

2024年度 診療報酬改定 ～主な改定ポイント～

アルフレッサ株式会社
コンサルティンググループ

2024年4月19日現在の公表資料・情報に基づいています。
詳細につきましては、厚生労働省等の最新情報をご確認ください。

令和6年度診療報酬改定の基本方針（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

求人倍率は全職種平均の2～3倍

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

（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

（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

（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）

診療報酬改定率

		改定率	前回（参考）	前回比（参考）
全体改定率（ネット）		▲0.12%	▲0.94%	+0.82%
1、診療報酬改定（国費800億円程度）		+0.88%	+0.43%	+0.45%
下記2～4除く改定率（※1）		+0.46%	+0.23%	+0.23%
各科改定率	医科	+0.52%	+0.26%	+0.26%
	歯科	+0.57%	+0.29%	+0.28%
	調剤	+0.16%	+0.08%	+0.08%
医療関係職種（※2）へのケア実施のための特例的な対応		+0.61%		
入院時食費基準額引き上げ対応		+0.06%		
生活習慣病等管理料、処方箋料等の効率化・適正化		▲0.25%		
2、薬価改定等（国費▲1,200億円程度）		▲1.00%	▲1.37%	+0.37%
薬価（国費▲1,200億円程度）		▲0.97%	▲1.35%	+0.38%
材料価格（国費▲20億円程度）		▲0.02%	▲0.02%	—

※1：40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：看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(※1の職種を除く)

令和6年度診療報酬改定の施行時期等

令和6年度診療報酬改定にかかる主なスケジュール

令和5年 12月	令和6年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝 (12月20日)	1月12日 中医協諮問	2月14日 中医協答申	3月5日 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日 薬価改定		6月1日施行 (材料価格の 改定を含む)	7月上旬 初回請求	定例報告	
					届出期間 (5月2日～6月3日)		主な経過措置※		

※各診療報酬項目の具体的な経過措置は告示・通知を必ずご確認ください。

従来 of 改定スケジュール

前年12月	当該年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝	1月中旬 中医協諮問	2月上旬 中医協答申	3月上旬 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日施行	5月上旬 初回請求		定例報告		
				届出期間 (4月1日～4月14日前後)		主な経過措置			

患者さんの自己負担の増減

従来は4月の1回だけ



今回は2段階 (4月に薬価改定で下がり、診療報酬算定項目によっては6月にあがる?)

限られた医療資源の効率的・効果的な活用を促進させるための改定



病院

入院機能の明確化

- 急性期：7対1の要件厳格化
- 下り搬送受け入れ入院料新設
- 遠隔診療（診療支援）の拡大
- がん患者への薬剤師外来スタート
- 敷地内薬局がある病院処方箋料減額

診療所

かかりつけ機能と生活習慣病

- 生活習慣病管理の点数集約化
- 併算定見直し
- リフィル処方箋の促進
- 発熱外来の評価
- マイナ保険証の活用促進
- 在支診との連携による点数拡大

薬局

医療機関との情報連携

- 医療モールの調剤基本料見直し
- 地支体2・4の要件厳格化
- 処方提案に対する評価拡大
- 発熱外来の評価
- マイナ保険証の利用促進
- 在宅実績への更なる評価

本日の内容



医療機関の体制

全体

ベースアップ評価料
医療DX
感染対策
時間外対応
処方等
選定療養費（10月～）

医療従事者の人材確保・2.3%の賃上げを実施するため、ベースアップ評価料を新設
マイナ保険証を中心に、医療DXを推進するための体制と活用状況の評価
ポストコロナを見据え、外来感染対策向上加算の要件見直し、発熱患者等対応加算等の新設
時間外の電話対応等として、非常勤職員が対応し医師と連携する体制の評価を新設
リフィル処方箋や長期処方の推進、医薬品の安定供給に資する取組みの推進
長期収載品の保険給付の在り方の見直し、選定療養の仕組みを導入



診療の体制

内科等

生活習慣病関連

高血圧/脂質異常症/糖尿病を特定疾患療養管理料から削除、生活習慣病管理料Ⅱの新設

小児科、耳鼻科、心療内科等

小児科かかりつけ診療料
小児抗菌薬適正使用加算
小児特定疾患カウンセリング料

小児に対する継続的な診療を一層推進のために要件及び評価の見直し
対象疾患に、急性中耳炎、急性副鼻腔炎を追加
精神疾患等の支援を充実するために見直し、情報通信機器を用いた医学管理の評価を新設

眼科、耳鼻科、皮膚科、外科、消化器内科等

短期滞在手術等基本料

対象手術の入院外の実施状況を踏まえた基本料1（日帰りの場合）の見直し

リハビリテーション

疾患別リハビリテーション料
急性期リハビリテーション加算

実施者別区分の創設
入院患者の病態に応じて、早期からリハビリテーションを実施した場合の加算を新設

人工透析

慢性腎臓病透析予防指導管理料
人工腎臓導入期加算

「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づいた必要に応じた個別指導の評価を新設
要件及び評価の見直し

婦人科

一般不妊治療管理料
胚凍結保存管理料

不妊症患者の診療実績（20症例以上/年）を医師単位の基準に見直し等
胚凍結保存管理料の算定上限年数を廃止

本日の内容



医療機関の体制

全体

ベースアップ評価料
医療DX
感染対策
時間外対応
処方等
選定療養費（10月～）

医療従事者の人材確保・2.3%の賃上げを実施するため、ベースアップ評価料を新設
マイナ保険証を中心に、医療DXを推進するための体制と活用状況の評価
ポストコロナを見据え、外来感染対策向上加算の要件見直し、発熱患者等対応加算等の新設
時間外の電話対応等として、非常勤職員が対応し医師と連携する体制の評価を新設
リフィル処方箋や長期処方の推進、医薬品の安定供給に資する取組みの推進
長期収載品の保険給付の在り方の見直し、選定療養の仕組みを導入



診療の体制

内科等

生活習慣病関連

高血圧/脂質異常症/糖尿病を特定疾患療養管理料から削除、生活習慣病管理料Ⅱの新設

小児科、耳鼻科、心療内科等

小児科かかりつけ診療料
小児抗菌薬適正使用加算
小児特定疾患カウンセリング料

小児に対する継続的な診療を一層推進のために要件及び評価の見直し
対象疾患に、急性中耳炎、急性副鼻腔炎を追加
精神疾患等の支援を充実するために見直し、情報通信機器を用いた医学管理の評価を新設

眼科、耳鼻科、皮膚科、外科、消化器内科等

短期滞在手術等基本料

対象手術の入院外の実施状況を踏まえた基本料1（日帰りの場合）の見直し

リハビリテーション

疾患別リハビリテーション料
急性期リハビリテーション加算

実施者別区分の創設
入院患者の病態に応じて、早期からリハビリテーションを実施した場合の加算を新設

人工透析

慢性腎臓病透析予防指導管理料
人工腎臓導入期加算

「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づいた必要に応じた個別指導の評価を新設
要件及び評価の見直し

婦人科

一般不妊治療管理料
胚凍結保存管理料

不妊症患者の診療実績（20症例以上/年）を医師単位の基準に見直し等
胚凍結保存管理料の算定上限年数を廃止

ベースアップ^o評価料

ベースアップ評価料の全体像

ベースアップ評価料

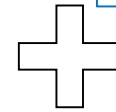
看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

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

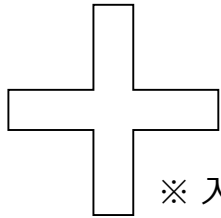
外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)

・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



※ 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



※ 入院に携わる職員のための評価

病院、有床診療所

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

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

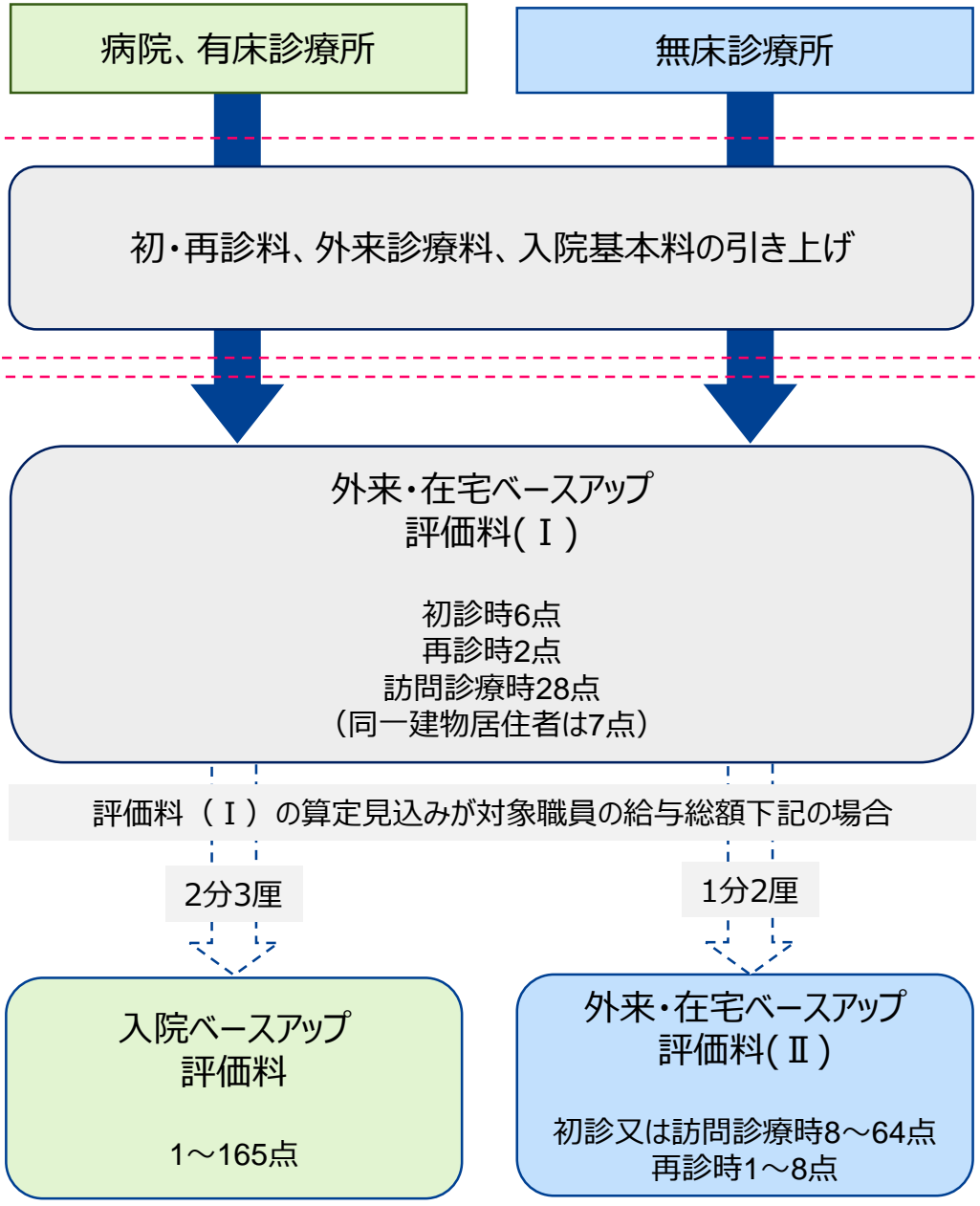
・ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

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①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

ベースアップ評価料の算定イメージ



+0.28%に該当
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、歯科技工所等の従事者等

+0.61%に該当
病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションに勤務する看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種

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

ベースアップ評価料の算定額の配分パターン

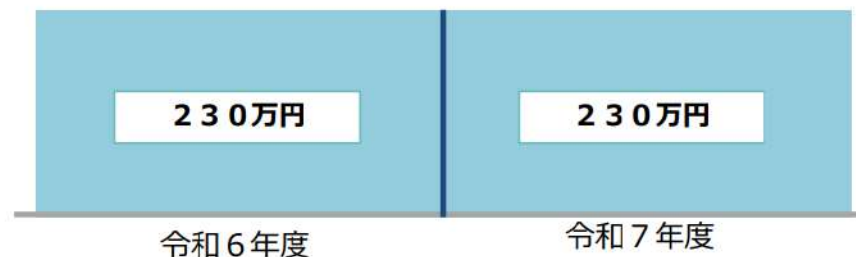
- 医療機関等においては、令和6年度と令和7年度の2年間の賃金引き上げについて計画します。
- そのなかでベースアップ評価料（改定率+0.61%分）については、対象職種の給与総額の2.3%相当となるように設定されており、令和6年度と7年度の2年とも同じ点数設計です。
- したがって、この点数を算定した場合の賃上げへの配分方法について、以下の2つのパターンが考えられますが、いずれの場合も算定額を全て賃金の引き上げに充てることが重要です。

【例：令和5年度の給与総額が1億円であった場合】

（2年間のベースアップ評価料の算定額の見込み）

1億円×2.3%×2年間=460万円
（賃金の引き上げに充てる額）

（パターン1）
令和6年度にまとめて引き上げを行う配分方法



（パターン2）
2年間で段階的に引き上げを行う配分方法



ベースアップ評価料

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

テーマ別に探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 令和6年度診療報酬改定について > 令和6年度診療報酬改定説明資料等について

令和6年度診療報酬改定説明資料等について

説明動画

[令和6年度診療報酬改定説明\(YouTube\)はこちら←公開しました](#)

[令和6年度診療報酬改定における賃上げについて\(YouTube\)はこちら←公開しました](#)

- [ベースアップ評価料計算支援ツール\(医科\)](#)
- [ベースアップ評価料計算支援ツール\(歯科\)](#)
- [ベースアップ評価料計算支援ツール\(訪問看護\)](#)

ポイント

- 対象職種
- シミュレーションの活用
- 賃金改善計画書の策定と届出
- 賃金改善実施報告書の提出（年1回）
- 賃金総額の計算は年4回
- 関連書類は3年保存

連動して引きあがる賞与分や事業主負担の増額分もベースアップに含まれる
業績に連動して引きあがる賞与は対象外

Excelで評価料の提出区分を判定

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

目次

- はじめに
- 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
 - ① 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】
 - ② 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】
 - ③ 入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】
- Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算



厚生労働省



ベースアップ評価料の試算

Step 1 対象職員の給与総額の計算

○ まずは、対象職員の給与総額を計算しましょう。

2024年6月1日から算定を開始する場合、2023年3月～2024年2月に実際に支払った給与総額を入力してください。

算定開始予定日	給与対象月	対象職員の給与総額
2024年6月1日	2023年3月	2,000,000円
	2023年4月	2,000,000円
	2023年5月	2,000,000円
	2023年6月	4,000,000円
	2023年7月	2,000,000円
	2023年8月	2,000,000円
	2023年9月	2,000,000円
	2023年10月	2,000,000円
	2023年11月	2,000,000円
	2023年12月	4,000,000円
	2024年1月	2,000,000円
	2024年2月	2,000,000円
1月当たり給与総額		2,333,333円

2024年7月1日以降の算定を予定している場合は、給与対象月が変更となります。

2024年2月については、試算時には、見込みで構いません。

対象職員の給与総額の実績を入力します。

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してください。ただし、役員報酬は対象外です。

戻る

次へ

入力後、次へをクリックします。

16

Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算

① 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 【病院・診療所共通】

○ 次に、外来・在宅ベースアップ評価料 (I) の算定見込みの計算を行います。

○ 2024年6月1日から算定を開始する場合、2023年12月～2024年2月に算定した初診料等の算定回数を入力してください。

算定開始予定日	算定月	算定回数				
		初診料等	再診料等	訪問診療料 (同一建物以外)	訪問診療料 (同一建物)	
2024年6月1日	2023年12月	100回	300回	4回	8回	
	2024年1月	100回	300回	4回	8回	
	2024年2月	100回	300回	4回	8回	
	2024年2月については、試算時には、見込みで構いません。					
	歯科併設の医療機関は、算定回数を入力してください。		歯科初診料等	歯科再診料等	歯科訪問診療料 (同一建物以外)	歯科訪問診療料 (同一建物)
	2024年2月		0回	0回	0回	0回
			0回	0回	0回	0回
			0回	0回	0回	0回
	1月当たり算定回数		0回	0回	0回	0回

2024年7月1日以降の算定を予定している場合は、算定月が変更となります。

算定回数を入力します。

戻る

次へ

入力後、次へをクリックします。

17

Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算

○ 最後に、医療従事者の賃上げ見込みの計算を行います。

○ 「ベースアップ評価料による1月当たり収入合計」等について、確認してください。

賃上げ見込みの計算

1月当たり給与総額	2,333,333円
外来・在宅ベースアップ評価料 (I) による1月当たり収入	13,680円
外来・在宅ベースアップ評価料 (II) による1月当たり収入 (無床診療所のみ)	11,960円
入院ベースアップ評価料による1月当たり収入 (病院・有床診療所のみ)	0円
ベースアップ評価料による1月当たり収入合計	25,640円
ベースアップ評価料による1年度当たり収入合計	307,680円

本記載では、無床診療所の例で記載しているため、前ページにかかわらず0円としています。

この試算を踏まえ、必要な賃金引上げの準備 (賃金引上げの計画、労使交渉、給与規程の改定等) を行った上で、施設基準の届出、計画の報告をお願いします。

戻る

次へ

20

ベースアップ評価料の説明動画

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

テーマ別に探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について

ホーム> 政策について> 分野別の政策一覧> 健康・医療> 医療保険> 令和6年度診療報酬改定について> 令和6年度診療報酬改定

令和6年度診療報酬改定説明資料等について

説明動画

[令和6年度診療報酬改定説明\(YouTube\)はこちら←公開しました](#)

[令和6年度診療報酬改定における賃上げについて\(YouTube\)はこちら←公開しました](#)

- [ベースアップ評価料計算支援ツール\(医科\)](#)
- [ベースアップ評価料計算支援ツール\(歯科\)](#)
- [ベースアップ評価料計算支援ツール\(訪問看護\)](#)

説明資料

- [01 令和6年度診療報酬改定の概要 \(全体概要版\)【4MB】](#)
- [02 令和6年度診療報酬改定の概要 \(医科全体版\)【7MB】](#)※分割版の03～20まで

(分割版はこちら)

- [03 令和6年度診療報酬改定の概要 賃上げ・基本料の引き上げ【1MB】](#)
- [04 令和6年度診療報酬改定の概要 医療DXの推進【1MB】](#)
- [05 令和6年度診療報酬改定の概要 ポストコロナにおける感染症対策の推進【1MB】](#)
- [06 令和6年度診療報酬改定の概要 同時報酬改定における対応【1MB】](#)
- [07 令和6年度診療報酬改定の概要 外来【1MB】](#)
- [08 令和6年度診療報酬改定の概要 入院I\(地域包括医療病棟\)【1MB】](#)

厚生労働省ホームページには、説明動画が掲載されています。

ベースアップ評価料の届出について

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

▼ 本文へ ▶ お問合わせ窓口 ▶ よくある御質問 ▶ サイトマップ ▶ 国民参加の場

↑ ホーム

Google カスタム検索 🔍 検索

テーマ別に探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について 統計情報・白書 所管の法令等 申請・募集・情報公開

↑ ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > ベースアップ評価料等について

ベースアップ評価料等について

「令和6年度診療報酬改定における賃上げ」に係る特設ページです。ここでは主にベースアップ評価料について必要な情報を掲載します。

【令和6年度診療報酬改定の概要(賃上げ)】

[概要説明資料はこちら【1.3MB】](#)

[令和6年度診療報酬改定における賃上げについて \(YouTube\)](#) [はこちら](#)

【省令・告示】（関連する通知・事務連絡を含む）

令和6年度診療報酬改定ページ内【診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について】第14部その他 第2節ベースアップ評価料並びに【特掲診療料の施設基準及びその届出に関する手続きについて(通知)】第105外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、第106外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、第106の2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、第106の3 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、及び第107入院ベースアップ評価料もあわせてご覧下さい。

【届出方法・届出様式・賃金改善計画書・賃金改善報告書】

令和6年6月診療分からの算定に当たっては、届出を令和6年5月2日から6月3日までに行っていただく必要があります。なお、令和6年5月下旬は届出の受付が集中し、混雑が予想されますので、可能な限り**令和6年5月17日(金)まで**の届出にご協力をお願いいたします。

ベースアップ評価料等に係る届出については、医療機関・訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生（支）局都道府県事務所ごとに設定された**専用メールアドレスにExcelファイルを提出することにより行ってください**。また、メールアドレスを持っていない等やむを得ない事情がある場合には、書面で提出してください。詳細は下記別添PDFファイルをご覧ください。

届出用紙は左の頁から取得できます

【届出方法・届出様式・賃金改善計画書・賃金改善報告書】

令和6年6月診療分からの算定に当たっては、届出を令和6年5月2日から6月3日までに行っていただく必要があります。なお、令和6年5月下旬は届出の受付が集中し、混雑が予想されますので、可能な限り**令和6年5月17日(金)まで**の届出にご協力をお願いいたします。

ベースアップ評価料等に係る届出については、医療機関・訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生（支）局都道府県事務所ごとに設定された**専用メールアドレスにExcelファイルを提出することにより行ってください**。また、メールアドレスを持っていない等やむを得ない事情がある場合には、書面で提出してください。詳細は下記別添PDFファイルをご覧ください。

具体的なスケジュール

- 賃上げのスケジュールのイメージは以下のとおりです。
- 医療機関等においては、賃金引き上げの計画の作成→計画に基づく労使交渉等→計画に基づく給与規程の改正→施設基準の届出及び期中の区分変更の届出→賃上げ状況の報告（令和6年度・令和7年度）を実施していくこととなります。

	R5年度		R6年度					R7年度					R8年度		
	2月	3月	4月～	6月～	9月～	12月～	3月	4月～	6月	～8月	9月～	12月～	3月	～5月	～8月
賃上げセミナー	● 本日														
計画・交渉・改定	←→							←...→							
賃金改善実施期間			←...→		← R6年度分 →					← R7年度分 →					→...→
	賃上げに係る診療報酬の算定開始月は6月だが、4月・5月の賃上げにも充当可			●	●	●	●		●		●	●	●		
施設基準上の届出・変更				●	●	●	●		●		●	●	●		
賃上げ状況の報告									←→						←→

2段階の引き上げを行う場合

賃上げに係る診療報酬の算定開始月は6月だが、4月・5月の賃上げにも充当可

● R6改定施行

医療DX

全国医療情報プラットフォーム



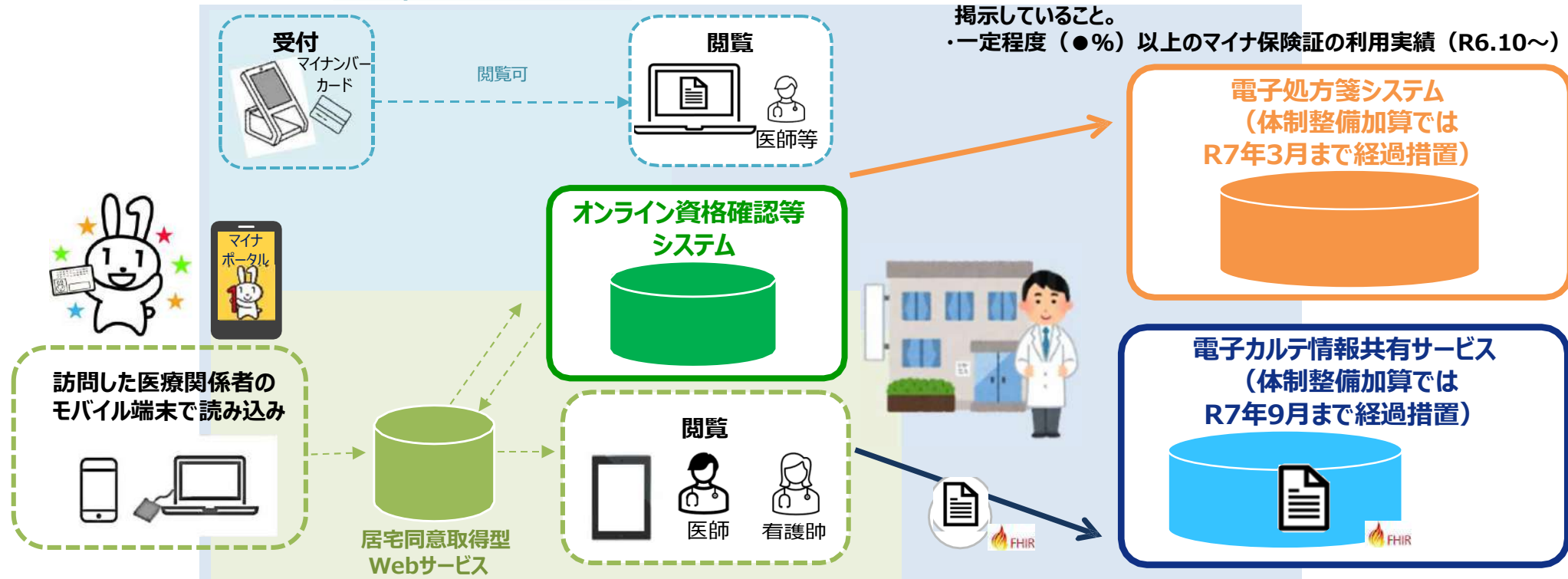
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

➤ 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



電子処方箋システム
（体制整備加算では
R7年3月まで経過措置）

電子カルテ情報共有サービス
（体制整備加算では
R7年9月まで経過措置）

- （新）在宅医療DX情報活用加算** 10点
- （新）訪問看護医療DX情報活用加算** 5点
- （新）在宅医療DX情報活用加算（歯科）** 8点

救急現場への導入を要件化
急性期充実体制加算・総合入院体制加算
・救命救急入院料
（救急時医療情報閲覧機能の評価）

※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	
【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】	
初診時	
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	4点
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	2点
[施設基準]	
1. 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。	
2. オンライン資格確認を行う体制を有していること。	
3. 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。	
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。	



改定後	
【医療情報取得加算】 ※マイナ保険証を利用する場合は、加算2または加算4	
初診時	
医療情報取得加算 1	3点
医療情報取得加算 2	1点
再診時（3月に1回に限り算定） 新	
医療情報取得加算 3	2点
医療情報取得加算 4	1点
	
以下の場合を新たに評価	
• 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	
[施設基準]	
1. 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。	
2. オンライン資格確認を行う体制を有していること。	
3. 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。	
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。	

- 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。

<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算</u>	新	<u>8点</u>
<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算 (歯科点数表初診料)</u>	新	<u>6点</u>
<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算 (調剤基本料)</u>	新	<u>4点</u>



[算定要件 (医科医療機関)]

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 (医科医療機関)]

- オンライン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。
- (医科) 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。
(歯科) 歯科医師が、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。
(調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (医科・歯科) **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)
(調剤) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付け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)
- 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)
- 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)
- 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。
- (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

在宅医療DX情報活用加算の新設

- 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスによるオンライン資格確認により、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い在宅医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

(新)	在宅医療DX情報活用加算	新	10点
(新)	在宅医療DX情報活用加算（歯科訪問診療料）	新	8点
(新)	訪問看護医療DX情報活用加算	新	5点



[対象患者（医科医療機関）]

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

[算定要件（医科医療機関）]

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において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数に8点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

[施設基準（医科医療機関）]

- （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）（医科）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）
- （4）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）
- （5）（2）の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- （6）（5）の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲示していること。

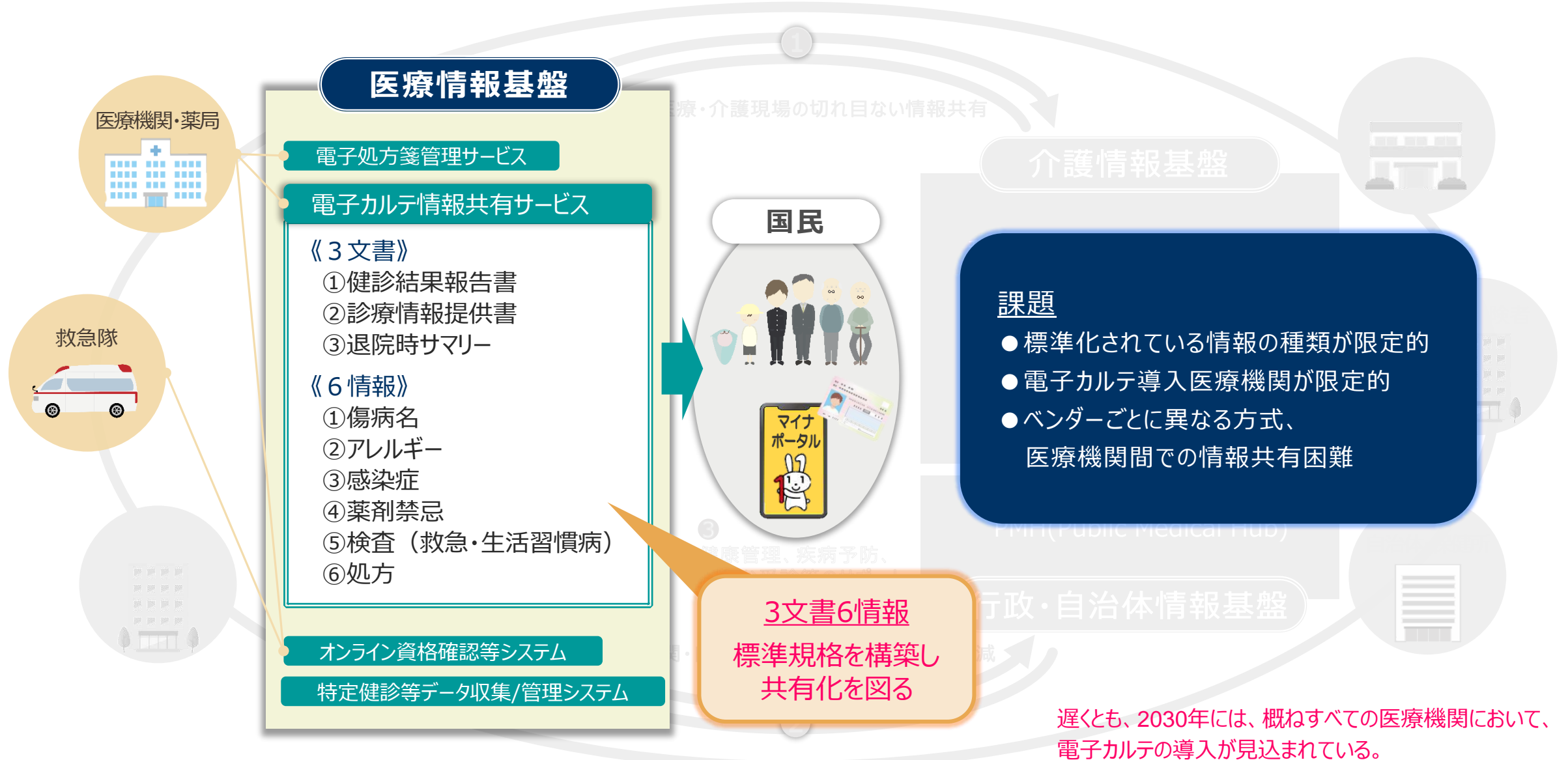
電子処方箋導入状況（2024年4月14日現在）

都道府県	医科			薬局	合計
	病院	診療所	歯科		
北海道	2	68	3	607	680
青森県	1	12	1	253	267
岩手県	20	17	5	246	288
宮城県	3	34	2	347	386
秋田県	2	11	0	127	140
山形県	2	21	1	203	227
福島県	1	34	0	351	386
茨城県	0	20	1	490	511
栃木県	1	21	0	246	268
群馬県	1	30	0	304	335
埼玉県	3	97	1	890	991
千葉県	3	72	2	831	908
東京都	3	247	11	1,717	1,978
神奈川県	1	161	3	1,194	1,359
新潟県	0	30	8	365	403
富山県	3	19	1	168	191

都道府県	医科			薬局	合計
	病院	診療所	歯科		
石川県	3	26	1	279	309
福井県	0	9	1	74	84
山梨県	1	14	1	122	138
長野県	1	36	2	285	324
岐阜県	4	51	2	236	293
静岡県	1	63	1	636	701
愛知県	2	149	4	996	1,151
三重県	5	36	1	257	299
滋賀県	0	17	1	192	210
京都府	2	42	2	427	473
大阪府	6	136	10	1,490	1,642
兵庫県	4	90	3	817	914
奈良県	0	17	0	210	227
和歌山県	0	9	0	125	134
鳥取県	0	11	0	73	84
島根県	3	14	0	89	106

都道府県	医科			薬局	合計
	病院	診療所	歯科		
岡山県	3	34	0	384	421
広島県	10	71	0	448	529
山口県	2	24	0	282	308
徳島県	1	6	0	121	128
香川県	0	10	1	122	133
愛媛県	0	12	0	230	242
高知県	1	13	0	81	95
福岡県	9	73	4	855	941
佐賀県	1	9	0	132	142
長崎県	1	0	11	236	248
熊本県	2	20	1	306	329
大分県	4	7	0	70	81
宮崎県	0	13	0	120	133
鹿児島県	5	25	1	337	368
沖縄県	1	17	0	138	156
合計	118	1,948	86	18,509	20,661

電子カルテの情報共有と標準化



マイナ保険証利用促進のための取組み

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

- ✓ 調査機関：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
- マイナンバーカード保有者
- サンプル数3,000
- 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割がマイナンバーカードを常に携帯。必要に応じて持ち歩いている方も含めれば7割が携帯。

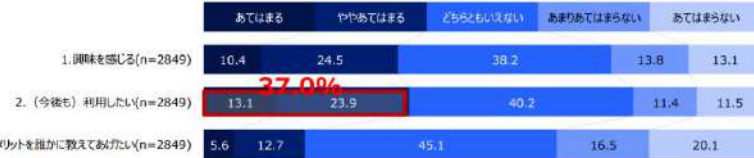
Q.あなたは、マイナンバーカードを持ち歩いていますか。あてはまるものを1つお答えください。



※調査対象がマイナンバーカード保有者であることに留意が必要

◆ 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。



マイナンバーカードを携帯している人が、医療機関・薬局でマイナ保険証を利用すれば、マイナ保険証の利用率が大きく伸びる可能性
➡ 医療機関・薬局におけるお声かけ等の取組が重要。

現行の健康保険証の発行については、令和6年12月2日より終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行。

医療機関・薬局の皆様におかれては、以下の取組などにより、マイナ保険証への移行に向けた準備を進めていただくよう、お願いいたします。

- ① 窓口に来た患者の方々に対して、「保険証をお持ちですか。」ではなく、「マイナンバーカード（マイナ保険証）をお持ちですか。」とお声をかけていただく
- ② マイナ保険証利用促進のための患者向けリーフレットなどによる周知、健康保険証の利用申込みに関する掲示等による案内
- ③ 各薬局のHPにおいて、持参するものとして「保険証」のみを案内している事例がみられるが、「マイナンバーカード」をご案内いただく
- ④ 利用率の目標設定、担当者の配置やマイナ保険証利用者のための専用レーンの設定
- ⑤ カードリーダーの操作に慣れない患者へのご説明（支援金による支援）
- ⑥ 診察券・子ども医療費助成などの受給者証のマイナンバーカードへの一体化

マイナ保険証利用促進に取り組み医療機関・薬局への支援金

支援金

期間：2024年1月～11月

内容：2023.10の利用率からの増加量に伴う割合により●●円/件

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)

URLはこちら

[オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）](#) | [厚生労働省 \(mhlw.go.jp\)](#)



2-2. マイナ保険証利用促進に取り組む医療機関・薬局への支援金

目的

医療機関・薬局において、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ります。

概要

マイナ保険証の利用率(初診・再診・調剤)^{※1}が、2023(R5)年10月から5%ポイント以上増加した医療機関・薬局を対象に、支援を実施します。

※1は次頁参照

期間

2024(R6)年1月～11月

※前半期:2024(R6)年1月～5月(5ヶ月間) / 後半期:2024(R6)年6月～11月(6ヶ月間)

支援内容

- 前半期(又は後半期)のマイナ保険証平均利用率と、2023(R5)年10月の利用率を比較し、次頁の表の増加量に応じた支援単価を、前半期(又は後半期)のマイナ保険証総利用件数に乘じた額が支援金として交付^{※2}されます。

※2は次頁参照

※今後、一部修正があり得ます 11

2-2. マイナ保険証利用促進に取り組む医療機関・薬局への支援金

支援額

2023.10の利用率からの増加量	前半期(2024.1～5)支援単価	後半期(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

支給計算・支払い

※1:利用率の算出:10月の利用率の場合
「2023(R5)年10月のマイナ保険証利用人数(名寄せ処理後) / 2023(R5)年11月請求分レセプト枚数(外来レセのみ)」

※2:支援金の交付にあたり医療機関・薬局からの実績報告などは不要です。社会保険診療報酬支払基金より年2回(前半期・後半期)交付します。また、1月より、社会保険診療報酬支払基金より各医療機関・薬局に対して、毎月のマイナ保険証の利用実績を通知しています。

※今後、一部修正があり得ます

事務連絡令和6年4月12日 疑義解釈資料の送付について（その2）

○経過措置が設定されている「電子カルテ情報共有サービス」、「電子処方箋」は、届出時に導入時期未定でも算定可能

問3【電子カルテ情報共有サービス】

「A000」初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算（以下「医療DX推進体制整備加算」という。）の施設基準において、「国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については令和7年9月30日までの間は経過措置が設けられているが、電子カルテ情報共有サービスについて、届出時点で具体的な導入予定等が不明であっても、当該加算は算定可能か。

（答）

経過措置が設けられている令和7年9月30日までの間は、算定可能。なお、電子カルテ情報共有サービスの導入等の具体については、当該サービスが実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

問4【電子処方箋】

医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028 第1号医政発1028 第1号保発1028 第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については、令和7年3月31日までの間は経過措置が設けられているが、電子処方箋について、届出時点で未導入であっても、当該加算は算定可能か。

（答）

経過措置が設けられている令和7年3月31日までの間は、算定可能。なお、施設基準通知の別添7の様式1の6において、導入予定時期を記載することとなっているが、未定又は空欄であっても差し支えない。

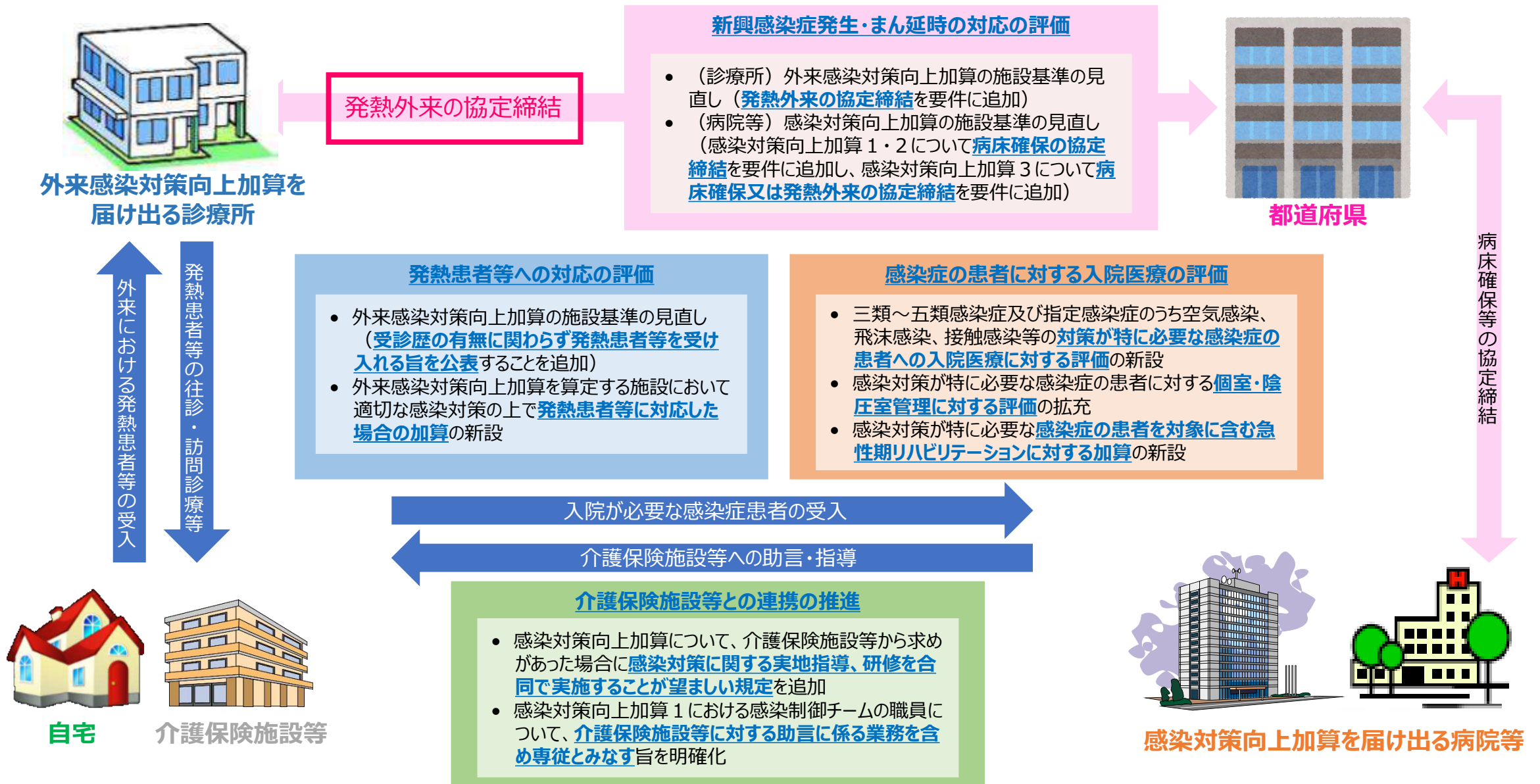
問5【電子処方箋】

医療DX推進体制整備加算の施設基準で求められている電子処方箋により処方箋を発行できる体制について、経過措置期間終了後も電子処方箋を未導入であった場合、届出後から算定した当該加算についてどのように考えればよいか。

（答）経過措置期間終了後は、当該加算の算定要件を満たさないものとして取り扱う。

感染对策

ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像



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。

主な改定の内容

- 都道府県知事から指定を受けている第一種協定指定医療機関または第二種協定指定医療機関であること

現行
<p>【感染対策向上加算】 〔施設基準（抜粋）〕</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>【外来感染対策向上加算】 〔施設基準（抜粋）〕</p> <p>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。</p>



改定後
<p>【感染対策向上加算】 〔施設基準（抜粋）〕</p> <p>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。</p> <p>加算2：（加算1と同様）</p> <p>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。</p> <p>【外来感染対策向上加算】 〔施設基準（抜粋）〕</p> <p>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。</p>

外来感染対策向上加算の施設基準

※赤字は追加項目

1 外来感染対策向上加算に関する施設基準 次のいずれにも該当すること。

- (1) 診療所であること。
- (2) 感染防止に係る部門「以下「感染防止対策部門」という。」を設置していること。ただし、別添3の第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (3) 感染防止対策部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は別添3の第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、医科点数表第1章第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (3)の院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。
- (6) (3)の院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお、当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7) (3)の院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回参加し、合わせて年2回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。
- (8) (7)に規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- (9) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。
- (10) (3)の院内感染管理者により、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (11) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (12) 当該保険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、空間的・時間的分離により発熱患者等の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。
- (13) 感染症法第38条第2項の規定に基づき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（同法第36条の2第1項の規定による通知（同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。
- (14) 新興感染症の発生時等に、発熱患者等の診療を実施することを念頭に、発熱患者等の動線を分けることができる体制を有すること。
- (15) 厚生労働省健康局結核感染症課「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。
- (16) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること。
- (17) 感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、当該患者の診療について必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制を有していることが望ましい。
- (18) 「A234-2」に掲げる感染対策向上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。

(参考) 介護報酬上の感染対策

感染症や災害への対応力向上

高齢者施設等における感染症対応力の向上

告示改正

- 高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。
 - ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。
 - イ 上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。
 - ※ 新型コロナウイルス感染症を含む。
 - ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること
- また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

10単位/月（新設）**高齢者施設等**

- 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保すること
- 協力医療機関等との間で、感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること

第二種協定指定医療機関等との連携

院内感染対策に関する研修又は訓練に年1回参加

3年に1回以上実地指導を受ける

医療機関等

- 第二種協定指定医療機関（新興感染症）
- 協力医療機関等（その他の感染症）
- 診療報酬における感染対策向上加算若しくは外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会

医療機関等

- 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関

介護施設は医療機関との連携を求めている

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

5単位/月（新設）**高齢者施設等**

(参考) 第一種、第二種協定指定医療機関

第一種協定指定医療機関（病床確保）とは

医療措置協定等に基づき、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者を入院させ、必要な医療を提供する医療機関として都道府県知事が指定した病院又は診療所

【指定基準】

- ①当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止の措置を実施することが可能
- ②可能な限り患者等が接触することがなく診察ができるなど、院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療を提供することが可能
- ③**新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間(※1)において、都道府県府知事の要請を受け、通知(※2)又は医療措置協定の内容に応じ、新型インフルエンザ等感染症等の患者を入院させ、必要な医療を提供する体制が整っている**

第二種協定指定医療機関（発熱外来）とは

医療措置協定等に基づき、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症の疑似症患者、当該感染症の疑似症患者、新感染症の罹患の疑者、当該新感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者の診療を行う医療機関として都道府県知事が指定した病院又は診療所

【指定基準】

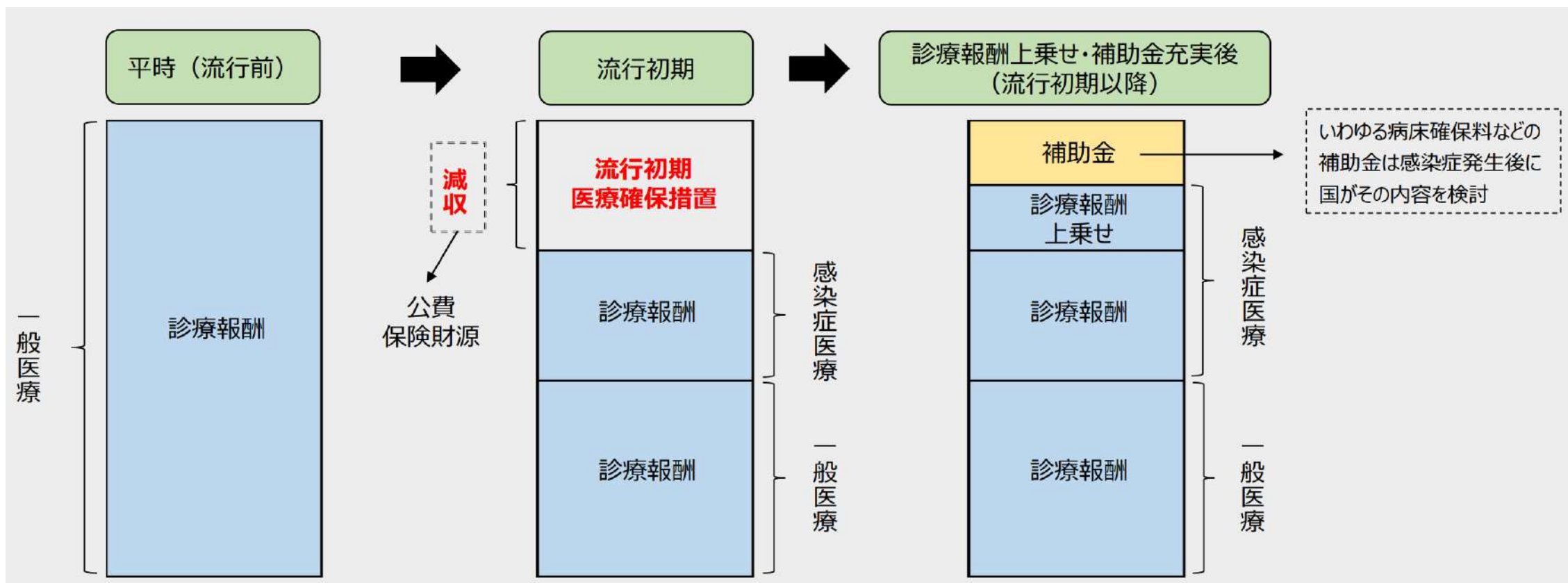
- ①当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能
- ②可能な限り受診する者が接触することがなく診察ができるなど、院内感染対策を適切に実施しながら、外来医療を提供することが可能
- ③**新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間(※1)において、府知事の要請を受け、通知(※2)又は医療措置協定の内容に応じ、新型インフルエンザ等感染症等の疑似症患者若しくは当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者の診療を行う体制が整っている**

(※1) 新型インフルエンザ等感染症等の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を指す

(※2) 都道府県知事が公的医療機関等、地域医療支援病院、特定機能病院に対し、医療措置に関して発出する通知を指す

流行初期医療確保措置の概要

- 大きな経営上のリスクのある流行初期（感染症発生の大公表後から3か月程度を想定）に感染症医療を提供する医療機関（病床の確保又は発熱外来の実施）に対し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間、財政的な支援を行う
- 感染症医療の提供（感染症患者の入院受け入れや発熱患者の診察など）を行った月の診療報酬収入額が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額が支援される
- 病床確保（入院医療）を行う医療機関は外来も含めた診療報酬収入全体を勘案し、発熱外来のみを行う医療機関は外来分の診療報酬収入のみを勘案する



補助金①（補助対象事業者と対象経費）

措置協定	補助対象事業者					補助対象
	病院	有床診療所	無床診療所	薬局	訪問看護事業所	
①病床の確保を内容とする協定 （法第36条の2第1項第1号） を締結する場合	○	○				1施設整備 （1）病室の感染対策に係る整備 （2）病棟等の感染対策に係る整備 （3）個人防護具保管施設の整備 ※ 2設備整備（新規購入及び増設する場合に限る。） （1）簡易陰圧装置 （2）検査機器（PCR検査装置） （3）簡易ベッド
②発熱外来を内容とする協定 （法第36条の2第1項第2号） を締結する場合	○	○	○			1施設整備 （3）個人防護具保管施設の整備 ※ 2設備整備（新規購入及び増設する場合に限る。） （2）検査機器（PCR検査装置） （3）簡易ベッド （4）HEPAフィルター付き空気清浄機（陰圧対応可能なものに限る。）
③自宅療養者への医療の提供を内容とする協定 （法第36条の2第1項第3号） を締結する場合	○	○	○	○	○	1施設整備 （3）個人防護具保管施設の整備 ※

※個人防護具保管施設に係る補助を申請する場合は、締結する協定に個人防護具の備蓄に関する条項が含まれることが必要になります。

補助金②（補助基準額と補助対象期間）

	補助対象経費	基準額	補助率
1施設整備	(1) 病室の感染対策に係る整備 病床確保に係る協定締結医療機関として必要な個室整備等に要する工事費 又は工事請負費 (専用の陰圧装置、空調設備、トイレ、バス等の付属設備の整備を含む。)	(1) 1室当たり14,546,000円	3分の2 (3分の1自己負担あり)
	(2) 病棟等の感染対策に係る整備 病床確保に係る協定締結医療機関として必要な多床室を個室化するための可動式パーテーションの設置、病棟の入り口の扉の設置、病棟のゾーニングを行うための改修等に要する工事費又は工事請負費	(2) 対象面積1㎡当たり239,300円	10分の10
	(3) 個人防護具保管施設の整備 病床確保、発熱外来、又は自宅療養者等への医療の提供に係る協定締結医療機関として必要な個人防護具保管庫の設置等に要する工事費又は工事請負費	(3) 対象面積1㎡当たり239,300円	10分の10
2設備整備 (新規購入及び増設する場合に限る。)	(1) 簡易陰圧装置 (2) 検査機器 (PCR検査装置) (3) 簡易ベッド (4) HEPAフィルター付き空気清浄機 (陰圧対応可能なものに限る。) 病床確保、発熱外来に係る協定締結医療機関として必要な上記の購入費	(1) 1病床当たり4,320,000円 (2) 1台当たり9,350,000円 (3) 1台当たり51,400円 (4) 1施設当たり905,000円	10分の10

補助対象期間：令和6年4月1日から令和7年3月31日

ただし、内示前に着工・発注したものは補助対象外です。

また、工事完了報告書又は納品書及び支払明細書を添付した実績報告書を令和6年度中に提出していただきます。

令和7年度以降に繰り越す可能性のある整備等は対象外となります。

詳細は巻末のQAを
参照してください

発熱外来に関する評価の新設

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。

現行
【外来感染対策向上加算】 (新設)



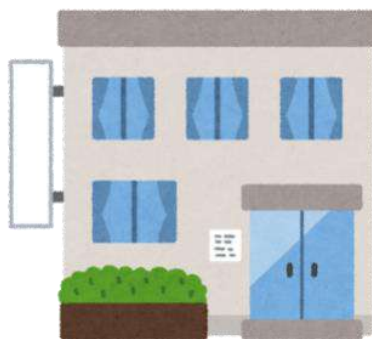
改定後
【外来感染対策向上加算】
発熱患者等対応加算 新 20点

再診料、医学管理料等のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの及び精神科訪問看護・指導料における外来感染対策向上加算についても同様。

[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。

情報通信機器を使った診療

算定不可



感染対策向上加算算定

1回目



発熱患者等対応加算算定
(外来感染対策向上加算は算定できない)

同月2回目

(発熱その他感染症疑い)

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。

現行	改定後
【外来感染対策向上加算】 (新設)	【外来感染対策向上加算】 抗菌薬適正使用加算 新 5点

[施設基準]

- (1) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていること。
- (2) 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。
- (3) 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。

現行	改定後
【感染対策向上加算】 (新設)	【感染対策向上加算】 抗菌薬適正使用加算 新 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か月における入院中の患者以外の患者に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(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内であること。



外来感染対策向上加算
を算定する診療所



感染対策向上加算を
算定する病院

↑ 抗菌薬の使用状況に関するデータの提出

↓ 使用抗菌薬のうち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を返却 (対象となる期間において)

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

- 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直す。

現行

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

〔算定要件〕（抜粋）

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

改定後

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

〔算定要件〕（抜粋）

急性気道感染症、**急性中耳炎**、**急性副鼻腔炎**又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

（参考）耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算（令和4年度診療報酬改定において新設）

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

〔算定要件〕（概要）

急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

時間外対応

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 **新** 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った場合であっても、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「A 0 0 1」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「A 0 0 1」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「A 0 0 1」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「A 0 0 1」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)

時間外対応加算比較

	時間外対応加算1	時間外対応加算2	時間外対応加算3	時間外対応加算4
点数	5点	4点	3点	1点
施設基準等	<p>自院の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等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、原則として自院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。</p>	<p>自院の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等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、原則として自院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。</p>	<p>自院の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等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、原則として自院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。</p>	<p>(1)自院(連携している診療所を含む)を継続的に受診している患者からの電話等の問い合わせに対し、複数の診療所による連携で対応する体制がとられていること。</p> <p>(2)当番日は、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として自院で対応できる体制がとられていること。</p> <p>また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等の問い合わせに応じることができなかった場合でも、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。</p> <p>(3)当番日以外の日、深夜及び休日等は、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連絡先の案内を行うなど対応に配慮すること。</p> <p>(4)複数の診療所の連携で対応する場合、連携する診療所の数は、自院を含め最大で3つまでとすること。</p>
	<p>自院を継続的に受診している患者からの電話等の問い合わせに対し、原則として自院で、自院の常勤の医師、看護職員、事務職員等により、常時対応できる体制がとられている。なお、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、事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>また、やむを得ない事由により、電話等の問い合わせに応じられない場合でも、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。</p>	<p>診療所を継続的に受診している患者からの電話等の問い合わせに対し、自院の非常勤の医師、看護職員、事務職員等が、常時、電話等で対応できる体制がとられている。問い合わせの際には必要に応じて診療録を閲覧することができる体制がとられている。また、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った場合であっても、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。</p>	<p>自院を継続的に受診している患者からの電話等の問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として自院で、自院の常勤の医師、看護職員、事務職員等が対応できる体制がとられている。なお、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、事務職員等が、標榜時間外の夜間の数時間に対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、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った場合でも、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。</p> <p>休診日、深夜、休日等は、留守番電話等で地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。</p>	

処方等

処方等に関する評価の見直し

リフィル処方及び長期処方の推進

- リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。
- 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（66点→56点）**。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**。
- 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。

処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行	
【一般名処方加算】	
一般名処方加算 1	7点
一般名処方加算 2	5点
【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算 1	47点
後発医薬品使用体制加算 2	42点
後発医薬品使用体制加算 3	37点
【外来後発医薬品使用体制加算】	
外来後発医薬品使用体制加算 1	5点
外来後発医薬品使用体制加算 2	4点
外来後発医薬品使用体制加算 3	2点
【薬剤情報提供料】	10点
【処方箋料】	
1 向精神薬他剤投与を行った場合	28点
2 1 以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	40点
3 1 及び 2 以外の場合	68点



改定後	
【一般名処方加算】	
一般名処方加算 1	10点
一般名処方加算 2	8点
【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算 1	87点
後発医薬品使用体制加算 2	82点
後発医薬品使用体制加算 3	77点
【外来後発医薬品使用体制加算】	
外来後発医薬品使用体制加算 1	8点
外来後発医薬品使用体制加算 2	7点
外来後発医薬品使用体制加算 3	5点
【薬剤情報提供料】	4点
【処方箋料】※処方箋料を包括している評価も同様	
1 向精神薬他剤投与を行った場合	20点
2 1 以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	32点
3 1 及び 2 以外の場合	60点

選定療養費 (10月～)

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範囲

- 長期収載品の使用について、次の①または②の場合は選定療養の対象とする。
 - 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
 - ② 一般名処方の場合

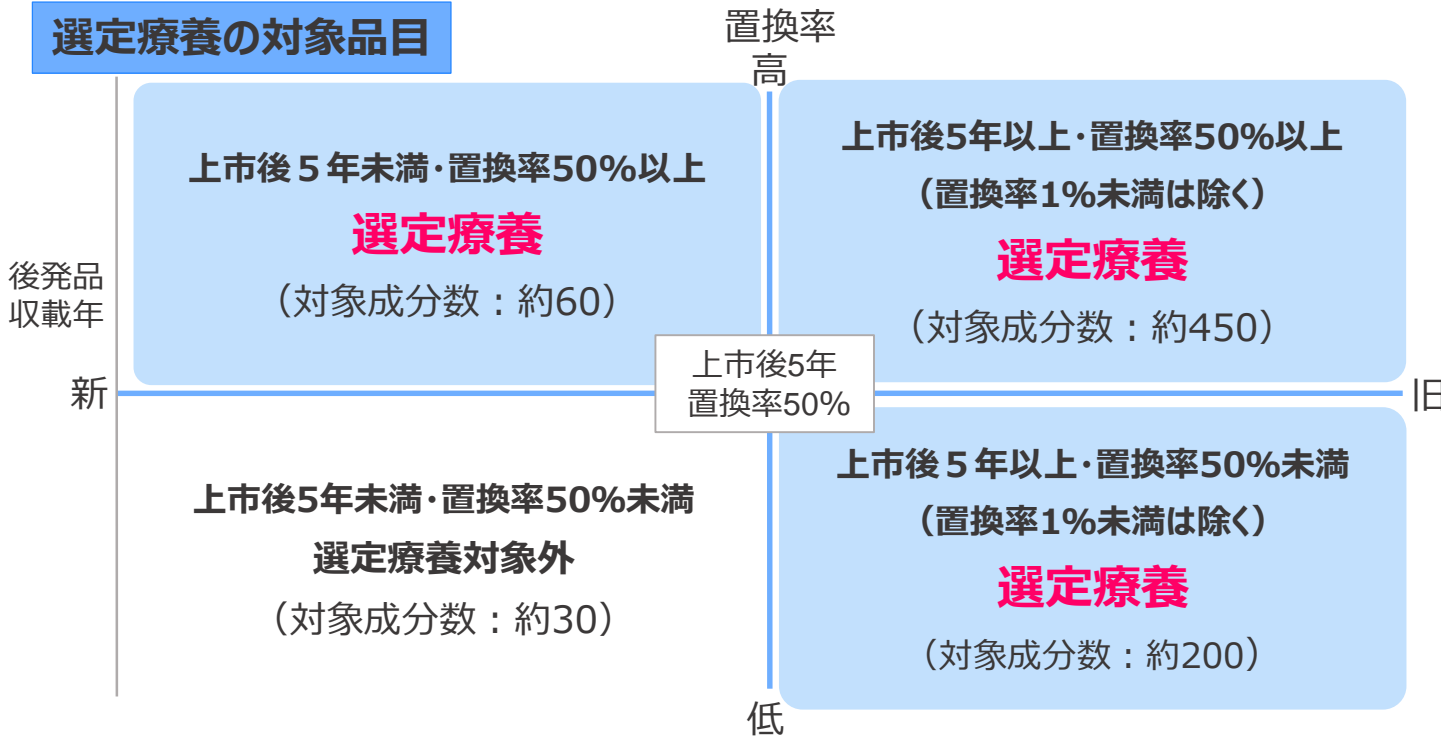
選定療養の対象品目の範囲

- 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。
- 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。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

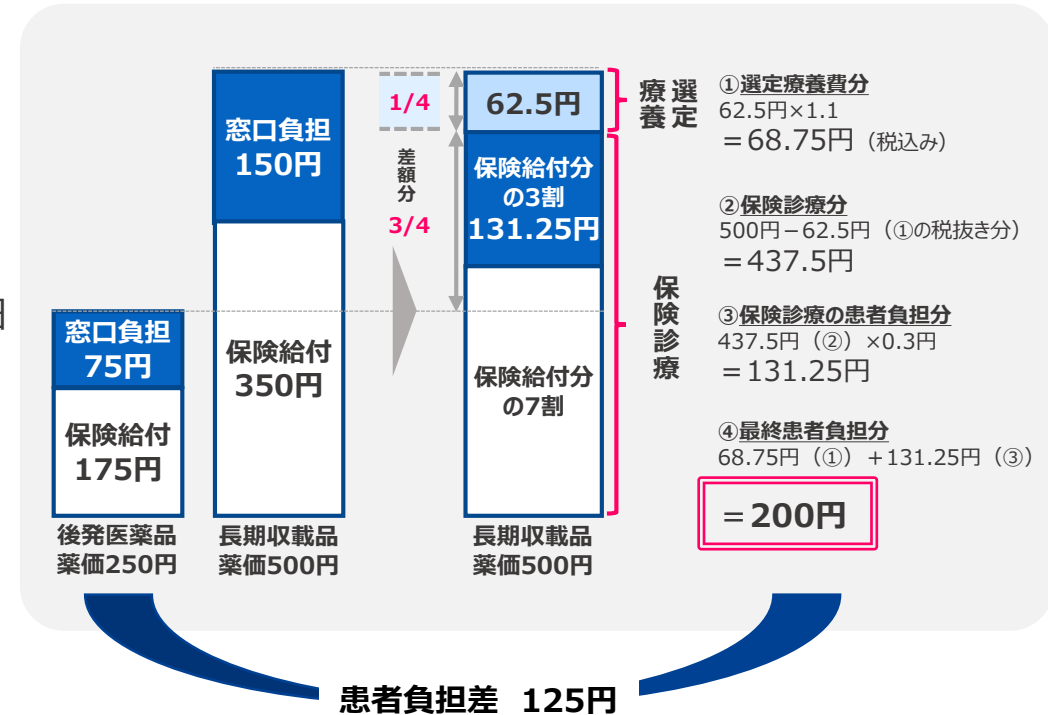
- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。
- 選定療養に係る負担は、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、上記価格差の4分の1相当分とする。

選定療養の対象品目



※対象となる長期収載品の具体的な品目の一覧は別途作成し厚生労働省のウェブサイトに掲載予定

患者自己負担の計算方法



対象となる長期収載品は次の要件を満たす医薬品

※長期収載品の薬価が後発医薬品の最高薬価を超えているもの薬価の比較は、組成、規格および剤形ごとに判断する

- ① 後発医薬品のある先発医薬品（準先発品含む、バイオ医薬品を除く）
- ② 後発医薬品が初めて薬価基準に収載されてから5年経過した品目（後発品置換え率1%未満のものは除く。）
- ③ 後発医薬品が初めて薬価基準に収載されてから5年経過しない品目のうち、後発品置換え率が50%以上の品目

長期収載品の処方等又は調剤について

処方医は、選定療養に係る処方に当たり、後発医薬品が選択可能であること、長期収載品を患者が希望した場合には特別の料金が生じ得ること等に関し、患者に十分な説明を行うこと

処方箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者字番号の記号・番号 (特選)	
氏名	性別	生年月日	年齢
患者	男-女	月 日	歳
住所	電話番号	保険医氏名	印
区分	新被保険者	被扶養者	都道府県番号
発給年月日	令和 年 月 日	処方箋の発行年月日	令和 年 月 日
患者希望	『患者希望』欄にチェックが入っている場合は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の処方箋と見なされ、後発品が優先的に処方される場合があります。ただし、医療上の必要性があるため、後発品（ジェネリック医薬品）の処方箋と見なされ、後発品が優先的に処方される場合があります。ただし、医療上の必要性があるため、後発品（ジェネリック医薬品）の処方箋と見なされ、後発品が優先的に処方される場合があります。		
変更不可	『変更不可』欄にチェックが入っている場合は、後発品が処方できない場合があります。ただし、医療上の必要性があるため、後発品（ジェネリック医薬品）の処方箋と見なされ、後発品が優先的に処方される場合があります。		
患者希望	『患者希望』欄にチェックが入っている場合は、後発品が処方できない場合があります。ただし、医療上の必要性があるため、後発品（ジェネリック医薬品）の処方箋と見なされ、後発品が優先的に処方される場合があります。		
変更不可	『変更不可』欄にチェックが入っている場合は、後発品が処方できない場合があります。ただし、医療上の必要性があるため、後発品（ジェネリック医薬品）の処方箋と見なされ、後発品が優先的に処方される場合があります。		
調剤年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
調剤年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	

2024年度処方箋様式

《処方箋様式変更箇所》

変更不可欄に、『医療上必要』を新たに追加して、医療上必要で後発医薬品へ変更不可の場合に『レ』又は『×』を記載

『患者希望』欄を新設。患者の希望を踏まえて長期収載品を銘柄名処方する場合に『レ』又は『×』を記載

保険給付の場合

- 医療上必要がある場合や後発品の在庫状況等を踏まえ後発品を提供すること難しい場合は保険給付
- 薬局で「患者が服用しにくい剤形」「長期品と後発品で効能・効果等の差がある」など、薬剤師が長収品服用すべきと判断すれば『医療上必要がある場合』に該当し、保険給付
- 『患者希望』欄にチェックがあっても、薬局で選定療養について説明した結果、患者が後発品を希望した場合には後発品を調剤し保険給付

選定療養の場合

- 患者の希望を踏まえて銘柄名処方して『患者希望』欄にチェックが入った長期収載品は選定療養の対象
- 『変更不可』欄、『患者希望』欄ともにチェックが入っていない場合には薬局で後発品調剤可能で、患者が長収品を希望したら選定療養の対象
- 長収品を院内処方する場合にも院外処方と同様、患者が希望する場合は選定療養の対象

対象となる長期品の具体的な品目の一覧は、別途作成し厚労省のウェブサイトに掲載する予定

レセプト記載要項

変更内容

- 『在宅』『投薬』『注射』の項目において、選定療養対象の長期収載品を処方した場合には該当医薬品名の後に（選）を記載
- 長期収載品で選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。）には理由のうち該当するものを記載

※記載は制度が施行となる令和6年10月から

※レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言（理由の具体例）は、追って通知

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
559		長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。））理由のうち該当するものを記載すること。 ※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。	※レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言（理由の具体例）については、追ってお示しする。			

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

本日の内容



医療機関の体制

全体

ベースアップ評価料
医療DX
感染対策
時間外対応
処方等
選定療養費（10月～）

医療従事者の人材確保・2.3%の賃上げを実施するため、ベースアップ評価料を新設
マイナ保険証を中心に、医療DXを推進するための体制と活用状況の評価
ポストコロナを見据え、外来感染対策向上加算の要件見直し、発熱患者等対応加算等の新設
時間外の電話対応等として、非常勤職員が対応し医師と連携する体制の評価を新設
リフィル処方箋や長期処方の推進、医薬品の安定供給に資する取組みの推進
長期収載品の保険給付の在り方の見直し、選定療養の仕組みを導入



診療の体制

内科等

生活習慣病関連

高血圧/脂質異常症/糖尿病を特定疾患療養管理料から削除、生活習慣病管理料Ⅱの新設

小児科、耳鼻科、心療内科等

小児科かかりつけ診療料
小児抗菌薬適正使用加算
小児特定疾患カウンセリング料

小児に対する継続しな診療を一層推進のために要件及び評価の見直し
対象疾患に、急性中耳炎、急性副鼻腔炎を追加
精神疾患等の支援を充実するために見直し、情報通信機器を用いた医学管理の評価を新設

眼科、耳鼻科、皮膚科、外科、消化器内科等

短期滞在手術等基本料

対象手術の入院外の実施状況を踏まえた基本料1（日帰りの場合）の見直し

リハビリテーション

疾患別リハビリテーション料
急性期リハビリテーション加算

実施者別区分の創設
入院患者の病態に応じて、早期からリハビリテーションを実施した場合の加算を新設

人工透析

慢性腎臓病透析予防指導管理料
人工腎臓導入期加算

「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づいた必要に応じた個別指導の評価を新設
要件及び評価の見直し

婦人科

一般不妊治療管理料
胚凍結保存管理料

不妊症患者の診療実績（20症例以上/年）を医師単位の基準に見直し等
胚凍結保存管理料の算定上限年数を廃止

内科等

生活習慣病関連

生活習慣病対策の全体像

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。

生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設

- 検査等を包括しない**生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月1回に限る。）**を新設する。

生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し

- 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化、電子カルテ情報共有サービス（令和7年運用開始予定）を活用する場合は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、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。

特定疾患療養管理料の見直し

- **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。

特定疾患処方管理加算の見直し

- 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。

地域包括診療料等の見直し

- 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利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。

慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

- 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。

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

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。

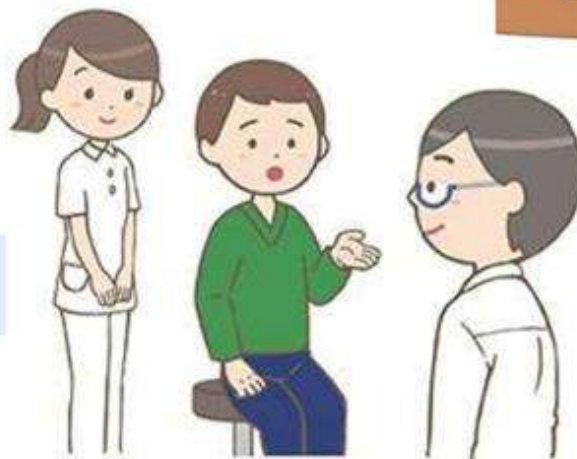
- マイナ保険証
- オンライン資格確認
- 電子処方せん
- 電子カルテ情報共有サービス
- オンライン診療 など



治療に係る情報についての療養計画書を用いた説明



医療DXを活用した情報共有の推進



歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携

診療ガイドライン等を参考とした質の高い疾病管理



- 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、必要に応じて、参考にする。

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨

リフィル処方及び長期処方の活用



生活習慣病に係る医学管理料の見直し

生活習慣病管理料（Ⅰ）

- 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**

生活習慣病管理料（Ⅱ）**新**

- 333点** （検査等出来高）
- 290点** （情報通信機器の場合）

【施設基準】

- 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制
- 治療計画に基づく総合的な治療管理は多職種連携が望ましい
- 患者の状態に応じ、28日以上の長期投薬若しくはリフィル処方箋交付可能であることを院内掲示

1. 初診料算定月は算定不可
2. 療養計画書の作成及び丁寧な説明
- 3. 患者の同意及び署名と診療録への添付**
4. 療養計画書の初回交付し、以降は4か月に1回交付
5. 血液検査結果を電子カルテ共有サービスで共有時は計画書での省略可
6. 糖尿病患者へは眼科と歯科の受診勧奨
7. 外来管理加算、第1部医学管理（※）、第3部検査、第6部注射、第13部病理診断の費用は点数に含まれる
※一部算定可能な点数有り

1. 初診料算定月は算定不可
2. 療養計画書の作成及び丁寧な説明
- 3. 患者の同意及び署名と診療録への添付**
4. 療養計画書の初回交付し、以降は4か月に1回交付
5. 血液検査結果を電子カルテ共有サービスで共有時は計画書での省略可
6. 糖尿病患者へは眼科と歯科の受診勧奨
7. オンライン診療実施時は『オンライン指針』に沿った診療の実施
8. 外来管理加算、第1部医学管理（※）の費用は点数に含まれる
※一部算定可能な点数有り

【加算】

- 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

生活習慣病管理料における包括項目

	管理料Ⅰ	管理料Ⅱ
包括されている項目	区分番号 A001の注8 医学管理（外来管理加算） 第2章第1部 医学管理等※ 第3部 検査 第6部 注射 第13 部病理診断	区分番号 A001の注8 医学管理（外来管理加算） 第2章第1部第1節 医学管理料等※
包括から除外されている項目 （= 算定可能）	B001の20 糖尿病合併症管理料 B001の22 がん性疼痛緩和指導管理料 B001の24 外来緩和ケア管理料 B001の27 糖尿病透析予防指導管理料 B001の37 慢性腎臓病透析予防指導管理料	B001の9 外来栄養食事指導料 B001の11 集団栄養食事指導料 B001の20 糖尿病合併症管理料 B001の22 がん性疼痛緩和指導管理料 B001の24 外来緩和ケア管理料 B001の27 糖尿病透析予防指導管理料 B001の37 慢性腎臓病透析予防指導管理料 B001-3-2 ニコチン依存症管理料 B001-9 療養・就労両立支援 指導料 B005の14 プログラム医療機器等指導管理料 B009 診療情報提供料（Ⅰ） B009-2 電子的診療情報評価料 B010 診療情報提供料（Ⅱ） B010-2 診療情報連携共有料 B011 連携強化診療情報提供料 B011-3 薬剤情報提供料

共通

改定後の療養計画書（初回用、継続用）

初回用

(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: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

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】 体重:() kg BMI:() 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)
HbA1c:() %

【①達成目標】: 患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】

□食事 食事摂取量を適正にする 食塩・調味料を控える
野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項()
油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他()

□酒類: (減らす(種類・量:)を週(回))
間食: (減らす(種類・量:)を週(回))
食べ方: (ゆっくり食べる・その他())
食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□運動 運動処方: 種類(ウォーキング・)、頻度(ほぼ毎日・週(日))
 時間(30分以上・)、強度(息がはずむが会話可能な強度 or 脈拍(拍/分 or))
運動強度(息がはずむが会話可能な強度 or 脈拍(拍/分 or))
 (例: 1日1万歩・)

□禁煙の実施方法等

□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量
家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
その他()

【血液検査項目】(採血日 月 日) 総コレステロール (mg/dl)
血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) 中性脂肪 (mg/dl)
HbA1c: () % HDLコレステロール (mg/dl) 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 その他()

【その他】

継続用

(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)()回日

患者氏名: (男・女) 主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

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】 体重:() kg BMI:() 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)
HbA1c:() %

【①目標の達成状況】

【重点を置く領域と指導項目】

□食事 今回は、指導の必要なし 食塩・調味料を控える
食事摂取量を適正にする 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項()
油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他()

□酒類: (減らす(種類・量:)を週(回))
間食: (減らす(種類・量:)を週(回))
食べ方: (ゆっくり食べる・その他())
食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□運動 今回は、指導の必要なし
運動処方: 種類(ウォーキング・)、頻度(ほぼ毎日・週(日))
 時間(30分以上・)、強度(息がはずむが会話可能な強度 or 脈拍(拍/分 or))
日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・)
運動時の注意事項など()

□たばこ 禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

□その他 仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量
家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
その他()

【血液検査項目】(採血日 月 日) 総コレステロール (mg/dl)
血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) 中性脂肪 (mg/dl)
HbA1c: () % HDLコレステロール (mg/dl) 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 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()

・治療管理において必要な項目のみを記載

・計画内容に変更ない場合には交付不要
 ・ただし、患者の求めがあった場合や4か月に1回は交付

・患者同意の元、電子カルテ情報共有サービスで共有している場合は省略可

☞ 電子カルテ情報共有サービスの患者サマリーに、療養計画書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記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす

☞ 継続の場合は、該当項目に担当医がチェックした場合には患者署名は省略可

シミュレーション

人口1,000人あたりの通院者率 417.3

世帯人員 傷病	総数	
	総数	
	通院者数	通院者率
世帯人員	122 272	.
通院あり	51 025	417.3
糖尿病	6 811	55.7
肥満症	659	5.4
脂質異常症（高コレステロール血症等）	8 054	65.9
甲状腺の病気	1 821	14.9
うつ病やその他のこころの病気	2 631	21.5
認知症	817	6.7
パーキンソン病	288	2.4
その他の神経の病気（神経痛・麻痺等）	836	6.8
眼の病気	7 058	57.7
耳の病気	1 281	10.5
高血圧症	17 240	141.0
脳卒中（脳出血、脳梗塞等）	1 305	10.7
狭心症・心筋梗塞	2 193	17.9
その他の循環器系の病気	2 468	20.2
急性鼻咽頭炎（かぜ）	191	1.6
アレルギー性鼻炎	2 900	23.7
慢性閉塞性肺疾患（COPD）	206	1.7
喘息	1 673	13.7
その他の呼吸器系の病気	1 379	11.3
胃・十二指腸の病気	1 747	14.3
肝臓・胆のうの病気	1 008	8.2
その他の消化器系の病気	1 721	14.1
歯の病気	6 418	52.5
アトピー性皮膚炎	1 319	10.8
（以下省略）		

算定点数の比較（高血圧患者、1人あたり）

現行	改定後：生活習慣病管理料Ⅰ	改定後：生活習慣病管理料Ⅱ
再診料 73点	再診料 75点	再診料 75点
外来管理加算 52点	×	×
特定疾患療養管理料 225点	生活習慣病管理料Ⅰ 660点	生活習慣病管理料Ⅱ 333点
処方箋料 68点	処方箋料 60点	処方箋料 60点
特定疾患処方管理加算2 66点	×	×
484点	+311点 795点	▲16点 468点

シミュレーション

条件：患者数50人/日のうち、右記資料から3疾病患者割合62.9%とし患者数を31人と推計
※管理料（Ⅰ）の検査等の包括、管理料（Ⅱ）の検査等の出来高は反映していません

（現行）特定疾患療養管理料の算定

31人×484点 = 15,004点

改定後

①28人とすべて生活習慣病管理料で算定する場合

（点数比較）

すべて管理料Ⅱへ

31人×468点 = 14,508点

▲496点

②管理料（Ⅰ）（Ⅱ）に振り分けした場合の特定疾患療養管理料との比較

（点数比較）

管理料（Ⅰ）2人
管理料（Ⅱ）29人 に振り分け

2人×795点 = 1,590点
29人×468点 = 13,572点
合計15,162点

+158点

血糖自己測定指導加算

生活習慣病管理料（Ⅰ）

- (11) 「注3」に規定する加算については、中等度以上の糖尿病（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）の患者を対象とし、必要な指導を行った場合に1年に1回に限り算定する。なお、中等度以上の糖尿病の患者とは、当該加算を算定する当月若しくは前月においてヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で8.0%以上（NGSP値で8.4%以上）の者をいう。
- (12) 「注3」の加算を算定する患者に対しては、患者教育の観点から血糖自己測定器を用いて月20回以上血糖を自己測定させ、その検査値や生活状況等を報告させるとともに、その報告に基づき、必要な指導を行い療養計画に反映させること。当該加算は、血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に算定するものであり、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ、別に算定できない。

生活習慣病管理料（Ⅱ）

- (11) 「注3」及び「注4」に規定する加算の取扱いについては、生活習慣病管理料（Ⅰ）の(11)～(13)の例による。



外来データ提出加算

生活習慣病管理料（Ⅰ）

「注4」に規定する外来データ提出加算を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

ア 厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査（以下「外来医療等調査」という。）に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

イ 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を現に算定している患者について、データを提出する外来診療に限り算定する。

ウ データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。また、算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降について、算定ができる。

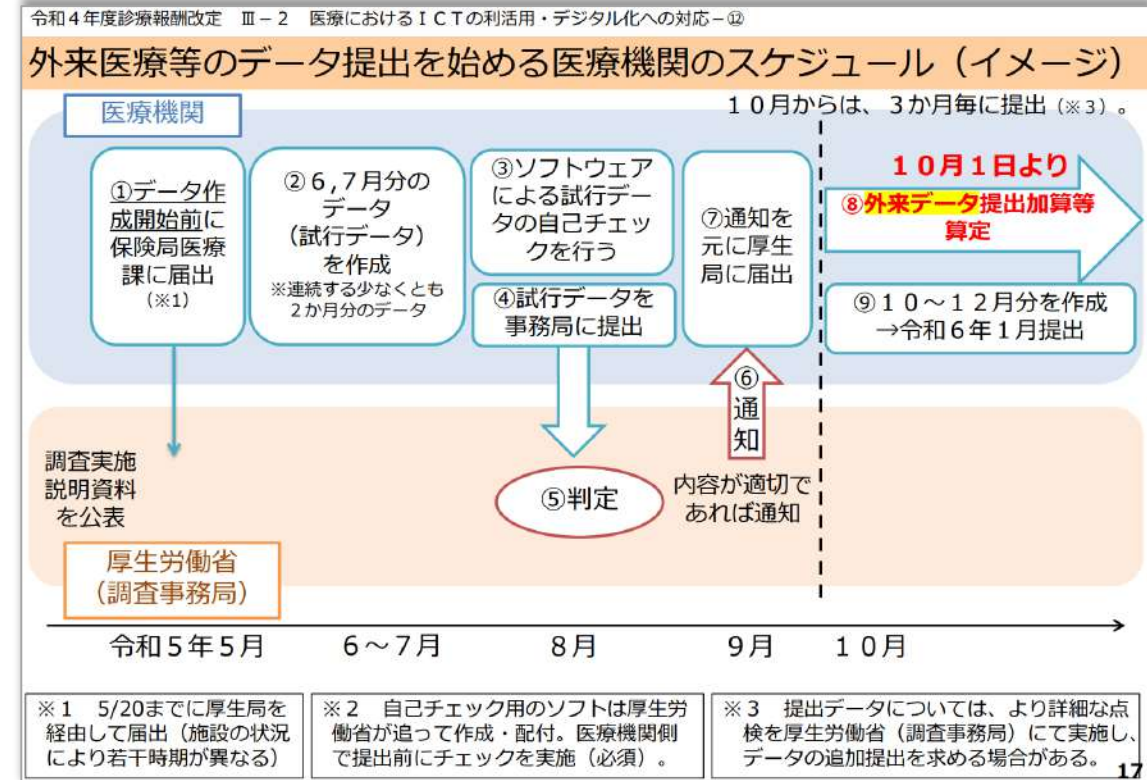
エ データの作成は3月単位で行うものとし、作成されたデータには第1月の初日から第3月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

オ イの「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

生活習慣病管理料（Ⅱ）

(11) 「注3」及び「注4」に規定する加算の取扱いについては、生活習慣病管理料（Ⅰ）の(11)～(13)の例による。

開始する場合のスケジュール（令和4年度診療報酬改定の概要より）



地域包括診療料の見直し

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

小児科、耳鼻科、心療内科等

小児科かかりつけ診療料

小児抗菌薬適正使用加算

小児特定疾患カウンセリング料

小児かかりつけ診療料の見直し

小児かかりつけ診療料の見直し

➤ 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、要件及び評価を見直す。

現行

【小児かかりつけ診療料】

1 小児かかりつけ診療料 1

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 641点 (2) 再診時 448点

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 758点 (2) 再診時 566点

2 小児かかりつけ診療料 2

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 630点 (2) 再診時 437点

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 747点 (2) 再診時 555点

[算定要件] (抜粋)

(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ(略)

(新設)

(新設)

オ(略)

[施設基準]

(略)



改定後

【小児かかりつけ診療料】

1 小児かかりつけ診療料 1

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 **652点** (2) 再診時 **458点**

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 **769点** (2) 再診時 **576点**

2 小児かかりつけ診療料 2

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 **641点** (2) 再診時 **447点**

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 **758点** (2) 再診時 **565点**

[算定要件] (抜粋)

(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ(略)

オ 発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。

カ 不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。

キ(略)

[施設基準] (抜粋)

1 小児かかりつけ診療料 1に関する施設基準

(1) (略)

(2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。

(3)・(4) (略)

(5) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。

2 小児かかりつけ診療料 2に関する施設基準

(1) 1の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。

(2) (略)

(再掲) 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

- 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直す。

現行

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

[算定要件] (抜粋)

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

改定後

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

[算定要件] (抜粋)

急性気道感染症、**急性中耳炎、急性副鼻腔炎**又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

(参考) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 (令和4年度診療報酬改定において新設)

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件] (概要)

急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

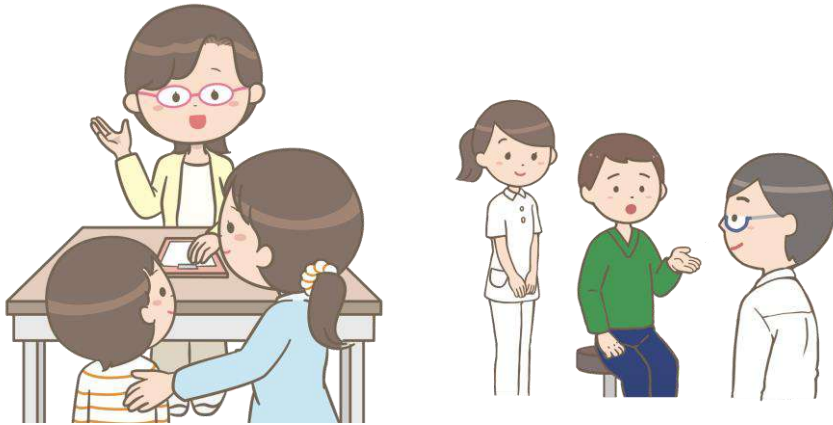
小児特定疾患カウンセリング料の見直し

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

現行	
【小児特定疾患カウンセリング料】	
イ 医師による場合	
(1) 月の1回目	500点
(2) 月の2回目	400点
ロ 公認心理師による場合	
	200点
[算定要件] (抜粋)	
○ 2年を限度として月2回に限り算定する。	



改定後	
【小児特定疾患カウンセリング料】	
イ 医師による場合	
(1) 初回	800点
(2) 初回のカウンセリングを行った日後 1年以内の期間 に行った場合	
① 月の1回目600点	② 月の2回目500点
(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して 2年以内の期間 に行った場合	
((2)の場合を除く。)	
① 月の1回目500点	② 月の2回目400点
(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して 4年以内の期間 に行った場合	
((2)及び(3)の場合を除く。)	400点
ロ 公認心理師による場合	
	200点
[算定要件] (抜粋)	
(1) 初回のカウンセリングを行った日から起算して、 2年以内の期間においては月2回に限り、2年を超える期間においては、4年を限度として、月1回に限り、算定する。	
(2) 小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)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、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②又は(4)の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は348点を算定する。	



眼科、耳鼻喉科、皮膚科、外科、消化器内科等

短期滞在手術等基本料

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

短期滞在手術等基本料 1 の見直し

- ▶ 短期滞在手術等基本料 1 について、対象手術等の入院外での実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

現行	
【短期滞在手術等基本料 1】	
短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）	
イ 麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
ロ イ以外の場合	2,718点



改定後	
【短期滞在手術等基本料 1】	
短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）	
（改）イ 主として入院で実施されている手術を行った場合	
(1) 麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
(2) (1)以外の場合	2,718点
（改）ロ イ以外の場合	
(1) 麻酔を伴う手術を行った場合	1,588点
(2) (1)以外の場合	1,359点

短期滞在手術等基本料 3 の見直し

- ▶ 短期滞在手術等基本料 3 について、実態を踏まえ、賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しを行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

（片側・両側で評価の区別を行う手術等）

- K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
- K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
- K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
- K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
- K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
- K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
- K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等

(「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合の対象手術等)

- D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験イ成長ホルモン (GH) (一連として)
- D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査
- K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
- K 0 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
- K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)
- K 0 6 8 半月板切除術
- K 0 6 8-2 関節鏡下半月板切除術
- K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合イ縫着レンズを挿入するもの
- K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
- K 2 8 2 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合
- K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径 5 センチメートル未満
- K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径 5 センチメートル以上
- K 5 0 8 気管支狭窄拡張術 (気管支鏡によるもの)
- K 5 1 0 気管支腫瘍摘出術 (気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
- K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
- K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
- K 8 4 1-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
- K 8 4 1-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの
- K 8 4 1-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

(「ロ」イ以外の場合の対象手術等)

- K 0 0 5 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部) 3 長径四センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
- K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満 (六歳未満に限る。)
- K 0 0 8 腋臭症手術
- K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
- K 0 9 3 手根管開放手術
- K 0 9 3-2 関節鏡下手根管開放手術
- K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
- K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
- K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
- K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合ロその他のもの
- K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
- K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1 の実施後 3 月以内に実施する場合
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
- K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
- K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
- K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
- K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)
- K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
- K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィ-3 1 及び 2 以外の場合イ安全精度管理下で行うもの
D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィ-3 1 及び 2 以外の場合ロその他のもの
D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (M S L T)
D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験イ成長ホルモン (G H) (一連として)
D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査
D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの
K 0 0 7 - 2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
K 0 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の 2 手、足 (手に限る。)
K 0 4 6 骨折観血の手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。)
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)
K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
K 0 9 3 - 2 関節鏡下手根管開放手術
K 1 9 6 - 2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側)
K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
K 2 1 7 眼瞼内反症手術の 2 皮膚切開法
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合ロその他のもの
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
K 3 1 8 鼓膜形成手術
K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径 5 センチメートル未満
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径 5 センチメートル以上

K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1 の実施後 3 月以内に実施する患者
K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術
K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径 2 センチメートル未満
K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径 2 センチメートル以上
K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)
K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。)
K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)
K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術
K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの
K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K 8 9 0 - 3 腹腔鏡下卵管形成術
M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

▶ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	× (DPC/PDPSで算定) ※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	× (DPC/PDPSで算定)	対象	対象

▶ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	○ (原則、短期滞在3を算定する)	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	×	対象	対象

整形外科等

疾患別リハビリテーション料
急性期リハビリテーション加算

疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設等

疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

- NDB・DPCデータにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設する。

現行	
【心大血管疾患リハビリテーション料】	
1 心大血管疾患リハビリテーション料（I）（1単位）	205点
（新設）	
（新設）	
（新設）	
（新設）	
（新設）	
【脳血管疾患リハビリテーション料】	
1 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）（1単位）	245点
（新設）	
（新設）	
（新設）	
（新設）	



改定後	
【心大血管疾患リハビリテーション料】	
1 心大血管疾患リハビリテーション料（I）（1単位）	
イ 理学療法士による場合	205点
ロ 作業療法士による場合	205点
ハ 医師による場合	205点
ニ 看護師による場合	205点
ホ 集団療法による場合	205点
【脳血管疾患リハビリテーション料】	
1 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）（1単位）	
イ 理学療法士による場合	245点
ロ 作業療法士による場合	245点
ハ 言語聴覚士による場合	245点
ニ 医師による場合	245点
※他の疾患別リハビリテーション料についても同様	

呼吸器リハビリテーション料の見直し

- 術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

現行	
【呼吸器リハビリテーション料】	
〔施設基準〕	
別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者	
（略）	
四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者	



改定後	
【呼吸器リハビリテーション料】	
〔施設基準〕	
別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者	
（略）	
四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、 大腸癌、卵巣癌、膵癌 等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者	

運動器リハビリテーション料の場合（点数）

	運動器 リハビリテーション料 (Ⅰ)	運動器 リハビリテーション料 (Ⅱ)	運動器 リハビリテーション料 (Ⅲ)
イ 理学療法士による場合	185点	170点	85点
ロ 作業療法士による場合	185点	170点	85点
ハ 医師による場合	185点	170点	85点
イからハまで以外の場合	—	—	85点

電子カルテの入力者が療法士でない場合は、誰が実施したかの情報共有が必要

では、なぜ実施した職種ごとに点数をわけなのか？

各リハビリテーション専門職に係るエビデンス

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションの効果は職種ごとに異なる。
- 本邦では一部のデータベースによる報告はあるものの、NDB/DPCIにおいてはリハビリテーションを提供する職種の情報がなく、本邦における各専門職のリハビリテーションの提供実態の把握やエビデンスの集積が困難である。
- 急性期病院における大腿骨頭部骨折患者(N=3,501)に対し、積極的な作業療法はADLの改善に有意に関連していた。
出典: Uruma M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019; Jul;19(7):611-615.
- 急性期脳卒中患者(N=3,501)に対し、積極的な作業療法はADLの改善と在院日数の短縮に有意に関連していた。
出典: Yamakawa S et al. Front Rehabil Sci. 2023 Jan 5;3:1045231.
- 急性期脳卒中患者(N=3,341)における積極的な言語療法時間は、良好な認知機能回復と有意に関連していた。
出典: Sakai K, et al. Prog Rehabil Med. 2016 Sep; 30(1):20180004.
- 米国からの報告では言語聴覚法の実施は急性期脳卒中患者の認知機能回復と関連しなかったという米国からの報告(N=100)があるが、上記報告との違いについて、日米の言語聴覚士の業務内容の違いが影響を与えたという指摘がある。
出典: Dogan AM, et al. J Am Med Dir Assoc. 2021 Feb;22(2):453-458.e3.
Horn S, et al. J Am Med Dir Assoc. 2021 Jun;22(6):1327-1328.

**中央社会保険医療協議会
(12月1日)の資料**

(厚生労働省職員の説明)

32ページ目は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションの効果でございまして、これらは職種ごとにより異なることを示している

(厚生労働省が示した論点)

疾患別リハビリテーション料の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等による提供実態を把握するために、どのような方策が考えられるか。

(論点を受けた支払側委員の発現)

資料の32ページから35ページを見ますと、リハビリの効果は職種によって異なることに一定のエビデンスがあり、職種ごとに業務内容が異なることを踏まえれば、疾患別リハビリテーション料を職種別の評価体系に分けてデータ分析の精度を高めることは十分考えられます。

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

- 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、又は疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他の保険医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は保険医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。

改定後

【心大血管疾患リハビリテーション料】

【算定要件】（概要）

- 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

【算定要件】（概要）

- 要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。
- 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

- リハビリテーション計画提供料を廃止する。

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

- 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて急性期リハビリテーション加算として新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

(新) 急性期リハビリテーション加算 新

50点 (14日目まで)

(改) 早期リハビリテーション加算

30点 → 25点 (30日目まで)

【急性期リハビリテーション加算の対象患者】 ※入院中の患者に限る。

ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。

イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。

ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。

① 動脈圧測定(動脈ライン) ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定(中心静脈ライン) ④ 人工呼吸器の管理

⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)

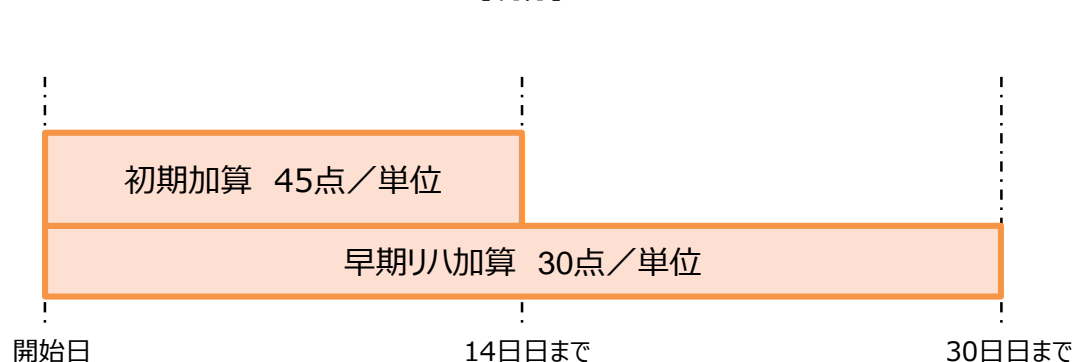
エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

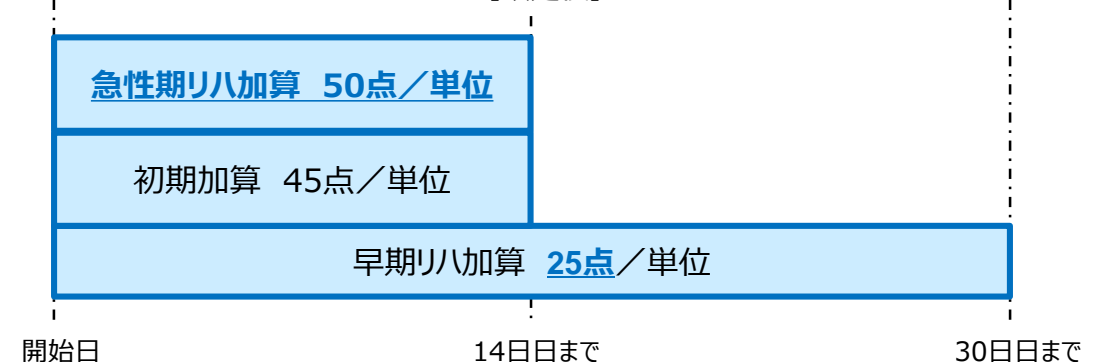
【急性期リハビリテーション加算の施設基準】

当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。

【現行】



【改定後】



人工透析

慢性腎臟病透析予防指導管理料
人工腎臟導入期加算

慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

慢性腎臓病の透析予防指導管理の算定要件及び施設基準

- **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。**

(新) 慢性腎臓病透析予防指導管理料 新

- 1 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合
- 2 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合

※ 情報通信機器を用いて行った場合は、それぞれ261点、218点

300点
250点

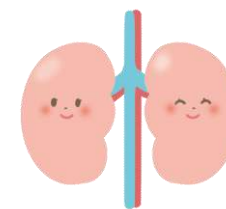
【対象患者】
日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」に記載されている尿蛋白及び糸球体濾過量で判断される慢性腎臓病の重症度分類において、下記の患者
CKDステージG3aA3、G3bA2-3、G4A1-3、又はG5A1-3

[算定要件] (抜粋)

慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、**医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回**に限り算定する。

[施設基準] (抜粋)

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される**慢性腎臓病透析予防診療チーム**が設置されていること。
 - ア慢性腎臓病指導の経験を有する**専任の医師（5年以上の経験）**
 - イ慢性腎臓病指導の経験を有する**専任の看護師（3年以上の経験）又は保健師（2年以上の経験）**
 - ウ慢性腎臓病指導の経験を有する**専任の管理栄養士（3年以上の経験）**
- (2) (1) のア、イ及びウに掲げる**慢性腎臓病透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。**
- (3) (1) のア及びイに規定する**医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤**であること。
- (4) (1) に規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、**薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。**
- (5) 腎臓病教室を定期的実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- (6) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等について、報告を行うこと。



人工腎臓に係る導入期加算の見直し

人工腎臓導入期加算の見直し

- 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

現行

【人工腎臓】	
導入期加算 1	200点
導入期加算 2	400点
導入期加算 3	800点

【施設基準】

(1) 導入期加算 1 の施設基準

ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
(中略)

(2) 導入期加算 2 の施設基準

次のすべてを満たしていること。
ア～オ (略)

(3) 導入期加算 3 の施設基準

次のすべてを満たしていること。
ア～カ (略)

改定後

【人工腎臓】	
導入期加算 1	200点
導入期加算 2	410点
導入期加算 3	810点

【施設基準】

(1) 導入期加算 1 の施設基準

ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
(中略)

(2) 導入期加算 2 の施設基準

次のすべてを満たしていること。
ア～オ (略)

カ 腎代替療法を導入するに当たって、(1)のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

(3) 導入期加算 3 の施設基準

次のすべてを満たしていること。
ア～カ (略)

主 (2)の力を満たしていること。

人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

- 包括されている医薬品等の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。

現行			
【人工腎臓】			
慢性維持透析を行った場合			
	場合1	場合2	場合3
4時間未満	1,885点	1,845点	1,805点
4時間以上 5時間未満	2,045点	2,005点	1,960点
5時間以上	2,180点	2,135点	2,090点



改定後			
【人工腎臓】			
慢性維持透析を行った場合			
	場合1	場合2	場合3
4時間未満	<u>1,876点</u>	<u>1,836点</u>	<u>1,796点</u>
4時間以上 5時間未満	<u>2,036点</u>	<u>1,996点</u>	<u>1,951点</u>
5時間以上	<u>2,171点</u>	<u>2,126点</u>	<u>2,081点</u>

婦人科

一般不妊治療管理料
胚凍結保存管理料

一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し

一般不妊治療管理料の施設基準の見直し

- 一般不妊治療管理料の施設基準について、「不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。」という要件を医療機関単位の基準から医師単位の基準に見直すとともに、一般不妊治療管理料を算定する保険医療機関についても、生殖補助医療管理料と同様に、情報提供に協力することを要件とする。

現行

- 【一般不妊治療管理料】
〔施設基準〕
- (1) (略)
 - (2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (3) 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。
 - (4) (略)
(新設)

改定後

- 【一般不妊治療管理料】
〔施設基準〕
- (1) (略)
 - (2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。**また、そのうち1名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。**
 - (3) (略)
 - (4) **国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。**

胚凍結保存管理料の算定要件の見直し

- 胚の凍結保存が一定程度行われていることを踏まえ、胚の凍結保存を適切に評価する観点から、胚凍結保存管理料における算定上限年数を廃止する。

現行

- 【胚凍結保存管理料】
〔算定要件〕
- 注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。

改定後

- 【胚凍結保存管理料】
〔算定要件〕
- 注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定する。

施設基準の届出について

「令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」

令和6年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧
 (厚生労働省ホームページ [令和6年度診療報酬改定について](#) | 厚生労働省 (mhlw.go.jp))

The screenshot shows the official website page for the 2024 medical fee revision facility standards checklist. The page title is "令和6年度診療報酬改定について" (Regarding the 2024 Medical Fee Revision). Under the "照会先" (Inquiry) section, there is a link to the checklist. The "第1 令和6年度診療報酬改定に係る経緯" (Background of the 2024 Medical Fee Revision) section lists several key dates and events, including the establishment of the basic standards in December 2023 and the start of the revision process in January 2024. At the bottom, a table lists the checklist items, with item 3 being the "令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について (事務連絡)" (Regarding the delivery of the checklist for the 2024 medical fee revision facility standards (Administrative Contact)).

【病院用】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 平成28年4月3日

このチェックリストは、**更新品**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	届出期間	区分	新設 変更	届出対象	巻番号	施設基準	届出様式	備考
1	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-7	医療の機体体制整備加算	□	
2	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-8	看護等連携診療加算	□	
3	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-19	病外未診療態様付加加算2	□	
4	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-21	病外未診療態様付加加算4	□	
5	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-23	初診料(病外)の注18及び再診料(病外)の注12に掲げる基準	□	
6	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-25	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療報酬加算	□	
7	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-25	療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算1及び2	□	
8	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-30	障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算1及び2	□	
9	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-38	急性期充実体制加算1	□	
10	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-39	急性期充実体制加算2	□	
11	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-38	急性期充実体制加算1の注2に規定する小児・周産期・精神科充実体制加算	□	
12	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-39	急性期充実体制加算2の注2に規定する小児・周産期・精神科充実体制加算	□	
13	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-42	診療報酬管理体制加算1	□	
14	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-47	急性期看護補助体制加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1	□	
15	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-31	看護補助加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1	□	
16	平成28年8月3日	基本診療所	新設	□	1-48	介護報酬向上加算	□	

施設基準の届出について

届出開始日

- 令和6年度診療報酬改定に伴う施設基準の届出については、**令和6年5月2日（木）**から受け付けています。
- 上記の日より前に提出することはできませんのでご注意ください。

届出提出期限

- 令和6年度診療報酬改定は令和6年6月に施行されますので届出の提出期限が例年と異なります。
- 令和6年6月3日（月）（必着）までに届出書が提出され、要件審査を終え受理されたものについては、令和6年6月1日から算定することができます。
- 上記期日は、厚生局が**届出書を受け付けた日を基準**としますのでご注意ください。（**発送した日や消印押印日ではありません。**）
- 上記期日を過ぎて提出された届出書については、通常どおりの取扱い（※）となります。
（※）各月の末日までに届出を受理した場合は、翌月1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に届出を受理した場合には、当該月の1日から算定する。
- 5月下旬以降は窓口が混雑することが想定されるため、**可能な限り5月17日（金）**までのご提出にご協力をお願いします。

届出先

関東信越厚生局 指導監査課

住所	〒330-9727 埼玉県さいたま市中央区新都心2番地1 さいたま新都心合同庁舎検査棟2階
電話	048-851-3060
FAX	048-851-3067

※窓口が大変混雑することが予想されますので、届出については郵送等として頂けますようお願いいたします。
※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。

さいごに

先生方の困ったな、を解決するツール

- ✓ 担当者が来た時に伝えようと思っていたことを忘れてしまった。
 - ✓ 電話のタイミングが合わず、スムーズにコミュニケーションが図れなかった。
- 『簡単に』『いつでも』『どこでも』『必要な情報を』無料で収集可能
- ✓ 新たなシステムに登録したら、不要なメールが増えてしまった。
 - ✓ 不要なメールに埋もれて必要な情報(メール)を見落としてしまった。
- メールアドレスは非公開であり、煩わしいメールは届きません

『先生方の困ったな』『伝えておかないと』を解決し、
効率的な情報収集及び働き方改革に貢献いたします。



デジタルで効率化
働き方改革



ご清聴ありがとうございました



追加資料

1	共通	事業は、いつから着手できるのか。	事業計画を精査した後に各医療機関に内示を行います。内示以降に、着手可能となります。なお、内示は令和6年6月以降となる予定です。
2	共通	工期が複数年度にまたがる場合や設備の整備が翌年度にまたがる場合、補助の対象となるか。	本事業は、令和6年度事業中に事業を完結する必要があります。
3	施設整備	整備事業期間の着工とは何を指すのか。	一般的に「着工」とは実際に工事（くい打ちや地盤改良工事等）が始まることを指します。
4	施設整備	病室の感染対策に係る整備の補助についてはトイレのみの整備等についても対象となるか。	既存の個室を改修する場合には、トイレのみの整備であっても補助対象となります。
5	施設整備	病室の感染対策に係る整備について、新興感染症患者を受け入れるための個室整備（トイレ等の付属設備の整備を含む）とあるが、新興感染症発生時、既存の多床室を感染患者受入の専用病室として、平時から計画した際に、その多床室内にトイレを新設する場合も補助対象となるか。	「病室の感染対策に係る整備」の対象となります。（当該トイレは、平時の通常医療にも使用することが想定されますので、1/3の自己負担があります。）
6	施設整備	病室の感染対策に係る整備において、医療用（災害用）コンテナは補助対象となるか。	コンテナについては、土地に定着させるための工事を伴うなど建築物として整備する場合は、補助対象となります。ただし、病床確保に係る協定を締結する医療機関の感染症対策を目的として整備するものであり、災害用として整備する場合には補助対象とはなりません。
7	施設整備	可動式パーテーションを設置する場合は、単なる可動式パーテーションを購入は補助対象とはならず、据え付け工事などの工事を伴う場合でないと補助の対象にならないのか。	可動式パーテーションの購入費のみでは、施設整備事業の対象にはなりません。建物に設置するための改修工事を伴う場合に、補助対象となります。
8	施設整備	「病棟等の感染対策に係る整備」の対象経費として、多床室を個室化するための可動式パーテーションの設置や病棟入り口の扉の設置、病棟のゾーニングを行うための改修が挙げられているが、この場合の対象面積は、単純にパーテーションや扉が床に接している面積のみになるのか、設置するに際し改修が必要になる面積やゾーニングする予定の面積をすべて含めるのか。	工事面積を想定していますので、当該整備を実施するために工事を行う部分の面積が対象となります。

9	施設整備	個人防護具保管施設については、物置のような倉庫は、補助対象となるか。	個人防護具保管施設の整備は、「施設」整備事業であり、対象経費は建物整備の工事に要する費用となります。そのため、物置であっても、土地に定着させるための工事を伴うなど建築物として整備する場合は、補助対象となります。
10	施設整備	個人防護具保管施設について、キャビネットやロッカー等の整備も補助対象になるのか。	対象経費は建物整備の工事に要する費用となります。そのため、建築工事を伴わず、単にキャビネットやロッカー等を購入して設置するのみの場合（設備整備費に該当する場合は、補助対象になりません。
11	施設整備	個人防護具保管施設を建築しその内部にキャビネット等を設置する場合は、一体的な整備として補助対象となるのか。	付属設備として一体的に整備する場合は、補助対象となります。
12	施設整備	敷地が狭い場合などで、敷地内ではなく、借地や関連施設に個人防護具保管施設を整備することも補助対象となるのか。	初動対応の趣旨に鑑み、協定締結医療機関が敷地内に保管スペースを確保できない場合であっても、当該医療機関の開設者が所有する近隣の敷地であれば、医療機関の敷地外に設置することは差し支えないものと考えていますが、具体的な事例がある場合に、個別にご相談ください。
13	施設整備	個人防護具保管施設の施設整備補助に関して、病床確保や発熱外来又は自宅療養者への医療提供にかかる協定を締結する医療機関が対象となっているが、その協定において、個人防護具の備蓄を実施することを定めていることも要件となるか。	病床確保、発熱外来又は自宅療養者への医療の提供に係る協定に加え、協定において個人防護具の備蓄を定めていることが前提となります
14	施設整備	検査機器の整備に関して、補助の趣旨やどのような機器が整備の対象となるか。	本事業の目的は、協定を締結する医療機関の新興感染症への対応力を強化し、今後の新興感染症の発生時に速やかに対応できるよう必要な整備を行うことです。検査機器の整備について、新型コロナウイルスの検査にはPCR法以外も用いられていることは承知していますが、今回はその他の検査法と比較し比較的早期から検査を行うことが可能であり、かつ精度が高いという利点も考慮し「PCR検査装置」を対象としています。PCR法とLAMP法は核酸増幅のメカニズムが異なっており、核酸増幅法にPCR法、LAMP法、NEAR法等は含まれますが、PCR法は温度変化を伴うPolymerase chain reactionを活用した検査であり、鎖置換反応を用いるLAMP法やNicking enzymeを用いるNEAR法は含まれていないという認識です。また、RT-PCR法とPCR法は増幅対象がRNAかDNAかという違いであり検査方法として本質的な違いはないと考えられます。リアルタイムPCR法は、PCR法の中でも定量的な検査ができる利点がありますが、こちらはPCR法として整理可能と考えます。該当する機器がPCR検査機器か否かは、PMDAの添付文書等を参考にご判断ください。なお、補助対象となる特定の機器について具体的に例示することはできませんが、医療機器として承認されているものが原則です。

15	施設整備	検査機器（PCR検査機器）の設備整備について、特定の検査キットにしか対応していない機器（安価）や、複数の検査キットに対応できる精度の高い機器（高価）等、様々種類があるが、今回補助対象となるPCR検査機器の機種、性能などの条件はあるか。	本事業の目的は、協定を締結する医療機関の新興感染症への対応力を強化し、今後の新興感染症の発生時に速やかに対応できるよう必要な整備を行うことです。PCR検査装置について、その機種や性能等の条件は設けていませんが、新たな感染症への対応という観点から、特定の検査キットのみに対応する機器ではなく、複数の検査キットに対応できる（新たな感染症にも早期に対応できることが想定される）機器が望ましいと考えています。
16	施設設備	医療機関が負担する个人防护具の費用について、補助の予定はあるか。	个人防护具の購入費用について、現在のところ補助の予定はございません。