

# 令和4年度診療報酬改定 (施設基準の届出)について

令和4年3月17日(木)

関東信越厚生局指導監査課

1	施設基準とは（届出の必要なもの）
2	情報通信機器を用いた診療に係る評価
3	在支診及び在支病による地域連携等の推進
4	経過措置等について
5	経過措置等（新型コロナウイルス感染症関係）
6	照会・質問等
7	関係書類

## 基本診療料

コード	項目名称
A0xx	初・再診料・・・(例) 地域包括診療加算 等
A1xx	入院基本料・・・(例) 有床診療所入院基本料 等
A2xx	入院基本料等加算・(例) 救急医療管理加算 等
ほか	ほか

## 特掲診療料

コード	項目名称
Bxxx	医学管理等・・・(例) ニコチン依存症管理料 等
Cxxx	在宅医療・・・(例) 在宅療養支援診療所 等
Dxxx	検査・・・(例) 検体検査管理加算 等
Exxx	画像診断・・・(例) 画像診断管理加算 等
Fxxx	投薬・・・(例) 外来後発医薬品使用体制加算 等
Gxx	注射・・・(例) 外来化学療法加算 等
ほか	ほか

## 点数本（青本）等 の記載例

左側に告示

## 右側に留意事項（通知）

A107 退院	
<b>A108 有床診療所入院基本料(1日につき)</b>	
1 有床診療所入院基本料①	
イ 14日以内の期間	912点
コ 15日以上30日以内の期間	712点
ハ 31日以上の期間	604点
2 有床診療所入院基本料②	
イ 14日以内の期間	620点
ロ 15日以上30日以内の期間	616点
ハ 31日以上の期間	550点
3 有床診療所入院基本料③	
イ 1日以上の期間	605点
ロ 15日以上30日以内の期間	567点
ハ 31日以上の期間	534点
4 有床診療所入院基本料④	
イ 1日以上の期間	824点
コ 15日以上30日以内の期間	640点
ハ 31日以上の期間	542点
5 有床診療所入院基本料⑤	
イ 14日以内の期間	737点
コ 15日以上30日以内の期間	553点
ハ 31日以上の期間	499点
6 有床診療所入院基本料⑥	
イ 14日以内の期間	345点
ロ 15日以上30日以内の期間	309点
ハ 31日以上の期間	280点
注1) 有床診療所(医療施設)であるものを含む。	

注1 右側筋膜系（深筋膜系）にあるものを含むことにして、筋膜性軟骨の外見はつき別に厚生筋膜として定めるが筋膜性軟骨は適合しているものとして厚生筋膜と医療区分に付けて診断記載がある場合は医療区分に入院している患者としてして、当該部位に既存の病変に従い、それぞれ医療区分を付けることある。

例) 喬麻杏花粉等に含まれるアレルギー性抗原を含有する車や労働大臣が定める医療機関の所で可算年齢40歳未満のものであること。

66. 喬麻杏花粉等に含まれるアレルギー性抗原を含有する車や労働大臣が定める医療機関の所で次のハザードにも該当する各病棟において、医師の就診外歴を受診した結果並びに店舗をまため、同該各病棟のいずれか1次医において対応を行う整備費用の双方、一時的に上記と同様とした上

イ) 軽症喘息の発作と共に2回もまたった時間割において、患者の右肩に拘束がないと認められること。

ロ) 有呼吸器の患者が2度以上に2本指となった時間割において、右腕筋肉及び右筋肉の感覚の喪失、右腕筋肉を含む以上であること。ただし、入院患者数が5人以下の場合にあっては、看護職員の数が2人以下であること。

(平成3年3月 厚生省令第1号)

〔最終改正:令和3年3月15日 厚生労働省令第3号〕

### 「歴史修訂入門新小説について」

- 有効治療所入院状況をみると、別に壁面汚損大口が定める施設基準に適合しているものとしないで届け出た施設所（認可病床に係るものを除く）に入院している患者について、次に該診査所に入院患者中の各区分の所定累積数を算定する。

（四）有給休暇取扱い規則基本規に係る人件費割合の割算とは、第2章「通則5」に規定する基準をもととする。

（2）「住」に規定する「新規」の具体的な内容は、既存施設を経た新建や既存の改良の実施後から受け入れ、宿泊の安心化のために既存の高い衛生度を提供することを目的としたものであり、既存の施設の実態によっては24時間入浴支援加算等が算定されたことを肯定する旨を、有床診療所で受け入れた場合に入浴料に充てまる。なぜ、ここでいう「既存」などとは、既存「新規」に規定するおそれ目のことではない。入浴期間が延長される等入浴料の初回は既存できない。

（3）「住」に規定する「既存施設」の「既存」が明確化は、既存施設医療の努力実績を認めたものである。

し、右担当者や介護職員が既往歴を含む状況が複数変化した際に人間支援を提供できる体制を構築することにより、施設側は常にそれを目指して、専門的介護職員の一日指導が有する以下の二種類を評価したものであり、既往歴又は人間とした日々を監視していく形態に定義される。

ア、急性期医療を経た発症の一ヶ月以内に入院し、急性附着癖を併せて、当院無呼吸が判定した患者を、通常では有床診療所の一般外来が受け入れることにより、急性期医療を継続する形態を経て立派である。急性期医療を経た発症の一ヶ月以内とは、一ヶ月には、

「令和元年版、居住系扶養支給手当の算定を推進している事務が、経済公明会議」

上記の手続を終了した後に入院医療を受ける患者になった際に、有料医療施設の医師が医療行為に当該医療を受ける人の負担と看していることにより、自らや介護施設等における他の医療の経済負担を増す。なぜ当該認定を算定すれば、費用を負うべき医療行為に即時負担額が算出されている場合は、当該併合会計で既に算定された料金を支払う必要はない。

（3）本研究が介入基準・評価指標とする診療所では、別に厚生労働大臣が定めた診療報酬基準に適合しているものとして届け出る診療報酬において、医師に費用を作成している。これは直前の検査医療機関が実施して人件料金の範囲に付けて医師の診療報酬を充てた。

この場合について、その内訳を入院患者に示して文書で説明し、医者に施設料度である医  
師名を免りて掲示している場合に、「住友」で算用する計算を算出することはできる。  
6) 有床診療院入院料本邦 1 から 6 もとで算定する診療料であって、既に半導体大三七  
である他の算出基準に合っているものとして自ら山口県の診療料において、診療料の算出

おおむね、当該職務に因るする行爲が本人の場合は、各区分に於て「止む」を定め、他の場合は「許さない」と定めることとする。

今、本規則は既に既存本規則から離れて改定する決議がなされて、別に厚生省労働省二人で定めた新規則に適合しているものとして届け出た際問題に付いて、各区分に於て「止む」と「許さない」として規定するを定めることとする。「イ」と「ア」と「シ」と「エ」と「オ」と「ヘ」並用表示をしない。

(2) 第21号に記載する公表情報は、後段に「(a)」欄の合併件が記載されているもの。

算定にあたり、予め「施設基準の届出」の必要な項目は、「告示」に次の下線部分のような記載があります。なお、実際に算定する際は、これとは別の算定要件が留意事項（通知）に定められています。

## 告 示

注1 有床診療所（療養病床に係るものを除く。）  
であって、看護配置その他の事項につき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診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

## 基本診療料の例 (特掲診療料も同様の通知があります。)

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

当該通知の冒頭から 15 ページ（特掲診療料は同様の特掲診療料の通知の冒頭から 36 ページ）に、新たな施設基準の名称、内容に変更があった施設基準の名称、届出に経過措置が設けられているものについて記載があります。

保険第 0304 第 2 号  
令和 4 年 3 月 4 日

地方厚生（支）局医療長  
都道府県民生主管課（同）  
国民健康保険主管課（部）長  
都道府県後期高齢者医療主管課（元）  
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療長  
(公印省略)

厚生労働省保険局歯科医療管理官  
(公印省略)

### 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

細記については、本日、「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）の告示に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和 4 年厚生労働省告示第 55 号）が告示され、令和 4 年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、責管下の保険医療機関及び審査支払機関等に同知徹底を図り、その取扱いに迷誤のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「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 3 年 3 月 5 日保険第 0305 第 2 号）は、令和 4 年 3 月 31 日限り廃止する。

#### ■

##### 第 1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準等を専門診療について適用する場合にあっては、必要に応じて、当該基準等中「医師」とあるのは、「専科医師」と読み替えて適用すること。

- 1 初・再診料の施設基準等は別添 1 のとおりとすること。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添 2 のとおりとすること。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添 3 のとおりとすること。
- 4 特定入院料の施設基準等は別添 4 のとおりとすること。

## 個別改定項目の評価

1. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
2. 情報通信機器を用いた診療に係る評価
3. 小児医療、周産期医療の充実
4. がん・疾病・難病対策の評価
5. リハビリテーションの評価
6. 質の高い精神医療の評価
7. 重症化予防の取組への評価
8. 後発医薬品等の使用推進の評価
9. 療養・就労両立支援の推進

# 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

<b>(新) 初診料（情報通信機器を用いた場合）</b>	<b>251点</b>
<b>(新) 再診料（情報通信機器を用いた場合）</b>	<b>73点</b>
<b>(新) 外来診療料（情報通信機器を用いた場合）</b>	<b>73点</b>

[算定要件] (初診の場合)

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
  - ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
  - イ 当該患者に「かかりつけの医師」がない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
- (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) (8) 略

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

# 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

## 1. 質の高い在宅医療の確保

- ① 在宅医療に係る診療報酬の概要
- ② 在支診及び在支病による地域連携等の推進
- ③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進
- ④ 小児の在宅医療の評価
- ⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

# 在支診・在支病の施設基準の見直し

## 適切な意思決定支援の推進

- 全ての在支診・在支病について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

## 【経過措置】

令和4年3月31日時点において在宅療養支援診療所等であるものについては、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

## 機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

- 機能強化型の在支診及び在支病について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。

## 機能強化型在支病の要件の見直し

- 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。

### 現行

## 【在宅療養支援病院】

## 【施設基準】（抜粋・例）

- (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。  
ア～サ（略）

シ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

ス（略）



### 改定後

## 【在宅療養支援病院】

## 【施設基準】（抜粋・例）

- (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること  
ア～サ（略）  
シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。
  - 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
  - 在支診等からの要請により患者の受け入れを行う病床を常に確保し、在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受け入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。
  - 地域包括ケア病棟入院料・管理料1又は3を届け出ていること。  
ス（略）

# 在支診・在支病の施設基準（参考）

	機能強化型在支診・在支病				在支診在 支病	(参考) 在宅療養 後方支援病院						
	単独型		連携型									
	診療所	病院	診療所	病院								
全ての在支 診・在支病 の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している <u>⑦ 適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>											
全ての在支 病の基準	<p>「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。</p> <p>(1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと</p> <p>(2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること</p> <p>※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満</p>											
機能強化型 在支診・在 支病の基準	<u>⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上</u>		<u>⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上</u>		<u>⑧ 次のうちいずれか1つ</u> ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 <u>・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受け入れを行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受け入れを行った実績が直近1年間で31件以上</u> <u>・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>	<u>⑧ 次のうちいずれか1つ</u> ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上各医療機関で4件以上 <u>・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受け入れを行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受け入れを行った実績が直近1年間で31件以上</u> <u>・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>						
	<u>⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上</u>											
	<u>⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上</u>		<u>⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上</u> かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上									
	<u>⑩ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>											

# 経過措置について①

区分番号	項目	経過措置
1 A000 A002	初診料の注2及び注3、外来診療料の注2及び注3に規定する保険医療機関	紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和5年4月1日から適用する。
2 A000	初診料の注10に規定する機能強化加算	令和4年3月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、地域包括診療加算2、地域包括診療料2、機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における実績に係る基準を満たしているものとする。
3 A000	初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算	区分番号A000の注14のただし書き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。
4 A000等	初診料の注12等に規定する連携強化加算	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関に対する、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。
5 —	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和4年3月31日時点で、急性期一般入院料1～5、7対1入院基本料（結核、特定機能病院（一般病棟）、専門病院）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を届け出ている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとみなす。
6 A100	急性期一般入院料1における重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料1を届け出ている病棟（許可病床200床以上400床未満の保険医療機関に限る）については、令和4年12月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価に係る基準を満たしているものとみなす。
7 A100	急性期一般入院料6における施設基準	令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料6を届け出ている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、引き続き令和4年度改定前の点数表により急性期一般入院料6を算定可能とする。
8 A101	療養病棟入院基本料	令和4年3月31において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。

## 経過措置について②

区分番号	項目	経過措置
9 A101	療養病棟入院基本料（注11）	療養病棟入院基本料の注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。
10 A101	療養病棟入院基本料（注11）	令和4年3月31において、現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。
11 A106等	障害者施設等入院基本料の注10等に規定する夜間看護体制加算等	令和4年3月31時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する基準を満たしているものとする。
12 A200	総合入院体制加算	令和4年3月31において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和4年9月30日までの間、令和4年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものとする。
13 A200-2	急性期充実体制加算	院内迅速対応チームの構成員における所定の研修については、令和4年9月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。
14 A200-2	急性期充実体制加算	院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和4年9月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。ただし、その場合であっても1回目を令和4年9月30日までの間に開催すること。
15 A200-2	急性期充実体制加算	外来を縮小する体制における、紹介割合・逆紹介割合の要件及び、紹介受診重点医療機関については、令和5年4月1日以降に適用するものとする。
16 A200-2	急性期充実体制加算	公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院について、令和5年3月31日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。
17 A207	診療録管理体制加算	令和4年3月31において、現に診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和5年3月31日までの間、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置及び情報セキュリティに関する研修に係る要件を満たしているものとみなす。

## 経過措置について③

区分番号	項目	経過措置
18 A234-2	感染対策向上加算2	令和4年3月31日において、旧医科点数表A234-2の感染防止対策加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、専任の薬剤師及び専任の臨床検査技師の適切な研修に係る基準を満たすものとする。
19 A234-2	感染対策向上加算の注2に規定する指導強化加算	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていることに係る要件を満たすものとする。
20 A234-4	重症患者初期支援充実加算	特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスについて、開催が困難な場合にあっては、令和4年9月30日までに開催予定であれば、差し支えないものとする。
21 A244	病棟薬剤業務実施加算1	令和4年3月31日時点において、現に病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であって、小児入院医療管理料の届出を行っているものについては、令和4年9月30日までの間に限り、病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟に配置されているとみなす。ただし、この場合であっても小児入院医療管理料を算定する病棟に病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が配置されていないときは、当該加算を算定できない。
22 A245 (A100, A101, A105, A106, A306, A308, A309, A310, A311)	データ提出加算（地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。）	令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であって、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

## 経過措置について④

区分番号	項目	経過措置
23	A245 (A100, A105, A106, A306, A309, A310)	データ提出加算（地域一般入院料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料） 令和4年3月31において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあっては、令和5年3月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たすものとする。
24	A245 (A100, A105, A106, A306, A309, A310)	データ提出加算（地域一般入院料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料） 令和4年3月31において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあっては、令和6年3月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たすものとする。
25	A245 (A311)	データ提出加算（精神科救急急性期医療入院料） 令和4年3月31時点での精神科救急入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和6年3月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
26	A246	入退院支援加算1 1の(4)に掲げる「連携医療機関」等の規定については、令和4年3月31において現に入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすこと。
27	A249	精神科急性期医師配置加算1 精神科急性期医師配置加算3 令和4年3月31時点での精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和6年3月31日までの間に限り、クロザピン導入に係る基準を満たしているものとする。
28	A249	精神科急性期医師配置加算1 令和4年3月31時点での精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和5年3月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。
29	A249	精神科急性期医師配置加算1 令和4年3月31時点での現に精神科急性期医師配置加算1の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和5年3月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。

## 経過措置について⑤

区分番号	項目	経過措置
30 A252	地域医療体制確保加算	令和4年3月31日時点で地域医療体制確保加算の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成することに係る基準を満たしているものとする。
31 A300	救命救急入院料における重症度、医療・看護必要度の評価方法	令和4年3月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている治療室にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。
32 A300等	救命救急入院料の注11等に規定する重症患者対応体制強化加算	急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、A200-2急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
33 A301	特定集中治療室管理料における重症度、医療・看護必要度の評価方法	令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。
34 A301	特定集中治療室管理料の注5に規定する早期栄養介入管理加算	令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の「注5」に掲げる早期栄養介入管理加算の届出を行っている治療室にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、8の(4)の基準を満たしているものとみなす。
35 A308	回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「新規入院患者のうちの重症の患者の割合」に係る施設基準を満たしているものとする。
36 A308	回復期リハビリテーション病棟入院料5・6	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、改正前の点数表に従い算定を行うことができる。

## 経過措置について⑥

区分番号	項目	経過措置
37 A308-3	地域包括ケア病棟入院料 (200床以上400床未満の医療機関に限る。)	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、令和4年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
38 A308-3	地域包括ケア病棟入院料	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。
39 A308-3	地域包括ケア病棟入院料 (100床以上の医療機関)	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、入退院支援加算1の届出を要さないこととする。
40 A308-3	地域包括ケア病棟入院料 (一般病床に限る。)	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院に該当するものとみなす。
41 A308-3	地域包括ケア病棟入院料 (療養病床に限る。)	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が8割以上であること・当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受け入れ人数が、前3月間において30人以上であること・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていることの要件を満たしているものとする。
42 A311	精神科救急急性期医療入院料 精神科救急医療体制加算1 精神科救急医療体制加算2 精神科救急医療体制加算3	令和4年3月31において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下とすることについて要件を満たすものとみなす。
43 A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出を行っている病棟（特定機能病院に限る。）については、令和4年9月30日までの間に限り、施設基準を満たしているものとする。

## 経過措置について⑦

区分番号	項目	経過措置
44 B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料	令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を満たしているものとする。
45 B001・23	がん患者指導管理料イ	令和4年3月31日時点で、がん患者指導管理料イの届出を行っている医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
47 B001・32	一般不妊治療管理料	令和4年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び生殖補助医療を実施する他の保険医療機関との連係に係る基準を満たしているものとする。
48 B001・33	生殖補助医療管理料	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受け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、人員の配置、具備すべき施設・設備、安全管理等の医療機関の体制（生殖補助医療管理料1における患者からの相談に対応する体制を除く。）に係る基準を満たしているものとする。
49 B005-12	こころの連携指導料（I）	自殺対策等に関する適切な研修を受講していない場合にあっては、令和4年9月30日に受講予定であれば、差し支えないものとする。
50 C在宅医療	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	令和4年3月31日時点で、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
51 D007「1」	アルブミン（B C P改良法・B C G法）	B C G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。
52 E通則5	画像診断管理加算3に関する施設基準	令和4年3月31日時点で画像診断管理加算3の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る要件を満たしているものとする。

## 経過措置について⑧

区分番号	項目	経過措置
53 H004	摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1	令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和4年度改定前）の医科点数表区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、摂食嚥下機能回復体制加算1に関する摂食嚥下支援チームの職種の規定における「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、経口摂取回復率35%以上の基準を満たしているものとする。
54 H通則	疾患別リハビリテーション料	令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定に係る要件を満たしていることとする。
55 I002-3	救急患者継続支援料	令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人員配置に係る基準を満たしているものとする。
56 J038	人工腎臓 注2 □ 導入期加算2	令和4年3月31日時点で導入期加算2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(2)のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。
57 J及びK	医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置等の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準	令和4年3月31日時点で時間外加算1等の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、当直回数の基準を満たしているものとする。
58 K838-2	精巣内精子採取術	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受け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、医師の配置、診療実績及び他の保険医療機関との連係に係る基準（1）のアの②及び③並びにイの②から④まで及び（2）の基準を満たしているものとする。
59 訪問看護	機能強化型訪問看護管理療養費	令和4年3月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費1又は2の届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和4年9月30日までの間に限り、「人材育成のための研修等」及び「訪問看護に関する情報提供又は相談」に係る基準を満たしているものとする。

## 経過措置について⑨

区分番号	項目	経過措置
60 訪問看護	指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準	令和6年3月31日までの間、業務継続計画の策定等については、努力義務とする。

## 令和4年度診療報酬改定に係る経過措置等の取扱い

- 新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。
- 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。
- 令和4年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※1）を設けるとともに、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。  
(※1) 具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。
- 令和4年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、1年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応（※2）も終了する。  
(※2) 新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和4年3月31日までの間、令和元年（平成31年）の実績（年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度（平成31年度）の実績）を用いても差し支えないこととしている。

## 新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について（施設基準関係）（参考）①

- 患者の急激な増加等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

### （1）医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を行わないこととした。

### （2）施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより、入院患者が一時的に急増等した場合や、学校等の臨時休学に伴い、看護師が自宅での子育て等を理由として勤務することが困難になった場合等においては、当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出は不要とした。

### （3）看護配置の変動に関する取扱い

（2）と同様の場合において、看護要員の比率等に変動があった場合でも当面、変更の届出は不要とした。

### （4）DPC対象病院の要件等の取扱い

（2）と同様の場合において、看護要員の数等の施設基準を満たさなくなった場合については、「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当せず、届出は不要とした。

### （5）本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。また、会議室等病棟以外の場所に入院させた場合には、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定することとした。

### （6）研修等の取扱いについて

定期的な研修や医療機関間の評価を要件としている項目の一部について、研修や評価を実施できるようになるまでの間、実施を延期できることとした。

## 新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について（施設基準関係）（参考）②

### （7）緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れるために、緊急に開設する必要がある保険医療機関について、新たに基本診療料の届出を行う場合においては、要件審査を終えた月の診療分についても当該基本診療料を算定できることとした。

### （8）新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて

臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等については、次のとおりとした。（以下、「対象医療機関等」という。）

- ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等
- イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
- ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
- エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

また、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき区域とされた区域にかかわらず、全ての保険医療機関等について（新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置を実施すべき区域として公示された区域において、重点措置を実施すべき期間とされた期間については、当該区域を含む都道府県に所在する全ての保険医療機関等について）、当該臨時的な取扱いの対象とすることとする。

なお、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間（重点措置を実施すべき期間とされた期間）については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。※ 訪問看護ステーションについても、同様の取扱いとする。

さらに、対象医療機関等に該当する場合は、手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件について、当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準及び届出基準の変更の届出を行わなくてもよいものとした。また、対象医療機関等に該当しなくなった後の取扱いとして、

- ①対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする
- ②対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いることとした。

## 施設基準の届出について

### お願い

- 令和4年4月1日から算定を行うためには、令和4年4月20日(水曜日)(必着)までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。

# 酸素の購入価格に関する届出書 (令和4年度 算定分)

令和4年度中に酸素加算を算定しない、過去に酸素を購入したことがない場合は **届出不要！**

前年度（3年度）の購入内容を記入

前年度に購入がなく前々年度以前に購入があればその内容を記入  
※ 購入年月の記載漏れが多い

※ 購入業者の記載漏れが多い

(別紙様式25)

## 酸素の購入価格に関する届出書(令和4年度)

← 離島等(離島・過疎地域・特別豪雪地帯)に該当する場合はチェックを入れてください。

1 前年の1月から12までの間に酸素の購入実績がある場合

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
3年 1月								
3年 2月								
3年 3月								
3年 4月								
3年 5月								
3年 6月								
3年 7月								
3年 8月								
3年 9月								
3年 10月								
3年 11月								
3年 12月								
計								
単価								

2 前年の1月から12までの間に酸素の購入実績がない場合(当該診療月前の酸素の購入実績)

**注 令和元年9月30日までの購入実績については、実際に購入した価格に108分の110を乗じて得た額（1円未満の端数は四捨五入）を購入対価とし記載して下さい。**

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年 月								
単価								

3 その他

購入業者名	種類(該当する番号に丸をつけてください)
	1. 液化酸素(CE) 2. 液化酸素(LGC) 3. ボンベ(大型) 4. ボンベ(小型)
	1. 液化酸素(CE) 2. 液化酸素(LGC) 3. ボンベ(大型) 4. ボンベ(小型)
	1. 液化酸素(CE) 2. 液化酸素(LGC) 3. ボンベ(大型) 4. ボンベ(小型)

記のとおり届出します。  
令和 年 月 日

医療機関コード \_\_\_\_\_

保険医療機関の所在地 \_\_\_\_\_

保険医療機関の名称 \_\_\_\_\_

開設者名 \_\_\_\_\_

関東信越厚生局長 殿

記載上の注意事項

1 届出は、当該前年の1月1日から12月31までの間に購入したすべての酸素について記載すること。

2 対価は、実際に購入した価格(消費税を含む。)を記載すること。

※記載内容について照会する場合がありますので、担当課の電話番号と担当者名を下記に記載いただきますようお願いします。

(電話番号)

(担当課)

(担当者名)

## 診療報酬改定に関する質問票

当該様式が関東信越厚生局のHPに掲載していますのでご活用ください。

FAXで当方にお送りいただき、内容の確認が取れ次第お電話にて回答しています。

医科、歯科及び薬局で、施設基準（届出関係）、算定関係に担当が分かれています。

本省に確認が必要な場合、回答までにお時間をいただくことがあります。

なお、令和4年度改定の具体的な詳細は、今後厚生労働省から発出される「疑義解釈の送付について（その〇）」にて順次示されます。

掲載場所は、厚生労働省のHP「令和4年度診療報酬改定について」と同じウェブページの下段にある「事務連絡」になります。

# 診療報酬改定に関する質問票

質問年月日	令和 年 月 日						
保険医療機関等名称					医療機関(入力-ショウ)コード		
所属部署				連絡先電話			
担当者名				連絡先Fax			
医科		歯科		薬局		訪問看護ステーション	
算定	施設基準	算定	施設基準	算定	施設基準	算定	基準

医科・歯科・薬局の区分の中で、診療報酬等の算定に関する照会は「算定」に〇を、施設基準に関する照会は、「施設基準」(訪問看護ステーションは「基準」)に〇を記入して下さい。

医科・区分						
A.基本診療 ( )	B.医学管理 ( )	C.在宅 ( )	D.検査 ( )	E.画像 ( )	F.投薬 ( )	G.注射 ( )
H.リハビリ ( )	I.精神科 ( )	J.処置 ( )	K.手術 ( )	L.麻酔 ( )	M.放射線 ( )	N.病理診断 ( )

医科の照会については、さらに該当する区分のアルファベットに○を記入し、区分番号を  
かっこ内に記載してください。（分からぬ場合は記載不要です。）

一つの質問につき、一枚の質問票でお願いします。

(表題)

## 関 係 資 料

厚生労働省HP

- 令和4年度診療報酬改定について

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

関東信越厚生局HP

- 施設基準の届出様式（基本診療料及び特掲診療料）

[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo\\_shido/sisetukijyunntodokede.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo_shido/sisetukijyunntodokede.html)

関東信越厚生局（指導監査課）HP

- 診療報酬改定に関する質問票

[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/gyomu/bu\\_ka/shido\\_kansa/index.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/gyomu/bu_ka/shido_kansa/index.html)

今後とも保険診療の適切な運用に  
ご協力いただきますようお願いいたします。。