

診療報酬算定のための  
**施設基準等の事務手引**

令和 6 年 6 月版

基本診療料の施設基準等と診療報酬

特掲診療料の施設基準等と診療報酬

基本診療料の施設基準等と診療報酬	11
基本診療料等の施設基準等（通則事項）	
【施設基準・第一／第二】	13
初・再診料【施設基準・第三】	
初・再診料の施設基準等	31
1 A000・注1／A001・注1／A002・注1 情報通信機器を用いた診療	39
2 A000・注4／A001・注2／A002・注4 特定妥結率初診料等	40
3 A000・注9／A001・注7 夜間・早朝等加算	41
4 A000・注10 機能強化加算	42
5 A000・注11～注14／A001・注15～注18 外来感染対策向上加算 連携強化加算 サーベイランス強化加算 抗菌薬適正使用体制加算	44
6 A000・注15／A001・注19／A002・注10 医療情報取得加算	50
7 A000・注16 医療DX推進体制整備加算	52
8 A001・注10 時間外対応加算	55
9 A001・注11 明細書発行体制等加算	57
10 A001・注12 地域包括診療加算	59
11 A001・注13 認知症地域包括診療加算	63
12 A001・注20／A002・注11 看護師等遠隔診療補助加算	63
付 初・再診料に定める患者等	69
入院料等の通則	
【施設基準・第三の二／第四／第四の二】	
1 入院料等の通則と施設基準等	71
2 入院・通則7/8/9 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、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化の基準	73
3 入院・通則6 定数超過入院等の入院基本料	84
入院基本料の施設基準等	
病院の入院基本料【施設基準・第五】	
1 病院の入院基本料の施設基準等（通則事項）	88
2 A100 一般病棟入院基本料	140
3 A101 療養病棟入院基本料	147
4 A102 結核病棟入院基本料	170
5 A103 精神病棟入院基本料	174
6 A104 特定機能病院入院基本料	179
7 A105 専門病院入院基本料	186
8 A106 障害者施設等入院基本料	191
診療所の入院基本料【施設基準・第六】	
1 診療所の入院基本料の施設基準等（通則事項）	201
2 A108 有床診療所入院基本料	203
3 A109 有床診療所療養病床入院基本料	209
入院基本料等加算【施設基準・第八】	
1 入院基本料等加算の施設基準等	218
2 A200 総合入院体制加算	225
3 A200-2 急性期充実体制加算	236
4 A204-2 臨床研修病院入院診療加算	248
5 A205 救急医療管理加算	251
6 A205-2 超急性期脳卒中加算	254
7 A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算	257
8 A207 診療録管理体制加算	258
9 A207-2 医師事務作業補助体制加算	264
10 A207-3 急性期看護補助体制加算／A207-4 看護職員夜間配置加算／A214 看護補助加算	271
11 A211 特殊疾患入院施設管理加算	293
12 A213 看護配置加算	295
13 A219 療養環境加算	296
14 A221 重症者等療養環境特別加算	296
15 A222 療養病棟療養環境加算	298
16 A222-2 療養病棟療養環境改善加算	299
17 A223 診療所療養病床療養環境加算	301
18 A223-2 診療所療養病床療養環境改善加算	302
19 A224 無菌治療室管理加算	305
20 A225 放射線治療病室管理加算	306
21 A226 重症皮膚潰瘍管理加算	308
22 A226-2 緩和ケア診療加算	309
23 A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算	314
24 A226-4 小児緩和ケア診療加算	317
25 A228 精神科応急入院施設管理加算	321
26 A230 精神病棟入院時医学管理加算	322
27 A230-2 精神科地域移行実施加算	322
28 A230-3 精神科身体合併症管理加算	324
29 A230-4 精神科リエゾンチーム加算	326
30 A231-2 強度行動障害入院医療管理加算	329
31 A231-3 依存症入院医療管理加算	331
32 A231-4 摂食障害入院医療管理加算	332
33 A232 がん拠点病院加算	334
34 A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	336
35 A233-2 栄養サポートチーム加算	343
36 A234 医療安全対策加算	347
37 A234-2 感染対策向上加算	351
38 A234-3 患者サポート体制充実加算	368
39 A234-4 重症患者初期支援充実加算	369
40 A234-5 報告書管理体制加算	371
41 A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	373
42 A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	376
43 A237 ハイリスク分娩等管理加算	378
44 A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算／A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	382
45 A242 呼吸ケアチーム加算	384
46 A242-2 術後疼痛管理チーム加算	387
47 A243 後発医薬品使用体制加算	390
48 A243-2 バイオ後続品使用体制加算	393
49 A244 病棟薬剤業務実施加算	396
50 A245 データ提出加算	403
51 A246 入退院支援加算	411
52 A246-2 精神科入退院支援加算	421
53 A246-3 医療的ケア児（者）入院前支援加算	426
54 A247 認知症ケア加算	429
55 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算	434
56 A248 精神疾患診療体制加算	436
57 A249 精神科急性期医師配置加算	438
58 A251 排尿自立支援加算	442
59 A252 地域医療体制確保加算	444
60 A253 協力対象施設入所者入院加算	450

付 入院基本料等加算に規定する疾患等	454	22 A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	650
<b>特定入院料【施設基準・第九】</b>		23 A312 精神療養病棟入院料	655
1 特定入院料の施設基準（通則事項）	462	24 A314 認知症治療病棟入院料	661
2 A300 救命救急入院料	465	25 A315 精神科地域包括ケア病棟入院料	665
3 A301 特定集中治療室管理料	476	26 A317 特定一般病棟入院料	672
4 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	496	27 A318 地域移行機能強化病棟入院料	680
5 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	508	28 A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	687
6 A301-4 小児特定集中治療室管理料	512	<b>短期滞在手術等基本料【施設基準・第十】</b>	
7 A302 新生児特定集中治療室管理料	523	A400 短期滞在手術等基本料	692
8 A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	527	<b>歯科の施設基準等</b>	
9 A303 総合周産期特定集中治療室管理料	531	歯科の初・再診料の施設基準等	699
10 A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	535	1 歯科A000・注1 / 歯科A002・注1 歯科外来診療の院内感染防止対策	702
11 A304 地域包括医療病棟入院料	540	2 歯科A000・2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	703
12 A305 一類感染症患者入院医療管理料	556	3 歯科A000・注9 / 歯科A002・注8 歯科外来診療医療安全対策加算	705
13 A306 特殊疾患入院医療管理料	557	4 歯科A000・注10 / 歯科A002・注9 歯科外来診療感染対策加算	709
14 A307 小児入院医療管理料	561	5 歯科A000・注11 歯科診療特別対応連携加算	713
15 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	572	6 歯科A000・注16 / 歯科A001・注12 歯科・情報通信機器を用いた診療	714
16 A308-3 地域包括ケア病棟入院料	598	歯科A250 地域歯科診療支援病院入院加算	715
17 A309 特殊疾患病棟入院料	619		
18 A310 緩和ケア病棟入院料	623		
19 A311 精神科救急急性期医療入院料	629		
20 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料	640		
21 A311-3 精神科救急・合併症入院料	644		
<b>特掲診療料の施設基準等と診療報酬</b>	<b>721</b>		
<b>特掲診療料の施設基準等（通則事項）</b>		18 B001・34 二次性骨折予防継続管理料	824
<b>【施設基準・第一／第二】</b>	<b>723</b>	19 B001・35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	826
1 外来感染対策向上加算 連携強化加算 サーベイランス強化加算 抗菌薬適正使用体制加算	779	20 B001・36 下肢創傷処置管理料	827
2 情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）	781	21 B001・37 慢性腎臓病透析予防指導管理料	828
		22 B001-2・注4 小児抗菌薬適正使用支援加算	829
		23 B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料	830
		24 B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	832
		25 B001-2-5 院内トリアージ実施料	833
		26 B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	834
		27 B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	836
		28 B001-2-8 外来放射線照射診療料	838
		29 B001-2-9 地域包括診療料	840
		30 B001-2-10 認知症地域包括診療料	844
		31 B001-2-11 小児かかりつけ診療料	845
		32 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料	848
		33 B001-3 / B001-3-3 生活習慣病管理料	854
		34 B001-3-2 ニコチン依存症管理料	857
		35 B001-9 療養・就労両立支援指導料	859
		36 B002 / B003 開放型病院共同指導料	861
		37 B005-4 / B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料	863
		38 B005-6 がん治療連携計画策定料 / B005-6-2 がん治療連携指導料	866
		39 B005-6-3 がん治療連携管理料	868
		40 B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	869
		41 B005-7 認知症専門診断管理料	870
		42 B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	872
		43 B005-9 外来排尿自立指導料	873
		44 B005-10 / B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料	874
<b>医学管理等【施設基準・第三】</b>			
1 B001・1・注2 ウイルス疾患指導料の注2	792		
2 B001・9 外来栄養食事指導料	793		
3 B001・12 心臓ペースメーカー指導管理料			
(1) B001・12・注4 植込型除細動器移行期加算	796		
(2) B001・12・注5 遠隔モニタリング加算	797		
4 B001・14 高度難聴指導管理料	798		
5 B001・15・注3 腎代替療法実績加算	799		
6 B001・16・注2 重度喘息患者治療管理加算	800		
7 B001・20 糖尿病合併症管理料	801		
8 B001・22 がん性疼痛緩和指導管理料	802		
9 B001・23 がん患者指導管理料	804		
10 B001・24 外来緩和ケア管理料	808		
11 B001・25 移植後患者指導管理料	812		
12 B001・27 糖尿病透析予防指導管理料	814		
13 B001・28 小児運動器疾患指導管理料	816		
14 B001・29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料	817		
15 B001・30 婦人科特定疾患治療管理料	818		
16 B001・31 腎代替療法指導管理料	819		
17 B001・32 一般不妊治療管理料 / B001・33 生殖補助医療管理料	821		

45	B005-12/B005-13 こころの連携指導料	876	8	D006-26 染色体構造変異解析	1027
46	B005-14 プログラム医療機器等指導管理料	878	9	D006-28 Y染色体微小欠失検査	1028
47	B008 薬剤管理指導料	879	10	D010・8 先天性代謝異常症検査	1028
48-(1)	B009・注16 地域連携診療計画加算	881	11	D012・53 デングウイルス抗原定性、抗原・抗体同時測定定性	1029
48-(2)	B009・注18 検査・画像情報提供加算/ B009-2 電子的診療情報評価料	882	12	D012-66 抗アデノ随伴ウイルス9型 (AAV9) 抗体	1030
49	B011 連携強化診療情報提供料	886	13	D014・48/49 抗HLA抗体 (スクリーニング検査) (抗体特異性同定検査)	1031
50	B011-4 医療機器安全管理料	889	14	D023・10/11 HPV核酸検出 HPV核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)	1032
51	B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料	891	15	D023・22 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)	1033
52	B015 精神科退院時共同指導料	892	16	D023・24 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出/ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (髄液)	1034
付	医学管理等に規定する疾患等	912	17	D023-2・5 クロストリジジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出	1035
<b>在宅医療【施設基準・第四】</b>					
1	在宅療養支援診療所	917	18	検体検査判断料	
2	在宅療養支援病院	939	(1)	D026・注4 検体検査管理加算	1036
3	在宅療養後方支援病院	947	(2)	D026・注5 国際標準検査管理加算	1037
4	C002 在宅時医学総合管理料/C002-2 施設入居時等医学総合管理料	949	(3)	D026・注6 遺伝カウンセリング加算	1038
(1)	C002・注13 / C002-2・注7 / C003・注7 在宅データ提出加算	963	(4)	D026・注7 遺伝性腫瘍カウンセリング加算	1039
(2)	C002・注15 在宅医療情報連携加算	965	19	D206・注6 血管内視鏡検査加算/D235-2 長期継続頭蓋内脳波検査	1040
5	C003 在宅がん医療総合診療料	966	20	D210-3 植込型心電図検査	1042
6	C004・注4 重症患者搬送加算	968	21	D211-3 時間内歩行試験 / D211-4 シャトルウォーキングテスト	1042
7	C004-2 救急患者連携搬送料	970	22	D215・3・ニ 胎児心エコー法	1043
8	C005 在宅患者訪問看護・指導料/ C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料	972	23	D225-4 ヘッドアップティルト試験	1044
(1)	C005・注2 在宅患者訪問看護・指導料の注2 / C005-1-2・注2 同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	983	24	D231 人工臓臓検査	1045
(2)	C005・注15 / C005-1-2・注6 訪問看護・指導体制充実加算	984	25	D231-2 皮下連続式グルコース測定	1046
(3)	C005・注16 / C005-1-2・注6 専門管理加算	985	26	D235-3・1 長期脳波ビデオ同時記録検査1	1047
(4)	C005・注17・18 訪問看護医療DX情報活用加算 / C005-1-2・注6 遠隔死亡診断補助加算	987	27	D236-2 光トポグラフィー	1048
9	C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	988	28	D236-3 脳磁図	1049
10	C102-2 在宅血液透析指導管理料	990	29	D237・3・イ 終夜睡眠ポリグラフィー (安全精度管理下で行うもの)	1050
11	C103・注2 / C107-2・注2 遠隔モニタリング加算	991	30	D238 脳波検査判断料	
12	C110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料	994	(1)	D238・1 脳波検査判断料1	1051
13	C116 在宅植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 指導管理料	995	(2)	D238・注3 遠隔脳波診断	1051
14	C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	996	31	D239 筋電図検査	
15	C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	996	(1)	D239・3 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	1052
16	C152-2 持続血糖測定器加算	997	(2)	D239・4 単線維筋電図	1053
17	C173 横隔神経電気刺激装置加算	999	32	D239-3 神経学的検査	1053
付	在宅医療に規定する患者等	1011	33	D244-2 補聴器適合検査	1054
<b>検査【施設基準・第五】</b>					
1	D006-2 造血管腫瘍遺伝子検査	1020	34	D258-3 黄斑局所網膜電図 全視野精密網膜電図	1055
2	D006-4 遺伝学的検査	1020	35	D270-2 ロービジョン検査判断料	1056
3	D006-5・注2 産産検体を用いた絨毛染色体検査	1022	36	D282-3 コンタクトレンズ検査料	1056
4	D006-13 骨髄微小残存病変量測定	1023	37	D291-2 小児食物アレルギー負荷検査	1059
5	D006-18 BRCA1 / 2遺伝子検査/ D006-23 遺伝子相同組換え修復欠損検査	1024	38	D291-3 内服・点滴誘発試験	1059
6	D006-19 がんゲノムプロファイリング検査	1025	39	D409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)	1060
7	D006-20 角膜ジストロフィー遺伝子検査	1027	40	D412-3 経頸静脈の肝生検	1061
			41	D413-1 MRI撮影及び超音波検査融合画像による前立腺針生検法	1061
			42	D415・注2 CT透視下気管支鏡検査加算	1062
			43	D415-5 経気管支凍結生検法	1063
			付	検体検査実施料に規定する検査	1077

## 画像診断【施設基準・第六】

1	E通則4/5 画像診断管理加算/E通則6/7 遠隔画像診断	1079
2	ポジトロン断層撮影 等 〈E101-2 ポジトロン断層撮影/E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影/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/E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影〉	1085
3	CT撮影・MRI撮影 〈E200 コンピューター断層撮影 (CT撮影)/E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影/E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)〉	1089

## 投薬【施設基準・第七】

F100 処方料/F200 薬剤/F400 処方箋料	1101
1 F100・注6/F400・注5 抗悪性腫瘍剤処方管理加算	1105
2 F100・注8 外来後発医薬品使用体制加算	1106
3 F400・注6 一般名処方加算	1108

## 注射【施設基準・第八】

1 G通則6 外来化学療法加算	1110
2 G020 無菌製剤処理料	1114
付 G005-2・注3 静脈切開法加算に規定する患者	1116

## リハビリテーション【施設基準・第九】

1 疾患別リハビリテーション 〈取扱い通知 H000 心大血管疾患リハビリテーション料……1125/H001 脳血管疾患等リハビリテーション料……1129/H001-2 廃用症候群リハビリテーション料……1136/H002 運動器リハビリテーション料……1140/H003 呼吸器リハビリテーション料……1145〉	1117
2 H003-2 リハビリテーション総合計画評価料	1148
3 H004・注3 摂食嚥下機能回復体制加算	1151
4 H006 難病患者リハビリテーション料	1154
5 H007 障害児(者)リハビリテーション料	1156
6 H007-2 がん患者リハビリテーション料	1159
7 H007-3 認知症患者リハビリテーション料	1162
8 H007-4 リンパ浮腫複合の治療料	1164
9 H008 集団コミュニケーション療法料	1166

## 精神科専門療法【施設基準・第十】

1 I000-2 経頭蓋磁気刺激療法	1174
2 I002 通院・在宅精神療法	1175
3 I002-3 救急患者精神科継続支援料	1185
4 I003-2 認知療法・認知行動療法	1187
5 I006-2 依存症集団療法	1188
6 I007 精神科作業療法/I008-2 精神科ショート・ケア/I009 精神科デイ・ケア/I010 精神科ナイト・ケア/I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア/I015 重度認知症患者デイ・ケア料	1190
7 I013・2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	1200

8 I014 医療保護入院等診療料	1201
9 I016 精神科在宅患者支援管理料	1202
10 I002-2 精神科継続外来支援・指導料	1206
11 I012 精神科訪問看護・指導料	1206

## 処置【施設基準・第十一】

1 J通則8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算	1218
2 J001-10 静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)	1219
3 J003-4 多血小板血漿処置	1220
4 J007-2 硬膜外自家血注入	1220
5 J017 エタノールの局所注入	1221
6 J038 人工腎臓	1222
7 J039 血漿交換療法 (1) J039・注2 LDLアフェレシス療法	1228
(2) J039・注3 移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	1229
8 J043-3・注4 ストーマ合併症加算 (ストーマ処置)	1229
9 J043-6 人工臓器療法	1230
10 J045・注5 腹臥位療法加算 (人工呼吸)の対象患者	1231
11 J045-2・1 一酸化窒素吸入療法 (新生児の低酸素性呼吸不全)	1232
12 J047-3 心不全に対する遠赤外線温熱療法	1233
13 J070-4 磁気による膀胱等刺激法	1234
14 J118-4 歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの)	1235
15 J通則5/K通則12 休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	1242

## 手術【施設基準・第十二】

1 K通則4 手術の通則4	1249
(1) 皮膚・皮下組織 (1)-1 K007・注 皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	1254
(1)-2 K014-2 皮膚移植術 (死体)	1255
(1)-3 K019-2 自家脂肪注入	1255
(1)-4 K022・1 組織拡張器による再建手術 (乳房再建手術)の場合/K476-4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術 (乳房切除後)	1256
(2) 筋骨格系・四肢・体幹 (2)-1 K031・注/K053・注 処理骨再建加算	1257
(2)-2 K046・注 緊急整復固定加算/K081・注 緊急挿入加算	1258
(2)-3 K053-2 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	1259
(2)-4 K059・3・イ 同種骨移植 (非生体) (特殊なもの)/K059・4 自家培養軟骨移植術	1260
(2)-5 K082-7 人工股関節置換術 (手術支援装置を用いるもの)	1261
(2)-6 K133-2 後縦靭帯骨化症手術 (前方進入によるもの)	1261
(2)-7 K134-4 椎間板内酵素注入療法	1262
(2)-8 K136-2 腫瘍脊椎骨全摘術	1263
(3) 神経系・頭蓋 (3)-1 K147-3 緊急穿頭血腫除去術	1263
(3)-2 K169・注1 脳腫瘍覚醒下マッピング加算/K169・注2 原発性悪性脳腫瘍光線	

力学療法加算	1264	(7)-3 K476-5 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	1284
(3)-3 K169-2 内視鏡下脳腫瘍生検術／ K169-3 内視鏡下脳腫瘍摘出術	1265	(7)-4 K508-4 気管支バルブ留置術	1285
(3)-4 K178-4・注 脳血栓回収療法連携加算	1265	(7)-5 K514-7 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍 ラジオ波焼灼療法	1286
(3)-5 K180・3 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴 うもの）	1266	(7)-6 K514・10 肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側 胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴 うもの））	1286
(3)-6 K181/K181-2 脳刺激装置植込術・交換 術／K190/K190-2 脊髄刺激装置植込術・ 交換術	1267	(7)-7 K514-2・4 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気 管支形成を伴う肺切除）	1287
(3)-7 K181-6・2・口 頭蓋内電極植込術（脳 深部電極（7本以上））	1267	(7)-8 K514-6 生体部分肺移植術	1288
(3)-8 K188-3 癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄 くも膜剥離操作を行うもの）	1268	(7)-9 K530-3 内視鏡下筋層切開術	1288
(3)-9 K190-6/K190-7 仙骨神経刺激装置植込 術・交換術	1269	(8) 同種移植術	
(3)-10 K190-8 舌下神経電気刺激装置植込術	1269	〈K514-4 同種死体肺移植術／K605-2 同 種心移植術／K605-4 同種心肺移植術／ K697-7 同種死体肝移植術／K709-3 同種 死体膵移植術／K709-5 同種死体膵腎移植 術／K716-6 同種死体小腸移植術／K709- 6 同種死体膵島移植術／K780 同種死体腎 移植術〉	1289
(4) 眼		(9) 内視鏡による縫合術・閉鎖術	
(4)-1 K225-4 角結膜悪性腫瘍切除術	1270	〈K520・4 食道縫合術（穿孔、損傷）／ K647-3 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉 鎖術／K665・2 胃瘻閉鎖術／K730・3 小 腸瘻閉鎖術／K731・3 結腸瘻閉鎖術／ K777・1 腎（腎盂）腸瘻閉鎖術／K792・1 尿 管腸瘻閉鎖術／K808・1 膀胱腸瘻閉鎖術／ K858・1 腔腸瘻閉鎖術〉	1291
(4)-2 K254・1 治療の角膜切除術（エキシマ レーザーによるもの）	1270	(10) 心・脈管	
(4)-3 K259・注2 内皮移植加算	1271	(10)-1 K546 経皮的冠動脈形成術／K549 経皮 的冠動脈ステント留置術	1292
(4)-4 K260-2 羊膜移植術	1271	(10)-2 K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテー テルによるもの）	1293
(4)-5 K268・2・イ/5/6/7 緑内障手術	1272	(10)-3 K554-2/K555-3 胸腔鏡下弁形成術・弁 置換術	1294
(4)-6 K271・1 毛様体光凝固術（眼内内視鏡 を用いるもの）	1273	(10)-4 K555-2 経カテーテル弁置換術	1295
(4)-7 K280-2 網膜附着組織を含む硝子体切除 術（眼内内視鏡を用いるもの）	1274	(10)-5 K559-3 経皮的僧帽弁クリップ術	1297
(4)-8 K281-2 網膜再建術	1275	(10)-6 K562-2 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	1298
(5) 耳鼻咽喉		(10)-7 K574-4 胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	1298
(5)-1 K320-2 人工中耳植込術／K328 人工内 耳植込術／K305-2 植込型骨導補聴器（直 接振動型）植込術／K328-2/K328-3 植込 型骨導補聴器移植術・交換術	1276	(10)-8 K594・4 左心耳閉鎖術	1299
(5)-2 K308-3 耳管用補綴材挿入術	1276	(10)-9 K595・注2 磁気ナビゲーション加算	1300
(5)-3 K319-2 経外耳道の内視鏡下鼓室形成術	1277	(10)-10 K595-2 経皮的中隔心筋焼灼術	1301
(5)-4 K340-7 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡 大副鼻腔手術）／K343-2 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）	1277	(10)-11 K597/K597-2 ペースメーカー移植術・ 交換術	1302
(5)-5 K388-3 内喉頭筋内注入術（ボツリヌス 毒素によるもの）	1278	(10)-12 K597-3/K597-4 植込型心電図記録計 移植術・摘出術	1303
(5)-6 K400・3 喉頭形成手術（甲状軟骨固定 器具を用いたもの）	1279	(10)-13 K598/K598-2 両心室ペースメーカー 移植術・交換術	1303
(6) 顔面・口腔・頸部		(10)-14 K599/K599-2 植込型除細動器移植術・ 交換術／K599-5 経静脈電極除去術	1305
(6)-1 K443・3/K444・4 上顎骨・下顎骨形成 術（骨移動を伴う場合）	1279	(10)-15 K599-3/K599-4 両室ペーシング機能 付き植込型除細動器移植術・交換術	1306
(6)-2 K445-2 顎関節人工関節全置換術	1280	(10)-16 K600 大動脈バルーンパンピング法 （IABP法）	1307
(6)-3 内視鏡下甲状腺手術 〈K461-2 内視鏡下甲状腺部分切除、腺 腫摘出術／K462-2 内視鏡下パセドウ甲 状腺全摘（亜全摘）術（両葉）／K463-2 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術／K464-2 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形 成手術〉	1280	(10)-17 K602-2 経皮的循環補助法（ポンプカ テーテルを用いたもの）	1308
(6)-4 K470-2 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	1281	(10)-18 K603 補助人工心臓	1309
(7) 胸部		(10)-19 K603-2 小児補助人工心臓	1309
(7)-1 K474-3・2 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引 術（MRIによるもの）	1282	(10)-20 K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動 流型）	1310
(7)-2 K476・注1/注2 乳癌センチネルリンパ節 生検加算／K476・8/9 乳輪温存乳房切 除術	1283	(10)-21 K605-5 骨格筋由来細胞シート心表面 移植術	1311

(10)-22 K615-2 経皮の大動脈遮断術／K636-2 ダメージコントロール手術……………	1311	腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）……………	1332
(10)-23 K616-6 経皮の下肢動脈形成術……………	1312	(13)-4 K773-7 腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法…	1333
(10)-24 K617-5 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術……………	1313	(13)-5 K780-2 生体腎移植術……………	1333
(10)-25 K627-2・1/2/4 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜、傍大動脈、側方）…	1313	(13)-6 K800-3 膀胱水圧拡張術／K800-4 ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）……………	1334
(11) 腹腔鏡下小切開手術		(13)-7 K803-2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術／K803-3 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術……………	1334
〈K627-3 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術／K627-4 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術／K642-3 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術／K643-2 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術／K754-3 腹腔鏡下小切開副腎摘出術／K769-3 腹腔鏡下小切開腎部分切除術／K772-3 腹腔鏡下小切開腎摘出術／K773-3 腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術／K785-2 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術／K802-4 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術／K843-3 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術〉……………	1314	(13)-8 K809-4 腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）……………	1336
(12) 腹部		(13)-9 K823-5 人工尿道括約筋植込・置換術…	1336
(12)-1 K645-3 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法……………	1316	(13)-10 K823-7 膀胱頸部形成術／K828-3 埋没陰茎手術／K835・1 陰嚢水腫手術…	1337
(12)-2 K653-6 内視鏡的逆流防止粘膜切除術…	1317	(13)-11 不妊治療関連手術等	
(12)-3 K654-4 腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）……………	1317	〈K838-2 精巣内精子採取術／K884-2 人工授精／K884-3 胚移植術／K890-4 採卵術／K917 体外受精・顕微授精管理料／K917-2 受精卵・胚培養管理料／K917-3 胚凍結保存管理料／K917-4 採取精子調整管理料／K917-5 精子凍結保存管理料〉……………	1337
(12)-4 内視鏡手術用支援機器を用いる腹腔鏡下胃切除術等		(13)-12 K830-3 精巣温存手術……………	1340
〈K655-2 腹腔鏡下胃切除術／K655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術／K657-2 腹腔鏡下胃全摘術〉……………	1318	(13)-13 K841-4 焦点式高エネルギー超音波療法……………	1340
(12)-5 K656-2 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）……………	1320	(13)-14 K843-2 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術…	1341
(12)-6 K668-2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術……………	1321	(13)-15 K843-4 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）…	1341
(12)-7 K675-2 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）……………	1322	(13)-16 K850 女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合）……………	1342
(12)-8 K677・1 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの）……………	1322	(13)-17 K865-2 腹腔鏡下仙骨腔固定術……………	1343
(12)-9 体外衝撃波破砕術		(13)-18 K879-2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術…	1344
〈K678 体外衝撃波胆石破砕術／K699-2 体外衝撃波膵石破砕術／K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術〉……………	1323	(13)-19 K882-2 腹腔鏡下子宮癒痕部修復術…	1345
(12)-10 K684-2 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術……………	1324	(13)-20 K910-2 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術……………	1346
(12)-11 K697-4・1 移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）……………	1325	(13)-21 K910-3 胎児胸腔・羊水腔シャント術…	1347
(12)-12 K697-5 生体部分肝移植術……………	1325	(13)-22 K910-4 無心体双胎焼灼術……………	1347
(12)-13 K700-3 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術／K702-2 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術…	1326	(13)-23 K910-5 胎児輸血術／K910-6 臍帯穿刺……………	1348
(12)-14 K700-4 腹腔鏡下膵中央切除術／K703-2 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術…	1327	(13)-24 K916 体外式膜型人工肺管理料……………	1348
(12)-15 K716-4 生体部分小腸移植術……………	1329	(14) 性同一性障害の患者に行う手術……………	1349
(12)-16 K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術……………	1329	2 K通則5/6 手術の通則5・6……………	1350
(12)-17 K721-5 内視鏡的小腸ポリープ切除術…	1330	(1) K821-4 尿道狭窄グラフト再建術……………	1361
(13) 尿路系・副腎／性器		3 K通則16 施設基準不適合減算手術／K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算……………	1362
(13)-1 K755-3 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法…	1330	4 K通則18 内視鏡手術用支援機器を用いる手術……………	1365
(13)-2 K773-4 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）……………	1331	(1) K513・3/4 胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるもの）…	1378
(13)-3 K773-5/K773-6 腹腔鏡下腎・尿管悪性		(2) K860-3 腹腔鏡下腔断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）……………	1379
		5 K通則19 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る手術……………	1380
		6 K通則20 周術期栄養管理実施加算……………	1381
		7 K通則21 再製造単回使用医療機器使用加算…	1383
		8 K920-2 輸血管理料……………	1384
		9 K922・注9 コーディネート体制充実加算…	1386
		10 K924 自己生体組織接着剤作成術／K924-2 自己クリオプレシビテート作製術（用手法）／K924-3 同種クリオプレシビテート作製術…	1387

11	K939-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	1388	病院	1501
12	K939-6 凍結保存同種組織加算	1389	2 歯科C000 歯科訪問診療料	1507
13	K939-7 レーザー機器加算	1390	(1) 歯科C000・注10 地域医療連携体制加算	1513
付	手術に定める薬剤・手術	1438	(2) 歯科C000・注14 在宅歯科医療推進加算	1513
			(3) 歯科C000・注15 歯科訪問診療料の注15	1514
			(4) 歯科C000・注20 在宅医療DX情報活用加算	1514
<b>麻酔【施設基準・第十二の二】</b>				
1	L009/L010 麻酔管理料	1439	3 歯科C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料	1516
2	L009・注5 / L010・注2 周術期薬剤管理加算	1442		
付	麻酔に定める患者	1443		
<b>放射線治療【施設基準・第十三】</b>				
1	M000 放射線治療管理料		<b>歯科・検査【施設基準・第五】</b>	
(1)	M000・注2/注3 放射線治療専任加算/外来放射線治療加算	1446	1 歯科D002-6 口腔細菌定量検査	1517
(2)	M000・注4 遠隔放射線治療計画加算	1447	2 歯科D011 有床義歯咀嚼機能検査/歯科D011-2 咀嚼能力検査/歯科D011-3 咬合圧検査	1518
2	M001 体外照射	1450	3 歯科D013 精密触覚機能検査	1521
(1)	M001・2 高エネルギー放射線治療	1452	4 歯科D014 睡眠時歯科筋電図検査	1521
(2)	M001・2・注2/3・注2 一回線量増加加算	1452		
(3)	M001・3 強度変調放射線治療 (IMRT)	1454	<b>歯科・画像診断【施設基準・第六】</b>	
(4)	M001・注4 画像誘導放射線治療加算	1455	歯科E通則6/7 歯科画像診断管理加算/歯科E通則8/9 遠隔画像診断 (歯科)	1523
(5)	M001・注5/M001-3・注2 体外照射呼吸性移動対策加算	1457		
3	M001-3・1 定位放射線治療	1458	<b>歯科・投薬【施設基準・第七】</b>	
4	M001-4 粒子線治療		付 特定疾患処方管理加算に規定する疾患	1526
(1)	M001-4 粒子線治療	1460		
(2)	M001-4・注2 粒子線治療適応判定加算	1463	<b>歯科・リハビリテーション【施設基準・第九】</b>	
(3)	M001-4・注3 粒子線治療医学管理加算	1463	歯科H001-3 歯科口腔リハビリテーション料2	1527
5	M001-5 ホウ素中性子捕捉療法			
(1)	M001-5 ホウ素中性子捕捉療法	1466	<b>歯科・処置【施設基準・第十一】</b>	
(2)	M001-5・注2 ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	1467	1 歯科H008-2・注3/歯科I021・注 手術用顕微鏡加算	1528
(3)	M001-5・注3 ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	1468	2 歯科I029-3 口腔粘膜処置	1529
6	M004・注8 画像誘導密封小線源治療加算	1470	付 特定薬剤	1530
参考	放射線治療を担当する常勤医師等の配置	1472		
<b>病理診断【施設基準・第十四の二】</b>				
1	N通則6 保険医療機関間の連携による病理診断	1477	<b>歯科・手術【施設基準・第十二】</b>	
2	N通則7 デジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製・迅速細胞診	1478	1 歯科J004・注3 手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術	1531
3	N005-4 ミスマッチ修復タンパク免疫染色 (免疫抗体法) 病理組織標本作製	1480	2 歯科J035-2 口腔粘膜血管腫凝固術	1531
4	N006 病理診断料		3 歯科J063 歯周外科手術	1532
(1)	N006・注1 デジタル病理画像による病理診断	1481	(1) 歯科J063・5 歯周組織再生誘導手術	1533
(2)	N006・注4 病理診断管理加算	1481	(2) 歯科J063・注5 手術時歯根面レーザー応用加算	1533
(3)	N006・注5 悪性腫瘍病理組織標本加算	1482	4 歯科J069・3/J075・4 上顎骨・下顎骨形成術 (骨移動を伴う場合)	1534
			5 歯科J080-2 顎関節人工関節全置換術	1535
			6 歯科J111 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	1535
			7 歯科J109 広範囲顎骨支持型装置埋入手術	1536
			付 特定薬剤	1537
<b>歯科・医学管理等【施設基準・第三】</b>				
1	歯科B004-6-2 歯科治療時医療管理料	1487	<b>歯科・麻酔【施設基準・第十二の二】</b>	
2	歯科B000-4-2・注3 口腔管理体制強化加算 (小児口腔機能管理料)	1488	歯科K004 歯科麻酔管理料	1539
3	歯科B006-4 歯科遠隔連携診療料	1499		
付	歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患	1497	<b>歯冠修復及び欠損補綴【施設基準・第十三の二】</b>	
<b>歯科・在宅医療【施設基準・第四】</b>				
1	在宅療養支援歯科診療所/在宅療養支援歯科		1 歯科M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料	1540
			2 歯科M001・注5/歯科M001-2・注1 う蝕歯無痛の窩洞形成加算	1542
			3 歯科M015-2 CAD/CAM冠/歯科M015-3 CAD/CAMインレー	1543
			4 歯科M003-4 光学印象	1545
			5 歯科M004 リテーナー/歯科M025-2 広範囲	



顎骨支持型補綴／歯科M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理／歯科M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料／歯科B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料／歯科J110 広範囲顎骨支持型装置搔爬術	1546	(3) 調剤00・注4 未妥結減算・かかりつけ減算	1631
6 歯科M029・注3/注4 / M030・注4/注5 歯科技工加算	1548	(4) 調剤00・注5 地域支援体制加算	1633
7 歯科M003/M003-4/M006/M007・注 歯科技工士連携加算／光学印象歯科技工士連携加算	1550	(5) 調剤00・注6 連携強化加算	1641
<b>歯科矯正【施設基準・第十四】</b>		(6) 調剤00・注7 後発医薬品調剤体制加算／調剤00・注8 後発医薬品減算	1644
1 歯科N000 歯科矯正診断料	1554	(7) 調剤00・注12 在宅薬学総合体制加算	1646
2 歯科N001 顎口腔機能診断料	1557	(8) 調剤00・注13 医療DX推進体制整備加算	1648
<b>歯科・病理診断【施設基準・第十四の二】</b>		2 調剤01 薬剤調整料	1649
歯科O000・注4 口腔病理診断管理加算	1558	(1) 調剤01・注2 無菌製剤処理加算	1651
<b>その他（看護職員処遇改善、ベースアップ）【施設基準・第十四の三】</b>		3 調剤10の2 調剤管理料	1652
1 O000 / 歯科P000 看護職員処遇改善評価料	1571	(1) 調剤10の2・注4 調剤管理加算	1654
2 O100 / O102 / 歯科P100 / P101 令和6-7年度の賃上げとベースアップ評価料	1577	(2) 調剤10の2・注6 医療情報取得加算	1655
3 O100 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	1579	4 調剤10の3 服薬管理指導料	1656
4 O101 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	1583	(1) 調剤10の3・注6 / 調剤13の2・注4 特定薬剤管理指導加算2	1660
5 O102 / 歯科P102 入院ベースアップ評価料	1588	(2) 調剤10の3・注13 服薬管理指導料の特例（手帳減算）	1661
<b>その他・歯科（ベースアップ）【施設基準・第十四の三】</b>		(3) 調剤10の3・注14 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師）	1662
1 歯科P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	1595	5 調剤13の2 かかりつけ薬剤師指導料／調剤13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料	1663
2 歯科P101 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	1598	6 調剤14の3・2・イ 服用薬剤調整支援料2・イ	1666
<b>調剤【施設基準・第十五】</b>		7 調剤14の4 調剤後薬剤管理指導料	1668
1 調剤00 調剤基本料	1618	8 調剤15 在宅患者訪問薬剤管理指導料／調剤15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料／調剤15の3 在宅患者緊急時等共同指導料	1668
(1) 調剤00・1～4 調剤基本料1・2・3 / 特別調剤基本料A	1621	(1) 調剤15・注4 / 調剤15の2・注3 / 調剤15の3・注3 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	1669
(2) 調剤00・注1 例外的に調剤基本料1を算定できる保険薬局	1630	(2) 調剤15・注7 / 調剤15の2・注6 / 調剤15の3・注6 在宅中心静脈栄養法加算	1670
<b>参考</b>		付 調剤に規定する患者	1676
1 施設基準届出チェックリスト	1689	<b>介護老人保健施設入所者について算定できない検査等【施設基準・第十六】</b>	
2 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬	1696	介護老人保健施設入所者に係る診療料	1685
3 揭示事項のウェブサイト掲載	1698	4 医療機関・薬局の事務等の簡素化・効率化	1700
<b>届出様式等一覧</b>		付 食事療養の施設基準	1701
基本診療料・別紙「別添6」	1704	特掲診療料・様式「別添2」	1708
基本診療料・様式「別添7」	1704	診療報酬・別紙様式	1716
索引	1717	各地方厚生（支）局・都府県事務所等一覧	1724

## 本書の内容と構成

本書は、「基本診療料の施設基準等と診療報酬」「特掲診療料の施設基準等と診療報酬」の2編から構成しています。

### ■基本診療料の施設基準等と診療報酬

施設基準等が設定されている診療行為ごとに、その要点と令和6年6月改定での変更点を解説するとともに、該当する(1)施設基準関係の告示・通知、(2)診療報酬関係の告示・通知、(3)その他の関係告示・通知・事務連絡、(4)疑義解釈資料をまとめました。なお、新設された施設基準等には、項目ごとの見出し右部分に㊦と記しています。

(1)施設基準関係の告示・通知は、次のものを掲載しています(本文中では名称等省略)。

①施設基準告示：基本診療料の施設基準等(平成20年3月5日・厚生労働省告示第62号／今回改正＝令和6年3月5日・厚生労働省告示第58号／最終改正＝令和6年3月15日・厚生労働省告示第87号)

②取扱い通知：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)

(2)診療報酬関係の告示・通知は、次のものを掲載しています(本文中では名称等省略)。

①診療報酬(点数表)：診療報酬の算定方法(平成20年3月5日・厚生労働省告示第59号／今回改正＝令和6年3月5日・厚生労働省告示第57号)

②留意事項通知：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1号)の概要

(3)その他の告示・通知・事務連絡については、当該箇所名称等を記しました。

(4)疑義解釈資料(厚生労働省保険局医療課事務連絡)は、原則として施設基準の取扱いに関連するものについて、①令和6年改定に係る疑義解釈と、②令和2年・令和4年改定に係る疑義解

釈のうち、令和6年改定後も継続した取扱いが想定される事項について、各施設基準ごとに掲載しました。

※1 上記(1)(2)(3)の告示・通知については、令和6年改定において実質的な変更があった部分には下線を付して示しました(ただし、全体が新設の場合は付していません)。

※2 告示等は、関連部分を抜粋し原文で掲載していますが、内容上参照すべき事項について【 】で付加している部分があります。

### ■特掲診療料の施設基準等と診療報酬

原則として、上記「基本診療料の施設基準等と診療報酬」と同様に構成しています。

(1)施設基準関係の告示・通知は、次のものを掲載しています(本文中では名称等省略)。

①施設基準告示：特掲診療料の施設基準等(平成20年3月5日・厚生労働省告示第63号／今回改正＝令和6年3月5日・厚生労働省告示第59号／最終改正＝令和6年5月31日・厚生労働省告示第207号)

②取扱い通知：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)

(2)その他「基本診療料の施設基準等と診療報酬」の(2)(3)(4)と同様に掲載しています。

令和6年(2024年)7月10日段階での法令・通知・事務連絡等にもとづき作成しました。なお、①その後の追補等の情報や、②本書令和4年4月版に掲載していた平成30年改定以前の疑義解釈資料は、小社ウェブサイトに掲載します。



# 基本診療料の施設基準等と診療報酬

基本診療料等の施設基準等（通則事項）【施設基準・第一、第二】	13
初・再診料の施設基準等【施設基準・第三】	31
入院料等の通則と施設基準等【施設基準・第三の二、第四、第四の二】	71
入院基本料の施設基準等	
病院の入院基本料の施設基準等【施設基準・第五】	88
通則事項	88
A100 一般病棟入院基本料	140
A101 療養病棟入院基本料	147
A102 結核病棟入院基本料	170
A103 精神病棟入院基本料	174
A104 特定機能病院入院基本料	179
A105 専門病院入院基本料	186
A106 障害者施設等入院基本料	191
診療所の入院基本料の施設基準等【施設基準・第六】	201
通則事項	201
A108 有床診療所入院基本料	203
A109 有床診療所療養病床入院基本料	209
入院基本料等加算の施設基準等【施設基準・第八】	218
特定入院料の施設基準等【施設基準・第九】	462
短期滞在手術等基本料の施設基準等【施設基準・第十】	692
歯科の施設基準等	699

## 歯科点数表における入院関連項目の区分番号等について

本編内の入院関連項目については、通則の項番や区分番号の表記は医科点数表におけるものを使用した。これらの項目の歯科点数表における通則の項番や区分番号については、次の対照表を参考にされたい。

医科 点数表	歯科 点数表	項目名称	医科 点数表	歯科 点数表	項目名称
入院 通則 6	入院 通則 5	定数超過入院等の入院基本料	A224	A220	無菌治療室管理加算
			A226-2	A221-2	緩和ケア診療加算
入院 通則 7	入院 通則 6	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、栄養 管理体制、意思決定支援及び身体的 拘束最小化の基準	A226-3	A221-3	有床診療所緩和ケア診療加算
入院 通則 9	入院 通則 8		A226-4	A221-4	小児緩和ケア診療加算
			A232	A222	がん拠点病院加算
A100	A100	一般病棟入院基本料	A233	A223	リハビリテーション・栄養・口腔連 携体制加算
A101	A101	療養病棟入院基本料			
A104	A102	特定機能病院入院基本料	A233-2	A223-2	栄養サポートチーム加算
A105	A103	専門病院入院基本料	A234	A224	医療安全対策加算
A106	A103-2	障害者施設等入院基本料	A234-2	A224-2	感染対策向上加算
A108	A105	有床診療所入院基本料	A234-3	A224-3	患者サポート体制充実加算
A109	A106	有床診療所療養病床入院基本料	A234-4	A224-4	重症患者初期支援充実加算
A200	A200	総合入院体制加算	A234-5	A224-5	報告書管理体制加算
A200-2	A200-2	急性期充実体制加算	A236	A226	褥瘡ハイリスク患者ケア加算
A204-2	A204-2	臨床研修病院入院診療加算	A246	A227-5	入退院支援加算
A205	A205	救急医療管理加算	A246-3	A227-6	医療的ケア児（者）入院前支援加算
A206	A205-2	在宅患者緊急入院診療加算	A247	A228	認知症ケア加算
A207	A206	診療録管理体制加算	A247-2	A228-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算
A207-2	A206-2	医師事務作業補助体制加算	A242-2	A242-2	術後疼痛管理チーム加算
A207-3	A206-3	急性期看護補助体制加算	A243	A243	後発医薬品使用体制加算
A207-4	A206-4	看護職員夜間配置加算	A243-2	A243-2	バイオ後続品使用体制加算
A210	A208-2	難病患者等入院診療加算	A244	A244	病棟薬剤業務実施加算
A212	A208-3	超重症児（者）入院診療加算・準超 重症児（者）入院診療加算	A252	A246	地域医療体制確保加算
			—	A250	地域歯科診療支援病院入院加算
A213	A209	看護配置加算	A301	A300	特定集中治療室管理料
A214	A210	看護補助加算	A301-2	A301	ハイケアユニット入院医療管理料
A218	A214	地域加算	A301-4	A302	小児特定集中治療室管理料
A218-2	A214-2	離島加算	A310	A303	緩和ケア病棟入院料
A219	A215	療養環境加算	A307	A304	小児入院医療管理料
A221	A217	重症者等療養環境特別加算	A317	A305	特定一般病棟入院料
A222	A218	療養病棟療養環境加算	A308-3	A306	地域包括ケア病棟入院料
A222-2	A218-2	療養病棟療養環境改善加算	A304	A307	地域包括医療病棟入院料
A223	A219	診療所療養病床療養環境加算	A400	A400	短期滞在手術等基本料
A223-2	A219-2	診療所療養病床療養環境改善加算			

# 基本診療料等の施設基準等（通則事項）

基本診療料の診療行為項目については、初・再診料、病院の入院基本料、診療所の入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料、短期滞在手術等入院基本料の区分で施設基準が設定されている（設定の細目は2頁・目次を参照）。保険医療機関は、施設基準の要件を満たすことにより、または施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ることにより、その診療行為項目を算定できる。

## 〈通則的な留意事項〉

- 診療科については、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものである。
- 診療等に要する書面等が示されている。なお、様式として示されているものは、参考であり、示されている事項が全て記載されていれば、同じ様式でなくても差し支えない。
- 施設基準等における常勤配置とは、従事者が産前産後休業、育児休業、介護休業等を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含める。また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業により当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。

## 〈届出及び届出の受理〉

施設基準の届出に関しては、施設基準の要件を満たすとともに、届出前6月間に不正又は不当な届出を行ったことがないこと等が必要である。届出及び届出の受理等に関する要旨は次のとおり。

- 届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行う。
  - 届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、所在地の地方厚生局長等に対して、当該施設基準に係る届出書を1通提出する。保険医療機関は届出書の写しを適切に保管する。
  - 地方厚生局長等は、記載事項等を確認した上で2週間以内に受理又は不受理を決定する。
  - 届出に当たっては、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。
- ただし、以下の左欄の項目については、各々右欄に掲げる実績要件が必要となる。

A301特定集中治療室管理料【直近1年間の新入室患者の入室日SOFAスコア5以上割合】	届出前3か月
精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料	届出前4か月
回復期リハビリテーション病棟入院料1～4、回復期リハビリテーション入院医療管理料	届出前6か月
精神科地域包括ケア病棟入院料	届出前7か月
地域移行機能強化病棟入院料	届出前1年間

届出については各月末日までに要件審査が行われ、届出が受理された場合は翌月1日（月最初の開庁日の場合はその月の1日）から、その届出に係る診療報酬を算定する。なお、令和6年6月1日からの算定に係る届出については、令和6年5月2日以降に届出書の提出を行うことができる。

## 〈届出後の変更〉

届出後に施設基準を満たさなくなった場合や施設基準の届出区分が変更となった場合は、遅滞なく変更の届出等を行う。また、病床数に著しい増減があった場合には、そのつど届出を行う。著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟種別ごとの病床数に1割以上の増減があった場合等のことだが、これに該当しない場合でも、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。

ただし、次頁の表に掲げる事項についての一時的な変動は、変更の届出を要しない。

## 〈変更届出後の算定開始〉

変更の届出は、届出内容と異なった事情が生じた月の翌月に速やかに行う。その場合、変更の届出を行った月の翌月から変更後の入院基本料等を算定する。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更など、月単位の数値を用いた要件を含まない施設基準の場合は、施設基準を満たさなくなった月に速やかに変更の届出を行い、届出月の翌月から変更後の入院基本料等を算定する。

## 〈届出後の調査・報告と情報提供〉

地方厚生（支）局では、受理した届出について適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更などを行う。届出を行った保険医療機関は、毎年8月1日現在（令和6年から）で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行う。

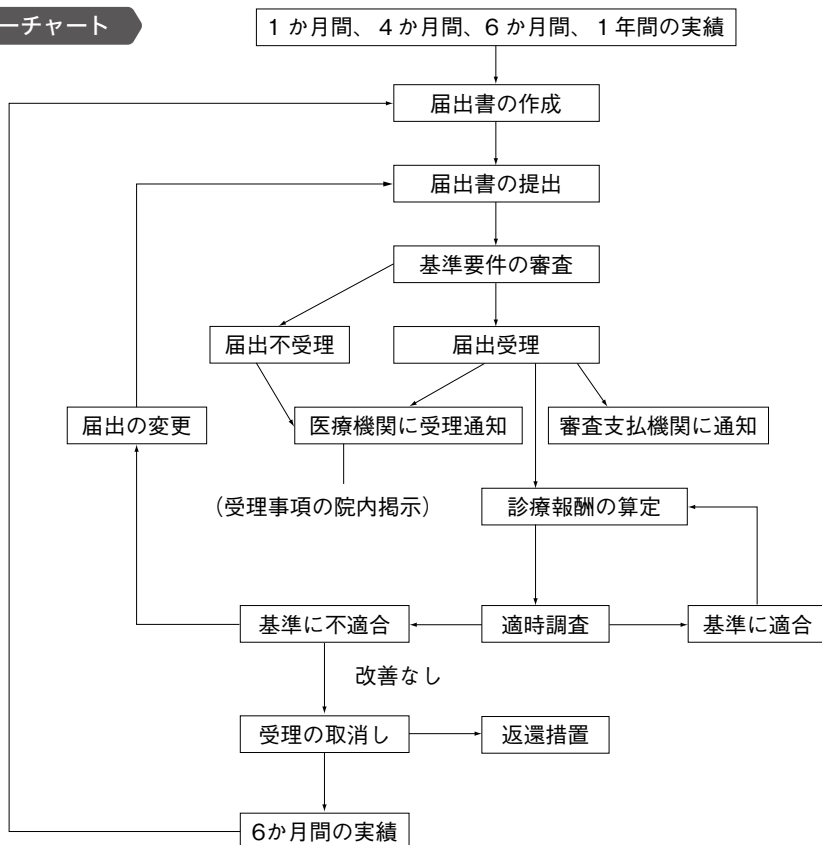
なお、地方厚生（支）局では、受理した届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努める。被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局で閲覧に供するとともに（ホームページへの掲載等を含む）、適宜とりまとめて保険者等に提供するよう努める。

保険医療機関も、療養担当規則等にもとづき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行う。

変更の届出を必要としない場合

(1)平均在院日数、月平均夜勤時間数	暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動
(2)医師と患者の比率	暦月で3か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動 ア) 医療法の標準数を満たしていることが算定要件の場合：当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法の標準数から1を減じた数以上である範囲 イ) 急性期一般入院料1、結核病棟・専門病院入院基本料の7対1入院基本料：常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から1を減じた数以上
(3)①1日当たり勤務する看護要員（看護師及び准看護師又は看護補助者）の数 ②看護要員の数と入院患者の比率 ③看護職員（看護師及び准看護師）の必要数に対する看護師の比率	暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動
(4)医療法上の許可病床数（感染症病床を除く）100床未満の病院／特別入院基本料（月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く）算定保険医療機関の場合 ①1日当たり勤務する看護要員の数 ②看護要員の数と入院患者の比率 ③看護職員の必要数に対する看護師の比率	暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動
(5)該当患者の割合（一般病棟用の重症度、医療看護必要度Ⅰ又はⅡを用いる要件を除き、特定集中治療室管理料の「直近1年間の新入室患者の入室日SOFAスコア5以上割合」を含む）	暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動
(6)紹介割合及び逆紹介割合	暦月で3か月間の一時的な変動

届出のフローチャート



## 施設基準告示 基本診療料の施設基準等

### 第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

### 第二 施設基準の通則

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

## 取扱い通知 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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和6年厚生労働省告示第57号）の告示に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示」（令和6年厚生労働省告示第58号）が告示され、令和6年6月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「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4年3月4日保医発0304第2号）は、令和6年5月31日限り廃止する。

### 記

#### 第1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準等を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じて、当

該基準等中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 1 初・再診料の施設基準等は別添1のとおりとすること。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添2のとおりとすること。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添3のとおりとすること。
- 4 特定入院料の施設基準等は別添4のとおりとすること。
- 5 短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添5のとおりとすること。
- 6 基本診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療料については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせで標榜する場合も含むものであること。
- 7 診療等に要する書面等は別添6のとおりであること。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であ

ば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

- 8 基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第一号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第二号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）又は育児・介護休業法第23条第2項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第24条第1項の規定により同項第二号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

- 9 カンファレンス等をリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて実施する場合には、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

- 10 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

- 11 区分番号は、例えば「A000」初診料における「A000」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「A000」のみ記載する。

## 第2 届出に関する手続き

㊤

- 1 「基本診療料の施設基準等」に係る届出に際

しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。

- 2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行うとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、**別添7【→25頁】**の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を1通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等の内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

- 3 届出書の提出があった場合は、地方厚生（支）局は届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第1に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間を除く。）とするものであること。

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

特定集中治療室管理料の施設基準のうち1の(12)及び3の(5)については届出前3か月、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び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ついては届出前6か月、精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準については届出前7か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること。

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

(1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出



- (法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがある保険医療機関である場合。
- (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び棄担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関である場合。
- (3) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。
- (4) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に該当している保険医療機関である場合。
- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。
- 情報通信機器を用いた診療に係る基準
- |                  |        |   |
|------------------|--------|---|
| 情報通信             | 第      | 号 |
| 機能強化加算           | （機能強化） | 第 |
| 外来感染対策向上加算       | （外来感染） | 第 |
| 連携強化加算           | （連携強化） | 第 |
| サーベイランス強化加算      | （サ強化）  | 第 |
| 抗菌薬適正使用体制加算      | （抗薬適）  | 第 |
| 医療DX推進体制整備加算     | （医療DX） | 第 |
| 看護師等遠隔診療補助加算     | （看遠診）  | 第 |
| 時間外対応加算1         | （時間外1） | 第 |
| 時間外対応加算2         | （時間外2） | 第 |
| 時間外対応加算3         | （時間外3） | 第 |
| 時間外対応加算4         | （時間外4） | 第 |
| 地域包括診療加算         | （地包加）  | 第 |
| 初診料（歯科）の注1に掲げる基準 |        |   |
|                  | （歯初診）  | 第 |
| 地域歯科診療支援病院歯科初診料  |        |   |

- |                                |         |   |   |
|--------------------------------|---------|---|---|
|                                | （病初診）   | 第 | 号 |
| 歯科外来診療医療安全対策加算1                |         |   |   |
|                                | （外安全1）  | 第 | 号 |
| 歯科外来診療医療安全対策加算2                |         |   |   |
|                                | （外安全2）  | 第 | 号 |
| 歯科外来診療感染対策加算1                  |         |   |   |
|                                | （外感染1）  | 第 | 号 |
| 歯科外来診療感染対策加算2                  |         |   |   |
|                                | （外感染2）  | 第 | 号 |
| 歯科外来診療感染対策加算3                  |         |   |   |
|                                | （外感染3）  | 第 | 号 |
| 歯科外来診療感染対策加算4                  |         |   |   |
|                                | （外感染4）  | 第 | 号 |
| 歯科診療特別対応連携加算                   |         |   |   |
|                                | （歯特連）   | 第 | 号 |
| 初診料（歯科）の注16及び再診料（歯科）の注12に掲げる基準 |         |   |   |
|                                | （歯情報通信） | 第 | 号 |
| 一般病棟入院基本料                      | （一般入院）  | 第 | 号 |
| 療養病棟入院基本料                      | （療養入院）  | 第 | 号 |
| 結核病棟入院基本料                      | （結核入院）  | 第 | 号 |
| 精神病棟入院基本料                      | （精神入院）  | 第 | 号 |
| 特定機能病院入院基本料                    | （特定入院）  | 第 | 号 |
| 専門病院入院基本料                      | （専門入院）  | 第 | 号 |
| 障害者施設等入院基本料                    | （障害入院）  | 第 | 号 |
| 有床診療所入院基本料                     | （診入院）   | 第 | 号 |
| 有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算           |         |   |   |
|                                | （診入帰）   | 第 | 号 |
| 有床診療所療養病床入院基本料                 |         |   |   |
|                                | （診療養入院） | 第 | 号 |
| 有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算       |         |   |   |
|                                | （診療養入帰） | 第 | 号 |
| 総合入院体制加算1                      | （総合1）   | 第 | 号 |
| 総合入院体制加算2                      | （総合2）   | 第 | 号 |
| 総合入院体制加算3                      | （総合3）   | 第 | 号 |
| 急性期充実体制加算1                     | （急充実1）  | 第 | 号 |
| 急性期充実体制加算2                     | （急充実2）  | 第 | 号 |
| 救急医療管理加算                       | （救急医療）  | 第 | 号 |
| 超急性期脳卒中加算                      | （超急性期）  | 第 | 号 |
| 診療録管理体制加算1                     | （診療録1）  | 第 | 号 |
| 診療録管理体制加算2                     | （診療録2）  | 第 | 号 |
| 診療録管理体制加算3                     | （診療録3）  | 第 | 号 |
| 医師事務作業補助体制加算1                  |         |   |   |
|                                | （事補1）   | 第 | 号 |
| 医師事務作業補助体制加算2                  |         |   |   |
|                                | （事補2）   | 第 | 号 |
| 急性期看護補助体制加算                    | （急性看補）  | 第 | 号 |
| 看護職員夜間配置加算                     | （看夜配）   | 第 | 号 |
| 特殊疾患入院施設管理加算                   | （特施）    | 第 | 号 |
| 看護配置加算                         | （看配）    | 第 | 号 |
| 看護補助加算                         | （看補）    | 第 | 号 |

療養環境加算	(療)	第	号
重症者等療養環境特別加算	(重)	第	号
療養病棟療養環境加算1	(療養1)	第	号
療養病棟療養環境加算2	(療養2)	第	号
療養病棟療養環境改善加算1	(療養改1)	第	号
療養病棟療養環境改善加算2	(療養改2)	第	号
診療所療養病床療養環境加算	(診療養)	第	号
診療所療養病床療養環境改善加算	(診療養改)	第	号
無菌治療室管理加算1	(無菌1)	第	号
無菌治療室管理加算2	(無菌2)	第	号
放射線治療病室管理加算(治療用放射性同位元素による場合)	(放射治療)	第	号
放射線治療病室管理加算(密封小線源による場合)	(放射密封)	第	号
緩和ケア診療加算	(緩和診)	第	号
有床診療所緩和ケア診療加算	(診緩和診)	第	号
小児緩和ケア診療加算	(小緩和診)	第	号
精神科応急入院施設管理加算(精応)	(精応)	第	号
精神科病棟入院時医学管理加算	(精入学)	第	号
精神科地域移行実施加算(精移行)	(精移行)	第	号
精神科身体合併症管理加算	(精合併加算)	第	号
精神科リエゾンチーム加算(精リエ)	(精リエ)	第	号
依存症入院医療管理加算(依存管理)	(依存管理)	第	号
摂食障害入院医療管理加算	(摂食障害)	第	号
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	(リハ栄養)	第	号
栄養サポートチーム加算(栄養チ)	(栄養チ)	第	号
医療安全対策加算1	(医療安全1)	第	号
医療安全対策加算2	(医療安全2)	第	号
感染対策向上加算1	(感染対策1)	第	号
感染対策向上加算2	(感染対策2)	第	号
感染対策向上加算3	(感染対策3)	第	号
患者サポート体制充実加算(患サポ)	(患サポ)	第	号
重症患者初期支援充実加算	(重症初期)	第	号
報告書管理体制加算(報告管理)	(報告管理)	第	号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(褥瘡ケア)	第	号
ハイリスク妊娠管理加算(ハイ妊娠)	(ハイ妊娠)	第	号
ハイリスク分娩管理加算(ハイ分娩)	(ハイ分娩)	第	号
地域連携分娩管理加算(地域分娩)	(地域分娩)	第	号
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	(精救急紹介)	第	号

精神科救急搬送患者地域連携受入加算	(精救急受入)	第	号
呼吸ケアチーム加算(呼吸チ)	(呼吸チ)	第	号
術後疼痛管理チーム加算(術後疼痛)	(術後疼痛)	第	号
後発医薬品使用体制加算1	(後発使1)	第	号
後発医薬品使用体制加算2	(後発使2)	第	号
後発医薬品使用体制加算3	(後発使3)	第	号
バイオ後続品使用体制加算(バ後使)	(バ後使)	第	号
病棟薬剤業務実施加算1(病棟薬1)	(病棟薬1)	第	号
病棟薬剤業務実施加算2(病棟薬2)	(病棟薬2)	第	号
データ提出加算(データ提)	(データ提)	第	号
入退院支援加算(入退支)	(入退支)	第	号
精神科入退院支援加算(精入退支)	(精入退支)	第	号
医療的ケア児(者)入院前支援加算	(医ケア支)	第	号
認知症ケア加算(認ケア)	(認ケア)	第	号
せん妄ハイリスク患者ケア加算	(せん妄ケア)	第	号
精神疾患診療体制加算(精疾診)	(精疾診)	第	号
精神科急性期医師配置加算	(精急医配)	第	号
排尿自立支援加算(排自支)	(排自支)	第	号
地域医療体制確保加算(地医確保)	(地医確保)	第	号
協力対象施設入所者入院加算	(協力施設)	第	号
地域歯科診療支援病院入院加算	(地歯入院)	第	号
救命救急入院料1(救1)	(救1)	第	号
救命救急入院料2(救2)	(救2)	第	号
救命救急入院料3(救3)	(救3)	第	号
救命救急入院料4(救4)	(救4)	第	号
特定集中治療室管理料1(集1)	(集1)	第	号
特定集中治療室管理料2(集2)	(集2)	第	号
特定集中治療室管理料3(集3)	(集3)	第	号
特定集中治療室管理料4(集4)	(集4)	第	号
特定集中治療室管理料5(集5)	(集5)	第	号
特定集中治療室管理料6(集6)	(集6)	第	号
ハイケアユニット入院医療管理料1	(ハイケア1)	第	号
ハイケアユニット入院医療管理料2	(ハイケア2)	第	号
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(脳卒中ケア)	第	号
小児特定集中治療室管理料(小集)	(小集)	第	号
新生児特定集中治療室管理料1	(新1)	第	号
新生児特定集中治療室管理料2	(新2)	第	号

新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	(新重) 第 号
総合周産期特定集中治療室管理料	(周) 第 号
新生児治療回復室入院医療管理料	(新回復) 第 号
一類感染症患者入院医療管理料	(一類) 第 号
特殊疾患入院医療管理料	(特入) 第 号
小児入院医療管理料1	(小入1) 第 号
小児入院医療管理料2	(小入2) 第 号
小児入院医療管理料3	(小入3) 第 号
小児入院医療管理料4	(小入4) 第 号
小児入院医療管理料5	(小入5) 第 号
地域包括医療病棟入院料	(地包医) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料1	(回1) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料2	(回2) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料3	(回3) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料4	(回4) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料5	(回5) 第 号
回復期リハビリテーション入院医療管理料	(回管) 第 号
地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1	(地包ケア1) 第 号
地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2	(地包ケア2) 第 号
地域包括ケア病棟入院料3及び地域包括ケア入院医療管理料3	(地包ケア3) 第 号
地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4	(地包ケア4) 第 号
特殊疾患病棟入院料1	(特疾1) 第 号
特殊疾患病棟入院料2	(特疾2) 第 号
緩和ケア病棟入院料1	(緩1) 第 号
緩和ケア病棟入院料2	(緩2) 第 号
精神科救急急性期医療入院料	(精救) 第 号
精神科急性期治療病棟入院料1	(精急1) 第 号
精神科急性期治療病棟入院料2	(精急2) 第 号
精神科救急・合併症入院料	(精合併) 第 号
児童・思春期精神科入院医療管理料	(児春入) 第 号
精神療養病棟入院料	(精療) 第 号
認知症治療病棟入院料1	(認治1) 第 号
認知症治療病棟入院料2	(認治2) 第 号
精神科地域包括ケア病棟入院料	

	(精地ケ) 第 号
特定一般病棟入院料1	(特般1) 第 号
特定一般病棟入院料2	(特般2) 第 号
地域移行機能強化病棟入院料	(移機強) 第 号
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	(特定リハ) 第 号
短期滞在手術等基本料1	(短手1) 第 号
7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、令和6年6月1日からの算定に係る届出については、令和6年5月2日以降に届出書の提出を行うことができる。	
8 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。	

### 第3 届出受理後の措置等

- 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行うものであること。なお、病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種類ごとの病床数に対して1割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

- 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- 医師と患者の比率については、暦月で3か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動。
  - 医療法（昭和23年法律第205号）に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合  
当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から1を減じた数以上である範囲
  - 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの②の4、四の(1)のイの④及び六の(2)のイの⑤の場合  
常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患

- 者数に100分の10を乗じて得た数から1を減じた数以上
- (3) 1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (4) 医療法上の許可病床数（感染症病床を除く。）が100床未満の病院及び特別入院基本料（月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く。）を算定する保険医療機関にあっては、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (5) 算定要件（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ（以下「重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ」という。）の評価方法を用いる要件を除き、特定集中治療室管理料の施設基準のうち1の(2)及び3の(5)の要件を含む。）中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (6) 算定要件中の紹介割合及び逆紹介割合については、暦月で3か月間の一時的な変動。
- 2 1による変更の届出は、1のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準に係る場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。
- 3 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目的）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 4 「基本診療料の施設基準等」に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効と

なるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。

- 5 届出を行った保険医療機関は、毎年8月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。
- 6 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 7 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものであること。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

（揭示例）

- (1) 入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料6を算定している病院の例
- 「当病棟では、1日に13人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」
- ・ 朝9時から夕方17時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は6人以内です。
  - ・ 夕方17時から深夜1時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
  - ・ 深夜1時から朝9時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
- (2) 有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例
- 「当診療所には、看護職員が7人以上勤務しています。」

#### 第4 経過措置等

㊦

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、令和6年5月31日現在において現に入院基本料等を算定している保険医療機関において、引き続き当該入院基本料等を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和6年6月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和6年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された入院基本料等（表1）及び

施設基準が改正された入院基本料等のうち届出が必要なもの（表2）については、令和6年6月1日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。なお、表2における経過措置期間については、令和6年3月31日時点で改正前の当該入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用される。

- 2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

表1 新設された又は施設基準が創設された入院基本料等

初診料の注14及び再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算  
 初診料（医科）の注16及び初診料（歯科）の注15に規定する医療DX推進体制整備加算  
 再診料の注10に規定する時間外対応加算2  
 再診料の注20及び外来診療料の注11に規定する看護師等遠隔診療補助加算  
 歯科外来診療感染対策加算2  
 歯科外来診療感染対策加算4  
 初診料（歯科）の注16及び再診料（歯科）の注12に掲げる基準  
 療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算  
 療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算1及び2  
 障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算1及び2  
 急性期充実体制加算1及び2  
 急性期充実体制加算の注2に規定する小児・周産期・精神科充実体制加算  
 診療録管理体制加算1  
 急性期看護補助体制加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1  
 看護補助加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1  
 小児緩和ケア診療加算  
 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算  
 感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算  
 バイオ後続品使用体制加算  
 病棟薬剤業務実施加算の注2に規定する薬剤業務向上加算  
 精神科入退院支援加算

医療的ケア児（者）入院前支援加算  
 医療的ケア児（者）入院前支援加算の注2に規定する情報通信機器を用いた入院前支援協力対象施設入所者入院加算  
 特定集中治療室管理料5及び6  
 特定集中治療室管理料の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算  
 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料  
 地域包括医療病棟入院料  
 地域包括医療病棟入院料の注3に規定する夜間看護体制特定日減算  
 地域包括医療病棟入院料の注5に規定する看護補助体制加算（25対1看護補助体制加算（看護補助者5割以上）、25対1看護補助体制加算（看護補助者5割未満）、50対1看護補助体制加算及び75対1看護補助体制加算）  
 地域包括医療病棟入院料の注6に規定する夜間看護補助体制加算（夜間30対1看護補助体制加算、夜間50対1看護補助体制加算及び夜間100対1看護補助体制加算）  
 地域包括医療病棟入院料の注7に規定する夜間看護体制加算  
 地域包括医療病棟入院料の注8に規定する看護補助体制充実加算1、2及び3  
 地域包括医療病棟入院料の注9に規定する看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員夜間12対1配置加算2、看護職員夜間16対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算2）  
 地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算  
 小児入院医療管理料の注2に規定する加算（保育士2名以上の場合）  
 小児入院医療管理料の注4に規定する重症児受入体制加算2  
 小児入院医療管理料の注9に規定する看護補助加算  
 小児入院医療管理料の注10に規定する看護補助体制充実加算  
 回復期リハビリテーション入院医療管理料  
 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1及び2  
 児童・思春期精神科入院医療管理料の注3に規定する精神科養育支援体制加算  
 精神科地域包括ケア病棟入院料

表2 施設基準が改正された入院基本料等  
 外来感染対策向上加算（令和7年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）  
 地域包括診療加算（令和6年10月1日以降に

引き続き算定する場合に限る。)

歯科外来診療医療安全対策加算1（令和6年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第二「A000」に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関において、令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

歯科外来診療医療安全対策加算2（令和6年3月31日時点で旧算定方法別表第二「A000」に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算2に係る届出を行っている保険医療機関において、令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

歯科外来診療感染対策加算1（令和6年3月31日時点で旧算定方法別表第二「A000」に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関において、令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

歯科外来診療感染対策加算3（令和6年3月31日時点で旧算定方法別表第二「A000」に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算2に係る届出を行っている保険医療機関において、令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料6、地域一般入院基本料及び特別入院基本料を除く。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）（令和8年6月

1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

有床診療所療養病床入院基本料（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

総合入院体制加算1、2及び3（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

急性期充実体制加算1及び2（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

急性期充実体制加算1及び2（許可病床数が300床未満の保険医療機関に限る。）（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

急性期充実体制加算1（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

超急性期脳卒中加算（別添3の第3の1の1のイに該当する場合であって、令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

急性期看護補助体制加算（急性期一般入院料6又は10対1入院基本料に限る。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

看護職員夜間配置加算（急性期一般入院料6又は10対1入院基本料に限る。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

看護補助加算1（地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2又は13対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

感染対策向上加算（令和7年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

入退院支援加算1（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

救命救急入院料1（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

救命救急入院料2（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

救命救急入院料3（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

救命救急入院料4（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定集中治療室管理料1、2、3及び4（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

ハイケアユニット入院医療管理料1及び2（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料（令和7

- 年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 小児特定集中治療室管理料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 新生児特定集中治療室管理料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 総合周産期特定集中治療室管理料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 回復期リハビリテーション病棟入院料2（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 回復期リハビリテーション病棟入院料3（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 地域包括ケア病棟入院料（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 地域包括ケア入院医療管理料（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 精神科急性期治療病棟入院料（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 児童・思春期精神科入院医療管理料（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 特定一般病棟入院料（地域包括ケア1、地域包括ケア2及び地域包括ケア3）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表3 施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

- 情報通信機器を用いた診療時間外対応加算1、3及び4
- 特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料
- 初診料（歯科）の注1に掲げる基準
- 地域歯科診療支援病院歯科初診料
- 入院基本料又は特定入院料（療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料特定一般入院料の注7の届出を行っている保険医療機関を除く。）
- 障害者施設等入院基本料
- 障害者施設等入院基本料の注11に規定する夜間看護体制加算
- 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
- 医師事務作業補助体制加算
- 急性期看護補助体制加算の注3に規定する夜間看護体制加算
- 特殊疾患入院施設管理加算
- 看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算
- 緩和ケア診療加算
- がん拠点病院加算
- 後発医薬品使用体制加算
- 入退院支援加算3
- 地域医療体制確保加算
- 新生児治療回復室入院医療管理料
- 特殊疾患入院医療管理料
- 小児入院医療管理料
- 回復期リハビリテーション病棟入院料4
- 回復期リハビリテーション病棟入院料5
- 特殊疾患病棟入院料
- 特定一般病棟入院料の注5に規定する一般病棟看護必要度評価加算
- 地域移行機能強化病棟入院料

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であれば新たに届出が必要でないもの

診療録管理体制加算1	→	診療録管理体制加算2
診療録管理体制加算2	→	診療録管理体制加算3
療養病棟入院基本料の注12に規定する看護補助体制充実加算	→	療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算3
障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助体制充実加算	→	障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算3
急性期看護補助体制加算の注4に規定する看護補助体制充実加算	→	急性期看護補助体制加算の注4に規定する看護補助体制充実加算2
看護補助加算の注4に規定する看護補助体制充実加算	→	看護補助加算の注4に規定する看護補助体制充実加算2
地域包括ケア病棟入院料の注4に規定する看護補助体制充実加算	→	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3

**疑義解釈資料**

令和6年改定

**【施行時期後ろ倒し】**

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）

**問1** 令和6年度の診療報酬改定において、施行時期が令和6年6月1日に変更になったが、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った場合における、令和6年6月以降の経過措置の取扱い如何。

**答** 令和6年4月以降に令和6年度診療報酬改定前の施設基準による届出を行った保険医療機関又は保険薬局については、令和6年度診療報酬改定における施設基準（以下「新施設基準」という。）の経過措置であって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている経過措置の対象にならない。

**問2** 問1について、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った保険医療機関又は保険薬局における令和6年6月1日以降の届出についてどのように考えればよいか。

**答** それぞれ以下のとおり。

① 施設基準で改正がない場合（名称のみが改正された場合を含む。）又は施設基準が改正された場合であって届出が必要でない場合

令和6年6月3日以降に再度届出を行う必要はない。

② 施設基準が改正された場合であって届出が必要な場合（経過措置が置かれているものであって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている場合を含む。）

令和6年6月3日までに新施設基準による届出を行う必要がある。なお、当該届出を行った保険医療機関については、経過措置終了時期（例えば令和6年10月1日）の再度の届出は必要ない。

**問3** 問1及び問2について、例えば令和6年4月に急性期一般入院料1から急性期一般入院料4に変更の届出を行った保険医療機関又は急性期一般入院料4から急性期一般入院料1に変更の届出を行った保険医療機関における新施設基準の重症度、医療・看護必要度の基準の経過措置及び届出についてどのように考えればよいか。

**答** いずれの保険医療機関についても、令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要があり、経過措置については適用されない。

※問1・問2は歯科についても同じ【その2〈別添3・歯科〉問1・問2】

その3（令和6年4月26日・事務連絡〈別添1・医科〉）

**問1** 施設基準の経過措置について、令和6年3月31日において現に入院基本料等の届出を行っていることとされているが、単に届出を行っていれば経過措置の対象となるのか。

**答** 当該施設基準の届出を行っただけで、令和6年3月31日において現に当該診療報酬を算定している場合は、経過措置の対象となる。

**【届出関係】**

その2（令和6年4月12日・事務連絡〈別添1・医科〉）

**問1** 令和6年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。

**答** 「令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェッ

クリストの送付について」（令和6年3月25日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の別添のチェックリストを参照のこと。

**問2** 令和6年度診療報酬改定が施行される令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。

**答** 令和6年6月診療分の施設基準の届出については、令和6年5月2日から6月3日まで地方厚生（支）局等において受け付けているところ、令和6年5月下旬以降に地方厚生（支）局等の窓口は届出が集中し、混雑が予想されることから、可能な限り令和6年5月17日までの届出に努めること。

ただし、令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る電子申請は令和6年5月20日から受付開始となるため、留意すること。

※問1・問2は歯科についても同じ【その2〈別添3・歯科〉問3・問4】

**疑義解釈資料**

平成30年改定前

（平成18年3月23日・事務連絡）

**【届出】**

**問8** 休憩、食事時間は勤務時間から除外しなければならないか。

**答** 通常の休憩時間は勤務時間に含まれるので、除外する必要はない。

**問9** 届出の際に用いる勤務計画表（様式3の3）【勤務実績表（様式9）】を作成する際、残業時間は含めてよいか。

**答** 残業時間は含まない。当該保険医療機関の定める所定の勤務時間数で作成すること。

**【届出受理後の措置】**

その8（平成26年7月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

**問10** 施設基準通知の届出受理後の措置等において、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、その都度の届出は必要ない旨記載されているが、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1【及び2】において在宅等へ退院した患者の割合が、70%【現・72.5%】を下回った場合は、1割の範囲であれば3か月まで猶予されると理解して良いか。

**答** 在宅等退院患者割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定は適用されない。

**問11** ①精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の施設基準における新規患者割合及び在宅移行率は届出受理後の措置等の暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定が適用されるか。

②また、精神科病棟入院基本料及び精神療養病棟入院料の精神保健福祉士配置加算の在宅移行率についてはどうか。

**答** ①適用される。精神科救急入院料等の新規患者割合、在宅移行率については、1割以内の一時的な変動により基準を下回った場合は3か月まで届出が猶予される。

②適用されない。





別添 7 の 2

## 基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		連絡先 担当者氏名： 電話番号：
<p>(届出事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 救急医療管理加算 (※救急医療第 号)</p> <p><input type="checkbox"/> せん妄ハイリスク患者ケア加算 (※せん妄ケア第 号)</p>		
<p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第78条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</p> <p><u>標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。</u></p> <p>令和      年      月      日</p> <p>保険医療機関の所在地 及び名称</p> <p style="text-align: center;">開設者名</p> <p style="text-align: center;">殿</p>		
<p>備考 1 <input type="checkbox"/>には、適合する場合「レ」を記入すること。</p> <p>2 ※は記載する必要がないこと。</p> <p>3 届出書は、1 通提出のこと。</p>		

（参考）

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2））
第1	情報通信機器を用いた診療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1
1の3	機能強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の3
1の4	外来感染対策向上加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の4
1の5	連携強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5
1の6	サーベイランス強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5
1の7	抗菌薬適正使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5
1の9	医療DX推進体制整備加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の6
2	時間外対応加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2
2の3	地域包括診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の3
2の6	看護師等遠隔診療補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の7
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の6
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式3
4	歯科診療医療安全対策加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4	歯科診療医療安全対策加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の1の2
4の2	歯科外来診療感染対策加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	歯科外来診療感染対策加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の1の2
4の2	歯科外来診療感染対策加算3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	歯科外来診療感染対策加算4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の1の2
5	歯科診療特別対応連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の2
5の2	歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注12に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の3
第5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
第1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 13, 13の2
1の2	急性期充実体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式14

## 初・再診料

## 初・再診料の施設基準等

医科診療報酬の初・再診料では、次の診療行為（基本点数の特例と加算項目）について施設基準等が設定されている（太字とグレーのamiかけ部分は令和6年改定による改定・新設）。

区分番号等	別点数・加算点数	点数	施設基準等の設定	
A000 初診料 291点	注1	〈ただし書〉情報通信機器を用いた初診	253 対象医療機関	
	注2	紹介割合・逆紹介割合が低い医療機関 [注1ただし書の場合]	特定機能病院 一般病床200床以上の①地域医療支援病院、②紹介受診重点医療機関	216 [188] 対象となる患者 (紹介状非持参患者)
	注3		その他の400床以上病院	216 [188]
	注4	特定妥結率初診料 [注1ただし書の場合]		216 [188] 対象病院(妥結率の報告)
	注7	時間外特例医療機関 [〈ただし書〉乳幼児]		230 [345] 特例が適用される時間
	注8	小児科標榜保険医療機関の乳幼児の時間外特例加算		200
	注9	夜間・早朝等加算		50 対象診療所(届出不要)
	注10	機能強化加算		80 対象医療機関
	注11	外来感染対策向上加算(月1回) [〈ただし書〉発熱患者等対応加算(月1回)]		6 対象診療所
	注12	連携強化加算(月1回)		3 注11該当/対象診療所
	注13	サーベイランス強化加算(月1回)		1 注11該当/対象診療所
	注14	抗菌薬適正使用加算(月1回)		5 注11該当/対象診療所
	注15	医療情報取得加算1(月1回) [〈ただし書〉医療情報取得加算2(月1回)]		3 対象医療機関(届出不要)
	注16	医療DX推進体制整備加算(月1回)		[1] 8 対象医療機関
	A001 再診料 75点	注1	〈かっこ書〉情報通信機器を用いた再診	75 対象医療機関
		注2	特定妥結率再診料	
注5		時間外特例医療機関 [〈ただし書〉乳幼児]		180 [250] 初診料の注7・8と共通
注6		小児科標榜保険医療機関の乳幼児の時間外特例加算		135
注7		夜間・早朝等加算		50 初診料の注9と共通
注8		外来管理加算		52 検査・計画的な医学管理
注10		時間外対応加算1・2・3・4		5・4・3・1 対象医療機関の体制
注11		明細書発行体制等加算		1 対象診療所(届出不要)
注12		地域包括診療加算1・2		28・21 対象診療所
注13		認知症地域包括診療加算1・2		38・31 対象診療所(注12の届出)
注15		外来感染対策向上加算(月1回) [〈ただし書〉発熱患者等対応加算(月1回)]		6 対象診療所
注16		連携強化加算(月1回)		3 注15該当/対象診療所
注17		サーベイランス強化加算(月1回)		1 注15該当/対象診療所
注18		抗菌薬適正使用加算(月1回)		5 注15該当/対象診療所
注19		医療情報取得加算3(3月1回) [〈ただし書〉医療情報取得加算4(3月1回)]		2 対象医療機関(届出不要)
注20		看護師等遠隔診療補助加算		[1] 50 対象医療機関
A002 外来診療料 76点	注1	〈ただし書〉情報通信機器を用いた再診	75 対象医療機関	
	注2	紹介割合・逆紹介割合が低い医療機関	特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関	56 対象となる患者 (他医療機関紹介の申出後に受診した患者)
	注3		その他の400床以上病院	56
	注4	特定妥結率外来診療料		56 初診料の注4と共通
	注8	時間外特例医療機関 [〈ただし書〉乳幼児]		180 [250] 初診料の注7・8と共通
	注9	小児科標榜保険医療機関の乳幼児の時間外特例加算		135
	注10	医療情報取得加算3(3月1回) [〈ただし書〉医療情報取得加算4(3月1回)]		2 対象医療機関(届出不要)
	注11	看護師等遠隔診療補助加算		[1] 50 対象医療機関

通則事項

初・再診料

入院料の通則

入院基本料

入院基本料等加算

特定入院料

短期滞在手術等基本料

歯科

## 診療報酬

A000 初診料 291点

注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、**情報通信機器を用いた初診**を行った場合には、**253点**を算定する。

注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、一般病床の数が200未満であるものを除く。））であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**216点**（注1のただし書に規定する場合にあっては、**188点**）を算定する。

注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り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）））であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、**216点**（注1のただし書に規定する場合にあっては、**188点**）を算定する。

注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。））に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。））に関して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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1本文の規定にか

かわらず、**特定妥結率初診料**として、**216点**（注1のただし書に規定する場合にあっては、**188点**）を算定する。

注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り**146点**（注1のただし書に規定する場合にあっては、**127点**）を、この場合において注2から注4までに規定する場合にあっては、**108点**（注1のただし書に規定する場合にあっては、**94点**）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注16までに規定する加算は算定しない。

注6 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、**75点**を所定点数に加算する。ただし、注7又は注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ**85点**、**250点**又は**480点**（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ**200点**、**365点**又は**695点**）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、**230点**（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、**345点**）を所定点数に加算する。

注8 小児科を標榜する保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限り。）において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ**200点**、**365点**又は**695点**を所定点数に加算する。

注9 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（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日においては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、**夜間・早朝等加算**として、**50点**を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。

注10 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、**機能強化加算**として、**80点**を所定点数に加算する。

注11 組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）

において初診を行った場合は、**外来感染対策向上加算**として、月1回に限り**6点**を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、**発熱患者等対応加算**として、月1回に限り**20点**を更に所定点数に加算する。

注12 注11本文に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携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初診を行った場合は、**連携強化加算**として、月1回に限り**3点**を更に所定点数に加算する。

注13 注11本文に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供す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初診を行った場合は、**サーベイランス強化加算**として、月1回に限り**1点**を更に所定点数に加算する。

注14 注11本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況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初診を行った場合は、**抗菌薬適正使用体制加算**として、月1回に限り**5点**を更に所定点数に加算する。

注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。

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。

#### 留意事項通知

(7) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注1」の規定にかかわらず「注2」又は「注3」の所定点数を算定する。(緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。)この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合(以下「紹介割合」という。)等が低い保険医療機関とは、「注2」にあっては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。)(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)及び紹介受診重点医療機関(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のうち同法第30条の18の4第1項第二号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1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により公表されたものをいう。以下同じ。)(一般病床の数が200床未満であるものを除く。)をいい、「注3」にあっては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。)をいう。紹介割合及び逆紹介割合の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間(ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間。また、新規に対象となる保険医療

機関については、届出前3か月間の実績を有していること)とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の実績が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。

※ 紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。

$$\text{紹介割合}(\%) = (\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) \div \text{初診の患者数} \times 100$$

$$\text{逆紹介割合}(\%) = \text{逆紹介患者数} \div (\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}) \times 1,000$$

なお、初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数をいう。

ア 初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。)とする。

イ 再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要ないと判断された患者の数を除く。)とする。

ウ 紹介患者数については、他の保険医療機関(特別の関係(第2部通則7の(3)に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。)にある保険医療機関を除く。)から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為(情報通信機

器を用いた診療のみを行った場合を除く。)があった患者の数とする。

エ 逆紹介患者数については、診療(情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。)に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者(開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。)の数とする。

オ 救急患者数については、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数(搬送された時間を問わない。)とする。

(8) 特定機能病院、地域医療支援病院(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)、紹介受診重点医療機関(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)及び許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。)のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の保険医療機関の取扱いについては、(8)と同様であること。

(9) 許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。)のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の保険医療機関の取扱いについては、(8)と同様であること。

(10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。

(11) 妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。

(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。

(24) 機能強化加算

ア 「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診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)局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料(「注5」のただし書に規定する2つ目の診療料に係る初診料を除く。)を算定する場合に、加算することができる。

イ 機能強化加算を算定する保険医療機関においては、かかりつけ医機能を有する医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。

(イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されて

いる医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。

(ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。

(ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。

(ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

(25) 外来感染対策向上加算

「注11」に規定する外来感染対策向上加算は、診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で発熱患者等の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係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)局長に届け出た診療所において初診料を算定する場合に、患者1人につき月1回に限り加算することができる。

(26) 発熱患者等対応加算

「注11」ただし書に規定する発熱患者等対応加算は、(25)の外来感染対策向上加算を算定している場合であって、発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定する。

(27) 連携強化加算

「注12」に規定する連携強化加算は、(25)の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合に算定する。

(28) サーベイランス強化加算

「注13」に規定するサーベイランス強化加算は、(25)の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加している場合に算定する。

(29) 抗菌薬適正使用体制加算

「注14」に規定する抗菌薬適正使用体制加算は、(25)の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加し、使用する抗菌薬のうちAccess抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は当該サーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内である場合に算定する。

(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、診療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。

イ 診療情報取得加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内に掲示するとともに、原則として、ウェブサイトに掲載し、必要に応じて患者に対して説明する。

- (イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式54に定めるとおりであり、診療情報取得加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間診票の項目について、別紙様式54を参考とする。

(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。

診療報酬

A 001 再診料

75点

注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（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情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。

注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、55点を算定する。

注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、38点（注2に規定する場合にあっては、28点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。

注4 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注6に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

注6 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

注7 区分番号A000に掲げる初診料の注9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保険医

療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日においては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合にあっては、この限りでない。

注8 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。

注9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注20までに規定する加算は算定しない。

注10 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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、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 時間外対応加算1 5点
- ロ 時間外対応加算2 4点
- ハ 時間外対応加算3 3点
- ニ 時間外対応加算4 1点

注11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。

注12 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（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。



イ	地域包括診療加算 1	28点	
ロ	地域包括診療加算 2	21点	
注13	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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに投薬。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、 <b>認知症地域包括診療加算</b> として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。		
イ	認知症地域包括診療加算 1	38点	
ロ	認知症地域包括診療加算 2	31点	
注14	注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、 <b>薬剤適正使用連携加算</b> として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、 <b>30点</b> を更に所定点数に加算する。		
注15	組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）において再診を行った場合は、 <b>外来感染対策向上加算</b> として、月1回に限り <b>6点</b> を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で再診を行った場合には、 <b>発熱患者等対応加算</b> として、月1回に限り <b>20点</b> を更に所定点数に加算する。		
注16	注15本文に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携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再診を行った場合は、 <b>連携強化加算</b> として、月1回に限り <b>3点</b> を更に所定点数に加算する。		
注17	注15本文に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供す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再診を行った場合は、 <b>サーベイランス強化加算</b> として、月1回に限り <b>1点</b> を更に所定点数に加算する。		
注18	注15本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況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再診を行った場合は、 <b>抗菌薬適正使用体制加算</b> として、月に1回に限り <b>5点</b> を更に所定点数に加算する。		
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、 <b>医療情報取得加算 3</b> として、3月に1回に限り <b>2点</b> 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、 <b>医療情報取得加算 4</b> として、3月に1回に限り <b>1点</b> を所定点数に加算する。		
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保険医療機関において、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、 <b>看護師等遠隔診療補助加算</b> として、 <b>50点</b> を所定点数に加算する。		

**留意事項通知**

- (3) 「注2」に規定する保険医療機関の取扱いについては、「A000」初診料の(10)から(12)までと同様である。
- (14) 再診料における外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算及び抗菌薬適正使用体制加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。ただし、同一月に「A000」の「注11」、医学管理等の部の通則3、在宅医療の部の通則5又は「I012」に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合にあっては算定できない。
- (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。
- イ **医療情報取得加算**の算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。
- (16) 注20に規定する**看護師等遠隔診療補助加算**は、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定されるへき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、前回の対面診療を実施した日から起算して、3月以内に限り算定する。

## 診療報酬

## A002 外来診療料

76点

- 注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、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、**情報通信機器を用いた再診**を行った場合には、**75点**を算定する。
- 注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、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**56点**を算定する。
- 注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、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**56点**を算定する。
- 注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して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において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**特定妥結率外来診療料**として、**56点**を算定する。
- 注5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り**38点**（注2から注4までに規定する場合にあっては、**28点**）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注11までに規定する加算は算定しない。
- 注6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。  
イーツ [略]
- 注7 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、**38点**を所定点数に加算する。ただし、注8又は注9に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 注8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ**65点**、**190点**又は**420点**（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ**135点**、**260点**又は**590点**）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、**180点**（6歳未満の乳幼児の場合においては、**250点**）を所定点数に加算する。
- 注9 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ**135点**、**260点**又は**590点**を所定点数に加算する。
- 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。
- 注11 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、看護師等といる患者に対して**情報通信機器を用いた診療**を行った場合は、**看護師等遠隔診療補助加算**として、**50点**を所定点数に加算する。

## 留意事項通知

- (2) 「注1」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、A000初診料の(2)の取扱いと同様である。
- (3) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、「注1」の規定にかかわらず、「注2」又は「注3」の所定点数を算定する（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について、選定療

養としてその費用を患者から徴収することができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い保険医療機関とは、「A000」初診料の(7)と同様である。

- (4) 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の保険医療機関においては、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

初・再診料【基本診療料・第三】

- (5) 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を除く。）のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の保険医療機関の取扱いについては、(4)と同様であること。
- (6) 「注4」に規定する保険医療機関の取扱いについては、「A000」初診料の(10)から(12)までと同様である。
- (7) 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、患者の意思に基づき、別の診療科を再診として受診した場合は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注5」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注6」のただし書及び「注7」から「注11」までに規定する加算は、算定できない。
- (8) 外来診療料の取扱いについては、A001再診料の場合と同様である。ただし、電話等による再診料及び外来管理加算は算定できない。

(別紙様式28)

初診料及び外来診療料の注2、注3に掲げる報告書

報告年月日： 年 月 日

区分の種類	□ 注2	□ 注3
保険医療機関の種類	□ 特定機能病院	
	□ 地域医療支援病院 (一般病床数が200床未満の病院を除く。)	
	□ 紹介受診重点医療機関 (一般病床数が200床未満の病院を除く。)	
	□ 上記以外の許可病床数が400床以上の病院 (一般病床数が200床未満の病院を除く。)	
①	初診の患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
②	再診の患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
③	紹介患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
④	逆紹介患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
⑤	救急患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
⑥	紹介割合 = (③+⑤) ÷ ① × 100	%
⑦	逆紹介割合 = ④ ÷ (①+②) × 1,000	‰

【記載上の注意】

- 1. 「①」から「⑤」までの「初診の患者数」、「再診の患者数」、「紹介患者数」、「逆紹介患者数」、「救急患者数」については、区分番号「A000」初診料の(7)及び区分番号「A002」外来診療料の(3)を参照すること。
- 2. 「①」から「⑤」までの「期間」については、原則として報告時の前年度の1年間とする。  
 ・ただし、報告時の前年度の1年間の実績が基準に満たなかった場合には、報告年度の連続する6月間とする。  
 ・新規に対象となる保険医療機関については、届出前3か月間の実績を有していること。

(参考) 令和6年改定：初再診料等の評価の見直し

➤ 外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、**初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点**引き上げる。

従前	令和6年改定後
<p>【初診料】</p> <p>初診料 288点</p> <p>情報通信機器を用いた初診料 251点</p> <p>初診料の注2・注3・注4（紹介率、受結率） 214点</p> <p>情報通信機器を用いた場合 186点</p> <p>初診料の注5（他傷病の初診） 144点</p> <p>情報通信機器を用いた場合 125点</p> <p>注2～4に規定する場合 107点</p> <p>情報通信機器を用いた場合 93点</p> <p>【再診料】</p> <p>再診料 73点</p> <p>情報通信機器を用いた再診料 73点</p> <p>再診料の注2（特定受結率） 54点</p> <p>再診料の注3（2以上傷病同日再診） 37点</p> <p>再診料の注2に規定する場合 27点</p> <p>【外来診療料】</p> <p>外来診療料 74点</p> <p>情報通信機器を用いた外来診療料 73点</p> <p>外来診療料の注2・注3・注4（紹介率、受結率） 55点</p> <p>外来診療料の注5（2以上傷病同日再診） 37点</p> <p>注2～4に規定する場合 27点</p>	<p>【初診料】</p> <p>初診料 <b>291点</b></p> <p>情報通信機器を用いた初診料 <b>253点</b></p> <p>初診料の注2・注3・注4（紹介率、受結率） <b>216点</b></p> <p>情報通信機器を用いた場合 <b>188点</b></p> <p>初診料の注5（他傷病の初診） <b>146点</b></p> <p>情報通信機器を用いた場合 <b>127点</b></p> <p>注2～4に規定する場合 <b>108点</b></p> <p>情報通信機器を用いた場合 <b>94点</b></p> <p>【再診料】</p> <p>再診料 <b>75点</b></p> <p>情報通信機器を用いた再診料 <b>75点</b></p> <p>再診料の注2（特定受結率） <b>55点</b></p> <p>再診料の注3（2以上傷病同日再診） <b>38点</b></p> <p>再診料の注2に規定する場合 <b>28点</b></p> <p>【外来診療料】</p> <p>外来診療料 <b>76点</b></p> <p>情報通信機器を用いた外来診療料 <b>75点</b></p> <p>外来診療料の注2・注3・注4（紹介率、受結率） <b>56点</b></p> <p>外来診療料の注5（2以上傷病同日再診） <b>38点</b></p> <p>注2～4に規定する場合 <b>28点</b></p>