

施設基準登録(外来・在宅ベースアップ評価料(1))

外来・在宅ベースアップ評価料(1)を算定するには施設基準の登録が必要です。

下記の手順で登録を行って下さい。

※施設基準の登録により、自動算定されます。

例)令和8年3月1日より、「外来・在宅ベースアップ評価料(1)」の算定を行う場合

1. 業務メニュー → **91 マスタ登録** ⇒ **101 システム管理マスタ** を開きます。

2. 管理コード「1006 施設基準情報」を選択します。

管理コード: 1006 施設基準情報

選択番号:

有効年月日: ~

3. 右側の有効期間一覧より、最下行(有効終了日が99999999となっている行)を選択します。

番号	有効開始年月日	有効終了年月日
001	00000000	H26. 3.31
002	H26. 4. 1	H28. 3.31
003	H28. 4. 1	H30. 3.31
004	H30. 4. 1	R 2. 3.31
005	R 2. 4. 1	R 5. 3.31
006	R 5. 4. 1	R 6. 3.31
007	R 6. 4. 1	99999999

管理コード: 1006 施設基準情報

選択番号: 7

有効年月日: R 6. 4. 1 ~ 99999999

4. 終了日に算定を開始する前月末を入力し **確定(F12)** を2回押します。

(例ではR8年2月28日)

管理コード: 1006 施設基準情報

選択番号: 7

有効年月日: R 6. 4. 1 ~ 99999999

管理コード: 1006 施設基準情報

選択番号: 7

有効年月日: R 6. 4. 1 ~ R 8. 2.28

Point !

施設基準の有効期間を分けることにより、返戻等で会計訂正を行った際の算定ミスを防ぐことができます。例の場合、令和8年2月28日までは「外来・在宅ベースアップ評価料(1)」は算定されず、令和8年3月1日から「外来・在宅ベースアップ評価料(1)」が算定されます。

5. 下記のような画面が表示されますので、そのまま **確定(F12)** を押します。
 施設基準の名称が青文字で表示されており、「フラグ」が「1」になっているものが現在有効な施設基準です。新たな期間を作成しても、現在の設定内容は引き継がれます。

(W03)システム管理情報-施設基準情報設定 - クレオクリニック [ormaster]

<有効分> 有効期間 R 6. 4. 1 ~ R 8. 2. 28

コード	施設基準	フラグ
0003	特定機能病院	1
0006	精神病棟	0
0009	特殊疾患入院施設管理加算	0
0014	精神科作業療法	0
0015	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	0
0019	重症者等療養環境特別加算	0
0022	開放型病院共同指導料	0
0023	精神科	1
0026	皮膚科	0
0029	精神科ナイト・ケア	0
0031	精神科応急入院施設管理加算	0
0035	人工尿嚢検査・人工尿嚢療法	0
0036	業別管理指導料	0
0040	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	0
0045	重度認知症患者デイ・ケア料	0
0057	療養環境加算	0
0061	結核病棟	0
0063	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	0
0070	体外衝撃波胆石破砕術	0
0090	療養病棟療養環境加算 1	0
0091	療養病棟療養環境加算 2	0
0096	在宅がん医療総合診療料	1
0098	人工内耳植込術	0
0100	補助人工心臓	0
0104	精神科デイ・ナイト・ケア	0

選択コード

診療コード 有効期間

施設基準

適応対象施設基準

戻る クリア 削除 ← 前頁 次頁 → 選択コード **設定分** 医療DX **確定**

Point !
 「設定分」を押すと現在有効な全ての施設基準を確認することができます。

6. 下記のような画面が表示されたら、**OK** を押して登録を完了します。

(WID1)確認画面

1001

登録処理をします

戻る OK

7. 再度、管理コード「1006 施設基準情報」を選択し、新しく作成する期間の有効開始日を入力します。(例では R8年3月1日)

終了日は **Enter** を押し、無期限「99999999」にして **確定(F12)** を押します。

管理コード 1006 施設基準情報

選択番号 ここは空欄の状態

有効年月日 R 8. 3. 1 ~ 99999999

番号	有効開始年月日	有効終了年月日
001	00000000	H26. 3.31
002	H26. 4. 1	H28. 3.31
003	H28. 4. 1	H30. 3.31
004	H30. 4. 1	R 2. 3.31
005	R 2. 4. 1	R 5. 3.31
006	R 5. 4. 1	R 6. 3.31
007	R 6. 4. 1	R 8. 2.28

8. 左下の「選択コード」欄に「4307」と入力し、を押します。

0070	体外衝撃波胆石破碎術
0090	療養病棟療養環境加算 1
0091	療養病棟療養環境加算 2
0096	在宅がん医療総合診療料
0098	人工内耳植込術
0100	補助人工心臓
0104	精神科デイ・ナイト・ケア

選択コード

診療コード

施設基準

9. 「外来・在宅ベースアップ評価料(1)」の「フラグ」欄にカーソルが移動します。

4140	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）	0
4141	再製造単回使用医療機器使用加算	0
4307	外来・在宅ベースアップ評価料（1）	0
4308	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 1	0
4309	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 2	0
4310	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 3	0
4311	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 4	0
4312	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 5	0
4313	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 6	0
4314	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 7	0
4315	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 8	0
4323	看護補助体制充実加算 1（看護補助加算）	0
4324	看護補助体制充実加算 2（看護補助加算）	0
4325	入院ベースアップ評価料 1	0
4326	入院ベースアップ評価料 2	0
4327	入院ベースアップ評価料 3	0
4328	入院ベースアップ評価料 4	0

選択コード

診療コード 有効期間

施設基準

10. 「フラグ」を「0」→「1」に変更して を押します。名称が青文字で表示されます。

フラグを「1」にする
と有効になります。

4140	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）	0
4141	再製造単回使用医療機器使用加算	0
4307	外来・在宅ベースアップ評価料（1）	1
4308	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 1	0
4309	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 2	0

11. 右下の を押します。

4140	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）	0
4141	再製造単回使用医療機器使用加算	0
4307	外来・在宅ベースアップ評価料（1）	1
4308	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 1	0
4309	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 2	0
4310	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 3	0
4311	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 4	0
4312	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 5	0
4313	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 6	0
4314	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 7	0
4315	外来・在宅ベースアップ評価料（2） 8	0

選択コード

診療コード 有効期間

施設基準

通減対象施設基準

戻る クリア 削除 前頁 次頁 選択コード 医療DX 確定

12. 設定済みの施設基準情報が下記のように表示されます。内容を確認の上、**確定(F12)** を押します。

《設定分》 有効期間 R 8. 3. 1 ~ 99999999

コード	施設基準	フラグ
3599	人工腎臓（慢性維持透析を行った場合1）	1
3601	導入期加算1（人工腎臓）	1
3678	小児運動器疾患指導管理料	1
3685	ニコチン依存症管理料（情報通信機器）	1
3764	小児かかりつけ診療料2	1
3767	外来データ提出加算	1
3771	在宅データ提出加算	1
3812	有床診療所在宅患者支援病床初期加算	1
3825	情報通信機器を用いた診療に係る基準	1
3826	外来感染対策向上加算	1
3827	連携強化加算（外来感染対策向上加算）	1
3828	サーベイランス強化加算（外来感染対策向上）	1
3859	一般不妊治療管理料	1
4034	抗菌薬適正使用体制加算	1
4035	医療DX推進体制整備加算（医科・歯科）	1
4036	時間外対応加算2	1
4100	在宅医療DX情報活用加算	1
4102	在宅医療情報連携加算	1
4307	外来・在宅ベースアップ評価料（1）	1
6016	外来リハビリテーション診療料（名寄せコード）	1
		0
		0
		0
		0
		0

選択コード

診療コード 有効期間

施設基準

通減対象施設基準

戻る クリア 削除 ← 前頁 次頁 → 選択コード 全コード 医療DX **確定**

13. 下記のような画面が表示されたら、**OK** を押して登録を完了します。

(WID1)確認画面

1001

登録処理をします

戻る **OK**

13. 再度、管理コード「1006 施設基準情報」を選択します。下記のように、期間が分かれていることを確認して下さい。

管理コード 1006 施設基準情報

選択番号

有効年月日 ~

番号	有効開始年月日	有効終了年月日
001	00000000	H26. 3.31
002	H26. 4. 1	H28. 3.31
003	H28. 4. 1	H30. 3.31
004	H30. 4. 1	R 2. 3.31
005	R 2. 4. 1	R 5. 3.31
006	R 5. 4. 1	R 6. 3.31
007	R 6. 4. 1	R 8. 2.28
008	R 8. 3. 1	99999999

以上で、設定は完了です。

次ページは、「外来・在宅ベースアップ評価料(1)」に関するよくあるご質問です。

よくあるご質問

Q: 「外来・在宅ベースアップ評価料」は自動算定されますか？

A: 施設基準を登録した期間内であれば自動算定されます。(例では R8年3月1日以降)

Q: 診療行為入力の画面で「外来・在宅ベースアップ評価料」が自動算定されていません。

A: 診療行為入力の次の画面(診療行為確認画面)で自動発生します。

※検査の判断料や処方箋料が自動発生する画面です

番号	診療区分	診療行為	点数×回数	計
1	120 再診料	再診料 時間外対応加算 2 明細書発行体制等加算 外来感染対策向上加算 (再診) 連携強化加算 (再診) サーベイランス強化加算 (再診) 抗菌薬適正使用体制加算 (再診)	9 5 × 1	9 5
2	120 再診料	外来管理加算	5 2 × 1	5 2
3	842 その他	外来・在宅ベースアップ評価料 (1) 2 (再診時等)	2 × 1	2

Q: 「外来・在宅ベースアップ評価料」の初診時・再診時・訪問診療時は自動で判断されますか？

A: 診療行為の内容(初診・再診・訪問診療)により、自動判断されます。

Q: 初診料・再診料や、外来・在宅ベースアップ評価料の算定回数を調べる方法がありますか？

A: 52月次統計の 004 「診療行為別使用頻度一覧」で

調べることが出来ます。

003	出力帳票 * 0	開始日 *	終了日 *	入外区分 * 2	診療科コード *
	医師コード *	0件印字 *			
<input checked="" type="checkbox"/> 診療行為別使用頻度一覧					
004	診療分類指定 * 10	診療年月日 * R 8. 3. 1	入外区分 * 2	印字順序 * 2	集計区分 *
	開始年月日 *	終了年月日 *			
<input type="checkbox"/> 保険別患者台帳					
005	対象年月 *	入外区分 * 2	保険者番号 *	公費負担者番号 *	本人・家族 *

※1ヶ月単位で調べることが出来ます。

※004を押すと、パラメータ(説明)が表示されます。

< 診療分類指定 > 初診、再診、指導、在宅 → 10

外来・在宅ベースアップ評価料 → 80

< 診療年月日 > 調べたい月のいずれかの日にち

< 入外区分 > 1:入院、2:外来、3:入外合計

< 印字順序 > 2:カナ(昇順)を選択すると名称順に並びます

< 集計区分 > 空白にすると診療年月日が含まれた月の月報として処理します

上記設定後、**処理開始(F12)** を押し、**F10 プレビュー** または **F12 印刷する** を押します。

連番	診療行為コード 自院入力コード	診療行為名称	点数 (薬価)	回数	点数×回数 (薬価×量)
1	095910001 ro14	診断書料(白紙費)	0.00	1	0.00
2	095930001	アルファンスシーネ	1000.00	1	1000.00
3	0959800131 un	運動器リハビリテーション開始日	0.00	1	0.00
4	101805200	運動器リハビリテーション料(1)	190.00	1	190.00
5	180725710	外来・在宅ベースアップ評価料(1) 1 (初診時)	6.00	1	6.00
6	180725810 ga1be	外来・在宅ベースアップ評価料(1) 2 (再診時等)	2.00	16	32.00
7	180924710	料1			
8	101800870 ro10	療費の給付請求書取送料	2000.00	1	2000.00

点数や算定回数が表示されます。