

令和6年度 診療報酬改定のポイント (診療所関連)

令和6年4月23日

大阪府医師会

都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会(TV会議)

令和6年3月28日 日本医師会

令和6年度診療報酬改定について(長島公之常任理事)

【総論】

○診療報酬改定率 診療報酬+0.88%(① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、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+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)

都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会(TV会議)

令和6年3月28日 日本医師会

令和6年度診療報酬改定について(長島公之常任理事)

【各論】

1. 賃上げ・基本料等の引上げ

(1) ベースアップ評価料

①改定財源+0.61%の対応、②看護職員、薬剤師、理学療法士、栄養士等のベアのため初診料、再診料、訪問診療料、入院基本料等に対する上乘せの点数を新設、③賃上げの計画、賃金改善状況の報告等も含めた届出が必要。

(2) 基本料の引上げ 初診料3点、再診料2点の引上げ、入院基本料の引き上げ。

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	7-25
○	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	
×	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	26-36
○	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	<u>53-58</u>		
○	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	<u>59</u>		
○	通院精神療法 情報通信機器を用いて行った場合 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1) 30分以上</td> </tr> <tr> <td>2) 30分未満</td> </tr> </table>	1) 30分以上	2) 30分未満	新設	357点 274点	<u>60</u>
1) 30分以上						
2) 30分未満						
長期収載品の保険給付の在り方の見直し				<u>61-63</u>		
施設基準の届出について				<u>64-66</u>		

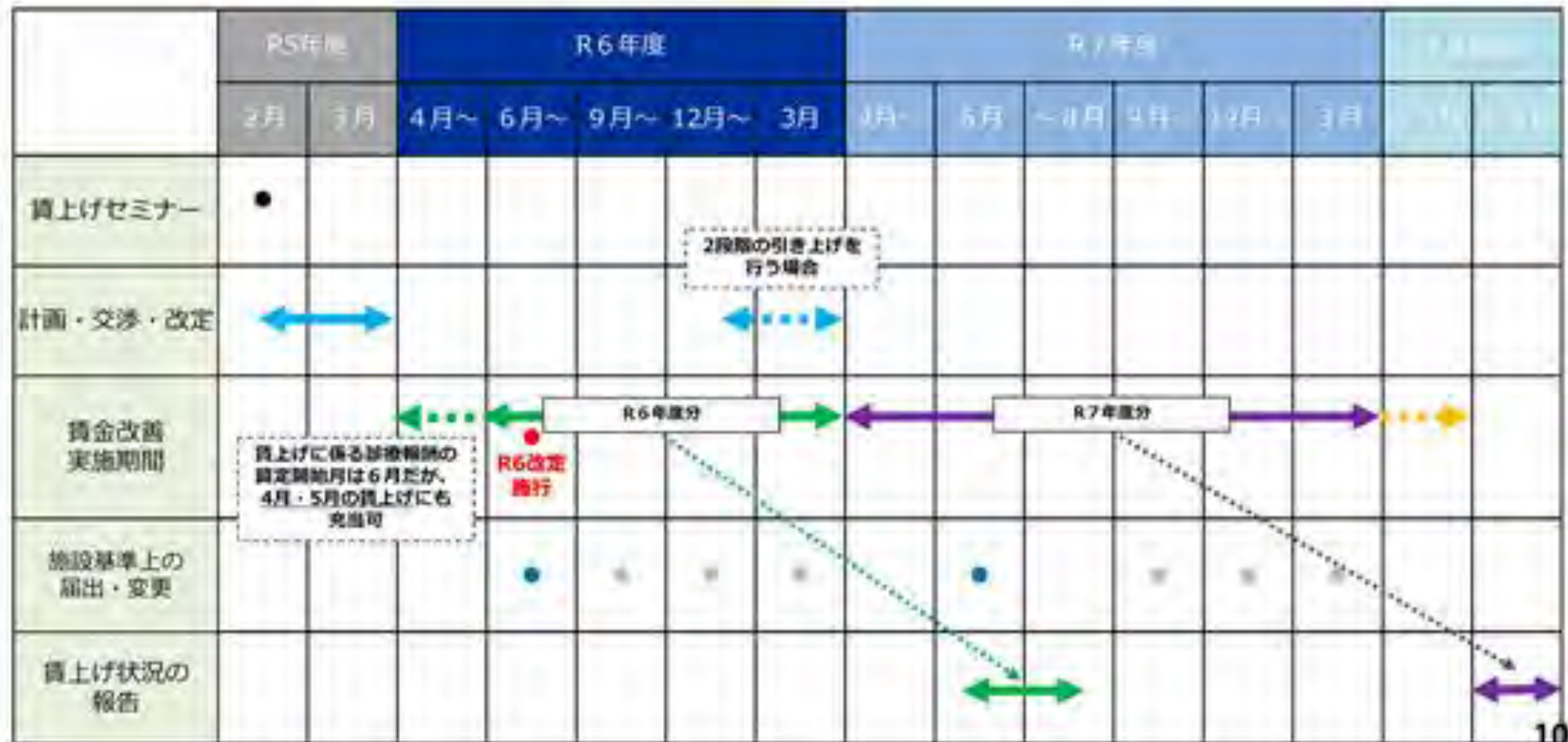
ベースアップ評価料

- 厚生労働省のホームページ掲載
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00248.html)
に掲載されている「ベースアップ評価料計算支援ツール」を用いて、ベースアップ評価料を試算する。
- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)は、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%未満の場合に届出を行う。
- 対象職員は、看護師等の医療従事者で、専ら事務作業を行うものは対象外。
- 届出様式と合わせて「賃金改善計画書」を近畿厚生局に提出する。

ベースアップ評価料

1 医療従事者の賃上げの概要について (6) 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。



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</u>	<u>初診時</u>	<u>6点</u>
<u>2</u>	<u>再診時等</u>	<u>2点</u>
<u>3</u>	<u>訪問診療時</u>	
<u>イ</u>	<u>同一建物居住者等以外の場合</u>	<u>28点</u>
<u>ロ</u>	<u>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る。）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 （医師及び歯科医師を除く。）
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	
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。

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

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 (オ)
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

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っては、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(昭和二十三年法律第六十八号)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口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

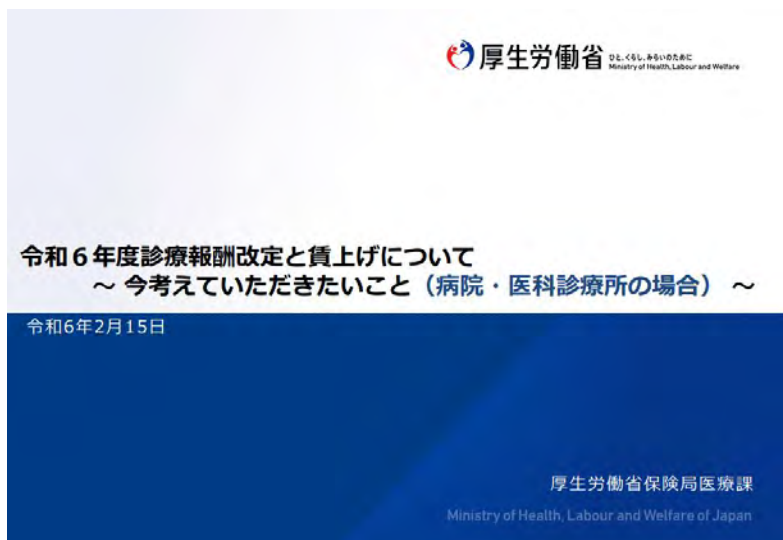
(参考) 賃上げに関する詳細

- 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ょう。**



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）



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）

賃上げに係る評価の全体像

ベースアップ評価料

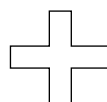
看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

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

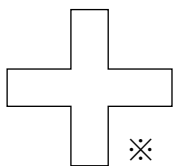
外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)

・ 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



※ 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

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

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)

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

7 前回届け出た時点との比較

- 前回届出時と比較して、
- 対象職員の給与総額(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)等の算定回数の見込み(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

(2) 届出する区分(いずれかを選択)

<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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

<input checked="" type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	歯科外来・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)2
<input type="radio"/>	歯科外来・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)4
<input type="radio"/>	歯科外来・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)6
<input type="radio"/>	歯科外来・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)8

【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っては、いずれも☑を記載すること。

2 「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)。

3 「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。

4 「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。

5 「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の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)

6 「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の口若しくは2の口
- ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
- ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
- ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
- ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
- ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

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の口若しくは2の口
- ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

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

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 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ヶ月

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8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。

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 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額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（I）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（I）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（I）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（I）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
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「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。

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。

※ 「⑪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。
※ 「⑫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÷⑭）	#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
㉕うちベア等実施分	円
㉖ベア等による賃金増率（㉕÷㉑）	#DIV/0! %

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

㉗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
㉘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
㉙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
㉚基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉙-㉘）	0円
㉛うち定期昇給相当分	円
㉜うちベア等実施分	円
㉝ベア等による賃金増率（㉜÷㉘）	#DIV/0! %

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

㉞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
㉟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
㊱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
㊲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊱-㊰）	0円
㊳うち定期昇給相当分	円
㊴うちベア等実施分	円
㊵ベア等による賃金増率（㊴÷㊰）	#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（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
④2 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）		円
④3 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）		円
④4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（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 ベア等による賃金増率（④6÷④2）		#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		
④8 40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）		人
④9 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）		円
⑤0 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）		円
⑤1 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
⑤2 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
⑤3 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-⑤1）		0円
⑤4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-⑤2）		0円
⑤5 うち定期昇給相当分		円
⑤6 うちベア等実施分		円
⑤7 ベア等による賃金増率（⑤6/⑤2）		#DIV/0! %

Ⅹ. 事務事務職員の基本給等に係る事項		
⑤8 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）		人
⑤9 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）		円
⑥0 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）		円
⑥1 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
⑥2 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
⑥3 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-⑥1）		0円
⑥4 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-⑥2）		0円
⑥5 うち定期昇給相当分		円
⑥6 うちベア等実施分		円
⑥7 ベア等による賃金増率（⑥6/⑥2）		#DIV/0! %

Ⅺ. 賃金上げを行う方法

⑦ 賃上げの担保方法

就業規則の見直し 賃金規程の見直し

その他の方法：具体的に（ _____ ）

⑧ 賃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】

- 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。
- 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。
- 「①賃金上げの実施方法」は、該当する賃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、一律の上げを行う。」を選択すること。
- 「②賃金改善実施期間」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っては、令和6年4月から開始として差し支えない。
- 「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。
- 「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（事業主負担分等を含む）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。
- 「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。
この際、「賃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っては、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。
- 「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。
- 「⑪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。
- 「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賃金引き上げの対象となる職種をいう。
- 「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. 賞金引上げの実施方法及び賞金改善実施期間等

①賞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賞金改善実施期間

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
b	令和 年 月 ~ 令和 年 月		点	点
c	令和 年 月 ~ 令和 年 月		点	点
d	令和 年 月 ~ 令和 年 月		点	点

⑤算定回数

	算定期間	(イ)の算定回数	(ロ)の算定回数
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 回	0 回

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
f	前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)		円
	計		0 円

III. 全体の賞金改善の実績額

⑦全体の賞金改善の実績額	円
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。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし

※ 「⑦全体の賞金改善の実績額」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、「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。

※ 「⑫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、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。

※ 「⑭うちその他分」については、賞金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賞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

⑯対象職員の常勤換算数 (賞金改善実施期間 (②) の開始月時点)	0.0 人
⑰賞金改善する前の対象職員の基本給等総額 (賞金改善実施期間 (②) の開始月時点)	0 円
⑱賞金改善した後の対象職員の基本給等総額 (賞金改善実施期間 (②) の開始月時点)	円
⑲基本給等に係る賞金改善の見込み額 (1ヶ月分) (⑱-⑰)	0 円
⑳うち定期昇給相当分	円
㉑うちベア等実施分	円
㉒ベア等による賞金増率 (㉑÷⑱)	#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

㉓看護職員等の常勤換算数 (賞金改善実施期間 (①) の開始月時点)	0.0 人
㉔賞金改善する前の看護職員等の基本給等総額 (賞金改善実施期間 (①) の開始月時点)	0 円
㉕賞金改善した後の看護職員等の基本給等総額 (賞金改善実施期間 (①) の開始月時点)	円
㉖基本給等に係る賞金改善の見込み額 (1ヶ月分) (㉕-㉔)	0 円
㉗うち定期昇給相当分	円
㉘うちベア等実施分	円
㉙ベア等による賞金増率 (㉘÷㉕)	#DIV/0! %

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項		
⑩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
⑪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
⑫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
⑬基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑫-⑪）		0 円
⑭うち定期昇給相当分		円
⑮うちベア等実施分		円
⑯ベア等による賃金増率（⑯÷⑭）	#DIV/0!	%
VII. 看護補助者の基本給等に係る事項		
⑰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
⑱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
⑲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
⑳基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑲-⑱）		0 円
㉑うち定期昇給相当分		円
㉒うちベア等実施分		円
㉓ベア等による賃金増率（㉓÷㉒）	#DIV/0!	%
VIII. その他の対象職種の基本給等に係る事項		
㉔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
㉕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
㉖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
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
㉙うちベア等実施分		円
㉚ベア等による賃金増率（㉚÷㉙）	#DIV/0!	%
【ベースアップ評価料対象外職種について】		
X. 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		
①40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
②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
③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
④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
⑤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
⑥給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-④）⑥		0 円
⑦基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-⑤）⑧		0 円
⑧うち定期昇給相当分		円
⑨うちベア等実施分		円
⑩ベア等による賃金増率（⑩÷⑨）	#DIV/0!	%

XI. 事務職員の基本給等に係る事項		
①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
②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
③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
④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
⑤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
⑥給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-④）⑥		0 円
⑦基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（-⑤）⑧		0 円
⑧うち定期昇給相当分		円
⑨うちベア等実施分		円
⑩ベア等による賃金増率（⑩÷⑨）	#DIV/0!	%
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日 開設者名： _____</p> <p>【記載上の注意】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		

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(ⅡB)
 (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「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	(前回届出時 <input type="text"/> 回)
②再診料等の算定回数	<input type="text"/> 回	(前回届出時 <input type="text"/> 回)
③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数	<input type="text"/> 回	(前回届出時 <input type="text"/> 回)
④訪問診療料(同一建物の算定回数	<input type="text"/> 回	(前回届出時 <input type="text"/> 回)
⑤歯科初診料等の算定回数	<input type="text"/> 回	(前回届出時 <input type="text"/> 回)
⑥歯科再診料等の算定回数	<input type="text"/> 回	(前回届出時 <input type="text"/> 回)
⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数	<input type="text"/> 回	(前回届出時 <input type="text"/> 回)
⑧歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数	<input type="text"/> 回	(前回届出時 <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	<input type="text"/> 回	(前回届出時 <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	(前回届出時 <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! (前回届出時)

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。
 ・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の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(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の口若しくは2の口
 ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
 ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
 ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 「3」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 「3」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)については、以下の合計算定回数を記載すること。
 ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1の口若しくは2の口
 ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 「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。
- 「3」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 ・区分番号A002に掲げる再診料
 ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 「3」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患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。
- 「3」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の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

医療DX推進体制整備加算の新設

<概要>

1. 電子処方箋や電子カルテ情報共有サービス等
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）

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

○施設基準の要件とされた「電子処方箋の発行体制」や「電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制」については、未導入であっても経過措置の期限までは算定できる。

【施設基準】(抜粋)

- ①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)
- ②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)
※ 電子カルテ情報共有サービスの構築は2025年春開始予定
- ③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)
※ 現時点で実績は未定

① 医療情報化支援基金（電子処方箋）

② 電子処方箋の機能拡充の促進事業

① 令和6年度予算 172.0億円（130.9億円）（R4年度予算383.3億円、R5年度予算130.9億円） ② 令和5年度補正予算 76億円

事業の概要・スキーム

（補助の対象となる費用）

- ア. 基本パッケージ改修費用：電子カルテシステム、レセプト電算化システム等の既存システム改修にかかる費用
- イ. 接続・周辺機器費用：オンライン資格確認端末の設定作業、医師・薬剤師の資格確認のためのカードリーダー導入費用（カード取得費用は除く）
- ウ. システム適用作業費用：現地システム環境適用のための運用調査・設計、システムセットアップ、医師、運用テスト、運用立会い等

① 令和4年度から実施している医療機関・薬局に対する電子処方箋管理サービスの導入に係る費用への補助について、令和6年3月末までに導入した施設への特例補助率の適用を令和7年3月末導入施設までに継続した上、引き続き、令和6年度導入施設への補助を実施。

	大規模病院 (病床数200床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所	大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が 月4万回以上の薬局)	薬局 (大型チェーン薬局以外)
費用の 補助内容	162.2万円を上限に補助 ※事業額の486.6万円の 1/3 を補助 (通常補助率:1/4)	108.6万円を上限に補助 ※事業額の325.9万円の 1/3 を補助 (通常補助率:1/4)	19.4万円を上限に補助 ※事業額38.7万円の 1/2 を補助 (通常補助率:1/3)	9.7万円を上限に補助 ※事業額38.7万円の 1/4 を補助 (通常補助率:1/5)	19.4万円を上限に補助 ※事業額38.7万円の 1/2 を補助 (通常補助率:1/3)

① 令和7年3月末までに新機能(リフィル処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果閲覧、マイナンバーカードによる電子署名対応、処方箋ID検索、調剤結果ID検索(薬局のみ))と電子処方箋管理サービスの導入を同時に行った医療機関・薬局に対する費用への補助もあわせて実施。

	大規模病院 (病床数200床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所	大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が 月4万回以上の薬局)	薬局 (大型チェーン薬局以外)
費用の 補助内容	200.7万円を上限に補助 ※事業額の602.2万円の 1/3 を補助	135.3万円を上限に補助 ※事業額の405.9万円の 1/3 を補助	27.1万円を上限に補助 ※事業額54.2万円の 1/2 を補助	13.8万円を上限に補助 ※事業額55.3万円の 1/4 を補助	27.7万円を上限に補助 ※事業額55.3万円の 1/2 を補助

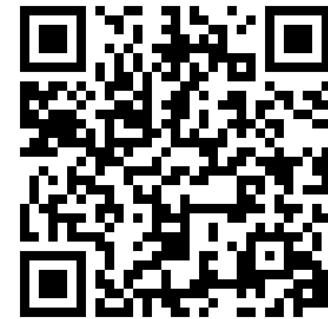
② 電子処方箋を導入した医療機関・薬局に対して、電子処方箋管理サービスの新機能(リフィル処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果閲覧、マイナンバーカードによる電子署名対応、処方箋ID検索、調剤結果ID検索(薬局のみ))導入費用の補助を実施。

	大規模病院 (病床数200床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所	大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が 月4万回以上の薬局)	薬局 (大型チェーン薬局以外)
費用の 補助内容	45.2万円を上限に補助 ※事業額の135.6万円を 上限に、 1/3 を補助	33.3万円を上限に補助 ※事業額の100万円を上 限に、 1/3 を補助	12.3万円を上限に補助 ※事業額24.5万円を 上限に、 1/2 を補助	6.4万円を上限に補助 ※事業額25.6万円を 上限に、 1/4 を補助	12.8万円を上限に補助 ※事業額25.6万円を 上限に、 1/2 を補助

電子処方箋の補助金申請

○補助金

- 電子処方箋の補助金は、医療機関等向け総合ポータルサイト (https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=csm_index) から申請できます。

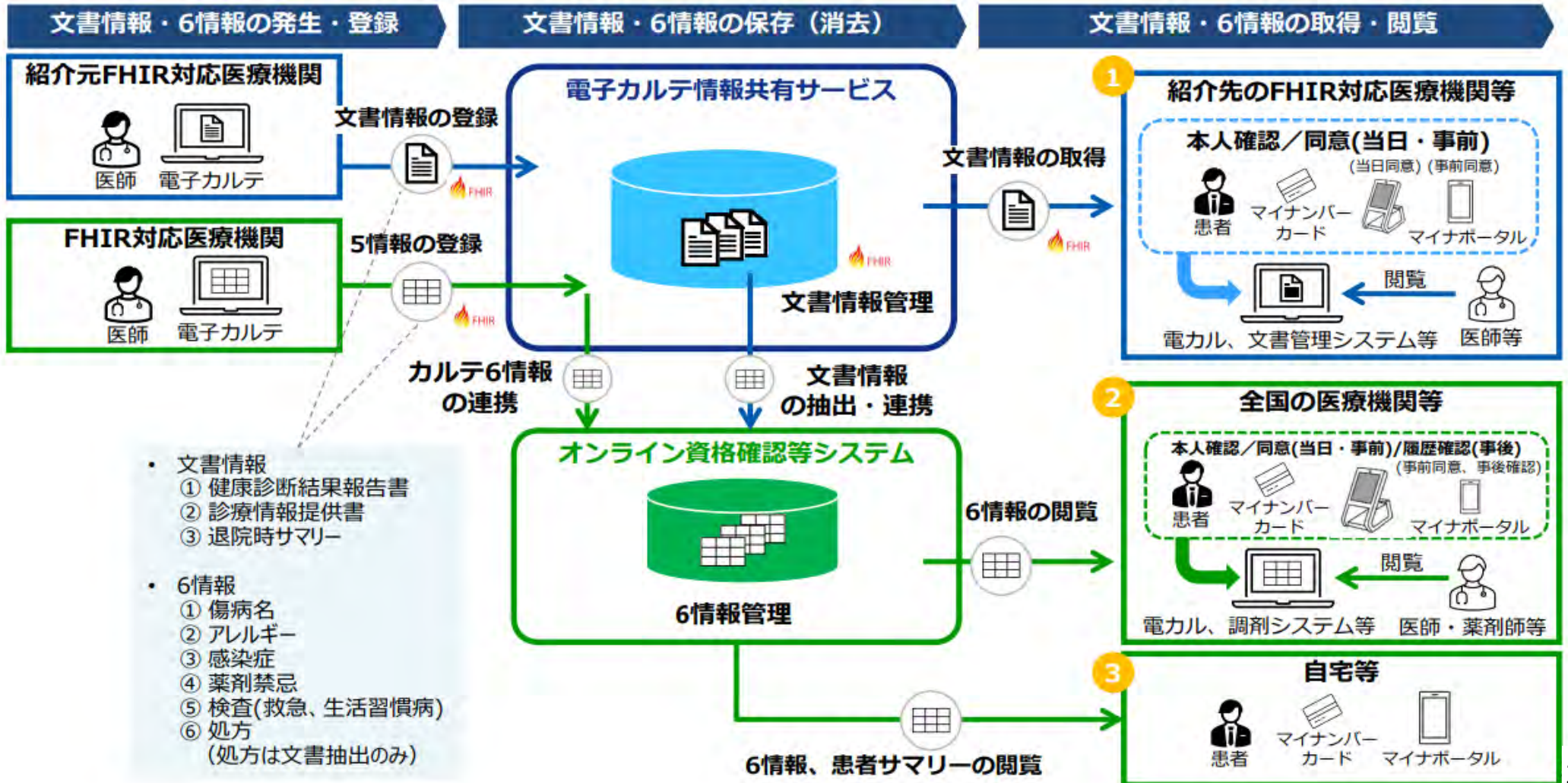


- 申請方法は、電子処方箋管理サービス等関係補助金の申請について「目次9 申請様式・手順書等」の補助金申請手順書をご参照ください。

(参考) 電子カルテ情報共有サービスの概要

本仕組みで提供する
サービス

- 1 文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス
- 2 全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報（6情報）を閲覧できるサービス
- 3 本人等が、自身の電子カルテ情報（6情報）を閲覧・活用できるサービス



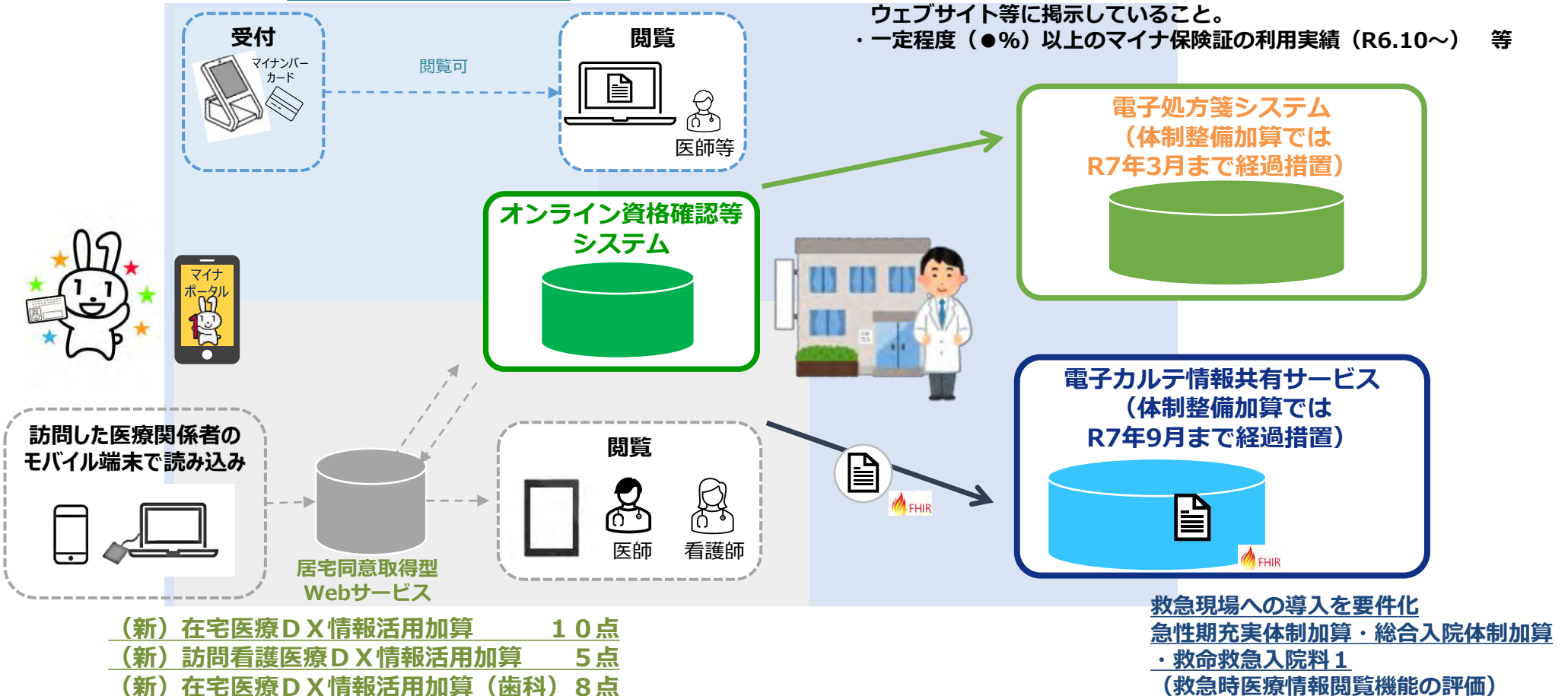
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

➤ 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

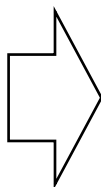
- 保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

現行

【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



改定後

【医療情報取得加算】

初診時（月1回に限り算定）

<u>医療情報取得加算 1</u>	<u>3点</u>
<u>医療情報取得加算 2</u>	<u>1点</u>

再診時（3月に1回に限り算定）

<u>医療情報取得加算 3</u>	<u>2点</u>
<u>医療情報取得加算 4</u>	<u>1点</u>



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。

【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。

在宅医療DX情報活用加算の新設

<概要>

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。

医療DXの推進③

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**

10点

(新) **訪問看護医療DX情報活用加算**

5点



[対象患者]

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、（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]

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]

- （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）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。

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

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、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。
- 「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化有料、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

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】	【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
【重点を置く領域と指導項目】	<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"/> 非喫煙者である <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()
【検査】	【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(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) (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
------	------

【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)

(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】	【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"/> 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(選)回) <input type="checkbox"/> 間食：(減らす(種類・量：)を(選)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"/> 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・)、頻度(ほぼ毎日・週 () 時間(30分以上・)、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()	
【検査】	<input type="checkbox"/> 【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"/> HbA1c： (%) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <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 ()	
	<input type="checkbox"/> 【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、 <input type="checkbox"/> にチェック、()内には具体的に記入		
患者署名		医師氏名

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

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)

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養担当規則（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 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。」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 of 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

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年以来)

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

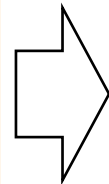
【特定疾患療養管理料】

【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

生活習慣病 療養計画書

○生活習慣病 療養計画書 リンク先

- 厚生労働省 令和6年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html



第3 関係法令等 (2) 2

「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(通知)」
「(医科点数表) 様式」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220533.pdf>

P.22 (別紙様式9) 生活習慣病 療養計画書 初回用

P.23 (別紙様式9の2) 生活習慣病 療養計画書 継続用

- 参考: 大阪府医師会ホームページ 文書ライブラリ ID 1696

「特定疾患療養管理料(脂質異常症・高血圧・糖尿病)に代わる管理料の新設について(その2)(日本医師会・令和6年4月2日)」

https://www.osaka.med.or.jp/upload/files/20240404_101923_654345.pdf



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

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		改定後	
【一般名処方加算】		【一般名処方加算】	
一般名処方加算1	7点	一般名処方加算1	10点
一般名処方加算2	5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】	
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1	87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2	82点
後発医薬品使用体制加算3	37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】	
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1	8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2	7点
外来後発医薬品使用体制加算3	2点	外来後発医薬品使用体制加算3	5点
【薬剤情報提供料】	10点	【薬剤情報提供料】	4点
【処方箋料】		【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	28点	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	40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	68点	3 1及び2以外の場合	60点

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

<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。

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）】

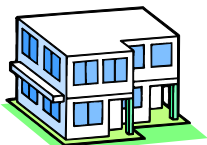
加算1：都道府県知事の指定を受けている**第一種協定指定医療機関**であること。

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。



外来感染対策向上加算を
届け出る診療所

発熱外来の協定締結



都道府県

病床確保等の協定締結



感染対策向上加算を
届け出る病院等

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

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。

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
<p>【外来感染対策向上加算】 [施設基準（抜粋）] (新設)</p>	<p>【外来感染対策向上加算】 [施設基準（抜粋）]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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。

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)

情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

- 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 通院精神療法 八 情報通信機器を用いて行った場合

(1) 30分以上 (精神保健指定医による場合) 357点

(2) 30分未満 (精神保健指定医による場合) 274点



[対象患者]

情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に**対面診療を行ったことがある患者**

[算定要件] (概要)

- 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「**オンライン診療の適切な実施に関する指針**」及び「**情報通信機器を用いた精神療法に係る指針**」(以下「**オンライン精神療法指針**という。)」に沿った診療及び処方を行うこと。
- 当該患者に対して、1回の処方において3種類以上の抗うつ薬または3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。

[施設基準] (概要)

- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- オンライン精神療法指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- オンライン精神療法指針において、「オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる」とされていることから、**以下のア及びイを満たすこと。**

ア 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関 ※ (イ) から (ハ) までのいずれかを満たすこと

(イ)	(ロ)	(ハ)
<ul style="list-style-type: none"> 常時対応型施設(★) 又は 身体合併症救急医療確保事業において指定 (★) 精神科救急医療体制整備事業における類型 	<ul style="list-style-type: none"> 病院群輪番型施設(★) 時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上 又は 外来対応件数が年10件以上 	<ul style="list-style-type: none"> 外来対応施設(★) 又は 時間外対応加算1の届出 精神科救急情報センター、保健所等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

イ 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保へ協力 ※ (イ) 又は (ロ) のいずれかの実績

(イ)	(ロ)
<ul style="list-style-type: none"> 時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療 又は 救急医療機関への診療協力を、年6回以上行うこと。 	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

◎ 次のような対応を行う。

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

[施行日等] **令和6年10月1日**から施行・適用する。

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

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

保険給付と選定療養の適用場面

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

選定療養の対象品目の範囲

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

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。

長期収載品の保険給付の在り方の見直しを踏まえた処方箋の新様式

患者希望により先発医薬品を処方した場合は選定療養の対象となることから、新たに「患者希望」欄が追加されることとなった。

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。

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・被保険者手帳の記号・番号				(枝番)			
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称							
	生年月日		明大昭平合	年 月 日		男・女		電話番号			
	区分			被保険者		被扶養者		保険医氏名		®	
交付年月日				令和 年 月 日				処方箋の使用期間		令和 年 月 日	
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)への変更を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。							
処方				リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)							
備考		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。							
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)											
調剤済年月日				令和 年 月 日				公費負担者番号			
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				®				公費負担医療の受給者番号			

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

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。

診療所において届出直しが必要な施設基準

◇届出期限:令和6年10月1日

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

◇届出期限:令和7年1月1日

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

届出先：近畿厚生局 指導監査課

〒540-0011 大阪府中央区農人橋1-1-22 大江ビル8階
電話(施設基準グループ):06-7663-7663

近畿厚生局ウェブサイト(重要なお知らせ)
「令和6年度診療報酬改定情報」

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shinryohoshuh04_00007.html

