

# 『保険診療の手引』2024年6月版 正誤・追補 (2025.12.11)

※「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												
P1~P1968															
5	左段上から 11行目	第2款 筋骨格系・ <u>四股</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)	<p><b>4 その他厚生労働大臣が定める方法</b></p> <p>(編注) 具体的には下記が示されている</p> <p>(1) 患者の提示する個人番号カード及び資格情報通知書</p> <p>(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)</p> <p>(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</p>												
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被保険者証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	17 B00 1 (22) がん性疼痛 緩和指導管理料 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ⇒P. 275	17 B00 1 (22) がん性疼痛 緩和指導管理料の「難治性がん性疼痛緩和指導管理加算」 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ⇒P. 275												
67	上から4行 目	17 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 1~3 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ⇒P. 346	17 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 1と3 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ⇒P. 346 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 2 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 望ましい												
67	上から9行 目	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」 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ⇒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」 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ⇒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) <u>医療情報取得加算1</u> <u>3点</u> <u>医療情報取得加算2</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>	<p>(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)</p> <p>(14) 医療DX推進体制整備加算(月1回)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><u>医療DX推進体制整備加算1</u></td> <td style="text-align: right;"><u>12点</u></td> </tr> <tr> <td><u>医療DX推進体制整備加算2</u></td> <td style="text-align: right;"><u>11点</u></td> </tr> <tr> <td><u>医療DX推進体制整備加算3</u></td> <td style="text-align: right;"><u>10点</u></td> </tr> <tr> <td><u>医療DX推進体制整備加算4</u></td> <td style="text-align: right;"><u>10点</u></td> </tr> <tr> <td><u>医療DX推進体制整備加算5</u></td> <td style="text-align: right;"><u>9点</u></td> </tr> <tr> <td><u>医療DX推進体制整備加算6</u></td> <td style="text-align: right;"><u>8点</u></td> </tr> </table>	<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>
<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	<p>(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。 ただし、<u>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</u>として、月 1 回に限り 1 点を所定点数に加算する。</p> <p>(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。</p>	<p>(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。</p> <p>(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。</p>
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 点を</u> 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。

## 【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。  
 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、

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%」とすることができます。  
(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。ただし、 <u>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。ただし、 <u>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。
210	左段下から2行目	イ. 再診料・外来診療料（初・再診料の <u>通則3</u> による）	イ. 再診料・外来診療料（初・再診料の <u>全般的事項P143 1 (4)</u> による）
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来<u>集団</u>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>

<p>右上編注部分を右に差替え</p> <p>465</p>	<p><b>【摘要】欄にコードが設けられている事項】</b></p> <table border="1" data-bbox="298 226 1519 1012"> <thead> <tr> <th>診療行為名称</th><th>記載事項</th><th>コード</th><th>レセプト表示文言</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>長期収載品の選定療養に関する取扱い</td><td> <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>820101320</td><td>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</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>820101321</td><td>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つたため</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>820101322</td><td>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</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>820101323</td><td>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</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>820101324</td><td>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</td></tr> </tbody> </table>	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。))</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>	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つたため			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
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。))</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>	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つたため																						
		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																						
<p>512</p> <p>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</p> <table border="1" data-bbox="314 1046 720 1376"> <thead> <tr> <th colspan="2">区分</th> </tr> <tr> <th colspan="2">昼 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">別に定める患者 (</td> <td>診療従事中の緊急往診</td> </tr> <tr> <td>夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)</td> </tr> <tr> <td>休日(日・祝日、12/29~1/3)</td> </tr> <tr> <td>深 夜 (午後10時から午前6時)</td> </tr> </tbody> </table>	区分		昼 間		別に定める患者 ( 	診療従事中の緊急往診	夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)	休日(日・祝日、12/29~1/3)	深 夜 (午後10時から午前6時)	<p>720</p> <p>1,045</p> <p>1,045</p> <p>2,020</p>	<p>区分</p> <p>昼 間</p> <table border="1" data-bbox="895 1046 1324 1376"> <thead> <tr> <th colspan="2">区分</th> </tr> <tr> <th colspan="2">昼 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">別に定める患者 (</td> <td>診療従事中の緊急往診</td> </tr> <tr> <td>夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)</td> </tr> <tr> <td>休日(日・祝日、12/29~1/3)</td> </tr> <tr> <td>深 夜 (午後10時から午前6時)</td> </tr> </tbody> </table>	区分		昼 間		別に定める患者 ( 	診療従事中の緊急往診	夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)	休日(日・祝日、12/29~1/3)	深 夜 (午後10時から午前6時)	<p>720</p> <p>1,045</p> <p>1,370</p> <p>2,020</p>				
区分																									
昼 間																									
別に定める患者 ( 	診療従事中の緊急往診																								
	夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)																								
	休日(日・祝日、12/29~1/3)																								
	深 夜 (午後10時から午前6時)																								
区分																									
昼 間																									
別に定める患者 ( 	診療従事中の緊急往診																								
	夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)																								
	休日(日・祝日、12/29~1/3)																								
	深 夜 (午後10時から午前6時)																								
<p>526</p> <p>右段上から4行目</p>	<p>在宅医療DX情報活用加算 届(月1回) <b>10点</b></p>	<p>(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> <b>在宅医療DX情報活用加算2</b></p>	<p><b>11点</b> <b>9点</b></p>																						
<p>528</p> <p>左段下から18行目</p>	<p>在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り<b>10点</b>を所定点数に加算する。</p>	<p>(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<b>当該基準に係る区分に従い</b>所定点数に加算する。</p>																							
<p>530</p> <p>右段上から17行目</p>	<p><b>⑤</b> 指定障害者支援施設(生活介護<b>保</b>行う施設に限る)については、</p>	<p><b>⑤</b> 指定障害者支援施設(生活介護<b>を行</b>う施設に限る)については、</p>																							
<p>533</p> <p>左段下から1行目</p>	<p>在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り<b>10点</b>を所定点数に加算する。</p>	<p>(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<b>当該基準に係る区分に従い</b>所定点数に加算する。</p>																							

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><b>編注</b></p> <p>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</u>の基準を満たすとみなされる。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。  <b>編注</b></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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) <b>10点</b>	<p>(2025年4月適用)  <b>在宅医療DX情報活用加算1</b> 届(月1回) <b>11点</b>  <b>在宅医療DX情報活用加算2</b> <b>9点</b></p>																
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) 患家における診療時間が1時間を超える・・・  (20) 患家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) 患家における診療時間が1時間を超える・・・  (21) 患家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) <b>10点</b>	<p>(2025年4月適用)  <b>在宅医療DX情報活用加算1</b> 届(月1回) <b>11点</b>  <b>在宅医療DX情報活用加算2</b> <b>9点</b></p>																
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 <b>10点</b> 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 <b>当該基準に係る区分に従い</b> 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 <b>在宅悪性腫瘍患者指導管理料</b>	・・・、 <b>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</b>																
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。																

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。	
731	左段上から 12 行目	(たとえば D 276 網膜中心血管圧測定)	削除	
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>		
813	右段 11 上から 11 行目	④抗体測定	④抗体測定 (D012 はいずれかを実施する)	
816	「除菌前感染診断 ※各点数の算定時に求められるレセ記載も必要」の枠内	④抗体測定 D400 血液採取 40 点 + D012 ピロリ抗体定性・半定量 70 点 + <b>D012</b> ピロリ抗体 80 点 + D026 免疫学的検査判断料 144 点	④抗体測定 D400 血液採取 40 点 + D012 ピロリ抗体定性・半定量 70 点 <b>又は</b> ピロリ抗体 80 点 + D026 免疫学的検査判断料 144 点	
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 <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>届 (350 点)</b> 、HPV 核酸検出 (簡易ジエノタイプ判定) <b>届 (352 点)</b>	(9) HPV 核酸検出 <b>届 (347 点)</b> 、HPV 核酸検出 (簡易ジエノタイプ判定) <b>届 (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	(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	<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>	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つたため									
			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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>記載事項</th> <th>レセプト電算処理 システム用コード</th> <th>左記コードによるレセプト表示文言</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>（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><u>830600194</u></td> <td><u>投与前の血中 Hb 値（フェインジェクト 静注 500mg）；*****</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td>830600071</td> <td>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。	<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）；*****		
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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>記載事項</th> <th>レセプト電算処理 システム用コード</th> <th>左記コードによるレセプト表示文言</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>（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><u>830600195</u></td> <td><u>投与前の血中 Hb 値（モノヴァー静注 500mg）；*****</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td>830600176</td> <td>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。	<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）；*****		
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	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）</u> <u>の施設基準通知（I）</u> （ <u>⇒ P. 1156</u> ）の例により、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、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、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料（I）</u> <u>の施設基準通知（I）</u> （ <u>⇒ P. 1156</u> ）の例により、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)</u> （⇒ P. 1156）の例により、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)</u> （⇒ P. 1156）の例により、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)</u> （⇒ P. 1156）の例により、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)</u> の例により、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)</u> の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。
1183	右段上から 18 行名	<b>編注</b> 入院点数の A245 データ提出加算を届け出ている医療機関は、リハビリテーションデータ提出加算を届け出ることができない。	(削除)
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)</u> の例により、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)</u> の例により、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)</u> を満たしている。	(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</u> 。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)</u> の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。
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)</u> の例により、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)</u> の例により、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)</u> を満たしている。	(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</u> 。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)</u> の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。
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)</u> の例により、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)</u> の例により、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)</u> の例により、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)</u> の例により、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)</u> の例により、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つにつき、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)</u> の例により、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</u> の例により、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、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、 <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</u> の例により、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	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 罫 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 罫 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	6 内視鏡的逆流防止粘膜切除術 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) <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 介護老人保健施設入所者に係る取り扱い→P. 1863</u>	<u>編注 介護老人保健施設入所者に係る取り扱い→P. 1683</u>
1777	右段下から 17 行目	小規模多機能型居宅介護事務所、・・・	小規模多機能型居宅介護事業所、・・・

入院分冊 (P1969～)			
1970	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
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、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。	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、判定以後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	<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「 <b>35 時間</b> 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「 <b>35 時間</b> 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	<b>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。</b>	<b>本項目に該当する。</b> <b>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。</b>	
2061	下から 9 行目の 次に右を挿入	<b>〇項目 31. 欠番</b>		
2061 ～ 2063	項目番号	<input type="radio"/> 項目 <b>31.</b> 中心静脈栄養（… <input type="radio"/> 項目 <b>32.</b> 人工腎臓、… <input type="radio"/> 項目 <b>33.</b> 肺炎に対する治療 <input type="radio"/> 項目 <b>34.</b> 榛瘡に対する治療（… <input type="radio"/> 項目 <b>35.</b> 末梢循環障害による… <input type="radio"/> 項目 <b>36.</b> うつ症状に対する治療 <input type="radio"/> 項目 <b>37.</b> 1 日 8 回以上の喀痰吸引 <input type="radio"/> 項目 <b>38.</b> 気管切開又は… <input type="radio"/> 項目 <b>39.</b> 創傷（… <input type="radio"/> 項目 <b>40.</b> 酸素療法（…	<input type="radio"/> 項目 <b>32.</b> 中心静脈栄養（… <input type="radio"/> 項目 <b>33.</b> 人工腎臓、… <input type="radio"/> 項目 <b>34.</b> 肺炎に対する治療 <input type="radio"/> 項目 <b>35.</b> 榛瘡に対する治療（… <input type="radio"/> 項目 <b>36.</b> 末梢循環障害による… <input type="radio"/> 項目 <b>37.</b> うつ症状に対する治療 <input type="radio"/> 項目 <b>38.</b> 1 日 8 回以上の喀痰吸引 <input type="radio"/> 項目 <b>39.</b> 気管切開又は… <input type="radio"/> 項目 <b>40.</b> 創傷（… <input type="radio"/> 項目 <b>41.</b> 酸素療法（…	
2064	右段上から 16 行目	❶ 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）	❶ 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	評価票の項目 13	86 に該当、かつ、1～ <b>40</b> （13 を除く。）に 1 項目以上該当する場合	86 に該当、かつ、1～ <b>41</b> （13 を除く。）に 1 項目以上該当する場合	
2066	評価票の項目 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 <b>処置等に係る医療区分 2</b>	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 <b>処置等に係る医療区分 2</b>	
2066	評価票の項目番	<b>31～40</b>	<b>32～41</b>	
2066	評価票の項目 41	<b>86 に該当、かつ、1～40（13 を除く。）に該当しない場合</b>	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 <b>60 点</b> 注 4 看護補助体制充実加算 <b>5 点</b>	注 3 夜間看護体制加算 <b>71 点</b> 注 4 看護補助体制充実加算 1 <b>20 点</b> 看護補助体制充実加算 2 <b>5 点</b>	
2156	右段上から 18 行目	イ 看護補助体制充実加算 <b>120 点</b> ロ 看護補助体制充実加算 <b>25 点</b>	イ 看護補助体制充実加算 1 <b>20 点</b> ロ 看護補助体制充実加算 2 <b>5 点</b>	
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 のロ及び三を満たす。	
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）	
2263	上から 14 行目 と 15 行目の間 に右を追加	<b>二 ハ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。</b>		
2263	上から 15 行目	<b>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。</b>	<b>本 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。</b>	
2263	下から 3 行目	<b>(4) (3) 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。</b>	削除	
2263	下から 2 行目	<b>(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。</b>	<b>(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。</b>	
2358 ■	上から 16 行目	… <b>特定集中治療室</b> 用の重症度、医療・看護必要度…	<b>ハイケアユニット</b> 用の重症度、医療・看護必要度…	

2441	下から 11 行目	<p>□ 在宅患者支援病床初期加算</p> <p>(1) 介護老人保健施設からの入院患者 <b>500 点</b></p> <p>(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 <b>400 点</b></p>	<p>□ 在宅患者支援病床初期加算</p> <p>(1) 介護老人保健施設からの入院患者</p> <p><b>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</b> <b>580 点</b></p> <p><b>② ①の患者以外の患者</b> <b>480 点</b></p> <p>(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</p> <p><b>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</b> <b>480 点</b></p> <p><b>② ①の患者以外の患者</b> <b>380 点</b></p>
2462 ■	下から 13 行目	<p>(2) 看護補助体制充実加算 2 の施設基準</p> <p>(1) のイから<b>力</b>を満たす。</p> <p>(3) 看護補助体制充実加算 3 の施設基準</p> <p>(1) のウ<b>及びエ</b>を満たす。</p>	<p><b>力</b> <b>11 の (1) ~ (4) までを満たしている。</b></p> <p>(2) 看護補助体制充実加算 2 の施設基準</p> <p>(1) のイから<b>力</b>を満たす。</p> <p>(3) 看護補助体制充実加算 3 の施設基準</p> <p>(1) のウ、<b>エ及び力</b>を満たす。</p>
2511 ■	右欄下から 12 行目	… 1 補助体制加算に限る。)、 <b>特定感染症入院医療管理加算</b> 、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。 <b>(830100922)</b>
2552	左欄下から 4 行目と 3 行目の間に右を追加	<p><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>  <b>(2024. 3. 28 厚労省事務連絡)</b></p>	
2568	<b>④</b> 施設基準の 1 行目	(⇒P. 2564)	(⇒P. 2546)
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

〔外來・在宅ベースアップ評価料(1)〕  
〔外來外来・在宅ベースアップ評価料(1)〕

の施設基準に係る届出書類付書類

以下について確認の上、印を記載すること

毎年9月において、前年度の資金改善の取組状況について、様式別により、様式別により、「資金改善実績報告書

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 住設医療機関に関する情報

住設医療機関コード		
住設医療機関名		
所在地	都道府県	
住所		
開設者名		
連絡先	担当者名	
	電話番号	

2 届出を行う評価料(届出を行う項目に印を記載すること)

外來・在宅ベースアップ評価料(1)

前科外來・在宅ベースアップ評価料(1)

※ 両方を届け出る住設医療機関にかっては、両方とも記載すること。

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、届出をした日の翌月1日(月の最初の曜日)の施行日に届出した場合は、当月1日から算定期。

## 【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)		<p>の施設基準に係る届出</p> <p>↓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。</p> <p>□ 当該届出を行う前6か月間ににおいて被相親親及び被相親親並びに被相親親に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがないこと。</p> <p>□ 当該届出を行う前6か月間ににおいて、健康保険法第78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する法律が認められたことがないこと。</p> <p>□ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣が定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに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。</p>			
<p>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届出します。</p> <p>保険医療機関・保険薬局の所在地 及び名称</p> <p>令和　　年　　月　　日</p> <p>開設者名</p> <p>殿</p>					

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、ご確認下さい。

