

医科点数表の解釈 令和 4 年 4 月版

追補 202209

- 以下の告示・通知等により、本書の内容に変更が生じたので、ここに追補します。なお、これらの告示・通知等の内容については、当社ウェブサイトの『診療報酬関連情報ナビ』にてご確認いただけますのでご活用ください。

[【https://www.shaho.co.jp/publication/navi/】](https://www.shaho.co.jp/publication/navi/)

- 令和4年6月15日 医療課事務連絡
- 令和4年6月16日 厚生労働省告示第204号（令和4年6月17日適用）
- 令和4年6月28日 保医発0628第4号（令和4年7月1日適用）
- 令和4年6月29日 医療課事務連絡
- 令和4年7月29日 保医発0729第4号（令和4年8月1日適用）
- 令和4年8月17日 厚生労働省告示第250号（令和4年8月18日適用）
- 令和4年8月17日 厚生労働省告示第252号（令和4年8月18日適用）
- 令和4年8月17日 保医発0817第4号
- 令和4年8月24日 保医発0824第4号（令和4年8月24日適用）
- 令和4年8月31日 厚生労働省告示第263号（令和4年9月1日適用）
- 令和4年8月31日 厚生労働省告示第264号（令和4年9月1日適用）
- 令和4年8月31日 保医発0831第4号（令和4年9月1日適用）
- 令和4年8月31日 保医発0831第5号
- 令和4年8月31日 保医発0831第6号（令和4年9月1日適用）
- 令和4年8月31日 医療課事務連絡

- 看護職員処遇改善評価料の新設、オンライン資格確認導入の原則義務付け、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設等に伴い、以下の省令・告示・通知等により、本書の内容に変更が生じました。これらの内容に関する追補は、上記の追補とは分けて掲載しています。

- 令和4年9月5日 厚生労働省令第124号（令和5年4月1日施行）
- 令和4年9月5日 厚生労働省告示第268号（令和5年4月1日適用）
- 令和4年9月5日 厚生労働省告示第269号（令和4年10月1日適用）
- 令和4年9月5日 厚生労働省告示第270号（令和4年10月1日適用）
- 令和4年9月5日 厚生労働省告示第271号（令和4年10月1日適用）
- 令和4年9月5日 保医発0905第1号（令和4年10月1日適用）
- 令和4年9月5日 保医発0905第2号

- 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」に関連する通知・事務連絡等については、随時『診療報酬関連情報ナビ』の診療報酬関連情報データベースに掲載していますので、本追補と併せてご活用ください。

○正誤

本書について、以下の誤りがありましたので、お詫びして訂正いたします。

<780頁・左欄の上から1行目>

「K259-2 自家培養上皮移植術 56,600点」を「K259-2 自家培養上皮移植術 52,600点」に訂正します。

頁	欄	行	変更前	変更後
46	右	下から25行目	紹介割合又は逆紹介割合	紹介割合及び逆紹介割合
73	左	下から5行目	A400の3	A400の2
336			〔B100禁煙治療補助システム指導管理加算の所定点数（140点）、C150血糖自己測定器加算の「4」月60回以上測定する場合の所定点数（830点）を準用する項目として追加〕	
			◇ 高血圧症治療補助プログラム加算	
			ア A001再診料の「注12」の地域包括診療加算、B001-2-9地域包括診療料又はB001-3生活習慣病管理料の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者（入院中の患者を除く。）のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している医療機関又は、地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において算定する。	

頁	欄	行	変更前	変更後
			イ 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、アプリによる治療開始時にB100禁煙治療補助システム指導管理加算を準用して初回に限り算定する。 ウ 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、C150血糖自己測定器加算の「4」月60回以上測定する場合を準用して、初回の使用日の属する月から起算して6か月を限度として、初回を含めて月1回に限り算定する。 エ 前回算定日から、平均して7日間のうち5日以上血圧値がアプリに入力されている場合にのみ算定できる。ただし、初回の算定でアプリ使用実績を有しない場合は、この限りではない。 オ アプリの使用に当たっては、関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針を遵守すること。 ㊦ (令 4. 8.31 保医発 0831 4)	
399	右	上から16行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
399	右	上から18行目	(最終改正；令 4. 5.31 厚生労働省告示第191号) 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正；令 4. 8.31 厚生労働省告示第263号)
417	右	上から15行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
417	右	上から17行目	(最終改正；令 4. 5.31 厚生労働省告示第191号) 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正；令 4. 8.31 厚生労働省告示第263号)
418	右	下から28行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
418	右	下から26行目	(最終改正；令 4. 5.31 厚生労働省告示第191号) 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正；令 4. 8.31 厚生労働省告示第263号)
420	右	下から11行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
420	右	下から9行目	(最終改正；令 4. 5.31 厚生労働省告示第191号) 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正；令 4. 8.31 厚生労働省告示第263号)
422	右	下から17行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
422	右	下から15行目	(最終改正；令 4. 5.31 厚生労働省告示第191号) 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正；令 4. 8.31 厚生労働省告示第263号)
428	右	下から8～7行目	ガルカネズマブ製剤及びオフアツムマブ製剤 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤、オフアツムマブ製剤、ボソリチド製剤及びエレヌマブ製剤
428	右	下から6行目	(令 4. 4.28 保医発 0428 8) (令 4. 5.31 保医発 0531 3) 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(令 4. 4.28 保医発 0428 8) (令 4. 5.31 保医発 0531 3) (令 4. 8.17 保医発 0817 4) (令 4. 8.31 保医発 0831 5)
448			[D006-3 BCR-ABL1の「1」Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))の所定点数 (2,520点)を準用する項	

頁	欄	行	変更前	変更後
			目として追加] ◇ フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病の診断補助及び治療効果のモニタリングを目的として測定した場合、D006-3の「1」のMajor BCR-ABL1(mRNA定量(国際標準値))の所定点数を準用して算定する。Major BCR-ABL1(mRNA定量)は、リアルタイムRT-PCR法により測定した場合に限り算定できる。 ㊦ (令 4. 8.31 保医発 0831 6)	
449	右	上から23行目	縁取り空砲	縁取り空砲
453	右	下から17行目	転移性若しくは再発乳癌患者	転移性、再発若しくはHER2陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者
453	右	下から12行目	[次行に追加]	(令 4. 8.24 保医発 0824 4)
453	右	下から9行目	2017年版	2021年版
453	右	下から8行目	[次行に追加]	(令 4. 8.24 保医発 0824 4)
465			[D007血液化学検査の「63」血管内皮増殖因子(VEGF)の所定点数(460点)を準用する項目として追加] ◇ コクリントモブプロテイン(CTP)検出 ア コクリントモブプロテイン(CTP)検出は、ELISA法により、外リンパ瘻を疑う患者に対して、診断のために中耳洗浄液中のコクリントモブプロテイン(CTP)を測定した場合に、D007血液化学検査の「63」血管内皮増殖因子(VEGF)の所定点数を準用して算定する。なお、本検査を実施する場合は関連学会が定める適正使用指針を遵守する。 イ 本検査を実施した場合、D026検体検査判断料については、「1」尿・糞便等検査判断料を算定する。 ㊦ (令 4. 6.28 保医発 0628 4)	
481			[D012感染症免疫学的検査の「44」単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)の所定点数2回分を合算した点数(420点)を準用する項目として追加] ◇ SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出(定性) ア SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出(定性)は、当該検査キットが薬事承認された際の検体採取方法で採取された検体を用いて、SARS-CoV-2抗原及びRSウイルス抗原の検出を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19の患者であることが疑われる者に対しCOVID-19の診断を目的として行った場合に限り、D012感染症免疫学的検査の「44」単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。 イ COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を1回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ウ SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出(定性)を実施した場合、D012感染症免疫学的検査の「23」RSウイルス抗原定性、SARS-CoV-2抗原検出(定性)及びSARS-CoV-2抗原検出(定量)については、別に算定できない。 ㊦ (令 4. 8.31 保医発 0831 6)	
483	右	下から16行目	又は電気化学発光免疫測定法(定量)	、電気化学発光免疫測定法(定量)又は化学発光免疫測定法(定量)
484	右	上から4行目	[次行に追加]	(令 4. 7.29 保医発 0729 4)
495			[D023微生物核酸同定・定量検査の「10」HPV核酸検出の所定点数2回分を合算した点数(700点)を準用する項目として追加] ◇ SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出 ア SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出は、COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、SARS-CoV-2及びRSウイルスの核酸検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、PCR法(定性)により、鼻咽頭ぬぐい液又は鼻腔ぬぐい液中のSARS-CoV-2及びRSウイルスの核酸検出を同時に行った場合に、検査の委託の有無にかかわらず、D023微生物核酸同定・定量検査の「10」HPV核酸検出の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従う。 イ COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を1回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ウ COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて(一部改正)」(令和3年2月25日健感発0225第1号)の「第1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1回の検査につき上記のように合算した点数を算定す	

頁	欄	行	変更前	変更後
			<p>る。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>エ SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出を実施した場合、D012感染症免疫学的検査の「23」RSウイルス抗原定性、SARS-CoV-2核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出及びウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2を含む。）については、別に算定できない。</p> <p>オ 本検査を算定するに当たっては、D023微生物核酸同定・定量検査の「10」HPV核酸検出の「注」に定める規定は適用しない。</p>	<p>(令 4. 6. 28 保医発 0628 4) (令 4. 8. 31 保医発 0831 6)</p>
500	右	下から23～18行目	採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施した場合は、D012感染症免疫学的検査の「56」HTLV-I抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は	検査の委託の有無にかかわらず
500	右	下から17～15行目	ただし、いずれの場合についても、本検査に係る検体検査判断料は、D026検体検査判断料の「7」微生物学的検査判断料を算定する。	〔削除〕
500	右	下から15～11行目	国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。	検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従う。
501	右	上から16行目	〔次行に追加〕	<p>(令 4. 6. 28 保医発 0628 4) (令 4. 8. 31 保医発 0831 6)</p>
501	右	下から1行目～次頁上から5行目	採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施した場合は、D012感染症免疫学的検査の「56」HTLV-I抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は	検査の委託の有無にかかわらず
502	右	上から6～8行目	ただし、いずれの場合についても、本検査に係る検体検査判断料は、D026検体検査判断料の「7」微生物学的検査判断料を算定する。	〔削除〕
502	右	上から8～12行目	国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。	検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従う。
502	右	下から29行目	〔次行に追加〕	<p>(令 4. 6. 28 保医発 0628 4) (令 4. 8. 31 保医発 0831 6)</p>
533	右		〔「細線灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）について」(上から16～23行)の「細線燈」を「細線灯」に改める。〕	

頁	欄	行	変更前	変更後
535	右	上から4行目	(2) 網膜中心血管圧測定に際しての精密眼圧測定は、別に算定できない。 ㊦	[削除]
535	右	上から5行目	(3)	(2)
587	右	下から20行目	「退院時 回分」	「退院時投薬」
618	右	下から12～11行目	心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン (2012年改訂版)	心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン (日本循環器学会, 日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン)
689	右	上から8～9行目	DESIGN-R2020分類d 2以上とする。	DESIGN-R2020分類D 3, D 4 及びD 5
737	左	下から8行目	K388-3	K374-2, K388-3, K394-2
738	左	上から10行目	K684-2	K684-2, K695-2
750			<p>[K013分層植皮術の所定点数(「1」25平方センチメートル未満(3,520点),「2」25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満(6,270点),「3」100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満(9,000点),「4」200平方センチメートル以上(25,820点))を準用する項目として追加]</p> <p>◇ 急性熱傷及び採皮部を対象として創傷部の治癒促進を行うことを目的として, 自家皮膚細胞移植用キットを用いて, 健常皮膚を採皮して非培養細胞懸濁液を作製し, 細胞懸濁液を熱傷患部に噴霧する場合は, K013分層植皮術の所定点数を準用して算定する。ただし, 採皮部に細胞懸濁液を噴霧する場合の技術料は, 当該点数に含まれ, 別に算定できない。 ㊦</p> <p>(令 4. 8. 31 保医発 0831 4)</p>	
762	右	上から9行目	インターフェアレシススクリュウ	インターフェアレシススクリュウ
780			<p>[K259-2自家培養上皮移植術の所定点数(52,600点), K423類腫瘍摘出術の「1」粘液嚢胞摘出術の所定点数(910点)を準用する項目として追加]</p> <p>(1) 角膜上皮幹細胞疲弊症に対して, ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植(羊膜移植を併用した場合を含む。)を行った場合は, K259-2自家培養上皮移植術の所定点数を準用して算定する。 ㊦</p> <p>(令 4. 8. 31 保医発 0831 4)</p> <p>(2) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して, 口腔粘膜組織採取のみに終わりヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植に至らない場合については, K423類腫瘍摘出術の「1」粘液嚢胞摘出術の所定点数を準用して算定する。 ㊦</p> <p>(令 4. 8. 31 保医発 0831 4)</p> <p>(3) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して, ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関と口腔粘膜組織採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は, ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関で行うものとし, 当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。 ㊦</p> <p>(令 4. 8. 31 保医発 0831 4)</p>	
788	左	上から13～14行目	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)(郭清)【内施届】	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)(施基届)【郭清】【内施届】
789	左	下から15行目	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(郭清)【内施届】	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(施基届)【郭清】【内施届】
829	右	上から1行目	エキシマレーザー血管形成用カテーテル	エキシマレーザー型血管形成用カテーテル
829	右	上から2行目	閉塞に対して,	閉塞に対して又は切削吸引型血管形成用カテーテルを使用し, 大腿膝窩動脈の狭窄又は閉塞に対して,
829	右	上から4行目	[次行に追加]	(令 4. 8. 31 保医発 0831 4)
842	左	上から13行目	腹腔鏡下肝切除術【揭示】【内施届】	腹腔鏡下肝切除術【施基届】【揭示】【内施届】
842			<p>[K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の所定点数(「1」2センチメートル以内のもの「イ」腹腔鏡によるもの(16,300点), 同「ロ」その他のもの(15,000点),「2」2センチメートルを超えるもの「イ」腹腔鏡によるもの(23,260点), 同「ロ」その他のもの(21,960点))を準用する項目として追加]</p> <p>◇ ラジオ波焼灼療法は, 次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定できる。</p> <p>ア 腫瘍径3センチメートル以下の腎悪性腫瘍の一部若しくは全体, 標準治療に不適若しくは不応の肺悪性腫瘍, 悪性骨腫瘍, 類骨骨腫, 骨盤内悪性腫瘍又は四肢, 胸腔内及び腹腔内に生じた軟部腫瘍に対する治療(症状緩和を含む。)を目的として, ラジオ波焼灼療法を行った場合は, K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の所定点数を準用して算定する。ただし, 関連学会の策定する適正使用指針を遵守するとともに, 適応となる患者の妥当性について, 専門的知識を有する複数の診療科の医師による協議を行ったうえで判断すること。</p> <p>イ 「1」及び「2」のそれぞれについて, 「イ」及び「ロ」を併せて実施した場合には, 主たるもののみ算定する。</p> <p>ウ ここでいう2センチメートルとは, ラジオ波による焼灼範囲ではなく, 腫瘍の長径をいう。 ㊦</p> <p>(令 4. 8. 31 保医発 0831 4)</p>	
857	左	上から1行目	腹腔鏡下直腸切除・切断術	腹腔鏡下直腸切除・切断術【揭示腹】

頁	欄	行	変更前	変更後
857	左	上から2, 3, 6行目	【掲示腹】	〔削除〕
870			〔K841-6経尿道的前立腺吊上術の所定点数(12,300点)を準用する項目として追加〕 ◇ 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステムを用いて経尿道的水蒸気治療を行った場合は、K841-6経尿道的前立腺吊上術の所定点数を準用して算定する。 	(令 4. 8.31 保医発 0831 4)
894 ～ 931			〔「医科点数表第10部の区分番号(Kコード)に対応する手術基幹コード(STEM7)」の別表が更新されています。厚生労働省の「令和4年度診療報酬改定について」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html)の「第4 電子点数表等」をご参照ください。〕	
1025	—	上から4行目	(最終改正; 令和4年3月4日 厚生労働省告示第58号)	(最終改正; 令和4年8月31日 厚生労働省告示第264号)
1030	左	下から5行目	〔次行に追加〕	⑤ 肋骨型 55,600円
1034	右	上から19行目	② エキシマレーザー血管形成用カテーテル 219,000円	② 血管形成用カテーテル ① エキシマレーザー型 219,000円 ② 切削吸引型 242,000円
1035	左	上から27行目	〔次行に追加〕	④ 液体塞栓材 66,300円
1035	左	下から2行目	〔次行に追加〕	(5) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮 ① 採取・培養キット 7,940,000円 ② 調製・移植キット 5,470,000円
1035	右	下から10行目	177 心房中隔穿刺針 54,100円	177 心房中隔穿刺針 (1) 高周波型 54,100円 (2) ガイドワイヤー型 35,400円 (3) カニューレ 2,760円
1036	右	上から3行目	〔次行に追加〕	217 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム 388,000円 218 ヒト羊膜使用創傷被覆材 1cm ² 当たり35,100円 219 自家皮膚細胞移植用キット (1) 自家皮膚細胞移植用キット・S 836,000円 (2) 自家皮膚細胞移植用キット・L 897,000円
1039	—	上から3行目	(令 4. 3. 4 保医発 0304 9) (最終改正; 令 4. 5.31 保医発 0531 2) 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(令 4. 3. 4 保医発 0304 9) (最終改正; 令 4. 8.31 保医発 0831 4)
1046	右	下から23行目	エキシマレーザー血管形成用カテーテル	血管形成用カテーテル
1046	右	下から22行目	エキシマレーザー血管形成用カテーテル	エキシマレーザー型又は切削吸引型
1046	右	下から20行目	関連学会が定める	エキシマレーザー型又は切削吸引型は、関連学会が定める
1047	左	下から15行目	〔次行に追加〕	(4) 血管内塞栓材・液体塞栓材は、出血性病変、血管奇形、腫瘍、シャント性疾患等における止血、出血防止、症状の緩和等、又は経皮経肝門脈塞栓術、血流改変術等における治療補助のために血管塞栓術を行った場合に算定する。なお、肺動脈以外の心血管、内視鏡的食道・胃静脈瘤塞栓術及び肺動静脈奇形を除く。また、関連学会等の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。
1048	右	下から17行目	〔次行に追加〕	(7) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮ア 角膜上皮幹細胞疲弊症に伴う癒着を有する眼表面疾患の患者(ステューブンス・ジョンソン症候群、眼類天疱瘡、熱・化学外傷、移植片対宿主病(GVHD)、無虹彩症などの先天的に角膜上皮細胞形成異常のある疾患、特発性角膜上皮幹細胞疲弊症、再発翼状片又は悪性腫瘍に伴う角膜上皮幹細胞疲弊症を有する患者)であって、結膜又は結膜から角膜にかけて眼表面に高度癒着(スクリー

頁	欄	行	変更前	変更後
				<p>ニング検査時の驗球癒着スコアが1以上のもの)を伴うものに対して使用した場合に、片眼につき1回に限り算定できる。</p> <p>イ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮・調製・移植キットは、次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。</p> <p>a 眼科の経験を5年以上有しており、角膜移植術又は羊膜移植術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師であること。</p> <p>b 所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。</p> <p>i ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮の適応に関する事項</p> <p>ii 角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアに関する事項</p> <p>iii 口腔粘膜組織採取法に関する事項</p> <p>iv 移植方法に関する事項</p> <p>ウ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮・採取・培養キットは、口腔粘膜組織採取法に関する研修を修了している医師が使用した場合に限り算定する。</p> <p>エ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮を用いる場合は、関連学会が定める適正使用指針に沿って使用した場合に限り算定できる。</p> <p>オ ヒト自家移植組織(ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮)を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記を添付する。</p>
1050	左	上から8行目	[次行に追加]	<p>177 心房中隔穿刺針</p> <p>カニューレは、ガイドワイヤー型とともに使用する場合に限り算定できる。</p>
1053	左	上から26行目	[次行に追加]	<p>217 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム</p> <p>(1) 関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。</p> <p>(2) 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステムは、一連の治療に対して、1個を限度として算定できる。</p> <p>218 ヒト羊膜使用創傷被覆材</p> <p>(1) ヒト羊膜使用創傷被覆材については、糖尿病性足潰瘍又は慢性静脈不全による難治性潰瘍であって、既存療法である根本的な創傷管理(壊死組織の除去、感染制御、創傷の浄化等)、糖尿病性足潰瘍に対する血糖コントロール、静脈うっ滞性潰瘍に対する圧迫療法、創傷被覆材による湿潤療法等を4週間施行しても創面積が50%以上縮小しないものに対して、創傷治癒を促進することを目的として、導入時には入院管理のもと治療を開始した場合に限り、ヒト羊膜使用創傷被覆材による治療開始から12週までとして、一連の治療計画につき合計224cm²を限度として算定する。なお、潰瘍の臨床所見が好転すれば、既存療法の継続を行うこと。</p> <p>(2) ヒト羊膜使用創傷被覆材は、次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。</p>

頁	欄	行	変更前	変更後
				<p>ア 血管外科，心臓血管外科，皮膚科，整形外科，形成外科又は循環器内科の経験を5年以上有しており，足病疾患に係る診療に3年以上の経験を有する常勤の医師であること。</p> <p>イ 所定の研修を修了していること。なお，当該研修は，次の内容を含むものであること。</p> <p>a ヒト羊膜使用創傷被覆材の適応に関する事項</p> <p>b 糖尿病性足潰瘍又は慢性静脈不全による難治性潰瘍の診断，治療及び既存治療に関する事項</p> <p>c 特定生物由来製品に関する事項</p> <p>d ヒト羊膜使用創傷被覆材の使用方法に関する事項</p> <p>(3) ヒト羊膜使用創傷被覆材を使用した患者については，診療報酬請求に当たって，診療報酬明細書の摘要欄に，ヒト羊膜使用創傷被覆材を使用する必要がある理由，既存療法の結果を記載すること。</p> <p>(4) ヒト羊膜使用創傷被覆材は，関連学会の定める適正使用指針に従って使用した場合に限り，算定できる。</p> <p>(5) 血管外科，心臓血管外科，皮膚科，整形外科，形成外科又は循環器内科を標榜している病院において使用した場合に限り，算定できる。</p> <p>(6) 血管外科，心臓血管外科，皮膚科，整形外科，形成外科又は循環器内科の経験を5年以上有しており，足病疾患に係る診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師及び足病疾患の看護に従事した経験を3年以上有する専任の常勤看護師がそれぞれ1名以上配置されている病院において使用した場合に限り，算定できる。</p> <p>219 自家皮膚細胞移植用キット</p> <p>(1) 自家皮膚細胞移植用キットについては，関連学会の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。</p> <p>(2) 自家皮膚細胞移植用キットについては，深達性2度熱傷創，3度熱傷創，気道熱傷，軟部組織の損傷や骨折を伴う熱傷又は電撃傷並びに当該患者における採皮部を対象として（なお，深達性2度熱傷創，3度熱傷創については，全体表面積の15%以上の深達性2度熱傷，全体表面積の2%以上の深達性3度熱傷又は顔面や手足の2度熱傷若しくは3度熱傷を対象とする。15歳未満においては，全体表面積の5%を超える深達性2度熱傷若しくは3度熱傷又は機能的，整容的な障害を残す可能性がある顔面や手足の深達性2度熱傷若しくは3度熱傷を対象とする。），創傷部の治癒促進を目的として使用した場合に，一連につき7個を限度として算定する。</p> <p>(3) 皮膚移植術を行うことが可能であって，救命救急入院料3，救命救急入院料4，特定集中治療室管理料2又は特定集中治療室管理料4の施設基準の届出を行っている保険医療機関において使用すること。</p>

頁	欄	行	変更前	変更後												
				(4) 皮膚科、形成外科若しくは救急科の経験を5年以上有する常勤の医師又は熱傷の治療に関して、専門の知識及び5年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の医師が使用した場合に限り算定する。 (5) 自家皮膚細胞移植用キットを使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記を添付すること。												
1109	—	上から5行目	(最終改正；令和4年6月7日 厚生労働省告示第196号) 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	(最終改正；令和4年8月31日 厚生労働省告示第263号)												
1111	右	上から18行目	医薬品	医薬品(令和5年4月1日以降においては別表第4に記載されている医薬品を除く。)												
1112	左	下から22行目	ガルカネズマブ製剤及びオファツムマブ製剤 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤、オファツムマブ製剤、ボソリチド製剤及びエレヌマブ製剤												
1113	右	下から1行目	別表第3	別表第4												
1218	右	下から14行目	保険医療機関を除く。	保険医療機関に限る。												
1252	左	上から2行目	病院	保険医療機関												
1333	〔A 1 創傷処置(①創傷の処置を除く)の項に以下の項目を追加〕															
			140062110	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の浅い潰瘍)												
			140062210	下肢創傷処置(足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍)												
			140062310	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍)												
1341及び1372	A 6 専門的な治療・処置(③麻薬の使用(注射剤のみ)の項中及び別紙7別表2中		<table border="1"> <tr> <td>8219400A1012</td> <td>フェンタニルクエン酸塩0.005%2mL注射液</td> </tr> <tr> <td>8219400A2019</td> <td>フェンタニルクエン酸塩0.005%5mL注射液</td> </tr> <tr> <td>8219400A3015</td> <td>フェンタニルクエン酸塩0.005%10mL注射液</td> </tr> </table>	8219400A1012	フェンタニルクエン酸塩0.005%2mL注射液	8219400A2019	フェンタニルクエン酸塩0.005%5mL注射液	8219400A3015	フェンタニルクエン酸塩0.005%10mL注射液	<table border="1"> <tr> <td>622905700</td> <td>フェンタニルクエン酸塩0.005%2mL注射液</td> </tr> <tr> <td>622905800</td> <td>フェンタニルクエン酸塩0.005%5mL注射液</td> </tr> <tr> <td>622905900</td> <td>フェンタニルクエン酸塩0.005%10mL注射液</td> </tr> </table>	622905700	フェンタニルクエン酸塩0.005%2mL注射液	622905800	フェンタニルクエン酸塩0.005%5mL注射液	622905900	フェンタニルクエン酸塩0.005%10mL注射液
8219400A1012	フェンタニルクエン酸塩0.005%2mL注射液															
8219400A2019	フェンタニルクエン酸塩0.005%5mL注射液															
8219400A3015	フェンタニルクエン酸塩0.005%10mL注射液															
622905700	フェンタニルクエン酸塩0.005%2mL注射液															
622905800	フェンタニルクエン酸塩0.005%5mL注射液															
622905900	フェンタニルクエン酸塩0.005%10mL注射液															
1434	様式12の7中	有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類	<table border="1"> <tr> <td>有床診療所急性期患者支援病床初期加算</td> </tr> <tr> <td>有床診療所在宅患者支援病床初期加算</td> </tr> <tr> <td>有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算</td> </tr> <tr> <td>有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算</td> </tr> </table> の施設基準に係る届出書添付書類		有床診療所急性期患者支援病床初期加算	有床診療所在宅患者支援病床初期加算	有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算	有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算								
有床診療所急性期患者支援病床初期加算																
有床診療所在宅患者支援病床初期加算																
有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算																
有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算																
1456	〔「様式40の17」の③の6の【要件】の次に以下のように追加〕															
	ア 診療放射線技師															
	<ul style="list-style-type: none"> 動脈路に造影剤注入装置を接続する行為(動脈路確保のためのものを除く。)、動脈に造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為 下部消化管検査(CTコロノグラフィ検査を含む。)のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為 上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査 															
	イ 医臨床検査技師															
	<ul style="list-style-type: none"> 直腸肛門機能検査(バルーン及びトランスデューサーの挿入(バルーンへの空気の注入を含む。)並びに抜去を含む。) 持続皮下グルコース検査(当該検査を行うための機器の装着及び脱着を含む。) 運動誘発電位検査・体性感覚誘発電位検査に係る電極(針電極を含む。)の装着及び脱着 検査のために、経口、経鼻又は気管カニューレ内部から喀痰を吸引して採取する行為 消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生検鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為 															

頁	欄	行	変更前	変更後
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 静脈路を確保し、成分採血のための装置を接続する行為、成分採血装置を操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為 ・ 超音波検査に関連する行為として、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為 <p>ウ 臨床工学技士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の動脈表在化及び静脈への接続又は動脈表在化及び静脈からの除去 ・ 心・血管カテーテル治療において、生命維持管理装置を使用して行う治療に関連する業務として、身体に電気的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為 ・ 手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為、術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為 <p>エ 救急救命士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関に搬送されるまでの間（病院前）に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※においても実施可能とされた行為 <p>※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院（病棟）に移行するまで（入院しない場合は、帰宅するまで）に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す</p>	
1456			〔「様式42」の「上記日数延長に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること）」の項に以下のように追加〕 ()当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っている。	
1465			〔「様式50」の「入院料1・3に係る要件」の⑤、「入院料2・4に係る要件（いずれか1つ）」の⑦、「許可病床数200床以上に係る要件」の⑨の項中「入院患者延べ数」を「入院患者数」に改める。〕	
1466			〔「様式50の2」の「入院医療管理料1・3に係る要件」の⑤、「入院医療管理料2・4に係る要件（いずれか1つ）」の⑦の項中「入院患者延べ数」を「入院患者数」に改める。〕	
1467			〔「様式53」の「記載上の注意」の4の(1)中「急性期医師配置加算を算定しない精神科救急急性期医療入院料」を「精神科救急急性期医療入院料」に改める。〕	
1468			〔「様式54の2」の「3 精神科救急医療体制の整備等に係る実績」の②の項中「④に対する割合」を「①に対する割合」に改める。〕	
1523	一	上から8行目	（最終改正：令和4年5月31日 厚生労働省告示第191号） 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	（最終改正：令和4年8月31日 厚生労働省告示第263号）
1544	左	下から24～26行目	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）	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
1544	右	下から27行目	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術
1545	左	下から19行目	膀胱水圧拡張術	膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）
1545	左	下から12行目	膀胱水圧拡張術	膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）
1554	右	上から26行目	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 〔網かけは本書巻末追補にて改正済み〕	ガルカネズマブ製剤 オフアツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤
1559	右	上から29～31行目	腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）	腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）
1567	左	下から21行目	〔次行に追加〕	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。） （鏡咽悪）第 号
1568	左	下から17～15行目	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
1568	左	下から14～12行目	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹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））
1568	左	下から11～9	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支

頁	欄	行	変更前	変更後
		行目	手術用支援機器を用いる場合)及び腹腔鏡下胃全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	援機器を用いる場合)及び腹腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))
1568	左	下から2行目	(腹担床)	(腹胆床)
1568	右	上から27～29行目	腹腔鏡下副腎摘出手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)及び腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	腹腔鏡下副腎摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)及び腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
1570	左	下から21～20行目	腹腔鏡下副腎摘出手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	腹腔鏡下副腎摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
1602	右	上から16行目	(2) 当該保険医療機関	(2) 毎年7月において、当該保険医療機関
1602	右	上から19行目	説明した件数について報告すること。	説明した件数等について、別添2の様式23の4の2により地方厚生(支)局長に報告すること。
1660	右	上から8行目	このうち、イの手術を10例以上、	このうち、
1703			〔様式5の12の2〕を以下のように改める。〕	
1704			①「生殖補助医療管理料に係る報告書」の下に以下のように追加 医療機関名： _____ 報告年月日： _____年7月 ____日	
			②「1-2治療内容」の項中「年間実施件数(____年)」を「年間実施件数(____年度)」に改める。	
			③「2-1治療実績について」及び「2-2来院患者情報」の項中「前年1年間」を「前年度」に改める。	
			④〔記載上の注意〕の「5」中「前年1年間(前年の1月から12月まで)」を「前年度1年間」に改める。	
1707			〔様式8の2〕の「ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数」の項の次に以下のように追加	
			①のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑨ 名
			②のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑩ 名
			③のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑪ 名
1726			〔様式23の4〕の〔記載上の注意〕の「4」中「当年12月31日」を「同年12月31日」に改める。〕	
1726			〔様式23の4〕の次に「様式23の4の2」(別紙1参照)を追加	
1741			〔様式42の〔記載上の注意〕の「5」中「週24時間以上」を「週22時間以上」に改める。〕	
1741			〔様式42の2〕の「2.患者の状態等について」の表中「2)要介護度」の【選択肢】に「8.該当無し」を追加	
1744			〔様式43の6の2〕の「1.専任常勤従事者の配置状況」を「1.嚥下機能の実績」に改める。〕	
1758			〔様式54〕の「3」中「年間実施症例数」を「実施症例数」に改める。〕	
1759			〔様式54の4〕の「3」中「年間実施件数」を「実施件数」に改める。〕	
1760			〔様式54の6〕の「4」中「年間実施数」を「実施数」に改める。〕	
1791			「様式87の3の2」及び「様式87の3の3」の「保険薬局当たりの基準」の項中	
			保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の合計
			(9) (略)	回
			保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の合計
			() (9) (略)	回
1804			〔様式87の42の2〕を以下のように改める。〕	
1805			①「精巣内精子採取術に係る報告書」の下に以下のように追加 医療機関名： _____ 報告年月日： _____年7月 ____日	
			②「1-2治療内容」の項中「年間実施件数(____年)」を「年間実施件数(____年度)」に改める。	
			③「2-1来院患者情報」の項中「前年」を「前年度」に改める。	
			④〔記載上の注意〕の「4」中「前年1年間(前年の1月から12月まで)」を「前年度1年間」に改める。	
1823			〔別表第一〕に以下の項目を追加	
			K054-2 脛骨近位骨切り術	K068-2 関節鏡下半月板切除術
				K069-3 関節鏡下半月板縫合術

＜看護職員処遇改善評価料の新設，オンライン資格確認導入の原則義務付け，医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設に関する追補＞

頁	欄	行	変更前	変更後
39			〔「一部改正」の履歴に次のように追加〕 令和4年9月5日 厚生労働省告示第269号（令和4年10月1日から適用）	
53	左	下から11～14行目	14 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。	14 削除
53	右	下から12行目～次頁上から23行目	〔A000の「注14」と第4章 経過措置の「2」の削除に伴い次の項目を削除〕 ○「(電子的保健医療情報活用加算について)」 ○「(経過措置)」 ○「(電子的保健医療情報活用加算に関する事務連絡)」 ○「(厚生労働大臣が定める施設基準「注14」)」	
54			〔左欄にA000の「注15」として次のように追加〕 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等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。 〔A000の「注15」の右欄として次のように追加〕 (医療情報・システム基盤整備体制充実加算について) (1) 「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等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。 (令4.9.5 保医発 0905 1) (2) 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。 (令4.9.5 保医発 0905 1) (3) 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問診票の項目について，「別紙様式54」を参考とする。 (令4.9.5 保医発 0905 1) (厚生労働大臣が定める施設基準「注15」) ◇ 「診療方針に関する法令編」に掲載の「基本診療料の施設基準等」(平成20年3月厚生労働省告示第62号)の第三の三の七を参照。	
55	左	上から12行目	注18	注17
55	右	上から22行目	「注18」	「注17」
55	右	上から22行目	〔次行に追加〕	(令4.9.5 保医発 0905 1)
57	左	下から2行目	注18	注17
64	左	下から7～18行目	18 別に厚生労働大臣が定める施設基準	〔削除〕

頁	欄	行	変更前	変更後
		行目	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。	
64	右	下から13行目～次頁上から3行目	[A001の「注18」の削除に伴い次の項目を削除] ○「(電子的保健医療情報活用加算について)」 ○「(厚生労働大臣が定める施設基準「注18」)」	
65	左	下から12行目	注10	注9
65	右	下から23行目	「注10」	「注9」
65	右	下から22行目	[次行に追加]	(令 4. 9. 5 保医発 0905 1)
65	右	下から5行目～次頁上から8行目	[A002の「注10」の削除に伴い次の項目を削除] ○「(注) 電子的保健医療情報活用加算」	
67	左	下から8～2行目	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。	[削除]
67	右	上から14行目	「注4」,「注10」	「注4」
67	右	上から16行目	第三の一の二, 第三の三の六	第三の一の二
68	左	上から4行目	第4節	第5節
184	左	下から14～13行目	, 排尿自立支援加算	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
186	左	下から15行目	並びに当該患者	, 当該患者
186	左	下から10行目	並びに第2節	, 第2節
187	左	上から3～4行目	地域医療体制確保加算	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
187	左	上から8行目	並びに当該患者	, 当該患者
187	左	上から13行目	並びに第2節	, 第2節
187	左	上から24～25行目	地域医療体制確保加算	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
187	左	上から28行目	並びに当該患者	, 当該患者
187	左	下から26行目	並びに第2節	, 第2節
187	左	下から14～13行目	排尿自立支援加算	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
188	左	下から12～11行目	, 排尿自立支援加算	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
188	左	下から10～9行目	, 区分番号J400	及び区分番号J400
195	左	下から1行目	並びに排尿自立支援加算	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
196	左	上から5行目	, 区分番号J400	及び区分番号J400
199	左	上から19行目	並びに排尿自立支援加算	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
200	左	下から17行目	排尿自立支援加算	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
201	左	上から24～25行目	地域医療体制確保加算	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
205	左	下から7行目	並びに排尿自立支援加算	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
207	左	下から12行目	地域医療体制確保加算	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
208	左	上から3～4	, 区分番号J400	及び区分番号J400

頁	欄	行	変更前	変更後
		行目		
208	左	上から7行目	及び第12節	並びに第12節
210	左	上から4行目	排尿自立支援加算	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
210	左	上から25行目	排尿自立支援加算	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
210	左	下から18～17行目	、区分番号H003-2	及び区分番号H003-2
212	左	下から16行目	並びに排尿自立支援加算	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
212	左	下から11～10行目	、区分番号H007-3	及び区分番号H007-3
212	左	下から7～6行目	、区分番号J400	及び区分番号J400
214	左	下から16～15行目	並びに排尿自立支援加算	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
214	左	下から13～12行目	、区分番号J400	及び区分番号J400
214	左	下から10～9行目	及び除外薬剤・注射薬	並びに除外薬剤・注射薬
215	左	下から8行目	並びに排尿自立支援加算	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
217	左	下から9～8行目	、排尿自立支援加算	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
217	左	下から7行目	、区分番号J400	及び区分番号J400
225	左	下から7行目	当該患者	第1章第2部第5節看護職員処遇改善評価料、当該患者
225		〔左欄に第5節として次のように追加〕 第5節 看護職員処遇改善評価料		
		区分		
		A500 看護職員処遇改善評価料（1日につき）		
		1 看護職員処遇改善評価料1	1点	26 看護職員処遇改善評価料26
		2 看護職員処遇改善評価料2	2点	27 看護職員処遇改善評価料27
		3 看護職員処遇改善評価料3	3点	28 看護職員処遇改善評価料28
		4 看護職員処遇改善評価料4	4点	29 看護職員処遇改善評価料29
		5 看護職員処遇改善評価料5	5点	30 看護職員処遇改善評価料30
		6 看護職員処遇改善評価料6	6点	31 看護職員処遇改善評価料31
		7 看護職員処遇改善評価料7	7点	32 看護職員処遇改善評価料32
		8 看護職員処遇改善評価料8	8点	33 看護職員処遇改善評価料33
		9 看護職員処遇改善評価料9	9点	34 看護職員処遇改善評価料34
		10 看護職員処遇改善評価料10	10点	35 看護職員処遇改善評価料35
		11 看護職員処遇改善評価料11	11点	36 看護職員処遇改善評価料36
		12 看護職員処遇改善評価料12	12点	37 看護職員処遇改善評価料37
		13 看護職員処遇改善評価料13	13点	38 看護職員処遇改善評価料38
		14 看護職員処遇改善評価料14	14点	39 看護職員処遇改善評価料39
		15 看護職員処遇改善評価料15	15点	40 看護職員処遇改善評価料40
		16 看護職員処遇改善評価料16	16点	41 看護職員処遇改善評価料41
		17 看護職員処遇改善評価料17	17点	42 看護職員処遇改善評価料42
		18 看護職員処遇改善評価料18	18点	43 看護職員処遇改善評価料43
		19 看護職員処遇改善評価料19	19点	44 看護職員処遇改善評価料44
		20 看護職員処遇改善評価料20	20点	45 看護職員処遇改善評価料45
		21 看護職員処遇改善評価料21	21点	46 看護職員処遇改善評価料46
		22 看護職員処遇改善評価料22	22点	47 看護職員処遇改善評価料47
		23 看護職員処遇改善評価料23	23点	48 看護職員処遇改善評価料48
		24 看護職員処遇改善評価料24	24点	49 看護職員処遇改善評価料49
		25 看護職員処遇改善評価料25	25点	50 看護職員処遇改善評価料50

頁	欄	行	変更前	変更後
163			看護職員処遇改善評価料163 320点	<p>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。</p>
164			看護職員処遇改善評価料164 330点	
165			看護職員処遇改善評価料165 340点	
注			看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け	
[A500の右欄として次のように追加] (看護職員処遇改善評価料について)				
◇			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（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4.9.5 保医発 0905 2)	
			(厚生労働大臣が定める施設基準「注1」)	
◇			「診療方針に関する法令編」に掲載の「基本診療料の施設基準等」(平成20年3月厚生労働省告示第62号)の第十の二を参照。	
276	左	上から23行目	及び注10	注10及び注15
281	左	上から8行目	初診料	初診料（注15に規定する加算を除く。）
281	左	下から4行目	初診料	初診料（注15に規定する加算を除く。）
282	左	下から3行目	初診料	初診料（注15に規定する加算を除く。）
288	左	下から17行目	及び注10	注10及び注15
290	左	上から2行目	注8まで	注8まで及び注15
965	左	上から10～12行目	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。	[削除]
965	左	上から13行目	3 (略)	2 (略)
965	左	下から7行目	4 (略)	3 (略)
965	左	下から4行目	5 (略)	4 (略)
1022	[「別紙様式54」(別紙2参照)を追加]			
1077	—	上から7行目	(最終改正；令和4年3月4日 厚生労働省令第31号)	(最終改正；令和4年9月5日 厚生労働省令第124号)
1077	右	下から16～7行目	<p>(受給資格の確認)</p> <p>第3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っ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って当該確認を行うことができない患者であって、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。</p> <p>一 健康保険法(大正11年法律第70号。以下「法」という。)第3条第13項に規定する電子資格確認</p> <p>二 患者の提出する被保険者証</p>	<p>(受給資格の確認等)</p> <p>第3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11年法律第70号。以下「法」という。)第3条第13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っ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って当該確認を行うことができない患者であって、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。</p> <p>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を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、「事由によって」とあるのは「事由によって電子資格確認により」とする。</p> <p>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51年厚生省令第36号)第5条第1項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険医療機関及び同令第6条第1項の規定により届出を行った保険医療機関については、前項の</p>

頁	欄	行	変更前	変更後
				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2項に規定する場合において、患者が電子資格確認によっ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。 ＜令和5年4月1日施行＞
1078	左	上から4行目	第3条第二号に掲げる方法	患者の提出する被保険者証 ＜令和5年4月1日施行＞
1102	—	上から5行目	（最終改正；令和4年3月4日 厚生労働省告示第52号）	（最終改正；令和4年9月5日 厚生労働省告示第268号）
1102	右	下から30～22行目	<p>（受給資格の確認） 第3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っ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って当該確認を行うことができない患者であって療養の給付を受ける資格があることが明らかなものについては、この限りでない。</p> <p>一 健康保険法第3条第13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</p>	<p>（受給資格の確認等） 第3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3条第13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っ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って当該確認を行うことができない患者であって、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。</p> <p>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、「事由によって」とあるのは「事由によって電子資格確認により」とする。</p> <p>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51年厚生省令第36号）第5条第1項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険医療機関及び同令第6条第1項の規定により届出を行った保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。</p> <p>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2項に規定する場合において、患者が電子資格確認によっ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。 ＜令和5年4月1日適用＞</p>
1102	右	下から21行目	2	5 ＜令和5年4月1日適用＞
1109	—	上から5行目	<p>（最終改正；令和4年8月31日厚生労働省告示第263号）</p> <p>〔網かけは本追補9頁にて改正済み〕</p>	（最終改正；令和4年9月5日厚生労働省告示第268号）
1109	左	下から11行目	〔次行に追加〕	六 療担規則第3条第4項及び療担基準第3条第4項に規定する体制に関する事項 ＜令和5年4月1日適用＞
1113	右	下から20行目	〔次行に追加〕	四 薬担規則第3条第4項及び療担基準第26条第4項に規定する体制に関する事項 ＜令和5年4月1日適用＞
1169	—	上から8行目	（最終改正；令和4年3月4日 厚生労働省告示第55号）	（最終改正；令和4年9月5日 厚生労働省告示第270号）
1169	左	上から12行目	第十	第十の二

頁	欄	行	変更前	変更後
1169	左	上から17行目	第十	第十の二
1170	左	下から22～14行目	三の六 電子的保健医療情報活用加算の施設基準 A000・A001・A002 (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51年厚生省令第36号）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。	三の六 削除
1170	左	[下から14行目の次に次のように追加] 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 A000 (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51年厚生省令第36号）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。		
1206	左	[上から10行目の次に次のように追加] 第十の二 看護職員処遇改善評価料の施設基準 A500 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の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。		
1215	一	上から3行目	[次行に追加]	(最終改正；令 4. 9. 5 保医発 0905 1)
1223	右	下から30～17行目	第1の7 電子的保健医療情報活用加算 A000・A001・A002 1 電子的保健医療情報活用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を行う体制を有していること。 (3) 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。 2 届出に関する事項 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。	第1の7 削除
1223	右	[下から17行目の次に次のように追加] 第1の8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 A000 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。		

頁	欄	行	変更前	変更後
			<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。</p> <p>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。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>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。</p>	
1471			<p>〔次頁に「看護職員処遇改善評価料」の施設基準として次のように追加〕</p> <p>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）（抄） （令 4. 9. 5 保医発 0905 2）</p>	
	別添 2		<p style="text-align: center;">看護職員処遇改善評価料の施設基準等</p> <p>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。</p> <p>1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準</p> <p>(1) 以下のいずれかに該当すること。</p> <p>ア 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>(2) 救急搬送実績については、以下の取扱いとする。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p>	

頁	欄	行	変更前	変更後
				<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> $【A】 = \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額（当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000 \text{ 円} \times 1.165）}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{ 円}}$ </div> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>2 届出に関する手続き等</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>新規届出の場合</p> <p>例：令和5年10月1日から算定を開始する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> <p>① 4年4月1日 ② 5年4月1日 ③ 5年10月1日 ④ 6年4月1日 ⑤ 7年4月1日 ⑥ 8年3月末日</p> <p>(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。</p> <p>看護職員処遇改善評価料（1～165） （看処遇1～165）第 号</p> <p>(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</p>

頁	欄	行	変更前	変更後	
			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（別紙3参照）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（別紙4参照）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（別紙5参照）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（別紙6参照）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、きゅう師		
		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

追補 202209

頁	欄	行	變更前		變更後	
		10.5	以上	11.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 11	11 点
		11.5	以上	12.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 12	12 点
		12.5	以上	13.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 13	13 点
		13.5	以上	14.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 14	14 点
		14.5	以上	15.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 15	15 点
		15.5	以上	16.5 未滿	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

追補 202209

頁	欄	行	變更前		變更後
			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

頁	欄	行	変更前	変更後
		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

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

1523	—	上から8行目	(最終改正: 令和4年8月31日 厚生労働省告示第263号) 【網かけは本追補10頁にて改正済み】	(最終改正: 令和4年9月5日 厚生労働省告示第271号)
1550	左	下から17～9	九の四 調剤管理料の注5に規定する電	九の四 削除

頁	欄	行	変更前	変更後
		行目	子の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51年厚生省令第36号）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。	
1550	左	〔下から9行目の次に次のように追加〕 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51年厚生省令第36号）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。		
1558	一	上から3行目	〔次行に追加〕	(最終改正；令 4. 9. 5 保医発 0905 1)
1691	左	下から26～13行目	第97の2 電子的保健医療情報活用加算 1 電子的保健医療情報活用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を行う体制を有していること。 (3) 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。 2 届出に関する事項 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。	第97の2 削除
1691	左	〔下から13行目の次に次のように追加〕 第97の3 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) 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。		

がんゲノムプロファイリング検査に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

(別紙様式 54)

A000

初診時の標準的な問診票の項目等

I. 直近1年間のC-CATへのデータ提出に係る実績について

	①+②	()件
1. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数	①	()件
(1)うち当該医療機関におけるC-CATへの年間データ提出件数	②	()件
うちC-CATへのデータ提出について、当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合で提出できなかった件数		()件

II. 直近1年間のエキスパートパネル及び結果説明に係る実績について

	③+④+⑤	()件
2. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数(同上)	③+④	()件
(1)うち当該医療機関における当該医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数	③	()件
ア. うち当該医療機関における当該検査結果を患者に説明した件数	④	()件
イ. うち当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合で当該検査結果を患者に説明できなかった件数	⑤	()件
(2)うちエキスパートパネルの実施について、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合で実施できなかった件数		()件

【記載上の注意】
実績期間は前年1月1日から同年12月31日までの期間とする。

別紙 2

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問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)

別紙3

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

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をエントリすること。

3 「令和〇〇年度(令和〇〇年度からの継続分)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。)

□ 改の(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200件以上であること

救急搬送実績: 〇 件 (期間: 令和 〇 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 〇 人 (前届届出時 〇 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2位を四捨五入)を記載すること。

※ 新規届出時は前届届出時数への記載は不要。

③ 延べ入院患者数 〇 人 (前届届出時 〇 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2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診療等、診療報酬
賦点数表に於て医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前届届出時数への記載は不要。

④ 【A】の値 〇 (前届届出時 〇)

【A】= 看護職員等の見上げ必要額(当該保険医療機関の看護職員等の数(②)×12,000円×1.165)
当該保険医療機関の延べ入院患者数(③)×10円

6 前届届出けた時点との比較

□ 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 8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。

別紙4

様式2

看護職員処遇改善評価料 賞金改善計画書 (令和 年度分)

保険医療機関コード
保険医療機関名

I. 賞金改善実施期間

① 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

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

③ 賞金改善実施期間における、延べ入院患者数の見込み

④ 本評価料による収入の見込額 (②×③×10円)

III. 賞金改善の見込額

⑤ 賞金改善実施期間において賞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賞金総額

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賞金総額

⑦ 賞金改善の見込額 (⑤-⑥)

⑧ ⑦が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

⑨ 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

⑩ 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の賞金改善の見込額

⑪ 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)

⑫ ベア等の割合 (⑩÷⑨)

⑬ ⑫が⑩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

⑭ 看護職員等に加え、賞
金の改善措置の対象に加
える職数

⑮ 賞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

⑯ 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)以外の職員の賞金改善の見込額 (⑭-⑮)

⑰ 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)

⑱ ベア等の割合 (⑰÷⑱)

⑲ ⑱が⑱の2/3以上であるか

Ⅶ. 賞金改善を行う賞金項目及び方法

①賞金の種類

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 ()

⑧賞上げの担保方法

就業規則の見直し 賞金繰程の見直し
 その他の方法: 具体的に ()

⑨賞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賞金改善実施期間」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。
- 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」×「賞金改善実施期間の月数」とする。)
- ⑤賞金改善実施期間において賞金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実績額、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実績額、⑨看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の実績額、⑩看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)以外の職員の賞金改善の見込額、「⑭看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)以外の職員の賞金改善の見込額」、「⑯ベア等による引上げ分」は、それぞれ賞金改善実施期間における額を記載すること。
- 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実績額は、対象職員に対する定期昇給による賞金上昇分も反映した額を記載すること。
- ③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⑩賞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。
- ⑭看護職員等に加え、賞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四週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。
- ⑯賞金改善に関する規定内容」は、「⑩賞上げの担保方法」に記載した根拠規程のうち、賞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

区分	算定期間			点数の区分			点数
	年	月	年	年	月	年	
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算回数							算定回数

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

③本評価料による収入の実績額

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

Ⅱ. 賞金改善の実績額

④賞金改善実施期間において賞金の改善措置が実施された対象職員の実績総額	円
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実績総額	円
⑥賞金改善の実績額 (④-⑤)	円
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	人
⑧看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の賞金改善の実績額	円
⑨ベア等による引上げ分	円
(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ベア等の割合 (⑨÷⑧)	%
⑨が⑧の2/3以上であるか	

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、賃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、代替すること可。

4. 賃金水準を引き下げることに伴って、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)

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 ①看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種	
②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）以外の職員の労働換算数	人
③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
④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
⑤ベア等の割合（⑩÷⑬）	%
	⑭が⑬の2/3以上であるか

V. 賃金改善実施期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

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「⑨⑩ベア等による引上げ分」は、報告対象年度の賃金を記載すること。
- 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）の労働換算数」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）以外の職員の労働換算数」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 「⑩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、本点割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。