解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
入院共通	【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】	【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】		
	[施設基準] 4　褥瘡対策の基準 (4)　褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。 (5)栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫等の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。 (6)～(8)（略）	[施設基準] 4褥瘡対策の基準 （新設） （新設） (4)～(6)（略）		
A100	【急性期一般入院基本料1】 [施設基準] イ 急性期一般入院基本料の施設基準 ① 通則 5 許可病床数が二百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から6までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。	【急性期一般入院基本料1】 [施設基準] イ 急性期一般入院基本料の施設基準 ① 通則 5 許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1から6までに限る。）に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。		
	[経過措置] 令和四年三月三十一日において現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が二百床以上四百床未満の保険医療機関に限る。）については、**同年十二月三十一日**までの間に限り、第五の二の（1）のイの①の5に該当するものとみなす。	[経過措置] 十二 令和二年三月三十一日において現に急性期一般入院料1から6までに係る届出を行っている病棟（許可病床数が四百床以上の保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第五の二の（1）のイの①の5に該当するものとみなす。		
A100の2	【地域一般入院基本料】	【地域一般入院基本料】		
	[施設基準] ロ 地域一般入院基本料の施設基準 ① 通則 4 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	[施設基準] ロ 地域一般入院基本料の施設基準 ① 通則 （新設）		
A101	【療養病棟入院基本料】	【療養病棟入院基本料】		
	[算定要件] 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 夜間看護加算 **50点** ロ 看護補助体制充実加算 **55点**	[算定要件] 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。		
	[施設基準] 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 (8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 イ 夜間看護加算の施設基準 ①～③（略） ロ 看護補助体制充実加算の施設基準 ① イの①及び②を満たすものであること。 ② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。	[施設基準] 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 (8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 （新設） イ～ハ（略） （新設）		
A101	医療療養病床に係る医療法に基づく人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の注 11 に規定する令和4年3月 31 日までの経過措置（所定点数の 100 分の 85 に相当する点数を算定）について、評価を見直すとともに、当該経過措置の期間を2年間延長する。			
	[算定要件] 注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の**100分の75**に相当する点数を算定する。	[算定要件] 注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。		
	[経過措置] 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。	[経過措置] 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4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。		
	[施設基準] (7) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 イ（略） ロ 令和四年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和四年厚生労働省告示）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表（以下「旧医科点数表」という。）の療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている病棟であること。 ハ（略）	[施設基準] (7) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 イ（略） ロ 令和二年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和二年厚生労働省告示第五十七号）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表（以下「旧医科点数表」という。）の療養病棟入院基本料の注11又は注12の届出を行っている病棟であること。 ハ（略）		
A101	療養病棟における中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、当該病棟が患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定することとする。			
	[算定要件] 注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の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と認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定し、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。	[算定要件] 注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。		
	[経過措置] （1）令和4年3月 31 日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、同年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。 （2）令和4年3月 31 日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。			

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A105	【専門病院入院基本料(13対1)】	【専門病院入院基本料(13対1)】		
	[施設基準] 六 専門病院入院基本料の施設基準等 (2) 専門病院入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準 ハ 十三対一入院基本料の施設基準 ④ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	[施設基準] 六 専門病院入院基本料の施設基準等 (2) 専門病院入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準 ハ 十三対一入院基本料の施設基準 (新設)		
A106	【障害者施設等入院基本料】	【障害者施設等入院基本料】		
	[算定要件] 注9 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病棟に入院している患者(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。)については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 看護補助加算 (1) 14日以内の期間 **146点** (2) 15日以上30日以内の期間 **121点** ロ 看護補助体制充実加算 (1) 14日以内の期間 **151点** (2) 15日以上30日以内の期間 **126点**	[算定要件] 注9 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病棟に入院している患者(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。)について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 141点 ロ 15日以上30日以内の期間 116点		
	[施設基準] 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (7) 障害者施設等入院基本料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 イ 看護補助加算の施設基準 次のいずれにも該当すること。 ①～④ (略) ロ 看護補助体制充実加算の施設基準 ① イの①から③までを満たすものであること。 ② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。	[施設基準] 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (7) 障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算の施設基準 (新設) 次のいずれにも該当すること。 イ～ニ (略) (新設)		
A106	障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、当該病棟に入院してから 90 日までの間に限り、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。			
	[算定要件] 注5 当該病棟に入院している特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。)をいう。)に該当する者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、注1から注3まで及び注12の規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。	[算定要件] 注5 当該病棟に入院している特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。)をいう。)に該当する者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。		
	注12当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者(重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。)であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの **1,345点** (2) 医療区分1の患者に相当するもの **1,221点** ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの **1,207点** (2) 医療区分1の患者に相当するもの **1,084点** ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの **1,118点** (2) 医療区分1の患者に相当するもの **995点**	(新設)		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A106	【障害者施設等入院基本料】	【障害者施設等入院基本料】		
	［算定要件］ 注7　当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ （略） ソ　栄養サポートチーム加算 ツ～オ （略）	［算定要件］ 注7　当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ （略） （新設） ソ～ノ （略）		
A101	療養病棟入院基本料　経過措置の見直し			
	療養病棟入院基本料の注 11 に規定する場合において、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「FIM」という。）の測定を月に1回以上行っていない場合は、1日につき**2単位**まで出来高での算定とする。 また、医療区分2の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIM の測定を行っていない場合においては、医療区分1の場合に相当する点数を算定することとする。			
	注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。 4～10 （略） 11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た 場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数（入院料D、E又はFを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞ れ入院料G、H又はIの点数）の**100分の75**に相当する点数を算定する。 ［施設基準］ (3) 療養病棟入院基本料に含まれる第7部リハビリテーションの費用入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき**二単位**を超えるもの（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「FIM」という。）の測定を行っていない場合に限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。	［算定要件］ 注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機 関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。 4～10 （略） 11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点 数の100分の85に相当する点数を算定する。 ［施設基準］ （新設）		
	［経過措置］ 令和4年3月 31 日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、同年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。			
A106	【障害者施設等入院基本料】	【障害者施設等入院基本料】		
	［施設基準］ 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。 イ 次のいずれかに該当する病棟であること。 ①・② （略） ロ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	［施設基準］ 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれかに該当する病棟であること。 イ・ロ （略）		