

『保険診療の手引』 2024 年6月版 正誤・追補 (2025.7.9)

※「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・ <u>四肢</u> ・体幹	第 2 款 筋骨格系・ <u>四肢</u> ・体幹														
50 ■	左段上から 27 行目	2 患者の提出する被保険者証	2 患者の提出し、又は提示する資格確認書														
50 ■	左段下から 2 行目	(新設)	<u>4 その他厚生労働大臣が定める方法</u> (編注) 具体的には下記が示されている (1) 患者の提示する個人番号カード及び資格情報通知書 (2) 患者の提示する個人番号カード及び当該被保険者の保険資格に係る情報を表示したマイナポータル画面（保存した PDF を含む） (3) 患者の提示する個人番号カードの利用者証明用電子証明書の有効期間が満了してから 3 カ月以内の場合、当該証明書に記録された情報を活用して当該被保険者の保険資格を確認する方法														
52 ■	左段下から 23 行目	(被保険者証の返還)	(資格確認書の返還)														
52 ■	左段下から 22 行目～	第 4 条 保険医療機関は、 <u>第 3 条第 2 号に掲げる方法</u> により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなったとき、その他正当な理由により当該患者から <u>被保険者証</u> の返還を求められたとき	第 4 条 保険医療機関は、 <u>資格確認書（書面に限る。以下この条において同じ）</u> により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなったとき、その他正当な理由により当該患者から <u>資格確認書</u> の返還を求められたとき														
66	表の項目 10	<table><tr><td>17</td><td>B00 1 (22) がん性疼痛緩和指導管理料</td><td>○</td><td>○</td><td>⇒P. 275</td></tr></table>	17	B00 1 (22) がん性疼痛緩和指導管理料	○	○	⇒P. 275	<table><tr><td>17</td><td>B00 1 (22) がん性疼痛緩和指導管理料の「<u>難治性がん性疼痛緩和指導管理加算</u>」</td><td>○</td><td>○</td><td>⇒P. 275</td></tr></table>	17	B00 1 (22) がん性疼痛緩和指導管理料の「 <u>難治性がん性疼痛緩和指導管理加算</u> 」	○	○	⇒P. 275				
17	B00 1 (22) がん性疼痛緩和指導管理料	○	○	⇒P. 275													
17	B00 1 (22) がん性疼痛緩和指導管理料の「 <u>難治性がん性疼痛緩和指導管理加算</u> 」	○	○	⇒P. 275													
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 <u>1 ～ 3</u></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 <u>1 ～ 3</u>	○	○	⇒P. 346	<table><tr><td>17</td><td>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 <u>1 と 3</u></td><td>○</td><td>○</td><td rowspan="2">⇒ P. 346</td></tr><tr><td></td><td><u>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 2</u></td><td>○</td><td><u>望ましい</u></td></tr></table>	17	B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 <u>1 と 3</u>	○	○	⇒ P. 346		<u>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 2</u>	○	<u>望ましい</u>
17	B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 <u>1 ～ 3</u>	○	○	⇒P. 346													
17	B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 <u>1 と 3</u>	○	○	⇒ P. 346													
	<u>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 2</u>	○	<u>望ましい</u>														
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><u>○</u></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」	○	<u>○</u>	⇒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><u>二</u></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」	○	<u>二</u>	⇒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」	○	<u>○</u>	⇒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」	○	<u>二</u>	⇒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】2 4 時間連 <u>携</u> を受ける医師又は	【支援診・支援病院】2 4 時間連 <u>絡</u> 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） <u>医療情報取得加算 1</u> <u>医療情報取得加算 2</u> <u>3 点</u> <u>1 点</u>	(13) 医療情報取得加算（月 1 回） <u>1 点</u>														
146 ■	右段上から 12 行目	(14) 医療 DX 推進体制整備加算（月 1 回） <u>8 点</u>	(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） <u>医療 DX 推進体制整備加算 1</u> <u>12 点</u> <u>医療 DX 推進体制整備加算 2</u> <u>11 点</u> <u>医療 DX 推進体制整備加算 3</u> <u>10 点</u> <u>医療 DX 推進体制整備加算 4</u> <u>10 点</u> <u>医療 DX 推進体制整備加算 5</u> <u>9 点</u> <u>医療 DX 推進体制整備加算 6</u> <u>8 点</u>														

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 <u>1</u> として、月 1 回に限り 3 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。</u> (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 <u>8 点</u> 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、医療情報取得加算として、月 1 回に限り <u>1</u> 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、<u>当該基準に係る区分に従い、それぞれ</u>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 <u>8 点</u> 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 <u>当該基準に係る区分に従い</u> 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っては、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っては、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		
別に定める患者 (㊦ ㊧)	診療従事中の緊急往診	720
	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）	1,045
	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

（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

在宅医療DX情報活用加算 2

11 点
9 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。

（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	【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。																

659 ■	右段上から 32 行目	(新設)	(9) インスリン イコデクの自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回行っている患者は、インスリン製剤の自己注射を1日1回以上行っている患者に準じて、所定点数を算定できる。
667 ■	右段上から 31 行目	(新設)	(5) インスリン イコデクの自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回行っている患者は、インスリン製剤の自己注射を1日1回以上行っている患者に準じて、所定点数を算定できる。
669 ■	右段最下段	(新設)	(4) インスリン イコデクの自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回行っている患者は、インスリン製剤の自己注射を1日1回以上行っている患者に準じて、所定点数を算定できる。
731	左段上から 12 行目	<u>(たとえばD276網膜中心血管圧測定)</u>	削除
810	右段下から 9 行目の下に右を追加	<u>ウ 本検査は、関連学会の定める指針に従って実施する。</u>	
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 <u>(270 点)</u>	(5) 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 <u>(262 点)</u>
834	右段上から 7 行目	(9) HPV 核酸検出 <u>■ (350 点)</u> 、HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) <u>■ (352 点)</u>	(9) HPV 核酸検出 <u>■ (347 点)</u> 、HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) <u>■ (347 点)</u>
837	右段下から 16 行目	サイトメガロウイルス核酸検出 <u>(825 点)</u>	サイトメガロウイルス核酸検出 <u>(801 点)</u>
841	右段上から 8 行目	(3) 大腸菌ベロトキシン定性 <u>(189 点)</u>	(3) 大腸菌ベロトキシン定性 <u>(184 点)</u>
919	下から 21 行目	1 回につき <u>所定点数に</u> 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 <u>影響</u> について、・・・	・・・MRI <u>撮影</u> 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	<u>【「摘要」欄にコードが設けられている事項】</u>	
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、 <u>50</u> 点で算定する。		…入院外の患者に限り、 <u>53</u> 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。	<u>830600194</u>	<u>投与前の血中 Hb 値 (フェインジェクト静注 500mg) ; *****</u>	
			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。	<u>830600195</u>	<u>投与前の血中 Hb 値 (モノヴァー静注 500mg) ; *****</u>	
			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	<u>③</u> を記載できない場合は、・・・		<u>1129 頁の「記載事項」欄 1) ～7)</u> 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(11)（⇨ 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(11)（⇨ 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(11)（⇨ 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(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。
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(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(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。
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(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>
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(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、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(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(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（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(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。
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>管 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>管 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 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)
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)にかかわらず、	(2) (1) <u>に</u> 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) <u>(児童心理治療施設では算定不可)</u>
1770	下から 1 行目	<u>編注</u> 介護老人保健施設入所者に係る取り扱い→ P. 1863	<u>編注</u> 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 <u>事務所</u> 、・・・	小規模多機能型居宅介護 <u>事業所</u> 、・・・

入院分冊 (P1969～)			
1970	左段上から 11 行目	第 2 款 筋骨格系・ <u>四肢</u> ・体幹	第 2 款 筋骨格系・ <u>四肢</u> ・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、 <u>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。</u>	削除
2057	上から 2 行目と 3 行目の間に右を挿入	「医療区分・A D L 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	<u>Ⅰ</u> 算定期間に限りがない区分	<u>Ⅱ</u> 算定期間に限りがない区分
2059	上から 15 行目	<u>【算定期間に限りがない区分】</u>	削除

2059	下から 9 行目	留意点 J 045 人工呼吸の「 <u>35 時間</u> 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 J 045 人工呼吸の「 <u>3 5 時間</u> 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	<u>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。</u>	<u>本項目に該当する。</u> <u>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。</u>
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 <u>#####</u>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 <u>10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31</u>
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 <u>届</u> <u>60 点</u> 注 4 看護補助体制充実加算 <u>届</u> <u>5 点</u>	注 3 夜間看護体制加算 <u>届</u> <u>71 点</u> 注 4 看護補助体制充実加算 <u>1 届</u> <u>20 点</u> 看護補助体制充実加算 <u>2 届</u> <u>5 点</u>
2156	右段上から 18 行目	イ 看護補助体制充実加算 <u>120 点</u> ロ 看護補助体制充実加算 <u>25 点</u>	イ 看護補助体制充実加算 <u>1</u> <u>20 点</u> ロ 看護補助体制充実加算 <u>2</u> <u>5 点</u>
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） <u>届</u>
2263	上から 14 行目 と 15 行目の間に右を追加	<u>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。</u>	
2263	上から 15 行目	<u>三 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。</u>	<u>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。</u>
2263	下から 3 行目	<u>(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。</u>	削除
2263	下から 2 行目	<u>(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。</u>	<u>(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。</u>
2358 ■	上から 16 行目	… <u>特定集中治療室</u> 用の重症度、医療・看護必要度…	<u>ハイケアユニット</u> 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 <u>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</u> 580 点 ② <u>①の患者以外の患者</u> 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 <u>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</u> 480 点 ② <u>①の患者以外の患者</u> 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 <u>11 の (1) ～ (4) まですを満たしている。</u> (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。)、 <u>特定感染症入院医療管理加算</u> 、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。 <u>(830100922)</u>
2552	左欄下から 4 行目と 3 行目の間に右を追加	【注】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)	
2568	【4】施設基準の 1 行目	(⇒P. 25 64)	(⇒P. 25 46)
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

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

② 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（月の最初の曜日）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

※ 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

（⑪の1か月当たりの金額を含む）

0 円

⑬ 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。）をいう。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

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

⑱ ⑯に準ずる賃手、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）

（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

※ 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。

※ 「⑯⑱に準ずる賃手、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期間外労働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。

賃手がペア等と連動していない場合には、⑯のうち賃手の増加分は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算定する必要があるが、現時点で対象職員の時間外労働等の増加額が不明である場合は、⑯のうち時間外手当等の増加分は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か月の資金改善見込み額」及び「⑱に準ずる賃手、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）の増加額として6.5%を加えた金額を計算したものであり、「⑯1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、前年度の資金の改善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。

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り。）を行ったことがないこと。
- ☐ 当該届出を行う前6か月間において療育施設並びに療育施設に基づく厚生労働大臣が定める届出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70条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、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及び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。

備考1 掲記について、上記基準のすべてに適合しているもので、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。

【特掲診療料の施設基準に係る届出書】

【賃金改善計画書】

別添	賃金改善計画書（令和 年度分）
	保険医療機関コード
	保険医療機関名

Ⅰ. 賃金改善実施期及びベースアップ評価期間算定期間

- (1) 賃金改善実施期間
- | | | | |
|----------|---|----------|----------|
| 令和 年 月 日 | ～ | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
|----------|---|----------|----------|
- (2) ベースアップ評価算定期間
- | | | | |
|----------|---|----------|----------|
| 令和 年 月 日 | ～ | 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、「ベア増」という）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基本給等の見込み【(2)の期間中】

(3) 算定金額の見込み	0 円
(4) 算定年度への繰越予定額	0 円
(5) 前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）	0 円
(6) 算定金額の見込み（繰越額控除後）【(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) うちベースアップ評価料による算定金額の見込み【(6)の増分】	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
----------------------------	-----

本計画書に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】

- 本計画書において、「療科外来・在宅ベースアップ評価料（1）等」とは、「療科外来・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、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
- 「(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、当該評価料を算定開始した月）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、対象職員のベア増及びそれに伴う賞与、調整手当、法定福利費（専業主婦分等を含む）等の増加分に基き、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なかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置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。
- 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」についての算出が困難である保険医療機関においては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に算出するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 「(9) 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。

