

福岡医発第 1638 号 (地)
令和 4 年 9 月 13 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

看護の処遇改善並びにオンライン資格確認の導入の原則義務化
及びこれに伴う診療報酬上の加算の取扱いについて

「令和 4 年度診療報酬改定（看護の処遇改善）」並びに「医療 DX の基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付け及びこれに伴う診療報酬上の加算の取扱い」につきましては、令和 4 年 8 月 10 日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会において、答申書が中医協会長より厚生労働大臣あてに提出された旨、令和 4 年 8 月 19 日付福岡医発第 1397 号（地）にてご連絡申し上げているところです。

この答申を踏まえ、今般、添付資料のとおり、関係省令・告示が公布され、併せて関係通知が発出された旨、日本医師会より通知がまいりましたのでご連絡申し上げます。

詳細につきましては、厚生労働省ホームページ「令和 4 年度診療報酬改定について（10 月改定分）」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00041.htm 1) からのご確認いただけます。

また、本年 10 月 1 日より適用される看護の処遇改善に関しましては、新たに「看護職員処遇改善評価料」が創設されたものであり、当該点数を算定する医療機関につきましては、施設基準の届出が必要となります。当該届出は、令和 4 年 10 月 20 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1 日に遡って算定することができます。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、オンライン資格確認の導入の原則義務化につきましては、令和 4 年 8 月 20 日付福岡医発第 1403 号（地）にてご連絡しているとおおり、

- 1) 令和 5 年 4 月 1 日より施行されるものであり、保険医療機関及び保険薬局は、患者の受診資格を確認する際、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合は、オンライン資格確認によって受給資格の確認を行わなければならないことが、保険医療機関及び保険医療養担当規則等で規定されることとなります。（現在、紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関等は例外）
- 2) オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る現行の評価「電子的保健医療情報活用加算」を廃止し、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を新設し、令和 4 年 10 月 1 日より適用されます。

【添付資料】

- ・看護の処遇改善並びに医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付け及びこれに伴う診療報酬上の加算の取扱いについて
(令4.9.5 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

＜関係省令・告示・通知等＞

- ① 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令
(令和4年厚生労働省令第124号)【オン資】
- ② 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示
(令和4年厚生労働省告示第268号)【オン資】
- ③ 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269号)【処遇・オン資】
- ④ 基本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270号)【処遇・オン資】
- ⑤ 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271号)【オン資】
- ⑥-1 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及び基本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(看護の処遇改善)
(令和4年9月5日付け保医発0905第2号)
- ⑥-2 看護職員処遇改善評価料に関する様式
(施設基準に係る届出書添付書類 等)
- ⑥-3 令和4年度診療報酬改定の概要 看護における処遇改善
(厚生労働省保険局医療課)
- ⑦-1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いについて
(令和4年9月5日付け保医発0905第1号)
- ⑦-2 (別紙様式54) 初診時の標準的な問診票の項目等
- ⑦-3 (別紙様式5) 初診時の標準的な問診票の項目等(歯科)
- ⑦-4 医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

看護の処遇改善並びにオンライン資格確認の導入の原則義務化
及びこれに伴う診療報酬上の加算の取扱いについて

令和 4 年 8 月 10 日付け日医発第 912 号（保険）「中医協答申書について」により、令和 4 年 8 月 10 日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会におきまして、厚生労働大臣より諮問のありました「令和 4 年度診療報酬改定（看護の処遇改善）」並びに「医療 D X の基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付け及びこれに伴う診療報酬上の加算の取扱い」に関しまして、「答申書」が中医協会長より厚生労働大臣あてに提出された旨、ご報告申し上げたところであります。

この答申を踏まえ、今般、添付資料のとおり、関係省令・告示が公布され、併せて関係通知が発出されましたので、ご連絡申し上げます。

なお、詳細につきましては、厚生労働省ホームページ「令和 4 年度診療報酬改定について（10 月改定分）」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00041.html）からもご確認いただけます。

また、本年 10 月 1 日より適用される看護の処遇改善に関しましては、新たに「看護職員処遇改善評価料」が創設されたものであり、当該点数を算定する医療機関につきましては、施設基準の届出が必要となります。当該届出は、令和 4 年 10 月 20 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1 日に遡って算定することができるものでありますので、届出漏れのないよう、ご周知方よろしくお願い申し上げます。

さらに、オンライン資格確認の導入の原則義務付けにつきましては、令和 5 年 4 月 1 日より施行されるものであり、保険医療機関及び保険薬局は、患者の受診資格を確認する際、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合は、オンライン資格確認によって受給資格の確認を行わなければならないことが、保険医療機関及び保険医療養担当規則等で規定されることとなります。（現在、紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関等は、例外とされます。）

これにより、あらかじめ必要な体制を整備する必要がありますのでご注意ください。

オンライン資格確認の導入の原則義務化等を踏まえ、オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る現行の評価「電子的保健医療情報活用加算」を廃止し、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を新設し、令和 4 年 10 月 1 日より適用されることとなります。

詳細につきましては、添付資料の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いについて」（令和4年9月5日 保医発 0905 第1号 厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官）及び追ってご連絡申し上げますQ&A等をご参照くださいますようお願いいたします。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和4年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

【添付資料】

看護の処遇改善並びに医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付け及びこれに伴う診療報酬上の加算の取扱いについて

（令 4.9.5 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

＜関係省令・告示・通知等＞

- ① 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（令和4年厚生労働省令第124号）【オン資】
- ② 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示（令和4年厚生労働省告示第268号）【オン資】
- ③ 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269号）【処遇・オン資】
- ④ 基本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270号）【処遇・オン資】
- ⑤ 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271号）【オン資】
- ⑥-1 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及び基本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（看護の処遇改善）
（令和4年9月5日付け保医発0905第2号）
- ⑥-2 看護職員処遇改善評価料に関する様式（施設基準に係る届出書添付書類 等）
- ⑥-3 令和4年度診療報酬改定の概要 看護における処遇改善（厚生労働省保険局医療課）
- ⑦-1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いについて
（令和4年9月5日付け保医発0905第1号）
- ⑦-2 （別紙様式54）初診時の標準的な問診票の項目等
- ⑦-3 （別紙様式5）初診時の標準的な問診票の項目等（歯科）
- ⑦-4 医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

事 務 連 絡
令和 4 年 9 月 5 日

関 係 団 体 御 中

厚生労働省保険局医療課

看護の処遇改善並びに医療 DX の基盤となるオンライン資格確認の導入の
原則義務付け及びこれに伴う診療報酬上の加算の取扱いについて

平素より、厚生労働行政に格別の御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、標記について、本年 8 月 10 日の中央社会保険医療協議会答申を踏まえ、
本日、関係省令の公布等が行われたところです。

本改正の経緯及び概要については、下記のとおりですので、別添団体各位に
おかれましても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

記

1 看護の処遇改善について

別紙 1 のとおり

2 医療 DX の基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付け及び これに伴う診療報酬上の加算の取扱いについて

別紙 2 のとおり

< 厚生労働省ホームページ（令和 4 年度診療報酬改定について（10 月改定分） >

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00041.html

< 関係省令・告示・通知 >

- ・ 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（令和 4 年厚生労働省令第 124 号）
- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示（令和 4 年厚生労働省告示第 268 号）
- ・ 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 269 号）
- ・ 基本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 270 号）
- ・ 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 271 号）
- ・ 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及び基本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（看護の処遇改善）（令和 4 年 9 月 5 日付け保医発 0905 第 2 号）
- ・ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いについて（令和 4 年 9 月 5 日付け保医発 0905 第 1 号）

(別添)

公益社団法人 日本医師会 御中
公益社団法人 日本歯科医師会 御中
公益社団法人 日本薬剤師会 御中
一般社団法人 日本病院会 御中
公益社団法人 全日本病院協会 御中
公益社団法人 日本精神科病院協会 御中
一般社団法人 日本医療法人協会 御中
一般社団法人 日本社会医療法人協議会 御中
公益社団法人 全国自治体病院協議会 御中
一般社団法人 日本慢性期医療協会 御中
一般社団法人 日本私立医科大学協会 御中
一般社団法人 日本私立歯科大学協会 御中
一般社団法人 日本病院薬剤師会 御中
公益社団法人 日本看護協会 御中
一般社団法人 全国訪問看護事業協会 御中
公益財団法人 日本訪問看護財団 御中
独立行政法人 国立病院機構本部 御中
国立研究開発法人 国立がん研究センター 御中
国立研究開発法人 国立循環器病研究センター 御中
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 御中
国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 御中
国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 御中
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 御中
独立行政法人 地域医療機能推進機構本部 御中
独立行政法人 労働者健康安全機構本部 御中
健康保険組合連合会 御中
全国健康保険協会 御中
健康保険組合 御中
公益社団法人 国民健康保険中央会 御中
社会保険診療報酬支払基金 御中
財務省主計局給与共済課 御中
文部科学省高等教育局医学教育課 御中
文部科学省高等教育局私学行政課 御中
総務省自治行政局公務員部福利課 御中
総務省自治財政局地域企業経営企画室 御中
警察庁長官官房教養厚生課 御中
防衛省人事教育局 御中
労働基準局労災管理課 御中
労働基準局補償課 御中
各都道府県後期高齢者医療広域連合 御中

(別紙 1)

看護の処遇改善について

1 経緯

「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和 3 年 11 月 19 日閣議決定）等を踏まえた、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象とする、収入を 1 % 程度（月額平均 4,000 円相当）引き上げるための措置として、令和 4 年 2 月から 9 月までの間、「看護職員等処遇改善事業補助金」事業が実施されているところ。

令和 4 年 10 月からは、同閣議決定等に基づき、収入を 3 % 程度（月額平均 12,000 円相当）引き上げるための措置として、診療報酬において「看護職員処遇改善評価料」を新設するもの（令和 4 年 8 月 10 日 中医協答申）。

2 概要

(1) 対象となる医療機関

次のいずれかに該当する医療機関

ア 救急医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、救急搬送件数が年間で 200 件以上であること。

イ 救命救急センター等を設置している保険医療機関であること。

(2) 対象となる職種

ア 看護職員（看護師、准看護師、保健師、助産師）

イ 医療機関の判断により、看護補助者・理学療法士・作業療法士等のコメディカルの賃金改善に充てることが可能

(3) 看護職員処遇改善評価料の要件等

入院日数に応じて支払われる入院基本料等に、それぞれの医療機関の看護職員数と延べ入院患者数に応じて、点数を上乗せする。

$$\text{それぞれの医療機関の必要点数} = \frac{\text{看護職員の賃上げ必要額（それぞれの医療機関の看護職員数} \times \text{12,000円} \times \text{社会保険負担率）}}{\text{それぞれの医療機関の延べ入院患者数} \times \text{10円}}$$

本評価料による収入の全額については、看護職員等の賃上げに充当することを求めるとともに、本評価料による収入の 3 分の 2 以上について、看護職員等の賃金のベースアップに使用することを求める。

また、本評価料を算定する医療機関に対し、看護職員等の賃金改善額と本評価料による収入額を記載した計画書及び実績報告書の提出を求める。

3 対象医療機関におけるスケジュール

9 月 対象医療機関において届出・算定に向けた準備

10 月 1 日～ 看護職員処遇改善評価料の算定開始

10 月 1 日～10 月 20 日 地方厚生（支）局へ施設基準に係る届出書を提出

医療 DX の基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付け
及びこれに伴う診療報酬上の加算の取扱いについて

1 経緯

医療 DX の基盤となるオンライン資格確認については「経済財政運営と改革の基本方針 2022」(令和 4 年 6 月 7 日閣議決定)において、保険医療機関・薬局に令和 5 年 4 月から導入を原則として義務付けるとともに、導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直すこととされた。

これを踏まえ、オンライン資格確認の導入の原則義務付け及びこれに伴う診療報酬上の加算の見直しを行うもの(令和 4 年 8 月 10 日 中医協答申)。

2 概要

(1) オンライン資格確認の導入の原則義務付け(令和 5 年 4 月 1 日施行)

- ① 保険医療機関及び保険薬局は、患者の受給資格を確認する際、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合は、オンライン資格確認によって受給資格の確認を行わなければならないこととする。(保険医療機関及び保険医療養担当規則第 3 条第 1 項及び第 2 項関係等)
- ② 現在紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関・保険薬局については、オンライン資格確認導入の原則義務付けの例外とする。(同令第 3 条第 3 項関係等)
- ③ 保険医療機関及び保険薬局(②の保険医療機関・保険薬局を除く。)は、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合に対応できるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならないこととする。(同令第 3 条第 4 項関係等)
- ④ このほか、保険医療機関及び保険薬局はオンライン資格確認に係る体制に関する事項を院内に掲示しなければならないこととする。(療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等)

(2) オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の見直し(令和 4 年 10 月 1 日適用)

保険医療機関・保険薬局のオンライン資格確認の導入の原則義務化等を踏まえ、オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る現行の評価を廃止し、初診時等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診療等を実施し質の高い医療を提供する体制及びオンライン資格確認等システムによる患者情報の取得の効率化を考慮した評価体系とする。

具体的には「電子的保健医療情報活用加算」を廃止し、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を新設する(令和 4 年 10 月 1 日適用)。

○厚生労働省令第百二十四号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十条第一項及び第七十二条第一項（これらの規定を同法第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百十条第七項及び第一百四十九条において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令を次のように定める。

令和四年九月五日

厚生労働大臣 加藤 勝信

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令

（保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正）

第一条 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
(受給資格の確認等) 第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、健康保険法(大正十一年法律第七十号。以下「法」という。)<u>第三条第十三項に規定する電子資格確認(以下「電子資格確認」という。)</u>又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。 (削る) 2 患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「<u>という。</u>」又は患者の提出する被保険者証」とあるのは「<u>という。</u>」と、「事由によつて」とあるのは「<u>事由によつて電子資格確認により</u>」とする。 3 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和五十一年厚生省令第三十六号)第五条第一項の規定により同項に規定する書面による請求を行つている保険医療機関及び同令第六条第一項の規定により届出を行つた保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。 4 保険医療機関(前項の規定の適用を受けるものを除く。)は、第二項に規定する場合において、患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。	(受給資格の確認) 第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。 一 健康保険法(大正十一年法律第七十号。以下「法」という。) <u>第三条第十三項に規定する電子資格確認</u> 二 患者の提出する被保険者証 (新設) (新設) (新設)

(被保険者証の返還)

第四条 保険医療機関は、患者の提出する被保険者証により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合、法第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。

(読替規定)

第二十四条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

(略)		(略)		(略)	
第三条第一項		健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）		健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）	
被保険者証	資格確認	第三条第十三項に規定する電子資格確認	第三条第十三項に規定する電子資格確認	被保険者証	船員保険法（昭和十四年法律第七十三号。以下「法」という。）
	被保険者証	資格確認	資格確認		船員保険法（昭和十四年法律第七十三号。以下「法」という。）
第四条		受給資格者票（特別療養費受給票を含む。第四条において同じ。）		被保険者証	

(被保険者証の返還)

第四条 保険医療機関は、第三条第二号に掲げる方法により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。

(読替規定)

第二十四条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

(略)		(略)		(略)	
第三条第一号		健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）		健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）	
被保険者証	資格確認	第三条第十三項に規定する電子資格確認	第三条第十三項に規定する電子資格確認	被保険者証	船員保険法（昭和十四年法律第七十三号。以下「法」という。）
	被保険者証	資格確認	資格確認		船員保険法（昭和十四年法律第七十三号。以下「法」という。）
第四条		法第百条、第百五条又は第百三十六条又は第百四十三条		法第七十二条又は第八十条の規定	

(略)	
(略)	料 費又は家族埋葬 り埋葬料、埋葬 三条の規定によ 法第百条、第百 五条又は第百十
(略)	又は家族埋葬料 埋葬料、埋葬費 条の規定により 又は第百四十三 法第百三十六条
(略)	又は家族葬祭料 定により葬祭料 は第八十条の規 法第七十二条又

(略)	
(略)	料 費又は家族埋葬 り埋葬料、埋葬 三条の規定によ
(略)	又は家族埋葬料 埋葬料、埋葬費 条の規定により
(略)	又は家族葬祭料 定により葬祭料

(保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正)

第二条 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号)の一部を次の表の
ように改正する。

改 正 後	改 正 前
(処方箋の確認等) 第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋、法第十三項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。ただし、緊急やむを得ない事由によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかでないものについては、この限りでない。 2 患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「その処方箋、法第十三項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）又は患者の提出する被保険者証」とあるのは「法第十三項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）」と、「事由によつて」とあるのは「事由によつて電子資格確認により」とする。 3 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第五条第一項の規定により同項に規定する書面による請求を行つている保険薬局及び同令第六条第一項の規定により届出を行つた保険薬局については、前項の規定は、適用しない。 4 保険薬局（前項の規定の適用を受けるものを除く。）は、第二項に規定する場合において、患者が電子資格確認によつて療養の	(処方箋の確認) 第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋、法第十三項に規定する電子資格確認又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。 (新設) (新設) (新設)

給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、
あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。

(読替規定)

第十一条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

(略)	(略)	(略)	(略)
第三条第一項	健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号	健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項第一号又は第三号	船員保険法（昭和十四年法律第七十三号。以下「法」という。）第五十三条第三項各号
	法第三条第十三項に規定する電子資格確認	法第三条第十三項に規定する電子資格確認	法第二条第十二項に規定する電子資格確認
第三条第二項	法第三条第十三項に規定する電子資格確認	法第三条第十三項に規定する電子資格確認	法第二条第十二項に規定する電子資格確認
(略)	(略)	(略)	(略)

(読替規定)

第十一条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

(略)	(略)	(略)	(略)
第三条	健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号	健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項第一号又は第三号	船員保険法（昭和十四年法律第七十三号。以下「法」という。）第五十三条第三項各号
(新設)	(新設)	(新設)	(新設)
(略)	(略)	(略)	(略)

附 則

この省令は、令和五年四月一日から施行する。

○厚生労働省告示第二百六十八号

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十五条、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）第二条の六、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）第二条の四並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）第二条の六及び第二十五条の四の規定に基づき、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示を次のように定める。

令和四年九月五日

厚生労働大臣 加藤 勝信

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示

（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部改正）

第一条 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準

の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
(受給資格の確認等) 第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、健康保険法第十三条第十三項に規定する電子資格確認(以下「電子資格確認」という。)(又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。 (削る) (削る) 2 患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「という。」又は患者の提出する被保険者証」とあるのは「という。」と、「事由によつて」とあるのは「事由によつて電子資格確認により」とする。 3 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和五十一年厚生省令第三十六号)第五条第一項の規定により同項に規定する書面による請求を行つてゐる保険医療機関及び同令第六条第一項の規定により届出を行つた保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。 4 保険医療機関(前項の規定の適用を受けるものを除く。)(は、第二項に規定する場合において、患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。 5 (略)	(受給資格の確認) 第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて療養の給付を受ける資格があることが明らかであるものについては、この限りでない。 一 健康保険法第十三条第十三項に規定する電子資格確認 二 患者の提出する被保険者証 (新設) (新設) (新設) 2 (略)

(被保険者証の返還)

第四条 保険医療機関は、患者の提出する被保険者証により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対して行つた療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を取り扱わなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。

(処方箋の確認等)

第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋、電子資格確認又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて療養の給付を受ける資格があることとの確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

2| 患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「その処方箋、電子資格確認又は患者の提出する被保険者証」とあるのは「電子資格確認」と、「事由によつて」とあるのは「事由によつて電子資格確認により」とする。

3| 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第五条第一項の規定により同項に規定する書面による請求を行つている保険薬局及び同令第六條第一項の規定により届出を行つた保険薬局については、前項の規定は、適用しない。

4| 保険薬局（前項の規定の適用を受けるものを除く。）は、第二項に規定する場合において、患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。

(被保険者証の返還)

第四条 保険医療機関は、第三条第一項第二号に掲げる方法により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対して行つた療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を取り扱わなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。

(処方箋の確認)

第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋、健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。

(新設)

(新設)

(新設)

（療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正）

第二条 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
第一 保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療担規則」という。）第二条の六及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。）第二条の六の厚生労働大臣が定める揭示事項一～五（略） 六 療担規則第三条第四項及び療担基準第三条第四項に規定する体制に関する事項 第十三 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「薬担規則」という。）第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項一～三（略） 四 薬担規則第三条第四項及び療担基準第二十六条第四項に規定する体制に関する事項	第一 保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療担規則」という。）第二条の六及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。）第二条の六の厚生労働大臣が定める揭示事項一～五（略） （新設） 第十三 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「薬担規則」という。）第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項一～三（略） （新設）

附 則

この告示は、令和五年四月一日から適用する。

診療報酬の算定方法の一部を改正する件

○厚生労働省告示第二百六十九号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百四十九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次の表のように改正し、令和四年十月一日から適用する。

令和四年九月五日

厚生労働大臣 加藤 勝信

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 基本診療料 第1部 (略) 第2部 入院料等 第1節～第4節 (略) 第5節 <u>看護職員処遇改善評価料</u> 第2章～第4章 (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 (略) 第1節 初診料 区分 A 0 0 0 初診料 288点 注1～13 (略) 14 <u>削除</u>	別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 基本診療料 第1部 (略) 第2部 入院料等 第1節～第4節 (略) (新設) 第2章～第4章 (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 (略) 第1節 初診料 区分 A 0 0 0 初診料 288点 注1～13 (略) 14 <u>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、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等を取得した上で 初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用 加算として、月1回に限り7点を所定点数に加 算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の 取得が困難な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等の提供を受けた場合等 にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加 算する。</u>

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。

第 2 節 再診料

区分

A 0 0 1 再診料 73点

注 1・2 (略)

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療科に限り、37 点（注 2 に規定する場合にあっては、27 点）を算定する。この場合において、注 4 から注 8 まで及び注 10 から注 17 までに規定する加算は算定しない。

4～8 (略)

9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注 8、注 12、注 13 及び注 15 から注 17 までに規定する加算は算定しない。

10～17 (略)

(新設)

第 2 節 再診料

区分

A 0 0 1 再診料 73点

注 1・2 (略)

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療科に限り、37 点（注 2 に規定する場合にあっては、27 点）を算定する。この場合において、注 4 から注 8 まで及び注 10 から注 18 までに規定する加算は算定しない。

4～8 (略)

9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注 8、注 12、注 13 及び注 15 から注 18 までに規定する加算は算定しない。

10～17 (略)

(削る)

A 0 0 2 外来診療料 74点
注 1 ～ 4 (略)

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療科に限り 37 点（注 2 から注 4 までは規定する場合にあっては、27 点）を算定する。この場合において、注 6 のただし書及び注 7 から注 9 までは規定する加算は算定しない。

6 ～ 9 (略)
(削る)

A 0 0 3 (略)
第 2 部 入院料等

通則

1 健康保険法第 63 条第 1 項第 5 号及び高齢者医療確保法第 64 条第 1 項第 5 号による入院及び看護の費用は、第 1 節から第 5 節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境

18 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、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等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月 1 回に限り 4 点を所定点数に加算する。

A 0 0 2 外来診療料 74点
注 1 ～ 4 (略)

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療科に限り 37 点（注 2 から注 4 までは規定する場合にあっては、27 点）を算定する。この場合において、注 6 のただし書及び注 7 から注 10 までは規定する加算は算定しない。

6 ～ 9 (略)

10 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、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等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月 1 回に限り 4 点を所定点数に加算する。

A 0 0 3 (略)
第 2 部 入院料等

通則

1 健康保険法第 63 条第 1 項第 5 号及び高齢者医療確保法第 64 条第 1 項第 5 号による入院及び看護の費用は、第 1 節から第 4 節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境

の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の2に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。

4～8 (略)

第1節・第2節 (略)

第3節 特定入院料

区分

A300～A305 (略)

A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 2,070点
注1～4 (略)

5 診療に係る費用（注2及び注3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、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算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並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。

4～8 (略)

第1節・第2節 (略)

第3節 特定入院料

区分

A300～A305 (略)

A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 2,070点
注1～4 (略)

5 診療に係る費用（注2及び注3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、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

6 (略)

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

1～5 (略)

注1～8 (略)

9 診療に係る費用（注2、注3及び注5から注8までに規定する加算、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、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛^{とう}管理チーム加算、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並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）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。

10 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、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、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線

6 (略)

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

1～5 (略)

注1～8 (略)

9 診療に係る費用（注2、注3及び注5から注8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、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛^{とう}管理チーム加算、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。

10 診療に係る費用（注2から注7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、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放

治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、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並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）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。

- 11 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、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、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア

放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、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。

- 11 診療に係る費用（注2から注7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、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク

加算、術後疼痛管理チーム加算、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並びに第 5 節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。)は、小児入院医療管理料 5 に含まれるものとする。

A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1 日につき)
1 ~ 5 (略)

注 1 ・ 2 (略)

3 診療に係る費用(注 2 及び注 4 に規定する加算、当該患者に対して行った第 2 章第 1 部医学管理等の区分番号 B 0 0 1 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料(回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定するものに限る。))及び区分番号 B 0 0 1 の 34 に掲げる二次性骨折予防継続管理料(ロに限る。)、第 2 部在宅医療、第 7 部リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定める費用を除く。)、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1 のイに限る。)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算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 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓、区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流及び区分番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料(区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。))並びに

患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、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。

A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1 日につき)
1 ~ 5 (略)

注 1 ・ 2 (略)

3 診療に係る費用(注 2 及び注 4 に規定する加算、当該患者に対して行った第 2 章第 1 部医学管理等の区分番号 B 0 0 1 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料(回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定するものに限る。))、第 2 部在宅医療、第 7 部リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定める費用を除く。)、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1 のイに限る。))、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓、区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流、区分番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料(区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。))並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

4・5 (略)

A308-2 (略)

A308-3 地域包括ケア病棟入院料(1日につき)

1～8 (略)

注1～5 (略)

6 診療に係る費用(注3から注5まで及び注7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、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。))、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算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B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料(ロに限る。))、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。))、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、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、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3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域

4・5 (略)

A308-2 (略)

A308-3 地域包括ケア病棟入院料(1日につき)

1～8 (略)

注1～5 (略)

6 診療に係る費用(注3から注5まで及び注7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、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。))、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。))、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、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、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及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

7～12 (略)

A309 特殊疾患病棟入院料(1日につき)

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 診療に係る費用(注2及び注3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、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のロ及び2のロに限る。)、認知症ケア加算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並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

6 (略)

A310 緩和ケア病棟入院料(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

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、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、データ

7～12 (略)

A309 特殊疾患病棟入院料(1日につき)

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 診療に係る費用(注2及び注3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、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のロ及び2のロに限る。)、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

6 (略)

A310 緩和ケア病棟入院料(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

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、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}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５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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。

４ （略）

A 3 1 1 精神科救急急性期医療入院料（１日につき）

１～３ （略）

注１ （略）

２ 診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算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章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に

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。

４ （略）

A 3 1 1 精神科救急急性期医療入院料（１日につき）

１～３ （略）

注１ （略）

２ 診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部

掲げる精神科退院時共同指導料 2、第 8 部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

3～6 (略)

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料 (1 日につき)

1・2 (略)

注 1 (略)

2 診療に係る費用 (注 3 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、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算 (精神科急性期治療病棟入院料 1 を算定するものに限る。))、薬剤総合評価調整加算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 部医学管理等の区分番号 B 0 1 5 に掲げる精神科退院時共同指導料 2、第 8 部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

3～6 (略)

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料 (1 日につき)

1・2 (略)

注 1 (略)

2 診療に係る費用 (注 3 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、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算 (精神科急性期治療病棟入院料 1 を算定するものに限る。))、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第 2 章第 1 部医学管理等の区分番号 B 0 1 5 に掲げる精神科退院時共同指導料 2、第 8 部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（１日につき）

１～３ （略）

注１ （略）

２ 診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、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、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、^{じよくそう}褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算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章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号Ｈ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（１日につき）

１～３ （略）

注１ （略）

２ 診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、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、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、^{じよくそう}褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号Ｈ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜^{かん}灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる

げる腹膜灌流及び区分番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料（区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

3～5 （略）

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき） 2,995点

注1 （略）

2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算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並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき） 1,091点

注1 （略）

2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診

特定保険医療材料（区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

3～5 （略）

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき） 2,995点

注1 （略）

2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき） 1,091点

注1 （略）

2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診

療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算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部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料及び区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

3～7 （略）

A313 （略）

A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1～3 （略）

4 診療に係る費用（注2及び注3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

療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

3～7 （略）

A313 （略）

A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1～3 （略）

4 診療に係る費用（注2及び注3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、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算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部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法及び区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

A315及びA316（略）

A317 特定一般病棟入院料（1日につき）

1・2（略）

注1～7（略）

8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A3

算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

A315及びA316（略）

A317 特定一般病棟入院料（1日につき）

1・2（略）

注1～7（略）

8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A3

08-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7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、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算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部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

9 （略）

A318 地域移行機能強化病棟入院料（1日につき）

1,539点

注1～3 （略）

4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理

08-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7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、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

9 （略）

A318 地域移行機能強化病棟入院料（1日につき）

1,539点

注1～3 （略）

4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理

体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算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部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

2,129点

（生活療養を受ける場合にあっては、2,115点）

注1 （略）

- 2 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算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J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）

体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

2,129点

（生活療養を受ける場合にあっては、2,115点）

注1 （略）

- 2 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は

）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（第1章第2部第5節看護職員処遇改善評価料、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。

第5節 看護職員処遇改善評価料

区分

A 5 0 0 看護職員処遇改善評価料（1日につき）

<u>1</u>	<u>看護職員処遇改善評価料1</u>	<u>1点</u>
<u>2</u>	<u>看護職員処遇改善評価料2</u>	<u>2点</u>
<u>3</u>	<u>看護職員処遇改善評価料3</u>	<u>3点</u>
<u>4</u>	<u>看護職員処遇改善評価料4</u>	<u>4点</u>
<u>5</u>	<u>看護職員処遇改善評価料5</u>	<u>5点</u>
<u>6</u>	<u>看護職員処遇改善評価料6</u>	<u>6点</u>
<u>7</u>	<u>看護職員処遇改善評価料7</u>	<u>7点</u>
<u>8</u>	<u>看護職員処遇改善評価料8</u>	<u>8点</u>
<u>9</u>	<u>看護職員処遇改善評価料9</u>	<u>9点</u>
<u>10</u>	<u>看護職員処遇改善評価料10</u>	<u>10点</u>
<u>11</u>	<u>看護職員処遇改善評価料11</u>	<u>11点</u>

、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（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、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。

（新設）

<u>12</u>	<u>看護職員処遇改善評価料12</u>	<u>12点</u>
<u>13</u>	<u>看護職員処遇改善評価料13</u>	<u>13点</u>
<u>14</u>	<u>看護職員処遇改善評価料14</u>	<u>14点</u>
<u>15</u>	<u>看護職員処遇改善評価料15</u>	<u>15点</u>
<u>16</u>	<u>看護職員処遇改善評価料16</u>	<u>16点</u>
<u>17</u>	<u>看護職員処遇改善評価料17</u>	<u>17点</u>
<u>18</u>	<u>看護職員処遇改善評価料18</u>	<u>18点</u>
<u>19</u>	<u>看護職員処遇改善評価料19</u>	<u>19点</u>
<u>20</u>	<u>看護職員処遇改善評価料20</u>	<u>20点</u>
<u>21</u>	<u>看護職員処遇改善評価料21</u>	<u>21点</u>
<u>22</u>	<u>看護職員処遇改善評価料22</u>	<u>22点</u>
<u>23</u>	<u>看護職員処遇改善評価料23</u>	<u>23点</u>
<u>24</u>	<u>看護職員処遇改善評価料24</u>	<u>24点</u>
<u>25</u>	<u>看護職員処遇改善評価料25</u>	<u>25点</u>
<u>26</u>	<u>看護職員処遇改善評価料26</u>	<u>26点</u>
<u>27</u>	<u>看護職員処遇改善評価料27</u>	<u>27点</u>
<u>28</u>	<u>看護職員処遇改善評価料28</u>	<u>28点</u>
<u>29</u>	<u>看護職員処遇改善評価料29</u>	<u>29点</u>
<u>30</u>	<u>看護職員処遇改善評価料30</u>	<u>30点</u>
<u>31</u>	<u>看護職員処遇改善評価料31</u>	<u>31点</u>
<u>32</u>	<u>看護職員処遇改善評価料32</u>	<u>32点</u>
<u>33</u>	<u>看護職員処遇改善評価料33</u>	<u>33点</u>
<u>34</u>	<u>看護職員処遇改善評価料34</u>	<u>34点</u>
<u>35</u>	<u>看護職員処遇改善評価料35</u>	<u>35点</u>
<u>36</u>	<u>看護職員処遇改善評価料36</u>	<u>36点</u>
<u>37</u>	<u>看護職員処遇改善評価料37</u>	<u>37点</u>
<u>38</u>	<u>看護職員処遇改善評価料38</u>	<u>38点</u>
<u>39</u>	<u>看護職員処遇改善評価料39</u>	<u>39点</u>
<u>40</u>	<u>看護職員処遇改善評価料40</u>	<u>40点</u>
<u>41</u>	<u>看護職員処遇改善評価料41</u>	<u>41点</u>
<u>42</u>	<u>看護職員処遇改善評価料42</u>	<u>42点</u>

<u>43</u>	<u>看護職員処遇改善評価料43</u>	<u>43点</u>
<u>44</u>	<u>看護職員処遇改善評価料44</u>	<u>44点</u>
<u>45</u>	<u>看護職員処遇改善評価料45</u>	<u>45点</u>
<u>46</u>	<u>看護職員処遇改善評価料46</u>	<u>46点</u>
<u>47</u>	<u>看護職員処遇改善評価料47</u>	<u>47点</u>
<u>48</u>	<u>看護職員処遇改善評価料48</u>	<u>48点</u>
<u>49</u>	<u>看護職員処遇改善評価料49</u>	<u>49点</u>
<u>50</u>	<u>看護職員処遇改善評価料50</u>	<u>50点</u>
<u>51</u>	<u>看護職員処遇改善評価料51</u>	<u>51点</u>
<u>52</u>	<u>看護職員処遇改善評価料52</u>	<u>52点</u>
<u>53</u>	<u>看護職員処遇改善評価料53</u>	<u>53点</u>
<u>54</u>	<u>看護職員処遇改善評価料54</u>	<u>54点</u>
<u>55</u>	<u>看護職員処遇改善評価料55</u>	<u>55点</u>
<u>56</u>	<u>看護職員処遇改善評価料56</u>	<u>56点</u>
<u>57</u>	<u>看護職員処遇改善評価料57</u>	<u>57点</u>
<u>58</u>	<u>看護職員処遇改善評価料58</u>	<u>58点</u>
<u>59</u>	<u>看護職員処遇改善評価料59</u>	<u>59点</u>
<u>60</u>	<u>看護職員処遇改善評価料60</u>	<u>60点</u>
<u>61</u>	<u>看護職員処遇改善評価料61</u>	<u>61点</u>
<u>62</u>	<u>看護職員処遇改善評価料62</u>	<u>62点</u>
<u>63</u>	<u>看護職員処遇改善評価料63</u>	<u>63点</u>
<u>64</u>	<u>看護職員処遇改善評価料64</u>	<u>64点</u>
<u>65</u>	<u>看護職員処遇改善評価料65</u>	<u>65点</u>
<u>66</u>	<u>看護職員処遇改善評価料66</u>	<u>66点</u>
<u>67</u>	<u>看護職員処遇改善評価料67</u>	<u>67点</u>
<u>68</u>	<u>看護職員処遇改善評価料68</u>	<u>68点</u>
<u>69</u>	<u>看護職員処遇改善評価料69</u>	<u>69点</u>
<u>70</u>	<u>看護職員処遇改善評価料70</u>	<u>70点</u>
<u>71</u>	<u>看護職員処遇改善評価料71</u>	<u>71点</u>
<u>72</u>	<u>看護職員処遇改善評価料72</u>	<u>72点</u>
<u>73</u>	<u>看護職員処遇改善評価料73</u>	<u>73点</u>

<u>74</u>	<u>看護職員処遇改善評価料74</u>	<u>74点</u>
<u>75</u>	<u>看護職員処遇改善評価料75</u>	<u>75点</u>
<u>76</u>	<u>看護職員処遇改善評価料76</u>	<u>76点</u>
<u>77</u>	<u>看護職員処遇改善評価料77</u>	<u>77点</u>
<u>78</u>	<u>看護職員処遇改善評価料78</u>	<u>78点</u>
<u>79</u>	<u>看護職員処遇改善評価料79</u>	<u>79点</u>
<u>80</u>	<u>看護職員処遇改善評価料80</u>	<u>80点</u>
<u>81</u>	<u>看護職員処遇改善評価料81</u>	<u>81点</u>
<u>82</u>	<u>看護職員処遇改善評価料82</u>	<u>82点</u>
<u>83</u>	<u>看護職員処遇改善評価料83</u>	<u>83点</u>
<u>84</u>	<u>看護職員処遇改善評価料84</u>	<u>84点</u>
<u>85</u>	<u>看護職員処遇改善評価料85</u>	<u>85点</u>
<u>86</u>	<u>看護職員処遇改善評価料86</u>	<u>86点</u>
<u>87</u>	<u>看護職員処遇改善評価料87</u>	<u>87点</u>
<u>88</u>	<u>看護職員処遇改善評価料88</u>	<u>88点</u>
<u>89</u>	<u>看護職員処遇改善評価料89</u>	<u>89点</u>
<u>90</u>	<u>看護職員処遇改善評価料90</u>	<u>90点</u>
<u>91</u>	<u>看護職員処遇改善評価料91</u>	<u>91点</u>
<u>92</u>	<u>看護職員処遇改善評価料92</u>	<u>92点</u>
<u>93</u>	<u>看護職員処遇改善評価料93</u>	<u>93点</u>
<u>94</u>	<u>看護職員処遇改善評価料94</u>	<u>94点</u>
<u>95</u>	<u>看護職員処遇改善評価料95</u>	<u>95点</u>
<u>96</u>	<u>看護職員処遇改善評価料96</u>	<u>96点</u>
<u>97</u>	<u>看護職員処遇改善評価料97</u>	<u>97点</u>
<u>98</u>	<u>看護職員処遇改善評価料98</u>	<u>98点</u>
<u>99</u>	<u>看護職員処遇改善評価料99</u>	<u>99点</u>
<u>100</u>	<u>看護職員処遇改善評価料100</u>	<u>100点</u>
<u>101</u>	<u>看護職員処遇改善評価料101</u>	<u>101点</u>
<u>102</u>	<u>看護職員処遇改善評価料102</u>	<u>102点</u>
<u>103</u>	<u>看護職員処遇改善評価料103</u>	<u>103点</u>
<u>104</u>	<u>看護職員処遇改善評価料104</u>	<u>104点</u>

<u>105</u>	<u>看護職員処遇改善評価料105</u>	<u>105点</u>
<u>106</u>	<u>看護職員処遇改善評価料106</u>	<u>106点</u>
<u>107</u>	<u>看護職員処遇改善評価料107</u>	<u>107点</u>
<u>108</u>	<u>看護職員処遇改善評価料108</u>	<u>108点</u>
<u>109</u>	<u>看護職員処遇改善評価料109</u>	<u>109点</u>
<u>110</u>	<u>看護職員処遇改善評価料110</u>	<u>110点</u>
<u>111</u>	<u>看護職員処遇改善評価料111</u>	<u>111点</u>
<u>112</u>	<u>看護職員処遇改善評価料112</u>	<u>112点</u>
<u>113</u>	<u>看護職員処遇改善評価料113</u>	<u>113点</u>
<u>114</u>	<u>看護職員処遇改善評価料114</u>	<u>114点</u>
<u>115</u>	<u>看護職員処遇改善評価料115</u>	<u>115点</u>
<u>116</u>	<u>看護職員処遇改善評価料116</u>	<u>116点</u>
<u>117</u>	<u>看護職員処遇改善評価料117</u>	<u>117点</u>
<u>118</u>	<u>看護職員処遇改善評価料118</u>	<u>118点</u>
<u>119</u>	<u>看護職員処遇改善評価料119</u>	<u>119点</u>
<u>120</u>	<u>看護職員処遇改善評価料120</u>	<u>120点</u>
<u>121</u>	<u>看護職員処遇改善評価料121</u>	<u>121点</u>
<u>122</u>	<u>看護職員処遇改善評価料122</u>	<u>122点</u>
<u>123</u>	<u>看護職員処遇改善評価料123</u>	<u>123点</u>
<u>124</u>	<u>看護職員処遇改善評価料124</u>	<u>124点</u>
<u>125</u>	<u>看護職員処遇改善評価料125</u>	<u>125点</u>
<u>126</u>	<u>看護職員処遇改善評価料126</u>	<u>126点</u>
<u>127</u>	<u>看護職員処遇改善評価料127</u>	<u>127点</u>
<u>128</u>	<u>看護職員処遇改善評価料128</u>	<u>128点</u>
<u>129</u>	<u>看護職員処遇改善評価料129</u>	<u>129点</u>
<u>130</u>	<u>看護職員処遇改善評価料130</u>	<u>130点</u>
<u>131</u>	<u>看護職員処遇改善評価料131</u>	<u>131点</u>
<u>132</u>	<u>看護職員処遇改善評価料132</u>	<u>132点</u>
<u>133</u>	<u>看護職員処遇改善評価料133</u>	<u>133点</u>
<u>134</u>	<u>看護職員処遇改善評価料134</u>	<u>134点</u>
<u>135</u>	<u>看護職員処遇改善評価料135</u>	<u>135点</u>

<u>136</u>	<u>看護職員処遇改善評価料136</u>	<u>136点</u>
<u>137</u>	<u>看護職員処遇改善評価料137</u>	<u>137点</u>
<u>138</u>	<u>看護職員処遇改善評価料138</u>	<u>138点</u>
<u>139</u>	<u>看護職員処遇改善評価料139</u>	<u>139点</u>
<u>140</u>	<u>看護職員処遇改善評価料140</u>	<u>140点</u>
<u>141</u>	<u>看護職員処遇改善評価料141</u>	<u>141点</u>
<u>142</u>	<u>看護職員処遇改善評価料142</u>	<u>142点</u>
<u>143</u>	<u>看護職員処遇改善評価料143</u>	<u>143点</u>
<u>144</u>	<u>看護職員処遇改善評価料144</u>	<u>144点</u>
<u>145</u>	<u>看護職員処遇改善評価料145</u>	<u>145点</u>
<u>146</u>	<u>看護職員処遇改善評価料146</u>	<u>150点</u>
<u>147</u>	<u>看護職員処遇改善評価料147</u>	<u>160点</u>
<u>148</u>	<u>看護職員処遇改善評価料148</u>	<u>170点</u>
<u>149</u>	<u>看護職員処遇改善評価料149</u>	<u>180点</u>
<u>150</u>	<u>看護職員処遇改善評価料150</u>	<u>190点</u>
<u>151</u>	<u>看護職員処遇改善評価料151</u>	<u>200点</u>
<u>152</u>	<u>看護職員処遇改善評価料152</u>	<u>210点</u>
<u>153</u>	<u>看護職員処遇改善評価料153</u>	<u>220点</u>
<u>154</u>	<u>看護職員処遇改善評価料154</u>	<u>230点</u>
<u>155</u>	<u>看護職員処遇改善評価料155</u>	<u>240点</u>
<u>156</u>	<u>看護職員処遇改善評価料156</u>	<u>250点</u>
<u>157</u>	<u>看護職員処遇改善評価料157</u>	<u>260点</u>
<u>158</u>	<u>看護職員処遇改善評価料158</u>	<u>270点</u>
<u>159</u>	<u>看護職員処遇改善評価料159</u>	<u>280点</u>
<u>160</u>	<u>看護職員処遇改善評価料160</u>	<u>290点</u>
<u>161</u>	<u>看護職員処遇改善評価料161</u>	<u>300点</u>
<u>162</u>	<u>看護職員処遇改善評価料162</u>	<u>310点</u>
<u>163</u>	<u>看護職員処遇改善評価料163</u>	<u>320点</u>
<u>164</u>	<u>看護職員処遇改善評価料164</u>	<u>330点</u>
<u>165</u>	<u>看護職員処遇改善評価料165</u>	<u>340点</u>
<u>注</u>	<u>看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項</u>	

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。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

通則
(略)

第1節 医学管理料等

区分

B 0 0 0 ・ B 0 0 1 (略)

B 0 0 1 - 2 小児科外来診療料（1日につき）

1 ・ 2 (略)

注1 ・ 2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B 0 0 1 - 2 - 5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B 0 0 1 - 2 - 6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C 0 0 0に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

通則
(略)

第1節 医学管理料等

区分

B 0 0 0 ・ B 0 0 1 (略)

B 0 0 1 - 2 小児科外来診療料（1日につき）

1 ・ 2 (略)

注1 ・ 2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注7、注8 及び注10に規定する加算、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B 0 0 1 - 2 - 5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B 0 0 1 - 2 - 6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C 0 0 0に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定す

規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 (略)

B001-2-2～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号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、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号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、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点

る加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 (略)

B001-2-2～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点

注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号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に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。

B001-2-9・B001-2-10 (略)

B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

- 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、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、算定しない。

B001-2-9・B001-2-10 (略)

B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

- 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

B 0 0 1－2－12 外来腫瘍化学療法診療料

1・2 (略)

注1 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おいて、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料（注6から注8まで及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B 0 0 1の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

2～7 (略)

B 0 0 1－3～B 0 1 8 (略)

第2節・第3節 (略)

第2部～第6部 (略)

第7部 リハビリテーション

通則
(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H 0 0 0・H 0 0 1 (略)

H 0 0 1－2 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～4 (略)

B 0 0 1－2－12 外来腫瘍化学療法診療料

1・2 (略)

注1 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おいて、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B 0 0 1の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

2～7 (略)

B 0 0 1－3～B 0 1 8 (略)

第2節・第3節 (略)

第2部～第6部 (略)

第7部 リハビリテーション

通則
(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H 0 0 0・H 0 0 1 (略)

H 0 0 1－2 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ～ハ (略)

6・7 (略)

H002～H008 (略)

第2節 (略)

第8部・第9部 (略)

第10部 手術

通則

1～3 (略)

4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、K019-2、K022の1、K031（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K046（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K053（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K059の3のイ及び4、K081（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K133-2、K134-4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K169-2、K169-3、K180の3、K181、K181-2、K181-6の2のロ、K188-3、K190、K190-2、K190-6からK190-8まで、K225-4、K254の1、K259（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K260-2、K268の2のイ及び5から7まで、K280-2、K281-2、K305-2、K308-3、K319-2、K320-

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ～ハ (略)

6・7 (略)

H002～H008 (略)

第2節 (略)

第8部・第9部 (略)

第10部 手術

通則

1～3 (略)

4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、K019-2、K022の1、K031（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K046（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K053（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K059の3のイ及び4、K081（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K133-2、K134-4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K169-2、K169-3、K180の3、K181、K181-2、K181-6の2のロ、K188-3、K190、K190-2、K190-6からK190-8まで、K225-4、K254の1、K259（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K260-2、K268の2のイ及び5から7まで、K280-2、K281-2、K305-2、K308-3、K319-2、K320-

2、K328からK328-3まで、K340-7、K343-2、K374-2、K388-3、K394-2、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K470-2、K474-3の2、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-2の4、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4のロ及びハ、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603、K603-2、K604-2、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1、2及び4、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K653-6、K654-4、K655-2の3、K655-5の3、K657-2の4、K656-2、K665の2、K668-2、K675-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-4の1、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K721-5、K730の3、K731の3、K754-3、K755-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-6まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K800-4、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が

2、K328からK328-3まで、K340-7、K343-2、K388-3、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K470-2、K474-3の2、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-2の4、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4のロ及びハ、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603、K603-2、K604-2、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1、2及び4、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K653-6、K654-4、K655-2の3、K655-5の3、K657-2の4、K656-2、K665の2、K668-2、K675-2、K677の1、K678、K684-2、K697-4の1、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K721-5、K730の3、K731の3、K740-2の3及び4、K754-3、K755-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-6まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K800-4、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して

定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 1 9（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 1 9-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 2 3-5、K 8 2 3-7、K 8 2 5（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 2 8-3、K 8 3 0（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 3 5の1、K 8 3 8-2、K 8 4 1-4、K 8 4 3-2からK 8 4 3-4まで、K 8 5 1（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 5 8の1、K 8 5 9（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 6 5-2、K 8 7 7（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 7 7-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 7 9-2、K 8 8 2-2、K 8 8 4-2、K 8 8 4-3、K 8 8 8（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 9 0-4、K 9 1 0-2からK 9 1 0-6まで並びにK 9 1 6からK 9 1 7-3までに掲げる手術等については、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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K 5 4 6、K 5 4 9、K 5 9 7-3、K 5 9 7-4、K 6 1 5-2、K 6 3 6-2、K 8 8 4-2、K 8 8 4-3、K 8 9 0-4及びK 9 1 7からK 9 1 7-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

5～20 （略）

第1節～第5節 （略）

第11部～第13部 （略）

第3章 （略）

第4章 経過措置

行う場合に限る。）、K 8 1 9（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 1 9-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 2 3-5、K 8 2 3-7、K 8 2 5（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 2 8-3、K 8 3 0（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 3 5の1、K 8 3 8-2、K 8 4 1-4、K 8 4 3-2からK 8 4 3-4まで、K 8 5 1（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 5 8の1、K 8 5 9（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 6 5-2、K 8 7 7（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 7 7-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 7 9-2、K 8 8 2-2、K 8 8 4-2、K 8 8 4-3、K 8 8 8（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K 8 9 0-4、K 9 1 0-2からK 9 1 0-6まで並びにK 9 1 6からK 9 1 7-3までに掲げる手術等については、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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K 5 4 6、K 5 4 9、K 5 9 7-3、K 5 9 7-4、K 6 1 5-2、K 6 3 6-2、K 8 8 4-2、K 8 8 4-3、K 8 9 0-4及びK 9 1 7からK 9 1 7-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

5～20 （略）

第1節～第5節 （略）

第11部～第13部 （略）

第3章 （略）

第4章 経過措置

1 (略)
(削る)

2 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）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく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、なお従前の例による。

3・4 (略)

別表第二

歯科診療報酬点数表

[目次]

第1章 基本診療料

第1部 (略)

第2部 入院料等

第1節～第4節 (略)

第5節 看護職員処遇改善評価料

第2章 (略)

(削る)

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

(略)

第1節 初診料

区分

A000 初診料

1・2 (略)

注1～11 (略)

12 削除

1 (略)

2 第1章の規定にかかわらず、区分番号A000の注14のただし書の規定による加算は、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。

3 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）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1 及び注11の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく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、なお従前の例による。

4・5 (略)

別表第二

歯科診療報酬点数表

[目次]

第1章 基本診療料

第1部 (略)

第2部 入院料等

第1節～第4節 (略)

(新設)

第2章 (略)

第3章 経過措置

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

(略)

第1節 初診料

区分

A000 初診料

1・2 (略)

注1～11 (略)

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす

13 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歯科診療を実施している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等にあつては、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。

A 0 0 1 (略)
第 2 節 再診料

区分

A 0 0 2 再診料

1・2 (略)

注 1～6 (略)

7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。

歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、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等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月 1 回に限り 7 点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な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等の提供を受けた場合等にあつては、月 1 回に限り 3 点を所定点数に加算する。

(新設)

A 0 0 1 (略)
第 2 節 再診料

区分

A 0 0 2 再診料

1・2 (略)

注 1～6 (略)

7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場

8・9 (略)
(削る)

第2部 入院料等

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第5節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び歯科医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。

2～7 (略)

第1節～第4節 (略)

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

注 医科点数表の区分番号A500に掲げる看護職員処遇改善評価料の注に規定する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、医科点数表の区分番号A500に掲

合において、注10に規定する加算は算定しない

9
8・9 (略)

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、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等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

第2部 入院料等

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び歯科医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。

2～7 (略)

第1節～第4節 (略)

(新設)

ける看護職員処遇改善評価料の例により算定する

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000からB000-3まで～B004-1-5 (略)

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注13に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。

3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注13に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 297点

注1・2 (略)

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000(注13に規定する加算を除く。)に掲げる初診料及び区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000からB000-3まで～B004-1-5 (略)

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。

3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 297点

注1・2 (略)

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料及び区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料

1・2 (略)

注1 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おいて、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注5、注7、注8及び注13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注3、注5及び注6に規定する加算を除く。）又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料の3は、別に算定できない。

2～7 (略)

B004-2～B018 (略)

第2部～第6部 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000・H000-2 (略)

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビ

1・2 (略)

注1 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おいて、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注5、注7及び注8に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注3、注5及び注6に規定する加算を除く。）又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料の3は、別に算定できない。

2～7 (略)

B004-2～B018 (略)

第2部～第6部 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000・H000-2 (略)

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪

リテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ～ハ (略)

H001～H008 (略)

第2節 (略)

第8部 (略)

第9部 手術

通則
(略)

第1節 手術料

区分

J000～J031 (略)

J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術 121,740点

J033～J110 (略)

第2節～第6節 (略)

第10部～第12部 (略)

第13部 歯科矯正

通則
(略)

第1節 歯科矯正料

区分

N000～N018 (略)

N019 保定装置 (1装置につき)

1 プレートタイプリテーナー 1,500点

2 メタルリテーナー 6,000点

3 スプリングリテーナー 1,500点

4～6 (略)

7 フィクスドリテーナー 1,000点

注1・2 (略)

から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ～ハ (略)

H001～H008 (略)

第2節 (略)

第8部 (略)

第9部 手術

通則
(略)

第1節 手術料

区分

J000～J031 (略)

J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除 121,740点

J033～J110 (略)

第2節～第6節 (略)

第10部～第12部 (略)

第13部 歯科矯正

通則
(略)

第1節 歯科矯正料

区分

N000～N018 (略)

N019 保定装置 (1装置につき)

1 プレートタイプリテイナー 1,500点

2 メタルリテイナー 6,000点

3 スプリングリテイナー 1,500点

4～6 (略)

7 フィクスドリテイナー 1,000点

注1・2 (略)

N O 2 0 鉤（１個につき）
1・2 （略）
注 メタルリテーナーに使用した場合を除く。
N O 2 1～N O 2 8 （略）
第2節 （略）
第14部 （略）
（削る）

別表第三

調剤報酬点数表

〔目次〕 （略）

通則

（略）

第1節 （略）

第2節 薬学管理料

区分

1 0 （略）

1 0 の 2 調剤管理料

1・2 （略）

注 1～4 （略）

5 削除

N O 2 0 鉤（１個につき）
1・2 （略）
注 メタルリテーナーに使用した場合を除く。
N O 2 1～N O 2 8 （略）
第2節 （略）
第14部 （略）
第3章 経過措置

第1章の規定にかかわらず、区分番号A 0 0 0 の注12のただし書の規定による加算は、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。

別表第三

調剤報酬点数表

〔目次〕 （略）

通則

（略）

第1節 （略）

第2節 薬学管理料

区分

1 0 （略）

1 0 の 2 調剤管理料

1・2 （略）

注 1～4 （略）

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、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、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、3月に1回に限り1

6 調剤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薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3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患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

10の3～16から19まで （略）

第3節・第4節 （略）

第5節 経過措置

平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。

（削る）

点を所定点数に加算する。
（新設）

10の3～16から19まで （略）

第3節・第4節 （略）

第5節 経過措置

1 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。

2 区分番号10の2の注5のただし書の規定による加算は、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。

基本診療料の施設基準等の一部を改正する件

○厚生労働省告示第二百七十号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次の表のように改正し、令和四年十月一日から適用する。

令和四年九月五日

厚生労働大臣 加藤 勝信

改正後	改正前
第一 届出の通則 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十の二までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。 二（略） 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十の二までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。 四（略） 第三 初・再診料の施設基準等 一 三の五（略） 三の六 削除	第一 届出の通則 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十の二までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。 二（略） 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十の二までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。 四（略） 第三 初・再診料の施設基準等 一 三の五（略） 三の六 医科初診料、医科再診料及び外来診療料の電子的保健医療情報活用加算の施設基準 (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行つていないこと。 (2) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3) (2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (新設)

の十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に揭示していること。

四〇十一 (略)

第八 入院基本料等加算の施設基準等

一〇三十五の四 (略)

三十五の五 データ提出加算の施設基準

(1) データ提出加算1及び3の施設基準

イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、特定入院料(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、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。

ロ (略)

(2) データ提出加算2及び4の施設基準

イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、特定入院料(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、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。

ロ (略)

(3) (略)

三十五の六〇三十六 (略)

第九 特定入院料の施設基準等

一 (略)

二 救命救急入院料の施設基準等

(1) (8) (略)

(9) 救命救急入院料の注8に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

四〇十一 (略)

第八 入院基本料等加算の施設基準等

一〇三十五の四 (略)

三十五の五 データ提出加算の施設基準

(1) データ提出加算1及び3の施設基準

イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関にあつては、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。

ロ (略)

(2) データ提出加算2及び4の施設基準

イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関にあつては、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。

ロ (略)

(3) (略)

三十五の六〇三十六 (略)

第九 特定入院料の施設基準等

一 (略)

二 救命救急入院料の施設基準等

(1) (8) (略)

(9) 救命救急入院料の注8に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ (略)

ロ 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又は呼吸器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。

(10)・(11) (略)

三 (略)

四 ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準

(1)・(2) (略)

(3) ハイケアユニット入院医療管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ (略)

ロ 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又は呼吸器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。

(4) (略)

五 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準

(1)・(9) (略)

(10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ (略)

ロ 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又は呼吸器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。

(11) (略)

五の二 小児特定集中治療室管理料の施設基準

(1)・(5) (略)

(6) 小児特定集中治療室管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ (略)

ロ 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又は呼吸器リハビリテーション料に係る

イ (略)

ロ 心大血管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又は呼吸器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。

(10)・(11) (略)

三 (略)

四 ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準

(1)・(2) (略)

(3) ハイケアユニット入院医療管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ (略)

ロ 心大血管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又は呼吸器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。

(4) (略)

五 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準

(1)・(9) (略)

(10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ (略)

ロ 心大血管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又は呼吸器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。

(11) (略)

五の二 小児特定集中治療室管理料の施設基準

(1)・(5) (略)

(6) 小児特定集中治療室管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ (略)

ロ 心大血管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又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出

届出を行っている保険医療機関であること。

(7) (略)

六〇二十一 (略)

第十 (略)

第十の二 看護職員処遇改善評価料の施設基準

一 次のいずれかに該当すること。

(1) 救急医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であつて、救急搬送に係る実績を一定程度有しているものであること。

(2) 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターその他の急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されている保険医療機関であること。

二 それぞれの評価料に対応する数(当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師及び准看護師(以下「看護職員等」という。)()の数を入院患者の数で除して得た数をいう。)を算出していること。

三 看護職員等の処遇の改善に係る計画を作成していること。

四 前号の計画に基づく看護職員等の処遇の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

第十一 経過措置

一〇二十一 (略)

二十二 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(許可病床数が二百床以上四百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)の二又は(8)の二に該当するものとみなす。

二十三〇三十 (略)

を行っている保険医療機関であること。

(7) (略)

六〇二十一 (略)

第十 (略)

(新設)

第十一 経過措置

一〇二十一 (略)

二十二 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(許可病床数が二百床以上四百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)の二又は(8)のホに該当するものとみなす。

二十三〇三十 (略)

特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件

○厚生労働省告示第二百七十一号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）の一部を次の表のように改正し、令和四年十月一日から適用する。

令和四年九月五日

厚生労働大臣 加藤 勝信

改 正 後	改 正 前
第十二 手術 一 医科点数表第二章第十部手術通則第4号に掲げる手術等の施設基準等 (1) (略) (2) 皮膚悪性腫瘍切除術(センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。)、皮膚移植術(死体)、自家脂肪注入、組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術)の場合に限る。)、四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術(処理骨再加算を算定する場合に限る。)、骨折観血的手術(緊急整復固定加算を算定する場合に限る。)、骨悪性腫瘍手術(処理骨再加算を算定する場合に限る。)、骨移植術(軟骨移植術を含む。)(同種骨移植(非生体)(同種骨移植(特殊なもの)に限る。))及び自家培養軟骨移植術に限る。)、人工骨頭挿入術(緊急挿入加算を算定する場合に限る。)、後縦靱帯骨化症手術(前方進入によるもの)、椎間板内酵素注入療法、腫瘍脊椎骨全摘術、頭蓋内腫瘍摘出術(脳腫瘍覚醒下マッピング加算又は原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。)、内視鏡下脳腫瘍生検術、内視鏡下脳腫瘍摘出術、頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)、脳刺激装置植込術、脳刺激装置交換術、頭蓋内電極植込術(脳深部電極によるもの(七本以上の電極による場合に限る。))に限る。)、癒着性脊髄くも膜炎手術(脊髄くも膜剥離操作を行うもの)、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術、舌下神経電気刺激装置植込術、角結膜悪性腫瘍切除術、治療的角膜切除術(エキシマレーザーによるものに限る。)、角膜移植術(内皮移植加算を算定する場合に限る。)、羊膜移植術、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	第十二 手術 一 医科点数表第二章第十部手術通則第4号に掲げる手術等の施設基準等 (1) (略) (2) 皮膚悪性腫瘍切除術(センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。)、皮膚移植術(死体)、自家脂肪注入、組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術)の場合に限る。)、四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術(処理骨再加算を算定する場合に限る。)、骨折観血的手術(緊急整復固定加算を算定する場合に限る。)、骨悪性腫瘍手術(処理骨再加算を算定する場合に限る。)、骨移植術(軟骨移植術を含む。)(同種骨移植(非生体)(同種骨移植(特殊なもの)に限る。))及び自家培養軟骨移植術に限る。)、人工骨頭挿入術(緊急挿入加算を算定する場合に限る。)、後縦靱帯骨化症手術(前方進入によるもの)、椎間板内酵素注入療法、腫瘍脊椎骨全摘術、頭蓋内腫瘍摘出術(脳腫瘍覚醒下マッピング加算又は原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。)、内視鏡下脳腫瘍生検術、内視鏡下脳腫瘍摘出術、頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)、脳刺激装置植込術、脳刺激装置交換術、頭蓋内電極植込術(脳深部電極によるもの(七本以上の電極による場合に限る。))に限る。)、癒着性脊髄くも膜炎手術(脊髄くも膜剥離操作を行うもの)、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術、舌下神経電気刺激装置植込術、角結膜悪性腫瘍切除術、治療的角膜切除術(エキシマレーザーによるものに限る。)、角膜移植術(内皮移植加算を算定する場合に限る。)、羊膜移植術、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）の場合に限る。）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、網膜再建術、植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、耳管用補綴材挿入術、経外耳道的内視鏡下鼓室形成術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）、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、喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたものに限る。）、上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、顎関節人工関節全置換術、内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術、頭頸部悪性腫瘍光線力学療法、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MRIによるものに限る。）、乳房切除術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）、肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切

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）の場合に限る。）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、網膜再建術、植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、耳管用補綴材挿入術、経外耳道的内視鏡下鼓室形成術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）、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）、内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）、喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたものに限る。）、上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、顎関節人工関節全置換術、内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術、頭頸部悪性腫瘍光線力学療法、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MRIによるものに限る。）、乳房切除術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）、肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除に限る

除を伴うもの)に限る。)、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(気管支形成を伴う肺切除に限る。)、同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるものに限る。)、内視鏡下筋層切開術、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)、経皮的冠動脈ステント留置術、胸腔鏡下弁形成術、経カテーテル弁置換術、胸腔鏡下弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるものに限る。))に限る。)、経皮的カテーテル心筋焼灼術(磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。)、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計摘出術、両心室ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー交換術、両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術、両室ペースシング機能付き植込型除細動器交換術、経静脈電極拔去術、大動脈バルーンパンピング法(IABP法)、経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓(非拍動流型)、同種心臓移植術、同種心臓移植術、骨格筋由来細胞シート心表面移植術、経皮の大動脈遮断術、経皮の下肢動脈形成術、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、胸腔鏡下リンパ節群郭清術(後腹膜、傍大動脈及び側方に限る。)、胸腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、胸腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、ダメージコントロール手術、胸腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、胸腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、内視鏡的逆流防止粘膜切除術、胸腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)、胸腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)に限る。)、胸腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡

。)、同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるものに限る。)、内視鏡下筋層切開術、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)、経皮的冠動脈ステント留置術、胸腔鏡下弁形成術、経カテーテル弁置換術、胸腔鏡下弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるものに限る。))に限る。)、経皮的カテーテル心筋焼灼術(磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。)、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計摘出術、両心室ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー交換術、両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術、両室ペースシング機能付き植込型除細動器移植術、両室ペースシング機能付き植込型除細動器交換術、経静脈電極拔去術、大動脈バルーンパンピング法(IABP法)、経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓(非拍動流型)、同種心臓移植術、同種心臓移植術、骨格筋由来細胞シート心表面移植術、経皮の大動脈遮断術、経皮の下肢動脈形成術、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、胸腔鏡下リンパ節群郭清術(後腹膜、傍大動脈及び側方に限る。)、胸腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、胸腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、ダメージコントロール手術、胸腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、胸腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、内視鏡的逆流防止粘膜切除術、胸腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)、胸腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)に限る。)、胸腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)に限る。)、胸腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術(内視鏡

手術用支援機器を用いるもの)に限る。)、腹腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)に限る。)、腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)、胃瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの)、胆管悪性腫瘍手術(膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うものに限る。)、体外衝撃波胆石破碎術、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、移植用部分肝採取術(生体)(腹腔鏡によるものに限る。)、体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、同種死体小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、内視鏡的小腸ポリープ切除術、小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、結腸瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法、体外衝撃波腎・尿管結石破碎術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腎(腎盂)腸瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、同種死体腎移植術、生体腎移植術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、尿管腸瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎手術(経尿道)、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、膀胱腸瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、尿道形成手術(前部尿道(一)(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。))に限る。)、尿道下裂形成手術(一)(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。)、陰茎形成術(一)(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。)、人工尿道

手術用支援機器を用いるもの)に限る。)、腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)、胃瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの)、胆管悪性腫瘍手術(膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うものに限る。)、体外衝撃波胆石破碎術、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、移植用部分肝採取術(生体)(腹腔鏡によるものに限る。)、体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、同種死体小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、内視鏡的小腸ポリープ切除術、小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、結腸瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、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。)、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法、体外衝撃波腎・尿管結石破碎術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腎(腎盂)腸瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、同種死体腎移植術、生体腎移植術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、尿管腸瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎手術(経尿道)、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、膀胱腸瘻閉鎖術(内視鏡によるものに限る。)、尿道形成手術(前部尿道(一)(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。))に限る。)、尿道下裂形成手術(一)(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。)、陰茎形成術(一)(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。)、人工尿道括約筋植込・置換

(3) ロ (略)

内ドレーン挿入術及び濾過胞再建術 (needle法)、網膜付着組織を含む硝子体切除術 (眼内内視鏡を用いるもの)、乳腺悪性腫瘍手術 (単純乳房切除術 (乳腺全摘術)、乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴わないもの)、乳房切除術 (腋窩部郭清を伴わないもの)、乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴うもの (内視鏡下によるものを含む。))、乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの及び拡大乳房切除術 (胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)については、乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。)、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術 (乳房切除後)、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計摘出術、腹腔鏡下胃縮小術 (スリープ状切除によるもの)、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、ペースメーカー交換術、大動脈バルーンパンピング法 (IABP法)、腹腔鏡下仙骨腔固定術、耳管用補綴材挿入術、精巢内精子採取術、人工授精、胚移植術、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料については、診療所 (椎間板内酵素注入療法、脊髓刺激装置植込術、脊髓刺激装置交換術、乳腺悪性腫瘍手術、膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎手術 (経尿道) 及び腹腔鏡下仙骨腔固定術については有床診療所に限り、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行っている診療所に限る。) でもよいこととする。

(3) ロ (略)

を含む硝子体切除術 (眼内内視鏡を用いるもの)、乳腺悪性腫瘍手術 (単純乳房切除術 (乳腺全摘術)、乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴わないもの)、乳房切除術 (腋窩部郭清を伴わないもの)、乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴うもの (内視鏡下によるものを含む。))、乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)については、乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。)、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術 (乳房切除後)、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計摘出術、腹腔鏡下胃縮小術 (スリープ状切除によるもの)、膀胱水圧拡張術、ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術、大動脈バルーンパンピング法 (IABP法)、腹腔鏡下仙骨腔固定術、耳管用補綴材挿入術、精巢内精子採取術、人工授精、胚移植術、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料については、診療所 (椎間板内酵素注入療法、脊髓刺激装置植込術、脊髓刺激装置交換術、乳腺悪性腫瘍手術、膀胱水圧拡張術及び腹腔鏡下仙骨腔固定術については有床診療所に限り、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行っている診療所に限る。) でもよいこととする。

二〇四 (略)
第十五 調剤

一〇九の三 (略)

九の四 削除

九の五 調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (2)の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

十〇十三 (略)

二〇四 (略)
第十五 調剤

一〇九の三 (略)

九の四 調剤管理料の注5に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
 - (2) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
 - (3) (2)の体制に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
- (新設)

十〇十三 (略)

保 医 発 0905 第 2 号
令 和 4 年 9 月 5 日

地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課 長

都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部）長 殿

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）長

厚 生 労 働 省 保 険 局 医 療 課 長

（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官

（ 公 印 省 略 ）

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及び

基本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（看護の処遇改善）

標記については、本日、「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269号）及び「基本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270号）が告示され、本年10月1日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項については別添1、施設基準等及び保険医療機関からの届出に関する手続きの取扱いについては別添2のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し周知徹底を図られたい。

なお、本通知に規定するもののほか、基本診療料の通則的事項については、特に規定する場合を除き、「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）及び「基本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2号）を参照されたい。

医科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 2 部 入院料等

第 5 節 看護職員処遇改善評価料

A 5 0 0 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「A 4 0 0」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。

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 2 部 入院料等

第 5 節 看護職員処遇改善評価料

A 5 0 0 看護職員処遇改善評価料

医科点数表の区分番号「A 5 0 0」に掲げる看護職員処遇改善評価料の例により算定する。

看護職員処遇改善評価料の施設基準等

看護職員処遇改善評価料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、以下のとおりとする。

1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準

(1) 以下のいずれかに該当すること。

ア 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 区分番号「A 2 0 5」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(ロ) 救急用の自動車（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプター（救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）第 2 条に規定する救急医療用ヘリコプターをいう。）による搬送件数（以下「救急搬送実績」という。）が、年間で 200 件以上であること。

イ 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和 52 年 7 月 6 日医発第 692 号）に定める第 3 「救命救急センター」、第 4 「高度救命救急センター」又は第 5 「小児救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

(2) 救急搬送実績については、以下の取扱いとする。

ア 救急搬送実績は、賃金の改善を実施する期間を含む年度（以下「賃金改善実施年度」という。）の前々年度 1 年間における実績とすること。

イ アにかかわらず、新規届出を行う保険医療機関については、新規届出を行った年度に限り、賃金改善実施年度の前年度 1 年間における実績とすること。

ウ ア及びイにかかわらず、令和 4 年度中に新規届出を行う「令和 4 年度（令和 3 年度からの繰越分）看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和 2 年度における実績とすること。

エ 現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関については、賃金改善実施年度の前々年度 1 年間の救急搬送実績が(1)のアの(ロ)の基準を満たさない場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する 6 か月間における救急搬送実績が 100 件以上である場合は、同(ロ)の基準を満たすものとみなすこと。ただし、本文の規定を適用した年度の翌年度においては、本文の規定は、適用しないこと。

(3) 当該評価料を算定する場合は、当該保険医療機関に勤務する看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師（非常勤職員を含む。）をいう。以下同じ。）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等（退職手当を除く。）を含む。以下同じ。）の改善を実施しなければならないこと。

この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関に勤務する看護職員等に加え、当該保険医療機関の実情に応じて、当該保険医療機関に勤務する看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表 1 に定めるコメディカルである職員（非常勤職員を含む。）も加えることができること。

- (4) (3)について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならないこと。

また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

- (5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。

ただし、「令和4年度（令和3年度からの繰越分）看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。

- (6) 当該評価料を算定する場合は、当該保険医療機関における看護職員等の数（保健師、助産師、看護師及び准看護師の常勤換算の数をいう。以下同じ。）及び延べ入院患者数（入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者の延べ人数をいう。以下同じ。）を用いて次の式により算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分を届け出ること。

常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

$$\text{【A】} = \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額（当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000 \text{ 円} \times 1.165\text{）}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{ 円}}$$

- (7) (6)について、算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表3のとおりとする。「看護職員等の数」は、別表3の対象となる3か月の期間の各月1日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は別表3の対象となる3か月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、別表3のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生（支）局長に届出を行った上で、翌月（毎年4、7、10、1月）から変更後の区分に基づく点数を算定すること。新規届出時（区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。）は、直近の別表3の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表3の対象となる3か月の「看護職員等の数」、「延べ入院患者数」及び【A】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

- (8) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (9) 当該保険医療機関は、(3)の賃金の改善措置の対象者に対して、賃金改善を実施する方法等について、3の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、当該対象者から当該評価料に係る賃金改善

に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

2 届出に関する手続き等

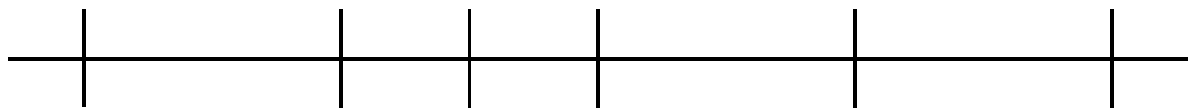
- (1) 看護職員処遇改善評価料の届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績を要しない。ただし、救急搬送実績については、1の(2)によること。

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とする。

新規届出の場合

例：令和5年10月1日から算定を開始する場合

- ・③から④の前日までの期間については、前年度（①から②の前日まで）の救急搬送実績により1(1)ア(ロ)の適合性を判断
- ・④から⑤の前日までの期間は、前々年度（①から②の前日まで）の救急搬送実績により1(1)ア(ロ)の適合性を判断
- ・⑤から⑥までの期間は、前々年度（②から④の前日まで）の救急搬送実績により1(1)ア(ロ)の適合性を判断



- (2) 地方厚生（支）局長は、看護職員処遇改善評価料の届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知すること。

看護職員処遇改善評価料（1～165）

（看処遇1～165）第 号

- (3) 各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日から当該届出に係る診療報酬を算定する。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日から算定する。ただし、1の(6)及び(7)に基づき算出する【A】に従って区分の変更を届け出る場合については、別表3に従い、「算定を開始する月」の最初の開庁日までに要件審査を終え、届出を受理した場合に、「算定を開始する月」の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。

なお、令和4年10月20日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

3 届出に関する事項

- (1) 看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出及び1の(6)及び(7)に基づき、新規届出時及び毎年3、6、9、12月において算出した該当する区分に係る届出は、様式1を用いること。
- (2) 1の(6)に基づき算出した看護職員処遇改善評価料の見込額、賃金改善の見込額、賃金改善実施期間、賃金改善を行う賃金項目及び方法等について記載した「賃金改善計画書」を、様式2により新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年7月において、地方厚生（支）局長に届け出ること。
- (3) 毎年7月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報

告書」を様式 3 により作成し、地方厚生（支）局長に報告すること。

- (4) 事業の継続を図るため、職員の賃金水準（看護職員処遇改善評価料による賃金改善分を除く。）を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、様式 4 により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて看護職員等の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に（2）の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

- (5) 保険医療機関は、看護職員処遇改善評価料の算定に係る書類（「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等）を、当該評価料を算定する年度の終了後 3 年間保管すること。

別表 1（看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とすることができるコメディカル）

- ア 視能訓練士
- イ 言語聴覚士
- ウ 義肢装具士
- エ 歯科衛生士
- オ 歯科技工士
- カ 診療放射線技師
- キ 臨床検査技師
- ク 臨床工学技士
- ケ 管理栄養士
- コ 栄養士
- サ 精神保健福祉士
- シ 社会福祉士
- ス 介護福祉士
- セ 保育士
- ソ 救急救命士
- タ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
- チ 柔道整復師
- ツ 公認心理師
- テ その他医療サービスを患者に直接提供している職種

別表 2（看護職員処遇改善評価料の区分）

【A】				看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5	未満			看護職員処遇改善評価料 1	1 点
1.5	以上	2.5	未満	看護職員処遇改善評価料 2	2 点
2.5	以上	3.5	未満	看護職員処遇改善評価料 3	3 点
3.5	以上	4.5	未満	看護職員処遇改善評価料 4	4 点
4.5	以上	5.5	未満	看護職員処遇改善評価料 5	5 点
5.5	以上	6.5	未満	看護職員処遇改善評価料 6	6 点
6.5	以上	7.5	未満	看護職員処遇改善評価料 7	7 点
7.5	以上	8.5	未満	看護職員処遇改善評価料 8	8 点
8.5	以上	9.5	未満	看護職員処遇改善評価料 9	9 点
9.5	以上	10.5	未満	看護職員処遇改善評価料 10	10 点
10.5	以上	11.5	未満	看護職員処遇改善評価料 11	11 点
11.5	以上	12.5	未満	看護職員処遇改善評価料 12	12 点
12.5	以上	13.5	未満	看護職員処遇改善評価料 13	13 点
13.5	以上	14.5	未満	看護職員処遇改善評価料 14	14 点
14.5	以上	15.5	未満	看護職員処遇改善評価料 15	15 点
15.5	以上	16.5	未満	看護職員処遇改善評価料 16	16 点

16.5	以上	17.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 17	17 点
17.5	以上	18.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 18	18 点
18.5	以上	19.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 19	19 点
19.5	以上	20.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 20	20 点
20.5	以上	21.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 21	21 点
21.5	以上	22.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 22	22 点
22.5	以上	23.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 23	23 点
23.5	以上	24.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 24	24 点
24.5	以上	25.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 25	25 点
25.5	以上	26.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 26	26 点
26.5	以上	27.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 27	27 点
27.5	以上	28.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 28	28 点
28.5	以上	29.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 29	29 点
29.5	以上	30.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 30	30 点
30.5	以上	31.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 31	31 点
31.5	以上	32.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 32	32 点
32.5	以上	33.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 33	33 点
33.5	以上	34.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 34	34 点
34.5	以上	35.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 35	35 点
35.5	以上	36.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 36	36 点
36.5	以上	37.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 37	37 点
37.5	以上	38.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 38	38 点
38.5	以上	39.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 39	39 点
39.5	以上	40.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 40	40 点
40.5	以上	41.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 41	41 点
41.5	以上	42.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 42	42 点
42.5	以上	43.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 43	43 点
43.5	以上	44.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 44	44 点
44.5	以上	45.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 45	45 点
45.5	以上	46.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 46	46 点
46.5	以上	47.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 47	47 点
47.5	以上	48.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 48	48 点
48.5	以上	49.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 49	49 点
49.5	以上	50.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 50	50 点
50.5	以上	51.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 51	51 点
51.5	以上	52.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 52	52 点
52.5	以上	53.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 53	53 点
53.5	以上	54.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 54	54 点
54.5	以上	55.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 55	55 点
55.5	以上	56.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 56	56 点
56.5	以上	57.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 57	57 点

57.5	以上	58.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 58	58 点
58.5	以上	59.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 59	59 点
59.5	以上	60.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 60	60 点
60.5	以上	61.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 61	61 点
61.5	以上	62.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 62	62 点
62.5	以上	63.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 63	63 点
63.5	以上	64.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 64	64 点
64.5	以上	65.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 65	65 点
65.5	以上	66.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 66	66 点
66.5	以上	67.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 67	67 点
67.5	以上	68.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 68	68 点
68.5	以上	69.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 69	69 点
69.5	以上	70.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 70	70 点
70.5	以上	71.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 71	71 点
71.5	以上	72.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 72	72 点
72.5	以上	73.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 73	73 点
73.5	以上	74.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 74	74 点
74.5	以上	75.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 75	75 点
75.5	以上	76.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 76	76 点
76.5	以上	77.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 77	77 点
77.5	以上	78.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 78	78 点
78.5	以上	79.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 79	79 点
79.5	以上	80.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 80	80 点
80.5	以上	81.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 81	81 点
81.5	以上	82.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 82	82 点
82.5	以上	83.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 83	83 点
83.5	以上	84.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 84	84 点
84.5	以上	85.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 85	85 点
85.5	以上	86.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 86	86 点
86.5	以上	87.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 87	87 点
87.5	以上	88.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 88	88 点
88.5	以上	89.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 89	89 点
89.5	以上	90.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 90	90 点
90.5	以上	91.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 91	91 点
91.5	以上	92.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 92	92 点
92.5	以上	93.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 93	93 点
93.5	以上	94.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 94	94 点
94.5	以上	95.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 95	95 点
95.5	以上	96.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 96	96 点
96.5	以上	97.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 97	97 点
97.5	以上	98.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 98	98 点

98.5	以上	99.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 99	99 点
99.5	以上	100.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 100	100 点
100.5	以上	101.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 101	101 点
101.5	以上	102.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 102	102 点
102.5	以上	103.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 103	103 点
103.5	以上	104.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 104	104 点
104.5	以上	105.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 105	105 点
105.5	以上	106.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 106	106 点
106.5	以上	107.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 107	107 点
107.5	以上	108.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 108	108 点
108.5	以上	109.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 109	109 点
109.5	以上	110.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 110	110 点
110.5	以上	111.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 111	111 点
111.5	以上	112.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 112	112 点
112.5	以上	113.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 113	113 点
113.5	以上	114.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 114	114 点
114.5	以上	115.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 115	115 点
115.5	以上	116.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 116	116 点
116.5	以上	117.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 117	117 点
117.5	以上	118.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 118	118 点
118.5	以上	119.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 119	119 点
119.5	以上	120.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 120	120 点
120.5	以上	121.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 121	121 点
121.5	以上	122.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 122	122 点
122.5	以上	123.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 123	123 点
123.5	以上	124.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 124	124 点
124.5	以上	125.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 125	125 点
125.5	以上	126.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 126	126 点
126.5	以上	127.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 127	127 点
127.5	以上	128.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 128	128 点
128.5	以上	129.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 129	129 点
129.5	以上	130.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 130	130 点
130.5	以上	131.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 131	131 点
131.5	以上	132.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 132	132 点
132.5	以上	133.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 133	133 点
133.5	以上	134.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 134	134 点
134.5	以上	135.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 135	135 点
135.5	以上	136.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 136	136 点
136.5	以上	137.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 137	137 点
137.5	以上	138.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 138	138 点
138.5	以上	139.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 139	139 点

139.5	以上	140.5	未満	看護職員処遇改善評価料 140	140 点
140.5	以上	141.5	未満	看護職員処遇改善評価料 141	141 点
141.5	以上	142.5	未満	看護職員処遇改善評価料 142	142 点
142.5	以上	143.5	未満	看護職員処遇改善評価料 143	143 点
143.5	以上	144.5	未満	看護職員処遇改善評価料 144	144 点
144.5	以上	147.5	未満	看護職員処遇改善評価料 145	145 点
147.5	以上	155.0	未満	看護職員処遇改善評価料 146	150 点
155.0	以上	165.0	未満	看護職員処遇改善評価料 147	160 点
165.0	以上	175.0	未満	看護職員処遇改善評価料 148	170 点
175.0	以上	185.0	未満	看護職員処遇改善評価料 149	180 点
185.0	以上	195.0	未満	看護職員処遇改善評価料 150	190 点
195.0	以上	205.0	未満	看護職員処遇改善評価料 151	200 点
205.0	以上	215.0	未満	看護職員処遇改善評価料 152	210 点
215.0	以上	225.0	未満	看護職員処遇改善評価料 153	220 点
225.0	以上	235.0	未満	看護職員処遇改善評価料 154	230 点
235.0	以上	245.0	未満	看護職員処遇改善評価料 155	240 点
245.0	以上	255.0	未満	看護職員処遇改善評価料 156	250 点
255.0	以上	265.0	未満	看護職員処遇改善評価料 157	260 点
265.0	以上	275.0	未満	看護職員処遇改善評価料 158	270 点
275.0	以上	285.0	未満	看護職員処遇改善評価料 159	280 点
285.0	以上	295.0	未満	看護職員処遇改善評価料 160	290 点
295.0	以上	305.0	未満	看護職員処遇改善評価料 161	300 点
305.0	以上	315.0	未満	看護職員処遇改善評価料 162	310 点
315.0	以上	325.0	未満	看護職員処遇改善評価料 163	320 点
325.0	以上	335.0	未満	看護職員処遇改善評価料 164	330 点
335.0	以上			看護職員処遇改善評価料 165	340 点

別表 3（算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定する期間）

算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3 月	前年 12 月～2 月	4 月
6 月	3～5 月	7 月
9 月	6～8 月	10 月
12 月	9～11 月	翌年 1 月

様式1

看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出書添付書類（新規・3、6、9、12月の区分変更）

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 該当する届出

算出を行う月
☐ 新規
☐ 区分変更 ☐ 3月 ☐ 6月 ☐ 9月 ☐ 12月
※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

3 「令和4年度(令和3年度からの繰越分)看護職員等処遇改善事業補助金」の交付状況
(新規届出時以外は記載を省略して差し支えない。)

☐ 交付あり
☐ 交付なし

4 該当するものを選択すること(新規届出時以外は記載を省略して差し支えない。)

☐ 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。
(イ) 区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている
(ロ) 救急搬送実績が、年間で200件以上であること
救急搬送実績: 件 (期間: 令和 年度)
☐ 救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること

5 看護職員等の数、延べ入院患者数、【A】の値

① 算出の際に用いる看護職員等の数、延べ入院患者数の期間(いずれかを選択)

☐ 前年12月～2月
☐ 3～5月
☐ 6～8月
☐ 9～11月

② 看護職員等の数 人 (前回届出時 人)

※ 算出対象となる3か月の期間の各月1日時点における当該保険医療機関に勤務する口
看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の常勤換算した数の平均の数値
(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。
※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

③ 延べ入院患者数 人 (前回届出時 人)

※ 算出対象となる3か月の期間の1月当たりの延べ入院患者数の平均の数値(小数点
第二位を四捨五入)を記載すること。
※ 自由診療の患者については、計上しない。公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬
点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。
※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

④ 【A】の値 (前回届出時)

【A】=
$$\frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額(当該保険医療機関の看護職員等の数(②)} \times 12,000 \text{円} \times 1.165)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数(③)} \times 10 \text{円}}$$

6 前回届け出た時点との比較

前回届出時と比較して、
☐ 看護職員等の数(②)の変化は1割以内である。
☐ 延べ入院患者数(③)の変化は1割以内である。
☐ 【A】の値(④)の変化は1割以内である。

7 5により算出した【A】に基づき、該当する区分

【記載上の注意】

6のいずれにも該当する場合は、区分の変更を行わないものとする。

看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書（令和 年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

I. 賃金改善実施期間

① 令和		年		月		～ 令和		年		月
------	--	---	--	---	--	------	--	---	--	---

II. 看護職員処遇改善評価料の見込額

②新規届出時又は4月1日時点における区分		点数		点
区分（		）		
③賃金改善実施期間における、延べ入院患者数の見込み				人
④本評価料による収入の見込額（②×③×10円）				円

III. 賃金改善の見込額

⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑦賃金改善の見込額（⑤－⑥）		円
⑦は④以上か		

IV. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数		人
⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額		円
⑩ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）		円
⑪ベア等の割合（⑩÷⑨）		%
⑩が⑨の2/3以上であるか		

V. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種		
⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数		人
⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額（⑦－⑨）		円
⑮ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）		円
⑯ベア等の割合（⑮÷⑭）		%
⑮が⑭の2/3以上であるか		

VI. 賃金改善を行う賃金項目及び方法

⑰賃金の種類

☐ 基本給

☐ 決まって毎月支払われる手当（新設）

☐ 決まって毎月支払われる手当（既存の増額）

☐ 賞与

☐ 実績等に応じて支払われる手当（新設）

☐ 実績等に応じて支払われる手当（既存の増額）

☐ その他

(

)

⑱賃上げの担保方法

☐ 就業規則の見直し

☐ 賃金規程の見直し

☐ その他の方法：具体的に

(

)

⑲賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和年月日

開設者名：

- 【記載上の注意】
- 1

「①賃金改善実施期間」は、原則４月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の３月までの期間をいう。
- 2

「③延べ入院患者数」は、本評価料を算定する期間における、延べ入院患者数の見込みを記載すること。（「様式１の延べ入院患者数」×「賃金改善実施期間の月数」とする。）
- 3

「⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」、「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」、「⑩⑮ペア等による引上げ分」は、それぞれ賃金改善実施期間における額を記載すること。
- 4

「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 5

「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、計画書を提出する時点で対象となる人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 6

「⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本評価料による収入により処遇改善を行う職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。
- 7

「⑲賃金改善に関する規定内容」は、「⑱賃上げの担保方法」に記載した根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を記載すること。

看護職員処遇改善評価料 実績報告書（令和 年度分）

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 看護職員処遇改善評価料の実績額

①本評価料の区分

	算定期間								点数の区分		点数		
a	令和		年		月	～	令和		年		月		点
b	令和		年		月	～	令和		年		月		点
c	令和		年		月	～	令和		年		月		点
d	令和		年		月	～	令和		年		月		点

②算定回数

	算定期間								算定回数				
a	令和		年		月	～	令和		年		月		回
b	令和		年		月	～	令和		年		月		回
c	令和		年		月	～	令和		年		月		回
d	令和		年		月	～	令和		年		月		回
計												回	

③本評価料による収入の実績額

	算定期間								実績額				
a	令和		年		月	～	令和		年		月		円
b	令和		年		月	～	令和		年		月		円
c	令和		年		月	～	令和		年		月		円
d	令和		年		月	～	令和		年		月		円
計												円	

II. 賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額

⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額

⑥賃金改善の実績額（④－⑤）

⑥は③以上か

III. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数

⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額

⑨ペア等による引上げ分
（基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）

⑩ペア等の割合（⑨÷⑧）

⑨が⑧の2/3以上であるか

IV. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種		
⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数		人
⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額（⑥－⑧）		円
⑭ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）		円
⑮ベア等の割合（⑭÷⑬）		%
⑭が⑬の2/3以上であるか		

V. 賃金改善実施期間

⑯	令和	年	月	～	令和	年	月
---	----	---	---	---	----	---	---

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 1 報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、Ⅰの各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。
- 2 「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑭ベア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。
- 3 「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 4 「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月1日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 5 「⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。

特別事情届出書(令和 年度)

基本情報

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
フリガナ	
書類作成 担当者	
電話番号	

1. 事業の継続を図るために、看護職員等の賃金を引き下げる必要がある状況について

医療機関の収支について、患者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

2. 賃金水準の引下げの内容(期間、対象、金額等)

--

3. 経営及び賃金水準の改善の見込み

--

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4. 賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

令和 年 月 日 (法人名)
(開設者名)

令和4年度診療報酬改定の概要 看護における処遇改善

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介しますためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

看護における処遇改善

1. 看護職員処遇改善評価料の新設

看護職員処遇改善評価料の新設①

➤ 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、令和4年10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設する。

(新)	看護職員処遇改善評価料 1	1 点	(1 日につき)
	看護職員処遇改善評価料 2	2 点	
	↓		
	看護職員処遇改善評価料165	340点	

[算定要件]

・ 看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき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、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（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、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。

[施設基準の概要]

- (1) 次のいずれかに該当すること。
 - イ 救急医療管理加算の届出を行っており、救急搬送件数が年間で200件以上であること。
 - ロ 救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること。
- (2) (1) のイの救急搬送件数は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の前々年度1年間（新規届出の場合は、前年度1年間（※1））における実績とする。ただし、現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関について、当該実績が同イの基準を満たさなくなった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間において、救急搬送件数が100件以上である場合は、同イの基準を満たすものとみなすこと。
- (3) 当該保険医療機関に勤務する看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等を含む。）の改善を実施しなければならない。この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関の実情に応じて、看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表1に定めるコメディカルである職員も加えることができる。
- (4) (3) について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。
- (5) (3) 賃金改善の合計額の3分の2以上（※2）は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ること。

※1 令和4年度中に新規届出を行う「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和2年度における実績とする。
※2 「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。

看護職員処遇改善評価料の新設②

(6) 次の式により算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分を届け出ること。

看護職員等の賃上げ必要額（当該保険医療機関の看護職員等の数×12,000円×1.165）

【A】 =

当該保険医療機関の延べ入院患者数×10円

(7) (6) について、算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表3のとおりとする（新規届出時は、直近の別表3の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いる）。また、**毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出**を行い、区分に変更がある場合は届け出ること。ただし、前回届け出た時点と比較して、対象となる3か月の「看護職員等の数」、「延べ入院患者数」及び【A】のいずれの変化も**1割以内である場合においては、区分の変更を行わない**ものとする。

(8) 「**賃金改善計画書**」を毎年4月に作成し、毎年7月において、地方厚生局長等に提出すること。

(9) 毎年7月において、前年度における取組状況を評価するため、「**賃金改善実績報告書**」を作成し、地方厚生局長等に報告すること。

【別表1】 看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とすることができるコメディカル

視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種

【別表3】 算出を行う月、対象となる期間、算定する期間

算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年12月～2月	4月
6月	3～5月	7月
9月	6～8月	10月
12月	9～11月	翌年1月

【別表2】 看護職員処遇改善評価料の区分

【A】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5未満	看護職員処遇改善評価料1	1点
1.5以上2.5未満	看護職員処遇改善評価料2	2点
2.5以上3.5未満	看護職員処遇改善評価料3	3点
3.5以上4.5未満	看護職員処遇改善評価料4	4点
4.5以上5.5未満	看護職員処遇改善評価料5	5点
5.5以上6.5未満	看護職員処遇改善評価料6	6点
↓	↓	↓
144.5以上147.5未満	看護職員処遇改善評価料145	145点
147.5以上155.0未満	看護職員処遇改善評価料146	150点
155.0以上165.0未満	看護職員処遇改善評価料147	160点
↓	↓	↓
335.0以上	看護職員処遇改善評価料165	340点

施設基準の届出について

お願い

- 令和4年10月1日から算定を行うためには、**令和4年10月20日(木曜日)(必着)**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。

保医発 0905 第 1 号
令和 4 年 9 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長

殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いについて

標記について、本日、「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 269 号）、「基本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 270 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 271 号）が告示され、本年 10 月 1 日より適用されることとなったことに伴い、下記の通知の一部をそれぞれ別添 1 から別添 3 までの新旧対照表のとおり改正し、同日から適用するので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に対し周知徹底を図られたい。

- ・「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) (別添1)
- ・「基本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2号) (別添2)
- ・「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) (別添3)

○ 「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） 新旧対照表

（下線部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
別添 1 医科診療報酬点数表に関する事項 第 1 章 基本診療料 第 1 部 初・再診料 第 1 節 初診料 A 0 0 0 初診料 (1) ～ (27) (略) <u>(28) 削除</u>	別添 1 医科診療報酬点数表に関する事項 第 1 章 基本診療料 第 1 部 初・再診料 第 1 節 初診料 A 0 0 0 初診料 (1) ～ (27) (略) <u>(28) 電子的保健医療情報活用加算</u> <u>「注 14」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等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、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等を取得した上で診療を行った場合に、月 1 回に限り算定する。</u> <u>ただし、初診の場合であって、健康保険法第 3 条第 13</u>

(29) 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。

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等の取得が困難な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等の提供を受けた場合等」にあつては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

(新設)

(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 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間診票の項目について、別紙様式 54 を参考とする。

第2節 再診料

A001 再診料

(1)～(3) (略)

(4) 2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病(1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、患者の意思に基づき、別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再診として受診した場合(1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。)は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注17」までに規定する加算は、算定できない。

第2節 再診料

A001 再診料

(1)～(3) (略)

(4) 2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病(1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、患者の意思に基づき、別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再診として受診した場合(1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。)は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注18」までに規定する加算は、算定できない。

(5)～(14) (略)
(削る)

A 0 0 2 外来診療料

(1)～(6) (略)

(7) 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の

(5)～(14) (略)

(15) 電子的保健医療情報活用加算

「注 18」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等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、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等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。

ただし、同一月に区分番号「A 0 0 0」の「注 14」に規定する当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行い、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合にあっては算定できない。なお、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な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等の提供を受けた場合等」の点数を算定した場合には、同一月であっても算定できるものとする。

A 0 0 2 外来診療料

(1)～(6) (略)

(7) 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の

診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注5」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注6」のただし書及び「注7」から「注9」までに規定する加算は、算定できない。

(8)～(12) (略)

(削る)

診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注5」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注6」のただし書及び「注7」から「注10」までに規定する加算は、算定できない。

(8)～(12) (略)

(13) 電子的保健医療情報活用加算

「注10」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等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、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等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。

ただし、同一月に区分番号「A000」の「注14」に規定する当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行い、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合にあっては算定できない。なお、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な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等の提供を受けた場合等」に該当し、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合に

A 0 0 3 (略)

第 2 部 (略)

第 2 章・第 3 章 (略)

別添 2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 1 部 初・再診料

第 1 節 初診料

A 0 0 0 初診料

(1)～(19) (略)

(20) 削除

は、同一月であっても算定できるものとする。

A 0 0 3 (略)

第 2 部 (略)

第 2 章・第 3 章 (略)

別添 2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 1 部 初・再診料

第 1 節 初診料

A 0 0 0 初診料

(1)～(19) (略)

(20) 「注 12」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等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、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等を取得した上で診療を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

ただし、初診の場合であって、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等の取得が困難な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等の提供を受けた場合等」に

(21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

ア 「注 13」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

あつては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

(新設)

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5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
初診時間診票の項目について、別紙様式5を参考と
する。

第2節 再診料

A002 再診料

(1)～(7) (略)

(削る)

第2節 再診料

A002 再診料

(1)～(7) (略)

(8) 「注10」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、
オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治
療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンラ
イン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特
定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実
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、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等を取得した上
で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。

ただし、同一月に区分番号「A000」の「注12」に
規定する当該患者に係る診療情報等を取得した上で診
療を行い、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合
にあつては算定できない。なお、「当該患者に係る診療
情報等の取得が困難な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等の提供を受けた場合等」の点

第2部 (略)

第2章・第3章 (略)

別添3

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分00 (略)

区分01 薬剤調製料

(1)～(8) (略)

(9) 調剤技術料の時間外加算等

ア (略)

イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料(調剤基本料における「注1」から「注11」までを適用して算出した点数)、薬剤調製料、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算並びに調剤管理料の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び医療情報・システム基盤整備体制充実加算は基礎額に含まない。

ウ～キ (略)

(10)～(13) (略)

区分10の2 調剤管理料

(1)～(6) (略)

(7) 薬剤服用歴等

ア～エ (略)

数を算定した場合には、同一月であっても算定できるものとする。

第2部 (略)

第2章・第3章 (略)

別添3

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分00 (略)

区分01 薬剤調製料

(1)～(8) (略)

(9) 調剤技術料の時間外加算等

ア (略)

イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料(調剤基本料における「注1」から「注11」までを適用して算出した点数)、薬剤調製料、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算並びに調剤管理料の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び電子の保健医療情報活用加算は基礎額に含まない。

ウ～キ (略)

(10)～(13) (略)

区分10の2 調剤管理料

(1)～(6) (略)

(7) 薬剤服用歴等

ア～エ (略)

オ オンライン資格確認等システムを通じて取得した患者
の薬剤情報又は特定健診情報等

カ～シ (略)

(8)・(9) (略)

(10) 削除

オ オンライン資格確認システムを通じて取得した患者の
薬剤情報又は特定健診情報等

カ～シ (略)

(8)・(9) (略)

(10) 電子的保健医療情報活用加算

ア 電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システム
の活用を通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報
等を取得し、当該情報を活用して調剤を行うことを評価す
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
す保険薬局において、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、患者の薬剤情報等を取得した上で
調剤を行った場合に、処方箋受付1回につき月1回に限り
3点を所定点数に加算する。算定に当たっては、オンライ
ン資格確認システムの活用を通じて得られる薬剤情報及
び特定健診情報等を薬剤服用歴等に記載する。なお、患者
に対し薬学的管理及び指導を行う場合には、必要に応じて
当該情報を活用すること。

イ 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、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあら
っては、令和6年3月31日までの間に限り、処方箋受付
1回につき3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。
なお、アを算定したことがある患者が調剤時にイを算定し
ようとする場合には、アを算定したことをイを算定したこ
ととみなし、算定の可否を判断すること。

ウ 算定に当たっては、電子情報処理組織を使用した診療報
酬請求を行っていること。

(11) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

ア 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薬局において、患者に係る十分な情報を活用して調剤を実施すること等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薬局において調剤した場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 として、6 月に 1 回に限り 3 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は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2 として、6 月に 1 回に限り 1 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薬局においては、以下の事項について薬局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こと。

(イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。

(ロ) 当該保険薬局に処方箋を提出した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤を行うこと。

ウ 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薬局においては、区分 1 0 の 3 服薬管理指導料の 2 (3)

エ 当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等に該当し、イを算定した患者については、イを算定した日以降は、アの要件を満たせば算定できる。

(新設)

イ（イ）から（ホ）までに示す事項を参考に、患者から調剤に必要な情報を取得し、薬剤服用歴等に記載すること。

区分１０の３～区分３０（略）

別表１

（１）服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	(略)
調剤管理料等の加算	(略)	(略)	(略)
	医療情報・システム基盤整備体制充実加算	6月に1回まで	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)

(略)

（２）在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	(略)
調剤管理料等の加算	(略)	(略)	(略)
	医療情報・システム基盤整備体制充実加算	6月に1回まで	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)

(略)

（３）同一月内における服薬情報等提供料及び在宅患者訪問薬剤管

区分１０の３～区分３０（略）

別表１

（１）服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	(略)
調剤管理料等の加算	(略)	(略)	(略)
	電子的保健医療情報活用加算	処方箋受付ごと	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)

(略)

（２）在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	(略)
調剤管理料等の加算	(略)	(略)	(略)
	電子的保健医療情報活用加算	処方箋受付ごと	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)

(略)

（３）同一月内における服薬情報等提供料及び在宅患者訪問薬剤管

理指導料と他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	(略)
調剤管理料 等の加算	(略)	(略)	(略)
	<u>医療情報・ システム基 盤整備体制 充実加算</u>	<u>6月に1回まで</u>	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)

(略)

理指導料と他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	(略)
調剤管理料 等の加算	(略)	(略)	(略)
	<u>電子的保健 医療情報活 用加算</u>	<u>処方箋受付ごと</u>	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)

(略)

別 添 2

○ 「基本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2号） 新旧対照表

（下線部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
別添 1 初・再診料の施設基準等 第 1 ～第 1 の 6 （略） <u>第 1 の 7 削除</u>	別添 1 初・再診料の施設基準等 第 1 ～第 1 の 6 （略） <u>第 1 の 7 電子的保健医療情報活用加算</u> 1 <u>電子的保健医療情報活用加算に関する施設基準</u> （1） <u>電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。</u> （2） <u>健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。</u> （3） <u>オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施できる体制を有していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u> 2 <u>届出に関する事項</u> <u>電子的保健医療情報活用加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。</u> （新設）
<u>第 1 の 8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算</u> 1 <u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準</u> （1） <u>電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている</u>	

こと。

(2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。

(3) 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。

イ 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。

2 届出に関する事項

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2～第5 （略）

第2～第5 （略）

○ 「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） 新旧対照表

（下線部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
別添 1 特掲診療料の施設基準等 第 1 ～第 97 （略） <u>第 97 の 2 削除</u>	別添 1 特掲診療料の施設基準等 第 1 ～第 97 （略） <u>第 97 の 2 電子的保健医療情報活用加算</u> 1 <u>電子的保健医療情報活用加算に関する施設基準</u> （1） <u>電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。</u> （2） <u>健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。</u> （3） <u>オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施できる体制を有していることについて、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示していること。</u> 2 <u>届出に関する事項</u> <u>電子的保健医療情報活用加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。</u> （新設）
<u>第 97 の 3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算</u> 1 <u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準</u> （1） <u>電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている</u>	

こと。

(2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行う必要があることに留意すること。

(3) 次に掲げる事項について、当該保険薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。

イ 当該保険薬局に来局した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤等を行うこと。

2 届出に関する事項

医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第98～第103 （略）

第98～第103 （略）

初診時の標準的な問診票の項目等

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、当該医療機関の受診患者に対する初診時間診票の項目について、以下を参考とすること。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 本日受診した症状について
 - ・ ・ ・ 症状の内容、発症時期、経過 等
- 現在、他の医療機関に通院しているか
 - ・ ・ ・ 医療機関名、受診日、治療内容 等
- 現在、処方されている薬があるか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近 1 ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能※）
 - ・ ・ ・ 薬剤名、用量、投薬期間 等
- これまでに大きな病気にかかったことがあるか（入院や手術を要する病気等）
 - ・ ・ ・ 病名、時期、医療機関名、治療内容 等
- この 1 年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能※）
 - ・ ・ ・ 受診時期、指摘事項 等
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
 - ・ ・ ・ 原因となったもの、症状 等
- 現在、妊娠中又は授乳中であるか（女性のみ）
 - ・ ・ ・ 妊娠週数 等

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和 4 年 9 月上旬現在の状況

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）であること。
- マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

（記載例）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

初診時の標準的な問診票の項目等

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、当該医療機関の受診患者に対する初診時間診票の項目について、以下を参考とすること。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 本日受診した症状について
 - ・ ・ ・ 症状の内容、発症時期、経過 等
- 現在、他の医療機関に通院しているか
 - ・ ・ ・ 医療機関名、受診日、治療内容 等
- 現在、処方されている薬があるか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能※）
 - ・ ・ ・ 薬剤名、用量、投薬期間 等
- これまでに大きな病気にかかったことがあるか（入院や手術を要する病気等）
 - ・ ・ ・ 病名、時期、医療機関名、治療内容 等
- この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能※）
 - ・ ・ ・ 受診時期、指摘事項 等
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
 - ・ ・ ・ 原因となったもの、症状 等
- 現在、妊娠中又は授乳中であるか（女性のみ）
 - ・ ・ ・ 妊娠週数 等

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）であること。
- マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

（記載例）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

- 令和5年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算

【医科・歯科】 マイナ保険証を利用する場合 7点（初診） 4点（再診） / 利用しない場合 3点（初診）
【調剤】 マイナ保険証を利用する場合 3点（月1回） / 利用しない場合 1点（3月に1回）

廃止

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和4年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合 **4点**
- 2 1であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合 **2点**
※調剤は、1 **3点（6月に1回）**、2 **1点（6月に1回）**

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】

- 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。
 - ① オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）
 - ② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関	問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）	薬局
✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。	問診票（初診時） ●今日の症状 ●他の医療機関の受診歴 ●過去の病気 ●処方されている薬 ●特定健診の受診歴 ●アレルギーの有無 ●妊娠・授乳の有無 …… ※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。	✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。	R4年9月時点でオン資により確認可能	✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって
正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、
更なる医療の質の向上を実現