

施設基準パーフェクトブック 2022年度版

【 追補 】

《2022年10月改定》

- ・ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年9月5日 厚生労働省告示第二百六十九号）
- ・ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和4年9月5日 厚生労働省告示第二百七十号）
- ・ 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 保医発0905第1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 保医発0905第2号）

基本診療料

【新設】A000初診料注15（歯科：A000注13）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

【新設】A500 看護職員処遇改善評価料

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

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

***A000初診料注14、A001再診料注18、A002外来診療料注10、「電子的保健医療情報活用加算」は廃止となりました。**

○施設基準パーフェクトブック2022年度版の「電子的保健医療情報活用加算」に係る下記の記載は削除となります。

- ・ 三の六電子的保健医療情報活用加算の施設基準(施設基準告示・通知…P55～P56)
- ・ A000初診料注14、A001再診料注18、A002外来診療料注10（算定告示・通知…P55～P57）
- ・ A000初診料（算定告示注14…P58）（算定通知（28）…P62）
- ・ A001再診料（算定告示注18…P71）（算定通知（15）…P73）
- ・ A002外来診療料（算定告示注10…P75）（算定通知（13）…P75）
- ・ 歯科：A001初診料注12、A002再診料注10（算定告示・通知…P1554～P1557）

《2023年4月1日からの診療報酬上の特例措置》

- ・ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和5年1月31日付厚生労働省告示第十六号 令和5年4月1日適用）
- ・ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和5年1月31日付厚生労働省告示第十七号 令和5年4月1日適用）
- ・ 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和5年1月31日付厚生労働省告示第十八号 令和5年4月1日適用）
- ・ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算、後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算、一般名処方加算及び地域支援体制加算の取扱いについて（令和5年1月31日付保医発0131第5号）
- ・ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算における「令和5年12月31日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する旨の届出」の取扱いについて（令和5年1月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）
- ・ 令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置に関する疑義解釈資料の送付について（令和5年1月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）

《参考》令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置等について（厚生労働省ホームページ）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00043.html

《2022 年 10 月改定》

A000 初診料注 15 （歯科：A000 初診料注 2）

医療情報・システム基盤整備体制充実加算

新

第三 初・再診料の施設基準等

【告示】

三の七 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診療を実施するため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掲示していること。

第 1 の 8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

【通知】

1 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

- (1) 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。
- (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。

算定（診療報酬）告示（医科）

A000 初診料

288点

注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。

算定（診療報酬）通知（医科）

第 1 部 初・再診料

A000 初診料

(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。

- (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。

算定（診療報酬）告示（歯科）

A000 初診料 288

注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。

算定（診療報酬）通知（歯科）

第 1 部 初・再診料

A000 初診料

(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。

第十の二 看護職員処遇改善評価料の施設基準

【告示】

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って、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。

看護職員処遇改善評価料に関する施設基準

【通知】

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（新設）

(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「A205」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【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」を再度届け出の必要があること。
- (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	サ 精神保健福祉士
イ 言語聴覚士	シ 社会福祉士
ウ 義肢装具士	ス 介護福祉士
エ 歯科衛生士	セ 保育士
オ 歯科技工士	ソ 救急救命士
カ 診療放射線技師	タ あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師
キ 臨床検査技師	チ 柔道整復師
ク 臨床工学士	ツ 公認心理師
ケ 管理栄養士	テ その他医療サービスを患者に直接提供している職種
コ 栄養士	

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 未満	看護職員処遇改善評価料17	17点
17.5 以上 18.5 未満	看護職員処遇改善評価料18	18点
18.5 以上 19.5 未満	看護職員処遇改善評価料19	19点
19.5 以上 20.5 未満	看護職員処遇改善評価料20	20点
20.5 以上 21.5 未満	看護職員処遇改善評価料21	21点
21.5 以上 22.5 未満	看護職員処遇改善評価料22	22点
22.5 以上 23.5 未満	看護職員処遇改善評価料23	23点
23.5 以上 24.5 未満	看護職員処遇改善評価料24	24点

104.5 以上 105.5 未満	看護職員処遇改善評価料105	105点
105.5 以上 106.5 未満	看護職員処遇改善評価料106	106点
106.5 以上 107.5 未満	看護職員処遇改善評価料107	107点
107.5 以上 108.5 未満	看護職員処遇改善評価料108	108点
108.5 以上 109.5 未満	看護職員処遇改善評価料109	109点
109.5 以上 110.5 未満	看護職員処遇改善評価料110	110点
110.5 以上 111.5 未満	看護職員処遇改善評価料111	111点
111.5 以上 112.5 未満	看護職員処遇改善評価料112	112点
112.5 以上 113.5 未満	看護職員処遇改善評価料113	113点
113.5 以上 114.5 未満	看護職員処遇改善評価料114	114点
114.5 以上 115.5 未満	看護職員処遇改善評価料115	115点
115.5 以上 116.5 未満	看護職員処遇改善評価料116	116点
116.5 以上 117.5 未満	看護職員処遇改善評価料117	117点
117.5 以上 118.5 未満	看護職員処遇改善評価料118	118点
118.5 以上 119.5 未満	看護職員処遇改善評価料119	119点
119.5 以上 120.5 未満	看護職員処遇改善評価料120	120点
120.5 以上 121.5 未満	看護職員処遇改善評価料121	121点
121.5 以上 122.5 未満	看護職員処遇改善評価料122	122点
122.5 以上 123.5 未満	看護職員処遇改善評価料123	123点
123.5 以上 124.5 未満	看護職員処遇改善評価料124	124点
124.5 以上 125.5 未満	看護職員処遇改善評価料125	125点
125.5 以上 126.5 未満	看護職員処遇改善評価料126	126点
126.5 以上 127.5 未満	看護職員処遇改善評価料127	127点
127.5 以上 128.5 未満	看護職員処遇改善評価料128	128点
128.5 以上 129.5 未満	看護職員処遇改善評価料129	129点
129.5 以上 130.5 未満	看護職員処遇改善評価料130	130点
130.5 以上 131.5 未満	看護職員処遇改善評価料131	131点
131.5 以上 132.5 未満	看護職員処遇改善評価料132	132点
132.5 以上 133.5 未満	看護職員処遇改善評価料133	133点
133.5 以上 134.5 未満	看護職員処遇改善評価料134	134点
134.5 以上 135.5 未満	看護職員処遇改善評価料135	135点

135.5 以上 136.5 未満	看護職員処遇改善評価料136	136点
136.5 以上 137.5 未満	看護職員処遇改善評価料137	137点
137.5 以上 138.5 未満	看護職員処遇改善評価料138	138点
138.5 以上 139.5 未満	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

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

算定（診療報酬）告示

第2部 入院料等

第5節 看護職員処遇改善評価料（新設）

A500 看護職員処遇改善評価料（1日につき）

1	看護職員処遇改善評価料1	1点	51	看護職員処遇改善評価料51	51点	101	看護職員処遇改善評価料101	101点
2	看護職員処遇改善評価料2	2点	52	看護職員処遇改善評価料52	52点	102	看護職員処遇改善評価料102	102点
3	看護職員処遇改善評価料3	3点	53	看護職員処遇改善評価料53	53点	103	看護職員処遇改善評価料103	103点
4	看護職員処遇改善評価料4	4点	54	看護職員処遇改善評価料54	54点	104	看護職員処遇改善評価料104	104点
5	看護職員処遇改善評価料5	5点	55	看護職員処遇改善評価料55	55点	105	看護職員処遇改善評価料105	105点
6	看護職員処遇改善評価料6	6点	56	看護職員処遇改善評価料56	56点	106	看護職員処遇改善評価料106	106点
7	看護職員処遇改善評価料7	7点	57	看護職員処遇改善評価料57	57点	107	看護職員処遇改善評価料107	107点
8	看護職員処遇改善評価料8	8点	58	看護職員処遇改善評価料58	58点	108	看護職員処遇改善評価料108	108点
9	看護職員処遇改善評価料9	9点	59	看護職員処遇改善評価料59	59点	109	看護職員処遇改善評価料109	109点
10	看護職員処遇改善評価料10	10点	60	看護職員処遇改善評価料60	60点	110	看護職員処遇改善評価料110	110点
11	看護職員処遇改善評価料11	11点	61	看護職員処遇改善評価料61	61点	111	看護職員処遇改善評価料111	111点
12	看護職員処遇改善評価料12	12点	62	看護職員処遇改善評価料62	62点	112	看護職員処遇改善評価料112	112点
13	看護職員処遇改善評価料13	13点	63	看護職員処遇改善評価料63	63点	113	看護職員処遇改善評価料113	113点
14	看護職員処遇改善評価料14	14点	64	看護職員処遇改善評価料64	64点	114	看護職員処遇改善評価料114	114点
15	看護職員処遇改善評価料15	15点	65	看護職員処遇改善評価料65	65点	115	看護職員処遇改善評価料115	115点
16	看護職員処遇改善評価料16	16点	66	看護職員処遇改善評価料66	66点	116	看護職員処遇改善評価料116	116点
17	看護職員処遇改善評価料17	17点	67	看護職員処遇改善評価料67	67点	117	看護職員処遇改善評価料117	117点
18	看護職員処遇改善評価料18	18点	68	看護職員処遇改善評価料68	68点	118	看護職員処遇改善評価料118	118点
19	看護職員処遇改善評価料19	19点	69	看護職員処遇改善評価料69	69点	119	看護職員処遇改善評価料119	119点
20	看護職員処遇改善評価料20	20点	70	看護職員処遇改善評価料70	70点	120	看護職員処遇改善評価料120	120点
21	看護職員処遇改善評価料21	21点	71	看護職員処遇改善評価料71	71点	121	看護職員処遇改善評価料121	121点
22	看護職員処遇改善評価料22	22点	72	看護職員処遇改善評価料72	72点	122	看護職員処遇改善評価料122	122点
23	看護職員処遇改善評価料23	23点	73	看護職員処遇改善評価料73	73点	123	看護職員処遇改善評価料123	123点
24	看護職員処遇改善評価料24	24点	74	看護職員処遇改善評価料74	74点	124	看護職員処遇改善評価料124	124点
25	看護職員処遇改善評価料25	25点	75	看護職員処遇改善評価料75	75点	125	看護職員処遇改善評価料125	125点
26	看護職員処遇改善評価料26	26点	76	看護職員処遇改善評価料76	76点	126	看護職員処遇改善評価料126	126点
27	看護職員処遇改善評価料27	27点	77	看護職員処遇改善評価料77	77点	127	看護職員処遇改善評価料127	127点
28	看護職員処遇改善評価料28	28点	78	看護職員処遇改善評価料78	78点	128	看護職員処遇改善評価料128	128点
29	看護職員処遇改善評価料29	29点	79	看護職員処遇改善評価料79	79点	129	看護職員処遇改善評価料129	129点
30	看護職員処遇改善評価料30	30点	80	看護職員処遇改善評価料80	80点	130	看護職員処遇改善評価料130	130点
31	看護職員処遇改善評価料31	31点	81	看護職員処遇改善評価料81	81点	131	看護職員処遇改善評価料131	131点
32	看護職員処遇改善評価料32	32点	82	看護職員処遇改善評価料82	82点	132	看護職員処遇改善評価料132	132点
33	看護職員処遇改善評価料33	33点	83	看護職員処遇改善評価料83	83点	133	看護職員処遇改善評価料133	133点
34	看護職員処遇改善評価料34	34点	84	看護職員処遇改善評価料84	84点	134	看護職員処遇改善評価料134	134点
35	看護職員処遇改善評価料35	35点	85	看護職員処遇改善評価料85	85点	135	看護職員処遇改善評価料135	135点
36	看護職員処遇改善評価料36	36点	86	看護職員処遇改善評価料86	86点	136	看護職員処遇改善評価料136	136点
37	看護職員処遇改善評価料37	37点	87	看護職員処遇改善評価料87	87点	137	看護職員処遇改善評価料137	137点
38	看護職員処遇改善評価料38	38点	88	看護職員処遇改善評価料88	88点	138	看護職員処遇改善評価料138	138点
39	看護職員処遇改善評価料39	39点	89	看護職員処遇改善評価料89	89点	139	看護職員処遇改善評価料139	139点
40	看護職員処遇改善評価料40	40点	90	看護職員処遇改善評価料90	90点	140	看護職員処遇改善評価料140	140点
41	看護職員処遇改善評価料41	41点	91	看護職員処遇改善評価料91	91点	141	看護職員処遇改善評価料141	141点
42	看護職員処遇改善評価料42	42点	92	看護職員処遇改善評価料92	92点	142	看護職員処遇改善評価料142	142点
43	看護職員処遇改善評価料43	43点	93	看護職員処遇改善評価料93	93点	143	看護職員処遇改善評価料143	143点
44	看護職員処遇改善評価料44	44点	94	看護職員処遇改善評価料94	94点	144	看護職員処遇改善評価料144	144点
45	看護職員処遇改善評価料45	45点	95	看護職員処遇改善評価料95	95点	145	看護職員処遇改善評価料145	145点
46	看護職員処遇改善評価料46	46点	96	看護職員処遇改善評価料96	96点	146	看護職員処遇改善評価料146	150点
47	看護職員処遇改善評価料47	47点	97	看護職員処遇改善評価料97	97点	147	看護職員処遇改善評価料147	160点
48	看護職員処遇改善評価料48	48点	98	看護職員処遇改善評価料98	98点	148	看護職員処遇改善評価料148	170点
49	看護職員処遇改善評価料49	49点	99	看護職員処遇改善評価料99	99点	149	看護職員処遇改善評価料149	180点
50	看護職員処遇改善評価料50	50点	100	看護職員処遇改善評価料100	100点	150	看護職員処遇改善評価料150	190点

151 看護職員処遇改善評価料151	200点	156 看護職員処遇改善評価料156	250点	161 看護職員処遇改善評価料161	300点
152 看護職員処遇改善評価料152	210点	157 看護職員処遇改善評価料157	260点	162 看護職員処遇改善評価料162	310点
153 看護職員処遇改善評価料153	220点	158 看護職員処遇改善評価料158	270点	163 看護職員処遇改善評価料163	320点
154 看護職員処遇改善評価料154	230点	159 看護職員処遇改善評価料159	280点	164 看護職員処遇改善評価料164	330点
155 看護職員処遇改善評価料155	240点	160 看護職員処遇改善評価料160	290点	165 看護職員処遇改善評価料165	340点

注 看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

算定（診療報酬）通知

第2部 入院料等

第5節 看護職員処遇改善評価料

A500 看護職員処遇改善評価料

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

《令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置》

○令和5年1月31日付厚生労働省告示第十七号 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(令和5年4月1日適用)

新旧対照表（下線部分は改正部分）

該当頁	改正後	改正前
パーフェクトブック 2022年度版 P284	第八 入院基本料等加算の施設基準等 一～三十五の二の二（略） 三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1)～(3)（略） (4) 後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する施設基準 イ 後発医薬品使用体制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 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。 ハ ロの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 三十五の四～三十六（略）	第八 入院基本料等加算の施設基準等 一～三十五の二の二（略） 三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1)～(3)（略） （新設） 三十五の四～三十六（略）
パーフェクトブック 2022年度版 P427	第十一 経過措置 一～三十（略） <u>三十一 令和五年十二月三十一日までに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開始する旨の届出を行っている保険医療機関については、同日までの間に限り、第三の三の七の(1)に該当するものとみなす。</u>	第十一 経過措置 一～三十（略） （新規）

○「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)(令和5年4月1日適用)

新旧対照表（下線部分は改正部分）

該当頁	改正後	改正前
パーフェクトブック 2022年度版【追補： 2022年10月改定】 P1	第1～第1の7（略） 第1の8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 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 (1)～(3)（略） (4) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていない保険医療機関が、令和5年12月31日までにこれを開始する旨について、地方厚生（支）局長に届け出た場合は、同日までの間に限り、(1)を満たしているものとみなす。 2 届出に関する事項 (1) 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。 (2) なお、1の(4)の届出は、別添7の様式2の5を用いること。 (3) 令和5年4月10日までに当該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。	第1～第1の7（略） 第1の8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 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 (1)～(3)（略） （新設） 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。 （新設） （新設）

パーフェクトブック 2022年度版 P427	第26 の 2 の 2 後発医薬品使用体制加算 1 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1)～(5) (略) <u>(6) 後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する点数を算定する場合には、上記(1)から(5)までのほか、以下の基準を満たすこと。</u> <u>ア 後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u> <u>イ 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。</u> <u>ウ イの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、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 届出に関する事項 後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式40 の 3 を用いること。 なお、後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する点数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26 の 2 の 2 後発医薬品使用体制加算 1 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1)～(5) (略) (新設) 2 届出に関する事項 後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式40 の 3 を用いること。
---------------------------	--	---

○令和5年1月31日付厚生労働省告示第十八号 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和5年4月1日適用）

新旧対照表（下線部分は改正部分）

該当頁	改正後	改正前
パーフェクトブック 2022年度版 P989	第七 投薬 一～三 (略) 四 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1)～(3) (略) <u>(4) 医科点数表区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料の注11及び歯科点数表区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料の注 9 に規定する施設基準</u> <u>イ 外来後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u> <u>ロ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。</u> <u>ハ ロの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、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>	第七 投薬 一～三 (略) 四 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1)～(3) (略) (新設)
パーフェクトブック 2022年度版 P995 (新設)	<u>五 医科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注 9 及び歯科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注 7 に規定する一般名処方加算の施設基準</u> 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	(新設)

「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)(令和5年4月1日適用)

新旧対照表（下線部分は改正部分）

該当頁	改正後	改正前
パーフェクトブック 2022年度版 P990	第36 の3 外来後発医薬品使用体制加算 1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準 (1)～(5) (略) (6) 「注11」に規定する点数を算定する場合には、 <u>上記(1)から(5)までのほか、以下の基準を満たすこと。</u> <u>ア 外来後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u> <u>イ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。</u> <u>ウ イの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、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 届出に関する事項 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38 の3を用いること。 なお、「注11」に規定する点数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36 の3 外来後発医薬品使用体制加算 1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準 (1)～(5) (略) (新設) 2 届出に関する事項 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38 の3を用いること。
パーフェクトブック 2022年度版 P995 (新設)	第36 の4 一般名処方加算 1 一般名処方加算に関する施設基準 <u>「注9」に規定する一般名処方加算を算定する場合は、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、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 届出に関する事項 <u>「注9」に規定する一般名処方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)

○令和5年1月31日付厚生労働省告示第十六号 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和5年4月1日適用)

新旧対照表（下線部分は改正部分）

該当頁	改正後	改正前
パーフェクトブック 2022年度版 P57	A 0 0 0 初診料 288点 注1～4 (略) 5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注1のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点（注1のただし書に規定する場合にあっては、93点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から<u>注15</u>までに規定する加算は算定しない。	A 0 0 0 初診料 288点 注1～4 (略) 5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注1のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点（注1のただし書に規定する場合にあっては、93点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から<u>注14</u>までに規定する加算は算定しない。

パーフェクトブック 2022年度版 P70	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) 18 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 として、月 1 回に限り 2 点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。	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)
パーフェクトブック 2022年度版 P71		
パーフェクトブック 2022年度版 P74	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 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しない。 6～9 (略) 10 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 として、月 1 回に限り 2 点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。	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 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しない。 6～9 (略) (新設)
パーフェクトブック 2022年度版 P284	A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算 (入院初日) 1～3 (略) 注 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 (第 1 節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。)) 又は第 3 節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。) について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、この注本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、この注本文に規定する基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り	A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算 (入院初日) 1～3 (略) 注 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 (第 1 節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。)) 又は第 3 節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

	次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 後発医薬品使用体制加算 1 67点 ロ 後発医薬品使用体制加算 2 62点 ハ 後発医薬品使用体制加算 3 57点	
パーフェクトブック 2022年度版 P747	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、<u>注 6 及び注 18 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 から注 10 までに規定する加算、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 A 0 0 0 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 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 5 及び注 6 に規定する加算並びに区分番号 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。</u>	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 <u>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 A 0 0 0 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 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 5 及び注 6 に規定する加算並びに区分番号 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。</u>
パーフェクトブック 2022年度版 P757	B 0 0 1 - 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 A 0 0 0 に掲げる初診料（注 15 に規定する加算を除く。）、<u>区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料（注 18 に規定する加算を除く。）</u>、<u>区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料（注 10 に規定する加算を除く。）</u> 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 A 0 0 0 に掲げる初診料（注 15 に規定する加算を除く。）、<u>区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料（注 18 に規定する加算を除く。）</u>、<u>区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料（注 10 に規定する加算を除く。）</u> 及び外来リハビリテーション診療料 1 は、算定しない。	B 0 0 1 - 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 A 0 0 0 に掲げる初診料（注 15 に規定する加算を除く。）、<u>区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料、区分番号 A 0 0 2 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。</u> 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 A 0 0 0 に掲げる初診料（注 15 に規定する加算を除く。）、<u>区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料、区分番号 A 0 0 2 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。</u>
パーフェクトブック 2022年度版 P759	B 0 0 1 - 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 A 0 0 0 に掲げる初診料（<u>注 15 に規定する加算を除く。）</u>、<u>区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料（注 18 に規定する加算を除く。）</u> <u>及び区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料（注 10 に規定する加算を除く。）</u> は、算定しない。	B 0 0 1 - 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 A 0 0 0 に掲げる初診料（注 15 に規定する加算を除く。）、<u>区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料及び区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料は、算定しない。</u>

パーフェクトブック 2022年度版 P762	B 0 0 1－2－9 地域包括診療料（月1回） 1・2 （略） 注1 （略） 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A 0 0 1に掲げる再診療の注5から注7まで及び注18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 1 0に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C 0 0 2－2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F 1 0 0に掲げる処方料及び区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。 3 （略）	B 0 0 1－2－9 地域包括診療料（月1回） 1・2 （略） 注1 （略） 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A 0 0 1に掲げる再診療の注5から注7までに規定する加算、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 1 0に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C 0 0 2－2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F 1 0 0に掲げる処方料及び区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。 3 （略）
パーフェクトブック 2022年度版 P764	B 0 0 1－2－10 認知症地域包括診療料（月1回） 1・2 （略） 注1 （略） 2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A 0 0 1に掲げる再診療の注5から注7まで及び注18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 1 0に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C 0 0 2－2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F 1 0 0に掲げる処方料及び区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。 3 （略）	B 0 0 1－2－10 認知症地域包括診療料（月1回） 1・2 （略） 注1 （略） 2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A 0 0 1に掲げる再診療の注5から注7までに規定する加算、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 1 0に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C 0 0 2－2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F 1 0 0に掲げる処方料及び区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。 3 （略）
パーフェクトブック 2022年度版 P767	B 0 0 1－2－11 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A 0 0 0に掲げる初診療の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A 0 0 1に掲げる再診療の注5、<u>注6</u>及び注18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から注10まで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	B 0 0 1－2－11 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A 0 0 0に掲げる初診療の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A 0 0 1に掲げる再診療の注5及び<u>注6</u>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

	ー 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 0 9 に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号 B 0 0 9 - 2 に掲げる電子的診療情報評価料、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）	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 0 9 に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号 B 0 0 9 - 2 に掲げる電子的診療情報評価料、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）
パーフェクトブック 2022年度版 P769	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 まで及び注 18 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 10 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 - 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）
パーフェクトブック 2022年度版 P990	F 1 0 0 処方料 1 ～ 3 （略） 注 1 ～ 10 （略） 11 <u>注 9 の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注 9 に規定する基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> <u>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 7 点</u> <u>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 6 点</u> <u>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 4 点</u>	F 1 0 0 処方料 1 ～ 3 （略） 注 1 ～ 10 （略） （新設）
パーフェクトブック 2022年度版 P994	F 4 0 0 処方箋料 1 ～ 3 （略） 注 1 ～ 8 （略） 9 <u>注 7 の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合</u> <u>は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。</u> <u>イ 一般名処方加算 1 9 点</u> <u>ロ 一般名処方加算 2 7 点</u>	F 4 0 0 処方箋料 1 ～ 3 （略） 注 1 ～ 8 （略） （新設）

パーフェクトブック 2022年度版 P431	第4章 経過措置 1～4 (略) 5 第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A 0 0 1の注18、区分番号A 0 0 2の注10、区分番号A 2 4 3の注ただし書、区分番号F 1 0 0の注11及び区分番号F 4 0 0の注9の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。 6 第1章の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号A 0 0 0の注15中「4点」とあるのは「6点」とする。	第4章 経過措置 1～4 (略) (新設)
パーフェクトブック 2022年度版 P1556	歯科 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。<u>ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない。</u> 8・9 (略) 10 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす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再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。<u>ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。</u>	歯科 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 8・9 (略) (新設)

○「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)(和5年4月1日適用)

新旧対照表（下線部分は改正部分）

該当頁	改 正 後	改 正 前
パーフェクトブック 2022年度版 【追補】 P2	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章 基本診療料 第1節 初診料 A 0 0 0 初診料 (1)～(28) (略) (29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ (略) エ アにかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り6点を算定する。<u>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。</u>	別添 1 医科診療報酬点数表に関する事項 第1部 初・再診料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 A 0 0 0 初診料 (1)～(28) (略) (29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ (略) (新設)

パーフェクトブック 2022年版 P71	A 0 0 1 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) (15) 「注18」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、再診時に診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得等した上で診療を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、月1回に限り2点を算定する。 ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。また、同一月に区分番号A 0 0 0の「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合にあっては算定できない。 (16) 「注18」に規定する加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。	A 0 0 1 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。 (5)～(14) (略) (新設) (新設)
パーフェクトブック 2022年版 P75	A 0 0 2 外来診療料 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10」までに規定する加算は、算定できない。 (8)～(12) (略) (13) 「注10」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、再診時に診療情報を活用して診療を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得した上で診療を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、月1回に限り算定する。 ただし、健康保険法第3条第13項に規定する	A 0 0 2 外来診療料 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) (新設)

	電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。また、同一月に区分番号A000の「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合にあっては算定できない。 (14) 「注10」に規定する加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。	(新設)
パーフェクトブック 2022年版 P285	A243 後発医薬品使用体制加算 (1) (略) (2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が75%以上、85%以上又は90%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、<u>後発医薬品使用体制加算の注本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たしている保険医療機関に入院している患者については、令和5年12月31日までの間に限り、後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する加算を入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。</u>ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。	A243 後発医薬品使用体制加算 (1) (略) (2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が75%以上、85%以上又は90%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
パーフェクトブック 2022年版 P748	B001-2 小児科外来診療料 (1)・(2) (略) (3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料及び区分番号「A002」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、<u>区分番号「A000」初診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算1及び2、区分番号「A001」再診料及び区分番号「A002」外来診療料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3、区分番号「A000」初診料の機能強化加算、通則第3号の外来感染対策向上加算、通則第4号の連携強化加算、通則第5号のサーベイランス強化加算、区分番号「B001-2-2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料、区分番号「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「B010」診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号「B011」連携強化診療情報提供料並びに区分番号「C000」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。</u> (4)～(12) (略)	B001-2 小児科外来診療料 (1)・(2) (略) (3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料及び区分番号「A002」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「A000」初診料の機能強化加算、通則第3号の外来感染対策向上加算、通則第4号の連携強化加算、通則第5号のサーベイランス強化加算、区分番号「B001-2-2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料、区分番号「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「B010」診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号「B011」連携強化診療情報提供料並びに区分番号「C000」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。 (4)～(12) (略)

パーフェクトブック 2022年版 P758	B 0 0 1 - 2 - 7 外来リハビリテーション診療料 (1)～(7) (略) (8) 外来リハビリテーション診療料 1 及び 2 を算定 している場合であって、「A 0 0 0」初診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 及び 2 並びに区分番号「A 0 0 1」再診料及び区分番号 「A 0 0 2」外来診療料の医療情報・システム基 盤整備体制充実加算 3 の算定要件を満たす場合 は、併算定できる。	B 0 0 1 - 2 - 7 外来リハビリテーション診療料 (1)～(7) (略) (新設)
パーフェクトブック 2022年版 P760	B 0 0 1 - 2 - 8 外来放射線照射診療料 (1)～(5) (略) (6) 外来放射線診療料を算定した場合であって、区 分番号「A 0 0 0」初診料の医療情報・システム 基盤整備体制充実加算 1 及び 2 並びに区分番号 「A 0 0 1」再診料及び区分番号「A 0 0 2」外 来診療料の医療情報・システム基盤整備体制充実 加算 3 の算定要件を満たす場合は、併算定でき る。	B 0 0 1 - 2 - 8 外来放射線照射診療料 (1)～(5) (略) (新設)
パーフェクトブック 2022年版 P763	B 0 0 1 - 2 - 9 地域包括診療料 (1)～(8) (略) (9) 地域包括診療料を算定する場合であって、区分 番号「A 0 0 1」再診料の医療情報・システム基 盤整備体制充実加算 3 の算定要件を満たす場合 は、併算定できる。	B 0 0 1 - 2 - 9 地域包括診療料 (1)～(8) (略) (新設)
パーフェクトブック 2022年版 P765	B 0 0 1 - 2 - 10 認知症地域包括診療料 (1)～(5) (略) (6) 認知症地域包括診療料を算定する場合であっ て、「A 0 0 1」再診料の医療情報・システム基 盤整備体制充実加算 3 の算定要件を満たす場合 は、併算定できる。	B 0 0 1 - 2 - 10 認知症地域包括診療料 (1)～(5) (略) (新設)
パーフェクトブック 2022年版 P992	F 1 0 0 処方料 (1)～(15) (略) (16) 「注 9」の規定にかかわらず、別に厚生労働大 臣が定める施設基準を満たす診療所において投薬 を行った場合には、令和 5 年 12 月 31 日までの間に 限り、「注 11」に規定する外来後発医薬品使用体 制加算を算定する。	F 1 0 0 処方料 (1)～(15) (略) (新設)
パーフェクトブック 2022年版 P995	F 4 0 0 処方箋料 (1)～(15) (略) (16) 「注 7」の規定にかかわらず、別に厚生労働大 臣が定める施設基準を満たす保険医療機関におい て薬剤の一般名を記載する処方箋を交付した 場合には、令和 5 年 12 月 31 日までの間に限り、 「注 9」に規定する一般名処方加算を算定する。 なお、一般名処方加算 1 及び 2 の取扱いについて は、「注 7」と同様である。	F 4 0 0 処方箋料 (1)～(15) (略) (新設)
パーフェクトブック 2022年版【追補 2022.10月改定】P2	歯科 A 0 0 0 初診料 (1)～(20) (略) (21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ (略) エ アにかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設 基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対し て初診を行った場合に、令和 5 年 12 月 31 日までの 間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実 加算 1 として、月 1 回に限り 6 点を算定する。 ただし、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電 子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得	歯科 A 0 0 0 初診料 (1)～(20) (略) (21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ (略) (新設)

	<u>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。</u>	
パーフェクトブック 2022年版 P1557	歯科 A 0 0 2 再診料 (1)～(7) (略) (8) 「注10」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 は、再診時に診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得した上で診療を行った場合に、令和 5 年12月31日までの間に限り、月 1 回に限り 2 点を算定する。 <u>ただし、健康保険法第 3 条第13 項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。また、同一月に区分番号 A 0 0 0 の「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を算定した場合にあっては算定できない。</u> (9) 「注10」に規定する加算の算定に当たっては、<u>他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。</u>	歯科 A 0 0 2 再診料 (1)～(7) (略) (新設) (新設)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その１）（2020年9月5日）

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

問１ 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、その施設基準としてオンライン資格確認の運用開始日の登録を行うこととあるが、どのように登録すればよいか。

（答）別紙を参照されたい。

別紙：厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000760048.pdf>

問２ 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認を導入し、運用開始日の登録を行った上で、実際に運用を開始した日から算定可能となるのか。

（答）そのとおり。

問３ 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムを通じて情報の取得を試みた結果、患者の診療情報が存在していなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。

（答）医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2 を算定する。

問４ 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、患者が診療情報の取得に同意しなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。

（答）いずれの場合も、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 を算定する。

問５ 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、施設基準を満たす医療機関の医師が情報通信機器を用いて初診を行う場合や往診で初診を行う場合は算定できるか。

（答）算定できない。

問６ 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準等において、「ホームページ等に掲示」することとされているが、具体的にはどのようなことを指すのか。

（答）例えば、

- ・当該保険医療機関のホームページへの掲載
- ・自治体、地域医師会等のホームページ又は広報誌への掲載
- ・医療機能情報提供制度等への掲載等が該当する。

問７ 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、別紙様式 54 を参考とした初診時間診票は、区分番号「A000」初診料を算定する初診において用いることでよいか。

（答）よい。その他小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定するときには、別紙様式 54 を参考とした初診時間診票を用いること。

問８ 区分番号「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、初診時間診票の項目について別紙様式 54 を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか。

（答）別紙様式 54 は初診時の標準的な問診票（紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。）の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要せず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。

なお、患者情報の取得の効率化の観点から、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情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。

問9 区分番号「A000」初診料の注15に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、初診時間診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、令和4年10月1日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか。

(答) 必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式54に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること。

以上

看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）（2022年9月5日）

【看護職員処遇改善評価料】

問1 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料については、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（区分番号「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について算定するとされているが、外泊期間中であって、入院基本料の基本点数又は特定入院料の15%又は30%を算定する日においても、算定可能か。

(答) 算定可。

問2 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「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。）」に、看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者）、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の保健師、助産師、看護師及び准看護師も含むのか。

(答) 含む。

問3 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「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。）」に、派遣職員など、当該保険医療機関に直接雇用されていない保健師、助産師、看護師及び准看護師も含むのか。

(答) 対象とすることは可能。

ただし、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、「賃金改善計画書」や「賃金改善実績報告書」について、対象とする派遣労働者を含めて作成すること。

問4 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「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。）」について、育児・介護休業法第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された者の場合、常勤とみなしてよいのか。

(答) 週30時間以上勤務している者であれば、常勤とみなすこと。

問5 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職種を賃金の改善措置の対象に加える場合、当該職種の職員についても、「看護職員等の数」に計上してよいのか。

(答) 不可。

問6 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料において、「延べ入院患者数」については、どのように算出するのか。

(答) 延べ入院患者数は、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（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者を対象として、毎日24時現在で当該保険医療機関に入院していた患者の延べ数を計上する。
ただし、退院日は延べ入院患者数に含め、また、入院日に退院又は死亡した患者も延べ入院患者数に含める。

問7 問6について、自由診療や労災保険による患者について、「延べ入院患者数」に計上するのか。

(答) 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。

問 8 問 6 について、救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合、「延べ入院患者数」に計上するのか。

(答) 計上する。

問 9 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料の施設基準における別表 1 のテ「その他医療サービスを患者に直接提供している職種」とは、具体的にどのような職種か。

(答) 診療エックス線技師、衛生検査技師、メディカルソーシャルワーカー、医療社会事業従事者、介護支援専門員、医師事務作業補助者等が想定される。

問 10 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料の施設基準における別表 1 のテ「その他医療サービスを患者に直接提供している職種」について、医療サービスを患者に直接提供していない一般の事務職員は対象となるか。

(答) 対象とならない。

問 11 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料において、看護職員処遇改善評価料による賃金の改善措置の対象に、薬剤師を加えることは可能か。

(答) 不可。

なお、看護職員処遇改善評価料によらずに賃金の改善措置を実施することは可能であるが、その場合には、当該評価料における「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」における、賃金改善の見込額及び実績額に計上しないこと。

問 12 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。

(答) 貴見のとおり。

問 13 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料において、基本給等について、常勤職員へは当月払いし、非常勤職員へは翌月払いしている場合、賃金の実績額及び改善実施期間はどのように判断すべきか。

(答) いずれについても、基本給等の支払われた月ではなく、対象となった月で判断する。

問 14 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料による収入の全額について、賃金改善実施期間内に看護職員等の賃金の改善措置を行う必要があるか。

(答) 原則として、賃金改善実施期間内に賃金の改善措置を行う必要がある。

ただし、想定を上回る収入が生じたなど、やむを得ない場合に限り、当該差分については、翌年度 7 月に「賃金改善実績報告書」を提出するまでに賃金の改善措置を行えばよいものとする。

問 15 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料において、ベア等による賃金改善を開始した後に、看護職員処遇改善評価料による収入が計画書作成時の見込額を上回り、ベア等に 3 分の 2 以上充てる要件を満たさなくなった場合、再度就業規則等を改正し、基本給又は決まって毎月支払われる手当を更に引き上げる必要があるか。

(答) 貴見のとおり。

問 16 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料において、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金の改善措置を実施する具体的方法（金額・割合等）について、職員に応じて区分することは可能か。

(答) 可能。各保険医療機関の実情に応じて、賃金の改善措置の方法を決定すること。なお、その場合であっても、「看護職員等の数」は当該保険医療機関に勤務する全ての保健師、助産師、看護師及び准看護師を対象とすること。

問 17 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料において、賃金改善の実績額の算出に当たって、賃金改善実施期間内における定期昇給や人事院勧告等に伴う給与変動は、どのように取り扱うべきか。

(答) 定期昇給や人事院勧告等に伴う給与変動については、当該評価料の算定の有無にかかわらず措置されるものであり、賃金改善の実施額に含まれないため、「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」及び「当該評価料を取得し賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」の双方において考慮すること。

問 18 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料において、賃金改善に伴い増加する賞与、時間外勤務手当等、法定福利費等の事業者負担分及び退職手当についても、賃金改善の実績額とみなしてよいか。

(答) いずれについても、基本給等の引き上げにより増加した分については、賃金改善の実績額に含めてよい。

ただし、ベア等には含めないこと。

なお、退職手当の増加分については、当該評価料による賃金改善実施期間に退職した者に係るものに限る。

問 19 問 18 における、賃金改善に伴い増加する法定福利費等の事業者負担分について、どのような範囲を指すのか。

(答) 次の①及び②を想定している。

① 健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、児童手当拠出金、雇用保険料、労災保険料等における、賃金改善に応じた事業者負担増加分

② 退職手当共済制度等における掛金等が増加する場合の増加分

なお、算出に当たっては、以下の算式により算出した金額を標準とするが、対象保険医療機関の実情に応じて、以下の算式以外の合理的な方法に基づく概算によって算出して差し支えない。

<算式>

「前事業年度における法定福利費等の事業者負担分の総額」÷「前事業年度における賃金の総額」×「賃金改善額」

問 20 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料の対象職員について、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）を含めず、看護職員等以外の職種の職員のみ賃金の改善措置を行うことでも良いか。

(答) 看護職員の処遇改善を目的としている当該評価料の趣旨に鑑み、賃金の改善措置の対象者には、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）を含める必要がある。

問 21 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金（超過勤務手当）や賞与に反映させる必要はあるのか。

(答) 労働基準法第 37 条第 5 項及び労働基準法施行規則第 21 条で列举されている手当に該当しない限り、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。当該評価料に係る「決まって毎月支払われる手当」については、その性質上、上記手当には該当しないことから、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。

なお、「決まって毎月支払われる手当」をいわゆる賞与の算定に際して反映させるか否かは、各医療機関の定めによる。

問 22 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料において、区分変更を行う場合はどのような届出が必要か。

(答) 「基本診療料の施設基準に係る届出書」及び「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」の届出が必要。

なお、「賃金改善計画書」については、更新する必要はない。

問 23 区分番号「A 5 0 0」看護職員処遇改善評価料の施設基準において、「対象医療機関は、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。」とあるが、具体的にどのような対応が必要か。

(答) 当該評価料による賃金改善を行うための就業規則等の変更について労働者の過半数を代表する者の意見を聴くことや、賃金改善に当たって正当な理由なく差別的な取扱いをしないことなど、労働基準法やその他関係法令を遵守した対応が必要である。

その他、賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定することが望ましい。

以上

看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その2）（2022年9月27日）

【看護職員処遇改善評価料】

問1 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「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。）」に、労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第23条第2項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第24条第1項の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の看護職員等も含むのか。

（答）含まない。

問2 区分番号「A500」看護職員処遇改善評価料の施設基準において、「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。」とあるが、例えば、新型コロナウイルス感染症対応を行った場合における手当について、感染状況を踏まえて減額・廃止する場合は、業績等に応じて変動するものとして賃金項目の水準低下には当たらないものと考えてよいのか。

（答）差し支えない。

以上

令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置に関する疑義解釈資料の送付について（2023年1月13日）

別添1（医科診療報酬関係） 【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

問1 「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和5年厚生労働省告示第17号）による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）において、「令和5年12月31日までに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第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を開始する旨の届出を行っている保険医療機関については、同日までの間に限り、第3の3の7の(1)に該当するものとみなす。」とされたが、当該届出を行った保険医療機関において、令和5年12月31日までに、電子情報処理組織の使用による請求が開始されていない場合について、どのように考えればよいのか。

（答）令和5年12月31日時点で電子情報処理組織の使用による請求が開始されていない場合については、届出時点で医療情報・システム基盤整備体制充実加算の要件を満たさなかったものとして取り扱う。

問2 問1について、「電子情報処理組織の使用による請求を開始」とは、どのような状況を指すのか。

（答）「保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて」（平成18年4月10日保総発第0410第1号（最終改正；令和3年12月3日保連発1203第1号））別添「電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領の別添1 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出を審査支払機関に提出していればよい。

問3 区分番号「A001」再診料の注18に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3について、患者が診療情報の取得に同意しなかった場合の算定は、どのようにすればよいのか。また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいのか。

（答）いずれの場合も、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3を算定する。

なお、加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。

問4 区分番号「A001」再診料の注18に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3について、薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認を行った結果、前回の診察から薬剤情報等の変更がなかった場合について、どのように考えればよいのか。

（答）医療情報・システム基盤整備体制充実加算3を算定する。

問5 区分番号「A001」再診料の注18に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3について、施設基準を満たす医療機関の医師が情報通信機器を用いて再診を行う場合、往診及び訪問診療で再診を行う場合は算定できるか。

（答）算定できない。

別添 2（DPC 関係） 【後発医薬品使用体制加算】

問 1 区分番号「A 2 4 3」後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する加算を算定する場合、何か特別な届出が必要か。

（答）不要。

なお、注ただし書に規定する加算を算定する場合、注本文に規定する後発医薬品使用体制加算に係る機能評価係数Ⅰは医療機関別係数に合算できない。

別添 3（歯科診療報酬関係） 【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

問 1 「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和 5 年厚生労働省告示第 17 号）による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）において、「令和 5 年 12 月 31 日までに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第 1 条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を開始する旨の届出を行っている保険医療機関については、同日までの間に限り、第 3 の 3 の 7 の(1)に該当するものとみなす。」とされたが、当該届出を行った保険医療機関において、令和 5 年 12 月 31 日までに、電子情報処理組織の使用による請求が開始されていない場合について、どのように考えればよいか。

（答）令和 5 年 12 月 31 日時点で電子情報処理組織の使用による請求が開始されていない場合については、届出時点で医療情報・システム基盤整備体制充実加算の要件を満たさなかったものとして取り扱う。

問 2 問 1 について、「電子情報処理組織の使用による請求を開始」とは、どのような状況を指すのか。

（答）「保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて」（平成 18 年 4 月 10 日 保総発第 0410 第 1 号（最終改正；令和 3 年 12 月 3 日 保連発 1203 第 1 号））別添 電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領の別添 1 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出を審査支払機関に提出していればよい。

問 3 区分番号「A000」初診料の注 13 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、別紙様式 5 を参考とした初診時間診療を用いて問診を行う場合、問診項目の「この 1 年間で健診を受診したか」について歯科健診を含んでも差し支えないか。

（答）差し支えない。

問 4 区分番号「A001」再診料の注 10 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 について、患者が診療情報の取得に同意しなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。

（答）いずれの場合も、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 を算定する。

なお、加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。

問 5 区分番号「A001」再診料の注 10 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 について、薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認した結果、前回の診察から薬剤情報等の変更がなかった場合について、どのように考えればよいか。

（答）医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 を算定する。

問 6 区分番号「A001」再診料の注 10 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 の算定にあたっては、「他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。」とされているが、確認する健診情報等についてどのように考えればよいか。

（答）医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 を算定する日に実施する歯科診療に必要な健診情報等（歯科健診を含む。）を確認する。

問 7 区分番号「A001」再診料の注 10 に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 について、施設基準を満たす医療機関の歯科医師が歯科訪問診療で再診を行う場合は算定できるか。

（答）算定できない。

以上

令和 5 年 1 月 31 日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

医療情報・システム基盤整備体制充実加算における「令和 5 年 12 月 31 日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する旨の届出」の取扱いについて

標記について、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算、後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算、一般名処方加算及び地域支援体制加算の取扱いについて」（令和 5 年 1 月 31 日保医発 0131 第 5 号）により、「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。以下、「基本通知」という。）及び「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。以下、「特掲通知」という。）が改正され、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に「電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていない保険医療機関が、令和 5 年 12 月 31 日までにこれを開始する旨について、地方厚生（支）局長に届け出た場合は、同日までの間に限り、（1）※を満たしているものとみなす。」の記載が追加されたところであるが、当該届出について、下記のとおりに取り扱うこととしたので、その取扱いについて遺漏ないよう、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。

※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。

記

1.届出方法について

届出に当たっては、保険医療機関の場合は、基本通知別添 7 の様式 2 の 5、保険薬局の場合は特掲通知別添 2 の様式 86 を記入の上、原則電子ファイルにて [online-seikyu@mhlw.go.jp](mailto:seikyu@mhlw.go.jp) に送付すること。やむを得ず、紙媒体にて届出を行う場合は、保険医療機関・薬局の所在地を所管する地方厚生（支）局に郵送により送付すること。なお、様式については、下記の URL よりダウンロードして使用すること。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00044.html

2.届出期間について

当該届出については、令和 5 年 3 月 1 日より届出可能とする。令和 5 年 4 月から医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する場合、届出期限は令和 5 年 4 月 10 日とされているが、地方厚生（支）局等の窓口は 4 月 1 日以降に届出が集中し、混雑が予想されることから、原則令和 5 年 3 月 31 日までに届出を提出すること。

また、当該届出に基づき、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する場合、令和 5 年 4 月届出分を除き、届出の翌月からの算定となることから、当該届出の最終期限は令和 5 年 12 月 1 日となるため、留意すること。

3.その他

本事務連絡に記載のない事項については、別途疑義解釈等でお示しする。

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)

様式2の5

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届出書

保険医療機関名	
保険医療機関コード	
保険医療機関等区分	☐ 病院 ☐ 医科診療所 ☐ 歯科診療所
現在の請求方法	☐ 光ディスク等 ☐ 紙レセプト
住所	
届出年月日	令和5年 月 日

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)第十一の三十一に規定する届出を行う場合は、□に、「✓」を記入の上、開始見込み時期を記入すること

☐ 令和5年12月31日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する予定である。	
開始見込み	令和5年 月

上記のとおり届け出ます。

令和 5 年 月 日

殿

開設者名

住所 〒 -

様式86

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届出書

保険薬局名	
保険薬局コード	
現在の請求方法	☐ 光ディスク等 ☐ 紙レセプト
住所	
届出年月日	令和5年 月 日

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)第十七の四に規定する届出を行う場合は、□に、「✓」を記入の上、開始見込み時期を記入すること

☐ 令和5年12月31日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する予定である。	
開始見込み	令和5年 月

上記のとおり届け出ます。

令和 5 年 月 日

殿

開設者名

住所

〒

-