


「届出医療等の活用と留意点」(2024年度～2025年度版) 正誤及び追補

(2024.10.09 現在)

※本書発刊以降に厚労省から出された告示・通知の訂正などによる正誤・追補は、■印で示している。
※最新の正誤は太枠で示している。

頁	訂正箇所	誤	正
○ 本書の利用方法(2024年9月30日までの経過措置)			
2	下段表の右欄	適切な意思決定支援に関する指針	<ul style="list-style-type: none"> 適切な意思決定支援に関する指針 健康相談及び予防接種に係る相談、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応、患者の状態に応じて28日以上長期投薬又はリフィル処方箋交付可能な旨の院内掲示 サービス担当者会議への参加実績やケアマネ等との相談機会の有無
○ A000 初診料の注10 機能強化加算(病院・診療所)			
92	上から2行目	(実績期間 不要)	(実績期間 1カ月)
○ A000～A002 初診料の注15, 再診料の注19, 外来診療料の注10 「医療情報取得加算」(病院・診療所)【届出不要】			
■102		全頁差し替え	【別紙A】(3頁)に差し替え
○ A000 初診料の注16「医療DX推進体制整備加算」(病院・診療所)			
■108～109		全頁差し替え	【別紙B】(4～6頁)に差し替え
■122	様式1の6	様式差し替え	【別紙C】(7頁)に差し替え
○ A001、A002 再診料の注20、外来診療料の注11「看護師等遠隔診療補助加算」(病院・診療所)			
118	上から13行目	(実績期間 不要)	(実績期間 1カ月)
○ J003-4 多血小板血漿処置(病院・診療所)			
■637	上から18行目	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。	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(ただし、自己多血小板血漿ゲルを用いた創傷治療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)。
○ O100～O102 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(病院・診療所)			
726	上から4行目	必要な対象職員の給与総額に 1.65% (事業主負担相当額)を含めて計上して	必要な対象職員の給与総額に 16.5% (事業主負担相当額)を含めて計上して
■728～762			【別紙D】(8頁)を追加説明
731	上から23行目	必要な対象職員の給与総額に 1.65% (事業主負担相当額)を含めて計上して	必要な対象職員の給与総額に 16.5% (事業主負担相当額)を含めて計上して
737	下から5行目	必要な対象職員の給与総額に 1.65% (事業主負担相当額)を含めて計上して	必要な対象職員の給与総額に 16.5% (事業主負担相当額)を含めて計上して
743	下から2行目	が必要な対象職員の給与総額に 1.65% (事業主負担相当額)を含めて計上	が必要な対象職員の給与総額に 16.5% (事業主負担相当額)を含めて計上
○ 届出受理後の要件変動の特例(病院・診療所)			
815	上段表の左欄	急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算* : 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 ※看護職員夜間配置加算では、各病棟最低3人配置が必要	急性期看護補助体制加算 : 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

○ A247 認知症ケア加算			
1160	下から 20 行目	式7の3・1164 頁参照)を作成している。 (2026 年9月 30 日までは、経過措置あり)。	式7の3・1164 頁参照)を作成している。 (2024 年9月 30 日までは、経過措置あり)。
○ A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料(HCU) (病院)			
1274	上から 11 行目の次に右を追加	□「救命救急入院料・特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類」(様式 43・1427 頁)	
1427	下段の様式 43	様式差し替え	【別紙E】(9～11頁)に差し替え
○ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料1、2の施設基準に係る届出書添付書類(病院)			
■1434	下段		【別紙F】(12頁)に差し替え
○ A308 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(病院)			
■1435	上段		【別紙G】(13頁)に差し替え
○ 適時調査実施要領(事前提出書類、当日準備書類)			
■1552 ～1574	9月 11 日付で、適時調査実施要領等が一部変更され、適時調査の際の「事前提出書類」(1552～1554 頁)、「当日準備書類」(1555～1574 頁)が変更された。 右より、「重点的に調査を行う施設基準」、「事前提出書類」及び「当日準備書類」を参照いただきたい。 適時調査実施要領そのものに変更はない。		【短縮 URL】 https://x.gd/3CQBF
			【二次元バーコード】 

最新の正誤表については、保団連 HP (<https://hodanren.doc-net.or.jp/>) でも紹介していきますので、ご確認下さい。

保団連正誤表

<https://hodanren.doc-net.or.jp/>



A000～A002 初診料の注 15、再診料の注 19、外来診療料の注 10

医療情報取得加算（病院・診療所）【届出不要】

1. 概要

- a) 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、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診療する体制を有し、施設基準を満たした保険医療機関において、受診した患者に対して、十分な情報を取得した上で診療した場合に算定できる。
- b) 以下の基準を満たす。
- ア レセプトのオンライン請求を行っている。
 - イ マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認を行う体制を有している。
 - ウ 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している。
 - ① オンライン資格確認を行う体制を有している。
 - ② 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。
 - エ ウ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（2025 年 5 月 31 日まで経過措置あり）。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。

2. 算定点数

(2024 年 11 月 30 日まで)

初診料

医療情報取得加算 1 3 点（月 1 回）

医療情報取得加算 2 1 点（月 1 回）

再診料・外来診療料

医療情報取得加算 3 2 点（3 月に 1 回）

医療情報取得加算 4 1 点（3 月に 1 回）

(2024 年 12 月 1 日から)

初診料

医療情報取得加算 1 点（月 1 回）

再診料・外来診療料

医療情報取得加算 1 点（3 月に 1 回）

届出・日常管理チェック表（医療情報取得加算）

右の日常管理欄を月 1 回点検して下さい。		日常管理
施設基準等	電子情報処理組織を使用した診療報酬請求（オンライン請求）を行っている。	<input type="checkbox"/>
	マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認を行う体制を有している。	<input type="checkbox"/>
	次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している。 ① オンライン資格確認を行う体制を有している。 ② 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。	<input type="checkbox"/>
	上記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（2025 年 5 月 31 日まで経過措置あり）。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。	<input type="checkbox"/>

A000 初診料の注 16

医療DX推進体制整備加算（病院・診療所）

重点施設基準

1. 概要

- a) 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可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービス等を導入し、医療DXに対応する体制を確保している医療機関で初診を行った場合に算定できる。
- b) 2科目初診料の場合は加算できない。
- c) 同一月に在宅医療DX情報活用加算又は訪問看護医療DX情報活用加算を算定した場合には、算定できない。
- d) 医療DX推進体制整備加算は、B001-2 小児科外来診療料、B001-2-7 外来リハビリテーション診療料、B001-2-8 外来放射線照射診療料、B001-2-11 小児かかりつけ診療料及び B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料に包括されず算定できる。
- e) 医療DX推進体制整備加算は、加算3の「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」未満でも届出ができ、加算1～3の利用率を満たした場合に該当する加算を算定する。また、加算3の利用率未満になっても取り下げる必要はない。

2. 算定点数

(2024年9月30日まで)

初診料

医療DX推進体制整備加算 8点（月1回）

(2024年10月1日から)

初診料

- イ 医療DX推進体制整備加算1 11点（月1回）
- ロ 医療DX推進体制整備加算2 10点（月1回）
- ハ 医療DX推進体制整備加算3 8点（月1回）

届出・日常管理チェック表（医療DX推進体制整備加算）

（実績期間 1 カ月）※日常管理欄の太枠は、適時調査の重点確認事項である。

届出	左の届出欄をすべて満たすと届出が可能です。 届出後は、右の日常管理欄を月 1 回点検してください。	日常管理			
		1	2	3	
<input type="checkbox"/>	適格要件を満たしている（25 頁参照）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
施設基準等	<input type="checkbox"/>	オンライン請求を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	オンライン資格確認を行う体制を有している。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行う。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等を診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、医師等が閲覧又は活用できる体制を有している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	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（経過措置：2025 年 3 月 31 日まで）。 ※届出時点で電子処方箋未導入の場合、導入予定年月を記載することとされているが、未定又は空欄であっても差し支えない（2024. 4. 12 厚労省事務連絡）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有している（経過措置：2025 年 9 月 30 日まで）。 ※2025 年 10 月 1 日以降に届出を行う場合に、届出書に記載する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 以下に掲げる事項について、保険医療機関の見やすい場所に掲示している。 ア 診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を閲覧又は活用して診療を実施している。 イ マイナ保険証を促進する等、医療 DX を通じて医療を提供できるよう取り組んでいる。 ウ 電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療 DX にかかる取組を実施している（経過措置：2025 年 9 月 30 日まで）。 <input type="checkbox"/> 上記の掲示事項について、2025 年 6 月 1 日以降は、原則として、ウェブサイトにも掲載する。なお、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、ウェブサイトへの掲載は不要である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」（次頁参照）は、次を満たしている。 ア. 2024 年 10 月 1 日から 2024 年 12 月 31 日までは、算定月の 3 カ月前～5 カ月前のいずれかの月の利用率が 15% 以上である。 イ. 2025 年 1 月 1 日以降□2025 年 1 月 1 日以降は、算定月の 3 カ月前～5 カ月前のいずれかの月の利用率が 30% 以上である。	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」（下記参照）は、次を満たしている。 ア. 2024 年 10 月 1 日から 2024 年 12 月 31 日までは、算定月の 3 カ月前～5 カ月前のいずれかの月の利用率が 10% 以上である。 イ. 2025 年 1 月 1 日以降□2025 年 1 月 1 日以降は、算定月の 3 カ月前～5 カ月前のいずれかの月の利用率が 20% 以上である。		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」（下記参照）は、次を満たしている。 ア. 2024 年 10 月 1 日から 2024 年 12 月 31 日までは、算定月の 3 カ月前～5 カ月前のいずれかの月の利用率が 5% 以上である。 イ. 2025 年 1 月 1 日以降□2025 年 1 月 1 日以降は、算定月の 3 カ月前～5 カ月前のいずれかの月の利用率が 10% 以上である。			<input type="checkbox"/>	

	<p>【レセプト件数ベースマイナ保険証利用率等について】</p> <p>※1 レセプト件数ベースマイナ保険証利用率とは、医療DX推進体制整備加算を算定する月の3月前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)</p> <p>※2 レセプト件数ベースマイナ保険証利用率は、医療DX推進体制整備加算を算定する月の3月前に代えて、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。</p> <p>※3 2024年10月1日から2025年1月31日までの間に限って、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)を用いることができる。この場合、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。</p> <p>※4 レセプト件数ベースマイナ保険証利用率については、医療DX推進体制整備加算1～3の基準を満たしていれば該当する点数を算定することが出来るものであり、地方厚生局長への届出を行う必要はない。</p>		
	<p>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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>届出書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>以下の届出書類が整っている。(提出は1通。届出書の写しを保管しておく)</p> <p><input type="checkbox"/> 「基本診療料の施設基準等に係る届出書」(別添7・49頁参照)</p> <p><input type="checkbox"/> 「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」(様式1の6・122頁参照)</p>

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)

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1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求が実施されている	<input type="checkbox"/>
2	健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている	<input type="checkbox"/>
3	オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等を診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、医師等が閲覧又は活用できる体制が整備されている	<input type="checkbox"/>
4	「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	<input type="checkbox"/>
5	電子処方箋を未導入の場合の、導入予定時期	令和()年 ()月
6	国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
8	医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている	<input type="checkbox"/>

【記載上の注意】

- 「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
- 「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。
- 「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。

別添「ベースアップ評価料の届出の簡素化について」

厚労省は、2024 年 9 月 11 日にベースアップ評価料の届出様式を簡素化するとともに、特設ページをリニューアルした。

主な変更点は、次の通りである。詳細は、下記の「厚労省ベースアップ評価料 特設ページ」を参照いただきたい。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

なお、引き続き 9 月改定前の届出様式を使つての届出も出来る。9 月改定前の届出については、「届出医療等の活用と留意点」728 頁～762 頁を参照いただきたい。

1. 届出様式及び届出様式の記載例を更新した。

- (1) 下記のシートについて、対象職員の基本給等に係る事項の職種グループ別の記載箇所を削除した。
 - ① 「別添 計画書（無床診療所及びⅡを算定する有床診療所）」シート
 - ② 「別添 計画書（歯科診療所及びⅡを算定する有床診療所）」シート
- (2) ベースアップ評価料対象外職種の「給与総額」に関する項目を削除した。
- (3) 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）について、
 - ① 届出を行う月の選択方法を変更した。
 - ② 評価料（Ⅱ）を届け出ない場合、「対象職員の給与総額」の記載を不要とした。

2. 特設ページへの掲載内容の追加・更新

- (1) はじめて届出を行う医療機関向けの説明動画・資料を更新した。
- (2) 「ベースアップ評価料の届出書類の書き方」を追加した。
- (3) 届出様式の簡素化に関する説明動画・資料を追加した。
- (4) 評価料（Ⅱ）の追加届出に関する説明動画・資料を追加した。
- (5) 入院ベースアップ評価料の追加届出に関する説明動画・資料を追加した。
- (6) ベースアップ評価料賃金改善計画書計算ツールを更新した。

【別紙E】 1427 頁下段を、9～11 頁に差し替え

様式 43

救命救急入院料・特定集中治療室管理料
 ・ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る
 重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類

- 1 救命救急入院料（2・4）、特定集中治療室管理料（1・2・3・4・5・6）
 （該当に○）

病 床 数		床	入室患者延べ数 の算出期間 (1か月) 年 月
入 室 患 者 の 状 況	① 入室患者延べ数 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ	名	
	② ①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数	名	
	③ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合（②／①）	%	
重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況		実施年月日 年 月 日	

2 救命救急入院料（1・3）、ハイケアユニット入院医療管理料（1・2）
（該当に○）

- (1) 届出事項（入院料等の届出の変更・評価票の変更）（該当に○）
 (2) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度（I・II）（該当に○）
 (3) 入室患者の状況等

病 床 数		床	入室患者延べ数の算出期間 (1か月) 年 月	
入室患者の状況	① 入室患者延べ数	名		
	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度			
	I	②【割合①】①のうち重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、以下のいずれかに該当する患者の延べ数 ・蘇生術の施行 ・中心静脈圧測定 ・人工呼吸器の管理 ・輸血や血液製剤の管理 ・肺動脈圧測定 ・特殊な治療法等	名	
		③【割合①】重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、②のいずれかに該当する患者の割合（②／①）	%	
		④【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の延べ数	名	
		⑤【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の割合（④／①）	%	
		II	②【割合①】①のうち重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、以下のいずれかに該当する患者の延べ数 ・蘇生術の施行 ・中心静脈圧測定 ・人工呼吸器の管理 ・輸血や血液製剤の管理 ・肺動脈圧測定 ・特殊な治療法等	名
	③【割合①】重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、②のいずれかに該当する患者の割合（②／①）		%	
	④【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の延べ数		名	
	⑤【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の割合（④／①）		%	
重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況			実施年月日 年 月 日	

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、当該届出を行う治療室に入室した患者の延べ数をいう。退室した日並びに短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者については入室患者延べ数に含めない。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）についても入室患者延べ数に含めない。
- 3 救命救急入院料2、4又は特定集中治療室管理料の届出を行う場合は、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行うこと。なお、この場合の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、「モニタリング及び処置等（A項目）」に係る得点が「2点以上」である患者をいう。
- 4 救命救急入院料1、3又はハイケアユニット入院医療管理料の届出を行う場合は、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」を用いて評価を行うこと。

【別紙 F】 1434 頁下段を、12 頁に差し替え

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

①	直近6か月間における退院患者数	名
(再掲) (1)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	名
②	在宅復帰率 (1)／①	%
③	直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上又はFIM総得点が55点以下であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合 ④／③	%
⑥	直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上又はFIM総得点が55点以下であった患者	名
⑦	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 42 16点以上改善していた患者	名
⑧	日常生活機能評価が4点以上又はFIM総得点が 42 16点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥	%

【別紙G】 1435 頁上段を、13 に差し替え

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

①	直近6か月間における退院患者数	名
(再掲) (1)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	名
②	在宅復帰率 (1)／①	%
③	直近6か月間に当該病棟又は病室に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合 ④／③	%
⑥	直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
⑦	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	名
⑧	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	%
日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況	実施日： 年 月 日	
FIMの測定に関わる職員を対象としたFIMの測定に関する研修会の実施状況	実施日： 年 月 日	

6. 周辺の医療機関の回復期リハビリテーション病棟の届出状況 (回復期リハビリテーション入院医療管理料に限る。)

当該病院を中心とした半径12キロメートル以内の回復期リハビリテーション病棟入院料1から5の届出数(当該病院を含む)： 回	病棟
--	----

[記載上の注意]

- 「①」の直近6か月間における退院患者数については、入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟又は病室を有する病棟以外の病棟(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。)へ転院した患者及び他の保険医療機関へ転院した患者(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。)を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟又は病室を有する病棟以外の病棟へ転院した患者、他の保険医療機関(有床診療所入院基本料(別添2の第3の5の(1)のイ)に該当するものに限る。)を算定する病床を除く。)へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。
- 「⑥」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。