

『保険診療の手引』2024 年6月版 正誤・追補 (2025.5.16)

※「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**太枠**・**マーカー**で示しています。

頁		訂正箇所		誤		正															
P1～P1968																					
5	左段上から11行目	第2款 筋骨格系・ 四肢 ・体幹				第2款 筋骨格系・ 四肢 ・体幹															
67	上から4行目	<table><tr><td>17</td><td>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料1～3</td><td>○</td><td>○</td><td>⇒P. 346</td></tr></table>				17	B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 1～3	○	○	⇒P. 346	<table><tr><td>17</td><td>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料1と3</td><td>○</td><td>○</td><td rowspan="2">⇒ P. 346</td></tr><tr><td></td><td>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料2</td><td>○</td><td>望ましい</td></tr></table>		17	B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 1と3	○	○	⇒ P. 346		B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料2	○	望ましい
17	B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 1～3	○	○	⇒P. 346																	
17	B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 1と3	○	○	⇒ P. 346																	
	B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料2	○	望ましい																		
67	上から9行目	<table><tr><td>22</td><td>C000 往診料の加算等に規定する「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」</td><td>○</td><td>○</td><td>⇒P. 479</td></tr></table>				22	C000 往診料の加算等に規定する「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」	○	○	⇒P. 479	<table><tr><td>22</td><td>C000 往診料の加算等に規定する「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」</td><td>○</td><td>＝</td><td>⇒P. 479</td></tr></table>		22	C000 往診料の加算等に規定する「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」	○	＝	⇒P. 479				
22	C000 往診料の加算等に規定する「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」	○	○	⇒P. 479																	
22	C000 往診料の加算等に規定する「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」	○	＝	⇒P. 479																	
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時間連 携 を受ける医師又は				【支援診・支援病院】24時間連 絡 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） 医療情報取得加算1 医療情報取得加算2 3点 1点				(13) 医療情報取得加算（月1回） 1点															
146 ■	右段上から12行目	(14) 医療DX推進体制整備加算（月1回） 8点				(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） 医療DX推進体制整備加算1 医療DX推進体制整備加算2 医療DX推進体制整備加算3 医療DX推進体制整備加算4 医療DX推進体制整備加算5 医療DX推進体制整備加算6 12点 11点 10点 10点 9点 8点															
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 1 として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。 ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。 (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 8点 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 1 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、 当該基準に係る区分に従い、それぞれ 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 8点 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 当該基準に係る区分に従い 所定点数に加算する。															

169	上から 3 行 目	【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 D X 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 D X 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 D X 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 D X 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。 (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 D X 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って、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 D X 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 D X 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 D X 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 D X 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、
------------	----------------------	--	--

			当該基準を満たしているものとみなす。 (10) マイナポータル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。 2 医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準 (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。 (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。 (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。 3 医療DX推進体制整備加算3に関する施設基準 (1) 1の(1)から(5)まで、(8)及び(9)の基準を満たすこと。 (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。 (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。 (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。 4 医療DX推進体制整備加算4に関する施設基準 (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。 (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。 (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。 5 医療DX推進体制整備加算5に関する施設基準 (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。 (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。 (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。 6 医療DX推進体制整備加算6に関する施設基準 (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。 (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。 (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
--	--	--	---

			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。 (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。
179 ■	右段上から 16行目	(17) 医療情報取得加算（3月に1回） <u>医療情報取得加算3</u> <u>2点</u> <u>医療情報取得加算4</u> <u>1点</u>	(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	(19) 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<u>3</u>として、3月に1回に限り<u>2点</u>を所定点数に加算する。<u>ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、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>	(19) 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<u>1点</u>を所定点数に加算する。
204 ■	右段下から 18行目	(10) 医療情報取得加算<u>3・4</u> 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点</u>を所定点数に加算する。<u>ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、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>	(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<u>1点</u>を所定点数に加算する。
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	・外来集団栄養食事指導料 ・集団栄養食事指導料 ・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料	・外来栄養食事指導料 ・集団栄養食事指導料 ・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料

465

■

右上編注部分を右に差替え

編注

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)。

【「摘要」欄にコードが設けられている事項】

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	(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。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 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。 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。 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。 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。	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

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

区 分		その他の医療機関
昼 間		720
別に定める患者 (◇③)	診療従事中の緊急往診	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 (午後10時から午前6時)	2,020

526

■

右段上から4行目

在宅医療DX情報活用加算 届(月1回) 10 点

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。

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 届(月1回)

在宅医療DX情報活用加算 1 11 点

在宅医療DX情報活用加算 2 9 点

(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。

(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	【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 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、<u>それぞれの</u>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。	(2025 年 4 月適用) 在宅医療 D X 情報活用加算 1 【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 在宅医療 D X 情報活用加算 2 【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。 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。																
539 ■	上から 22 及び 29 行目	在宅医療 D X 情報活用加算 届 (月 1 回) 10 点	(2025 年 4 月適用) 在宅医療 D X 情報活用加算 届 (月 1 回) 在宅医療 D X 情報活用加算 1 11 点 在宅医療 D X 情報活用加算 2 9 点																
533	中見出し部分の番号修正	(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 D X 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。	(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 D X 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。																
558	表の一番右の列の上位 4 項目	<table><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><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 D X 情報活用加算 届 (月 1 回) 10 点	在宅医療 D X 情報活用加算 届 (月 1 回) 在宅医療 D X 情報活用加算 1 11 点 在宅医療 D X 情報活用加算 2 9 点																
566 ■	左段下から 10 行目	在宅医療 D X 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 D X 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患者調剤加算・・・	っており、地域支援体制加算又は在宅薬学総合体制加算・・・																
656	上から 16 行目	・・・在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の対象となる。	・・・在宅腫瘍化学療法注射指導管理料の対象となる。																
810	右段下から 9 行目の下に右を追加	ウ 本検査は、関連学会の定める指針に従って実施する。																	

817		(誤) レセ記載(3)(4)(7) 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	
		(正) レセ記載(3)(4)(7) 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	
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 (270 点)	(5) 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 (262 点)
834	右段上から 7 行目	(9) HPV 核酸検出(図) (350 点)、HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) (図) (352 点)	(9) HPV 核酸検出(図) (347 点)、HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) (図) (347 点)
837	右段下から 16 行目	サイトメガロウイルス核酸検出 (825 点)	サイトメガロウイルス核酸検出 (801 点)
841	右段上から 8 行目	(3) 大腸菌ペロトキシン定性 (189 点)	(3) 大腸菌ペロトキシン定性 (184 点)
919	下から 21 行目	1 回につき 所定点数に 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 影響について、・・・	・・・MRI 撮影について、・・・
1008	下段「明細書記載の要点 (入院)」(6)の下に右を挿入	【「摘要」欄にコードが設けられている事項】	
1011	下から 11 行目	(17) のアに掲げる要件を満たす。	(19) 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	長期収載品の選定療養に関する取扱い (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。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 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。 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。 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。 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。	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、50 点で算定する。	…入院外の患者に限り、53 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	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。	830600194	投与前の血中 Hb 値 (フェインジェクト 静注 500mg) ; *****
			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	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。	830600195	投与前の血中 Hb 値 (モノヴァー静注 500mg) ; *****
			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 <u>6月1日</u> か ら 7 日までの・・・		入院中の患者以外の患者について、各年 <u>7月1日</u> か ら 7 日までの・・・
1165 ■	上から 5 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。
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、 <u>急性期リハ加算</u> 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(11)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(11)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(11)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、 <u>急性期リハ加算</u> 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(11)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(11)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(11)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(11)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(11)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(11)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、<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(11)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（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、<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（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(11)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。
1617	<参考>表の「区分」段「2」列	⑤坐位における脳脊髄手術 ⑥<u>低血圧麻酔</u> ⑦低体温麻酔	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 <u>1、2 又は 3 に規定する各加算</u> に係る届出を行っている保険医療機関である。	ア <u>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</u> 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	<u>通 18</u> <u>縫</u> (<u>6</u> 個限度) 92,000 点	<u>通 18</u> <u>縫</u> (<u>8</u> 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 <u>縫</u> (<u>6</u> 個限度) <u>脊 1</u> 122,540 点 2 胸部、腹部の操作によるもの <u>縫</u> (<u>6</u> 個限度) <u>脊 1</u> 101,490 点 (・・・・・・・・) K529 - 2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 <u>通 5</u> <u>通 18</u> <u>脊 1</u> <u>音</u> <u>縫</u> (<u>6</u> 個限度) <u>吻</u> (1 個限度) (・・・・・・・・) K529-3 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 <u>通 5</u> <u>通 18</u> <u>脊 1</u> <u>縫</u> (<u>6</u> 個限度)	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの <u>縫</u> (<u>8</u> 個限度) <u>脊 1</u> 122,540 点 2 胸部、腹部の操作によるもの <u>縫</u> (<u>8</u> 個限度) <u>脊 1</u> 101,490 点 (・・・・・・・・) K529 - 2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 <u>通 5</u> <u>通 18</u> <u>脊 1</u> <u>音</u> <u>縫</u> (<u>8</u> 個限度) <u>吻</u> (1 個限度) (・・・・・・・・) K529-3 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 <u>通 5</u> <u>通 18</u> <u>脊 1</u> <u>縫</u> (<u>8</u> 個限度)
1537	左段上から 17 ～18 行目	<u>6</u> <u>内視鏡的逆流防止粘膜切除術</u> <u>通 4</u> <u>12,000 点</u>	削除（K653-6 として独立したため。右段上から 5 行目）

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^届 60 点 注 4 看護補助体制充実加算^届 5 点	注 3 夜間看護体制加算^届 71 点 注 4 看護補助体制充実加算 1^届 20 点 看護補助体制充実加算 2^届 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） ^届
2263	上から 14 行目 と 15 行目の間に右を追加	ニ ハの揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載している。	
2263	上から 15 行目	ニ 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している。	ホ 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している。
2263	下から 3 行目	(4) (3) の揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載している。	削除
2263	下から 2 行目	(5) 当該患者の急変時には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が行えるよう、連携をとっている。	(4) 当該患者の急変時には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が行えるよう、連携をとっている。
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) のイからオを満たす。 (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) まですを満たしている。 (2) 看護補助体制充実加算 2 の施設基準 (1) のイからカを満たす。 (3) 看護補助体制充実加算 3 の施設基準 (1) のウ、エ及びカを満たす。
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	注 3 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。(2024. 3. 28 厚労省事務連絡)	
2604	下段の A の表	A 一般的な診断群分類 1, 688 分類	A 一般的な診断群分類 718 分類
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 257 分類	B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類 1, 212 分類
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 236 分類	C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類 229 分類
2606	上段の D の表	D 高額薬剤や手術等に係る診断群分類 153 分類	D 高額薬剤や短期滞在手術等に係る診断群分類 142 分類

■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、①を記載すること
毎年8月において、前年度の資金改善の取組状況について、様式98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。

① 届出に関する基本事項

1 施設改善実施に関する情報

施設改善機関コード

施設改善機関名

所在地

所在地

開設者名

連絡先

代表者氏名

電話番号

2 届出を行う評価料（届出を行う項目に①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）

※ 両方を届け出る施設改善機関にあっては、両方とも①を記載すること。

3 届出年月日 令和 年 月 日

④ 施設に関する事項

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。

5 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等により算定される金額の見込み

【最近1か月間の算定回数（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

④ 再診料等

⑤ 訪問診療料（同一建物以外）

⑥ 訪問診療料（同一建物）

⑦ 初診料等

⑧ 再診料等

⑨ 歯科訪問診療料（同一建物以外）

⑩ 歯科訪問診療料（同一建物）

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

※ 初回届出時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（Ⅰ）等による算定金額の見込み

⑬ ⑪の1か月当たりの金額を含む

0 円

④ 資金改善に関する事項

※ ベースアップは、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、「ペア等」という）をいい、定期昇給は含まない。

※ 対象職員とは、主として西側に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）をいい、記載上の注意1参照。

6 資金改善実施期間

⑭ 届出に係る年度において資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資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は算定している期間は、常にペア等による資金改善を実施する必要がある。

⑯ 届出に係る年度において資金改善を開始する月（⑭）に⑮に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（⑮）以降とすること。

7 対象職員（全体）の資金改善見込み額

円

⑰ 対象職員（全体）の基本給等に係る1か月の資金改善見込み額

円

⑱ ⑯に伴う賞与、時間外手当等の増加見込み額（⑱時点で評価する場合はとれない）

0 円

（参考）法定福利費（賞与を含む）を含む増加額の目安

※ ⑯対象職員（全体）の基本給等に係る1か月の資金改善見込み額には、「⑭届出に係る年度において資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見込みを記載すること。

※ 「⑱⑲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と資金改善期間の月数で割った金額を記載すること。

賞与がペア等と連動していない場合には、⑱のうち賞与の相当分は0とすること。

時間外手当等については、労働基準法等の定めに従って支給する必要があるが、現時点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、⑱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（賞与を含む）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か月の資金改善見込み額」及び「⑱⑲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）の総額として6.5%を加えた金額を計算したものであり、「⑱1か月当たりの外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）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、前年度の資金改善の取組のために算定金額の1割を繰り越す場合には、前年度の「資金改善計画書」の「（4）前年度への繰越額」に計算される金額を参考に、前年度の資金改善計画書を作成すること。

- 12 -

書出届るに係る施設の診療料の基礎に

保険医療機関コード	届出番号
又は保険薬局コード	

聯絡先

担当者氏名:

電話

(五) 預備五題

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雇用ができません。」

当該提出を行う前6か月間において当該提出に係る事項に関し、不正又は不当な提出（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。

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

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

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。

【特掲診療料の施設基準に係る届出書】

別添

賞金改善計画書 (令和 年 年度分)

保険医療機関コード
保険医療機関名

1. 賞金改善施設機関及びベースアップ評価結果算定期間
(1) 賞金改善実施期間
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

(2) ベースアップ評価結果算定期間
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

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

※ ベースアップとは、基本給又は決まらず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、定期昇給は含まない。

2. 賞金改善施設機関による賞金金額の見込み (2) の期間中

(3) 算定金額の見込み	0 円
(4) 翌年度への継続予定額	0 円
(5) 期前昇給からの継続額 (令和7年度開始後の見込み)	0 円
(6) 算定金額の見込み (継続期間終了後) 【(3) - (4) + (5)】	0 円

3. 賞金改善施設機関による賞金金額の見込み (1) の期間中

(7) 全体の賞金改善の見込み額	0 円
(8) うちベースアップ評価による賞金金額の見込み (6) の両倍	0 円

4. 対象職員 (全体) の賞金改善の見込み額に係る事項

(9) 基本給等に係る賞金改善の見込み額 (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 本計画書において、「福利外家・在宅ベースアップ評価額 (1) 等」とは、「福利外家・在宅ベースアップ評価額 (1)」及び「外家・在宅ベースアップ評価額 (1)」のことをいう。
- 2 「(1) 賞金改善実施期間」は、原則4月 (年度の途中で当該評価額の算定期間出を行う場合、当該評価額を算定期間とした月) から翌年の3月までの期間をいう。
- 3 「(2) ベースアップ評価結果算定期間」は、原則4月 (年度の途中で当該評価額の算定期間出を行う場合、当該評価額を算定期間とした月) から翌年の3月までの期間をいう。
- 4 「(6) 算定金額の見込み」については、対象職員ペーパー等及びそれに伴う賞与・給付金手当、法定福利費 (事業費用区分等を含む) 等の増加分に対して、下記の「(8) うちベースアップ評価による算定期間の見込み」と同額となること。
- 5 「(7) 全体の賞金改善の見込み額」については、賞金改善実施期間において、「賞金の改善計画が実施されなかった場合の給与総額」と、「賞金の改善計画が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
- 6 この際、「賞金の改善計画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おいては、前年度の対象職員給与総額の増減を元に算出する。合理的な方法による計算として差し支えない。
- 7 「(9) 基本給等に係る賞金改善の見込み額 (1か月分)」については、「賞金改善実施期間 (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見込みを記載すること。

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。

