

『点数表改定のポイント』2024年6月版 正誤及び追補

(2024. 4. 12 現在)

※訂正箇所は**ゴシック太字下線**で表示する。但し、下線等の訂正については「訂正箇所」欄に注釈で示す。

※追補は■印を付した。

※最新の正誤は太枠で示している。

頁	訂正箇所	誤	正																						
表紙裏	下から9行目	※4割負担の対象者には、月の 税込額 を「1割+3000円」に収める措置が 2023年 9月まで実施される。	※4割負担の対象者には、月の 徴収額 を「1割+3000円」に収める措置が 2025年 9月まで実施される。																						
35 ■	上から11行目	以上又は(1) (編注：(2)の誤りと思われる) のサーベイランス…	以上又は(2)のサーベイランス…																						
35 ■	上から21行目	…に 掲載 している。	…に 掲示 している。																						
35 ■	上から23行目	…ウェブサイトに 掲載 している。	…ウェブサイトに 掲載 している。																						
36 ■	上から17行目	…医師等が閲覧 及び 活用できる体制を有している。	…医師等が閲覧 又は 活用できる体制を有している。																						
96	下から11行目	ア A001の注10時間外対応加算 3・2 ・・・	ア A001の注10時間外対応加算 2・3 ・・・																						
100 ■	下から1行目	…場合に限る。なお、「外来化学療法の…	…場合に限る。 この場合には外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関は、連携する外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関名及び情報提供に係る文書を受理した日付を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、「外来化学療法の…																						
105 ■	下から8行目	…第1部医学管理等…	…第1部 第一節 医学管理料等…																						
109	上から18行目	(8)療養計画書の内容に変更が あった 場合、患者又は家族から求めが あった 場合、 変更がない場合 でも概ね4か月に1回以上療養計画書を交付する。	(8)療養計画書の内容に変更が ない 場合、患者又は家族から求めが ない 場合でも概ね4か月に1回以上療養計画書を交付する。																						
109	上から4行目	外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、 …	外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、 …																						
111 ■	上から13行目	…第2章第1部医学管理等…	…第2章第1部 第一節 医学管理料等…																						
114	上から3行目	(1) (1・2 共通) 月2 回算定できる対象患者に、・・・	(1) (1・2 共通) 入院中2 回算定できる対象患者に、																						
114	上から9行目	2. 月2 回算定できる疾病等の患者	2. 入院中2 回算定できる疾病等の患者																						
117 118 122 ■	下から8・4行目 下から9・19・21行目 下から15行目	高血圧治療補助アプリ	高血圧 症 治療補助アプリ																						
121 ■	下から10行目	(以下この区分 番号 において…	(以下この区分において…																						
122	下から12行目	…算定患者(入院中の患者を除く)の うち 、	…算定患者(入院中の患者を除く)を 治療している医療機関等 において、																						
129	上から20行目	◎★ D 004-2 救急患者連携搬送料	◎★ C 004-2 救急患者連携搬送料																						
142	表中一番下の段	深夜往診加算 425 点	深夜往診加算 485 点																						
148 ■	下から16行目	…在宅がん医療総合診療料を算定しているもの。	…在宅がん医療総合診療料を算定しているもの。 (「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6年3月5日保医発0305第4号)の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第2部第1節「C001」在宅患者訪問診療料(I)(5)において、「A000」初診料又は「A001」再診料若しくは「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合を含む。以下この区分において同じ。)																						
130 131	表中	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">強化型支援診療等</td> <td rowspan="4">病床有</td> <td rowspan="2">月2回以上</td> <td>別に定める状態の患者</td> </tr> <tr> <td>上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">月1回</td> <td>別に定める状態の患者</td> </tr> <tr> <td>2月に1回限り情報通信機器を用いた場合</td> </tr> <tr> <td colspan="3">在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</td> </tr> </table>	強化型支援診療等	病床有	月2回以上	別に定める状態の患者	上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合	月1回	別に定める状態の患者	2月に1回限り情報通信機器を用いた場合	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算			<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">強化型支援診療等</td> <td rowspan="4">病床有</td> <td rowspan="2">月2回以上</td> <td>別に定める状態の患者</td> </tr> <tr> <td>上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">月1回</td> <td>別に定める状態の患者</td> </tr> <tr> <td>2月に1回限り情報通信機器を用いた場合</td> </tr> <tr> <td colspan="3">在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</td> </tr> </table>	強化型支援診療等	病床有	月2回以上	別に定める状態の患者	上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合	月1回	別に定める状態の患者	2月に1回限り情報通信機器を用いた場合	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		
強化型支援診療等	病床有	月2回以上				別に定める状態の患者																			
					上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合																				
		月1回			別に定める状態の患者																				
			2月に1回限り情報通信機器を用いた場合																						
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算																									
強化型支援診療等	病床有	月2回以上	別に定める状態の患者																						
			上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合																						
		月1回	別に定める状態の患者																						
			2月に1回限り情報通信機器を用いた場合																						
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算																									
152 ■	下から21行目	(1) 介護保険施設連携往診加算の…	(1) 介護保険施設 等 連携往診加算の…																						
153	上から23行目	…基準を満たせない医療機関は、同一患者に	…基準を満たせない医療機関は、 満たせなくなった後の直近1ヶ月 の同一患者に																						

157 ■	上から 18 行目	…算定月において施設基準通知第 9 の 3 又は…	…算定月の直近 3 月の実績において施設基準通知第 9 の 3 又は…
157 ■	上から 19 行目	…に該当しなくなった場合において	…に適合しなくなった場合において
170	上から 5 行目	「カ 医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たったての助言の求めがあった場合は、適切に」	「カ 医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たったての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること。」
170	下から 20 行目	(1) 「3」については、在宅時医学総合管理料の…	(1) (a) については、在宅時医学総合管理料の…
170 ■	下から 18 行目	…厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が 5 割以上であること。	…厚生労働大臣が定める状態の患者等の割合が 5 割以上であること。
170	下から 12 行目	…までの間に限り、「3」に該当するものとみなす。	…までの間に限り、(a) に該当するものとみなす。
179 ■	下から 17 行目	…また、保健師、助産師又は看護師等が准看護師に対して指示を行ったときは、…	…また、保健師、助産師又は看護師が准看護師に対して指示を行ったときは、…
179 ■	下から 16 行目	…記録すること。また、保険医療機関における…	…記録すること。なお、保険医療機関における…
190	上から 21 行目	(2)「情報通信機器を用いた場合」の算定要件は以下ア～エのとおり。	(2)「情報通信機器を用いた場合」の算定要件は以下ア～カのとおり。
192	下から 8 行目	(5) (2)の患者に対する麻薬の注射について、…	(5) (4)の患者に対する麻薬の注射について、…
197 ■	上から 17 行目 上から 21 行目	…携帯型ディスプレイ注入ポンプ又は輸液ポンプ…	…輸液ポンプ…
206	下から 6 行目	(6) D017 排泄物、 <u>浸出物</u> 又は…	(6) D017 排泄物、 <u>滲出物</u> 又は…
229 ■	下から 11 行目	…「13」百日咳菌核酸検出、同区分「22」…	…「13」百日咳菌核酸検出若しくは百日咳菌・バラ百日咳菌核酸同時検出、同区分「22」…
235	下から 3 行目	エ。「4 <u>頻尿器</u> 又は生殖器からの検体」	エ。「4 <u>泌尿器</u> 又は生殖器からの検体」
240 ■	上から 2 行目 上から 15 行目	…及び「22」ウイルス・細菌核酸他項目同時検出…	…及び「23」ウイルス・細菌核酸他項目同時検出…
336	上から 10 行目	ア、「イ」の場合においても、「ロ」と同様に別紙様式 51「 <u>包括的支援マネジメント導入基準</u> 」を満たすことが要件とされた。	ア、「イ」の場合においても、「ロ」と同様に精神保健福祉士等が患者等に対面で 20 分以上、支援に関する面接を行うことが要件とされた。
343 ■	下から 5 行目	カ 1 週間当たりの算定患者数は 30 人以内とする。	カ 1 週間当たりの担当患者数は 30 人以内とする。
386 ■	左側 下から 9 行目	…により、また、凍結精子を用いた体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、精子の融解等により、精子の前処置を…	…により、精子の前処置を…
386 ■	右側 上から 12 行目	…を算定する場合に算定する。	…を算定する場合に算定する。この場合には、精巣内精子採取術を実施した保険医療機関名及び日付を診療録等及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
386 ■	右側 上から 21 行目	…により算定する。	…により算定する。なお、精子の融解等にかかる費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
397 ■	下から 13 行目	…第 1 部医学管理等（がん性疼痛緩和…	…第 1 部医学管理等（通則第 3 号から第 6 号までに規定する加算、がん性疼痛緩和…
397 ■	下から 10 行目	…第 2 部在宅医療（在宅植込型…	…第 2 部在宅医療（救急患者連携搬送料及び在宅植込型…
397 ■	下から 5 行目	…診療料	…診療料（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（再診時に限る）を除く）
398 ■	上から 9 行目	…診療料（がん性疼痛緩和指導管理料…	…診療料（通則第 3 号から第 6 号までに規定する加算、がん性疼痛緩和指導管理料…
398 ■	上から 16 行目	…診療料（往診料及び…	…診療料（往診料、救急患者連携搬送料及び…
411	下から 22 行目	(1) 急性期一般入院基本料…特定機能土院基本料…	(1) 急性期一般入院基本料…特定機能入院基本料…
419 ■	評価表内	A 項目の 7 緊急に入院を必要とする状態の 3 点の欄にある「あり」は削除	
421	右側下から 6 行目	入院当日を含めた 5・2 日間を評価の対象とする。	入院当日を含めた 2・5 日間を評価の対象とする。
423	上から 21 行目	…「基準②（一定程度高い水準）」…	…「基準②（一定程度高い基準）」…
424	上から 8 行目	①「別に定める手術」に「皮膚悪性腫瘍切除術（広汎切除）」など 43 項目の手術が追加された。	①対象手術等の具体的な追加・削除については保団連ホームページを参照いただきたい。 https://hodanren.doc-net.or.jp/pt/
425	上から 4 行目	(12) 上記(5)～(9)については経過措置が設けられ…	(12) 上記(7)～(11)については経過措置が設けられ…
465	別紙 8 の 2	II 算定期間に限りがない区分	
466 ■	別紙 8 の 3 評価表内	13 86 に該当、かつ、1～3840 (1213 を除く。) に 1 項目以上該当する場合 24 その他の指定難病等 (1011 及び 1020～2223 までを除く。) 40 酸素療法 (1718 を除く。) 41 86 に該当、かつ、1～3840 (1213 を除く。) に該当しない場合	
468	下から 15 行目	…（フィルムの費用を含む）、注 3) ②の 2 単位超の疾患別リハビリテーションを別途算定…	…（フィルムの費用を含む）を別途算定…
468	下から 14 行目	…入院料 I を算定する。	…入院料 27 を算定する。
470	上から 6 行目	…必要とされた (→P439)。	…必要とされた (→P403)。
470	上から 8 行目	…全部で 7 基準となった (→P439)。	…全部で 7 基準となった (→P403)。

485	上から 8 行目	(3) 「注 3」及び「注 9」及び「注 10」(編注:編集時点の通知では中 9 となっているが誤記と思われる)の加算…	(2) 「注 3」、「注 9」及び「注 10」の加算…																
495	下から 21 行目	12~1920 (略)	12~14 (略) 15 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の医療区分 3 の患者及び医療区分 2 の患者の割合の算出方法等 (1)~(3) (略) 1516 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロに規定する区分 当該療養病床に入院する患者については、別添 6 の別紙 8 の「医療区分・ADL 区分等に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、別添 6 の別紙 8 の 3 の「医療区分・ADL 区分等に係る評価票 (有床診療所療養病床入院基本料)」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。 1617~2021 (略)																
497	下から 18 行目	入院基本料 1 又は 2 で前頁(1)の①に該当	入院基本料 1 又は 2 で、前頁(1)の①又は次の何れか (過去 1 年間に①介護保険の (介護予防) 訪問リハ②訪問栄養食事指導か介護保険の (介護予防) 居宅療養管理指導 (管理栄養士) ③障害福祉サービスの指定短期入所一を提供) に該当																
497	下から 16 行目	入院基本料 3 で前頁(1)の①に該当	入院基本料 3 で前頁(1)の①又は次の何れか (過去 1 年間に①介護保険の (介護予防) 訪問リハ②訪問栄養食事指導か介護保険の (介護予防) 居宅療養管理指導 (管理栄養士) ③障害福祉サービスの指定短期入所一を提供) に該当																
498	上から 6 行目	…が廃止された。 <u>の取り扱いが廃止された。</u> …	…が廃止された。…																
502	上から 3 行目	「(1) 入院基本料の届出要件」の「医療区分の割合」の欄を削除																	
502	上から 10 行目	…2024 年 9 月 30 日までは、 <u>まで 4 対 1 以上の基準に</u> …	…2024 年 9 月 30 日までは 4 対 1 以上の基準に…																
502	上から 8 行目	「(1) 入院基本料の届出要件」の「6 対 1 以上」の行を削除																	
502	下から 23 行目	…DESIGN-R…	…DESIGN-R 2020…																
502	下から 1 行目	…特別入院基本料 病棟 …	…特別入院基本料…																
504	上から 18 行目	…「その他重症な状態」の割合が 5 割を <u>超える</u> 場合…	…「その他重症な状態」の割合が 5 割 <u>以上</u> の場合…																
505	下から 10 行目	…「特別養護老人ホーム」という) <u>及び</u> 介護保険法…	…「特別養護老人ホーム」という)、介護保険法…																
505	下から 9 行目	…「介護老人保健施設」という) を設置していないこと。	…「介護老人保健施設」という) <u>又は同条第二十九項に規定する介護医療院</u> を設置していないこと。																
513	下から 4 行目	…「その他重症な状態」の割合が 5 割を <u>超える</u> 医療機関は…	…「その他重症な状態」の割合が 5 割 <u>以上</u> の医療機関は…																
520	上から 13 行目	…「安全ガイドライン」の「情報セキュリティインシデントへの対応と対策」、「非常時…	…「安全ガイドライン」の 経営管理編 「情報セキュリティインシデントへの対応と対策」、 企画管理編 「非常時…																
527	上から 1 行目	<u>入院</u> 初日に限り算定する。…	初日に限り算定する。…																
532	下から 11 行目	疑似症患者については、 <u>入院</u> 初日に限り算定する。…	疑似症患者については、初日に限り算定する。…																
542	下から 19 行目	(2) <u>急性期医療における ADL 低下防止等の総合的な取り組みに係る評価として、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が新設された (要届出)。計画作成から 14 日を限度に、1 日につき 120 点を算定する。</u>	(1)と重複のため削除																
543	下から 19 行目	イ <u>専任の常勤</u> の理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士 ウ 専任の常勤の管理栄養士	イ <u>専従及び専任</u> の理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士 2 名以上 (うち 1 名専任でも可) (病棟ごと) ウ 専任の常勤の管理栄養士 1 名以上 (1 名につき 1 病棟に限る)																
543	下から 14 行目	(10) (5)のイで示した研修については、…	(10) (9)のイで示した研修については、…																
543	下から 11 行目	(11) (5)のイで示した研修については、…	(11) (9)のイで示した研修については、…																
545	下から 12 行目	…当該病棟に専従の理学療法士…	…当該病棟に専従 <u>及び専任</u> の理学療法士…																
545	下から 4 行目	別紙様式 54	別紙様式 7 の 2																
545	下から 3 行目	別紙様式 55	別紙様式 7 の 4																
545	下から 2 行目	様式 54	別紙様式 7 の 2																
554	下から 2 行目	A100 一般病棟入院基本料、 A101 療養病棟入院基本料 、A102 結核病棟入院基本料、…	A100 一般病棟入院基本料、A102 結核病棟入院基本料、…																
559	上から 1 行目	…別添 7 の様式 40 の 4 の <u>1</u> を用いること。	…別添 7 の様式 40 の 4 の <u>2</u> を用いること。																
589	下から 4 行目	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>項目</th> <th>地域一般</th> <th>療養</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A243 -2</td> <td>パイオ後続品使用体制加算</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table>		項目	地域一般	療養	A243 -2	パイオ後続品使用体制加算	○	○	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>項目</th> <th>地域一般</th> <th>療養</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A243 -2</td> <td>パイオ後続品使用体制加算</td> <td>○</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		項目	地域一般	療養	A243 -2	パイオ後続品使用体制加算	○	
	項目	地域一般	療養																
A243 -2	パイオ後続品使用体制加算	○	○																
	項目	地域一般	療養																
A243 -2	パイオ後続品使用体制加算	○																	

593	下から 23 行目	…評価対象者、 該当患者割合 及び評価項目…	…評価対象者及び評価項目…						
593	下から 16 行目	(9) 「注 5」の急性薬物中毒加算 1 を算定する場合、レセプトの摘要欄に急性薬物中毒の原因物質…	(9) 「注 5」の急性薬物中毒加算 1 を算定する場合、レセプトの摘要欄に急性薬物中毒の原因物質…						
595	上から 4 行目	…急性薬物中毒加算 1 を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、急性薬物中毒の原因物質…	…急性薬物中毒加算 1 を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、急性薬物中毒の原因物質…						
597	上から 23 行目	(2) 令和 3 年 3 月 31 日において…	(2) 令和 6 年 3 月 31 日において…						
607	下から 17 行目	…ハイケアユニット入院医療管理料 1 若しくは 2 又は救命救急入院料 1 若しくは 3 の届出を行い…	…ハイケアユニット入院医療管理料 1 又は 2 の届出を行い…						
609	下から 1 行目	…要件を満たす場合に限る)、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者及び歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く)は対象から除外する。…	…要件を満たす場合に限る)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く)は対象から除外すること。…						
610	上から 18 行目	…対象から除外する。なお、別添 6 の別紙 18…	…対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く)は対象から除外すること。なお、別添 6 の別紙 18…						
623	上から 19 行目	…又は A303 の 2 新生児特定集中治療室管理料を届け出ている治療室…	…又は A303 の 2 新生児集中治療室管理料を届け出ている治療室…						
627	上から 11 行目	…届出) を満たしていること。	…届出) を満たしているものとみなす。						
638	一番上に追加	<p>(注 4 の除外薬剤・注射薬)</p> <p>(4) 地域包括医療病棟入院料の注 4 の除外薬剤・注射薬</p> <p>自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液及び別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬</p> <p>※以降(4)～(9)は(5)～(10)に変更</p>							
664	上から 13 行目	ただし、通則 4 号の規定により、①脳血管疾患の発症後 60 日以内の場合、…	ただし、通則 4 号の規定により、①脳血管疾患等の発症後 60 日以内の場合、…						
683	上から 2 行目	…別表第五の一の三 地域包括ケア病棟入院料、…	…別表第五の一の三 地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、…						
717	上から 1 行目	(3) 退院調整加算 (500 点) が廃止された。	(3) 退院調整加算 (300 点) が廃止された。						
720	上から 16 行目	…100 対 1 補助体制加算に限る)、 特定感染症入院医療管理加算 、地域加算、…	…100 対 1 補助体制加算に限る)、地域加算、…						
724	下から 8 行目	…1 年当り届出病床の 3%減床から…	…1 年当り届出病床の 30%減床から…						
742	上から 15、21 行目	c) 保険診療等の収入(下記(Ⅱ))が全体の 80%超。 b) 保険診療等の収入(下記(Ⅱ))が全体の 80%超。	c) 保険診療等の収入(下記(Ⅱ))が全体の 80%超。 b) 保険診療等の収入(下記(Ⅱ))が全体の 80%超。						
743	上から 2 行目	(12) 届出を行う月は…(別表 7)。	<p>(12) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料ともに届出時期に関する規定はない。ただし、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料の新規届出は、届出月前の直近の 3、6、9、12 月に対象職員の給与総額と外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の算定回数・見込み額を算出し、計算式に照らして該当する区分で届出を行う。</p> <p>↑(注)従前の正誤で届出月を限定していたが、届出時期に関する規定はないため再修正。</p>						
743	別表 7 一番下の欄	<table border="1"> <tr> <td>12 月</td> <td>前年 12 月～1 月</td> </tr> </table>	12 月	前年 12 月～1 月	<table border="1"> <tr> <td>12 月</td> <td>前年 12 月～11 月</td> </tr> </table>	12 月	前年 12 月～11 月		
12 月	前年 12 月～1 月								
12 月	前年 12 月～11 月								
745	下から 5 行目	最診 756 回 15120 円	再診 756 回 15120 円						
746	別表 6 の一番右	<table border="1"> <tr> <td>164.5 以上</td> </tr> <tr> <td>65</td> </tr> <tr> <td>165 点</td> </tr> </table>	164.5 以上	65	165 点	<table border="1"> <tr> <td>164.5 以上</td> </tr> <tr> <td>165</td> </tr> <tr> <td>165 点</td> </tr> </table>	164.5 以上	165	165 点
164.5 以上									
65									
165 点									
164.5 以上									
165									
165 点									
748	一番下に追加	<p>(届出に関する事項)</p> <p>(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(7)(6)及び(8)(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、別添 2 の様式 93 様式 1 を用いること。</p> <p>(2) 1 の(7)(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、別添 2 の様式 93 の 2 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 6 月 7 月において、地方厚生(支)局長に届け出ること。</p> <p>(3) 毎年 8 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」を別添 2 の様式 93 の 3 様式 3 により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。</p> <p>(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、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)並びに入院ベースアップ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、別添 2 の様式 94 様式 4 により作成し、届け出ること。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p>							

752	上から3行目～28行目	「1. 算定点数」「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)」の1から8までの算定点数が、全て上に1行ずつずれているため、右に修正	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>初診又は訪問診療を行った場合 8点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>再診時等 1点</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>初診又は訪問診療を行った場合 16点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>再診時等 2点</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>初診又は訪問診療を行った場合 24点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>再診時等 3点</td> </tr> <tr> <td colspan="2">4 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>初診又は訪問診療を行った場合 32点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>再診時等 4点</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>初診又は訪問診療を行った場合 40点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>再診時等 5点</td> </tr> <tr> <td colspan="2">6 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>初診又は訪問診療を行った場合 48点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>再診時等 6点</td> </tr> <tr> <td colspan="2">7 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>初診又は訪問診療を行った場合 56点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>再診時等 7点</td> </tr> <tr> <td colspan="2">8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>初診又は訪問診療を行った場合 64点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>再診時等 8点</td> </tr> </table>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)		1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1		イ	初診又は訪問診療を行った場合 8点	ロ	再診時等 1点	2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2		イ	初診又は訪問診療を行った場合 16点	ロ	再診時等 2点	3 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3		イ	初診又は訪問診療を行った場合 24点	ロ	再診時等 3点	4 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4		イ	初診又は訪問診療を行った場合 32点	ロ	再診時等 4点	5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5		イ	初診又は訪問診療を行った場合 40点	ロ	再診時等 5点	6 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6		イ	初診又は訪問診療を行った場合 48点	ロ	再診時等 6点	7 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7		イ	初診又は訪問診療を行った場合 56点	ロ	再診時等 7点	8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8		イ	初診又は訪問診療を行った場合 64点	ロ	再診時等 8点
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)																																																					
1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1																																																					
イ	初診又は訪問診療を行った場合 8点																																																				
ロ	再診時等 1点																																																				
2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2																																																					
イ	初診又は訪問診療を行った場合 16点																																																				
ロ	再診時等 2点																																																				
3 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3																																																					
イ	初診又は訪問診療を行った場合 24点																																																				
ロ	再診時等 3点																																																				
4 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4																																																					
イ	初診又は訪問診療を行った場合 32点																																																				
ロ	再診時等 4点																																																				
5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5																																																					
イ	初診又は訪問診療を行った場合 40点																																																				
ロ	再診時等 5点																																																				
6 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6																																																					
イ	初診又は訪問診療を行った場合 48点																																																				
ロ	再診時等 6点																																																				
7 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7																																																					
イ	初診又は訪問診療を行った場合 56点																																																				
ロ	再診時等 7点																																																				
8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8																																																					
イ	初診又は訪問診療を行った場合 64点																																																				
ロ	再診時等 8点																																																				
756	上から1行目	…(新設)(病院)	…(新設)(病院) <u>(有床診)</u>																																																		
756	上から18行目	…を算定した日において、1日につき1回に限り算定できる。	…を算定している患者について、1日につき1回に限り算定できる。																																																		
767	上から11行目	…当該入院基本料等を行っている…	…当該入院基本料等の届出を行っている…																																																		
767	下から12行目	…植込型骨導補聴器交換術、乳腺悪性腫瘍手術…	…植込型骨導補聴器交換術、 <u>鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)</u> 、乳腺悪性腫瘍手術…																																																		
778	下から22行目	…ウェブサイトに <u>掲示</u> していること…	…ウェブサイトに <u>掲載</u> していること…																																																		
778	下から15行目	…ウェブサイトに <u>掲示</u> していること…	…ウェブサイトに <u>掲載</u> していること…																																																		
780	上から19行目	…とあるのは「削除」とする。	…とあるのは「削除」、 <u>第十五の五の四の(9)中「(8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」とする。</u>																																																		
780	一番下に追加	<u>十一 令和六年九月三十日までの間に限り、第十五の五の四の(7)中「健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る実績を一定程度有していること。」とあるのは「削除」とする。</u>																																																			

最新の正誤表については、保団連 HP(<https://hodanren.doc-net.or.jp/>)でも紹介しておりますので、ご確認ください。

保団連正誤表 

<https://hodanren.doc-net.or.jp/>