診療点数早見表 2022年4月版

（2022年4月22日第1版第1刷）

追補・正誤表

2022年6月27日　医学通信社

1．疑義解釈（事務連絡）

疑義解釈資料の送付について（その6）

（令4.4.21）

外来感染対策向上加算，感染対策向上加算

問1　A234-2「3」感染対策向上加算3について，「入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回」算定できることとされているが，令和4年3月31日以前から継続して入院している患者についても算定可能か。

答　算定可。この場合において，当該加算の算定に係る入院期間の起算日は，入院日とし，令和4年3月31日時点で既に入院期間が90日を超えている場合であっても，入院日を基準として90日を超えるごとに算定すること。

問2　A000初診料の注11及びA001再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算並びにA234-2感染対策向上加算の施設基準における「地域の医師会」とは，郡市区等医師会及び都道府県医師会のいずれも該当するか。

答　そのとおり。

問3　A234-2感染対策向上加算の注2に規定する指導強化加算の施設基準における「感染制御チームの専従医師又は看護師が，過去1年間に4回以上，感染対策向上加算2，感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っている」

・A000初診料の注12，A001再診料の注16及びA234-2感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算の施設基準における「当該保険医療機関が連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関に対し，過去1年間に4回以上，感染症の発生状況，抗菌薬の使用状況等について報告を行っている」

については，「令和5年3月31日までの間に限り，当該基準を満たすものとみなす」こととされているが，令和5年3月31日までの間に指導強化加算又は連携強化加算の届出を行う場合は，指導強化加算にあっては別添7の様式35の3における「過去1年間に，届出保険医療機関の感染制御チームの専従医師又は看護師が赴いて院内感染対策に関する助言を行った保険医療機関名」を，連携強化加算にあっては別添7の様式1の5における「過去1年間に，感染症の発生状況等について報告を行った感染対策向上加算1の保険医療機関名」を記入しなくてもよいか。

答　よい。

救命救急入院料，特定集中治療室管理料

問4　A300救命救急入院料の注1及びA301特定集中治療室管理料の注1における「急性血液浄化（腹膜透析を除く）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするもの」には，急性血液浄化（腹膜透析を除く）又は体外式心肺補助（ECMO）を現に実施している患者のほか，一連の入院期間中にこれらを実施していた患者も含まれるか。

答　含まれる。

早期離床・リハビリテーション加算

問5　A300救命救急入院料の注8，A301特定集中治療室管理料の注4，A301-2ハイケアユニット入院医療管理料の注3，A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注3，A301-4小児特定集中治療室管理料の注3に規定する早期離床・リハビリテーション加算（以下単に「早期離床・リハビリテーション加算」という）について，「入室した日から起算して14日を限度として」算定できることとされているが，

①一連の入院期間中に，早期離床・リハビリテーション加算を算定できる2以上の治療室に患者が入院した場合，当該加算の算定上限日数はどのように考えればよいか。

②早期離床・リハビリテーション加算を算定できる治療室に入院し，退院した後，入院期間が通算される再入院において再度当該加算を算定できる治療室に入院した場合，当該加算の算定上限日数はどのように考えればよいか。

答　それぞれ以下のとおり。

①それぞれの治療室における早期離床・リハビリテーション加算の算定日数を合算した日数が14日を超えないものとする。

②初回の入院期間中の早期離床・リハビリテーション加算の算定日数と，再入院時の当該加算の算定日数を合算した日数が14日を超えないものとする。

成育連携支援加算

問6　A303総合周産期特定集中治療室管理料の注3に規定する成育連携支援加算の施設基準における成育連携チームの「専任の常勤看護師」及び「専任の常勤社会福祉士」は，A246入退院支援加算における専任の看護師又は専任の社会福祉士が兼任することは可能か。

答　可能。なお，入退院支援加算において各病棟に専任で配置されている「入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士」が兼任することも差し支えないが，この場合は，入退院支援加算に係る入退院支援及び地域連携業務並びに成育連携チームの業務のみ実施可能である。

投薬

問7　湿布薬については，1処方当たりの枚数が制限されているが，これは湿布薬の種類ごとの上限枚数ではなく，1処方における全ての種類の湿布薬の合計に係る上限枚数という理解でよいか。

答　よい。なお，これに伴い，「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）別添1の問128は廃止する。

疑義解釈資料の送付について（その7）

（令4.4.28）

電子的保健医療情報活用加算

問1　A000初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算について，電子資格確認を行った結果，患者の診療情報等が存在しなかった場合は，ただし書の「当該患者に係る診

療情報等の取得が困難な場合」に該当すると考えてよいか。

答　よい。

術後疼痛管理チーム加算

問２　A242-2 術後疼痛管理チーム加算の施設基準において求める薬剤師及び臨床工学技士の「術後疼痛管理に係る所定の研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。

答　現時点では，日本麻酔科学会「術後疼痛管理研修」が該当する。

なお，令和４年３月 31 日までに，日本麻酔科学会が定める従前のカリキュラムにおいて研修を修了し，修了証等が発行されている者については，次期更新までは，術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した者と判断して差し支えない。

問３　A242-2 術後疼痛管理チーム加算の施設基準における「専任の看護師は，年間 200 症例以上の麻酔管理を行っている保険医療機関において，手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を２年以上有するものであること」について，麻酔管理を行っている症例とは，「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者」に係るものを指すのか。

答　そのとおり。

地域包括ケア病棟入院料

問４　A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注１に規定する「別に厚生労働大臣が定める場合」については，

・「当該病棟又は病室において，入院患者に占める，自宅等から入院したものの割合が６割以上である」
・「当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が，前３月間において 30 人以上である」
・「救急医療を行うにつき必要な体制が整備されている」

のいずれかに該当する場合であることとされているが，このうち「救急医療を行うにつき必要な体制が整備されている」は，具体的にはどのような保険医療機関が該当するのか。

答　医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第８号）に基づき認定された救急病院が該当する。

精神科救急医療体制加算

問５　A311 精神科救急急性期医療入院料の注６に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準のうち，「当該病棟における病床数が 120 以下であること」については，当該基準に係る経過措置により，令和４年３月 31 日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については，同年９月 30 日までの間に限り，当該病棟における病床数が 120 床を超える場合であっても，当該基準に該当するものとみなされるのか。

答　そのとおり。

看護補助体制充実加算

問６　看護補助体制充実加算の施設基準において，「当該病棟の看護師長等が所定の研修を修了していること」とされているが，当該加算を算定する各病棟の看護師長等がそれぞれ所定の研修を修了する必要があるか。

答　そのとおり。

平均在院日数

問７　「平均在院日数の計算対象としない患者」に「短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが，平均在院日数の算定において，具体的にはどのような取扱いとなるのか。

答　施設基準通知別添６の別紙４「平均在院日数の算定方法」に示す算定式において，

・分子の「①当該病棟における直近３か月間の在院患者延日数」から，当該患者に対して短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査を行った日を除き，
・分母の「②（当該病棟における当該３か月間の新入棟患者数＋当該病棟における当該３か月間の新退棟患者数）／２）」の新入棟患者数及び新退棟患者数から，当該患者を除く

こととして算定する。

問８　「平均在院日数の計算対象としない患者」のうち，

・短期滞在手術等基本料１及び３（入院した日から起算して５日までの期間に限る）を算定している患者
・DPC 対象病院において，短期滞在手術等基本料３を算定する手術，検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して５日までに退院した患者に限る）
・短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査を行った患者

について，短期滞在手術等基本料１と短期滞在手術等基本料３のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって，入院した日から起算して６日目以降も継続して入院しているものについては，どのような取扱いとなるのか。

答　入院した日から起算して５日までの期間においては，「短期滞在手術等基本料３を算定している患者」又は「DPC 対象病院において，短期滞在手術等基本料３を算定する手術，検査又は放射線治療を行った患者」として平均在院日数の計算対象から除外し，６日目以降においては，平均在院日数の計算対象に含むこととし，入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

一般病棟用の重症度，医療・看護必要度

問９　一般病棟用の重症度，医療・看護必要度の評価対象から除外する患者に「短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが，具体的にはどのような取扱いとなるのか。

答　当該患者に対して短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査を行った日に限り，当該患者を重症度，医療・看護必要度の評価対象から除くこと。

問 10　一般病棟用の重症度，医療・看護必要度の評価対象から除外する患者のうち，

・短期滞在手術等基本料を算定する患者
・DPC 対象病院において，短期滞在手術等基本料３を算定する手術，検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して５日までに退院した患者に限る）
・短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査を行った患者

について，短期滞在手術等基本料１と短期滞在手術等基本料３のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって，入院した日から起算して６日目以降も継続して入院しているものについては，どのような取扱いとなるのか。

答　入院した日から起算して５日までの期間においては，「短期滞在手術等基本料３を算定している患者」又は「DPC 対象病院において，短期滞在手術等基本料３を算定する手術，検査又は放射線治療を行った患者」として重症度，医療・看護必要度の評価対象から除外し，６日目以降においては評価対象に含むこと。

回復期リハビリテーション病棟入院料，特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

問 11　日常生活機能評価による測定対象から除外する患者に「短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが，具体的にはどのような取扱いとなるのか。

答　入院期間中に短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査を行った患者について，測定対象から除くこと。

問 12　日常生活機能評価による測定対象から除外する患者のうち，

・短期滞在手術等基本料を算定する患者

・DPC 対象病院において，短期滞在手術等基本料３を算定する手術，検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して５日までに退院した患者に限る）
・短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査を行った患者

について，短期滞在手術等基本料１と短期滞在手術等基本料３のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって，入院した日から起算して６日目以降も継続して入院しているものについては，どのような取扱いとなるのか。

答　入院した日から起算して５日までの期間においては，「短期滞在手術等基本料３を算定している患者」又は「DPC 対象病院において，短期滞在手術等基本料３を算定する手術，検査又は放射線治療を行った患者」として日常生活機能評価による測定対象から除外し，６日目以降においては測定対象に含むこと。

短期滞在手術等基本料

問 13　A400「１」短期滞在手術等基本料１の「イ 麻酔を伴う手術を行った場合」における「麻酔」とは，具体的には何を指すのか。

答　医科点数表第２章第 11 部に掲げる麻酔のうち，L009 麻酔管理料（Ⅰ）及び L010 麻酔管理料（Ⅱ）の対象となる
・L002 硬膜外麻酔
・L004 脊髄麻酔
・L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
を指す。

問 14　A400「１」短期滞在手術等基本料１の施設基準における「短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴うものに限る）が行われる日において，麻酔科医が勤務していること」について，「全身麻酔」とは，具体的には何を指すのか。

答　医科点数表第２章 11 部に掲げる麻酔のうち，L007 開放点滴式全身麻酔及び L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を指す。

緑内障手術

問 15　K268 緑内障手術の「２」流出路再建術の「イ」眼内法及び「７」濾過胞再建術（needle 法）の施設基準に係る届出について，病院だけでなく診療所でも届出可能か。

答　届出可能。なお，診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和４年厚生労働省告示第 54 号）及び特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和４年厚生労働省告示第 56 号）については，官報掲載事項の訂正が行われる予定である。

問 16　K268 緑内障手術の「７」濾過胞再建術（needle 法）の施設基準に係る届出において，施設基準通知別添２の様式 52 はどのように取り扱えばよいか。

答　緑内障手術の濾過胞再建術（needle 法）について，様式 52 の提出は不要である。なお，「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）については訂正が行われる予定である。

疑義解釈資料の送付について（その８）

（令 4.5.13）

サーベイランス強化加算（外来感染対策向上加算，感染対策向上加算）

問 1　A000 初診料の注 13，A001 再診料の注 17 及び A234-2 感染対策向上加算の注４に規定するサーベイランス強化加算並びに A234-2 の「１」感染対策向上加算１の施設基準における「院内感染対策サーベイランス（JANIS），感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等，地域や全国のサーベイランスに参加していること」について，

①「疑義解釈資料の送付（その１）」（令和４年３月 31 日事務連絡）別添１の問 20 における「JANIS の検査部門と同等のサーベイランス」とは，具体的にはどのようなものを指すのか。

②感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）に基づく感染症発生動向調査は該当するか。

③地域において感染症等に係る情報交換を行うことを目的としたネットワークは該当するか。

④参加医療機関において実施される全ての細菌検査の各種検体ではなく，特定の臓器や部位等の感染症に限定して，細菌の分離頻度，その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況等に係る調査が実施されているものは該当するか。

⑤サーベイランス強化加算について，新たに JANIS 又は J-SIPHE に参加する場合，どの時点から当該要件を満たすものとしてよいか。

答　それぞれ以下のとおり。

①例えば，細菌検査により各種検体から検出される主要な細菌の分離頻度，その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況を継続的に収集・解析し，医療機関における主要菌種・主要な薬剤耐性菌の分離状況や抗菌薬使用量を明らかにするための薬剤耐性に関連する調査等を含むものを指す。

②該当しない。

③参加している各保険医療機関において細菌の分離頻度，その抗菌薬感受性や抗菌薬の使用状況等に係る調査が実施されておらず，単に感染症等に係る情報交換を行っている場合は，該当しない。

④特定の臓器や部位等の感染症に限定して調査が実施されている場合は，該当しない。

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

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

術後疼痛管理チーム加算

問２　A242-2 術後疼痛管理チーム加算について，「手術後に継続した硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入，神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は麻薬を静脈内注射により投与しているもの（覚醒下のものに限る）に対して，術後疼痛管理チームが必要な疼痛管理を行った場合に，手術日の翌日から起算して３日を限度として，所定点数に加算する」こととされているが，硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入等が３日未満で終了した患者についても，要件を満たせば３日を限度として算定可能か。

答　そのとおり。

特定集中治療室管理料

問３　A301 特定集中治療室管理料について，「特定集中治療室用の重症度，医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは，特定入院料の届出時に併せて届け出ること。（中略）ただし，評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは４月又は 10 月までに届け出ること」とされているが，評価方法のみの変更を行う場合，具体的にはいつまでに届け出ればよいか。

答　一般病棟用の重症度，医療・看護必要度と同様に，評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは４月又は 10 月（以下「切替月」という）のみとし，切替月の 10 日までに届け出ること。

回復期リハビリテーション病棟入院料

問４　A308 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準

において，「公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院」とあるが，公益財団法人日本医療機能評価機構による医療機能評価において，副機能としてリハビリテーション病院の評価を受けている病院についても該当するか。

答　該当しない。

看護補助体制充実加算

問５　・A101 療養病棟入院基本料の注 12 に掲げる夜間看護加算（①）及び看護補助体制充実加算（②）
・A106 障害者施設等入院基本料の注９に掲げる看護補助加算（①）及び看護補助体制充実加算（②）
・A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注４に掲げる看護補助者配置加算（①）及び看護補助体制充実加算（②）
について，それぞれの①及び②を同時に算定可能か。

答　いずれも併算定不可。

早期栄養介入管理加算

問６　A300 救命救急入院料の注９，A301 特定集中治療室管理料の注５，A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料の注４，A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び A301-4 小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算について，「入室した日から起算して７日を限度として」算定できることとされているが，
①一連の入院期間中に，早期栄養介入管理加算を算定できる２以上の治療室に患者が入院した場合，当該加算の算定上限日数はどのように考えればよいか。
②早期栄養介入管理加算を算定できる治療室に入院し，退院した後，入院期間が通算される再入院において，再度当該加算を算定できる治療室に入院した場合，当該加算の算定上限日数はどのように考えればよいか。
③入室後早期から経腸栄養を開始した場合は，開始日以降は 400 点を算定できることとされているが，治療室を変更した場合はどのように考えればよいか。

答　それぞれ以下のとおり。
①それぞれの治療室における早期栄養介入管理加算の算定日数を合算した日数が７日を超えないものとする。
②初回の入院期間中の早期栄養介入管理加算の算定日数と，再入院時の当該加算の算定日数を合算した日数が７日を超えないものとする。
③最初に当該加算を算定できる治療室に入室した時間を起点として，経腸栄養の開始時間を判断する。なお，入室後 48 時間以内に経腸栄養を開始した患者が，早期栄養介入管理加算を算定できる他の治療室に入院した場合は，400 点を継続して算定可能である。

二次性骨折予防継続管理料

問７　B001 の「34」の「ロ」二次性骨折予防継続管理料２の施設基準における「骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師」について，A308 回復期リハビリテーション病棟入院料の注４に掲げる体制強化加算１の施設基準における「当該病棟に専従の常勤医師」と兼任することは可能か。

答　不可。

透析時運動指導等加算

問８　J038 人工腎臓の注 14 に規定する透析時運動指導等加算について，「透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師，理学療法士，作業療法士又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した看護師」とあるが，「透析患者の運動指導に係る研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。

答　現時点では，日本腎臓リハビリテーション学会が開催する「腎臓リハビリテーションに関する研修」が該当する。

周術期栄養管理実施加算

問９　第２章第 10 部手術の通則第 20 号に規定する周術期栄養管理実施加算について，術後一時的に ICU 等の治療室に入室した患者に対して，当該加算の施設基準に係る専任の管理栄養士以外の管理栄養士が栄養管理を実施した場合であっても算定可能か。

答　当該加算の施設基準を満たして届出を行っている管理栄養士が栄養管理を実施した場合のみ算定可能。そのため，ICU 等の治療室を担当している管理栄養士が栄養管理を実施した場合，当該管理栄養士について施設基準の届出を行っていなければ，当該加算は算定不可。

疑義解釈資料の送付について（その 10）

（令 4.6.1）

外来感染対策向上加算，感染対策向上加算

問１　A000 初診料の注 11 及び A001 再診料の注 15 に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という）並びに A234-2 の「２」感染対策向上加算２及び「３」感染対策向上加算３の施設基準において，「新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について，連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが，有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制が保健所等の主導により既に整備されており，連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関等が当該体制に参加している場合，当該体制に参加することをもって上記の施設基準を満たすものと考えてよいか。

答　差し支えない。

問２　外来感染対策向上加算及び A234-2 感染対策向上加算の施設基準において，「１週間に１回程度，定期的に院内を巡回し，院内感染事例の把握を行うとともに，院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと」とされているが，
①感染対策向上加算においては，院内の巡回は施設基準で定められている感染制御チームの構成員全員で行う必要があるのか。
②院内の巡回は，毎回全ての部署を回らなければならないのか。

答　それぞれ以下のとおり。
①全員で行うことが望ましく，少なくとも２名以上で行うこと
②必要に応じて各部署を巡回すること。なお，各病棟については毎回巡回することとするが，耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから，病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生のリスクの評価を定期的に実施している場合には，少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回することとし，それ以外の病棟についても，巡回を行っていない月がないこと。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても，２月に１回以上巡回していること。
無床診療所の場合は，各診察室については毎回巡回するとともに，診察室以外の場所についても，少なくとも月に一度は巡回すること。

問３　A234-2 の「１」感染対策向上加算１の施設基準における「抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修」とは，誰を対象として行うのか。

答　医師，看護師，薬剤師，臨床検査技師など，抗菌薬使用に関する業務に従事する職員を対象とすること。

問４　A234-2 の「１」感染対策向上加算１について，「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和４年３月 31 日事務連絡。以下「３月 31 日事務連絡」という）別添１の問８において，「新興感染症の発生時等に，都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」は，具体的には「現時点では，新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関が該当す

る」ことが示されたが，新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関であった保険医療機関が，地域の医療提供体制の観点から，都道府県の判断により一時的に協力医療機関に変更された場合であって，都道府県の要請により速やかに重点医療機関として再度指定を受ける体制にあるときは，上記の体制を有するものと考えてよいか。

答　よい。ただし，この場合は，自治体のホームページにおいて，３月 31 日事務連絡別添１の問 11 ①の内容に加え，当該保険医療機関が重点医療機関として指定を受けていた期間及び都道府県の要請により速やかに重点医療機関として再度指定を受ける体制にあることを公開する必要があること。

急性期充実体制加算

問５　A200-2 急性期充実体制加算の施設基準における「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」について，院内迅速対応チームの医師及び専任の看護師は，A300 救命救急入院料，A301 特定集中治療室管理料，A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料，A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料，A301-4 小児特定集中治療室管理料，A302 新生児特定集中治療室管理料，A303 総合周産期特定集中治療室管理料及び A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料において常時配置が求められている医師又は看護師が兼任することは可能か。

答　不可。

データ提出加算

問６　令和４年度診療報酬改定において，データ提出加算に係る届出を行っていることが施設基準に追加された入院料（※）について，新規に医療機関を開設し，診療実績がないため，データ提出加算に係る基準を満たすことができない場合は，当該入院料を算定できないのか。

答　新規開設の医療機関については，様式 40 の５（データ提出開始届出書）を届け出ている場合に限り，必要なデータの提出を行っていなくても，当該様式を届け出た日の属する月から最長１年の間は，当該入院料のその他の施設基準を満たしていれば当該入院料を算定可能とする。なお，１年を超えて様式 40 の７（データ提出加算に係る届出書）の届出が行われない場合には，他の入院料への変更の届出が必要である。

なお，これに伴い，「疑義解釈の送付について（その４）」（平成 30 年５月 25 日事務連絡）別添１の問４は廃止する。

摂食嚥下機能回復体制加算

問７　H004 の注３に規定する摂食嚥下機能回復体制加算について，同一保険医療機関において，療養病棟入院基本料及び療養病棟入院基本料以外の入院基本料をそれぞれ届け出ている場合，摂食嚥下機能回復体制加算３と摂食嚥下機能回復体制加算１又は２を，いずれも届け出ることは可能か。

答　不可。摂食嚥下機能回復体制加算は保険医療機関単位で届出を行うものであり，同一保険医療機関が摂食嚥下機能回復体制加算１又は２の届出と摂食嚥下機能回復体制加算３の届出を併せて行うことはできない。

ネブライザ

問８　３月 31 日事務連絡別添１の問 223 において，副鼻腔内陰加圧ネブライザ，喉頭及び喉頭下ネブライザ及びアレルギー性鼻炎に対する鼻腔ネブライザを同一日に実施した場合，それぞれについて J114 ネブライザを算定することはできず，主たるもののみについて算定することが示されたが，同一日に複数回ネブライザを用いて患者に吸入させることが求められる薬剤を使用し，医学的必要性に基づき，同一日に複数回受診しネブライザを実施した場合の算定については，どのように考えればよいか。

答　医学的判断により算定すること。なお，同一日に複数回受診しネブライザを実施する場合においては，医学的必要性を摘要欄に記載すること。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担等

問９　ある診療科において紹介状なし受診時の定額負担の対象となった患者が，同一病院において，同一日に他の傷病について，新たに別の診療科を紹介状なしで初診として受診した場合，この２つ目の診療科における定額負担及び保険外併用療養費はどのような取扱いになるのか。

答　紹介状なしで複数科を受診し，それぞれ初診に該当する場合には，各診療科の受診について除外要件に該当しない限り，それぞれの診療科において定額負担を徴収する必要がある。このとき，２つ目の診療科における初診に係る所定点数から控除する点数については，A000 初診料の注５のただし書に規定する点数を上限とすること。

なお，他の保険医療機関に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず，当該病院を受診した患者に係る再診についても，これに準じた取扱いとすること。

疑義解釈資料の送付について（その 12）

（令 4.6.7）

報告書管理体制加算

問１　A234-5 報告書管理体制加算の施設基準における「報告書管理を目的とした院内研修」とは，誰を対象として行うのか。

答　報告書確認対策チームの構成員のほか，患者を診療する医師，画像診断部門，病理診断部門又は医療安全管理部門の職員など，報告書管理に関する業務に従事する職員を対象とする。

早期栄養介入管理加算

問２　A300 救命救急入院料の注９，A301 特定集中治療室管理料の注５，A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料の注４，A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び A301-4 小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算（以下単に「早期栄養介入管理加算」という）については，「入室した日から起算して７日を限度として 250 点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は，当該開始日以降は 400 点）を所定点数に加算する」こととされている。入室後早期から経腸栄養を開始した場合，250 点ではなく 400 点を加算できることとなるが，経腸栄養を開始した後，経口摂取に移行した場合の当該加算の算定については，どのように考えればよいか。

答　経口摂取に移行した場合においても継続して 400 点を算定可能。

問３　早期栄養介入管理加算について，「経腸栄養開始後は，１日３回以上のモニタリングを行い，その結果を踏まえ，必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施」することとされているが，患者が経口摂取を開始できるまでに回復した場合であっても，１日３回以上のモニタリングを実施する必要があるか。

答　経口摂取を開始した場合であっても，当該患者に対するモニタリングを１日３回以上実施する必要がある。

一般病棟用の重症度，医療・看護必要度

問４　「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」中〈一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅰ〉の８の A における「３　注射薬剤３種類以上の管理」について，「厚生労働省「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」において示している「成分名」が同一である場合には，１種類として数えること。また，健康保険法第 85 条第１項及び高齢者医療確保法第 74 条第１項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第 85 条の２第１項及び高齢者医療確保法第 75 条第１項に規定す

る入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者に対して投与されたビタミン剤については，当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり，かつ，必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって，医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き，これを薬剤種類数の対象としない」こととされているが，一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅱについても同様の取扱いであると考えてよいか。

答　よい。

特定集中治療室用の重症度，医療・看護必要度

問５　一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅱの評価については，「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）は，対象から除外すること」とされているが，特定集中治療室用の重症度，医療・看護必要度Ⅱについても同様の取扱いであると考えてよいか。

答　よい。

肝エラストグラフィ加算

問６　E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）の注 10 に規定する肝エラストグラフィ加算の施設基準における「関係学会の定める指針に基づいて，肝エラストグラフィ撮影を適切に実施していること」について，「関係学会の定める指針」とは具体的には何を指すのか。

答　現時点では，日本医学放射線学会及び日本磁気共鳴医学会が作成した「肝 MR エラストグラフィ撮像・管理指針」を指す。

自家脂肪注入

問７　K019-2 自家脂肪注入の施設基準において，

①「関係学会から示されている指針」とは，具体的には何を指すのか。

②医師に求める「関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。

答　それぞれ以下のとおり。

①現時点では，日本形成外科学会及び日本乳房オンコプラスティックサージャリー学会が作成した「再建を目的とした自家脂肪注入に対する適正施行基準（2017 年版）」を指す。

②現時点では，「日本形成外科学会 E-learning 自家脂肪注入術特別セミナー」が該当する。

腹腔鏡下子宮癒痕部修復術

問８　K882-2 腹腔鏡下子宮癒痕部修復術の施設基準において，「産科又は産婦人科」とあるが，婦人科であっても当該要件を満たすものと考えてよいか。

答　よい。

電子的保健医療情報活用加算

問９　A000 初診料の注 14 等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準に係る取扱いについては，「当該基準を満たしていればよく，特に地方厚生（支）局長に対して，届出を行う必要はないこと」とされているが，保険医療機関においてオンライン資格確認の導入が完了した場合，その他の算定要件を満たせば，導入日から当該加算を算定可能か。

答　可能。なお，オンライン資格確認の導入完了については，別紙（厚生労働省ホームページ https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000760048.pdf）を参照されたい。

疑義解釈資料の送付について（その 14）

（令 4.6.22）

医師事務作業補助体制加算

問１　A207-2 医師事務作業補助体制加算１の施設基準における「当該保険医療機関において３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が，それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること」について，①他の保険医療機関において勤務した期間を除いた通算勤務期間が３年以上である場合，「当該保険医療機関における３年以上の勤務経験」としてよいか。②当該保険医療機関が医師事務作業補助体制加算に係る届出を行っていない間に医師事務作業補助者として勤務した期間を，勤務経験に含めてよいか。

答　それぞれ以下のとおり。

①差し支えない。

②差し支えない。

報告書管理体制加算

問２　A234-5 報告書管理体制加算について，「入院中に第４部画像診断又は第 13 部病理診断に掲げる診療料を算定したものについて，退院時１回に限り，所定点数に加算する」こととされているが，第４部画像診断又は第 13 部病理診断の費用が包括されている入院料等を算定する患者についても，画像診断又は病理診断を実施し，その他の要件を満たす場合には，当該加算を算定可能か。

答　算定可能。

外来腫瘍化学療法診療料

問３　B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料における「抗悪性腫瘍剤」とは，具体的には何を指すのか。

答　薬効分類上の腫瘍用薬を指す。

バイオ後続品導入初期加算

問４　B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料の注７に規定するバイオ後続品導入初期加算について，外来腫瘍化学療法診療料の「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」を算定する場合であって，抗悪性腫瘍剤以外の薬剤についてバイオ後続品を使用したときは，当該加算を算定できるか。

答　算定できる。

こころの連携指導料（Ⅰ）

問５　B005-12 こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準において求める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか。

答　現時点では，「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和４年３月 31 日事務連絡）別添１の問 162 でお示ししているものに加えて，厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する「自殺未遂者ケア研修（かかりつけ医版）」が該当する。

下肢創傷処置

問６　J000-2 下肢創傷処置について，足趾の浅い潰瘍についてはどのように算定すればよいか。

答　「１　足部（踵を除く）の浅い潰瘍 135 点」を算定する。

問７　J000-2 下肢創傷処置については，留意事項通知において，「下肢創傷処置の対象となる部位は，足部，足趾又は踵」であるとされているが，ここでいう「足部」とは具体的にどの部位を指すか。

答　足関節以遠の部位（足趾又は踵を除く）及びアキレス腱を指す。

2．令和４年度における「データ提出加算」の取扱い（2022 年 4 月 22 日 保険局医療課事務連絡）

1　データ提出加算の届出を希望する病院であって，令和４年４月１日時点で DPC 対象病院又は DPC 準備病院でない病院

⑴　**必要な届出等の流れ**

①当該病院は，施設基準通知に定める様式 40 の５を，令和４年５月 20 日，８月 22 日，11 月 21 日又は令和５年２月 20 日までに地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出る。

②様式 40 の５の届出を行った病院は，当該届出の期限となっている月の翌月から起算して２月分（当該届出の期限が令和５年２月 20 日である場合のみ，当該届出の期限となっている月を含む２月分）の試行データを作成し，DPC 調査事務局に提出する。なお，厚生労働省保険局医療課（以下「保険局医療課」という）が様式 40 の５を受領した後，DPC 調査事務局より試行データ作成に係る案内を電子メールにて送信するので，これに従って試行データを作成する。

③保険局医療課は，DPC 調査事務局に提出された試行データが適切に作成及び提出されていることを確認した場合は，データ提出の実績が認められた保険医療機関として，保険局医療課より事務連絡（以下「データ提出事務連絡」という）を当該医療機関の担当者あてに電子メールにて送信する。あわせて，地方厚生（支）局医療課長等あてにデータ提出の実績が認められた保険医療機関を通知するとともに，当該通知を厚生労働省のホームページへ公表する。

④データ提出事務連絡を受けた保険医療機関は，施設基準通知に定める様式 40 の７を用いて地方厚生（支）局に届出を行うことで，データ提出加算を算定することができる。なお，入院データのみ提出する場合はデータ提出加算１及び３，入院データ及び外来データを提出する場合はデータ提出加算２及び４を届け出る。

⑤様式 40 の７の届出を行った病院は，当該届出が受理された月の属する四半期（※）からデータを作成（以下「本データ」という）し，「DPC 導入の影響評価に係る調査」実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という）において指定する期日及び方法により，DPC 調査事務局に提出する。

（※）例として，

・様式 40 の７を９月 30 日に受理された場合→７～９月分データから提出

・様式 40 の７を 10 月１日に受理された場合→10～12 月分データから提出

が必要となる。受理日で判断することに留意。

⑵　**試行データの作成及び提出方法**

本データに準じた取扱いとするため，提出用データの作成及び提出方法については，調査実施説明資料をよく参照する。また，試行データの作成対象月及び提出に係るスケジュール等を以下の表にまとめたので，併せて参照する。なお，データ提出加算２及び４の届出を希望する病院であっても，試行データにおいては，外来 EF 統合ファイル及び K ファイルの作成は必要ない。また，入院 EF 統合ファイルは，試行データ作成対象月の入院症例全てについて作成する。

	様式 40 の５届出期限	試行データ作成対象月	様式１の作成対象症例		試行データ提出期限
			入院日	退院転棟日	
第１回目	５月 20 日	６月，７月	６月１日入院～	６，７月退院転棟	８月 22 日
第２回目	８月 22 日	９月，10 月	９月１日入院～	９，10 月退院転棟	11 月 22 日
第３回目	11 月 21 日	12 月，１月	12 月１日入院～	12，１月退院転棟	２月 22 日
第４回目	２月 20 日	２月，３月	２月１日入院～	２，３月退院転棟	４月 22 日

※　第４回目の試行データのみ，作成対象月が様式 40 の５届出期限の月を含めた２月分になっていることに注意する。

なお，調査実施説明資料に記載する様式１以外のデータ作成については下記の通り。

・様式３は，試行データ作成対象月各月１日時点の病床等の情報を入力する。

・様式４は，試行データ作成対象月に退院した症例全て作成する（自費患者等も含める）。

・入院 EF 統合ファイルは，試行データ作成対象月入院中の症例の医科保険診療項目等を作成する。

・H ファイルは，試行データ作成対象月の作成対象病棟入院症例の重症度，医療・看護必要度情報を作成する。

⑶　**本データの作成及び提出方法**

本データの作成等は，厚生労働省保険局医療課が，様式 40 の７を受理した後，DPC 調査事務局から本データ作成等に関する案内が電子メールにて配信されるため，当該連絡に従い本データを作成する。その際の作成及び提出方法については，調査実施説明資料をよく参照する。なお，「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日付け保医発 0304 第１号）に定めるとおり，データの提出（データの再照会に係る提出も含む）に遅延等が認められた場合は，当該月の翌々月において，データ提出加算を算定することができない。また，提出データ評価加算についても，データ提出加算を算定できない月がある場合，当該月から６か月間算定できなくなるため，十分注意する。なお，遅延等とは調査実施説明資料に定められた期限までに，DPC 調査事務局宛に当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等，調査実施説明資料に定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む），提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む）をいう。

また，様式１は，試行データ作成対象月の初月の１日以降の入院症例であって，本データ作成対象月の退院転棟症例について作成する。

（例）令和４年５月 20 日までに様式 40 の５の届出を行い，６月及び７月の試行データ提出等を経て９月末日までに様式 40 の７の届出を受理された病院は，７月から９月の本データを作成することとなるが，当該データ（様式１）は，令和４年６月１日以降に入院し，７月から９月に退院転棟した患者を対象とする。

2　データ提出加算の届出を希望する病院であって，令和４年４月１日時点で DPC 対象病院又は DPC 準備病院である病院

「その他病棟グループ」に係る入院基本料等の届出を行っていない DPC 対象病院又は DPC 準備病院として提出しているデータの内容と，本データとの内容に相違が生じない場合に限り，様式 40 の７の届出のみを行うことで当該加算を算定できる。

ただし，様式 40 の７の届出をする前に様式 40 の８の届出実績がある病院及び令和４年３月 31 日時点で DPC 対象病院又は DPC 準備病院であってデータ提出加算の届出を行っていない病院については，次の手続きによる。

①当該病院は，様式 40 の５を，地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出る。

当該届出を行った病院は，当該届出が地方厚生（支）局に受理された月の属する四半期分のデータを提出する際には，通常 DPC 対象病院又は DPC 準備病院として提出しているデータ（全病棟）を作成し，DPC 調査事務局に提出する。

なお，このデータを試行データとして見なすため，提出期限は通常のスケジュールと同様である。

②保険局医療課は，DPC 調査事務局に提出されたデータが適切に作成及び提出されていることを確認した場合は，データ提出の実績が認められた保険医療機関として，保険局医療課よりデータ提出事務連絡を当該医療機関の担当者あてに電子メールにて送信する。あわせて，地方厚生（支）局医療課長等あてにデータ提出の実績が認められた保険医療機関を通知するとともに，当該通知を厚生労働省のホームページへ公表する。

③データ提出事務連絡を受けた保険医療機関は，様式 40 の 7 を用いて地方厚生（支）局に届出を行うことで，データ提出加算を算定することができる。なお，入院データのみ提出する場合はデータ提出加算 1 及び 3，入院データ及び外来データを提出する場合はデータ提出加算 2 及び 4 を届け出る。

④様式 40 の 7 の届出を行った病院は，当該届出が受理された月の属する四半期分からその他病棟グループを含めたデータを作成し，調査実施説明資料において指定する期日及び方法により DPC 調査事務局に提出する。

3　データ提出加算 1 及び 3 から加算 2 及び 4 への変更を希望する病院

(1)　データ提出加算 1 及び 3 から加算 2 及び 4 への変更を希望する病院は，様式 40 の 7 を用いて届出を行う。

(2)　当該届出が受理された月の属する四半期分から外来 EF 統合ファイル分も含めたデータを作成し，調査実施説明資料において指定する期日及び方法により DPC 調査事務局に提出する。

なお，データ提出加算 2 及び 4 の届出を行っている病院が，外来データを提出しないものとして，データ提出加算 1 及び 3 へ届出を変更することはできない。

4　その他留意事項等

(1)　様式の提出先については，以下のとおりである。

①「様式 40 の 5」：病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課

②「様式 40 の 7」：病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局各都府県事務所又は指導監査課

③「様式 40 の 8」：病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課

(2)　データ提出加算に係る施設基準は，様式 40 の 5 の届出時点で満たすことは必須ではなく，様式 40 の 7 の届出時点で満たしていれば良い。

(3)　当該調査年度において，データ提出の遅延等が累積して 3 回認められた場合には，3 回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出（様式 40 の 8 の提出）を行うこととし，当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定できなくなる。この場合，データ提出加算の届出が施設基準の 1 つとなっている入院料についても算定できなくなるため十分に注意する。なお，「遅延等」の考え方は 1 の(3)と同様である。

(4)　既に急性期一般入院料 1 から 6 のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって，(3)に該当しデータ提出加算を算定できなくなった場合は，データ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して 1 年に限り，急性期一般入院料 6 について，データ提出加算に係る届出を行っているものとみなす。

(5)　データ提出等に関する連絡は，1(1)③のデータ提出事務連絡を含め様式 40 の 5 にて登録された連絡担当者へ保険局医療課担当者又は DPC 調査事務局より，原則，電子メールにて送信されるため，確認漏れのないよう注意する。

3. 検査料の点数の取扱い（2022 年 4 月 28 日，5 月 31 日）

保医発 0428 第 9 号（4 月 28 日）

■ p.443 右段 9 行目，20 ～ 21 行目，下線部訂正

→「9」のカルプロテクチン（糞便）

ア　「9」のカルプロテクチン（糞便）を（中略）ELISA 法，FEIA 法，イムノクロマト法又は LA 法により測定した場合に算定できる。（中略）

イ　本検査を潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合，（中略）クローン病については ELISA 法，FEIA 法又はイムノクロマト法により測定した場合に，（以下略）

■ p.478 左段 26 行目，下線部訂正

→「30」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）

ELISA 法，CLEIA 法，ラテックス免疫比濁法又は FIA 法により，（以下略）

■ p.480 左段下から 19 行目，下線部訂正

→「17」のインターロイキン -6（IL-6）

全身性炎症反応症候群の患者（中略），血清又は血漿を検体とし，ECLIA 法，CLIA 法又は CLEIA 法により測定した場合に，（以下略）

保医発 0531 第 4 号（5 月 31 日）

■ p.445 左段 11 行目，下線部訂正

→悪性腫瘍組織検査

(1)　（略）

(2)　「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは，（中略）

ア　肺癌における EGFR 遺伝子検査，（中略），METex14 遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く），KRAS 遺伝子変異（G12C）検査

イ～オ　（略）

■ p.475 左段下から 8 行目の次に挿入

→黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白 2'（PBP 2'）検出

ア　黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白 2'（PBP 2'）検出は，イムノクロマト法により，血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって，MRSA 感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ，本区分の「53」結核菌群抗原定性の所定点数を準用して算定する。

イ　黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白 2'（PBP 2'）検出は，D023 微生物核酸同定・定量検査の「16」ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出が実施できない場合に限り算定する。

ウ　本検査を実施した場合，D026 検体検査判断料については，「7」微生物学的検査判断料を算定する。

■ p.488 左段下から 24 行目の次に挿入

→膣トリコモナス核酸及びマイコプラズマ・ジェニタリウム同時核酸検出

膣トリコモナス核酸及びマイコプラズマ・ジェニタリウム同時核酸検出は，リアルタイム PCR 法により，膣トリコモナス感染症を疑う患者であって，鏡検が陰性又は実施できないもの若しくはマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症を疑う患者に対して治療法選択のために実施した場合及び膣トリコモナス感染症又はマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症の患者に対して治療効果判定のために実施した場合に，本区分の「10」HPV 核酸検出の所

定点数を準用して算定する。

→百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出

百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出は，関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす患者に対して，PCR 法により測定した場合に，本区分の「12」百日咳菌核酸検出，肺炎クラミジア核酸検出の所定点数を準用して算定する。

4.「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正

（2022 年 4 月 28 日，保医発 0428 第 6 号）

■ p.445 左段下から 15 行目，下線部訂正

→悪性腫瘍組織検査

⑴～⑶ （略）

⑷ 「1」の「ロ」処理が複雑なものとは，（中略）

ア～エ （略）

オ　甲状腺癌における RET 融合遺伝子検査

カ　甲状腺髄様癌における RET 遺伝子変異検査

■ p.954 左段下から 8 行目，下線部訂正

→血管造影用ガイドワイヤーの定義

【定義】（略）

【機能区分の定義】

①　（略）

②　**微細血管用**：次のいずれにも該当。

ア　（略）

イ　外径が 0.018 インチ以下で（中略）複合ワイヤー機能（ノンコイルシャフト部分とコイル先端部分で構成され，先端部分に造影性を有するものをいう）を有するものである。

■ p.989 左段 9 行目，下線部訂正

→経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルの定義

【定義】（略）

【機能区分の定義】

①・②　（略）

③　**熱アブレーション用・バルーン型**：薬剤抵抗性を有する再発性症候性の発作性又は持続性心房細動の治療を目的として使用する高周波電流等，（以下略）

5. 担規則等に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正等／使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正（2022 年 4 月 28 日，6 月 7 日，6 月 16 日）

療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正等（告示第 175 号，保医発 0428 第 8 号／告示第 191 号，保医発 0531 第 3 号）（4 月 28 日／5 月 31 日）

■ p.1509 右段下から 26 行目，下線部訂正

1　療担規則第 20 条第 2 号ト及び療担基準第 20 条第 3 号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤……レムデシビル製剤，ガルカネズマブ製剤及びオファツムマブ製剤

■ p.1406 右段 11 行目の次に挿入

別表第 9 在宅自己注射指導管理料，間歇注入シリンジポンプ加算，持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

（略）

サトラリズマブ製剤

ガルカネズマブ製剤

オファツムマブ製剤

■ p.421 右段下から 7 行目，下線部訂正

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤……レムデシビル製剤，ガルカネズマブ製剤及びオファツムマブ製剤

療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正等（告示第 196 号）（6 月 7 日）

p.1510 左段 1 行目，下線部訂正

2　投薬期間に上限が設けられている医薬品

⑴ハ　新医薬品

エブリスディドライシロップ 60mg，…ルティナス腟錠 100mg，ルテウム腟用坐剤 400mg，ワンクリノン腟用ゲル 90mg 及びボカブリア錠 30mg

薬価基準等の一部改正（保医発 0607 第 1 号）

■ p.1510 右段下から 24 行目の次に挿入

→掲示事項等告示の一部改正

新医薬品（医薬品医療機器等法第 14 条の 4 第 1 項第 1 号に規定する新医薬品をいう）については，掲示事項等告示第 10 第 2 号⑴に規定する新医薬品に係る投薬期間制限（14 日分を限度とする）が適用されるが，新たにボカブリア錠 30mg を当該制限の例外としたものである。

療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正／使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等（告示第 204 号，保医発 0616 第 1 号）（6 月 16 日）

■ p.1508 左段 11 行目，下線部訂正

第 6　療担規則第 19 条第 1 項本文及び療担基準第 19 条第 1 項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価（薬価基準）（中略）焼セッコウ及び別表第 3 に収載されている医薬品（令和 5 年 4 月 1 日以降においては**別表第 4** に収載されている医薬品を除く）

■ p.1508 最下行の次に挿入

→掲示事項等告示の一部改正

製薬企業による医薬品の製造販売承認の承継に伴い販売名が変更され，新たに薬価基準に収載された医薬品に代替されるため，製薬企業から削除依頼があった医薬品（内用薬 31 品目，注射薬 22 品目及び外用薬 10 品目）について，薬価基準の別表に収載されている医薬品は掲示事項等告示の**別表第 2** に収載し，掲示事項等告示の**別表第 3** に収載されている医薬品は掲示事項等告示の**別表第 4** に収載することにより，令和 5 年 4 月 1 日以降，保険医及び保険薬剤師が使用することができる医薬品から除外するものである。

別表第 4

第 1 部　注射薬	
無水エタノール注「ファイザー」	5 mL 1 管

6. 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い（その 70）

（2022 年 4 月 28 日，保険局医療課事務連絡）

問 1　「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い（その 54）」（令和３年８月 16 日事務連絡）問１において，感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 44 条の３第２項の規定に基づき，宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者（以下「自宅・宿泊療養を行っている者」という）に対して，医師が電話や情報通信機器（以下「電話等」という）を用いて新型コロナウイルス感染症に係る診療を行った場合，「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い（その９）」（令和２年４月８日事務連絡）の２⑵における二類感染症患者入院診療加算（250 点）を算定できるとされているが，令和４年５月１日から令和４年７月 31 日までの間に，重症化リスクの高い者（「新型コロナウイルス感染症対応に係る保健所等による健康観察等について」（令和４年２月９日事務連絡）の２に掲げる「重点的に健康観察を行う対象者」をいう。以下同じ）に対して，保健所等から健康観察に係る委託を受けている保険医療機関又は「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」（令和３年９月 28 日事務連絡）における「診療・検査医療機関」として都道府県から指定され，その旨が公表されている保険医療機関の医師が，電話等を用いて新型コロナウイルス感染症に係る診療を行った場合に，「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い（その 10）」（令和２年４月 10 日事務連絡）の３に掲げる電話等による療養上の管理に係る点数（147 点）の算定について，どのように考えればよいか。

答　自宅・宿泊療養を行っている者であり，かつ，重症化リスクの高い者に対して，医師が電話等を用いて新型コロナウイルス感染症に係る診療を行った場合に，当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する１つの保険医療機関において，１日につき１回算定できる。

問２　問１について，「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い（その 10）」の３に掲げる電話等による療養上の管理に係る点数（147 点）の算定を行った場合に，「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い（その 54）」（令和３年８月 16 日事務連絡）に示す二類感染症患者入院診療加算（250 点）について，併算定可能か。

答　併算定可。

7. 厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

（2022 年 4 月 28 日，５月 31 日）

告示第 173 号（４月 28 日）

■ p.1543 右段下から 25 行目の次に挿入

26　二段階胚移植術

イ　対象となる負傷，疾病又はそれらの症状

不妊症〔卵管性不妊，男性不妊，機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって，これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者（子宮内膜刺激術が実施されたものに限る）に係るものに限る〕

ロ　施設基準

⑴　主として実施する医師に係る基準

①専ら産婦人科，産科，婦人科又は女性診療科に従事し，当該診療科について５年以上の経験を有する。

②産婦人科専門医であり，かつ，生殖医療専門医である。

③当該療養について，当該療養を主として実施する医師として 10 例以上の症例を実施している。

⑵　保険医療機関に係る基準

①産婦人科，産科，婦人科又は女性診療科を標榜している。

②実施診療科において，常勤の産婦人科専門医が配置されている。

③配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されている。

④緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため，他の保険医療機関との連携体制を整備している。

⑤医療機器保守管理体制が整備されている。

⑥倫理委員会が設置されており，届出後当該療養を初めて実施するときは，必ず事前に開催する。

⑦医療安全管理委員会が設置されている。

⑧当該療養について 10 例以上の症例を実施している。

■ p.1544 左段下から６～４行目，削除

25　削除（ニボルマブ静脈内投与及びドセタキセル静脈内投与の併用療法）

■ p.1545 左段 21 行目の次に挿入

60　反復経頭蓋磁気刺激療法〔うつ病（急性期において当該療法が実施された患者に係るものであって，薬物療法に抵抗性を有するものに限る）〕

61　セボフルラン吸入療法〔急性呼吸窮迫症候群（従来の治療法に抵抗性を有するものに限る）〕

■ p.1545 左段下から９～８行目，削除

7　削除（エヌトレクチニブ経口投与療法）

告示第 189 号（５月 31 日）

■ p.1543 右段下から 21 ～ 19 行目，削除

1　削除（ペメトレキセド静脈内投与及びシスプラチン静脈内投与の併用療法）

■ p.1543 右段下から７～３行目，削除

6　削除（腹膜偽粘液腫に対する完全減量切除術における術中のマイトマイシン C 腹腔内投与及び術後のフルオロウラシル腹腔内投与の併用療法）

■ p.1544 左段下から 27 ～ 25 行目，削除

18　削除（水素ガス吸入療法）

8.「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」の一部改正

（2022 年５月 31 日，保医発 0531 第２号）

■ p.1004 左段上から４行目，下線部訂正

→大動脈用ステントグラフトの算定

ア～ウ　（略）

エ　大動脈解離用ステントグラフトは，当該材料の解剖学的適応を満たす合併症を有する Stanford B 型大動脈解離（解離性大動脈瘤を含む）を有する患者のうち，（以下略）

9. 厚生労働省の訂正事務連絡（2022年4月28日，6月15日）

事務連絡（令和4年4月28日）

■ p.58 右段20行目，下から29行目，下線部訂正

→外来診療料

⑸　許可病床の数が400床以上の病院（中略）保険医療機関の取扱いについては，⑷と同様である。

⑹　（略）

⑺　同一保険医療機関において，（中略）この場合において，「注6」のただし書及び「注7」から「注10」までに規定する加算は，算定できない。

■ p.205 左段26～29行目，下から28行目，下線部訂正

→精神科救急急性期医療入院料

⑵　当該入院料は，入院日から起算して90日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日以内の患者を，新規患者とみなして算定できる。

⑶　⑴のウに該当する患者については，（中略）クロザピンの投与を開始した日から起算して90日を限度として算定する。（以下略）

■ p.210 左段13～17行目，27行目，下線部訂正

→精神科急性期治療病棟入院料

⑵　新規患者については入院日から起算して90日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日以内の患者を，新規患者とみなして算定できる。

⑶　（略）

⑷　⑴のウに該当する患者については，（中略）クロザピンの投与を開始した日から起算して90日を限度として算定する。（以下略）

■ p.211 右段28～31行目，下から26行目，下線部訂正

→精神科救急・合併症入院料

⑵　当該入院料は，入院日から起算して90日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日以内の患者を，新規患者とみなして算定できる。

⑶　⑴のエに該当する患者については，（中略）クロザピンの投与を開始した日から起算して90日を限度として算定する。（以下略）

■ p. 272 右段18行目，下線部訂正

→小児科外来診療料

⑶　当該患者の診療に係る費用は，（中略）A000初診料の機能強化加算，通則第3号の外来感染対策向上加算，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，B001-2-2地域連携小児夜間・休日診療料，（以下略）

■ p.613 左段16行目，下線部削除

H001-2　廃用症候群リハビリテーション料

注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~~患者であって，（以下略）

■ p.719 右段6～7行目，下線部削除

通則

4　K007（注に規定する加算を算定する場合に限る），K014-2（中略），~~K740-2の3及び4，~~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，（以下略）

■ p.806 左段下から6,5行目，下線部削除

K740-2　腹腔鏡下直腸切除・切断術

3　超低位前方切除術　~~施4~~

4　経肛門吻合を伴う切除術　~~施4~~

■ p.1033 右段8～9行目，下線部削除

3の6　~~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

■ p.1083 右段20行目，下線部訂正

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，（中略）及び基本診療料の施設基準等の別表第2の24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。

■ p.1083 右段下から4～7行目，削除

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。~~

■ p. 1166 右段下から10行目，下線部訂正

3　特定集中治療室管理料3に関する施設基準

⑶　特定集中治療室管理料1の⑸から⑼まで，~~及び~~⑾及び⑿を満たす。

■ p.1176 右段1行目，下線部訂正

ハイケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

【届出に関する事項】

⑴　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。（以下略）

■ p.1234 左段下から27行目，下線部訂正

→特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に関する施設基準

【届出に関する事項】

⑴　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を用いる。（以下略）

■ p.1356 右段11～12行目，下線部訂正

1　医科点数表第2章第10部手術通則第4号に掲げる手術等の施設基準等

⑵　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），~~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

■ p.1357 左段3～5行目，下線部訂正

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〔流出路再建術（眼内法に限る），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濾過胞再建術（needle法）〕，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）（以下略）

■ p.1388 右段１行目，下線部訂正

→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

■ p.1388 右段 28 行目，下線部訂正

→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）の施設基準

■ p. 1413 左段下から 12 行目，下線部訂正

⑺　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　（略）

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

■ p. 1413 右段下から 23 行目，下線部訂正

⑻　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，⑺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。

■ p.1414 左段７～ 25 行目，削除

「新規届出の場合」全体を削除

■ p.1584，２枠目「A109　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」，下線部訂正

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
A109	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。	830100779	入院元（有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算）；******

■ p.1584，下から２枠目「A204-3　紹介受診重点医療機関入院診療加算」，下線部訂正

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
A204-3	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。	850100489	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″

■ p.1589，１枠目「A302　新生児特定集中治療室管理料」，下線部訂正。下から２枠目「A303 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」，p.1590，２枠目「A303-2　新生児治療回復室入院医療管理料」も同じ訂正

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
A302	新生児特定集中治療室管理料	（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，「1,500g 以上」，「1,000g 以上 1,500g 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。 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。	820100027	出生時体重 1,500g 以上
			820100028	出生時体重 1,000g 以上 1,500g 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

■ p.1602，下から３枠目「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」，下線部挿入

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
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。	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″
		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。	850100492	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″
			850100493	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″
		（以下略）	（以下略）	（以下略）

■ p.1605，下から２枠目「C014　外来在宅共同指導料」，下線部訂正

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
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。	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	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″

■ p.1636，３枠目「K047-2　難治性骨折超音波治療法」，下線部訂正

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
K047-2	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。	830100780	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。	830100781	指導内容（難治性骨折超音波治療法）；******

■ p.1639，最下枠「K721 注2，K721-3　注　バルーン内視鏡加算」，下線部訂正

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
K721 注 2 K721-3 注	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 内視鏡的結腸異物摘出術 バルーン内視鏡加算	症状詳記を添付する。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）；**********

■ p.1640，7 枠目「K823-6　尿失禁手術」，下線部訂正

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
K823-6	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。	850100491	前回実施年月日（尿失禁手術）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
			820190491	初回（尿失禁手術）

■ p.1641，5 枠目「K917-2 注　受精卵・胚培養管理料」，下線部訂正

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
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。	830100798	管理の具体的な内容（注：胚盤胞の作成目的）；******
			842100107	管理を実施した初期胚の数（注：胚盤胞の作成目的）；******
			850190203	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″

事務連絡（令和４年６月 15 日）

事　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

令和４年６月 15 日　保険局医療課事務連絡

■ p.125 左段3行目，下線部訂正

→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，（中略）A101 療養病棟入院基本料の(19)の例による。

■ p.517 右段 13 ～ 22 行目，下線部訂正

→細隙灯顕微鏡検査（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顕微鏡検査を行った場合には，（中略）

(2)　細隙灯を用いた場合であって（中略）

(3)　細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）を行った後，（中略）再検査１回に限り D273 細隙灯顕微鏡検査（前眼部）により算定する。

■ p.519 左段5～7行目，下線部訂正

→精密眼圧測定

(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。

(3)「注」の加算は，（以下略）

■ p.607 右段 30 行目，下線部訂正

→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，（中略）「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）」に基づいて実施する。

■ p.679 右段下から９行目，下線部訂正

→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）に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。

■ p.1109 左段8～9行目，下線部訂正

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。

ア　（略）

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である。

■ p.1303 右段下から 30 ～ 27 行目，下線部訂正

がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準

(1)　（略）

(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，（中略）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。

■ p.1420 左段4行目，下線部訂正

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，（中略）腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）

（腹胆床）第　号

■ p.1615,2 枠目「D023 の４　HBV 核酸定量」，下線部訂正

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
D023 0 4	HBV 核酸定量	治療中又は治療終了年月日を記載する。	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）

■ p.1620，下から2枠目「E　画像診断」，最下枠「E001　写真診断　1　単純撮影」下線部訂正

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
E	画像診断	撮影部位を記載する。 ※ 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 344，349，353 のとおり，選択して記載する。	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；******
E001	写真診断 1　単純撮影	撮影部位を選択して記載する。 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。 なお，四肢については，左・右・両側の別を記載する。	820181000	撮影部位（単純撮影）：頭部（副鼻腔を除く）
			（略）	（略）
			830181200	撮影部位（単純撮影）：肩__；******
			（略）	（略）

■ p.1623,2 枠目「F200　薬剤〈入院分〉」，下線部訂正

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
F200	薬剤〈入院分〉	〔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。 〔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。 〔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。	840000006	退院時 日分投薬
			840000634	退院時 回分投薬（屯服薬）
			820101042	退院時~~回分~~投薬（外用薬）

■ p.1625，最下枠「H001-2　廃用症候群リハビリテーション料の初期加算」，下線部訂正

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
H001-2	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。	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 "
			830100799	疾患名（初期加算）；******

■ p.1633,2 枠目「J038-2　持続緩徐式血液濾過」，下線部訂正

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
J038-2	持続緩徐式血液濾過	「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 J038-2 持続緩徐式血液濾過の（2）のア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。	（略）	（略）
			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
			（略）	（略）

【診療点数早見表 Web 版ダウンロードコンテンツについて】

令和 4 年 4 月 28 日，6 月 15 日保険局医療課事務連絡「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」「令和 4 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」を受けて，Web 版の下記ダウンロードコンテンツが訂正されましたのでご確認ください。
（https://www.igakutushin.co.jp/hayami2022/form.html）

①届出様式	基本診療料の届出様式	別添 7（2 つ目）
		様式 12 の 7
		様式 40 の 17
		様式 42
	特掲診療料の届出様式	様式 5 の 12 の 2
		様式 8 の 2
		様式 23 の 4
		様式 23 の 4 の 2
		様式 42 の 2
		様式 55
		様式 87 の 3 の 2
		様式 87 の 42 の 2
②－1　別添 6 の別紙 7 の別表 1		
②－2　別添 6 の別紙 7 の別表 2		
④診療報酬請求書・明細書の記載要領「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）		

正誤

<table>
<tr><th>ページ・行</th><th>誤</th><th>正</th></tr>
<tr><td>p.22 左段上部　通知</td><td>様式 11，（…）厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」~~（平成 25 年 10 月）~~を遵守し，安全な通信環境を確保するとともに，書面における署名又は記名・押印に代わり，厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。</td><td>様式 11，（…）厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し，安全な通信環境を確保するとともに，書面における署名又は記名・押印に代わり，本ガイドラインに定められた電子署名〔厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名，認定認証事業者〔電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第 2 条第 3 項に規定する特定認証業務を行う者をいう〕又は認証事業者〔同条第 2 項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く）をいう〕の発行する電子証明書を用いた電子署名，電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき，平成 16 年 1 月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等〕を施すこと。</td></tr>
<tr><td>p.114「A207-2 医師事務作業補助体制加算」の「特定機能」と交差する枠内</td><td><table><tr><td>○
~~※5~~</td><td>○
~~※5~~</td><td>○
~~※5~~</td></tr></table></td><td><table><tr><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>p.114 左段下から 2 枠目</td><td>A230-3 精神科身体合併症管理加算（1 日／治療開始日から 10 日限度）</td><td>A230-3 精神科身体合併症管理加算（1 日／治療開始日から 15 日限度）</td></tr>
<tr><td>p.294「（別紙様式）弾性着衣等　装着指示書」（右記と差替える）</td><td colspan="2">（別紙様式）
（ 悪性腫瘍の術後 ・ 原発性 ）弾性着衣等　装着指示書
<table><tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>氏　　名</td><td></td><td>性別</td><td>男・女</td></tr><tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="3">明・大・昭・平・令　　年　　月　　日</td></tr><tr><td>診 断 名</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>手術等年月日</td><td colspan="3">昭・平・令　　年　　月　　日</td></tr><tr><td>手術の区分</td><td colspan="3">（ 鼠径部 ・ 骨盤部 ・ 腋窩部 ）のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍（種類　　）</td></tr><tr><td>装着指示日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日</td></tr><tr><td>患　　肢</td><td colspan="3">右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢</td></tr><tr><td>弾性着衣等の種類</td><td colspan="3">ストッキング ・ スリーブ ・ グローブ ・ 包帯（※5）
（　着）（　着）（　着）（　着）</td></tr><tr><td>着 圧 指 示</td><td colspan="3">mmHg</td></tr><tr><td>特 記 事 項</td><td colspan="3"></td></tr></table>※記載上の注意
1　各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
2　「手術等年月日」欄について、悪性腫瘍の術後の場合、手術年月日を記載する。なお、他院で術を行った等の理由により詳細な日付は判らない場合は、「何年何月頃」との記載でも良い。
また、原発性の場合、診療開始日を記載すること。
3　「手術の区分」欄の「（種類　　）」について、悪性腫瘍の具体的な種類を記載すること。
4　「患肢」及び「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記載すること。
5　「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記載すること。
6　「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載すること。
本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。
令和　　年　　月　　日
医療機関名
所 在 地
電 話 番 号
医 師 名　　㊞</td></tr>
<tr><td>p.302 右段　参考</td><td>~~問 2　具体的に介護支援専門員が，来院して連携することが必須となるのか。
答　そのとおり。~~</td><td>（削除）</td></tr>
<tr><td>p.400C101 在宅自己注射指導管理料</td><td>~~問 6　バイオ後続品導入初期加算を算定している患者が医療機関を変更した場合はどのように取り扱うのか。
答　変更前の医療機関から通算して取り扱う。~~</td><td>（削除）</td></tr>
</table>

p.604 H000 心大血管疾患リハビリテーション料	【実施者】医師・理学療法士・作業療法士・看護師・言語聴覚士	【実施者】医師・理学療法士・作業療法士・看護師
p.605 H003 呼吸器リハビリテーション料	【実施者】医師・理学療法士・作業療法士	【実施者】医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
p.776 左段2番目の編注	（編注）K552「1」は L009 麻酔管理料（Ⅰ）長時間麻酔管理加算の対象。	（編注）K552 は L009 麻酔管理料（Ⅰ）長時間麻酔管理加算の対象。
p.905 左段2枠目	35. アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料㊗	35. アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料
p.1510 左段　告示「イ」内用薬	アルプラゾラム，（中略）ハロキサゾラム，プラゼパム（以下略）	アルプラゾラム，（中略）ハロキサゾラム，ヒドロモルフォン，プラゼパム（以下略）

――以上，謹んでお詫びし訂正いたします。

ビジュアル速解

2022年6月刊

診療報酬・完全攻略マニュアル

2022-23年版

点数表全一覧＆レセプト請求の要点解説

診療報酬請求事務認定コーチ／職業訓練指導員　青山美智子 著

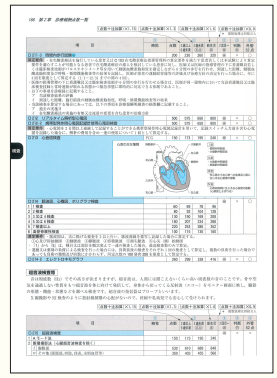
B5判／約460頁
2,800円（＋税）

◆**診療報酬点数表（2022年4月現在）**の全点数・算定要件を**一覧表**で完璧に網羅!!「新型コロナ臨時・特例措置」も総まとめ!!

◆請求・点検業務ですぐ調べたいときに便利な**必携マニュアル**。点数検索・点数算定が飛躍的に**スピードアップ**する画期的な書。

◆レセプト記載の**具体的事例**を満載。初心者にもわかりやすい**絶好の入門書**。**診療報酬請求事務能力認定試験等**，各種試験にも非常に有効です。

〈内容見本〉（2色刷）



『診療点数早見表』の絶好のサブテキスト!!

【ご注文方法】①HP・ハガキ・FAX・電話等でご注文下さい。②振込用紙同封で書籍をお送りします（料金後払い）。③または書店にてご注文下さい。

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町2-6 十歩ビル
tel.03-3512-0251　fax.03-3512-0250
ホームページ　https://www.igakutushin.co.jp

医学通信社