診療料・様式				
特定入院料				
550	様式50	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		本追補44枚目
551	様式50の2	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		本追補47枚目
特掲診療料・様式				
リハビリテーション				
1124	下	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	本追補50枚目

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		☐
	看護補助者配置加算に係る届出		☐
	看護補助体制充実加算に係る届出		☐
	看護職員夜間配置加算に係る届出		☐
	「注2」に規定する点数の届出		☐
入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置			☐
適切な意思決定支援に係る指針を定めていること			☐
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			☐ 該当 ☐ 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			☐ 該当 ☐ 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	☐ 在宅療養支援病院の届出 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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。 ☐ 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）	☐	直近 3 月間における在宅患者訪問診療料の算 定回数		回
		☐	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
		☐	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
		☐	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
		☐	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		
☐	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	
	☐	自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑧/⑦)		%	
	☐	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	☐ 直近3月間における在宅患者訪問診療料の算定回数	回	
		☐ 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	
		☐ 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	
		☐ 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	
		☐ 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
☐ 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	介護予防訪問リハビリテーション	回		
		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☑）		☐ 既届出 ☐ 今回届出		
入退院支援加算1		☐ 既届出 ☐ 今回届出 ☐ 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る場合は様式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)		
		病床数（上記を含む）	床		
	看護職員配置加算に係る届出		☐		
	看護補助者配置加算に係る届出		☐		
	看護補助体制充実加算		☐		
	看護職員夜間配置加算に係る届出		☐		
	「注2」に規定する点数の届出		☐		
	A317 特定一般病棟入院料の「注7」に 規定する点数の届出		☐		
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			☐		
適切な意思決定支援に係る指針を定めていること			☐		
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			☐ 該当 ☐ 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			☐ 該当 ☐ 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	☐ 在宅療養支援病院の届出 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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。 ☐ 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	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	
		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)	☐	直近 3 月間における在宅患者訪問診療料の算定回数	回	
		☐	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	
		☐	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	
		☐	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	
		☐	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			
☐	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			

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
		☐	自宅等から入棟した患者の占める割合 （⑧／⑦）	%
		☐	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	☐	直近 3 月間における在宅患者訪問診療料の 算定回数	回
		☐	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
		☐	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
		☐	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
		☐	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
		☐	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☑）		☐ 既届出 ☐ 今回届出
	入退院支援加算 1		☐ 既届出 ☐ 今回届出 ☐ 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。

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							
☐ 訓練マット ☐ 治療台 ☐ 砂囊などの重錘 ☐ 各種歩行補助具 ☐ 各種測定用器具 (角度計、握力計等) ☐ 血圧計 ☐ 平行棒 ☐ 姿勢矯正用鏡 ☐ 各種車椅子 ☐ 傾斜台 ☐ 各種装具 (長・短下肢装具等) ☐ 家事用設備 ☐ 各種日常生活動作用設備 ☐ 聴力検査機器 ☐ 音声録音装置 ☐ ビデオ録画システム ☐ 呼吸機能検査機器 ☐ 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		☐ 常勤換算
		☐ 常勤換算

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 「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。
- 6 具備している器械・器具について口に「✓」を記入すること。

6 疑義解釈資料

疑義解釈資料（その18・19・23・28・32）（厚生労働省保険局医療課事務連絡）により、施設基準の取扱い等が示されています（施設基準に関連する疑義解釈資料の概要は次のとおりです（取扱いは事務連絡を参照））。

A000・注11/A001・注15 外来感染対策向上加算 A234-2 感染対策向上加算	
カンファレンス	保健所及び地域の医師会のいずれかまたは両方が参加していない場合、要件に該当しない その19・問1
	感染対策向上加算1の届出を行った保険医療機関が開催する場合にのみ要件に該当 その19・問1
	カンファレンスの内容は、参加する保健所、地域の医師会、感染対策向上加算2または3に係る届出を行った保険医療機関との協議により決定して差し支えない その19・問2
	地域に感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、カンファレンスを合同で主催することは可能 その32・問1
院内感染対策に関する助言を行う体制	感染対策向上加算2・3または外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関から院内感染対策に関する助言を求められた場合に助言できるよう、連絡先の共有等を行う その19・問3
新興感染症の発生等を想定した訓練	新興感染症患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係る訓練 その19・問4
適切な研修	令和4年度以降に実施される厚生労働省の院内感染対策講習会②（受講証書が交付されるものに限る）は該当（令和4年度以降の院内感染対策講習会①、③、④は非該当） その23・問1
A000・注13/A001・注17 サーベイランス強化加算	
サーベイランス	「診療所版J-SIPHE」は該当 その28・問2
A100 一般病棟入院基本料	
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	令和4年3月31日時点で一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていた病棟が令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合、遅くとも令和4年7月1日から令和4年度診療報酬改定後の評価票を用いて評価を行い、届出を行う その28・問5
A242-2 術後疼痛管理チーム加算 A300・注8/A301・注4/A301-2・注3/A301-3・注3/A301-4・注3 早期離床・リハビリテーション加算 A300・注11/A301・注6 重症患者対応体制強化加算 A301 特定集中治療室管理料1・2 C004・注4 重症患者搬送加算	
特定行為に係る看護師の研修制度	領域別パッケージ研修に含まれる特定行為区分の研修をすべて修了している場合は、施設基準を満たしているとみなす その19・問6
A300 救命救急入院料 A301 特定集中治療室管理料	
関連学会と連携	新たにJIPADに参加する場合、日本集中治療学会のホームページに「JIPADにおける参加施設・準じる施設」として掲載されことをもって施設基準を満たす その23・問2
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	
訪問看護ステーションの開設者	原則として同一の敷地内に設置されている訪問看護ステーションの開設者は、保険医療機関と同一ただし、保険医療機関と連携している場合は、同一でなくても差し支えない その23・問3
B001-36 下肢創傷処置管理料	
下肢創傷処置に関する適切な研修	一般社団法人日本フットケア・足病医学会「学会認定師セミナーver.2」のほか、「下肢創傷処置・管理のための講習会」が該当 その28・問4
B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料	
常時1人以上配置が困難な場合	緊急の相談等に医師、看護師または薬剤師が24時間対応できる連絡体制を整備し、患者に周知している場合は、令和6年（2024年）3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届出可 対象＝令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1・2を届け出ている診療所 その19・問5
H004・注3 摂食嚥下機能回復体制加算1・2	
言語聴覚士の兼任	摂食嚥下支援チームの専従の常勤言語聴覚士と、疾患別リハビリテーションの専従または専任の言語聴覚士との兼任は不可 その18・問1
看護師の研修の受講	令和4年3月31日時点で令和4年4月改定前の摂食嚥下支援加算を届け出ている保険医療機関は、令和5年3月31日までに研修の受講が確定している場合に限り、届出可能 その18・問2
J038・注2 導入期加算2/3	
腎代替療法に係る研修	次の要件を満たすものが該当 ①導入期加算3算定施設が主催する研修 ②研修を実施または受講する各施設に配置されている「腎代替療法に係る所定の研修を修了した者」が参加 ③在宅血液透析、腹膜透析及び腎移植に関する基礎知識、腎代替療法の特性に応じた情報提供、腎代替療法に係る意思決定支援等の内容が含まれる研修 その19・問8
K374-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） K394-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
関連学会と連携	日本頭頸部外科学会のデータベース「咽喉頭癌に対するロボット支援手術症例レジストリ」に症例登録 その19・問9

疑義解釈資料

46頁 初・再診料【5】 A000・注11/A001・注15 外来感染対策向上加算

331頁 入院基本料等加算【35】 A234-2 感染対策向上加算 (「A234-2 感染対策向上加算」は次頁も参照)

その19 (令和4年7月26日・事務連絡〈別添1・医科〉)
問4 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」
感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生等を想定した訓練については少なくとも年1回以上参加していること」における当該訓練については、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日)別添1問27【→49頁】が示されたが、他にどのようなものが考えられるか。

答 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日)別添1問27で示しているとおおり、新興

感染症患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係るものであり、参加医療機関の感染症対策等の状況も踏まえて決定することが望ましい。

なお、令和4年度地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」による「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」(令和4年6月)事例5において、対象者のレベルや役割に応じて、基本知識の習得や感染症病棟での実地訓練が実施されていることが掲げられていることを参照されたい。

46頁 初・再診料【5】 A000・注13/A001・注17 サーベイランス強化加算

その28 (令和4年9月27日・事務連絡〈別添・医科〉)
問2 区分番号「A000」初診料の注13、区分番号「A001」再診料の注17に規定するサーベイランス強化加算の施設基準において、「院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが、「診療所版J-SIPHE」は該当するか。

答 該当する。なお、参加にあたっては、少なくとも抗菌薬情報と微生物・耐性菌情報を提出している必要がある。

また、保険医療機関が新たに診療所版J-SIPHEに参加する場合、令和5年3月31日までの間に限り、診療所版J-SIPHEの参加申込書を窓口へ提出した時点から当該要件を満たすものとして差し支えない。この場合、サーベイランス強化加算の施設基準の届出を行う際に、当該参加申込書の写しを添付すること。

さらに、参加医療機関から脱退した場合は、速やかにサーベイランス強化加算の届出を取り下げることに。

64頁 初・再診料【付】 A000・注2/注3/A002・注2/注3 紹介状非持参患者

その28 (令和4年9月27日・事務連絡〈別添・医科〉)
【初診料、外来診療料】

問1 区分番号「A000」初診料の注2及び注3並びに区分番号「A002」外来診療料の注2及び注3における紹介割合及び逆紹介割合(以下単に「紹介割合及び逆紹介割合」という。)の計算等について「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問2、3【→65頁】

において示されているが、令和3年度の実績において紹介割合及び逆紹介割合に係る実績を満たしている場合、令和5年4月1日までに令和4年度中の任意の連続する6か月の実績に係る報告を行う必要があるか。

答 令和3年度の実績において紹介割合及び逆紹介割合に係る実績を満たしている場合においては、必要ない。

131頁 病院の入院基本料【2】 A100 一般病棟入院基本料

その28 (令和4年9月27日・事務連絡〈別添・医科〉)
【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

問5 許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関の病棟であって、急性期一般入院料1を算定する病棟における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、令和4年3月31日時点で一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていた病棟については、どのように考えればよいか。

答 「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(令和4年厚生労働省告示第55号)第十一【経過措置】の五【→137頁】のとおり、令和4年9月30日までの経過措置が設けられていることから、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問39【→102頁】において示されているとおり、令和4年10月1日に届出を行

う必要があるものであり、令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合においては、遅くとも令和4年7月1日から、令和4年度診療報酬改定後の評価票を用いて評価を行い、届出を行う必要がある。

なお、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行っていた病棟については「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問40【→102頁】のとおり。

(参考)

許可病床数200床以上400床未満の急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度に係る経過措置

令和4年3月31日時点	経過措置
必要度Ⅰを用いて評価を行っていた医療機関	令和4年12月31日まで、なお従前の例による。
必要度Ⅱを用いて評価を行っていた医療機関	令和4年9月30日まで、必要度に係る基準に該当するものとみなす。

【令和4年9月7日・事務連絡(本追補58枚目)も参照】

331頁 入院基本料等加算【35】 A234-2 感染対策向上加算

その19（令和4年7月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 区分番号「A234-2」の「1」の感染対策向上加算1の施設基準において、「保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度」カンファレンスを行うこととされているが、

- ① 保健所及び地域の医師会のいずれか又は両方が参加していない場合であっても、当該カンファレンスに該当するか。
- ② 保健所や地域の医師会が主催するカンファレンスに参加することをもって、当該要件を満たすものとすることは可能か。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 該当しない。ただし、やむを得ない理由により参加できなかった場合であって、参加に代えて、後日書面等によりカンファレンスの内容を共有している場合は、該当する。
- ② 不可。感染対策向上加算1の届出を行った保険医療機関が開催する場合にのみ当該要件に該当するものである。なお、当該カンファレンスについて、感染対策向上加算1の届出を行った保険医療機関が、保健所や地域の医師会と共催した場合は可能。

問2 区分番号「A234-2」の「1」の感染対策向上加算1の施設基準における、「保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンス」について、具体的にどのような内容であればよいか。

答 カンファレンスの内容については、参加する保健所、地域の医師会、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関との協議により決定して差し支えない。

なお、例えば、令和4年度地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」による「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）（※）事例2において、以下の項目が掲げられていること等を参照されたい。

- ・参加医療機関の感染対策にかかる情報共有
- ・参加医療機関が、感染対策で困っていることや工夫していることを発表し、意見交換しながら改善策について検討
- ・参加医療機関の相互ラウンドを行い、感染対策の共有や改善について検討

（※）「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）

http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiiki_hoken/html/2022.html

問3 区分番号「A234-2」の「1」の感染対策向上加算1の施設基準において、「感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、必要時に

院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。」とされているが、具体的にどのような体制であればよいのか。

答 感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関から院内感染対策に関する助言を求められた場合に助言を行うことができるよう、連絡先の共有等を行うこと。

なお、助言内容については、例えば、令和4年度地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」による「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について—中間報告—」（令和4年6月）事例2、事例4、事例5に掲げられる以下の項目等を参照されたい。

- ・多剤耐性菌が発生した医療機関に対し、ラウンドや指導を実施
- ・新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生しやすいと考えられる医療機関等への事前の臨地指導
- ・新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生した医療機関に対し、感染拡大防止に関する専門的な臨地指導、助言等を実施
- ・薬剤耐性菌対策に関する臨地指導、院内研修会開催

その23（令和4年8月24日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2の施設基準において求める薬剤師及び臨床検査技師の「適切な研修」並びに区分番号「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準において求める医師及び看護師の「適切な研修」については、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問23【→344頁】において「現時点では、厚生労働省の院内感染対策講習会③（受講証書が交付されるものに限る。）が該当する。」とされたが、令和4年度以降に実施される厚生労働省の院内感染対策講習会②（受講証書が交付されるものに限る。）は該当するか。

答 該当する。なお、令和4年度以降の院内感染対策講習会①、③及び④は該当しない。

その32（令和4年11月16日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で行う院内感染対策に関するカンファレンスについて、地域に感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、当該カンファレンスを合同で主催することは可能か。

答 可能。ただし、当該複数の感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関は、有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、あらかじめ協議し、連携している必要がある。

369頁 入院基本料等加算【44】 A242-2 術後疼痛管理チーム加算
 433頁 特定入院料【2】 A300 救命救急入院料
 443頁 特定入院料【3】 A301 特定集中治療室管理料
 462頁 特定入院料【4】 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
 473頁 特定入院料【5】 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
 477頁 特定入院料【6】 A301-4 小児特定集中治療室管理料
 907頁 在宅医療【7】 C004・注4 重症患者搬送加算

【特定行為に係る看護師の研修制度】

その19（令和4年7月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）
 問6 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の間87等【問87→371頁、問98・100→456頁、問107→439頁、問178→907頁】において、施設基準で求める看護師の研修として「特定行為に係る看護師の研修制度により厚

生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる領域別パッケージ研修」のいずれかが該当するとされているが、当該パッケージ研修に含まれる特定行為区分の研修をすべて修了している場合は、当該要件を満たしているとみなして差し支えないか。

答 差し支えない。

433頁 特定入院料【2】 A300 救命救急入院料
 443頁 特定入院料【3】 A301 特定集中治療室管理料

その23（令和4年8月24日・事務連絡〈別添1・医科〉）
 問2 区分番号「A300」救命救急入院料の注1、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準における「関連学会と連携」については、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の間94【→439頁】において「日本集中治療医学会のデータベースであるJIPAD（Japanese Intensive care Patient Database）に症例を登録し、治療方針の決定及び集中治療管理を行っていることを指す。」とされたが、新たにJIPADに参加する場合、日本集中治療学会のホームページに「JIPADにおける参加施設・準じる施設」として掲載されことをもって当該要件を満たすものとしてよい。

答 差し支えない。

その32（令和4年11月16日・事務連絡〈別添1・医科〉）
 【重症患者対応体制強化加算】

問2 区分番号「A300」救命救急入院料の「注1」、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の「注6」に規定する重症患者対応体制強化加算（以下単に「重症患者対応体制強化加算」という。）について、「当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する」とこととされているが、

- ① 一連の入院期間中に、重症患者対応体制強化加算を算定できる2以上の治療室に患者が入院した場合、入院期間に応じた当該加算の区分はどのように考えればよい。
- ② 一連の入院期間中に、重症患者対応体制強化加算を算定できる治療室に入院後、入院基本料又は他の特定入院料を算定する病棟に転棟し、再度病状が悪化するなどして、当該加算を算定できる治療室に再度入室した場合、入院期間に応じた当該加算の区分はどのように考えればよい。
- ③ 重症患者対応体制強化加算を算定できる治療室に入院し、退院した後、入院期間が通算される再入院において、再度当該加算を算定できる治療室に入院した場合、入院期間に応じた当該加算の区分はどのように考えればよい。

答 それぞれ以下の通り。

- ① それぞれの治療室における重症患者対応体制強化加算の算定日数を合算した日数に応じた区分の点数を算定すること。
- ② 入院基本料又は他の特定入院料を算定する病棟の入院期間を除き、重症患者対応体制強化加算を算定できる治療室における当該加算の算定日数を合算した日数に応じた区分の点数を算定すること。
- ③ 初回の入院期間中の重症患者対応体制強化加算の算定日数と、再入院時の当該加算の算定日数を合算した日数に応じた区分の点数を算定すること。

535頁 特定入院料【14】 A308-3 地域包括ケア病棟入院料

その23（令和4年8月24日・事務連絡〈別添1・医科〉）
 問3 区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準(10)について、「オ 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。」【→545頁】とされているが、当該訪問看護ステーションの開設者は当該保険医療機関と同一である必要はあるか。

答 原則として当該訪問看護ステーションの開設者は当該保険医療機関と同一である必要がある。ただし、当該保険医療機関と退院支援、訪問看護の提供における24時間対応や休日・祝日対応、人材育成等について連携している場合は、同一でなくても差し支えない。

718頁 特掲【3】 不妊治療の保険適用

その23（令和4年8月24日・事務連絡〈別添2・不妊〉）
【不妊治療に係る検査】

問1 一般不妊治療又は生殖補助医療を実施している患者に対して、不妊治療に係る妊娠判定のため、妊娠反応検査（尿中・血中HCG検査）を実施した場合、当該検査に係る費用は、保険診療として請求可能か。

答 一般不妊治療又は生殖補助医療を実施している患者に対して、医師の医学的判断により、通常の妊娠経過を確認するために、当該検査を実施した場合、一連の診療過程につき、1回に限り算定可能。

767頁 医学管理等【20】 B001・36 下肢創傷処置管理料

その28（令和4年9月27日・事務連絡〈別添・医科〉）

問4 区分番号「B001」の「36」下肢創傷処置管理料の施設基準において求める医師の「下肢創傷処置に関する適切な研修」については、「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145【→767頁】で示された研修の他、一般社団法人日本フットケア・足病医学会「下肢創傷処置・管理のための講習会」は該当するか。

答 該当する。

790頁 医学管理等【31】 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

その19（令和4年7月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料について、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問157【→792頁】において、「専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」における常時とは、24時間」と示されたが、診療所であって、令和4年9月30日までの間に体制を整備することが困難な場合については、どのように考えればよいか。

答 令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいものとする。

なお、その場合においては、令和4年10月1日以降の算定に当たり、別添2の様式39を用いて届出を行う必要があり、その際、院内に常時1人以上配置することが困難な理由を添えること。

【令和4年9月7日・事務連絡（本追補58枚目）も参照】

1103頁 リハビリテーション【3】 H004・注3 摂食嚥下機能回復体制加算

その18（令和4年7月13日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 区分番号「H004」の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1及び2の施設基準において求める、摂食嚥下支援チームの「専従の常勤言語聴覚士」は、疾患別リハビリテーションの専従又は専任の言語聴覚士を兼ねることは可能か。

答 不可。

問2 摂食嚥下機能回復体制加算1及び2の施設基準において求める看護師の「摂食嚥下障害看護に係る適切な研修」の受講について、どのように考えればよいか。

答 令和4年3月31日時点で、旧医科点数表における区分番号「H004」の注3に掲げる摂食嚥下支援加算について、令和2年度診療報酬改定において、令和4年3月31日までの間に限り設けられた経過措置により、摂食嚥下支援チームの専任の常勤看護師の

規定を満たしているものとして施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和5年3月31日までに当該研修を受講することが確定している場合に限り、届出可能。

なお、当該研修の受講を予定しているものの、やむを得ない事情により受講確定に至っていない場合には、受講が確定するまでの間に限り、当該研修の申込みを行うことをもって、届出を行っても差し支えない。ただし、この場合は、届出書類に当該研修を受講する認定看護師教育機関名、受講開始日及び修了予定日を記載すること。また、届出後に受講が確定した時点で、改めて受講対象者である看護師に係る届出を行うこと。

なお、受講の申込みをしていたが受講が認められなかった場合や受講を中断する場合には、遅延なく届出を辞退すること。

1175頁 処置【6】 J038 人工腎臓

その19（令和4年7月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問8 区分番号「J038」人工腎臓の注2に規定する導入期加算2及び3の施設基準について、それぞれ「導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること」、

「導入期加算1又は2を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施」【→1178頁】とあるが、「腎代替療法に係る研修」とは、どのようなものが該当するか。

答 次の要件を満たすものが該当する。

- (イ) 導入期加算3を算定している施設が主催する研修であること。
- (ロ) 当該研修を実施又は受講する各施設に配置されている「腎代替療法に係る所定の研修を修了した者」が参加していること。

(ハ) 在宅血液透析、腹膜透析及び腎移植に関する基礎知識、腎代替療法の特性に応じた情報提供、腎代替療法に係る意思決定支援等の内容が含まれる研修であること。

1325頁 手術【4】 K通則18 内視鏡手術用支援機器を用いる手術

その23（令和4年8月24日・事務連絡〈別添1・医科〉）
問5 区分番号「K740-2」腹腔鏡下直腸切除・切断術の「2」低位前方切除において、超低位前方切除術又は経肛門吻合を伴う切除術を内視鏡手術用支援機器を用いて実施した場合、どのように算定するのか。

答 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準【→1332頁】に係る届出を行っている場合、区分番号「K740-2」腹腔鏡下直腸切除・切断術の「2」低位前方切除を算定可能。

1336頁 手術【4-(1)】 K374-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術 軟口蓋悪性腫瘍手術 K394-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

その19（令和4年7月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）
問9 区分番号「K374-2」鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び区分番号「K394-2」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準における「関連学会と連携」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

答 現時点では、日本頭頸部外科学会のデータベースである「咽喉頭癌に対するロボット支援手術症例レジストリ」に症例登録することを指す。

1554頁 調剤【4-(1)】 調剤10の3・注6／調剤13の2・注4 特定薬剤管理指導加算2

その18（令和4年7月13日・事務連絡〈別添2・調剤〉）
問1 医科点数表の区分番号「B001-2-12」の注6に規定する連携充実加算を届け出ている保険医療機関において抗悪性腫瘍剤を投与された患者に対して、抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤を対象として特定薬剤管理指導加算1を算定した場合であって、当該薬剤に関し、電話等によりその服用状況、服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について当該患者又はその家族等に確認し、確認結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供すること等の特定薬剤管理指導加算2の算定要件を満たした場合、次の服薬管理指導料の算定時に、特定薬剤管理指導加算2を算定することは可能か。

答 特定薬剤管理指導加算1と同一月内での算定は不可。なお、特定薬剤管理指導加算1の算定に係る薬剤以外の抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤を対象として、特定薬剤管理指導加算2に係る業務を行った場合は、次の服薬管理指導料の算定時に、特定薬剤管理指導加算2の算定要件を満たせば算定可。

問2 特定薬剤管理指導加算2を算定した患者に対して、当該算定に係る抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤を対象として、特定薬剤管理指導加算1を算定することは可能か。

答 特定薬剤管理指導加算2と同一月内での算定は不可。なお、特定薬剤管理指導加算2の算定に係る抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤以外の薬剤を対象として、特定薬剤管理指導加算1に係る業務を行い、算定要件を満たせば算定可。

1562頁 調剤【6】 調剤14の3・2・イ 服用薬剤調整支援料2・イ

その18（令和4年7月13日・事務連絡〈別添2・調剤〉）
問3 服用薬剤調整支援料2について、内服薬に限らず、内服薬と外用薬の重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案を行った場合は算定できるか。

答 患者に処方される内服薬の種類数の減少に係る提案を行った場合は、その他の要件を満たせば算定できる。

1577頁 介護老人保健施設入所者に係る診療料

その18（令和4年7月13日・事務連絡〈別添1・医科〉）
問3 特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）別表第十二の一【→1577頁】に掲げる

検査に、医科点数表第2章第3部検査の第4節「診断穿刺・検体採取料」に掲げる診療料は含まれるか。

答 含まれない。

7 経過措置の取扱い

関係事務連絡

令和4年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて

（令和4年9月7日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）

基本診療料及び特掲診療料等の施設基準並びにその届出に関する手続きについては、「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」（令和4年3月4日保医発0304第2号）、「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）及び「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」（令和4年3月4日保医発0304第4号）により示しているところであるが、当該通知の第4表1及び表2【→21・690頁】に掲げる項目であって、その項目を令和4年10月1日以降も引き続き算定する場合に届出が必要とされているもの等について別紙のとおり取りまとめたので、届出漏れ等が生じないよう、

その取扱いについて遺漏なきようご対応をお願いしたい。

また、別紙の届出対象について、令和4年10月14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ので、併せてご対応をお願いしたい。

なお、新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについては、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「8月31日事務連絡」という。）【→1588頁】のとおりであり、留意されたい。

令和4年9月30日まで経過措置の施設基準

（別紙）

令和4年10月1日以降も算定する場合に届出が必要なもの

○基本診療料

区分	項番	届出対象 (令和4年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関)	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
入院基本料	1	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準 注）ただし、令和4年3月31日時点で、許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関の急性期一般入院料1の病棟であって、重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行っている病棟を除く	令和4年3月31日時点で、急性期一般入院料1～5、7対1入院基本料（結核、特定機能病院（一般病棟）、専門病院）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を届け出ている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとみなす。	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準	別添7の様式10
	2	有床診療所入院基本料の注3に掲げる有床診療所在宅患者支援病床初期加算【A108】	令和4年3月31日時点で、有床診療所入院基本料の届出を行っている医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること」の基準を満たしているものとみなす。	有床診療所入院基本料の注3に掲げる有床診療所在宅患者支援病床初期加算	別添7の様式12の7
入院基本料等加算	3	障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算【A106】	令和4年3月31日時点で夜間看護体制加算等に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する基準を満たしているものとする。	障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算	別添7の様式13の3
		急性期看護補助体制加算の注3に規定する夜間看護体制加算【A207-3】		急性期看護補助体制加算の注3に規定する夜間看護体制加算	
		看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1に限る）【A207-4】		看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1に限る）	
		看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算【A214】		看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算	
		精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算【A311】		精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算	
		精神科救急・合併症入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算【A311-3】		精神科救急・合併症入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算	

区分	項番	届出対象 (令和4年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関)	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
入院基本料等加算	4	急性期充実体制加算【A200-2】	院内迅速対応チームの構成員における所定の研修については、令和4年9月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。	急性期充実体制加算	別添7の様式14
	5	急性期充実体制加算【A200-2】	院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和4年9月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。ただし、その場合であっても1回目を令和4年9月30日までの間に開催すること。	急性期充実体制加算	別添7の様式14
	6	病棟薬剤業務実施加算1（小児入院医療管理料（病棟単位で行うものに限る）の届出を行っているものに限る。）【A244】	令和4年3月31日時点において、現に病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であって、小児入院医療管理料の届出を行っているものについては、令和4年9月30日までの間に限り、病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟に配置されているとみなす。ただし、この場合であっても小児入院医療管理料を算定する病棟に病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が配置されていないときは、当該加算を算定できない。	病棟薬剤業務実施加算1	別添7の様式40の4
	7	入退院支援加算1【A246】	1の(4)に掲げる「連携医療機関」等の規定については、令和4年3月31日において現に入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。	入退院支援加算1	別添7の様式40の9
	8	地域医療体制確保加算【A252】	令和4年3月31日時点で地域医療体制確保加算の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成することに係る基準を満たしているものとする。	地域医療体制確保加算	別添7の様式40の16
特定入院料	9	救命救急入院料2及び4における重症度、医療看護必要度の評価方法【A300】	令和4年3月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている治療室にあつては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	救命救急入院料2及び4	別添7の様式43
	10	特定集中治療室管理料における重症度、医療看護必要度の評価方法【A302】	令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあつては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	特定集中治療室管理料	別添7の様式43
	11	特定集中治療管理料の注5に規定する早期栄養介入管理加算【A302】	令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の「注5」に掲げる早期栄養介入管理加算の届出を行っている治療室にあつては、令和4年9月30日までの間に限り、8の(4)の基準を満たしているものとみなす。	特定集中治療管理料の注5に規定する早期栄養介入管理加算	別添7の様式42の4
	12	回復期リハビリテーション病棟入院料1～4【A308】	令和4年3月31日時点で、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病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「新規入院患者のうちの重症の患者の割合」に係る施設基準を満たしているものとする。	回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	別添7の様式49の2、様式49の3
	13	地域包括ケア病棟入院料（200床以上400床未満の医療機関に限る。）【A308-3】	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、令和4年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。	地域包括ケア病棟入院料2または4	別添7の様式50

区分	項番	届出対象 (令和4年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関)	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
特定入院料	14	地域包括ケア病棟入院料【A308-3】	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。	地域包括ケア病棟入院料	別添7の様式50、様式50の2
	15	地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院医療管理料1又は2（100床以上の医療機関）【A308-3】	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、入退院支援加算1の届出を要さないこととする。	地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院医療管理料1又は2	別添7の様式50、様式50の2
	16	精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算1～3【A311】	令和4年3月31日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下とすることについて要件を満たすものとみなす。	精神科救急医療体制加算1 精神科救急医療体制加算2 精神科救急医療体制加算3	都道府県等からの意見書（未提出の場合）
	17	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料【A319】	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出を行っている病棟（特定機能病院に限る。）については、令和4年9月30日までの間に限り、施設基準を満たしているものとする。	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	別添7の様式9、様式20、様式49、様式49の2、様式49の5 病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができる

○特掲診療料

区分	項番	届出対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
医学管理料	18	がん患者指導管理料イ【B001・23】	令和4年3月31日時点で、がん患者指導管理料イの届出を行っている医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。	がん患者指導管理料イ	別添2の様式5の3
	18	がん患者指導管理料イ【B001・23】	令和4年3月31日時点で、がん患者指導管理料イの届出を行っている医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。	がん患者指導管理料イ	別添2の様式5の3
	19	一般不妊治療管理料【B001・32】	令和4年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び生殖補助医療を実施する他の保険医療機関との連携に係る基準を満たしているものとする。	一般不妊治療管理料	別添2の様式5の11
	20	生殖補助医療管理料【B001・33】	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、人員の配置、具備すべき施設・設備、安全管理等の医療機関の体制（生殖補助医療管理料1における患者からの相談に対応する体制を除く。）に係る基準を満たしているものとする。	生殖補助医療管理料	別添2の様式5の12

区分	項番	届出対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
医学管理料	21	外来腫瘍化学療法診療料 【B001-2-12】	令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間、専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を満たしているものとする。 また、令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいものとする。なお、その場合においては、令和4年10月1日以降の算定に当たり、別添2の様式39を用いて届出を行う必要があり、その際、院内に常時1人以上配置することが困難な理由を添えること。	外来腫瘍化学療法診療料	別添2の様式39
在宅	22	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	令和4年3月31日時点で、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	別添2の様式11、様式11の2
リハビリ	23	摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1及び加算2【H004】	令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和4年度改定前）の医科点数表区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、摂食嚥下機能回復体制加算1及び加算2に関する摂食嚥下支援チームの職種の規定における「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととする。また、摂食嚥下機能回復体制加算1の経口摂取回復率35%以上の基準を満たしているものとする。	摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1及び加算2	【加算1】別添2の様式43の6、様式43の6の2、様式44の2 【加算2】別添2の様式43の6、様式44の2
手術	24	精巣内精子採取術【K838-2】	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び他の保険医療機関との連携に係る基準を満たしているものとする。	精巣内精子採取術	別添2の様式87の42
訪問看護	25	機能強化型訪問看護管理療養費	令和4年3月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費1又は2の届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和4年9月30日までの間に限り、「人材育成のための研修等」及び「訪問看護に関する情報提供又は相談」に係る基準を満たしているものとする。	機能強化型訪問看護管理療養費	別紙様式6

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めるのではなく、必要最小限の様式の届出を求めるもの。

（参考）

令和4年10月1日以降も算定するに当たり注意が必要なもの等

○基本診療料

区分	項番	届出対象 (令和4年3月31日において下記施設 基準を届出していた保険医療機関)	経過措置に係る 要件(概要)	引き続き算定する 施設基準
初再診療	1	機能強化加算【A000・注10】	令和4年3月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、地域包括診療加算2、地域包括診療料2、機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における実績に係る基準、地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応を行っている常勤の医師を配置していることに係る基準、地域におけるかかりつけ医機能として対応を行っていることについて当該保険医療の見やすい場所及びホームページ等に掲示していることに係る基準、を満たしているものとする。	機能強化加算
	2	急性期一般入院料6【A100】	令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料6を届け出ている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、引き続き令和4年度改定前の点数表により急性期一般入院料6を算定可能とする。	急性期一般入院料6
入院基本料	3	療養病棟入院基本料【A101】	令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。	療養病棟入院基本料
	4	療養病棟入院基本料【A101】	令和4年3月31日において、現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。	療養病棟入院基本料
入院集料等加算	5	重症患者初期支援充実加算【A234-4】	特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスについて、開催が困難な場合にあっては、令和4年9月30日までに開催予定であれば、差し支えないものとする。	重症患者初期支援充実加算
特定入院料	6	救命救急入院料1及び3における重症度、医療看護必要度の評価方法【A300】	令和4年3月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている治療室にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	救命救急入院料1及び3
	7	脳卒中ケアユニット入院医療管理料における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法【A301-3】	令和4年3月31日時点で脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
	8	地域包括ケア病棟入院料（療養病床に限る。）【A308-3】	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が6割以上であること・当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において30人以上であること・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていることの要件を満たしているものとする。	地域包括ケア病棟入院料（療養病床に限る。）

○特掲診療料

区分	項番	対象 (令和4年3月31日において下記施設 基準を届出していた保険医療機関 (令和4年4月に新たに創設された施設 基準含む。))	経過措置に係る 要件(概要)	引き続き算定する 施設基準
医学管理	9	こころの連携指導料（Ⅰ）【B005-12】	自殺対策等に関する適切な研修を受講していない場合にあっては、令和4年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。	こころの連携指導料（Ⅰ）
リハビリ	10	疾患別リハビリテーション料【H000/H001/H001-2/H002/H003】	令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定に係る要件を満たしていることとする。	疾患別リハビリテーション料

令和4年度診療報酬改定の施設基準における経過措置の届出に係る特例的な取扱いについて

（令和4年10月27日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）

基本診療料の施設基準及びその届出に関する手続については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続の取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第2号）により示しているところである。また、施設基準に関する経過措置については、「令和4年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて」（令和4年9月7日保険局医療課事務連絡）において、「令和4年10月14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」と示したところである。

一般の経過措置の届出について、特定入院料のみの届出を行っている病院であって、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和4年10月14日までに届出を完了できず、入院基本料及び特定入院料（以下、「入院基本料等」という。）のいずれも算定できなくなる見込みの病院が生じるおそれがあるところ。

上記の事例に係る取扱いについて、保険診療を維持することの重要性に鑑み、以下のとおりとするので、遺漏のないよう、ご対応をお願いしたい。

なお、本取扱いは令和4年10月限りの取扱いであり、11月以降の算定にあたっては、10月31日までに算定する入院基本料等の届出を必ず行うこと。また、今回の取扱いについて、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮した特例的な取扱いであることに留意すること。

（届出の遅延により特定入院料が算定できない医療機関の取扱い）

1. 当該病棟が一般病棟の場合：一般病棟特別入院基本料607点を算定する。
2. 当該病棟が療養病棟の場合：療養病棟特別入院基本料577点を算定する。
3. 当該病棟が精神病棟の場合：精神病棟特別入院基本料561点を算定する

⑧ 関係事務連絡

373頁 入院基本料等加算【45】 A243 後発医薬品使用体制加算
1051頁 投薬【2】 F100・注9 外来後発医薬品使用体制加算
1539頁 調剤【1-(6)】 調剤00・注7 後発医薬品調剤体制加算
注8 後発医薬品減算

関係事務連絡

後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて

（令和4年9月29日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）

後発医薬品の製造販売業者が業務停止命令を受けたことなどに伴い、後発医薬品の供給停止や出荷調整が頻発し、これらの製品を使用されていた保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）を中心に、代替後発医薬品を入手することが困難となっている状況にあることを踏まえ、「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（令和4年3月4日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「令和4年3月事務連絡」という。）において、令和4年9月30日までの間、一部の供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品について、後発医薬品使用体制加算等における実績要件である後発医薬品の使用（調剤）割合を算出する際に、算出対象から除外しても差し支えないものとする取扱いを講じたところである。

厚生労働省としては、可能な限り早期に安定供給ができるよう、各製造販売業者に対して早期の供給回復、引き続きの安定供給や増産等の対応をお願いしているところであるが、依然として後発医薬品の供給停止や出荷調整が続く、代替後発医薬品の入手が困難な状況となっていることを踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱い等について、下記のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

1. 供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いについて

(1) 後発医薬品使用体制加算等における後発医薬品の使用割合等に係る要件の取扱いについて

- ① 小林化工株式会社及び日医工株式会社に対する医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）による行政処分等を契機として令和4年7月1日時点で供給が停止されていると医政局医薬産業振興・医療情報企画課に報告があった医薬品（以下「供給停止品目」という。）のうち、別添2【略】に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」、「外来後発医薬品使用体制加算」、「後発医薬品調剤体制加算」及び「調剤基本料」注8に規定する減算（後発医薬品減算）（以下「加算等」という。）における実績要件である後発医薬品の使用（調剤）割合（以下「新指標の割合」という。）を算出する際に、算出対象から除外しても差し支えないものとする。

当該取扱いについては、令和4年〔2022年〕10月診療分から適用することとし、令和5年〔2023年〕3月31日を終期とする。

- ② ①の取扱いを行う場合においては、別添2に示す全ての品目について、新指標の割合の算出対象から除外することとし、一部の成分の品目のみ算出対象から除外することは認められない。

また、①の取扱いについては、1月ごとに適用できることとし、加算等の施設基準について、直近3月の新指標の割合の平均を用いる場合においては、当該3月に①の取扱いを行う月と行わない月が混在しても差し支えないこととする。

なお、カットオフ値の算出については、今回の臨時的な取扱いの対象とはしないこととし、新指標の割合について①の取扱いを行った場合においても、カットオフ値については従前通り算出し、加算等の施設基準の実績要件を満たすかどうか確認すること。

- ③ 新指標の割合を算出するに当たって、①の取扱いを採ることにより後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算及び後発医薬品調剤体制加算の実績要件を満たす、又は後発医薬品減算に該当しない保険医療機関等は、各月の新指標の割合等を記録するとともに、別紙様式（後発医薬品使用体制加算は様式1-1、外来後発医薬品使用体制加算は様式1-2、後発医薬品調剤体制加算等は様式1-3）〔略〕を用いて各地方厚生（支）局に報告を行うこと。

なお、この場合において前月と加算等の区分に変更が生じなくとも報告の対象となることに留意する。

また、①の取扱いを行った上で加算等の区分に変更が生じる場合又は基準を満たさなくなる

場合には、「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」（令和4年3月4日保医発第0304第2号）及び「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日保医発第0304第3号）に従い、しかるべく変更等の届出を行う必要がある。その際、後発医薬品の使用割合等については、①の取扱いにより算出した割合を記載しても差し支えないこととする。

(2) (1)の③の報告時期について

(1)の①の取扱いを一部でも採ることにより加算等の対象となる保険医療機関等に係る同③の報告を行う時期は次のとおりとする。なお、各期限までに報告が間に合わない場合には、事前に各地方厚生（支）局に相談すること。

- ① 令和4年10月～11月診療分の加算等の算定に係る実績について、(1)の①の取扱いを実施した保険医療機関等：

令和4年11月30日（水）までに、令和4年6月～10月診療における実績等について報告

- ② 令和4年12月～令和5年2月診療分の加算等の算定に係る実績について、(1)の①の取扱いを実施した保険医療機関等：

令和5年2月28日（火）までに、令和4年8月～令和5年1月診療における実績等について報告（上記の①の報告を実施した場合も報告すること。）

2. その他の診療報酬の取扱いについて

別添1のとおりとする。

（別添1）

【共通】

問1 1(1)の①の取扱いにおいて、新指標の割合の算出対象から除外する際に、本事務連絡の別添2に示す品目ではなく、令和4年3月4日に発出された事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の別添2の品目を除外対象とすることは可能か。

答 本年7月1日時点の状況を踏まえて本事務連絡の別添2に示す品目を示していることから、10月診療分以降の加算等の実績要件を判断するに当たっては、本年6月の新指標の使用割合については令和4年3月事務連絡の別添2-2に示す品目を除外して、本年7月以降の新指標の使用割合については本事務連絡の別添2に示す品目を除外して算出することができる。

【医科】

問2 1(1)の①の取扱いの対象となる医薬品について、一般名処方を行った場合、一般名処方加算1及び2は算定できるか。

答 算定可。なお、今回の臨時的な取扱いについては、加算等の施設基準における新指標の割合の算出等に係るものであり、一般名処方加算における後発医薬品のある医薬品の取扱いを変更するものではない。

以上

82頁 病院の入院基本料【1】 通則事項

関係事務連絡

入院時における付添いの受入れ等にかかる留意事項について

（令和4年11月9日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）

保険医療機関における看護については、「看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。なお、患者の負担によらない家族等による付添いであっても、それらが当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は当該保険医療機関の看護要員の看護力を補充するようなことがあってはならない。」（「基本診療料等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日付け保医発0304第2号厚生労働省保険局医療課長通知）【別添2・第2・4・(6)・ア→93頁】）とされているところです。

上記の取扱い及び留意点について、今般、下記のとおりまとめましたので、貴管下保険医療機関に対して周知を図られますよう協力をお願いいたします。

記

1. 特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて

特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて、別添のとおり、「特別なコミュニケーション支援が必要な

障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」（令和4年11月9日付け厚生労働省医政局地域医療計画課、新型コロナウイルス感染症対策推進本部、社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課連名事務連絡）が発出されたところであり、各医療機関においては、当該事務連絡を確認の上、適切に対応されたい。

2. 医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添う場合の対応について

厚生労働省が実施した「入院患者の家族等による付添いに関する実態調査」について、結果をとりまとめたところであるが、これによると、医師の許可を得て入院患者に付き添う家族等から事前説明の充実を求める回答があった。

各医療機関においては、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者による付添いを認める際には、当該医師などから家族等に対し、付き添う事由や範囲について十分説明を行った上で、医療機関内の設備等の付添いに当たって必要な情報について、丁寧な説明を行っていただくよう留意されたい。

（参考資料）

・入院患者の家族等による付添いに関する実態調査について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_28544.html

特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて

（令和4年11月9日・厚生労働省医政局地域医療計画課／新型コロナウイルス感染症対策推進本部／社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡）

障害児者に係る医療提供体制の整備に関し、特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援等について、院内感染対策に十分留意しつつ、積極的に検討することを医療機関に促していただくよう、「障害児者に係る医療提供体制の整備について」（令和3年1月27日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課連名事務連絡）等においてお願いしてきたところです。

これまで、特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者が新型コロナウイルス感染症に罹患し入院が必要となった場合に、当該患者へのコミュニケーション支援に熟知している支援者が付き添うことは可能である旨を示していますが、院内感染対策などの観点から、支援者の付添いが認められない場合があると承知しています。

当該障害児者における支援者は、障害児者が医療従事者と意思疎通する上で極めて重要な役割を担っているため、当該障害児者が新型コロナウイルス感染症に罹患している場合も含めて、院内感染対策に配慮しつつ、可能な限り支援者の付添いを受け入れることについて、医療機関に検討を促していただくようご協力をお願いします。

今般、医療機関のご協力をいただく参考となるよう、支援者の付添いを受け入れている医療機関の対応例を取りまとめました。こうした対応例も参考として、各医療機関における支援者の付添いの受入れが進むよう、衛生部局と障害保健福祉部局が連携し、管内の市町村、医療機関及び障害福祉サービス事業所等に本事務連絡の内容を周知していただきますようお願いいたします。

記

1 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する患者の入院時における支援について

- 保険医療機関における看護は当該保険医療機関の看護要員によって行われることとされているが、「特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について」（平成28年6月28日付け保医発0628第2号厚生労働省保険局医療課長通知）【→110頁】により、看護に当たり、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する患者の入院において、入院前から支援を行っている等、当該患者へのコミュニケーション支援に熟知している支援者が、当該患者の負担により、その入院中に付き添うことは可能となっている。
- 上記のコミュニケーション支援において、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく、障害福祉サービスの一つである「重度訪問介護」を利用している最重度の障害者は、医療機関に入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパー等の支援者が付き添うことにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能となっている。

（参考資料）

- ・ 特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について（平成28年6月28日付け保医発0628第2号厚生労働省保険局医療課長通知）【別添1「略」】【→110頁】
- ・ 入院中の重度訪問介護の利用について【別添2】【→本追補67枚目】
- ※医療機関及びその従事者の方に対する周知に活用いただきたい。

2 具体的な対応について

(1) 医療機関における対応

- 医療機関において、特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院に際して、支援者の付添いを受け入れている事例についてヒアリングを行い、対応例を【別添3】【→本追補68枚目】のとおり取りまとめた。
各医療機関におかれては、特別なコミュニケーション支援を必要とする障害児者が入院する際の支援者の付添いについて、こうした対応例も参考に、院内感染対策に留意しつつ受入れをご検討いただきたい。
- 特に、当該障害児者が新型コロナウイルス感染症で入院する際の支援者の付添いについては、他の患者等への感染リスクも考慮し、こうした対応例も参考に、適切な感染対策を講じつつ、ご検討いただきたい。
- 他方、当該障害児者が新型コロナウイルス感染症以外の疾患で入院する際の支援者の付添いについては、新型コロナウイルス感染症の検査陰性を求める場合であっても、流行状況や費用負担等を

考慮した上で、抗原検査キットで陰性を確認する例があるなど、各医療機関において状況に応じて判断されている例も参考に、患者や支援者の負担に配慮して、柔軟な取扱いをご検討いただきたい。

(2) 重度訪問介護事業所等における対応

- 重度訪問介護事業所は、医療機関に入院する利用者に対して重度訪問介護を提供するに当たり、医療機関や相談支援事業所等との連携の下でコミュニケーション支援を行うことが必要であることから、医療機関における院内感染対策も含め、関係機関・関係者と十分な調整・連携を図りながら支援を行っていく必要がある。
- 新型コロナウイルス感染症の感染者や濃厚接触者が発生した重度訪問介護事業所のヘルパーが、2の(1)の院内感染対策を実施した上で支援する際、必要な衛生・防護用品の購入費用については、「新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業」を活用することが可能である。
- 重度訪問介護事業所等での従事者に対する検査においては、「高齢者施設等の従事者等に対する検査の実施の更なる推進について」（令和4年9月9日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）により、都道府県・保健所設置市・特別区に対し、都道府県等が策定する集中的実施計画に基づき、訪問系も含む障害福祉サービス事業所の従事者に対する感染防止のための定期的な検査（検査の頻度として、抗原定性検査キットの場合は週2～3回程度、PCR検査や抗原定量検査の場合は週1回程度）の実施を要請している（本計画に基づく検査は公費で行われ、事業所の費用負担は生じない。）。
重度訪問介護事業所のヘルパーが入院中の利用者に付き添うに当たり、当該検査の結果が活用可能な場合もあると考えられるので、必要に応じて医療機関と調整いただきたい。
- 重度訪問介護事業所においては、厚生労働省の「障害福祉サービス施設・事業所職員のための感染対策マニュアル」を引き続き遵守し、平時の感染対策を十分に行った上で支援にあたってください、利用者が新型コロナウイルス感染症に罹患した場合でも濃厚接触者とならないよう、可能な限りの対策を講じていただきたい。

（参考資料）

- ・ 障害福祉サービス施設・事業所職員のための感染対策マニュアル（訪問系サービス）
https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/1225_houmon-2_s.pdf
- ・ 障害者支援施設及び障害福祉サービス事業所等職員のための感染症対策の研修会の動画等
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/doug_00008.html

重度障害者が入院する場合 コミュニケーション支援として 重度訪問介護ヘルパーの付添いが可能です

重度の障害で意思の疎通に支援が必要な方が入院する場合、重度訪問介護ヘルパーが付き添うことができます。

入院中の最重度の障害者のコミュニケーションを支援することで、患者（障害者）本人が必要とする支援内容を、医師や看護師等の医療従事者などに的確に伝えることができ、安心して入院中の治療を受け、療養生活を送ることができます。

入院中の重度訪問介護の利用について

- コミュニケーションに特別な技術が必要な障害をもつ患者が医療機関に入院する場合、入院前から支援を行っている等、その患者へのコミュニケーション支援に熟知している支援者が、患者の負担で入院中に付き添うことが可能となっています。

「特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について」

（平成28年6月28日付け保医発0628第2号厚生労働省保険局医療課長通知）

- 障害福祉サービスの一つ「重度訪問介護」を利用している最重度の障害者は、医療機関に入院している間も、引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知した支援者（ヘルパー）から、医療機関の職員と意思疎通を図る上で必要な支援を受けることができます。

※重度訪問介護は、障害者本人の居宅や外出時に、支援者（ヘルパー）が生活全般にわたる援助を行う障害福祉サービスです。

※コロナ禍の医療機関における対応は、以下で示されています。

「特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」（令和4年11月9日付け厚生労働省医政局地域医療計画課ほか連名事務連絡）

特別なコミュニケーション支援に期待できる例

- 障害者ごとに異なる特殊な介護方法（例：体位交換）を、医療従事者などに的確に伝えることができ、適切な対応につながります。
- 強い不安や恐怖等による混乱（パニック）を防ぐための本人に合った環境や生活習慣を医療従事者に伝えることができ、病室等の環境調整や対応の改善につながります。

医療機関において、特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院に際して、支援者の付添いを受け入れている事例について10医療機関からヒアリングを行い、以下の対応例を収集した。

障害児者がコロナ以外の疾患で入院する場合

<事前の準備>

- 平時から院内の会議等で、障害児者のコミュニケーション支援を目的とした支援者の付添いが可能である旨、自院の職員に周知
- 支援者がヘルパーの場合は、障害児者の入院前に、関係する介護事業者等とヘルパーの付添いの流れを確認

<環境整備>

- 可能な限り個室で受入れ

<支援者に求める感染対策>

- 医療機関の職員と同様の体調チェックシート（体温・風邪症状・コロナを疑う患者との接触歴など）を日々確認
- 手指衛生とマスクの装着を徹底
- コロナの検査については、流行状況や費用負担等を考慮した上で、必要に応じて実施
（対応例）
検査を実施する医療機関では、PCR検査の他、抗原定量検査や抗原検査キットの活用例あり。

障害児者がコロナで入院する場合

<事前の準備>

- 支援者がヘルパーの場合、ヘルパーの所属する事業所等とヘルパーの付添いの意向や受入れの流れについて打合せ

<環境整備>

- 個室で受入れ（十分に換気）

<支援者に求める感染対策>

- 医療機関の職員が支援者に个人防护具の着脱を指導（手袋、ガウン、サージカルマスク、フェイスシールド等）
- 支援者が感染している可能性も考慮して入館後の動線を分離し、当該コロナの障害児者の病室以外の場所に立ち入らない

※上記は対応の一例であり、実際に支援者の付添いを受け入れる際の流れについては、各医療機関の状況に応じて検討いただきたい

本書の内容に誤りがありました。お詫びして訂正いたします。

頁	該当箇所		訂正前	訂正後
基本診療料の施設基準等				
病院の入院基本料				
【1】 通則事項				
96	取扱い通知 別添2 第2	左欄 下から 6行目	(1)のイの②の3	(1)のイの②の4
入院基本料等加算				
【2】 A200 総合入院体制加算				
220	施設基準告示 第八・一	上から 6行目	① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を3割5分以上入院させる病棟であること。	① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を3割3分以上入院させる病棟であること。
【9】 A207-2 医師事務作業補助体制加算				
254	取扱い通知 別添3 第4の2	右欄 上から 18行目	オ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。） また、当該責任者は、医師事務作業補助者に対する教育システムを作成していることが望ましい。	オ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。） また、当該責任者は、医師事務作業補助者に対する教育システムを作成していることが望ましい。
【10】 A207-3 急性期看護補助体制加算				
263	施設基準告示 第八・七の三	上から 13行目	ヘ 急性期一般入院料7	ヘ 急性期一般入院料6
【41】 A237 ハイリスク分娩等管理加算				
362	施設基準告示 第八・三十二	下から 6行目	(2) 地域連携分娩管理加算の施設基準	(2) 地域連携分娩管理加算の施設基準
		下から 2行目	(3) ハイリスク分娩管理加算及び地域連携分娩管理加算の対象患者	(3) ハイリスク分娩管理加算及び地域連携分娩管理加算の対象患者
	施設基準告示 別表第七	左欄 上から 1行目	別表第七 ハイリスク分娩等管理加算の対象患者	別表第七 ハイリスク分娩等管理加算の対象患者 二 ハイリスク分娩管理加算の対象患者
		右欄 下から 1行目	〔追加する〕	二 地域連携分娩管理加算の対象患者 40歳以上の初産婦である患者 子宮内胎児発育遅延（重度のものを除く。）の患者 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者 精神疾患の患者（精神療法が実施されているものに限る。）
364	留意事項通知	右欄 下から 11行目	エ 精神疾患の患者（他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。） ただし、ア～エに該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない。	エ 精神疾患の患者（他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。） ただし、ア～エに該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない。
【52】 A249 精神科急性期医師配置加算				
411	(概要)	施設基準 時間外 入院	6件／年以上 6件／年以上 6件／年以上	8件／年以上 8件／年以上 8件／年以上
412	施設基準告示 第八・三十五の九	上から 10行目	【経過措置二十八】	【経過措置十七・二十八】

頁	該当箇所	訂正前	訂正後
412	施設基準告示 第十一	上から 1行目	第十一 経過措置 十七 令和4年3月31日において現に精神科急性期医師配置加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、第八の三十五の九の(2)の二に該当するものとみなす。 ㊦
特定入院料			
【3】 A301 特定集中治療室管理料			
448	取扱い通知 別添4 第2	右欄 下から 7行目	イ 治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
461	留意事項通知	右欄 上から 13行目	イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
461	留意事項通知	右欄 上から 13行目	イ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成及び計画に基づく栄養管理の実施
【13】 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料			
513	施設基準告示 第九・十	下から 8行目	ト 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能FIMが改善していること。
513	施設基準告示 第九・十	下から 8行目	ト 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能又はFIMが改善していること。
【14】 A308-3 地域包括ケア病棟入院料			
549	取扱い通知 別添4 第12	右欄 下から 24行目	③ 地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていること。 また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、(3)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。
549	取扱い通知 別添4 第12	右欄 下から 24行目	③ 地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていること。 また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、(3)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。
550		左欄 下から 1行目	(4) 地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院が地域包括ケア病棟入院料2又は4の届出を行う場合
550		左欄 下から 1行目	(4) 地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院が地域包括ケア病棟入院料2又は4の届出を行う場合
【17】 A311 精神科救急急性期医療入院料			
570	施設基準告示 第九・十四	上から 2行目	(1) 精神科救急入院料の施設基準
578	診療報酬	左欄 下から 11行目	注6
578	診療報酬	左欄 下から 11行目	注6
【19】 A311-3 精神科救急・合併症入院料			
591	留意事項通知	右欄 下から 6行目	(3) (1)のエに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟又は他の保険医療機関から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。
591	留意事項通知	右欄 下から 6行目	(3) (1)のエに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟又は他の保険医療機関から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して90日を限度として算定する。
【23】 A317 特定一般病棟入院料			
614	取扱い通知 別添4 第20	右欄 上から 1行目	患者及び基本診療料の施設基準等
614	取扱い通知 別添4 第20	右欄 上から 1行目	患者、基本診療料の施設基準等

頁	該当箇所	訂正前	訂正後	
特掲診療料の施設基準等				
医学管理等				
【1】 B001・1・注2 ウイルス疾患指導料の注2				
720	(概要)	上から1行目	ウイルス疾患指導料については、後天性免疫不全症候群の患者に対する指導が別に評価（「□ ウイルス疾患指導料2」に施設基準を満たす場合の加算（注2））	ウイルス疾患指導料2（後天性免疫不全症候群またはHIVの患者に対する指導）に施設基準（専任の医師、看護師、薬剤師等の配置や診察室、相談室の設置）を満たす場合の加算（注2）
【9】 B001・23 歯科B004-1-3 がん患者指導管理料				
735	(概要) 主な施設基準	がん患者指導管理料ハ	3年以上化学療法の経験	5年以上薬剤師の経験と3年以上化学療法の経験
【10】 B001・24 歯科B004-1-5 外来緩和ケア管理料				
741	(概要)	上から3行目	入院中の患者以外のがん患者	外来のがん、HIV、末期心不全の患者
【12】 B001・27 糖尿病透析予防指導管理料				
747	(概要) 主な施設基準	管理栄養士	予防指導経験5年以上	栄養指導経験5年以上
【16】 B001・31 糖尿病透析予防指導管理料				
755	疑義解釈資料	右欄上から5行目	その5（令和2年4月16日・事務連絡〈別添1・医科〉） 問5 区分番号「B001」の「31」腎代替療法指導管理料および区分番号「J038」人工腎臓 導入期加算2について、「腎移植に向けた手続きを行った患者」の定義として、「臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者」と記載されているが、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録後1年以上経過し、当該登録を更新した患者についても「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれるか。 答 含まれる。	疑義解釈資料 令和4年改定 その1（令和4年3月31日・事務連絡〈別添1・医科〉） 問218 区分番号「B001」の「31」腎代替療法指導管理料並びに区分番号「J038」人工腎臓の注2に規定する導入期加算2及び3について、「腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、（中略）腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう」とあるが、腎臓移植希望者として日本臓器移植ネットワークに登録されてから1年以上経過した患者であっても、当該登録を更新したものについても、「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれるか。 答 含まれる。
【18】 B001・34 二次性骨折予防継続管理料				
764	(概要)	上から4行目	なお、二次性骨折予防継続管理料1を算定する場合	なお、75歳以上の患者が二次性骨折予防継続管理料1を算定する場合
【39】 B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料				
813	施設基準告示 第三・九の四の二	上から2行目	(1) 外来がん患者在宅連携指導料の注1に規定する施設基準	(1) 外来がん患者在宅連携指導料の注1に規定する施設基準
在宅医療				
【8】 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				
909	(概要)	表 項目	(4) 乳幼児加算・幼児加算	(4) 乳幼児加算
【11】 C103・注2/C107-2・注2 遠隔モニタリング加算				
929	疑義解釈資料	右欄上から1行目	疑義解釈資料 平成30年改定 その1（平成30年3月30日・事務連絡〈別添1・医科〉） 問150 〔略〕 答 〔略〕	〔削除する〕
注射				
【1】 G通則6 歯科G通則6 外来化学療法加算				
1055	(概要)	下から1行目	認定	設定

頁	該当箇所	訂正前	訂正後
リハビリテーション			
【8】 H007-4 リンパ浮腫複合的治療料			
1119	(概要) 主な施設基準	表内 座学33時間 座学33時間 実技67時間	〔削除する〕
精神科専門療法			
【2】 I002 通院・在宅精神療法			
1133	診療報酬	右欄 下から 22行目 注8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における直近の入院において	注8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、直近の入院において
【7】 I013・2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料			
1155	見出し	I 013-2	I 013・2
【9】 I016 精神科在宅患者支援管理料			
1158	診療報酬	右欄 上から 6行目 注1 1については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て	注1 1については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て
放射線治療			
【4-（3）】 M001-4・注3 粒子線治療医学管理加算			
1425	取扱い通知 別添1 第84の2の4	右欄 下から 14行目 (5) 次に掲げる機器を備えていること（なお、アとイについては、患者ごとのスキャンング法による照射を行う場合にはこの限りではない。）	(5) 次に掲げる機器を備えていること。 なお、アとイについては、患者ごとのスキャンング法による照射を行う場合にはこの限りでない。
【参考】 放射線治療を担当する常勤医師等の配置			
1433	(概要) 表内	項目 ⑧ 常勤診療 放射線技師 ①・③・④・⑥・⑨の項目と兼務可能	①・③・④・⑥・⑧の項目と兼務可能
施設入所者			
介護老人保健施設入所者に係る診療料			
1578	施設基準告示 第十六・二	上から 4行目 <u>HIF-PH阻害剤（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対して投与された場合に限る。）の費用</u>	HIF-PH阻害剤（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対して投与された場合に限る。）の費用
1579	施設基準告示 第十六・三	下から 12行目・ 10行目 対して 下から 8行目 <u>エポエチンペーパペゴル（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対して投与された場合に限る。）の費用</u>	対して エポエチンペーパペゴル（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対して投与された場合に限る。）の費用