

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
共通	<p>【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】</p> <p>【施設基準】</p> <p>4 褥瘡対策の基準</p> <p>(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。</p> <p>(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。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。</p> <p>(6)～(8) (略)</p>	<p>【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】</p> <p>【施設基準】</p> <p>4褥瘡対策の基準 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(4)～(6) (略)</p>		

A306	<p>【特殊疾患入院医療管理料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注6 当該病室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の規定にかかわらず、当該患者が入院している病室の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p> <p>イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,171点</p> <p>ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点</p>	<p>【特殊疾患入院医療管理料】</p> <p>(新設)</p>		
A306	<p>【特殊疾患入院医療管理料】</p>	<p>【特殊疾患入院医療管理料】</p>		
データ提出	<p>【施設基準】</p> <p>八 特殊疾患入院医療管理料の施設基準等</p> <p>(1) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準</p> <p>ハ 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。</p>	<p>【施設基準】</p> <p>八 特殊疾患入院医療管理料の施設基準等</p> <p>(1) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準</p> <p>(新設)</p>		
A307	<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注5 診療に係る費用(注2及び注3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、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、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1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p>6 診療に係る費用(注2から注4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、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、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>7 診療に係る費用(注2から注4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、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、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>【小児入院医療管理料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注5 診療に係る費用(注2及び注3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、(中略)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1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p>6 診療に係る費用(注2から注4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、(中略)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>7 診療に係る費用(注2から注4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、(中略)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>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A308	<p>(1) <u>回復期リハビリテーション病棟入院料5を廃止し、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料6を新たな回復期リハビリテーション病棟入院料5として位置付ける。</u>ただし、令和4年3月31日時点において、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、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定できることとする。</p> <p>(2) 新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する場合は、算定を開始した日から●●年間に限り、回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定することができることとする。</p>			
	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (削除)</p> <p>5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 1,679点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,664点)</p> <p>6 回復期リハビリテーション病棟入院料6 1,678点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,664点)</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 1,736点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,721点)</p> <p>6 回復期リハビリテーション病棟入院料6 1,678点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,664点)</p>		
	<p>【算定要件】</p> <p>注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者(回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4又は回復期リハビリテーション病棟入院料5を現に算定している患者に限る。)が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合(注1のただし書に規定する場合を除く。)は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。</p> <p>5 5については、算定を開始した日から起算して二十四月(回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあっては、十二月)に限り算定する。</p> <p>(経過措置) 令和四年三月三十一日において現に改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料のうち回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6の算定については、令和5年3月31日までの間、なおその効力を有するものとする。 ※ 回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6を算定していた病棟が改正後の診療報酬の算定方法により回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する場合は、1年間に限り算定することができることとする。</p>	<p>【算定要件】</p> <p>注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者(回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6を現に算定している患者に限る。)が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合(注1のただし書に規定する場合を除く。)は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。 (新設)</p>		
	<p>【施設基準】</p> <p>十 施設基準等 (削除)</p> <p>(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準 <u>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。</u></p> <p>(経過措置) 令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、改正後の基本診療料の施設基準等第九の十の規定にかかわらず、なお従前の例によること ができる。</p>	<p>【施設基準】</p> <p>十 施設基準等 (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準 イ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十以上であること。 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。 (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料6の施設基準 (6)のロを満たすものであること。</p>		
A308	<p>2. 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までに係る施設基準における <u>重症患者の割合を見直し、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2については4割以上、回復期リハビリテーション病棟入院料3及び4については3割以上とする。</u></p>			
	<p>【施設基準】</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 ホ 当該病棟において、新規入院患者のうち四割以上が重症の患者であること。 ※ <u>回復期リハビリテーション病棟入院料2についても同様。</u> (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準 イ 当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。 ※ 回復期リハビリテーション病棟入院料4も同様。</p> <p>【経過措置】</p> <p>● <u>令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十の(2)のホ、(3)(2)のホに限る。、(4)のイ又は(5)(4)のイに限る。)に該当するものとみなす。</u></p>	<p>【施設基準】</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 ホ 当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準 イ 当該病棟において、新規入院患者のうち二割以上が重症の患者であること。</p> <p>【経過措置】 (新設)</p>		
A308	<p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3について、公益財団法人日本医療機能評価機構等による第三者の評価を受けていることが望ましいこととする。</p>			
	<p>【施設基準】</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 <u>又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であることが望ましいこと。</u> (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準 へ (2)の又を満たすものであること。</p> <p>7 届出に関する事項 (4) <u>毎年7月において、第三者評価の状況等について、別添7の様式により届け出ること。</u></p>	<p>【施設基準】</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 (新設) (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準 (新設)</p> <p>7 届出に関する事項 (新設)</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A308	<p>「回復期リハビリテーションを要する状態」について、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」を追加し、算定上限日数を90日以内とする。</p> <p>【算定要件】 (11)「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。 ア・イ(略) ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数(入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。)の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の⑤に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るFIMの測定を行うこと。 ①～④(略) ⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの (12)～(15)(略) (16) 急性心筋梗塞等の患者(基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当する患者であって、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して90日まで算定できるものに限る。)については、「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)の内容を踏まえ、心肺運動負荷試験(CPX(cardiopulmonary exercise testing))を入棟時及び入棟後月に1回以上実施することが望ましい。</p> <p>【施設基準】 (1) 通則 ル 別表第九に掲げる急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態に該当する患者に対してリハビリテーションを行う場合は、心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数 六 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態(算定開始日から起算して90日以内) 別表第九の二 回復期リハビリテーションを要する状態 六 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態</p>	<p>【算定要件】 (11)「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。 ア・イ(略) ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数(入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。)の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。</p> <p>【施設基準】 (1) 通則 (新設) (12)～(15)(略) (新設)</p> <p>別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数(新設) 別表第九の二 回復期リハビリテーションを要する状態(新設)</p>		
A308-3	<p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>【算定要件】 注4 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又は病室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 看護補助者配置加算 160点 ロ 看護補助体制充実加算 165点</p> <p>【施設基準】 十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (13) 地域包括ケア病棟入院料の注4に規定する施設基準 イ 看護補助者配置加算の施設基準 ①・②(略) ロ 看護補助体制充実加算の施設基準 ① イの①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。</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>【算定要件】 注4 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又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1日につき160点を所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (13) 看護補助者配置加算の施設基準 (新設) イ・ロ(略)</p>		
A308-3	<p>地域包括ケア病棟入院料 在宅復帰率</p> <p>【算定要件】 注10 注1に規定する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又は地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるも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に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>【施設基準】 (2) 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準 ロ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が72.5%以上であること。 (3) 地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準 イ 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が72.5%以上であること。 ※ 地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2についても同様。 (6) 地域包括ケア病棟入院料3の施設基準 イ (2)のハからトまでを満たすものであること。 ロ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が70%以上であること。 (7) 地域包括ケア入院医療管理料3の施設基準 ハ 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が70%割以上であること。 (8) 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準 ホ (6)のロを満たすものであること。 (9) 地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準 イ (2)のヘ及び(3)のホを満たすものであること。 ハ (7)のハを満たすものであること。 (20) 地域包括ケア病棟入院料の注10に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (6)のロ若しくは(8)のホ又は(7)のハ若しくは(9)のハの基準</p> <p>【経過措置】 ● 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又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(2)のロ、(3)のイ、(4)のロ(2)のロに限る。、(5)(3)のイに限る。、(6)のロ、(7)のハ、(8)のホ及び(9)のハに該当するものとみなす。</p>	<p>【算定要件】 (新設)</p> <p>【施設基準】 (2) 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準 ロ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。 (3) 地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準 イ 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。 (6) 地域包括ケア病棟入院料3の施設基準 (2)のハからトまでを満たすものであること。 (新設) (7) 地域包括ケア入院医療管理料3の施設基準 (新設) (8) 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準 (新設) (9) 地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準 (2)のヘ及び(3)のホを満たすものであること。 (新設) (新設)</p> <p>【経過措置】 (新設)</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A308-3	<p>地域包括ケア病棟入院料 一般病棟からの転棟割合</p> <p>【算定要件】 注9 注1に規定する地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア病棟入院料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるもののみで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に限り、当該病棟に入院している患者については、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。</p> <p>【施設基準】 (4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準 <u>ニ 当該病棟(許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。)において、入院患者に占め保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること。</u></p> <p>(8) 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準 <u>ニ(4)のニを満たすものであること。</u></p> <p>(20) 地域包括ケア病棟入院料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの <u>(4)のニ又は(8)のニの基準</u></p> <p>【経過措置】 ● <u>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200床以上400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)のニ及び(8)のニに該当するものとみなす。</u></p>	<p>【算定要件】 注9 注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみで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に限り、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>【施設基準】 (4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準(新設)</p> <p>(8) 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準(新設)</p> <p>(20) 地域包括ケア病棟入院料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1)の又の基準</p> <p>【経過措置】 二十三 令和二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(許可病床数が四百床以上のものに限る。)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(1)の又に該当するものとみなす。</p>		
A308-3	<p>地域包括ケア病棟入院料 在宅患者受入</p> <p>(1) 地域包括ケア病棟入院料1及び3並びに地域包括ケア入院医療管理料1及び3における自宅等から入院した患者割合の要件について、1割5分以上から2割以上に変更するとともに、自宅等からの緊急の入院患者の3月の受入れ人数について、6人以上から9人以上に変更する。また、地域包括ケア入院医療管理料1及び3における病床数が10床未満の病室に係る自宅等から入院した患者数の要件について、3月で6人以上から8人以上に変更する。</p> <p>(2) 地域包括ケア病棟入院料2及び4並びに地域包括ケア入院医療管理料2及び4の要件に以下のいずれか1つ以上を満たすことを追加する。 ア 自宅等から入棟した患者割合が2割以上であること イ 自宅等からの緊急患者の受入れが3月で9人以上であること ウ 在宅医療等の実績を1つ以上有することまた、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定することとする。</p> <p>(3) 在宅医療等の実績における退院時共同指導料2の算定回数の実績の要件について、外来共同指導料1の実績を用いてもよいこととする。</p>			
A308-3	<p>地域包括ケア病棟入院料 在宅医療等の実績における退院時共同指導料2の算定回数の実績の要件について、外来在宅共同指導料1の実績を用いてもよいこととする。</p> <p>【算定要件】 注11 注1に規定する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4又は地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるもののみで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に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>【施設基準】 (2) 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準 ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が2割以上であること。 ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において9人以上であること。 ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ②～⑤(略) ⑥ 退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。 <u>※ 地域包括ケア病棟入院料3についても同様。</u></p> <p>(3) 地域包括ケア病棟入院医療管理料1の施設基準 ロ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が2割以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が8人以上であること。 ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において9人以上であること。 ニ(2)のイ、ホ及びへを満たすものであること。 <u>※ 地域包括ケア入院医療管理料3についても同様。</u></p> <p>(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準 ハ 次のいずれか1つ以上を満たしていること。 ① 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が2割以上であること。 ② 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において9人以上であること。 ③ 在宅患者訪問診療料(I)及び在宅患者訪問診療料(II)を前三月間において30回以上算定している保険医療機関であること。 ④ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(I)及び精神科訪問看護・指導料(III)を前三月間において60回以上算定している保険医療機関であること。</p>	<p>【算定要件】 (新設)</p> <p>【施設基準】 (2) 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準 ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が1割5分以上であること。 ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。 ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ②～⑤(略) ⑥ 退院時共同指導料2を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。</p> <p>(3) 地域包括ケア病棟入院医療管理料1の施設基準 ロ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が1割5分以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が六人以上であること。 ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。 ニ(2)のイ及びホ及びへを満たすものであること。</p> <p>(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準(新設)</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
	<p>⑤ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。</p> <p>⑥ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において30回以上算定している保険医療機関であること。</p> <p>⑦ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。</p> <p>⑧ 退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1を前三月間において6回以上算定している保険医療機関であること。</p> <p>(5) 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準 イ(2)のイ及びへ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。 ロ 次のいずれか1つ以上を満たしていること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が8以上であること。 ① 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が2割以上であること。 ② 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において9人以上であること。 ③ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において30回以上算定している保険医療機関であること。 ④ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において60回以上算定している保険医療機関であること。 ⑤ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において30回以上算定している保険医療機関であること。 ⑦ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。</p>	<p>(5) 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準 (2)のイ及びへ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。 (新設)</p>		
	<p>⑧ 退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1を前三月間において6回以上算定している保険医療機関であること。</p> <p>(8) 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準 ハ(4)のハを満たすものであること。</p> <p>(9) 地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準 イ(略) ロ(5)のロを満たすものであること。 (21) 地域包括ケア病棟入院料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの(4)のハ、(5)のロ、(8)のハ又は(9)のロの基準</p> <p>[経過措置] ● 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又は地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、それぞれ 第九の十一の二の(のハ及びニ、3)のロ及びハ、(のハ、5)のロ、6)のイ((2)のハ及びニに限る。)、(のロ((3)のロ及びハに限る。))、(のハ又は(のロ)に該当するものとみなす。</p>	<p>(8) 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準 (新設) (9) 地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準 イ(略) (新設) (新設)</p> <p>[経過措置] 二十五 令和二年三月三十一日において現に 地域包括ケア病棟入院料1若しくは地域包括ケア入院医療管理料1又は地域包括ケア病棟入院料3若しくは地域包括ケア入院医療管理料3に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、それぞれ 第九の十一の二の(のハ、ニ及びホ若しくは第九の十一の二の(のロ、ハ及びニ((のホに限る。))又は第九の十一の二の(6)の(のハ、ニ及びホに限る。))若しくは第九の十一の二の(のイ((のホに限る。))及びロ((のロ及びハに限る。))に該当するものとみなす。</p>		
A308-3	<p>4. 地域包括ケア病棟入院料1若しくは2又は地域包括ケア入院医療管理料1若しくは2を算定する病棟又は病室を有する保険医療機関であつて、許可病床数が100床以上のものについて、入退院支援加算1に係る届出を行っていない場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定することとする。</p> <p>[算定要件] 注12 別に厚生労働大臣の定める保険医療機関において、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又は地域包括ケア入院医療管理料2を算定する病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>[施設基準] (22) 地域包括ケア病棟入院料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関入退院支援加算1に係る届出を行っていない保険医療機関(許可病床数が100床以上のものに限る。))。</p> <p>[経過措置] 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1若しくは地域包括ケア入院医療管理料1又は地域包括ケア病棟入院料2若しくは地域包括ケア入院医療管理料2に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、基本診療料の施設基準第九の十一の二の(22)の規定にかかわらず、なお従前の例によることことができる。</p>	<p>[算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p> <p>[経過措置] (新設)</p>		
A308-3	<p>5. 一般病床において地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合については、第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件とする。ただし、200床未満の保険医療機関については、当該保険医療機関に救急外来を有していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たすこととする。</p> <p>[施設基準] 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。なお、一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあつては、ア、イ又はオのいずれか及びウ又はエの基準を満たしていること。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあつては、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は24時間の救急患者を受け入れていることにより当該基準を満たすものとみなすものであること。なお、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又は地域包括ケア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、令和五年三月三十一日までの間の限り、なお従前の例による。</p> <p>ア～オ(略)</p>	<p>[施設基準] 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。</p> <p>ア～オ(略)</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A308-3	<p>6 地域包括ケア病棟入院料・管理料 急性期患者支援病床初期加算及び在宅患者支援病床初期加算について、評価を見直す。</p> <p>【算定要件】 注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転院した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、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。</p> <p>イ 急性期患者支援病床初期加算 (1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合 ① 他の保険医療機関(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。)の一般病棟から転院した患者の場合 150点 ② ①の患者以外の患者の場合 50点 (2) 許可病床数400床未満の保険医療機関 ① 他の保険医療機関(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。)の一般病棟から転院した患者の場合 250点 ② ①の患者以外の患者の場合 125点</p> <p>ロ 在宅患者支援病床初期加算 ① 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点 ② 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 400点</p>	<p>【算定要件】 注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転院した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。</p>		
A308-3	<p>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとする。ただし、当該病棟又は病室について、自宅等からの入院患者の受入れが6割以上である場合、自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前三月で30人以上である場合又は救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合においては、所定点数(100分の100)を算定する。</p> <p>【算定要件】 注1 1、3、5及び7については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数(当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点数)を算定する。(中略)</p> <p>【施設基準】 (10) 地域包括ケア病棟入院料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める場合 次のいずれかに該当する場合であること。 イ 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6割以上であること。 ロ 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入れ人数が、前三月間において30人以上であること。 ハ 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。</p> <p>【経過措置】 ●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場合であって、当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、同年九月三十日までの間に限り、当該病棟又は病床については、第九の十一の二の(に該当するものとみなす。</p>	<p>【算定要件】 注1 1、3、5及び7については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。(中略)</p> <p>【経過措置】 (新設)</p>		
A309	<p>【特殊疾患病棟入院料】</p> <p>【算定要件】 注6 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 特殊疾患病棟入院料1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 1,171点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点 ロ 特殊疾患病棟入院料2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 1,490点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,341点</p>	<p>【特殊疾患病棟入院料】</p> <p>(新設)</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A309	【特殊疾患病棟入院料】	【特殊疾患病棟入院料】		
データ提出	<p>【施設基準】</p> <p>十二 特殊疾患病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1) 特殊疾患病棟入院料1の施設基準</p> <p><u>へ 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。</u></p> <p>(2) 特殊疾患病棟入院料2の施設基準</p> <p>次のいずれかに該当する病棟であること。</p> <p><u>イ 次のいずれにも該当する病棟であること。</u></p> <p>① (略)</p> <p><u>② (1)の施設基準のへを満たすものであること。</u></p> <p>ロ 次のいずれにも該当する病棟であること。</p> <p>① (略)</p> <p>② (1)の施設基準のロからホまでを満たすものであること。</p>	<p>【施設基準】</p> <p>十二 特殊疾患病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1) 特殊疾患病棟入院料1の施設基準</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 特殊疾患病棟入院料2の施設基準</p> <p>次のいずれかに該当する病棟であること。</p> <p>(新設)</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 次のいずれにも該当する病棟であること。</p> <p>① (略)</p> <p>② (1)の施設基準のロからホまでを満たすものであること。</p>		
A310	<p>【緩和ケア病棟入院料】</p> <p>緩和ケア病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、がん疼痛薬物療法ガイドラインに沿った評価指標を用いて疼痛の評価を実施し、療養上必要な指導を行った場合について新たな評価を行うとともに、緩和ケア病棟入院料の評価を見直す。</p>			
	<p>【算定要件】</p> <p>1 緩和ケア病棟入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 5,107点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,554点</p> <p>ハ 61日以上90日以内の期間 3,350点</p> <p>2 緩和ケア病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 4,870点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,401点</p> <p>ハ 61日以上90日以内の期間 3,298点</p>	<p>【算定要件】</p> <p>1 緩和ケア病棟入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 5,207点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,654点</p> <p>ハ 61日以上90日以内の期間 3,450点</p> <p>2 緩和ケア病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 4,970点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,501点</p> <p>ハ 61日以上90日以内の期間 3,398点</p>		
	<p>注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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、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>注3 診療に係る費用(注2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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、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><u>4 当該入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</u></p>	(新設)		
	<p><u>(6)「注4」に規定する加算を算定する場合には、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」(日本緩和医療学会)、「新版 がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)等の緩和ケアに関するガイドラインを参考として、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施すること。</u></p>	(新設)		
A310	【緩和ケア病棟入院料】	【緩和ケア病棟入院料】		
データ提出	<p>【施設基準】</p> <p>十三 緩和ケア病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1) 緩和ケア病棟入院料1の施設基準</p> <p><u>ヨ 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。</u></p> <p>(2) 緩和ケア病棟入院料2の施設基準</p> <p>(1)のイからリまで及びヨを満たすものであること。</p>	<p>【施設基準】</p> <p>十三 緩和ケア病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1) 緩和ケア病棟入院料1の施設基準</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 緩和ケア病棟入院料2の施設基準</p> <p>(1)のイからリまでを満たすものであること。</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A400	【短期滞在手術等基本料1】 [算定要件] 1 短期滞在手術等基本料1(日帰りの場合) イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 ロ イ以外の場合 2,718点	【短期滞在手術等基本料1】 [算定要件] 1 短期滞在手術等基本料1(日帰りの場合) 2,497点		
	【施設基準】 二 短期滞在手術等基本料1の施設基準 (1) 手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2)・(3) (略)	【施設基準】 二 短期滞在手術等基本料1の施設基準 (1) 局所麻酔による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2)・(3) (略)		
	1 短期滞在手術等基本料1に関する施設基準 (1) 手術を行う場合にあっては、術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。 (2) (略) (3) 手術を行う場合にあっては 、当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。 (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術(全身麻酔を伴うものに限る。)が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。 (5) (略)	1 短期滞在手術等基本料1に関する施設基準 (1) 術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。 (2) (略) (3) 当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。 (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。 (5) (略)		
A400	【短期滞在手術等基本料2】 (削除)	【短期滞在手術等基本料2】 2 短期滞在手術等基本料2(1泊2日の場合) 5,075点(生活療養を受ける場合にあっては、5,046点)		
A400	【短期滞在手術等基本料3】 イ D237 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの10,549点(生活療養を受ける場合にあっては、10,475点) ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの8,744点(生活療養を受ける場合にあっては、8,670点) ハ D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT)11,485点(生活療養を受ける場合にあっては、11,411点) ニ D287 内分泌負荷試験 1下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)8,312点 (生活療養を受ける場合にあっては、8,238点) ホ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査5,040点(生活療養を受ける場合にあっては、4,966点) ハ D413 前立腺針生検法 2その他のもの10,197点(生活療養を受ける場合にあっては、10,123点) ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術33,572点(生活療養を受ける場合にあっては、33,572点) チ K030 四肢・躯幹部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。) 16,224点(生活療養を受ける場合にあっては、16,150点) リ K046 骨折観血的手術 2前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。) 32,937点(生活療養を受ける場合にあっては、32,863点) ヌ K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。) 20,661点(生活療養を受ける場合にあっては、20,537点) ル K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。) 21,057点(生活療養を受ける場合にあっては、20,983点) ロ K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。) 15,180点(生活療養を受ける場合にあっては、15,106点) ワ K070 ガングリオン摘出術1 手、足、指(手、足)(手に限る。) 13,878点(生活療養を受ける場合にあっては、13,804点) カ K093-2 関節鏡下手根管開放手術17,621点(生活療養を受ける場合にあっては、17,547点) キ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)35,663点(生活療養を受ける場合にあっては、35,589点) タ K202 涙管チューブ挿入術1 涙道内視鏡を用いるもの11,312点(生活療養を受ける場合にあっては、11,238点) レ K217 眼瞼内反症手術 2皮膚切開法10,654点(生活療養を受ける場合にあっては、10,580点) ソ K219 眼瞼下垂症手術 1眼瞼挙筋転位18,016点(生活療養を受ける場合にあっては、17,942点) ツ K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの16,347点(生活療養を受ける場合にあっては、16,273点) ネ K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)9,431点(生活療養を受ける場合にあっては、9,357点) ナ K242 斜視手術 2 後転法18,326点(生活療養を受ける場合にあっては、18,252点) ラ K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施22,496点(生活療養を受ける場合にあっては、22,422点) ム K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。) 20,426点(生活療養を受ける場合にあっては、20,352点) ウ K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術37,155点(生活療養を受ける場合にあっては、37,081点) 生 K282 水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)17,888点(生活療養を受ける場合にあっては、17,814点) リ K282 水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(両側)32,130点(生活療養を受ける場合にあっては、32,056点) オ K282 水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合(片側) 15,059点(生活療養を受ける場合にあっては、14,985点) カ K282 水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合(両側) 25,312点(生活療養を受ける場合にあっては、25,238点) ヤ K318 鼓膜形成手術30,571点(生活療養を受ける場合にあっては、30,497点) マ K333 鼻骨骨折整復固定術18,809点(生活療養を受ける場合にあっては、18,735点) ケ K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,312点(生活療養を受ける場合にあっては、26,238点) フ K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満17,302点(生活療養を受ける場合にあっては、17,228点) コ K474 乳腺腫瘍摘出術 2長径5センチメートル以上 25,366点(生活療養を受ける場合にあっては、25,292点) 工 K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 28,842点(生活療養を受ける場合にあっては、28,768点) ク K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合 28,884点(生活療養を受ける場合にあっては、28,810点) ク K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 19,798点(生活療養を受ける場合にあっては、19,724点) サ K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として) 9,149点(生活療養を受ける場合にあっては、9,075点) シ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 9,494点(生活療養を受ける場合にあっては、9,420点) ユ K617-2 大伏在静脈抜去術 23,090点(生活療養を受ける場合にあっては、23,016点) メ K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 20,130点(生活療養を受ける場合にあっては、20,056点) ミ K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 22,252点(生活療養を受ける場合にあっては、22,178点) シ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。) 33,758点(生活療養を受ける場合にあっては、33,711点)	【短期滞在手術等基本料3】 (新設) (新設) (新設) (新設) イ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査5,630点(生活療養を受ける場合にあっては、5,556点) ロ D413 前立腺針生検法10,309点(生活療養を受ける場合にあっては、10,235点) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) ハ K093-2 関節鏡下手根管開放手術18,448点(生活療養を受ける場合にあっては、18,374点) ニ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)40,943点(生活療養を受ける場合にあっては、40,869点) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) ホ K282 水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)19,873点(生活療養を受ける場合にあっては、19,799点) ヘ K282 水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(両側)34,416点(生活療養を受ける場合にあっては、34,342点) (新設) (新設) ト K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満18,588点(生活療養を受ける場合にあっては、18,514点) (新設) チ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 32,540点(生活療養を受ける場合にあっては、32,466点) リ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合 32,540点(生活療養を受ける場合にあっては、32,466点) ヌ K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 21,755点(生活療養を受ける場合にあっては、21,681点) ル K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として) 10,411点(生活療養を受ける場合にあっては、10,337点) ロ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 10,225点(生活療養を受ける場合にあっては、10,151点) (新設) (新設) (新設) ワ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。) 31,835点(生活療養を受ける場合にあっては、31,761点)		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
	<p><u>工</u> K633 ヘルニア手術 5鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。) 24,296点(生活療養を受ける場合にあつては、24,222点)</p> <p><u>ロ</u> K633 ヘルニア手術 5鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。) 21,275点(生活療養を受ける場合にあつては、21,201点)</p> <p><u>ホ</u> K633 ヘルニア手術 5鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) 23,648点(生活療養を受ける場合にあつては、23,574点)</p> <p><u>セ</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。) 70,492点(生活療養を受ける場合にあつては、70,418点)</p> <p><u>ス</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満に限る。) 53,309点(生活療養を受ける場合にあつては、53,235点)</p> <p><u>ン</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満に限る。) 41,081点(生活療養を受ける場合にあつては、41,007点)</p> <p><u>イイ</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) 48,934点(生活療養を受ける場合にあつては、48,860点)</p> <p><u>イロ</u> K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 12,560点(生活療養を受ける場合にあつては、12,486点)</p> <p><u>イハ</u> K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 16,258点(生活療養を受ける場合にあつては、16,184点)</p> <p><u>イニ</u> K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの) 10,604点(生活療養を受ける場合にあつては、10,530点)</p> <p><u>イホ</u> K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。) 10,792点(生活療養を受ける場合にあつては、10,718点)</p> <p><u>イハ</u> K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。) 8,415点(生活療養を受ける場合にあつては、8,341点)</p> <p><u>イト</u> K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき) 25,894点(生活療養を受ける場合にあつては、25,820点)</p> <p><u>イチ</u> K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの) 24,703点(生活療養を受ける場合にあつては、24,629点)</p> <p><u>イリ</u> K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術 23,870点(生活療養を受ける場合にあつては、23,796点)</p> <p><u>イヌ</u> K867 子宮頸部(腔部)切除術 14,607点(生活療養を受ける場合にあつては、14,533点)</p> <p><u>イル</u> K872-3 子宮鏡下有茎粘膜炎下筋腫切除術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの 21,709点(生活療養を受ける場合にあつては、21,635点)</p> <p><u>イロ</u> K872-3 子宮鏡下有茎粘膜炎下筋腫切除術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他のもの 18,652点(生活療養を受ける場合にあつては、18,578点)</p> <p><u>イワ</u> K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの 35,191点(生活療養を受ける場合にあつては、35,117点)</p> <p><u>イカ</u> K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの 33,460点(生活療養を受ける場合にあつては、33,386点)</p> <p><u>イヨ</u> K890-3 腹腔鏡下卵管形成術 109,045点(生活療養を受ける場合にあつては、108,971点)</p> <p><u>イタ</u> MO01-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 58,496点(生活療養を受ける場合にあつては、58,422点)</p>	<p>カ K633 ヘルニア手術 5鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。) 25,358点(生活療養を受ける場合にあつては、25,284点)</p> <p>キ K633 ヘルニア手術 5鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。) 22,597点(生活療養を受ける場合にあつては、22,523点)</p> <p>ク K633 ヘルニア手術 5鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) 24,975点(生活療養を受ける場合にあつては、24,901点)</p> <p>ケ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。) 62,344点(生活療養を受ける場合にあつては、62,270点)</p> <p>コ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満に限る。) 51,773点(生活療養を受ける場合にあつては、51,699点)</p> <p>ク K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満に限る。) 40,741点(生活療養を受ける場合にあつては、40,667点)</p> <p>ケ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) 50,328点(生活療養を受ける場合にあつては、50,254点)</p> <p>コ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 12,739点(生活療養を受ける場合にあつては、12,665点)</p> <p>カ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 15,599点(生活療養を受ける場合にあつては、15,525点)</p> <p>ク K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの) 11,109点(生活療養を受ける場合にあつては、11,035点) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>ウ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき) 25,597点(生活療養を受ける場合にあつては、25,523点) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>エ K867 子宮頸部(腔部)切除術 16,249点(生活療養を受ける場合にあつては、16,175点) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>エ K872-3 子宮鏡下有茎粘膜炎下筋腫切除術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他のもの (新設)</p> <p>エ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの (新設)</p> <p>エ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの (新設)</p> <p>エ K890-3 腹腔鏡下卵管形成術 (新設)</p> <p>エ MO01-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59,199点(生活療養を受ける場合にあつては、59,125点)</p>		
A400	<p>短期滞在手術等基本料3の対象手術等 入院外での実施割合が高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする。 また、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の 対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。</p>			
	<p>[施設基準] 別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等 一 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査 <u>D287 内分泌負荷試験</u> <u>1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)</u> <u>D291-2 小児食物アレルギー負荷検査</u> K005~K008 (略) <u>K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)</u> <u>K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限 る。)</u> K068~K068-2 (略) <u>K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)</u> K093~K093-2 (略) <u>K202 尿管チューブ挿入術 1 尿道内視鏡を用いるもの</u> <u>K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法</u> <u>K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法</u> <u>K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの</u> <u>K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)</u> <u>K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変 性に係るものに限る。)</u> <u>K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術</u> K282~K510 (略) <u>K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回</u> <u>K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合</u> <u>K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術</u> <u>K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)</u> <u>K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術</u> <u>K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術</u> <u>K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術</u> K653・K721 (略) <u>K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)</u> <u>K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ、肛門尖圭 コンジローム切除術に限る。)</u> <u>K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)</u> <u>K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術</u> K841-2 (略)</p>	<p>[施設基準] 別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等 一 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術 (新設) (新設) K005~K008 (略) (新設) (新設) K068~K068-2 (略) (新設) K093~K093-2 (略) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) K282~K510 (略) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) K653・K721 (略) (新設) (新設) (新設) (新設) K841-2 (略)</p>		
	<p>[施設基準] 別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者 一~二十三 (略) <u>二十四 別表第十一の一に規定する手術又は検査を行った患者</u></p>	<p>[施設基準] 別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者 一~二十三 (略) (新設)</p>		