

# 令和 6 年度診療報酬改定及び診療報酬改定 DXに係る基本マスターの変更について

審査運営部 コンピュータチェック課  
マスター整備係

# 医薬品マスター

◆診療報酬改定DXに係る基本マスタの拡充については、「診療報酬改定DXタスクフォース」において方針が整理され、結果として医薬品マスターに3項目（5カラム）追加する。

- 薬価基準収載年月日
- 一般名処方マスタ
  - ・一般名コード
  - ・一般名処方の標準的な記載
  - ・一般名処方加算対象区分
- 抗H I V薬区分

◆ベンダーのシステム改修負担を軽減する観点から、告示日の公表から6月1日（予定）までの間、2種類の医薬品マスターを掲載予定。

- ①令和6年度薬価改定を反映した医薬品マスター（項目変更なし）
- ②令和6年度薬価改定及び診療報酬改定DX（医薬品マスターの拡充）を反映した医薬品マスター（抗HIV薬区分の設定値は厚労省と検討中であることから6月までに公表予定）

# 薬価基準収載年月日

○項目に新規で項番 3 6 に薬価基準収載年月日を追加する。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
36	薬価基準収載年月日	数字	8	可変	2023年3月以降において薬価基準に収載された告示品目に適用となる日を西暦「4桁」、月「2桁」及び日「2桁」で表す。 なお、上記以外は「0」を設定する。

# 一般名処方マスタ

○項目に新規で項番 3 7 に「一般名コード」、項番 3 8 に「一般名処方の標準的な記載」、項番 3 9 に「一般名処方加算対象区分」をそれぞれ追加する。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
37	一般名コード	英数	12	可変	一般名処方マスタの「一般名コード」を設定する。 なお、一般名処方マスタにない場合は「空白」とする。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
38	一般名処方の標準的な記載	漢字	200	可変	一般名処方マスタの「一般名処方の標準的な記載」を設定する。 なお、一般名処方マスタにない場合は「空白」とする。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
39	一般名処方加算対象区分	英数	1	固定	一般名処方マスタの「一般名処方加算対象」の記載に応じて設定する。  0 : 一般名処方マスタにない医薬品 1 : 加算 1 2 : 加算 1、2

○項目に新規で項番 4 0 に「抗HIV薬区分」を追加する。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
40	抗HIV薬区分	英数	1	固定	抗HIV薬であるか否かを表す  0 : 「1」以外の医薬品 1 : 抗H I V 薬

# 個別改定項目資料から想定される項目の追加

## ① 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

### 第1 基本的な考え方

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。

### 第2 具体的な内容

1. 長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となった長期収載品を対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。
2. 医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、後発医薬品を提供することが困難な場合（例：薬局に後発医薬品の在庫が無い場合）については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。
3. 長期収載品は、準先発品を含むこととし、バイオ医薬品は対象外とする。また、後発医薬品への置換率が極めて低い場合（置換率が1%未満）である長期収載品は、上市後5年以上経過したものであっても、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当することから、対象外とする。
4. あわせて、次のような対応を行う。
  - ・ 長期収載品の投与に係る特別の料金その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。
  - ・ 医療上の必要性があると認められる場合について、処方等の段階で明確になるよう、処方箋様式を改正する。

〔施行日等〕

令和6年10月1日から施行・適用する。

別表第二 改正後	
(略)	(略)
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に規定する後発医薬品のある新医薬品等（下欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる厚生労働大臣が定める区分に定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に四分の一を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数

【令和六年十月一日適用】

別紙8  
保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）

※対応については、現在厚生労働省と協議中であるが、医薬品マスターの項目追加による対応を検討している。

# 特定器材マスター



## ④ 再製造単回使用医療機器の使用に対する評価

### 第1 基本的な考え方

再製造単回使用医療機器の使用を推進する観点から、再製造単回使用医療機器の使用実績を有する医療機関において、手術における再製造単回使用医療機器の使用について新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料の使用に係る実績を有する医療機関において、手術に再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料を使用した場合の加算を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【第10部 手術】 通則</p> <p>21 <u>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、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。</u></p>	<p>【第10部 手術】 通則 (新設)</p>

## 項目の追加（2/2）

○特定器材マスターの項番 3 8 に「再製造単回使用医療機器」を追加する。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
38	再製造単回使用医療機器	数字	3	固定	<p>再製造単回使用医療機器であるか否かを表す。</p> <p>0 0 0 : 「0 0 1」から「0 0 3」に関連なし</p> <p>0 0 1 : 体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・冠状静脈洞型）</p> <p>0 0 2 : 体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・房室弁輪部型）</p> <p>0 0 3 : 心腔内超音波プローブ（再製造・標準型）</p>

区分番号	機能区分名	レセ電名
Ⅱ-114-(3)-1	<a href="#">体外式ペースメーカー用カテーテル電極／再製造／冠状静脈洞型</a>	体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・冠状静脈洞型）
Ⅱ-114-(3)-2	<a href="#">体外式ペースメーカー用カテーテル電極／再製造／房室弁輪部型</a>	体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・房室弁輪部型）
Ⅱ-168-(3)-1	<a href="#">心腔内超音波プローブ／再製造／標準型</a>	心腔内超音波プローブ（再製造・標準型）

# 医科・歯科診療行為マスター

## 【I－1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－①】

### ① 賃上げに向けた評価の新設

#### 第1 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

1. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。
3. 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。
5. 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

## 項目の変更【医科・歯科共通】（2/7）

○「予備」から「看護処遇改善評価料等」へ変更【医科】

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
128	予備	数字	1	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
128	看護処遇改善評価料等	英数	1	固定	<p>看護処遇改善評価料又は入院ベースアップ評価料を算定可能な診療行為であるか否かを表す。</p> <p>0：「1」及び「2」以外の診療行為  1：看護処遇改善評価料等を算定可能な診療行為  2：看護処遇改善評価料等自体</p>

## 項目の変更【医科・歯科共通】（3/7）

○「予備」から「看護処遇改善評価料等」へ変更【歯科】

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
61	予備3	数字	3	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
61	看護処遇改善評価料等	英数	1	固定	<p>看護処遇改善評価料又は入院ベースアップ評価料を算定可能な診療行為であるか否かを表す。</p> <p>0：「1」及び「2」以外の診療行為  1：看護処遇改善評価料等を算定可能な診療行為  2：看護処遇改善評価料等自体</p>

# 項目の変更【医科・歯科共通】（4/7）

○「予備」から「外来・在宅ベースアップ評価料（１）」へ変更【医科】

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
129	予備	数字	1	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
129	外来・在宅ベースアップ評価料（１）	英数	1	固定	<p>外来・在宅ベースアップ評価料（１）を算定可能な診療行為であるか否かを表す。</p> <p>0：「１」から「８」以外の診療行為  1：外来・在宅ベースアップ評価料（１）１（初診時）を算定可能な診療行為  2：外来・在宅ベースアップ評価料（１）１（初診時）自体  3：外来・在宅ベースアップ評価料（１）２（再診時）を算定可能な診療行為  4：外来・在宅ベースアップ評価料（１）２（再診時）自体  5：外来・在宅ベースアップ評価料（１）３（訪問診療時）イを算定可能な診療行為  6：外来・在宅ベースアップ評価料（１）３（訪問診療時）イ自体  7：外来・在宅ベースアップ評価料（１）４（訪問診療時）ロを算定可能な診療行為  8：外来・在宅ベースアップ評価料（１）４（訪問診療時）ロ自体</p>

# 項目の変更【医科・歯科共通】（5/7）

○「予備」から「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）」へ変更【歯科】

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
61	予備3	数字	3	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
62	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）	英数	1	固定	<p>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１）を算定可能な診療行為であるか否かを表す。</p> <p>0：「１」から「８」以外の診療行為  1：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１） 1（初診時）を算定可能な診療行為  2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１） 1（初診時） 自体  3：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１） 2（再診時）を算定可能な診療行為  4：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１） 2（再診時） 自体  5：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１） 3（訪問診療時）イを算定可能な診療行為  6：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１） 3（訪問診療時）イ 自体  7：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１） 4（訪問診療時）ロを算定可能な診療行為  8：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（１） 4（訪問診療時）ロ 自体</p>



## 項目の変更【医科・歯科共通】（6/7）

○「予備」から「外来・在宅ベースアップ評価料（２）」へ変更【医科】

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
130	予備	数字	1	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
130	外来・在宅ベースアップ評価料（２）	英数	1	固定	<p>外来・在宅ベースアップ評価料（２）であるか否かを表す。</p> <p>0：「１」及び「２」以外の診療行為  1：外来・在宅ベースアップ評価料（２）（初診又は訪問診療）自体  2：外来・在宅ベースアップ評価料（２）（再診時）自体</p>

## 項目の変更【医科・歯科共通】（7/7）

○「予備」から「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（２）」へ変更【歯科】

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
61	予備3	数字	3	固定	未使用：省略

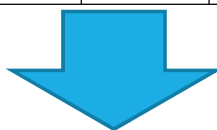


項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
63	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（２）	英数	1	固定	<p>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（２）であるか否かを表す。</p> <p>0：「１」及び「２」以外の診療行為  1：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（２）（初診又は訪問診療）自体  2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料（２）（再診時）自体</p>

# 項目の変更【歯科のみ】

## ○予備等の項番の変更【歯科】

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
61	予備3	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
62	予備4	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
63	予備5	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
64	公表順序番号	数字	9	可変	歯科点数表に規定する区分番号等の基づき診療行為の順序番号を設定する。



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
61	看護処遇改善評価料等	英数	1	固定	スライド2参照
62	歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (1)	英数	1	固定	スライド3参照
63	歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (2)	英数	1	固定	スライド4参照
64	予備4	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
65	予備5	数字	3	可変	未使用：「0」を設定する。
66	公表順序番号	数字	9	可変	歯科点数表に規定する区分番号等の基づき診療行為の順序番号を設定する。

## ④ 再製造単回使用医療機器の使用に対する評価

### 第1 基本的な考え方

再製造単回使用医療機器の使用を推進する観点から、再製造単回使用医療機器の使用実績を有する医療機関において、手術における再製造単回使用医療機器の使用について新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料の使用に係る実績を有する医療機関において、手術に再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料を使用した場合の加算を設ける。

改 定 案	現 行
【第10部 手術】 通則 21 <u>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、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。</u>	【第10部 手術】 通則 (新設)

## ○再製造単回使用医療機器使用加算の対象コード

診療行為コード	省略漢字名称	点数
150444590	再製造単回使用医療機器使用加算（冠状静脈洞型）	514.00
150444690	再製造単回使用医療機器使用加算（房室弁輪部型）	982.00
150444790	再製造単回使用医療機器使用加算（心腔内超音波プローブ（標準型））	2090.00

## 項目の変更【医科のみ】（3/3）

○「予備」から「再製造単回使用医療機器使用加算」へ変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
131	予備	数字	1	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
131	再製造単回使用医療機器使用加算	数字	3	固定	<p>再製造単回使用医療機器使用加算であるか否かを表す。</p> <p>000：「001」から「003」以外  001：再製造単回使用医療機器使用加算（体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・冠状静脈洞型））自体  002：再製造単回使用医療機器使用加算（体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・房室弁輪部型））自体  003：再製造単回使用医療機器使用加算（心腔内超音波プローブ（再製造・標準型）） 自体</p>

# 形式（モード）の変更及びフラグの追加【医科のみ】（1/2）

## ② 外来感染対策向上加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

第8次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する。
2. 外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す。

改 定 案	現 行
<b>【外来感染対策向上加算】</b> 〔算定要件〕 注11 組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。 <u>ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。</u>	<b>【外来感染対策向上加算】</b> 〔算定要件〕 注11 組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。

## ④ サーベイランス強化加算等の見直し

### 第1 基本的な考え方

我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、サーベイランス強化加算について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。

### 第2 具体的な内容

サーベイランス強化加算について、サーベイランスへの参加自体に対する評価と、サーベイランスにおける抗菌薬の適正使用状況のモニタリングにより、目標値を達成している又は参加医療機関の中で実績が上位である医療機関に対する評価に区分するよう見直しを行う。

改 定 案	現 行
<b>【感染対策向上加算】</b> 〔算定要件〕 注4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制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については、サーベイランス強化加算として、 <u>3点を更に所定点数に加算する。</u> 5 <u>感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況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については、抗菌薬適正使用加算として、5点を更に所定点数に加算する。</u>	<b>【感染対策向上加算】</b> 〔算定要件〕 注4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制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については、サーベイランス強化加算として、 <u>5点を更に所定点数に加算する。</u> (新設)

# 形式（モード）の変更及びフラグの追加【医科のみ】（2/2）

○外来感染対策向上加算等の形式（モード）の変更及びフラグ「7」から「A」の追加

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
124	外来感染対策向上加算等	英数	1	固定	<p>外来感染対策向上加算等を算定可能な診療行為であるか否かを表す。</p> <p>&lt;基本項目、合成項目、準用項目&gt;</p> <p>0 : 「1」及び「2」以外の診療行為</p> <p>1 : 外来感染対策向上加算等（医学管理料等）を算定可能な診療行為</p> <p>2 : 外来感染対策向上加算等（在宅医療）を算定可能な診療行為</p> <p>&lt;加算項目、通則加算項目&gt;</p> <p>0 : 「1」から「A」以外の診療行為</p> <p>1 : 外来感染対策向上加算（医学管理料等）自体</p> <p>2 : 連携強化加算（医学管理料等）自体</p> <p>3 : サーベイランス強化加算（医学管理料等）自体</p> <p>4 : 外来感染対策向上加算（在宅医療）自体</p> <p>5 : 連携強化加算（在宅医療）自体</p> <p>6 : サーベイランス強化加算（在宅医療）自体</p> <p>7 : 抗菌薬適正使用加算（医学管理料等）自体</p> <p>8 : 抗菌薬適正使用加算（在宅医療）自体</p> <p>9 : 発熱患者等対応加算（医学管理料等）自体</p> <p>A : 発熱患者等対応加算（在宅医療）自体</p>



# 形式（最大バイト）の変更【医科・歯科共通】（1/2）

## ○コード表用番号（項番）の最大バイト数の変更【医科】

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
94	コード表用番号（アルファベット部を除く）	数字	2	固定	
	項番				



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
94	コード表用番号（アルファベット部を除く）	数字	3	固定	
	項番				

※看護処遇改善評価料並びに入院ベースアップ評価料の項番が 1 から165まで設定されることに伴う対応

## 形式（最大バイト）の変更【医科・歯科共通】（2/2）

### ○告示番号（項番）の最大バイト数の変更【歯科】

項番	項目名		形式			内容
			モード	最大バイト	項目形式	
7	告示番号		数字	2	固定	項番を設定する。
		項番				



項番	項目名		形式			内容
			モード	最大バイト	項目形式	
7	告示番号		数字	3	固定	項番を設定する。
		項番				

※看護処遇改善評価料並びに入院ベースアップ評価料の項番が 1 から165まで設定されることに伴う対応

# 看護加算コードの変更【医科・歯科共通】（1/2）

## ② 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

### 第1 基本的な考え方

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点並びに身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価並びに夜間看護体制加算の評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する。
2. 看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【急性期看護補助体制加算】 〔算定要件〕</p> <p>注4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制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病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定する。</p> <p>イ 看護補助体制充実加算1</p> <p>ロ 看護補助体制充実加算2</p>	<p>【急性期看護補助体制加算】 〔算定要件〕</p> <p>注4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制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病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。</p>

5 点	
<p>(7) 「注4」に規定する看護補助体制充実加算1又は看護補助体制充実加算2は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制及び身体的拘束の最小化の取組を評価するものである。</p> <p>(8) 「注4」については、身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。</p> <p>〔施設基準〕 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準</p> <p>(9) 看護補助体制充実加算1の施設基準 看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制が整備されていること。</p> <p>(10) 看護補助体制充実加算2の施設基準 看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する必要な体制が整備されていること。</p> <p>10 看護補助体制充実加算の施設基準</p> <p>(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準 イ 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が5割以上配置されていること。 ロ・ハ (略) 二 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。</p>	<p>(7) 「注4」に規定する看護補助体制充実加算は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制を評価するものである。</p> <p>(新設)</p> <p>〔施設基準〕 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準 (新設)</p> <p>(9) 看護補助体制充実加算の施設基準 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。</p> <p>10 看護補助体制充実加算の施設基準 (新設)</p> <p>(1)・(2) (略) (新設)</p>

### ○看護補助体制充実加算の細分化に伴い看護加算コードの変更

別紙 7 - 3

#### 看護加算コード一覧

コード	内 容
0	看護加算に関係しないもの
5 3	看護補助加算 1
5 5	看護補助加算 2
5 7	看護補助加算 3
5 8	看護配置加算
6 8	夜間 7 5 対 1 看護補助加算
6 9	夜間看護体制加算
<del>7 0</del>	<del>看護補助体制充実加算</del>
7 1	看護補助体制充実加算 1
7 2	看護補助体制充実加算 2