

事務連絡
令和4年6月15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6月15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5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。

- ・「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）
- ・「「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5）

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2部 入院料等

第3節 特定入院料

A207-3 急性期看護補助体制加算

- (3) 急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(19)(16)の例による。

第2章 特掲診療料

第3部 検査

第3節 生体検査料

D257 細隙灯燐顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)

- (1) 散瞳剤を使用し、前眼部、透光体及び網膜に対して細隙灯燐顕微鏡検査を行った場合には、検査の回数にかかわらず、1回に限り所定点数を算定する。
- (2) 細隙灯燐を用いた場合であって写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。
- (3) 細隙灯燐顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)を行った後、更に必要があつて生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査1回に限り区分番号「D273」細隙灯燐顕微鏡検査(前眼部)により算定する。

D264 精密眼圧測定

- (1) 精密眼圧測定は、ノンコンタクトトノメーター若しくはアプラネーショントノメーターを使用する場合又はディファレンシャル・トノメトリーにより眼内圧を測定する場合(眼球壁の硬性測定検査を行った場合を含む。)をいい、検査の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

~~(2) 網膜中心血管圧測定に際しての精密眼圧測定は、別に算定できない。~~

- ~~(2)(3)~~ 「注」の加算は、水分を多量に摂取させたり、薬剤の注射、点眼若しくは暗室試験等の負荷により眼圧の変化をみた場合又は眼圧計等を使用して前房水の流出率、産出量

を測定した場合に、検査の種類、負荷回数にかかわらず、1回のみ所定点数により算定する。

第7部 リハビリテーション

第1節 リハビリテーション料

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

(1) 心大血管疾患リハビリテーション料は、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（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン）~~（2012年改訂版）~~」に基づいて実施すること。

第9部 処置

<処置料>

J001-4 重度褥瘡処置

(1) 皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R2020 分類D3，D4及びD5~~42以上とする。~~）に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。

別添 2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 8 部 処置

第 1 節 処置料

I 0 1 7 - 1 - 3 舌接触補助床

(1) 舌接触補助床とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。なお、「~~2~~ 旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している有床義歯の形態修正等を行った場合をいう。

第 12 部 歯冠修復及び欠損補綴

第 1 節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

M 0 1 5 - 3 CAD/CAMインレー

(3) CAD/CAMインレーを装着する場合は、次により算定する。

イ 窩洞形成を行った場合は、区分番号M 0 0 1 - 3に掲げるう蝕歯インレー修復形成の場合を除き、1 歯につき区分番号M 0 0 1に掲げる歯冠形成の「3 のロ 複雑なもの」を算定する。

ロ 印象採得又は咬合採得を行った場合は、1 ~~歯個~~につき区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「1 歯冠修復」又は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「1 歯冠修復」を、装着した場合は、1 歯につき区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「1 歯冠修復」、区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「注 1」の加算及び特定保険医療材料料を算定する。

(別添 2)

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

別添 3

入院基本料等加算の施設基準等

第 4 の 2 医師事務作業補助体制加算

2 医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準

(3) 50 対 1、75 対 1 及び 100 対 1 補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア 「(1) 15 対 1 補助体制加算の施設基準」又は「(2) 20 対 1、25 対 1、30 対 1 及び 40 対 1 補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

イ 年間の緊急入院患者数が 100 名以上 (75 対 1 及び 100 対 1 補助体制加算については 50 名以上) の実績を有する **保険医療機関病院** であること。

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	6	専門的な治療・処置 (③ 麻薬の使用 (注射剤のみ))	648110008	アヘンアルカロイド塩酸塩注射液
		(略)	(略)	
		8219400A1012 622905700	フェンタニルクエン酸塩 0.005% 2 mL 注射液	
		8219400A2019 622905800	フェンタニルクエン酸塩 0.005% 5 mL 注射液	
		8219400A3015 622905900	フェンタニルクエン酸塩 0.005% 10 mL 注射液	
		(略)	(略)	
		648210007	弱ペチロルファン注射液	

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
「A 3 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
8219400A1012 622905700	フェンタニルクエン酸塩 0.005% 2 mL 注射液
8219400A2019 622905800	フェンタニルクエン酸塩 0.005% 5 mL 注射液
8219400A3015 622905900	フェンタニルクエン酸塩 0.005% 10 mL 注射液

有床診療所急性期患者支援病床初期加算
 有床診療所在宅患者支援病床初期加算
 有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算
 有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算

有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 有床診療所入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号 B 0 0 1 の「2 2」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。
	適切な意思決定支援に関する指針を定めている。

2 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の事項に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
--	---------------------------------------

[届出上の注意]

1 又は 2 において、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

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

タイムカード、ICカード

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)

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

年次有給休暇取得率

時短勤務実施者(*3)数

育児休業・介護休業の取得率

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

タイムカード、ICカード

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)

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

年次有給休暇取得率

時短勤務実施者(*3)数

育児休業・介護休業の取得率

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 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：)
(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4)	平均： ()時間/月 最大： ()時間/月 最小： ()時間/月 80時間/月以上の者の人数： ()名 155時間/月以上の者の人数： ()名
(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)	

*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
*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

(3) 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。	
<ul style="list-style-type: none"> ・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 □ (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 □ (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。

ア 診療放射線技師

- ・動脈路に造影剤注入装置を接続する行為(動脈路確保のためのものを除く。)、動脈に造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為
- ・下部消化管検査(CTコノグラフィ検査を含む。)のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為
- ・上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為
- ・医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査

イ 医臨床検査技師

- ・直腸肛門機能検査(バルーン及びトランスデューサーの挿入(バルーンへの空気の注入を含む。)並びに抜去を含む。)
- ・持続皮下グルコース検査(当該検査を行うための機器の装着及び脱着を含む。)
- ・運動誘発電位検査・体性感覚誘発電位検査に係る電極(針電極を含む。)の装着及び脱着
- ・検査のために、経口、経鼻又は気管カニューレ内部から喀痰を吸引して採取する行為
- ・消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生検鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為
- ・静脈路を確保し、成分採血のための装置を接続する行為、成分採血装置を操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為
- ・超音波検査に関連する行為として、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為

ウ 臨床工学技士

- ・血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の動脈表在化及び静脈への接続又は動脈表在化及び静脈からの除去
- ・心・血管カテーテル治療において、生命維持管理装置を使用して行う治療に関連する業務として、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為
- ・手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為、術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為

エ 救急救命士

- ・医療機関に搬送されるまでの間(病院前)に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※においても実施可能とされた行為
- ※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す

[] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専 任 医 師		日 勤 名	当 直 名	そ の 他 名
	当該病院に勤務する麻酔医		名		
	看 護 師		日 勤 名	準 夜 勤 名	そ の 他 名
当該治療室 の概要	病 床 面 積	病 床 数	1 床当たりの床面積		1 日平均取扱患者数
	平方メートル	床	平方メートル		名
装置・器具		配 置 場 所		装置・器具の名称・台数等	
		治療室内	病院内		
救 急 蘇 生 装 置		<input type="checkbox"/>	/		
除 細 動 器		<input type="checkbox"/>			
ペ ー ス メ ー カ ー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
心 電 計		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ポータブルエックス線撮影装置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
呼 吸 循 環 監 視 装 置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
人 工 呼 吸 装 置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置		<input type="checkbox"/>	/		
酸 素 濃 度 測 定 装 置		<input type="checkbox"/>			
光 線 療 法 器		<input type="checkbox"/>	/		
微 量 輸 液 装 置		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
超 音 波 診 断 装 置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
心 電 図 モ ニ タ ー 装 置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
自 家 発 電 装 置		/		<input type="checkbox"/>	
電 解 質 定 量 検 査 装 置				<input type="checkbox"/>	
血 液 ガ ス 分 析 装 置		/		<input type="checkbox"/>	
救命救急センターに係る事項（該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。）					
<p>1 高度救命救急センターである。</p> <p>2 充実段階がSである。</p> <p>3 充実段階がAである。</p> <p>4 充実段階がBである。</p> <p>5 新規開設のため、充実度評価を受けていない。</p>					
救命救急入院料3、救命救急入院料4及び特定集中治療室管理料2に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること。）					
<p>() 当該保険医療機関内に、当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している。（再掲）広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師数名</p>					

小児加算に係る事項（小児加算の施設基準に該当する場合○をすること。）

（ ）当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている。 （再掲）専任の小児科医師数
名

特定集中治療室管理料1又は2に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること。）

（ ）特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。 （再掲）経験を有する医師数 名

（ ）集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が配置されている。 （□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

氏 名	勤 務 時 間	経 験 年 数	研 修
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□

（ ）当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時配置されている。 専任の臨床工学技士数 名

上限日数延長に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること）

（ ）当該治療室において、早期離床・リハビリテーション加算の届出を行っている。

（ ）当該治療室において、早期栄養介入管理加算の届出を行っている。

（ ）当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っている。

【記載上の注意】

- 1 [] 内には、届出事項の名称（救命救急入院料1、救命救急入院料2、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1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3又は特定集中治療室管理料4のいずれか）を記入すること。
- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 3 救命救急入院料2又は救命救急入院料4の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。
- 4 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の□を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の□に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。
- 5 救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式20を添付するとともに届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。また、特定集中治療室管理料1又は2の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表（勤務実績）により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。
なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式20の備考欄へそれぞれ「熱傷」又は「小児科医」、特定集中治療室管理料1又は2の届出を行う場合は、様式20の備考欄へ「5年」と記載すること。
- 6 特定集中治療室1又は2の届出を行う場合は、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師について記載すること。勤務時間は、1週間当たりの当該特定集中治療室における勤務時間数を記載するとともに、当該看護師の勤務状況が分かる書類を添付すること。経験年数の欄に、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。また、適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 7 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

(別添3)

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

記

第2 届出に関する手続き

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

(略)

腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）

(腹胆担床) 第号

別添1

特掲診療料の施設基準等

第18の1の6 がんゲノムプロファイリング検査

2 届出に関する事項

(1) がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式23の4を用いること。

(2) 毎年7月において、当該保険医療機関における当該検査の実施件数、C-CATへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数等について、別添2の様式23の4の2により地方厚生(支)局長に報告すること。

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報告年月日： 年7月 日

本管理料を算定した患者数 (期間: 年4月～ 年3月)	①	名
①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	②	名
②のうち、禁煙に成功した者	③	名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①-②)のうち、中止時に禁煙していた者	④	名
ニコチン依存症管理料1のイに掲げる初回の治療の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑤	回
ニコチン依存症管理料2の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑥	回
ニコチン依存症管理料1の一年間の延べ算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間における初回から5回目までの治療を含む)	⑦	回
ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑧	回
①のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑨	名
②のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑩	名
③のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑪	名

・喫煙を止めたものの割合 = (③+④) / ①

・治療の平均継続回数 = (⑦+⑧) / (⑤+⑥)

	%
	回

様式8の2

[記載上の注意]

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料1の初回点数及びニコチン依存症管理料2を算定した患者数の合計を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。
なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

様式5の12の2

生殖補助医療管理料に係る報告書

医療機関名： _____

報告年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項）

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

1-1 配置人員	産婦人科専門医	() 名
	うち、生殖医療専門医	() 名
	泌尿器科専門医	() 名
	うち、生殖医療専門医	() 名
	看護師	() 名
	胚培養士/エンブリオロジスト	() 名
	コーディネーター	() 名
	カウンセラー	() 名

1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年度)
	人工授精	() 件
採卵術	() 件	
体外受精	() 件	
顕微授精	() 件	
新鮮胚移植	() 件	
凍結・融解胚移植	() 件	

1-3 実施事項	自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関して、公益社団法人日本産科婦人科学会における個別調査票（治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで）への登録を行っている。		<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	自医療機関で分娩を取り扱わない場合には、妊娠した患者を紹介し、妊娠から出産に至る全ての経過について報告を受ける等、分娩を取り扱う他の医療機関と適切な連携をとっている。（自医療機関で分娩を取り扱っている場合は回答不要）		<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	医療安全管理体制が確保されている		
	①	医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	②	医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	③	医療に係る安全管理のための職員研修を定期的実施している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	④	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
⑤	自医療機関において保存されている配偶子、受精卵	<input type="checkbox"/> 該当する	

	の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	<input type="checkbox"/> 該当しない
⑥	体外での配偶子・受精卵の操作に当たっては、安全確保の観点から必ずダブルチェックを行う体制を構築しており、ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・胚培養士／エンブリオロジストのいずれかの職種の職員2名以上で行っている。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	倫理委員会を設置している ※ 委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	不妊治療にかかる記録については、保存期間を20年以上としている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	里親・特別養子縁組制度の普及啓発等や関係者との連携を実施している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

2 治療実績、来院患者情報、治療指針について（任意記載）

2-1 治療実績について

- 前年度~~±~~年間に、治療開始時点において35歳以上40歳未満である女性に対して実施した治療の実績

【新鮮胚（卵）を用いた治療成績】

	IVF-ET	Split	ICSI	合計
採卵総回数（回）				
移植総回数（回）				
妊娠数（回）				
生産分娩数（回）				
移植あたり生産率（%）				

IVF-ET：採卵により得られた全ての卵子に対し、体外受精を実施

Split：採卵により得られた卵子に対し、体外受精と顕微授精に分けて実施

ICSI：採卵により得られた全ての卵子に対し、顕微授精を実施

【凍結胚を用いた治療成績】

	融解胚子宮内移植
移植総回数（回）	
妊娠数（回）	
生産分娩数（回）	
移植あたり生産率（%）	

2-2 来院患者情報

○ 前年度~~1~~年間に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数）

25歳未満：（ ）名

25歳以上 30歳未満：（ ）名

30歳以上 35歳未満：（ ）名

35歳以上 40歳未満：（ ）名

40歳以上 43歳未満：（ ）名

43歳以上：（ ）名

2-3 治療指針について

○ 施設における統一された治療指針がありましたら記載して下さい。

（治療指針の例）

- ・ 治療のステップアップ・ステップダウンに関する考え方
- ・ 年齢に応じた治療の選択
- ・ 調節卵巣刺激法（自然周期・低刺激、高刺激等）の選択等

[記載上の注意]

- 1 各項目について、報告年の4月1日時点の状況について記載すること。
- 2 「1-1」の配置人員について、人員の算出は、常勤換算で行うこと。病院で定めた医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上勤務している医師を常勤医師とし、その他は非常勤医師として常勤換算する。（医療法第25条第1項）
- 3 「1-1」の配置人員について、胚培養士／エンブリオロジストについては、生殖補助医療胚培養士又は臨床エンブリオロジスト等の認定を受けている者又は大学において胚培養に関する専門的な教育を受けた者であって胚を取り扱う業務に従事しているものを記載すること。ただし、産婦人科専門医又は泌尿器科専門医が兼務している場合は、人数に含めない。
- 4 「1-1」の配置人員について、コーディネーター及びカウンセラーについては、産婦人科専門医・泌尿器科専門医・看護師・胚培養士／エンブリオロジストが兼務する場合には、コーディネーター及びカウンセラーには含めないこと。
- 5 「1-2」の治療内容、「2-1」の治療実績及び「2-2」の来院患者情報については、報告の前年度1年間~~（前年の1月から12月まで）~~の実績を記載すること。

様式 23 の 4

〔がんゲノムプロファイリング検査
遺伝性腫瘍カウンセリング加算〕の施設基準に係る届出書添付書類

1	がんゲノムプロファイリング検査の実施施設について（該当するものを○で囲む。） がんゲノム医療中核拠点病院 ・ がんゲノム医療拠点病院 ・ がんゲノム医療連携病院	
2	検査に係る適切な第三者認定	（ 有 ・ 無 ）
3	検査を委託する第三者認定を受けた衛生検査所名	
4	シーケンスデータ、解析データ等を患者に提供できる体制	（ 有 ・ 無 ）
5	得られたデータ等をがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に全例提出していること	（ 該当する ・ 該当しない ）
6	臨床情報等の提出について、「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること	（ 該当する ・ 該当しない ）
7	得られた結果について、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること	（ 該当する ・ 該当しない ）
8	管理簿等の作成	（ 有 ・ 無 ）
9	エキスパートパネルの開催に際して、所定の要件に基づき開催していること	（ 該当する ・ 該当しない ）
10	当該医療機関における当該検査の年間実施件数	件
11	当該医療機関におけるC-CATへの年間データ提出件数	件
12	当該医療機関における当該医療機関で実施した検査に係る エキスパートパネルの年間実施件数	件
13	当該医療機関における当該検査結果を患者に説明した年間総件数	件

[記載上の注意]

- 1 「2」から「13」については、がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。
- 2 「5」について、当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。
- 3 「7」について、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。
- 4 「10」から「13」について、実績期間は前年1月1日から同年当年12月31日までの期間とする。ただし、実績のない保険医療機関が新規で届け出る場合、届出時点においては記載不要である。

がんゲノムプロファイリング検査に係る報告書

報告年月日: 年 7月 日

I. 直近1年間のC-CATへのデータ提出に係る実績について

1. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数	①+② ()件
(1) うち当該医療機関におけるC-CATへの年間データ提出件数	① ()件
うちC-CATへのデータ提出について、当該患者の同意が得られな (2) かった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない 場合で提出できなかった件数	② ()件

II. 直近1年間のエキスパートパネル及び結果説明に係る実績について

2. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数(同上)	③+④+⑤ ()件
(1) うち当該医療機関における当該医療機関で実施した検査に係 るエキスパートパネルの実施件数	③+④ ()件
ア. うち当該医療機関における当該検査結果を患者に説明し た件数	③ ()件
イ. うち当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない 場合で当該検査結果を患者に説明できなかった件数	④ ()件
うちエキスパートパネルの実施について、当該患者が予期せず (2) 死亡した場合その他やむを得ない場合で実施できなかった件 数	⑤ ()件

[記載上の注意]

実績期間は前年1月1日から同年12月31日までの期間とする。

疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	

1. 疾患別リハビリテーション料の算定状況について

各年6月1日から30日までの1ヶ月間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者について実人数を記載すること。なお、同一の患者が複数回同一の傷病名により同一の疾患別リハビリテーション料を算定した場合は、1人として計算すること。

	入院中の患者 以外の患者	入院中の患者
<脳血管疾患等リハビリテーション料について>		
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(180日)を超えた患者 ※ 2) は 3) と 5) を足し合わせた数	人	人
3) 2)のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料について、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、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等		
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<廃用症候群リハビリテーション料について>		
1) 廃用症候群リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(120日)を超えた患者 ※ 2) は 3) と 5) を足し合わせた数	人	人
3) 2)のうち、廃用症候群リハビリテーション料について、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、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等		
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<運動器リハビリテーション料について>		
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(150日)を超えた患者 ※ 2) は 3) と 5) を足し合わせた数	人	人
3) 2)のうち、運動器リハビリテーション料について、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、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等		
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人

2. 患者の状態等について

入院中の患者以外の患者について、各年6月1日から7日までの1週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「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、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ（入院中の患者以外の患者）を記載すること。

	1) 年齢	2) 要介護度 【選択肢】 1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 該当無し	3) 主な傷病 ※○は1つだけ					4) 上限日数とな ってからの期間 ※○は1つだけ				5) ADL				6) 単位 数 リハビリ テーショ ンの単位 数(／ 週)
			脳 血 管 疾 患	廃 用 症 候 群	外 傷	外 傷 以 外 の 整 形 外 科 疾 患	そ の 他	3 か 月 未 満	3 か 月 以 上 6 か 月 未 満	6 か 月 以 上 1 年 未 満	1 年 以 上	B I (Barthel Index)		F I M (126点満 点でご記入 ください)		
												4) の は じ め	現 在	4) の は じ め	現 在	
例	75	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	30	60	1	2	7
1	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
2	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
3	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
4	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
5	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
6	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
7	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
8	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
9	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
10	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					

[記載上の注意]

1. については、入院していた患者が退院した等により、同一月内に「入院中以外の患者」及び「入院中の患者」の両方に当てはまる場合は、当該月内の初回の疾患別リハビリテーション料の算定により計算すること。

様式 87 の 3 の 2

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
(地域支援体制加算 1 又は 2 の届出を行う保険薬局用)

1 当該保険薬局における地域支援体制加算の区分 (いずれかに○)	()	地域支援体制加算 1
	()	地域支援体制加算 2
2 各基準の実績回数等 (地域支援体制加算 1 又は 2 の届出薬局が記載すること。) ※以下の(1)、(2)及び(3)の基準を満たし、かつ、(4)又は(5)のいずれかの基準を満たす必要がある。(2)及び(5)の実績回数の期間: 年 月～ 年 月)		
(1)麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載)		
(2)在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (保険薬局当たり 24 回以上/年) (ア+イ+ウ+エ)		回
(参考)		
ア 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料 (医療保険) の算定実績		回
イ 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (介護保険) の算定実績		回
ウ ア及びイについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績		回
エ ア及びイについて、同等の業務を行った場合の実績		回
(3)かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出		<input type="checkbox"/> あり
(4)服薬情報等提供料等 (保険薬局あたり 12 回以上/年)		回
(5)薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席 (保険薬局あたり 1 回以上/年)		回

[2 に係る記載上の注意]

- 令和 4 年 3 月 31 日時点で調剤基本料 1 の届出を行っている保険薬局であって、従前の(2)を満たしているとして届出を行っているものについては、令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、(2)を満たしているものとする。
- (2)の実績については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料及び在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料は除く。
- (2)のエの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者 1 人当たりの同一月内の訪問回数を超過して行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- (4)の実績については、服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績をいう。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。
 - ①服薬管理指導料の「注 6」の特定薬剤管理指導加算 2、②服薬管理指導料の「注 10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料 2、④かかりつけ薬剤師指導料又はか

かりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合

- 5 (5)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも5つまでの記載とすること。
- 6 届出に当たっては、様式 87 の 3 を併せて提出すること。

3 及び 4 各基準の実績回数等（地域支援体制加算 2 の届出薬局が記載すること。）		
3 保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数（①） （前年 3 月 1 日から当年 2 月末日）		回
4 各基準の実績回数 ※以下の(1)から(9)までの9つの基準のうち、3つ以上を満たす必要がある。		
処方箋受付回数 1 万回当たりの基準 （1 年間の各基準の算定回数）（満たす実績に○） 期間： 年 月 ~ 年 月	各基準に①を 乗じて 1 万で 除して得た回 数※ ¹	保険薬局にお ける実績の合 計
() (1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算（400 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (2) 麻薬の調剤回数（10 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (3) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（40 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料（40 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (5) 外来服薬支援料 1（12 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (6) 服用薬剤調整支援料（1 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（24 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (8) 服薬情報等提供料等（60 回／受付回数 1 万回）	回	回
※ 1 直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数 1 万回を使用して計算する。		
保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の合計	
() (9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数（5 回／保険薬局）		回

[3 及び 4 に係る記載上の注意]

- 1 令和 4 年 3 月 31 日時点で調剤基本料 1 以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の

(7)を満たしているとして届出を行っているものについては、令和5年3月31日までの間に限り、(7)を満たしているものとする。

2 「3」の「保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

3 「4」の「各基準に①を乗じて1万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数1万回を使用して計算する。

4 「4」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「4」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。

5 「4」の(1)から(8)の実績の範囲は以下のとおり。

(1)①時間外等加算：薬剤調製料の「注4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製料の「注5」の夜間・休日等加算

(2)麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注3」の麻薬を調剤した場合に加算される点数

(3)①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注3」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

(4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料

(5)外来服薬支援料1（外来服薬支援料2は除く。）

(6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料1及び2

(7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。

①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費

(8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。

①服薬管理指導料の「注6」の特定薬剤管理指導加算2、②服薬管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料2、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合

6 「4」の(9)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも10までの記載とすること。

7 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。

精巣内精子採取術に係る報告書

医療機関名： _____

報告年月日： _____ 年 7 月 _____ 日

1 配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項）

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

1-1 配置人員	泌尿器科専門医	() 名
	うち、生殖医療専門医	() 名
	産婦人科専門医	() 名
	うち、生殖医療専門医	() 名
	看護師	() 名
	コーディネーター	() 名
	カウンセラー	() 名

1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年度)
	精巣内精子採取術	() 件
	顕微鏡下精巣内精子採取術	() 件

1-3 実施事項	医療安全管理体制が確保されている		
	①	医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	②	医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	③	医療に係る安全管理のための職員研修を定期的実施している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	④	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	⑤	自医療機関において保存されている精子の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
		倫理委員会を設置している ※ 委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
		公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
		不妊治療にかかる記録については、保存期間を 20 年以上としている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	里親・特別養子縁組制度の普及啓発等や関係者との連携を実施している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	

2 来院患者情報について（任意記載）

2-1 来院患者情報

○ 前年~~度~~に精巣内精子採取術を行った患者数（実数）

20歳未満：（ ）名

20歳以上 30歳未満：（ ）名

30歳以上 40歳未満：（ ）名

40歳以上 50歳未満：（ ）名

50歳以上：（ ）名

[記載上の注意]

- 1 各項目について、報告年の4月1日時点の状況について記載すること。
- 2 「1-1」の配置人員について、人員の算出は、常勤換算で行うこと。病院で定めた医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上勤務している医師を常勤医師とし、その他は非常勤医師として常勤換算する。（医療法第25条第1項）
- 3 「1-1」の配置人員について、コーディネーターおよびカウンセラーについては、泌尿器科専門医・産婦人科専門医・看護師が兼務する場合には、コーディネーターおよびカウンセラーには含めないこと。
- 4 「1-2」の治療内容及び「2-2」の来院患者情報については、報告の前年~~度~~1年間~~（前年の1月から12月まで）~~の実績を記載すること。

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
(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、~~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

(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

(19) 「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「X線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄について
「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「X線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄の記載事項等は、(20)から(30)まで、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)」及び別表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)」のとおりであること。各項目の末尾に(項番○)と付したのものについては別表Ⅰの当該項目を参照すること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、~~令和4年10月診療分以降~~、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ(令和4年4月1日適用の旨が表示されたコードに限る。)及び別表Ⅱのコードについては、令和4年10月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。書面による請求の場合の診療行為名等の略号については、別表Ⅳ「診療行為名称等の略号一覧(歯科)」を参照し記載すること。

(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、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、チタン冠、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、小児保険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。

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
301	D023 の4	HBV核酸定 量	治療中又は治療終了年月日を記載 すること。	850100438	治療終了年月日（HBV核酸定量） ；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820100865	B型肝炎ウイルス既感染者であっ て、免疫抑制剤の投与や化学療法を 行っている悪性リンパ腫等の患者の 治療中（HBV核酸定量）	※
343	E	画像診断	撮影部位を記載すること。 ※E001写真診断、E200コンピュ ーター断層撮影、E202磁気共鳴コ ンピューター断層撮影は項番 344343、349348、353352のとおり、 選択して記載すること。	830189300	撮影部位（写真診断、コンピューター 断層撮影及び磁気共鳴コンピュ ーター断層撮影以外）；その他；*****	※
			撮影開始日時を記載すること。	853100003	撮影開始日時（時間外緊急院内画像 診断加算）；dd"日"h h"時"mm"分 "	※
			（引き続き入院した場合） 引き続き入院した場合である旨記 載すること。	820100129	引き続き入院	
344	E001	写真診断 1 単純撮影	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。 なお、四肢については、左・右・ 両側の別を記載すること。	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 830181200	撮影部位（単純撮影）：肩__；*****	※
				830181400	撮影部位（単純撮影）：上腕__；*****	
				（略）	（略）	
358	F 200	薬剤（入院分）	<p>（入院患者に対し退院時に投薬（内服薬）を行った場合） 「退院時 日分投薬」と記載すること。</p> <p>（入院患者に対し退院時に投薬（屯服薬）を行った場合） 「退院時 回分投薬」と記載すること。</p> <p>（入院患者に対し退院時に投薬（外用薬）を行った場合） 「退院時—回分投薬」と記載すること。</p>	840000006	退院時 日分投薬	
				840000634	退院時 回分投薬（屯服薬）	※
				840000635 820101042	退院時—回分投薬（外用薬）	※
372	H 001-2	廃用症候群リハビリテーション料の初期加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。	850100215	発症年月日（初期加算）；（元号） yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100216	手術年月日（初期加算）；（元号） yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100217	急性増悪年月日（初期加算）；（元号） yy"年"mm"月"dd"日"	
				830100531 830100799	疾患名（初期加算早期リハビリテーション加算）；*****	※
431	J 038-2	持続緩徐式血液濾過	<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9部J38-2持続緩徐式血液濾過の（2）のAからカまでのいずれかに該当する場合は、該当項目を記載すること。</p>	820100750	該当する項目（持続緩徐式血液濾過） ：ア 末期腎不全の患者	
				820100751	該当する項目（持続緩徐式血液濾過） ：イ 急性腎障害と診断された、高度代謝性アシドーシスの患者	
				820100752	該当する項目（持続緩徐式血液濾過） ：ウ 急性腎障害と診断された、薬物中毒の患者	
				820100753	該当する項目（持続緩徐式血液濾過） ：エ 急性腎障害と診断された、尿毒症の患者	
				820100754	該当する項目（持続緩徐式血液濾過） ：オ 急性腎障害と診断された、電解質異常の患者	

				820100755	該当する項目（持続緩徐式血液濾過） ：カ 急性腎障害と診断された、体 液過剰状態の患者	
--	--	--	--	-----------	---	--

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
114	K002	吸入鎮静法	使用麻酔薬は、麻酔の「その他」欄に麻酔薬名及び使用量を記載すること。 また、使用した酸素又は窒素請求は、地方厚生（支）局長に届け出た購入単価（単位 銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を記載。なお、酸素の請求は、IIの第3の2(20)のクの(イ)のf(26)のイのgと同様とする。	医薬品	（医薬品名を表示。）	
				特定器材コード	（特定器材名を表示。）	

別表 I 調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	調剤行為 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
6	10の2	重複投薬・相互作用等防止 加算 <u>イ 残薬調整に係るもの以外の場合</u>	処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を記載すること。	820101030	内容（重複投薬・相互作用等防止加算）：同種・同効の併用薬との重複投薬	※
				820101031	内容（重複投薬・相互作用等防止加算）：併用薬・飲食物等との相互作用	※
				820101032	内容（重複投薬・相互作用等防止加算）：過去のアレルギー歴、副作用歴	※
				820101033	内容（重複投薬・相互作用等防止加算）：体重、年齢、肝機能、腎機能等による影響	※
				820101034	内容（重複投薬・相互作用等防止加算）：授乳・妊婦への影響	※
				830100775	内容（重複投薬・相互作用等防止加算）：その他薬学的観点から必要と認める事項；*****	※

22	15 の 6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 <u>1 残薬調整に係るもの以外の場合</u>	処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を記載すること。	820101035	内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：同種・同効の併用薬との重複投薬	※
				820101036	内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：併用薬・飲食物等との相互作用	※
				820101037	内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：過去のアレルギー歴、副作用歴	※
				820101038	内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：体重、年齢、肝機能、腎機能等による影響	※
				820101039	内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：授乳・妊婦への影響	※
				830100777	内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：その他薬学的観点から必要と認める事項； *****	※

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
20	エフィエント錠 2.5 mg エフィエント錠 3.75 mg	虚血性脳血管障害（大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う）後の再発抑制	<p>効能又は効果に関連する注意において、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロピドグレルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。</p>	842600003 830600134	投与が必要と判断した理由（エフィエント錠 2.5 mg 等）；*****
89	デュピクセント皮下注 300 mg シリンジ デュピクセント皮下注 300 mg ペン	アトピー性皮膚炎	<p>投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の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。</p> <p>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）</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、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>	820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）
			820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）	
			820600181	前治療要件ア（デュピクセント皮下注）	
			820600182	前治療要件イ（デュピクセント皮下注）	
			820600202 830600137	I G A スコア（デュピクセント皮下注）；*****	
			820600200 830600135	全身の E A S I スコア（デュピクセント皮下注）；*****	
			820600201 830600136	頭頸部の E A S I スコア（デュピクセント皮下注）；*****	
			830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（％）（デュピクセント皮下注）；*****	

別添 3

「訪問看護療養費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 0330008 号）

別紙

訪問看護療養費請求書等の記載要領

II 請求書等の記載要領

第 2 明細書に関する事項（様式第四）

26 「訪問看護ターミナルケア療養費」欄について

（1）訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に 2 回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定（退院支援指導加算を含む）し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合に、○81 ターミナルケア療養費欄の「円」の項に「××, ×××」円と記載し、「死亡の状況」欄の「時刻」と「場所」も併せて記載すること。