

事務連絡
令和4年4月28日

関係団体 御中

厚生労働省保険局医療課

令和4年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)及び都道府県後期高齢者医療主管部(局)後期高齢者医療主管課(部)あて連絡しましたので、別添団体各位におかれましても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

(別添)

公益社団法人 日本医師会 御中
公益社団法人 日本歯科医師会 御中
公益社団法人 日本薬剤師会 御中
一般社団法人 日本病院会 御中
公益社団法人 全日本病院協会 御中
公益社団法人 日本精神科病院協会 御中
一般社団法人 日本医療法人協会 御中
一般社団法人 日本社会医療法人協議会 御中
公益社団法人 全国自治体病院協議会 御中
一般社団法人 日本慢性期医療協会 御中
一般社団法人 日本私立医科大学協会 御中
一般社団法人 日本私立歯科大学協会 御中
一般社団法人 日本病院薬剤師会 御中
公益社団法人 日本看護協会 御中
一般社団法人 全国訪問看護事業協会 御中
公益財団法人 日本訪問看護財団 御中
独立行政法人 国立病院機構本部 御中
国立研究開発法人 国立がん研究センター 御中
国立研究開発法人 国立循環器病研究センター 御中
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 御中
国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 御中
国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 御中
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 御中
独立行政法人 地域医療機能推進機構本部 御中
独立行政法人 労働者健康安全機構本部 御中
健康保険組合連合会 御中
全国健康保険協会 御中
公益社団法人 国民健康保険中央会 御中
社会保険診療報酬支払基金 御中
財務省主計局給与共済課 御中
文部科学省高等教育局医学教育課 御中
文部科学省高等教育局私学行政課 御中
総務省自治行政局公務員部福利課 御中
総務省自治財政局地域企業経営企画室 御中
警察庁長官官房教養厚生課 御中
防衛省人事教育局 御中
労働基準局労災管理課 御中
労働基準局補償課 御中
各都道府県後期高齢者医療広域連合 御中

事務連絡
令和4年4月28日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和4年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添7までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和4年3月4日付官報（号外第46号）に掲載された令和4年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添8のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日保医発0304第1号）（別添1）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第2号）（別添2）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第3号）（別添3）
- ・「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）（別添4）
- ・「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について（令和4年3月4日保医発0304第5号）（別添5）
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和4年3月25日保医発0325第1号）（別添6）
- ・「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（令和4年3月25日老老発0325第1号、保医発0325第2号）（別添7）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(令和4年3月4日保医発0304第1号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第2節 再診料

A002 外来診療料

(5) 許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を除く。)のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の保険医療機関の取扱いについては、(4) ~~-(3)~~と同様であること。

(6) (略)

(7) 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病(1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互に関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、患者の意思に基づき、別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再診として受診した場合(1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。)は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注5」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注6」のただし書及び「注7」から「注10~~9~~」までに規定する加算は、算定できない。

第2部 入院料等

第3節 特定入院料

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

(3) 「注4」に規定する早期栄養介入管理加算は、重症患者の脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病室への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を評価したものであり、~~あり~~当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「A301」の特定集中治療室管理料の(6)から(8)までと同様であること。

A311 精神科救急急性期医療入院料

(2) 当該入院料は、入院日から起算して90日~~3月~~を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から90日~~3月~~以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が90日~~3月~~以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

(3) (1) のウ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~~3月~~を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合には、以下の取扱いとする。

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料

(2) 新規患者については入院日から起算して90日~~3月~~を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から90日~~3月~~以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が90日~~3月~~以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

(3) (略)

(4) (1) のウ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~~3月~~を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合には、以下の取扱いとする。

ア クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。

イ ア以外の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料

(2) 当該入院料は、入院日から起算して90日~~3月~~を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から90日~~3月~~以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が90日~~3月~~以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

(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~~3月~~を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合には、以下の取扱いとする。

ア クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。

イ ア以外の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

B 0 0 1 - 2 小児科外来診療料

(3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料及び区分番号「A 0 0 2」外来診療料

の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「A000」初診料の機能強化加算、通則第3号の外來感染症対策向上加算、通則第4号の連携強化加算、通則第5号のサーベイランス強化加算、区分番号「B001-2-2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料、区分番号「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「B010」診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号「B011」連携強化診療情報提供料並びに区分番号「C000」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。

第2部 在宅医療

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料

(5) 在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J024」酸素吸入、区分番号「J024-2」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「J025」酸素テント、区分番号「J026」間歇的陽圧吸入法、区分番号「J026-3」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「J018」喀痰吸引、区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「J026-2」鼻マスク式補助換気法及び区分番号「J026-4-3」ハイフローセラピー（これらに係る酸素代も含む。）の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

第3部 検査

第3節 生体検査料

D217 骨塩定量検査

(6) MD法による骨塩定量検査を行うことを目的として撮影したフィルムを用いて画像診断を併施する場合は、「~~3-2~~」の「MD法、SEXA法等」の所定点数又は画像診断の手技料（区分番号「E001」写真診断及び区分番号「E002」撮影）の所定点数のいずれか一方により算定する。ただし、区分番号「E400」フィルムの費用は、いずれの場合でも、手技料とは別に算定できる。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I006-2 依存症集団療法

(1) 依存症集団療法の「1」については、次のアからウエまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、覚醒剤（覚醒剤取締法（昭和26年法律第252号）第2条に規定する覚醒剤をいう。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条第1号に規定

する麻薬をいう。)、大麻(大麻取締法(昭和23年法律第124号)第1条に規定する大麻をいう。))又は危険ドラッグ(医薬品医療機器等法第2条第15項に規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソルト等をいう。))に対する物質依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも薬物依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))であること。)が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ 1回に20人に限り、90分以上実施すること。

ウ 平成22~24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行うこと。

(2) (略)

(3) 依存症集団療法の「3」については、次のアからエまでいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、アルコールに対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれもアルコール依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))であること。)が、認知行動療法の手法を用いて、アルコールの使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ 1回に10人に限り、60分以上実施すること。

ウ 治療プログラムはアルコール依存症の治療に関する動機付け面接及び認知行動療法の考え方に基づくプログラムであること。

エ 当該指導を行う精神保健福祉士又は公認心理師については、次に該当する研修を修了している者であること。

(イ) 国又は医療関係団体が主催する研修であること(8時間以上の研修時間であるもの。)

(ロ) 研修内容に以下の内容を含むこと。

- ① アルコール依存症の概念と治療
- ② アルコール依存症のインテーク面接
- ③ アルコール依存症と家族
- ④ アルコールの内科学
- ⑤ アルコール依存症のケースワーク・事例検討
- ⑥ グループワーク

(ハ) 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

第10部 手術

第1節 手術料

第8款 心・脈管

K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）

(1) ガスの価格は別に算定できない。

(2) 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）、区分番号「K601」人工心肺、区分番号「K601-2」体外式膜型人工肺、区分番号「K602」経皮的心肺補助法、区分番号「K603」補助人工心臓又は区分番号「K602-2」経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）を併施した場合には、1日ごとに主たるもののみにより算定する。また、これら~~6~~5つの開心術補助手段等と冠動脈、大動脈バイパス移植術等の他手術を併施した場合は、当該手術の所定点数を別に算定できる。

【様式】

別紙様式6の3

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日： 年 月 日
 退院支援委員会開催日： 年 月 日
 患者等への説明日： 年 月 日
 計画の変更日： 年 月 日

| | | |
|---|--|--|
| 1 | 病名 | |
| 2 | 患者以外の相談者 | 家族・その他関係者() |
| 3 | 退院についての 患者の意向、希望 (本人の言葉で記述) | |
| 4 | 退院後の生活の目標 | |
| 5 | <p>退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等</p> <p>退院支援委員会の審議等 を踏まえ、退院支援にお いて、特に重点的に解決 を図る必要があると考えら れるもの(最大3つ)を選 択した上で、関連する精 神症状の状況等とともに、 詳細を記載すること。</p> | <p>【本人の受け入れ】 <input type="checkbox"/>退院意欲 <input type="checkbox"/>退院そのものへの不安 【生活基盤領域】 <input type="checkbox"/>経済環境 <input type="checkbox"/>住環境 【健康領域】 <input type="checkbox"/>服薬管理 <input type="checkbox"/>食事管理 <input type="checkbox"/>病気の理解(病識) <input type="checkbox"/>身体疾患の管理 <input type="checkbox"/>体力 <input type="checkbox"/>危機管理 【日常生活領域】 <input type="checkbox"/>食事の準備 <input type="checkbox"/>金銭管理 <input type="checkbox"/>睡眠 <input type="checkbox"/>外出 【社会生活技能/社会参加領域】 <input type="checkbox"/>対人関係 <input type="checkbox"/>日中の過ごし方 <input type="checkbox"/>就学 <input type="checkbox"/>就労 <input type="checkbox"/>その他社会的活動() 【家族支援領域】 <input type="checkbox"/>家族への情報提供 <input type="checkbox"/>家族の負担軽減 <input type="checkbox"/>家族関係調整 【その他】 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>問題点・課題等の詳細</p> |
| 6 | <p>その他退院支援で留意すべき 問題点、課題等</p> <p>5以外の問題点、課題等 について優先順位を<u>つけ て</u>記載すること。</p> | |
| 7 | 退院予定時期 | |

別添 2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 2 部 在宅医療

C 0 0 8 在宅患者緊急時等カンファレンス料

- (3) 当該カンファレンスは、1 人以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加する**場合**ことができる。

第 8 部 処置

I 0 3 1 フッ化物歯面塗布処置（1 口腔につき）

- (1) 1 に規定するう蝕多発傾向者とは、区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料の (9) に掲げる判定基準を満たすものをいい、区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号 B 0 0 2 に掲げる歯科特定疾患療養管理料（当該管理料の「注 1」に規定する治療計画にフッ化物歯面塗布処置を行うに当たって必要な管理計画が含まれている場合に限る。）を算定した患者に対して算定する。なお、同区分の (10) ~~(12)~~ についても準用する。

(別添 2)

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号)

別添 3

入院基本料等加算の施設基準等

第 12 の 4 放射線治療病室管理加算の施設基準

1 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準

治療用放射性同位元素による治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。

- (1) 医療法施行規則第 30 条の 12 に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が 1 週間につき 1 ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。
- (2) 当該病室内又は病室付近に必要な放射線測定器（放射性同位元素による汚染の検査に係るもの）、器材（放射性同位元素による汚染の除去に係るもの）及び洗浄設備並びに更衣設備を設置していること。ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。
- (3) ~~4~~ 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。

第 23 ハイリスク分娩等管理加算

~~3-2~~ 届出に関する事項

ハイリスク分娩等管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 38 を用いること。

別添 4

特定入院料の施設基準等

第 2 特定集中治療室管理料

3 特定集中治療室管理料 3 に関する施設基準

- (3) 特定集中治療室管理料 1 の(5)から(9)まで、~~及び~~(11)及び(12)を満たすこと。

第 3 ハイケアユニット入院医療管理料

5 届出に関する事項

- (1) ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 43、44 を用いる

こと。また、当該治療室に勤務する従事者については、別添 7 の様式 20 を用いること。

第 22 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

2 届出に関する事項

- (1) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20、様式 49、~~様式 49 の 2、様式 49 の 5 から様式 49 の 7 (様式 49 の 4 を除く。)~~までを用いること。この場合において、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こと。

別紙 7

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ>

1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料 1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算 1（地域一般入院基本料、13 対 1 入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。また、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）についても評価の対象としない。

6. 評価の判断

アセスメント共通事項

A モニタリング及び処置等

~~5. A 3「注射薬剤 3 種類以上の管理」及び A 5「輸血や血液製剤の管理」で共通するコードが入力されている場合には、それぞれの選択肢において評価の対象としてよい。~~

別紙7 別表1

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | | | レセプト電算 処理システム 用コード | 診療行為名称 |
|-----------------|---|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| A | 1 | 創傷処置（①創傷の処置 （褥瘡の処置を除く）） | 140000610 | 創傷処置（100cm ² 未満） |
| (略) | | | (略) | (略) |
| A | 3 | 注射薬剤3種類以上の管理 | 別表2の薬剤を除く、注射薬剤の種類数 | |
| A | 4 | シリンジポンプの管理 | 130000210 | 精密持続点滴注射加算 |
| A | 5 | 輸血や血液製剤の管理 | 620004744 | 人全血液-LR「日赤」 |
| | | | (略) | (略) |
| | | | 622865101 622865100 | クロスエイトMC静注用3000単位 |
| | | | (略) | (略) |
| | | | 150287450 | 自家製造した血液成分製剤を用いた注射 の手技料（2回目以降） |

別紙7 別表2

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧の
「A3 注射薬剤3種類以上の管理」において、薬剤の種類数の対象から除くもの

| レセプト電算処理シス テム用コード | 医薬品名称 |
|----------------------|-----------------------|
| 620000225 | グルアセト35注 500mL |
| (略) | (略) |
| <u>620006248</u> | <u>ソルアセトD輸液 250mL</u> |
| <u>620006249</u> | <u>ソルアセトD輸液 500mL</u> |
| 620006250 | ソルマルト輸液 200mL |
| 620006251 | ソルマルト輸液 500mL |
| 620006252 | ソルラクトS輸液 250mL |
| (略) | (略) |
| 620791601 | ヘスパンダー輸液 500mL |

| | |
|------------------|-----------------------------------|
| <u>620793801</u> | <u>アクメインD輸液 500mL</u> |
| <u>620794204</u> | <u>リナセートD輸液 500mL</u> |
| 620795601 | サヴィオゾール輸液 500mL |
| (略) | (略) |
| 621672303 | 生食注シリンジ「テバ」 5mL |
| <u>621695101</u> | <u>アクメインD輸液 500mL</u> |
| 621753501 | アセテート維持液3G「HK」 200mL |
| (略) | (略) |
| 622121101 | アクマルト輸液 200mL |
| <u>622121202</u> | <u>アクメインD輸液 200mL</u> |
| 622130601 | 生食注シリンジ「テルモ」 5mL |
| 622130701 | 生食注シリンジ「テルモ」 10mL |
| 622132801 | 生食注シリンジ「テルモ」 20mL |
| <u>622132901</u> | <u>ソルアセトD輸液 200mL</u> |
| 622133001 | テルモ生食TK 50mL |
| 622250401 | ボルベン輸液6% 500mL |
| <u>622344502</u> | <u>リナセートD輸液 200mL</u> |
| 622344601 | ソリタックス-H輸液 500mL |
| (略) | (略) |
| 620006647 | ブドウ糖注20%PL「フソー」 20mL |
| <u>620006648</u> | <u>ブドウ糖注40%PL「フソー」 20mL</u> |
| 620006649 | ブドウ糖注50%PL「フソー」 20mL |
| (略) | (略) |
| 620738011 | 小林糖液5% 500mL |
| <u>620740001</u> | <u>マルトース輸液10%「フソー」 500mL</u> |
| <u>620740601</u> | <u>マルトース輸液10%「フソー」 200mL</u> |
| 620741309 | キシリトール注20%「NP」 20mL |
| (略) | (略) |
| 621451501 | イオパミドール300注シリンジ80mL「F」 64.71% |
| <u>621452002</u> | <u>イオヘキソール300注20mL「F」 64.71%</u> |
| 621452102 | イオヘキソール300注シリンジ50mL「F」 64.71% |
| (略) | (略) |
| 621535302 | イオヘキソール300注10mL「FF」 64.71% |
| <u>621535402</u> | <u>イオヘキソール300注20mL「FF」 64.71%</u> |
| 621535502 | イオヘキソール350注20mL「FF」 75.49% |
| (略) | (略) |
| 622027101 | イオヘキソール300注10mL「HK」 64.71% |
| <u>622027201</u> | <u>イオヘキソール300注20mL「HK」 64.71%</u> |

| | |
|------------------|--|
| 622027301 | イオヘキソール300注50mL「HK」 64.71% |
| (略) | (略) |
| 622028102 | イオパミドール370注100mL「HK」 75.52% |
| <u>622030802</u> | <u>イオヘキソール350注シリンジ70mL「F」 75.49%</u> |
| 622059902 | イオヘキソール300注シリンジ150mL「FF」 64.71% |
| <u>622067703</u> | <u>イオヘキソール300注シリンジ125mL「F」 64.71%</u> |
| 622067803 | イオヘキソール300注シリンジ150mL「F」 64.71% |
| 622067901 | オムニパーク300注シリンジ110mL 64.71% |
| 622074101 | イオヘキソール300注シリンジ50mL「HK」 64.71% |
| 622074201 | イオヘキソール300注シリンジ80mL「HK」 64.71% |
| <u>622074301</u> | <u>イオヘキソール300注シリンジ125mL「HK」 64.71%</u> |
| 622074401 | イオヘキソール300注シリンジ150mL「HK」 64.71% |
| 622090603 | イオパミドール370注シリンジ50mL「F」 75.52% |
| <u>622104702</u> | <u>イオヘキソール300注シリンジ125mL「FF」 64.71%</u> |
| <u>622104802</u> | <u>イオヘキソール350注シリンジ70mL「FF」 75.49%</u> |
| 622154401 | イオヘキソール300注100mL「HK」 64.71% |
| (略) | (略) |
| 622347001 | イオヘキソール300注シリンジ110mL「HK」 64.71% |
| <u>622347101</u> | <u>イオヘキソール350注シリンジ70mL「HK」 75.49%</u> |
| 622347201 | イオヘキソール350注シリンジ100mL「HK」 75.49% |
| (略) | (略) |

別添 7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

(参考)

| 施設基準通知 | 名 称 | 今 回 届 出 | 既届出 | | | | 算 定 し な い | 様式 (別添 7 (又は別 添 7 の 2)) | |
|--------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--|---|---|-----------------------|----------------------------|--|
| | | | | | 年 | 月 | | | |
| 第 1 | 情報通信機器を用いた診療 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 1 |
| 1 の 3 | 機能強化加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 1 の 3 |
| (略) | | | | | | | | | |
| 第 1 | 総合入院体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 10, 13, 13 の 2 |
| (略) | | | | | | | | | |
| 20 | 医療安全対策加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 35, 35 の 4 |
| 21 | 感染対策向上加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 1 の 3, 様式 1 の 5, 35 の 2, 35 の 3 |
| 21 の 2 | 患者サポート体制充実加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 36 |
| (略) | | | | | | | | | |
| 第 1 | 救命救急入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 20, 42, 42 の 3, 42 の 4, 42 の 6, 42 の 7, 43 |
| 2 | 特定集中治療室管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 20, 42, 42 の 3, 42 の 4, 42 の 7, 43 |
| 3 | ハイケアユニット入院医療 管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 20, 42 の 3, 42 の 4, 43 , 44 |
| 4 | 脳卒中ケアユニット入院医 療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 10, 20, 42 の 3, 42 の 4, 45 |
| 4 の 2 | 小児特定集中治療室管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 20, 42 の 3, 42 の 4, 43 , 43 の 2, 48 |
| 5 | 新生児特定集中治療室管理 料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 20, 42 の 2 |
| (略) | | | | | | | | | |
| 9 | 特殊疾患入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 9, 20, 47 |
| 10 | 小児入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 9, 20, 26 の 2, 48~ 48 の 3 |

| | | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---|--|---|--------------------------|--|
| 11 | 回復期リハビリテーション 病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 9, 20, 49～49 の 7 (49 の 4 を除く。) |
| (略) | | | | | | | | | |
| 21 | 地域移行機能強化病棟入院 料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 9, 20, 57 の 4 |
| 22 | 特定機能病院リハビリテー ション病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 9, 20, 49, 49 の 2, 4 9 の 5 49～49 の 7 (49 の 4 を除く。) |
| | 短期滞在手術等基本料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 年 | | 月 | <input type="checkbox"/> | 様式 58 |

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（7月報告）

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

(1) 地域医療体制確保加算の算定状況

算定開始時点(年 月)

備考※()

※ 算定開始後、当該加算を辞退した年月などがあれば具体的に記載すること。

(2) 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

(令和4年7月1日時点)

| | | | | |
|---|--------------------------------|------|------|------|
| ア 医療機関に勤務する医師数 | 常勤: | ()名 | 非常勤: | ()名 |
| | 宿日直(*1)を担当する医師数()名(うち非常勤()名) | | | |
| *1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること | | | | |
| イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和4年6月分) | | | | |
| (ア) 勤務時間の具体的な把握方法 | | | | |
| <input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) | | | | |
| (イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) | | | | |
| *2 前年度の実績を記載。 *3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者 | | | | |
| (ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4) | | | | |
| 平均: ()時間/月 80時間/月以上の者の人数: ()名 最大: ()時間/月 155時間/月以上の者の人数: ()名 最小: ()時間/月 | | | | |
| *4 常勤医における値を記載。 *4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和 | | | | |
| (エ) 宿日直(回/月) | | | | |
| 平均: ()回/月 最大: ()回/月 最小: ()回/月 連日当直を実施した者の人数及び回数: ()名・のべ()回 | | | | |
| (オ) その他(自由記載・補足等) | | | | |

(令和3年7月1日時点)

| | | | | |
|---|--------------------------------|------|------|------|
| ア 医療機関に勤務する医師数 | 常勤: | ()名 | 非常勤: | ()名 |
| | 宿日直(*1)を担当する医師数()名(うち非常勤()名) | | | |
| *1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること | | | | |
| イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和3年6月分) | | | | |
| (ア) 勤務時間の具体的な把握方法 | | | | |
| <input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) | | | | |
| (イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) | | | | |
| *2 前年度の実績を記載。 *3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者 | | | | |
| (ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4) | | | | |
| 平均: ()時間/月 80時間/月以上の者の人数: ()名 最大: ()時間/月 155時間/月以上の者の人数: ()名 最小: ()時間/月 | | | | |
| *4 常勤医における値を記載。 | | | | |

| | |
|---|--|
| * 4 超過勤務時間：法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和 | |
| (エ) 宿日直(回/月) | 平均： ()回/月 最大： ()回/月 最小： ()回/月 連日当直を実施した者の人数及び回数： ()名・のべ()回 |
| (オ) その他(自由記載・補足等) | |

(令和2年7月1日時点)

| | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------|
| ア 医療機関に勤務する医師数 | 常勤： ()名 | 非常勤： ()名 |
| | 宿日直(*1)を担当する医師数： ()名(うち非常勤()名) | |
| * 1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること | | |

イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和2年6月分)

| | |
|------------------------------|---|
| (ア) 勤務時間の具体的な把握方法 | <input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：) |
| (イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容 | <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：) * 2 前年度の実績を記載。 * 3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者 |
| (ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4) | 平均： ()時間/月 80時間/月以上の者の人数： ()名 最大： ()時間/月 155時間/月以上の者の人数： ()名 最小： ()時間/月 * 4 常勤医における値を記載。 * 4 超過勤務時間：法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和 |
| (エ) 宿日直(回/月) | 平均： ()回/月 最大： ()回/月 最小： ()回/月 連日当直を実施した者の人数及び回数： ()名・のべ()回 |
| (オ) その他(自由記載・補足等) | |

(3)ウ B水準・C水準等に相当する医師の働き方改革に向けた具体的な取組(実施している取組にチェックし、開始年月を回答)

| | |
|--|---------------------------------|
| 1 短時間勤務正規雇用医師の活用 | <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】短時間勤務正規雇用医師を常勤医師20人につき1人以上雇用していること。 | |
| 2 オンコール体制の構築 | <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】医療機関全体で、医師60人(常勤換算)あたり1人以上オンコール医師がいること。 オンコール医師が所属する診療科の医師は、同じ日に宿日直をしていないこと。 | |
| 3 複数主治医制の実施 | <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】当該医療機関の標榜診療科(外来診療のみの診療科を除く。)のうち半数以上で複数主治医制を導入していること。 | |
| 4 特定行為研修終了看護師の活用 | <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】急性期医療に係る以下の各領域のすべてについて、それぞれ日勤帯には院内に常時特定行為研修終了者がおり、特定行為を行っていること。 ・外科手術後管理領域 ・術中麻酔管理領域 ・外科系基本領域 ・集中治療領域 ・救急領域 | |
| 5 医師事務作業補助者の活用 特定行為研修終了看護師の活用 | <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】○対1の割合で医師事務作業補助者を配置していること。 (対1) | |
| 6 法令改正によりタスクシフトを可能とした業務の実施 | <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士の各職種について下に掲げる行為のうちそれぞれ半数(切り上げ)以上を行った場合。 | |

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(令和4年3月4日保医発0304第3号)

第2 届出に関する手続き

4 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、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(1)～(6) 略

(7) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

ア 緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数及び2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った回数

(イ) 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) (イ)にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった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日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。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日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。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であること。

(ハ) (ロ)に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し(実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。)、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(8) 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1については、(7)-(9)処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の例による。

(9) 人工腎臓（慢性維持透析を行った場合1及び2に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりのJ038人工腎臓を算定した患者数の割合

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末まで所定点数を算定できるものとする。

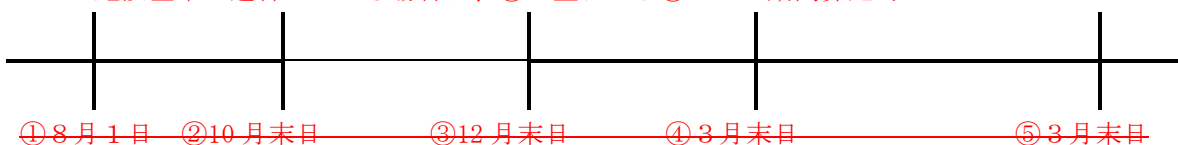
イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前12月の実績（届出前12月の実績がない場合は届出前3月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から所定点数を算定することができるものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年12月末までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりのJ038人工腎臓を算定した患者数については、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及びJ038人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末まで所定点数を算定できるものとする。エ アにかかわらず、届出前12月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施設基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

新規届出の場合

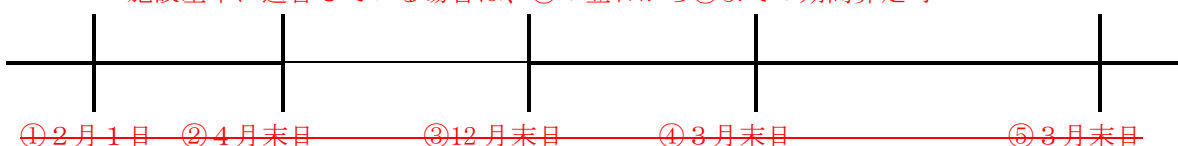
例1：~~7月10日から算定を開始した場合~~

- ~~・①から②までの実績により適合性を判断~~
- ~~・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可~~
- ~~・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断~~
- ~~・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可~~



例2：~~1月10日から算定を開始した場合~~

- ~~・①から②までの実績により適合性を判断~~
- ~~・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可~~
- ~~・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断~~
- ~~・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可~~



別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 79 の 4 医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 19 に掲げる手術

1 乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。）の施設基準

- (1) 乳腺外科又は外科及び麻酔科を標榜しており、乳腺外科の専門的な研修の経験を 5 年以上有する常勤医師が 1 名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。
- (2) 臨床遺伝学の診療に係る経験を 3 年以上有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。
- (3) 乳房切除術を行う施設においては乳房MRI 加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。

ア 画像診断管理加算 2 又は 3 に関する施設基準を満たすこと。

イ 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

ウ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5 テスラ以上のMRI 装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してMRI 撮影ができる等、乳房MRI 撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。

- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (5) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (6) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。

2 子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。）手術の施設基準

- (1) 産婦人科又は婦人科及び麻酔科を標榜しており、産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて 6 年以上有する常勤医師が 1 名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。
- (2) 臨床遺伝学の診療に係る経験を 3 年以上有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。
- (3) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (4) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (5) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。

3 届出に関する事項

医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 19 に掲げる手術に係る届出は別添 2 の様式 87 の 23 を用いること。

様式 55

**植込型骨導補聴器
(直接振動型) 植込術**

人工中耳植込術
人工内耳植込術
植込型骨導補聴器移植術
植込型骨導補聴器交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

| 1 届出種別 | | | |
|---|------|------------|---------------|
| ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) | | | |
| 2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。) | | | 科 |
| 3 内耳又は中耳に対する手術の年間実施数 | | | 例 |
| 4 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等 (3名以上) | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 耳鼻咽喉科の経験年数 | 人工内耳植込術の経験症例数 |
| | 時間 | 年 | 例 |
| | 時間 | 年 | 例 |
| | 時間 | 年 | 例 |
| | 時間 | 年 | 例 |
| 5 言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上) | | | |
| 6 当該手術を行った患者のリハビリテーションを届出医療機関と連携を有する保険医療機関で行う場合 | | | |
| 連携医療機関の名称 | | | |
| 開設者名 | | | |
| 所在地 | | | |
| 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名 | | 勤務時間 | 時間 |
| 言語聴覚療法に専従する職員の氏名等 (2名以上) (氏名) (勤務時間) | | | |

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に15例以上、再度の届出の場合には実績期間内に30例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」について、医師が担当した当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「4」及び「6」の耳鼻咽喉科を担当する常勤医師及び言語聴覚療法に専従する職員の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 4 号)

別添 届出基準

1 精神科訪問看護基本療養費

当該訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士は、次のいずれかに該当する者であり、該当者でなければ精神科訪問看護基本療養費は算定できないこと。届出については、別紙様式 1 を用いること。ただし、令和 2 年 3 月 31 日までに(4)に掲げる研修を修了していた者については、~~において、現に当該療養費に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、(4)に該当する者のうち、~~当該届出に係る指定訪問看護を行う者としてすでに届出内容に含まれている者については、(4)のクに掲げる内容を受講していなくても差し支えない。

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を 1 年以上有する者
- (2) 精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を 1 年以上有する者
- (3) 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を 1 年以上有する者
- (4) 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした 20 時間以上を要し、修了証が交付される研修を修了している者。なお、研修は次の内容を含むものである。

- ア 精神疾患を有する者に関するアセスメント
- イ 病状悪化の早期発見・危機介入
- ウ 精神科薬物療法に関する援助
- エ 医療継続の支援
- オ 利用者との信頼関係構築、対人関係の援助
- カ 日常生活の援助
- キ 多職種との連携
- ク G A F 尺度による利用者の状態の評価方法

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める
掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医
薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について
(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 5 号)

第 3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第 2、第 2 の 2 及び
第 3 並びに医薬品等告示関係）

24 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多
焦点眼内レンズの支給に関する事項

- (1) 本制度は、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、白内障に対する水
晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給について、眼鏡
装用率の軽減に係る費用に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することが
できることとしたものである。
- (2) 関係学会から示されている指針に基づき、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レ
ンズの支給を適切に実施すること。
- (3) 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズとは、白内障に罹患している患者に対
する水晶体再建において水晶体の代用として視力補正を目的に挿入されるものであって、多
焦点機構を有する後房レンズとして医薬品医療機器等法上の承認（同法第 23 条の 2 の 5 第
1 項又は第 23 条の 2 の 17 第 1 項による承認）を受けた眼内レンズのうち、眼鏡装用率又は
眼鏡依存度の軽減効果を有するとして承認されたもの又は令和 2 年 3 月 31 日までに先進医
療において眼鏡装用率の軽減効果を有すると評価されたものであること。
- (4) 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金の徴
収を行おうとする保険医療機関は、本制度の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、
(1)に示す本制度の趣旨及び特別の料金について院内の見やすい場所に患者にとって分か
りやすく掲示しておかなければならないこと。
- (5) 保険医療機関は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズを支給するに
当たり、あらかじめ患者に対し、本療養によって生じうる利益及び不利益並びに費用に関し
て明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るもの
とし、この同意の確認は、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより
行うこと。
- (6) 患者から眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る費用徴収を行
った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金
に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付する
ものとする。
- (7) 特別の料金については、保険医療機関における眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼
内レンズの費用から医科点数表に規定する水晶体再建術において使用する眼内レンズ(その

他のものに限る。)の費用を控除した額に、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に必要な検査に係る費用を合算したものを標準として、社会的にみて妥当適切な範囲の額とすることとする。なお、当該検査に係る費用については、医科点数表に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とすること。

(8) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 18 により地方厚生(支)局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について、地方厚生(支)局長に報告すること。

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
(令和4年3月25日保医発0325第1号)

別添1

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)の
一部改正について

別紙1 診療報酬請求書等の記載要領

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第3)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(20) 「初診」欄について

ア 診療時間内の初診の場合は点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は該当文字を○で囲み当該加算点数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載する。(項番 ~~3-2~~)

また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に点数を記載して差し支えない。

イ 初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算又は歯科外来診療環境体制加算は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特」、「特導」、「特連」、「特地」又は「外来環」の項に当該加算点数を記載する。(項番 ~~4、5-3、4~~)

ウ 特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、「初診」の項に点数を記載する。

(21) 「再診」欄について

ア 再診は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。(項番 ~~6、7-5、6~~)

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

キ 「歯冠形成」欄について

(ウ) 失活歯歯冠形成は、「(失単)」の項のうち、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、~~手タン冠~~前歯部の4分の3冠及びCAD/CAM冠の場合は「前C」の項に、その他の金属冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠、小児保隙装置及び既製金属冠の場合は「既製」の項に、それ

ぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

(29) 歯科矯正について

全体の「その他」欄に記載する。（項番 ~~144140~~～154）

IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）

2 調剤報酬明細書に関する事項

(26) 「加算料」、「調剤基本料」、「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について
オ 「薬学管理料」欄について

(ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の名称と回数を下記により記載すること。

① 調剤管理料の加算である重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算又は電子的保健医療情報活用加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

②～⑮ 略

⑯ 在宅基幹薬局が、在宅協力薬局で行われた調剤に係る調剤管理料及び外来服薬支援料2を算定する場合、本欄に該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。なおその際の時間外等加算については、前エのとおり記載すること。

(イ) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

(ウ) 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

(エ) 前(ア)の~~⑮~~⑯の場合を除き、調剤管理料及び外来服薬支援料2に係る点数については本欄に記載せず、前(24)及び前(26)のイのとおり記載すること。

別添 2

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成 18 年 3 月 30 日保医発第 0330007 号）

別紙 診療報酬請求書等の記載要領

II 診療報酬明細書（様式第 10）の記載要領

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

(14) その他について

- ① 「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する「負担区分コード番号」~~（別表）~~及び「診療識別コード番号」~~（別表）~~を順次記載すること。

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

| 項番 | 区分 | 診療行為 名称等 | 記 載 事 項 | レセプト電算処 理システム用コ ード | 左記コードによるレセプト表示文 言 | 令和 4 年 4 月 1 日適用 |
|----|------------|--|--|--------------------------|--|------------------------|
| 15 | A 109 | 有床診療所療 養病床入院基 本料の有床診 療所在宅患者 支援療養病床 初期加算 | 入院元を記載すること。 | 830100779 830100020 | 入院元（有床診療所在宅患者支援療養 病床初期加算）；***** | ※ |
| | | | （入院元が介護保健施設、介護医療 院、居住系施設等又は自宅である場 合） 直近の入院医療機関名及び退院日 を記載すること。（記載例 2 参照） [記載例 2] 入院元は自宅である。本患者は XXX 病院から〇年〇月〇日に退院後、自 宅療養していた。 | 830100022 | 直近の入院医療機関名及び退院年月 日（有床診療所在宅患者支援療養病床 初期加算）；***** | ※ |
| 19 | A 204-3 | 紹介受診重点 医療機関入院 診療加算 | （当該加算を算定した入院年月日 と「入院年月日」の項の入院年月日 が異なる場合） 当該加算を算定した入院年月日を 記載すること。 | 850100489 850100016 | 加算を算定した入院年月日（紹介受診 重点医療機関入院診療加算）；（元号） yy"年"mm"月"dd"日" | ※ |
| 46 | A 302 | 新生児特定集 中治療室管理 | （総合周産期特定集中治療室管理 料の新生児集中治療室管理料及び | 820100027 | 出生時体重 1, 5 0 0 g 以上 | |
| | | | | 820100028 | 出生時体重 1, 0 0 0 g 以上 1, 5 | |

| | | | | | |
|-----------|-------------------------------|--|---|--------------------|---|
| | 料 | <p>新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合)</p> <p>出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。</p> <p><u>慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。</u></p> | | 00g未満 | |
| | | | 820100029 | 出生時体重 1,000g未満 | |
| | | | 820101040 | 出生時体重 500g以上750g未満 | ※ |
| | | 820101041 | 出生時体重 500g未満 | ※ | |
| | | 820100474 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形 | | |
| | | 820100475 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):イ 低体温 | | |
| | | 820100476 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ウ 重症黄疸 | | |
| | | 820100477 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):エ 未熟児 | | |
| | | 820100478 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡 | | |
| | | 820100479 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 | | |
| | | 820100480 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。) | | |
| | | 820100481 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒 | | |
| | | 820100482 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ケ ショック | | |
| | | 820100483 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) | | |
| | | 820100484 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):サ 大手術後 | | |
| 820100485 | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):シ 救急蘇生後 | | | | |

| | | | | | | |
|----|--------------|----------------------------------|--|-----------|--|---|
| | | | | 820100486 | 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態 | |
| 48 | A 303 の 2 | 総合周産期特定集中治療室管理料 2 新生児集中治療室管理料 | （新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して 22 日以上算定した場合） 出生時体重について、「1,500 g 以上」、「1,000 g 以上 1,500 g 未満」、「1,000 g 未満」、「500g 以上 750g 未満」又は「500g 未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 <u>慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500 g 以上 750 g 未満」、「500g 未満」の中から該当するものを選択して記載すること。</u> | 820100027 | 出生時体重 1, 5 0 0 g 以上 | |
| | | | | 820100028 | 出生時体重 1, 0 0 0 g 以上 1, 5 0 0 g 未満 | |
| | | | | 820100029 | 出生時体重 1, 0 0 0 g 未満 | |
| | | | | 820101040 | 出生時体重 5 0 0 g 以上 7 5 0 g 未満 | ※ |
| | | | | 820101041 | 出生時体重 5 0 0 g 未満 | ※ |
| 50 | A 303-2 | 新生児治療回復室入院医療管理料 | （新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて 31 日以上算定した場合） 出生時体重について、「1,500 g 以上」、「1,000 g 以上 1,500 g 未満」、「1,000 g 未満」、「500g 以上 750g 未満」又は「500g 未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 <u>慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500 g 以上 750 g 未満」、「500g 未満」の中から該当するものを選択して記載すること。</u> 「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」別添 1 第 1 章 第 2 部 A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料の、(2) のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。 | 820100027 | 出生時体重 1, 5 0 0 g 以上 | |
| | | | | 820100028 | 出生時体重 1, 0 0 0 g 以上 1, 5 0 0 g 未満 | |
| | | | | 820100029 | 出生時体重 1, 0 0 0 g 未満 | |
| | | | | 820101040 | 出生時体重 5 0 0 g 以上 7 5 0 g 未満 | ※ |
| | | | | 820101041 | 出生時体重 5 0 0 g 未満 | ※ |
| | | | | 820100506 | 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：ア 高度の先天奇形 | |
| | | | | 820100507 | 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：イ 低体温 | |
| | | | | 820100508 | 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：ウ 重症黄疸 | |
| | | | | 820100509 | 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：エ 未熟児 | |
| | | | | 820100510 | 該当するもの（新生児治療回復室入院 | |

| | | | | | | |
|-----|-------------|------------------------|-------------------------------------|-----------|--|---|
| | | | | | 医療管理料) : オ 意識障害又は昏睡 | |
| | | | | 820100511 | 該当するもの(新生児治療回復室入院 医療管理料) : カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 | |
| | | | | 820100512 | 該当するもの(新生児治療回復室入院 医療管理料) : キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。) | |
| | | | | 820100513 | 該当するもの(新生児治療回復室入院 医療管理料) : ク 急性薬物中毒 | |
| | | | | 820100514 | 該当するもの(新生児治療回復室入院 医療管理料) : ケ ショック | |
| | | | | 820100515 | 該当するもの(新生児治療回復室入院 医療管理料) : コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) | |
| | | | | 820100516 | 該当するもの(新生児治療回復室入院 医療管理料) : サ 大手術後 | |
| | | | | 820100517 | 該当するもの(新生児治療回復室入院 医療管理料) : シ 救急蘇生後 | |
| | | | | 820100518 | 該当するもの(新生児治療回復室入院 医療管理料) : ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態 | |
| 85 | B001 の14 | 高度難聴指導 管理料の口 | 前回算定年月日(初回である場合は 初回である旨)を記載すること。 | 850100488 | 前回算定年月日(高度難聴指導管理料 (その他の患者)) ; (元号) yy"年 "mm"月"dd"日" | ※ |
| 156 | B015 | 精神科退院時 共同指導料1 の口 | 対象となる患者の状態について記 載すること。 | 820100585 | 対象患者の状態(精神科退院時共同指 導料1の口) : 6ヶ月間継続して社会 的役割を遂行することに重大な問題 がある。 | |
| | | | | 820100586 | 対象患者の状態(精神科退院時共同指 導料1の口) : 自分1人で地域生活に 必要な課題を遂行することに重大な 問題がある | |
| | | | | 820100587 | 対象患者の状態(精神科退院時共同指 導料1の口) : 家族以外への暴力行為、 器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブ ル等がある。 | |
| | | | | 820100588 | 対象患者の状態(精神科退院時共同指 導料1の口) : 行方不明、住居を失う、 立ち退きを迫られる、ホームレスにな ったことがある。 | |

| | | | | | | |
|-----|------|--------------|-----------------------|-----------|--|--|
| | | | | 820100589 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1の口）：自傷や自殺を企てたことがある。 | |
| | | | | 820100590 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1の口）：家族への暴力暴食、暴言、拒絶がある。 | |
| | | | | 820100591 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1の口）：警察・保健所介入歴がある。 | |
| | | | | 820100592 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1の口）：定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。 | |
| | | | | 820100593 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1の口）：外来受診をしないことが2か月以上あった。 | |
| | | | | 820100594 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1の口）：自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。 | |
| | | | | 820100595 | 精神科退院時共同指導料1の口の対象患者：直近の入院は措置入院である。 | |
| | | | | 820100596 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1の口）：日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。 | |
| | | | | 820100597 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1の口）：家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。 | |
| | | | | 820100598 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1の口）：支援をする家族がいない。 | |
| | | | | 820100599 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1の口）：同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。 | |
| 157 | B015 | 精神科退院時共同指導料2 | 対象となる患者の状態について記載すること。 | 820100600 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：措置入院にかかる患者 | |
| | | | | 820100601 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：緊急措置入院にかかる患者 | |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------|--|--|
| | | | 820100602 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者 | |
| | | | 820100603 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：入院の期間が1年以上の患者 | |
| | | | 820100604 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。 | |
| | | | 820100605 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある | |
| | | | 820100606 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。 | |
| | | | 820100607 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。 | |
| | | | 820100608 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：自傷や自殺を企てたことがある。 | |
| | | | 820100609 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：家族への 暴力暴食 、暴言、拒絶がある。 | |
| | | | 820100610 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：警察・保健所介入歴がある。 | |
| | | | 820100611 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。 | |
| | | | 820100612 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：外来受診をしないことが2か月以上あった。 | |
| | | | 820100613 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。 | |

| | | | | | | |
|-----|--------------------|---------------------------------|---|-----------|--|---|
| | | | | 820100614 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：直近の入院は措置入院である。 | |
| | | | | 820100615 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。 | |
| | | | | 820100616 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。 | |
| | | | | 820100617 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：支援をする家族がない。 | |
| | | | | 820100618 | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。 | |
| 172 | C002 C002 -2 | 在宅時医学総合管理料施設 入居時等医学 総合管理料 | 当該月において往診又は訪問診療を行った年月日を記載すること。 | 850100106 | 往診又は訪問診療年月日（在医総管） ；（元号）yy"年"mm"月"dd"日" | |
| | | | | 850100107 | 往診又は訪問診療年月日（施医総管） ；（元号）yy"年"mm"月"dd"日" | |
| | | | <u>当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。</u> | 850100492 | <u>情報通信機器を用いた診療年月日（在医総管）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"</u> | ※ |
| | | | | 850100493 | <u>情報通信機器を用いた診療年月日（施医総管）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"</u> | ※ |
| | | | （単一建物診療患者が2人以上の場合） その人数を記載すること。 | 842100035 | 単一建物診療患者数（在医総管）； ***** | |
| | | | | 842100036 | 単一建物診療患者数（施医総管）； ***** | |
| | | | （在宅患者訪問診療料（I）の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患者において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000 初診料又はA001 再診料又はA002 外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間 | 820100847 | 2人目患者診療時間が1時間超 | ※ |

| | | | | | | |
|-----|------|---------------|---|-----------|--|---|
| | | | <p>を超えた場合) その旨を記載すること。</p> <p>(在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合)</p> <p>「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」、「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下」の中から、該当するものを選択して記載すること。</p> | 820100094 | ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所 | |
| | | | | 820100095 | 在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下 | |
| | | | | 820100096 | 当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下 | |
| 197 | C013 | 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 | <p>(「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」別添1第2章第2部C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料の(8)又は(9)により当該指導管理料算定する場合)</p> <p>カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R®2020による深さの評価及び本通知C013(2)のいずれに該当するのかを記載すること。</p> | 850100130 | 初回カンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" | |
| | | | | 850100131 | 2回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" | |
| | | | | 850100132 | 3回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" | |
| | | | | 820100644 | DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d0(皮膚損傷・発赤なし) | ※ |
| | | | | 820100645 | DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d1(持続する発赤) | ※ |
| | | | | 820100646 | DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d2(真皮までの損傷) | ※ |

| | | | | | | |
|-----|------|---------------|--|-------------------------------|---|---|
| | | | | 820100647 | DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：D3（皮下組織までの損傷） | ※ |
| | | | | 820100648 | DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：D4（皮下組織を越える負える損傷） | ※ |
| | | | | 820100649 | DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：D5（関節腔、体腔に至る損傷） | ※ |
| | | | | 820100650 | DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：DU（深さ判定が不能の場合） | ※ |
| | | | | 820100651 | 該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ア 重度の末梢循環不全のもの | |
| | | | | 820100652 | 該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの | |
| | | | | 820100653 | 該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ウ 強度の下痢が続く状態であるもの | |
| | | | | 820100654 | 該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：エ 極度の皮膚脆弱であるもの | |
| | | | | 820100655 | 該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの | |
| 192 | C008 | 在宅患者訪問薬剤管理指導料 | （月2回以上算定した場合）算定日を記載すること。 | 算定日情報 | （算定日） | |
| | | | （単一建物診療患者が2人以上の場合）その人数を記載すること。” | 842100041 | 単一建物患者数（在宅患者訪問薬剤管理指導料）：***** | |
| | | | （1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又は | 820100103 | 同居する同一世帯の患者が2人以上 | |
| | | 820100104 | | 管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下 | | |
| | | 820100105 | | 当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下 | | |
| | | 820100094 | | ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所 | | |

| | | | | | | |
|-----|------|----------------|---|------------------------|---|---|
| | | | <p>ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合)</p> <p>「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。</p> | | | |
| 198 | C014 | 外来在宅共同指導料 | 共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。 | 830100643 | 共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称（外来在宅共同指導料） ;***** | ※ |
| | | | | 850100490 850100133 | 共同指導を行った年月日（外来在宅共同指導料）;（元号）yy”年”mm”月”dd”日” | ※ |
| 344 | E001 | 写真診断 1 単純撮影 | <p>撮影部位を選択して記載すること。選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。</p> <p>なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。</p> | 820181000 | 撮影部位（単純撮影）：頭部（副鼻腔を除く。） | ※ |
| | | | | 820183620 | 撮影部位（単純撮影）：頭部（副鼻腔に限る。） | ※ |
| | | | | 820181100 | 撮影部位（単純撮影）：頸部（頸椎を除く。） | |
| | | | | 820181220 | 撮影部位（単純撮影）：胸部（肩を除く。） | |
| | | | | 820181300 | 撮影部位（単純撮影）：腹部 | |
| | | | | 820181340 | 撮影部位（単純撮影）：骨盤（仙骨部・股関節を除く。） | |
| | | | | 820181120 | 撮影部位（単純撮影）：頸椎 | |
| | | | | 820181240 | 撮影部位（単純撮影）：胸椎 | |
| | | | | 820181310 | 撮影部位（単純撮影）：腰椎 | |
| | | | | 820181320 | 撮影部位（単純撮影）：仙骨部 | |
| | | | | 830100797 | 撮影部位（単純撮影）：肩__ ;***** | ※ |
| | | | | 830181400 | 撮影部位（単純撮影）：上腕__ ;***** | |
| | | | | 830181410 | 撮影部位（単純撮影）：肘関節__ ;***** | |

| | | | | | | |
|-----|----------------|------------------------|----------------------------------|-----------|---------------------------------------|---|
| | | | | 830181420 | 撮影部位（単純撮影）：前腕__；***** | |
| | | | | 830181430 | 撮影部位（単純撮影）：手関節__； ***** | |
| | | | | 830181440 | 撮影部位（単純撮影）：手__；***** | |
| | | | | 830181370 | 撮影部位（単純撮影）：股関節__； ***** | |
| | | | | 830181500 | 撮影部位（単純撮影）：膝__；***** | |
| | | | | 830181510 | 撮影部位（単純撮影）：大腿__；***** | |
| | | | | 830181520 | 撮影部位（単純撮影）：下腿__；***** | |
| | | | | 830181530 | 撮影部位（単純撮影）：足関節__； ***** | |
| | | | | 830181540 | 撮影部位（単純撮影）：足__；***** | |
| | | | | 830189000 | 撮影部位（単純撮影）：その他；***** | ※ |
| 357 | F 100 F 400 | 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算 2 | （隔日、漸増・減等で投与する場合） その旨を記載すること。 | 820100742 | 隔日投与 | |
| | | | | 820100743 | 漸増投与 | |
| | | | | 820100744 | 漸減投与 | |
| | | | | 820100875 | 週 1 回投与 | ※ |
| 367 | H 001 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 | 算定単位数及び実施日数を記載すること。 | 180027610 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 1 ） | ※ |
| | | | | 180027710 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 2 ） | ※ |
| | | | | 180030810 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 3 ） | ※ |
| | | | | 180044310 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 1 ）（要介護・入院） | ※ |
| | | | | 180044410 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 2 ）（要介護・入院） | ※ |
| | | | | 180044510 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 3 ）（要介護・入院） | ※ |
| | | | | 180050330 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 1 ）（リ減） | ※ |
| | | | | 180050430 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 2 ）（リ減） | ※ |
| | | | | 180050530 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 3 ）（リ減） | ※ |
| | | | | 180050630 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 1 ）（要介護・入院）（リ減） | ※ |
| | | | | 180050830 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 （ 2 ）（要介護・入院）（リ減） | ※ |
| | | | | 180051030 | 脳血管疾患等リハビリテーション料 | ※ |

| | | | | | | |
|-----|------------|--|---|---------------------------------|-------------------|---|
| | | | | | (3) (要介護・入院) (リ減) | |
| | | 疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。 | 830100211 | 疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料); ***** | | |
| | 850100218 | | 発症年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | | | |
| | 850100389 | | 手術年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | | | |
| | 850100390 | | 急性増悪年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | | | |
| | 850100439 | | 最初に診断された年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | | ※ | |
| | | (標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番 364306)と同様。 | 830100212 | 継続理由(脳血管疾患等リハビリテーション料); ***** | | |
| | | (新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。 | 830100213 | 新たな疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料); ***** | | |
| | 850100219 | | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | | | |
| | 850100220 | | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | | | |
| 370 | H 001-2 | 廃用症候群リハビリテーション料 | 180044610 | 廃用症候群リハビリテーション料 (1) | | ※ |
| | | | 180044710 | 廃用症候群リハビリテーション料 (2) | | ※ |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------|---|---|
| | | | 180044810 | 廃用症候群リハビリテーション料 (3) | ※ |
| | | | 180044910 | 廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護・入院) | ※ |
| | | | 180045110 | 廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護・入院) | ※ |
| | | | 180045310 | 廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護・入院) | ※ |
| | | | 180051530 | 廃用症候群リハビリテーション料 (1) (リ減) | ※ |
| | | | 180051630 | 廃用症候群リハビリテーション料 (2) (リ減) | ※ |
| | | | 180051730 | 廃用症候群リハビリテーション料 (3) (リ減) | ※ |
| | | | 180051830 | 廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護・入院) (リ減) | ※ |
| | | | 180052030 | 廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護・入院) (リ減) | ※ |
| | | | 180052230 | 廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護・入院) (リ減) | ※ |
| | | 廃用症候群の診断又は急性増悪した年月日を記載すること。廃用症候群に係る評価表を添付する又は同様の情報を「摘要」欄に記載すること。 | 830100214 | 疾患名(廃用症候群リハビリテーション料) ; ***** | |
| | | | 850100221 | 治療開始年月日(廃用症候群リハビリテーション料) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | |
| | | (標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番 364306)と同様。 | 830100215 | 継続理由(廃用症候群リハビリテーション料) ; ***** | |
| | | (新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) | 830100216 | 新たな疾患名(廃用症候群リハビリテーション料) ; ***** | |
| | | 新たな疾患名及び治療開始日又は | 850100222 | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(廃 | |

| | | | | | | | | | |
|-----|------|------------------|---------------------|---|---|---|-----------|---|--|
| | | | 発症年月日等を記載すること。 | | 用症候群リハビリテーション料) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | | | | |
| | | | | 850100223 | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(廃用症候群リハビリテーション料) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | | | | |
| 373 | H002 | 運動器リハビリテーション料 | 算定単位数及び実施日数を記載すること。 | 180032710 | 運動器リハビリテーション料(1) | ※ | | | |
| | | | | 180027810 | 運動器リハビリテーション料(2) | ※ | | | |
| | | | | 180027910 | 運動器リハビリテーション料(3) | ※ | | | |
| | | | | 180045810 | 運動器リハビリテーション料(1) (要介護・入院) | ※ | | | |
| | | | | 180045910 | 運動器リハビリテーション料(2) (要介護・入院) | ※ | | | |
| | | | | 180046010 | 運動器リハビリテーション料(3) (要介護・入院) | ※ | | | |
| | | | | 180052730 | 運動器リハビリテーション料(1) (リ減) | ※ | | | |
| | | | | 180052830 | 運動器リハビリテーション料(2) (リ減) | ※ | | | |
| | | | | 180052930 | 運動器リハビリテーション料(3) (リ減) | ※ | | | |
| | | | | 180053030 | 運動器リハビリテーション料(1) (要介護・入院)(リ減) | ※ | | | |
| | | | | 180053230 | 運動器リハビリテーション料(2) (要介護・入院)(リ減) | ※ | | | |
| | | | | 180053430 | 運動器リハビリテーション料(3) (要介護・入院)(リ減) | ※ | | | |
| | | | | | | 疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。 | 830100217 | 疾患名(運動器リハビリテーション料) ; ***** | |
| | | | | | | | 850100224 | 発症年月日(運動器リハビリテーション料) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | |
| | | | | | | | 850100391 | 手術年月日(運動器リハビリテーション料) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | |
| | | | 850100392 | 急性増悪年月日(運動器リハビリテーション料) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | | | | | |
| | | | 850100440 | 最初に診断された年月日(運動器リハビリテーション料) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | ※ | | | | |
| | | (標準的算定日数を超えて月13単 | 830100218 | 継続理由(運動器リハビリテーション | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|------|---------------|--|--|--|---|
| | | | 位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）） 心大血管疾患リハビリテーション料（項番 364306 ）と同様。 | | 料）；***** | |
| | | | （新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合） 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。 | 830100219 | 新たな疾患名（運動器リハビリテーション料）；***** | |
| | | 850100225 | | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日（運動器リハビリテーション料）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日” | | |
| | | 850100226 | | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日（運動器リハビリテーション料）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日” | | |
| 376 | H003 | 呼吸器リハビリテーション料 | 算定単位数及び実施日数を記載すること。 | 180028010 | 呼吸器リハビリテーション料（1） | ※ |
| | | | | 180028110 | 呼吸器リハビリテーション料（2） | ※ |
| | | | 疾患名及び治療開始年月日を記載すること。 | 830100220 | 疾患名（呼吸器リハビリテーション料）；***** | |
| | | | | 850100227 | 治療開始年月日（呼吸器リハビリテーション料）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日” | |
| | | | （標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）） 心大血管疾患リハビリテーション料（項番 364306 ）と同様。 | 830100221 | 継続理由（呼吸器リハビリテーション料）；***** | |
| | | | （新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要す | 830100222 | 新たな疾患名（呼吸器リハビリテーション料）；***** | |

| | | | | | | |
|-----|------------------------------------|--|--|--|--|---|
| | | | る状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日 又は発症年月日等を記載すること。 | 850100228 | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(呼吸器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" | |
| | | | | 850100229 | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(呼吸器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" | |
| 419 | J 003 | 局所陰圧閉鎖 処置(入院) | (J040 局所灌流の「2」骨膜・骨 髄炎に対するものを併せて算定す る場合) その理由及び医学的な根拠を詳細 に記載すること。 | 830100245 | 理由及び医学的根拠(局所陰圧閉鎖処 置と洗浄を行った場合);***** | |
| | | | 初回加算を算定した年月日、陰圧維 持管理装置として使用した機器及 び本処置の医学的必要性を記載す ること。 | 850100442 | 初回加算算定年月日(局所陰圧閉鎖処 置(入院));(元号)yy"年"mm"月 "dd"日" | ※ |
| | | | | 830100246 | 陰圧維持管理装置として使用した機 器(局所陰圧閉鎖処置(入院)); ***** | |
| | | | | 830100247 | 医学的必要性(局所陰圧閉鎖処置(入 院));***** | |
| | | | (創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷 処置を併せて算定した場合) | 830100459 | 併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖 処置);***** | ※ |
| | | | 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処 置のそれぞれの対象部位をそれぞ れ記載すること。 | 830100460 | 対象部位(局所陰圧閉鎖処置);***** | ※ |
| 461 | K 047-2 | 難治性骨折超 音波治療法 | (観血的手術又は超音波骨折治療 法等他の療養を行わず難治性骨折 超音波治療法を行った場合) その詳細な理由を記載すること。 | <u>830100780</u> 830100273 | 詳細理由(難治性骨折超音波治療法) ;***** | ※ |
| | | | 当該治療の実施予定期間及び頻度 について患者に対して指導した内 容を記載すること。 | <u>830100781</u> 830100274 | 指導内容(難治性骨折超音波治療法) ;***** | ※ |
| 494 | K 721 注 2 <u>K721-3</u> 注 | 内視鏡的大腸 ポリープ・粘膜 切除術 <u>内視鏡的結腸</u> <u>異物摘出術</u> バルーン内視 鏡加算 | 症状詳記を添付すること。ただし、 記載可能であれば、「摘要」欄への 記載でも差し支えない。 | 830100592 | 症状詳記(バルーン内視鏡加算); ***** | ※ |

| | | | | | | |
|-----|-------------|------------------------------|--|-----------|--|---|
| 501 | K 823-6 | 尿失禁手術 | (効果の減弱等により再手術が必要となった場合) 前回実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。 | 850100491 | 前回実施年月日(尿失禁手術);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" | ※ |
| | | | | 850100246 | | |
| 515 | K917-2 注 | 受精卵・胚培養 管理料 注:胚盤胞の作成目的 | 管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 | 820190491 | 初回(尿失禁手術) | ※ |
| | | | | 820190046 | | |
| | | | | 830100798 | 管理の具体的な内容(注:胚盤胞の作成目的);***** | ※ |
| | | | | 842100106 | 管理を実施した初期胚の数(注:胚盤胞の作成目的);***** | ※ |
| | | | | 842100107 | 管理を開始した年月日(注:胚盤胞の作成目的);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" | ※ |

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (歯科)

| 項番 | 区分 | 診療行為 名称等 | 記載事項 | レセプト電算 処理システム 用コード | 左記コードによるレセプト表 示文言 | 令和 4 年 4 月 1 日適用 |
|----|--------------------|---|---|--------------------------|---|------------------------|
| 11 | B 000-6 B 000-7 | 周術期等口腔 機能管理料 (I) 周術期等口腔 機能管理料 (II) | 手術の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 (「1 手術前」の算定がなく、「2 手術後」の算定がある場合) 脳卒中等による緊急手術を実施した患者に対して術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた旨を記載すること。 | 850100298 | 周管 1 (手術後) 手術等実施年月日; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | ※ |
| | | | | 850100300 | 周管 2 (手術後) 手術等実施年月日; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | ※ |
| | | | | 850100302 | 周管 1 (手術前) 手術等予定年月日; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | ※ |
| | | | | 850100304 | 周管 2 (手術前) 手術等予定年月日; (元号) yy"年"mm"月"dd"日" | ※ |
| | | | | 820100379 | 脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼 | |
| 76 | I 008-2 | 加圧根管充填 処置 | (加圧根管充填後の歯科エックス線撮影において、妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない場合) 妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない旨を記載すること。 | 820100390 | 妊娠中(加圧根管充填処置) | ※ |
| 77 | I 008-2 | 加圧根管充填 処置 注 3 手術用 顕微鏡加算 | (手術用顕微鏡加算において、連携する医療機関にて歯科用 3 次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した医療機関名を記載すること。 | 830100379 | 手術用顕微鏡加算(加圧根管充填処置) 撮影医療機関名; ***** | ※ |
| 79 | I 011-2 | 歯周病安定期 治療 | 前回の歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療の実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。 | 850100337 | S P T 又は P 重防前回実施年月; (元号) yy"年"mm"月" | ※ |
| | | | | 820190337 | 初回(SPT) | ※ |

| | | | | | | |
|-----|----------|----------------|--|-----------|---------------------------------------|---|
| | | | (歯周病安定期治療の治療間隔が3月以内の場合) 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「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」別添2第2章第8部I011-2歯周病安定期治療の(3)のイからニまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、ロ又はハを選択した場合は、別途、詳細な理由(全身的な疾患の状態を含む。)を記載すること。 | 820100331 | イ 歯周外科手術を実施した場合 | |
| | | | | 820100332 | ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合 | |
| | | | | 820100333 | ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合 | |
| | | | | 820100334 | ニ 侵襲性歯周炎の場合 | |
| | | | | 830100382 | S P T 詳細理由 ; ***** | ※ |
| 80 | I011-2-3 | 歯周病重症化 予防治療 | 前回の歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療の実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。 | 850100339 | S P T 又は P 重防前回実施年月 ; (元号) yy"年"mm"月" | ※ |
| | | | | 820190339 | 初回 (P 重防) | ※ |
| 91 | I 030 | 機械的歯面清 掃処置 | 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。 (初診時歯科診療導入加算を算定した場合)初診時歯科診療導入加算を算定した旨を記載すること。 (歯科診療特別対応加算を算定した場合)歯科診療特別対応加算を算定した旨を記載すること。 (妊娠中の場合)妊娠中である旨を記載すること。 (糖尿病の場合) 糖尿病である旨を記載すること。 | 850100346 | 歯清前回実施年月 ; (元号) yy"年"mm"月" | |
| | | | | 820190346 | 初回 (歯清) | ※ |
| | | | | 820100778 | 初診時歯科診療導入加算算定後 | |
| | | | | 820100779 | 歯科診療特別対応加算算定後 | |
| | | | | 820100348 | 妊娠中 (歯清) | ※ |
| | | | | | | ※ |
| 92 | I 031 | フッ化物歯面 塗布処置 | 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。 | 850100347 | F 局前回実施年月 ; (元号) yy"年"mm"月" | |
| | | | | 820190347 | 初回 (F 局) | ※ |
| 133 | M017 | ポンティック | (地方厚生(支)局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合)事前承認と記載すること。 (地方厚生(支)局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルム又はその複製の費用を算定する場合) | 820100355 | 事前承認 | |
| | | | | 830100420 | ブリッジに係るフィルム料等の算定理由 ; ***** | |

| | | | | | | |
|-----------|--------------|------|---|-----------|---|---|
| | | | 算定の理由を記載すること。 | | | |
| | | | (犬歯のポンティックが必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合) 中切歯の状態等を記載すること。 | 830100421 | ブリッジに係る中切歯の状態等 :***** | |
| | | | ”(側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転移していたため間隙が1歯分しかない場合であってポンティック1歯のブリッジの設計とした場合) 低位唇側転移の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。 ” | 820100784 | 低位唇側転移の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致 | |
| 144 | N | 歯科矯正 | また、 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。 | 850100358 | 歯科矯正診断料初回算定年月日 : (元号) yy”年”mm”月”dd”日” | |
| | | | | 850100359 | 顎口腔機能診断料初回算定年月日 : (元号) yy”年”mm”月”dd”日” | |
| | | | (歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リンガルアーチ及び鉤を算定した場合) 全体の「その他」欄に「簡単」、「困難」、「著しく困難」、「複雑」等の区別を記載すること。 | 820100361 | 簡単 | |
| | | | | 820100362 | 困難 | |
| | | | | 820100363 | 著しく困難 | |
| | | | | 820100364 | 複雑 | |
| | | | 咬合異常の起因となった疾患名(別に厚生労働大臣が定める疾患、3歯以上の永久歯萌出不全又は顎変形症)を記載すること。 | 820100929 | 唇顎口蓋裂 | |
| | | | | (略) | (略) | |
| | | | | 820100987 | 巨大静脈奇形(頸部口腔咽頭びまん性病変) | ※ |
| | | | | 820100988 | 毛髪・鼻・指節症候群(Trichorhino-Phalangeal症候群) | ※ |
| 820100989 | その他顎・口腔の先天異常 | | | | | |
| 820100918 | 3歯以上の永久歯萌出不全 | ※ | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------|-------------------------|---|
| | | | 820100919 | 顎変形症 | ※ |
| | | (6 歯以上の先天性部分無歯症又は 3 歯以上の永久歯萌出不全による咬合異常により歯科矯正を行う場合) 先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を記載すること。 | 830100641 | 先天性欠如又は埋伏歯部位 ; ***** | ※ |

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (調剤)

| 項番 | 区分 | 診療行為 名称等 | 記 載 事 項 | レセプト電算 処理システム 用コード | 左記コードによるレセプト表示 文言 | 令和 4 年 4 月 1 日適用 |
|----|--------|-------------|---|--------------------------|--|------------------------|
| 11 | 14 の 2 | 外来服薬支援料 1 | 外来服薬支援料 1 の「注 1」又は「注 2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注 1 の場合においては、服薬支援の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注 2 の場合においては情報提供をした保険医療機関の名称をそれぞれ記載すること。 | 820100793 | 外来服薬支援料 1 : 注 1 加算) ; ***** | |
| | | | | 820100794 | 外来服薬支援料 1 : 注 2 | |
| | | | | 850100370 | 服薬管理を実施した年月日 (外来服薬支援料 1) ; (元号) y y “年” mm “月” d d “日” | ※ |
| | | | | 830100442 | 情報提供を行った 保険医療機関の名称 (外来服薬支援料 1) ; ***** | ※ |

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

| 項番 | 医薬品名称 | 効能・効果 | 記載事項 | レセプト電算処理システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言 |
|--------------------|----------------------------|------------------|--|------------------|-----------------------|
| 28 | オブジーボ点滴静注 20mg | 悪性黒色腫 | 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後、5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後、5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。 | 820600141 | 医師要件ア(オブジーボ点滴静注) |
| | オブジーボ点滴静注 100mg | | | 820600183 | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注) |
| | オブジーボ点滴静注 120mg | | | (略) | (略) |
| 30 | オブジーボ点滴静注 20mg | 再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌 | 次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後、5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後、4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了終了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。 | 820600141 | 医師要件ア(オブジーボ点滴静注) |
| | オブジーボ点滴静注 100mg | | | 820600183 | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注) |
| | オブジーボ点滴静注 120mg | | | 820600140 | 医師・歯科医師要件ウ(オブジーボ点滴静注) |
| オブジーボ点滴静注 240mg | | | | | |
| 40 | “オルミエント錠2mg オルミエント錠4mg” | アトピー性皮膚炎 | 投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） | 820600048 | 施設要件ア(オルミエント錠2mg等) |

| | | | | | |
|----|------------------|-------|---|---|---|
| | | | <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。</p> <p>2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載）</p> <p>ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。</p> <p>イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。</p> <p>3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値</p> <p>ア IGA スコア</p> <p>イ 全身又は頭頸部の EASI スコア</p> <p>ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）</p> | <p>820600049</p> <p>820600050</p> <p>820600051</p> <p>(略)</p> | <p>施設要件イ(オルミエント錠2mg等)</p> <p>前治療要件ア(オルミエント錠2mg等)</p> <p>前治療要件イ(オルミエント錠2mg等)</p> <p>(略)</p> <p>(略)</p> |
| 43 | キイトルーダ点滴静注 100mg | 悪性黒色腫 | <p>“次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。”</p> | <p>820600146</p> <p>820600148</p> | <p>医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)</p> <p>医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)</p> |

| | | | | | |
|----|------------------|-------------------------------|---|-----------|---|
| 44 | キイトルーダ点滴静注 100mg | 切除不能な 進行・再発の 非小細胞肺 癌 | <p>“次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後 に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後 に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。</p> | 820600146 | 医師要件ア(キイトルーダ点滴静注) |
| | | | <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後 に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。</p> | 820600148 | 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) |
| | | | <p>(本剤を単独で投与する場合)</p> <p>PD-L1の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。</p> | 850600133 | PD-L1の発現を確認した検査の実施年月日 (キイトルーダ点滴静注); (元号) y y “年” m m “月” d d “日” |
| | | | <p>(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合)</p> <p>次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載すること。</p> <p>ア ペメトレキセド及びプラチナ製剤との併用投与</p> <p>イ カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-パクリタキセルとの併用投与</p> | 830600118 | PD-L1の発現を確認した検査結果(発現率) (キイトルーダ点滴静注); ***** |
| | | | <p>(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合)</p> <p>次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載すること。</p> <p>ア ペメトレキセド及びプラチナ製剤との併用投与</p> <p>イ カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-パクリタキセルとの併用投与</p> | 820600171 | 併用投与ア(キイトルーダ点滴静注) |
| | | | | 820600174 | 併用投与イ(キイトルーダ点滴静注) |
| 45 | キイトルーダ点滴静注 100mg | 再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫 | <p>次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後 に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の</p> | 820600146 | 医師要件ア(キイトルーダ点滴静注) |

| | | | | | |
|----|---------------------------------------|--------------------------|---|-----------|-------------------|
| | | | <p>研修を行っていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。</p> | 820600148 | 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) |
| 46 | キイトルーダ点滴静注 100mg | がん化学療法後に増悪した根治切除不能な尿路上皮癌 | <p>次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。</p> | 820600146 | 医師要件ア(キイトルーダ点滴静注) |
| | | | <p>次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。</p> | 820600148 | 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) |
| 83 | テセントリク点滴静注 840mg テセントリク点滴静注 1200mg | 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 | <p>次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。</p> | 820600147 | 医師要件ア(テセントリク点滴静注) |
| | | | <p>(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合)</p> <p>次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)記載すること。</p> <p>ア カルボプラチン、パクリタキセル及びベバシズマブ(遺伝子組換え)との併用投与</p> <p>イ 白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)及びベメトレキセドとの併用投与</p> <p>ウ カルボプラチン及びパクリタキセル(アルブミン懸濁型)との併用投与</p> | 820600172 | 併用投与ア(テセントリク点滴静注) |
| | | | <p>ア カルボプラチン、パクリタキセル及びベバシズマブ(遺伝子組換え)との併用投与</p> <p>イ 白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)及びベメトレキセドとの併用投与</p> | 820600175 | 併用投与イ(テセントリク点滴静注) |
| | | | <p>ウ カルボプラチン及びパクリタキセル(アルブミン懸濁型)との併用投与</p> | 820600178 | 併用投与ウ(テセントリク点滴静注) |

| | | | | | |
|----|--------|--|---|-----------|---|
| | | | <p>(本製剤を化学療法歴のないPD-L1 陽性 (TC3 又は IC3) の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者に単独で投与する場合)</p> <p>EGFR 遺伝子変異陰性、ALK 融合遺伝子陰性及び PD-L1 陽性 (TC3 又は IC3) を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> | 850600117 | EGFR 遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注); (元号) y y “年” m m “月” d d “日” |
| | | | | 850600115 | ALK 融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注); (元号) y y “年” m m “月” d d “日” |
| | | | | 850600125 | PD-L1 陽性 (TC3 又は IC3) を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注); (元号) y y “年” m m “月” d d “日” |
| 92 | デリタクト注 | | <p>本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。</p> <p>① 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載)</p> <p>ア 特定機能病院</p> <p>イ 大学附属病院本院(脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。)</p> <p>ウ 悪性神経腫瘍手術の年間症例数が30例以上ある施設</p> <p>エ 本品に係る治験の実施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治験責任医師又は治験分担医</p> | 820600067 | 施設要件ア(デリタクト注) |
| | | | | 820600068 | 施設要件イ(デリタクト注) |

| | | | | | |
|-----|--------------------|---------|--|-----------|---------------------------|
| | | | <p>師が常勤する施設（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。）</p> <p>② 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを全て記載。最適使用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている。）</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に、4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。</p> <p>イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験（計30例以上）があること。</p> <p>ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。</p> <p>③ 放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨”</p> | 820600069 | 施設要件ウ（デリタクト注） |
| | | | <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に、4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。</p> <p>イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験（計30例以上）があること。</p> <p>ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。</p> | 820600070 | 施設要件エ（デリタクト注） |
| | | | | (略) | (略) |
| 102 | バベンチオ点滴静注 200mg | メルケル細胞癌 | <p>次の事項を記載すること。</p> <p>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）</p> <p>ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）</p> <p>イ 特定機能病院</p> <p>ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）</p> <p>エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した</p> | 820600244 | 施設要件ア（バベンチオ点滴静注 200mg） |
| | | | <p>イ 特定機能病院</p> <p>ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）</p> | 820600245 | 施設要件イ（バベンチオ点滴静注 200mg） |
| | | | <p>エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設</p> | 820600246 | 施設要件ウ（バベンチオ点滴静注 200mg） |
| | | | <p>2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した</p> | 820600247 | 施設要件エ（バベンチオ点滴静注 200mg） |

| | | | | |
|--|--|--|-----|-----|
| | | <p>後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。</p> <p>うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了終了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。</p> | (略) | (略) |
|--|--|--|-----|-----|

別表Ⅳ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (歯科)

| 項番 | 区分 | 診療行為 名称等 | 略号 | 記載欄 |
|----|--------|----------------------|-----|---------------------|
| 3 | A000 | 電子的保健医療情報活用加算を算定した場合 | 初電 | 「摘要」欄 全体「その他」欄 |
| 6 | A002 | 電子的保健医療情報活用加算を算定した場合 | 再電 | 「摘要」欄 全体「その他」欄 |
| 86 | D002-6 | 口腔細菌定量検査を算定した場合 | 口菌検 | 「摘要」欄 X線・検査「菌検」欄 |
| 87 | D010 | 歯冠補綴時色調採得検査を算定した場合 | 色調 | 「摘要」欄 X線・検査「色調」欄 |

(別添 7)

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について
(令和 4 年 3 月 25 日老老発 0325 第 1 号、保医発 0325 第 2 号)

(別紙 1)

| | |
|---------------------------------|---|
| 区分 | 1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。) |
| (略) | (略) |
| 14の2の <u>1</u> 外来服薬支援料 <u>1</u> | ○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。) |
| (略) | (略) |

官報掲載事項の一部訂正

【令和4年3月4日（号外第46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54号）

| 該当箇所 | 誤 | 正 |
|--|---|--|
| 別表第一 H001-2 廃用症候群リ ハビリテーション料 注5 | 5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して（中略）、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ～ハ （略） | 5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して（中略）、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ～ハ （略） |
| 別表第一 第2章第10部 手術 通則第4号 | 4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2（中略）、 <u>K740-2の3及び4</u> 、K754-3（中略）並びにK916からK917-3までに掲げる手術等については、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行われる場合に限り算定する。（以下略） | 4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2（中略）、K754-3（中略）並びにK916からK917-3までに掲げる手術等については、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行われる場合に限り算定する。（以下略） |
| 別表第二 J032 口腔、顎、顔面悪 性腫瘍切除 | J032 <u>口腔、顎、顔面悪性腫瘍 切除</u> | J032 <u>口腔、顎、顔面悪性腫瘍 切除術</u> |
| 別表第二 N019 保定装置（1装置 につき） | 1 <u>プレートタイプリテーナー</u> 2 <u>メタルリテーナー</u> 3 <u>スプリングリテーナー</u> 4～6 （略） 7 <u>フィクスドリテーナー</u> | 1 <u>プレートタイプリテーナー</u> 2 <u>メタルリテーナー</u> 3 <u>スプリングリテーナー</u> 4～6 （略） 7 <u>フィクスドリテーナー</u> |
| 別表第二 N020 鉤（1個につき） 注 | 注 <u>メタルリテーナー</u> に使用した 場合を除く。 | 注 <u>メタルリテーナー</u> に使用した 場合を除く。 |

○ 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 55 号）

| 該当箇所 | 誤 | 正 |
|--|---|---------------------------------------|
| 第三 初・再診料の施設基準 等一 医科点数表第二章第十部手術通則第 4 号に掲げる手術等の施設基準等 三の六 | 三の六 <u>医科初診料、医科再診料及び外来診療料の電子的保健医療情報活用加算の施設基準</u> (1)～(3) (略) | 三の六 電子的保健医療情報活用加算の施設基準 (1)～(3) (略) |

○ 特掲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 56 号）

| 該当箇所 | 誤 | 正 |
|---|---|---|
| 第十二 手術 一 医科点数表第二章第十部手術通則第 4 号に掲げる手術等の施設基準等 (2) | (2) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、皮膚移植術（死体）（中略）、 <u>腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術及び経肛門吻合を伴う切除術に限る。）、腹腔鏡下小切開副腎摘出術（中略）、体外式膜型人工肺管理料、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準</u> | (2) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、皮膚移植術（死体）（中略）、 <u>腹腔鏡下小切開副腎摘出術（中略）、体外式膜型人工肺管理料、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準</u> |
| 第十二 手術 一 医科点数表第二章第十部手術通則第 4 号に掲げる手術等の施設基準等 (2) のイ | イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、椎間板内酵素注入療法（中略）、緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）（中略）及び胚凍結保存管理料については、診療所（中略）でもよいこととする。 | イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、椎間板内酵素注入療法（中略）、緑内障手術（ <u>流出路再建術（眼内法に限る。）、</u> 緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術及び <u>濾過胞再建術（needle 法）</u> ）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）（中略）及び胚凍結保存管理料については、診療所（中略）でもよいこととする。 |