「診療報酬点数表　医科　令和4年4月版」　追補及び訂正表

令和５年４月１日

日本医療事務協会

令和4年4月28日以降の厚生労働省の告示・通知・事務連絡等による追補及び訂正をお知らせします。点数表に追記及び訂正をお願いします。

注：「↓」は上から、「↑」は下から数えての行数を、下線は訂正後を、二重下線は削除箇所を表します。

ページ	訂正箇所	訂正前	訂正後
2	左欄↓11の下に追加		第５節　看護職員処遇改善評価料
9	左欄　注5　↑2	注６から注14までに	注６から注15までに
12	左欄　注14 左欄　現注14の次に下記を追加 右欄（電子的保健医療情報活用加算）をすべて削除し、下記に変更	**（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（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。 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 54（略）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問診票の項目について、別紙様式 54（略）を参考とする。 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。	すべて削除 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っては、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。
15	右欄２つ目(4)	(4)	(6)
18	左欄　注18をすべて削除し、下記に変更		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。

18	右欄（電子的保健医療情報活用加算）をすべて削除し、下記に変更		
		（医療情報・システム基盤整備体制充実加算） (1) 「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 ては算定できない。 (2) 「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。	
	右欄(5)↓３	(3)と同様であること。	(4)と同様であること。
	右欄(7)↑２	「注７」から「注９」まで	「注７」から「注10」まで
	右欄(7)↑２	「注7」から「注10」までに	「注7」から「注９」までに
20	左欄　注10を全て削除し、下記に変更		
			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。
	右欄（電子的保健医療情報活用加算）をすべて削除し、下記に変更		
		（医療情報・システム基盤整備体制充実加算） (1) 「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っては、この限りでない。また、同一月に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。 (2) 「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。	
21	初診料　表下↓４	※電子的保健医療情報活用加算(月1回限り)　７点	※医療情報・システム基盤整備体制充実加算１(月1回限り)４点 医療情報・システム基盤整備体制充実加算２(月1回限り)２点
	再診料　表下↓13	※電子的保健医療情報活用加算(月1回限り)　４点	１行削除
	外来診療料　表下↓１	※電子的保健医療情報活用加算(月1回限り)　４点	１行削除
24	左欄　通則１↓3	第１節から第４節までの	第１節から第５節までの
26	左欄　注３↓６	A400の3に掲げる	A400の2に掲げる
58	右欄(3)↓２	療養病棟入院基本料の(16)の例	療養病棟入院基本料の(19)の例
76	左欄↓２	限る。）	限る。以下、この区分番号において同じ。）
	左欄↓４の次に下記を追加		
			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。 イ 後発医薬品使用体制加算１ 67点 ロ 後発医薬品使用体制加算２ 62点 ハ 後発医薬品使用体制加算３ 57点

76	右欄↓１	なお、ここでいう入院初日とは、	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、
91	右欄(3)↑２	ものであり、あり、当該加算	ものであり、当該加算
97	左欄↓3	排尿自立支援加算並びに	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
98	左欄↑5	加算を除く。）	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。）
99	左欄↓17 左欄　注11↑2	地域医療体制確保加算を除く。） 援加算を除く。）	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。） 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。）
100	左欄　注３↑8	援加算、区分番号J038に	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
104	左欄↑9	算、区分番号B001の34に	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
106	左欄　注５↑3	算並びに除外薬剤・	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・
107	左欄　注３↓9	及び排尿自立支援加算、第２章	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
108	右欄(2)↓１、↓２、↓３ 右欄(3)↓３	３月 ３月	90日 90日
108	左欄　注２↑7	及び地域医療体制確保加算、第２章	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
110	左欄　注２↑7	立支援加算、第２章第１部	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
110	右欄(2)↓１、↓２、↓３ 右欄(4)↓３	３月 ３月	90日 90日
111	右欄(2)↓１、↓２、↓３ 右欄(3)↓２	３月 ３月	90日 90日
111	左欄　注２↓14	地域医療体制確保加算、第２章第１部	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
112	左欄　A311-4　注２↑5 左欄　A312　↑7	排尿自立支援加算並びに 及び排尿自立支援加算、第２章第１部	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 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
114	左欄　注４↓12	並びに排尿自立支援加算、第２章第１部	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
116	左欄　注８↑9	並びに排尿自立支援加算、第２章第２部	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

117	左欄　↑9	並びに排尿自立支援加算、第２章第１部	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
118	左欄　↑9	、排尿自立支援加算、区分番号	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
124	左欄　注４↓2 左欄　注４の次に 別紙	掲げるもの（当該患者に対して を追加	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
137	右欄↓７ 右欄↓12	をいう。 同一疾患について⑴ア～テまで	をいう。治療抵抗性統合失調症治療薬とは、クロザピンをいう。 同一疾患について⑴ア～上まで
143	右欄↓６の下に追加し続く(11)を(12)に変更 右欄↓７ 右欄↓14「と。」の後に追加 右欄↓17「していること。」の後に追加 右欄↓18「行うこと。」の後に追加 右欄↓18の下に追加し続く(12)～(14)を(14)～(16)に変更 右欄↓23	(11)「注３」については、専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行った場合に算定する。 「注３」については、 なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。 加えて、情報通信機器等による指導の実施に際しては、オンライン指針を参考に必要な対応を行うこと。 なお、当該保険医療機関外で情報通信機器等による指導を実施する場合であっても上記「エ」に沿った対応を行うとともに、指導を実施した場所については、事後的に実施状況が確認可能な場所であること。 (13)「イ」の「(1)」の「①」については「イ」の「(1)」の「②」と、「イ」の「(2)」の「①」については「イ」の「(2)」の「②」と、「ロ」の「(1)」の「①」については「ロ」の「(1)」の「②」と、並びに「ロ」の「(2)」の「①」については「ロ」の「(2)」の「②」と同一月に併せて算定できない。 指導内容の要点及び指導時間を記載	「注４」及び「注６」については、 指導内容の要点、指導時間（「注２」及び「注３」を除く。）及び指導した年月日（「注４」及び「注６」に限る。）を記載
150	右欄（がん患者指導管理料）(1)ア↓５	合に算定する。	合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。
157	右欄（小児科外来診療料）↓１ 右欄（小児科外来診療料）(3)↓３	小児科外来診療料は、別に定める施設基準を満たす保険医療機関における入院中の 特例加算、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、	小児科外来診療料は、入院中の 特例加算、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、A001再診料及び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、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、B001-2-2地域連携小児夜間・休日診療料、

158	左欄↓２ ↓４ ↓５	注８及び注10に規定する 及び注６に規定する加算、 外来診療料の注８及び注９に	注８、注10及び注15に規定する 注６及び注18に規定する加算、 外来診療料の注８から注10に
160	左欄　B001-2-7注２↓４ ↑２ 左欄　B001-2-7注３↓４ ↑２ 右欄（7）の次に下記を追加	A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、 げる外来診療料、 A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料 げる外来診療料、 (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Ａ００１再診料及びＡ００２外来診料の医療情報・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。	A000に掲げる初診料(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18に規定する加算を除く。)、 げる外来診療料(注10に規定する加算を除く。)、 A000に掲げる初診料(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18に規定する加算を除く。)、 げる外来診療料(注10に規定する加算を除く。)、
161	左欄　注３↓４ 右欄（5）の次に下記を追加 左欄　B001-2-9注２↓３ ↓７ ↓11 右欄（地域包括診療料）(3)↓２「算定する。」の後に追加	初診料、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、 (6) 外来放射線診療料を算定した場合であって、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Ａ００１再診料及び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。 注５から注７までに B010に掲げる診療情報提供料（Ⅰ） C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ） なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えない。	初診料(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18に規定する加算を除く。)及び区分番号A002に掲げる外来診療料(注10に規定する加算を除く。)は、 注５から注７まで及び注18に B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ) C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
162	右欄　↓20の下に追加 続く「コ」を「サ」に、「サ」を「シ」に、「シ」を「ス」に変更する。 右欄（8）の次に下記を追加	コ 必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。 (9) 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。	
163	左欄　注２↓３ 左欄　注２↓７ 右欄１つ目の（5）の次に下記を追加	再診料の注５から注７までに B010に掲げる診療情報提供料（Ⅰ） (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。	再診料の注５から注７まで及び注18に B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)
164	左欄　注３↓２ ↓３ ↓５	注８及び注10に規定する 再診料の注５及び注６に規定する 注８及び注９に規定する	注８、注10及び注15に規定する 再診料の注５、注６及び注18に規定する 注８から注10に規定する

164	↓14 左欄　注４↓１ 左欄　注４↑３	掲げる診療情報提供料（Ⅰ） １のイ又は２のイについて、別に 場合は、小児抗菌薬適正	掲げる診療情報提供料（Ⅱ） 別に 場合は（初診時に限る）、小児抗菌薬適正
165	左欄↓２ ↓４ ↓６ 右欄（生活習慣病管理料）⑴↑２	注６から注８までに規定する ４から注６までに規定する から注９までに規定する 算定する。なお、～	注６から注８まで及び注５に規定する ４から注６まで及び注18に規定する から注10までに規定する 算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、～
166	右欄↓６	第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び	第３部検査、第６部注射及び
172	右欄１つ目⑵↓７ 右欄１つ目⑷↓１	看護師若しくは社会福祉士が、 看護師又は社会福祉士が、	看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が、 看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が、
173	右欄⑻↓１ ↓２	共同指導は対面で行うことが原則であるが、 共同指導した場合でも算定可能である。	共同指導は、 実施しても差し支えない。
174	右欄⑽	⑼における共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関と在宅療養担当医療機関等の関係者全員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養担当医療機関等のうち２者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。	⑼における共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
176	右欄⑻	当該共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関の医療関係職種と介護支援専門員又は相談支援専門員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。この場合において～	当該共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。この場合において～
178	右欄（がん治療連携管理料）⑷↓１	⑵に定める患者	⑵及び⑶に定める患者
179	左欄　注２↓２	施設基準を満たす病院である保険医療機関	施設基準を満たす保険医療機関
181	右欄（ハイリスク妊産婦連携指導料１）⑴↓１	「注１」に規定する精神疾患を有する妊婦又は出産後２月以内である患者とは、	ハイリスク妊産婦連携指導料１の算定対象となる患者とは、
182	右欄↓１	るものに限る。	る又はエジンバラ産後うつ病質問票（ＥＰＤＳ）等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを実施し、精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦又は出産後２ヶ月以内であるものに限る。

182	右欄(5)を変更する	(5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスが概ね２か月に１回の頻度で開催されていること。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア 当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師 イ 当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師 ウ 当該患者の診療を担当する保健師、助産師又は看護師（ア及びイの診療科からそれぞれ参加していること。） エ 市町村又は都道府県の担当者 オ 必要に応じて、精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等	
	右欄(6)↓１	(5)のカンファレンスは、初回は関係者全員が一堂に会し実施すること。２回目以降についても、関係者全員が～	(5)のカンファレンスは、関係者全員が～
	右欄(7)↓１	(5)のカンファレンスに	(5)の規定にかかわらず、カンファレンスに
	右欄(7)↓２	情報提供すること。	情報提供することに代えることとしても差し支えない。
	右欄（ハイリスク妊産婦連携指導料２）(1)↓１		
		「注１」に規定する精神疾患を有する妊婦又は出産後６月以内である患者とは、	ハイリスク妊産婦連携指導料２の算定対象となる患者とは、
	右欄(1)↓２	いる患者に限る。	いる又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後６月以内であるものに限る。
	右欄(5)を変更する	(5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスが概ね２か月に１回の頻度で開催されていること。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア 当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師 イ 当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師 ウ 当該患者の診療を担当する保健師、助産師又は看護師（ア及びイの診療科からそれぞれ参加していること。） エ 市町村又は都道府県の担当者 オ 必要に応じて、精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等 なお、出産後、産科又は産婦人科による医学的な管理が終了した場合については、当該カンファレンスへの産科又は産婦人科を担当する医師の参加は不要であること。	
	右欄(6)↓１	(5)のカンファレンスは、初回は関係者全員が一堂に会し実施すること。２回目以降についても、関係者全員が～	(5)のカンファレンスは、関係者全員が～
	右欄(7)↓１	(5)のカンファレンスに	(5)の規定にかかわらず、カンファレンスに
	右欄(7)↓２	情報提供すること。	情報提供することに代えることとしても差し支えない。
183	右欄↓２	B011診療情報提供料(Ⅲ)	B011連携強化診療情報提供料
	右欄（遠隔連携診療料）(1)↓１		
		遠隔連携診療料は難病又はてんかんの診断を行うことを	「注１」については、難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病又はてんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の診断を行うことを
	右欄（遠隔連携診療料） (1)の次に追加	(2) 「注２」については、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。	
	右欄（遠隔連携診療料）(2)を(3)に変更し、続く(3)を削除		
187	右欄（11）↓６	保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、	保健所若しくは精神保健福祉センター、児童相談所、指定居宅介護支援事業者、

188	右欄(16)の次に追加し続く(17)～(29)を(19)～(31)に変更	(17)「注７」に掲げるアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者については、保険医療機関が交付する生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又は明らかな症状の既往及びＩｇＥ抗体等検査結果陽性に該当する者に限る。）に該当する患者であって、当該患者が通園又は通学する学校等の学校医等に対して、当該学校等において当該患者（18歳に達する日以後最初の３月 31 日以前の患者をいう）が生活するに当たり必要な診療情報や学校生活上の留意点等を記載した生活管理指導表を交付した場合に算定する。なお、アナフィラキーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者に生活管理指導表を交付する場合にあっては、患者又は家族等を介して当該学校等に交付できるものであること。ただし、食物アレルギー患者については、当該学校等からの求めに応じて交付するものであること。 (18)「注７」に掲げる「学校等」とは、児童福祉法第 39 条第１項に規定する保育所、就学前の 子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成 18 年法律第 77 号）第２条第６項に規定する認定こども園、児童福祉法第６条の３第９項に規定する家庭的保育事業を行う者、同条第 10 項に規定する小規模保育事業を行う者及び同条第 12 項に規定する事業所内保育事業を行う者並びに学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）第１条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校及び同法第 124 条に規定する専修学校をいう。	
189	右欄(26)（訂正後(28)）↓１	、(25)のアによる	、(27)のアによる
190	左欄　B011連携強化診療情報提供料　注１↑４	当該医療機関に	当該保険医療機関に
	右欄（連携強化診療情報提供料）(3)↓１、↓２	医療機関	保険医療機関
191	左欄　注３↑４	当該医療機関に	当該保険医療機関に
196	右欄（禁煙治療補助システム指導管理加算）(2)の次に追加	(3)　高血圧症治療補助プログラム加算 ア　Ａ００１に掲げる再診料の「注12」の地域包括診療加算、Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料（月１回）又は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、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。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。	
199	右欄（連携強化加算）↓１	３の外来感染対策向上加算を	外来感染対策向上加算を
223	右欄(33)↓２	「注19」に規定する	「注18」に規定する
240	右欄↑４	J026-3ハイフロー	J026-4ハイフロー
252	右欄↑４	ビルトラルセン製剤及びレムデシビル製剤	ビルトラルセン製剤、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、ボソリチド製剤及びエレヌマブ製剤
261	右欄(2)ア↓３ 右欄(4)イ	除く。） （リアルタイムPCR法）	除く。）、ＫＲＡＳ遺伝子変異（G12C）検査 （リアルタイムPCR法、PCR－rSSO法）
262	右欄（15）の次に追加	(16) 早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、ＢＲＡＦ遺伝子検査を実施した場合にあっては、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	
264	右欄（9）↓1 ↓4	「34」のＡＤＡＭＴＳ13活性は、 血栓性血小板減少性紫斑病と診断	ア　「34」のＡＤＡＭＴＳ13活性は、 イ　血栓性血小板減少性紫斑病と診断

264	右欄（9）↓7の次に追加 右欄（BCR-ABL１）(2)の次に追加	ウ 血栓性血小板減少性紫斑病に対し、血漿交換療法、免疫抑制療法及びカプラシズマブ製剤による治療を行った際に治療の継続の要否を判定することを目的として測定を行った場合、30 日間を超えた場合でも、１週間に１回に限り別に算定できる。なお、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること (3) フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病の診断補助及び治療効果のモニタリングを目的として測定した場合、「１」のＭａｊｏｒ ＢＣＲ－ＡＢＬ１（ｍＲＮＡ定量（国際標準値））の所定点数を準用して算定する。 Ｍａｊｏｒ ＢＣＲ－ＡＢＬ１（ｍＲＮＡ定量）は、リアルタイムＲＴ－ＰＣＲ法により測定した場合に限り算定できる。	
265	右欄 オ ①↓１ 右欄 オ ②↓14 右欄 オ ③↓３	家族性地中海熱、家族性地中海熱、ベスレム～ 、縁取り空砲を伴う 古典的エーラス・ダンロス症候群、	家族性地中海熱、ベスレム～ 、縁取り空胞を伴う 古典的エーラスダンロス症候群、
266	D006-9右欄 ○	急性骨髄性白血病又は骨髄異形	急性骨髄性白血病、急性リンパ性白血病又は骨髄異形
268	右欄（BRCA１/2遺伝子検査）(2)↓１ 右欄（BRCA１/2遺伝子検査）(3)↓３ 右欄（がんゲノムプロファイリング検査）(3)↓３	転移性若しくは再発乳癌患者、 診療の手引き2017年度版」 、医療機関又は	転移性、再発若しくはHER2陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者、 診療の手引き2021年度版」 、保険医療機関又は
273	左欄 40 Ⅳ型コラーゲン・７Ｓ 150点		148点
274	右欄(50)の次に追加し 続く(51)を(52)に変更	(51) コクリントモプロテイン（ＣＴＰ）検出 ア コクリントモプロテイン（ＣＴＰ）検出は、ＥＬＩＳＡ法により、外リンパ瘻を疑う患者に対して、診断のために中耳洗浄液中のコクリントモプロテイン（ＣＴＰ）を測定した場合に、本区分の「63」血管内皮増殖因子（ＶＥＧＦ）の所定点数を準用して算定する。なお、本検査を実施する場合は関連学会が定める適正使用指針を遵守すること。 イ 本検査を実施した場合、Ｄ026検体検査判断料については、「１」尿・糞便等検査判断料を算定する。	
286	↑10	（定量）又は電気化学発光免疫測定法（定量） によるSARS	（定量）、電気化学発光免疫測定法（定量） 又は化学発光免疫測定法（定量）によるSARS
287	右欄(54)の次に追加	(55) 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）検出 ア 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）検出は、イムノクロマト法により、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、ＭＲＳＡ感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ、本区分の「53」結核菌群抗原定性の所定点数を準用して算定する。 イ 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）検出は、Ｄ023微生物核酸同定・定量検査の「16」ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出が実施できない場合に限り算定する。 ウ 本検査を実施した場合、Ｄ026検体検査判断料については、「７」微生物学的検査判断料を算定する。 (56) SARS-CoV-2・ＲＳウイルス抗原同時検出（定性） ア SARS-CoV-2・ＲＳウイルス抗原同時検出（定性）は、当該検査キットが薬事承認された際の検体採取方法で採取された検体を用いて、SARS-CoV-2 抗原及びＲＳウイルス抗原の検出を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し COVID-19 の診断を目的として行った場合に限り、本区分の「44」単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。 イ COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を１回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに１回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ウ SARS-CoV-2・ＲＳウイルス抗原同時検出（定性）を実施した場合、本区分の「23」ＲＳウイルス抗原定性、SARS-CoV-2 抗原検出（定性）及び SARS-CoV-2 抗原検出（定量）については、別に算定できない。	

287		(57) SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・ＲＳウイルス抗原同時検出（定性） ア SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・ＲＳウイルス抗原同時検出（定性）は、当該検査キットが薬事承認された際の検体採取方法で採取された検体を用いて、SARS-CoV-2抗原、インフルエンザウイルス及びＲＳウイルス抗原の検出を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し COVID-19 の診断を目的として行った場合に限り、「44」単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。 イ COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を１回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに１回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ウ SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・ＲＳウイルス抗原同時検出（定性）を実施した場合、本区分「22」のインフルエンザウイルス抗原定性、「23」のＲＳウイルス抗原定性、SARS-CoV-2 抗原検出（定性）、SARS-CoV-2 抗原検出（定量）、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）及び SARS-CoV-2・ＲＳウイルス抗原同時検出（定性）については、別に算定できない。	
292	左欄 D017 ↓４	32点	35点
295	右欄(14)↑２	及び「10」のＨＣＶ核酸検出を	及び「9」のＨＣＶ核酸検出を
296	右欄(18)のアを変更	ア SARS-CoV-2 核酸検出は、検査の委託の有無にかかわらず、本区分の「10」ＨＰＶ核酸検出の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014 版」に記載されたカテゴリーB の感染性物質の規定に従うこと。	
298	右欄(30)↓2～11を変更	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出は、COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、SARS-CoV-2 及びインフルエンザウイルスの核酸検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、ＰＣＲ法（定性）により、唾液、鼻咽頭ぬぐい液又は鼻腔ぬぐい液中の SARS-CoV-2 及びインフルエンザウイルスの核酸検出を同時に行った場合に、検査の委託の有無にかかわらず、本区分の「10」ＨＰＶ核酸検出の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。 なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則 に関するガイダンス 2013－2014 版」に記載されたカテゴリーB の感染性物質の規定に従うこと。	
299	右欄　↓11の次に追加	(31) 腟トリコモナス核酸及びマイコプラズマ・ジェニタリウム同時核酸検出は、リアルタイムＰＣＲ法により、腟トリコモナス感染症を疑う患者であって、鏡検が陰性又は実施できないもの若しくはマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症を疑う患者に対して治療法選択のために実施した場合及び腟トリコモナス感染症又はマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症の患者に対して治療効果判定のために実施した場合に、本区分の「10」ＨＰＶ核酸検出の所定点数を準用して算定する。 (32) 百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす患者に対して、ＰＣＲ法により測定した場合に、本区分の「12」百日咳菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出の所定点数を準用して算定する。 (33) SARS-CoV-2・ＲＳウイルス核酸同時検出 ア SARS-CoV-2・ＲＳウイルス核酸同時検出は、COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、SARS-CoV-2 及びＲＳウイルスの核酸検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、ＰＣＲ法（定性）により、鼻咽頭ぬぐい液又は鼻腔ぬぐい液中の SARS-CoV-2 及びＲＳウイルスの核酸検出を同時に行った場合に、検査の委託の有無にかかわらず、本区分の「10」ＨＰＶ核酸検出の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施した場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014 版」に記載されたカテゴリーB の感染性物質の規定に従うこと。 イ COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を１回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、上記のように合算した点数をさらに１回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ウ COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和３年２月 25 日健感発 0225 第１号）の「第１ 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、１回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 エ SARS-CoV-2・ＲＳウイルス核酸同時検出を実施した場合、D012感染症免疫学的検査の「23」ＲＳウイルス抗原定性、D023微生物核酸同定・定量検査の SARS-CoV-2 核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出及びウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 を含む。）については、別に算定できない。 オ 本検査を算定するに当たっては、本区分の「10」の「注」に定める規定は適用しない。	

299	右欄　↓11の次に追加	(34) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液） ア ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）は、関連学会が定めるガイドラインに基づき、問診、身体所見又は他の検査所見から髄膜炎又は脳炎が強く疑われる患者に対して、脳脊髄液中の病原体の核酸検出を目的として、マイクロアレイ法（定性）により、大腸菌、インフルエンザ菌、リステリア菌、髄膜炎菌、B群溶連菌、肺炎球菌、サイトメガロウイルス、ヒトヘルペスウイルス、ヒトパレコウイルス、エンテロウイルス、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス及びクリプトコックスの核酸検出を同時に行った場合に、本区分の「21」の細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出の所定点数を準用し、一連の治療につき１回に限り算定する。なお、髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。 イ 本検査は、小児科、神経内科、脳神経外科又は救急科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されている場合に限り算定する。なお、本区分の「20」のウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準を届け出ている保険医療機関において実施すること。 ウ 一連の治療期間において別に実施した以下の検査については別に算定できない。 （イ）Ｄ０１２感染症免疫学的検査「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（１項目当たり）において算定対象として掲げられているもののうち、サイトメガロウイルス、ヘルペスウイルス及び水痘・帯状疱疹ウイルスに関する検査 （ロ）Ｄ０１２感染症免疫学的検査「26」のインフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性 （ハ）Ｄ０１２感染症免疫学的検査「35」のクリプトコックス抗原定性 （ニ）Ｄ０１２感染症免疫学的検査「37」の単純ヘルペスウイルス抗原定性 （ホ）Ｄ０１２感染症免疫学的検査「39」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液） （ヘ）Ｄ０１２感染症免疫学的検査「44」の単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器） （ト）Ｄ０２３微生物核酸同定・定量検査「16」の単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量、サイトメガロウイルス核酸定量 （チ）Ｄ０２３微生物核酸同定・定量検査「18」のサイトメガロウイルス核酸検出 (35) SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出 ア SARS-CoV-2・インフルエンザ・RS ウイルス核酸同時検出は、COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、SARS-CoV-2、インフルエンザウイルス及びＲＳウイルスの核酸検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、ＰＣＲ法（定性）により、鼻咽頭ぬぐい液又は鼻腔ぬぐい液中の SARS-CoV-2、インフルエンザウイルス及びＲＳウイルスの核酸検出を同時に行った場合に、検査の委託の有無にかかわらず、本区分の「10」ＨＰＶ核酸検出の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014 版」に記載されたカテゴリーB の感染性物質の規定に従うこと。 イ COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を１回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、上記のように合算した点数をさらに１回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ウ COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和３年２月 25 日健感発 0225 第１号）の「第１退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、１回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 エ SARS-CoV-2・インフルエンザ・RS ウイルス核酸同時検出を実施した場合、本区分「13」のインフルエンザ核酸検出、SARS-CoV-2 核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS-CoV-2・ＲＳウイルス核酸同時検出及びウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 を含む。）については、別に算定できない。 オ 本検査を算定するに当たっては、本区分の「10」の「注」に定める規定は適用しない。 (36) ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出 ア ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出は、ヘリコバクター・ピロリ感染が強く疑われる患者に対し、ＰＣＲ法により測定した場合に、本区分に掲げる「12」百日咳菌核酸検出 360 点の所定点数を準用して算定できる。 イ 当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」に即して行うこと。	
323	左欄	Ｄ257　細隙燈顕微鏡検査	Ｄ257　細隙灯顕微鏡検査
	右欄　(1)↓１、(3)↓１、２	細隙燈顕微鏡検査	細隙灯顕微鏡検査
	右欄　(2)↓１	細隙燈を	細隙灯を
324	右欄（精密眼圧測定）(2)を削除し、続く(3)を(2)に変更		
325	左欄	Ｄ273　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）	Ｄ273　細隙灯顕微鏡検査（前眼部）
330	右欄（小児食物アレルギー負荷試験）(1)		
	↓１	強く疑われる９歳未満の	強く疑われる16歳未満の
	↓２	12月に２回	12月に３回

332	右欄　１つ目の「○」を(1)に変更し、続けて下記を追加 (2)　インフルエンザウイルス感染症診断の補助を目的に薬事承認された内視鏡用テレスコープを使用しインフルエンザウイルス感染症の診断を行った場合に、本区分に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、「（内視鏡検査）通則３」に掲げる当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合及び「（内視鏡検査）通則４」に掲げる「写真診断を行った場合」の「使用したフィルムの費用」である「019 画像記録用フィルム（４）Ｂ４」を「10 円で除して得た点数」を合算した点数を準用して算定する。 (3)　インフルエンザウイルス感染症診断の補助を目的に薬事承認された内視鏡用テレスコープを使用しインフルエンザウイルス感染症の診断を行う検査は、発症後 48 時間以内に実施した場合に限り算定することができる。 (4)　インフルエンザウイルス感染症診断の補助を目的に薬事承認された内視鏡用テレスコープを使用しインフルエンザウイルス感染症の診断を行う検査は、一連の治療期間においてＤ０１２に掲げる感染症免疫学的検査の「22」インフルエンザウイルス抗原定性を行った場合は併せて算定できない。		
344	「備考」欄　↓８	ハ　10項目以上　109点	ハ　10項目以上　106点
348	「備考」欄　↓５	集菌塗抹法加算　32点	集菌塗抹法加算　35点
376	左欄　注10の次に下記を追加 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 右欄（外来後発医薬品使用体制加算）（2）の次に下記を追加 (3)「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。		
379	左欄　↑１の次に下記を追加 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 右欄（14）の次に下記を追加 (15)「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。		
393	右欄　(1)↑１	ガイドライン（2012年改訂版）」に基づいて	ガイドライン」に基づいて
398	↑２	規定する別に厚生労働大臣が定める患者	規定する患者
419	右欄１つ目(3)↓１	次のアからウまでの	次のアからエまでの
438	右欄１つ目(2)↓１	(DESIGN-R2020 分類d２以上とする)	(DESIGN-R2020 分類Ｄ３，Ｄ４及びＤ５)
447	右（経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術）（2）の次に下記を追加 (3) 経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などＸ線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合にも算定できる。なお、医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 続く(3)を(4)、(4)を(5)に変更		
477	右欄　注４↓16 右欄　注４↓34 右欄　注４↓38	、K343-2、K388-3、K400の3 、K684-2、K697-4の1、K697-5 3、K740-2の3及び4、K754-3、K755-3、	、K343-2、K374-2、K388-3、K394-2、K400の3 、K684-2、K695-2、K697-4の1、K697-5 3、K754-3、K755-3、

487	右欄　↓２の次に追加		(3)　急性熱傷及び採皮部を対象として創傷部の治癒促進を行うことを目的として、自家皮膚細胞移植用キットを用いて、健常皮膚を採皮して非培養細胞懸濁液を作製し、細胞懸濁液を熱傷患部に噴霧する場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。ただし、採皮部に細胞懸濁液を噴霧する場合の技術料は、当該点数に含まれ、別に算定できない。
510	右欄（自家培養上皮移植術）(4)の次に追加		(5)　角膜上皮幹細胞疲弊症に対して、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植（羊膜移植を併用した場合を含む。）を行った場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。 (6)　ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して、口腔粘膜組織採取のみに終わりヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植に至らない場合については、Ｋ４２３の「１」粘液嚢胞摘出術の所定点数を準用して算定する。 (7)　ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関と口腔粘膜組織採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
530	K548　右欄(1)イ↓３	血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセット	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
531	右欄　↓４の次に追加		(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、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。 (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Ｋ５４６経皮的冠動脈形成術、Ｋ５４７経皮的冠動脈粥腫切除術、Ｋ５４８経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又はＫ　５４９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あっては、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。 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 (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。
538	右欄（両心室ペースメーカー移植術）(1)↓３	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。	実施されるものであり、次のいずれかの心不全に対して、治療が行われた場合に算定する。 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 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シ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
539	右欄（大動脈バルーンパンピング法）(2)↓４	、これら５つの開心術補助手段等	、これら６つの開心術補助手段等
542	K616-6　右欄 ○↓２	狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を	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

552	右欄（肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法）(3)の次に追加	(4)　ラジオ波焼灼療法は、次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定できる。 ア 腫瘍径３センチメートル以下の腎悪性腫瘍の一部若しくは全体、標準治療に不適若しくは不応の肺悪性腫瘍、悪性骨腫瘍、類骨骨腫、骨盤内悪性腫瘍又は四肢、胸腔内及び腹腔内に生じた軟部腫瘍に対する治療（症状緩和を含む）を目的として、ラジオ波焼灼療法を行った場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。ただし、関連学会の策定する適正使用指針を遵守するとともに、適応となる患者の妥当性について、専門的知識を有する複数の診療科の医師による協議を行ったうえで判断すること。 イ 「１」及び「２」のそれぞれについて、「イ」及び「ロ」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。 ウ ここでいう２センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。	
568	K841-6　右欄「 ○」を(1)に変更し、続けて(2)を追加	(2)　前立腺組織用水蒸気デリバリーシステムを用いて経尿道的水蒸気治療を行った場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。	
587	↓１の枠の下に追加	K054-2 脛骨近位骨切り術	K068-2 関節鏡下半月板切除術 K069-3 関節鏡下半月板縫合術
604	右欄（直線加速器による放射線治療）(3)↓２	及び脳動静脈奇形に対して行った場合	、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
611	右欄（10)の次に下記を追加	(11)　BRAF V600E 変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、次に掲げる場合において、患者１人につき１回に限り、Ｎ００２ 免疫染色（免疫抗体法）病理組織 標本作製の「７」のＣＤ３０の所定点数４回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、Ｄ００４－２に掲げる大腸癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 ア 大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助に用いる場合 イ 大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助に用いる場合 (12)　早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、BRAF V600E 変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施した場合にあっては、Ｄ００４－２に掲げるマイクロサテライト不安定性検査、又はミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	
612	右欄（PD-L1タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製）↓１を（1）とし、↓４の次に下記を追加	(2) ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、次に掲げる場合において、患者１人につき１回に限り、本区分を準用して算定できる。ただし、次に掲げるいずれか１つの目的で当該検査を実施した後に、別の目的で当該検査を実施した場合にあっても、別に１回に限り算定できることとし、同一の目的においてＤ００４－２に掲げる固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査若しくはリンチ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。なお、いずれか１つの目的で当該検査を実施した後に、別の目的で当該検査を実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。 ア 抗ＰＤ－１抗体抗悪性腫瘍剤の固形癌患者への適応を判定するための補助に用いる場合 イ 大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助に用いる場合 ウ 大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助に用いる場合	
617	第４章　経過措置　「２」を２行削除　続く番号を変更 その次に下記を追加	「３」「４」「５」	「２」「３」「４」
		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。 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。	

以上

別紙

第５節 看護職員処遇改善評価料

区分

Ａ５００ 看護職員処遇改善評価料（１日につき）

１	看護職員処遇改善評価料１	１ 点
２	看護職員処遇改善評価料２	２ 点
３	看護職員処遇改善評価料３	３ 点
４	看護職員処遇改善評価料４	４ 点
５	看護職員処遇改善評価料５	５ 点
６	看護職員処遇改善評価料６	６ 点
７	看護職員処遇改善評価料７	７ 点
８	看護職員処遇改善評価料８	８ 点
９	看護職員処遇改善評価料９	９ 点
10	看護職員処遇改善評価料10	10 点
11	看護職員処遇改善評価料11	11 点
12	看護職員処遇改善評価料12	12 点
13	看護職員処遇改善評価料13	13 点
14	看護職員処遇改善評価料14	14 点
15	看護職員処遇改善評価料15	15 点
16	看護職員処遇改善評価料16	16 点
17	看護職員処遇改善評価料17	17 点
18	看護職員処遇改善評価料18	18 点
19	看護職員処遇改善評価料19	19 点
20	看護職員処遇改善評価料20	20 点
21	看護職員処遇改善評価料21	21 点
22	看護職員処遇改善評価料22	22 点
23	看護職員処遇改善評価料23	23 点
24	看護職員処遇改善評価料24	24 点
25	看護職員処遇改善評価料25	25 点
26	看護職員処遇改善評価料26	26 点
27	看護職員処遇改善評価料27	27 点
28	看護職員処遇改善評価料28	28 点
29	看護職員処遇改善評価料29	29 点
30	看護職員処遇改善評価料30	30 点
31	看護職員処遇改善評価料31	31 点
32	看護職員処遇改善評価料32	32 点
33	看護職員処遇改善評価料33	33 点
34	看護職員処遇改善評価料34	34 点
35	看護職員処遇改善評価料35	35 点
36	看護職員処遇改善評価料36	36 点
37	看護職員処遇改善評価料37	37 点
38	看護職員処遇改善評価料38	38 点
39	看護職員処遇改善評価料39	39 点
40	看護職員処遇改善評価料40	40 点
41	看護職員処遇改善評価料41	41 点
42	看護職員処遇改善評価料42	42 点
43	看護職員処遇改善評価料43	43 点
44	看護職員処遇改善評価料44	44 点
45	看護職員処遇改善評価料45	45 点
46	看護職員処遇改善評価料46	46 点
47	看護職員処遇改善評価料47	47 点
48	看護職員処遇改善評価料48	48 点
49	看護職員処遇改善評価料49	49 点
50	看護職員処遇改善評価料50	50 点
51	看護職員処遇改善評価料51	51 点
52	看護職員処遇改善評価料52	52 点
53	看護職員処遇改善評価料53	53 点
54	看護職員処遇改善評価料54	54 点
55	看護職員処遇改善評価料55	55 点
56	看護職員処遇改善評価料56	56 点
57	看護職員処遇改善評価料57	57 点
58	看護職員処遇改善評価料58	58 点
59	看護職員処遇改善評価料59	59 点
60	看護職員処遇改善評価料60	60 点
61	看護職員処遇改善評価料61	61 点
62	看護職員処遇改善評価料62	62 点
63	看護職員処遇改善評価料63	63 点
64	看護職員処遇改善評価料64	64 点
65	看護職員処遇改善評価料65	65 点
66	看護職員処遇改善評価料66	66 点
67	看護職員処遇改善評価料67	67 点
68	看護職員処遇改善評価料68	68 点
69	看護職員処遇改善評価料69	69 点
70	看護職員処遇改善評価料70	70 点
71	看護職員処遇改善評価料71	71 点
72	看護職員処遇改善評価料72	72 点
73	看護職員処遇改善評価料73	73 点
74	看護職員処遇改善評価料74	74 点
75	看護職員処遇改善評価料75	75 点
76	看護職員処遇改善評価料76	76 点
77	看護職員処遇改善評価料77	77 点
78	看護職員処遇改善評価料78	78 点
79	看護職員処遇改善評価料79	79 点
80	看護職員処遇改善評価料80	80 点
81	看護職員処遇改善評価料81	81 点
82	看護職員処遇改善評価料82	82 点
83	看護職員処遇改善評価料83	83 点
84	看護職員処遇改善評価料84	84 点
85	看護職員処遇改善評価料85	85 点
86	看護職員処遇改善評価料86	86 点

（看護職員処遇改善評価料）

看護職員処遇改善評価料は、地域で新型コロナウイルス感染症に係る医療など一定の役割を担う保険医療機関に勤務する保健師、助産師、看護師及び准看護師の賃金を改善するための措置を実施することを評価したものであり、第１節入院基本料、第３節特定入院料又は第４節短期滞在手術等基本料（区分番号「Ａ４００」の「１」短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定している患者について、１日につき１回算定できる。

別紙

87 看護職員処遇改善評価料87 87 点
88 看護職員処遇改善評価料88 88 点
89 看護職員処遇改善評価料89 89 点
90 看護職員処遇改善評価料90 90 点
91 看護職員処遇改善評価料91 91 点
92 看護職員処遇改善評価料92 92 点
93 看護職員処遇改善評価料93 93 点
94 看護職員処遇改善評価料94 94 点
95 看護職員処遇改善評価料95 95 点
96 看護職員処遇改善評価料96 96 点
97 看護職員処遇改善評価料97 97 点
98 看護職員処遇改善評価料98 98 点
99 看護職員処遇改善評価料99 99 点
100 看護職員処遇改善評価料100 100 点
101 看護職員処遇改善評価料101 101 点
102 看護職員処遇改善評価料102 102 点
103 看護職員処遇改善評価料103 103 点
104 看護職員処遇改善評価料104 104 点
105 看護職員処遇改善評価料105 105 点
106 看護職員処遇改善評価料106 106 点
107 看護職員処遇改善評価料107 107 点
108 看護職員処遇改善評価料108 108 点
109 看護職員処遇改善評価料109 109 点
110 看護職員処遇改善評価料110 110 点
111 看護職員処遇改善評価料111 111 点
112 看護職員処遇改善評価料112 112 点
113 看護職員処遇改善評価料113 113 点
114 看護職員処遇改善評価料114 114 点
115 看護職員処遇改善評価料115 115 点
116 看護職員処遇改善評価料116 116 点
117 看護職員処遇改善評価料117 117 点
118 看護職員処遇改善評価料118 118 点
119 看護職員処遇改善評価料119 119 点
120 看護職員処遇改善評価料120 120 点
121 看護職員処遇改善評価料121 121 点
122 看護職員処遇改善評価料122 122 点
123 看護職員処遇改善評価料123 123 点
124 看護職員処遇改善評価料124 124 点
125 看護職員処遇改善評価料125 125 点
126 看護職員処遇改善評価料126 126 点
127 看護職員処遇改善評価料127 127 点
128 看護職員処遇改善評価料128 128 点
129 看護職員処遇改善評価料129 129 点
130 看護職員処遇改善評価料130 130 点
131 看護職員処遇改善評価料131 131 点
132 看護職員処遇改善評価料132 132 点
133 看護職員処遇改善評価料133 133 点
134 看護職員処遇改善評価料134 134 点
135 看護職員処遇改善評価料135 135 点
136 看護職員処遇改善評価料136 136 点
137 看護職員処遇改善評価料137 137 点
138 看護職員処遇改善評価料138 138 点
139 看護職員処遇改善評価料139 139 点
140 看護職員処遇改善評価料140 140 点
141 看護職員処遇改善評価料141 141 点
142 看護職員処遇改善評価料142 142 点
143 看護職員処遇改善評価料143 143 点
144 看護職員処遇改善評価料144 144 点
145 看護職員処遇改善評価料145 145 点
146 看護職員処遇改善評価料146 150 点
147 看護職員処遇改善評価料147 160 点
148 看護職員処遇改善評価料148 170 点
149 看護職員処遇改善評価料149 180 点
150 看護職員処遇改善評価料150 190 点
151 看護職員処遇改善評価料151 200 点
152 看護職員処遇改善評価料152 210 点
153 看護職員処遇改善評価料153 220 点
154 看護職員処遇改善評価料154 230 点
155 看護職員処遇改善評価料155 240 点
156 看護職員処遇改善評価料156 250 点
157 看護職員処遇改善評価料157 260 点
158 看護職員処遇改善評価料158 270 点
159 看護職員処遇改善評価料159 280 点
160 看護職員処遇改善評価料160 290 点
161 看護職員処遇改善評価料161 300 点
162 看護職員処遇改善評価料162 310 点
163 看護職員処遇改善評価料163 320 点
164 看護職員処遇改善評価料164 330 点
165 看護職員処遇改善評価料165 340 点

注 看護職員の処遇の改善を図る体制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保険医療機関に入院している患者であって、第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料を算定しているものについて、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。