［施設基準パーフェクトブック2024年度版　追補］

2025.6.3 更新
（通知項目の※が更新箇所）

本書の発刊後の訂正通知による追補です。

(1)　令和6年5月31日付 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の一部改正等について

(2)　令和6年7月11日付 令和６年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
別添１「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月５日保医発0305 第４号 ）
別添２「基本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」（令和６年３月５日保医発0305第５号）
別添３「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」（令和６年３月５日保医発0305第６号）

(3)　令和6年7月31日付 令和６年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
別添１「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月５日保医発0305第４号）
別添２「基本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」（令和６年３月５日保医発0305第５号）
別添３「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」（令和６年３月５日保医発0305第６号）

(4)　令和6年8月20日付 厚生労働省告示第二百六十三号 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件

(5)　令和6年8月20日付 厚生労働省告示第二百六十四号 掲診療料の施設基準等の一部を改正する件

(6)　令和6年8月20日付 厚生労働省告示第二百六十二号 診療報酬の算定方法の一部を改正する件

(7)　令和6年8月20日付 医療情報取得加算及び医療ＤＸ推進体制整備加算の取扱いについて
別添１「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月５日保医発0305第４号）
別添２「基本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」（令和６年３月５日保医発0305第５号）

(8)　令和6年8月30日付「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（保医発0830第１号）
別添1「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発0305第４号）の一部改正について

(9) 令和6年8月30日付ベースアップ評価料に係る届出様式の改定について（事務連絡）

(10)令和6年9月30日付「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について
別添2 「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」（令和６年３月５日保医発0305 第６号）の一部改正について

(11) 令和6年10月1日付令和６年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
別添１「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について　別添２」（令和６年３月５日保医発0305第４号）
別添２「基本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」（令和６年３月５日保医発0305第５号）
別添３「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」（令和６年３月５日保医発0305第６号）

(12) 令和6年11月19日付「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 等の一部改正について
別添１「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月５日保医発0305第４号）の一部改正について

(13)令和6年11月29日付　厚労省省令第百五十四号　保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令

(14)令和6年12月27日付　保医発12２7第2号　「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について
別添１「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月５日保医発0305 第４号）の一部改正について

(15)令和7年2月20日付　厚労省告示第二十八号　診療報酬の算定方法の一部を改正する件

(16)令和7年2月20日付　厚労省告示第二十九号　入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準の一部を改正する件

(17)令和7年2月20日付　厚労省告示第三十号　診療報酬の算定方法の一部を改正する件

(18)令和7年2月20日付　厚労省告示第三十一号 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件

(19)令和7年2月20日付　厚労省告示第三十二号 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件

(20)令和7年2月20日付　保医発0２２0第８号 「医療ＤＸ推進体制整備加算等の取扱いについて」
別添１「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月５日保医発0305第４号）
別添２「基本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」（令和６年３月５日保医発0305第５号）
別添３「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」（令和６年３月５日保医発0305第６号）

(21)令和7年2月28日付　保医発0228第２号　「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について
別添１「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月５日保医発0305第４号）の一部改正について

(22) 令和7年3月31日付　保医発0331第２号　「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について
別添１「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月５日保医発0305第４号）の一部改正につ

(23) 令和7年3月31日付　事務連絡　ベースアップ評価料による賃金改善の実績報告に係る届出様式の改定等について.

(24) 令和7年4月1日付　保政発0401第２号　医療法施行令の一部を改正する政令等の施行について
別添２　概要（医療法施行規則等の一部を改正する省令(令和７年厚生労働省令第32号)）「保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正」
別添３　官報（平成十九年厚生労働省告示第五十三号（医療法施行規則別表第一の規定に基づく病院、診療所又は助産所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第一に掲げる事項のうち、厚生労働大臣の定めるもの）等の一部を改正する告示（令和７年厚生労働省告示第104 号））「診療報酬の算定方法の一部改正」
(25)令和7年4月30日付　保医発0430第1号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の一部改正等について
(26)令和7年5月30日付　保医発0530第2号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について
別添１　「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月５日保医発0305第４号）の一部改正について
(27)令和7年5月30日付　保医発0530第３号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の一部改正等について

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
初診料 注２	分冊Ⅰ P38 左 分冊Ⅰ P58 左	下から 6 行目 上から 20 行目	Ａ０００　初診料 注１　（略） 注2　２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４　条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地 域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一 般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病 院等（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以 下この表において同じ。）（同法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、 同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基 幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、(以下略)。 ３　病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、(以下略)	Ａ０００　初診料 注１　（略） 注2　２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４　条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地 域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一 般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病 院等（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以 下この表において同じ。）（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、 同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基 幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、(以下略)。 ３　病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、(以下略)	(24) 別添３
初診料 注 15 医療情報取得加算	分冊Ⅰ P53 分冊Ⅰ P58 右	下から 13 行目 上から 8 行目	15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。 （削除） （令和６年12月１日から適用）	15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算１として、月１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算２として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。	(6)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
初診料 注15 医療情報取得加算	分冊Ⅰ P53 左 分冊Ⅰ P62 左	下から 3行目 下から 3行目	(30) 医療情報取得加算 ア 「注15」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合に、医療情報取得加算として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。 （削除） （令和6年12月1日から適用）	(30) 医療情報取得加算 ア 「注15」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合に、医療情報取得加算1として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項（大正11年法律第70号）に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。	(7) 別添1
再診料 注19 医療情報取得加算	分冊Ⅰ P54 左 分冊Ⅰ P75 右	上から 6行目 上から 11行目	注19 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。 （削除） （令和6年12月1日から適用）	注19 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。	(6)
再診料 注19 医療情報取得加算	分冊Ⅰ P54 左	上から 16行目	(15) 医療情報取得加算 ア 「注19」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、再診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合に、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。 （削除） （令和6年12月1日から適用）	(15) 医療情報取得加算 ア 「注19」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、再診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合に、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。	(7) 別添1
外来診療料 注10 医療情報取得加算	分冊Ⅰ P54 左 分冊Ⅰ p76 右	下から 9行目 上から 24行目	注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。 （削除） （令和6年12月1日から適用）	注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。	(6)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
外来診療料 注10 医療情報取得加算	分冊Ⅰ P54 右 分冊Ⅰ P77 右	下から7行目 下から1行目	(13) 医療情報取得加算 ア 「注10」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、再診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合に、医療情報取得加算として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。 （削除） （令和６年12月１日から適用）	(13) 医療情報取得加算 ア 「注10」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、再診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合に、医療情報取得加算３として、３月に１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算４として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。	(7) 別添1
初診料 注16 医療DX推進体制整備加算 施設基準告示	分冊Ⅰ P55	上から3行目	三の八　医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準 (1) 医療ＤＸ推進体制整備加算１の施設基準 イ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 ロ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 ハ 医師又は歯科医師が、健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。 ニ 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。 ホ 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。 ヘ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る十分な実績を有していること。 ト 医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 チ ト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。 リ マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。 (2) 医療ＤＸ推進体制整備加算２の施設基準 イ (1)のイからホまで及びトからリまでに掲げる施設基準を満たすものであること。 ロ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る必要な実績を有していること。 (3) 医療ＤＸ推進体制整備加算３の施設基準 イ (1)のイからホまで並びにト及びチに掲げる施設基準を満たすものであること。 ロ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る実績を有していること。 （令和６年10月１日から適用）	三の八　医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準 (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 (2) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3) 医師又は歯科医師が、健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。 (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。 (5) 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。 (6) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る実績を一定程度有していること。 (7) 医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (8) (7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 （新設） （新設） （新設）	(4)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
初診料 注16 医療 DX推進体制整備加算 施設基準告示	分冊Ⅰ P55	上から 3行目	三の八　医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準 (1) 医療ＤＸ推進体制整備加算１の施設基準 イ～ハ(略) ニ 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。 ホ～リ(略) (2)・(3)(略) (4) 医療ＤＸ推進体制整備加算４の施設基準 (1)のイからハまで及びホからリまでに掲げる施設基準を満たすものであること。 (5) 医療ＤＸ推進体制整備加算５の施設基準 イ(1)のイからハまでホ及びトからリまでに掲げる施設基準を満たすものであること。 ロ健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る必要な実績を有していること。 (6) 医療ＤＸ推進体制整備加算６の施設基準 イ(1)のイからハまでホト及びチに掲げる施設基準を満たすものであること。 ロ健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る実績を有していること。 （令和７年４月１日から適用）	三の八　医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準 (1) 医療ＤＸ推進体制整備加算１の施設基準 イ～ハ(略) ニ 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。 ホ～リ(略) (2)・(3)(略) (新設) (新設) (新設)	(18)
初診料 注16 医療 DX推進体制整備加算 施設基準通知	分冊Ⅰ P55 左	上から 15行目	第１の９　医療ＤＸ推進体制整備加算 １　医療ＤＸ推進体制整備加算１に関する施設基準 (１)～(５)（略） (６) 医療ＤＸ推進体制整備加算１を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。）が、令和６年10月１日から同年12月31日までの間においては15％以上であること。 (７)(６)について、令和７年１月１日以降においては、「15％」とあるのは「30％」とすること。 (８)(６)について、医療ＤＸ推進体制整備加算１を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 (９)(略) (10)(９)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。 (11) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。 ２　医療ＤＸ推進体制整備加算２に関する施設基準 (１) １の(１)から(５)まで及び(９)から(11)までの基準を満たすこと。 (２) 医療ＤＸ推進体制整備加算２を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和６年10月１日から同年12月31日までの間においては10％以上であること。 (３)(２)について、令和７年１月１日以降においては、「10％」とあるのは「20％」とすること。 （次項に続く）	第１の９　医療ＤＸ推進体制整備加算 １　医療ＤＸ推進体制整備加算に関する施設基準 (１)～(５)（略） (６) マイナ保険証の利用率が一定割合以上であること。 （新設） （新設） (７)　（略） (８)(７)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。 （新設） （新設） （次項に続く）	(7) 別添2

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			(前項からの続き) (4)(2)について、医療ＤＸ推進体制整備加算２を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 ３ 医療ＤＸ推進体制整備加算３に関する施設基準 (1) １の(1)から(5)まで、(9)及び(10)の基準を満たすこと。 (2) 医療ＤＸ推進体制整備加算３を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和６年10月１日から同年12月31日までの間においては5%以上であること。 (3)(2)について、令和７年１月１日以降においては、「5%」とあるのは「10%」とすること。 (4)(2)について、医療ＤＸ推進体制整備加算３を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 ４ 届出に関する事項 (1)・(2)（略） (3) 医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準のうち、１の(6)から(8)まで及び(11)、２の(1)のうち１の(11)に係る基準及び２の(2)から(4)まで並びに３の(2)から(4)までについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長への届出を行う必要はないこと。 (4) 令和７年９月30日までの間に限り、１の(9)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。 (5) １の(10)については、令和７年５月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 (6) 医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準のうち、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率の基準については、令和６年10月１日から令和７年１月31日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、医療ＤＸ推進体制整備加算を算定する月の２月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証による資格確認件数を同月のオンライン資格確認等システムの利用件数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。）を用いることができる。 (7)(6)について、医療ＤＸ推進体制整備加算を算定する月の２月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 （令和６年10月１日から適用）	(前項からの続き) （新設） ２ 届出に関する事項 (1)・(2)（略） (3) １の(6)については、令和６年10月１日から適用する。 なお、利用率の割合については別途示す予定である。 (4) 令和７年９月30日までの間に限り、１の(7)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。 (5) １の(8)については、令和７年５月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （新設） （新設）	(7) 別添2
初診料 注16 医療DX推進体制整備加算 施設基準通知	分冊Ⅰ P55 左	上から 15行目	第１の９ 医療ＤＸ推進体制整備加算 １ 医療ＤＸ推進体制整備加算１に関する施設基準 (1)～(3) （略） (4)「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和４年10月28日付け薬生発1028 第１号医政発1028第１号保発1028第１号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋（以下「電子処方箋」という。）を発行する体制又は調剤情 （次項に続く）	第１の９ 医療ＤＸ推進体制整備加算 １ 医療ＤＸ推進体制整備加算に関する施設基準 (1)～(3) （略） (4)「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和４年10月28日付け薬生発1028第１号医政発1028第１号保発1028第１号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。 （次項に続く）	(20) 別添2

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			（前項からの続き） 報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。 （５）（略） （６）医療ＤＸ推進体制整備加算１を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。）が、45％以上であること。 （削除） （７）（６）について、医療ＤＸ推進体制整備加算１を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 （８）医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。 ア～ウ　（略） （９）（８）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。 (10) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。 ２　医療ＤＸ推進体制整備加算２に関する施設基準 （１）１の(１)から(５)まで及び(８)から(10)までの基準を満たすこと。 （２）医療ＤＸ推進体制整備加算２を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、30％以上であること。 （削る） （３）（２）について、医療ＤＸ推進体制整備加算２を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 ３　医療ＤＸ推進体制整備加算３に関する施設基準 （１）１の(１)から(５)まで、(８)及び(９)の基準を満たすこと。 （２）医療ＤＸ推進体制整備加算３を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、15％以上であること （３）（２）について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和６年１月１日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち６歳未満の患者の割合が３割以上の医療機関においては、令和７年４月１日から同年９月30 日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15％」とあるのは「12％」とすることができる。 （４）（略） ４　医療ＤＸ推進体制整備加算４に関する施設基準 （１）１の(１)から(３)まで、(５)及び(８)から(10)まで((８)のウの電子処方箋に係る事項を除く。）の基準を満たすこと。 （次項に続く）	（前項からの続き） （５）（略） （６）医療ＤＸ推進体制整備加算１を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。）が、令和６年10 月１日から同年12 月31 日までの間においては15％以上であること。 （７）（６）について、令和７年１月１日以降においては、「15％」とあるのは「30％」とすること。 （８）（６）について、医療ＤＸ推進体制整備加算１を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 （９）医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。 ア～ウ　（略） (10)（９）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。 (11) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。 ２　医療ＤＸ推進体制整備加算２に関する施設基準 （１）１の(１)から(５)まで及び(９)から(11)までの基準を満たすこと。 （２）医療ＤＸ推進体制整備加算２を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和６年10月１日から同年12月31日までの間においては10％以上であること。 （３）（２）について、令和７年１月１日以降においては、「10％」とあるのは「20％」とすること。 （４）（２）について、医療ＤＸ推進体制整備加算２を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 ３　医療ＤＸ推進体制整備加算３に関する施設基準 （１）１の(１)から(５)まで、(９)及び(10)の基準を満たすこと。 （２）医療ＤＸ推進体制整備加算３を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和６年10月１日から同年12月31日までの間においては5％以上であること。 （３）（２）について、令和７年１月１日以降においては、「5％」とあるのは「10％」とすること。 （４）（略） (新設) （次項に続く）	(20) 別添

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			（前頁からの続き） （２）医療ＤＸ推進体制整備加算４を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、45％以上であること。 （３）（２）について、医療ＤＸ推進体制整備加算４を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 ５　医療ＤＸ推進体制整備加算５に関する施設基準 （１）１の（１）から（３）まで、（５）及び（８）から(10)まで（（８）のウの電子処方箋に係る事項を除く。）の基準を満たすこと。 （２）医療ＤＸ推進体制整備加算５を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、30％以上であること。 （３）（２）について、医療ＤＸ推進体制整備加算５を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 ６　医療ＤＸ推進体制整備加算６に関する施設基準 （１）１の（１）から（３）まで、（５）、（８）（ウの電子処方箋に係る事項を除く。）及び（９）の基準を満たすこと。 （２）医療ＤＸ推進体制整備加算６を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、15％以上であること。 （３）（２）について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和６年１月１日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち６歳未満の患者の割合が３割以上の医療機関においては、令和７年４月１日から同年９月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15％」とあるのは「12％」とすることができる。 （４）（２）について、医療ＤＸ推進体制整備加算６を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 ７　届出に関する事項 （１）（略） （２）１の（５）については令和７年９月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （３）医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準のうち、１の（６）、（７）及び(10)、２の（１）のうち１の(10)に係る基準、２の（２）及び（３）、３の（２）及び（４）、４の（１）のうち１の(10)に係る基準、４の（２）及び（３）、５の（１）のうち１の(10)に係る基準、５の（２）及び（３）並びに６の（２）及び（４）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）局長への届出を行う必要はないこと。 （４）令和７年９月30日までの間に限り、１の（８）のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。 （５）１の（９）については、令和７年５月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （削る） （次項に続く）	（前頁からの続き） (新設) (新設) ４　届出に関する事項 （１）（略） （２）１の（４）については、令和７年３月31日までの間に限り、１の（５）については令和７年９月30日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。 （３）医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準のうち、１の（６）から（８）まで及び(11)、２の（１）のうち１の(11)に係る基準及び２の（２）から（４）まで並びに３の（２）から（４）までについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長への届出を行う必要はないこと。 ４）令和７年９月30日までの間に限り、１の（９）のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。 （５）１の(10)については、令和７年５月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （６）医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準のうち、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率の基準については、令和６年10月１日から令和７年１月31 日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代 （次項に続く）	(20) 別添

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			（前頁からの続き） （削る） （令和７年４月１日から適用）	（前頁からの続き） えて、医療ＤＸ推進体制整備加算を算定する月の２月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証による資格確認件数を同月のオンライン資格確認等システムの利用件数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。）を用いることができる。 （７）（６）について、医療ＤＸ推進体制整備加算を算定する月の２月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。	(20) 別添
初診料 注 16 医療 DX 推進体制整備加算	分冊Ⅰ P56 右	下から 2 行目	注16 医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 11点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 10点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ ８点 （令和６年10月１日から適用）	注16 医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り８点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） （新設）	(6)
初診料 注 16 医療 DX 推進体制整備加算	分冊Ⅰ P56 右	下から 2 行目	注16 医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 12点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 11点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ 10点 ニ 医療ＤＸ推進体制整備加算４ 10点 ホ 医療ＤＸ推進体制整備加算５ ９点 ヘ 医療ＤＸ推進体制整備加算６ ８点 （令和７年４月１日から適用）	注16 医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 11点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 10点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ ８点 （新設） （新設） （新設）	(17)
初診料 注 16 医療 DX 推進体制整備加算	分冊Ⅰ P57 右 分冊Ⅰ P62 右	上から 6 行目 下から 1 行目	(31) 医療ＤＸ推進体制整備加算 「注16」に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療ＤＸに対応する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、月１回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 11点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 10点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ ８点 （令和６年10月１日から適用）	(31) 医療ＤＸ推進体制整備加算 「注16」に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療ＤＸに対応する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、月１回に限り８点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） （新設）	(7) 別添1

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
初診料 注16 医療DX推進体制整備加算	分冊Ⅰ P57 右 分冊Ⅰ P62 右	上から 6行目 下から 1行目	(31) 医療ＤＸ推進体制整備加算 「注16」に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算は、(以下略) イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 12 点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 11 点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ 10 点 ニ 医療ＤＸ推進体制整備加算４ 10 点 ホ 医療ＤＸ推進体制整備加算５ ９点 ヘ 医療ＤＸ推進体制整備加算６ ８点 （令和７年４月１日から適用）	(31) 医療ＤＸ推進体制整備加算 「注16」に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算は、(以下略) イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 11点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 10点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ ８点 （新設） （新設） （新設）	(20) 別添1
初診料 注16 医療DX推進体制整備加算	分冊Ⅰ P57 右 分冊Ⅰ P62 右	上から 6行目 下から 1行目	(31) 医療ＤＸ推進体制整備加算 「注16」に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療ＤＸに対応する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、月１回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 11点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 10点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ ８点 （令和６年10月１日から適用）	(31) 医療ＤＸ推進体制整備加算 「注16」に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療ＤＸに対応する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、月１回に限り８点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） （新設）	(7) 別添1
外来診療料			Ａ００２ 外来診療料 注１ ２ 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、(以下略)。 ３ 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、(以下略)。	Ａ００２ 外来診療料 注１ ２ 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、(以下略)。 ３ 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、(以下略)。	(24) 別添３
第５ 入院基本料の届出に関する事項	分冊Ⅰ P115 左	上から 20行目	３ 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添７の様式５及び様式12から様式12の10までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添７の様式12を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添７の様式12の８を用いること。	３ 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添７の様式５及び様式12から様式12の10までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添７の様式12を用い、有床診療所（一般病床に限る。）の介護障害連携加算の届出は、別添７の様式12の３を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添７の様式12の８を用いること。	(2) 別添2

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
特定集中治療室管理料	分冊Ⅰ P383 左	下から 14 行目	特定入院料の施設基準等 第２ 特定集中治療室管理料 13 １から６までに掲げる内法の規定の適用について、平成26 年３月31 日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。	特定入院料の施設基準等 第２ 特定集中治療室管理料 13 １から４までに掲げる内法の規定の適用について、平成26 年３月31 日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。	(11) 別添2
ハイケアユニット入院医療管理料２に関する施設基準	分冊Ⅰ P393 右	上から 5 行目	2 ハイケアユニット入院医療管理料２に関する施設基準 (１) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している（略）なお、別添６の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準の対象から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること。	2 ハイケアユニット入院医療管理料２に関する施設基準 (１) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している（略）なお、別添６の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準の対象から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること。	(2) 別添2
11 の２ 地域包括ケア病棟入院料	分冊Ⅰ P458	上から 23 行目	十一の二地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (1)～(19)略 (20)地域包括ケア病棟入院料の注９に規定する厚生労働大臣が定める日	十一の二地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (1)～(19)略 (20)地域包括ケア病棟入院料の注10に規定する厚生労働大臣が定める日	(18)
11 の２ 地域包括ケア病棟入院料の「注5」に規定する看護補助体制充実加算	分冊Ⅰ P463 右	上から 21 行目	第12 地域包括ケア病棟入院料 11の２地域包括ケア病棟入院料の「注５」に規定する看護補助体制充実加算の施設基準 (１) 看護補助体制充実加算１の施設基準 ア～オ カ 11の（１）から（４）までを満たしていること。 (２) 看護補助体制充実加算２の施設基準 (１)のイからカを満たすものであること。 (３ 看護補助体制充実加算３の施設基準 (１)のウ、エ及びカを満たすものであること。	第12 地域包括ケア病棟入院料 11の２地域包括ケア病棟入院料の「注５」に規定する看護補助体制充実加算の施設基準 (２) 看護補助体制充実加算１の施設基準 ア～オ （新設） (２) 看護補助体制充実加算２の施設基準 (１)のイからオを満たすものであること。 (３) 看護補助体制充実加算３の施設基準 (１)のウ及びエを満たすものであること。	(2) 別添2
基本診療料「経過措置」表３	分冊Ⅰ P538 左	上から 20 行目	第４ 経過措置等 表３ 施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの） 有床診療所在宅患者支援病床初期加算 （削除） 救急医療管理加算	第４ 経過措置等 表３ 施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの） 有床診療所在宅患者支援病床初期加算 介護障害連携加算１及び２ 救急医療管理加算	(2) 別添2
別表五の一の三	分冊Ⅰ P541	下から 10 行目	地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料の除外薬剤・注射薬	地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料の除外薬剤・注射薬	(4)
別添７ 届出様式	分冊Ⅰ P674 下		第1救命救急入院 「様式（別添７（又は別添７の２））」の欄 様式5,20,42,42の3,42の4,42の6,42の7,43 以下、第22特定機能病院リハビリテーション病棟入院料まで「様式（別添７（又は別添７の２））」の欄に、「様式5」を追加	第1救命救急入院 「様式（別添７（又は別添７の２））」の欄 様式20,42,42の3,42の4,42の6,42の7,43	(2) 別添2

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td>別添７
届出様式
１の６</td><td>分冊Ⅰ
P679
上</td><td></td><td>様式１の６
医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準に係る届出書添付書類
（□には、適合する場合「✓」を記入すること）
<table>
<tr><th></th><th></th><th></th></tr>
<tr><td>1</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>2</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>3</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>4</td><td>「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制が整備されている</td><td>□</td></tr>
<tr><td>削除</td><td></td><td>削除</td></tr>
<tr><td>5</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>6</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>7</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>8</td><td>前年（令和６年１月１日から同年12 月31日まで）の延外来患者数のうち６歳未満の患者割合が３割以上である</td><td>□</td></tr>
</table>
［記載上の注意］
1 「４」については、令和７年４月１日以降に当該加算１～３を算定する場合に記載すること。
2 「５」については、令和７年10 月１日以降に算定を開始する場合に記載すること。
3 「５」については、令和７年９月30 日までの間に限り、「７」については、令和７年５月31 日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
4 「７」については、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 「８」については、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、医療ＤＸ推進体制整備加算３及び６のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15%」とあるのを「12%」とする場合に記載すること。
（令和７年４月１日から適用）</td><td>様式１の６
医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準に係る届出書添付書類
（□には、適合する場合「✓」を記入すること）
<table>
<tr><th></th><th></th><th></th></tr>
<tr><td>1</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>2</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>3</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>4</td><td>「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制が整備されている</td><td>□</td></tr>
<tr><td>5</td><td>電子処方箋を未導入の場合の、導入予定時期</td><td>令和（ ）年（ ）月</td></tr>
<tr><td>6</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>7</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>8</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>新設</td><td>新設</td><td>新設</td></tr>
</table>
［記載上の注意］
1 「５」については、届出時点で電子処方箋を未導入の場合に記載すること
2 「６」については、令和７年10月１日以降に届出を行う場合に記載すること。
3 「４」については、令和７年３月31 日までの間に限り、「６」については、令和７年９月30 日までの間に限り、「８」については、令和７年５月31 日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
4 「８」については、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。
（新設）</td><td>(20)
別添２</td></tr>
<tr><td>別添７
届出様式
５の５</td><td>分冊Ⅰ
P695
下</td><td></td><td>様式５の５
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準に係る届出書添付書類

３．疾患別リハビリテーション及び入退院支援加算１の届出等（地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出る場合は記載不要）</td><td>様式５の５
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準に係る届出書添付書類

３．疾患別リハビリテーション及び入退院支援加算１の届出等（地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出る場合は記載不要）</td><td>(3)
別添1</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr>
<td>別添７
届出様式
12 の 3</td>
<td>分冊Ⅰ
P713
下</td>
<td></td>
<td>様式12の３
有床診療所入院基本料１、２又は３の施設基準に係る届出書添付書類

（削除）

（削除）</td>
<td>様式12の３
有床診療所入院基本料１、２又は３及び介護障害連携加算の施設基準に係る届出書添付書類

有床診療所入院基本料における介護障害連携加算に係る事項
<table><tr><td>介護障害連携加算届出の有無（該当するものに○）</td><td>有 ・ 無</td></tr></table>「介護障害連携加算届出の有無」の有に○をつけた場合には、次の該当する項目に○をつけること。
<table><tr><th></th><th>上記（イ）への該当</th></tr><tr><td></td><td>過去１年間に、介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション
又は同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提
供した実績があること。</td></tr><tr><td></td><td>過去１年間に、区分番号「Ｃ009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は
介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行
われるものに限る。）若しくは同法第８条の２第５項に規定する介護予防居
宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績
があること。</td></tr><tr><td></td><td>過去１年間に、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５条第８項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。</td></tr></table></td>
<td>(2)
別添2</td>
</tr>
<tr>
<td>別添7
届出様式
49の2</td>
<td>分冊Ⅰ
P787
下</td>
<td></td>
<td>様式49の２
□　回復期リハビリテーション病棟入院料１、２
□　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
の施設基準に係る届出書添付書類
１．施設基準に係る届出書添付書類
<table><tr><td>⑦</td><td>上記⑥のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活機能評価が、入院時に比較して４点以上又はＦＩＭ総得点が16点以上改善していた患者</td><td>名</td></tr><tr><td>⑧</td><td>日常生活機能評価が４点以上又はＦＩＭ総得点が16点以上改善した重症者の割合　⑦／⑥</td><td>％</td></tr></table></td>
<td>様式49の２
□　回復期リハビリテーション病棟入院料１、２
□　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
の施設基準に係る届出書添付書類
１．施設基準に係る届出書添付書類
<table><tr><td>⑦</td><td>上記⑥のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活機能評価が、入院時に比較して４点以上又はＦＩＭ総得点が12点以上改善していた患者</td><td>名</td></tr><tr><td>⑧</td><td>日常生活機能評価が４点以上又はＦＩＭ総得点が12点以上改善した重症者の割合　⑦／⑥</td><td>％</td></tr></table></td>
<td>(11)
別添2</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td>別添7
届出様式
49の3</td><td>分冊Ⅰ
P788
上</td><td></td><td>様式49の３
回復期リハビリテーション病棟入院料３、４又は回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類
１．施設基準に係る届出書添付書類
<table><tr><td>⑦</td><td>上記⑥のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活　機能評価が、入院時に比較して３点以上又はＦＩＭ総得点が12点以上改善していた患者</td><td>名</td></tr><tr><td>⑧</td><td>日常生活機能評価が３点以上又はＦＩＭ総得点が12点以上改善した重症者の割合　　⑦／⑥</td><td>％</td></tr></table></td><td>様式49の３
回復期リハビリテーション病棟入院料３、４又は回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類
１．施設基準に係る届出書添付書類
<table><tr><td>⑦</td><td>上記⑥のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活　機能評価が、入院時に比較して３点以上改善していた患者</td><td>名</td></tr><tr><td>⑧</td><td>日常生活機能評価が３点以上改善した重症者の割合　　⑦／⑥</td><td>％</td></tr></table></td><td>(11)
別添2</td></tr>
<tr><td>第6の8
地域包括診療料
３ 届出に関する事項</td><td>分冊Ⅱ
P103 右</td><td>上から
25行目</td><td>第６の８ 地域包括診療料
３ 届出に関する事項
（２）令和６年３月31日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月30日までの間に限り、１の(３)、(９)及び(11)を満たしているものとする。</td><td>第６の８ 地域包括診療料
３ 届出に関する事項
（２）令和６年３月31日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月30日までの間に限り、１の(３)、(９)又は(11)を満たしているものとする。</td><td>(2)
別添3</td></tr>
<tr><td>生活習慣病管理料
(Ⅱ)</td><td>分冊Ⅱ
P123
左</td><td>下から
16行目</td><td>２ 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理、第２章第１部第１節医学管理料等（区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号Ｂ００１－９に掲げる療養・就労両立支援指導料、区分番号Ｂ００５の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０１０－２に掲げる診療情報連携共有料、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｂ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。</td><td>２ 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理、第２章第１部第１節医学管理等（区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号Ｂ００１－９に掲げる療養・就労両立支援指導料、Ｂ００５の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０１０－２に掲げる診療情報連携共有料、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｂ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。</td><td>(6)</td></tr>
<tr><td>連携強化診療情報提供料</td><td>分冊Ⅱ
P176
左</td><td>下から
8行目</td><td>Ｂ０１１ 連携強化診療情報提供料
注１(略)
２ 注１に該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から(以下略)。</td><td>Ｂ０１１ 連携強化診療情報提供料
注１(略)
２ 注１に該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から(以下略)。</td><td>(24)
別添３</td></tr>
</table>

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
がんゲノムプロファイリング評価提供料	分冊Ⅱ P176 左	下から8行目	Ｂ０１１－５ がんゲノムプロファイリング評価提供料 （１）がんゲノムプロファイリング評価提供料は、固形がん患者について、「Ｄ００６－19」がんゲノムプロファイリング検査を行った場合であって、得られた包括 的なゲノムプロファイルの結果を医学的に解釈するた めの多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等。以下同じ。）による検討会（エキスパートパネル。以下同じ。）で検討を行った上で、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者１人につき１回に限り算定する。また、造血器腫瘍又は類縁疾患患者について、造血器腫瘍又は類縁疾患のゲノムプロファイリング検査を行った場合であって、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果を医学的に解釈するための多職種による検討会で検討を行った上で、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に造血器腫瘍又は類縁疾患の同一疾患につき１回に限り算定する。 （２）・（３）（略）	Ｂ０１１－５ がんゲノムプロファイリング評価提供料 （１）がんゲノムプロファイリング評価提供料は、固形がん患者について、「Ｄ００６－19」がんゲノムプロファイリング検査を行った場合であって、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）で検討を行った上で、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者１人につき１回に限り算定する。	(21) 別添１
在宅患者訪問診療料（Ｉ）	分冊Ⅱ P195 右	上から22行目	Ｃ００１ 在宅患者訪問診療料（Ｉ）（１日につき） 注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、(以下略)。 イ 在宅医療ＤＸ情報活用加算１ 11点 ロ 在宅医療ＤＸ情報活用加算２ ９点 （令和7年4月1日適用）	Ｃ００１ 在宅患者訪問診療料（Ｉ）（１日につき） 注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り10点を所定点数に加算する。ただし、(以下略)。 （新設） （新設）	(17)
在宅医療ＤＸ情報活用加算	分冊Ⅱ P197	上から25行目	Ｃ００１ 在宅患者訪問診療料(Ｉ) (24) 「注13」に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算は、（以下略）訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 在宅医療ＤＸ情報活用加算１ 11 点 ロ 在宅医療ＤＸ情報活用加算２ ９点 （令和7年4月1日適用）	Ｃ００１ 在宅患者訪問診療料(Ｉ) (24) 「注13」に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算は、（以下略）訪問して診 療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、所定点数に10 点を加算する。 （新設） （新設）	(20) 別添1
在宅医療ＤＸ情報活用加算	分冊Ⅱ P199	上から8行目	一の五の三 在宅患者訪問診療料(Ｉ)の注13在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注６の規定により準用する場合を含在宅がん医療総合診療料の注８及び歯科訪問診療料の注20に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 (1)在宅医療ＤＸ情報活用加算１の施設基準 イ療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 ロ健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 ハ電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。 ニ電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。	一の五の三 在宅患者訪問診療料(Ｉ)の注13在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注６の規定により準用する場合を含在宅がん医療総合診療料の注８及び歯科訪問診療料の注20に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 (2)健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3)電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。 (4)電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。	(19)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
在宅医療ＤＸ情報活用加算	分冊Ⅱ P199	上から8行目	ホ医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 ヘホ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。 (2)在宅医療ＤＸ情報活用加算２の施設基準 (1)のイロ及びニからヘまでに掲げる施設基準を満たすものである事。 （令和7年4月1日適用）	(5)医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (6)(5)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。 (新設)	(19)
在宅医療ＤＸ情報活用加算	分冊Ⅱ P199	下から11行目	第14 の５ 在宅医療ＤＸ情報活用加算 １ 在宅医療ＤＸ情報活用加算１に関する施設基準 (１)～(３)(略) (４)「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和４年10月28 日付け薬生発1028 第１号医政発1028第１号保発1028第１号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋（以下「電子処方箋」という。）を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。 (５)～(７)(略) ２ 在宅医療ＤＸ情報活用加算２に関する施設基準 (１) １の(１)から(３)まで及び(５)から(７)まで（(６)のウの電子処方箋に係る事項を除く。）の基準を満たすこと。 ３ 届出に関する事項 (１) 在宅医療ＤＸ情報活用加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式11 の６を用いること。 (２) １の(５)については令和７年９月30 日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 (３)･(４)(略) （令和7年4月1日適用）	第14 の５ 在宅医療ＤＸ情報活用加算 １ 在宅医療ＤＸ情報活用加算に関する施設基準 (１)～(３)(略) (４)「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和４年10月28日付け薬生発1028 第１号医政発1028第１号保発1028第１号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。 （新設） ２ 届出に関する事項 (１) 在宅ＤＸ情報活用加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式11 の６を用いること。 (２) １の(４)については、令和７年３月31 日までの間に限り、１の(５)については令和７年９月30 日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。 (３)･(４)(略)	(20) 別添3
在宅自己注射指導管理料	分冊Ⅱ P247 左	下から1行目	Ｃ１０１ 在宅自己注射指導管理料 (１)(略) (２) インターフェロンアルファ製剤については（以下略）。なお、ペグインターフェロンアルファ製剤（ロペグインターフェロンアルファ製剤について、真性多血症の治療を目的として皮下注射により用いた場合を除く）については算定できない。	Ｃ１０１ 在宅自己注射指導管理料 (１)(略) (２) インターフェロンアルファ製剤については（以下略）。なお、ペグインターフェロンアルファ製剤については算定できない。	(1) 別添1
在宅自己注射指導管理料	分冊Ⅱ P248 右	下から14行目	Ｃ１０１ 在宅自己注射指導管理料 (１)～（20） （略） （21）ベドリズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。 （22）ミリキズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。	Ｃ１０１ 在宅自己注射指導管理料 (１)～（20） （略） (新設)	(1) 別添1
ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査	分冊Ⅱ P281 左	下から7行目	Ｄ００６－18 ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査 (１)「１」腫瘍細胞を検体とするものについては、初発の進行卵巣癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は転移性、再発若しくはＨＥＲ２陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者の腫瘍細胞を検体とし、次世代シーケンシングにより、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、ＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ２遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。	Ｄ００６－18 ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査 (１)「１」腫瘍細胞を検体とするものについては、初発の進行卵巣癌患者又は転移性去勢抵抗性前立腺癌患者の腫瘍細胞を検体とし、次世代シーケンシングにより、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、ＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ２遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。	(14) 別添1

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
がんゲノムプロファイリング検査	分冊Ⅱ P283 左	下から 0 行目	Ｄ００６－19 がんゲノムプロファイリング検査 (1)～（6）　（略） (7）造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査は、造血器腫瘍の腫瘍細胞、血液、骨髄液又は体腔液を検体とし、100 以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、本区分のがんゲノムプロファイリング検査を準用して算定する。なお、この場合には（3）から（5）までを満たすこと。また、本検査は下記のいずれかに該当する場合、検体提出時に造血器腫瘍又は類縁疾患の同一疾患につき１回のみ算定できる。下記のうち、イ、エ、オに該当するものについては、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 初発時に算定できるもの ① 急性骨髄性白血病 ② 急性リンパ性白血病 ③ 骨髄異形成症候群 ④ 骨髄増殖性腫瘍及びその類縁腫瘍 ⑤ 組織球及び樹状細胞腫瘍 イ 従来の方法による検索が行えない又は他の造血器腫瘍又は類縁疾患と鑑別が困難な場合において、初発時に算定できるもの ① アグレッシブＢ細胞非ホジキンリンパ腫 ② インドレントＢ細胞非ホジキンリンパ腫 ③ Ｔ細胞非ホジキンリンパ腫 ④ ＮＫ細胞非ホジキンリンパ腫 ⑤ 多発性骨髄腫 ウ 再発又は難治時に算定できるもの ① 急性骨髄性白血病 エ 従来の方法による検索が行えない又は他の造血器腫瘍又は類縁疾患と鑑別が困難な場合において、再発又は難治時に算定できるもの ① フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病 ② インドレントＢ細胞非ホジキンリンパ腫 ③ Ｔ細胞非ホジキンリンパ腫 ④ ＮＫ細胞非ホジキンリンパ腫 ⑤ 慢性リンパ性白血病 オ 病期を問わず算定できるもの（既存の検査及び病理診断等で確定診断に至らず、治療方針の決定が困難な場合に限る。） ① 原因不明の著しい血球減少	Ｄ００６－19 がんゲノムプロファイリング検査 (1)～（6）　（略） (新設)	(21) 別添1
心臓カテーテル法による諸検査	分冊Ⅱ P309 左	上から 16 行目	D206心臓カテーテル法による諸検査 (1)～（6）略 (7)信金政権を行った場合は、「D417」組織試験採取、切採法の所定点数を合わせて算定する。 (8) 急性冠症候群であって罹患枝を２つ以上有する患者又は慢性冠症候群であって罹患枝を２つ以上有し、かつ糖尿病、慢性腎臓病、高コレステロール血症のうちいずれか２つ以上を満たす患者に対し、関連学会の定める適正使用指針を遵守し、血管内近赤外線分光法検査を行った場合に、本区分「注３」の所定点数を準用して算定する。なお、血管内超音波装置、血管内光断層撮影又は血管内近赤外線分光法検査を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定できる。	D206心臓カテーテル法による諸検査 (1)～（6）略 (7)信金政権を行った場合は、「D417」組織試験採取、切採法の所定点数を合わせて算定する。 (新設)	※ (26)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
ポジトロン断層撮影	分冊Ⅱ P353 右	上から14行目	(6) アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア「5」のアミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 （一連の検査につき）については、効能又は効果としてア ルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用 推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度 認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病 （次項に続く）	(6) アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア「5」のアミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）については、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、レカネマブ（遺伝子組換 え）製剤の投与中止後に初回投与 （次項に続く）	(12) 別添１
			（前項からの続き） 理を示唆する所見を確認する場合に、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に 初回投与から18か月を超えて再開する場合は、さらに１回に限り算定できる。なお、この場合においては、本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 イ （略） ウ「5」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記アの場合については、効能又は効果として、アルツハイマー病による軽 度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得て いるアミロイドＰＥＴイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の注 入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。	（前項からの続き） から18か月を超えて再開 する場合は、さらに１回に限り算定できる。なお、この場合においては、本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 イ （略） ウ 「5」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果 として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症 が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化 に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドＰＥＴ イメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、ア ミロイドＰＥＴイメージング剤の注入に係る費用は所定点 数に含まれ、別に算定できない。	(12) 別添１
ポジトロン断層撮影	分冊Ⅱ P353 右	上から26行目	(6) アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア （略） イ 「5」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記アの場合については、使用目的又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドＰＥＴイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 ウ （略） エ 「5」のアミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合一連の検査につき）については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18か月を超える投与継続の可否を検討する場合 （次項に続く）	(6) アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア （略） イ 「5」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合については、使用目的又は効果として、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に使用するものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドＰＥＴイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 ウ （略） エ 「5」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18 か月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに１回に限 （次項に続く）	(22) 別添１

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			（前項からの続き） は、それぞれの場合につき、さらに１回に限り算定できる。 オ 「５」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記エの場合については、使用目的又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドＰＥＴイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 カ・キ （略）	（前項からの続き） り算定できる。 （新設） オ・カ （略）	
ポジトロン断層撮影	分冊Ⅱ P353 右	下から14行目	エ「５」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果 としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認 知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める 最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果として アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の 進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18か月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに１回に限り算定できる。 オ「５」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記エの場合については、効能又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬 投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドＰＥＴイメージ ング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイド ＰＥＴイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 カ 「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の「４」アミロイドＰＥＴ イメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）又は「 Ｅ１０１－４」(以下略)	（新設） エ レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的で、「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピュー ター断層複合撮影（一連の検査につき）の「４」アミロイ ドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき ）又は「Ｅ１０１－４」（以下略）	(12) 別添１
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	分冊Ⅱ P354 右	下から12行目	(６）アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア「４」のアミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、さらに１回に限り算定できる。なお、この場合においては、本撮影が必要と判断した医学的 （次項に続く）	(６）アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア「４」のアミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 （一連の検査につき）については、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又 は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（遺 伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与中止後に初回投与から 18か月を超えて再開する場合は、さらに１回に限り算定できる。なお、本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 （次項に続く）	(12) 別添１

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			（前頁の続き） 根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 イ　（略） ウ「４」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記アの場合については、効能又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドＰＥＴイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 エ「４」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び 18か月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに１回に限り算定できる。 オ「４」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記エの場合については、効能又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドＰＥＴイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 カ「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影の「５」アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき ）又は「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピ ューター断層複合撮影（一連の検査につき）の「３」アミ ロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査に つき）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。	（前頁の続き） イ　（略） ウ「４」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果 として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症 が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化 に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドＰＥＴ イメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、この場合においては、アミロイドＰＥＴイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 （新設） （新設） エ レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的で、「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影の「５」 アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検 査につき）又は「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共 鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の「 ３」アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。	(12) 別添１
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	分冊Ⅱ P355 左	上から 1 行目	(６）アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア　（略） イ 「４」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記アの場合については、使用目的又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドＰＥＴイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 ウ　（略） エ 「４」のアミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の （次項に続く）	(６）アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア　（略） イ 「４」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合については、使用目的又は効果として、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に使用するものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドＰＥＴイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 ウ　（略） エ 「４」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の （次項に続く）	(22) 別添１

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			（前項からの続き） 認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18か月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに１回に限り算定できる。 オ 「４」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記エの場合については、使用目的又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドＰＥＴイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 カ・キ （略）	（前項からの続き） 定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18か月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに１回に限り算定できる。 （新設） オ・カ （略）	(22) 別添１
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	分冊Ⅱ P356 左	上から 5 行目	(５）アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア「３」のアミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用 推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する 場合に、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、さらに１回に限り算定できる。なお、この場合においては、本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 イ （略） ウ「３」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記アの場合については、効能又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドＰＥＴイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の注 入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 エ「３」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度 （次項に続く）	(５）アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア「３」のアミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）については、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、さらに１回に限り算定できる。なお、この場 合においては、本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 イ （略） ウ「３」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドＰＥＴイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の注入に係る費用は所定点 数に含まれ、別に算定できない。 （新設） （次項に続く）	(12) 別添１

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			(前項からの続き) の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18か月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに１回に限り算定できる。 オ「３」の「ロ」イ以外の場合のうち、上記エの場合については、効能又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドＰＥＴイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 カ「Ｅ１０１－２ ポジトロン断層撮影」の「５」アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）又は「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の「４」アミロイド ＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき） を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。	(前項からの続き) （新設） エ レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的で、「Ｅ１０１－２ ポジトロン断層撮影」の「５ 」アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の 検査につき）又は「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コン ピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の「４」ア ミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査 につき）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する	
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	分冊Ⅱ P356 左	上から17行目	(５）アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア （略） イ 「３」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記アの場合については、使用目的又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドＰＥＴイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 ウ （略） エ 「３」のアミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18か月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに１回に限り算定できる。 オ 「３」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合のうち、上記エの場合については、使用目的又は効果として、抗アミロイドベータ抗体薬投与後の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いる放射性標識化合物の注射液を製造するために用いるものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドＰＥＴイメージング剤を医療機関内で製造した場合に （次項に続く）	(５）アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合 ア （略） イ 「３」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合については、使用目的又は効果として、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に使用するものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドＰＥＴイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 ウ （略） エ 「３」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って、効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与終了の可否を検討する場合及び18か月を超える投与継続の可否を検討する場合は、それぞれの場合につき、さらに１回に限り算定できる。 （新設） （次項に続く）	(22) 別添1

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			（前項からの続き） 限り算定する。ただし、アミロイドＰＥＴイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 カ・キ （略）	（前項からの続き） オ・カ （略）	(22) 別添1
処方箋料	分冊Ⅱ P383 右	下から 1 行目	(16) 「注８」において、「直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、調剤報酬点数表「００」調剤基本料の４に規定する特別調剤基本料Ａを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合」とは、以下のいずれにも該当する医療機関が処方箋を交付する場合をいう。 ア（略） イ（略） ウ 当該特別な関係を有する保険薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が９割を超えていること。なお、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、特掲診療料施設基準通知の第88の２の２の（３）の取扱いに準じる。	(16) 「注８」において、「直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、調剤報酬点数表「００」調剤基本料の４に規定する特別調剤基本料Ａを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合」とは、以下のいずれにも該当する医療機関が処方箋を交付する場合をいう。 ア（略） イ（略） ウ 当該特別な関係を有する保険薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が９割を超えていること。なお、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、特掲診療料施設基準通知の第88の２の（３）の取扱いに準じる。	(3) 別添1
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	分冊Ⅱ P402 左	上から 8 行目	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が２名以上勤務していること。ただし、そのうち１名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する３年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴（又は講師歴）を有すること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。ただし、（略）。	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が２名以上勤務していること。ただし、そのうち１名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する３年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴（又は講師歴）を有すること。なお、第38の１の(11)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を、専任の常勤医師数に算入することができる。ただし、（略）。	(3) 別添1
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	分冊Ⅱ P403 左	上から 19 行目	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (5) 言語聴覚療法のみを実施する場合において、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、上記基準にかかわらず、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の基準を満たすものとする。 ア 専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (5) 言語聴覚療法のみを実施する場合において、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、上記基準にかかわらず、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の基準を満たすものとする。 ア 専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、第38の１の(11)の例により、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を、専任の常勤医師数に算入することができる。	(3) 別添1
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	分冊Ⅱ P403 右	下から 3 行目	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、第38の１の(11)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を、専任の常勤医師数に算入することができる。	(3) 別添1

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	分冊Ⅱ P404 右	下から2行目	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準 (1) 第40の2の1の(1)を満たしていること。	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準 (1) 第40の2の1を満たしていること。	(3) 別添1
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	分冊Ⅱ P415 左	下から7行目	1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を、第38の1の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。なお、(略)。	1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、第38の1の(11)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーションの経験を有する非常勤医師を、専任の常勤医師数に算入することができる。なお、(略)。	(3) 別添1
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	分冊Ⅱ P415 左	下から10行目	1 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。	1 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準 (1) 第42の1の(1)を満たしていること。	(3) 別添1
呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	分冊Ⅱ P421 左	上から2行目	1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を、第38の1の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。	1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、第38の1の(11)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている呼吸器リハビリテーションの経験を有する非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	(3) 別添1
呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	分冊Ⅱ P422 左	上から2行目	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準 (1)当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準 (1) 第44の1の(1)を満たしていること。	(3) 別添1
難病患者リハビリテーション料	分冊Ⅱ P430 左	下から25行目	1 難病患者リハビリテーション料に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入 することができる。	1 難病患者リハビリテーション料に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が勤務していること。なお、第38の1の(11)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	(3) 別添1
障害児(者)リハビリテーション料	分冊Ⅱ P432 左	下から8行目	障害児(者)リハビリテーション料に関する施設基準 (2) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。	障害児(者)リハビリテーション料に関する施設基準 (2) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、第38の1の(11)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を、専任の常勤医師数に算入することができる。	(3) 別添1
がん患者リハビリテーション料	分冊Ⅱ P435 左	上から5行目	1 がん患者リハビリテーション料に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 (次項へ続く)	1 がん患者リハビリテーション料に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、第38の1の(11)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤 (次項へ続く)	(3) 別添1

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			（前項からの続き） 22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を、第38の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことをいう。	（前項からの続き） 務を行っている非常勤医師（がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を、専任の常勤医師数に算入することができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことをいう。	(3) 別添1
認知症患者リハビリテーション料	分冊Ⅱ P437 左	下から 3 行目	1　認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準 （1）認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を、第38の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれかの者をいう。	1　認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準 （1）認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、第38の１の(11)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を、専任の常勤医師数に算入することができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれかの者をいう。	(3) 別添1
多血小板血漿処置	分冊Ⅱ P501 左	上から 14 行目	別添１　第56の２ の４　多血小板血漿処置 （4）当該処置の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第３条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること（ただし、自己多血小板血漿ゲルを用いた創傷治癒の促進に用いるものとして薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合を除く。）。	別添１　第56の２ の４　多血小板血漿処置 (4)　当該処置の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第３ 条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。	(10) 別添2
角膜移植術	分冊Ⅱ P545 左	上から 19 行目	算定通知 K259角膜移植術 （1）～（4）　略 （5）培養ヒト角膜内皮細胞移植術は、水疱性角膜症の患者に対して、培養ヒト角膜内皮細胞を前房内に注入して角膜内皮細胞移植を行った場合に、本区分の所定点数を準用して算定する。	算定通知 K259角膜移植術 （1）～（4）　略 （新設）	(8) 別添1
植込型除細動器移植術 植込型除細動器交換術	分冊Ⅱ P581 右	下から 6 行目	Ｋ５９９　植込型除細動器移植術、Ｋ５９９－２　植込型除細動器交換術 （１）～（５）　（略） （６）　特定保険医療材料の植込型除細動器（Ⅲ型）・胸骨下植込式電極併用型と植込型除細動器用カテーテル電極（胸骨下植込式）を組み合わせて、関連学会の定める基準等を遵守して使用した場合に限り、「Ｋ５９９　植込型除細動器移植術　３　皮下植込型リードを用いるもの」の点数を準用して算定する。	Ｋ５９９　植込型除細動器移植術、Ｋ５９９－２　植込型除細動器交換術 （１）～（５）　（略） （新設）	(21) 別添1
病理診断 通則6	分冊Ⅱ P711 左	下から 9 行目	第84 の３　保険医療機関間の連携による病理診断 １　保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準 （２）標本等の受取又は受信側（病理標本等の観察及び評価が行われる保険医療機関）において は、次に掲げる基準を全て満たしていること。 ア　病理診断管理加算、悪性腫瘍病理組織標本加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。	第84 の３　保険医療機関間の連携による病理診断 １　保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準 （２）標本等の受取又は受信側（病理標本等の観察及び評価が行われる保険医療機関）において は、次に掲げる基準を全て満たしていること。 ア　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。	(11) 別添３
特掲診療料 経過措置 告示	分冊Ⅱ P746	下から 9 行目	九　令和七年五月三十一日までの間に限り、第三の四の四の(1)のハ及び第三の九の(1)のハ中「ロ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。」とあるのは「削除」と、第四の一の三の三の(4)、第四の一の六の二の(4)、第四の四の三の六の(4)、第十の一の九の二の(4)、第十二の二の(4)、第十三の二の二の(4)、第十五の九の五の(4)中「(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 （次項に続く）	九　令和七年五月三十一日までの間に限り、第三の四の四の(1)のハ及び第三の九の(1)のハ中「ロ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。」とあるのは「削除」と、第四の一の三の三(4)、第四の一の六の二の(4)、第四の四の三の六の(4)、第十の一の九の二の(4)、第十二の二の(4)、第十三の二の二の(4)、第十五の九の五の(4)中「(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 （次項に続く）	(5)

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>（前項からの続き）
いること。」とあるのは「削除」と、第四の一の五の三の(6)中「(5)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。」とあるのは「削除」と、第五の十一の(1)のロ中「イ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。」とあるのは「削除」と、第七の四の(1)のへ中「ホ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。」とあるのは「削除」と、第七の五の(2)中「(1)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。」とあるのは「削除」と、第十五の五の四の(1)のリ中「チ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。」とあるのは「削除」とする。
（令和６年10月１日から適用）</td><td>（前項からの続き）
と。」とあるのは「削除」と、第四の一の五の三の(6)中「(5)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。」とあるのは「削除」と、第五の十一の(1)のロ中「イ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。」とあるのは「削除」と、第七の四の(1)のへ中「ホ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。」とあるのは「削除」と、第七の五の(2)中「(1)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。」とあるのは「削除」とする。</td><td>(5)</td></tr>
<tr><td>特掲診療料
経過措置
表3</td><td>分冊Ⅱ
P749 左</td><td>上から
10 行目</td><td>第４　経過措置等
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
（中略）
歯科技工加算２
（削除）
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。）</td><td>第４　経過措置等
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
（中略）
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。）</td><td>(2)
別添3</td></tr>
<tr><td>特掲診療料
経過措置
表3</td><td>分冊Ⅱ
P749 左</td><td>下から
7 行目</td><td>表４　施設基準等の名称が変更されたが、令和６年５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<table><tr><td>画像診断管理加算３</td><td>→</td><td>画像診断管理加算４</td></tr><tr><td>センチネルリンパ節加算</td><td>→</td><td>皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算</td></tr><tr><td>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）</td><td>→</td><td>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。）</td></tr></table></td><td>表４　施設基準等の名称が変更されたが、令和６年５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<table><tr><td>画像診断管理加算３</td><td>→</td><td>画像診断管理加算４</td></tr><tr><td>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）</td><td>→</td><td>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。）</td></tr></table></td><td>(2)
別添3</td></tr>
<tr><td>特掲診療料
別表九</td><td>分冊Ⅱ
P757</td><td>下から
1 行目</td><td><table><tr><td>別表第九
在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬</td></tr><tr><td>インスリン製剤</td></tr><tr><td>・・・</td></tr><tr><td>オゾラリズマブ製剤</td></tr><tr><td>トラロキヌマブ製剤</td></tr><tr><td>エフガルチギモド アルファ・ボルヒアルロニダー</td></tr><tr><td>ベドリズマブ製剤</td></tr><tr><td>ミリキズマブ製剤</td></tr><tr><td>乾燥濃縮人プロテインＣ製剤</td></tr><tr><td>メコバラミン製剤</td></tr><tr><td>ベンラリズマブ製剤</td></tr><tr><td>マルスタシマブ製剤</td></tr><tr><td>ロザノリキシズマブ製剤</td></tr><tr><td>レブリキズマブ製剤</td></tr></table></td><td><table><tr><td>別表第九
在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬</td></tr><tr><td>インスリン製剤</td></tr><tr><td>・・・</td></tr><tr><td>オゾラリズマブ製剤</td></tr></table></td><td>(25)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td>特掲診療料
別表九</td><td>分冊Ⅱ
P757</td><td>下から
1行目</td><td>別表第九
在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬
インスリン製剤
・・・
ロザノリキシズマブ製剤
レブリキズマブ製剤
クロバリマブ製剤</td><td>別表第九
在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬
インスリン製剤
・・・
ロザノリキシズマブ製剤
レブリキズマブ製剤</td><td>※(27)</td></tr>
<tr><td>特掲診療料
別表
九の一
の三</td><td>分冊Ⅱ
P758</td><td>上から
10行目</td><td>別表第九の一の三
注入器加算に規定する注射薬
別表九に規定する注射薬のうち、ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、ペグセタコプラン製剤及びロザノリキシズマブ製剤以外のもの</td><td>別表第九の一の三
注入器加算に規定する注射薬
別表九に規定する注射薬のうち、ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、ペグセタコプラン製剤以外のもの</td><td>(25)</td></tr>
<tr><td>特掲診療料
別表
九の一
の五</td><td>分冊Ⅱ
P758</td><td>上から
10行
目</td><td>別表第九の一の五
注入ポンプ加算に規定する注射薬
ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤
ペグセタコプラン製剤
ロザノリキシズマブ製剤</td><td>別表第九の一の五
注入ポンプ加算に規定する注射薬
ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤
ペグセタコプラン製剤</td><td>(25)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
11の6</td><td>分冊Ⅱ
P803下</td><td></td><td>様式11の6
在宅患者訪問診療料（I）の注13（在宅患者訪問診療料（II）の注６の規定により準用する場合を含む）及び歯科訪問診療料の注20に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算の施設基準に係る届出書添付書
（□には、適合する場合「✓」を記入すること）
<table>
<tr><th colspan="2">施設基準</th><th></th></tr>
<tr><td>1</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>2</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>3</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>4</td><td>「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制が整備されている</td><td>□</td></tr>
<tr><td>削除</td><td></td><td>削除</td></tr>
<tr><td>5</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>6</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>7</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
</table>
［記載上の注意］
「４」については、令和７年４月１日以降に当該加算１を算定する場合に記載すること。
「５」については、令和７年10月１日以降に算定を開始する場合に記載すること。
「５」については、令和７年９月30日までの間に限り、「７」については、令和７年５月31日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
「７」については、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。
（令和７年４月１日から適用）</td><td>様式11の6
在宅患者訪問診療料（I）の注13（在宅患者訪問診療料（II）の注６の規定により準用する場合を含む）及び歯科訪問診療料の注20に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算の施設基準に係る届出書添付書
（□には、適合する場合「✓」を記入すること）
<table>
<tr><th colspan="2">施設基準</th><th></th></tr>
<tr><td>1</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>2</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>3</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>4</td><td>「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制が整備されている</td><td>□</td></tr>
<tr><td>5</td><td>電子処方箋を未導入の場合の、導入予定時期</td><td>令和
（ ）年
（ ）月</td></tr>
<tr><td>6</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>7</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
<tr><td>8</td><td>（略）</td><td>□</td></tr>
</table>
［記載上の注意］
（新設）

（新設）
「４」については、令和７年３月31 日までの間に限り、「６」については、令和７年９月30日までの間に限り、「８」については、令和７年５月31日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
「８」については、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。</td><td>(20)
別添3</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td>別紙様式42の2
疾患別リハビリテーションに係る症例報告書</td><td>分冊Ⅱ
P873 上</td><td></td><td>別紙様式42 の２
疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

２．患者の状態等について
入院中の患者以外の患者について、各年７月１日から７日までの１週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ（入院中の患者以外の患者）を記載すること。</td><td>別紙様式42 の２
疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

２．患者の状態等について
入院中の患者以外の患者について、各年６月１日から７日までの１週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ（入院中の患者以外の患者）を記載すること。</td><td>(2)
別添3</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
79の2</td><td>分冊Ⅱ
P873 上</td><td></td><td>様式79 の２
保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類

標本等の受取・受信側（病理診断が行われる保険医療機関）
２ 病理診断管理加算、悪性腫瘍病理組織標本加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況 （該当するものに○をつけること。）
病理診断管理加算（ １ ２ ）の届出年月日（ 年 月 日）
悪性腫瘍病理組織標本加算の届出年月日（ 年 月 日）
口腔病理診断管理加算（ １ ２ ）の届出年月日（ 年 月 日）</td><td>様式79 の２
保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類

標本等の受取・受信側（病理診断が行われる保険医療機関）
２ 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況 （該当するものに○をつけること。）
病理診断管理加算（ １ ２ ）の届出年月日（ 年 月 日）
口腔病理診断管理加算（ １ ２ ）の届出年月日（ 年 月 日）</td><td>(11)
別添3</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式95</td><td>分冊Ⅱ
P1019
下</td><td></td><td>様式95
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
＊改訂版は、下記URLよりダウンロードしてください
https://www.shisetsukijun.org/cms/wp-content/uploads/2025/04/bc4d81278eb677fb8a300eb0e221086d.pdf</td><td>様式95
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</td><td>(23)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
96</td><td>分冊Ⅱ
P1019
上</td><td></td><td>様式96
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）

＊改訂版は、下記URLよりダウンロードしてください
https://www.shisetsukijun.org/cms/wp-content/uploads/2025/04/36116263d35648b574d9265299ded60f.pdf</td><td>様式96
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）
３ 該当する届出
<table><tr><th>届出する月</th><th>算出を行う月</th></tr><tr><td>3月</td><td rowspan="3">3月</td></tr><tr><td>4月</td></tr><tr><td>5月</td></tr><tr><td>6月</td><td rowspan="3">6月</td></tr><tr><td>7月</td></tr><tr><td>8月</td></tr><tr><td>9月</td><td rowspan="3">9月</td></tr><tr><td>10月</td></tr><tr><td>11月</td></tr><tr><td>12月</td><td rowspan="3">12月</td></tr><tr><td>1月</td></tr><tr><td>2月</td></tr></table>※新規の場合の「算出を行う月」は以下のように考えます。ただし、各月の最初の開庁日に届出する場合には、その前月を「届出する月」とみなします。 ベースアップ評価料は「届出する月」の翌月から算定可能です。</td><td>別添２
届出様式
96</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
96</td><td>分冊Ⅱ
P1019
上</td><td></td><td>様式96
（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）

＊改訂版は、下記URLよりダウンロードしてください
https://www.shisetsukijun.org/cms/wp-content/uploads/2025/04/36116263d35648b574d9265299ded60f.pdf</td><td>様式96
（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）
３　該当する届出
<table><tr><th>届出する月</th><th>算出を行う月</th></tr><tr><td>3月</td><td rowspan="3">3月</td></tr><tr><td>4月</td></tr><tr><td>5月</td></tr><tr><td>6月</td><td rowspan="3">6月</td></tr><tr><td>7月</td></tr><tr><td>8月</td></tr><tr><td>9月</td><td rowspan="3">9月</td></tr><tr><td>10月</td></tr><tr><td>11月</td></tr><tr><td>12月</td><td rowspan="3">12月</td></tr><tr><td>1月</td></tr><tr><td>2月</td></tr></table>※新規の場合の「算出を行う月」は以下のように考えます。　ただし、各月の最初の開庁日に届出する場合には、その前月を「届出する月」とみなします。
ベースアップ評価料は「届出する月」の翌月から算定可能です。</td><td>(23)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
96</td><td>分冊Ⅱ
P1019
上</td><td></td><td>様式96
（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）
３　該当する届出

※新規の場合の「算出を行う月」は以下のように考えます。
ただし、各月の最初の開庁日に届出する場合には、その前月を「届出する月」とみなします。
ベースアップ評価料は「届出する月」の翌月から算定可能です。
<table><tr><th>届出する月</th><th>算出を行う月</th></tr><tr><td>3月</td><td rowspan="3">3月</td></tr><tr><td>4月</td></tr><tr><td>5月</td></tr><tr><td>6月</td><td rowspan="3">6月</td></tr><tr><td>7月</td></tr><tr><td>8月</td></tr><tr><td>9月</td><td rowspan="3">9月</td></tr><tr><td>10月</td></tr><tr><td>11月</td></tr><tr><td>12月</td><td rowspan="3">12月</td></tr><tr><td>1月</td></tr><tr><td>2月</td></tr></table></td><td>様式96
（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）
３　該当する届出

※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。</td><td>(9)</td></tr>
</table>

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
別添２ 届出様式 96	分冊Ⅱ P1020 下		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（１））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（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（Ⅱ）等の算定回数の見込み（６（２））の変化は１割以内である。 □【Ｂ】の値（６（４））の変化は１割以内である。	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）等の算定回数の見込み（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。	(9)
別添２ 届出様式 96	分冊Ⅱ P1020 上		【記載上の注意】 5「６」（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。 6「６」（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。 7「６」（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。 8「６」（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。 9「６」（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「６」（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。 11「６」（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。 12　「６」（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。	【記載上の注意】 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。 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。 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。 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。 9「６」「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。 11「６」「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。	(9)
別添２ 届出様式 97	分冊Ⅱ P1021 上		様式97 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） ＊改訂版は、下記URLよりダウンロードしてください https://www.shisetsukijun.org/cms/wp-content/uploads/2025/04/298a9ea3e6f5c1768f42ef5c19c1d894.pdf （次項に続く）	様式97 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） 2　該当する届出 ※新規の場合の「算出を行う月」は以下のように考えます。 ただし、各月の最初の開庁日に届出する場合には、その前月を「届出する月」とみなします。 ベースアップ評価料は「届出する月」の翌月から算定可能です。 （次項に続く）	(23)

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>（前項より続く）
<table><tr><th>届出する月</th><th>算出を行う月</th></tr><tr><td>3月</td><td rowspan="3">3月</td></tr><tr><td>4月</td></tr><tr><td>5月</td></tr><tr><td>6月</td><td rowspan="3">6月</td></tr><tr><td>7月</td></tr><tr><td>8月</td></tr><tr><td>9月</td><td rowspan="3">9月</td></tr><tr><td>10月</td></tr><tr><td>11月</td></tr><tr><td>12月</td><td rowspan="3">12月</td></tr><tr><td>1月</td></tr><tr><td>2月</td></tr></table>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】）
※「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。</td><td>(23)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
97</td><td>分冊Ⅱ
P1021
上</td><td></td><td>様式97
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）
２　該当する届出
※新規の場合の「算出を行う月」は以下のように考えます。
ただし、各月の最初の開庁日に届出する場合には、その前月を「届出する月」とみなします。
ベースアップ評価料は「届出する月」の翌月から算定可能です。
<table><tr><th>届出する月</th><th>算出を行う月</th></tr><tr><td>3月</td><td rowspan="3">3月</td></tr><tr><td>4月</td></tr><tr><td>5月</td></tr><tr><td>6月</td><td rowspan="3">6月</td></tr><tr><td>7月</td></tr><tr><td>8月</td></tr><tr><td>9月</td><td rowspan="3">9月</td></tr><tr><td>10月</td></tr><tr><td>11月</td></tr><tr><td>12月</td><td rowspan="3">12月</td></tr><tr><td>1月</td></tr><tr><td>2月</td></tr></table>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】）
※「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。</td><td>様式97
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）
２　該当する届出
※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】）
※「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。</td><td>(9)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
97</td><td>分冊Ⅱ
P1021
上</td><td></td><td>様式97
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）
２ 該当する届出
※新規の場合の「算出を行う月」は以下のように考えます。
ただし、各月の最初の開庁日に届出する場合には、その前月を「届出する月」とみなします。
ベースアップ評価料は「届出する月」の翌月から算定可能です。
<table><tr><th>届出する月</th><th>算出を行う月</th></tr><tr><td>3月</td><td rowspan="3">3月</td></tr><tr><td>4月</td></tr><tr><td>5月</td></tr><tr><td>6月</td><td rowspan="3">6月</td></tr><tr><td>7月</td></tr><tr><td>8月</td></tr><tr><td>9月</td><td rowspan="3">9月</td></tr><tr><td>10月</td></tr><tr><td>11月</td></tr><tr><td>12月</td><td rowspan="3">12月</td></tr><tr><td>1月</td></tr><tr><td>2月</td></tr></table>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】）
※「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。</td><td>様式97
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）
２ 該当する届出
※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】）
※「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。</td><td>(9)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
97</td><td>分冊Ⅱ
P1022
下</td><td></td><td>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（１））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（２））の変化は１割以内である。
□延べ入院患者数（４（４））の変化は１割以内である。
□【C】の値（４（５））の変化は１割以内である。
【記載上の注意】
２「４」（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。）。</td><td>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。
【記載上の注意】
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。）。</td><td>(9)</td></tr>
</table>

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
別添２ 届出様式 98 別添	分冊Ⅱ P1023 上		様式98　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」 別添　（病院及び有床診療所）賃金改善計画書 （診療所）賃金改善計画書 （歯科診療所）賃金改善計画書 （病院及び有床診療所）賃金改善実績報告書 （診療所）賃金改善実績報告書 （歯科診療所）賃金改善実績報告書 ✻改訂版は、下記URLよりダウンロードしてください https://www.shisetsukijun.org/cms/wp-content/uploads/2025/04/706203542f3b3b1b32ed0681ca25f3cb.pdf	様式98　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」 別添　（病院及び有床診療所）賃金改善計画書 （診療所）賃金改善計画書 （歯科診療所）賃金改善計画書 （病院及び有床診療所）賃金改善実績報告書 （診療所）賃金改善実績報告書 （歯科診療所）賃金改善実績報告書	
別添２ 届出様式 98 別添	分冊Ⅱ P1023 上		様式98　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」 別添　（病院及び有床診療所）賃金改善計画書（令和　年度分） 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５年度との比較で、令和６年度と令和７年度で同じ水準の賃金引き上げを行う場合には、「一律の引上げを行う」を選択すること。令和６年度のベースアップ評価料による算定金額の一部を繰り越すなどして、令和５年度との比較で、令和６年度と令和７年度で段階的な賃金改善を行う場合には、「段階的な引上げを行う」を選択すること。 Ⅱ－２．全体の賃金改善の見込み額【（２）の期間中】 ※ 「賃金改善の見込み額」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、ベースアップ評価料による算定金額以外の財源を活用して、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。定期昇給の制度を設けていない医療機関は「０」と記載すること。 ※ 「（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、一時金や手当（毎月決まって支払われるものを除く。）等による賃金改善額となること。 ○　以下、基本給等総額については１ヶ月当たりの額を記載してください。 （次項に続く）	様式98　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」 別添　（病院及び有床診療所）賃金改善計画書（令和　年度分） 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 （新設） Ⅱ－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」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、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。 （次項に続く）	(9)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			（前項からの続き） ※ 病院及び有床診療所（ベースアップ評価料（Ⅱ）を届出するものを除く。）においては、「Ⅲ．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」はⅣ～Ⅷの合計により計算されるものとする。 ※ 「基本給等総額」には、給与のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。 ※ 年度更新及び区分変更等によりベースアップ評価料の賃金改善計画書を再度届出する場合、「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】」には、初回届出時点における「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】」の金額を記載すること。 ※ 「うち定期昇給相当分」は、【賃金改善実施期間（２）の開始月】において定期昇給を実施する場合にのみ記載すること。それ以外の月に定期昇給を実施する場合、もしくは定期昇給の制度を設けていない医療機関は「０」と記載すること。	（前項からの続き） （新設）	(9)
別添２ 届出様式 98 別添	分冊Ⅱ P1023 上		様式98　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」 別添　（病院及び有床診療所）賃金改善計画書（令和　年度分） Ⅰ．賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等 （２）　賃金引上げの実施方法 ※ 令和５年度との比較で、令和６年度と令和７年度で同じ水準の賃金引き上げを行う場合には、「一律の引上げを行う」を選択すること。令和６年度のベースアップ評価料による算定金額の一部を繰り越すなどして、令和５年度との比較で、令和６年度と令和７年度で段階的な賃金改善を行う場合には、「段階的な引上げを行う」を選択すること。 Ⅱ－２．全体の賃金改善の見込み額【（２）の期間中】 ※ 「賃金改善の見込み額」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、ベースアップ評価料による算定金額以外の財源を活用して、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。定期昇給の制度を設けていない医療機関は「０」と記載すること。 ※ 「（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、一時金や手当（毎月決まって支払われるものを除く。）等による賃金改善額となること。 （次項に続く）	様式98　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」 別添　（病院及び有床診療所）賃金改善計画書（令和　年度分） Ⅰ．賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等 （２）　賃金引上げの実施方法 （新設） Ⅱ－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」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、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。 （次項に続く）	(9)

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
98
別添</td><td>分冊Ⅱ
P1023
上</td><td></td><td>（前項からの続き）
○　以下、基本給等総額については１ヶ月当たりの額を記載してください。
※ 病院及び有床診療所（ベースアップ評価料（Ⅱ）を届出するものを除く。）においては、「Ⅲ．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」はⅣ～Ⅷの合計により計算されるものとする。
※ 「基本給等総額」には、給与のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
※ 年度更新及び区分変更等によりベースアップ評価料の賃金改善計画書を再度届出する場合、「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】」には、初回届出時点における「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】」の金額を記載すること。
※ 「うち定期昇給相当分」は、【賃金改善実施期間（２）の開始月】において定期昇給を実施する場合にのみ記載すること。それ以外の月に定期昇給を実施する場合、もしくは定期昇給の制度を設けていない医療機関は「０」と記載すること。</td><td>（前項からの続き）
○　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。
（新設）</td><td>(9)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
98
別添</td><td>分冊Ⅱ
P1024
上</td><td></td><td>【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
<table><tr><td>(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】</td><td>人</td></tr><tr><td>(56) 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】</td><td>円</td></tr><tr><td>(57) 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】</td><td>円</td></tr><tr><td>(58) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（57）－（56）】</td><td>0円</td></tr><tr><td>(59) うち定期昇給相当分</td><td>円</td></tr><tr><td>(60) うちベア等実施分</td><td>円</td></tr><tr><td>(61) ベア等による賃金増率【（60）÷（56）】</td><td>0.0%</td></tr></table>
（次項へ続く）</td><td>【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
<table><tr><td>(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】</td><td>人</td></tr><tr><td>(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】</td><td>円</td></tr><tr><td>(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】</td><td>円</td></tr><tr><td>(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】</td><td>円</td></tr><tr><td>(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】</td><td>円</td></tr><tr><td>(60) 給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（58）－（56）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(61) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（59）－（57）】</td><td>0円</td></tr><tr><td>(62) うち定期昇給相当分</td><td>円</td></tr><tr><td>(63) うちベア等実施分</td><td>円</td></tr><tr><td>(64) ベア等による賃金増率【（63）÷（57）】</td><td>0.0%</td></tr></table>
（次項へ続く）</td><td>(9)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td></td><td>分冊Ⅱ
P1024
上</td><td></td><td>（前項からの続き）
Ｘ．事務職員の基本給等に係る事項
<table><tr><td>(62) 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】</td><td>人</td></tr><tr><td>(63) 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】</td><td>円</td></tr><tr><td>(64) 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】</td><td>円</td></tr><tr><td>(65) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（64）－（63）】</td><td>0円</td></tr><tr><td>(66) うち定期昇給相当分</td><td>円</td></tr><tr><td>(67) うちベア等実施分</td><td>円</td></tr><tr><td>(68) ベア等による賃金増率【（67）÷（63）】</td><td>0.0%</td></tr></table>
【記載上の注意】
（削除）</td><td>（前項からの続き）
Ｘ．事務職員の基本給等に係る事項
<table><tr><td>(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）】</td><td>人</td></tr><tr><td>(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）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(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）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(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）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(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）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(70) 給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（71）－（69）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(71) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（72）－（70）】</td><td>0円</td></tr><tr><td>(72) うち定期昇給相当分</td><td>円</td></tr><tr><td>(73) うちベア等実施分</td><td>円</td></tr><tr><td>(74) ベア等による賃金増率【（76）÷（70）】</td><td>0.0%</td></tr></table>
【記載上の注意】
10「給与額」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。）</td><td>(9)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
98
別添</td><td>分冊Ⅱ
P1025
下</td><td>別添２
届出様式
98
別添</td><td>別添　（診療所）賃金改善計画書（令和年度分）
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５年度との比較で、令和６年度と令和７年度で同じ水準の賃金引き上げを行う場合には、「一律の引上げを行う」を選択すること。
令和６年度のベースアップ評価料による算定金額の一部を繰り越すなどして、令和５年度との比較で、令和６年度と令和７年度で段階的な賃金改善を行う場合には、「段階的な引上げを行う」を選択すること。

Ⅲ－２．全体の賃金改善の見込み額【（２）の期間中】
※ 「賃金改善の見込み額」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、ベースアップ評価料による算定金額以外の財源を活用して、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。

（次項に続く）</td><td>別添　（診療所）賃金改善計画書（令和年度分）

（新設）

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」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。

（次項に続く）</td><td>(9)</td></tr>
</table>

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			(前項からの続き) 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。定期昇給の制度を設けていない医療機関は「0」と記載すること。 ※ 「(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、一時金や手当(毎月決まって支払われるものを除く。)等による賃金改善額となること。	(前項からの続き) 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。	(9)
別添2 届出様式 98 別添	分冊II P1025 下		別添　(診療所)賃金改善計画書(令和年度分) I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等 (2)　賃金引上げの実施方法 ※ 令和5年度との比較で、令和6年度と令和7年度で同じ水準の賃金引き上げを行う場合には、「一律の引上げを行う」を選択すること。 令和6年度のベースアップ評価料による算定金額の一部を繰り越すなどして、令和5年度との比較で、令和6年度と令和7年度で段階的な賃金改善を行う場合には、「段階的な引上げを行う」を選択すること。 III－2. 全体の賃金改善の見込み額【(2)の期間中】 ※ 「賃金改善の見込み額」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、ベースアップ評価料による算定金額以外の財源を活用して、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。定期昇給の制度を設けていない医療機関は「0」と記載すること。 ※ 「(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、一時金や手当(毎月決まって支払われるものを除く。)等による賃金改善額となること。	別添　(診療所)賃金改善計画書(令和年度分) (新設) 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」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、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。	(9)
別添2 届出様式 98 別添	分冊II P1025 上		○　以下、基本給等総額については1ヶ月当たりの額を記載してください。 ※ 「基本給等総額」には、給与のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。 ※ 年度更新及び区分変更等によりベースアップ評価料の賃金改善計画書を再度届出する場合、「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】」には、初回届出時点における「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】」の金額を記載すること。 (次頁へ続く)	○　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。 (新設) (次頁へ続く)	(9)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
別添２ 届出様式 98 別添	分冊Ⅱ P1025 上		（前頁からの続き） ※「うち定期昇給相当分」は、【賃金改善実施期間（２）の開始月】において定期昇給を実施する場合にのみ記載すること。それ以外の月に定期昇給を実施する場合、もしくは定期昇給の制度を設けていない医療機関は「０」と記載すること。 （削除） （削除） （削除） （削除） （削除） 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）】 0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）÷（14）】 0.0％ 【ベースアップ評価料対象外職種について】 Ⅴ．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 (20) 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 (21) 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 (22) 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 (23) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（22）－（21）】 0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）】 0.0％ （次頁に続く）	（前頁からの続き） 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 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 Ⅵ．薬剤師の基本給等に係る事項 Ⅶ．看護補助者の基本給等に係る事項 Ⅷ．その他の対象職種の基本給等に係る事項 （新設） 【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 （50）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 (51) 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 （52）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 (53) 給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（51）－（49）】 円 (54) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（52）－（50）】 0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）÷（50）】 0.0％ （次頁に続く）	(9)

<table>
<tr><th colspan="2">該当の項・箇所</th><th></th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
98
別添</td><td>分冊Ⅱ
P1026
下</td><td></td><td>（前頁からの続き）
Ⅵ．事務職員の基本給等に係る事項
(27) 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
(28) 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
(29) 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
(30) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（29）－（28）】 0円
(31) うち定期昇給相当分 円
(32) うちベア等実施分 円
(33ページ) ベア等による賃金増率【（32）÷（28）】 0.0%

【記載上の注意】
（削除）</td><td>（前頁からの続き）
Ⅹ．事務職員の基本給等に係る事項
(58) 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
(59) 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
(60) 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
(61) 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
(62) 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
(63) 給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（61）－（59）】 円
(64) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（62）－（60）】 0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【（66）÷（60）】 0.0%
【記載上の注意】
10「給与額」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。）</td><td>(9)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
98
別添</td><td>分冊Ⅱ
P1026
上</td><td></td><td>別添　（歯科診療所）賃金改善計画書（令和　年度分）
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５年度との比較で、令和６年度と令和７年度で同じ水準の賃金引き上げを行う場合には、「一律の引上げを行う」を選択すること。
令和６年度のベースアップ評価料による算定金額の一部を繰り越すなどして、令和５年度との比較で、令和６年度と令和７年度で段階的な賃金改善を行う場合には、「段階的な引上げを行う」を選択すること。
Ⅲ－２．全体の賃金改善の見込み額【（２）の期間中】
※ 「賃金改善の見込み額」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、ベースアップ評価料による算定金額以外の財源を活用して、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。定期昇給の制度を設けていない医療機関は「０」と記載すること。　（次頁に続く）</td><td>別添　（歯科診療所）賃金改善計画書（令和　年度分）
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
（新設）
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」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、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。
（次頁に続く）</td><td>(9)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>（前頁からの続き）
※ 「（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、一時金や手当（毎月決まって支払われるものを除く。）等による賃金改善額となること。</td><td>（前頁からの続き）
※ 「（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。</td><td>(9)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
98
別添</td><td>分冊Ⅱ
P1027
下</td><td></td><td>○ 以下、基本給等総額については１ヶ月当たりの額を記載してください。
※ 「基本給等総額」には、給与のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
※ 年度更新及び区分変更等によりベースアップ評価料の賃金改善計画書を再度届出する場合、「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】」には、初回届出時点における「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】」の金額を記載すること。
※ 「うち定期昇給相当分」は、【賃金改善実施期間（２）の開始月】において定期昇給を実施する場合にのみ記載すること。それ以外の月に定期昇給を実施する場合、もしくは定期昇給の制度を設けていない医療機関は「０」と記載すること。
（削除）
（削除）
（削除）
（削除）

【ベースアップ評価料対象外職種について】
Ⅴ．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
(20) 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
(21) 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
(22) 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
(23) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（22）－（21）】 0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）】 0.0%

（次頁に続く）</td><td>○ 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。
（新設）

Ⅴ．歯科衛生士の基本給等に係る事項
Ⅵ．歯科技工士の基本給等に係る事項
Ⅶ．歯科業務補助者の基本給等に係る事項
Ⅷ．その他の対象職種の基本給等に係る事項

【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
（50）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
(51) 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
（52）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
(53) 給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（51）－（49）】 円
(54) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（52）－（50）】 0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）÷（50）】 0.0%

（次頁に続く）</td><td>(9)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">該当の項・箇所</th><th></th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
98
別添</td><td>分冊Ⅱ
P1027
上</td><td></td><td>（前頁からの続き）
Ⅵ．事務職員の基本給等に係る事項
<table><tr><td>(27) 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】</td><td>人</td></tr><tr><td>(28) 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】</td><td>円</td></tr><tr><td>(29) 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】</td><td>円</td></tr><tr><td>(30) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（29）－（28）】</td><td>0円</td></tr><tr><td>(31) うち定期昇給相当分</td><td>円</td></tr><tr><td>(32) うちベア等実施分</td><td>円</td></tr><tr><td>(33ページ) ベア等による賃金増率【（32）÷（28）】</td><td>0.0％</td></tr></table>【記載上の注意】
（削除）</td><td>（前頁からの続き）
Ⅹ．事務職員の基本給等に係る事項
<table><tr><td>(58) 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）】</td><td>人</td></tr><tr><td>(59) 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）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(60) 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）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(61) 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）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(62) 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）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(63) 給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（61）－（59）】</td><td>円</td></tr><tr><td>(64) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（62）－（60）】</td><td>0円</td></tr><tr><td>(65) うち定期昇給相当分</td><td>円</td></tr><tr><td>(66) うちベア等実施分</td><td>円</td></tr><tr><td>(67) ベア等による賃金増率【（66）÷（60）】</td><td>0.0％</td></tr></table>【記載上の注意】
10「給与額」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。）</td><td>(9)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
98
別添</td><td>分冊Ⅱ
P1030
下</td><td></td><td>別添　（診療所）賃金改善実績報告書（令和　年度分）
Ⅲ．全体の賃金改善の実績額【（２）の期間中】
<table><tr><td>(15)　（８）及び（９）について全てベア等実施分に充当しているか。</td><td>□</td></tr></table></td><td>別添　（診療所）賃金改善実績報告書（令和　年度分）
Ⅲ．全体の賃金改善の実績額【（２）の期間中】
<table><tr><td>(15)</td><td>(1</td><td>(15)</td><td>(1</td><td>(15)　（８）及び（１３）について全てベア等実施分に充当しているか。</td><td>□</td></tr></table></td><td>(9)</td></tr>
<tr><td>別添２
届出様式
98
参考</td><td>分冊Ⅱ
P1032
上</td><td></td><td>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）

＊改訂版は、下記URLよりダウンロードしてください
https://www.shisetsukijun.org/cms/wp-content/uploads/2025/04/93bfdba0055300ce6512f91fa360b4e5.pdf</td><td></td><td>(23)</td></tr>
</table>

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
別添２ 届出様式 98 参考	分冊Ⅱ P1032 上		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） 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＿＿＿＿＿月 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 ②対象職員の給与総額（対象期間の１月当たりの平均） ＿＿＿＿＿＿円 ※外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の届出を検討している場合に記載すること。 ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の届出を検討していない場合は、記載不要。 ※「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 【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 ② 再診料等の算定回数 回 ③ 訪問診療料（同一建物以外）の算定回数 回 ④ 訪問診療料（同一建物の算定回数 回 ⑤ 歯科初診料等の算定回数 回 ⑥ 歯科再診料等の算定回数 回 ⑦ 歯科訪問診療料（同一建物以外）の算定回数 回 ⑧ 歯科訪問診療料（同一建物）の算定回数 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。 （次項に続く）	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） 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 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） (新規) ※「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 【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 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。 （次項に続く）	(9)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
			（前項の続き） ※ 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 （削除） 【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　0.0　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 0.0　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 ※「３」（１）②「対象職員の給与総額」を記載した場合にのみ、計算結果が表示される。 ※「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」の値が1.2%未満であって、特掲施設基準通知の「第106 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」又は「第106の３歯科・外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」に定めるそれぞれの施設基準を満たしている場合には、別添２の様式96により「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）」を届け出ることができる	(前項の続き) ※ 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 0.0　回（前回届出時　0.0　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 0.0　点（前回届出時　0.0　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　　） (新設)	(9)
別添２ 届出様式 98 参考	分冊Ⅱ P1033 上		【記載上の注意】 1「３」（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。 2「３」（２）「①初診料等に係る算定回数」については、（以下略） 3「３」（２）「②再診料等に係る算定回数」については、（以下略） 4「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、（以下略） 5「３」（２）「④訪問診療料（同一建物に係る算定回数」については、（以下略） 6「３」（２）「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、（以下略） 7「３」（２）「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、（以下略） 8「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、（以下略） 9「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、（以下略）	【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、（以下略） 6「３」（２）「②再診料等に係る算定回数」については、（以下略） 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、（以下略） 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、（以下略） 9「３」（２）「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、（以下略） 10「３」（２）「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、（以下略） 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、（以下略） 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、（以下略）	(9)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
別添２ 届出様式 98 別添３ 別添５ 別添６	分冊Ⅱ P1033 上		「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）のみを届け出る場合の届出添付書類」 別添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）のみを届け出る場合の届出添付書類 別添５　報告専用様式（病院及び有床診療所）賃金改善実績報告書 別添６　報告専用様式（診療所）賃金改善実績報告書 ✻様式は、下記URLよりダウンロードしてください https://www.shisetsukijun.org/cms/wp-content/uploads/2025/04/14c6dc2b1404c46ef9a5d5319dc6b9dc.pdf	（新規）	（23）
（歯科） 初診料 注 15 医療の DX 推進体制整備加算 施設基準告示	分冊Ⅲ P13 右	上から 3 行目	三の八　医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準 (1) 医療ＤＸ推進体制整備加算１の施設基準 イ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 ロ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 ハ 医師又は歯科医師が、健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。 ニ 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。 ホ 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。 ヘ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る十分な実績を有していること。 ト 医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 チ ト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。 リ マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。 (2) 医療ＤＸ推進体制整備加算２の施設基準 イ (1)のイからホまで及びトからリまでに掲げる施設基準を満たすものであること。 ロ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る必要な実績を有していること。 (3) 医療ＤＸ推進体制整備加算３の施設基準 イ (1)のイからホまで並びにト及びチに掲げる施設基準を満たすものであること。 ロ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る実績を有していること。 （令和６年10月１日から適用）	三の八　医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準 (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 (2) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3) 医師又は歯科医師が、健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。 (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。 (5) 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。 (6) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る実績を一定程度有していること。 (7) 医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (8) (7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 （新設） （新設） （新設）	（7） 別添2

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
（歯科） 初診料 注15 医療 DX推進体制整備加算 施設基準通知	分冊Ⅲ P13左	上から 15行目	1　医療ＤＸ推進体制整備加算１に関する施設基準 (１)～(５)（略） (６) 医療ＤＸ推進体制整備加算１を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。）が、令和６年10月１日から同年12月31日までの間においては15％以上であること。 (７)(６)について、令和７年１月１日以降においては、「15％」とあるのは「30％」とすること。 (８)(６)について、医療ＤＸ推進体制整備加算１を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 (９)(略) (10)(９)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。 (11) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。 2　医療ＤＸ推進体制整備加算２に関する施設基準 (１) １の(１)から(５)まで及び(９)から(11)までの基準を満たすこと。 (２) 医療ＤＸ推進体制整備加算２を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和６年10月１日から同年12月31日までの間においては10％以上であること。 (３)(２)について、令和７年１月１日以降においては、「10％」とあるのは「20％」とすること。 (４)(２)について、医療ＤＸ推進体制整備加算２を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 3　医療ＤＸ推進体制整備加算３に関する施設基準 (１) １の(１)から(５)まで、(９)及び(10)の基準を満たすこと。 (２) 医療ＤＸ推進体制整備加算３を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和６年10月１日から同年12月31日までの間においては5％以上であること。 (３)(２)について、令和７年１月１日以降においては、「5％」とあるのは「10％」とすること。 (４)(２)について、医療ＤＸ推進体制整備加算３を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 4　届出に関する事項 (１)・(２)（略） (３) 医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準のうち、１の(６)から(８)まで及び(11)、２の(１)のうち１の(11)に係る基準及び２の(２)から(４)まで並びに３の(２)か(４)までについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長への届出を行う必要はないこと。 (４) 令和７年９月30日までの間に限り、１の(９)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。 （次項に続く）	1　医療ＤＸ推進体制整備加算に関する施設基準 (１)～(５)（略） (６) マイナ保険証の利用率が一定割合以上であること。 （新設） （新設） (７)　（略） (８)(７)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。 （新設） （新設） （新設） 2　届出に関する事項 (１)・(２)（略） (３) １の(６)については、令和６年10月１日から適用する。 なお、利用率の割合については別途示す予定である。 (４) 令和７年９月30日までの間に限り、１の(７)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。 （次項に続く）	(7) 別添2

(歯科) 初診料 注15 医療 DX推進体制整備加算 施設基準通知	分冊III P13左	上から 15行目	(前項からの続き) (5) 1の(10)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 (6) 医療DX推進体制整備加算の施設基準のうち、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率の基準については、令和6年10月1日から令和7年1月31日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、医療DX推進体制整備加算を算定する月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証による資格確認件数を同月のオンライン資格確認等システムの利用件数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)を用いることができる。 (7)(6)について、医療DX推進体制整備加算を算定する月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。 (令和6年10月1日から適用)	(前項からの続き) (5) 1の(8)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 (新設) (新設)	(7) 別添2
(歯科) 初診料 注14 医療情報取得加算	分冊III P16 右	上から 26行目	14 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。 (削除) (令和6年12月1日から適用)	14 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。	(6)
(歯科) 初診料 注15 医療 DX推進体制整備加算	分冊III P16 右	下から 19行目	15 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療DX推進体制整備加算1 9点 ロ 医療DX推進体制整備加算2 8点 ハ 医療DX推進体制整備加算3 6点 (令和6年10月1日から適用)	15 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。 (新設) (新設) (新設)	(6)
(歯科) 初診料 注15 医療 DX推進体制整備加算	分冊III P16 右	下から 19行目	15 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療DX推進体制整備加算1 11点 ロ 医療DX推進体制整備加算2 10点 ハ 医療DX推進体制整備加算3 8点 ニ 医療DX推進体制整備加算4 9点 ホ 医療DX推進体制整備加算5 8点 ヘ 医療DX推進体制整備加算6 6点 (令和7年4月1日から適用)	15 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療DX推進体制整備加算1 9点 ロ 医療DX推進体制整備加算2 8点 ハ 医療DX推進体制整備加算3 6点 (新設) (新設) (新設)	(17)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
（歯科）初診料注15 医療DX推進体制整備加算	分冊 III P16 右	下から19行目	15 医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 11点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 10点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ 8点 ニ 医療ＤＸ推進体制整備加算４ 9点 ホ 医療ＤＸ推進体制整備加算５ 8点 ヘ 医療ＤＸ推進体制整備加算６ 6点 （令和７年４月１日から適用）	15 医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 9点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 8点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ 6点 （新設） （新設） （新設）	（17）
（歯科）初診料注14 医療情報取得加算	分冊 III P19 左	上から11行目	(27) 医療情報取得加算 ア 「注14」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合に、医療情報取得加算として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。 （削除） （令和６年12月１日から適用）	(27) 医療情報取得加算 ア 「注14」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合に、医療情報取得加算１として、月１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算２として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。	（7） 別添1
（歯科）初診料注15 医療DX推進体制整備加算	分冊 III P19 右	上から17行目	(28) 医療ＤＸ推進体制整備加算 「注15」に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療ＤＸに対応する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、月１回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 9点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 8点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ 6点 （令和６年10月１日から適用）	(28) 医療ＤＸ推進体制整備加算 「注15」に規定する医療ＤＸ推進整備体制加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療ＤＸに対応する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、月１回に限り６点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） （新設）	（7） 別添1
（歯科）初診料注15 医療DX推進体制整備加算	分冊 III P19 右	上から17行目	(28) 医療ＤＸ推進体制整備加算 「注15」に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算は、（以下略） イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 11点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 10点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ 8点 ニ 医療ＤＸ推進体制整備加算４ 9点 ホ 医療ＤＸ推進体制整備加算５ 8点 ヘ 医療ＤＸ推進体制整備加算６ 6点 （令和７年４月１日から適用）	(28) 医療ＤＸ推進体制整備加算 「注15」に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算は、（以下略） イ 医療ＤＸ推進体制整備加算１ 9点 ロ 医療ＤＸ推進体制整備加算２ 8点 ハ 医療ＤＸ推進体制整備加算３ 6点 （新設） （新設） （新設）	（20） 別添1

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
(歯科) 再診料 注11 医療情報取得加算	分 冊 Ⅲ P20 左	上から 2行目	11 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。 （削除） （令和６年12月１日から適用）	11 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算３として、３月に１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算４として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。	(6)
(歯科) 再診料 注11 医療情報取得加算	分冊Ⅲ P21 右	下から 10行目	ア 「注11」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、再診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合に、医療情報取得加算として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。 （削除） （令和６年12月１日から適用）	ア 「注11」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、再診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合に、医療情報取得加算３として、３月に１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算４として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。	(7) 別添1
(歯科) 第1の2	分冊Ⅲ P22 左	下から 18行目	第１の２　歯科点数表第１ 章基本診療料第２ 部入院料等通則第６ 号ただし書に規定する入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準 １ 第１の１から４まで及び７のいずれにも該当するものであること。	第１の２　歯科点数表第１ 章基本診療料第２ 部入院料等通則第６ 号ただし書に規定する入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準 １ 第１の１から４までのいずれにも該当するものであること。	(2) 別添2
(歯科) 歯科訪問診療料	分冊Ⅲ P46 右	下から 1行目	Ｃ０００ 歯科訪問診療料（１日につき） 注20 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関において健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学的管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし(以下略) イ 在宅医療ＤＸ情報活用加算１　９点 ロ 在宅医療ＤＸ情報活用加算２　８点 （令和7年4月１日から適用）	Ｃ０００ 歯科訪問診療料（１日につき） 注20 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関において健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学的管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り８点を所定点数に加算する。ただし、 （以下略） （新設） （新設）	(17)
(歯科) 歯科訪問診療料	分冊Ⅲ P50 右	上から 17行目	Ｃ０００ 歯科訪問診療料 (51) 「注20」に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算は、（以下略）、計画的な医学管理の下に、訪問して歯科診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 在宅医療ＤＸ情報活用加算１　９点 ロ 在宅医療ＤＸ情報活用加算２　８点 （令和7年4月１日から適用）	Ｃ０００ 歯科訪問診療料 (51) 「注20」に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算は、（以下略）、計画的な医学管理の下に、訪問して歯科診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、所定点数に８点を加算する。 （新設） （新設）	(20) 別添1

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
(歯科) 印象採得 咬合採得 仮床試適	分冊Ⅲ P92 右 P94 左 右	上から 7行目 上から 18行目 上から 9行目 下から 4行目 上から 3行目 下から 13行目	M003印象採得　M006咬合採得　M007仮床試適 注1　・・・歯科技工士連携加算１として、60点を所定点数に加算する。 注2　・・・歯科技工士連携加算２として、80点を所定点数に加算する。 （令和7年4月１日から適用）	M003印象採得 注1　・・・歯科技工士連携加算１として、50点を所定点数に加算する。 注2　・・・歯科技工士連携加算２として、70点を所定点数に加算する。	(15)
(歯科) ＣＡＤ／ＣＡＭ冠	分冊Ⅲ P97 右	上から 14行目	第12 部 歯冠修復及び欠損補綴 Ｍ０１５－２ ＣＡＤ／ＣＡＭ冠 （８）ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ｖ）を使用したＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する場合、歯質に対する接着力を向上させるためにサンドブラスト処理及びプライマー処理を行い接着性レジンセメントを用いて装着すること。	第12 部 歯冠修復及び欠損補綴 Ｍ０１５－２ ＣＡＤ／ＣＡＭ冠 (新設)	(11) 別添1
(歯科) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料	分冊Ⅲ P112 右	下から 22行目	4　３のロについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。	4　３のロについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。	(6)
入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準	分冊Ⅲ P116 左 右 P117 右	上から 12行目 下から 10行目 上から 12行目 上から 2行目	別表 食事療養及び生活療養の費用額算定表 第一 食事療養 1 入院時食事療養(Ⅰ)（１食につき） (1) (2)以外の食事療養を行う場合 690円 (2) 流動食のみを提供する場合 625円 2 入院時食事療養(Ⅱ)（１食につき） (1)(2)以外の食事療養を行う場合 556円 (2) 流動食のみを提供する場合 510円 第二 生活療養 1 入院時生活療養(Ⅰ) (1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（１食につき） イ ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 604円 ロ 流動食のみを提供する場合 550円 (2) （略） 2 入院時生活療養(Ⅱ) (1) 食事の提供たる療養（１食につき） 470円 (2) （略） （令和7年4月１日から適用）	別表 食事療養及び生活療養の費用額算定表 第一 食事療養 1 入院時食事療養(Ⅰ)（１食につき） (1) (2)以外の食事療養を行う場合 670円 (2) 流動食のみを提供する場合 605円 2 入院時食事療養(Ⅱ)（１食につき） (1)(2)以外の食事療養を行う場合 536円 (2) 流動食のみを提供する場合 490円 第二 生活療養 1 入院時生活療養(Ⅰ) (1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（１食につき） イ ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 584円 ロ 流動食のみを提供する場合 530円 (2) （略） 2 入院時生活療養(Ⅱ) (1) 食事の提供たる療養（１食につき） 450円 (2)（略）	(16)

該当の項・箇所			改正後	改正前	通知
保険医療機関及び保険医療養担当規則	分冊Ⅲ P128 左	上から 27 行目	（受領資格の確認） 第三条 一（略） 二 患者の提出し、又は提示する資格確認書 三 （略） 四 その他厚生労働大臣が定める方法	（受領資格の確認） 第三条 一（略） 二 患者の提出する被保険者証 三 （略） （新設）	(13)
保険医療機関及び保険医療養担当規則	分冊Ⅲ P128 右	上から 11 行目	（資格確認書の返還） 第四条 保険医療機関は、患者の提出する資格確認書（書面に限る。以下この条において同じ。）により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から資格確認書の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。	（被保険者証の返還） 第四条 保険医療機関は、患者の提出する被保険者証により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。	(13)
保険医療機関及び保険医療養担当規則	分冊Ⅲ P129 左	上から 5 行目	（一部負担金等の受領） 第五条（略） 2 （略） 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の五第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする	（一部負担金等の受領） 第五条（略） 2 （略） 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする	(24) 別添 2
保険医療機関及び保険医療養担当規則	分冊Ⅲ P129 左	上から 5 行目	（一部負担金等の受領） 第五条（略） 2 （略） 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする	（一部負担金等の受領） 第五条（略） 2 （略） 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。	(1)

<table>
<tr><th colspan="2">該当の項・箇所</th><th>改正後</th><th>改正前</th><th>通知</th></tr>
<tr><td>保険医療機関及び保険医療養担当規則様式</td><td>分冊Ⅲ
P134
下</td><td></td><td>様式第一号（一）の１　（第二十二条関係）
診　療　録
<table><tr><td rowspan="2">被保険者資格に係る情報</td><td>記号・番号</td><td>・　（枝番）</td></tr><tr><td>有効期限</td><td>令和　年　月　日</td></tr></table></td><td>様式第一号（一）の１　（第二十二条関係）
診　療　録
<table><tr><td rowspan="2">被保険者証被保険者手帳</td><td>記号・番号</td><td>・　（枝番）</td></tr><tr><td>有効期限</td><td>令和　年　月　日</td></tr></table></td><td>(13)</td></tr>
<tr><td>保険医療機関及び保険医療養担当規則様式</td><td>分冊Ⅲ
P136
上
P137
下</td><td></td><td>様式第二号（第二十三条関係）
様式第二号の二（第二十三条関係）
処　方　箋
<table><tr><td>被保険者資格に係る記号・番号</td><td>・　（枝番）</td></tr></table></td><td>様式第二号（第二十三条関係）
様式第二号の二（第二十三条関係）
<table><tr><td>被保険者証・被保険者手帳の記号・番号</td><td>・　（枝番）</td></tr></table></td><td>(13)</td></tr>
<tr><td>保険医療機関及び保険医療養担当規則</td><td>分冊Ⅲ
P171
右</td><td>上から
2行目</td><td>【掲示事項告示】
第十厚生労働大臣が定める注射薬等
一　療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬
インスリン製剤、・・・・・・ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、ベドリズマブ製剤、ミリキズマブ製剤、乾燥濃縮人プロテインC製剤、メコバラミン製剤、ベンラリズマブ製剤、マルスタシマブ製剤、ロザノリキシズマブ製剤及びレブリキズマブ製剤</td><td>【掲示事項告示】
第十厚生労働大臣が定める注射薬等
一　療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬
インスリン製剤、・・・・・・ドパミン塩酸塩製剤及びノルアドレナリン製剤</td><td>(25)</td></tr>
<tr><td>保険医療機関及び保険医療養担当規則</td><td>分冊Ⅲ
P171
右</td><td>上から
2行目</td><td>【掲示事項告示】
第十厚生労働大臣が定める注射薬等
一　療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬
インスリン製剤、・・・・・・ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、ベドリズマブ製剤、ミリキズマブ製剤、乾燥濃縮人プロテインC製剤、メコバラミン製剤、ベンラリズマブ製剤、マルスタシマブ製剤、ロザノリキシズマブ製剤、レブリキズマブ製剤及びクロバリマブ製剤</td><td>【掲示事項告示】
第十厚生労働大臣が定める注射薬等
一　療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬
インスリン製剤、・・・・・・ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、ベドリズマブ製剤、ミリキズマブ製剤、乾燥濃縮人プロテインC製剤、メコバラミン製剤、ベンラリズマブ製剤、マルスタシマブ製剤、ロザノリキシズマブ製剤及びレブリキズマブ製剤</td><td>※(27)</td></tr>
</table>

〈参考〉令和６年度診療報酬改定について（厚生労働省ホームページ）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html