

## [施設基準パーフェクトブック2022年度版 追補]

本書の発刊後の訂正通知による追補です。

- (1) 令和4年6月15日付 令和4年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について  
別添1 「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)の一部改正について  
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 「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)
- (2) 令和4年6月29日付 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  
別添1 「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 「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5 官報掲載事項の一部訂正
- (3) 令和4年8月31日付 令和4年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について  
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 「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)
- (4) 令和4年8月31日付「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について  
別添1 「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)の一部改正について
- (5) 令和4年5月31日付保医発0531第3号 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正等について  
令和4年8月31日付保医発0831第5号 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正等について
- (6) 令和4年9月5日付厚生労働省告示第二百六十九号 診療報酬の算定方法の一部を改正する件
- (7) 令和4年9月5日付厚生労働省告示第二百七十号 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件
- (8) 令和4年9月5日付厚生労働省告示第二百七十一号 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件
- (9) 令和4年9月5日付保医発0905第1号 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いについて
- (10) 令和4年9月5日付保医発0905第2号 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項及び基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(看護の処遇改善)
- (11) 令和4年9月5日付厚生労働省令第二百二十四号 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令
- (12) 令和4年9月30日付 保医発0930第7号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について  
別添1「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)の一部改正について
- (13) 令和4年11月15日付 保医発1115第9号 使用薬剤の薬価(薬価基準)の一部改正等について  
3 特掲診療料告示の一部改正について
- (14) 令和4年11月30日付保医発1130第2号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について  
別添1「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)の一部改正について
- (15) 令和5年1月5日付厚生労働省令第二百二十四号 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令の一部を改正する省令
- (16) 令和5年1月31日付厚生労働省告示第十六号 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和5年4月1日適用)
- (17) 令和5年1月31日付厚生労働省告示第十七号 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(令和5年4月1日適用)
- (18) 令和5年1月31日付厚生労働省告示第十八号 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件(令和5年4月1日適用)
- (19) 令和5年1月31日付保医発0131第5号 医療情報・システム基盤整備体制充実加算、後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算、一般名処方加算及び地域支援体制加算の取扱いについて  
(別添1)「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)「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)
- (20) 令和5年3月29日事務連絡 令和4年度診療報酬改定関連通知等の一部訂正について  
(別添1)「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)「医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いについて」(令和4年9月6日保医発0905第1号)  
別紙1「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)
- (21) 令和5年4月28日付厚生労働省告示第八十号「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等及び特掲診療料の施設基準等の一部を改正する告示」
- (22) 令和5年5月31日付保医発0531第3号 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正等について

該当の項・箇所		改正前	改正後	通知
三の六電 子の保健 医療情報 活用加算 の施設基 準、第1 の7電子 的保健医 療情報活 用加算	P55 下から 7行目	三の六電子的保健医療情報活用加算の施設基準 (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 (2) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3) (2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	(削除)	(6) (7)
	P56 上から 14行目	第1の7電子的保健医療情報活用加算 算定告示及び算定通知 1 電子的保健医療情報活用加算に関する施設基準 (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3) オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施できる体制を有していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 2 届出に関する事項 電子的保健医療情報活用加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。	(削除)	
三の七 医療情 報・シス テム基盤 整備体制 充実加算 の施設基 準		(新設)	三の七 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 「追補：令和4年10月改定」を確認ください。	(7) (9) (18) 別添2 2023. 4.1適用
第1の8 医療情 報・シス テム基盤 整備体制 充実加算		(新設)	第1の8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 「追補：令和4年10月改定」を確認ください。	(7) (9) (19) 別添2 2023. 4.1適用
A000 初診 料	P57 右 下から 18行目	5 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注1のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点（注1のただし書に規定する場合にあっては、93点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注14までに規定する加算は算定しない。	5 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注1のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点（注1のただし書に規定する場合にあっては、93点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注15までに規定する加算は算定しない。	(16) 2023. 4.1適用
A000 初診 料	P58 右 上から 15行目	14 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療	(削除)	(6)

			情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。		
A000 初診料	P58 右	上から 23行目	(新設)	15 初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。	(6)
A000 初診料	P60 左	上から 3行目	(1)～(12) (略) (13) 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。 ただし、「注5」のただし書に規定する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いに関連のある疾病以外の疾病のことをい。)について、新たに別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を初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察を受けた場合を除く。)は、現に診療継続中の診療科を除く診療科1つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。 また、診療継続中以外の患者であつて、同一日に他の傷病で2以上の診療科を初として受診する場合においても、2つ目の診療科に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注6」から「注14」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診療科とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合であっても同ただし書の所定点数は算定できない。		(20) 別添3 別紙1
A000 初診料	P62 左	上から 14行目	(28) 電子的保健医療情報活用加算 「注14」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法(大正11年法律第70号)第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、初診の場合であつて、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、月1回に限り3点を算定する。 (新設)	(削除)	(9)
				(29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア 「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険医療機関の外来において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施	

				<p>設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を算定する。</p> <p>ただし、健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。</p> <p>イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。</p> <p>(イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。</p> <p>(ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。</p> <p>ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式54に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間問診票の項目について、別紙様式54を参考とする。</p>	
A000 初診料	P62 左	上から14行目	(新設)	<p>(29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算ア～ウ（略）</p> <p>エ アにかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り6点を算定する。</p> <p>ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。</p>	(19) 別添1 2023. 4.1適用
A001 再診料	P70 左	上から12行目 下から5行目	<p>注1・2（略）</p> <p>3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療料に限り、37点（注2に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注18までに規定する加算は算定しない。</p> <p>4～8（略）</p> <p>9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。</p>	<p>注1・2（略）</p> <p>3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療料に限り、37点（注2に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注17までに規定する加算は算定しない。</p> <p>4～8（略）</p> <p>9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注17までに規定する加算は算定しない。</p>	(6)
A001 再診料	P71 左	上から5行目	<p>10～17（略）</p> <p>18 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。</p>	<p>10～17（略）</p> <p>(削除)</p>	(6)

A001 再診料	P71 左	上から12行目 下から5行目	注1・2 (略) 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点(注2に規定する場合にあっては、27点)を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注17までに規定する加算は算定しない。 4～8 (略) 9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注17までに規定する加算は算定しない。 10～17 (略) (新設)	注1・2 (略) 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点(注2に規定する場合にあっては、27点)を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注18までに規定する加算は算定しない。 4～8 (略) 9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。 10～17 (略) 18 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。	(16) 2023. 4.1適用
A001 再診料	P71	上から17行目	(1)～(3) (略) (4) 2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、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察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3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注18」までに規定する加算は、算定できない。	(1)～(3) (略) (4) 2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、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察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3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注17」までに規定する加算は、算定できない。	(9)
A001 再診料	P71	上から17行目	1)～(3) (略) (4) 2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、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察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3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注17」までに規定する加算は、算定できない。	(1)～(3) (略) (1)～(3) (略) (4) 2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、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察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3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注18」までに規定する加算は、算定できない。	(19) 別添1 2023. 4.1適用

A001 再診料	P73 左	下から17行目	(5)～(14) (略) (15) 電子的保健医療情報活用加算 「注18」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。 ただし、同一月に区分番号「A000」の「注14」に規定する当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行い、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合にあっては算定できない。なお、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」の点数を算定した場合には、同一月であっても算定できるものとする。	(削除)	(9)
A001 再診料	P73 左	A001 再診料	(5)～(14) (略) (新設)  (新設)	(5)～(14) (略) (15) 「注18」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、再診時に診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得等した上で診療を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、月1回に限り2点を算定する。 ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。また、同一月に区分番号A000の「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合にあっては算定できない。 (16) 「注18」に規定する加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。	(19) 別添1 2023. 4.1適用
A002 外来診療料	P74 左	下から13行目	注1～4 (略) 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療料に限り37点(注2から注4までに規定する場合にあっては、27点)を算定する。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しない。 6～9 (略)	注1～4 (略) 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療料に限り37点(注2から注4までに規定する場合にあっては、27点)を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。 6～9 (略)	(6)
A002 外来診療料	P75 左	上から2行目	10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。	(削除)	(6)

A002 外来 診療料	P75 左	上から 2行目	(新設)	10 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。	(16) 2023. 4.1適用
A002 外来 診療料	P75 左	下から 4行目	(1)～(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い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」までに規定する加算は、算定できない。	(1)～(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い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9」までに規定する加算は、算定できない。	(9)
A002 外来 診療料	P75 左	下から 4行目	(1)～(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い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9」までに規定する加算は、算定できない。	(1)～(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い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」までに規定する加算は、算定できない。	(19) 別添1 2023. 4.1適用
A002 外来 診療料	P75 右	下から 17行目	(8)～(12) (略) (13) 電子的保健医療情報活用加算 「注10」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。 ただし、同一月に区分番号「A000」の「注14」に規定する当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行い、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合にあっては算定できない。なお、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」に該当し、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合には、同一月であっても算定できるものとする。	(8)～(12) (略) (削除)	(9)

A002 外来診療料	P75	A002 外来診療料 (新設)	(8)～(12) (略) (新設)	(8)～(12) (略) (13) 「注10」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、再診時に診療情報を活用して診療を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得した上で診療を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、月1回に限り算定する。 ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。また、同一月に区分番号A000の「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合にあつては算定できない。 (14) 「注10」に規定する加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。	(19) 別添1 2023. 4.1適用
第4の2 医師事務作業補助体制加算	P201 左	上から8行目	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）の実績を有する病院であること。	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であること。	(1) 別添2
A207-3 急性期看護補助体制加算	P206 左	下から2行目	(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(16)の例による。	(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)の例による。	(1) 別添1
三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準	P284	上から27行目	(1)～(3) (略) (新設)	(1)～(3) (略) (4) 後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する施設基準 イ 後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。 ハ ロの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	(17) 2023. 4.1適用



第26の2の2 後発医薬品使用体制加算	P285 右	上から3行目	<p>1 後発医薬品使用体制加算の施設基準(1)～(5) (略) (新設)</p> <p>2 届出に関する事項 後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。</p>	<p>1 後発医薬品使用体制加算の施設基準(1)～(5) (略)</p> <p>(6) 後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する点数を算定する場合には、上記(1)から(5)までのほか、以下の基準を満たすこと。</p> <p>ア 後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>イ 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。</p> <p>ウ イの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>2 届出に関する事項 後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。</p> <p>なお、後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する点数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。</p>	(19) 別添2 2023. 4.1適用
A243 後発医薬品使用体制加算	P285 左	上から12行目	注 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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。	<p>注 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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、この注本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、この注本文に規定する基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 後発医薬品使用体制加算 1 67点</p> <p>ロ 後発医薬品使用体制加算 2 62点</p> <p>ハ 後発医薬品使用体制加算 3 57点</p>	(16) 2023. 4.1適用
A243 後発医薬品使用体制加算	P285 左	下から2行目	<p>(1) (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が75%以上、85%以上又は90%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。</p>	<p>(1) (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が75%以上、85%以上又は90%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、後発医薬品使用体制加算の注本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たしている保険医療機関に入院している患者については、令和5年12月31日までの間に限り、後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する加算を入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。</p>	(19) 別添1

A306 特殊疾患 入院医療 管理料 (1日につき)	P346 右	上から 7行目	注1～4 (略) 5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1の口及び2の口に限る。)、認知症ケア加算、 <u>排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。</u> )は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。 6 (略)	注1～4 (略) 5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1の口及び2の口に限る。))、 <u>認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。</u> )は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。 6 (略)	(6)
A307 小児入院 医療管理 料(1日につき)	P351 左	上から 24行目	1～5 (略) 注1～8 (略) 9 診療に係る費用(注2、注3及び注5から注8までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算、 <u>排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。</u> )は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。	1～5 (略) 注1～8 (略) 9 診療に係る費用(注2、注3及び注5から注8までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算、 <u>排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。</u> )は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。	(6)

A307 小児入院 医療管理 料（1日 につき）	P351 右	上から 5行目	<p>10 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>11 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	<p>10 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>11 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	(6)
A308 回復期リ ハビリテ ーション 病棟入院 料（1日 につき）	P359 左	上から 12行目	<p>1～5（略） 注1・2（略）</p> <p>3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>4・5（略）</p>	<p>1～5（略） 注1・2（略）</p> <p>3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（口に限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>4・5（略）</p>	(6)

A308-3 地域包括 ケア病棟 入院料 (1日 につき)	P372 左	上から 18行目	<p>1～8 (略) 注1～5 (略)</p> <p>6 診療に係る費用(注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>7～12 (略)</p>	<p>1～8 (略) 注1～5 (略)</p> <p>6 診療に係る費用(注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料(口に限る。))、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。))、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>7～12 (略)</p>	(6)
A309 特殊疾患 病棟入院 料(1日 につき)	P375 右	下から 21行目	<p>1・2 (略) 注1～4 (略)</p> <p>5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。))、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のロ及び2のロに限る。))、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>6 (略)</p>	<p>1・2 (略) 注1～4 (略)</p> <p>5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。))、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のロ及び2のロに限る。))、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>6 (略)</p>	(6)
A310 緩和ケア 病棟入院 料(1日 につき)	P379 右	上から 5行目	<p>1・2 (略) 注1・2 (略)</p> <p>3 診療に係る費用(注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。))及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>4 (略)</p>	<p>1・2 (略) 注1・2 (略)</p> <p>3 診療に係る費用(注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。))及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>4 (略)</p>	(6)

A311 精神科救急急性期医療入院料（1日につき）	P383 左	下から12行目	<p>1～3（略） 注1（略） 2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。 3～6（略）</p>	<p>1～3（略） 注1（略） 2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。 3～6（略）</p>	(6)
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）	P387 右	下から14行目	<p>1・2（略） 注1（略） 2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。 3・4（略）</p>	<p>1・2（略） 注1（略） 2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。 3・4（略）</p>	(6)
A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）	P391 左	下から3行目	<p>1～3（略） 注1（略） 2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲</p>	<p>1～3（略） 注1（略） 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲</p>	(6)

			<p>げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、<u>区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）</u>、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。</p> <p>3～5（略）</p>	<p>げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び<u>区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）</u>、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。</p> <p>3～5（略）</p>	
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）	P393 右	下から 8行目	<p>注1（略）</p> <p>診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び<u>排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）</u>は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>注1（略）</p> <p>2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、<u>薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）</u>は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	(6)
A312 精神療養病棟入院料（1日につき）	P397 左	下から 22行目	<p>注1（略）</p> <p>2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、<u>薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、<u>区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）</u>は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</u></p> <p>3～7（略）</p>	<p>注1（略）</p> <p>2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、<u>薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料及び<u>区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）</u>は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</u></p> <p>3～7（略）</p>	(6)

A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）	P401 右	上から 24行目	<p>1・2（略） 注1～3（略）</p> <p>4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに<u>排尿自立支援加算</u>、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、<u>区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料</u>、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）、<u>区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）</u>は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>1・2（略） 注1～3（略）</p> <p>4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び<u>排尿自立支援加算</u>、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法及び<u>区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料</u>、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）及び<u>区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）</u>は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	(6)
A317 特定一般病棟入院料（1日につき）	P407 右	下から 11行目	<p>1・2（略） 注1～7（略）</p> <p>8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに<u>排尿自立支援加算</u>、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、<u>区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。）</u>は、当該所定点数に含まれるものとする。</p> <p>9（略）</p>	<p>1・2（略） 注1～7（略）</p> <p>8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び<u>排尿自立支援加算</u>、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、<u>区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）</u>は、当該所定点数に含まれるものとする。</p> <p>9（略）</p>	(6)
A318 地域移行機能強化病棟入院料（1日につき）	P412 左	上から 6行目	<p>注1～3（略）</p> <p>4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに<u>排尿自立支援加算</u>、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>注1～3（略）</p> <p>4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び<u>排尿自立支援加算</u>、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。</p>	(6)

A319 特定機能 病院リハ ビリテー ション病 棟入院料	P417 右	上から 3行目	注1 (略) 2 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、 <u>排尿自立支援加算</u> 、 <u>区分番号J038に掲げる人工腎臓</u> 、 <u>区分番号J042に掲げる腹膜灌流</u> 、 <u>区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</u>	注1 (略) 2 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、 <u>排尿自立支援加算</u> 、 <u>区分番号J038に掲げる人工腎臓</u> 、 <u>区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</u>	(6)
A400 短期滞在 手術等基 本料	P422 右	上から 24行目	1・2 (略) 注1～3 (略) 4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。	1・2 (略) 注1～3 (略) 4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（第1章第2部第5節看護職員処遇改善評価料、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。	(6)
A500 看護職員 処遇改善 評価料			(新設)	第十の二 看護職員処遇改善評価料の施設基準（新設） 1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準  「追補：令和4年10月改定」を確認ください。	(6) (7) (10)
第4 経過措置 等	P427	上から 13行目	二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二又は(8)の三に該当するものとみなす。	二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二又は(8)のホに該当するものとみなす。	(7)
第4 経過措置 等	P427	下から 16行目	(新設)	一～三十 (略) 三十一 令和五年十二月三十一日までに療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を開始する旨の届出を行っている保険医療機関については、同日までの間に限り、第三の三の七の(1)に該当するものとみなす。	(17) 2023. 4.1 適用
第4 経過措置 等	P428 右	上から 9行目	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床以上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床以上400床未満の保険医療機関を除く。）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。）	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床以上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床以上400床未満の保険医療機関に限る。）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。）	(2) 別添2



第4 経過措置 等	P427	上から 13行目	二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二又は(8)の三に該当するものとみなす。	二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二又は(8)のホに該当するものとみなす。	(7)
第4 経過措置 等	P431	右	<p>2 第1章の規定にかかわらず、区分番号A000の注14のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>3 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）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1及び注11の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。</p> <p>4 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>5 第2章の規定にかかわらず、区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものは、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。 (新設)</p>	<p>2 (削除)</p> <p>2 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）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1及び注11の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。</p> <p>3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>4 第2章の規定にかかわらず、区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものは、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>5 第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A001の注18、区分番号A002の注10、区分番号A243の注ただし書、区分番号F100の注11及び区分番号F400の注9の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>6 第1章の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号A000の注15中「4点」とあるのは「6点」とする。</p>	(7)
第2 届出に関する 手続き	P675	右 上から 5行目	<p>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) (略) 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）</p>	<p>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) (略) 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）</p>	(2) 別添3
第2 届出に関する 手続き	P684	右 下から 1行目	<p>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。</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>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</p>	(2) 別添3
第2 届出に関する 手続き	P686	右 上から 15行目	<p>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。</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>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</p>	(2) 別添3

第2届出に関する手続き	P686左	下から17行目	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)( <u>腹胆床</u> )第号	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)( <u>腹胆床</u> )第号	(1)別添3
第2届出に関する手続き	P686左	上から25行目	腹腔鏡下胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)( <u>腹胃切支</u> )第号 腹腔鏡下噴門側胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下噴門側胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)( <u>腹側胃切支</u> )第号 腹腔鏡下胃全摘術(単純全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃全摘術内視鏡手術用支援機器を用いるもの)( <u>腹胃全</u> )第号	腹腔鏡下胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃切除術( <u>悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)</u> )( <u>腹胃切支</u> )第号 腹腔鏡下噴門側胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下噴門側胃切除術( <u>悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)</u> )( <u>腹側胃切支</u> )第号 腹腔鏡下胃全摘術(単純全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃全摘術( <u>悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)</u> )( <u>腹胃全</u> )第号	(3)別添3
第2届出に関する手続き	P688右	上から17行目	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)	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術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(2)別添3
B001-2小児科外来診療料(1日につき)	P747左	下から5行目	注1・2 (略) 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。 4 (略)	注1・2 (略) 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注18に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。 4 (略)	(6)  (16)2023.4.1適用

B001-2 小児科外 来診療料 (1日に つき)	P748 左	上から 15行目	(1)・(2) (略) (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「A000」初診 料、区分番号「A001」再診料及び区分番号「A0 02」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、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「B0 10」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。	(1)・(2) (略) (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「A000」初診料、区 分番号「A001」再診料及び区分番号「A002」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、 <u>区分番号「A000」初診料の医療情報・シ ステム基盤整備体制充実加算1及び2、区分番号「A0 01」再診料及び区分番号「A002」外来診療料の医 療情報・システム基盤整備体制充実加算3、区分番号 「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、区分番号「B001- 2-2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B 001-2-5」院内トリアージ実施料、区分番号「B 001-2-6」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「B01 1」連携強化診療情報提供料並びに区分番号「C00 0」往診料(往診料の加算を含む。)</u> 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。	(19) 別添1 2023. 4.1適用
B001-2-7 外来リハ ビリテー ション診 療料	P757 右	下から 21行目	1・2 (略) 注1 (略) 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から 起算して7日以内の期間においては、当該リハビリ テーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初 診料、 <u>区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A 002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーシ ョン診療料2は、算定しない。</u>	1・2 (略) 注1 (略) 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起 算して7日以内の期間においては、当該リハビリテー ションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注 15に規定する加算を除く。)、 <u>区分番号A001に掲 げる再診料(注18に規定する加算を除く。)</u> 、 <u>区分番号A 002に掲げる外来診療料(注10に規定する加算を除 く。)</u> 及び外来リハビリテーション診療料2は、算定し ない。	(6)  (16) 2023. 4.1適用
		下から 15行目	3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から 起算して14日以内の期間においては、当該リハビリ テーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初 診料、 <u>区分番号A001に掲げる再診料、区分番号 A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーシ ョン診療料1は、算定しない。</u>	3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起 算して14日以内の期間においては、当該リハビリテー ションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料 (注15に規定する加算を除く。)、 <u>区分番号A001 に掲げる再診料(注18に規定する加算を除く。)</u> 、 <u>区分 番号A002に掲げる外来診療料(注10に規定する加算 を除く。)</u> 及び外来リハビリテーション診療料1は、算 定しない。	
B001-2-7 外来リハ ビリテー ション診 療料	P758 右	上から 10行目	(1)~(7) (略) (新設)	(1)~(7) (略) (8) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定して いる場合であって、「A000」初診料の医療情報・シ ステム基盤整備体制充実加算1及び2並びに区分番号 「A001」再診料及び区分番号「A002」外来診療 料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定 要件を満たす場合は、併算定できる。	(19) 別添1 2023. 4.1適用
B001-2-8 外来放射 線照射診 療料	P759 右	下から 6行目	注1・2 (略) 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7 日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係 る区分番号A000に掲げる初診料、 <u>区分番号A00 1に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来 診療料は、算定しない。</u>	注1・2 (略) 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日 以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区 分番号A000に掲げる初診料(注15に規定する加算を 除く。)、 <u>区分番号A001に掲げる再診料(注18に規 定する加算を除く。)</u> 及び <u>区分番号A002に掲げる外 来診療料(注10に規定する加算を除く。)</u> は、算定しな い。	(6)  (16) 2023. 4.1適用

B001-2-8	P759	上から 9行目	(1)～(5) (略) (新設)	(1)～(5) (略) (6) 外来放射線診療料を算定した場合であって、区分番号「A000」初診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算1及び2並びに区分番号「A001」再診料及び区分番号「A002」外来診療料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定要件を満たす場合は、併算定できる。	(19) 別添1 2023. 4.1 適用
B001-2-9	P762	上から 23行目	注1 (略) 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。 3 (略)	注1 (略) 注1 (略) 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注18に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。 3 (略)	(16) 2023. 4.1 適用
B001-2-9	P763	下から 0行目	(1)～(8) (略) (新設)	(1)～(8) (略) (9) 地域包括診療料を算定する場合であって、区分番号「A001」再診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定要件を満たす場合は、併算定できる。	(19) 別添1 2023. 4.1 適用
B001-2-10	P764	下から 11行目	注1 (略) 2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。	注1 (略) 2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注18に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。	(16) 2023. 4.1 適用
B001-2-10	P765	上から 10行目	(1)～(5) (略) (新設)	(1)～(5) (略) (6) 認知症地域包括診療料を算定する場合であって、「A001」再診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定要件を満たす場合は、併算定できる。	(19) 別添1 2023. 4.1 適用

B001-2-11 小児かかりつけ診療料	P767 左	上から 19行目	注1・2 (略) 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。 4 (略)	注1・2 (略) 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注18に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号B010に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。	(16) 2023. 4.1適用
B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料	P769 左	下から 19行目	1・2 (略) 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料(注6から注8までに規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注4から注6までに規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料(注7から注9までに規定する加算を除く。)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。 2~7 (略)	1・2 (略) 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料(注6から注8まで及び注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注4から注6及び注18までに規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料(注7から注10までに規定する加算を除く。)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。 2~7 (略)	(6)  (16) 2023. 4.1適用
B100 禁煙治療補助システム指導管理加算	P824 右	下から 1行目	(新設)	(3) 高血圧症治療補助プログラム加算 ア 区分番号「A001」に掲げる再診料の「注12」の地域包括診療加算、区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料(月1回)又は区分番号「B001-3」に掲げる生活習慣病管理料の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者(入院中の患者を除く。)のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している医療機関又は、地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において算定する。 イ 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、アプリによる治療開始時に区分番号「B100」に掲げる禁煙治療補助システム指導管理加算を準用して初回に限り算定する。 ウ 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、区分番号「C150」に掲げる血糖自己測定器加算の「4」月60回以上測定する場合を準用して、初回の使用日の属する月から起算して6か月を限度として、初回を含めて月1回に限り算定する。 エ 前回算定日から、平均して7日間のうち5日以上血圧値がアプリに入力されている場合にのみ算定できる。	(4) 別添1

				ただし、初回の算定でアプリ使用実績を有しない場合は、この限りではない。 オ アプリの使用に当たっては、関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針を遵守すること。	
D006-4 遺伝学的 検査	P900 右	上から 3行目	縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー	縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー	(2) 別添1
D006-19 がんゲノ ムプロフ アイリン グ検査	P906 右	下から 13行目	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) 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について報告すること。	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。	(1) 別添3
F100 注9 外来後発 医薬品使 用体制加 算の施設 基準	P989	下から 8行目	(1)~(3) (略) (新設)  (新設)	(1)~(3) (略) (4) 医科点数表区分番号F100に掲げる処方料の注11及び歯科点数表区分番号F100に掲げる処方料の注9に規定する施設基準 イ 外来後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。 ハ ロの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。  五 医科点数表区分番号F400に掲げる処方箋料の注9及び歯科点数表区分番号F400に掲げる処方箋料の注7に規定する一般名処方加算の施設基準  薬剤の一般名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	(18) 2023. 4.1適用
F100 注9 第36の3 外来後発 医薬品使 用体制加 算	P990 右	上から 14行目	1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準 (1)~(5) (略) (新設)  2 届出に関する事項 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の3を用いること。	1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準 (1)~(5) (略) (6) 「注11」に規定する点数を算定する場合には、上記(1)から(5)までのほか、以下の基準を満たすこと。 ア 外来後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 イ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。 ウ イの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 第36の3 外来後発医薬品使用体制加算 2 届出に関する事項 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の3を用いること。 なお、「注11」に規定する点数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。	(19) 別添3 2023. 4.1適用

F100 処方料	P990 右	下	注1～10 (略) (新設)	注1～10 (略) 11 注9の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注9に規定する基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 7点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 6点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 4点	(16) 2023. 4.1適用
F100 処方料	P992 右	下から 16行目	(1)～(15) (略) (新設)	(1)～(15) (略) (16) 「注9」の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす診療所において投薬を行った場合には、令和5年12月31日までの間に限り、「注11」に規定する外来後発医薬品使用体制加算を算定する。	(19) 別添1 2023. 4.1適用
F400 一般名処方加算の施設基準 (新設)	P990	上から 17行目	(新設)	医科点数表区分番号F400に掲げる処方箋料の注9及び歯科点数表区分番号F400に掲げる処方箋料の注7に規定する一般名処方加算の施設基準  薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること	(18) 2023. 4.1適用
F400 第36の4 一般名処方加算 (新設)	P990	上から 17行目	(新設)	1 一般名処方加算に関する施設基準 「注9」に規定する一般名処方加算を算定する場合は、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 2 届出に関する事項 「注9」に規定する一般名処方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。	(19) 別添3 2023. 4.1適用
F400 処方箋料	P994 右	上から 34行目	注1～8 (略) (新設)	注1～8 (略) 9 注7の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算 1 9点 ロ 一般名処方加算 2 7点	(16) 2023. 4.1適用
F400 処方箋料	P995 右	上から 25行目	(1)～(15) (略) (新設)	(1)～(15) (略) (16) 「注7」の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合には、令和5年12月31日までの間に限り、「注9」に規定する一般名処方加算を算定する。 なお、一般名処方加算1及び2の取扱いについては、「注7」と同様である。	(19) 別添1 2023. 4.1適用
H000 心大血管疾患リハビリテーション料	P1008 左	上から 5行目	(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「心大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(2012年改訂版)」に基づいて実施すること。	(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「心大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こと。	(1) 別添1

H001-2 廃用症候 群リハビリ テーション 料	P1020 左	下から 23行目	1～3 (略) 注1～4 (略) 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、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、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) 6・7 (略)	1～3 (略) 注1～4 (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、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、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) 6・7 (略)	(6)
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)	P1120 P1121	下から 21行目  上から 11行目	(2) (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(ポ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。)	(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)、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)、内喉頭筋内注入術(ポツリヌス毒素によるもの)、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、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、腹腔鏡下肝切除術、移植用部分肝採取術(生体)(腹腔鏡によるものに限る。)	(2) 別添5
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	P1121	下から 8行目 5行目	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)、膀胱水圧拡張術、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、膀胱水圧拡張術及び腹腔鏡下仙骨腫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。	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)、膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎手術(経尿道)、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、膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎手術(経尿道)及び腹腔鏡下仙骨腫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。	(2) 別添5
第2章第11手術通則4	P1122	下から 11行目  右 上から 8行目	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	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、K374-2、K388-3、K394-2、K400の3(中略)、K684-2、K695-2、K697-4の1	(2) 別添5
第2章第11手術K548	P1159	上から 6行目	(1) 同一医療機関において、…(略)以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。 ア 過去の実施時期 イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数 ウ 今回、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)を実施する理由及び医学的根拠 (2) (略)  (新設) (新設)	(1) 同一医療機関において、…(略)以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。 ア 過去の実施時期 イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル、アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数 ウ 今回、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)を実施する理由及び医学的根拠 (2) (略) (3) アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルを用いて経皮的冠動脈形成術を施行する場合には、本区分の「1」の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるものに掲げる所定点数を準用して算定する。なお、区分番号「K548 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)」に関する施設基準に係る届出を行っており、かつ既に複数の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルを設置している又は1種類	(14) 別添1



			(新設)	<p>のみの高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの導入施設で過去2年間25例以上の使用実績のある保険医療機関で使用された場合のみ算定できる。</p> <p>(4) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K546」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K548」経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)又は区分番号「K549」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。</p> <p>ア 過去の実施時期</p> <p>イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル、アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数</p> <p>ウ 今回、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)を実施する理由及び医学的根拠</p> <p>(5) 経皮的冠動脈形成術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン(2018年改訂版)」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン(2018年改訂版)」に沿って行われた場合に限り算定する。</p>	
第2章 11 手術 K598	P1169 左	上から 19行目	(新設)	<p>(1) 両心室ペースメーカー移植術は、左右の心室を電気的に刺激することにより、重症心不全患者の心臓リズムを補正すると同時に、左右の心室間伝導障害を軽減し、血行動態を改善することを目的に実施されるものであり、十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないQRS幅120ms以上及び左室駆出率35%以下の重症心不全に対して、症状の改善を目的に行われた場合に算定する。</p> <p>ア 十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないQRS幅120ms以上及び左室駆出率35%以下のNYHAクラスIII又はIV(中等度、重度)の心不全患者の症状改善</p> <p>イ 至適薬物療法が行われているペースメーカーの適応及び高頻度に心室ペースングに依存することが予想される左室駆出率50%以下の患者の症状改善又は心不全進行(増悪)遅延</p>	(14) 別添1
第2章 11 手術 K616-6	P1178 右	上から 7行目		<p>経皮的下肢動脈形成術は、エキシマレーザー型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。</p> <p>経皮的下肢動脈形成術は、エキシマレーザー型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して又は切削吸引型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈の狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。</p>	(4) 別添1

第2章 11 手術 K695-2	P1236 右	下から 1 行目	第73 の2の2 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） 1 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準 (5) 当該保険医療機関において、腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を通算3例以上実施していること。また、以下のアからエまでの手術を合わせて年間20 例以上実施しており、このうち、 <u>イの手術を10 例以上、ウ又はエの手術を10 例以上実施していること。</u> ア 肝切断術（部分切除及び外側区域切除） イ 肝切除術（亜区域切除、1 区域切除（外側区域切除を除く。）、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの） ウ 腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除） エ 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、1 区域切除（外側区域切除を除く。）、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの）	第73 の2の2 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） 1 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準 (5) 当該保険医療機関において、腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を通算3例以上実施していること。また、以下のアからエまでの手術を合わせて年間20 例以上実施しており、このうち、 <u>ウ又はエの手術を10 例以上実施していること。</u> ア 肝切断術（部分切除及び外側区域切除） イ 肝切除術（亜区域切除、1 区域切除（外側区域切除を除く。）、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの） ウ 腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除） エ 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、1 区域切除（外側区域切除を除く。）、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの）	(3) 別添3
第4章 13 放射線 治療 M001-3	P1279 右	下から 8 行目	M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき） 算定（診療報酬）通知 (3) 定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、 <u>頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）及び脳動静脈奇形に対して行った場合にのみ算定し、</u>	M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき） 算定（診療報酬）通知 (3) 定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、 <u>頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）、脳動静脈奇形及び薬物療法による疼痛管理が困難な三叉神経痛に対して行った場合にのみ算定し、</u>	(12)
経過措置	P1297	上から 11 行目	(新設)	一～三（略） 四 <u>令和五年十二月三十一日までに療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を開始する旨の届出を行っている保険薬局については、同日までの間に限り、第十五の九の五の(1)に該当するものとみなす。</u>	(18) 2023. 4.1適用
特掲診療 料 別表九	P1306		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 ガルカネズマブ製材	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 ガルカネズマブ製材 オフアツムマブ製材 ボンリチド製剤 エレヌマブ製剤	(5)
特掲診療 料 別表九	P1306		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 ガルカネズマブ製材	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 ガルカネズマブ製材 オフアツムマブ製材 ボンリチド製剤 エレヌマブ製剤 アバロパラチド酢酸塩製剤 カプラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤	(13) 3

基本診療料の施設基準等に係る届出書添付書類  様式2の5	P565	(新設)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>様式2の5 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に係る届出書</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>保険医療機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>保険医療機関コード</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>保険医療機関等区分</td> <td><input type="checkbox"/> 病院</td> <td><input type="checkbox"/> 医科診療所</td> <td><input type="checkbox"/> 歯科診療所</td> </tr> <tr> <td>現在の請求方法</td> <td><input type="checkbox"/> 光ディスク等</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 紙レセプト</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>届出年月日</td> <td>令和5年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table> <p><small>基本診療料の施設基準等(平成二十年厚生労働省告示第六十二号)第十一の三十一に規定する届出を行う場合は、□に、「√」を記入の上、開始見込み時期を記入すること</small></p> <p><input type="checkbox"/> 令和5年12月31日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する予定である。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>開始見込み</td> <td>令和5年</td> <td>月</td> </tr> </table> <p>上記のとおり届けます。</p> <p style="text-align: right;">令和 5年 月 日</p> <p style="text-align: right;">       殿 開設者名 _____        住所 〒 _____     </p> </div>	保険医療機関名				保険医療機関コード				保険医療機関等区分	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 医科診療所	<input type="checkbox"/> 歯科診療所	現在の請求方法	<input type="checkbox"/> 光ディスク等	<input type="checkbox"/> 紙レセプト		住所				届出年月日	令和5年	月	日	開始見込み	令和5年	月	(17) 2023. 4.1適用
保険医療機関名																															
保険医療機関コード																															
保険医療機関等区分	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 医科診療所	<input type="checkbox"/> 歯科診療所																												
現在の請求方法	<input type="checkbox"/> 光ディスク等	<input type="checkbox"/> 紙レセプト																													
住所																															
届出年月日	令和5年	月	日																												
開始見込み	令和5年	月																													
基本診療料の移設基準に係る届出書添付書類 様式12の7	P591	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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> <u>有床診療所急性期患者支援病床初期加算</u>  <u>有床診療所在宅患者支援病床初期加算</u>  <u>有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算</u>  <u>有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算</u> </p> <p>の施設基準に係る届出書添付書類</p> </div>	(1) 別添2																											
基本診療料の移設基準に係る届出書添付書類 様式40の17	P636	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)  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)  <b>【要件】</b> 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。	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)  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)  <b>【要件】</b> 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。 <u>ア 診療放射線技師</u> ・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コロ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 <u>イ 医臨床検査技師</u> ・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	(1) 別添2																											

			<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>ウ 臨床工学技士</li> <li>・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</li> <li>・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、身体に電気的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為</li> <li>・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</li> <li>エ 救急救命士</li> <li>・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</li> </ul> <p>※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さす。</p>	
基本診療料の移設基準に係る届出書添付書類様式 42	P638	救命救急入院料、特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類  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。	救命救急入院料、特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類  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。	(1) 別添 2
基本診療料の施設基準等に係る届出書添付書類様式 50	P656	地域包括ケア病棟入院料 1・2・3・4（いずれかに○）の施設基準に係る届出書添付書類  ⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者 延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）  ⑦ 直近3月間における当該病棟の入院患者 延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）  ⑨ 直近3月間における当該病棟の入院患者 延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）	地域包括ケア病棟入院料 1・2・3・4（いずれかに○）の施設基準に係る届出書添付書類  ⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）  ⑦ 直近3月間における当該病棟の入院患者数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）  ⑨ 直近3月間における当該病棟の入院患者数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）	(3) 別添 2
基本診療料の施設基準等に係る届出書添付書類様式 50 の 2	P658	地域包括ケア入院医療管理料 1・2・3・4（いずれかに○）等の施設基準に係る届出書添付書類  ⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者 延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）  ⑦ 直近3月間における当該病棟の入院患者 延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）	地域包括ケア入院医療管理料 1・2・3・4（いずれかに○）等の施設基準に係る届出書添付書類  ⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）  ⑦ 直近3月間における当該病棟の入院患者数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）	(3) 別添 2

基本診療料の施設基準等に 係る届出書添付書類 様式 53	P661	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  [記載上の注意] (略) 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) $\geq 0.4$ (略)	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  [記載上の注意] (略) 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) $\geq 0.4$ (略)	(2) 別添 2																										
基本診療料の施設基準等に 係る届出書添付書類 様式 54 の 2	P663	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  3 精神科救急医療体制の整備等に係る実績 (略) 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④に対する割合 (略)	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  3 精神科救急医療体制の整備等に係る実績 (略) 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①に対する割合 (略)	(2) 別添 2																										
特掲診療料の施設基準等に 係る届出書添付書類 様式 5 の 12 の 2	P1332	生殖補助医療管理料に係る報告書  <table border="1" data-bbox="327 996 877 1624"> <tr> <td data-bbox="327 996 742 1153">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。</td> <td data-bbox="742 996 877 1153"><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="327 1153 742 1366">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)</td> <td data-bbox="742 1153 877 1366"><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="327 1366 877 1400">医療安全管理体制が確保されている</td> </tr> <tr> <td data-bbox="327 1400 742 1478">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</td> <td data-bbox="742 1400 877 1478"><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="327 1478 742 1556">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</td> <td data-bbox="742 1478 877 1556"><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="327 1556 742 1624">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</td> <td data-bbox="742 1556 877 1624"><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> </table>	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	生殖補助医療管理料に係る報告書  <table border="1" data-bbox="901 996 1444 1702"> <tr> <td data-bbox="901 996 1308 1153">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。</td> <td data-bbox="1308 996 1444 1153"><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="901 1153 1308 1366">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)</td> <td data-bbox="1308 1153 1444 1366"><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="901 1366 1444 1400">国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="901 1400 1444 1433">医療安全管理体制が確保されている</td> </tr> <tr> <td data-bbox="901 1433 1308 1512">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</td> <td data-bbox="1308 1433 1444 1512"><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="901 1512 1308 1590">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</td> <td data-bbox="1308 1512 1444 1590"><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="901 1590 1308 1702">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</td> <td data-bbox="1308 1590 1444 1702"><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> </table>	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	国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。		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	(20) 別添 1
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																													
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																													
国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。																														
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																													
特掲診療料の施設基準等に 係る届出書添付書類 様式 8 の 2	P1341	ニコチン依存症管理料に係る報告書  <table border="1" data-bbox="359 1780 837 2004"> <tr> <td data-bbox="359 1780 638 1814">(略)</td> <td data-bbox="638 1780 837 1814">(略)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="359 1814 638 2004">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)</td> <td data-bbox="638 1814 837 2004">⑧ 回</td> </tr> </table> ・喫煙を止めたものの割合 = (③+④) / ① % (略)	(略)	(略)	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	ニコチン依存症管理料に係る報告書  <table border="1" data-bbox="949 1780 1428 1971"> <tr> <td data-bbox="949 1780 1228 1814">(略)</td> <td data-bbox="1228 1780 1428 1814">(略)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="949 1814 1228 1971">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)</td> <td data-bbox="1228 1814 1428 1971">⑧ 回</td> </tr> </table>	(略)	(略)	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) 別添 3																		
(略)	(略)																													
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																													
(略)	(略)																													
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																													

				<table border="1"> <tr> <td>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</td> <td>⑨ 名</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>⑩ 名</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>⑪ 名</td> </tr> </table> <p>・喫煙を止めたものの割合 = (③+④) / ① % (略)</p>	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														
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																							
特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類 様式5の12の2	P1332	生殖補助医療管理料に係る報告書  1 配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項） (略) <table border="1"> <tr> <td>1-2 治療内容</td> <td>治療の種類</td> <td>年間実施件数 ( 年 )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(略)</td> <td>(略)</td> </tr> </table> (略) 2 治療実績、来院患者情報、治療指針について（任意記載） <table border="1"> <tr> <td>2-1 治療実績について</td> </tr> <tr> <td>○ 前年1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 (略)</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>2-2 来院患者情報</td> </tr> <tr> <td>○ 前年1年間に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)</td> </tr> </table> [記載上の注意] (略) 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1年間（前年の1月から12月まで）の実績を記載すること。	1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 ( 年 )		(略)	(略)	2-1 治療実績について	○ 前年1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 (略)	2-2 来院患者情報	○ 前年1年間に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)	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 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） (略) <table border="1"> <tr> <td>1-2 治療内容</td> <td>治療の種類</td> <td>年間実施件数 ( 年度 )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(略)</td> <td>(略)</td> </tr> </table> (略) 2 治療実績、来院患者情報、治療指針について（任意記載） <table border="1"> <tr> <td>2-1 治療実績について</td> </tr> <tr> <td>○ 前年度に、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 (略)</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>2-2 来院患者情報</td> </tr> <tr> <td>○ 前年度に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)</td> </tr> </table> [記載上の注意] (略) 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年間の実績を記載すること。	1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 ( 年度 )		(略)	(略)	2-1 治療実績について	○ 前年度に、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 (略)	2-2 来院患者情報	○ 前年度に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)	(1) 別添3
1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 ( 年 )																						
	(略)	(略)																						
2-1 治療実績について																								
○ 前年1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 (略)																								
2-2 来院患者情報																								
○ 前年1年間に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)																								
1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 ( 年度 )																						
	(略)	(略)																						
2-1 治療実績について																								
○ 前年度に、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 (略)																								
2-2 来院患者情報																								
○ 前年度に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)																								
特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類 様式23の4	P1378	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  [記載上の注意] 4 「10」から「13」について、実績期間は前年1月1日から当年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、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  [記載上の注意] 4 「10」から「13」について、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。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。	(1) 別添3																				

特掲診療料の施設基準等に 係る届出書添付書類 様式 23 の 4 の 2	P1378	(新設)	がんゲノムプロファイリング検査に係る報告書  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; color: red;">様式23の4の2</p> <p style="text-align: center; color: red;">がんゲノムプロファイリング検査に係る報告書</p> <p style="text-align: right; color: red;">報告年月日: 年 月 日</p> <p style="color: red;">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</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">①+② ( ) 件</td> </tr> <tr> <td>(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</td> <td style="text-align: right;">① ( ) 件</td> </tr> <tr> <td>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、当該患者が予解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</td> <td style="text-align: right;">② ( ) 件</td> </tr> </table> <p style="color: red;">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</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">2. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数(同上)</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">③+④+⑤ ( ) 件</td> </tr> <tr> <td>(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</td> <td style="text-align: right;">③+④ ( ) 件</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: right;">③ ( ) 件</td> </tr> <tr> <td>イ. うち当該患者が予解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</td> <td style="text-align: right;">④ ( ) 件</td> </tr> <tr> <td>うちエキスパートパネルの実施について、当該患者が予解せず (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</td> <td style="text-align: right;">⑤ ( ) 件</td> </tr> </table> <p style="color: red;">【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。</p> </div>	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、当該患者が予解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	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. うち当該患者が予解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、当該患者が予解せず (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	(1) 別添 3
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、当該患者が予解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																			
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. うち当該患者が予解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、当該患者が予解せず (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																			
特掲診療料の施設基準等に 係る届出書添付書類 様式 42	P1411	リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類  [記載上の注意] 5 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた 場合には、「リハビリテーション科の医 師の氏名」欄を記載すること。なお、当該医師につい ては、リハビリテーションに専ら従事して いる医師であること。また、週3日以上常態として勤 務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤 務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を 組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常 勤換算」の□に「✓」を記入すること。	リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類  [記載上の注意] 5 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた 場合には、「リハビリテーション科の医 師の氏名」欄を記載すること。なお、当該医師につい ては、リハビリテーションに専ら従事して いる医師であること。また、週3日以上常態として勤務 しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を 行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合 わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」 の□に「✓」を記入すること。	(3) 別添 3																
特掲診療料の施設基準等に 係る届出書添付書類 様式 42 の 2	P1411	疾患別リハビリテーションに係る症例報告書  2. 患者の状態等について (略) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 30%;">1) 年齢</td> <td style="width: 50%;">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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">例</td> <td style="text-align: center;">75</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> </table> (略)		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	例	75	6	疾患別リハビリテーションに係る症例報告書  2. 患者の状態等について (略) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 30%;">1) 年齢</td> <td style="width: 50%;">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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">例</td> <td style="text-align: center;">75</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> </table> (略)		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	例	75	6	(1) 別添 3				
	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																		
例	75	6																		
	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																		
例	75	6																		
特掲診療料の施設基準等に 係る届出書添付書類 様式 54	P1446	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  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）	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  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。）の実施症例数 （5例以上）	(2) 別添 3																
特掲診療料の施設	P1448	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	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	(2) 別添 3																

基準等に係る届出書添付書類 様式 54 の 4		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)	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実施件数 (合わせて50例以上)																																											
特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類 様式 54 の 6	P1449	網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類  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)	網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類  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実施数 (10例以上)	(2) 別添 3																																										
特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類 様式 87 の 42 の 2	P1541	精巣内精子採取術に係る報告書  1 配置人員、治療内容、実施事項について (必須記載事項) (略) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1-2 治療内容</td> <td style="width: 40%;">治療の種類</td> <td style="width: 40%;">年間実施件数 (年)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(略)</td> <td>(略)</td> </tr> </table> 2 来院患者情報について (任意記載) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>2-1 来院患者情報</td> </tr> <tr> <td>○ 前年に精巣内精子採取術を行った患者数 (実数) (略)</td> </tr> </table> [記載上の注意] 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1年間 (前年の1月から12月まで) の実績を記載すること。	1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年)		(略)	(略)	2-1 来院患者情報	○ 前年に精巣内精子採取術を行った患者数 (実数) (略)	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 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) (略) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1-2 治療内容</td> <td style="width: 40%;">治療の種類</td> <td style="width: 40%;">年間実施件数 (年度)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(略)</td> <td>(略)</td> </tr> </table> 2 来院患者情報について (任意記載) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>2-1 来院患者情報</td> </tr> <tr> <td>○ 前年度に精巣内精子採取術を行った患者数 (実数) (略)</td> </tr> </table> [記載上の注意] 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年間の実績を記載すること。	1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年度)		(略)	(略)	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) (略)	(1) 別添 3																										
1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年)																																												
	(略)	(略)																																												
2-1 来院患者情報																																														
○ 前年に精巣内精子採取術を行った患者数 (実数) (略)																																														
1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年度)																																												
	(略)	(略)																																												
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) (略)																																														
特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類 様式 87 の 42 の 2	P1541	精巣内精子採取術に係る報告書  1-3 実施事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">医療安全管理体制が確保されている</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> </table>	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	精巣内精子採取術に係る報告書  1-3 実施事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">医療安全管理体制が確保されている</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</td> </tr> </table>	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	国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。	<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	
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																																													
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																																													
国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。	<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																																													



第5章歯科 A001初診料	P1555 右	下から 13行目	注1～11 (略) 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。 (新設)	注1～11 (略) (削除)	(6)
				13 初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。	
第5章歯科 A001初診料	P1555 右	下から 5行目	(1)～(19) (略) (20) 「注12」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。 ただし、初診の場合であつて、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合	(1)～(19) (略) (20) 削除	(9)

			等」にあっては、令和6年3月31日までの間に限り、月1回に限り3点を算定する。		
第5章歯科 A001初診料	P1555 右	下から 5行目	(1)～(20) (略) (新設)	(1)～(20) (略) (21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア 「注13」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険医療機関の外来において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を算定する。 ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。 イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。 (イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。 (ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。 ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式5に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間問診票の項目について、別紙様式5を参考とする。	(9)
第5章歯科 A001初診料	P1555 右	下から 5行目	(1)～(20) (略) (21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ (略) (新設)	(1)～(20) (略) (21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ (略) エ アにかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り6点を算定する。 ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。	(19) 別添1 2023. 4.1 適用
第5章歯科 A002再診料	P1556 右		注1～6 (略) 7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない。 8・9 (略) 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。	注1～6 (略) 7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。  (削除)	(6)

第5章歯科 A002再診料	P1556 右	上から 13行目  上から 33行目	注1～6 (略) 7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。  8・9 (略) (新設)	注1～6 (略) 7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。 <u>ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない。</u> 8・9 (略) 10 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。 <u>ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。</u>	(16) 2023. 4.1 適用
第5章歯科 A002再診料	P1557 右	上から 4行目	(1)～(7) (略) (8)「注10」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。 <u>ただし、同一月に区分番号「A000」の「注12」に規定する当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行い、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合にあつては算定できない。なお、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」の点数を算定した場合には、同一月であっても算定できるものとする。</u>	(1)～(7) (略) (削除)	(9)
第5章歯科 A002再診料	P1557 右	上から 4行目	(1)～(7) (略) (新設)	(1)～(7) (略) (8)「注10」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、再診時に診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得した上で診療を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、月1回に限り2点を算定する。 <u>ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。また、同一月に区分番号A000の「注13」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合は算定できない。</u> (9)「注10」に規定する加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。	(19) 別添1 2023. 4.1 適用

歯科 F100 処方料	P1588 右	下から 11行目	注1～8 (略) (新設)	注1～8 (略) 9 注8の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注8に規定する基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 7点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 6点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 4点	(16) 2023. 4.1 適用
歯科 F400 処方箋料	P1588 右	下	注1～6 (略) (新設)	注1～6 (略) 7 注6の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的な名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算 1 9点 ロ 一般名処方加算 2 7点	(16) 2023. 4.1 適用
歯科 第3章経過 措置	P1614		(新設)	第3章 経過措置 1 第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A002の注10、区分番号F1000の注9及びF4000の注7の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。 2 第1章の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号A000の注13中「4点」とあるのは「6点」とする。	(16) 2023. 4.1 適用
3.保険医療 機関・保 険医療養 担当規則	P1627	上から 10行目	(受給資格の確認) 第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によって療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない  一 健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第三条第十三項に規定する電子資格確認 二 患者の提出する被保険者証 (新設)	(受給資格の確認等) 第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第三条第十三項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）又は患者の提出する被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。 (削除)  2 患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「という。）又は患者の提出する被保険者証」とあるのは「という。）」と、「事由によって」とあるのは「事由によって電子資格確認により」とする。 3 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第五条第一項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険医療機関及び同令第六条第一項の規定により届出を行つた保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。 4 保険医療機関（前項の規定の適用を受けるものを除く。）は、第二項に規定する場合において、患者が電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない	(11)

3.保険医療 機関・保 険医療養 担当規則	P1627	上から 30行目	(被保険者証の返還) 第四条 保険医療機関は、 <u>第三条第二号に掲げる方法により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない</u>	(被保険者証の返還) 第四条 保険医療機関は、 <u>患者の提出する被保険者証により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。</u>	(11)				
3.保険医療 機関・保 険医療養 担当規則	P1632	上から 16行目	(新規)	附則(令和四年九月五日 厚生労働省令第百二十四号) この省令は、令和五年四月一日から施行する。	(11)				
3.保険医療 機関・保 険医療養 担当規則	P1632	上から 16行目	附則(令和四年九月五日 厚生労働省令第百二十四号) この省令は、令和五年四月一日から施行する。 (新規)	<p>附則(令和四年九月五日 厚生労働省令第百二十四号) (一部改正 令和五年一月十七日 厚生労働省令第三号) (施行期日)</p> <p><u>第一条</u> この省令は、令和五年四月一日から施行する。 (受給資格の確認等に係る経過措置)</p> <p><u>第二条</u> 第二条 第一条の規定による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則(以下「新療担規則」という。)第三条第二項から第四項までの規定及び第二条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(以下「新薬担規則」という。)第三条第二項から第四項までの規定(新薬担規則第十一条において読み替えて適用する場合を含む。)は、次の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局であって、あらかじめ、その旨を電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。)に記録し電子情報処理組織を使用して提出する方法その他の適切な方法により地方厚生局長又は地方厚生支局長(以下「地方厚生局長等」という。)に届け出たものについて、同表の下欄に掲げる期間においては、適用しない。</p> <table border="1" data-bbox="895 1310 1485 2072"> <tr> <td data-bbox="895 1310 1193 2072">一 患者が健康保険法(大正十一年法律第七十号)第三条第十三項に規定する電子資格確認(以下「電子資格確認」という。)によって保険医療機関及び保険医療養担当規則第一条に規定する療養の給付又は保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第一条に規定する療養の給付(以下「療養の給付」という。)を受ける資格があることを確認を受けることができる体制の整備に係る事業を行う者との間で当該体制の整備に係る契約(令和五年二月二十八日までに締結されたものに限る。)を締結している保険医療機関又は保険薬局であって、当該事業者による当該体制の整備に係る作業が完了していないもの</td> <td data-bbox="1193 1310 1485 2072">上欄の体制の整備に係る作業が完了する日又は令和五年九月三十日のいずれか早い日までの間</td> </tr> <tr> <td data-bbox="895 2042 1193 2072">二 電子資格確認に必要な</td> <td data-bbox="1193 2042 1485 2072">上欄の電気通信回線が整備</td> </tr> </table>	一 患者が健康保険法(大正十一年法律第七十号)第三条第十三項に規定する電子資格確認(以下「電子資格確認」という。)によって保険医療機関及び保険医療養担当規則第一条に規定する療養の給付又は保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第一条に規定する療養の給付(以下「療養の給付」という。)を受ける資格があることを確認を受けることができる体制の整備に係る事業を行う者との間で当該体制の整備に係る契約(令和五年二月二十八日までに締結されたものに限る。)を締結している保険医療機関又は保険薬局であって、当該事業者による当該体制の整備に係る作業が完了していないもの	上欄の体制の整備に係る作業が完了する日又は令和五年九月三十日のいずれか早い日までの間	二 電子資格確認に必要な	上欄の電気通信回線が整備	(15)
一 患者が健康保険法(大正十一年法律第七十号)第三条第十三項に規定する電子資格確認(以下「電子資格確認」という。)によって保険医療機関及び保険医療養担当規則第一条に規定する療養の給付又は保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第一条に規定する療養の給付(以下「療養の給付」という。)を受ける資格があることを確認を受けることができる体制の整備に係る事業を行う者との間で当該体制の整備に係る契約(令和五年二月二十八日までに締結されたものに限る。)を締結している保険医療機関又は保険薬局であって、当該事業者による当該体制の整備に係る作業が完了していないもの	上欄の体制の整備に係る作業が完了する日又は令和五年九月三十日のいずれか早い日までの間								
二 電子資格確認に必要な	上欄の電気通信回線が整備								

				<p>電気通信回線（光回線に限る。）が整備されていない 保険医療機関又は保険薬局</p> <p>三 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護のみを行う 保険医療機関</p> <p>四 改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている 保険医療機関又は保険薬局</p> <p>五 廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局</p> <p>六 その他患者が電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があること の確認を受けることができる体制を整備することが特に困難な事情がある 保険医療機関又は保険薬局</p>	<p>された日から起算して六月が経過した日までの間</p> <p>居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護のみを行う場合にあって患者が電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があること の確認を受けることができる仕組みの運用が開始されるまでの間</p> <p>当該改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている間</p> <p>廃止又は休止するまでの間</p> <p>上欄の特に困難な事情が解消されるまでの間</p> <p>2 新療担規則第三条第二項の規定及び新薬担規則第三条第二項の規定（新薬担規則第十一条において読み替えて適用する場合を含む。）は、保険医療機関又は保険薬局（前項の規定の適用を受けるものを除く。）が次の各号に掲げる療養の給付を担当する場合において、次の各号に掲げる場合にあって患者が電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があること の確認を受けることができる仕組みの運用が開始されるまでの期間、適用しない。</p> <p>一 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護又は居宅における薬学的管理及び指導を行う場合</p> <p>二 電話又は情報通信機器を用いた診療又は薬学的管理及び指導を行う場合</p> <p>3 保険医療機関又は保険薬局は、第一項の届出を行う際、当該届出の内容を確認できる必要な資料を添付するものとする。ただし、同項の届出を行うに当たり、資料の添付を併せて行うことができないことについてやむを得ない事情がある場合には、当該届出の事後において、速やかに地方厚生局長等に提出するものとする。</p> <p>4 第一項の届出は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合においては、当該分室を経由して行うものとする。 (準備行為)</p> <p>第三条 前条第一項の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局は、この省令の施行の日前においても、同条の規定の例により、その届出を行うことができる。 (資料の提供)</p> <p>第四条 地方厚生局長等は、療養の給付に関して必要があると認めるときは、審査支払機関に対し、新療担規則第三条第二項から第四項までの規定及び新薬担規則第三条第二項から第四項までの規定（新薬担規則第十一条において読み替えて適用する場合を含む。）並びに前二条に関して必要な資料の提供を求めることができる。</p> <p>2 社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百十九号）による社会保険診療報酬支払基金は、保険医療機</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>関又は保険薬局において患者が電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができる体制を整備できるよう、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）第二十四条第一号に規定する業務及びこれに附帯する業務並びに同法附則第一条の三第一項各号に掲げ業務を行うため、地方厚生局長等に対して、前二条に規定する届出を行った保険医療機関又は保険薬局の名称及び所在地その他の必要な資料の提供を求めることができる。</p> <p>附則 この省令は、公布の日から施行する。</p>	
第5章 第十厚生労働大臣が定める注射薬	P1664 左	下から 17行目	第十 厚生労働大臣が定める注射薬 一（略）レムデシビル製剤及びガルカネズマブ製剤	第十 厚生労働大臣が定める注射薬 一（略）レムデシビル製剤、ガルカネズマブ製剤、 <u>オファツムマブ製剤、ポソリチド製剤及びエレヌマブ製剤</u>	(5)
第5章 第十厚生労働大臣が定める注射薬	P1664 左	下から 17行目	第十 厚生労働大臣が定める注射薬 一（略）レムデシビル製剤、ガルカネズマブ製剤、 オファツムマブ製剤、ポソリチド製剤及びエレヌマブ製剤	第十 厚生労働大臣が定める注射薬 一（略）レムデシビル製剤、ガルカネズマブ製剤、 オファツムマブ製剤、ポソリチド製剤、エレヌマブ製剤 <u>アバロパラチド酢酸塩製剤、カプラシズマブ製剤、濃縮乾燥人C1-インアクチベーター製剤、フレマネズマブ製剤、メトトレキサート製剤、チルゼパチド製剤及びビメキズマブ製剤</u>	(21)
第5章 第十厚生労働大臣が定める注射薬	P1664 左	下から 17行目	第十 厚生労働大臣が定める注射薬 一（略）レムデシビル製剤、ガルカネズマブ製剤、 オファツムマブ製剤、ポソリチド製剤、エレヌマブ製剤 アバロパラチド酢酸塩製剤、カプラシズマブ製剤、濃縮乾燥人C1-インアクチベーター製剤、フレマネズマブ製剤、 メトトレキサート製剤、チルゼパチド製剤及びビメキズマブ製剤	第十 厚生労働大臣が定める注射薬 一（略）レムデシビル製剤、ガルカネズマブ製剤、 オファツムマブ製剤、ポソリチド製剤、エレヌマブ製剤 アバロパラチド酢酸塩製剤、カプラシズマブ製剤、濃縮乾燥人C1-インアクチベーター製剤、フレマネズマブ製剤、 メトトレキサート製剤、チルゼパチド製剤、 <u>ビメキズマブ製剤、ホスレポドバ・ホスカルビドバ水和物配合剤、ベグバリアーゼ製剤、パピナフスプ アルファ製剤、アバルグルコシダーゼ アルファ製剤、ラナデルマブ製剤及びネモリズマブ製剤</u>	(22)

〈参考〉令和4年度診療報酬改定について（厚生労働省ホームページ）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html)