

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

1 保険医療機関コード
 保険医療機関名

2 該当する届出

算出を行う月（通知別表7を参照）

新規 区分変更 3月 6月 9月 12月

※ 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。

届出する月	算出を行う月
3月	3月
4月	
5月	
6月	6月
7月	
8月	
9月	9月
10月	
11月	
12月	12月
1月	
2月	

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

※【記載上の注意】1を参照

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

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(「2」の入力に連動)

前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

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

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

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

(2)外来・在宅ベースアップ評価料(I)等の算定回数・金額の見込み

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

前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

②再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

④訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑤歯科初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑥歯科再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑧歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

- ※ 算出対象期間の1月当たりの平均の算定回数(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。
- ※ 自由診療の患者については、計上しない。
公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。
- ※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

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)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

(4) 延べ入院患者数

【対象期間の1月当たりの平均】

人月 (前回届出時 人月)

- ※ 算出対象となる期間の1月当たりの延べ入院患者数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。
- ※ 自由診療の患者については、計上しない。
公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。
- ※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。
- ※ 対象期間の1月当たりの平均延べ入院患者数が30人月未満である場合については、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ても差し支えない。ただし、その場合は入院ベースアップ評価料を届け出ないこと。

(5) 【C】の値

(前回届出時)

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

5 前回届け出た時点との比較

- 前回届出時と比較して、
- 対象職員の給与総額(4(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。

※ 上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

6 4により算出した【C】に基づき、該当する区分

算定不可

【記載上の注意】

- 「3」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。
- 「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。)
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。
- 「4」(2)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・医科点数表区分番号(以下2~5において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)
- 「4」(2)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号A001に掲げる再診料
 - ・区分番号A002に掲げる外来診療料
 - ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 「4」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 「4」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)」については、以下の合計算定回数を記載すること。

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