

事務連絡  
令和4年4月28日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その7）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第54号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日保医発 0304 第1号）等により、令和4年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添のとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

## 医科診療報酬点数表関係

### 【電子的保健医療情報活用加算】

問1 区分番号「A000」初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算について、電子資格確認を行った結果、患者の診療情報等が存在しなかった場合は、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当すると考えてよいか。

(答) よい。

### 【術後疼痛管理チーム加算】

問2 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算の施設基準において求める薬剤師及び臨床工学技士の「術後疼痛管理に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、日本麻酔科学会「術後疼痛管理研修」が該当する。

なお、令和4年3月31日までに、日本麻酔科学会が定める従前のカリキュラムにおいて研修を修了し、修了証等が発行されている者については、次期更新までは、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した者と判断して差し支えない。

問3 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算の施設基準における「専任の看護師は、年間200症例以上の麻酔管理を行っている保険医療機関において、手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を2年以上有するものであること」について、麻酔管理を行っている症例とは、「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者」に係るものを指すのか。

(答) そのとおり。

### 【地域包括ケア病棟入院料】

問4 区分番号「A308-3」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」については、

- ・ 「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六割以上であること。」
- ・ 「当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において三十人以上であること。」
- ・ 「救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。」

のいずれかに該当する場合であることとされているが、このうち「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。」は、具体的にはどのような保険医療機関が該当するのか。

(答) 医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)に基づき認定された救急病院が該当する。

#### 【精神科救急医療体制加算】

問5 区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準のうち、「当該病棟における病床数が百二十床以下であること」については、当該基準に係る経過措置により、令和4年3月31日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床を超える場合であっても、当該基準に該当するものとみなされるのか。

(答) そのとおり。

#### 【看護補助体制充実加算】

問6 看護補助体制充実加算の施設基準において、「当該病棟の看護師長等が所定の研修を修了していること」とされているが、当該加算を算定する各病棟の看護師長等がそれぞれ所定の研修を修了する必要があるか。

(答) そのとおり。

#### 【平均在院日数】

問7 「平均在院日数の計算対象としない患者」に「短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが、平均在院日数の算定において、具体的にはどのような取扱いとなるのか。

(答) 施設基準通知別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」に示す算定式において、

- ・ 分子の「① 当該病棟における直近3か月間の在院患者延日数」から、当該患者に対して短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った日を除き、
- ・ 分母の「② (当該病棟における当該3か月間の新入棟患者数+当該病棟における当該3か月間の新退棟患者数) / 2)」の新入棟患者数及び新退棟患者数から、当該患者を除く

こととして算定する。

問 8 「平均在院日数の計算対象としない患者」のうち、

- ・ 短期滞在手術等基本料 1 及び 3（入院した日から起算して 5 日までの期間に限る。）を算定している患者
- ・ D P C 対象病院において、短期滞在手術等基本料 3 を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して 5 日までに退院した患者に限る。）
- ・ 短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査を行った患者について、短期滞在手術等基本料 1 と短期滞在手術等基本料 3 のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって、入院した日から起算して 6 日目以降も継続して入院しているものについては、どのような取扱いとなるのか。

(答) 入院した日から起算して 5 日までの期間においては、「短期滞在手術等基本料 3 を算定している患者」又は「D P C 対象病院において、短期滞在手術等基本料 3 を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者」として平均在院日数の計算対象から除外し、6 日目以降においては、平均在院日数の計算対象に含むこととし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

**【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】**

問 9 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外する患者に「短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが、具体的にはどのような取扱いとなるのか。

(答) 当該患者に対して短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査を行った日に限り、当該患者を重症度、医療・看護必要度の評価対象から除くこと。

問 10 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外する患者のうち、

- ・ 短期滞在手術等基本料を算定する患者
- ・ D P C 対象病院において、短期滞在手術等基本料 3 を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して 5 日までに退院した患者に限る。）
- ・ 短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査を行った患者について、短期滞在手術等基本料 1 と短期滞在手術等基本料 3 のいずれも

算定できる手術等を実施した患者であって、入院した日から起算して6日目以降も継続して入院しているものについては、どのような取扱いとなるのか。

(答) 入院した日から起算して5日までの期間においては、「短期滞在手術等基本料3を算定している患者」又は「DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者」として重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外し、6日目以降においては評価対象に含むこと。

**【回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】**

問 11 日常生活機能評価による測定対象から除外する患者に「短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者」が追加されたが、具体的にはどのような取扱いとなるのか。

(答) 入院期間中に短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者について、測定対象から除くこと。

問 12 日常生活機能評価による測定対象から除外する患者のうち、

- ・ 短期滞在手術等基本料を算定する患者
- ・ DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者(入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。)
- ・ 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査を行った患者について、短期滞在手術等基本料1と短期滞在手術等基本料3のいずれも算定できる手術等を実施した患者であって、入院した日から起算して6日目以降も継続して入院しているものについては、どのような取扱いとなるのか。

(答) 入院した日から起算して5日までの期間においては、「短期滞在手術等基本料3を算定している患者」又は「DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を行った患者」として日常生活機能評価による測定対象から除外し、6日目以降においては測定対象に含むこと。

**【短期滞在手術等基本料】**

問 13 区分番号「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1の「イ 麻酔を伴う手術を行った場合」における「麻酔」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち、区分番号「L009」麻酔管理料(I)及び区分番号「L010」麻酔管理料(II)の対象となる

- ・ 区分番号「L002」硬膜外麻酔
- ・ 区分番号「L004」脊髄麻酔
- ・ 区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を指す。

問14 区分番号「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1の施設基準における「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」について、「全身麻酔」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 医科点数表第2章11部に掲げる麻酔のうち、区分番号「L007」開放点滴式全身麻酔及び区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を指す。

#### 【緑内障手術】

問15 区分番号「K268」緑内障手術の「2」流出路再建術の「イ」眼内法及び「7」濾過胞再建術（needle法）の施設基準に係る届出について、病院だけでなく診療所でも届出可能か。

(答) 届出可能。なお、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第54号）及び特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第56号）については、官報掲載事項の訂正が行われる予定である。

問16 区分番号「K268」緑内障手術の「7」濾過胞再建術（needle法）の施設基準に係る届出において、施設基準通知別添2の様式52はどのように取り扱えばよいか。

(答) 緑内障手術の濾過胞再建術（needle法）について、様式52の提出は不要である。なお、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第3号）については訂正が行われる予定である。