

『点数表改定のポイント』2022 年 4 月版 正誤及び追補

(2022. 7. 5 現在)

※訂正箇所は**ゴシック太字下線**で表示する。但し、下線等の訂正については「訂正箇所」欄に注釈で示す。

※追補は■印を付した。

※最新の正誤は太枠で示している。

頁	訂正箇所	誤	正
4	下から 7 行目	…改定率は ▲0.97% と推計される。…	…改定率は ▲0.94% と推計される。…
12	下から 3 行目	在宅療養支援診療所・支援病院において	強化型以外 の在宅療養支援診療所・支援病院において
14	下から 6 7 行目	…また、短期滞在手術等基本料 1 の対象技術を 日帰り で行ったものを除くこととされたため、届出を行っていない病院でも、対象技術を 日帰り で行った患者は平均在院日数の計算対象から除外することとなる。	…また、短期滞在手術等基本料 1 の対象技術を 入院 で行ったものを除くこととされたため、届出を行っていない病院でも、対象技術を 入院 で行った患者は平均在院日数の計算対象から除外することとなる。
42 ■	上から 8 行目	なお、当該加算の届出については実績を要しない。	削除
53 ■	下から 2 行目	取扱いについては、 (3) と同様であること。	取扱いについては、 (4) と同様であること。
58 ■	58 頁の上段の様式 1 の 3 の 2 枚目を【別紙 B】に差し替え		
59 ■	様式 1 の 4 の「記載上の注意」の 3	3 「2」は、感染対策向上加算 1 又は地域の医師会からどのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。	3 「2」は、 連携する 感染対策向上加算 1 に係る届出を行った保険医療機関 又は地域の医師会からどのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。
61	上から 6 行目	(※ 1) B001 禁煙治療補助システム…	(※ 1) B100 禁煙治療補助システム…
67	医学管理一覧表中最左段上から 3 行目	特定疾患療養管理料 	特定疾患療養管理料
101	上から 2 行目	ロ 医師又は看護師 が心理的不安を・・・	ロ 医師、看護師又は公認心理師 が心理的不安を・・・
115 ■	上から 2 行目	他の保険医療機関 又は保険者 に照会すること。	他の保険医療機関 又は保険者 に照会すること。
117 ■	上から 12 行目	なお、当面の間、 キ からケの基準については、…	なお、当面の間、 力 からケの基準については、…
117 ■	上から 20 行目	なお、当面の間、 キ からケの基準については、…	なお、当面の間、 力 からケの基準については、…
124 ■	下から 15 行目	A000 初診料の機能強化加算、B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料、	A000 初診料の機能強化加算、 医学管理等の通則第 3 号の外來感染症対策向上加算、通則第 4 号の連携強化加算、通則第 5 号のサーベイランス強化加算、 B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料、
159 ■	下から 7 行目	厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針（編注：「オンライン指針」への変更漏れと思われる） に沿って・・・	オンライン指針 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針（編注：「オンライン指針」への変更漏れと思われる）に沿って・・・
165 ■	下から 3 行目	別紙様式 14 の 1 から・・・	別紙様式 14 の 1 から・・・
199 ■	上から 13 行目	(4)「情報通信機器を用いた診療を行った場合」は再診料に新設された「情報通信機器を用いた場合」の点数が 算定できる 。	(4)「情報通信機器を用いた診療を行った場合」は再診料に新設された「情報通信機器を用いた場合」の点数は 算定できない 。
245 ■	下から 12 行目	及び レムデシビル製剤	レムデシビル製剤、ガルカネズマブ製剤及びオファツムマブ製剤
251	下から 13 行目	…引き上げられ 180 点 となった。	…引き上げられ 190 点 となった。
258 ■	上から 5 行目の次に右を挿入	オ 甲状腺癌における R E T 融合遺伝子検査 カ 甲状腺髄様癌における R E T 遺伝子変異検査	
261 ■	下から 4 行目	縁取り 空胞 を伴う遠位型ミオパチー	縁取り 空胞 を伴う遠位型ミオパチー
267 ■	下から 6 行目	(2) 当該保険医療機関における当該検査の実施件数	(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
267 ■	下から 5 行目	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。	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。
276	2. 留意事項(28) 3 行目の右を削除	(※準用点数からの点数化)	
286	下から 4 行目	イ「2 消化管からの検体」 180 点 （+10 点）	イ「2 消化管からの検体」 190 点 （+10 点）
286	下から 3 行目	ウ「3 血液又は穿刺液」 190 点 （+5 点）	ウ「3 血液又は穿刺液」 220 点 （+5 点）
287	上から 9 行目	…20 点引き上げられ 380 点 とされた。	…20 点引き上げられ 400 点 とされた。

287 ■	上から 12 行目	…検査委託の 有無にかかわらず、1,350点から650点引き下げられ、 700点で算定する…	…検査委託の 場合は4月1日～6月末まで850点、7月以降は 700点で算定することとされ、 検査委託以外は4月から700点に引き下げられた。
291 ■	上から 15 行目 (3)	循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査は、・・・	循環動態解析装置を用いる冠 動脈 血流予備能測定検査は、・・・
291 ■	上から 18 行目 (4)	循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査を・・・	循環動態解析装置を用いる冠 動脈 血流予備能測定検査を・・・
299 ■	下から 14 行目	(3) 常勤の麻酔に従事する医師（医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という）が配置されていること。（編注：麻酔科標榜医については常勤とされたが、現時点で、施設基準通知の届け出が必要な項目には示されておらず、従前からの「届出様式31の3」には変更がない。）	(3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
308	下から 9 行目	…のページにある 通知	…のページにある 事務連絡
324	上から 10 行目から 19 行目	通則4の4全てに下線を引く（新設のため）	
324 ■	上から 1 行目	… 1 年間に 当該疾患別リハビリテーション料を…	… 1 年間に 当該疾患別リハビリテーション料を…
356 ■	上から 1 行目	次のアから ウ までのいずれも満たす場合に	次のアから エ までのいずれも満たす場合に
374	上から 18 行目	耳鼻咽喉科乳幼児 初期 加算	耳鼻咽喉科乳幼児 処置 加算
378 ■	下から 12 行目	(DESIGN-R2020分類 d2以上とする)	(DESIGN-R2020分類 D3、D4及びD5)
384	上から 16 行目	以下ア～ カ の施設基準を全て満たし…	以下ア～ キ の施設基準を全て満たし…
397 ■	下から 3 行目	…新設された手術等 42項目 が追加された。	…新設された手術等 41項目 が追加された。
404 ■	右段下から 10 行目	K343-2、K388-3、K400の3	K343-2、 K374-2 、K388-3、 K394-2 、K400の3
405 ■	右段上から 10 行目	K684-2、K697-4の1	K684-2、 K695-2 、K697-4の1
405 ■	右段上から 14 行目	… K740-2の3 及び4 、K754-3、…	…K754-3、…
406 ■	下から 13 行目	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（ボツリヌス毒素によるもの）、 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	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（ボツリヌス毒素によるもの）、 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
407 ■	下から 18 行目	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、 腹腔鏡下肝切除術	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、 腹腔鏡下肝切除術
407 ■	下から 14 行目の右を削除	腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術及び経肛門吻合を伴う切除術に限る）、	
408 ■	上から 15 行目	…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）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）…	…緑内障手術（ 流出路再建術（眼内法に限る）、 緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 及び濾過胞再建術（needle法） ）…
408 ■	下から 9 行目	膀胱水圧拡張術、ペースメーカー移植術	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
408 ■	下から 5 行目	膀胱水圧拡張術及び腹腔鏡下仙骨腫固定術	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
409 ■	通則 4 に追加された手術一覧表中	施設基準の届出が必要な手術（ 42項目 ）	施設基準の届出が必要な手術（ 41項目 ）
409 ■	通則 4 に追加された手術一覧表中、右を削除	K740-2腹腔鏡下直腸切除・切断術（ 3 . 超低位前方切除術、4 . 経肛門吻合を伴う切除術）	
425 ■	下から 9、2 行目	角結膜悪性腫瘍切除 手術	角結膜悪性腫瘍切除術
433 ■	下から 10 行目	… 5つ（編注：6つの誤りと思われる） の…	… 6つ の…
456	上から 5 行目	…「直腸温 35° C で 12 時間以上 …	…「直腸温 35° C 以下 で12時間以上…
458 ■	下から 4 行目	当該加算の要件については、第81 の2	当該加算の要件については、第81
487 ■	改定の概要（入院料の通則）	(1)入院期間の計算にあたって、再入院時の起算日の取り扱いについて、悪性腫瘍の患者も3カ月経過しなければ起算日とできないこととされた。	削除 (以下番号を繰り上げ)
487	上から 16 行目	(3) A400短期滞在手術等基本料 1 の対象検査、手術を 日帰り 入院で行ったものは平均在院日数の対象から除く…	(3) A400短期滞在手術等基本料 1 の対象検査、手術を入院で行ったものは平均在院日数の対象から除く…

489	上から 11 行目	エ A400短期滞在手術等基本料 1 の対象検査・手術を <u>日帰り</u> 入院で行ったものは測定対象から除外…	エ A400短期滞在手術等基本料 1 の対象検査・手術を入院で行ったものは測定対象から除外…																																				
490	下から 12 行目	イ 退院の日から起算して3月以上（ <u>悪性腫瘍、難病</u> の患者に対する・・・	イ 退院の日から起算して3月以上（ <u>悪性腫瘍、難病</u> の患者に対する・・・																																				
492	別紙 3 の中段の表、上から 4 段目を右に差し替え	<table><tr><td>炎症・感染</td><td>(0)局所の炎症 徴候なし</td><td>(1)局所の炎症 徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)</td><td>(2C)(※3)臨界的定着 疑い (<u>創面にぬめりがあり、浸出液が多い。</u> <u>肉芽があれば、浮腫性で脆弱など</u>)</td><td>(3)(※3)局所の 明らかな感染 徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）</td><td>(9)全身的 影響あり (発熱など)</td></tr></table>		炎症・感染	(0)局所の炎症 徴候なし	(1)局所の炎症 徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(2C)(※3)臨界的定着 疑い (<u>創面にぬめりがあり、浸出液が多い。</u> <u>肉芽があれば、浮腫性で脆弱など</u>)	(3)(※3)局所の 明らかな感染 徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）	(9)全身的 影響あり (発熱など)																														
炎症・感染	(0)局所の炎症 徴候なし	(1)局所の炎症 徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(2C)(※3)臨界的定着 疑い (<u>創面にぬめりがあり、浸出液が多い。</u> <u>肉芽があれば、浮腫性で脆弱など</u>)	(3)(※3)局所の 明らかな感染 徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）	(9)全身的 影響あり (発熱など)																																		
494	下から 9 行目	手術、検査を <u>日帰りの</u> 入院で行った場合は、…	手術、検査を入院で行った場合は、…																																				
498	下から 19 行目	…該当検査・手術を <u>日帰り</u> 入院で行った患者は、…	…該当検査・手術を入院で行った患者は、…																																				
508	上から 11 行目	また、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く）についても評価の対象としない。	また、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く）についても評価の対象としない。																																				
508	上から 12 行目	2. ～ <u>6.</u> (略)	2. ～ <u>5.</u> (略) 6. 評価の判断 アセスメント共通事項 A モニタリング及び処置等 5. A3「注射薬剤3種類以上の管理」及びA5「輸血や血液製剤の管理」で共通するコードが入力されている場合には、それぞれの選択肢において評価の対象としてよい。																																				
509	下から 12 行目	象手術、検査を <u>日帰り</u> 入院で行った場合が追加された。このため、短期滞在手術等基本料 1 の届出を行っていない医療機関でも、該当検査・手術を <u>日帰り</u> 入院で…	象手術、検査を入院で行った場合が追加された。このため、短期滞在手術等基本料 1 の届出を行っていない医療機関でも、該当検査・手術を入院で…																																				
518	表中、地域一般入院料 3 看護師 4 割以上 14 日以内	<table><tr><td>看護師 4 割以上</td><td>1, 438 (1, 583)</td></tr></table>	看護師 4 割以上	1, 438 (1, 583)	<table><tr><td>看護師 4 割以上</td><td>1, 438 (1, 588)</td></tr></table>	看護師 4 割以上	1, 438 (1, 588)																																
看護師 4 割以上	1, 438 (1, 583)																																						
看護師 4 割以上	1, 438 (1, 588)																																						
518	表中、下から 2 段目	<table><tr><th colspan="2">看護補助加算</th></tr><tr><td>○地域一般 1 又は 2 への加算</td><td></td></tr><tr><td><u>看護補助加算 1 (30 対 1)</u></td><td>+141</td></tr><tr><td>夜間 75 対 1 看護補助加算</td><td>+55</td></tr><tr><td>○地域一般 1 ～ 3 への加算</td><td></td></tr><tr><td>看護補助加算 2 (50 対 1)</td><td>+116</td></tr><tr><td>看護補助加算 3 (75 対 1)</td><td>+55</td></tr><tr><td>看護補助体制充実加算</td><td>+5</td></tr><tr><td>夜間看護体制加算 (入院初日)</td><td>+165</td></tr></table>	看護補助加算		○地域一般 1 又は 2 への加算		<u>看護補助加算 1 (30 対 1)</u>	+141	夜間 75 対 1 看護補助加算	+55	○地域一般 1 ～ 3 への加算		看護補助加算 2 (50 対 1)	+116	看護補助加算 3 (75 対 1)	+55	看護補助体制充実加算	+5	夜間看護体制加算 (入院初日)	+165	<table><tr><th colspan="2">看護補助加算</th></tr><tr><td>○地域一般 1 又は 2 への加算</td><td></td></tr><tr><td>夜間 75 対 1 看護補助加算</td><td>+55</td></tr><tr><td>○地域一般 1 ～ 3 への加算</td><td></td></tr><tr><td><u>看護補助加算 1 (30 対 1)</u></td><td>+141</td></tr><tr><td>看護補助加算 2 (50 対 1)</td><td>+116</td></tr><tr><td>看護補助加算 3 (75 対 1)</td><td>+55</td></tr><tr><td>看護補助体制充実加算</td><td>+5</td></tr><tr><td>夜間看護体制加算 (入院初日)</td><td>+165</td></tr></table>	看護補助加算		○地域一般 1 又は 2 への加算		夜間 75 対 1 看護補助加算	+55	○地域一般 1 ～ 3 への加算		<u>看護補助加算 1 (30 対 1)</u>	+141	看護補助加算 2 (50 対 1)	+116	看護補助加算 3 (75 対 1)	+55	看護補助体制充実加算	+5	夜間看護体制加算 (入院初日)	+165
看護補助加算																																							
○地域一般 1 又は 2 への加算																																							
<u>看護補助加算 1 (30 対 1)</u>	+141																																						
夜間 75 対 1 看護補助加算	+55																																						
○地域一般 1 ～ 3 への加算																																							
看護補助加算 2 (50 対 1)	+116																																						
看護補助加算 3 (75 対 1)	+55																																						
看護補助体制充実加算	+5																																						
夜間看護体制加算 (入院初日)	+165																																						
看護補助加算																																							
○地域一般 1 又は 2 への加算																																							
夜間 75 対 1 看護補助加算	+55																																						
○地域一般 1 ～ 3 への加算																																							
<u>看護補助加算 1 (30 対 1)</u>	+141																																						
看護補助加算 2 (50 対 1)	+116																																						
看護補助加算 3 (75 対 1)	+55																																						
看護補助体制充実加算	+5																																						
夜間看護体制加算 (入院初日)	+165																																						
520	下から 9 行目	…限度とされた。	…限度とされた <u>(2022 年 10 月 1 日から実施)</u> 。																																				
530	上から 18 行目	(中心静脈栄養を実施する患者への摂食・嚥下機能の回復体制確保、 <u>月 1 回以上 FIM 測定を行わない患者のリハビリテーション</u>)	(中心静脈栄養を実施する患者への摂食・嚥下機能の回復体制確保)																																				
530	上から 21 行目	A101（編注：療養病棟入院基本料）の注 1 <u>及び注 11</u> の規定について	A101（編注：療養病棟入院基本料）の注 1 の規定について																																				
533	下段の別紙様式 53 に続くものとして【別紙 A】を 1 頁追加																																						
533	上段の様式 5 の 7 を【別紙 C】に差し替え																																						
538	表中＜入院期間 90 日超毎＞欄	データ提出加算 3 ・ 4 ★、感染対策向上加算 3	データ提出加算 3 ・ 4 ★、感染対策向上加算 3 ★																																				
539	上から 17 行目	検査を <u>日帰り</u> 入院で行った場合が追加…	検査を入院で行った場合が追加…																																				

553	下の表中、すべての入院料の区分で「脳卒中、脳卒中後遺症（重度意識障害等以外）」であって「医療区分3」の「90 日超」の欄を、右に変更	入院基本料			90 日超	
					特定除外	特定患者
		7 対 1 入院基本料	脳卒中、脳卒中後遺症（重度意識障害等以外）	医療区分 3	1, 615	969◆
		10 対 1 入院基本料	脳卒中、脳卒中後遺症（重度意識障害等以外）	医療区分 3	1, 356	969◆
		13 対 1 入院基本料	脳卒中、脳卒中後遺症（重度意識障害等以外）	医療区分 3	1, 138	969◆
		15 対 1 入院基本料	脳卒中、脳卒中後遺症（重度意識障害等以外）	医療区分 3	995	969◆
555 ■	下から 16 行目 (6) を右に差し替え	<u>(6) 2022 年 10 月以降も有床診療所入院基本料の注3に掲げる有床診療所在宅患者支援病床初期加算を算定するには、様式 12 の 7 を出し直す必要がある。</u>				
574	下から 3 行目	(7) A207 診療録管理体制加算（入院初日） 届 （病院）	(7) A207 診療録管理体制加算（入院初日） 届 （病院・ 診療所 ）			
575	上から 2 行目	加算 1 を届け出ている…	当該 加算を届け出ている…			
578	下から 9 行目	(3) 短期滞在手術等基本料 1 の対象となる手術又は検査を 日帰り 入院で実施した場合は、…	(3) 短期滞在手術等基本料 1 の対象となる手術又は検査を入院で実施した場合は、…			
581	下から 13 行目	…様式 18 の 33 …	…様式 18 の 3…			
582	上から 4 行目	(3) 短期滞在手術等基本料 1 の対象となる手術又は検査を 日帰り 入院で実施した場合は、…	(3) 短期滞在手術等基本料 1 の対象となる手術又は検査を入院で実施した場合は、…			
584	上から 7 行目	(4) 短期滞在手術等基本料 1 の対象となる手術又は検査を 日帰り 入院で実施した場合は、…	(4) 短期滞在手術等基本料 1 の対象となる手術又は検査を入院で実施した場合は、…			
584	上から 16 行目	<u>(夜間 75 対 1 看護補助加算)</u>	<u>(夜間看護体制加算)</u>			
585	上から 15 行目	(1) 看護補助加算を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の 一般病棟用 の重症度、医療・看護必要度 I 又は II に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該 加算 を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という）の割合が 急性期一般入院料 76 又は 10 対 1 入院基本料を算定する病棟においては一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I で 0.7 割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II で 0.6 割以上 であること。	(1) 看護補助加算 1 を算定するものとして届け出た病床 <u>(地域一般入院料 1 若しくは地域一般入院料 2 を算定する病棟又は 13 対 1 入院基本料を算定する病棟に限る)</u> に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の重症度、医療・看護必要度 I 又は II に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該 入院料 を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という）の割合が重症度、医療・看護必要度 I で 0.5 割 以上、重症度、医療・看護必要度 II で 0.4 割 以上であること。			
588 ■	上から 16 行目	ウ 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。 (編注：原文まま)	(3) 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。			
593 ■	下から 16 行目、及び 6 行目	なお、当該加算の届出については実績を要しない。	削除			
593	下から 2 行目	ウ 専任の常勤医師と専任の 常勤 看護師からなる…	ウ 専任の常勤医師と専任の看護師からなる…			
606 ■	上から 5 行目	(5) (1) 及び (4)に係る当該加算の届出についてはいずれも実績を要しない。	(5) (1)に係る当該加算の届出についてはいずれも実績を要しない。			
609	上から 12 行目	っている保険医療機関であること。 なお、ここでの適切な研修とは、医療安全対策加算の(1)のアをいうものである。	っている保険医療機関であること。			
609 ■	上から 16 行目	ること。なお、ここでの適切な研修とは、医療安全対策加算の(1)のアをいうものである。	ること。なお、ここでの適切な研修とは、医療安全対策加算の 1 の (1)のアをいうものである。			
618	下から 4 行目の(3)（略）を右に変更	(3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近 1 か月の実施時間が合算して 1 週間につき 20 時間相当に満たない病棟（A106 障害者施設等入院基本料又は 特殊疾患病棟入院料等小児入院医療管理料以外 の特定入院料（病棟単位で行うものに限る）を算定する病棟を除く）があつてはならないこと。	(3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近 1 か月の実施時間が合算して 1 週間につき 20 時間相当に満たない病棟（A106 障害者施設等入院基本料又は 特殊疾患病棟入院料等小児入院医療管理料以外 の特定入院料（病棟単位で行うものに限る）を算定する病棟を除く）があつてはならないこと。			
619 ■	下から 14 行目	ただし、 次のアからカのいずれか のみの届出を行う保険医療機関にあつては、A207 の診療録管理体制加算 1 又は 2 の施設基準を満たしていれば足りること。 ア 特殊疾患入院医療管理料 イ 回復期リハビリテーション病棟入院料 ウ 地域包括ケア病棟入院料 エ 特殊疾患病棟入院料 オ 緩和ケア病棟入院料 カ 精神科救急急性期医療入院料	ただし、 特定入院料（A317 特定一般病棟入院料を除く） のみの届出を行う保険医療機関にあつては、A207 の診療録管理体制加算 1 又は 2 の施設基準を満たしていれば足りること。			

628	上から4段目			精神	結核	障害者			精神	結核	障害者
		A214	夜間看護 体制加算	○※ 1・ <u>13</u>	○※ 1・ <u>13</u>	○※ 1・ <u>13</u>	A214	夜間看護 体制加算	○※ 1・ <u>9</u>	○※ 1・ <u>9</u>	○※ 1・ <u>9</u>
			看護補助 体制充実 加算	○※ 1・ <u>13</u>	○※ 1・ <u>13</u>	○※ 1・ <u>13</u>		看護補助 体制充実 加算	○※ 1・ <u>9</u>	○※ 1・ <u>9</u>	○※ 1・ <u>9</u>
634	上から6行目	(6) 短期滞在手術等基本料1の対象となる手術又は検査を <u>日帰り</u> 入院で実施した場合は、…					(6) 短期滞在手術等基本料1の対象となる手術又は検査を入院で実施した場合は、…				
645	下から1行目	(8) 短期滞在手術等基本料1の対象となる手術又は検査を <u>日帰り</u> 入院で実施した場合は、…					(8) 短期滞在手術等基本料1の対象となる手術又は検査を入院で実施した場合は、…				
651 ■	下から2行目	(3) 特定集中治療室管理料1の(5)から(9)まで <u>及び</u> (11)を満たすこと。					(3) 特定集中治療室管理料1の(5)から(9)まで、 <u>(11)及び(12)</u> を満たすこと。				
655 ■	下から10行目の 右の下線部を削除	とする。 なお、当該患者が、直接、評価対象の治療室に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、他の治療室又は病棟に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象の治療室に入院した場合は評価対象に含める。									
657	上から1行目	(9) 短期滞在手術等基本料1の対象となる手術又は検査を <u>日帰り</u> 入院で実施した場合は、…					(9) 短期滞在手術等基本料1の対象となる手術又は検査を入院で実施した場合は、…				
662	下から19行目	(8) 短期滞在手術等基本料1の対象となる手術又は検査を <u>日帰り</u> 入院で実施した場合は、…					(8) 短期滞在手術等基本料1の対象となる手術又は検査を入院で実施した場合は、…				
690 ■	右段上から18行 目	…る)、在宅医療、…					…る) <u>及び二次性骨折予防継続管理料（口に限る）</u> 、在宅医療、…				
695	下から12行目	(3) 短期滞在手術等基本料1の対象となる手術又は検査を <u>日帰り</u> 入院で実施した場合は、…					(3) 短期滞在手術等基本料1の対象となる手術又は検査を入院で実施した場合は、…				
697	上から16行目	(10) 地域包括ケア病棟入院料2又は4を算定する病棟 <u>又は病室</u> を有する…					(10) 地域包括ケア病棟入院料2又は4を算定する病棟を有する…				
697	上から20行目	…（2022年9月30日までの経過措置あり）					…（ <u>許可病床数200床以上400床未満の場合は2022年9月30日までの経過措置あり</u> ）				
699	下から5行目	（急性期患者支援病床初期加算・在宅患者支援病床初期加算） <u>属</u>					（急性期患者支援病床初期加算・在宅患者支援病床初期加算）				
701 ■	右段上から2行目	…排尿自立支援加算、在宅医療、…					…排尿自立支援加算、 <u>二次性骨折予防継続管理料（口に限る）</u> 、在宅医療、…				
712 ■	上から8行目の次に 右を挿入	6. 経過措置 【告示】 二十二 令和4年3月31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200床以上400床未満のものに限る）については、同年9月30日までの間に限り、第九の十一の二（ <u>編注：地域包括ケア病棟入院料の施設基準のこと</u> ）の(4)の二（ <u>編注：地域包括ケア病棟入院料2の200床以上の病院の病棟について、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満である基準</u> ）又は(8)の二（ <u>編注：地域包括ケア病棟入院料4の200床以上の病院の病棟について、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満である基準</u> ）に該当するものとみなす。									
721 ■	上から12行目	投与を開始した日から起算して <u>3月</u> を限度					投与を開始した日から起算して <u>90日</u> を限度				
727 ■	上から11行目	投与を開始した日から起算して <u>3月</u> を限度					投与を開始した日から起算して <u>90日</u> を限度				
730 ■	上から12行目	投与を開始した日から起算して <u>3月</u> を限度					投与を開始した日から起算して <u>90日</u> を限度				
734	下から10行目	術又は検査を <u>日帰り</u> 入院で実施した場合は、…					術又は検査を入院で実施した場合は、…				
734	下から1行目	術又は検査を <u>日帰り</u> 入院で実施した場合は、…					術又は検査を入院で実施した場合は、…				
742	上から16行目	術又は検査を <u>日帰り</u> 入院で実施した場合は、…					術又は検査を入院で実施した場合は、…				
742	下から4行目	…検査・手術を <u>日帰り</u> 入院で実施した場合は、…					…検査・手術を入院で実施した場合は、…				
742	下から1行目	①短期滞在手術等基本料1該当の検査・手術を実施した場合は上記アの①② <u>及び(1)のウ</u> と同じ					①短期滞在手術等基本料1該当の検査・手術を <u>外来</u> で実施した場合は、上記アの①②と同じ。 <u>短期滞在手術等基本料1のみに該当する検査・手術を日帰り入院で実施した場合は上記アの①②及び(1)のウと同じ。</u>				
742	従前の正誤表で、下から9行目と下から1行目に正誤を入れておりましたが、正誤の必要がありませんでした。正誤を取り消します。										
743	上から1行目	②短期滞在手術等基本料3該当の検査・手術を <u>1泊2日以上</u> の入院で実施した場合					②短期滞在手術等基本料3（ <u>1と3の両方に該当する場合を含む</u> ）該当の検査・手術 <u>等</u> を入院で実施した場合				
743	上から4行目	(b) <u>5泊</u> 6日以上 <u>で実施</u> した場合は、6日目からは…					(b) <u>入院5日以内に実施し</u> 、6日以上 <u>入院</u> した場合は、5日目までは短期滞在手術等基本料3で算定し、6日目からは…				

743	上から 6 行目の次に右を追加	(c)入院 6 日以上の日に検査・手術等を実施した場合は、入院 1 日目より出来高算定となる。 ・短期滞在 1 と 3 の両方に該当する検査・手術を実施した場合の平均在院日数等は、742 頁の(1)のウと同じ。 ・短期滞在手術等基本料 3 のみに該当する検査・手術等を実施した場合は、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、回リハ病棟における日常生活機能評価の測定のいずれも、計算から除外しない。	
745	下から 17 行目	ソ K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法	ソ K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
749	下から 4 行目	…、省略する)	…、省略する。 なお、点数表告示のイ～イタは、留意事項通知ではア～アタとなる)
754 ■	下から 19 行目	A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算	削除
754 ■	下から 16 行目の次に右を挿入	A231-3 依存症入院医療管理加算 (薬物依存症の患者に対して治療を行う場合に限り)	
755 ■	上から 2 行目	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	ここから削除し、2022 年 10 月以降に引き続き実施する場合の、758 頁の上から 10 行目の次に移動する
755 ■	上から 21 行目の次に右を挿入	B001-2-11 小児かかりつけ診療料 2	
756 ■	上から 1 行目の次に右を挿入	H004 摂食機能療法の摂食嚥下機能回復体制加算 3	
756 ■	下から 14 行目の次に右を挿入	K594 不整脈手術 (左心耳閉鎖術 (胸腔鏡下によるもの) に限り)	
757 ■	下から 20 行目	A244 病棟薬剤業務実施加算 1 (小児入院医療管理料 (病棟単位で行うもの) に限り) を算定する場合に限り)	ここから削除し、2022 年 10 月以降に引き続き実施する場合の、758 頁の上から 8 行目の次に移動する
757 ■	下から 16 行目	B001-2-11 小児かかりつけ診療料 1 ・2	B001-2-11 小児かかりつけ診療料 1
757 ■	下から 13 行目	D006-18 BRCA 1 / 2 遺伝子検査	D006-18 BRCA 1 / 2 遺伝子検査 (令和 4 年 4 月 1 日以降に前立腺癌患者に対して「1」腫瘍細胞を検体とするものを算定する場合又は令和 4 年 4 月 1 日以降に前立腺癌患者若しくは膀胱癌患者に対して「2」血液を検体とするものを算定する場合に限り)
757 ■	下から 8、7 行目	<リハビリテーション> 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・2・3	削除
757 ■	下から 3 行目の次に右を挿入	(基本診療料) <入院料全般> 夜間看護体制加算 <入院基本料>	
757 ■	下から 1 行目	A100 一般病棟入院基本料 (急性期一般入院料 1 及び地域一般入院基本料を除く)	A100 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)
758 ■	上から 6 行目の次に右を挿入	A207-4 看護職員夜間配置加算 (地域包括ケア病棟入院料を除く)	
758 ■	上から 8 行目の次に右を挿入	A246 入退院支援加算 1	
758 ■	上から 8 行目の次に右を挿入	A252 地域医療体制確保加算	
758 ■	下から 20 行目	A100 一般病棟入院基本料 (急性期一般入院料 1 に限り)	A100 一般病棟入院基本料 (急性期一般入院料 1 に限り) (許可病床数 200 床以上 400 床未満の保険医療機関に限り)
758 ■	上から 2 行目	A108 有床診療所入院基本料	A108 有床診療所入院基本料の注 3 に掲げる有床診療所 在宅患者支援病床初期加算
758 ■	下から 22 行目の次に右を挿入	<リハビリテーション> 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・2	
758 ■	下から 11 行目	…保険医療機関 又は A311-2 精神科急性期治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関 に限り)	…保険医療機関に限り)
761 ■	上から 20 行目	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 ・・・	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)、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出 術 ・・・
761 ■	下から 9 行目	(4)～(10) (略)	(4)～(6) (略) (7)～(9) 別紙 D 参照 (10) (略)
763 ■	上から 20 行目	(12) 腹腔鏡下副腎摘出 手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出 手術 (褐色細胞腫) (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(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)、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出 術 (褐色細胞腫) (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

766	上から 20 行目	…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限る、…	…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限る、…																																
781 ■	上から 17～20	【2022 年 3 月 31 日で廃止となる臨時的取扱い】 ・乳幼児感染予防策加算（50 点） ・「A999-00 二類感染症患者入院診療加算（外来診療・診療報酬上臨時的取扱）」（250 点・疑い患者に対する外来診療の場合・診療・検査医療機関・自治体 HP 公表・対応時間内）	【2022 年 3 月 31 日で廃止となる臨時的取扱い】 ・乳幼児感染予防策加算（50 点） 【2022 年 7 月 31 日まで算定可能な臨時的取扱い】 ・「A999-00 二類感染症患者入院診療加算（外来診療・診療報酬上臨時的取扱）」（250 点・疑い患者に対する外来診療の場合・診療・検査医療機関・自治体 HP 公表・対応時間内）																																
782 ■	上から 7 行目に右を追加	2022 年 3 月 21 日時点で対象となっていた場合は、4 月 30 日まで算定可能（3/16（その 68））																																	
782	下から 13 行目の次に右を挿入	・新型コロナウイルス感染症から回復した後の入院管理の取扱い																																	
782 ■	下表を右に差し替える	<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th><th>3 月末まで</th><th>4 月 1 日～6 月末まで</th><th>7 月～</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託）</td><td>1350 点</td><td>850 点</td><td>700 点</td></tr> <tr> <td>SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託以外）</td><td>700 点</td><td>700 点</td><td>700 点</td></tr> <tr> <td>SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託）</td><td>1350 点</td><td>850 点</td><td>700 点</td></tr> <tr> <td>SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託以外）</td><td>700 点</td><td>700 点</td><td>700 点</td></tr> <tr> <td>SARS-CoV-2 抗原検出（定性）</td><td>300 点</td><td>300 点</td><td>300 点</td></tr> <tr> <td>SARS-CoV-2 抗原検出（定量）</td><td>560 点</td><td>560 点</td><td>560 点</td></tr> <tr> <td>SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）</td><td>420 点</td><td>420 点</td><td>420 点</td></tr> </tbody> </table>		検査項目	3 月末まで	4 月 1 日～6 月末まで	7 月～	SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託）	1350 点	850 点	700 点	SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託以外）	700 点	700 点	700 点	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託）	1350 点	850 点	700 点	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託以外）	700 点	700 点	700 点	SARS-CoV-2 抗原検出（定性）	300 点	300 点	300 点	SARS-CoV-2 抗原検出（定量）	560 点	560 点	560 点	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）	420 点	420 点	420 点
検査項目	3 月末まで	4 月 1 日～6 月末まで	7 月～																																
SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託）	1350 点	850 点	700 点																																
SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託以外）	700 点	700 点	700 点																																
SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託）	1350 点	850 点	700 点																																
SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託以外）	700 点	700 点	700 点																																
SARS-CoV-2 抗原検出（定性）	300 点	300 点	300 点																																
SARS-CoV-2 抗原検出（定量）	560 点	560 点	560 点																																
SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）	420 点	420 点	420 点																																

最新の正誤表については、保団連 HP(<https://hodanren.doc-net.or.jp/>)でも紹介しておりますので、ご確認ください。

保団連正誤表

検索

<https://hodanren.doc-net.or.jp/>



【別紙A】

〔記載上の注意〕

1. ①については、毎年7月に報告する際には、前年10月、当該年1月、4月及び7月について記入する。別の月に報告する際には、報告を行う月及び報告を行う月以前で1月、4月、7月及び10月のうち直近の月について記入する。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、当該月について算出を行っていない項目については、記入は不要である。
2. ②は療養病棟リハビリテーション実績指数の計算対象となったものに限る。
3. ④は選定療養として行われたものを除く。
4. ⑫は在棟中に一度も疾患別リハビリテーション料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者を除く。
5. ⑮の除外患者数は、入棟日においてFIM運動項目の得点が20点以下若しくは76点以上、FIM認知項目の得点が24点以下、又は年齢が80歳以上であったことによりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外したものに限る。
6. ⑯の除外割合は、⑬が「有」の場合は⑮÷⑭、「無」の場合は⑮÷⑰とする。
7. ⑭、⑮、⑯の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して180日以内まで算定できるものに限る。

3. 療養病棟リハビリテーション実績指数

①	()月	()月	()月	()月	()月
前月までの6か月間に療養病棟を退棟した患者数	名	名	名	名	名
⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数	名	名	名	名	名
⑦の患者の退棟時のFIM得点(運動項目)から入棟時のFIM得点(運動項目)を控除したものの総和	点	点	点	点	点
⑨の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料(算定日数上限で除いたものの総和(要件に該当しないものは180日で除すこと。))					
⑩ 療養病棟リハビリテーション実績指数(⑧÷⑨)	点	点	点	点	点

4. 除外患者について(届出の前月までの6か月について以下を記入する。)

	()月	()月	()月	()月	()月	()月	()月
⑫ 入棟患者数	名	名	名	名	名	名	名
⑬ 高次脳機能障害患者が退棟患者数の40%以上であることによる除外の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑭ ⑬による除外がある場合は除外後の入棟患者数(⑬が有の場合のみ)	名	名	名	名	名	名	名
⑮ リハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名	名
⑯ 除外割合(⑮÷(⑫又は⑭))	%	%	%	%	%	%	%

5. 高次脳機能障害患者が40%以上であることによる除外について(⑬が有の場合には、それぞれ⑩の7か月前から前月までの6か月間の状況について記入。)

※()にはそれぞれ⑩の前月を記載	()月までの6か月	()月までの6か月	()月までの6か月	()月までの6か月	()月までの6か月
⑰ 6か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名
⑱ ⑰のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名
⑲ 高次脳機能障害患者の割合(⑱÷⑰)	%	%	%	%	%

【別紙 B】

① 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) シ①に掲げる過去 1 年間の緊急の往診の実績又は 1 (1) シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近 1 年間で 3 件以上	
② 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) スに掲げる過去 1 年間の在宅における看取りの実績が 1 件以上又は過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が 1 件以上	

2 常勤医師の配置状況（適合する全ての□に「✓」を記入すること。）

常勤医師の氏名		該当
ア	介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っている	☐
イ	警察医として協力している	☐
ウ	母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 12 条及び第 13 条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする 1 歳 6 か月、3 歳児等の乳幼児の健康診査）を実施している	☐
エ	予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第 5 条第 1 項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施している	☐
オ	幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任している	☐
カ	「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日付老計発 1018001 号・老振発 1018001 号・老老発 1018001 号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席している	☐
キ	通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力している	☐

3 地域におけるかかりつけ医機能として実施している内容に係る院内及びホームページ等への掲載状況等

掲載状況等	該当
<u>保険医療機関の見やすい場所に掲示している</u>	☐
<u>ホームページ等に掲示している</u>	☐
<u>掲示している内容を記載した文書を保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにしている</u>	☐

【別紙 C】

様式 5 の 7

療養病棟入院基本料の施設基準に係る届出書（7月報告）

1 届出入院料：					
2 当該病院の許可病床数					床
3 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)					科
4 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影検査を担当する常勤医師の氏名等					
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	診療科名	当該診療科の 経験年数	検査の経験年数
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
5 自施設内における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数					例
6 自施設内における嚥下造影検査年間実施症例数					例
7 連携する保険医療機関の名称：					
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	診療科名		
	☐	時間			
	☐	時間			
	☐	時間			
	☐	時間			
	☐	時間			
8 連携施設における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数					例
9 連携施設における嚥下造影検査年間実施症例数					例
10 過去1年間に中心静脈栄養を実施した患者数					例
うち、中心静脈栄養を終了し経口摂取等へ移行した患者数					例

[記載上の注意]

- 1 常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。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専任の非常勤医師(当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。)を組み合わせ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。

【別紙 D】

(1) ～ (6) 略

(7) 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 に係る年間実施日数

ア 緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

1 月から 12 月までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年 3 月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数及び 2 日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った回数

(イ) 1 月から 12 月までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年 3 月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) (イ)にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から翌年の 3 月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から翌年の 3 月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

(ハ) (ロ)に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年 12 月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し（実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年 3 月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(8) 手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 に係る年間実施日数

手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 については、~~(7)-(9)~~ 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の例による。

(9) 人工腎臓（慢性維持透析を行った場合 1 及び 2 に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりの J O 3 8 人工腎臓を算定した患者数の割合

ア 1 月から 12 月までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前 12 月の実績（届出前 12 月の実績がない場合は届出前 3 月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から所定点数を算定することができるものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年 12 月末までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりの J O 3 8 人工腎臓を算定した患者数について

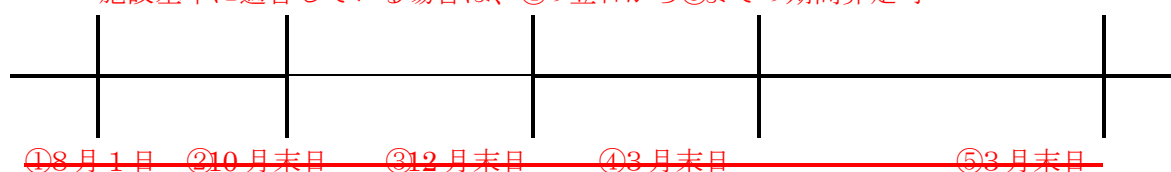
ては、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及び J O 3 8 人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。) し、当該要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末まで所定点数を算定できるものとする。

エ アにかかわらず、届出前 12 月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施設基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

~~新規届出の場合~~

~~例 1 : 7 月 10 日から算定を開始した場合~~

- ~~・ ①から②までの実績により適合性を判断~~
- ~~・ 施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可~~
- ~~・ ④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断~~
- ~~・ 施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可~~



~~例 2 : 1 月 10 日から算定を開始した場合~~

- ~~・ ①から②までの実績により適合性を判断~~
- ~~・ 施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可~~
- ~~・ ④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断~~
- ~~・ 施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可~~

