

令和6年5月11日（土）

令和6年度 保険点数改定説明会

～令和6年度診療報酬改定の概要について～

(4) その他

吹田市医師会



16. 医薬品の安定供給、 後発医薬品やバイオ後続品の促進

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- 長期収載品の使用について、**①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合**や、**②一般名処方の場合は、選定療養の対象とする。**
- ただし、**①医療上の必要性があると認められる場合**（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、**②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**については、選定療養とはせず、引き続き、**保険給付の対象とする。**

※具体的な対象品目や運用等の詳細については3月中に通知予定

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げる
こととしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品**については
選定療養の対象（※）とする。
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）につ
いては、対象外とする。
 - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**に
は、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とす
る。**

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

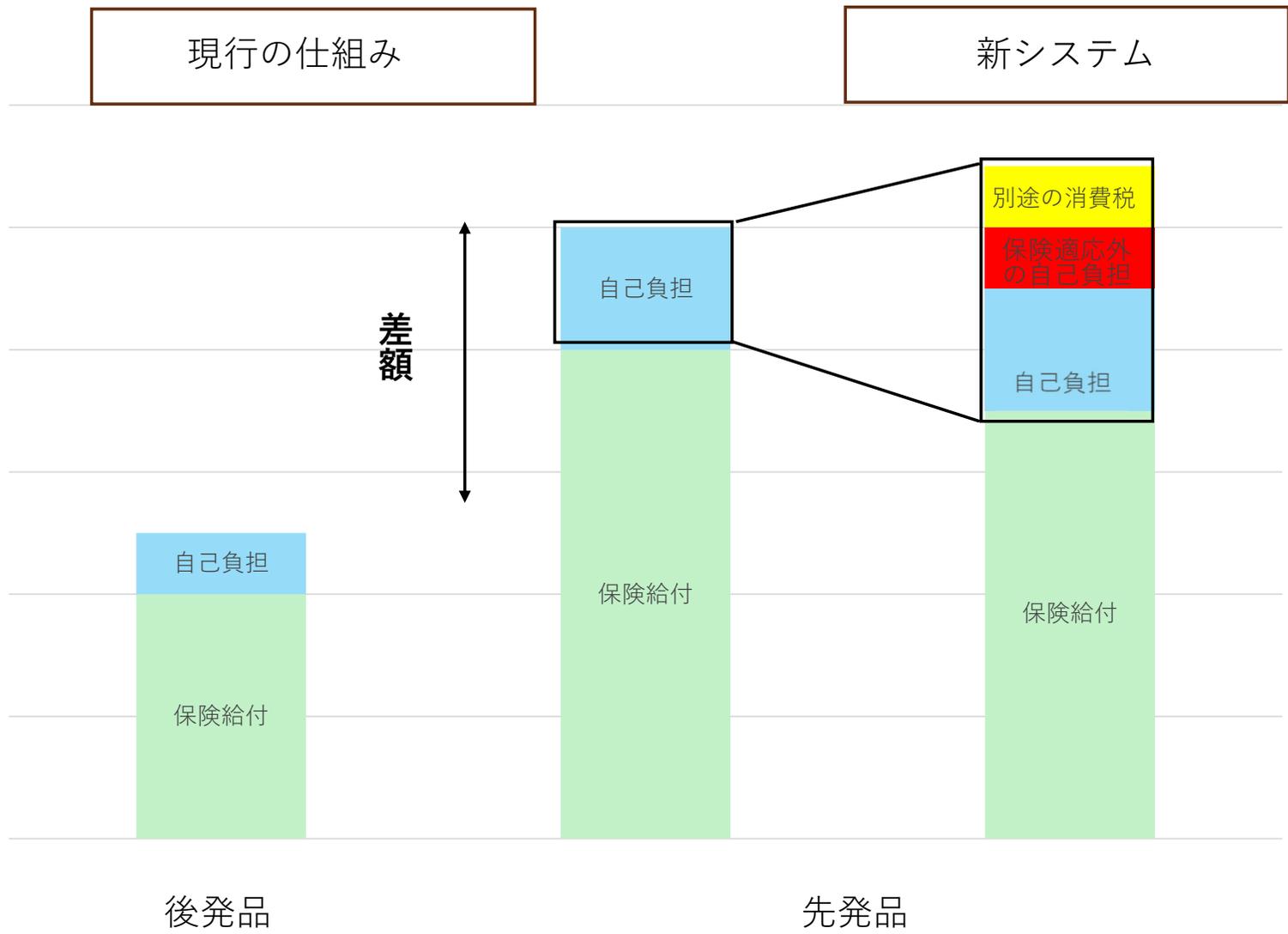
医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。**
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の1相当分**とする。

※具体的な対象品目や運用等の詳細については3月中に通知予定

給付削減で自己負担増



長期収載品の保険給付の在り方の見直し

◎ その他次のような対応を行う。

- ・ 長期収載品の投与に係る特別の料金その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。
- ・ 医療上の必要性があると認められる場合について、処方等の段階で明確になるよう、**処方箋様式を改正する。**

[施行日等] **令和6年10月1日**から施行・適用する。

医薬品の安定供給に資する取組の推進

<一般名処方加算の見直し>

一般名処方加算について、**医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。**（加算1・2それぞれ3点引き上げ）

<後発医薬品使用体制加算・

外来後発医薬品使用体制加算の見直し>

後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、**医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。**（後発医薬品使用体制加算は40点、外来後発医薬品使用体制加算は3点が、それぞれ引上げられる）

バイオ後続品の使用促進

<バイオ後続品使用体制加算の新設>

入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、患者に対して、**バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明**を行った上で使用し、**成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価**を新設する。

<バイオ後続品導入初期加算の見直し>

外来におけるバイオ後続品導入初期加算の**対象患者**について、外来化学療法を実施している患者から、**医療機関において注射するバイオ後続品を使用する全ての患者**に見直す。

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

<同一敷地内薬局を有する医療機関に関する処方箋料の見直し>

1月あたりの処方箋の交付が平均4,000回を超える医療機関が、**当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が9割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料の評価**を見直す。



19. 点数改定 その他

一般処置

J001 熱傷処置

改正点数

500cm ² 以上3000cm ² 未満	270点	→	337点 (+67点)
3000cm ² 以上6000cm ² 未満	504点	→	630点 (+126点)
6000cm ² 以上	1500点	→	1875点 (+375点)

一般処置

J001-7 爪甲除去(麻酔を要しないもの)

改正点数

爪甲除去（麻酔を要しないもの） 60点 → 70点 (+10点)

一般処置

J038人工腎臓(1日につき)

改正点数

慢性維持透析を行った場合1

4 時間未満の場合	1885点→1876点 (-9点)
4 時間以上 5 時間未満の場合	2045点→2036点 (-9点)
5 時間以上の場合	2180点→2171点 (-9点)

慢性維持透析を行った場合2

4 時間未満の場合	1845点→1836点 (-9点)
4 時間以上 5 時間未満の場合	2005点→1996点 (-9点)
5 時間以上の場合	2135点→2126点 (-9点)

一般処置

J038人工腎臓(1日につき)

改正点数

慢性維持透析を行った場合3

4 時間未満の場合

1805点→1796点 (-9点)

4 時間以上 5 時間未満の場合

1960点→1951点 (-9点)

5 時間以上の場合

2090点→2081点 (-9点)

導入初期加算2

400点→410点 (+10点)

導入初期加算3

800点→810点 (+10点)

皮膚科処置

J054-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき）

改正点数

皮膚レーザー照射療法（一連につき）

色素レーザー照射療法 2170点 → 2712点 (+542点)

泌尿器科処置

J062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）

改正点数

J062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 1290点 → 1612点（+322点）

改正点数

J067 誘導ブジー法

誘導ブジー法 216点 → 270点（+54点）

産婦人科処置

J077 子宮出血止血法

改正点数

子宮出血止血法 1 分娩時のもの 624点 → 780点 (+156点)

J082-2 薬物放出子宮内システム処置

改正点数

薬物放出子宮内システム処置 1 挿入術 240点 → 300点 (+60点)

耳鼻咽喉科処置

J095-2 鼓室処置(片側)

改正点数

鼓室処置(片側) 55点 → 62点 (+7点)

J109 鼻咽腔止血術(ベロック止血法)

改正点数

鼻咽腔止血術 (ベロック止血法) 440 → 550点 (+110点)

耳鼻咽喉科処置

J113 耳垢栓塞除去(複雑なもの)

改正点数

耳垢栓塞除去(複雑なもの)	1	片側	100点	→	90 (-10点)
耳垢栓塞除去(複雑なもの)	2	両耳	180点	→	160 (-20点)

整形外科的処置

J116-2 粘(滑)液膿穿刺注入(片側)

改正点数

J116-2 粘液囊穿刺注入 (片側) 80点 → 100点 (+20点)

J117 鋼線等による直達牽引(2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む)(1局所を1日につき)

改正点数

鋼線等による直達牽引 (2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む) (1局所を1日につき) 50点 → 62点 (+12点)

(手術料) <第1款 皮膚・皮下組織>

K000 創傷処理「3. 筋肉、臓器に達するもの(長径10cm以上)
「ロ. その他のもの」

改正点数

創傷処理「3. 筋肉、臓器に達するもの(長径10cm以上) 「ロ. その他のもの」

2690→ 3090点(+400点)

K000-2 小児創傷処理(6歳未満)「3. 筋肉、臓器に達するもの(長径
5cm以上10cm未満)

改正点数

小児創傷処理(6歳未満) 「3. 筋肉、臓器に達するもの(長径5cm以上10cm未満) 」

2490→ 2860点(+370点)

小児創傷処理(6歳未満) 「4. 筋肉、臓器に達するもの(長径10cm以上) 」

3840→ 4410点 (+570点)

(手術料) <第1款 皮膚・皮下組織>

K001 皮膚切開術「3. 長径20cm以上」

改正点数

皮膚切開術「3. 長径20cm以上」

1980点 → 2270 (+290点)

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)「3. 長径4cm以上」

改正点数

皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)「3. 長径4cm以上」

4360 → 5010 (+650点)



19. その他

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
 - ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている保守管理の計画書や研修修了証の写し等について、[添付資料の低減等](#)を行う。
 - ◆ 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合を行う。
 - ◆ レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行う。

【現行】

記載事項	選択式コード	レセプト表示文言
(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合) 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を当該月に算定している場合) 当該往診を行った年月日を記載すること。	850100093	往診を行った年月日；(元号)yy”年 “mm”月”dd”日”



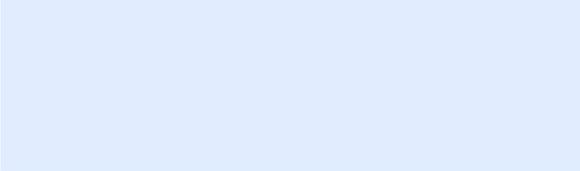
【改定後】

記載不要

- 施設基準の届出について、現在主に紙で届け出ることとされている施設基準について[電子的な届出を可能にする](#)ことで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。



20. 経過措置・届出



令和6年度診療報酬改定
経過措置

経過措置については、別途、告示、通知及び
「施設基準届出チェックリスト」を参照されたい。

○診療所において届出直しが必要な施設基準

◇届出期限：令和6年10月1日

- ・地域包括診療加算
- ・有床診療所療養病床入院基本料
- ・地域包括診療料
- ・外来腫瘍化学療法診療料 1

◇届出期限：令和7年1月1日

- ・外来感染対策向上加算
- ・感染対策向上加算 1
- ・感染対策向上加算 2
- ・感染対策向上加算 3

○届出方法

- 施設基準の届出は正本1通を郵送する。
- 封筒の上部の余白に朱書きで「医科 施設基準届出書在中」と記載する。
- 「届出書」の開設者の押印は不要。施設基準ごとに作成する。
- 通知や届出様式で定められた添付資料を提出する。
- 保険医療機関において、提出した「届出書」の写し（副本）を保管する。

○提出期間

令和6年5月2日（木）～令和6年6月3日（月）必着

- （届出期限が令和6年10月1日、令和7年1月1日、令和7年6月1日、令和8年6月1日である施設基準を除く。）

○提出先

〒540-0011
大阪市中央区農人橋 1-1-22 8階
近畿厚生局指導監査課

施設基準の届出について

お願い

- 令和6年6月1日から算定を行うための届出期間は、**令和6年5月2日から6月3日**です。ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。