

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～

（2）各論Ⅰ（外来診療など）

吹田市医師会

令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

1. 診療報酬 +0.88% (令和6年6月1日施行)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア+2.5%、R7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%
- ② 入院時の食費基準額の引上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10~20円） +0.06%
- ③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%
- ④ ①~③以外の改定分 +0.46%（※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む）
うち各科改定率：医科+0.52%、歯科+0.57%、調剤+0.16%

2. 薬価等

- ① 薬価 ▲0.97% (令和6年4月1日施行)
- ② 材料価格 ▲0.02% (令和6年6月1日施行)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む（対象：約2000品目程度）

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

⇒選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、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（R6年10月1日施行）

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、R6年度に2.5%、R7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

令和5年11月20日 財務省財政制度等審議会

令和6年度予算の編成等に関する建議

資料「概要」(参考1)3項

II：各論

1. 社会保障

- ・ 能力に応じて負担し、必要に応じて給付し、持続可能な制度を次世代に伝える「全世代型」への制度改革が必要。

(少子化対策)

- ・ 「**こども未来戦略方針**」に基づき、**安定した財源を確保した上で着実に実施**すべき。具体的には、**徹底した歳出改革等**を行い、**実質的に追加負担を生じさせない**ことを目指す。**歳出改革等による財源確保、経済社会の基盤強化を行う中で、支援金制度を構築**する。

(報酬改定：医療・介護・障害)

- ・ 高齢化等による**国民負担率の上昇に歯止めをかける**ことが必要。
 - 約2万2千の医療法人を対象に実施した**財務省の機動的調査で判明した診療所の極めて良好な直近の経営状況**(2022年度経常利益率8.8%)等を踏まえ、**診療所の報酬単価を適正化**すること等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ**診療報酬本体をマイナス改定**とすることが適当
 - **診療所の報酬単価**については、経常利益率が全産業やサービス産業(経常利益率3.1~3.4%)と比較して同程度となるよう**5.5%程度引き下げる**。これにより、保険料負担は年間2,400億円程度軽減(現役世代の保険料率で▲0.1%相当。年収500万円の場合、年間5千円相当の軽減)
その上で、現場従事者の処遇改善に向けて、毎年生じる単価増・収入増を原資とすることを基本としつつ、**利益剰余金の活用、強化される賃上げ税制の活用、その他賃上げ実績に応じた報酬上の加算措置を検討**すべき。
- ・ 介護分野の職場環境の改善・生産性向上等に取り組むべき。

(改革工程)

- ・ 全世代型社会保障に向けた改革について、**医療提供体制、保険給付範囲の在り方、能力に応じた負担の観点から検討**が必要

令和5年11月20日 財務省財政制度等審議会

令和6年度予算の編成等に関する建議

本文(抜粋②)

(2) 診療報酬改定

ウ) 医療費の動向

① 診療所

医療法人である診療所の経営状況は、後述のとおり平均的な経常利益が8.8%(令和4年度(2022年度))となるなど極めて良好であるほか、利益剰余金の積み上がりも生じており、フロー・ストックとも十分な賃上げ原資があると考えられる。近年の物価上昇率を大きく上回る単価増・収益増や、極めて良好な経営状況等を踏まえ、**診療所の報酬単価について初診料・再診料を中心に引き下げ、診療報酬本体をマイナス改定とすべき**である。

ア) 経営状況と物価動向

a) 診療所の報酬単価と物価動向

このように診療所の報酬単価が物価を大きく上回って上昇してきている実態を踏まえると、公定価格を引き上げないと医療機関は物価上昇分を価格に転嫁することができないとの議論は診療所における診察実態に基づくものとは言えない。

b) 診療所の収益・費用・利益

このような収益・費用の状況を踏まえると、**報酬単価を引き上げる必要はなく、むしろ、保険料・公費等を財源とした公定価格であることを勘案し、他産業とも比較して過度な経常利益率にならないよう報酬単価を引き下げる必要がある。**

c) 診療所の費用構造

医療法人である診療所の費用構造の詳細を見ると、**開業医(院長)の平均給与は約3,000万円(費用の約2割)**と費用に占める割合は大きくなっている。診療所の報酬単価の適正水準を考える際には、**開業医と病院勤務医の報酬の違いが過度に開業を促していないかとの観点も考慮すべき**である。

d) 診療所の経常利益率

診療所の直近の経常利益率(8.8%)については、コロナ禍で提供された密度ある診療行為等は今般の報酬改定がカバーする今後2年間継続すると考えられること、診療所の単価(1受診当たり医療費)は診療報酬のコロナ特例等の一時的要因の影響を除いても過去3年間物価上昇率を上回るペースで継続的に上昇しており、こうした単価増の傾向は今後2年間継続する可能性があること等から、今後経常利益率は更に上昇する可能性もある。**他産業と比較して過度な経常利益率にならないよう、報酬単価を引き下げる必要がある。**

令和5年11月20日 財務省財政制度等審議会

令和6年度予算の編成等に関する建議

本文(抜粋③)

(2) 診療報酬改定

ウ) 医療費の動向

e) 診療所の利益剰余金

また、この間、診療所における利益剰余金は(1.05億円から1.24億円へと)約2割増加しており、この増加分だけでも、診療所における看護師等の現場従事者の3%の賃上げに必要な経費の約14年分に相当する水準となっている。ストック面でも診療所の現場従事者の賃上げに十分な原資が蓄積されていると考えられる。民間企業においても、内部留保を活用した賃上げをこれまで行ってきており、増加した利益剰余金を活用した賃上げに取り組むべきである。また、こうした観点から、今後処遇改善を制度として行う場合には、利益剰余金を加味した要件とすることも検討すべきである。

イ) 支え手が減少する中での人材確保

a) 開業医の増加と病院勤務医の不足

診療所の報酬単価を適正水準まで引き下げ、診療所と病院の配分の在り方を見直すことにより、開業を過度に促す報酬体系を改める必要がある。医師の偏在対策は病院勤務医の働き方改革とあわせ総合的な対策を講じる必要があるが、その中でも診療所の報酬単価の適正化は必須である。

b) 診療所(開業医)の地域間の偏在への対応

また、地域間の偏在の問題は解消されておらず、診療所の所在地は都市部に集中している。診療行為のコストによりきめ細かく対応する観点から地域別の報酬体系を検討する必要がある。

具体的には、報酬点数×1点当たり単価(10円)となっている診療報酬の仕組みについて、診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点当たり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促すことを検討する必要がある。

当面の措置として、診療所過剰地域における1点当たり単価(10円)の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる。

ウ) その他(診療所に関する各論)

b) リフィル処方箋

また、年末の診療報酬改定に当たっては、リフィル処方箋による適正化効果が未達成であることを踏まえ、処方箋料の時限的引下げなど、未達成分を差し引く調整措置を講じるべきである。

財政審 秋の建議

本体マイナス改正 診療所 報酬単価 初再診を中心に5.5%程度引き下げ
改定率 マイナス1% (医療費ベースで4,800億円の削減)



1. 診療報酬 +0.88% (国費 800 億円程度 (令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2~4を除く改定分 +0.46%

各科改定率 医科 +0.52%
 歯科 +0.57%
 調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (上記※1を除く) について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

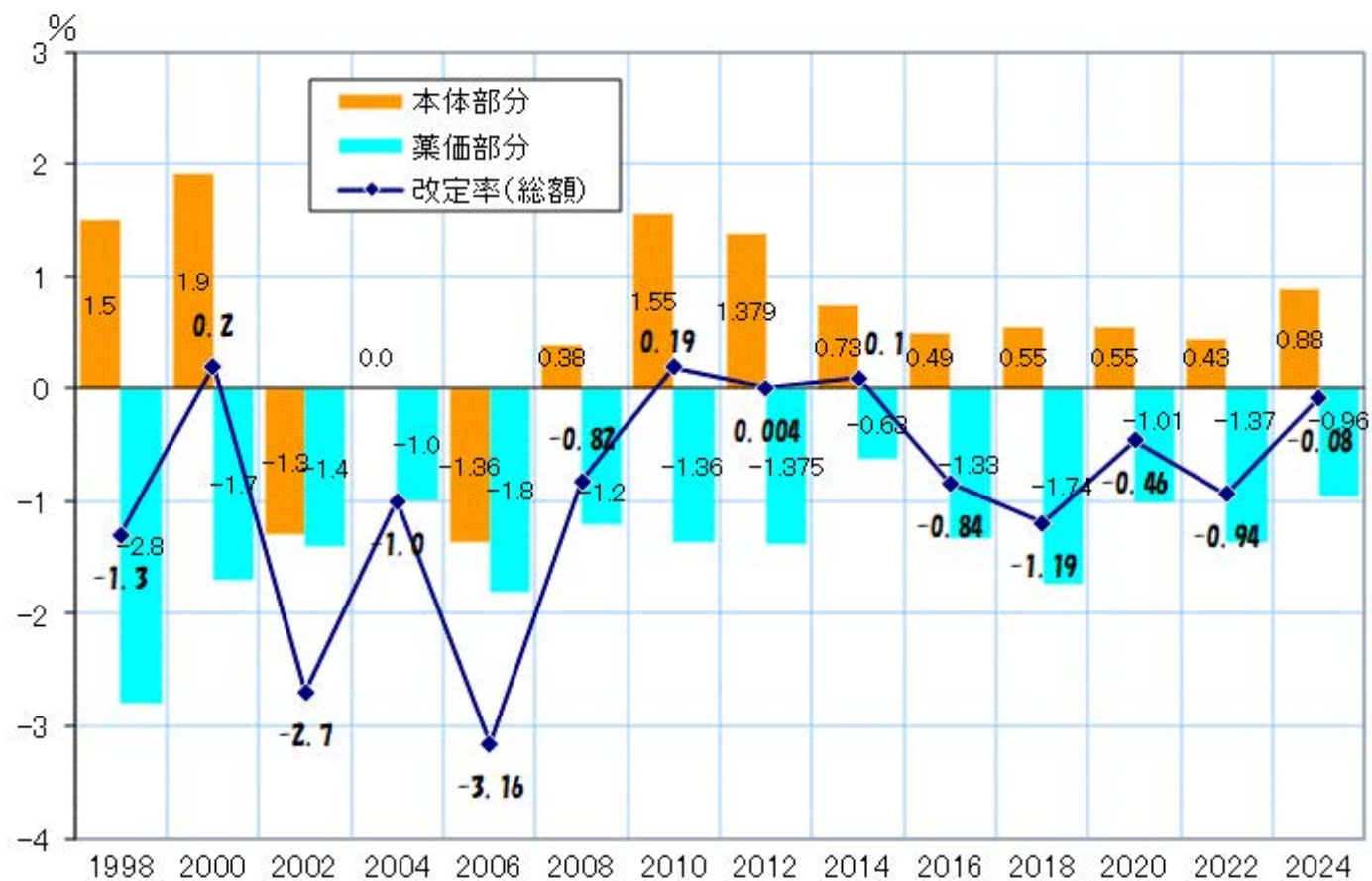
※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ (1食当たり 30円) の対応 (うち、患者負担については、原則、1食当たり 30円、低所得者については、所得区分等に応じて 10~20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

令和6年度診療報酬改定 本体計 +0.88

	※1	0.46	計
プラス分	※2	0.61	1.13
	※3	0.06	
マイナス分	※4		-0.25
本体計			0.88

診療報酬改定率の推移



(注) 2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

(資料) 新聞報道

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

令和6年度「答申書」附帯意見(28項目)①

令和6年2月14日 中央社会保険医療協議会

(全般的事項)

1 近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療DXの推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

(賃上げ全般)

2 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

(医療DX)

3 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和6年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。
加えて、医療DX推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

(働き方改革・人材確保)

4 医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

令和6年度「答申書」附帯意見(28項目)③

令和6年2月14日 中央社会保険医療協議会

(外来医療)

- 11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。
加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。
- 14 情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

(在宅医療等)

- 16 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

令和6年度「答申書」附帯意見(28項目)⑤

令和6年2月14日 中央社会保険医療協議会

(敷地内薬局)

22 いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

(長期処方やリフィル処方)

23 長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

24 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

(長期収載品)

25 選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関して必要な検証を行うこと。

(薬価制度)

26 今回の薬価制度改革の骨子に基づき、ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロスの解消等の医薬品開発への影響や、後発医薬品の企業指標の導入や今後の情報公表も踏まえた医薬品の安定供給に対する影響等について、製薬業界の協力を得つつ分析・検証等を行うとともに、こうした課題に対する製薬業界としての対応を踏まえながら、薬価における評価の在り方について引き続き検討すること。

各論



【主な改定項目】

1. 賃上げ・基本料等の引上げ

- (1) ベースアップ評価料
- (2) 基本料の引上げ
- (3) 入院料通則の改定

2. 医療DXの推進

- (1) マイナ保険証を中心とした医療DXの推進
- (2) 情報通信機器を用いた診療の推進等

3. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病に係る疾病管理・適正化項目
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

4. 医療技術の適切な評価

- (1) 医療技術分科会の評価を踏まえた対応
- (2) 手術等の評価の見直し
- (3) 人工腎臓の評価の見直し
- (4) 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

5. ポストコロナにおける感染症対策の推進

6. 入院医療

- (1) 地域包括医療病棟(新設)
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療

7. 働き方改革・横断的事項

8. 同時報酬改定における対応

- (1) 介護報酬改定との連携
- (2) 障害福祉サービス等改定との連携

9. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- (1) 在宅医療
- (2) 訪問看護

10. 救急医療

11. 小児医療及び周産期医療

12. がん医療及び緩和ケア

13. 精神医療

14. 認知症

15. リハビリテーション

16. 医薬品の安定供給、 後発医薬品やバイオ後続品の促進

17. DPC/PDPS・短期滞在手術等基本料等

18. 医療資源の少ない地域等への対応

19. その他

20. 経過措置・届出



1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- (1) ベースアップ評価料
- (2) 基本料の引き上げ
- (3) 入院料通則の改定

令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

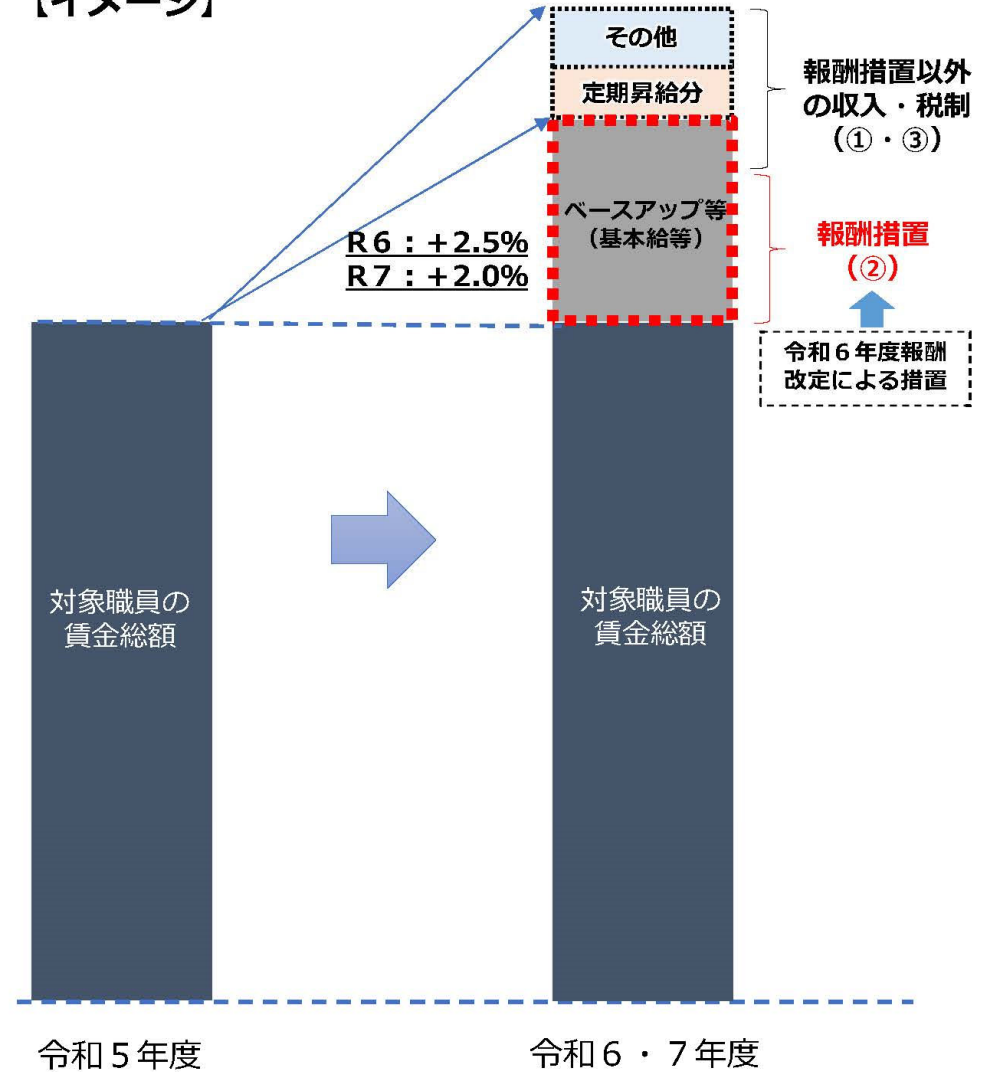
【基本的な方針】

■ 次の①～③を組み合わせた賃上げ対応

- ① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に
- ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
- ③ 賃上げ促進税制の活用

- 令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実施し、定期昇給なども合わせて、昨年を超える賃上げの実現を目指す。

【イメージ】



賃上げ促進税制の概要

- 令和6年度以降、賃上げに係る診療報酬項目については、賃上げ促進税制の対象となる給与等支給額に含めることが可能。
- 医療機関・薬局の規模及び雇用者の給与等支給額の前年度比に応じて、所定の税額控除を受けられる。
- さらに、上乗せ要件を達成することで、給与等支給額の増加額の最大45%の税額控除が可能。

**中小規模の
医療法人立又は個人立の
医療機関・薬局**
青色申告書を提出する、中小企業者等（資本金1億円以下の法人、協同組合等）又は従業員数1,000人以下の個人事業主

全雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率
+1.5%	15%
+2.5%	30%

**中規模の
医療法人立又は個人立の
医療機関・薬局**
青色申告書を提出する、従業員数2,000人以下の企業又は個人事業主

継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率
+3%	10%
+4%	25%

**大規模の
医療法人立又は個人立の
医療機関・薬局**
青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主

継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率
+3%	10%
+4%	15%
+5%	20%
+7%	25%



【上乗せ要件】 ①教育訓練費の増加 ②子育てとの両立・女性活躍への支援

上乗せ要件も達成で
最大控除率45%

上乗せ要件も達成で
最大控除率35%

上乗せ要件も達成で
最大控除率35%

※税額控除額の計算は、全雇用者の前事業年度から適用事業年度の給与等支給額の増加額に税額控除率を乗じて計算。ただし、控除上限額は法人税額等の20%。

詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。

なお、本内容は、令和5年12月の政府決定時点のもので、今後の国会審議等を踏まえて施策内容が変更となる可能性があります。



賃上げに係る評価の全体像

ベースアップ評価料

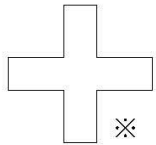
看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

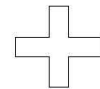
外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)

・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時 6点 再診時 2点 等



※ 入院に携わる職員のための評価



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)、訪問看護ベースアップ評価料(II)

・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

(新) 入院ベースアップ評価料 (1日につき)

1 入院ベースアップ評価料1 1点

2 入院ベースアップ評価料2 2点

↓

165 入院ベースアップ評価料165 165点

- ・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
- ・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～③に伴う報告や抽出調査等により把握

賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

- ▶ 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) (1日につき)

<u>1 初診時</u>	<u>6点</u>
<u>2 再診時等</u>	<u>2点</u>
<u>3 訪問診療時</u>	
<u>イ 同一建物居住者等以外の場合</u>	<u>28点</u>
<u>ロ イ以外の場合</u>	<u>7点</u>

[算定要件]

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図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、入院中以外の患者に初診、再診又は訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1については、初診料、小児科外来診療料（初診時）又は小児かかりつけ診療料（初診時）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (3) 2については、再診料、外来診療料、短期滞在手術等基本料1、小児科外来診療料（再診時）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料（再診時）又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (4) 3のイについては、在宅患者訪問診療料(I)の同一建物居住者以外の場合又は在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限り。）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (5) 3のロについては、在宅患者訪問診療料(I)の同一建物居住者の場合又は在宅患者訪問診療料(II)を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は下に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
理学療法士	診療工ックス線技師	保育士	（医師及び歯科医師を除く。）
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (4) (3)について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。
- (6) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

賃上げに向けた評価の新設④

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【算定要件】

- ▶ 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金のさらなる改善を必要とする医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)	
	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	8点
	ロ 再診時等	1点
	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	16点
	ロ 再診時等	2点
	↓	
	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8	
	イ 初診、又は訪問診療を行った場合	64点
	ロ 再診時等	8点

[算定要件]

- (1) 主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。)の賃金の改善を図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、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (2) イについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の1(初診時)若しくは3(訪問診療時)を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。
- (3) ロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の2(再診時等)を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

賃上げに向けた評価の新設⑤

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定していない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）を届け出ている保険医療機関であること。
- (3) **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の10倍が、対象職員の給与総額の1.2%未満**であること。
- (4) **下記の式【A】に基づき、該当する区分のいずれかを届け出ること。**ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（II）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）の施設基準の届出を行う場合は、同一の区分を届け出ること。

$$\begin{aligned}
 \text{【A】} = & \frac{\left(\text{対象職員の給与総額} \times 1.2\% - \left(\text{外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び} \right. \right. \\
 & \left. \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み} \right) \times 10\text{円} \right)}{\left(\begin{aligned} & \text{（外来・在宅ベースアップ評価料（II）イの算定回数の見込み} \times 8 \\ & + \text{外来・在宅ベースアップ評価料（II）ロの算定回数の見込み} \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）イの算定回数の見込み} \times 8 \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）ロの算定回数の見込み} \end{aligned} \right) \times 10\text{円}}
 \end{aligned}$$

外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分	点数 (イ)	点数 (ロ)
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（II）1	8点	1点
1.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（II）2	16点	2点
↓			
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（II）8	64点	8点

外来・在宅ベースアップ評価料<例>

初診: 30名 → x 6点 = 180点

再診: 300名 → x 2点 = 600点

職員10名、一人当たり平均15万円の給与 → 総額150万円

$$\begin{aligned} \text{【A】} &= \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 1.2\% \text{ (150万円} \times 1.2/100 = 18000\text{円)} \\ &\quad - \text{(外来・在宅ベア評価料(I)により算定される点数の見込み(=780点))} \times 10\text{円}}{\text{(外来・在宅ベア評価料(II)イの算定回数の見込み} \times 8 \text{(=30} \times 8\text{)} \\ &\quad + \text{外来・在宅ベア評価料(II)ロの算定回数の見込み(=300))} \times 10\text{円}} \end{aligned}$$

$$= (18000 - 7800) / (240 + 300) \times 10$$

$$= 10200 / 5400$$

$$= 1.888 \dots$$

→ (1.5~2.5) → 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 2

賃上げに向けた評価の新設⑥

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】(続き)

[施設基準の概要]

- (5) (4) について、届出に当たっては、別表に示した期間において【A】の算出を行うこと。
 また、別表のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
 ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「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」、「外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定回数の見込み」及び【A】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
 新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。
- (7) (6) について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。
- (8) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) 常勤換算2人以上の対象職員が勤務していること。ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあつては、当該規定を満たしているものとする。

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

【A】の算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「ベースアップ評価料」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年3月～2月	前年12月～2月	4月
6月	前年6月～5月	3～5月	7月
9月	前年9月～8月	6～8月	10月
12月	前年12月～11月	9～11月	翌年1月

賃上げに向けた評価の新設⑦

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】(続き)

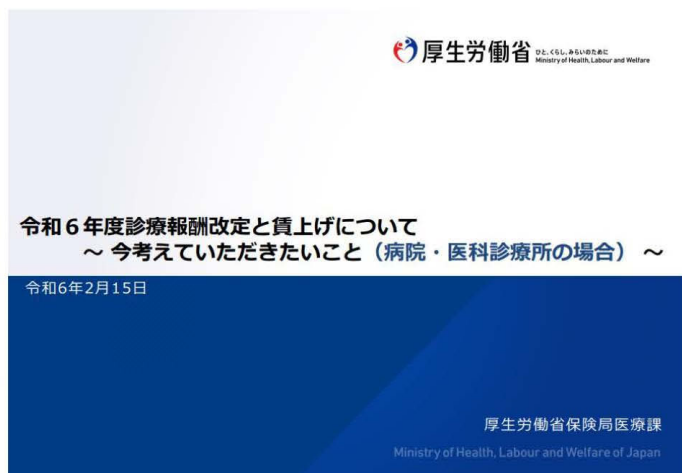
[施設基準の概要]

(10) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。

- ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和三十二年法律第二十六号)第二十六条第二項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね百分の十以下の場合をいう。))の場合に限る。)を含む。)
- イ 健康増進法(平成十四年法律第百三号)第六条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第四条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)
- ウ 予防接種(予防接種法(昭和三十二年法律第六十八号)第二条第六項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第三十条の三十五の三第一項第二号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成二十九年厚生労働省告示第三百十四号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額
- エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(一の分娩に係る助産に係る収入金額が五十万円を超えるときは、五十万円を限度とする。)
- オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第二十六条第二項第四号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)
- カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第六条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第七十七条及び第七十八条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額
- キ 児童福祉法第二十一条の五の二に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第二十四条の二に規定する障害児入所給付費、同法第二十四条の七に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第二十四条の二十五に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額
- ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

(参考) 賃上げに関する詳細

- 厚生労働省では、令和6年度診療報酬改定における賃上げについて、「賃上げ等に関する診療報酬改定&マイナ保険証の利用促進に関するオンラインセミナー」を開催致しました。
- 厚生労働省HP (mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00248.html) では、[オンラインセミナーのアーカイブ動画や説明資料及びベースアップ評価料計算支援ツール](#)を用いて、
 - ①医療従事者の賃上げの概要について
 - ②よくあるご質問
 - ③ベースアップ評価料の試算について説明しています。
- [医療従事者の賃上げについて、動画や資料で理解を深め、ベースアップ評価料計算支援ツールを用いて、具体的にいくら賃上げが可能か試算してみましよう。](#)




画像をクリックすると、説明資料 (病院・以下診療所の場合) をダウンロードできます。(PDFファイル)

ベースアップ評価料計算支援ツール

令和6年2月15日版

本ツールでは、次の3ステップでベースアップ評価料を活用した医療従事者の賃上げ計算を支援します。

- Step 1 対象職員の給与総額の計算
- Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算
- Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算

 厚生労働省



画像をクリックすると、ベースアップ評価料計算支援ツールをダウンロードできます。(Excelファイル)

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） 施設基準に係る届出書添付書類

様式95

〔 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

3 外来医療等の実施の有無

- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（医科）
 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（歯科）

4 対象職員（常勤換算）数

人

※ 対象職員とは、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）をいう。

※ 0より大きい数であればよい。

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

3 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。

常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする）とする。

4 本様式と合わせて「賃金改善計画書」を地方厚生（支）局へ提出すること。

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 〕 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 届出を行う評価料
 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

3 該当する届出
 算出を行う月(通知別表●を参照)
 新規
 区分変更 (3月 6月 9月 12月)
※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。
 ※ 例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行う。

4 対象職員(常勤換算)数 人
※ 原則2以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。
 対象職員(常勤換算)数が2.0人未満の場合、特定地域(※)に所在する保険医療機関に該当するか。
※ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

5 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】3を参照

6 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、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値【B】
 (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(上記「3」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)等の対象期間」(上記「3」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)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)施設基準に係る届出書添付書類

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 (前回届出時)

(4) 【B】の値 (前回届出時)

【B】=
$$\frac{\left[\begin{array}{l} \text{対象職員の給与総額} \times 1.2 \text{ 厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \end{array} \right]}{\left[\begin{array}{l} \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数見込み} \times 8 \\ + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数見込み} \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数見込み} \times 8 \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数見込み} \end{array} \right]} \times 10 \text{円}$$

7 前回届出時との比較
 前回届出時と比較して、
 対象職員の給与総額(6(2))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(6(3))の変化は1割以内である。
 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の算定回数見込み(6(3))の変化は1割以内である。
 【B】の値(6(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。

8 6)により算出した【B】に基づき、該当する区分

(1) 算定が可能となる区分

算定不可		算定不可	
<input checked="" type="radio"/>	届出無し	<input checked="" type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1	<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2	<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3	<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4	<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5	<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6	<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7	<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8	<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

(2) 届出する区分(いずれかを選択)

【記載上の注意】

- 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。
- 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。
- 「5」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。
- 「6」(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。
- 「6」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5～8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のロの(1)、2のイの(1)若しくは2のロの(1)
- 「6」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のロ若しくは2のロ
・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のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

7 「6」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。)

8 「6」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のロ若しくは2のロ
- ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

9 「6」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9～12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。

10 「6」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

11 「6」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(同一患者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。

12 「6」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料の1 歯科訪問診療1(同一患者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料の2 歯科訪問診療2
- ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
- ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
- ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 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

(診療所) 賃金改善計画書

別添

(診療所) 賃金改善計画書 (令和 年度分)

保険医療機関コード
保険医療機関名

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

<input checked="" type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和	年	月	～	令和	年	月	<input type="text" value="1"/>	ヶ月
----	---	---	---	----	---	---	--------------------------------	----

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和6年3月を原則とするが、令和6年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和	年	月	～	令和	年	月	<input type="text" value="1"/>	ヶ月
----	---	---	---	----	---	---	--------------------------------	----

※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。
※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ(以下、「ベア等」という)をいい、定期昇給は含まない。
※ また、ベア等にはベア等を実施することにより運動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増加分についても含むこととする。なお、業績に運動して引き上がる賞与分については含まない。

II 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の届出有無 有

※ 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等を届け出ない場合は、以下④の「外来・在宅ベースアップ評価料(II)等による算定金額の見込み」及び「外来在宅ベースアップ評価料(II)等の算定により算定される点数の見込み」は「(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)」により計算を行うこと。

III-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み(③の期間中)

④算定金額の見込み	0 円
外来ベースアップ評価料(II)等による算定金額の見込み	0 円
外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の算定により算定される点数の見込み	0 点
外来・在宅ベースアップ評価料(II)等による算定金額の見込み	- 円
外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の区分及び点数 (届出なし) (イ) - 点 (ロ) - 点	- 点
外来・在宅ベースアップ評価料(II)等(初診時等)の算定回数の見込み	- 回
外来・在宅ベースアップ評価料(II)等(再診時等)の算定回数の見込み	- 回
⑤令和7年度への繰越予定額(令和6年度届出時のみ記載)	円
⑥前年度からの繰越額(令和7年度届出時のみ記載)	円
⑦算定金額の見込み(繰越額調整後)(④-⑤+⑥)	0 円

※ 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に充て、下記の「⑧うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。

III-2. 全体の賃金改善の見込み額(③の期間中)

⑧全体の賃金改善の見込み額	円
⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み(⑦の再掲)	0 円
⑩うち⑨以外によるベア等実施分	円
⑪うち定期昇給相当分	円
⑫うちその他分(⑧-⑨-⑩-⑪)	0 円

※ 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
※ 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員(全体)の基本給等(基本給又は決まって毎月支払われる手当)に係る事項

⑬対象職員の常勤換算数(賃金改善実施期間(②)の開始月時点)	人
⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額(賃金改善実施期間(②)の開始月)	円
⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額(賃金改善実施期間(②)の開始月)	円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)(⑮-⑭)	0 円
⑰うち定期昇給相当分	円
⑱うちベア等実施分	円
⑲ベア等による賃金増率(⑱÷⑰)	#DIV/0! %

V. 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の基本給等に係る事項

⑳看護職員等の常勤換算数(賃金改善実施期間(②)の開始月時点)	人
㉑賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額(賃金改善実施期間(②)の開始月)	円
㉒賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額(賃金改善実施期間(②)の開始月)	円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)(㉒-㉑)	0 円
㉔うち定期昇給相当分	円
㉖うちベア等実施分	円
㉖ベア等による賃金増率(㉖÷㉔)	#DIV/0! %

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

㉔薬剤師の常勤換算数(賃金改善実施期間(②)の開始月時点)	人
㉕賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額(賃金改善実施期間(②)の開始月)	円
㉖賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額(賃金改善実施期間(②)の開始月)	円
㉗基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)(㉖-㉕)	0 円
㉘うち定期昇給相当分	円
㉚うちベア等実施分	円
㉚ベア等による賃金増率(㉚÷㉘)	#DIV/0! %

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

㉘看護補助者の常勤換算数(賃金改善実施期間(②)の開始月時点)	人
㉙賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額(賃金改善実施期間(②)の開始月)	円
㉚賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額(賃金改善実施期間(②)の開始月)	円
㉛基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)(㉚-㉙)	0 円
㉜うち定期昇給相当分	円
㉞うちベア等実施分	円
㉞ベア等による賃金増率(㉞÷㉜)	#DIV/0! %

Ⅷ. その他の対象職種の基本給等に係る事項		
④①その他の対象職種の常勤換算数（賞金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
④②賞金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賞金改善実施期間（②）の開始月）		円
④③賞金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賞金改善実施期間（②）の開始月）		円
④④基本給等に係る賞金改善の見込み額（1ヶ月分）（④③-④②）		0円
④⑤うち定期昇給相当分		円
④⑥うちベア等実施分		円
④⑦ベア等による賞金増率（④⑥÷④⑤）		#DIV/0! %
【ベースアップ評価料対象外職種について】		
Ⅸ. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項		
④⑧40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賞金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
④⑨賞金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賞金改善実施期間（②）の開始月）		円
④⑩うち賞金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賞金改善実施期間（②）の開始月）		円
④⑪賞金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賞金改善実施期間（②）の開始月）		円
④⑫うち賞金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賞金改善実施期間（②）の開始月）		円
④⑬給与総額に係る賞金改善の見込み額（1ヶ月分）（-④⑩）		0円
④⑭基本給等に係る賞金改善の見込み額（1ヶ月分）（-④⑫）		0円
④⑮うち定期昇給相当分		円
④⑯うちベア等実施分		円
④⑰ベア等による賞金増率（④⑯÷④⑮）		#DIV/0! %
Ⅹ. 事務事務職員の基本給等に係る事項		
④⑱事務職員の常勤換算数（賞金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
④⑲賞金改善する前の事務職員の給与総額（賞金改善実施期間（②）の開始月）		円
④⑳うち賞金改善する前の事務職員の基本給等総額（賞金改善実施期間（②）の開始月）		円
④㉑賞金改善した後の事務職員の給与総額（賞金改善実施期間（②）の開始月）		円
④㉒うち賞金改善した後の事務職員の基本給等総額（賞金改善実施期間（②）の開始月）		円
④㉓給与総額に係る賞金改善の見込み額（1ヶ月分）（-④㉑）		0円
④㉔基本給等に係る賞金改善の見込み額（1ヶ月分）（-④㉒）		0円
④㉕うち定期昇給相当分		円
④㉖うちベア等実施分		円
④㉗ベア等による賞金増率（④㉖÷④㉕）		#DIV/0! %
Ⅺ. 賞金上げを行う方法		
④㉘賞上げの担保方法		
<input type="checkbox"/> 就業規則の見直し	<input type="checkbox"/> 賞金規程の見直し	
<input type="checkbox"/> その他の方法：具体的に（		
④㉙賞金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）		
本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。		

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 1 本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」等とは、「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）」のことをいう。
- 2 本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」等とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 「①賞金上げの実施方法」は、該当する賞金上げの実施方法について選択すること。なお、令和7年度に新規届出を行う場合については、「令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。
- 4 「②賞金改善実施期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。ただし、令和6年6月から本評価料を算定する場合にあつては、令和6年4月から開始として差し支えない。
- 5 「③ベースアップ評価料算定期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
- 6 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。
- 7 「⑧全体の賞金改善の見込み額」については、賞金改善実施期間において、「賞金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賞金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
この際、「賞金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」についての算出が困難である保険医療機関にあつては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 8 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や「看護職員処遇改善評価料」等によるベア等分を記載すること。
- 9 「⑪うち定期昇給相当分」については、賞金改善実施期間において定期昇給により改善する賞金額を記載すること。なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- 10 「⑬対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。なお、対象職員とはベースアップ評価料による賞金引き上げの対象となる職種をいう。
- 11 「給与総額」には、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。）。

様式98

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書」

1. 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）を算定する診療所（医科）または「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）を算定する有床診療所（医科）においては、別添「（診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。
2. 「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）を算定する診療所（歯科）または「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）を算定する有床診療所（医科）においては、別添「（歯科診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。
3. 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「入院ベースアップ評価料」算定する有床診療所においては、別添「（病院及び有床診療所）

(診療所) 実績報告書

別添 (診療所) 実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。

令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 0 年 0 月 ~ 令和 0 年 0 月 ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

II 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の届出有無

(IIに該当する場合) 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の実績額 有

④外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等の区分

算定期間		点数の区分		(イ)	(ロ)
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 月	点	点	点	点
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月	点	点	点	点
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月	点	点	点	点
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月	点	点	点	点

⑤算定期間

算定期間		(イ)の算定期間	(ロ)の算定期間
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 月	回	回
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月	回	回
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月	回	回
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月	回	回
計		0	0

⑥外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等による収入の実績額

算定期間		(イ)の実績額	(ロ)の実績額
a	令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 月	円	円
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月	円	円
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月	円	円
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月	円	円
e	令和7年度への繰り越し予定額	円	円
f	前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)	円	円
計		0	円

III. 全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額

⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 等による算定実績	円
⑨うち外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 等による算定実績 (④の再掲)	0 円
⑩⑧及び⑨における令和7年度への繰り越し予定額	円
⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)	円
⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分	円
⑬うち定期昇給相当分	円
⑭うちその他分 (⑦-⑧-⑨-⑩-⑪-⑫-⑬)	0 円

⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか 問題なし

※ 「⑦全体の賃金改善の実績額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「実際の給与総額」との差分により判断すること。

※ 「⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 等による算定実績」及び「⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に充てること。

※ 「⑩うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。

なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。

※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員 (全体) の基本給等 (基本給又は決まって毎月支払われる手当) に係る事項

⑮対象職員の常勤換算数 (賃金改善実施期間 (②) の開始月時点)	0.0 人
⑯賃金改善する前の対象職員の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (②) の開始月時点)	0 円
⑰賃金改善した後の対象職員の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (②) の開始月時点)	円
⑱基本給等に係る賃金改善の見込み額 (1ヶ月分) (⑰-⑯)	0 円
⑲うち定期昇給相当分	円
⑲うちベア等実施分	円
⑳ベア等による賃金増率 (⑲÷⑰)	#DIV/0! %

V. 看護職員等 (保健師、助産師、看護師及び准看護師) の基本給等に係る事項

㉑看護職員等の常勤換算数 (賃金改善実施期間 (①) の開始月時点)	0.0 人
㉒賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (①) の開始月時点)	0 円
㉓賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (①) の開始月時点)	円
㉔基本給等に係る賃金改善の見込み額 (1ヶ月分) (㉓-㉒)	0 円
㉔うち定期昇給相当分	円
㉔うちベア等実施分	円
㉕ベア等による賃金増率 (㉔÷㉓)	#DIV/0! %

Ⅵ. 薬剤師の基本給等に係る事項	
㉔薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0 人
㉕賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0 円
㉖賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
㉗基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉕-㉖）	0 円
㉘うち定期昇給相当分	円
㉙うちペア等実施分	円
㉚ペア等による賃金増率（㉘÷㉙）	#DIV/0! %
Ⅶ. 看護補助者の基本給等に係る事項	
㉛看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0 人
㉜賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0 円
㉝賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
㉞基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉜-㉝）	0 円
㉟うち定期昇給相当分	円
㊱うちペア等実施分	円
㊲ペア等による賃金増率（㉟÷㊱）	#DIV/0! %
Ⅷ. その他の対象職種の基本給等に係る事項	
㊳その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0 人
㊴賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0 円
㊵賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	円
㊶基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊴-㊵）	0 円
㊷うち定期昇給相当分	円
㊸うちペア等実施分	円
㊹ペア等による賃金増率（㊷÷㊸）	#DIV/0! %
【ベースアップ評価料対象外職種について】	
Ⅸ. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項	
㊺40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0 人
㊻賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
㊼うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
㊽賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
㊾うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
㊿給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-㊽）㊾	0 円
㊿基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-㊾）㊿	0 円
㊿うち定期昇給相当分	円
㊿うちペア等実施分	円
㊿ペア等による賃金増率（㊿÷㊿）	#DIV/0! %

Ⅹ. 事務職員の基本給等に係る事項	
㊿事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0 人
㊿賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
㊿うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
㊿賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
㊿うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
㊿給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-㊿）㊿	0 円
㊿基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-㊿）㊿	0 円
㊿うち定期昇給相当分	円
㊿うちペア等実施分	円
㊿ペア等による賃金増率（㊿÷㊿）	#DIV/0! %
本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。	
令和 年 月 日 開設者名： _____	
【記載上の注意】	
1 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「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）」のことをいう。	
2 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。	
3 対象職員の常勤換算数は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保健医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。	

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)

1 保険医療機関コード 保険医療機関名

2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の届出について
届出を行う月
 新規 区分変更
 3月 6月 9月 12月
 ※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

3 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、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値(Ⅱ)
 (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(上記「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き上げ分については、含めないこと。
 ※ 新規届出時は前届出時権への記載は不要。

(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)等の対象期間」(上記「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	<input type="text"/> 回	(前届出時 <input type="text"/> 回)
②再診料等の算定回数	<input type="text"/> 回	(前届出時 <input type="text"/> 回)
③訪問診療(同一建物以外)の算定回数	<input type="text"/> 回	(前届出時 <input type="text"/> 回)
④訪問診療(同一建物の算定回数	<input type="text"/> 回	(前届出時 <input type="text"/> 回)
⑤歯科初診料等の算定回数	<input type="text"/> 回	(前届出時 <input type="text"/> 回)
⑥歯科再診料等の算定回数	<input type="text"/> 回	(前届出時 <input type="text"/> 回)
⑦歯科訪問診療(同一建物以外)の算定回数	<input type="text"/> 回	(前届出時 <input type="text"/> 回)
⑧歯科訪問診療(同一建物)の算定回数	<input type="text"/> 回	(前届出時 <input type="text"/> 回)

※ 算出対象となる期間の1月当たりの算定回数の平均の数値(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。
 ※ 新規届出時は前届出時権への記載は不要。

【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	<input type="text"/> 回	(前届出時 <input type="text"/> 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	<input type="text"/> 点	(前届出時 <input type="text"/> 点)

(4) 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
 #DIV/0! (前届出時)

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)

【記載上の注意】

- 「3」(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き上げ分については、含めないこと。
- 「3」(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。
 ・歯科点数表区分番号(以下5～8)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に掲げる小児科かかりつけ診療料の1のイの(1)、1のロの(1)、2のイの(1)若しくは2のロの(1)
- 「3」(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のロ若しくは2のロ
 ・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に掲げる小児科かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
 ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 「3」(2)「③訪問診療(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。)
- 「3」(2)「④訪問診療(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のロ若しくは2のロ
 ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 「3」(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9～12)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。
 ・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
- 「3」(2)「⑦歯科訪問診療(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(同一患者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。
 ・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(同一患者の患者について算定した場合。)
- 「3」(2)「⑧歯科訪問診療(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2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 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



1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- (1) ベースアップ評価料
- (2) 基本料の引き上げ
- (3) 入院料通則の改定

初再診料等の評価の見直し

<概要>

1. 改定財源 + 0.28%程度への対応
2. 40歳未満の勤務医師・事務職員等の賃上げ対応、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から、初診料・再診料等を増点（加算等ではなく本体を増点）

初再診料等の評価の見直し

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。

現行		→	改定後	
【初診料】			【初診料】	
初診料	288点		初診料	<u>291点</u>
情報通信機器を用いた初診料	251点		情報通信機器を用いた初診料	<u>253点</u>
初診料の注2・注3・注4	214点		初診料の注2・注3・注4	<u>216点</u>
情報通信機器を用いた場合	186点		情報通信機器を用いた場合	<u>188点</u>
初診料の注5	144点		初診料の注5	<u>146点</u>
情報通信機器を用いた場合	125点		情報通信機器を用いた場合	<u>127点</u>
注2～4に規定する場合	107点		注2～4に規定する場合	<u>108点</u>
情報通信機器を用いた場合	93点		情報通信機器を用いた場合	<u>94点</u>
【再診料】			【再診料】	
再診料	73点		再診料	<u>75点</u>
情報通信機器を用いた再診料	73点		情報通信機器を用いた再診料	<u>75点</u>
再診料の注2	54点		再診料の注2	<u>55点</u>
再診料の注3	37点		再診料の注3	<u>38点</u>
再診料の注2に規定する場合	27点		再診料の注2に規定する場合	<u>28点</u>
【外来診療料】			【外来診療料】	
外来診療料	74点		外来診療料	<u>76点</u>
情報通信機器を用いた外来診療料	73点		情報通信機器を用いた外来診療料	<u>75点</u>
外来診療料の注2・注3・注4	55点		外来診療料の注2・注3・注4	<u>56点</u>
外来診療料の注5	37点		外来診療料の注5	<u>38点</u>
注2～4に規定する場合	27点		注2～4に規定する場合	<u>28点</u>

地域包括診療加算

<概要>

1. 地域包括診療加算の点数を見直す

地域包括診療加算 1 25点 → 28点

地域包括診療加算 2 18点 → 21点

2. 以下の要件を追加

- ① ケアマネとの連携を強化（サービス担当者会議の出席、ICT等での相談）
※当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。（電話等による相談体制を構築している場合も該当する。）
- ② 認知症に関する研修を受けること（望ましい要件）
- ③ 長期処方、リフィル処方が可能なことを院内掲示
- ④ 人生の最終段階における意思決定支援の指針を作成
- ⑤ 患者や家族からの求めに応じて治療内容について文書を交付
- ⑥ ①、③については、原則として、ウェブサイトに掲載する

< 外来後発医薬品使用体制加算 >

	後発医薬品の置換え率	現行	改定案
外来後発医薬品使用体制加算 1	90%以上	5点	8点
外来後発医薬品使用体制加算 2	85%以上	4点	7点
外来後発医薬品使用体制加算 3	75%以上	2点	5点

【令和6年10月】処方箋様式の変更

「患者希望」で長期収載品を銘柄処方する際は「√」又は「×」を医薬品ごとに記載

医療上の必要性のため、後発医薬品への変更不可と判断した場合、「変更不可(医療上必要)」欄に「√」又は「×」を医薬品ごとに記載

- ・一般名処方の場合には、「変更不可(医療上必要)」欄及び「患者希望」欄のいずれにも、「√」又は「×」を記載しない
- ・一般名処方の処方箋を保険薬局に持参した患者が長期収載品を希望した場合には選定療養の対象

患 者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	男 大 昭 平 令	年 月 日	男・女	電話番号				
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名 ⑧				
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること			
処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。						
			リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)						
備	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。							

115 注 射

□皮内、皮下及び筋肉内注射(1回につき)		22点 ⇒ 25点
□静脈内注射(1回につき)		34点 ⇒ 37点
□点滴注射(1日につき)		
□6歳未満乳幼児(1日100mL以上)		101点 ⇒ 105点
□1日500mL以上		99点 ⇒ 102点
□その他(入院中の患者以外の患者に限る)		50点 ⇒ 53点
□乳幼児加算		46点 ⇒ 48点
□腱鞘内注射	27点 ⇒ 42点	
□脳脊髄腔注射		
□腰椎	140点 ⇒ 160点	
□滑液嚢穿刺後の注入	80点 ⇒ 100点	
□無菌製剤処理料		
□脳脊髄腔注射を追加		
□結膜下注射		27点 ⇒ 42点
□球後注射		60点 ⇒ 80点
□テノン氏嚢内注射		60点 ⇒ 80点
□硝子体内注射		580点 ⇒ 600点
□(新)未熟児加算		600点
◆出生時体重が2,500グラム未満の新生児に対し、出生後90日以内に硝子体内注射が行われた場合に限り算定できる		

処方箋料等の見直し

【院外処方】

		改定前	改定後	点数の変更
処方箋料	内服薬6種類以内	68点	60点	-8点
	内服薬7種類以上	40点	32点	
	向精神薬多剤投与	28点	20点	
	特定疾患処方管理加算(月2回)	18点	---	廃止
	特定疾患処方管理加算(月1回)	66点	56点	-10点

【院内処方】

		改定前	改定後	点数の変更
処方料	内服薬6種類以内	42点	42点	変更なし
	内服薬7種類以上	29点	29点	
	向精神薬多剤投与	18点	18点	
	特定疾患処方管理加算(月2回)	18点	---	廃止
	特定疾患処方管理加算(月1回)	66点	56点	-10点
薬剤情報提供料		10点	4点	-6点

ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

- ▶ 新興感染症への備えに係る施設基準について、第8次医療計画における協定締結の枠組みを踏まえた要件に見直しを行う。

現行

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算2：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算3：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

改定後

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：都道府県知事の指定を受けている**第一種協定指定医療機関**であること。

加算2：（加算1と同様）

加算3：都道府県知事の指定を受けている**第一種協定指定医療機関**又は**都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関**（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。



発熱外来の協定締結



病床確保等の協定締結



大阪府ウェブサイト 新型インフルエンザ等感染症等にかかる医療措置協定について

<https://www.pref.osaka.lg.jp/iryu/osakakansensho/iryosoti.html>

医療措置協定の概要

- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）に基づき、都道府県は、平時に医療機関と新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症（新型インフルエンザ等感染症等）の発生及びまん延時における医療提供体制に関する協定（医療措置協定）を締結する。
- 協定締結医療機関は、国において新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われたときから、新型インフルエンザ等感染症等と認められなくなった旨の公表等が行われるまでの間（新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間）、府知事の要請に基づき、協定内容の措置を講じる。

想定する感染症

- 新型インフルエンザ等感染症
- 指定感染症（当該感染症にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限る）
- 新感染症

※ただし、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に取り組む。

府における協定協議項目別対象医療機関

対象医療機関 （※2）	医療措置の内容				
	病床確保	発熱外来	自宅・宿泊療養者、 高齢者施設等、障がい者 施設等への医療の提供	後方支援 （感染症患者以外の患者の受入 または 感染症から回復後に入院が必要 な患者の転院の受入）	人材派遣
病院	○	○	○	○	○
診療所	○（※1）	○	○		
薬局			○		
訪問看護			○		
備考	第一種協定指定医療機関 に指定	第二種協定指定医療機関 に指定			



↑ 大阪府ウェブサイト
QRコード

ポストコロナにおける感染症対策の評価④

発熱外来に対する評価の新設

- 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

現行	改定後
【外来感染対策向上加算】 [施設基準（抜粋）] (新設)	【外来感染対策向上加算】 [施設基準（抜粋）] ・当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。 ・回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。

- 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算を新設する。

(新) 発熱患者等対応加算

20点

[算定要件]

外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる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診療を行った場合は、月1回に限り更に所定点数に加算する。

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

- 我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

(新) 抗菌薬適正使用体制加算

5点

[施設基準]

- (1) 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ていること。
- (2) 直近6か月において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%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

ポストコロナにおける感染症対策の評価

< 発熱外来に対する評価の新設 >

- 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。
- 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の発熱患者等対応加算を新設する。

< 抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設 >

我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用体制加算を新設する。

【発熱患者等対応加算】

問4 「A000」初診料の注 11 ただし書及び「A001」再診料の注 15 ただし書に規定する発熱患者等対応加算について、当該保険医療機関において既に外来感染対策向上加算を算定している患者であって、発熱患者等対応加算を算定していないものが、同月に発熱その他感染症を疑わせるような症状で受診した場合について、どのように考えればよいか。

(答)外来感染対策向上加算は算定できないが、要件を満たせば発熱患者等対応加算は算定できる。

【抗菌薬適正使用体制加算】

問5 「A000」初診料の注14、「A001」再診料の注18及び「A234-2」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の施設基準における「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ていること。」は具体的には何を指すのか。

(答)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の施設基準においては、診療所版感染対策連携共通プラットフォーム(以下「診療所版J-SIPHE」という。)に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出すること、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の施設基準においては、感染対策連携共通プラットフォーム(以下「J-SIPHE」という。)に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出することを指す。

【抗菌薬適正使用体制加算】

問6 初診料 及び再診料に規定する 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近6か月における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(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位 **30%**以内であること。」について、どのように確認すればよいか。

(答) J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおいて、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうち **Access** 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果(初診料等における抗菌薬適正使用体制加算については診療所版J-SIPHEにおける結果を指す)が施設基準を満たす場合に、当該結果医-2の証明書を添付の上届出を行うこと。なお、使用した抗菌薬のうち **Access** 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位については、提出データの対象期間における抗菌薬の処方件数が **30** 件以上ある場合に集計対象となる。

抗菌薬適正使用体制加算

- 届出が必要。
- 外来感染対策向上加算を算定する場合であって、直近6か月における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。
- 施設基準における「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ていること」とは
 - ⇒ 診療所版感染対策連携共通プラットフォーム
(診療所版J-SIPHE)に参加し、抗菌薬の使用状況に関するデータを提出することを指す。
- J-SIPHE <https://j-siphe.ncgm.go.jp/>
- 診療所版J-SIPHE <https://oascis.ncgm.go.jp/>

抗菌薬適正使用体制加算

- ・「直近6か月における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%以内であること」とは
⇒診療所版J-SIPHEにおいて、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果（診療所版J-SIPHEにおける結果）が施設基準を満たす場合に、当該結果の証明書を添付の上届出を行うこと。



感染対策連携共通プラットフォーム

J-SIPHE

Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター
厚労省委託事業
AMR臨床リファレンスセンター



時間外対応加算の見直し

時間外対応加算の見直し

- 時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。

改定後

時間外対応加算1 5点

時間外対応加算2 4点

[施設規準] (抜粋)

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

時間外対応加算3 3点

時間外対応加算4 1点

時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

- 時間外対応加算の評価体系の見直しの趣旨を踏まえ、小児かかりつけ診療料について、要件を見直す。

現行

【小児かかりつけ診療料1】

[施設基準] (抜粋)

- 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は**時間外対応加算2**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料2】

[施設基準] (抜粋)

- 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 区分番号「A001」の注10に規定する**時間外対応加算3**に係る届出を行っていること。
 - イ (略)



改定後

【小児かかりつけ診療料1】

[施設基準] (抜粋)

- 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は**時間外対応加算3**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料2】

[施設基準] (抜粋)

- 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 区分番号「A001」の注10に規定する**時間外対応加算2**又は**時間外対応加算4**に係る届出を行っていること。
 - イ (略)

時間外対応加算の点数と算定要件

<時間外対応加算1：5点>

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の**常勤**の医師又は看護職員等により、**常時対応**できる体制にあること。

<時間外対応加算2：4点>

・・・原則として当該保険医療機関の**非常勤**の医師又は看護職員等により、**常時対応**できる体制にあること（非常勤：週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行なっている）。

<時間外対応加算3：3点（旧 時間外対応加算2）>

・・・原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により、**対応できる**体制にあること（標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合）。

<時間外対応加算4：1点（旧 時間外対応加算3）>

連携している診療所を含む診療所の患者又はその家族からの電話等による問い合わせに対し、**複数の診療所（～3つ）の連携**により対応する体制がとられていること。当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

【時間外対応加算】

問 20 時間外対応加算1において、具体的にどのような体制が必要か。

(答)常時、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。

- (1) 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等、
- (2) 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等。

【時間外対応加算】

問 21 時間外対応加算3において、具体的にどのような体制が必要か。

(答)標榜時間外の夜間の数時間は、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。

- (1) 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等
- (2) 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等。

【医科診療所用】施設基準届出チェックリスト(令和6年度診療報酬改定)

更新日 令和6年2月25日

このチェックリストは、**更新日**時点のものです。今後、厚生労働省の通知の訂正などに伴い変更される場合があります。届出時に変更がないかどうか、改めてご確認をお願いします。

新たに創設された施設基準（新設）及び届出直しが必要な施設基準（要件変更）について

下記の施設基準を算定するためには、各施設基準ごとに要件を満たした上で「**届出期限**」**必着**で届出ください。

各届出様式については所管の**各地方厚生(支)局HP**を**参照**ください(**当該チェックリストを各地方厚生(支)局に提出しても施設基準を届出したことにはなりません**)。

項番	届出期限	区分	チェック種			施設基準	チェック種	
			新設 要件変 更	届出対象	種別番号		届出状況	備考
1	令和6年6月3日	基本診療科	新設	<input type="checkbox"/>	1-6	抗菌薬適正使用体制加算	<input type="checkbox"/>	
2	令和6年6月3日	基本診療科	新設	<input type="checkbox"/>	1-7	医療DX推進体制整備加算	<input type="checkbox"/>	
3	令和6年6月3日	基本診療科	新設	<input type="checkbox"/>	1-8	看護科等連携診療補助加算	<input type="checkbox"/>	
4	令和6年6月3日	基本診療科	新設	<input type="checkbox"/>	1-11	時間外対応加算2	<input type="checkbox"/>	
5	令和6年6月3日	基本診療科	新設	<input type="checkbox"/>	1-42	診療経営体制加算1	<input type="checkbox"/>	
6	令和6年6月3日	基本診療科	新設	<input type="checkbox"/>	1-78	感染対策向上加算1の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算	<input type="checkbox"/>	
7	令和6年6月3日	基本診療科	新設	<input type="checkbox"/>	1-79	感染対策向上加算2の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算	<input type="checkbox"/>	
8	令和6年6月3日	基本診療科	新設	<input type="checkbox"/>	1-80	感染対策向上加算3の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算	<input type="checkbox"/>	
9	令和6年6月3日	基本診療科	新設	<input type="checkbox"/>	1-85	在宅医療推進使用体制加算	<input type="checkbox"/>	
10	令和6年6月3日	基本診療科	新設	<input type="checkbox"/>	1-101	医療的ケア要(老)入院支援加算	<input type="checkbox"/>	
11	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-8	がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する緩和がん性疼痛緩和指導管理加算	<input type="checkbox"/>	
12	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-28	慢性腎臓病連携予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	
13	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-40	外来腫瘍化学療法診療料3	<input type="checkbox"/>	
14	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-42	外来腫瘍化学療法診療料の注9に規定するがん薬物療法併用療法加算	<input type="checkbox"/>	
15	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-62	プロトン医療機器等指導管理料	<input type="checkbox"/>	
16	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-62	性診療の注9に規定する介護保険施設等連携性診療加算	<input type="checkbox"/>	
17	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-83	在宅患者訪問診療(1)の注13及び常時訪問診療料の注20に規定する在宅医療DX情報活用加算	<input type="checkbox"/>	
18	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-88	在宅病医学総合管理料の注14(施設人 equal 在宅病医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)に規定する加算	<input type="checkbox"/>	
19	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-87	在宅病医学総合管理料の注15(施設人 equal 在宅病医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)及び在宅がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算	<input type="checkbox"/>	
20	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-91	救急患者連携施設	<input type="checkbox"/>	
21	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-95	在宅患者訪問看護(指導料の注17(同一建物居住者訪問看護(指導料)の注6の規定により準用する場合を含む。))及び診療科別訪問看護(指導料)の注17に規定する訪問看護医療DX情報活用加算	<input type="checkbox"/>	
22	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-98	在宅患者訪問看護(指導料)の注18(同一建物居住者訪問看護(指導料)の注6の規定により準用する場合を含む。))に規定する遠隔臨検X線診断補助加算	<input type="checkbox"/>	
23	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-111	遠隔X線検査の注3に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	
24	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-155	経営診断支援加算	<input type="checkbox"/>	
25	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-174	非X線CT新撮像(ARCTIC)PETイメージング別用いた場合に限る。	<input type="checkbox"/>	
26	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-176	非X線CT新撮像(ARCTIC)PETイメージング別用いた場合に限る。	<input type="checkbox"/>	
27	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-178	非X線CT新撮像(ARCTIC)PETイメージング別用いた場合に限る。	<input type="checkbox"/>	
28	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-178	非X線CT新撮像(ARCTIC)PETイメージング別用いた場合に限る。	<input type="checkbox"/>	
29	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-219	災害応急支援指導加算	<input type="checkbox"/>	
30	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-220	早期診療体制充実加算	<input type="checkbox"/>	
31	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-221	遠隔在宅診療の注12に規定する情報通信機器を用いた遠隔診療法の施設基準	<input type="checkbox"/>	
32	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-259	ストーマ併症加算	<input type="checkbox"/>	
33	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-280	人工股関節置換術(手術支援装置を用いるもの)	<input type="checkbox"/>	
34	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-304	毛様体光凝固術(眼内内照射を用いるものに限る。)	<input type="checkbox"/>	
35	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-431	深遠視野グラフ再建術	<input type="checkbox"/>	
36	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-433	精巣捻転手術	<input type="checkbox"/>	
37	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-438	女子外性器性器手術	<input type="checkbox"/>	
38	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-472	複製型固定型医療機器使用加算	<input type="checkbox"/>	
39	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-540	医療DX推進体制整備加算	<input type="checkbox"/>	
40	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-542	看護職員派遣費評価料	<input type="checkbox"/>	
41	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-547	外来・在宅ベースアップ評価料(1)	<input type="checkbox"/>	
42	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-548	外来・在宅ベースアップ評価料(2)	<input type="checkbox"/>	
43	令和6年6月3日	特掲診療科	新設	<input type="checkbox"/>	2-551	入院ベースアップ評価料	<input type="checkbox"/>	
44	令和6年6月3日	基本診療科	要件変更	<input type="checkbox"/>	1-14	地域包括診療加算	<input type="checkbox"/>	
45	令和6年10月1日	基本診療科	要件変更	<input type="checkbox"/>	1-33	若狭診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	
46	令和6年10月1日	特掲診療科	要件変更	<input type="checkbox"/>	2-25	地域包括診療料	<input type="checkbox"/>	
47	令和6年10月1日	特掲診療科	要件変更	<input type="checkbox"/>	2-38	外来腫瘍化学療法診療料1	<input type="checkbox"/>	
48	令和7年1月1日	基本診療科	要件変更	<input type="checkbox"/>	1-3	外来感染症対策向上加算	<input type="checkbox"/>	
49	令和7年1月1日	基本診療科	要件変更	<input type="checkbox"/>	1-78	感染対策向上加算1	<input type="checkbox"/>	
50	令和7年1月1日	基本診療科	要件変更	<input type="checkbox"/>	1-79	感染対策向上加算2	<input type="checkbox"/>	
51	令和7年1月1日	基本診療科	要件変更	<input type="checkbox"/>	1-80	感染対策向上加算3	<input type="checkbox"/>	



2. 医療DXの推進

- (1) マイナ保険証を中心とした医療DXの推進
- (2) 情報通信機器を用いた診療の推進等

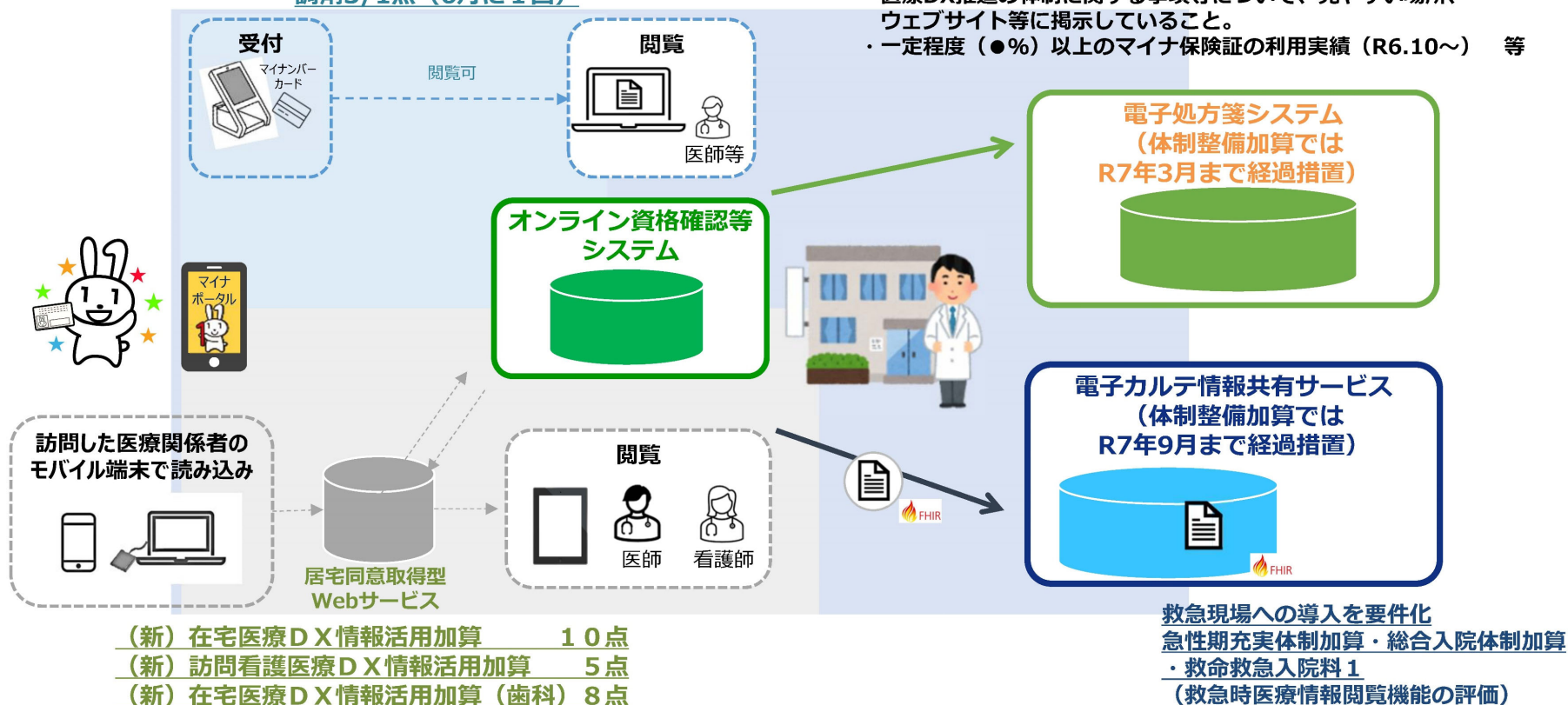
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

(新) 医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点 (3月に1回)
調剤3/1点 (6月に1回)

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点(歯科)、4点(調剤)

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度(●%)以上のマイナ保険証の利用実績(R6.10～)等



※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し


<概要>

1. オンライン資格確認等システムの導入が義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る取組みを評価する現在の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を見直し、**診療情報・薬剤情報の取得・活用に関する評価**に変更する
2. 名称も「**医療情報取得加算**」に変更する
3. **初診料に加え、再診料等**にも加算を設定

医療DXの推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

- 保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

現行	改定後
<p>【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】</p> <p>初診時</p> <p>医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 4点</p> <p>医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2 2点</p>	<p>【医療情報取得加算】</p> <p>初診時（月1回に限り算定）</p> <p>医療情報取得加算 1 3点</p> <p>医療情報取得加算 2 1点</p> <p>再診時（3月に1回に限り算定）</p> <p>医療情報取得加算 3 2点</p> <p>医療情報取得加算 4 1点</p>
<p>[施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"> 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 オンライン資格確認を行う体制を有していること。 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及びホームページ等に掲示していること。 <ul style="list-style-type: none"> ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。 イ 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。 	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>以下の場合を新たに評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 電子資格確認（オンライン資格確認）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合 ・ 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 </div> </div> <p>[施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"> 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 オンライン資格確認を行う体制を有していること。 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及びウェブサイト等に掲示していること。 <ul style="list-style-type: none"> ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。 イ 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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し（医療情報取得加算に名称変更）

オンライン資格確認の体制整備に係る評価から、診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ見直し、名称を医療情報取得加算に変更する。また点数の見直しや再診時も算定可能となる。

- | | |
|------------------------|-----------|
| <初診> 医療情報取得加算 1 | 3点(月1回) |
| 医療情報取得加算 2 (マイナ保険証を活用) | 1点(月1回) |
| <再診> 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 (マイナ保険証を活用) | 1点(3月に1回) |

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

- ▶ オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に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を導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新) 医療DX推進体制整備加算

8点



[算定要件]

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を満たす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。

[施設基準]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。**(経過措置 令和7年3月31日まで)**
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。**(経過措置 令和7年9月30日まで)**
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。**(令和6年10月1日から適用)**
- (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及びウェブサイト等に掲示していること。

医療DX推進体制整備加算の新設

<概要>

1. 前出の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」から「医療情報取得加算」への変更とは別に、電子処方箋や電子カルテ情報共有サービス等を利用できる体制を評価する加算として、「医療DX推進体制整備加算」を新設する。
2. 初診料に加算（月1回 8点）

16 医療DXに関連する準備と経過措置

施設基準	医療DX推進体制整備加算	在宅医療DX情報活用加算	経過措置等
レセプトオンライン請求の実施	○	○	
オンライン資格確認システムの体制整備	○	○	
オン資取得情報を医師が診察室等で閲覧、活用体制	○	—	
電子処方箋を発行する体制整備	○	○	令和7年3月31日まで
電子カルテ情報共有サービスの活用体制	○	○	令和7年9月30日まで
マイナ保険証利用の一定の実績	○	—	令和6年10月1日から適用
医療DX推進体制等に関する所定の院内掲示	○	○	
上記医療DXに係る掲示のウェブサイト掲載	○	○	令和7年5月31日まで

【医療情報取得加算】

問8 「A000」初診料の「注 15」、「A001」再診料の注 19 及び「A002」外来診療料の注 10 に規定する医療情報取得加算について、オンライン資格確認により患者の診療情報等の取得を試みた結果、患者の診療情報等が存在していなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。

(答)医療情報取得加算2又は医療情報取得加算4を算定する。

【医療情報取得加算】

問9 医療情報取得加算について、患者が診療情報等の取得に一部でも同意しなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。また、マイナ保険証が破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか

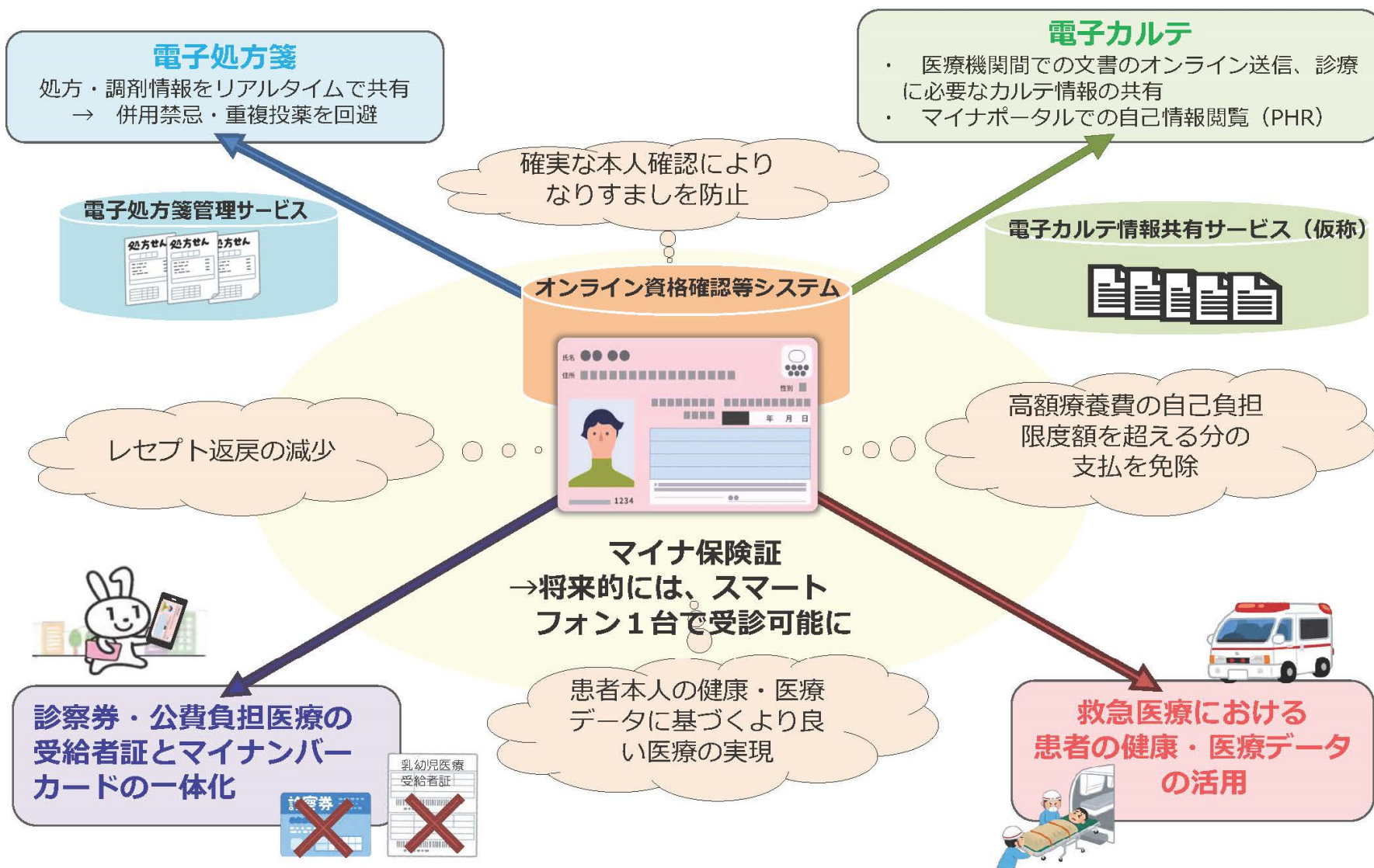
(答)いずれの場合も、医療情報取得加算1又は医療情報取得加算3を算定する。

【医療DX推進体制整備加算】

問 15 「A000」初診料の注 16 に規定する医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「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こと。」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか。

(答)オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。

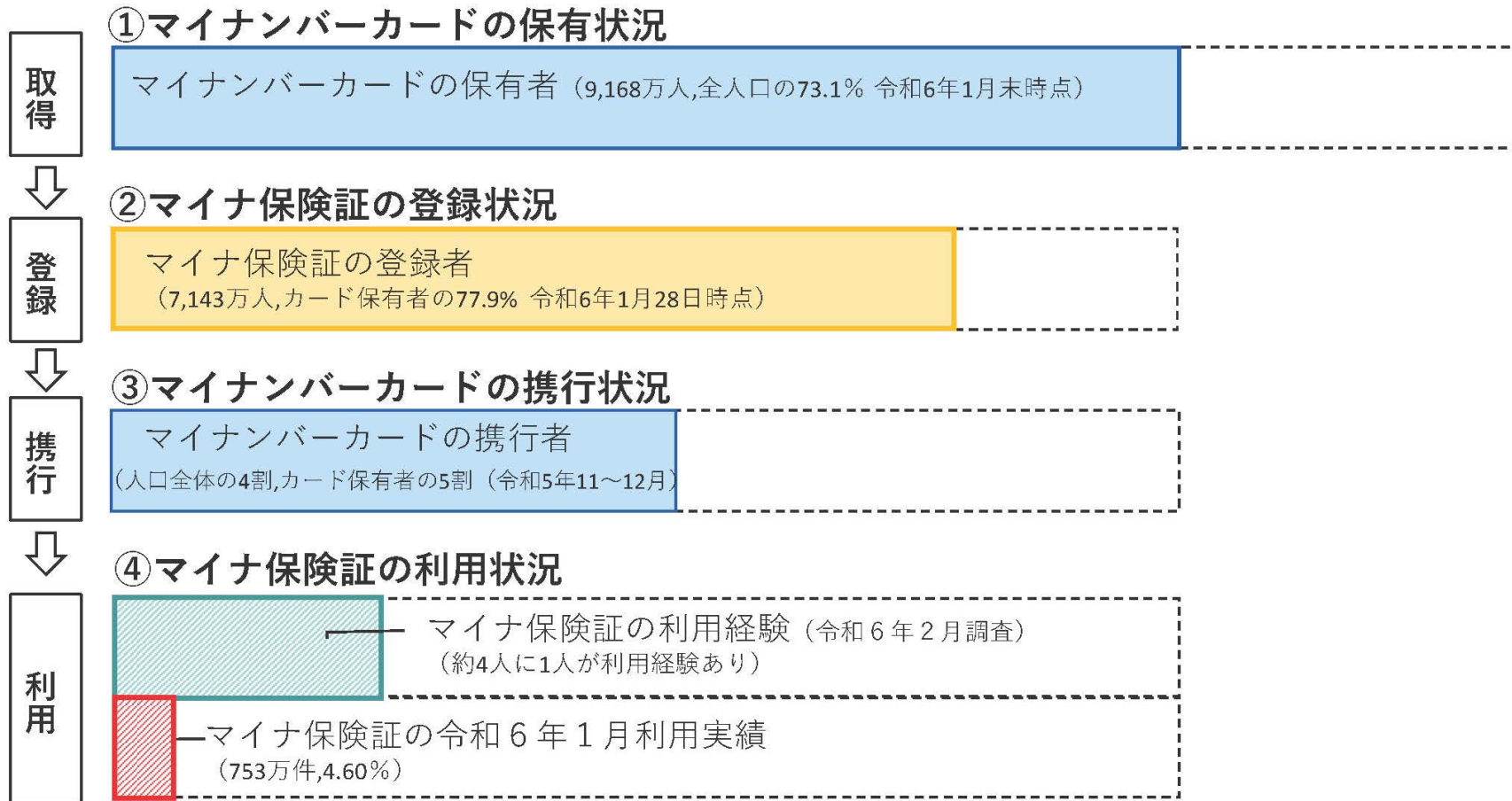
医療DXの基盤となるマイナ保険証



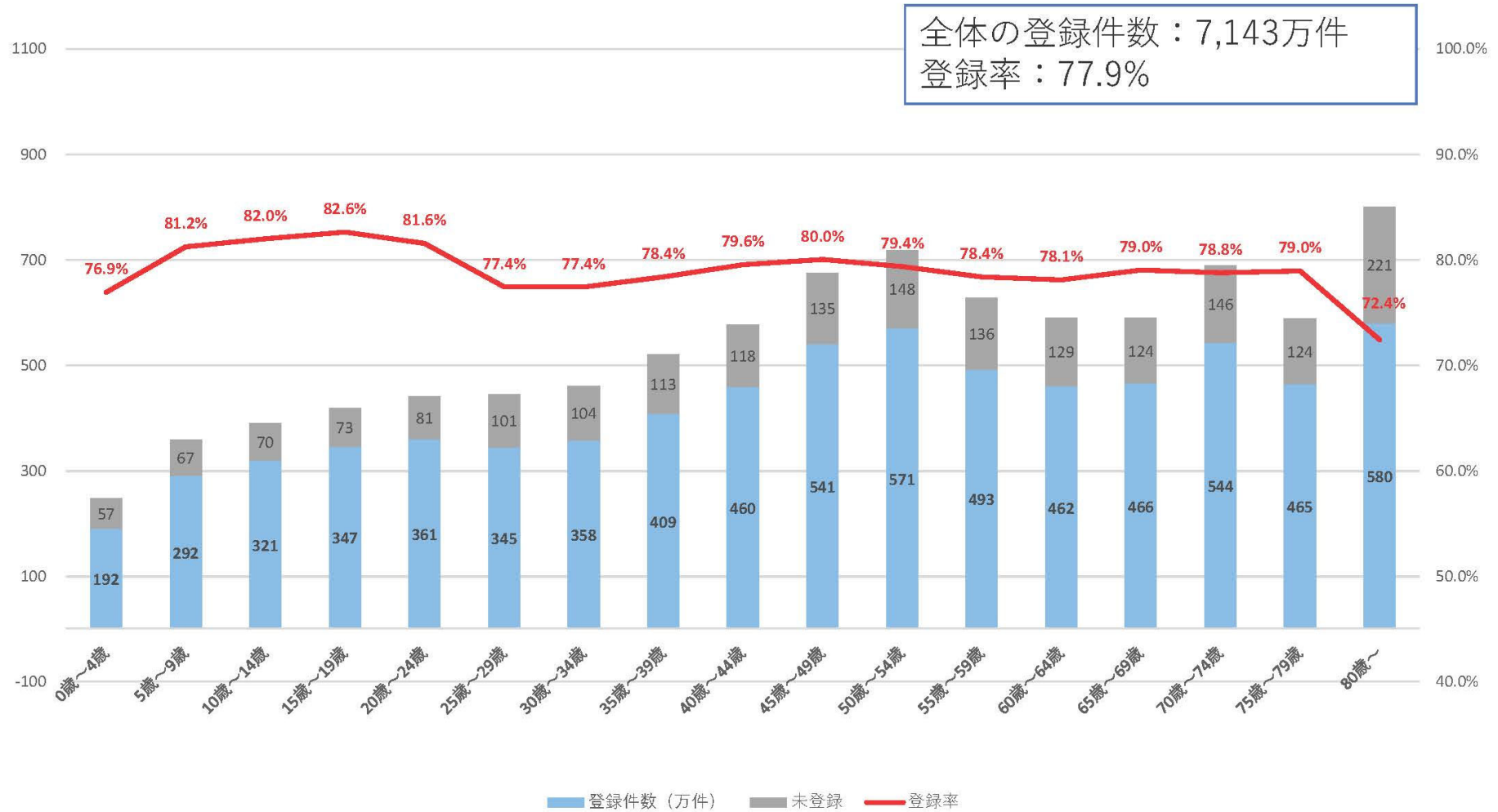
マイナ保険証の利用等に関する現状

(マイナ保険証の利用経験がある者) (マイナ保険証の携行者) (マイナ保険証登録者) (カード保有者) (R5.1.1時点の住基人口)

カード保有者の約1/4 カード保有者の約1/2 7,143万人 9,168万人 12,542万人



年代別マイナ保険証利用登録件数と登録率 (令和6年1月28日現在 ※保有枚数は1月末時点)



マイナ保険証利用についての意識

○ 厚生労働省が、令和6年2月に、18歳以上のマイナンバーカード保有者を対象にWebアンケート調査を実施。

✓ 調査期間：2024年2月1日～2024年2月5日 ✓ 調査対象：18才以上の男女

✓ 調査手法：オンラインアンケート調査

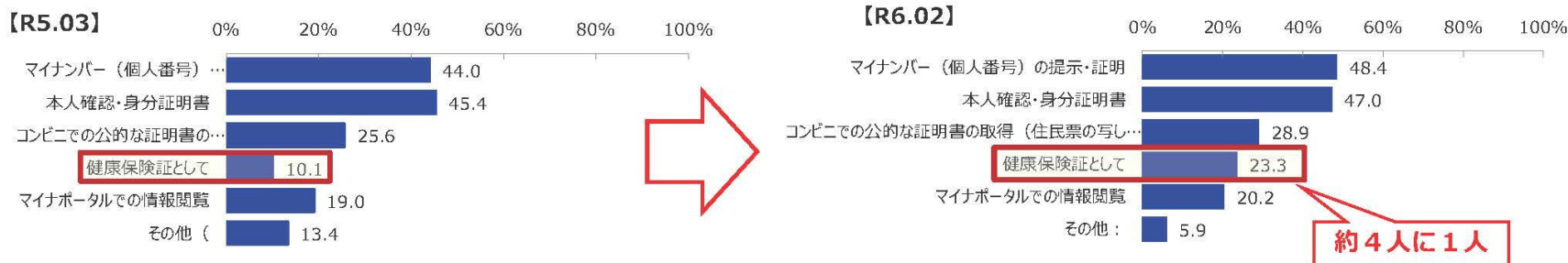
サンプル数3,000

マイナンバーカード保有者

業種排除（本人または家族が官公庁に就業または医療従事者）

◆ 約4人に1人がマイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある。

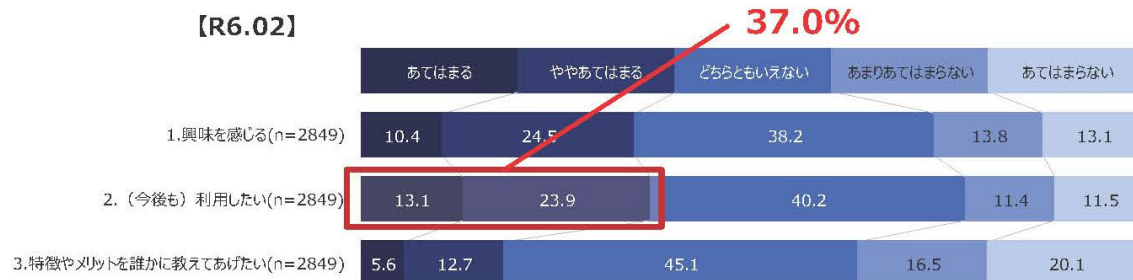
Q.あなたは、マイナンバーカードをどんな用途・目的で利用したことがありますか。あてはまるものをすべてお答えください。（いくつでも）



※日本経済新聞の調査（18歳以上、3000人に郵送、2023年10～11月に実施）でも、「マイナ保険証の利用経験あり」は24%となっている。

◆ 約4割弱がマイナ保険証を利用したいと考えている。

Q.あなたは、マイナ保険証について、どのような印象や考えをお持ちですか。それぞれについて、あなたのお気持ちに近いものを1つお答えください。



令和6年度診療報酬改定におけるマイナ保険証利用等に関する診療報酬上の評価（イメージ）

・マイナンバーカードを**常時携帯する者が約4割**となっている現状を踏まえると、**医療現場における利用勧奨が重要。**

《現行》

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】
マイナンバーカードや問診票を利用し、
「診療情報取得・活用体制の充実」を評価

<初診>

・マイナ保険証	利用なし	4点
・マイナ保険証	利用あり	2点

《見直しイメージ》

R6.6

R6.12

【医療情報取得加算】

配点を見直し、継続

<初診>

<再診>

・マイナ保険証利用なし	3点	2点
・マイナ保険証利用あり	1点	1点

※答申書付帯意見

令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

利用率増加に応じた支援金

【医療DX推進体制整備加算】

マイナ保険証、電子処方箋などの「医療DX推進体制」を評価

<初診> 8点（歯科6点、調剤4点）

施設要件（例）

- ①マイナ保険証での取得情報を診療室で使用できる体制【R6.6～】
- ②マイナ保険証の利用勧奨の掲示【R6.6～】
- ③**マイナ保険証利用実績が一定程度（●%）以上**であること【R6.10～】
- ④電子処方箋を発行できる体制（薬局は受け付ける体制）【R7.4～】
- ⑤電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制【R7.10～】



マイナ保険証利用促進のための医療機関等への支援について

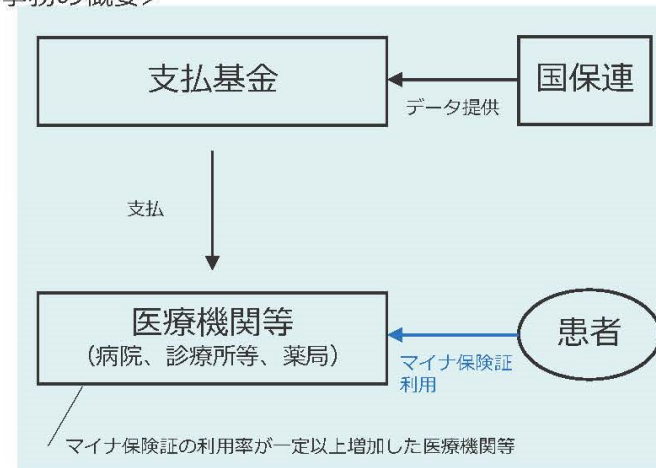
- 医療現場において、カードリーダーの操作に慣れない患者への説明など、マイナ保険証の利用勧奨に取り組んでいただくことで、マイナ保険証の利用促進を図る。そのインセンティブとなるよう、初診・再診等におけるマイナ保険証の利用率の増加に応じて、医療機関等に利用件数分の支援をする。

1. 医療機関等におけるマイナ保険証利用促進のための支援（案）

- ・概要：マイナ保険証の利用率（初診・再診・調剤）が一定以上増加した医療機関等に対して、増加率に応じて段階的に利用件数分の支援
- ・取組期間：2024（R6）年1月～11月〔前半：2024（R6）年1～5月、後半：2024（R6）年6～11月〕
- ・支援内容：マイナ保険証利用件数が少ない医療機関の底上げが目的。期間中のマイナ保険証利用率が2023（R5）年10月の利用率との比較で増加した医療機関等に対する支援。前半（2024（R6）年1～5月）と後半（2024（R6）年6～11月）それぞれの平均利用率・総利用件数に応じて支援額を決定。
- ・事務の概要：支払基金において、前半、後半の期間ごとに、医療機関の期間中の平均利用率と2023年10月の利用率を踏まえ支払い。（年2回、医療機関からの実績報告等は不要）

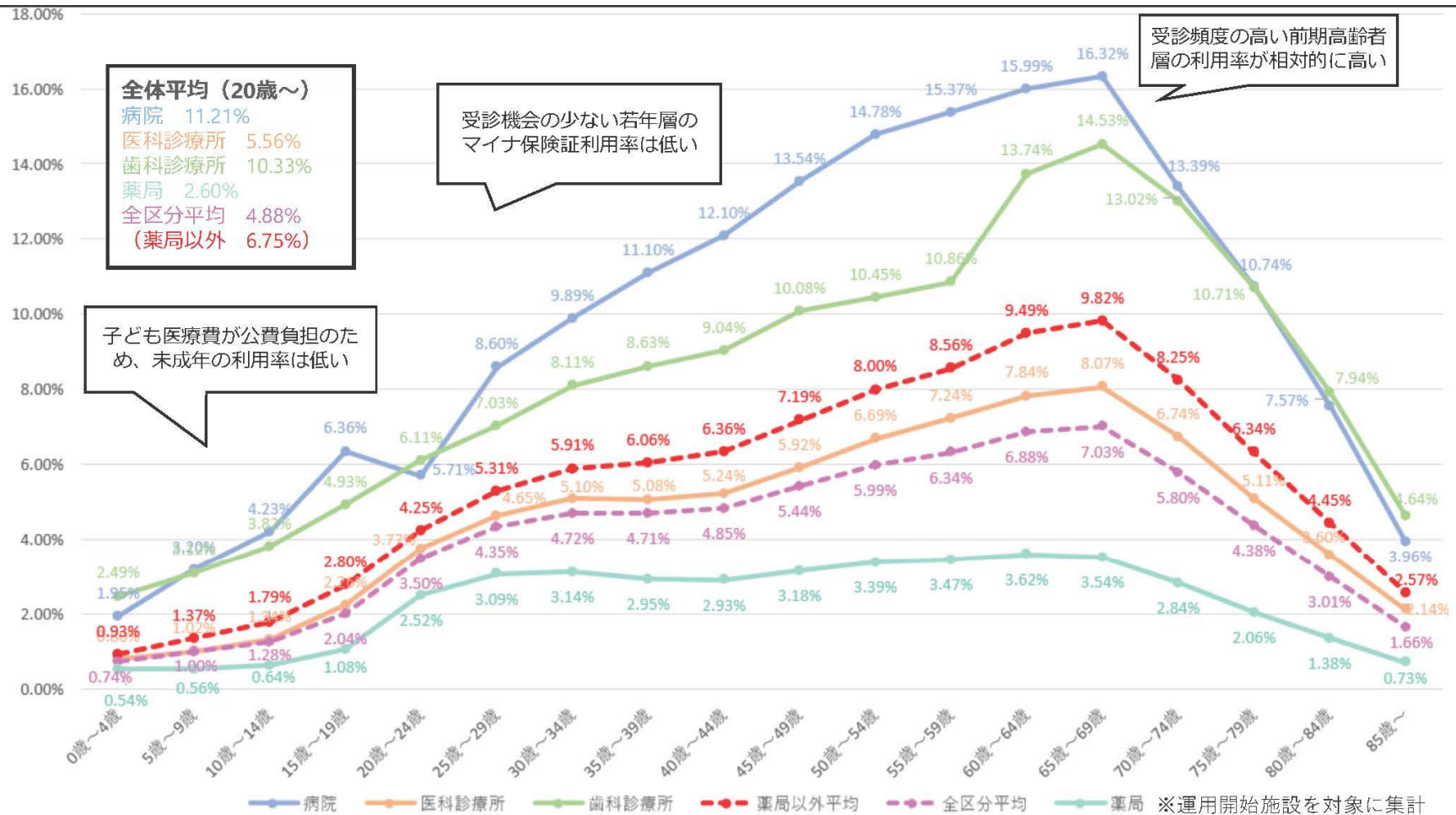
2023.10の利用率からの増加量	対象期間(2024.1～5) 支援単価	対象期間(2024.6～11) 支援単価
5 %pt以上	20円/件	-
10 %pt以上	40円/件	40円/件
20 %pt以上	60円/件	60円/件
30 %pt以上	80円/件	80円/件
40 %pt以上	100円/件	100円/件
50 %pt以上	120円/件	120円/件

<事務の概要>



オンライン資格確認における マイナ保険証年代別・施設類型別利用率（令和5年12月）

- 病院、歯科診療所では、20歳以上の10人に1人がマイナ保険証を利用している。
 - 薬局は処方箋があれば保険証やマイナンバーカードの提示が不要（ただし薬剤情報等の閲覧は不可）であるため、相対的に利用率が低くなっている。
- ※利用率＝マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数





3. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病にかかる疾病管理・適正化項目
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

生活習慣病対策

○ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

1. 生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ-5-①）

➤ 検査等不包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月1回に限る。）を新設する。

2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ-5-①）

- 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

3. 特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ-5-①）

➤ 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。

4. 特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ-5-②）

➤ リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

5. 地域包括診療料等の見直し（Ⅱ-5-③）

➤ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。

6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ-5-④）

➤ 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組のイメージは以下のとおり。



生活習慣病に係る医学管理料の見直し

<概要>

1. 改定率に関する大臣合意（生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%）を踏まえた対応
2. **現行の生活習慣病管理料を生活習慣病管理料（Ⅰ）とする**
（※外来管理加算を包括化等した上で点数を見直す）
3. **特定疾患療養管理料から糖尿病・脂質異常症・高血圧を除外した上で、検査料等が包括されない生活習慣病管理料（Ⅱ）として再編**
4. **療養計画書の様式を簡素化**（内容に変更がない場合は、概ね4月に1回の発行でよいが、患者の求めがあった場合は、その都度交付）
5. 月1回の算定を廃止
6. 長期処方やリフィル処方が可能であることを院内掲示

生活習慣病管理料の算定に係る注意点

- 特定疾患療養管理料を算定していた生活習慣病(糖尿病、脂質異常症、高血圧)の患者さんに対して、令和6年6月以降、生活習慣病管理料(Ⅱ)に切り替えて算定される場合は、療養計画書を作成し丁寧に説明いただくとともに、**患者さんの同意を得た上で、療養計画書に患者署名をいただく必要があります。**
- また、令和6年5月末まで、生活習慣病管理料を算定していた患者さんについて、**令和6年6月以降、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定するのか、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定するのか、あらためて判断いただく必要があります。**
(生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して、6月以内の期間については、生活習慣病管理料(Ⅱ)は算定できないこととされております。)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
 - **療養計画書を簡素化**するとともに、**電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。**
 - **診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。**
 - **少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止**する。
 - **歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。**
 - **糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。**

現行		改定後	
【生活習慣病管理料】		【生活習慣病管理料（Ⅰ）】	
1 脂質異常症を主病とする場合	570点	1 脂質異常症を主病とする場合	610点
2 高血圧症を主病とする場合	620点	2 高血圧症を主病とする場合	660点
3 糖尿病を主病とする場合	720点	3 糖尿病を主病とする場合	760点

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定要件】（概要）

- ・ 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。**血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。**
- ・ 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、**歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。**
- ・ **「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等（「B001」の（略）及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。**
- ・ **患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。**
- ・ 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- ・ **患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。**
- ・ 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。**また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。**
- ・ **生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない。**

生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

生活習慣病管理料（Ⅱ）の創設

- 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新）生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（月1回に限る。）

[算定要件]

- (1) 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床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部医学管理等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携強有料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。
- (4) 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、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

[施設基準]

- (1) 生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- (3) 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**する。
(※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。
(※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。
- より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の**対象疾患を追加**する。

現行

【特定疾患療養管理料】

[施設基準]

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

結核

悪性新生物

甲状腺障害

処置後甲状腺機能低下症

糖尿病

スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害

ムコ脂質症

リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症

リポジストロフィー

ローノア・ベンソード腺脂肪腫症

高血圧性疾患

虚血性心疾患

(中略)

性染色体異常

(新設)

(新設)

改定後

【特定疾患療養管理料】

[施設基準]

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

結核

悪性新生物

甲状腺障害

処置後甲状腺機能低下症

(削除)

スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害

ムコ脂質症

リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症 **(家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。)**

リポジストロフィー

ローノア・ベンソード腺脂肪腫症

(削除)

虚血性心疾患

(中略)

性染色体異常

アナフィラキシー

ギラン・バレー症候群



175	生活習慣病管理料(Ⅰ)	生活習慣病管理料(Ⅱ)
点数	脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点	脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点 情報通信機器を用いた診療 290点
加算	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖自己測定指導加算(年1回) 500点 ・外来データ提出加算 50点 	
同日の包括項目	・外来管理加算：生活習慣病管理料算定日とは“別日”の外来管理加算は算定要件を満たせば算定可	
同月の包括項目	<ul style="list-style-type: none"> ・医学管理等(診療情報提供料・薬剤情報提供料含む) ・検査 ・注射 ・病理診断 	・医学管理等(以下を除く)
包括対象外の医学管理等	糖尿病合併症管理料 がん性疼痛緩和指導管理料 外来緩和ケア管理料 糖尿病透析予防指導管理料 慢性腎臓病透析予防指導管理料	左記に加え 外来栄養食事指導料 集団栄養食事指導料 ニコチン依存症管理料 電子的診療情報評価料 療養・就労両立支援指導料 プログラム医療機器等指導管理料 薬剤情報提供料 診療情報提供料(Ⅰ) 診療情報提供料(Ⅱ) 診療情報連携共有料 連携強化診療情報提供料
他管理料との併算定について	糖尿病を主病とする場合、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない	
療養計画書	<ul style="list-style-type: none"> ・療養計画書を交付(様式9(新規用)、様式9の2(継続用)、又はこれに準じた様式) ・患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するとともに、概ね4月に1回以上は交付する ・2回目以降は、理解済みと医師が確認し療養計画書に記載すれば患者の同意署名は省略可 	
(Ⅰ)と(Ⅱ)の算定について	生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定月から起算して6月以内は、生活習慣病管理料(Ⅱ)は算定不可	

生活習慣病管理料

- 届出は不要。
- 従来、「脂質異常症」、「高血圧症」、「糖尿病」を有する患者さんに対して特定疾患療養管理料を算定してきた場合、改定後は、生活習慣病管理料Ⅰまたは、生活習慣病管理料Ⅱで算定する。
- 別に特定疾患療養管理料の対象疾患を有する患者さん(主病管理が行われている場合)は、引き続き、特定疾患療養管理料を算定できる。
- 令和6年6月1日以降、生活習慣病管理料を算定する場合には、患者さんの状態に応じて、生活習慣病管理料Ⅰ又はⅡを選択できる。ただし、生活習慣病管理料Ⅰを算定した日の属する月から起算して6か月以内の期間においては生活習慣病管理料Ⅱは算定できない。
- 生活習慣病管理料Ⅰを算定した患者について、翌月に出来高算定し、翌々月に再度生活習慣病管理料Ⅰを算定できる。

生活習慣病管理料

(算定例)

- ①令和6年6月に生活習慣病管理料Ⅰを算定後、翌月に完全出来高で算定し、翌々月に生活習慣病管理料Ⅰを算定することは可能。
(以下「算定例」において、6月に管理料Ⅰを算定、7月に管理料Ⅰを算定せず、8月に管理料Ⅰを算定することは可能。)
- ②以下「算定例」において、令和6年8月に生活習慣病管理料Ⅰを算定後、生活習慣病管理料Ⅱを算定できるのは、令和7年2月以降になる。

(算定例)	6年 6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	7年 1月	2月	3月
管理料Ⅰ	○	×	○	×	×	×	×	×	×	×
管理料Ⅱ	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○
算定管理料	管理料 Ⅰ	なし	管理料 Ⅰ	なし	なし	なし	なし	なし	管理料 Ⅱ	管理料 Ⅱ

▽患者の求めに応じて電子カルテ情報共有サービスにおける「患者サマリ」に療養計画書の記載事項を入力した場合には、計画書を作成・交付しているとみなす（患者への丁寧な説明と同意が必要）。

▽学会等の診療ガイドラインや診療データベースなどの「診療支援情報」を参考にすることを要件化する。

▽新たに【外来管理加算】の併算定不可。

▽現行の「少なくとも1か月に1回以上の総合的な治療管理を行う」要件を廃止。

▽管理料（II）を算定した日の属する月から起算して6か月以内の期間は、管理料（I）を算定できない。

▽糖尿病患者には、歯周病の診断・治療のため「歯科受診の推奨」を行う。

▽患者の状態に応じ「28日以上長期投薬」または「リフィル処方箋交付」が可能な旨を院内の見やすい場所に掲示し、患者から求められた場合に適切に対応する。

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">・結核・悪性新生物・甲状腺障害・処置後甲状腺機能低下症・糖尿病（令和6年度改定にて除外）・スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害・ムコ脂質症・リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（令和6年度改定にて除外）・リポジストロフィー・ローノア・ベンソード腺脂肪腫症・高血圧性疾患（令和6年度改定にて除外）・虚血性心疾患・不整脈・心不全・脳血管疾患・一過性脳虚血発作および関連症候群・単純性慢性気管支炎および粘液膿性慢性気管支炎 | <ul style="list-style-type: none">・詳細不明の慢性気管支炎・その他慢性閉塞性肺疾患・肺気腫・喘息・喘息発作重責状態・気管支拡張症・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・胃炎及び十二指腸炎・肝疾患（経過が慢性なものに限る。）・慢性ウイルス肝炎・アルコール性慢性膵炎・その他慢性膵炎・思春期早発症・性染色体異常・アナフィラキシー（令和6年度改定にて追加）・ギラン・バレー症候群（令和6年度改定にて追加） |
|---|--|

<2022年度の概算医療費データベースと社会医療診療行為別調査の実績数値を用いて試算を実施。>

○内科系診療所（入院外）においては、特定疾患療養管理料を算定する患者のうち11%が月2回の受診頻度と推計。（レセプト件数と算定回数が10：11より、1割強が月2回（算定上限回数）と推定。）

○診療所の特定疾患療養管理料は年5,976億円。特定疾患の算定に占める主傷病名の割合では、高血圧症（57.7%）、糖尿病（16.2%）、脂質異常症（23.9%）。

○3疾患の除外で最大97%（3疾患計）が除外されると想定すると、増減対象は5,797億円。

○月1回、特定疾患療養管理料を算定している患者では、現在は**343点**（特定疾患療養管理料：**225点**＋特定疾患処方管理加算2：**66点**＋外来管理加算：**52点**）。改定後は新設の生活習慣病管理料Ⅱ（**333点**）にスライドしてマイナス**10点**。

○月2回、特定疾患療養管理料を算定している患者では、現在は**590点**（特定疾患療養管理料：**225点**＋特定疾患処方管理加算1：**18点**＋外来管理加算：**52点**をそれぞれ**2回**算定）。改定後は新設の生活習慣病管理料Ⅱ（**333点**）にスライドしてマイナス**257点**。

○内科系診療所（約4万件）の**1カ月の平均レセプト件数**などを基に試算すると、特定疾患療養管理料が生活習慣病管理料Ⅱに完全に移行した場合、約**735億円**削減。

○特定疾患処方管理加算1の廃止でマイナス**61億円**。最後に、処方箋料は、**68点**から**60点**にマイナス**8点**となり、年間**232億円**が削減。

○トータルの削減額は**1,028**億円。改定率で示された**▲0.25%**（医療費ベース**▲1,200**億円）に近づく。

○プラス要素として再診料が**73**点から**75**点に2点上がると、年間で**75**億円の増加。総計して**953**億円の削減。

○内科系診療所（主たる診療科）で月額に割り戻すと、1医療機関当たりで、月**18.6**万円の減収。生活習慣病管理料Ⅱに移行できたとして、職員1人分相当の賃金が吹き飛ぶことになる。

特定疾患処方管理加算・処方箋料等の見直し

<概要>

1. 改定率に関する大臣合意(生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%)を踏まえた対応
2. **特定疾患処方管理加算1(18点/月2回まで)を廃止**
3. **特定疾患処方管理加算2の点数を見直すとともに、リフィル処方箋を発行した場合でも算定を可能とする。**
(※これまでどおりの処方態様であっても算定可)
4. 特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し
 - ・ 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である**「糖尿病」、「脂質異常症」、「高血圧」を除外する。**
 - ・ より質の高い疾病管理を推進する観点から、**対象疾患を追加する。「アナフィラキシー」「ギラン・バレー症候群」**
(対象疾患の追加は、平成10年以來)

<算定例 1 >

ア 高血圧で月 1 回受診（降圧剤28日分、院外処方）

現行		改定後	
再診料	73点	再診料	75点
外来管理加算	52点	(なし)	
特定疾患療養指導管理料	225点	生活習慣病管理料(Ⅲ)	333点
特定疾患処方管理加算2	66点	(なし)	
処方箋料	68点	処方箋料	60点
合計	484点	合計	468点

→マイナス16点

<算定例 2>

イ 高血圧で月2回受診（降圧剤14日分、院外処方）

現行		改定後	
再診料	73点x2=146点	再診料	150点
外来管理加算	52点x2=104点	(なし)	
特定疾患療養指導管理料	225点x2 = 450点	生活習慣病管理料 (Ⅱ)	333点
特定疾患処方管理加算1	18点x2=36点	(なし)	
処方箋料	68点x2=136点	処方箋料	60点x2=120点
合計	872点	合計	603点

→マイナス269点

糖尿病、高血圧症、脂質異常症を生活習慣病管理料Ⅱの333点で算定すると、これまで算定してきた特定疾患療養管理料225点、外来管理加算52点、特定疾患処方管理加算の見直し56点の合計（ $225+52+56=333$ ）と一致。

点数は一致させておいて、患者の同意を得た治療計画書を作ることを算定要件にすることによりハードルを上げてきたと考えられる。

生活習慣病管理料(Ⅰ)または(Ⅱ)を算定する場合は外来管理加算は算定できないが、胃潰瘍など適応のある疾患を主病とする患者に特定疾患療養指導管理料225点を算定する場合はこれまで通り外来管理加算52点は算定可能と思われる。

【生活習慣病管理料(I)、生活習慣病管理料(II)】

問 135 生活習慣病管理料(I)と生活習慣病管理料(II)は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。

(答)個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

【生活習慣病管理料(I)、生活習慣病管理料(II)】

問 131 生活習慣病管理料(I)及び(II)は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものとされているが、署名の取扱い如何。

(答)初回については、療養計画書に患者の署名を受けることが必要。ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合については、患者署名を省略して差し支えない。

【生活習慣病管理料(I)、生活習慣病管理料(II)】

問 132 問 131 について、療養計画書の内容について医師による丁寧な説明を実施した上で、薬剤師又は看護職員等の当該説明を行った医師以外のものが追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けた場合にも算定可能か。

(答)可能。

問 133 生活習慣病管理料(I)及び(II)に、外来管理加算の費用は含まれるものとされているが、生活習慣病管理料(I)及び(II)を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病管理料(I)及び(II)を算定した患者に対して診療を行った場合に、外来管理加算を算定することは可能か。

(答)外来管理加算の算定要件を満たせば可能。

問 134 生活習慣病管理料(II)について、「生活習慣病管理料(I)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(II)は、算定できない。」とされているが、同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料(I)を算定する患者と、生活習慣病管理料(II)を算定する患者が同時期にそれぞれいる場合の取扱い如何。

(答)同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料(I)を算定する患者と、生活習慣病管理料(II)を算定する患者が同時期にそれぞれいても差し支えない。

生活習慣病管理料（II）には次のような加算も設けられる。

（新）血糖自己測定指導加算

→「糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病でインスリン製剤を使用していないものに限る）に対し、血糖自己測定値に基づく指導を行う場合

（新）外来データ提出加算

→診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況などの診療内容データを継続して厚生労働省に提出する場合（データ提出加算との併算定は不可）

問 142 生活習慣病管理料(II)の注3に規定する血糖自己測定指導加算を算定した後、1年以内に生活習慣病管理料(I)を算定する場合、生活習慣病管理料(I)の注3に規定する血糖自己測定指導加算を算定することは可能か。

(答)不可。血糖自己測定指導加算を生活習慣病管理料(I)及び生活習慣病管理料(II)のいずれかにおいて算定した場合、生活習慣病管理料(I)及び生活習慣病管理料(II)のいずれにおいても1年以内は算定できない。

< 特定疾患処方管理加算 1 >

「特定疾患処方管理加算の対象となる厚生労働大臣が定める疾患」を主病とする患者に対して、処方した場合に算定。薬剤は問わないため対象疾患以外への薬剤のみを処方した場合にも算定可能。

< 特定疾患処方管理加算 2 >

「特定疾患処方管理加算の対象となる厚生労働大臣が定める疾患」に対する薬剤を28日以上処方している場合に算定。対象疾患に対する薬剤を28日以上処方していれば、対象疾患以外への薬剤が処方されていても構わない。

<外来管理加算>

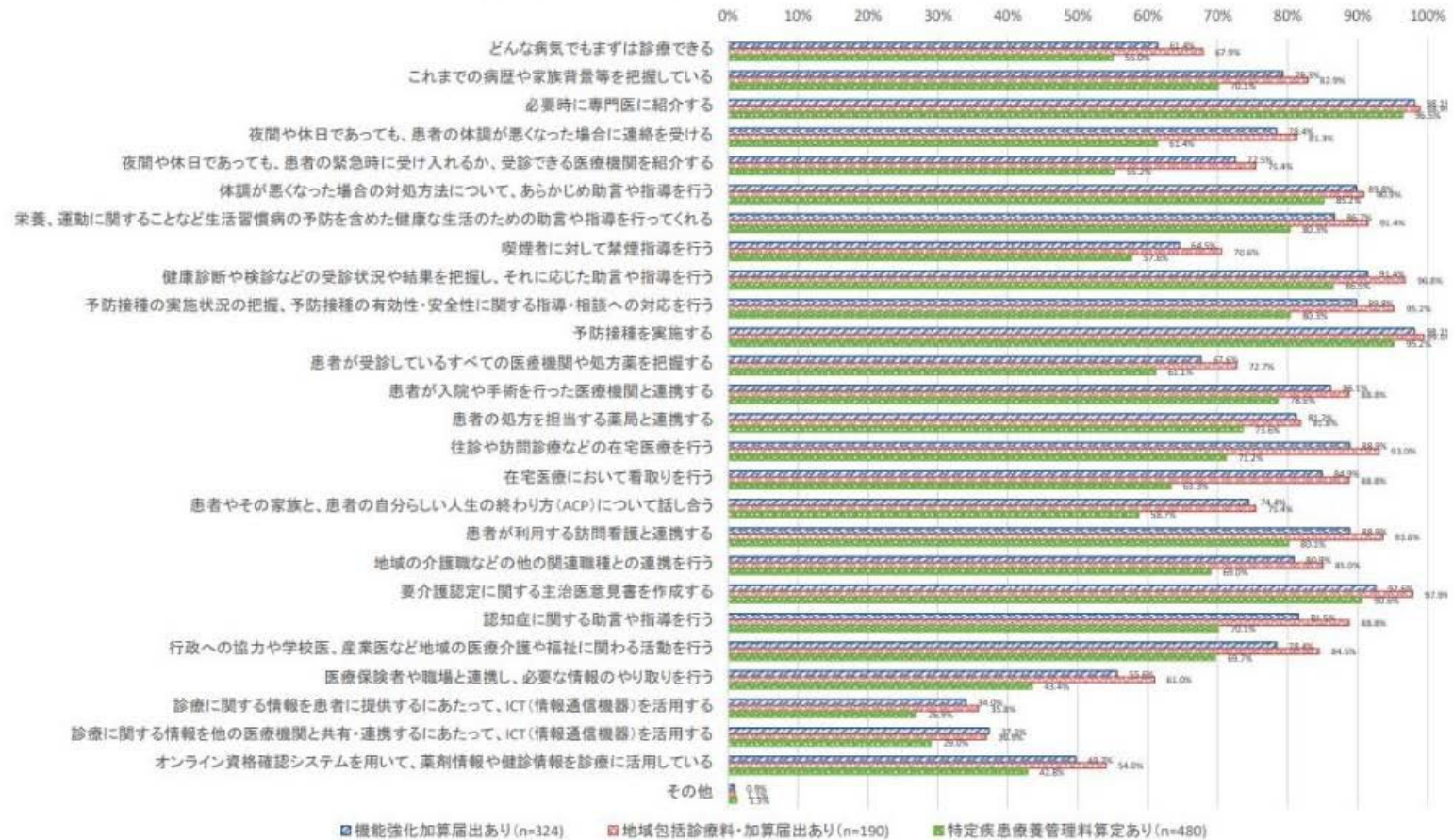
1 一定の処置や検査等を必要としない患者に対して、懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等といった医療行為を行うことを包括的に評価したもの。一定の処置や検査等を実施せずに計画的な医学管理を行なった場合に算定。

2 点数が個別に評価されている処置を実施した場合よりも、実施しないで外来管理加算を算定した場合の方が高い点数となり、自己負担額が高くなるため、患者にとって分かりにくいとの指摘もある。

* 慢性疼痛疾患管理並びに別に定める検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合。

機能強化加算、地域包括診療料、地域包括診療加算を算定する施設と、特定疾患療養管理料を算定する施設が有する「かかりつけ医機能」に関する調査

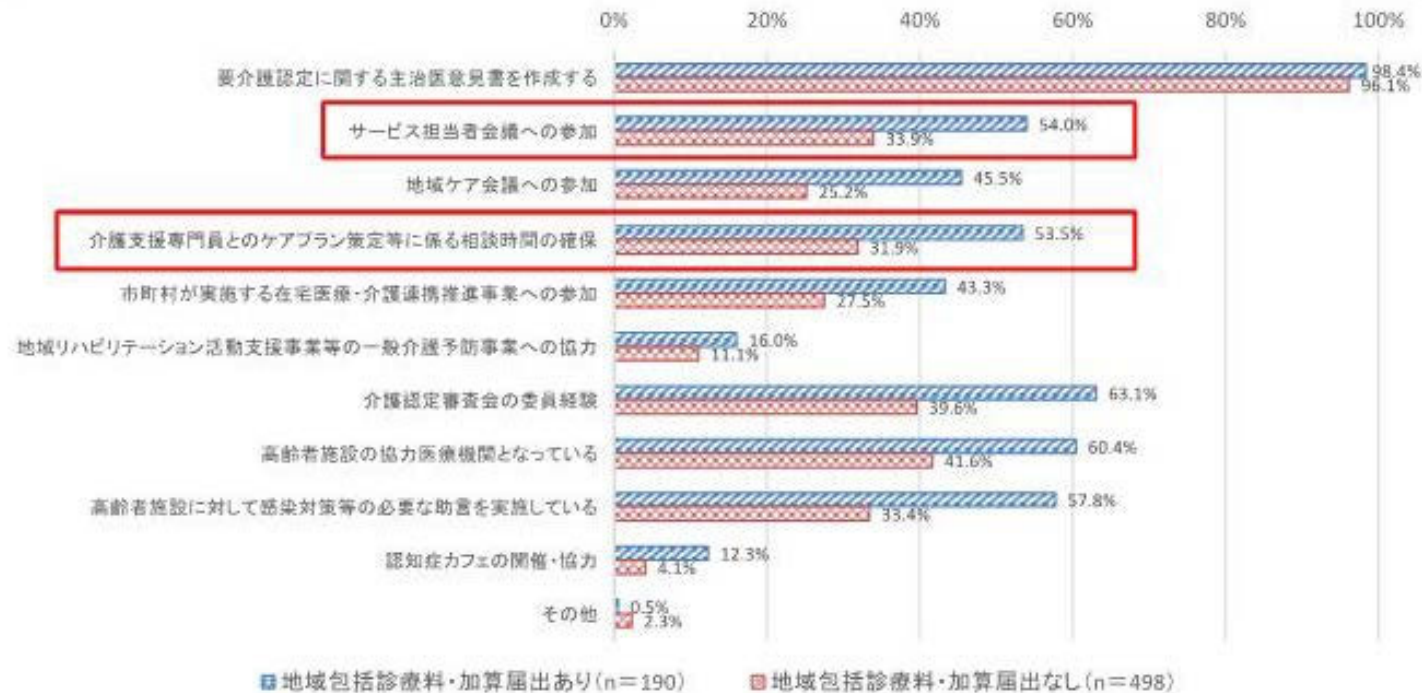
施設が有しているかかりつけ医機能(外来施設票、n=650)



介護との連携についての取組

中医協 総-1
5-10-20

- 医療機関における介護との連携の取組について、要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。
- 「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

		評価の概要	算定のタイミング	併算定可能なもの
①	地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	初診時以外	⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料、⑦外来管理加算は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。
②	地域包括診療料 認知症地域包括診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	初診時以外	①～⑦全て不可。
③	小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	初再診時	④機能強化加算は併算定可能。
④	機能強化加算	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の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	初診料算定時	③小児かかりつけ診療料は併算定可能。
⑤	生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと	初診料算定翌月以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑥	特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと	初診料算定1か月超過以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑦	外来管理加算（※）	処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行うこと	再診時	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態

○ かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態は以下のとおり。

①地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	外来管理加算
件数	3,178,441	97,593	2,889,436	2,877,823
割合		3.1%	90.9%	90.5%

②認知症地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	認知症地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	外来管理加算
件数	58,356	2,024	47,267	50,901
割合		3.5%	81.0%	87.2%

③小児かかりつけ診療料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	小児かかりつけ診療料	機能強化加算
件数	596,098	326,596
割合		54.8%

④生活習慣病管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	生活習慣病管理料	地域包括診療加算	外来管理加算	認知症地域包括診療加算
件数	882,563	97,593	835,280	2,024
割合		11.1%	94.6%	0.2%

⑤特定疾患療養管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	特定疾患療養管理料	地域包括診療加算	外来管理加算	認知症地域包括診療加算
件数	67,656,142	2,889,436	60,506,063	47,267
割合		4.3%	89.4%	0.1%

⑥外来管理加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	外来管理加算	地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	認知症地域包括診療加算
件数	104,744,719	2,877,823	835,280	60,506,063	50,901
割合		2.7%	0.8%	57.8%	0.0%

出典：NDBデータ(令和4年4～6月診療分)

生活習慣病管理料の主な見直し

		現行 生活習慣病管理料	改定後 生活習慣病管理料(Ⅰ)	変更点
点数	脂質異常症	570点	610点	増点 (+40点)
	高血圧症	620点	660点	
	糖尿病	720点	760点	
包括範囲		医学管理等(例外あり) 検査 注射 病理診断	外来管理加算 医学管理等(例外あり) 検査 注射 病理診断	外来管理加算が包括化
施設基準		無し	患者の状態に応じ28日以上 の長期投薬又はリフィル処方箋 の交付が可能であることを院 内掲示 等	施設基準 の追加
受診頻度要件		少なくとも月1回以上の 総合的な治療管理を行う	---	要件廃止
療養計画書		4月に1回以上交付	・様式の簡素化 ・概ね4月に1回以上交付	

生活習慣病管理料(Ⅰ)と(Ⅱ)の比較

		生活習慣病管理料(Ⅰ)	生活習慣病管理料(Ⅱ)
点数	脂質異常症	610点	333点(※)
	高血圧症	660点	
	糖尿病	760点	
包括範囲		外来管理加算 医学管理等(例外あり) 検査等(注射、病理診断)	外来管理加算 医学管理等(例外あり) ※検査等は出来高算定

- ⇒ 生活習慣病管理料(Ⅱ)の点数(333点)は、
特定疾患療養管理料(月1回)225点
外来管理加算52点
特定疾患処方管理加算(月1回)56点
の合計点数と同じ点数
- ⇒ 脂質異常症、高血圧症、糖尿病は、
特定疾患療養管理料と
特定疾患処方管理加算の対象疾患から除外

生活習慣病管理料等の院内掲示について

- 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)の施設基準において、「患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、具体的にどのような内容を掲示すればよいか。

(答) 当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、

- ・28 日以上の長期の投薬が可能であること
- ・リフィル処方箋を交付すること

のいずれの対応も可能であることを掲示すること

問 144 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料(I)、生活習慣病管理料(II)の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、具体的にどのような内容を掲示すればよいか。

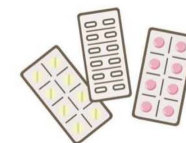
長期処方・リフィル処方せんについて 当院からのお知らせ

当院では患者さんの状態に応じ、

- ・ 28日以上の長期の処方を行うこと
- ・ リフィル処方せんを発行すること

のいずれの対応も可能です。

※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは病状に応じて担当医が判断致します。



リフィル処方せんとは？

症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、**一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方せん**です。



同一保険薬局で継続して調剤を受けることが出来ない場合は、前回調剤された薬局にもご相談ください

リフィル処方せんの留意点

- 医師が患者の病状等を踏まえ、個別に投与期間を判断します。(最大3回まで)
- 投薬量に限度が定められている医薬品及び貼付剤(一部を除く)は、リフィル処方できません。
- 薬剤師から、体調や服薬状況の確認のため、同一の保険薬局で調剤を受けることを勧める説明をすることがあります。
- 薬剤師から、次回の調剤予定の確認、予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により状況を確認することがあります。また、患者が他の薬局において調剤を受ける場合は、当該薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供することがあります。
- 患者の体調変化を考慮し、リフィル処方せんの有効期間内であっても、薬剤師は、調剤を行わず患者を受診を勧め、処方医へ情報提供することがあります。

投薬についての当院からのお知らせ

当院では、患者さんの状態に応じ、

- ・ 28日以上長期処方を行うこと
- ・ リフィル処方せんを発行すること

のいずれも対応も可能です。



※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは、患者さんの病状に応じて、担当医が判断いたします。

【参考】保険医療機関及び保険医療費担当規則（厚生労働省令）

第20条第2号 投薬

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

〇〇医院

生活習慣病管理料の算定に係る注意点

- 特定疾患療養管理料を算定していた生活習慣病（糖尿病、脂質異常症、高血圧）の患者さんに対して、令和6年6月以降、生活習慣病管理料（Ⅱ）に切り替えて算定される場合は、療養計画書を作成し丁寧に説明いただくとともに、**患者さんの同意を得た上で、療養計画書に患者署名をいただく必要があります。**

【初回用】

※患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、**患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける**

血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、**電子カルテ情報共有サービスを活用**して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の**血液検査項目**についての記載を不要

患者署名について、医師が計画書の内容について丁寧に説明した後、**看護職員等**が追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けることも可能です。

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】	<input type="checkbox"/> 体重:(kg) <input type="checkbox"/> BMI:() <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)
	<input type="checkbox"/> HbA1c:(%)
【①達成目標】:患者と相談した目標	()
	()
【②行動目標】:患者と相談した目標	()
	()
【食事】	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える
	<input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項()
【運動】	<input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:)を週()回]
【たばこ】	<input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:)を週()回]
	<input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他())
【その他】	<input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	<input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・)
【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> HbA1c: (%)
【その他】	<input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl)
【検査】	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> その他 ()

※血液検査結果を手交している場合は記載不要 その他 ()

【その他】
栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
その他 ()

※検査項目は、にチェック、()内には具体的に記入

患者署名	医師氏名
------	------

【継続用】

※内容に変更がない場合は、
概ね4か月に1回以上の交付
(ただし、患者の求めがあった場合は、その都度交付)

療養計画書の内容について、説明を受けた患者が十分理解したことを確認した場合、担当医がチェックすることで、患者署名を省略できる

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日) ()回目

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【目標】	<input type="checkbox"/> 体重: (kg) <input type="checkbox"/> BMI: () <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg)
	<input type="checkbox"/> HbA1c: (%)
【①目標の達成状況】	()
【②達成目標】: 患者と相談した目標	()
【③行動目標】: 患者と相談した目標	()

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 () <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量:)を(週)回] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量:)を(週)回] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・) () 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 ()日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()

<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他 ()

【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl)
<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl)
()	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl)
<input type="checkbox"/> HbA1c: (%)	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)
※血液検査結果を手交している場合は記載不要	<input type="checkbox"/> その他 ()

【その他】	<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
<input type="checkbox"/> その他 ()	

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

患者署名	医師氏名
------	------

患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
(なお、上記項目に担当医がチェックした場合には患者署名を省略して差し支えない)



3. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病にかかる疾病管理・適正化項目
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

- ▶ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、以下のとおり要件及び評価を見直す。

改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様

[算定要件]

- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーにを入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。
- 当該保険医療機関に通院する患者について、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するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。

[施設基準] ※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。
 - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
 - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、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することが可能であること。
 - ウ 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
 - ア～ケ(略) コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
 - ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。
 - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
 - ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

現行

地域包括診療加算1	25点
地域包括診療加算2	18点
認知症地域包括診療加算1	35点
認知症地域包括診療加算2	28点



改定後

地域包括診療加算1	<u>28点</u>
地域包括診療加算2	<u>21点</u>
認知症地域包括診療加算1	<u>38点</u>
認知症地域包括診療加算2	<u>31点</u>

地域包括診療料等の見直し

<概要>

1. 地域包括診療加算の点数を見直す

地域包括診療加算 1 25点 → 28点

地域包括診療加算 2 18点 → 21点

2. 以下の要件を追加

- ① ケアマネとの連携を強化（サービス担当者会議の出席、ICT等での相談）
※当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。（電話等による相談体制を構築している場合も該当する。）
- ② 認知症に関する研修を受けること（望ましい要件）
- ③ 長期処方、リフィル処方が可能なことを院内掲示
- ④ 人生の最終段階における意思決定支援の指針を作成
- ⑤ 患者や家族からの求めに応じて治療内容について文書を交付
- ⑥ ①、③については、原則として、ウェブサイトに掲載する

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

- 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、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
- データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

(参考) 外来データ提出加算について

〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名	大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日	リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	初診/再診		LDLコレステロール
	他院による紹介の有無	脳卒中の有無(初発)	脳卒中の有無(既往含む)
	診療科コード		脳卒中の初発の種類(既往含む)
糖尿病の有無	糖尿病の有無	脳卒中(初発以外)	脳卒中の初発の発症(診断)年月
	自院管理の有無		脳卒中の初発以外の種類(既往含む)
糖尿病の診断年月	診断年月	急性冠症候群の有無(初発)	脳卒中の初発以外の発症(診断)年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール		急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)
	慢性合併症:網膜症	急性冠症候群の初発の種類(既往含む)	
	慢性合併症:腎症	急性冠症候群の初発の発症(診断)年月	
高血圧症の有無	高血圧症の有無	急性冠症候群の初発以外)	急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)
	自院管理の有無		急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月
高血圧症の診断年月	診断年月	心不全の有無	急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)
血圧	血圧分類		急性大動脈解離の有無(初発)
	リスク層	急性大動脈解離の初発の発症(診断)年月	
	収縮期血圧	急性大動脈解離(初発以外)	急性大動脈解離の初発以外の発症(診断)年月
拡張期血圧	慢性腎臓病の有無		慢性腎臓病の有無
脂質異常症の有無		脂質異常症の有無	高尿酸血症の有無
	自院管理の有無	高尿酸血症の有無	
脂質異常症の診断年月	診断年月	高尿酸血症の有無	高尿酸血症の診断年月
			尿酸値

外来データ提出加算 50点(月1回)

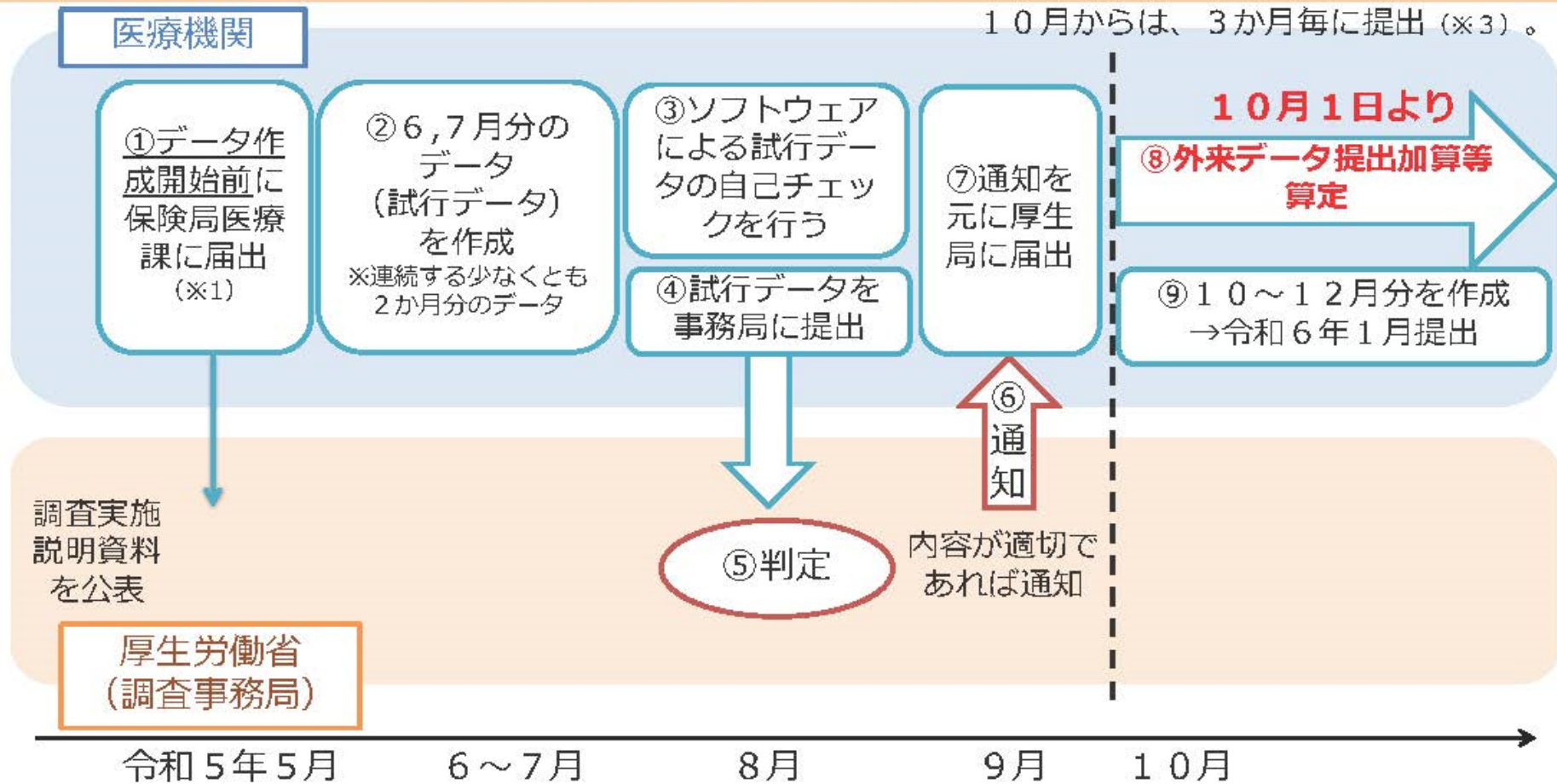
[算定要件]

- 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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



※1 5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

主な改定項目（診療所）（1）

届出 要否	点数項目等	改定前	改定後	スライド
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） 初診 再診 訪問診療 イ）同一建物以外 ロ）イ以外	新設	6点 2点 28点 7点	<u>7-25</u>
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1～8 初診時・訪問診療 1～8 再診時	新設	8～64点 1～8点	
○	医療DX推進体制整備加算（月1回）	新設	8点	<u>26-36</u>
×	医療情報取得加算 初診時（月1回） 1 2 再診時（3月に1回） 3 4	名称 変更・ 改編	3点 1点 2点 1点	
○	在宅医療DX情報活用加算（月1回）	新設	10点	

主な改定項目（診療所）（2）

届出 要否	点数項目等	改定前	改定後	スライド
×	生活習慣病管理料（Ⅰ） （月1回） 1 脂質異常症を主病とする場合 2 高血圧症を主病とする場合 3 糖尿病を主病とする場合	570点 620点 720点	610点 660点 760点	<u>37-49</u>
×	生活習慣病管理料（Ⅱ）（月1回）	新設	333点	
×	特定疾患処方管理加算 1（月2回） 2（月1回）	18点 66点	廃止 56点	
○	地域包括診療加算 1 2	25点 18点	28点 21点	<u>50-52</u>
×	一般名処方加算 1 2	7点 5点	10点 8点	
○	外来後発医薬品使用体制加算 1 2 3	5点 4点 2点	8点 7点 5点	
×	処方箋料	68点	60点	
×	薬剤情報提供料	10点	4点	

主な改定項目（診療所）（3）

届出 要否	点数項目等	改定前	改定後	スライド
○	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 発熱患者等対応加算 抗菌薬適正使用体制加算 (すべて 月1回)	6点 3点 1点 新設 新設	6点 3点 1点 20点 5点	53-58
○	時間外対応加算 1 2(新設) 3(改定前 2) 4(改定前 3)	5点 新設 3点 1点	5点 4点 3点 1点	59
○	通院精神療法 情報通信機器を用いて行った場合 1)30分以上 2)30分未満	新設	357点 274点	60
	長期収載品の保険給付の在り方の見直し			61-63
	施設基準の届出について			64-66

<検査>

出血・凝固検査

Dダイマー定性	-1
Dダイマー	-3
プロテインS抗原	-4
プロテインC抗原	-6

生化学的検査I

フェリチン定量	-3
KL-6	-3
心筋トロポニンI	-3
TnT定性・定量	-3
シスタチンC	-3
iV型コラーゲン	-4
ミオグロビン	-4
Zn	-4
ビタミンB12	-4
ビタミンB2	-7
プロカルシトニン	-8

生化学的検査II

TSH	-3
IRI	-3
FT4	-3
コルチゾル	-3
CPR	-3
FSH	-3
LH	-3
サイログロブリン	-3
BNP	-3
カルシトニン	-3

感染症免疫学的検査

インフルエンザ	
抗原定性	-4
マイコプラズマ	
抗原定性	-2
SARS-CoV-2	
抗原定性	-150
SARS-CoV-2	
・インフルエンザ	
抗原同時定性	-195

肝炎ウイルス関連検査

HBe抗原・抗体	-3
HBc抗体	-3
HCV抗体	-3
HBV DNA	-7
HCV RNA	-10

自己抗体検査

抗核抗体	-3
抗サイログロブリン	
抗体	-4
抗甲状腺ペルオキシダーゼ	
抗体	-4
抗DNA抗体	-4
抗Sm抗体	-4
抗CCP抗体	-5
抗TSHレセプター	
抗体	-6
甲状腺刺激抗体	-10
MPO-ANCA	-7
PR3-ANCA	-7

中医協 委員名簿

令和5年11月8日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員 7名	鳥潟美夏子 松本真人 佐保昌一 高町晃司 眞田亨 鈴木順三 末松則子	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員 7名	長島公之 茂松茂人 江澤和彦 池端幸彦 太田圭洋 林正純 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本医療法人協会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員 6名	飯塚敏晃 ◎小塩隆士 笠木映里 永瀬伸子 本田文子 安川文朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員 10名	岡本章 木澤晃代 上田克彦 田村文誉 藤原尚也 石牟禮武志 荒川隆治 守田恭彦 前田桂 青木幸生	九度山町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授 中外製薬株式会社参与渉外調査担当 アルフレッサホールディングス株式会社代表取締役社長 株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル&スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント 丸木医科機器株式会社参与

◎印：会長

中医協：中央社会保険医療協議会

特定疾患療養管理料再編「ずっと問題視してきた」 —松本真人・健康保険組合連合会理事に聞く



＜今回大きかったのは特定疾患療養管理料の再編です。松本理事が2023年12月8日の中医協総会で主張され、最終的にそのような形になりましたが、どのように受け止めていますか。＞

我々としてずっと問題視してきた内容です。歴史的な経緯や併算定の状況など、全部をつまびらかにした成果でもあると思っています。対象となった脂質異常症、高血圧症、糖尿病の3疾病は患者数も非常に多いですし、患者自身も治療に積極的に意識を持って参画していく流れになっていかなければなりませんから、受け皿となった新設の「生活習慣病管理料（II）」では療養計画書に基づいてDXを利用しながらしっかりと治療管理を行っていただくということで、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料を再編していただきました。

<次回改定に向けての課題や、より良い医療に繋がる部分はどのようなものがありますか。>

2026年度はまず2025年問題と言われている、団塊の世代全員の後期高齢者入りは間違いありません。ここ2回の改定は新型コロナウイルス感染症の影響がありましたが、5類となりましたから、次回は完全に平時レベルで議論できると期待されます。

保険財政の持続可能性については、良い方向になるとは正直考えづらいです。働き手が減る状況の一方で、社会保険の適用拡大が行われていますが、個々の支出はそんなに変わらないので、楽になるとは考えづらい。医療の質を確保しながら、効率化を図る流れは堅持しなければならないと思っています。

それからDXです。早い段階で医療機関側や患者側の動きに変化がでてこなければいけません。医療機関側で生産性が向上したり、業務の再構築が行われたりして、それが診療報酬の低下につながることはやはり当然期待していますし、そうでなければ、医療機関は人が足りないわけですからやっていけないと思います。

<将来的にどのような形でDXを評価していけばいいとお考えでしょうか。>

例えば将来的には、医療機関にかかるときにマイナンバーカードで予約ができ、実際に医療機関に行って、同意をすれば過去の健康診断の情報や病歴などが全部見えるようになる。それを見ながら、医師から「今回の病気もこの延長線上にあります」とか、「こういうことに気をつけましょう」といった話ができる。支払いもキャッシュレスででき、薬局に行けば調剤に必要な情報が届いていて薬が準備されていて受け取る。これらがストレスフリーでスピーディーで、なおかつ過去に比べて支払う金額も減ったとなっているのが一番の理想型だと思います。



20. 經過措置・届出

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。

施設基準等の各種様式は日本医師会ホームページ(メンバーズルーム)に掲載しますので、ダウンロードしてご活用ください