

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

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 年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和 4 年 3 月 4 日付け（保 305）「令和 4 年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、令和 4 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正の事務連絡が、下記のとおり発出されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

また、添付資料の別添 5 のとおり、令和 4 年 3 月 4 日付け官報（号外第 46 号）及び令和 4 年 3 月 18 日付け官報（号外第 57 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」につきまして、官報掲載事項の訂正が行われる予定となっております。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和 4 年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

記

- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和 4 年 3 月 4 日保医発0304第 1 号）（別添 1）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 4 年 3 月 4 日保医発0304第 2 号）（別添 2）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 4 年 3 月 4 日保医発0304第 3 号）（別添 3）
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和 4 年 3 月 25 日保医発0325第 1 号）（別添 4）

【添付資料】

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 4.6.29 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事務連絡
令和4年6月29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4までのおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、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5のおり、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）
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
（令和4年3月25日保医発0325第1号）（別添4）

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3部 検査

第1節 検体検査料

D006-4 遺伝学的検査

(1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア～エ 略

オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

- ① TNF受容体関連周期性症候群、中條-西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己食食を伴うX連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜炎
- ② ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、 β -ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コストロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群(爪膝蓋症候群)/LMX1B関連腎症、グルコーストランスポーター1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病(糖原病I型、III型、VI型、IXa型、IXb型、IXc型、IV型)、筋型糖原病(糖原病III型、IV型、IXd型)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空胞~~胞~~を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大

型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症I型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、X連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシュャー症候群（タイプ1、タイプ2、タイプ3）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症1（ホモ接合体）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症

- ③ ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群及びミトコンドリア病

(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)

第4経過措置等

表2 施設基準が改正された入院基本料等

機能強化加算

歯科診療特別対応連携加算

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る。）（許可病床数200以上400床未満の保険医療機関に限る。）（令和5年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1（許可病床数200以上400床未満の保険医療機関に~~限るを除外~~。）及び地域一般入院基本料を除く。）（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

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）
			<u>140062110</u>	<u>下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）</u>
			<u>140062210</u>	<u>下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）</u>
			<u>140062310</u>	<u>下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）</u>
			（略）	（略）
		140036430	凍傷処置（6000cm ² 以上）	

精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び
精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

	② 新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数	③ 新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数
① 年 月	() 日	() 日
② / (② + ③) = (ア) ()		
⑤ 3月前の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く）		
④ 年 月	() 名	
⑥ 上記の患者のうち、3月以内に退院し自宅等へ移行※した患者数		
() 名		
⑥ / ⑤ = (イ) ()		

※ 「自宅等へ移行」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。（ただし、死亡退院及び精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料については退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は除く。）また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

[記載上の注意]

- 1 ③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。
- 2 ④には、①の3月前の年月を記入する。例えば①が令和4年7月であれば、④は令和4年4月となる。令和4年4月の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち3月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。
- 3 当該入院料を届け出る病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(ア) ≥ 0.4
- 4 当該入院料を届け出る病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
 - (1) 精神科救急・合併症入院料並びに急性期医師配置加算を算定しない精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算1を算定する場合を除く）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算1又は2の口を算定する場合を除く）
(イ) ≥ 0.4
 - (2) 精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算1を算定する場合）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算1又は2の口を算定する場合）を算定する場合
(イ) ≥ 0.6
- 5 当該届出に係る病棟について、様式9を記載し添付すること。

精神科救急医療体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

当該保険医療機関に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定医番号

精神保健指定医氏名	指定医番号

2 当該加算を届け出る病棟と病床数（合計）

病 棟 数	病 床 数（合計）
病棟	床

3 精神科救急医療体制の整備等に係る実績

以下の①～⑨の数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

	当該病院における実績	複数の病棟を届け出る場合	要件を満たす場合、□に✓を記載	
① 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の入院件数又は当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の入院件数	① () 件 又は () 件/万人	①÷届出病棟数 () 件 又は () 件/万人	□(≥40) 又は □(≥0.5)	
② ①のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼件数及び①④に対する割合	② () 件 又は () 割	②÷届出病棟数 () 件	□(≥8) 又は □(≥2割)	
②の再掲	③ 精神科救急情報センター・精神医療相談窓口	件	④ 救急医療情報センター	件
	⑤ 他の医療機関	件	⑥ 都道府県・市町村	件
	⑦ 保健所	件	⑧ 警察	件
	⑨ 消防（救急車）	件		

4 当該病棟における新規入院患者の自宅等への移行について

□	当該病棟において新規入院患者（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除く。）のうち、6割以上が入院日から起算して3月以内に、退院し、自宅等へ移行していること。
---	--

※満たしている場合に、□に✓を記入すること

5 施設類型に係る事項

次の該当する項目のいずれかに○をつけること。

	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」（平成20年5月26日障発0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）（以下「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」という。）における身体合併症救急医療確保事業に規定された精神科救急医療施設として指定を受けている。
	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」における精神科救急医療確保事業に規定された常時対応型の精神科救急医療施設として指定を受けている。
	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」における精神科救急医療確保事業に規定された病院群輪番型の精神科救急医療施設として指定を受けている。

[記載上の注意]

- 1 当該病院に常勤する精神保健指定医は5名以上であること。
- 2 実績に係る要件の件数及び患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 3 「2」において、届出病床数が120床を超えて有する保険医療機関にあっては、令和4年9月30日までの間に、都道府県等からの意見書を添付すること。
- 4 「4」の「自宅等へ移行」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。

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。

- (3) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィ一、終夜睡眠ポリグラフィ一(1及び2以外の場合)(安全精度管理下で行うもの)、筋電図検査(単線維筋電図(一連につき))、緊急整復固定加算及び緊急挿入加算、骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家培養軟骨移植術)、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、癒着性脊髄くも膜炎手術(脊髄くも膜剥離操作を行うもの)、角膜移植術(内皮移植による角膜移植を実施した場合)、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)、経外耳道の内視鏡下鼓室形成術、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、乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(気管支形成を伴う肺切除)、生体部分肺移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下弁置換術、経カテーテル弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術(左心耳閉鎖術)(胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるもの)、磁気ナビゲーション加算、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術(リードレスペースメーカーの場合)、両心室ペースメーカー移植術(心筋電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(心筋電極の場合)、両心室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(経静脈電極の場合)、植込型除細動器移植術(心筋リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(心筋リードを用いるもの)、植込型除細動器移植術(経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(その他のもの)、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(心筋電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(心筋電極の場合)、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(経静脈電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

(経静脈電極の場合)、経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓(非拍動流型)、内視鏡下肢静脈瘤不全穿通枝切除術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)、腹腔鏡下胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))、腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))、腹腔鏡下噴門側胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))、腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))、腹腔鏡下胃全摘術(単純全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))、腹腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))、腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)、腹腔鏡下総胆管拡張症手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの)、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。)、移植用部分肝採取術(生体)(腹腔鏡によるもの)、生体部分肝移植術、腹腔鏡下膵腫瘍摘出術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下直腸切除・切断術(切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下副腎摘出手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術(褐色細胞腫)、(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下腎盂形成手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下仙骨腔固定術(内視鏡手術用支援機器を用いた場合)、腹腔鏡下腔式子宮全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに限る。)、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術、高エネルギー放射線治療、一回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、腎代替療法指導管理料並びに導入期加算2及び3に係る年間実施件数

- 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。

内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(頭蓋底郭清、再建を伴うもの) (内鼻V腫) 第 号
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。) (鏡咽悪) 第 号
 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

(鏡咽喉悪) 第 号

(略)

内視鏡的小腸ポリープ切除術

(内小ポ) 第 号

腹腔鏡下副腎摘出手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)及び腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

(腹腎摘出支) 第 号

腹腔鏡下直腸切除・切断術(切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

(腹直腸切支) 第 号

(以下略)

7 次の(1)から(16)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行っていれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

(12) 腹腔鏡下副腎摘出手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

様式 54

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
2 頭蓋骨形成手術について5例以上の経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の常勤医師の氏名等（それぞれ1名以上）				
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	頭蓋骨形成手術の経験症例数
	時間		年	例
	時間		年	例
	時間		年	例
3 当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の年間実施症例数 （5例以上）				例

[記載上の注意]

- 「2」の常勤医師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。
- 「2」及び「3」については、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。
- 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。

様式 54 の 4

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））
の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 5年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数 （うち1名は5年以上の眼科の経験を有するもの）	
	時間		年
	時間		年
	時間		年
3 当該保険医療機関における濾過手術又は緑内障インプラント手術の年間実施件数 （合わせて50例以上）			例

[記載上の注意]

- 1 「2」の眼科を担当する常勤医師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。
- 2 「3」については、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。

様式 54 の 6

網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 常勤の眼科の医師の氏名等（2名以上、うち1名は10年以上の眼科の経験を有するもの）			
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数 （2名以上、うち1名は10年以上の眼科の経験を有するもの）	網膜再建術の経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
3 常勤の麻酔科標榜医の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	経験年数	
	時間	年	
	時間	年	
4 当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の年間実施数（10例以上）			
例			
5 緊急手術が可能な体制		有	無

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の眼科を担当する常勤医師及び「3」の常勤麻酔科標榜医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。
- 2 「3」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 3 「2」及び「4」については、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 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。

様式 87 の 3 の 3

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 3 又は 4 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 3
	()	地域支援体制加算 4
2 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
3 各基準の実績回数 地域支援体制加算 3 : 以下の(1)から(9)までの 9 つの基準のうち、(4)及び(7)を含む 3 つ以上を満たすとともに、(10)を満たすこと。 地域支援体制加算 4 : 以下の(1)から(9)までの 9 つの基準のうち、8 つ以上を満たすこと。		
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
(10) 麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載) (地域支援体制加算 3 の届出薬局が記載すること。)		

[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 「2」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 「3」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 「3」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「3」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 「3」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 「3」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。

(別添 4)

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

別添 1

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

別紙 1 診療報酬請求書等の記載要領

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処 理システム用コ ード	左記コードによるレセプト表示文 言	令和 4 年 4 月 1 日適 用
85	B 001 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”	※
				820190488	初回(高度難聴指導管理料(その他 の患者))	※

別表Ⅳ 調剤行為名称等の略号一覧

項番	区分	項目	略称	記載欄
55	区分番号 0 1	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	調時	「時間外等加算」欄
56	区分番号 0 1	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	調休	「時間外等加算」欄
57	区分番号 0 1	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	調深	「時間外等加算」欄
58	区分番号 0 1	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	調特	「時間外等加算」欄
55 59	区分番号 0 1	調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防 A	「薬学管理料」欄
56 60	区分番号 1 0 の 2	調剤管理料を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	調管	「薬学管理料」欄
以下 同	略	略	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 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)、K343-2、K388-3、K400の3(中略)、K684-2、K697-4の1(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)、K343-2、 <u>K374-2</u> 、K388-3、 <u>K394-2</u> 、K400の3(中略)、K684-2、 <u>K695-2</u> 、K697-4の1(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)

○ 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)、経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(頭蓋底郭清、再建を伴うもの)、内喉頭筋内注入術(ボツリヌス毒素によるもの)、喉頭形成手術(甲状軟骨固定用器具を用いたものに限る。)(中略)、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、移植用部分肝採取術(生体)(腹腔鏡によるものに限る。)(中略)、体外式膜型人工肺管理料、	(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)、経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(頭蓋底郭清、再建を伴うもの)、 <u>鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)</u> 、内喉頭筋内注入術(ボツリヌス毒素によるもの)、 <u>鏡視下喉頭悪性腫瘍手術</u> 、喉頭形成手術(甲状軟骨固定用器具を用いたものに限る。)(中略)、 <u>腹腔鏡下胆道閉鎖症手術</u> 、 <u>腹腔鏡</u>

	<p>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>	<p><u>下肝切除術</u>、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるものに限る。）（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>
<p>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</p>	<p>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）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、<u>膀胱水圧拡張術</u>、ペースメーカー移植術（中略）については、診療所（椎間板内酵素注入療法、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、乳腺悪性腫瘍手術、<u>膀胱水圧拡張術</u>及び腹腔鏡下仙骨腔固定術については有床診療所に限り、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行っている診療所に限る。）でもよいこととする。</p>	<p>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）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、<u>膀胱水圧拡張術</u>、<u>ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）</u>、ペースメーカー移植術（中略）については、診療所（椎間板内酵素注入療法、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、乳腺悪性腫瘍手術、<u>膀胱水圧拡張術</u>、<u>ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）</u>及び腹腔鏡下仙骨腔固定術については有床診療所に限り、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行っている診療所に限る。）でもよいこととする。</p>

【令和4年3月18日（号外第57号）】

○ 複数手術に係る費用の特例の一部を改正する件（厚生労働省告示第74号）

該当箇所	誤		正	
別表第一	K054 骨切り術 2 前腕、 下腿（下腿に限る。）	K068-2 関節鏡下半月板切除術	K054 骨切り術 2 前腕、 下腿（下腿に限る。）	K068-2 関節鏡下半月板切除術
		K069-3 関節鏡下半月板縫合術		K069-3 関節鏡下半月板縫合術
			<u>K054-2 脛骨近位骨切り術</u>	<u>K068-2 関節鏡下半月板切除術</u>
			<u>K069-3 関節鏡下半月板縫合術</u>	
	K079-2 関節鏡下靭帯断裂形成手術 1 十字靭帯	K068-2 関節鏡下半月板切除術	K079-2 関節鏡下靭帯断裂形成手術 1 十字靭帯	K068-2 関節鏡下半月板切除術
		K069-3 関節鏡下半月板縫合術		K069-3 関節鏡下半月板縫合術