

令和 6 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和 6 年厚生労働省告示第 57 号）の告示に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和 6 年厚生労働省告示第 59 号）が告示され、令和 6 年 6 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 4 年 3 月 4 日保医発第 号）は、令和 6 年 5 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）に定めるものの他、別添 1 のとおりとすること。
- 2 別添 1 に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基

準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 3 特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業、同条第 2 号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第 23 条第 2 項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第 1 項の規定により同条第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。
また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。
- 5 カンファレンス等をリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて実施する場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合又は電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関に提供する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応するとともに安全な通信環境を確保していること。
- 6 平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。
 - ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- 7 区分番号は、例えば「A 0 0 0」初診料における「A 0 0 0」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「A 0 0 0」のみ記載する。

第 2 届出に関する手続き

- 1 「特掲診療料の施設基準等」に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。
- 2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添 2 の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を 1 通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不

受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間を除く。）とするものであること。

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(1) 開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

- (2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率、輸血管管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあつては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



① 8月1日 ② 12月末日 ③ 4月1日 ④ 12月末日 ⑤ 3月末日

例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年の3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。

① 2月1日 ② 12月末日 ③ 4月1日 ④ 12月末日 ⑤ 3月末日

- (3) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外の場合）（安全精度管理下で行うもの）、筋電図検査（単線維筋電図（一連につき））、緊急整復固定加算及び緊急挿入加算、骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術）、人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）、角膜移植術（内皮移植による角膜移植を実施した場合）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、経外耳道的内視鏡下鼓室形成術、植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））、乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）、生体部分肺移植術、肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁置換術、胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術支援機器を用いる場合）、経カテーテル弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術）（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるもの）、磁気ナビゲーション加算、経皮的の中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）、両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電

極の場合)、両心室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(経静脈電極の場合)、植込型除細動器移植術(心筋リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(心筋リードを用いるもの)、植込型除細動器移植術(経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(その他のもの)、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(心筋電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(心筋電極の場合)、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(経静脈電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(経静脈電極の場合)、経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓(非拍動流型)、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法、腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)、腹腔鏡下胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))、腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))、腹腔鏡下噴門側胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))、腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))、腹腔鏡下胃全摘術(単純全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))、腹腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))、腹腔鏡下胃縮小術、腹腔鏡下総胆管拡張症手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの)、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。)、移植用部分肝採取術(生体)(腹腔鏡によるもの)、生体部分肝移植術、腹腔鏡下膵腫瘍摘出術、腹腔鏡下膵中央切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下直腸切除・切断術(切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下副腎摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)、(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法、腹腔鏡下腎盂形成手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下腔断端挙上術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下仙骨腔固定術(内視鏡手術用支援機器を用いた場合)、腹腔鏡下腔式子宮全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに限る。)、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術、高エネルギー放射線治療、一回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、腎代替療法指導管理料並びに導入期加算2及び3に係る年間実施件数

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ 医科点数表第2章第10部第1節手術料に掲げる手術のうち、通則18に掲げる内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合にも算定できることとされているものにおける実施件数は、別に規定する場合を除き、内視鏡又は内視鏡手術用支援機器による実施件数を合算して施設基準の適合性を判断するものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

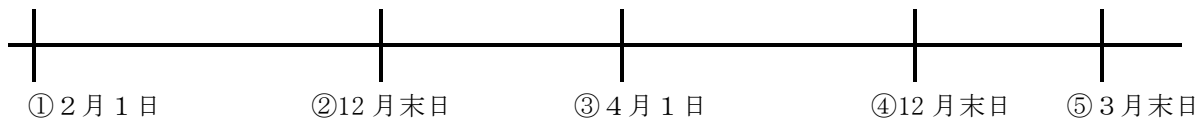
- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

- ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(4) コンタクトレンズ検査料1から3までに係る検査割合及び院内交付割合

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前6月の実績（当該保険医療機関の新規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後6月以内に届け出る場合は、届出前3月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断（コンタクトレンズ検査料を算定した患者数については、施設基準に規定する年間患者数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数をもって判断する。なお、エに該当する場合においても同様の取扱いとする。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が1月当たり平均500件を超える保険医療機関にあっては、1月から6月までの6か月間の実績（イに該当し、かつ、6月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年6月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の10月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとし、7月から12月までの6か月間の実績（イに該当し、かつ、12月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から9月末日まで所定点数を算定できるものとする。

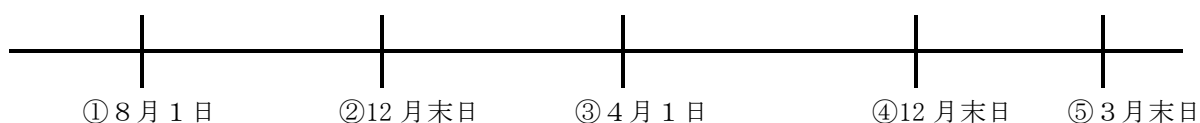
オ コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）に係る患者数の割合が、暦月1月間で33

%（又は44%）を超えた場合又は30%（又は40%）以上33%（又は44%）未満の場合が暦月で3か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

新規届出の場合

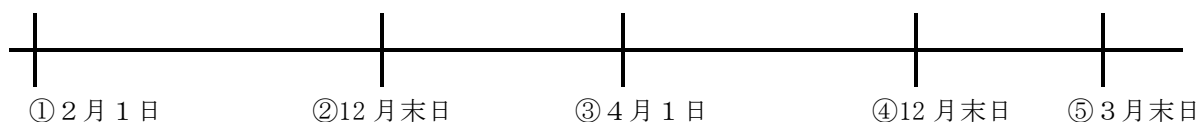
例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(5) 後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

届出前3月間の実績を有していること。

(6) 高度腎機能障害患者指導加算に係る施設基準

ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添1第4の6(9)のアの他の要件に該当するものうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たす場合には、当該月の翌月から2か月間に限り所定点数を算定できる。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添1第4の6(9)のアの他の要件に該当するものうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

(7) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

ア 緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1を算定する全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数及び2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った回数

(イ) 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) (イ)にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

(ハ) (ロ)に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し(実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。)、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例：イの(ハ)による届出の場合

8月1日から新規に算定を開始した場合

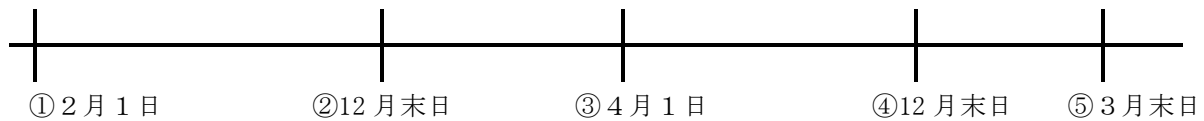
- ・ 翌年3月末(③の前日)までは算定可
- ・ ①～②までの実績により実施日数に係る基準の適合性を判断(実施日数が、各施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。)
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から新規に算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末(③の前日)までは算定可
- ・ ①～②までの実績により適合性を判断

- ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(8) 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1については、(7)処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の例による。

(9) 人工腎臓（慢性維持透析を行った場合1及び2に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりのJ038人工腎臓を算定した患者数の割合

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前12月の実績（届出前12月の実績がない場合は届出前3月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から所定点数を算定することができるものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年12月末までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりのJ038人工腎臓を算定した患者数については、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及びJ038人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末まで所定点数を算定できるものとする。

エ アにかかわらず、届出前12月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施設基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

(10) 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

ア 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術及び腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）を実施した症例数

1月から12月までの1年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 経口摂取回復率

(イ) 1月から12月までの1年間に別添1の第79の3の1の(2)のイの①の(ア)

又は(イ)のいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者

又は胃瘻を造設した患者等」という。)のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年4月1日から翌々々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

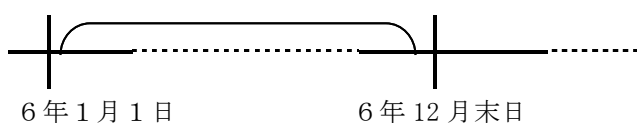
(ロ) 胃瘻造設術等に係る新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、4月から6月(直近2年以内)までの3か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。

(ハ) (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の1月から12月までの1年間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

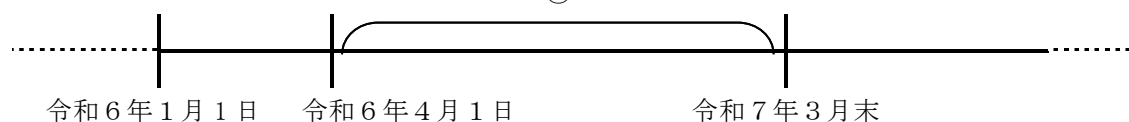
例1：イ(イ)による届出の場合

- ・令和6年1月1日から12月末日までの期間(下図①)に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和8年4月1日から令和9年3月31日まで(②)算定可

①



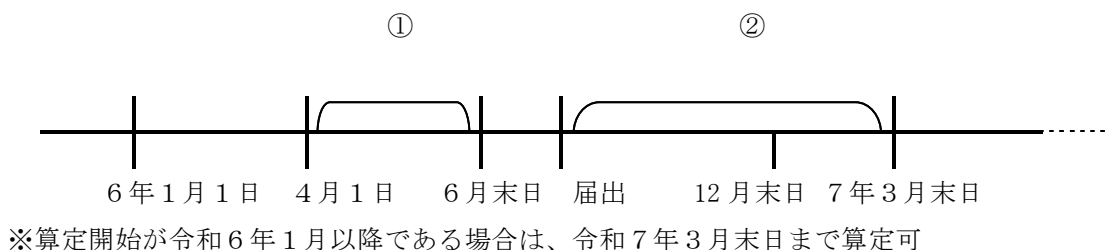
②



例2：イ(ロ)による新規届出の場合

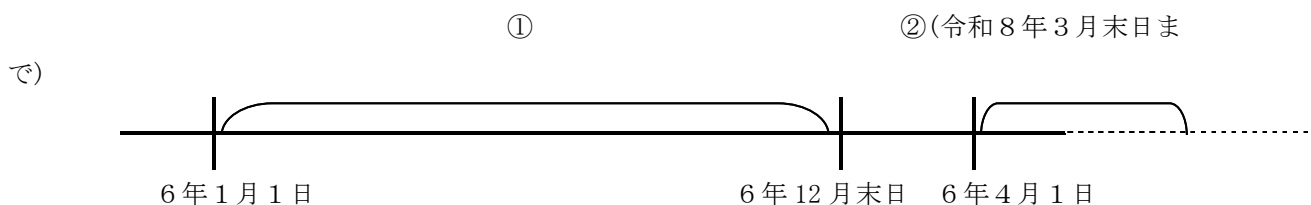
- ・令和6年4月1日から6月末日までの期間(①)に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月か

ら令和7年3月末日まで(②)算定可



例3：イ（ハ）による届出の場合

- ・令和6年1月1日から12月末日までの期間(①)に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和7年4月1日から令和8年3月末日まで(②)算定可



(11) 摂食嚥下機能回復体制加算に係る施設基準

ア 摂食嚥下回復体制加算1に係る経口摂取回復率

(イ) 1月から12月までの1年間に別添1の第45の2の1の(4)のア又はイのいずれかに該当することとなった患者(以下「鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等」という。)のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌々年4月1日から翌々々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) 新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、4月から6月(直近2年以内)までの3か月間に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及び他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。

(ハ) (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の1月から12月までの1年間に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施し

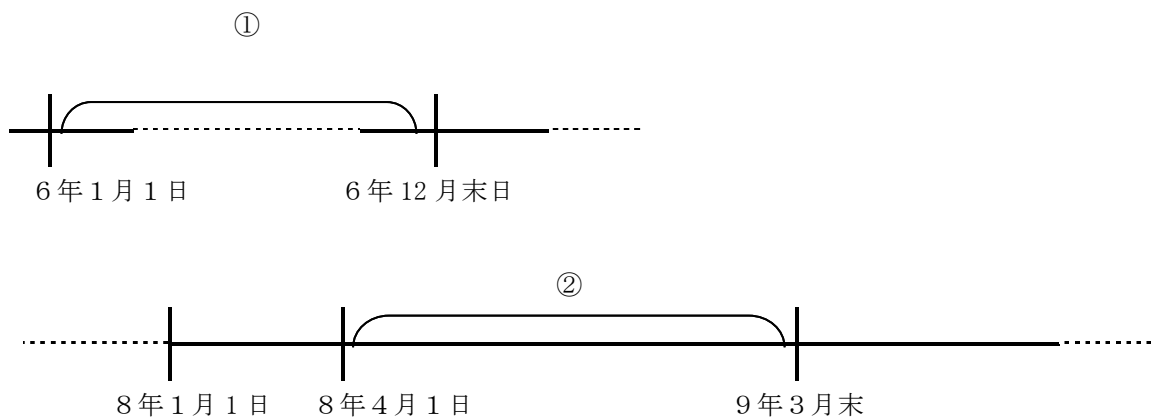
ている患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 摂食嚥下回復体制加算3に係る患者数

1月から12月までの1年間の患者数をもって別添1の第45の2の3の(3)の施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

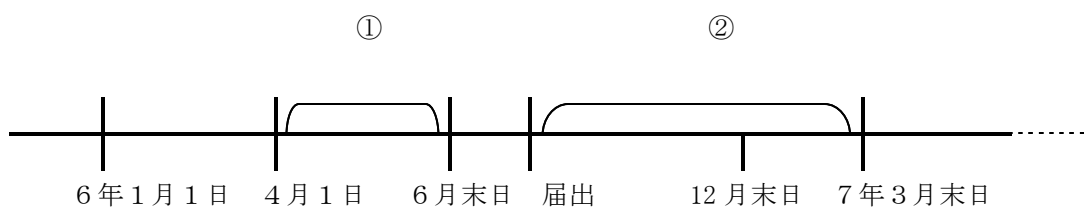
例1：ア（イ）による届出の場合

- ・令和6年1月1日から12月末日までの期間（下図①）に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和8年4月1日から令和9年3月31日まで（②）算定可



例2：ア（ロ）による新規届出の場合

- ・令和6年4月1日から6月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から令和7年3月末日まで（②）算定可

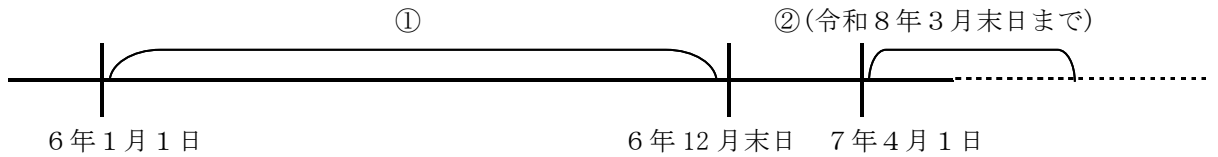


※算定開始が令和6年1月以降である場合は、令和7年3月末日まで算定可

例3：ア（ハ）による届出の場合

- ・令和6年1月1日から12月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、

適合している場合は令和7年4月1日から令和8年3月末日まで (2) 算定可



(12) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数

(イ) 前年3月1日から当年2月末日までの1年間の処方箋受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。

(ロ) (イ)にかかわらず、前年3月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料1に該当しているものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添1の第90の1(1)から(4)までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する場合は調剤基本料3のハとする。）。

a 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に指定された保険薬局について指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。

b 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の処方箋受付回数で判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。

(ハ) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、遡及指定後も当該許可の日より前の調剤基本料の状況を引き継ぎ、遡及指定を受けた翌年度の調剤基本料については、当該許可の日より前の処方箋受付回数の実績も含めて(イ)又は(ロ)に基づき判定引き継ぐこととする。ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添1の第90の1(1)から(4)までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。

新規届出の場合

例：令和6年8月1日に新規指定された薬局（(ロ)の場合）

・①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不

動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第90の1(1)から(4)までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する場合は調剤基本料3のハとする。)

- ・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月(④の翌日)から⑥まで適用する。
- ・令和7年4月1日(⑥の翌日)から令和8年3月末日(⑦)までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



(13) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

当年2月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。ただし、当年4月1日から翌年3月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

(14) 妥結率の実績

- イ 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日までとし、翌年4月1日から翌々年3月31日まで適用する。
- ロ イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年4月2日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年3月31日までは妥結率が5割を超えているものとみなす。
- ハ 開設者の変更(親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等)又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：5年5月1日に新規指定された薬局の場合

- ・①から④までは妥結率が5割を超えていると見なす
- ・②から③までの妥結率の実績を令和5年4月1日(④の翌日)から⑤まで適用する。



(15) 調剤基本料の注8に規定する保険薬局

届出前3月間の実績にて判定すること。

5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

- (1) 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。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (3) 地方厚生（支）局長に対して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並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「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場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

ウイルス疾患指導料	(ウ指) 第 号
外来栄養食事指導料の注2に規定する基準	(外栄食指) 第 号
外来栄養食事指導料の注3に規定する基準	(がん専栄) 第 号
心臓ペースメーカー指導管理料の注5に規定する遠隔モニタリング加算	(遠隔ペ) 第 号
喘息治療管理料	(喘管) 第 号
糖尿病合併症管理料	(糖管) 第 号
がん性疼痛緩和指導管理料	(がん疼) 第 号
がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算	(難がん疼) 第 号
がん患者指導管理料イ	(がん指イ) 第 号
がん患者指導管理料ロ	(がん指ロ) 第 号
がん患者指導管理料ハ	(がん指ハ) 第 号
がん患者指導管理料ニ	(がん指ニ) 第 号
外来緩和ケア管理料	(外緩) 第 号
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	(移植管臓) 第 号
移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	(移植管造) 第 号
糖尿病透析予防指導管理料	(糖防管) 第 号

小児運動器疾患指導管理料	(小運指管) 第 号
乳腺炎重症化予防ケア・指導料	(乳腺ケア) 第 号
婦人科特定疾患治療管理料	(婦特管) 第 号
腎代替療法指導管理料	(腎代替管) 第 号
一般不妊治療管理料	(一妊管) 第 号
生殖補助医療管理料 1	(生補管 1) 第 号
生殖補助医療管理料 2	(生補管 2) 第 号
二次性骨折予防継続管理料 1	(二骨管 1) 第 号
二次性骨折予防継続管理料 2	(二骨継 2) 第 号
二次性骨折予防継続管理料 3	(二骨継 3) 第 号
下肢創傷処置管理料	(下創管) 第 号
慢性腎臓病透析予防指導管理料	(腎防管) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料 1	(小夜 1) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料 2	(小夜 2) 第 号
地域連携夜間・休日診療料	(夜) 第 号
院内トリアージ実施料	(トリ) 第 号
夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 に規定する救急搬送看護体制加算	(救搬看護体) 第 号
外来放射線照射診療料	(放射診) 第 号
地域包括診療料	(地包診) 第 号
小児かかりつけ診療料 1	(小か診 1) 第 号
小児かかりつけ診療料 2	(小か診 2) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料 1	(外化診 1) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料 2	(外化診 2) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料 3	(外化診 3) 第 号
連携充実加算	(外化連) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料の注 9 に規定するがん薬物療法体制充実加算	(外化薬) 第 号
外来データ提出加算	(外データ提) 第 号
ニコチン依存症管理料	(ニコ) 第 号
療養・就労両立支援指導料の注 3 に規定する相談支援加算	(両立支援) 第 号
開放型病院共同指導料	(開) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 1) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 2) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の(3)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 3) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の(3)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診実) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の(4)に規定する在宅療養実績加算 1	(在診実 1) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の(5)に規定する在宅療養実績加算 2	(在診実 2) 第 号
ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)	(ハイⅠ) 第 号
がん治療連携計画策定料	(がん計) 第 号
がん治療連携指導料	(がん指) 第 号

外来排尿自立指導料	(外排自) 第 号
ハイリスク妊産婦連携指導料 1	(ハイ妊連 1) 第 号
ハイリスク妊産婦連携指導料 2	(ハイ妊連 2) 第 号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎) 第 号
こころの連携指導料 (I)	(こ連指 I) 第 号
こころの連携指導料 (II)	(こ連指 II) 第 号
プログラム医療機器等指導管理料	(プログラム) 第 号
薬剤管理指導料	(薬) 第 号
地域連携診療計画加算	(地連計) 第 号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	(電情) 第 号
医療機器安全管理料 1	(機安 1) 第 号
医療機器安全管理料 2	(機安 2) 第 号
医療機器安全管理料 (歯科)	(機安歯) 第 号
精神科退院時共同指導料 1 及び 2	(精退共) 第 号
歯科治療時医療管理料	(医管) 第 号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	(か強診) 第 号
小児口腔機能管理料の注 3 に規定する口腔管理体制強化加算	(口管強) 第 号
在宅療養支援歯科診療所 1	(歯援診 1) 第 号
在宅療養支援歯科診療所 2	(歯援診 2) 第 号
在宅療養支援歯科病院	(歯援病) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 1) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 2) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(3)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 3) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(2)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診病) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(3)に規定する在宅療養実績加算 1	(在病実 1) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(4)に規定する在宅療養実績加算 2	(在病実 2) 第 号
在宅患者歯科治療時医療管理料	(在歯管) 第 号
往診料の注 9 に規定する介護保険施設等連携往診加算	(介保連) 第 号
在宅患者訪問診療料 (I) の注 13 及び歯科訪問診療料の注 20 に規定する在宅医療DX情報活用加算	(在宅DX) 第 号
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	(在医総管 1) 第 号
在宅データ提出加算	(在データ提) 第 号
在宅時医学総合管理料の注 14 (施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合含む。)に規定する基準	(在医総管 2) 第 号
在宅時医学総合管理料の注 15 (施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。)及び在宅がん医療総合診療料の注 9 に規定する在宅医療情報連携加算	(医情連) 第 号
歯科疾患在宅療養管理料の注 7、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注 8 及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注 8 に規定する在宅歯科医療情報連携	

加算	(歯医情連) 第 号
在宅がん医療総合診療料	(在総) 第 号
救急搬送診療料の注 4 に規定する重症患者搬送加算	(重患搬) 第 号
救急患者連携搬送料	(救患搬) 第 号
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注 2	(在看) 第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 15 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。) に規定する訪問看護・指導体制充実加算	(訪看充) 第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 16 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。) に規定する専門管理加算	(訪看専) 第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 17 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。) 及び精神科訪問看護・指導料の注 17 に規定する訪問看護医療 D X 情報活用加算	(訪看 D X) 第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 18 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。) に規定する遠隔死亡診断補助加算	(訪看遠隔) 第 号
在宅療養後方支援病院	(在後病) 第 号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(在訪褥) 第 号
在宅血液透析指導管理料	(在血液) 第 号
在宅酸素療法指導管理料の注 2 に規定する遠隔モニタリング加算	(遠隔酸素) 第 号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注 2 に規定する遠隔モニタリング加算	(遠隔持陽) 第 号
在宅植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 指導管理料	(在植補心) 第 号
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	(在電場) 第 号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	(在洗腸) 第 号
持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合) 及び皮下連続式グルコース測定	(持血測 1) 第 号
持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合)	(持血測 2) 第 号
地域医療連携体制加算	(歯地連) 第 号
歯科訪問診療料の注 15 に規定する基準	(歯訪診) 第 号
在宅歯科医療推進加算	(在推進) 第 号
遺伝学的検査の注 1 に規定する施設基準	(遺伝検 1) 第 号
遺伝学的検査の注 2 に規定する施設基準	(遺伝検 2) 第 号
染色体検査の注 2 に規定する基準	(染色体) 第 号
骨髄微小残存病変量測定	(骨残測) 第 号
B R C A 1 / 2 遺伝子検査	(B R C A) 第 号
がんゲノムプロファイリング検査	(がんプロ) 第 号
角膜ジストロフィー遺伝子検査	(角ジ遺) 第 号
先天性代謝異常症検査	(先代異) 第 号
抗アデノ随伴ウイルス 9 型 (A A V 9) 抗体	(A A V 9) 第 号
抗 H L A 抗体 (スクリーニング検査) 及び抗 H L A 抗体 (抗体特異性同定検査)	

	(抗H L A) 第 号
H P V核酸検出及びH P V核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)	(H P V) 第 号
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (S A R S - C o V - 2 核酸検出を含まないもの)	
	(ウ細多同) 第 号
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (髄液)	(ウ細髄液) 第 号
検体検査管理加算 (I)	(検 I) 第 号
検体検査管理加算 (II)	(検 II) 第 号
検体検査管理加算 (III)	(検 III) 第 号
検体検査管理加算 (IV)	(検 IV) 第 号
国際標準検査管理加算	(国標) 第 号
遺伝カウンセリング加算	(遺伝カ) 第 号
遺伝性腫瘍カウンセリング加算	(遺伝腫カ) 第 号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	(血内) 第 号
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	(歩行) 第 号
胎児心エコー法	(胎心エコ) 第 号
ヘッドアップティルト試験	(ヘッド) 第 号
人工臓器検査、人工臓器療法	(人臓) 第 号
長期継続頭蓋内脳波検査	(長) 第 号
長期脳波ビデオ同時記録検査 1	(脳ビ) 第 号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	(中磁誘) 第 号
単線維筋電図	(単筋電) 第 号
光トポグラフィー	(光ト) 第 号
脳磁図 (自発活動を測定するもの)	(脳磁診 1) 第 号
脳磁図 (その他のもの)	(脳磁診 2) 第 号
終夜睡眠ポリグラフィー (安全精度管理下で行うもの)	(終夜睡安) 第 号
脳波検査判断料 1	(脳判) 第 号
遠隔脳波診断	(遠脳) 第 号
神経学的検査	(神経) 第 号
補聴器適合検査	(補聴) 第 号
黄斑局所網膜電図	(黄網電) 第 号
全視野精密網膜電図	(全網電) 第 号
ロービジョン検査判断料	(ロー検) 第 号
コンタクトレンズ検査料 1	(コン 1) 第 号
コンタクトレンズ検査料 2	(コン 2) 第 号
コンタクトレンズ検査料 3	(コン 3) 第 号
小児食物アレルギー負荷検査	(小検) 第 号
内服・点滴誘発試験	(誘発) 第 号
経頸静脈的肝生検	(肝生検) 第 号
前立腺針生検法 (MR I 撮影及び超音波検査融合画像によるもの)	(前立腺) 第 号
C T透視下気管支鏡検査加算	(C 気鏡) 第 号

経気管支凍結生検法	(経気凍) 第 号
口腔細菌定量検査	(口菌検) 第 号
有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ	(咀嚼機能 1) 第 号
有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査	(咀嚼能力) 第 号
有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ	(咀嚼機能 2) 第 号
有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査	(咬合圧) 第 号
精密触覚機能検査	(精密触覚) 第 号
睡眠時歯科筋電図検査	(歯筋電図) 第 号
画像診断管理加算 1	(画 1) 第 号
画像診断管理加算 2	(画 2) 第 号
画像診断管理加算 3	(画 3) 第 号
画像診断管理加算 4	(画 4) 第 号
歯科画像診断管理加算 1	(歯画 1) 第 号
歯科画像診断管理加算 2	(歯画 2) 第 号
遠隔画像診断	(遠画) 第 号
ポジトロン断層撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。)	(ポ断) 第 号
ポジトロン断層撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)	(ポ断P) 第 号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。)	(ポ断コ複) 第 号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)	(ポ断コ複P) 第 号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。)	(ポ断磁複) 第 号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)	(ポ断磁複P) 第 号
乳房用ポジトロン断層撮影	(乳ポ断) 第 号
CT撮影及びMRI撮影	(C・M) 第 号
冠動脈CT撮影加算	(冠動C) 第 号
血流予備量比コンピューター断層撮影	(血予備断) 第 号
外傷全身CT加算	(外傷C) 第 号
心臓MRI撮影加算	(心臓M) 第 号
乳房MRI撮影加算	(乳房M) 第 号
小児鎮静下MRI撮影加算	(小児M) 第 号
頭部MRI撮影加算	(頭部M) 第 号
全身MRI撮影加算	(全身M) 第 号
肝エラストグラフィ加算	(肝エラ) 第 号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方) 第 号
外来後発医薬品使用体制加算	(外後発使) 第 号

外来化学療法加算 1	(外化 1) 第	号
外来化学療法加算 2	(外化 2) 第	号
無菌製剤処理料	(菌) 第	号
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)	(心Ⅰ) 第	号
リハビリテーションデータ提出加算	(リデータ提) 第	号
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	(心Ⅱ) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	(脳Ⅰ) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	(脳Ⅱ) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	(脳Ⅲ) 第	号
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	(運Ⅰ) 第	号
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	(運Ⅱ) 第	号
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	(運Ⅲ) 第	号
呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	(呼Ⅰ) 第	号
呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	(呼Ⅱ) 第	号
摂食機能療法の注 3 に規定する摂食嚥下機能回復体制加算 1	(摂嚥回 1) 第	号
摂食機能療法の注 3 に規定する摂食嚥下機能回復体制加算 2	(摂嚥回 2) 第	号
摂食機能療法の注 3 に規定する摂食嚥下機能回復体制加算 3	(摂嚥回 3) 第	号
難病患者リハビリテーション料	(難) 第	号
障害児(者)リハビリテーション料	(障) 第	号
がん患者リハビリテーション料	(がんリハ) 第	号
認知症患者リハビリテーション料	(認リハ) 第	号
歯科口腔リハビリテーション料 2	(歯リハ 2) 第	号
経頭蓋磁気刺激療法	(頭磁刺) 第	号
児童思春期精神科専門管理加算	(児春専) 第	号
療養生活継続支援加算	(療活継) 第	号
児童思春期支援指導加算	(児春支) 第	号
早期診療体制充実加算	(早充実) 第	号
通院・在宅精神療法の注 12 に規定する情報通信機器を用いた通院精神療法の施設基準	(情通精) 第	号
救急患者精神科継続支援料	(急精支) 第	号
認知療法・認知行動療法 1	(認 1) 第	号
認知療法・認知行動療法 2	(認 2) 第	号
依存症集団療法 1	(依集 1) 第	号
依存症集団療法 2	(依集 2) 第	号
依存症集団療法 3	(依集 3) 第	号
精神科作業療法	(精) 第	号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(ショ大) 第	号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(ショ小) 第	号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大) 第	号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小) 第	号

精神科ナイト・ケア	(ナ) 第 号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ) 第 号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料 (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	(抗治療) 第 号
重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ) 第 号
精神科在宅患者支援管理料	(精在宅援) 第 号
医療保護入院等診療料	(医療保護) 第 号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の休日加算1	(医処休) 第 号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の時間外加算1	(医処外) 第 号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の深夜加算1	(医処深) 第 号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の休日加算1	(歯処休) 第 号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の時間外加算1	(歯処外) 第 号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の深夜加算1	(歯処深) 第 号
静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)	(静圧) 第 号
多血小板血漿処置	(多血) 第 号
硬膜外自家血注入	(血入) 第 号
エタノールの局所注入 (甲状腺)	(エタ甲) 第 号
エタノールの局所注入 (副甲状腺)	(エタ副甲) 第 号
人工腎臓	(人工腎臓) 第 号
導入期加算1	(導入1) 第 号
導入期加算2及び腎代替療法実績加算	(導入2) 第 号
導入期加算3及び腎代替療法実績加算	(導入3) 第 号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	(透析水) 第 号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	(肢梢) 第 号
難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法	(難重尿) 第 号
移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	(移後拒) 第 号
ストーマ合併症加算	(スト合) 第 号
磁気による膀胱等刺激法	(磁膀胱) 第 号
心不全に対する遠赤外線温熱療法	(心遠温) 第 号
歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの)	(歩行ロボ) 第 号
手術用顕微鏡加算	(手顕微加) 第 号
口腔粘膜処置	(口腔粘膜) 第 号
う蝕歯無痛の窩洞形成加算	(う蝕無痛) 第 号
歯科技工士連携加算1及び光学印象歯科技工士連携加算	(歯技連1) 第 号
歯科技工士連携加算2	(歯技連2) 第 号
光学印象	(光印象) 第 号
CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	(歯CAD) 第 号
歯科技工加算1及び2	(歯技工) 第 号
皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	(皮セ節) 第 号

皮膚移植術（死体）	（皮膚植）第	号
自家脂肪注入	（自脂注）第	号
組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）	（組再乳）第	号
四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算	（処骨）第	号
緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	（緊整固）第	号
骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	（骨悪ラ）第	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））	（同種）第	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	（自家）第	号
人工関節置換術（手術支援装置を用いるもの）（股）	（人関支）第	号
後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	（後縦骨）第	号
椎間板内酵素注入療法	（椎酵注）第	号
腫瘍脊椎骨全摘術	（脊椎摘）第	号
緊急穿頭血腫除去術	（緊穿除）第	号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	（脳覚）第	号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	（脳光）第	号
内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術	（内脳腫）第	号
脳血栓回収療法連携加算	（脳回）第	号
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	（頭移）第	号
脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術	（脳刺）第	号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	（脊刺）第	号
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）	（頭深電）第	号
癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）	（癒脊膜）第	号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁）	（仙神交便）第	号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱）	（仙神交膀）第	号
舌下神経電気刺激装置植込術	（舌刺）第	号
角結膜悪性腫瘍切除手術	（角結悪）第	号
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	（角膜切）第	号
角膜移植術（内皮移植加算）	（内移）第	号
羊膜移植術	（羊膜移）第	号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	（緑内イ）第	号
緑内障手術（緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	（緑内眼ド）第	号
緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））	（緑内ne）第	号
毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）	（毛光）第	号
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	（硝切）第	号
網膜再建術	（網膜再）第	号

経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	(経内鼓) 第 号
人工中耳植込術	(人工中耳) 第 号
植込型骨導補聴器(直接振動型)植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	(植補聴) 第 号
耳管用補綴材挿入術	(耳補挿) 第 号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(頭蓋底郭清、再建を伴うものに限る。)	(内鼻V腫) 第 号
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	(鏡咽悪) 第 号
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(鏡咽喉悪) 第 号
内喉頭筋内注入術(ボツリヌス毒素によるもの)	(内筋ボ) 第 号
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	(鏡喉悪) 第 号
喉頭形成手術(甲状軟骨固定用器具を用いたもの)	(喉頭形成) 第 号
上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)	(顎移) 第 号
上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)(歯科)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)(歯科)	(歯顎移) 第 号
顎関節人工関節全置換術	(顎人工) 第 号
顎関節人工関節全置換術(歯科)	(歯顎人工) 第 号
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)、内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術	(内下) 第 号
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	(内甲悪) 第 号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)(MRIによるもの)	(乳腺ガ) 第 号
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	(頭頸悪光) 第 号
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法(歯科)	(歯頭頸悪光) 第 号
乳房切除術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(乳切性障) 第 号
乳癌センチネルリンパ節生検加算1及びセンチネルリンパ節生検(併用)	(乳セ1) 第 号
乳癌センチネルリンパ節生検加算2及びセンチネルリンパ節生検(単独)	(乳セ2) 第 号
乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))	(乳腫) 第 号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	(ゲル乳再) 第 号
乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	(乳腺ラ) 第 号
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔拡胸支) 第 号
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔縦悪支) 第 号
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔縦支) 第 号
気管支バルブ留置術	(気バ留) 第 号
胸腔鏡下肺切除術(区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔肺支) 第 号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除で内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	

	(胸腔肺悪区) 第 号
肺悪性腫瘍手術 (壁側・臓側胸膜全切除 (横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)に限る。)	
	(肺腫) 第 号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔肺悪) 第 号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (気管支形成を伴う肺切除)	(胸腔形成) 第 号
同種死体肺移植術	(肺植) 第 号
生体部分肺移植術	(生肺) 第 号
肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	(肺ラ) 第 号
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔食悪支) 第 号
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(縦隔食悪支) 第 号
内視鏡下筋層切開術	(内筋) 第 号
食道縫合術 (穿孔、損傷) (内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、腎 (腎盂) 腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、腔腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)	
	(穿瘻閉) 第 号
経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの)	(経特) 第 号
胸腔鏡下弁形成術	(胸腔弁形) 第 号
胸腔鏡下弁形成術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸弁形内支) 第 号
胸腔鏡下弁置換術	(胸腔下置) 第 号
胸腔鏡下弁置換術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸下置内支) 第 号
経カテーテル弁置換術 (経心尖大動脈弁置換術及び経皮的動脈弁置換術)	
	(カ大弁置) 第 号
経カテーテル弁置換術 (経皮的肺動脈弁置換術)	(カ肺弁置) 第 号
経皮的僧帽弁クリップ術	(経僧帽) 第 号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	(脈動開) 第 号
胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	(胸下房) 第 号
不整脈手術 左心耳閉鎖術 (胸腔鏡下によるもの)	(不整胸腔) 第 号
不整脈手術 左心耳閉鎖術 (経カテーテル的手術によるもの)	(不整経カ) 第 号
磁気ナビゲーション加算	(磁場心) 第 号
経皮的中隔心筋焼灼術	(経中) 第 号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	(ペ) 第 号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (リードレスペースメーカー)	
	(ペリ) 第 号
両心室ペースメーカー移植術 (心筋電極の場合) 及び両心室ペースメーカー交換術 (心筋電極の場合)	(両ぺ心) 第 号
両心室ペースメーカー移植術 (経静脈電極の場合) 及び両心室ペースメーカー交換術 (経静脈電極の場合)	(両ぺ静) 第 号
植込型除細動器移植術 (心筋リードを用いるもの) 及び植込型除細動器交換術 (心筋リードを	

用いるもの)	(除心) 第 号
植込型除細動器移植術 (経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)、植込型除細動器交換術 (その他のもの) 及び経静脈電極拔去術	(除静) 第 号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 (心筋電極の場合) 及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 (心筋電極の場合)	(両除心) 第 号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 (経静脈電極の場合) 及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 (経静脈電極の場合)	(両除静) 第 号
大動脈バルーンパンピング法 (I A B P法)	(大) 第 号
経皮的循環補助法 (ポンプカテーテルを用いたもの)	(経循補) 第 号
補助人工心臓	(補心) 第 号
小児補助人工心臓	(小補心) 第 号
植込型補助人工心臓 (非拍動流型)	(植補心非) 第 号
同種心移植術	(心植) 第 号
同種心肺移植術	(心肺植) 第 号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	(筋シ心移) 第 号
経皮的下肢動脈形成術	(経下肢動) 第 号
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	(内下不切) 第 号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (後腹膜)	(腹リ後腹) 第 号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (傍大動脈)	(腹リ傍大) 第 号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (側方)	(腹リ傍側) 第 号
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	(腹小切) 第 号
骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	(骨盤ラ) 第 号
内視鏡的逆流防止粘膜切除術	(内胃切) 第 号
腹腔鏡下十二指腸局所切除術 (内視鏡処置を併施するもの)	(腹十二局) 第 号
腹腔鏡下胃切除術 (単純切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)) 及び腹腔鏡下胃切除術 (悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの))	(腹胃切支) 第 号
腹腔鏡下噴門側胃切除術 (単純切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)) 及び腹腔鏡下噴門側胃切除術 (悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの))	(腹側胃切支) 第 号
腹腔鏡下胃全摘術 (単純全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)) 及び腹腔鏡下胃全摘術 (悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの))	(腹胃全) 第 号
腹腔鏡下胃縮小術	(腹胃縮) 第 号
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	(バ経静脈) 第 号
腹腔鏡下総胆管拡張症手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹総拡張) 第 号
腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術 (胆嚢床切除を伴うもの)	(腹胆床) 第 号
胆管悪性腫瘍手術 (臍頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うものに限る。)	

	(胆腫) 第 号
体外衝撃波胆石破碎術	(胆) 第 号
腹腔鏡下肝切除術	(腹肝) 第 号
腹腔鏡下肝切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹肝支) 第 号
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	(腹胆閉鎖) 第 号
移植用部分肝採取術 (生体) (腹腔鏡によるもの)	(腹移肝) 第 号
生体部分肝移植術	(生) 第 号
同種死体肝移植術	(肝植) 第 号
体外衝撃波膵石破碎術	(膵石破) 第 号
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	(腹膵腫瘍) 第 号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	(腹膵切) 第 号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹膵切支) 第 号
腹腔鏡下膵中央切除術	(腹膵中切) 第 号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	(腹膵頭) 第 号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹膵頭支) 第 号
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	(膵植) 第 号
同種死体膵島移植術	(膵島植) 第 号
生体部分小腸移植術	(生小腸植) 第 号
同種死体小腸移植術	(小腸移植) 第 号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	(早大腸) 第 号
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹結悪支) 第 号
腹腔鏡下副腎摘出術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 及び腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術 (褐色細胞腫) (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹腎摘出支) 第 号
腹腔鏡下直腸切除・切断術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹直腸切支) 第 号
副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	(副腎ラ) 第 号
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	(腎) 第 号
腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹腎尿支器) 第 号
腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	(腎悪ラ) 第 号
腹腔鏡下腎盂形成手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹腎形支) 第 号
同種死体腎移植術	(腎植) 第 号
生体腎移植術	(生腎) 第 号
膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術 (経尿道)	(膀胱ハ間) 第 号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹膀胱悪支) 第 号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	(腹膀) 第 号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	(腹小膀悪) 第 号
腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術 (膀胱外アプローチ)	(腹膀尿) 第 号
尿道狭窄グラフト再建術	(尿狭再) 第 号
人工尿道括約筋植込・置換術	(人工尿) 第 号
精巣温存手術	(精温) 第 号

精巣内精子採取術	(精精採) 第 号
焦点式高エネルギー超音波療法	(焦超) 第 号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	(腹前) 第 号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹前支器) 第 号
女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算	(女外セ) 第 号
腹腔鏡下腔断端挙上術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹断端支) 第 号
腹腔鏡下仙骨腔固定術	(腹仙骨固) 第 号
腹腔鏡下仙骨腔固定術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹仙骨固支) 第 号
腹腔鏡下腔式子宮全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹腔子内支) 第 号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹子悪内支) 第 号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮体がんに限る。)	(腹子) 第 号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮頸がんに限る。)	(腹子頸) 第 号
腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	(腹瘢修) 第 号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	(内胎) 第 号
胎児胸腔・羊水腔シャント術	(胎羊) 第 号
無心体双胎焼灼術	(無心) 第 号
胎児輸血術及び臍帯穿刺	(胎輸臍穿) 第 号
体外式膜型人工肺管理料	(体膜肺) 第 号
尿道形成手術 (前部尿道) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(尿形性障) 第 号
尿道下裂形成手術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(尿裂性障) 第 号
陰茎形成術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(陰形性障) 第 号
陰茎全摘術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(陰全性障) 第 号
精巣摘出術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(精摘性障) 第 号
会陰形成手術 (筋層に及ばないもの) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(会形性障) 第 号
造腔術、腔閉鎖症術 (遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(造腔閉性障) 第 号
子宮全摘術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(子宮全性障) 第 号
腹腔鏡下腔式子宮全摘術 (性同一性障害患者に対して行う場合に限る。)	(腹腔子性障) 第 号
子宮附属器腫瘍摘出術 (両側) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(子宮附性障) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算1	(医手休) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算1	(医手外) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算1	(医手深) 第 号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の休日加算1	(歯手休) 第 号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の時間外加算1	(歯手外) 第 号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の深夜加算1	(歯手深) 第 号

医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	(胃瘻造) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術(遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。)	(乳切遺伝) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術(遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮附属器腫瘍摘出術)	(子宮附遺伝) 第 号
周術期栄養管理実施加算	(周栄養) 第 号
再製造単回使用医療機器使用加算	(再単器) 第 号
輸血管理料Ⅰ	(輸血Ⅰ) 第 号
輸血管理料Ⅱ	(輸血Ⅱ) 第 号
輸血適正使用加算	(輸適) 第 号
貯血式自己血輸血管理体制加算	(貯輸) 第 号
コーディネート体制充実加算	(コ体充) 第 号
自己生体組織接着剤作成術	(自生接) 第 号
自己クリオプレシピテート作製術(用手法)	(自己ク) 第 号
同種クリオプレシピテート作製術	(同種ク) 第 号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	(造設前) 第 号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	(胃瘻造嚥) 第 号
凍結保存同種組織加算	(凍保組) 第 号
歯周組織再生誘導手術	(GTR) 第 号
手術時歯根面レーザー応用加算	(手術歯根) 第 号
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	(人工歯根) 第 号
歯根端切除手術の注3	(根切顕微) 第 号
口腔粘膜血管腫凝固術	(口血凝) 第 号
レーザー機器加算	(手光機) 第 号
麻酔管理料(Ⅰ)	(麻管Ⅰ) 第 号
麻酔管理料(Ⅱ)	(麻管Ⅱ) 第 号
周術期薬剤管理加算	(周薬管) 第 号
歯科麻酔管理料	(歯麻管) 第 号
放射線治療専任加算	(放専) 第 号
外来放射線治療加算	(外放) 第 号
遠隔放射線治療計画加算	(遠隔放) 第 号
高エネルギー放射線治療	(高放) 第 号
一回線量増加加算	(増線) 第 号
強度変調放射線治療(IMRT)	(強度) 第 号
画像誘導放射線治療(IGRT)	(画誘) 第 号
体外照射呼吸性移動対策加算	(体対策) 第 号
定位放射線治療	(直放) 第 号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算	(定対策) 第 号
粒子線治療	(粒) 第 号
粒子線治療適応判定加算	(粒適) 第 号

粒子線治療医学管理加算	(粒医) 第 号
ホウ素中性子捕捉療法	(ホ中) 第 号
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	(ホ中適) 第 号
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	(ホ中医) 第 号
画像誘導密封小線源治療加算	(誘密) 第 号
保険医療機関間の連携による病理診断	(連携診) 第 号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	(連組織) 第 号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	(連細胞) 第 号
デジタル病理画像による病理診断	(デ病診) 第 号
病理診断管理加算 1	(病理診 1) 第 号
病理診断管理加算 2	(病理診 2) 第 号
悪性腫瘍病理組織標本加算	(悪病組) 第 号
口腔病理診断管理加算 1	(口病診 1) 第 号
口腔病理診断管理加算 2	(口病診 2) 第 号
クラウン・ブリッジ維持管理料	(補管) 第 号
歯科矯正診断料	(矯診) 第 号
顎口腔機能診断料 (顎変形症 (顎離断等の手術を必要とするものに限る。) の手術前後における歯科矯正に係るもの)	(顎診) 第 号
調剤基本料 1	(調基 1) 第 号
調剤基本料 2	(調基 2) 第 号
調剤基本料 3 イ	(調基 3 イ) 第 号
調剤基本料 3 ロ	(調基 3 ロ) 第 号
調剤基本料 3 ハ	(調基 3 ハ) 第 号
調剤基本料 1 (注 1 のただし書に該当する場合)	(調基特 1) 第 号
地域支援体制加算 1	(地支体 1) 第 号
地域支援体制加算 2	(地支体 2) 第 号
地域支援体制加算 3	(地支体 3) 第 号
地域支援体制加算 4	(地支体 4) 第 号
連携強化加算	(薬連強) 第 号
後発医薬品調剤体制加算 1	(後発調 1) 第 号
後発医薬品調剤体制加算 2	(後発調 2) 第 号
後発医薬品調剤体制加算 3	(後発調 3) 第 号
無菌製剤処理加算	(薬菌) 第 号
在宅薬学総合体制加算 1	(在宅総 1) 第 号
在宅薬学総合体制加算 2	(在宅総 2) 第 号
医療 D X 推進体制整備加算	(薬 D X) 第 号
在宅患者調剤加算	(在宅調) 第 号
特定薬剤管理指導加算 2	(特薬管 2) 第 号
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	(か薬) 第 号

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	(在医麻) 第 号
在宅中心静脈栄養法加算	(在中栄) 第 号
看護職員処遇改善評価料	(看処遇) 第 号
外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	(外在ベI) 第 号
外来・在宅ベースアップ評価料 (II)	(外在ベII) 第 号
歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	(齒外在ベI) 第 号
歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II)	(齒外在ベII) 第 号
入院ベースアップ評価料	(入べ) 第 号

7 次の(1)から(16)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行っていけば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

- (1) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）、皮下連続式グルコース測定
- (2) 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
- (3) センチネルリンパ節生検（併用）、乳癌センチネルリンパ節生検加算1
- (4) センチネルリンパ節生検（単独）、乳癌センチネルリンパ節生検加算2
- (5) 人工膵臓検査、人工膵臓療法
- (6) 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト
- (7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料
- (8) 導入期加算2、導入期加算3、腎代替療法実績加算
- (9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算
- (10) 緊急整復固定加算、緊急挿入加算
- (11) 食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
- (12) 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）、腹腔鏡下膵中央切除術
- (13) 腹腔鏡下副腎摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
- (14) 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
- (15) 膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎術（経尿道）
- (16) 採取精子調整管理料、精子凍結保存管理料

(17) 胎児輸血術（一連につき）、臍帯穿刺

- 8 4に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。令和6年6月1日からの算定に係る届出については、令和6年5月2日以降に届出書の提出を行うことができる。
- 9 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算1、2、3及び4、歯科画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（I）、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、CT撮影及びMRI撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。
- 2 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 3 「特掲診療料の施設基準等」に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年8月1日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。
- 5 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という。）、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和5

8年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。)及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和32年厚生省令第16号)の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、令和6年3月31日現在において現に特掲診療料を算定している保険医療機関及び保険薬局において、引き続き当該特掲診療料を算定する場合(名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。)には、新たな届出を要しない。ただし、令和6年6月以降の実績により、届出を行っている特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和6年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された特掲診療料(表1)及び施設基準が改正された特掲診療料(表2)については、令和6年6月1日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。

表1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算
慢性腎臓病透析予防指導管理料
外来腫瘍化学療法診療料3
外来腫瘍化学療法診療料の注9に規定するがん薬物療法体制充実加算
プログラム医療機器等指導管理料
在宅療養支援歯科病院
往診料の注9に規定する介護保険施設等連携往診加算
在宅患者訪問診療料(I)の注13及び歯科訪問診療料の注20に規定する在宅医療DX情報活用加算
在宅時医学総合管理料の注14(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合含む。)に規定する基準
在宅時医学総合管理料の注15(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)及び在宅がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算
歯科疾患在宅療養管理料の注7、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注8及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注8に規定する在宅歯科医療情報連携加算
救急患者連携搬送料
在宅患者訪問看護・指導料の注17(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。)及び精神科訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療DX情報活用加算
在宅患者訪問看護・指導料の注18(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する遠隔死亡診断補助加算
遺伝学的検査の注2に規定する施設基準
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)
経頸静脈的肝生検

画像診断管理加算 3
 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準
 通院・在宅精神療法の注 10 に規定する児童思春期支援指導加算
 通院・在宅精神療法の注 11 に規定する早期診療体制充実加算
 通院・在宅精神療法の注 12 に規定する情報通信機器を用いた通院精神療法の施設基準
 ストーマ合併症加算
 歯科技工士連携加算 1
 歯科技工士連携加算 2
 光学印象
 光学印象歯科技工士連携加算
 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法
 人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
 緊急穿頭血腫除去術
 脳血栓回収療法連携加算
 毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）
 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科）
 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
 気管支バルブ留置術
 胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法
 胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術支援機器を用いる場合）
 胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術
 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法
 腹腔鏡下臍中央切除術
 腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
 腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）
 尿道狭窄グラフト再建術
 精巣温存手術
 女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）
 腹腔鏡下陰断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 再製造単回使用医療機器使用加算
 在宅薬学総合体制加算
 医療DX推進体制整備加算
 看護職員処遇改善評価料
 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

歯科外来・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（Ⅱ）
 入院ベースアップ評価料

表 2 施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要なもの）

地域包括診療料（令和 6 年 10 月以降に引き続き算定する場合に限る。）
 外来腫瘍化学療法診療料 1（令和 6 年 10 月以降に引き続き算定する場合に限る。）
 小児口腔機能管理料の注 3 に規定する口腔管理体制強化加算（令和 6 年 3 月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の診療報酬の算定方法別表第二「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の注 10 に規定するかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る届出を行っている保険医療機関において、令和 7 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 並びに歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則の 6 に掲げる処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1（令和 8 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 調剤基本料 2
 特別調剤基本料 A
 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準（処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料 1 を算定することができる保険薬局）（令和 8 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局
 地域支援体制加算（令和 8 年 9 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 連携強化加算（令和 7 年 1 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表 3 施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要でないもの）

外来緩和ケア管理料
 一般不妊治療管理料
 二次性骨折予防継続管理料
 小児かかりつけ診療料
 外来腫瘍化学療法診療料 2
 生活習慣病管理料（Ⅰ）
 在宅療養支援診療所
 こころの連携指導料（Ⅰ）
 在宅療養支援歯科診療所 1
 在宅療養支援歯科診療所 2
 在宅療養支援病院
 がんゲノムプロファイリング検査
 国際標準検査管理加算
 遠隔画像診断
 冠動脈 C T 撮影加算
 血流予備量比コンピューター断層撮影

外来後発医薬品使用体制加算
 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)
 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)
 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)
 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)
 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)
 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)
 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)
 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)
 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)
 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)
 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)
 障害児(者)リハビリテーション料
 通院・在宅精神療法の注8に規定する療養生活継続支援加算
 導入期加算1、2及び3
 歯科技工加算1
 歯科技工加算2
 皮膚悪性腫瘍切除術(皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。)
 頭蓋内腫瘍摘出術(原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。)
 頭蓋内電極植込術(脳深部電極によるもの(7本以上の電極による場合)に限る。)
 網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)
 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
 乳腺悪性腫瘍手術(乳癌センチネルリンパ節生検加算1又は乳癌センチネルリンパ節生検加算2を算定する場合に限る。)
 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)
 胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術
 不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるもの)に限る。)
 経皮的カテーテル心筋焼灼術(磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。)
 腹腔鏡下胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))
 腹腔鏡下胃縮小術

腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下腓頭部腫瘍切除術
 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
 腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
 腹腔鏡下仙骨腔固定術
 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術
 医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術
 調剤基本料の注2に規定する保険薬局
 調剤管理加算
 医療情報取得加算
 服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）

表4 施設基準等の名称が変更されたが、令和6年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	→	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）
画像診断管理加算3	→	画像診断管理加算4
内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	→	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うものに限る。）

- (3) 「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は時間外対応加算3に係る届出を行っていること。
- (4) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、2つ以上に該当すること。
- ア 母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること
 - イ 予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定による予防接種（定期予防接種）を実施していること
 - ウ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること
 - エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任していること
- (5) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。
- 2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準
- (1) 1の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。
- (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 「A001」の注10に規定する時間外対応加算2又は時間外対応加算4に係る届出を行っていること。
 - イ 以下のいずれも満たすものであること。
 - (イ) 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。
 - (ロ) 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間にあつては、留守番電話等により、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関や都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（#8000等）等の案内を行うなど、対応に配慮すること。
- 3 小児抗菌薬適正使用支援加算に関する施設基準
- 薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成28年4月5日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- 4 届出に関する事項
- 小児かかりつけ診療料1又は2の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の8を用いること。小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6の8の4 外来腫瘍化学療法診療料

- 1 外来腫瘍化学療法診療料1に関する施設基準
- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）

以外の目的で使用することは認められないものであること。

- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (5) 専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること。
- (6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (7) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

- (8) 「B001」の「22」がん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。
- (9) 「B001」の「23」がん患者指導管理料の口の届出を行っていることが望ましい。
- (10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
 - ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
- (11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。
- (12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。
- (13) 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する保険医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する保険医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (14) (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (15) (13)及び(14)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。

2 外来腫瘍化学療法診療料2に関する施設基準

- (1) 1の(1)、(5)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。
- (2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

- (3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- 3 外来腫瘍化学療法診療料3に関する施設基準
- (1) 1の(1)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。
- (2) 2の(2)及び(3)を満たしていること。
- (3) 当該保険医療機関において外来化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (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。
- (5) 標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。
- (6) 令和7年5月31日までの間に限り、(4)の基準を満たしているものとする。
- 4 連携充実加算に関する施設基準
- (1) 外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っていること。
- (2) 1の(7)に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること。
- (3) 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。
- ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンを当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。
- イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。
- ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からのレジメンに関する照会や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。
- (4) 外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。
- 5 がん薬物療法体制充実加算に関する施設基準**
- (1) 外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っていること。
- (2) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。
- (3) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- (4) 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てる

ことができる体制が整備されていること。

6 届出に関する事項

- (1) 外来腫瘍化学療法診療料1、2及び3の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
- (2) 連携充実加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式39の2を用いること。
- (3) がん薬物療法体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式39の3を用いること。
- (4) 当該治療室の平面図を添付すること。
- (5) 令和6年3月31日時点で外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間、1の(10)及び(13)の基準を満たしているものとする。
- (6) 令和6年3月31日時点で外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、1の(15)の基準を満たしているものとする。

第6の9 生活習慣病管理料(I)及び(II)

1 生活習慣病管理料(I)の注1及び生活習慣病管理料(II)の注1に関する施設基準

- (1) 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

2 生活習慣病管理料(I)の注4及び生活習慣病管理料(II)の注4に関する施設基準

- (1) 厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」(以下「外来医療等調査」という。)に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省が外来医療等調査の一部事務を委託する外来医療等調査事務局(以下「外来医療等調査事務局」という。)と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず1名指定すること。
- (2) 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。
- (3) 診療記録(過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等)の全てが保管・管理されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。
- (5) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (6) 患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (7) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

3 生活習慣病管理料(I)の注4及び生活習慣病管理料(II)の注4に係るデータ提出に関する事項

- (1) データの提出を希望する保険医療機関は、令和6年5月20日、8月20日、11月20日、令和7年2月20日、5月20日、8月20日、11月20日又は令和8年2月20日までに別添2の様式7の10について、地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。
- (2) (1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算し

て2月分のデータ（例として、令和6年7月に届出を行った場合は、令和6年8月20日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和6年9月、10月の2月分となる。）

（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。

- (3) 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を1の(1)の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、外来データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

4 生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

5 届出に関する事項

生活習慣病管理料(Ⅰ)の注4及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4の施設基準に係る届出については、次のとおり。なお、生活習慣病管理料(Ⅰ)の注1及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はない。また、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

- (1) 外来データ提出加算の施設基準に係る届出は別添2の様式7の11を用いること。
- (2) 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。
- (3) データ提出を取りやめる場合、2の(2)の基準を満たさなくなった場合及び(2)に該当した場合については、別添2の様式7の12を提出すること。
- (4) (3)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあつては、2の(1)の手続きより開始すること。

第7 ニコチン依存症管理料

1 ニコチン依存症管理料に関する施設基準

- (1) 禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- (2) 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること。なお、当該医師の診療科は問わないものであること。
- (3) 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を1名以上配置していること。
- (4) 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- (5) 保険医療機関の敷地内が禁煙であること。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- (6) 情報通信機器を用いて診察を行う保険医療機関にあつては、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に沿って診療を行う体

対象となる3か月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、別表3のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表3の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表3の対象となる3か月の「看護職員等の数」、「延べ入院患者数」及び【A】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

- (9) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (10) 当該保険医療機関は、(3)の賃金の改善措置の対象者に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、当該対象者から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

2 届出に関する事項

- (1) 看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出及び1の(7)及び(8)に基づき、新規届出時及び毎年3、6、9、12月において算出した該当する区分に係る届出は、別添2の様式93を用いること。
- (2) 1の(7)に基づき算出した看護職員処遇改善評価料の見込額、賃金改善の見込額、賃金改善実施期間、賃金改善を行う賃金項目及び方法等について記載した「賃金改善計画書」を、別添2の様式93の2により新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年6月において、地方厚生(支)局長に届け出ること。
- (3) 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式93の3により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。
- (4) 事業の継続を図るため、職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて看護職員等の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

- (5) 保険医療機関は、看護職員処遇改善評価料の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

第105 外来・在宅ベースアップ評価料(I)

1 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の施設基準

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下、この項において「対象職員」という。)が勤務していること。対象職員は別表4に示す職員であり、専ら事務作業

(医師事務作業補助者、看護補助者等の医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。)を行うものは含まれない。

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。
- (4) (3)について、ベア等により改善を図るため、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。
- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2分5厘以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4分5厘以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実績に含めることができること。
- (6) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画(以下「賃金改善計画書」という。)を作成していること。
- (7) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (8) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

2 届出に関する事項

- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式95を用いること。
- (2) 1の(6)の「賃金改善計画書」を、別添2の様式95又は様式98の2により新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年6月において、地方厚生(支)局長に届け出ること。
- (3) 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式99の1又は様式99の2により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。
- (4) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに入

院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

- (5) 保険医療機関は、外来・在宅ベースアップ評価料(I)の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

第106 外来・在宅ベースアップ評価料(II)

1 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の施設基準

- (1) 医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定していない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込みを合算した数に10円を乗じた額が、主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下、この項において「対象職員」という。)の給与総額の1分2厘未満であること。対象職員は別表4に示す職員であり、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。)を行うものは含まれない。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定回数を見込みを用いて算出した数【B】に基づき、別表5に従い該当するいずれかの区分を届け出ること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関であって、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の施設基準についても届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること(例えば歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)2の届出を行う場合は、外来・在宅ベースアップ評価料(II)2を届け出ること。)

$$\text{【B】} = \frac{\left[\text{対象職員の給与総額} \times 1 \text{分} 2 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び} \right. \\ \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right]}{\left[(\text{外来・在宅ベースアップ評価料(II)イの算定回数} \times 8 \right. \\ \left. + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(II)ロの算定回数} \times \right. \\ \left. + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)イの算定回数} \times 8 \right. \\ \left. + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)ロの算定回数} \times \right. \\ \left. \right) \times 10 \text{円} }$$

- (5) (4)について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定回数の見込み」の対象となる期間、算出した【B】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表7のとおりとする。

「対象職員の給与総額」は、別表7の対象となる12か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いること。「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定回数の見込み」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いること。

また、別表7のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」によって対象職員の賃金総額を算出すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表7の対象となる3か月の「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定回数の見込み」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表7の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。

- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。

- (7) (6)について、ベア等により改善を図るため、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。ただし、いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

- (8) 令和6年度及び令和7年度における「賃金改善計画書」を作成していること。

- (9) 常勤換算 2 名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、この限りでない。
- (10) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の 100 の 80 を超えること。
- ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和 32 年法律第 26 号)第 26 条第 2 項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和 22 年法律第 50 号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね 100 の 10 以下の場合をいう。)の場合に限る。)を含む。)
- イ 健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)第 6 条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第 4 条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)
- ウ 予防接種(予防接種法(昭和 23 年法律第 68 号)第 2 条第 6 項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第 30 条の 35 の 3 第 1 項第 2 号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成 29 年厚生労働省告示第 314 号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額
- エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1 の分娩に係る助産に係る収入金額が 50 万円を超えるときは、50 万円を限度とする。)
- オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第 26 条第 2 項第 4 号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)
- カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 6 条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第 77 条及び第 78 条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額
- キ 児童福祉法第 21 条の 5 の 2 に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第 24 条の 2 に規定する障害児入所給付費、同法第 24 条の 7 に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第 24 条の 25 に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額
- ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額
- (11) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (12) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2 の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 96 を用いること。
- (2) 1 の(8)の「賃金改善計画書」を、別添 2 の様式 96 により新規届出時及び毎年 4 月に作

成し、新規届出時及び毎年6月において、地方厚生(支)局長に届け出ること。

- (3) 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式98により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。
- (4) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出ることがあること。

- (5) 保険医療機関は、外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

第106の2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)

1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の施設基準

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として歯科医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下、この項において「対象職員」という。)が勤務していること。対象職員は別表4に示す職員であり、専ら事務作業(歯科業務補助者等の歯科医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。)を行うものは含まれない。
- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。
- (4) (3)について、ベア等により改善を図るため、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2分5厘以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4分5厘以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務歯科医及び勤務医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実績に含めることができること。

ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

- (11) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (12) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

2 届出に関する事項

- (1) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式96を用いること。
- (2) 1の(8)の「賃金改善計画書」を、別添2の様式96により新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年6月において、地方厚生(支)局長に届け出ること。
- (3) 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式98により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。
- (4) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)並びに入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出ることがあること。

- (5) 保険医療機関は、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

第107 入院ベースアップ評価料

1 入院ベースアップ評価料の施設基準

- (1) 医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定している保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込みを合算した数に10円を乗じた額が、主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下、この項において「対象職員」という。)の給与総額の2分3厘未満であること。対象職員は別表4に示す職員であり、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。)を行うものは含まれない。
- (4) 入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの点数については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベース

アップ評価料(I)により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数の見込みを用いて次の式により算出した数【C】に基づき、別表6に従い該当する区分を届け出ること。

$$\text{【C】} = \frac{\left[\text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分} 3 \text{厘} - (\text{外来} \cdot \text{在宅ベースアップ評価料(I)} \text{及び} \text{歯科外来} \cdot \text{在宅ベースアップ評価料(I)} \text{により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

- (5) (4)について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【C】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表7のとおりとする。

「対象職員の給与総額」は、別表7の対象となる12か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いること。「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」について対象職員の賃金総額を算出すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表7の対象となる3か月の「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【C】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表7の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。

- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。
- (7) (6)について、ベア等により改善を図るため、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。ただし、いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する

項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

- (8) 令和6年度及び令和7年度における「賃金改善計画書」を作成していること。
- (9) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては、この限りでない。
- (10) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の100の80を超えること。
 - ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第26条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね100の10以下の場合をいう。)の場合に限る。)を含む。)
 - イ 健康増進法(平成14年法律第103号)第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第四条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)
 - ウ 予防接種(予防接種法(昭和23年法律第68号)第3条第6項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第30条の35の3第2項第2号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成29年厚生労働省告示第314号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額
 - エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1の分娩に係る助産に係る収入金額が50万円を超えるときは、50万円を限度とする。)
 - オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第26条第2項第4号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)
 - カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第77条及び第78条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額
 - キ 児童福祉法第21条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第24条の2に規定する障害児入所給付費、同法第24条の7に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第24条の25に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額
 - ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額
- (11) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (12) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内

容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

2 届出に関する事項

- (1) 入院ベースアップ評価料の施設基準に係る届出は、別添2の様式97を用いること。
- (2) 1の(8)の「賃金改善計画書」を、別添2の様式97により新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年6月において、地方厚生(支)局長に届け出ること。
- (3) 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式98により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。
- (4) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式98により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

- (5) 保険医療機関は、入院ベースアップ評価料の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

別表1(看護職員処遇改善評価料において、看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とすることができるコメディカル)

- ア 視能訓練士
- イ 言語聴覚士
- ウ 義肢装具士
- エ 歯科衛生士
- オ 歯科技工士
- カ 診療放射線技師
- キ 臨床検査技師
- ク 臨床工学技士
- ケ 管理栄養士
- コ 栄養士
- サ 精神保健福祉士
- シ 社会福祉士
- ス 介護福祉士
- セ 保育士
- ソ 救急救命士
- タ あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師
- チ 柔道整復師
- ツ 公認心理師
- テ その他医療サービスを患者に直接提供している職種

別表4 (ベースアップ評価料における対象職員)

- ア 薬剤師
- イ 保健師
- ウ 助産師
- エ 看護師
- オ 准看護師
- カ 看護補助者
- キ 理学療法士
- ク 作業療法士
- ケ 視能訓練士
- コ 言語聴覚士
- サ 義肢装具士
- シ 歯科衛生士
- ス 歯科技工士
- セ 歯科業務補助者
- ソ 診療放射線技師
- タ 診療エックス線技師
- チ 臨床検査技師
- ツ 衛生検査技師
- テ 臨床工学技士
- ト 管理栄養士
- ナ 栄養士
- ニ 精神保健福祉士
- ヌ 社会福祉士
- ネ 介護福祉士
- ノ 保育士
- ハ 救急救命士
- ヒ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
- フ 柔道整復師
- ヘ 公認心理師
- ホ 診療情報管理士
- マ 医師事務作業補助者
- ミ その他医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。)

別表 5

【B】	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の区分	点数(イ)	点数(ロ)
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1	8 点	1 点
1.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2	16 点	2 点
2.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3	24 点	3 点
3.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4	32 点	4 点
4.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5	40 点	5 点
5.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6	48 点	6 点
6.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7	56 点	7 点
7.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8	64 点	8 点

別表 6

【C】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0を超え 1.5 未満	入院ベースアップ評価料 1	1 点
1.5 以上 2.5 未満	入院ベースアップ評価料 2	2 点
2.5 以上 3.5 未満	入院ベースアップ評価料 3	3 点
3.5 以上 4.5 未満	入院ベースアップ評価料 4	4 点
4.5 以上 5.5 未満	入院ベースアップ評価料 5	5 点
5.5 以上 6.5 未満	入院ベースアップ評価料 6	6 点
6.5 以上 7.5 未満	入院ベースアップ評価料 7	7 点
7.5 以上 8.5 未満	入院ベースアップ評価料 8	8 点
8.5 以上 9.5 未満	入院ベースアップ評価料 9	9 点
9.5 以上 10.5 未満	入院ベースアップ評価料 10	10 点
10.5 以上 11.5 未満	入院ベースアップ評価料 11	11 点
11.5 以上 12.5 未満	入院ベースアップ評価料 12	12 点
12.5 以上 13.5 未満	入院ベースアップ評価料 13	13 点
13.5 以上 14.5 未満	入院ベースアップ評価料 14	14 点
14.5 以上 15.5 未満	入院ベースアップ評価料 15	15 点
15.5 以上 16.5 未満	入院ベースアップ評価料 16	16 点
16.5 以上 17.5 未満	入院ベースアップ評価料 17	17 点
17.5 以上 18.5 未満	入院ベースアップ評価料 18	18 点

18.5 以上 19.5 未満	入院ベースアップ評価料 19	19 点
19.5 以上 20.5 未満	入院ベースアップ評価料 20	20 点
20.5 以上 21.5 未満	入院ベースアップ評価料 21	21 点
21.5 以上 22.5 未満	入院ベースアップ評価料 22	22 点
22.5 以上 23.5 未満	入院ベースアップ評価料 23	23 点
23.5 以上 24.5 未満	入院ベースアップ評価料 24	24 点
24.5 以上 25.5 未満	入院ベースアップ評価料 25	25 点
25.5 以上 26.5 未満	入院ベースアップ評価料 26	26 点
26.5 以上 27.5 未満	入院ベースアップ評価料 27	27 点
27.5 以上 28.5 未満	入院ベースアップ評価料 28	28 点
28.5 以上 29.5 未満	入院ベースアップ評価料 29	29 点
29.5 以上 30.5 未満	入院ベースアップ評価料 30	30 点
30.5 以上 31.5 未満	入院ベースアップ評価料 31	31 点
31.5 以上 32.5 未満	入院ベースアップ評価料 32	32 点
32.5 以上 33.5 未満	入院ベースアップ評価料 33	33 点
33.5 以上 34.5 未満	入院ベースアップ評価料 34	34 点
34.5 以上 35.5 未満	入院ベースアップ評価料 35	35 点
35.5 以上 36.5 未満	入院ベースアップ評価料 36	36 点
36.5 以上 37.5 未満	入院ベースアップ評価料 37	37 点
37.5 以上 38.5 未満	入院ベースアップ評価料 38	38 点
38.5 以上 39.5 未満	入院ベースアップ評価料 39	39 点
39.5 以上 40.5 未満	入院ベースアップ評価料 40	40 点
40.5 以上 41.5 未満	入院ベースアップ評価料 41	41 点
41.5 以上 42.5 未満	入院ベースアップ評価料 42	42 点
42.5 以上 43.5 未満	入院ベースアップ評価料 43	43 点
43.5 以上 44.5 未満	入院ベースアップ評価料 44	44 点
44.5 以上 45.5 未満	入院ベースアップ評価料 45	45 点
45.5 以上 46.5 未満	入院ベースアップ評価料 46	46 点
46.5 以上 47.5 未満	入院ベースアップ評価料 47	47 点
47.5 以上 48.5 未満	入院ベースアップ評価料 48	48 点
48.5 以上 49.5 未満	入院ベースアップ評価料 49	49 点
49.5 以上 50.5 未満	入院ベースアップ評価料 50	50 点
50.5 以上 51.5 未満	入院ベースアップ評価料 51	51 点
51.5 以上 52.5 未満	入院ベースアップ評価料 52	52 点
52.5 以上 53.5 未満	入院ベースアップ評価料 53	53 点
53.5 以上 54.5 未満	入院ベースアップ評価料 54	54 点
54.5 以上 55.5 未満	入院ベースアップ評価料 55	55 点
55.5 以上 56.5 未満	入院ベースアップ評価料 56	56 点
56.5 以上 57.5 未満	入院ベースアップ評価料 57	57 点

57.5 以上 58.5 未満	入院ベースアップ評価料 58	58 点
58.5 以上 59.5 未満	入院ベースアップ評価料 59	59 点
59.5 以上 60.5 未満	入院ベースアップ評価料 60	60 点
60.5 以上 61.5 未満	入院ベースアップ評価料 61	61 点
61.5 以上 62.5 未満	入院ベースアップ評価料 62	62 点
62.5 以上 63.5 未満	入院ベースアップ評価料 63	63 点
63.5 以上 64.5 未満	入院ベースアップ評価料 64	64 点
64.5 以上 65.5 未満	入院ベースアップ評価料 65	65 点
65.5 以上 66.5 未満	入院ベースアップ評価料 66	66 点
66.5 以上 67.5 未満	入院ベースアップ評価料 67	67 点
67.5 以上 68.5 未満	入院ベースアップ評価料 68	68 点
68.5 以上 69.5 未満	入院ベースアップ評価料 69	69 点
69.5 以上 70.5 未満	入院ベースアップ評価料 70	70 点
70.5 以上 71.5 未満	入院ベースアップ評価料 71	71 点
71.5 以上 72.5 未満	入院ベースアップ評価料 72	72 点
72.5 以上 73.5 未満	入院ベースアップ評価料 73	73 点
73.5 以上 74.5 未満	入院ベースアップ評価料 74	74 点
74.5 以上 75.5 未満	入院ベースアップ評価料 75	75 点
75.5 以上 76.5 未満	入院ベースアップ評価料 76	76 点
76.5 以上 77.5 未満	入院ベースアップ評価料 77	77 点
77.5 以上 78.5 未満	入院ベースアップ評価料 78	78 点
78.5 以上 79.5 未満	入院ベースアップ評価料 79	79 点
79.5 以上 80.5 未満	入院ベースアップ評価料 80	80 点
80.5 以上 81.5 未満	入院ベースアップ評価料 81	81 点
81.5 以上 82.5 未満	入院ベースアップ評価料 82	82 点
82.5 以上 83.5 未満	入院ベースアップ評価料 83	83 点
83.5 以上 84.5 未満	入院ベースアップ評価料 84	84 点
84.5 以上 85.5 未満	入院ベースアップ評価料 85	85 点
85.5 以上 86.5 未満	入院ベースアップ評価料 86	86 点
86.5 以上 87.5 未満	入院ベースアップ評価料 87	87 点
87.5 以上 88.5 未満	入院ベースアップ評価料 88	88 点
88.5 以上 89.5 未満	入院ベースアップ評価料 89	89 点
89.5 以上 90.5 未満	入院ベースアップ評価料 90	90 点
90.5 以上 91.5 未満	入院ベースアップ評価料 91	91 点
91.5 以上 92.5 未満	入院ベースアップ評価料 92	92 点
92.5 以上 93.5 未満	入院ベースアップ評価料 93	93 点
93.5 以上 94.5 未満	入院ベースアップ評価料 94	94 点
94.5 以上 95.5 未満	入院ベースアップ評価料 95	95 点
95.5 以上 96.5 未満	入院ベースアップ評価料 96	96 点

96.5 以上 97.5 未満	入院ベースアップ評価料 97	97 点
97.5 以上 98.5 未満	入院ベースアップ評価料 98	98 点
98.5 以上 99.5 未満	入院ベースアップ評価料 99	99 点
99.5 以上 100.5 未満	入院ベースアップ評価料 100	100 点
100.5 以上 101.5 未満	入院ベースアップ評価料 101	101 点
101.5 以上 102.5 未満	入院ベースアップ評価料 102	102 点
102.5 以上 103.5 未満	入院ベースアップ評価料 103	103 点
103.5 以上 104.5 未満	入院ベースアップ評価料 104	104 点
104.5 以上 105.5 未満	入院ベースアップ評価料 105	105 点
105.5 以上 106.5 未満	入院ベースアップ評価料 106	106 点
106.5 以上 107.5 未満	入院ベースアップ評価料 107	107 点
107.5 以上 108.5 未満	入院ベースアップ評価料 108	108 点
108.5 以上 109.5 未満	入院ベースアップ評価料 109	109 点
109.5 以上 110.5 未満	入院ベースアップ評価料 110	110 点
110.5 以上 111.5 未満	入院ベースアップ評価料 111	111 点
111.5 以上 112.5 未満	入院ベースアップ評価料 112	112 点
112.5 以上 113.5 未満	入院ベースアップ評価料 113	113 点
113.5 以上 114.5 未満	入院ベースアップ評価料 114	114 点
114.5 以上 115.5 未満	入院ベースアップ評価料 115	115 点
115.5 以上 116.5 未満	入院ベースアップ評価料 116	116 点
116.5 以上 117.5 未満	入院ベースアップ評価料 117	117 点
117.5 以上 118.5 未満	入院ベースアップ評価料 118	118 点
118.5 以上 119.5 未満	入院ベースアップ評価料 119	119 点
119.5 以上 120.5 未満	入院ベースアップ評価料 120	120 点
120.5 以上 121.5 未満	入院ベースアップ評価料 121	121 点
121.5 以上 122.5 未満	入院ベースアップ評価料 122	122 点
122.5 以上 123.5 未満	入院ベースアップ評価料 123	123 点
123.5 以上 124.5 未満	入院ベースアップ評価料 124	124 点
124.5 以上 125.5 未満	入院ベースアップ評価料 125	125 点
125.5 以上 126.5 未満	入院ベースアップ評価料 126	126 点
126.5 以上 127.5 未満	入院ベースアップ評価料 127	127 点
127.5 以上 128.5 未満	入院ベースアップ評価料 128	128 点
128.5 以上 129.5 未満	入院ベースアップ評価料 129	129 点
129.5 以上 130.5 未満	入院ベースアップ評価料 130	130 点
130.5 以上 131.5 未満	入院ベースアップ評価料 131	131 点
131.5 以上 132.5 未満	入院ベースアップ評価料 132	132 点
132.5 以上 133.5 未満	入院ベースアップ評価料 133	133 点
133.5 以上 134.5 未満	入院ベースアップ評価料 134	134 点
134.5 以上 135.5 未満	入院ベースアップ評価料 135	135 点

135.5 以上 136.5 未満	入院ベースアップ評価料 136	136 点
136.5 以上 137.5 未満	入院ベースアップ評価料 137	137 点
137.5 以上 138.5 未満	入院ベースアップ評価料 138	138 点
138.5 以上 139.5 未満	入院ベースアップ評価料 139	139 点
139.5 以上 140.5 未満	入院ベースアップ評価料 140	140 点
140.5 以上 141.5 未満	入院ベースアップ評価料 141	141 点
141.5 以上 142.5 未満	入院ベースアップ評価料 142	142 点
142.5 以上 143.5 未満	入院ベースアップ評価料 143	143 点
143.5 以上 144.5 未満	入院ベースアップ評価料 144	144 点
144.5 以上 145.5 未満	入院ベースアップ評価料 145	145 点
145.5 以上 146.5 未満	入院ベースアップ評価料 146	146 点
146.5 以上 147.5 未満	入院ベースアップ評価料 147	147 点
147.5 以上 148.5 未満	入院ベースアップ評価料 148	148 点
148.5 以上 149.5 未満	入院ベースアップ評価料 149	149 点
149.5 以上 150.5 未満	入院ベースアップ評価料 150	150 点
150.5 以上 151.5 未満	入院ベースアップ評価料 151	151 点
151.5 以上 152.5 未満	入院ベースアップ評価料 152	152 点
152.5 以上 153.5 未満	入院ベースアップ評価料 153	153 点
153.5 以上 154.5 未満	入院ベースアップ評価料 154	154 点
154.5 以上 155.5 未満	入院ベースアップ評価料 155	155 点
155.5 以上 156.5 未満	入院ベースアップ評価料 156	156 点
156.5 以上 157.5 未満	入院ベースアップ評価料 157	157 点
157.5 以上 158.5 未満	入院ベースアップ評価料 158	158 点
158.5 以上 159.5 未満	入院ベースアップ評価料 159	159 点
159.5 以上 160.5 未満	入院ベースアップ評価料 160	160 点
160.5 以上 161.5 未満	入院ベースアップ評価料 161	161 点
161.5 以上 162.5 未満	入院ベースアップ評価料 162	162 点
162.5 以上 163.5 未満	入院ベースアップ評価料 163	163 点
163.5 以上 164.5 未満	入院ベースアップ評価料 164	164 点
164.5 以上	入院ベースアップ評価料 165	165 点

別表 7

算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定回数の見込み」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【B】及び【C】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年3月～2月	前年12月～2月	4月

6月	前年6月～5月	3～5月	7月
9月	前年9月～8月	6～8月	10月
12月	前年12月～11月	9～11月	翌年1月

- 外来腫瘍化学療法診療料 1
- 外来腫瘍化学療法診療料 2
- 外来腫瘍化学療法診療料 3
- 外来化学療法加算 1
- 外来化学療法加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。□には、適合する場合「✓」を記入すること。

1 届出	外来腫瘍化学療法診療料 1	<input type="checkbox"/>
	外来腫瘍化学療法診療料 2	<input type="checkbox"/>
	外来腫瘍化学療法診療料 3	<input type="checkbox"/>
	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>
	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>
2 専用の治療室	専用の治療室の面積	平方メートル
	専用の病床数	床
3 当該化学療法の専任の常勤医師の氏名		
4 当該治療室に勤務する化学療法経験の有する専任の看護師の氏名		
5 当該化学療法の専任の常勤薬剤師の氏名		
6 本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制（外来腫瘍化学療法診療料のみ）	(連絡先)	
7 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制	自院における体制	(不可の場合、連携保険医療機関名)
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
8 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

を評価し、承認する委員会を開催		
9 がん性疼痛緩和指管理料に係る届出（外来腫瘍化学療法診療料1のみ）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制（外来腫瘍化学療法診療料1のみ）	外来腫瘍化学療法診療料3届出医療機関との連携 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	（有の場合、連携保険医療機関名）
11 当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制（外来腫瘍化学療法診療料3のみ）	外来腫瘍化学療法診療料1届出医療機関との連携 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	（有の場合、連携保険医療機関名）
12 時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制（外来腫瘍化学療法診療料3のみ）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

[記載上の注意]

- 1 当該治療室の平面図を添付すること。
- 2 外来腫瘍化学療法診療料1及び外来化学療法加算1の施設基準に係る届出に当たっては、「3」の医師、「4」の看護師及び「5」の薬剤師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 3 「3」については、外来腫瘍化学療法診療料1及び外来化学療法加算1に係る届出の場合のみ記入すること。外来腫瘍化学療法診療料1に掲げる届出の場合については、当該医師は次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
 - ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
- 4 外来腫瘍化学療法診療料1及び外来化学療法加算1の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の目的、構成員、及び開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 5 外来腫瘍化学療法診療料及び外来化学療法加算の治療室及び急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制については、兼用して差し支えない。また、人員体制についても兼任して差し支えない。

連携充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

連携充実加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っている	<input type="checkbox"/>
②	外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加している	<input type="checkbox"/>
③	ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンを当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できる	<input type="checkbox"/>
	イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等の実施	<input type="checkbox"/>
	ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からのレジメンに関する照会や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制がある	<input type="checkbox"/>
	エ ウの体制について、ホームページや研修会等で周知している	<input type="checkbox"/>
④	化学療法の専任の常勤管理 栄養士の氏名	

[記載上の注意]

- 1 ③のアについては、確認できるウェブページのコピー等を添付すること。
- 2 ④の管理栄養士は、外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する者であること。
- 3 連携充実加算の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の構成員を記載した文書を添付すること。

がん薬物療法体制充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

がん薬物療法体制充実加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っている	□
②	患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えている	□
③	薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されている	□
④	化学療法の専任の常勤 薬剤師の氏名	

[記載上の注意]

- 1 ③に掲げる事項について、その体制の概要を添付すること。
- 2 ④に記載する薬剤師は、5年以上の化学療法に係る業務の経験を有する者であること。また、がんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが確認できる文書を添付すること。

（ 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） ）

の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 届出を行う評価料

- 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）

3 外来医療等の実施の有無

- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（医科）
 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（歯科）

4 対象職員（常勤換算）数

人

※ 対象職員とは、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）をいう。

※ 0より大きい数であればよい。

【記載上の注意】

- 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。
- 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。
- 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。
- 本様式と合わせて「賃金改善計画書」を地方厚生（支）局へ提出すること。

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類 (新規・3、6、9、12月の区分変更)

1 保険医療機関コード
 保険医療機関名

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

3 該当する届出

算出を行う月(通知別表7を参照)

- 新規
 区分変更 (3月 6月 9月 12月)

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。
 ※ 例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行う。

4 対象職員(常勤換算)数

人

※ 原則2以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員(常勤換算)数が2.0人未満の場合、特定地域(※)に所在する保険医療機関に該当するか。

※ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

5 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超えること。

※ 【記載上の注意】3を参照

6 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値【B】

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(上記「3」の入力に連動)

- 前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

※ 「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。(ただし、役員報酬については除く。)
 また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間】(上記「3」の入力に連動)

- 前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

②再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

④訪問診療料(同一建物)の算定回数 回 (前回届出時 回)

回 (前回届出時 回)

⑤ 歯科初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑥ 歯科再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

※ 算出対象期間の1月当たりの平均の算定回数(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

回 (前回届出時 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

点 (前回届出時 点)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

(前回届出時)

(4) 【B】の値

(前回届出時)

【B】=

$$\frac{\left[\begin{array}{l} \text{対象職員の給与総額} \times 1 \frac{2}{3} \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \end{array} \right]}{\left[\begin{array}{l} \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数} \times 8 \\ + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数} \times 8 \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数} \times 8 \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数} \times 8 \end{array} \right]} \times 10 \text{円}$$

7 前回届け出た時点との比較

- 前回届出時と比較して、
- 対象職員の給与総額(6(2))の変化は1割以内である。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み(6(3))の変化は1割以内である。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の算定回数(6(3))の変化は1割以内である。
 - 【B】の値(6(5))の変化は1割以内である。

※ 上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

8 6により算出した【B】に基づき、該当する区分

(1) 算定が可能となる区分

--

--

(2) 届出する区分(いずれかを選択)

<input type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

<input type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

【記載上の注意】

- 1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
 なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。
- 2 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
 常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。
- 3 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。
- 4 「6」(1)②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く)。
 また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
- 5 「6」①初診料等に係る算定回数については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)
- 6 「6」②再診料等に係る算定回数については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号A001に掲げる再診料
 - ・区分番号A002に掲げる外来診療料
 - ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 7 「6」③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 8 「6」④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 9 「6」⑤「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 10 「6」⑥「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 11 「6」⑦「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 12 「6」⑧「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

入院ベースアップ評価料の施設基準に係る届出書添付書類（新規・3、6、9、12月の区分変更）

1 保険医療機関コード
 保険医療機関名

2 該当する届出

算出を行う月（通知別表7を参照）

新規 3月 6月 9月 12月
 区分変更

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。
 ※ 例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行う。

3 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超えること。

※ 【記載上の注意】1を参照

4 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、入院ベースアップ評価料の区分を算出する値【(C)】

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間（「2」の入力に連動）

前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円（前回届出時 円）

※ 「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。(ただし、役員報酬については除く。) また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

(2)外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等及び延べ入院患者数の対象期間】（「2」の入力に連動）

前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回（前回届出時 回）

②再診料等の算定回数

回（前回届出時 回）

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回（前回届出時 回）

④訪問診療料(同一建物)の算定回数

回（前回届出時 回）

⑤歯科初診料等の算定回数

回（前回届出時 回）

⑥歯科再診料等の算定回数

回（前回届出時 回）

⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回（前回届出時 回）

⑧歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数

回（前回届出時 回）

※ 算出対象期間の1月当たりの平均の算定回数(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

_____回 (前回届出時 _____回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

_____点 (前回届出時 _____点)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

(4) 延べ入院患者数

【対象期間の1月当たりの平均】

_____人月 (前回届出時 _____人月)

※ 算出対象となる期間の1月当たりの延べ入院患者数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

※ 対象期間の1月当たりの平均延べ入院患者数が30人月未満である場合には、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ても差し支えない。ただし、その場合は入院ベースアップ評価料を届け出ないこと。

(5) 【C】の値

_____ (前回届出時 _____)

$$\text{【C】} = \frac{\left[\begin{array}{l} \text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分} 3 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \end{array} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

5 前回届け出た時点との比較

- 前回届出時と比較して、
- 対象職員の給与総額(4(2))の変化は1割以内である。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み(4(3))の変化は1割以内である。
 - 延べ入院患者数(4(5))の変化は1割以内である。
 - 【C】の値(4(6))の変化は1割以内である。

※ 上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

6 4により算出した【C】に基づき、該当する区分

【記載上の注意】

- 1 「3」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。
- 2 「4」②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く。)
また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
- 3 「4」(2)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・医科点数表区分番号(以下2～5において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)

- 4 「4」(2)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A001に掲げる再診料
 - ・区分番号A002に掲げる外来診療料
 - ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 5 「4」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 6 「4」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ若しくは2のロ
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 7 「4」(2)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下6～9において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 8 「4」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 9 「4」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 10 「4」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

別添

(病院及び有床診療所) 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. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

<input type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和	年	月	～	令和	年	月		ヶ月
----	---	---	---	----	---	---	--	----

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和	年	月	～	令和	年	月		ヶ月
----	---	---	---	----	---	---	--	----

※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップ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の引上げ（以下、「ベア等」という）をいい、定期昇給は含まない。
※ また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

Ⅲ-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み (③の期間中)

④算定金額の見込み		円
外來ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定金額の見込み		円
入院ベースアップ評価料による算定金額の見込み		円
入院ベースアップ評価料の区分 () 点数		点
賃金改善実施期間における、入院基本料に係る算定回数		回
⑤令和7年度への繰越予定額 (令和6年度届出時のみ記載)		円
⑥前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)		円
⑦算定金額の見込み (繰越額調整後) (④-⑤+⑥)		円

※ 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員の前年及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に充て、下記の「⑨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。

Ⅲ-2. 全体の賃金改善の見込み額 (②の期間中)

⑧全体の賃金改善の見込み額		円
⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み (⑦の再掲)		円
⑩うち⑨以外によるベア等実施分		円
⑪うち定期昇給相当分		円
⑫うちその他分 (⑧-⑨-⑩-⑪)		円

※ 「⑧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。
※ 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰の活用等により、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。
※ 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。

なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ペア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。

※ 「⑫うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やペア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑬対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）		円
⑰うち定期昇給相当分		円
⑱うちペア等実施分		円
⑲ペア等による賃金増率（⑱÷⑭）		%

V. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

⑳看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉑賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉒賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉒－㉑）		円
㉔うち定期昇給相当分		円
㉕うちペア等実施分		円
㉖ペア等による賃金増率（㉕÷㉑）		%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

㉗薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉘賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉙賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉚基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉙－㉘）		円
㉛うち定期昇給相当分		円
㉜うちペア等実施分		円
㉝ペア等による賃金増率（㉜÷㉘）		%

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

㉞看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉟賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊱賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊱－㉟）		円
㊳うち定期昇給相当分		円
㊴うちペア等実施分		円
㊵ペア等による賃金増率（㊴÷㉟）		%

VIII. 歯科衛生士の基本給等に係る事項（歯科診療を主とする病院、歯科大学付属病院、歯学部がある大学病院の場合に記入）

㊶歯科衛生士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㊷賃金改善する前の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊸賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊹基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊸－㊷）		円
㊺うち定期昇給相当分		円
㊻うちペア等実施分		円
㊼ペア等による賃金増率（㊻÷㊷）		%

IX. その他の対象職種の基本給等に係る事項

㊽その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㊾賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊿賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
①基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（①－㊾）		円
②うち定期昇給相当分		円
③うちペア等実施分		円

⑤4 ベア等による賃金増率 (⑤3)÷(④9)

%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

⑤5 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数 (賃金改善実施期間 (2) の開始月時点)	人
⑤6 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額 (賃金改善実施期間 (2) の開始月)	円
⑤7 うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (2) の開始月)	円
⑤8 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額 (賃金改善実施期間 (2) の開始月)	円
⑤9 うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (2) の開始月)	円
⑥0 給与総額に係る賃金改善の見込み額 (1ヶ月分) (⑤8) (⑤6)	円
⑥1 基本給等に係る賃金改善の見込み額 (1ヶ月分) (⑤8) (⑤7)	円
⑥2 うち定期昇給相当分	円
⑥3 うちベア等実施分	円
⑥4 ベア等による賃金増率 (⑥3)÷(⑥1)	%

XI. 事務事務職員の基本給等に係る事項

⑥5 事務職員の常勤換算数 (賃金改善実施期間 (2) の開始月時点)	人
⑥6 賃金改善する前の事務職員の給与総額 (賃金改善実施期間 (2) の開始月)	円
⑥7 うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (2) の開始月)	円
⑥8 賃金改善した後の事務職員の給与総額 (賃金改善実施期間 (2) の開始月)	円
⑥9 うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (2) の開始月)	円
⑦0 給与総額に係る賃金改善の見込み額 (1ヶ月分) (⑥8) (⑥6)	円
⑦1 基本給等に係る賃金改善の見込み額 (1ヶ月分) (⑥8) (⑥7)	円
⑦2 うち定期昇給相当分	円
⑦3 うちベア等実施分	円
⑦4 ベア等による賃金増率 (⑦3)÷(⑦1)	%

Ⅷ. 賃金上げを行う方法

75 賃上げの担保方法 <input type="checkbox"/> 就業規則の見直し <input type="checkbox"/> 賃金規程の見直し <input type="checkbox"/> その他の方法：具体的に（ ）
76 賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。） （ ）

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、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 「①賃金上げの実施方法」は、該当する賃金上げの実施方法について選択すること。
なお、令和7年度に新規届出を行う場合については、「令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。
- 3 「②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。
ただし、令和6年6月から本評価料を算定する場合にあっては、令和6年4月から開始として差し支えない。
- 4 「③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。
- 5 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨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。
- 6 「⑧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あっては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 7 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や「看護職員処遇改善評価料」等によるベア等分を記載すること。
- 8 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合のみ記載すること。
- 9 「⑬対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。
なお、対象職員とはベースアップ評価料による賃金引き上げの対象となる職種をいう。
- 10 「給与総額」には、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。

(診療所) 賃金引上げ計画書 (令和 年度分)

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

<input type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

- ※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップ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の引上げ（以下、「ベア等」という）をいい、定期昇給は含まない。
- ※ また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

II 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の届出有無

有

※ 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等を届け出ない場合は、以下④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」及び「外来在宅ベースアップ評価料 (I) 等の算定により算定される点数の見込み」は「(参考) 賃金引上げ計画書作成のための計算シート (IIを算定しない診療所向け)」により計算を行うこと。

III-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み (③の期間中)

④算定金額の見込み		円
外来ベースアップ評価料 (I) 等による算定金額の見込み		円
外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 等の算定により算定される点数の見込み		点
外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等による算定金額の見込み		円
外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の区分及び点数 () (イ) 点 (ロ) 点		点
外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等 (初診時等) の算定回数		回
外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等 (再診時等) の算定回数		回
⑤令和7年度への繰越予定額 (令和6年度届出時のみ記載)		円
⑥前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)		円
⑦算定金額の見込み (繰越額調整後) (④-⑤+⑥)		円

※ 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に充て、下記の「⑨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。

III-2. 全体の賃金改善の見込み額 (③の期間中)

⑧全体の賃金改善の見込み額		円
⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み (⑦の再掲)		円
⑩うち⑨以外によるベア等実施分		円
⑪うち定期昇給相当分		円
⑫うちその他分 (⑧-⑨-⑩-⑪)		円

※ 「⑧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。

※ 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

- ※ 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
 なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑫うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑬対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）		円
⑰うち定期昇給相当分		円
⑱うちベア等実施分		円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑰）		%

V. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

⑳看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉑賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉒賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉒－㉑）		円
㉔うち定期昇給相当分		円
㉕うちベア等実施分		円
㉖ベア等による賃金増率（㉕÷㉔）		%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

㉗薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉘賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉙賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉚基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉙－㉘）		円
㉛うち定期昇給相当分		円
㉜うちベア等実施分		円
㉝ベア等による賃金増率（㉜÷㉛）		%

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

㉞看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉟賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊱賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊱－㊰）		円
㊳うち定期昇給相当分		円
㊴うちベア等実施分		円
㊵ベア等による賃金増率（㊴÷㊳）		%

【記載上の注意】

- 1 本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 「①賃金引上げの実施方法」は、該当する賃金引上げの実施方法について選択すること。なお、令和7年度に新規届出を行う場合については、「令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。
- 4 「②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。ただし、令和6年6月から本評価料を算定する場合にあっては、令和6年4月から開始として差し支えない。
- 5 「③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 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨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 「⑧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あっては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 8 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や「看護職員処遇改善評価料」等によるベア等分を記載すること。
- 9 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- 10 「⑬対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。なお、対象職員とはベースアップ評価料による賃金引き上げの対象となる職種をいう。
- 11 「給与総額」には、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。

(歯科診療所) 賃金引上げ計画書 (令和 年度分)

保険医療機関コード
保険医療機関名

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

○ 令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
○ 令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップ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の引上げ(以下、「ベア等」という)をいい、定期昇給は含まない。
※ また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

II 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の届出有無

有

※ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)等を届け出ない場合は、以下④の「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)等による算定金額の見込み」及び「歯科外来在宅ベースアップ評価料(I)等の算定により算定される点数の見込み」は「(参考)賃金引上げ計画書作成のための計算シート(IIを算定しない診療所向け)」により計算を行うこと。

III-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み(③の期間中)

Table with 3 columns: Description, Amount, Unit. Rows include ④算定金額の見込み (歯科外来ベースアップ評価料(I)等による算定金額の見込み, 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)等による算定金額の見込み), ⑤令和7年度への繰越予定額, ⑥前年度からの繰越額, ⑦算定金額の見込み(繰越額調整後).

※ 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に充て、下記の「⑨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。

III-2. 全体の賃金改善の見込み額(③の期間中)

Table with 3 columns: Description, Amount, Unit. Rows include ⑧全体の賃金改善の見込み額, ⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み(⑦の再掲), ⑩うち⑨以外によるベア等実施分, ⑪うち定期昇給相当分, ⑫うちその他分.

※ 「⑧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。

※ 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

- ※ 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
 なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑫うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑬対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）		円
⑰うち定期昇給相当分		円
⑱うちベア等実施分		円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑰）		%

V. 歯科衛生士の基本給等に係る事項

⑳歯科衛生士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉑賃金改善する前の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉒賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉒－㉑）		円
㉔うち定期昇給相当分		円
㉕うちベア等実施分		円
㉖ベア等による賃金増率（㉕÷㉔）		%

VI. 歯科技工士の基本給等に係る事項

㉗歯科技工士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉘賃金改善する前の歯科技工士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉙賃金改善した後の歯科技工士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉚基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉙－㉘）		円
㉛うち定期昇給相当分		円
㉜うちベア等実施分		円
㉝ベア等による賃金増率（㉜÷㉛）		%

VII. 歯科業務補助者の基本給等に係る事項

㉞歯科業務補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉟賃金改善する前の歯科業務補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊱賃金改善した後の歯科業務補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊱－㊱）		円
㊳うち定期昇給相当分		円
㊴うちベア等実施分		円
㊵ベア等による賃金増率（㊴÷㊳）		%

Ⅷ. その他の対象職種の基本給等に係る事項

④① その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
④② 賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
④③ 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
④④ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④③－④②）		円
④⑤ うち定期昇給相当分		円
④⑥ うちベア等実施分		円
④⑦ ベア等による賃金増率（④⑥÷④②）		%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

Ⅸ. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

④⑧ 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
④⑨ 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤① うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤② 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤③ うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤④ 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－④⑨）		円
⑤⑤ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑤④）		円
⑤⑥ うち定期昇給相当分		円
⑤⑦ うちベア等実施分		円
⑤⑧ ベア等による賃金増率（⑤⑦÷⑤④）		%

Ⅹ. 事務事務職員の基本給等に係る事項

⑤⑨ 事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人	
⑤⑩ 賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円	
⑥① うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円	
⑥② 賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円	
⑥③ うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円	
⑥④ 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－）	⑥①	⑤⑩	円
⑥⑤ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－）	⑥②	⑥③	円
⑥⑥ うち定期昇給相当分			円
⑥⑦ うちベア等実施分			円
ベア等による賃金増率（⑥⑦÷⑥⑤）		⑥③	%

Ⅺ. 賃金引上げを行う方法

⑥⑧ 賃上げの担保方法

就業規則の見直し 賃金規程の見直し

その他の方法：具体的に（ ）

⑥⑨ 賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）

（ ）

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、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本計画書において、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 「①賃金引上げの実施方法」は、該当する賃金引上げの実施方法について選択すること。なお、令和7年度に新規届出を行う場合については、「令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。
- 4 「②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。ただし、令和6年6月から本評価料を算定する場合にあっては、令和6年4月から開始として差し支えない。
- 5 「③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 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨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 「⑧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あっては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 8 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や「看護職員処遇改善評価料」等によるベア等分を記載すること。
- 9 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- 10 「⑬対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。なお、対象職員とはベースアップ評価料による賃金引き上げの対象となる職種をいう。
- 11 「給与総額」には、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書」

1. 「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）」を含む）を算定する診療所（医科）または「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）を算定する有床診療所（医科）においては、別添「（診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。
2. 「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）を算定する診療所（歯科）または「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）を算定する有床診療所（医科）においては、別添「（歯科診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。
3. 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「入院ベースアップ評価料」算定する有床診療所においては、別添「（病院及び有床診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。

(病院及び有床診療所) 賃金改善実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。

令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

II. 入院ベースアップ評価料の実績額

④入院ベースアップ評価料の区分

	算定期間		点数の区分		点数
a	令和 年 月 ~ 令和 年 月				点
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月				点
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月				点
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月				点

⑤算定回数

	算定期間		算定回数
a	令和 年 月 ~ 令和 年 月		回
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月		回
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月		回
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月		回
計			回

⑥入院ベースアップ評価料による収入の実績額

	算定期間		実績額
a	令和 年 月 ~ 令和 年 月		円
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月		円
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月		円
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月		円
e	令和7年度への繰り越し予定額		円
f	前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)		円
計			円

Ⅲ. 全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額		円
⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績		円
⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績（④の再掲）		円
⑩⑧及び⑨における令和7年度への繰り越し予定額		円
⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）		円
⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分		円
⑬うち定期昇給相当分		円
⑭うちその他分（⑦－⑧－⑨－⑩－⑪－⑫－⑬）		円
⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか。	<input type="checkbox"/>	

- ※ 「⑦全体の賃金改善の実績額」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、「実際の給与総額」との差分により判断すること。
- ※ 「⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績」及び「⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充てること。
- ※ 「⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。
- ※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

Ⅳ. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑯対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑰賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑱賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑱－⑰）		円
⑳うち定期昇給相当分		円
㉑うちベア等実施分		円
㉒ベア等による賃金増率（㉑÷⑰）		%

Ⅴ. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

㉓看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
㉔賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉕賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉖基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉕－㉔）		円
㉗うち定期昇給相当分		円
㉘うちベア等実施分		円
㉙ベア等による賃金増率（㉘÷㉔）		%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

③⑩ 薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
③⑪ 賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
③⑫ 賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
③⑬ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（③⑩－③⑪）		円
③⑭ うち定期昇給相当分		円
③⑮ うちベア等実施分		円
③⑯ ベア等による賃金増率（③⑮÷③⑭）		%

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

③⑰ 看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
③⑱ 賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
③⑲ 賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
④① 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（③⑰－③⑱）		円
④② うち定期昇給相当分		円
④③ うちベア等実施分		円
④④ ベア等による賃金増率（④③÷④②）		%

VIII. 歯科衛生士の基本給等に係る事項（歯科診療を主とする病院、歯科大学付属病院、歯学部がある大学病院の場合に記入）

④⑤ 歯科衛生士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
④⑥ 賃金改善する前の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
④⑦ 賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
④⑧ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④⑤－④⑥）		円
④⑨ うち定期昇給相当分		円
④⑩ うちベア等実施分		円
④⑪ ベア等による賃金増率（④⑩÷④⑨）		%

IX. その他の対象職種の基本給等に係る事項

⑤① その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
⑤② 賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
⑤③ 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
⑤④ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑤①－⑤②）		円
⑤⑤ うち定期昇給相当分		円
⑤⑥ うちベア等実施分		円
⑤⑦ ベア等による賃金増率（⑤⑥÷⑤⑤）		%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

68	40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
69	賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥0	うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
61	賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥2	うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
63	給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑥1）⑥9		円
64	基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑥2）⑥0		円
⑥5	うち定期昇給相当分		円
⑥6	うちベア等実施分		円
⑥7	ベア等による賃金増率（⑥4）⑥0		%

XI. 事務職員の基本給等に係る事項

68	事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
69	賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑦0	うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
71	賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑦2	うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
73	給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑦1）⑦0		円
74	基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑦2）⑦0		円
⑦5	うち定期昇給相当分		円
⑦6	うちベア等実施分		円
⑦7	ベア等による賃金増率（⑦4）⑦0		%

本報告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 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（I）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「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）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 3 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする）。

(診療所) 実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金上げの実施方法

<input checked="" type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ヶ月

II 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の届出有無

有

(IIに該当する場合) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の実績額

④外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の区分

算定期間		点数の区分	(イ)	(ロ)
a	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		点	点
b	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		点	点
c	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		点	点
d	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		点	点

⑤算定回数

算定期間		(イ)の算定回数	(ロ)の算定回数
a	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	回	回
b	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	回	回
c	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	回	回
d	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	回	回
計		回	回

⑥外来・在宅ベースアップ評価料(II)等による収入の実績額

算定期間		(イ)の実績額	(ロ)の実績額
a	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円	円
b	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円	円
c	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円	円
d	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円	円
e	令和7年度への繰り越し予定額		円
f	前年度からの繰越額(令和7年度届出時のみ記載)		円
計			円

Ⅲ. 全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額		円
⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績		円
⑨うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による算定実績（④の再掲）		円
⑩⑧及び⑨における令和7年度への繰り越し予定額		円
⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）		円
⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分		円
⑬うち定期昇給相当分		円
⑭うちその他分（⑦－⑧－⑨－⑩－⑪－⑫－⑬）		円
⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか。	<input type="checkbox"/>	

- ※ 「⑦全体の賃金改善の実績額」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、「実際の給与総額」との差分により判断すること。
- ※ 「⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績」及び「⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充てること。
- ※ 「⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。
- ※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合のみ記載すること。
- ※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

Ⅳ. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑯対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑰賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑱賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑱－⑰）		円
⑳うち定期昇給相当分		円
㉑うちベア等実施分		円
㉒ベア等による賃金増率（㉑÷⑰）		%

Ⅴ. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

㉓看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
㉔賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉕賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉖基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉕－㉔）		円
㉗うち定期昇給相当分		円
㉘うちベア等実施分		円
㉙ベア等による賃金増率（㉘÷㉔）		%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

③⑦ 薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
③⑧ 賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
③⑨ 賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
③⑩ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（③⑧－③⑨）		円
③⑪ うち定期昇給相当分		円
③⑫ うちベア等実施分		円
③⑬ ベア等による賃金増率（③⑫÷③⑪）		%

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

④⑦ 看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
④⑧ 賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
④⑨ 賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
④⑩ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④⑧－④⑨）		円
④⑪ うち定期昇給相当分		円
④⑫ うちベア等実施分		円
④⑬ ベア等による賃金増率（④⑫÷④⑪）		%

VIII. その他の対象職種の基本給等に係る事項

④④ その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
④⑤ 賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
④⑥ 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
④⑦ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④⑤－④⑥）		円
④⑧ うち定期昇給相当分		円
④⑨ うちベア等実施分		円
④⑩ ベア等による賃金増率（④⑨÷④⑧）		%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

⑤① 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑤② 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤③ うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤④ 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤⑤ うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤⑥ 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑤④－⑤②）		円
⑤⑦ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑤⑤－⑤③）		円
⑤⑧ うち定期昇給相当分		円
⑤⑨ うちベア等実施分		円
⑤⑩ ベア等による賃金増率（⑤⑨÷⑤⑧）		%

XI. 事務職員の基本給等に係る事項

⑥1 事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑥2 賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥3 うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥4 賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥5 うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥6 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑥4-⑥2）		円
⑥7 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑥5-⑥3）		円
⑥8 うち定期昇給相当分		円
⑥9 うちベア等実施分		円
⑦0 ベア等による賃金増率（⑥9÷⑥3）		%

本報告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 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 対象職員の常勤換算数は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

(歯科診療所) 実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード
 保険医療機関名

I. 賃金上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金上げの実施方法

- 令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
- 令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

II 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の届出有無

有

(Ⅱに該当する場合) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の実績額

④歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分

算定期間		点数の区分	(イ)	(ロ)
a	令和 年 月 ~ 令和 年 月		点	点
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月		点	点
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月		点	点
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月		点	点

⑤算定回数

算定期間		(イ)の算定回数	(ロ)の算定回数
a	令和 年 月 ~ 令和 年 月	回	回
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月	回	回
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月	回	回
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月	回	回
計		回	回

⑥歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等による収入の実績額

算定期間		(イ)の実績額	(ロ)の実績額
a	令和 年 月 ~ 令和 年 月	円	円
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月	円	円
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月	円	円
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月	円	円
e 令和7年度への繰り越し予定額			円
f 前年度からの繰越額(令和7年度届出時のみ記載)			円
計			円

Ⅲ. 全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額		円
⑧うち歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績		円
⑨うち歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による算定実績（④の再掲）		円
⑩⑧及び⑨における令和7年度への繰り越し予定額		円
⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）		円
⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分		円
⑬うち定期昇給相当分		円
⑭うちその他分（⑦－⑧－⑨－⑩－⑪－⑫－⑬）		円
⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	

問題なし

- ※ 「⑦全体の賃金改善の実績額」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、「実際の給与総額」との差分により判断すること。
- ※ 「⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績」及び「⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充てること。
- ※ 「⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。
- ※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

Ⅳ. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑯対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑰賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑱賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑱－⑰）		円
⑳うち定期昇給相当分		円
㉑うちベア等実施分		円
㉒ベア等による賃金増率（㉑÷⑰）		%

Ⅴ. 歯科衛生士の基本給等に係る事項

⑳歯科衛生士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉑賃金改善する前の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉒賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉒－㉑）		円
㉔うち定期昇給相当分		円
㉕うちベア等実施分		円
㉖ベア等による賃金増率（㉕÷㉑）		%

VI. 歯科技工士の基本給等に係る事項

②7 歯科技工士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
②8 賃金改善する前の歯科技工士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
②9 賃金改善した後の歯科技工士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
③3 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（①5－①4）		円
③4 うち定期昇給相当分		円
③5 うちベア等実施分		円
③6 ベア等による賃金増率（③5÷③1）		%

VII. 歯科業務補助者の基本給等に係る事項

③4 歯科業務補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
③5 賃金改善する前の歯科業務補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
③6 賃金改善した後の歯科業務補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
④0 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（③9－③8）		円
④1 うち定期昇給相当分		円
④2 うちベア等実施分		円
④3 ベア等による賃金増率（④2÷③8）		%

VIII. その他の対象職種の基本給等に係る事項

④4 その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
④5 賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
④6 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
④7 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④6－④5）		円
④8 うち定期昇給相当分		円
④9 うちベア等実施分		円
⑤0 ベア等による賃金増率（④9÷④5）		%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

⑤1 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑤2 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤3 うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤4 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤5 うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤6 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑤4－⑤2）		円
⑤7 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑤5－⑤3）		円
⑤8 うち定期昇給相当分		円
⑤9 うちベア等実施分		円
⑥0 ベア等による賃金増率（⑤9÷⑤3）		%

XI. 事務職員の基本給等に係る事項

⑥1 事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑥2 賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥3 うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥4 賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥5 うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥6 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑥4-⑥2）		円
⑥7 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑥5-⑥3）		円
⑥8 うち定期昇給相当分		円
⑥9 うちベア等実施分		円
⑦0 ベア等による賃金増率（⑥9÷⑥3）		%

本報告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 本報告書において、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 対象職員の常勤換算数は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

(参考)

賃金引き上げ計画書作成のための計算シート(IIを算定しない診療所向け)

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の届出について
届出を行う月
 新規
 区分変更 (3月 6月 9月 12月)
※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

3 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値〔B〕

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(上記「2」の入力に連動)

前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

※ 「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。(ただし、役員報酬については除く。)

また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間」(上記「2」の入力に連動)

前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

②再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

④訪問診療料(同一建物の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑤歯科初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑥歯科再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑧歯科訪問診療料(同一建物の算定回数

回 (前回届出時 回)

※ 算出対象となる期間の1月当たりの算定回数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

回 (前回届出時 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

点 (前回届出時 点)

(4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

(前回届出時)

【記載上の注意】

4 「3」②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く。)

また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

5 「3」(2)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料

・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ

・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)

6 「3」(2)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・区分番号A001に掲げる再診料

・区分番号A002に掲げる外来診療料

・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1

・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口

・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料

- ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 7 「3」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 8 「3」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ若しくは2のロ
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 9 「3」(2)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 10 「3」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 11 「3」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患者の患者について算定した場合を除く。の合計算定回数を記載すること。
- 12 「3」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患者の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19