

# 『保険診療の手引』2024年6月版 正誤・追補 (2025.3.13)

※「正誤」は記述の訂正です。**ゴシック太字下線**で表示しています。

※「追補」は書籍発行後の厚労省からの訂正による修正です。頁の下に■印を付し、修正箇所を**ゴシック太字下線**で表示しています。

※今回本資料に追加されたものは**マーカー**で示しています。

頁	訂正箇所	誤	正
<b>P1～P1968</b>			
5	左段上から11行目	第2款 筋骨格系・ <b>四肢</b> ・体幹	第2款 筋骨格系・ <b>四肢</b> ・体幹
131	表内「交付の書類又は内容」段の4マス目	【支援診・支援病院】24時間 <b>連携</b> を受ける医師又は	【支援診・支援病院】24時間 <b>連絡</b> を受ける医師又は
146 ■	右段上から9行目	(13) 医療情報取得加算 (月1回) <b>医療情報取得加算1</b> <b>3点</b> <b>医療情報取得加算2</b> <b>1点</b>	(13) 医療情報取得加算 (月1回) <b>1点</b>
146 ■	右段上から12行目	(14) 医療DX推進体制整備加算 (月1回) <b>8点</b>	(2025年4月適用。2024年10月の改定については記載を削除した) (14) 医療DX推進体制整備加算 (月1回) <b>医療DX推進体制整備加算1</b> <b>12点</b> <b>医療DX推進体制整備加算2</b> <b>11点</b> <b>医療DX推進体制整備加算3</b> <b>10点</b> <b>医療DX推進体制整備加算4</b> <b>10点</b> <b>医療DX推進体制整備加算5</b> <b>9点</b> <b>医療DX推進体制整備加算6</b> <b>8点</b>
148 ■	右段上から6行目	(17) 医療情報取得加算1・2 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十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算 <b>1</b> として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。 <b>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つては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。</b> (18) 医療DX推進体制整備加算 医療DX推進に係る体制として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を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り <b>8点</b> を所定点数に加算する。	(17) 医療情報取得加算1・2 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十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算 <b>1</b> として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。 (18) 医療DX推進体制整備加算 医療DX推進に係る体制として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を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り、 <b>当該基準に係る区分に従い、それぞれ</b> 所定点数に加算する。
156 ■	左段下から3行目～	初診を行った場合に、月1回に限り <b>8点</b> を所定点数に加算する。	(2025年4月適用) 初診を行った場合に、月1回に限り <b>当該基準に係る区分に従い</b> 所定点数に加算する。

## 【通知】

- 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。
- 2) オンライン資格確認を行う体制を有している。  
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。
- 3) オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等（以下この項において「診療情報等」）を診療を行う診察室、手術室又は処置室等（以下「診察室等」）において、医師等が閲覧又は活用できる体制を有している。

## 編注

① オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。（2024. 3. 28 厚労省事務連絡）

② 受付で診療情報等を印刷したものを、診察室等で活用する体制の場合でも該当する。

- 4) 電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有している。
- 5) 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有している。

編注 2025（令和7）年9月30日までの間に限り、基準を満たしているものとみなす。（2024. 3. 5 厚労省知）

- 6) マイナ保険証の利用率が一定割合以上である。

編注 2024（令和6）年10月1日から適用する。なお、利用率の割合については別途示される予定。（2024. 3. 5 厚労省通知）

- 7) 医療DX推進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・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に掲示している。

具体的には次に掲げる事項を掲示している。

ア 医師等が診療を実施する診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施している保険医療機関である。

イ マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関である。

ウ 電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療DXにかかる取組を実施している保険医療機関である。

## 編注

① 2025（令和7）年9月30日までの間に限り、ウの事項について、掲示を行っているものとみなす。（2024. 3. 5 厚労省通知）

② ア～ウの事項は、まとめて掲示しても差し支えない。（2024. 3. 28 厚労省事務連絡）

- 8) (7)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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

編注 2025（令和7）年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

（2024年10月の改定の記載は削除し、2025年4月1日適用の通知原文と差し替える。その上で各項目に対応する本書の編注を付す。）

## 【通知】

## 1 医療DX推進体制整備加算1の施設基準

- 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) オンライン資格確認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) オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等（以下この項において「診療情報等」という。）を診療を行う診察室、手術室又は処置室等（以下「診察室等」という。）において、医師等が閲覧又は活用できる体制を有していること。

## 編注

① オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。（2024. 3. 28 厚労省事務連絡）

② 受付で診療情報等を印刷したものを、診察室等で活用する体制の場合でも該当する。

- 4) 電子処方箋を発行する体制又は薬剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有している。

- 5) 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること

編注 2025（令和7）年9月30日までの間に限り、基準を満たしているものとみなす。（2024. 3. 5 厚労省知）

- 6) 医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合で合せて、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。）が、45%以上であること。

- 7) (6)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

- 8) 医療DX推進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・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に掲示していること。

具体的には次に掲げる事項を掲示していること。

ア 医師等が診療を実施する診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施している保険医療機関であること

イ マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。

ウ 電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療DXにかかる取組を実施している保険医療機関であること。

## 編注

① 2025（令和7）年9月30日までの間に限り、ウの事項について、掲示を行っているものとみなす。

② ア～ウの事項は、まとめて掲示しても差し支えない。（2024. 3. 28 厚労省事務連絡）

- 9) (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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

編注 2025（令和7）年5月31日までの間に限り、

			<p>当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>10 マイナポータル上の医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。</p> <p><b>2 医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準</b></p> <p>(1) 1の(1)から(5)まで及び(8)から(10)までの基準を満たすこと。</p> <p>(2) 医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、30%以上であること。</p> <p>(3) (2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</p> <p><b>3 医療DX推進体制整備加算3に関する施設基準</b></p> <p>(1) 1の(1)から(5)まで、(8)及び(9)の基準を満たすこと。</p> <p>(2) 医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、15%以上であること。</p> <p>(3) (2)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和6年1月1日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15%」とあるのは「12%」とすることができる。</p> <p>(4) (2)について、医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</p> <p><b>4 医療DX推進体制整備加算4に関する施設基準</b></p> <p>(1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び(8)から(10)まで（(8)のウの電子処方箋に係る事項を除く。）の基準を満たすこと。</p> <p>(2) 医療DX推進体制整備加算4を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、45%以上であること。</p> <p>(3) (2)について、医療DX推進体制整備加算4を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</p> <p><b>5 医療DX推進体制整備加算5に関する施設基準</b></p> <p>(1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び(8)から(10)まで（(8)のウの電子処方箋に係る事項を除く。）の基準を満たすこと。</p> <p>(2) 医療DX推進体制整備加算5を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、30%以上であること。</p> <p>(3) (2)について、医療DX推進体制整備加算5を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</p> <p><b>6 医療DX推進体制整備加算6に関する施設基準</b></p> <p>(1) 1の(1)から(3)まで、(5)、(8)（ウの電子処方箋に係る事項を除く。）及び(9)の基準を満たすこと。</p> <p>(2) 医療DX推進体制整備加算6を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、15%以上であること。</p> <p>(3) (2)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和6年1月1日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日ま</p>
--	--	--	---

			<p>での間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15%」とあるのは「12%」とすることができる。</p> <p>④ (2)について、医療DX推進体制整備加算6を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</p>
179 ■	右段上から 16行目	<p>(17) 医療情報取得加算（3月に1回）</p> <p><u>医療情報取得加算3</u>            <u>2点</u></p> <p><u>医療情報取得加算4</u>            <u>1点</u></p>	(17) 医療情報取得加算（3月に1回） <u>1点</u>
181 ■	右段上から 18行目	<p>(19) 医療情報取得加算</p> <p>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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算<u>3</u>として、3月に1回に限り<u>2</u>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おいては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(19) 医療情報取得加算</p> <p>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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り<u>1</u>点を所定点数に加算する。</p>

204 ■	右段下から 18行目	<p>(10) 医療情報取得加算 <b>3・4</b> 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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算<b>3</b>として、3月に1回に限り<b>2</b>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おいては、医療情報取得加算<b>4</b>として、3月に1回に限り<b>1</b>点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(10) 医療情報取得加算 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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り<b>1</b>点を所定点数に加算する。</p>																																						
225	B001・37 慢性腎臓病 透析予防指 導管理料の 「併せて算 定できない もの」欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来<b>集団</b>栄養食事指導料</li> <li>・集団栄養食事指導料</li> <li>・在宅時医学総合管理料</li> <li>・施設入居時等医学総合管理料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来栄養食事指導料</li> <li>・集団栄養食事指導料</li> <li>・在宅時医学総合管理料</li> <li>・施設入居時等医学総合管理料</li> </ul>																																						
465 ■	右上編注部 分を右に差 替え	<p><b>【「摘要」欄にコードが設けられている事項】</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="308 741 400 797">診療行為名称</th> <th data-bbox="400 741 1031 797">記載事項</th> <th data-bbox="1031 741 1161 797">コード</th> <th data-bbox="1161 741 1509 797">レセプト表示文言</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="308 797 400 1518">長期収載品の選定療養に関する取扱い</td> <td data-bbox="400 797 1031 1518"> <p>(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。</p> <p>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。</p> <p>① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。</p> <p>② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。</p> <p>③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。</p> <p>④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。</p> </td> <td data-bbox="1031 797 1161 1518"> <p>820101320</p> <p>820101321</p> <p>820101322</p> <p>820101323</p> <p>820101324</p> </td> <td data-bbox="1161 797 1509 1518"> <p>長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため</p> <p>患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため</p> <p>学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため</p> <p>剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため</p> <p>後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため</p> </td> </tr> </tbody> </table> <p><b>編注</b> 2024年10月1日より、長期収載医薬品の保険給付に係る選定療養が導入され、在宅医療に係る薬剤料も対象となる(選定療養については、⇒ P.1038)。</p>		診療行為名称	記載事項	コード	レセプト表示文言	長期収載品の選定療養に関する取扱い	<p>(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。</p> <p>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。</p> <p>① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。</p> <p>② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。</p> <p>③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。</p> <p>④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。</p>	<p>820101320</p> <p>820101321</p> <p>820101322</p> <p>820101323</p> <p>820101324</p>	<p>長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため</p> <p>患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため</p> <p>学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため</p> <p>剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため</p> <p>後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため</p>																														
診療行為名称	記載事項	コード	レセプト表示文言																																						
長期収載品の選定療養に関する取扱い	<p>(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。</p> <p>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。</p> <p>① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。</p> <p>② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。</p> <p>③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。</p> <p>④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。</p>	<p>820101320</p> <p>820101321</p> <p>820101322</p> <p>820101323</p> <p>820101324</p>	<p>長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため</p> <p>患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため</p> <p>学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため</p> <p>剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため</p> <p>後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため</p>																																						
512	往診料と緊急 往診加算、夜 間・休日往診 加算、深夜往 診加算の表	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">区 分</th> <th>その他の 医療機関</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">昼 間</td> <td>720</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">別に 定める 患者 (④ ③)</td> <td>診療従事者の緊急往診</td> <td>1,045</td> </tr> <tr> <td>夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)</td> <td>1,045</td> </tr> <tr> <td>休日(日・祝日、12/29~1/3)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">深 夜</td> <td>2,020</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(午後10時から午前6時)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	区 分		その他の 医療機関	昼 間		720	別に 定める 患者 (④ ③)	診療従事者の緊急往診	1,045	夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)	1,045	休日(日・祝日、12/29~1/3)		深 夜		2,020	(午後10時から午前6時)			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">区 分</th> <th>その他の 医療機関</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">昼 間</td> <td>720</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">別に 定める 患者 (④ ③)</td> <td>診療従事者の緊急往診</td> <td>1,045</td> </tr> <tr> <td>夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)</td> <td>1,370</td> </tr> <tr> <td>休日(日・祝日、12/29~1/3)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">深 夜</td> <td>2,020</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(午後10時から午前6時)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	区 分		その他の 医療機関	昼 間		720	別に 定める 患者 (④ ③)	診療従事者の緊急往診	1,045	夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)	1,370	休日(日・祝日、12/29~1/3)		深 夜		2,020	(午後10時から午前6時)		
区 分		その他の 医療機関																																							
昼 間		720																																							
別に 定める 患者 (④ ③)	診療従事者の緊急往診	1,045																																							
	夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)	1,045																																							
	休日(日・祝日、12/29~1/3)																																								
深 夜		2,020																																							
(午後10時から午前6時)																																									
区 分		その他の 医療機関																																							
昼 間		720																																							
別に 定める 患者 (④ ③)	診療従事者の緊急往診	1,045																																							
	夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)	1,370																																							
	休日(日・祝日、12/29~1/3)																																								
深 夜		2,020																																							
(午後10時から午前6時)																																									
526 ■	右段上から4 行目	在宅医療DX情報活用加算 届(月1回) <b>10点</b>	(2025年4月適用) 在宅医療DX情報活用加算 届(月1回) <b>在宅医療DX情報活用加算1 11点</b> <b>在宅医療DX情報活用加算2 9点</b>																																						

528 ■	左段下から 18 行目	在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り 10 点を所定点数に加算する。	(2025年4月適用) 在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り 当該基準に係る区分に従い所定点数に加算する。																
533 ■	左段下から 1 行目	在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り 10 点を所定点数に加算する。	(2025年4月適用) 在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り 当該基準に係る区分に従い所定点数に加算する。																
536 ■	3 行目から	<p>【告示】(略) 【通知】 (1)~(3) 略 (4) 電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有している。 (5)~(7) 略</p> <p>編注 ① (4)の電子処方箋の発行体制については、2025年3月31日までの間に限り、(5)の電子カルテ情報共有サービスの活用については2025年9月30日までの間に限り、それぞれの基準を満たすとみなされる。 ② 2025年9月30日までの間に限り、(6)のウの事項について、掲示を行っているものとみなされる。 ③ (7)のウェブサイトへの掲載については、2025年5月31日までの間に限り、当該基準を満たすとみなされる。 ④ (3)の居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用については、経過措置は設けられていないため、届出にあたっては当該システムを導入の上、届け出る必要がある。</p>	<p>(2025年4月適用) <b>在宅医療DX情報活用加算 1</b> 【告示】(略) 【通知】 (1)~(3) 略 (4) 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。 (5)~(7) 略</p> <p><b>在宅医療DX情報活用加算 2</b> 【告示】(略) 【通知】 1の(1)から(3)まで及び(5)から(7)まで((6)のウの電子処方箋に係る事項を除く)の基準を満たすこと。</p> <p>編注 ① (5)の電子カルテ情報共有サービスの活用については2025年9月30日までの間に限り基準を満たすとみなされる。 ② 2025年9月30日までの間に限り、(6)のウの事項について、掲示を行っているものとみなされる。 ③ (7)のウェブサイトへの掲載については、2025年5月31日までの間に限り、当該基準を満たすとみなされる。 ④ (3)の居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用については、経過措置は設けられていないため、届出にあたっては当該システムを導入の上、届け出る必要がある。</p>																
539 ■	上から 22 及び 29 行目	在宅医療DX情報活用加算 届(月1回) 10 点	(2025年4月適用) 在宅医療DX情報活用加算 届(月1回) <b>在宅医療DX情報活用加算 1</b> 11 点 <b>在宅医療DX情報活用加算 2</b> 9 点																
533	中見出し部分の番号修正	<p>(16) 患者1人当たりの平均訪問診療回数が12回以上の場合の取扱い (17) 在宅医療DX情報活用加算 (18) 往診の翌日の訪問診療の取扱い (19) 患者における診療時間が1時間を超える・・・ (20) 患者の負担とする交通費は実費とする。</p>	<p>(17) 患者1人当たりの平均訪問診療回数が12回以上の場合の取扱い (18) 在宅医療DX情報活用加算 (19) 往診の翌日の訪問診療の取扱い (20) 患者における診療時間が1時間を超える・・・ (21) 患者の負担とする交通費は実費とする。</p>																
558	表の一番右の列の上位4項目	<table border="1"> <tr> <td>820100626</td> <td>該当する状態(包括的支援加算): 1-2 要介護3</td> </tr> <tr> <td>820100627</td> <td>該当する状態(包括的支援加算): 1-3 要介護4</td> </tr> <tr> <td>820100628</td> <td>該当する状態(包括的支援加算): 1-4 要介護5</td> </tr> <tr> <td>820100629</td> <td>該当する状態(包括的支援加算): 1-5 障害支援区分2以上</td> </tr> </table>	820100626	該当する状態(包括的支援加算): 1-2 要介護3	820100627	該当する状態(包括的支援加算): 1-3 要介護4	820100628	該当する状態(包括的支援加算): 1-4 要介護5	820100629	該当する状態(包括的支援加算): 1-5 障害支援区分2以上	<table border="1"> <tr> <td>820100626</td> <td>該当する状態(包括的支援加算): 1-1 要介護3</td> </tr> <tr> <td>820100627</td> <td>該当する状態(包括的支援加算): 1-2 要介護4</td> </tr> <tr> <td>820100628</td> <td>該当する状態(包括的支援加算): 1-3 要介護5</td> </tr> <tr> <td>820100629</td> <td>該当する状態(包括的支援加算): 1-4 障害支援区分2以上</td> </tr> </table>	820100626	該当する状態(包括的支援加算): 1-1 要介護3	820100627	該当する状態(包括的支援加算): 1-2 要介護4	820100628	該当する状態(包括的支援加算): 1-3 要介護5	820100629	該当する状態(包括的支援加算): 1-4 障害支援区分2以上
820100626	該当する状態(包括的支援加算): 1-2 要介護3																		
820100627	該当する状態(包括的支援加算): 1-3 要介護4																		
820100628	該当する状態(包括的支援加算): 1-4 要介護5																		
820100629	該当する状態(包括的支援加算): 1-5 障害支援区分2以上																		
820100626	該当する状態(包括的支援加算): 1-1 要介護3																		
820100627	該当する状態(包括的支援加算): 1-2 要介護4																		
820100628	該当する状態(包括的支援加算): 1-3 要介護5																		
820100629	該当する状態(包括的支援加算): 1-4 障害支援区分2以上																		
565 ■	右段下から 19 行目	在宅医療DX情報活用加算 届(月1回) 10 点	在宅医療DX情報活用加算 届(月1回) <b>在宅医療DX情報活用加算 1</b> 11 点 <b>在宅医療DX情報活用加算 2</b> 9 点																
566 ■	左段下から 10 行目	在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り 10 点を所定点数に加算する。	(2025年4月適用) 在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り 当該基準に係る区分に従い所定点数に加算する。																
604	在宅患者訪問点滴注射管理指導料表中「含まれる費用」欄	・・・及び在宅悪性腫瘍患者指導管理料	・・・、在宅麻薬等注射指導管理料、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、在宅強心剤持続投与指導管理料																

639 ■	左段上から 4 行目	っており、地域支援体制加算又は在宅 <b>患者調剤</b> 加算…	っており、地域支援体制加算又は在宅 <b>薬学総合体制</b> 加算…
656	上から 16 行目	… <b>在宅悪性腫瘍等患者指導管理料</b> の対象となる。	… <b>在宅腫瘍化学療法注射指導管理料</b> の対象となる。
810	右段下から 9 行目の下に右を追加	<b>ウ 本検査は、関連学会の定める指針に従って実施する。</b>	
817		<p>(誤) レセ記載(3)(4)(7) ↓  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           除菌後感染診断 ※各点数の算定時に求められるレセ記載も必要            前ページの①～⑦のいずれか            ※除菌前が④の場合は除菌後も④を行う         </div> </p> <p>(正) レセ記載(3)(4)(7) ↓  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           除菌後感染診断 ※各点数の算定時に求められるレセ記載も必要            前ページの①～⑦のいずれか  <b>※除菌後に④を行う場合は除菌前に④を行っている必要がある</b> </div> </p>	
833	左段下から 16 行目	(5) 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 <b>(270 点)</b>	(5) 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 <b>(262 点)</b>
834	右段上から 7 行目	(9) HPV 核酸検出 <b>画</b> <b>(350 点)</b> 、HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) <b>画</b> <b>(352 点)</b>	(9) HPV 核酸検出 <b>画</b> <b>(347 点)</b> 、HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) <b>画</b> <b>(347 点)</b>
837	右段下から 16 行目	サイトメガロウイルス核酸検出 <b>(825 点)</b>	サイトメガロウイルス核酸検出 <b>(801 点)</b>
841	右段上から 8 行目	(3) 大腸菌ベロトキシン定性 <b>(189 点)</b>	(3) 大腸菌ベロトキシン定性 <b>(184 点)</b>
919	下から 21 行目	1 回につき <b>所定点数に</b> 70 点とする。	1 回につき 70 点とする。
942	表下右段上から 5 行目	… MRI <b>影響</b> について、…	… MRI <b>撮影</b> について、…
1008	下段「明細書記載の要点 (入院)」(6) の下に右を挿入	<b>【「摘要」欄にコードが設けられている事項】</b>	
1011	下から 11 行目	<b>(17)</b> のアに掲げる要件を満たす。	<b>(19)</b> のアに掲げる要件を満たす。

1023 1077 共通 ■	表中「長期収載品の選定療養に関する取扱い」欄を右に差替え	<p>長期収載品の選定療養に関する取扱い</p> <p>(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。))</p> <p>医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。</p> <p>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。</p> <p>① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上必要があると医師が判断する場合。</p> <p>② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上必要があると判断する場合。</p> <p>③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上必要があると判断する場合。</p> <p>④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。</p>	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため								
			820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため								
			820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため								
			820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため								
			820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため								
1068	左段下から 11 行目	…入院外の患者に限り、 <b>50</b> 点で算定する。	…入院外の患者に限り、 <b>53</b> 点で算定する。									
1117 ■	表中「フェインジェクト静注 500mg」を右に差し替え	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="311 1016 885 1070">記載事項</th> <th data-bbox="901 1016 1109 1070">レセプト電算処理システム用コード</th> <th data-bbox="1109 1016 1530 1070">左記コードによるレセプト表示文言</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="311 1070 885 1189">—(本製剤投与前の血中 Hb 値及び血中 Hb 値が 8.0g/dL 以上の場合)、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。</td> <td data-bbox="901 1070 1109 1137"><b>830600194</b></td> <td data-bbox="1109 1070 1530 1137"><b>投与前の血中 Hb 値 (フェインジェクト静注 500mg) ; *****</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="901 1137 1109 1189">830600071</td> <td data-bbox="1109 1137 1530 1189">投与が必要と判断した理由 (フェインジェクト静注 500mg) ; *****</td> </tr> </tbody> </table>	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	—(本製剤投与前の血中 Hb 値及び血中 Hb 値が 8.0g/dL 以上の場合)、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	<b>830600194</b>	<b>投与前の血中 Hb 値 (フェインジェクト静注 500mg) ; *****</b>		830600071	投与が必要と判断した理由 (フェインジェクト静注 500mg) ; *****	
記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言										
—(本製剤投与前の血中 Hb 値及び血中 Hb 値が 8.0g/dL 以上の場合)、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	<b>830600194</b>	<b>投与前の血中 Hb 値 (フェインジェクト静注 500mg) ; *****</b>										
	830600071	投与が必要と判断した理由 (フェインジェクト静注 500mg) ; *****										
1120 ■	表中「モノヴァー静注 500mg モノヴァー静注 1000mg」を右に差し替え	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="311 1234 885 1288">記載事項</th> <th data-bbox="901 1234 1109 1288">レセプト電算処理システム用コード</th> <th data-bbox="1109 1234 1530 1288">左記コードによるレセプト表示文言</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="311 1288 885 1406">—(本製剤投与前の血中 Hb 値及び血中 Hb 値が 8.0g/dL 以上の場合)、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。</td> <td data-bbox="901 1288 1109 1355"><b>830600195</b></td> <td data-bbox="1109 1288 1530 1355"><b>投与前の血中 Hb 値 (モノヴァー静注 500mg) ; *****</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="901 1355 1109 1429">830600176</td> <td data-bbox="1109 1355 1530 1429">投与が必要と判断した理由 ((モノヴァー静注 500mg) ; *****</td> </tr> </tbody> </table>	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	—(本製剤投与前の血中 Hb 値及び血中 Hb 値が 8.0g/dL 以上の場合)、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	<b>830600195</b>	<b>投与前の血中 Hb 値 (モノヴァー静注 500mg) ; *****</b>		830600176	投与が必要と判断した理由 ((モノヴァー静注 500mg) ; *****	
記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言										
—(本製剤投与前の血中 Hb 値及び血中 Hb 値が 8.0g/dL 以上の場合)、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	<b>830600195</b>	<b>投与前の血中 Hb 値 (モノヴァー静注 500mg) ; *****</b>										
	830600176	投与が必要と判断した理由 ((モノヴァー静注 500mg) ; *****										
1130 ■	表中「記載事項」欄上から 3 行目、下から 6 行目	③を記載できない場合は、・・・	1129 頁の「記載事項」欄 1) ~7) を記載できない場合は、・・・									
1135	右団下から 14 行目	② 提供する文書は、別紙様式 21 の 6 に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する。	② ①の「リハビリテーション計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等」について、当該計画書以外で「等」に該当する文書は、別紙様式 21 の 6 に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する。									
1147 ■	上から 2 行目	入院中の患者以外の患者について、各年 <b>6月1日</b> から 7 日までの・・・	入院中の患者以外の患者について、各年 <b>7月1日</b> から 7 日までの・・・									
1165 ■	上から 5 行目	なお、 <b>心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1) (P.1156) の例により</b> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <b>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1) (P.1156) の例により</b> 、専任の常勤医師数に算入することができる。									



1166 ■	上から 18 行 目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)（☞ P.1156）の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)（☞ P.1156）の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。
1167 ■	上から 3 行目	なお、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)（☞ P.1156）の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。
1167 ■	下から 4 行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。
1188 ■	上から 3 行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーションの経験を有する非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。
1189 ■	下から 17 行 目	(1) <u>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)を満たしている。</u>	(1) <u>当該保険医療機関において、専任の常勤医師が 1 名以上勤務している。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。</u>
1191	上から 14 行 目	45 点・・・※早期リハ加算と併算定可	45 点・・・※早期リハ加算、急性期リハ加算と併算定可
1198 ■	上から 3 行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている呼吸器リハビリテーションの経験を有する非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお <u>週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。
1199 ■	上から 3 行目	(1) <u>呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)を満たしている。</u>	(1) <u>当該保険医療機関において、専任の常勤医師が 1 名以上勤務していること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。</u>
1200	上から 23 行 目	45 点・・・※早期リハ加算と併算定可	45 点・・・※早期リハ加算、急性期リハ加算と併算定可
1221 ■	下から 24 行 目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。
1224 ■	下から 22 行 目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。
1227 ■	下から 17 行 目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る）を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(1)の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。

1230	下から 5 行目	なお、 <b>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(Ⅰ)の例により</b> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <b>週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、</b> 所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている <b>専任の非常勤医師（認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準通知(Ⅰ)の例により</b> 、専任の常勤医師数に算入することができる。
1617	<参考>表の「区分」段「2」列	⑤坐位における脳脊髄手術 ⑥ <b>低血圧麻酔</b> ⑦ <b>低体温麻酔</b>	⑤坐位における脳脊髄手術 ⑥低体温麻酔
1263	上から 8 行目	ア <b>1、2 又は 3 に規定する各加算</b> に係る届出を行っている保険医療機関である。	ア <b>児童思春期精神科専門管理加算、療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算</b> に係る届出を行っている保険医療機関である。
1512	右段上から 13 行目	通 18 縫 (6 個限度) 92,000 点	通 18 縫 (8 個限度) 92,000 点
1515	左段上から 17 行目～  27 行目～  36 行目～	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの 縫 (6 個限度) 脊 1 122,540 点 2 胸部、腹部の操作によるもの 縫 (6 個限度) 脊 1 101,490 点 (.....) K529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 通 5 通 18 脊 1 音 縫 (6 個限度) 吻 (1 個限度) (.....) K529-3 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 通 5 通 18 脊 1 縫 (6 個限度)	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの 縫 (8 個限度) 脊 1 122,540 点 2 胸部、腹部の操作によるもの 縫 (8 個限度) 脊 1 101,490 点 (.....) K529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 通 5 通 18 脊 1 音 縫 (8 個限度) 吻 (1 個限度) (.....) K529-3 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 通 5 通 18 脊 1 縫 (8 個限度)
1537	左段上から 17 ～18 行目	<b>6 内視鏡的逆流防止粘膜切除術</b> 通 4 12,000 点	削除 (K653-6 として独立したため。右段上から 5 行目)
1682	ページ最後に追加	※ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届出する場合の専用届出様式が新たに追加された。本資料の末尾に掲載する。	
1690	右段最下行	② (1)かかわらず、	② (1)にかかわらず、
1701	表の下から 9 行目、右列	○ (ただし、往診時に行う場合は当該療法が必要な理由を診療録に記載する)	○ (ただし、往診時に行う場合は当該療法が必要な理由を診療録に記載する) <b>(児童心理治療施設では算定不可)</b>
1770	下から 1 行目	編注 介護老人保健施設入所者に係る取り扱い→ P.1863	編注 介護老人保健施設入所者に係る取り扱い→ P.1683
1777	右段下から 17 行目	小規模多機能型居宅介護 <b>事務所</b> 、・・・	小規模多機能型居宅介護 <b>事業所</b> 、・・・

入院分冊 (P1969～)			
1970	左段上から 11 行目	第 2 款 筋骨格系・ <b>四肢</b> ・体幹	第 2 款 筋骨格系・ <b>四肢</b> ・体幹
2023	左側上から 22 行目～右側上から 3 行目まで	④ 「注 11」の規定により、A101 療養病棟入院料 1 の入院料 A から入院料 F のいずれかを算定する場合にあっては、 <b>定期的（少なくとも月に 1 回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式 2 (⇨P.1984) 又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ、十分な説明を行うとともに診療録に添付する。</b>	削除
2057	上から 2 行目と 3 行目の間に右を挿入	「医療区分・ADL 区分等に係る評価票（療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料）」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。 なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。ただし、判定以降に患者の状態等の変化がない場合には、診療録に記載しなくても良いが、状態等の変化が見られた場合には診療録にその根拠を記載すること。	
2058	下から 4 行目	I 算定期間に限りがない区分	II 算定期間に限りがない区分
2059	上から 15 行目	<b>【算定期間に限りがない区分】</b>	削除

2059	下から9行目	留意点 J045人工呼吸の「35時間を超えた場合(1日につき)」を算定している場合に限る。	留意点 J045人工呼吸の「35時間を超えた場合(1日につき)」を算定している場合に限る。
2060	上から14行目 ～15行目	本項目に該当する。なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載する。	本項目に該当する。なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載する。
2061	下から9行目の次に右を挿入	○項目31. 欠番	
2061 ～ 2063	項目番号	○項目31. 中心静脈栄養(…) ○項目32. 人工腎臓、… ○項目33. 肺炎に対する治療 ○項目34. 褥瘡に対する治療(… ○項目35. 末梢循環障害による… ○項目36. うつ症状に対する治療 ○項目37. 1日8回以上の喀痰吸引 ○項目38. 気管切開又は… ○項目39. 創傷(… ○項目40. 酸素療法(…	○項目32. 中心静脈栄養(… ○項目33. 人工腎臓、… ○項目34. 肺炎に対する治療 ○項目35. 褥瘡に対する治療(… ○項目36. 末梢循環障害による… ○項目37. うつ症状に対する治療 ○項目38. 1日8回以上の喀痰吸引 ○項目39. 気管切開又は… ○項目40. 創傷(… ○項目41. 酸素療法(…
2064	右段上から16行目	⑨ 中心静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、令和6年6月1日以前より当該病棟において中心静脈栄養を実施している場合は当面の間、処置等に係る医療区分3として取り扱う。(2024.3.28厚労省事務連絡)	⑨ 令和6年6月1日以前の中心静脈栄養を開始した日から起算して30日を超えている場合、令和6年6月1日以降は、処置等に係る医療区分2として評価する。ただし、令和6年3月31日時点において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であって、中心静脈栄養を実施している患者については、当面の間、処置等に係る医療区分3として取り扱う。(2024.3.28厚労省事務連絡)
2066	評価票の項番13	86に該当、かつ、1～40(13を除く。)に1項目以上該当する場合	86に該当、かつ、1～41(13及び31を除く。)に1項目以上該当する場合
2066	評価票の項番30の次に右を追加する	30 他者に対する暴行が毎日認められる場合 処置等に係る医療区分2	30 他者に対する暴行が毎日認められる場合 31 86に該当、かつ1～40(13を除く。)に該当しない場合 処置等に係る医療区分2
2066	評価票の項番	31～40	32～41
2066	評価票の項番41	86に該当、かつ、1～40(13を除く。)に該当しない場合	削除
2067	上から4行目 上から14行目 下から2行目	1 2 3 4 5 6 7 8 9 #	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
2099	上から7行目	① (1)のイに該当する病棟であって、…	① (1)のイの①に該当する病棟であって、…
2156	左段囲み「注に掲げる加算」	注3 夜間看護体制加算 60点 注4 看護補助体制充実加算 5点	注3 夜間看護体制加算 71点 注4 看護補助体制充実加算 1 20点 看護補助体制充実加算 2 5点
2156	右段上から18行目	イ 看護補助体制充実加算 120点 ロ 看護補助体制充実加算 25点	イ 看護補助体制充実加算 1 20点 ロ 看護補助体制充実加算 2 5点
2178	下から3行目 下から9行目	ハ 看護補助加算1の②及び④を満たす。	ハ 看護補助加算1のロ及びニを満たす。
2203	下から13行目	A226-4 小児緩和ケア診療加算(小児緩和)	A226-4 小児緩和ケア診療加算(小児緩和) 〇
2358 ■	上から16行目	…特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度…	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度…
2441	下から11行目	ロ 在宅患者支援病床初期加算 (1) 介護老人保健施設からの入院患者 500点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又は自宅からの入院患者 400点	ロ 在宅患者支援病床初期加算 (1) 介護老人保健施設からの入院患者 ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関でC004-2救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者 580点 ② ①の患者以外の患者 480点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又は自宅からの入院患者 ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関でC004-2救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者 480点 ② ①の患者以外の患者 380点
2462 ■	下から13行目	(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準 (1) のイから才を満たす。 (3) 看護補助体制充実加算3の施設基準 (1) のウ及びエを満たす。	カ 11の(1)～(4)までを満たしている。 (2) 看護補助体制充実加算2の施設基準 (1) のイから力を満たす。 (3) 看護補助体制充実加算3の施設基準 (1) のウ、エ及び力を満たす。
2511 ■	右欄下から12行目	…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、…	…1補助体制加算に限る。)、地域加算、…

2513	右欄下から1行目	精神病薬を全て「摘要」欄に記載する。	精神病薬を全て「摘要」欄に記載する。(830100922)
2552	左欄下から4行目と3行目の間に右を追加	<b>【注】</b> 在宅患者支援病床初期加算の算定の対象は、例えば、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合など、患者の年齢や疾患に関わらず、意思決定に対する支援が必要な患者であって、医師の医学的判断によるものとなる。 <b>(2024. 3. 28 厚労省事務連絡)</b>	
2604	下段のAの表	A 一般的な診断群分類 <b>1,688 分類</b>	A 一般的な診断群分類 <b>718 分類</b>
2605	上段のBの表	B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類 <b>257 分類</b>	B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類 <b>1,212 分類</b>
2605	下段のCの表	C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類 <b>236 分類</b>	C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類 <b>229 分類</b>
2606	上段のDの表	D 高額薬剤や手術等に係る診断群分類 <b>153 分類</b>	D 高額薬剤や <b>短期滞在</b> 手術等に係る診断群分類 <b>142 分類</b>

■外来・在宅ベースアップ評価料（I）のみを届出する場合の専用届出様式

【外来・在宅ベースアップ評価料（I）の施設基準に係る届出添付書類】

別添  
外来・在宅ベースアップ評価料(I)  
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)
 の施設基準に係る届出書添付書類

以下について確認の上、□を記載すること

毎年8月において、前年度の改善改善の取組状況について、様式別により、「資金改善実施報告書」を作成し、報告することについて、理解しました。

◎届出に関する基本事項

1 保険医療機関に関する情報

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
所在地	
都道府県	
住所	
開設者名	
連絡先	
担当者氏名	
電話番号	

2 届出を行う評価料(届出を行う項目に□を記載すること)

外来・在宅ベースアップ評価料(I)

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)

※ 届出を届け出る保険医療機関にあっては、届出とも□を記載すること。

3 届出年月日    令和    年    月    日

◎算定に関する事項

4 ベースアップ評価料算定期間

① 届出に係る年度においてベースアップ評価料の算定を開始する月    令和    年    月

② 届出に係る年度においてベースアップ評価料の算定を終了する月(原則として3月)    令和    年    月

※ ベースアップ評価料は、届出した日Bの翌月1日(月の最初の期日)に届出した場合は、当月1日)から算定可能。

【賃金改善計画書】

別添

賃金改善計画書 (令和 年 月 日 開設者名: )

保険医療機関コード: \_\_\_\_\_

保険医療機関名: \_\_\_\_\_

1. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

(2) ベースアップ評価料算定期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※ ベースアップ評価料を算定している期間は、常にベースアップによる賃金改善を実施する必要がある。

※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当 (以下、「基本給等」という) の引上げ (以下、「ペーパー」) をいい、定期昇給は含まない。

Ⅱ-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み【(2)の期間中】

(3) 算定金額の見込み	0 円
(4) 翌年度への繰越予定額	0 円
(5) 前年度からの繰戻額 (令和7年度出払のみ記載)	0 円
(6) 算定金額の見込み (繰越額調整後) [(3)-(4)+(5)]	0 円

Ⅱ-2. 当年度における対象職員の賃金改善の見込み額【(1)の期間中】

(7) 全体の賃金改善の見込み額	0 円
(8)のうちベースアップ評価料による算定金額の見込み【(6)の算額】	0 円

Ⅲ. 対象職員 (全体) の賃金改善の見込み額に係る事項

(9) 基本給等に係る賃金改善の見込み額 (1か月分)	0 円
-----------------------------	-----

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するにも、記載内容を適切に把握していることを誓約します。

【記載上の注意】

- 本計画書において、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (1) 等」とは、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (1)」及び「外来・在宅ベースアップ評価料 (1)」のことをいう。
- 「(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、当該評価料を算定期間した月) からまでの期間をいう。
- 「(2) ベースアップ評価料算定期間」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、当該評価料を算定期間した月) から翌年の3月までの期間をいう。
- 「(6) 算定金額の見込み」については、対象職員のペーパー等及びそれに伴う賞与・時間外手当、法定福利費 (事業主負担分等を含む) 等の増加分に充て、下記の「(8) うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。
- 「(7) 全体の賃金改善の見込み額」については、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場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」との差分により判断すること。
- この際、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」については、算出が困難である保険医療機関にあっては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に推算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 「(8) 基本給等に係る賃金改善の見込み額 (1か月分)」については、【賃金改善実施期間 (1) の開始月】における対象職員 (全体) の1か月の基本給等総額の増加額の増加額を見込みを記載すること。

5 外来・在宅ベースアップ評価料 (1) 等により算定される金額の見込み

【直近1か月の算定回数 (実績)】※記載上の注意2~10参照

点数表の項目	算定回数
③ 初診料等	回
④ 再診料等	回
⑤ 訪問診療料 (同一建物以外)	回
⑥ 訪問診療料 (同一建物)	回
⑦ 初診料等	回
⑧ 再診料等	回
⑨ 歯科訪問診療料 (同一建物以外)	回
⑩ 歯科訪問診療料 (同一建物)	回

⑪ ベースアップ評価料による算定金額の前年度からの繰越予定額 円

※ 初年度出払及び前年度からの繰越がない場合は0と記載すること。

⑫ 1か月当たりの外来・在宅ベースアップ評価料 (1) 等による算定金額の見込み 0 円

(⑫の1か月当たりの金額を含む)

⑬ 賃金改善に関する事項

※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当 (以下、「基本給等」という) の引上げ (以下、「ペーパー」という) をいい、定期昇給は含まない。

※ 対象職員とは、主として医師に就する職員 (医師及び歯科医師を除く。) をいう。記載上の注意11参照。

6 賃金改善実施期間

⑭ 届出に係る年度において賃金改善を開始する月 令和 年 月

⑮ 届出に係る年度において賃金改善を終了する月 (原則として3月) 令和 年 月

※ ベースアップ評価料を算定している期間は、常にペーパー等による賃金改善を実施する必要がある。

「届出に係る年度において賃金改善を開始する月」は「届出に係る年度においてベースアップ評価料の算定を開始する月」と同じとする。

7 対象職員 (全体) の賃金改善見込み額

⑯ 対象職員 (全体) の基本給等に係る1か月の賃金改善見込み額	円
⑰ ⑯に伴う賞与・時間外手当等の増加見込み額 (原則として明細を添付して提出)	円
(参考) 法定福利費 (事業主負担分等を含む) 増加額の目安	0 円

※ 「⑯ 対象職員 (全体) の基本給等に係る1か月の賃金改善見込み額」には、⑮ 届出に係る年度において賃金改善を開始する月における対象職員 (全体) の1か月の基本給等総額の増加額の増加額を見込みを記載すること。

※ 「⑰ ⑯に伴う賞与・時間外手当等の増加見込み額」には、基本給等の増加に伴って増加する年間の賞与及び時間外手当の増加見込み額を賃金改善実施期間の月数で割った金額を記載すること。

賞与がペーパー等と連動していない場合は、⑰のうち賞与の相当分は0とする。

時間外手当等については、労働基準法等の定めに基づいて算定する必要があるが、取捨高で対象職員の時間外労働等の時間が不明である場合には、⑰のうち時間外手当等の相当分は0として計算して構わない。

※ 「(参考) 法定福利費 (事業主負担分等を含む) を含む増加額の目安」は、「⑯ 対象職員 (全体) の基本給等に係る1か月の賃金改善見込み額」及び「⑰ ⑯に伴う賞与・時間外手当等の増加見込み額」の合計額に法定福利費 (事業主負担分等を含む) の概算額として16.5%を加えた金額を計算したものであり、「⑮ 1か月当たりの外来・在宅ベースアップ評価料 (1) 等による算定金額の見込み」を上回るようにすること。ただし、翌年度の賃金の改善のために算定金額の一部を繰り越す場合には、別途の「賃金改善計画書」の「(4) 翌年度への繰越額」に計算される金額を参考に、翌年度の賃金改善計画書を作成すること。

【特掲診療料の施設基準に係る届出書】

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届出番号
------------------------	------

連絡先

担当者氏名:

電話番号:

(届出事項)

の施設基準に係る届出

**チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。**

当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

当該届出を行う前6か月間において権相規則及び権相規則並びに権相基準に基づき厚生労働大臣が定める提示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第4項及び第5項並びに第79条第1項の規定に基づき検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準に該当する入院患者数又は医師等の員数の基準及び入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

備記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。

令和  年  月  日

保険医療機関・保険薬局の所在地  
及び名称

開設者名

殿

備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □には、適合する場合「√」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

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。