

診療報酬改定セミナー

令和6年診療報酬改定のポイント[○]_{V.1.0}

～ 不妊治療編 ～

令和6年4月5日時点

有限会社メディカルサポートシステムズ

認定医業経営コンサルタント

代表取締役 細 谷 邦 夫

基本診療料

初・再診料の引き上げと初・再診料共通の加算の見直し

区分	診療行為	対面	情報通信機器を用いた場合
初診	□ 初診料	288点 ⇒ 291点	251点 ⇒ 253点
	□ 初診料(同一日複数科受診時の2科目)	144点 ⇒ 146点	125点 ⇒ 127点
再診	□ 再診料	73点 ⇒ 75点	73点 ⇒ 75点
	□ 再診料(同一日複数科受診時の2科目)	37点 ⇒ 38点	27点 ⇒ 28点
	□ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算1	4点 ⇒ 医療情報取得加算1(月1回)(要施設基準)	3点
	◆ 受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合		
	□ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算2	2点 ⇒ 医療情報取得加算2(月1回)(要施設基準)	1点
	◆ オン資から診療情報を取得等した場合又は他院から診療情報の提供を受けた場合		
	※(新)医療情報取得加算の算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する		
	□ (後述)外来感染対策向上加算(月1回)(要届出)	6点 ⇒ 6点(変更なし)	
	□ (新)発熱患者等対応加算(月1回)(要届出)	20点	
	□ (新)抗菌薬適正使用体制加算(月1回)(要届出)		5点

◆ 複再の算定要件の見直し？今後訂正あり？

- ◆ (4)2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病(1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう)について、患者の意思に基づき、別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう)を再診として受診した場合(1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く)は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注18」までに規定する加算は、算定できない

医療情報取得加算と情報通信機器を用いた場合の施設基準

◆医療情報取得加算の施設基準(届出は不要)

- ・ レセプトオンライン請求を行っている
- ・ オンライン資格確認を行う体制を有している
 - ⇒ オンライン資格確認の導入時には、医療機関等向けポータルサイトから運用開始日の登録を行う
- ・ 次の項目を院内の見やすい場所に掲示
 - ✓ オンライン資格確認を行う体制を有していること
 - ✓ 自院を受診した患者の受診歴、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
- ・ 上記の院内掲示事項は、原則として、ウェブサイトに掲載する
 - ✓ 自ら管理するホームページ等を有しない場合は除外

◆医療情報取得加算の届出に関する事項

- ・ 当該基準を満たしていればよく、厚生局に対して届出不要
- ・ ウェブサイトへの掲載は、令和7年5月31日までに対応すること

◆情報通信機器を用いた場合の施設基準の要件追加

- ・ 自院のホームページ等に以下のことを掲示
 - ・ 情報通信機器を用いた診療の初診では向精神薬の処方を行わないこと

【疑義解釈】 医療情報取得加算①

- ◆ 問8、オン資で患者の診療情報等が存在しなかった場合は、何を算定すればよいか

(答)医療情報取得加算2又は医療情報取得加算4を算定

- ◆ 問9、以下のようなケースは何を算定すればよいか

- ・ 患者が診療情報等の取得に一部でも同意しなかった場合
- ・ マイナ保険証が破損等により利用できない場合
- ・ 患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合

(答)いずれの場合も、医療情報取得加算1又は医療情報取得加算3を算定

- ◆ 問10、オンライン診療でも算定できるのか

(答)居宅同意取得型のオン資を活用すれば算定可

なお、オンライン診療でオンライン資格確認を行う際は、事前準備として次の点に留意する(右上に続く)

- ・ あらかじめ、保険医療機関又は保険薬局で、オンライン資格確認等システムで「マイナ在宅受付Web」のURL又は二次元コードを生成・取得すること等が必要
- ・ 患者が自らのモバイル端末等を用いて二次元コード等から「マイナ在宅受付Web」へアクセスし、マイナンバーカードによる本人確認を行うことで、オンライン資格確認が可能となり、薬剤情報等の提供について、同意を登録すること可能となる

(参考)「訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み(居宅同意取得型)の実施上の留意事項について」(令和6年3月21日保連発0321第1号・保医発0321第9号)

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0010235

問11、医療情報取得加算1、医療情報取得加算2について、別紙様式54を参考とした初診時間診票は、初診料を算定する初診において用いることでよいか

(答)よい。その他小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料(続く)

【疑義解釈】 医療情報取得加算②

及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報取得加算1又は2を算定するときには、別紙様式54を参考とした初診時間診票を用いること

問12、医療情報取得加算1又は2について、初診時間診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか

(答)別紙様式54は初診時の標準的な問診票(紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という)の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要せず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。なお、患者情報の取得の効率化の観点から、オンライン資格確認により情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと

問13、医療情報取得加算1又は2について、初診時間診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、令和6年6月1日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか

(答)必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式54に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること

問14、医療情報取得加算3、医療情報取得加算4について、「算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する」とあるが、再診時にすべての項目について問診を必ず行う必要があるのか

(答)オンライン資格確認により情報が得られた項目は省略して差し支えない

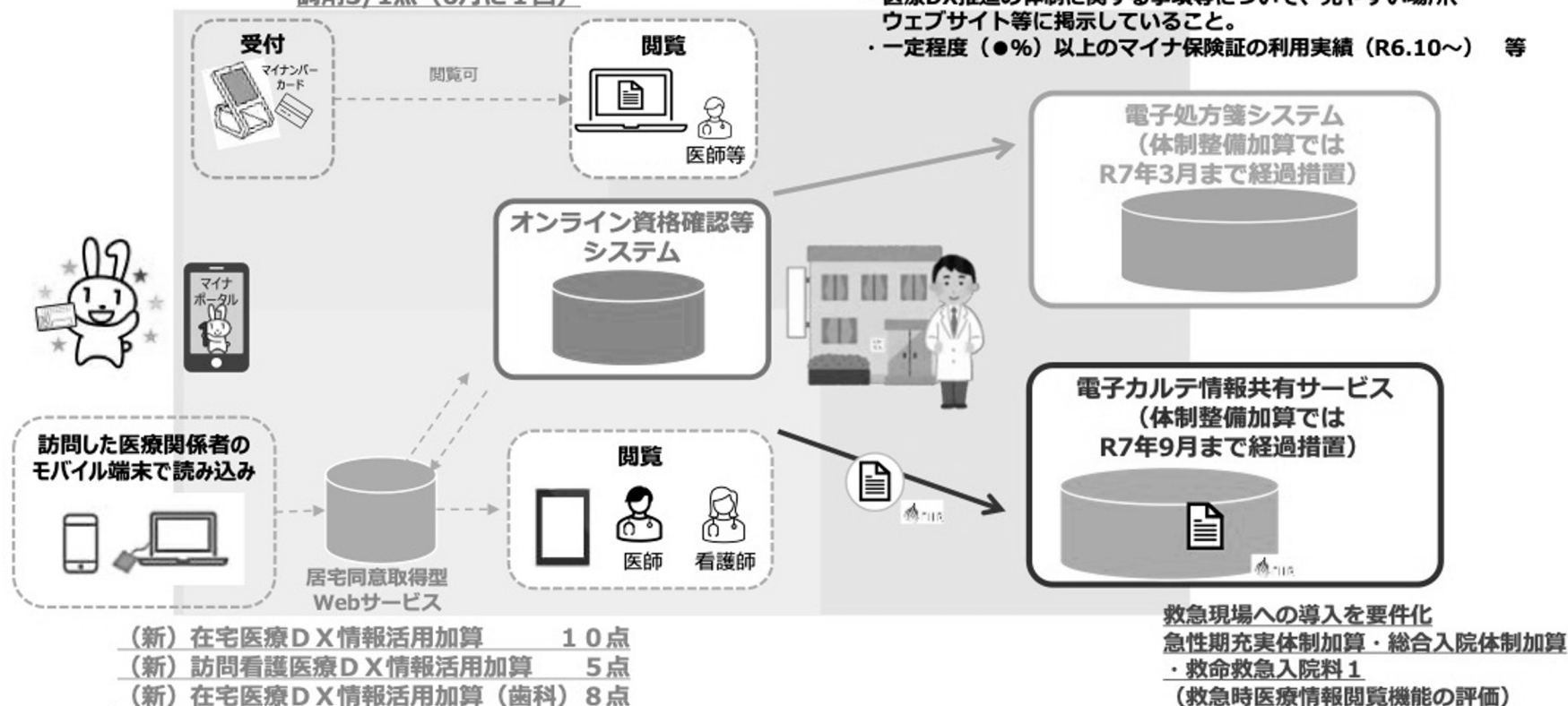
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 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。

初診料の加算新設

□(新)医療DX推進体制整備加算(月1回)(要届出)

8点

◆ 在宅医療DX情報活用加算、訪問看護医療DX情報活用加算とは同一月算定不可

◆ 医療DX推進体制整備加算に関する施設基準

- ・ 届出用紙は様式1の6
- ・ レセプトオンライン請求を行っている
- ・ オンライン資格確認を行う体制を有している
⇒ オンライン資格確認の導入時にポータルサイトから運用開始日を登録
- ・ 診察室等（診察室、手術室、処置室等）で、医師等が以下の内容を閲覧・活用できる体制を有している
 - ✓ オンライン資格確認等システムを活用して取得した患者の薬剤情報、特定健診情報等
- ・ 電子処方箋を発行できる体制を有している
【経過措置：令和7年3月31日】
- ・ 電子カルテ情報共有サービスを活用する体制を有している
【経過措置：令和7年9月30日まで】
- ・ マイナ保険証の利用率が一定割合以上(次ページ参照)
【令和6年10月1日から適用】

- ・ 次の項目を院内の見やすい場所に掲示

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・活用して診療を行っていること(具体的には次に掲げる事項)

ア、医師等が診療を実施する診察室等で、オンライン資格確認等システムで取得した診療情報等を活用して診療を実施している

イ、マイナ保険証の利用促進等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる

ウ、電子処方箋の発行・電子カルテ情報共有サービスなどの医療DXにかかる取組を実施している【経過措置：令和7年9月30日まで】

- ・ 上記の院内掲示は、原則としてウェブサイトに掲載している(自ら管理するホームページ等が無い場合は除く)【経過措置：令和7年5月31日まで】

【疑義解釈】医療DX推進体制整備加算①

- ◆問15、「オンライン資格確認等システムの活用により、「患者診療情報等」を診療を行う診察室、手術室又は処置室等(診察室等)」で、医師等が閲覧又は活用できる体制を有していること」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか

(答)単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない

オン資から得られた診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、

- ◆問16、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」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合について、どのように考えればよいか

(答)現時点では、令和5年1月26日に稼働した基本機能(電子処方箋の発行・応需(処方・調剤情報の登録を含む)、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック)に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい

【疑義解釈】医療DX推進体制整備加算②

- ◆ 問17、「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・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」とされており、アからウまでの事項が示されているが、アからウまでの事項は別々に掲示する必要があるかまた、掲示内容について、参考にするものはあるか

(答)まとめて掲示しても差し支えない。また、掲示内容については、以下のURLに示す様式を参考にされたい

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

※これらのポスターは医療DX推進体制整備加算の掲示に関する施設基準を満たします

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

- ◆ 問18、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること」を院内掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」とは、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいのか

(答)「マイナ保険証をお出してください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示(問17に示す掲示の例を含む)を行う必要があり、「保険証をお出してください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない

2-1. 令和6年度診療報酬改定におけるマイナ保険証利用等に関する診療報酬上の評価 (イメージ)

【出典】令和6年2月 マイナ保険証
利用促進のための取組・支援策について

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

《現行》

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】
マイナンバーカードや問診票を利用し、
「診療情報取得・活用体制の充実」を評価
＜初診＞
・マイナ保険証 利用なし 4点
・マイナ保険証 利用あり 2点

《見直しイメージ》

R 6. 6

R 6. 12

【医療情報取得加算】

配点を見直し、継続

＜初診＞

＜再診＞

- ・マイナ保険証利用なし 3点 2点
- ・マイナ保険証利用あり 1点 1点

※答申書付帯意見

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

利用率増加に応じた支援金

【医療DX推進体制整備加算】

マイナ保険証、電子処方箋などの「**医療DX推進体制**」を評価

＜初診＞ 8点（歯科6点、調剤4点）

施設要件（例）

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



○△ 病院受付

今後発表

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

【出典】令和6年2月 マイナ保険証
利用促進のための取組・支援策について

目的

医療機関等において、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等を対象に、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乗じた額が支援金として交付^{※2}されます。

※2は次頁参照

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

【出典】令和6年2月 マイナ保険証
利用促進のための取組・支援策について

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等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
り各医療機関等に対して、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

14 再診料の加算の見直しと新設

□ 再診料

□ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3(月1回) 2点 ⇒

□ 医療情報取得加算3(3月1回)(要施設基準) 2点

◆ 患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合

□ (新)医療情報取得加算4(3月1回) 1点

◆ オン資から診療情報を取得等した場合又は他院から診療情報の提供を受けた場合

※(新)医療情報取得加算の算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する

□ 時間外対応加算

□ 時間外対応加算1 5点(変更なし)

□ (新)時間外対応加算2 4点

□ 時間外対応加算3 3点(変更なし)

□ 時間外対応加算4 1点(変更なし)

※それぞれの算定要件は次ページ(届出用紙は別添7の様式2)

□ 地域包括診療加算(要件等後述)

□ 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

□ 認知症地域包括診療加算1 35点 ⇒ 38点

□ 認知症地域包括診療加算2 28点 ⇒ 31点

15	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	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	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	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	(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。 (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。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 (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 (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
	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、<u>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</u> <u>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</u> 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	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、<u>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</u> <u>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</u> 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	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、<u>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</u> <u>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。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</u>	

【疑義解釈】 時間外対応加算

- ◆ 問19、時間外対応加算1、時間外対応加算2、時間外対応加算3において、「医師、看護職員又は事務職員等」が対応できる体制が求められているが、どのような職員が該当するのか

(答)医師、看護職員(看護師及び准看護師)等の医療従事者又は事務職員で、自院に勤務している者が該当する

- ◆ 問20、時間外対応加算1において、「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こと。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、看護職員又は事務職員等により、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ことができる」とあるが、具体的にどのような体制が必要か

(答)常時、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要

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

- ◆ 問21、時間外対応加算3において、「標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。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、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる」とあるが、具体的にどのような体制が必要か

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

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

この部分は
共通

17 外来感染対策向上加算の見直し①

- 外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する
- 外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す

□ 外来感染対策向上加算(月1回)(要届出)

6点 ⇒ 6点(変更なし)

□ (新)発熱患者等対応加算(月1回)(要届出)

20点

- ◆ 発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定
- ◆ 外来感染対策向上加算が算定済みであっても、要件を満たせば同月に追加算定可(疑義解釈その1)

□ (新)抗菌薬適正使用体制加算(月1回)(要届出)

5点

- ◆ 抗菌薬の使用状況が施設基準(次々ページ)に適合し、初診を行った場合

◆ 対象となる診療報酬

初診料、再診料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、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、外来腫瘍化学療法診療料、救急救命管理料、退院後訪問指導料

在宅患者訪問診療料(I)、在宅患者訪問診療料(II)、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、精神科訪問看護・指導料

外来感染対策向上加算の見直し②加算の施設基準

◆外来感染対策向上加算の施設基準

(1)(略)

(2)院内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制及び感染症の患者を適切に診療する体制を整備

(3)(略)

◆1,外来感染対策向上加算に関する施設基準

(1)~

(9) オンラインのカンファレンス要件は削除

(11)(略)

(新)(12) 自院の外来で、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症疑い症状の患者受入れを行う旨を公表し、その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

(新)(13) 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、医療措置協定である

(14)~(16)(略)

(新)(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、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)(略)

◆経過措置

- 令和6年3月31日時点で外来感染対策向上加算の届出医療機関は、令和6年12月31日までの間に限り、1の(13)の基準を満たしているものとみなす

※初診料、再診料、医学管理料等、在宅患者診療・指導料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

外来感染対策向上加算の見直し③加算の施設基準と疑義解釈

◆施設基準

抗菌薬適正使用体制加算施設基準のAccess抗菌薬
 中医協：感染対策その2(令和5年12月5日)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001175427.pdf>

(新)三の六 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準

抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること

第1の7 抗菌薬適正使用体制加算

1、抗菌薬適正使用体制加算に関する施設基準

- (1)外来感染対策向上加算の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

2、届出用紙

別添7の様式1の5

※初診料、再診料、医学管理料等及び在宅患者診療・指導料のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの並びに精神科訪問看護・指導料における抗菌薬適正使用体制加算についても同様

【疑義解釈】

- ◆問5、抗菌薬適正使用体制加算の施設基準の「抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること」は具体的には何を指すのか

(答) 診療所では診療所版感染対策連携共通プラットフォーム（以下「診療所版J-SIPHE」という）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出する入院は、感染対策連携共通プラットフォーム（以下「J-SIPHE」という）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出する

- ◆問6、「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（入院では病院又は有床診療所）全体の上位30%以内であること」は、どのように確認すればよいか

(答)診療所では診療所版J-SIPHEにおける結果、有床診療所と病院ではJ-SIPHEにおける結果で確認できる

(次頁続く)

【疑義解釈】 外来感染対策向上加算の加算の施設基準

※データの仕組み

J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおいて、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果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

なお、使用した抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位については、提出データの対象期間における抗菌薬の処方件数が30件以上ある場合に集計対象となる

○J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおけるデータ受付時期等

データ受付時期（予定）		提出データの対象期間		結果の返却時期
2024年	4/1～4/30	2023年	10月～3月	2024年5月中旬
2024年	7月	2024年	1月～6月	2024年8月
2024年	10月	2024年	4月～9月	2024年11月
2025年	1月	2024年	7月～12月	2025年2月

※データ提出方法及びデータ受付時期並びに結果の返却時期の詳細は、J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEのHP確認

- ・ J-SIPHE(<https://j-siphe.ncgm.go.jp/>)
- ・ 診療所版J-SIPHE(<https://oascis.ncgm.go.jp/>)

◆ 問7、問6により施設基準を満たすことを確認した上での届出後、施設基準の適合性についてはどのように考えればよいか

(答)施設基準の届出を行った場合は、届出後もJ-SIPHE又は診療所版J-SIPHEに少なくとも6か月に1回はデータを提出した上で直近に提出したデータの対象期間における施設基準の適合性の確認を行い、満たしていなかった場合は変更の届出を行うこと

(新)区分〇 「その他」 ベースアップ評価料の概要

1 医療従事者の賃上げの概要について

【出典】令和6年2月15日令和6年度診療報酬改定と賃上げについて
～今考えていただきたいこと(病院・医科診療所の場合)～

(4) 賃上げを考える前に ―ベースアップとは―

- 賃上げに係る診療報酬においては、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた「給与総額」をもとにした点数設計としています。
 - 医療機関等においては、この報酬分をベースアップ（基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ）に充てていただくこととなります。
 - また、ベースアップには、連動して引きあがる賞与分※や事業主負担の増額分も含まれます。
- ※ 業績に連動して引き上がる賞与については対象外です。

ベースアップの考え方

「ベースアップ（ベア）」とは、賃金表の改定等により賃金水準を引き上げることをいいます。

号俵	職務の級			
	1級	2級	3級	4級
1	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
2	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
3	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
4	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
5	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
6	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
7	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
8	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
9	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
10	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円

賃金表内での職員の給与の変動は、定期昇給に該当し、ベアには該当しません。

改定

号俵	職務の級			
	1級	2級	3級	4級
1	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
2	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
3	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
4	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
5	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
6	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
7	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
8	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
9	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
10	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円



賃金表に記載の額そのものを引き上げることがベースアップです。

賃金表がない場合

賃金表がない医療機関の場合は、給与規程や雇用契約に定める基本給等について、引上げを行います。

なお、基本給等とは、決まって毎月支払われる給与や手当のことを指し、例えば、年俸制で1年に1回定められる額の1月当たり分もこれに該当します。



【出典】厚労省：令和6年度診療報酬改定説明資料等について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html

ひと、くらし、みらいのために ● 本文へ ● ホーム ● お問い合わせ窓口 ● よくある御質問 ● サイトマップ ● 点字ダウンロード

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

文字サイズの変更 標準 大 特大 Q 調べたい

御意見募集やパブリックコメント

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

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会(令和6年3月5日開催)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)

説明資料

①上記サイトからExcelファイルを保存

②Excelで評価料の届出区分を判定

◆ベースアップ評価料のキーワード

- ・ シミュレーション(左記ツールを活用)
- ・ 対象職種に注意
- ・ 厚生局への届出
- ・ 賃金改善計画書の策定と届出
- ・ 賃金改善実績報告書の提出
- ・ 賃金総額の計算は年4回(別表7参照)
- ・ 関連書類の保存年限は3年

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】
 - ②外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)【無床診療所】
 - 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

戻る 次へ

厚生労働省

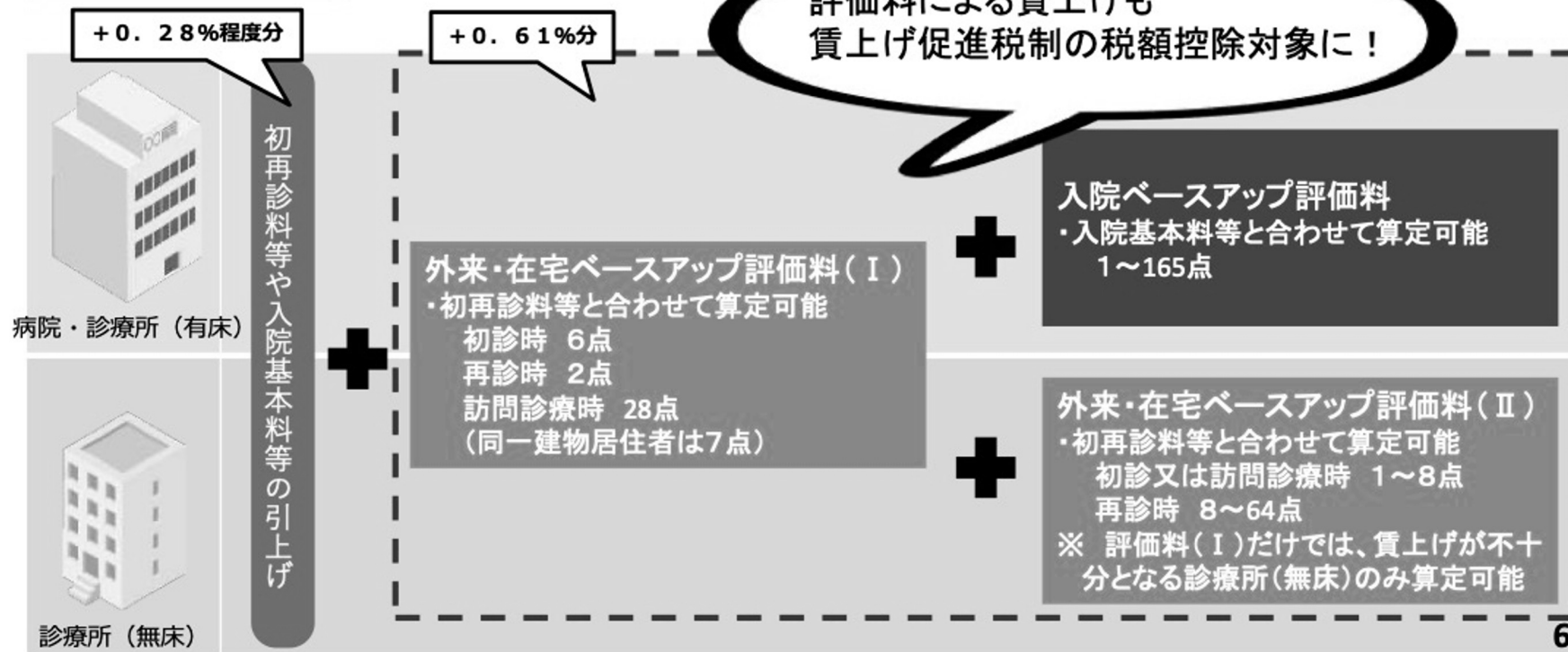
1 医療従事者の賃上げの概要について

(3) 創設される診療報酬について

【出典】令和6年2月15日令和6年度診療報酬改定と賃上げについて
～今考えていただきたいこと(病院・医科診療所の場合)～

- 令和6年度の診療報酬改定では、「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」といった診療報酬を創設します。
- また、初再診料等や入院基本料等についても、職員の賃上げを実施すること等も踏まえた引上げを行います。
- さらに、今回創設される診療報酬(既存の看護職員処遇改善評価料含む)による賃上げについて、賃上げ促進税制における税額控除の対象となります。

病院と医科診療所の例



1 医療従事者の賃上げの概要について

(2) 対象職種

【出典】令和6年2月15日令和6年度診療報酬改定と賃上げについて
～今考えていただきたいこと(病院・医科診療所の場合)～

○ 今般の診療報酬改定における賃上げの対象となる職種については、それぞれ以下のとおりです。

1

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、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げのための特例的な対応として、+ 0.61%の改定

【対象職種】

① ベースアップ評価料分で対応

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。）

2

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として、+ 0.28%の改定

【対象職種（想定）】

② 初再診、入院料引き上げで対応

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 等

ベースアップ評価料の計算支援ツール

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
#####	2023年3月	
	2023年4月	
	2023年5月	
	2023年6月	
	2023年7月	
	2023年8月	
	2023年9月	
	2023年10月	
	2023年11月	
	2023年12月	
	2024年1月	
	2024年2月	
1月当たり給与総額	0円	

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	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)
	2023年12月				
	2024年1月				
	2024年2月				
	1月当たり算定回数	0回	0回	0回	0回

算定月	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)
2023年12月				
2024年1月				
2024年2月				
1月当たり算定回数	0回	0回	0回	0回

Step 2

ベースアップ評価料の算定見込みの計算

②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による算定見込みだけでは、賃金増率が1.2%に満たない診療所については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を算定することができます。

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの算定可否

①該当する区分を選択ください。

- ☐ 病院・有床診療所
☐ 無床診療所

②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による賃金増率等

1月当たり給与総額	0円
1月当たり算定金額	0円
賃金増率	-

算定不可

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの区分

区分の元となる数値	-
算定区分	-
算定点数	初診・訪問診療時 - 再診時 -

※ 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関ではない場合（主に自由診療を実施する保険医療機関など）は、対象外となります。

※ 対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の診療所は、対象外となります（ただし、特定地域に所在する場合は対象となります。）。

※ 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの区分については、該当する区分より低い区分を選択することも可能です。

Step 2

ベースアップ評価料の算定見込みの計算

③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】

- 病院・有床診療所については、入院ベースアップ評価料を算定できます。
- 2024年6月1日から算定を開始する場合、2023年12月～2024年2月における延べ入院患者数を入力してください。

算定開始予定日	対象月	延べ入院患者数
#####	2023年12月	
	2024年1月	
	2024年2月	

一月当たり
延べ入院患者数

0人

入院ベースアップ評価料の算定可否

①該当する区分を選択ください。

- ☐ 病院・有床診療所
- ☐ 無床診療所

②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による賃金増率等

1月当たり給与総額

0円

1月当たり算定金額

0円

賃金増率

-

算定可否

算定不可

入院ベースアップ評価料の区分

区分の元となる数値

-

算定区分

-

算定点数

-

※ 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関ではない場合（主に自由診療を実施する保険医療機関など）は、対象外となります。

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	0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	0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）	0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	0円
ベースアップ評価料による1年度当たり収入合計	0円

対象職種一覧（STEP 1 関係）

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・きゅう師、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。）

初診料等に含まれるもの（STEP 2 関係）

【初診料等】

- ・ 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）

【再診料等】

- ・ 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

【訪問診療料（同一建物以外）】

- ・ 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。）

【訪問診療料（同一建物）】

- ・ 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）

【歯科初診料等】

- ・ 初診料又は短期滞在手術等基本料 1

【歯科再診料等】

- ・ 再診料又は短期滞在手術等基本料 1

【歯科訪問診療料（同一建物以外）】

- ・ 歯科訪問診療 1

【歯科訪問診療料（同一建物）】

- ・ 歯科訪問診療 2、歯科訪問診療 3、歯科訪問診療 4又は歯科訪問診療 5

賃上げ促進税制の概要

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

中小規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局		中規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局		大規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局	
青色申告書を提出する、中小企業者等（資本金1億円以下の法人、協同組合等）又は従業員数1,000人以下の個人事業主		青色申告書を提出する、従業員数2,000人以下の企業又は個人事業主		青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主	
全雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率	継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率	継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率
+1.5%	15%	+3%	10%	+3%	10%
				+4%	15%
+2.5%	30%	+4%	25%	+5%	20%
				+7%	25%
+					
【上乗せ要件】 ①教育訓練費の増加 ②子育てとの両立・女性活躍への支援					
上乗せ要件も達成で 最大控除率45%		上乗せ要件も達成で 最大控除率35%		上乗せ要件も達成で 最大控除率35%	

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

詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。

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



34 賃上げに向けた評価の新設

➤ 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

◆届出の原則

◆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

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(I)(1日につき)(要届出)

□ 初診時	6点
□ 再診時等	2点
□ 訪問診療時	
□ 同一建物居住者等以外の場合	28点
□ 上記以外の場合	7点

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)(要届出)

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1	
□ 初診又は訪問診療を行った場合	8点
□ 再診時等	1点
□ ～ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8	
□ 初診又は訪問診療を行った場合	64点
□ 再診時等	8点

□ 入院ベースアップ評価料(1日につき)(要届出)

□ 入院ベースアップ評価料1 1点 ～ 入院ベースアップ評価料165 165点

35 ベースアップ対応の概要

	項 目	概 要
令和6年6月施行	初診料、再診料 入院基本料	②40歳未満の勤務医師・薬局の勤務薬剤師 事務職員等の賃上げ (抽出調査等で把握)
決算又は 確定申告	賃上げ促進税制 (別省庁の制度)	法人税又は所得税の控除割合(中小企業の例) 雇用者等給与額が前年度比較の増加率 ・ 1.5%以上：15% ・ 2.5%以上：+15% 教育訓練費前年度比増加率 ・ 10%以上：+10%
実績で区分判定 を行い、届出	入院ベースアップ評価料(165区分) (病院、有床診療所のみ)	①看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (②を除く)の賃上げ (年1回の報告)
要件を満たせば 届出可	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(※)	
過去実績で判定 該当時のみ届出 可	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(8区分) (※評価料1の届出医療機関のみ)	無床診療所、訪問看護ステーションが対象 ①職員の賃上げが、給与総額の1.2%増に達し ないと見込まれる場合 (年4回の報告)

36 外来・在宅ベースアップ評価料の算定構造

◆算定対象項目

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(Ⅱ)	算定対象
1 初診時		イ 初診又は訪問診療を行った場合	初診料 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の初診時
2 再診時等		□ 再診時等	再診料、外来診療料、小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の再診時 短期滞在手術等基本料 1、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、外来腫瘍化学療法診療料
3 訪問診療時	イ 同一建物居住者等以外の場合	イ 初診又は訪問診療を行った場合	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(同一建物居住者以外の場合) 在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る)
	□ イ以外の場合		在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(同一建物居住者の場合) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

外来・在宅ベースアップ評価料(I)

(医科のケース)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(要届出)(1日につき)①

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(1日につき)(要届出)

- | | |
|-------------------|-----|
| □ 1.初診時 | 6点 |
| □ 2.再診時等 | 2点 |
| □ 3.訪問診療時 | |
| □ イ.同一建物居住者等以外の場合 | 28点 |
| □ ロ.上記以外の場合 | 7点 |

◆ 1：入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合

◆ 2：入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合

◆ 3のイ：次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合

イ、当該患者の同意を得て、訪問診療を行った場合(※)で、当該患者が同一建物居住者以外である場合

※初診料算定日に訪問して診療を行った場合、有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く

ロ、在医総、施設総、在がん総合の算定要件を満たす他院の求めに応じ、当該他院から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、訪問診療を行った場合(※)で、当該患者が同一建物居住者以外である場合

(ロの続き)

※有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く

ハ、在支診又は在支病で、在宅療養を行っている末期の悪性腫瘍患者で通院が困難なものに対し訪問診療を行った場合

◆ 3のロ：次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合

- イ、当該患者の同意を得て、訪問診療を行った場合(※)であって、当該患者が同一建物居住者である場合

※初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く

- ロ、在医総、施設総、在がん総合の算定要件を満たす他院の求めに応じ、当該他院から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、訪問診療を行った場合(※)で、当該患者が同一建物居住者である場合

※有料老人ホーム等の併設保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く

- ハ、有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(要届出)(1日につき)②

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準

(1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関

(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、この項において「対象職員」という)が勤務していること

※対象職員は別表4(次頁参照)

⇒ 専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等の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

(3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度の対象職員の賃金の改善を実施しなければならない

⇒ 賃金は役員報酬を除く、賃金改善は定期昇給によるものを除く(以下同)

(4) (3)について、ベア等により改善を図るため、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

ただし、ベア等を行った医療機関で、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増加分に用いた額を上回り、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り)はこの限りではない

いずれの場合にも、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと

(4 続き)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

また、賃金の改善は、自院の「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断する

(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分5厘以上引き上げ、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分5厘以上引き上げた場合には、40歳未満の勤務医、事務職員等の自院に勤務する職員の賃金の改善を実績に含めることができる

(6) 令和6年度及び令和7年度の自院に勤務する職員の賃金の改善に係る計画(以下「賃金改善計画書」)を作成していること

(7) 当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守する

(8) 対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知し、就業規則等の内容についても周知する

また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者の賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答する

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(要届出)(1日につき)③

◆ 別表4(ベースアップ評価料における対象職員)

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

◆ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出

(1) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準の届出用紙は別添2の様式95

(2) 1の(6)の「賃金改善計画書」を、別添2の様式95により新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年6月に地方厚生局長に届出

(3) 毎年8月に、前年度の賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式98により作成し、地方厚生局長に報告

(4) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、自院の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し届出

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届ける必要がある

(5) 保険医療機関は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

(医科のケース)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(要届出)(1日につき)①

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)	初診又は 訪問診療を行った場合	再診時等	別表5 区分B
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1	8点	1点	0を超える
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2	16点	2点	1.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3	24点	3点	2.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4	32点	4点	3.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5	40点	5点	4.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6	48点	6点	5.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7	56点	7点	6.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8	64点	8点	7.5 以上

◆算定要件

◆「初診又は訪問診療を行った場合」

- ・ 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「初診時」「訪問診療時」を算定する患者に対して診療を行った場合に算定

◆「再診時等」

- ・ 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「再診時等」を算定する患者に対して診療を行った場合に算定

◆施設基準

- (1) 入院基本料(特別入院基本料等を含む)、短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)を算定していない医療機関
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出医療機関
- (3) 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を合算した数に10円を乗じた額が、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、この項において「対象職員」という)の給与総額の1分2厘未満であること (次頁に続く)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(要届出)(1日につき)②

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準 続き

対象職員は別表4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

- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の医療機関ごとの区分については、自院の対象職員の給与総額、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並びに外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数を見込みを用いて算出した数【B】に基づき、別表5に従い該当するいずれかの区分を届出

$$\text{【B】} = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 1 \text{ 分} 2 \text{ 厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{ 円}}{(\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・イの算定回数を見込み} \times 8 + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数を見込み}) \times 10 \text{ 円}}$$

- (5) (4)について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「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」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数を見込み」の対象となる期間、算出した【B】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表7のとおり(次々ページ)

「対象職員の給与総額」は、別表7の対象となる12か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いる

「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」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数を見込み」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いる

また、別表7のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定する

なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」によって対象職員の賃金総額を算出

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表7の対象となる3か月の「対象職員の給与総額」、「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)の算定回数を見込み」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分変更を行わない

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(要届出)(1日につき)③

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く、以下この項において同じ)は、直近の別表7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

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の改善を実施しなければならない

⇒ 賃金は役員報酬を除く、賃金改善は定期昇給によるものを除く(以下同)

(7) (6)について、ベア等により改善を図るため、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

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増加分に用いた額を上回り、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

(7 続き) ただし、いずれの場合でも、賃金の改善の対象とする項目を特定して行う、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

また、賃金の改善は、自院での「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断する

(8) 令和6年度及び令和7年度の「賃金改善計画書」を作成する

(9) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務している

ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する医療機関はこの限りでない

(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(以下、「社会保険診療等収入金額」という)の合計額が、総収入の100分の80を超えること

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第26条第2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22年法律第50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100の10以下の場合をいう)の場合に限る)を含む) (次頁へ)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(要届出)(1日につき)④

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

イ 健康増進法(平成14年法律第103号)第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第4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23年法律第68号)第2条第6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30条の35の3第1項第2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29年厚生労働省告示第314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(1の分娩に係る助産に係る収入金額が50万円を超えるときは、50万円を限度とする)

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26条第2項第4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6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77条及び第78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21条の5の2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24条の2に規定する障害児入所給付費、同法第24条の7に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第24条の25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

(11) 当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守

(12) 対象職員に対し、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知し就業規則等の内容についても周知

また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答

◆別表7

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(※)の対象となる期間	算出した【B】及び【C】に基づき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

※「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)の算定回数の見込み」及び「延べ入院患者数」

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(要届出)(1日につき)⑤

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

◆ 2、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)届出に関する事項

(1)届出用紙は別添2の様式96

(2)1の(8)の「賃金改善計画書」を、以下の時期に地方厚生(支)局長に届け出る

届出用紙は別添2の様式96

新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年6月届出

(3)「賃金改善実績報告書」を毎年8月に以下のように地方厚生(支)局長に報告する

- ・ 報告用紙は別添2の様式98
- ・ 前年度の賃金改善の取組状況を評価するため

(4)事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、自院の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し届ける

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げるようになった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に「特別事情届出書」を再度届け出る必要がある

(5)外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管する

【疑義解釈】 外来・在宅ベースアップ評価料(共通事項)①

- ◆ 問1、ベア評価料(I)、ベア評価料(Ⅱ)、入院ベア評価料の施設基準において、「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」とあるが、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いてよいか

(答)差し支えない

- ◆ 問2、「看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年9月5日事務連絡)の問18において、看護職員処遇改善評価料について、賃金改善に伴い増加する賞与、時間外勤務手当等、法定福利費等の事業者負担分及び退職手当は、「基本給等の引き上げにより増加した分については、賃金改善の実績額に含めてよい。ただし、ベア等には含めないこと」とされていたが、ベースアップ評価料についても同様か

(答)ベースアップ評価料は、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

- ◆ 問3、看護職員処遇改善評価料、ベア評価料の施設基準において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金(超過勤務手当)や賞与に反映させる必要はあるのか

(答)労働基準法第37条第5項及び労働基準法施行規則第21条で列挙されている手当(※)に該当しない限り、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。当該評価料に係る「決まって毎月支払われる手当」は、その性質上、上記手当には該当しないことから、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある

なお、「決まって毎月支払われる手当」をいわゆる賞与の算定に際して反映させるか否かは、各医療機関の定めによる

※編注：家族手当、通勤手当、別居手当、子女教育手当、住宅手当、臨時に支払われた賃金、1か月を超える期間ごとに支払われる賃金

- ◆ 問4、看護職員処遇改善評価料及びベア評価料において、対象職員の賃金の改善措置を実施する具体的方法(金額・割合等)について、職員に応じて区分することは可能か

(答)可能。各医療機関の実情に応じて、賃金の改善措置の方法を決定すること

【疑義解釈】 外来・在宅ベースアップ評価料(共通事項)②

- ◆ 問5、看護職員処遇改善評価料及びベア評価料において、基本給等を、常勤職員へは当月払いし、非常勤職員へは翌月払いしている場合、賃金の実績額及び改善実施期間はどのように判断すべきか

(答)いずれについても、基本給等の支払われた月ではなく、対象となった月で判断する

- ◆ 問6、ベア評価料で賃金の改善とは、算定開始月から実施する必要があるか

(答)原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある

なお、令和6年4月より賃金の改善を行った医療機関は、令和6年4月以降の賃金の改善分も、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい

ただし、届出時点において「賃金改善計画書」の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる

- ◆ 問7、ベア評価料の施設基準において、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、『賃金改善計画書』の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知することとされているが、周知の具体的方法はどうすればよいか

(答)例えば、「賃金改善計画書」及び就業規則等を書面で配布する方法や職員が確認できる箇所に掲示する方法が挙げられる

- ◆ 問8、ベア評価料について、区分変更を行う場合はどのような届出が必要か

(答)「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要

【疑義解釈】 外来・在宅ベースアップ評価料(共通事項)③

- ◆ 問9、ベア評価料(I)の施設基準において、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分5厘以上引き上げ、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分5厘以上引き上げた場合には、40歳未満の勤務医、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とされているが、基本給等の引き上げ率についてどのように考えればよいか

(答)引き上げ率の確認は、次のいずれかの方法で行うこと

①給与表等に定める対象職員の基本給等について、令和5年度と比較し、令和6年度に2.5%又は令和7年度に4.5%の引き上げになっているかを確認する

②以下の計算式により基本給等の改善率を算出する

当該年度において基本給等が引き上げられた後の
対象職員の1月当たりの基本給等の総額
－ 令和5年度における1月当たりの対象職員の
基本給等の総額
－ 定期昇給がある場合にあっては1月あたりの
対象職員の基本給等の引き上げ額のうち
定期昇給相当額の総額

令和5年度における1月当たりの基本給等の総額 $\times 100(\%)$

- ◆ 問10、問9について、給与表等の存在しない医療機関において、令和5年度と令和6年度及び令和7年度を比較して対象職員の変動がある場合、計算式中の対象職員の基本給等の総額はどのように考えたらよいか

(答)令和5年度及び令和6年度又は令和7年度のいずれの年度においても在籍している対象職員について、計算式に則り算出を行う

ただし、いずれの年度にも在籍している対象職員が存在しない等の理由でこの方法による算出が困難な場合には、各年度の全対象職員の基本給等の総額を用いて算出を行ってもよい

- ◆ 問11、ベア評価料において、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別表4の三「その他医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く)」とは、具体的にどのような職員か

(答)別表4に該当しない職種の職員であって、医療機関における業務実態として、主として医療に従事しているものを指す
ただし、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

【疑義解釈】 外来・在宅ベースアップ評価料(共通事項)④

- ◆ 問12、看護職員処遇改善評価料、ベア評価料の別表4の対象職員には、派遣職員など、自院に直接雇用されていないものも含むのか

(答)対象とすることは可能

ただし、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、「賃金改善計画書」や「賃金改善実績報告書」について、対象とする派遣労働者を含めて作成すること

- ◆ 問13、ベア評価料(Ⅱ)の「【B】の計算式に基づき、別表5に従い該当するいずれかの区分を届け出ること」とあるが、「該当するいずれかの区分」について、どのように考えればよいか

(答)例えば、【B】の値が3.0である場合には、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3」のいずれかを届け出ることができる

- ◆ 問14、ベア評価料(Ⅱ)、入院ベア評価料の施設基準における「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」について、具体的な範囲はどのようなものか

(答)国、地方公共団体及び保険者等が交付する収入金額であって、保険医療機関等に交付されているものを指す

例えば、地方自治体による単独の補助事業、保険者が委託する健診、病院の運営に当てられる地方自治体からの繰入金等が含まれる

- ◆ 問15、ベア評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料の施設基準において、「常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること」とされているが、職員の退職又は休職等により、要件を満たさなくなった場合はどのように考えれば良いか

(答)常勤換算の職員が2名を下回った場合は、速やかに地方厚生(支)局長に届出の変更を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定を行わないこと

ただし、暦月で3か月を超えない期間の一時的な変動の場合はこの限りではない

【疑義解釈】 外来・在宅ベースアップ評価料(共通事項)⑤

◆ 問16、看護職員処遇改善評価料、ベア評価料(Ⅱ)、入院ベア評価料の対象職員には、以下による休業を取得中の職員等も含むのか

- ・ 労働基準法第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児
- ・ 育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業
- ・ 育児・介護休業法第23条第2項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置
- ・ 育児・介護休業法第24条第1項の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置

(答)含まない

◆ 問17、看護職員処遇改善評価料及びベア評価料において、賃金改善に伴い増加する法定福利費等について、どのような範囲を指すのか

(答)次の①及び②を想定している

- ①健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、児童手当拠出金、雇用保険料、労災保険料等における、賃金改善に応じた増加分(事業者負担分を含む)

②退職手当共済制度等における掛金等が増加する場合の増加分(事業者負担分を含む)

◆ 問18、看護職員処遇改善評価料及びベア評価料の施設基準において、「対象医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること」とあるが、具体的にどのような対応が必要か

(答)当該評価料による賃金改善を行うための就業規則等の変更について労働者の過半数を代表する者の意見を聴くことや、賃金改善に当たって正当な理由なく差別的な取扱いをしないことなど、労働基準法やその他関係法令を遵守した対応が必要である

その他、賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定することが望ましい

入院ベースアップ評価料・看護職員処遇改善評価料

(医科のケース)

53 賃上げに向けた評価の新設(入院)

□ A500 看護職員処遇改善評価料(1日につき) ⇒ 0 000 看護職員処遇改善評価料(1日につき)

□ 看護職員処遇改善評価料1 1点 ~ 看護職員処遇改善評価料145 145点

◆ 1点刻み

□ 看護職員処遇改善評価料146 150点 ~ 看護職員処遇改善評価料165 340点

◆ 10点刻み

◆ 点数変更はなく、診療区分の変更

➤ 病院又は有床診療所において、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

□ 入院ベースアップ評価料(1日につき)(要届出)

□ 入院ベースアップ評価料1 1点 ~ 入院ベースアップ評価料165 165点

◆ 1点刻み

◆ 算定要件

- 入院基本料(特別入院基本料等を含む)、特定入院料、短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)を算定する入院患者

54 入院ベースアップ評価料①

◆入院ベースアップ評価料の施設基準

(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)の届出を行っている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)の届出を行っ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)により算定される点数の見込みを合算した数に10円を乗じた額が、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、この項において「対象職員」という)の給与総額の2分3厘未満であること

対象職員は別表4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

(4) 入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの点数については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、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並びに延べ入院患者数の見込みを用いて次の式により算出した数【C】に基づき、別表6に従い該当する区分を届出

$$【C】 = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分} 3 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円}}{\text{自院の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

(5) (4)について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「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」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【C】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表7のとおり

「対象職員の給与総額」は、別表7の対象となる12か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いる

「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」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いる

また、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地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定する

なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」について対象職員の賃金総額を算出する

55 入院ベースアップ評価料②

◆入院ベースアップ評価料の施設基準(続き)

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表7の対象となる3か月の「対象職員の給与総額」、「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」、「延べ入院患者数」及び【C】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(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表7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

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)~(12)(略)

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱと同様(関連法のみ異なる)

◆入院ベースアップ評価料の届出

(1) 入院ベースアップ評価料の施設基準に係る届出は、別添2の様式97を用いる

(2) 1の(8)の「賃金改善計画書」を、別添2の様式97により新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年6月において、地方厚生(支)局長に届け出る

(3)~(4)は外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱと同様のため略

(5) 保険医療機関は、入院ベースアップ評価料の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管

◆別表6

【C】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0を超え 1.5 未満	入院ベースアップ評価料 1	1 点
1.5 以上 2.5 未満	入院ベースアップ評価料 2	2 点
2.5 以上 3.5 未満	入院ベースアップ評価料 3	3 点
【1ポイント刻み】	⋮	
162.5 以上 163.5 未満	入院ベースアップ評価料 163	163 点
163.5 以上 164.5 未満	入院ベースアップ評価料 164	164 点
164.5 以上	入院ベースアップ評価料 165	165 点

56 看護職員処遇改善評価料

◆看護職員処遇改善評価料の施設基準

(1)～(4)(略)

(5)(3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という)の引上げ(以下「ベア等」という)により改善を図る

ただし、令和6年度及び令和7年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合は、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち3分の2以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする

(6)(5)について、原則として、賃金改善実施期間内に賃金の改善措置を行う必要があること。ただし、届出時点の計画を上回る収入が生じた場合又は看護職員が減った場合であって、当該計画に基づく収入の3分の2以上を賃金の改善措置を行っている場合に限り、当該差分については、翌年度の12月までに賃金の改善措置を行えばよい

(7)以降はR4.10改定「看護職員処遇改善評価料」(6)以降と同様(計算式も変更なし)

$[A] = \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額(当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000 \text{円} \times 1.165)}{\text{自院の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$
--

◆看護職員処遇改善評価料の届出

(1) 看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出及び1の(7)及び(8)に基づき、新規届出時及び毎年3、6、9、12月において算出した該当する区分に係る届出は、別添2の様式93を用いる

(2) 1の(7)に基づき算出した看護職員処遇改善評価料の見込額、賃金改善の見込額、賃金改善実施期間、賃金改善を行う賃金項目及び方法等について記載した「賃金改善計画書」を、別添2の様式93で新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年6月に、地方厚生(支)局長に届出

(3) 毎年8月に、前年度の賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式93の3により作成し、地方厚生局長に報告

(4) 事業の継続を図るため、職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(I)、入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届出

なお、年度を超えて看護職員等の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要がある

(5) 保険医療機関は、看護職員処遇改善評価料の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管

【疑義解釈】 ベースアップ評価料(入院関係)①

- ◆ 問19、「看護補助者処遇改善事業補助金」や旧医科点数表の看護職員処遇改善評価料によりすでに賃金改善を実施している場合について、どのように考えればよいか

(答)外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び入院ベースアップ評価料の算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の計算にあたり、それらの額は含めないものとする

また、令和6年4月及び5月にそれらを用いて賃金改善を実施している場合には、「賃金改善計画書」及び「賃金改善実施報告書」における賃金改善の見込み額及び実績額の記載にあたり、ベースアップ評価料以外によるベア等実施分に含めるものとする

- ◆ 問20、外来診療及び在宅医療を実施しておらず、入院医療のみを実施している保険医療機関について、ベースアップ評価料の届出及び算定についてどのように考えればよいか

(答)外来・在宅ベースアップ評価料(I)、入院ベースアップ評価料の届出を行った上で、入院ベースアップ評価料のみを算定する

- ◆ 問21、外来即入院となった患者について、ベア評価料(I)を算定した上で、看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を同日に算定することは可能か

(答)算定可能

- ◆ 問22、ベア評価料(I)、ベア評価料(Ⅱ)、入院ベア評価料の届出医療機関で、看護職員処遇改善評価料に係る賃金改善計画書及び賃金改善実績報告書の記載はどのようにすればよいか

(答)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(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料による賃金改善の見込み額は、賃金改善計画書における「Ⅲ.賃金改善の見込み額」及び賃金改善実績報告書における「Ⅱ.賃金改善の実績額」には含めないこと

- ◆ 問23、看護職員処遇改善評価料及び入院ベア評価料の「延べ入院患者数」は、どのように算出するのか

(答)延べ入院患者数は、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)の算定患者を対象に、毎日24時現在で自院に入院していた患者の延べ数を計上する
ただし、退院日は延べ入院患者数に含め、また、入院日に退院又は死亡した患者も延べ入院患者数に含める

【疑義解釈】 ベースアップ評価料(入院関係)②

- ◆ 問24、問23について、自由診療や労災保険による患者は「延べ入院患者数」に計上するのか

(答)自由診療の患者は計上しない

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は計上する

- ◆ 問25、問23について、救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合、「延べ入院患者数」に計上するのか

(答)計上する

- ◆ 問26、ベア評価料(Ⅱ)の施設基準において、「医科点数表入院基本料(特別入院基本料等を含む)、特定入院料、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」とされているが、算定していない期間等、具体的内容はどのようなものか

(答)直近3か月に入院料等を算定していない保険医療機関をいう

ただし、直近3か月の1月あたり平均延べ入院患者数が30人未満の保険医療機関は、当該要件に該当するとみなす

- ◆ 問27、問26について、「直近3か月の1月あたり平均延べ入院患者数が30人未満の保険医療機関は、当該要件に該当するとみなす」とされているが、当該要件に該当している保険医療機関で、入院ベア評価料の届出を行うことは可能か

(答)可能

ただし、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)と両方の届出を行うことはできない

- ◆ 問28、看護職員処遇改善評価料及び入院ベア評価料は、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)の算定患者に算定するとされているが、外泊期間中で入院基本料の基本点数又は特定入院料の15%又は30%を算定する日も算定可能か

(答)算定可

医学管理等①

特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料以外

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	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。 (3) <u>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。</u> (4) (略) (新設)	【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。<u>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。</u> (削除) (3) (略) (4) <u>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。</u>

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	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、<u>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。</u>	【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。

一般不妊治療管理料の施設基準見直し

◆一般不妊治療管理料に関する施設基準

(1)産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること

(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)以下のいずれかを満たす施設であること

ア、生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っていること

イ、生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を構築していること

(新)(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

【疑義解釈】再婚後の回数上限

- ◆ 問1、不妊治療を保険診療で実施している患者が、当該治療計画に係る同意したパートナーAと離婚し、新たに婚姻したパートナーBと改めて一連の治療計画を作成して不妊治療を開始した場合、回数は通算しないという理解でよい

(答)よい

- ◆ 問2、問1の場合、新たな算定回数の上限に係る治療開始日の年齢についてはどのように考えるのか

(答)当該患者及びパートナーBについて、初めて胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢による

- ◆ 問3、問1のパートナーBと再婚していた患者が離婚し、再びパートナーAと結婚した場合、胚移植に係る回数の上限についてはどのように考えるのか

(答)過去のパートナーAと実施した回数と通算する

- ◆ 問4、問1の場合に、パートナーとの離婚及び結婚の具体的な確認方法はどうか

(答)パートナーBとの婚姻関係を確認するとともに、パートナーAとの重婚関係がないことを確認すること

具体的な確認方法については、令和4年3月31日付け事務連絡、問12及び問30のとおり(右欄に続く)

<参考:令和4年3月31日付け事務連絡問12及び問30>

問12、一般不妊治療管理料の初回算定時における婚姻関係等の具体的な確認方法はどうか

(答)法律婚の場合はその事実関係を、法律婚以外の場合は患者及びそのパートナーが事実婚関係にある旨の申告を受けるとともに以下アからウまでの内容のそれぞれ確認を行うこと。その際の具体的な確認方法は、個別の事情に応じた医療機関の判断に委ねるが、例えば、患者及びそのパートナーの申告書による確認を行うことなどが考えられる。その際、確認した内容を診療録に記載し、申告書により確認を行った場合は当該申告書を診療録に添付すること

ア、当該患者及びそのパートナーが重婚でない(両者がそれぞれ他人と法律婚でない)こと

イ、当該患者及びそのパートナーが同一世帯であること。なお、同一世帯でない場合には、その理由について確認すること

ウ、当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること

問30、一般不妊治療管理料に係る問6から問12までの取扱いは、生殖補助医療管理料における治療計画や婚姻関係の確認等に係る取扱いに関しても同様と考えてよい

(答)よい

【疑義解釈】 生殖補助医療管理料

◆ 問5、不妊症と診断された患者及びそのパートナーについて、がん等の他の疾患が発覚し、その治療を行うこととなった場合には、不妊治療を中断せざるを得ない場合がある。この場合において、以下を保険診療として実施してよいか

①がん等の治療のために不妊治療を中断するまでに実施した生殖補助医療(例えば、採卵、体外受精・顕微授精、受精卵・胚培養、胚凍結保存等の生殖補助医療を実施した場合)

②がん等の治療の終了後、不妊治療を再開する場合における生殖補助医療

(答)要件を満たす場合は保険給付の対象となる

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問43は廃止する

その他

◆診療情報提供料の提供先の追加(主に精神科)

◆障害者総合支援法の改正に伴い令和6年10月1日以降以下を行う事業所を追加

- ・ 就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援、福祉ホーム

◆ハイリスク妊産婦連携指導料 1 ・ ハイリスク妊産婦連携指導料 2

(5)患者の診療方針等に係るカンファレンスが概ね2か月に1回の頻度で開催されており以下に掲げる者が参加している

(新)力,必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師

◆特定疾患療養管理料の要件等

- ・ 特定薬剤治療管理料1に「(ナ)ブスルファンを投与しているもの」を追加
- ・ 特定薬剤治療管理料2の安全管理手順に「レナリドミド・ポマリドミド適正管理手順(RevMate)」を追加

◆外来栄養食事指導料の要件見直し

(2)(略)小児食物アレルギー患者(食物アレルギー検査の結果(他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む)、食物アレルギーを持つことが明らかな9歳 ⇒ **16歳**未満の小児に限る)

(略)

(6)低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう

ア,血中アルブミンが3.0g/dL以下である患者 ⇒ **GLIM基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者**

イ,医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

医学管理料の通則の見直し

□ 第1部 医学管理等 通則

1,(略)

2,医学管理等に当たって、~~プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合~~又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という)を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する

□ 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、外来リハビリテーション診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料

□ 外来感染対策向上加算(月1回)(要届出) 6点 ⇒ 6点(変更なし)

□ (新)発熱患者等対応加算(月1回)(要届出) 20点

◆ 発熱その他感染症疑いの患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で該当する医学管理料を算定した場合

□ (新)抗菌薬適正使用体制加算(月1回)(要届出) 5点

◆ 抗菌薬の使用状況が施設基準に適合し、適切な感染防止対策を講じた上で該当する医学管理料を算定した場合

※外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、救急救命管理料、退院後訪問指導料も同様

※加算の詳細は要件は基本診療料編にて解説

小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の引き上げ

	□ 小児科外来診療料(1日につき)	□ 小児かかりつけ診療料(1日につき)	
		□ 小児かかりつけ診療料1	□ 小児かかりつけ診療料2
	□ 1処方箋を交付する場合	□ 処方箋を交付する場合	
初診時	599点 ⇒ 604点	641点 ⇒ 652点	630点 ⇒ 641点
再診時	406点 ⇒ 410点	448点 ⇒ 458点	437点 ⇒ 447点
	□ 2,1以外の場合	□ 処方箋を交付しない場合	
初診時	716点 ⇒ 721点	758点 ⇒ 769点	747点 ⇒ 758点
再診時	524点 ⇒ 528点	566点 ⇒ 576点	555点 ⇒ 565点

□ 小児抗菌薬適正使用支援加算(月1回)(要施設基準) 80点(変更なし)

◆ 対象疾患の追加

- 急性気道感染症、急性下痢症 + 急性中耳炎、急性副鼻腔炎

◆ 小児かかりつけ診療料1施設基準

- 時間外対応加算1又は~~時間外対応加算2~~ ⇒ 時間外対応加算3の届出を行っている
- 小児科外来診療料を算定していること
- (新)** 常勤医師は、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

◆ 小児かかりつけ診療料2施設基準

- 時間外対応加算3(削除) ⇒ 時間外対応加算2又は時間外対応加算4の届出を行っている

67 小児科外来診療料の要件見直し

◆小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患見直し(小児かかりつけ診療料も同様)

- 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基礎疾患のない患者で、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に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に月に1回に限り算定
- インフルエンザウイルス感染の患者又はインフルエンザウイルス感染の**疑われる患者及び新型コロナウイルス感染症の患者又は新型コロナウイルス感染症が疑われる患者**は算定不可
⇒ 新型コロナウイルス感染症の規定は耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算も同様

◆包括対象外(新設項目の追加)

- 小児抗菌薬適正使用支援加算
- 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算及び医療情報取得加算(初診料、再診料、外来診療料)
- 機能強化加算、医療DX推進体制整備加算(初診料)
- 外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算
- 地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(Ⅱ)、連携強化診療情報提供料、往診料(往診料の加算を含む)
- ベースアップ評価料(Ⅰ)、ベースアップ評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料

小児かかりつけ診療料の要件見直し

◆(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、急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎、喘息その他乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うこと

イ、他の保険医療機関との連携及び**オンライン資格確認を活用**して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、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

ウ、患者について、健康診査の受診状況及び受診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること

エ、患者について、予防接種の実施状況を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する指導を行うこと

(新)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

(新)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、かかりつけ医として、上記アからカまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面(別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。)を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからカまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所**及びホームページ等**に掲示していること

(新)ク、キの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。また、令和7年5月31日までの間に限り、クに該当するものとみなすこと

【疑義解釈】 小児かかりつけ診療料

◆問151、「発達障害等に関する適切な研修」とは具体的にはどのようなものがあるか

(答)現時点では、以下の研修が該当する

- ・日本小児科医会「『子どもの心』研修会」
- ・日本小児保健協会、日本小児科学会、日本小児精神神経学会「小児かかりつけ医のための発達障害スキルアップ講座」
- ・日本小児神経学会「子どものこころのプライマリケア・セミナー」

◆問152、「虐待に関する適切な研修」とは具体的にはどのようなものがあるか

(答)現時点では、以下の研修が該当する

- ・日本子ども虐待医学会「BEAMS Stage1」

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の再編

□乳腺炎重症化予防ケア・指導料

□(改)イ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料1(要届出)

□(1) 初回 500点

□(2) 2回目から4回目まで 150点

◆入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定

□(新)ロ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料2(要届出)

□(1) 初回 500点

□(2) 2回目から8回目まで 200点

◆入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が悪化し、乳腺膿瘍切開術を行ったことに伴い母乳育児に困難を来しているものに対し、医師又は助産師が乳腺膿瘍切開創の管理を含む乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき8回に限り算定

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の再編

◆乳腺炎重症化予防ケア・指導料の要件見直し

(1) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 1 は、入院中以外の乳腺炎の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認めた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師が、当該患者に対して乳房のマッサージや搾乳等の乳腺炎に係るケア、授乳や生活に関する指導、心理的支援等の乳腺炎の早期回復、重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導を行った場合に、分娩1回につき4回に限り算定する

(新)(2) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 2 は、入院中以外の乳腺炎の患者であって、乳腺膿瘍切開術を行ったことに伴い母乳育児に困難がある患者に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認めた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師が、当該患者に対して乳腺膿瘍切開創の感染予防管理、排膿促進及び切開創を避けた授乳指導並びに(1)に規定する包括的なケア及び指導を行った場合に、分娩1回につき8回に限り算定する

(新)(3) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 1 を算定した後に乳腺膿瘍切開術を行った場合、引き続き乳腺炎重症化予防ケア・指導料 2 を分娩1回につき8回に限り算定できる

(4) 当該ケア及び指導を実施する医師又は助産師は、包括的なケア及び指導に関する計画を作成し計画に基づき実施するとともに、実施した内容を診療録等に記載する

こころの連携指導料(I)の施設基準に研修要件を追加

◆こころの連携指導料(I)の施設基準

- (1)精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること(変更なし)
- (2)院内に自殺対策等に関する適切な研修を受講した医師が配置されていること。また、上記研修を受講した医師が、当該診療及び療養上必要な指導を行うこと。なお、ここでいう適切な研修とは、自殺ハイリスク者ケアの専門家・教育者が関わって実施されるものでかかりつけ医における自殺ハイリスク者への対応を学ぶことができるものであり、以下のものをいうこと。

ア,講義等により次の内容を含むものであること。

- (イ)自殺企図の定義・対応の原則
- (ロ)情報収集の方法、面接の要点
- (ハ)自殺の同定方法
- (ニ)危険因子・危険性の評価、危険性を減らす方法、治療計画
- (ホ)精神障害、精神科的対応、心理社会的介入の方法
- (ヘ)家族への対応
- (ト)医療機関・自治体等への紹介・連携、情報提供
- (チ)ポストベンション(遺族への心のケア)

イ,自殺未遂者支援の根拠となる自殺対策基本法等について学ぶ項目

ウ,うつ病等のスクリーニング法を症例検討等により実践的に学ぶ項目

エ,自殺ハイリスク患者に関する症例を用いた講師者・受講者による双方向の事例検討

【疑義解釈】 ころの連携指導料

◆問165、「自殺対策等に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか

(答)現時点では、以下の研修が該当する

- ・厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センタが主催する自殺未遂者ケア研修(かかりつけ医版)、自殺未遂者ケア研修(精神科救急版)又は自殺未遂者ケア研修(一般救急版)
- ・日本臨床救急医学会等が実施するPEECコース

また、自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修を令和6年5月31日以前に修了した者については、当該研修を修了したものとする

なお、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問162及び「疑義解釈資料の送付について(その14)」(令和4年6月22日事務連絡)別添の問5は廃止する

投 薬

投 薬(院内処方)

□ 薬剤情報提供料	10点 ⇒ 4点
□ 特定疾患処方管理加算の再編	
□ 特定疾患処方管理加算1	18点 ⇒ 廃止
□ 特定疾患処方管理加算2 (特定疾患処方管理加算に名称変更)	66点 ⇒ 56点
□ 外来後発医薬品使用体制加算の引き上げ(院内処方)	
□ 外来後発医薬品使用体制加算1	5点 ⇒ 8点
□ 外来後発医薬品使用体制加算2	4点 ⇒ 7点
□ 外来後発医薬品使用体制加算3	2点 ⇒ 5点

◆ 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準追加

※届出は不要です

- ◆ 医薬品の供給が不足した場合の対応
 - ・ 医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されている
- ◆ 以下の内容について見やすい場所に院内掲示
 - ・ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨
 - ・ 処方変更の体制に関する事項
 - ・ 医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること
 - ・ 変更する場合には患者に十分に説明すること
- ◆ ウェブサイトへの掲載
 - ・ 上記の院内掲示事項を、原則としてウェブサイトに掲載(自ら管理するホームページ等を有しない場合は除く)
- ◆ 経過措置
 - ・ 令和7年5月31日まではウェブサイトに掲載しているものとみなす

投薬用の容器に関する取扱いの見直し

➤ 投薬時における薬剤の容器について、患者が医療機関又は薬局に当該容器を返還した場合の実費の返還の取扱いを廃止

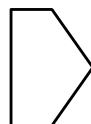
【令和6年5月31日まで】

◆(医科診療報酬点数表)【第5部投薬】<通則>

3,投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない

◆(調剤報酬点数表)【使用薬剤料】

(1)投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない



【令和6年6月1日から】

◆(医科診療報酬点数表)【第5部投薬】<通則>

3,投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる

◆(調剤報酬点数表)【使用薬剤料】

(1)投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。

投 薬(院外処方)①

【院内・院外共通】貼付剤について(算定留意事項 第5部投薬<通則>の見直し)

- ◆「通則5」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤(ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く)をいう



- ◆「通則5」の貼付剤とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く)をいう。ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない

□ 処方箋料の引き下げ

□ 向精神薬多剤投与	28点 ⇒ 20点
□ 7種類以上内服薬等	40点 ⇒ 32点
□ その他	68点 ⇒ 60点

□ 【参考】(新)敷地内薬局の処方箋料

□ 向精神薬多剤投与	20点 ⇒ 18点
□ 7種類以上内服薬	32点 ⇒ 29点
□ その他	60点 ⇒ 42点

□ 特定疾患処方管理加算の再編

□ 特定疾患処方管理加算1	18点 ⇒ 廃止
□ 特定疾患処方管理加算2	66点 ⇒ 56点 (特定疾患処方管理加算に名称変更)

- ◆ 入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る)に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方(リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上を含む)を行った場合

投 薬(院外処方)②

□一般名処方加算(要施設基準) ※一般名処方加算は施設基準を満たすことが必要になります！

□一般名処方加算1 7点 ⇒ 10点

□一般名処方加算2 5点 ⇒ 8点

◆一般名処方加算の施設基準(届出は不要です)

- ・ 以下の内容を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて院内の見やすい場所に院内掲示する
 - ✓ 医薬品の供給状況
 - ✓ 令和6年10月より長期収載品について医療上の必要性があると認められない場合に患者の希望を踏まえ処方等した場合は選定療養となること等
- ・ 上記の掲示事項は、原則として、ウェブサイトに掲載する(自ら管理するホームページ等を有しない場合を除く)

【経過措置】：令和7年5月31日まで

◆一般名処方加算の届出に関する事項

- ・ 上記の当該基準を満たしていれば特に地方厚生(支)局長に届出を行う必要はない

投 薬(院外処方)③

◆ 処方箋料の算定要件の変更

- ◆ (11) 乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は処方料の(8)、(9)又は(10)に準じるものとする。**ただし、(9)のウに規定する「特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上」については、「特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上(リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の場合を含む)」と読み替えるものとする**

◆ (14) 訪問薬剤管理指導との関係

- ◆ 保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録等に添付する。なお、地方厚生(支)局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に4回(末期の悪性腫瘍の患者、**注射による麻薬の投与が必要な患者**及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限られる

- ◆ **(新)(16)**「注8」において、「直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、調剤報酬点数表の特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合」とは、以下のいずれにも該当する医療機関が処方箋を交付する場合をいう

- ◆ ア、直近3月の処方箋を交付した回数が12,000回を超えること
- ◆ イ、保険薬局(調剤点数表の特別調剤基本料Aを算定しているものに限る)と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関であること
- ◆ ウ、当該特別な関係を有する保険薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割を超えていること。なお、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、特掲診療料施設基準通知の第88の2の(3)の取扱いに準じる

長期収載品の患者追加負担について

次ページからはポイントのみですので、以下の通知を必ずご確認ください

令和6年3月27日 保医発0327第11号 長期収載品の処方等又は調剤について

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001235901.pdf>

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。**

※具体的な対象品目や運用等の詳細については3月中に通知予定 4

院内掲示とホームページへの掲載が必要です！

【令和6年10月】処方箋様式の変更

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

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

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

患 者	氏 名				保険医療機関の 所在地及び名称	
	生年月日	明大昭和令 年 月 日	男・女	電 話 番 号		
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名		
				都道府県番号	点数表 番号	医療機関 コード
	交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。	
処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。			
			リフィル可 ☐ (回)			
備	保険医署名 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。					

83 診療報酬請求書等の記載要領等について 選択式コメント「別表Ⅰ」（追加分抜粋）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセ電コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	R6.6.1適用
153	C000	往診料等	(往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者に往診料を算定した場合) 当該他の保険医療機関の名称を記載すること	830100814	訪問診療を行っている保険医療機関名; *****		※
293	D012 の59	SARS-CoV-2・RSウイルス 抗原同時検出定性	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はRSウイルス感染以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること	830100845	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性);***** ※Cov検査コメントは継続		※
558		ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い	(核酸増幅法の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定した場合) 医療上の必要性について記載すること	830100874	医療上の必要性(核酸増幅法);*****		※

※別表Ⅰの上記以外及び、別表Ⅱ(薬価基準)にも、多数追加あり

以下は、令和6年10月から適用

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可の処方箋を交付する場合を含む)) <u>理由のうち該当するものを記載すること</u> ※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			
-----	--	-------------------	--	--	--	--	--

【参考】電子処方箋



これ、毒です。

特定の薬の飲み合わせで毒にもなることをご存じですか？

薬屋のひとりごと

でんししよほうせん

電子処方箋でより安心・安全な医療へ

紙で渡していた処方箋を電子化することで、同じ効能・効果の薬を複数の機関から処方され服用すること（重複投与）や飲み合わせの悪い薬の組み合わせ（併用禁忌）を発見し、これまで以上に、健康被害や副作用を防いでいきます。

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

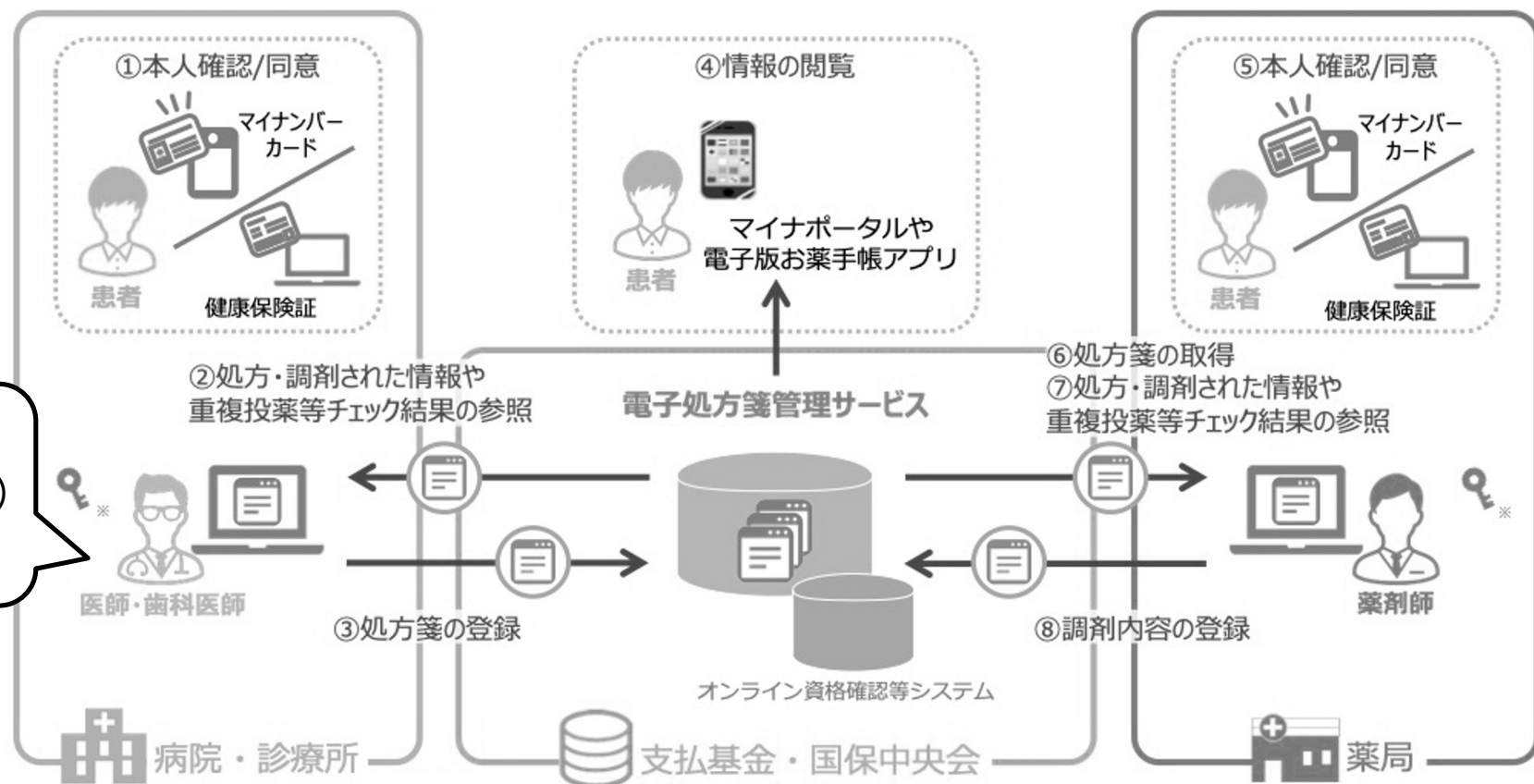
【詳細はこちらからQ】

電子処方せん 啓発



1. 電子処方箋とは

電子処方箋とは、電子的に処方箋の運用を行う仕組みであるほか、複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報の参照、それらを活用した重複投薬等チェックなどを行えるようになります。



医師資格証
(HPKIカード)
の確認を！

※電子署名の方法は、HPKIの仕組みを用いた方式に限られませんが、現時点では本方式のみご利用いただけます。

2. 病院・診療所でできるようになること

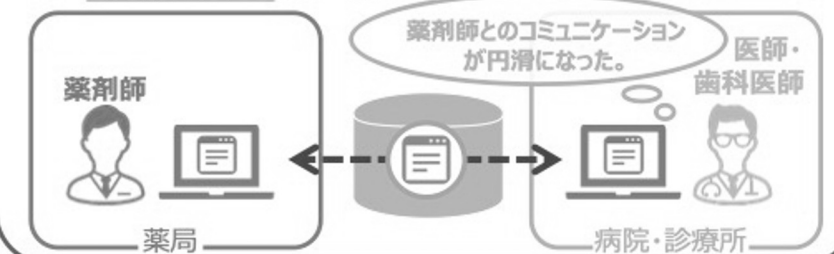
処方箋の事前送付が行えるようになるほか、丁寧な患者対応への注力や、医療機関・薬局間の円滑なコミュニケーション、より効果のある重複投薬等の抑制を行えるようになります。※1

直近の患者情報を踏まえた診察・処方

！マイナンバーカードで患者本人の同意を得た場合は、オンライン資格確認等システムで参照できる情報に加え、複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報の参照が可能になり、より患者に寄り添った対応を行うことができるようになります。

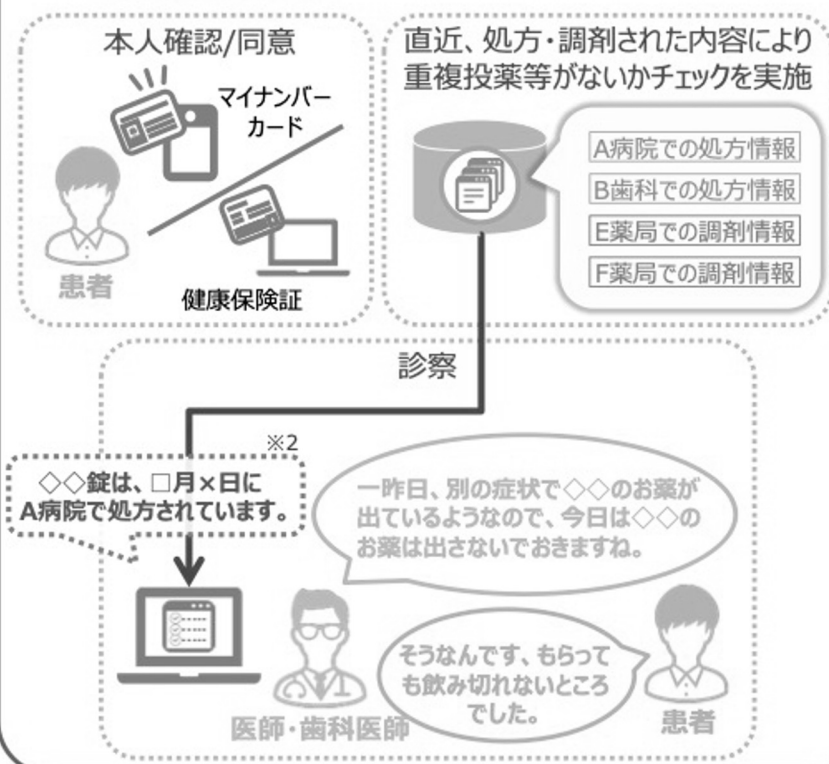


！システム化により医師・歯科医師と薬剤師のコミュニケーションを円滑に行えるようになります。



重複投薬等の抑制

！医療機関・薬局を跨いだ情報共有により、より実効性のある重複投薬等の防止が可能になります。



※1 すべての医療機関・薬局に電子処方箋が普及した状態のイメージとなります。

※2 受付方法（マイナンバーカード/健康保険証）問わず、重複投薬等チェックの結果を確認できますが、マイナンバーカードで受付を行った患者が過去のお薬の情報提供に同意した場合に限り、処方・調剤するお薬が過去のどのお薬と重複投薬等にあたるかまで表示されます。口頭同意による薬剤情報の閲覧については、「電子処方箋追加機能の説明動画（令和5年12月更新版（医療機関向け）」3:15～6:12をご確認ください。

3. 利用開始に向けたスケジュール

電子処方箋は、令和5年1月より運用を開始し、同年12月に追加機能（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の閲覧、マイナンバーカードを活用した電子署名等）も運用を開始しました。

HPKIの仕組みを活用した電子署名の準備作業の内容については、「電子処方箋導入に向けた準備作業の手引き」にてご案内しております。



※1 電子処方箋は、オンライン資格確認の仕組みを活用します。オンライン資格確認の利用開始に必要な作業については、『オンライン資格確認の導入に向けた準備作業の手引き』をご覧ください。
 ※2 補助金は、令和7年3月31日までに電子処方箋管理サービスの導入を完了した上で、令和7年9月30日までに申請を行ってください。

注 射

注 射

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

検 査（ 抜 粋 ）

【詳細は下記を参照】

医科点数表

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf>

医科診療報酬点数表に関する事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf>

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

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

検 査 ①

【尿・糞便等検査】

□ トランスフェリン(尿)	101点 ⇒ 98点
□ ポルフォビリノゲン(尿)	191点 ⇒ 186点
□ (新)プロスタグランジンE主要代謝物(尿)	187点
□ カルプロテクチン(糞便)	270点 ⇒ 268点
□ (新)アミロイドβ42/40比(髄液)	1,282点
□ 末梢血液像(鏡検法)	25点(点数変更なし)
□ 特殊染色加算	27点 ⇒ 37点
□ 骨髓像	788点(点数変更なし)
□ 特殊染色加算	40点 ⇒ 60点
□ (新)血小板凝集能	
□ 鑑別診断の補助に用いるもの	450点
□ その他のもの	50点

□ Dダイマー定性	122点 ⇒ 121点
□ Dダイマー	130点 ⇒ 127点
□ von Willebrand因子(VWF) 活性	129点 ⇒ 126点
□ プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)	154点 ⇒ 150点
□ プロテインS抗原	158点 ⇒ 154点
□ β-トロンボグロブリン(β-TG)、トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	176点 ⇒ 171点
□ 血小板第4因子(PF4)	178点 ⇒ 173点
□ フィブリンモノマー複合体	221点 ⇒ 215点
□ プロテインC抗原	232点 ⇒ 226点
□ プロテインC活性	234点 ⇒ 227点
□ (新)Major BCR-ABL1(mRNA定量)	
□ 診断の補助に用いるもの	2,520点
□ モニタリングに用いるもの	2,520点

検 査 ②

□ (新)乳癌悪性度判定検査 43,500点

□ (新)遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査 20,500点

【血液化学検査】

□ フェリチン半定量、フェリチン定量 105点 ⇒ 102点

□ 心筋トロポニン I、心筋トロポニン T (T n T)定性・定量、
アルミニウム (A l) 112点 ⇒ 109点

□ エタノール 108点 ⇒ 105点

□ KL-6 111点 ⇒ 108点

□ シスタチンC 115点 ⇒ 112点

□ 血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグ
ロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性、心臓由
来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量 135点 ⇒ 131点

□ 亜鉛(Zn) 136点 ⇒ 132点

□ アンギオテンシンI転換酵素(ACE)、ビタミンB12
140点 ⇒ 136点

□ 葉酸 150点 ⇒ 146点

□ レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)
179点 ⇒ 174点

□ アセトアミノフェン 185点 ⇒ 180点

□ (新)サイトケラチン18フラグメント(CK-18F)、ELFスコア
194点

□ (削除)2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性 250点

□ ロイシンリッチα2グリコプロテイン 276点 ⇒ 268点

□ プロカルシトニン(PCT)定量、プロカルシトニン(PCT)半定量
284点 ⇒ 276点

□ ビタミンC 305点 ⇒ 296点

□ (新)コクリントモプロテイン(CTP) 460点

□ 生化学的検査(I)10項目以上 106点 ⇒ 103点

【内分泌学的検査】

□ 甲状腺刺激ホルモン(TSH) 101点 ⇒ 98点

検 査 ③

□ インスリン(IRI)	103点 ⇒ 100点
□ レニン定量	105点 ⇒ 102点
□ サイロキシン(T4)	108点 ⇒ 105点
□ 成長ホルモン(GH)、卵胞刺激ホルモン(FSH)、C-ペプチド(CPR)、黄体形成ホルモン(LH)	108点 ⇒ 105点
□ テストステロン	122点 ⇒ 119点
□ 遊離サイロキシン(FT4)、遊離トリヨードサイロニン(FT3)、コルチゾール	124点 ⇒ 121点
□ アルドステロン	125点 ⇒ 122点
□ サイログロブリン	131点 ⇒ 128点
□ ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)	132点 ⇒ 129点
□ 脳性Na利尿ペプチド(BNP)、カルシトニン	133点 ⇒ 130点
□ ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	134点 ⇒ 130点

□ 骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	161点 ⇒ 157点
□ I型プロコラーゲン-N-プロペプチド(PINP)	164点 ⇒ 160点
□ 副甲状腺ホルモン(PTH)、カテコールアミン分画	165点 ⇒ 161点
□ デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	169点 ⇒ 164点
□ サイクリックAMP(cAMP)	170点 ⇒ 165点
□ エストラジオール(E2)	172点 ⇒ 167点
□ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)、カテコールアミン	189点 ⇒ 184点
□ 副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	189点 ⇒ 186点
□ 抗利尿ホルモン(ADH)	230点 ⇒ 224点
□ 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	320点 ⇒ 450点
□ 抗ミューラー管ホルモン(AMH)	600点 ⇒ 597点

検 査 ④

【腫瘍マーカー】

□ α-フェトプロテイン(AFP)	101点 ⇒ 98点
□ 扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	104点 ⇒ 101点
□ NCC-ST-439、CA15-3	115点 ⇒ 112点
□ DUPAN-2	118点 ⇒ 115点
□ エラスターゼ1	123点 ⇒ 120点
□ 前立腺特異抗原(PSA)、CA19-9	124点 ⇒ 121点
□ PIVKA-Ⅱ半定量、PIVKA-Ⅱ定量	135点 ⇒ 131点
□ CA125	140点 ⇒ 136点
□ 核マトリックスポロテイン22(NMP22)定量(尿)、核マトリックスポロテイン22(NMP22)定性(尿)	143点 ⇒ 139点
□ シアリルLex-i抗原(SLX)	144点 ⇒ 140点
□ サイトケラチン19フラグメント(シフラ)	158点 ⇒ 154点
□ シアリルLex抗原(CSLEX)	160点 ⇒ 156点

□ α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190点 ⇒ 185点
□ γ-セミノプロテイン(γ-Sm)	194点 ⇒ 192点
□ (新)S2、3PSA%	248点
□ (新)アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム	335点
□ 腫瘍マーカー 4項目以上	396点 ⇒ 385点
□ 特殊分析	
□ アミノ酸 5種類以上	1,141点 ⇒ 1,107点
□ 脂肪酸分画	405点 ⇒ 393点
□ 先天性代謝異常症検査	
□ タンデムマス分析	1,141点 ⇒ 1,107点
□ その他	1,141点 ⇒ 1,107点

検 査 ⑤

【免疫血液学的検査】

- 血小板関連IgG(PA-IgG) 193点 ⇒ 190点
- 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体(IgG抗体)
378点 ⇒ 376点
- (新)血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体定性 420点
- 感染症免疫学的検査
- HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性 112点 ⇒ 109点
- HIV-1抗体 116点 ⇒ 113点
- A群β溶連菌迅速試験定性 124点 ⇒ 121点
- ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液) 132点 ⇒ 129点
- インフルエンザウイルス抗原定性 136点 ⇒ 132点

□ マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)

150点 ⇒ 148点

□ SARS-CoV-2抗原定性

300点 ⇒ 150点

□ クラミジア・トラコマチス抗原定性

156点 ⇒ 152点

□ 大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体

163点 ⇒ 159点

□ 大腸菌O157抗原定性

165点 ⇒ 161点

□ クリプトコックス抗原半定量

169点 ⇒ 166点

□ クリプトコックス抗原定性

174点 ⇒ 169点

□ アデノウイルス抗原定性(糞便を除く)、肺炎球菌細胞壁抗原定性

184点 ⇒ 179点

□ (新)カンピロバクター抗原定性(糞便) 184点

□ 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液)

193点 ⇒ 188点

□ (1→3)-β-D-グルカン

201点 ⇒ 195点

□ グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)

206点 ⇒ 200点

検 査 ⑥

□ ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量	207点 ⇒ 203点
□ レジオネラ抗原定性(尿)	211点 ⇒ 205点
□ (新)SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	225点
□ エンドトキシン	236点 ⇒ 229点
□ (新)SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	420点
□ (新)SARS-CoV-2抗原定量	560点
□ 抗トリコスポロン・アサヒ抗体	847点 ⇒ 822点
□ 肝炎ウイルス関連検査	
□ HBe抗原、HBe抗体	101点 ⇒ 98点
□ HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白	105点 ⇒ 102点
□ HBc抗体半定量・定量	133点 ⇒ 130点

□ HCV血清群別判定	221点 ⇒ 215点
□ HBVコア関連抗原(HBcrAg)	259点 ⇒ 252点
□ 自己抗体検査	
□ 抗核抗体(蛍光抗体法)定性、抗核抗体(蛍光抗体法)半定量、抗核抗体(蛍光抗体法)定量	102点 ⇒ 99点
□ 抗インスリン抗体	110点 ⇒ 107点
□ 抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	114点 ⇒ 111点
□ 抗サイログロブリン抗体	140点 ⇒ 136点
□ 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	142点 ⇒ 138点
□ 抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量、抗Sm抗体定量	151点 ⇒ 147点
□ 抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、抗SS-B/La抗体定量	158点 ⇒ 157点
□ 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性	163点 ⇒ 159点

検 査 ⑦

□ 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量	198点 ⇒ 193点
□ 抗TSHレセプター抗体(TRAb)	220点 ⇒ 214点
□ 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	258点 ⇒ 251点
□ 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)	259点 ⇒ 252点
□ ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性	273点 ⇒ 265点
□ 甲状腺刺激抗体(TSAb)	340点 ⇒ 330点
□ 抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)	798点 ⇒ 775点
□ 血漿蛋白免疫学的検査	
□ β2-ミクログロブリン	101点 ⇒ 98点
□ トランスサイレチン(プレアルブミン)	104点 ⇒ 101点

□ α ₁ -ミクログロブリン、ハプトグロビン(型補正を含む)	132点 ⇒ 129点
□ レチノール結合蛋白(RBP)	136点 ⇒ 132点
□ TARC	184点 ⇒ 179点
□ C ₁ インアクチベータ	260点 ⇒ 253点
□ 結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	594点 ⇒ 593点
□ 細胞機能検査	
□ B細胞表面免疫グロブリン	157点 ⇒ 155点
□ T細胞・B細胞百分率	198点 ⇒ 193点
□ (新)顆粒球表面抗原検査	640点
□ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	
□ その他のもの	64点 ⇒ 67点

検 査 ⑧

□ 細菌培養同定検査

- 口腔、気道又は呼吸器からの検体 170点 ⇒ 180点
- 消化管からの検体 190点 ⇒ 200点
- 血液又は穿刺液 220点 ⇒ 225点
- 泌尿器又は生殖器からの検体 180点 ⇒ 190点
- その他の部位からの検体 170点 ⇒ 180点

□ 細菌薬剤感受性検査

- 1菌種 180点 ⇒ 185点
- 2菌種 230点 ⇒ 240点
- 3菌種以上 290点 ⇒ 310点

【微生物核酸同定・定量検査】

- (削除)細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり) ~~130点~~
- クラミジア・トラコマチス核酸検出 193点 ⇒ 188点
- 淋菌核酸検出 204点 ⇒ 198点
- (新)A群β溶血連鎖球菌核酸検出 204点

- HBV核酸定量 263点 ⇒ 256点

- 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 270点 ⇒ 262点

- インフルエンザ核酸検出 410点 ⇒ 291点

【疑義解釈】 インフルエンザ核酸検出 問189 「エ その他重症化リスクのある患者」とは、具体的には何を指すのか

(答)現時点では、日本感染症学会・日本臨床微生物学会の「インフルエンザ核酸検出検査の有効活用に向けた提言」における「インフルエンザ合併症のリスクの高い患者」を指す

- (新)脛トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出 350点

- (新)百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出、ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出 360点

【疑義解釈】 百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出 問190、「関連学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか

(答)現時点では、日本呼吸器学会の「咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2019」を指す

- HCV核酸定量 424点 ⇒ 412点

検 査 ⑨

□ (新)SARS-CoV-2核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出 700点

□ サイトメガロウイルス核酸検出 825点 ⇒ 801点

□ ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(以下新設)(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出 963点

◆ 注 (要届出)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)は、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定

□ (新)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含む) 1,350点

□ 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出、(以下新設)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液) 1,700点

◆ 注1,細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出については、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実施した場合に算定

◆ (新)2,(要届出)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)については、届出医療機関において実施した場合に限り算定

【その他の微生物学的検査】

□ 大腸菌ベロトキシン定性 189点 ⇒ 184点

□ (新)黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')定性(イムノクロマト法によるもの) 291点

【生体検査料】

□ 新生児加算又は乳幼児加算

□ (新)内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析(インフルエンザの診断の補助に用いるもの)

検査 ⑩ + AMHの疑義解釈

【診断穿刺・検体採取料】

□ 血液採取(1日につき)

□ 静脈 37点 ⇒ 40点

□ 乳幼児加算 30点 ⇒ 35点

【その他の検体採取】

□ 胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む)

180点 ⇒ 220点

□ 乳幼児加算 40点 ⇒ 60点

□ 動脈血採取(1日につき)

55点 ⇒ 60点

□ 乳幼児加算 30点 ⇒ 35点

◆ 血液化学検査の経過措置

- ・ アルブミン(BCP改良法・BCG法)のうち、BCG法によるものは、令和8年5月31日までの間に限り、算定できる

【疑義解釈】抗ミュラー管ホルモン(AMH)

- 問6、卵巣の機能の評価及び治療方針の決定には、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定も含まれるのか

(答)含まれる

- 問7、抗ミュラー管ホルモン(AMH)の対象患者に「不妊症の患者」とあるが、具体的にはどのような者が該当するのか

(答)個別の医学的判断によるが、例えば、タイミング法を含む一般不妊治療や生殖補助医療といった不妊治療を実施している患者が想定される

病理診断

病理診断

◆ 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の要件見直し

- ◆ (1)免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、病理組織標本作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法(蛍光抗体法又は酵素抗体法)又は試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する。ただし、「3」のHER2タンパクは、化学療法歴のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判定するための補助に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、HER2低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合に限り、別に1回に限り算定できる(乳癌に係る初回の本標本作成を令和6年3月31日以降に実施した場合にあつては、令和8年5月31日までの間に限る)。
なお、再度免疫染色が必要である医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

- ◆ (10)セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色については、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫若しくは乳癌を疑う患者に対して実施した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

⇒ 病理組織標本作製も同様

□ 細胞診(1部位につき)

- 婦人科材料等液状化検体細胞診加算 36点 ⇒ 45点

□ (新)ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 2,700点

- 遺伝カウンセリング加算(月1回)(要届出) 1,000点

◆ 結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合

□ (新)BRAF V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 1,600点

処 置 ・ 手 術 (抜粋)

【詳細は下記を参照】

医科点数表

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf>

医科診療報酬点数表に関する事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf>

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

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

処置・手術

□ 人工呼吸

- 30分までの場合 242点 ⇒ 302点
- 30分を超えて5時間までの場合 242点 ⇒ 302点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
- (新)腹臥位療法加算(1回につき) 900点
 - ◆ 別に厚生労働大臣が定める患者に連続した12時間以上の腹臥位療法を行った場合
 - ◆ **(新)(14)**「注5」に規定する腹臥位療法加算は、人工呼吸器管理下における、中等症以上の急性呼吸窮迫症候群(A R D S)患者に対し、12時間以上の連続した腹臥位療法を実施した場合に算定することとし、腹臥位療法の実施が日をまたぐ場合については、当該療法を開始してから連続した12時間が経過した時点で算定する。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるガイドライン等を参考にすること

□ 子宮出血止血法

- 分娩時のもの 624点 ⇒ 780点

□ 薬物放出子宮内システム処置

- 挿入術 240点 ⇒ 300点

- 精巣摘出術 2,770点 ⇒ 3,180点

- (新)精巣温存手術 3,400点

- 精索静脈瘤手術 2,970点 ⇒ 3,410点

- 陰嚢水腫手術
 - 2,その他 2,290点 ⇒ 2,630点

- 停留精巣固定術 9,740点 ⇒ 11,200点

- 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
 - (新)2,組織切除回収システム利用によるもの 6,630点

- 経皮的卵巣嚢腫内容排除術 1,620点 ⇒ 1,860点

- 子宮内反症整復手術(腔式、腹式)
 - 非観血的 340点 ⇒ 390点

□ 胚凍結保存管理料

- ◆ 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

処置・手術

□ 体外受精・顕微授精管理料

- 体外受精 4,200点 ⇒ 3,200点
- 顕微授精
 - 1個の場合 4,800点 ⇒ 3,800点
 - 2個から5個までの場合 6,800点 ⇒ 5,800点
 - 6個から9個までの場合 10,000点 ⇒ 9,000点
 - 10個以上の場合 12,800点 ⇒ 11,800点
- (削除)採取精子調整加算 5,000点
- (新)新鮮精子加算 1,000点

□ (新)採取精子調整管理料 5,000点

□ (新)精子凍結保存管理料

- 1,精子凍結保存管理料(導入時)
 - ◆ 精子の凍結保存を開始した場合に算定
 - イ,精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合 1,500点
 - ロ,イ以外の場合 1,000点

□ 2,精子凍結保存維持管理料 700点

- ◆ 精子の凍結保存の開始から1年を経過している場合であつて、凍結精子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

◆ 第78の3の6 採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料

1 採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料の施設基準

- (1)産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること
- (2)生殖補助医療管理料、精巣内精子採取術の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること

2 届出に関する事項

生殖補助医療管理料又は精巣内精子採取術の届出を行っていればよく、採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料として特に地方厚生(支)局長に対して届出を行う必要はないこと

【疑義解釈】 処置・手術①

【体外受精・顕微授精管理料】

- ◆ 問8、体外受精又は顕微授精の実施前に卵子を凍結した場合には、要した費用を請求できるか

(答)体外受精又は顕微授精の実施前の卵子の凍結保存に係る費用は、体外受精・顕微授精管理料の所定点数に含まれ、別に算定できない

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問51は廃止する

【胚凍結保存管理料】

- ◆ 問9、「2、胚凍結保存維持管理料」について、患者及びそのパートナーが不妊治療を引き続き実施する意向を確認し、かつ胚の凍結を継続する場合に、「1、胚凍結保存管理料(導入時)」の算定日から1年を経過した場合に算定可能となるが、例えば令和6年6月で「1、胚凍結保存管理料(導入時)」の算定日から1年を経過する患者について、令和6年8月に治療のために来院した場合に、令和6年6月から令和6年7月までの期間について、胚の凍結に係る費用を自費で徴収可能か

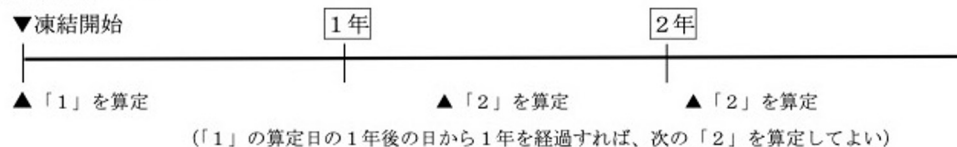
(答)不可

- ◆ 問10、問9について、令和6年8月に「2、胚凍結保存維持管理料」を算定した場合、2回目の「2、胚凍結保存維持管理料」を算定可能となる時期について、どのように考えればよいか

(答)この場合、「1、胚凍結保存管理料(導入時)」の2年経過後である令和7年6月以降であれば「2、胚凍結保存維持管理料」を算定できる

ただし、「2、胚凍結保存維持管理料」の凍結期間の起算日(「1、胚凍結保存管理料(導入時)」の算定日)を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する

※算定イメージ



【疑義解釈】 処置・手術②

【胚凍結保存管理料】

- ◆ 問11、問10について、例えば当該患者が「1、胚凍結保存管理料(導入時)」から1年経過後に治療に来院せず、2年経過後の令和7年6月に「2、胚凍結保存維持管理料」を算定した場合で、令和7年7月にも治療に来院した場合、2回目の「2、胚凍結保存維持管理料」を算定することができるか

(答)算定不可。この場合、1年経過後から、2年経過後までの間については、「妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合」に該当すると考えられ、その分の費用については患家の負担として差し支えない

なお、治療中断時の取扱いは、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日付医療課事務連絡)問75も参考にされたい

- ◆ 問12、胚の凍結保存を行っている保険医療機関から、他院へ胚を移送した場合に、移送先の医療機関は、胚凍結保存管理料を算定可能か。また、算定可能である場合には、「1、胚凍結保存管理料(導入時)」と「2、胚凍結保存維持管理料」のいずれを算定すべきか

(答)算定可能。「2、胚凍結保存維持管理料」を算定する。ただし、移送元の保険医療機関名及び移送日について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する

- ◆ 問13、「1、胚凍結保存管理料(導入時)」及び「2胚凍結保存維持管理料」に係る保存期間は、特に限度がないという理解でよいか

(答)よい。ただし、年齢制限や回数制限を超えた場合の取扱いは、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日付医療課事務連絡)問67を参考にすること

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問64は廃止する

【疑義解釈】 処置・手術③

【採取精子調整管理料】

- ◆ 問14、採取精子調整管理料について、令和4年3月31日以前に精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて、令和6年6月1日以降に体外受精又は顕微授精を実施する場合に、算定可能か

(答)令和4年3月31日以前に実施した精巣内精子採取術の後に初めて「1、体外受精」又は「2、顕微授精」を実施する場合には、算定可能
ただし、この場合には、以下の(1)から(4)までを全て満たす必要がある
また、これらを確認した方法等を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載し、確認に当たって文書を用いた場合は、当該文書を診療録に添付する

(1)令和6年6月1日以降に、治療計画を作成し、生殖補助医療管理料を算定すること

(2)以下のいずれかに該当すること

①特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている又は日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設である医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合

②当該精巣内精子採取術により採取された精子を用いて生殖補助医療を実施する医師が、その採取・保存に関して、①の医療機関と同等の水準で実施されていたと判断できる場合

(3)保険診療に移行することについて患者の同意を得ること

(4)令和6年6月1日以降に実施される不妊治療に係る費用について、同年5月31日以前に患者から徴収していないこと(同日以前に費用を徴収している場合にあっては、同年6月1日以降に実施される不妊治療に要する費用の返金を行っていること)

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の間53は廃止する

- ◆ 問15、体外受精・顕微授精管理料を算定しない医療機関で精巣内精子採取術が実施された場合、採取精子調整管理料の算定について、どのように考えればよいか

(答)採取精子調整管理料は精巣内精子採取術又は体外受精・顕微授精管理料を算定する医療機関で要件を満たせば算定できるが、患者1人につき、いずれか一方の保険医療機関に限る

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の間54は廃止する

- ◆ 問16、問15の場合に、精巣内精子採取術を算定する保険医療機関において採取精子調整管理料を算定した場合、当該精子を体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関に移送した場合に、移送先の保険医療機関において、採取精子調整管理料は算定可能か

(答)不可

【疑義解釈】 処置・手術④

- ◆ 問17、問15の場合に、精巣内精子採取術を算定する保険医療機関において採取精子調整管理料を算定せずに、当該精子を体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関に移送した場合に、移送先の保険医療機関において、採取精子調整管理料は算定可能か

(答)要件を満たせば、算定可能

- ◆ 問18、精巣内精子採取術を実施後に採取精子調整管理料に係る手技を実施したが、結果として体外受精又は顕微授精を実施しても受精卵の作成が見込めない精子のみ採取された場合には、採取精子調整管理料は算定可能か

(答)算定可能

- ◆ 問19、精巣内精子採取術を実施して採取した全組織のうち、一部の組織について採取精子調整管理料に係る技術(採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等)を実施した場合には、採取精子調整管理料は算定可能か

(答)算定可能

- ◆ 問20、問19の場合、採取精子調整管理料に係る技術(採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等)を実施せずに残存した組織について、一度凍結した後、別の日に、同技術を実施した場合は、採取精子調整管理料は算定可能か

(答)算定不可

【精子凍結保存管理料】

- ◆ 問21、精巣内精子採取術を実施後、採取精子調整管理料に係る技術を実施せずに凍結保存を行った場合には、精子凍結保存管理料は算定可能か

(答)算定不可

- ◆ 問22、年齢制限や回数制限を超えた場合、それ以降の「2、精子凍結保存維持管理料」の算定は可能か

(答)新たに「2、精子凍結保存維持管理料」を算定することはできない

また、「2、精子凍結保存維持管理料」を算定してから、1年を経過していない場合には、患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならない

- ◆ 問23、1回の精巣内精子採取術を実施した場合に、複数の容器に分けて精子を凍結する場合もあるが、その場合、「1、精子凍結保存維持管理料(導入時)」の「イ、精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合」を複数回算定することは可能か

(答)不可。「1、精子凍結保存維持管理料(導入時)」の「イ、精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合」は、1回の精巣内精子採取術につき、1回に限り算定可能である

【疑義解釈】 処置・手術⑤

- ◆ 問24、高度乏精子症患者において、医学的な判断のもと複数回の射出精子を行う場合については、「1、精子凍結保存維持管理料(導入時)」の「□、イ以外の場合」を複数回算定することは可能か

(答)算定可能。医学的な判断によるものであり、例えば、精子が得られなかった場合、得られた精子が少なかった場合等に複数回の射出精子の凍結を実施することは可能である

ただし、凍結精子の使用の際は、新鮮精子と比較して、凍結による影響があることについて患者に適切に説明を行うとともに、患者への身体的な負担にも配慮しつつ、必要な範囲内で実施すべき点に留意すること

- ◆ 問25、問24の場合、その後、「2、精子凍結保存維持管理料」への算定に切り替わる時期についてどのように考えればよいか

(答)「1、精子凍結保存管理料(導入時)」を複数回算定している場合は、当該管理料の直近の算定日から1年が経過するまでは、「2、精子凍結保存維持管理料」は算定できず、「2、精子凍結保存維持管理料」は、「1、精子凍結保存管理料(導入時)」を最後に算定した日から1年を経過した場合に算定する

※算定イメージ



- ◆ 問26、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日付医療課事務連絡)問72から問75における胚凍結保存管理料に係る取扱いについて、精子凍結保存管理料における治療の中断等に係る取扱いに関しても同様と考えてよいか

(答)よい。この場合、「凍結保存」又は「胚凍結保存」とあるのは、「精子凍結保存」と読み替え、「胚凍結保存管理料」とあるのは、「精子凍結保存管理料」と読み替え、「1、胚凍結保存管理料(導入時)」とあるのは、「1、精子凍結保存管理料(導入時)」と読み替え、「2、胚凍結保存維持管理料」とあるのは、「2、精子凍結保存維持管理料」と読み替えるものとする

- ◆ 問27、胚凍結保存管理料に係る問9から問12までの取扱いは、精子凍結保存管理料における算定期間等に係る取扱いに関しても同様と考えてよいか

(答)よい。この場合、「胚」とあるのは、「精子」と読み替え、「胚凍結保存管理料」とあるのは、「精子凍結保存管理料」と読み替え、「1、胚凍結保存管理料(導入時)」とあるのは、「1、精子凍結保存管理料(導入時)」と読み替え、「2、胚凍結保存維持管理料」とあるのは、「2、精子凍結保存維持管理料」と読み替えるものとする

- ◆ 問28、精子凍結保存管理料を算定する場合、同日に生殖補助医療管理料を算定することは可能か

(答)要件を満たせば算定可能

【疑義解釈】 処置・手術⑥

- ◆ 問29、精子凍結保存管理料の要件にあるように、精子の数等を検査する場合には、精液一般検査は算定可能か

(答)要件を満たせば算定可能

- ◆ 問30、以前に高度乏精子症と診断され、精子凍結保存管理料を算定していた患者において、改めて精子を採取して凍結保存をする際に、高度乏精子症の診断基準を満たさなかった場合については、精子凍結保存管理料は算定可能か

(答)算定不可

※スペースの関係で順番が前後してます※

- ◆ 問32、令和6年6月1日より前から凍結保存されてる精子で、精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者の射出精子ではない精子は、精子凍結保存管理料を算定可能か

(答)不可。ただし、選定療養として、医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解に係る費用を徴収可能

- ◆ 問31、令和6年6月1日より前から凍結保存されている精子は、「1、精子凍結保存管理料(導入時)」と「2、精子凍結保存維持管理料」のいずれを算定すべきか

(答)令和4年4月1日以降に保険診療として凍結された精子で、精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者の射出精子は、凍結保存の実施日付から1年を経過した日から「2、精子凍結保存維持管理料」を算定できる

この場合凍結保存の開始日付を、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する

また、令和4年4月1日より前に保険外の診療として凍結保存された精子で、精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者の射出精子は、「2、精子凍結保存維持管理料」を算定できる

この場合、令和6年6月1日以降に精子凍結保存管理料の算定日を起算日とするが、同日より前に凍結保存に関する費用を徴収している場合には、同日以降であっても、その契約期間中は「2、精子凍結保存維持管理料」は算定できない

この場合において、例えば、同日より前の診療に係る当該契約を解消し、令和6年6月1日以降の保存に要する費用を患者に返金した上で、同日から「2、精子凍結保存維持管理料」を算定することは差し支えないこと

【疑義解釈】 処置・手術⑦

【その他】

◆ 問33、不妊症の患者とそのパートナーの属する保険者が異なる場合において、以下のそれぞれについて請求方法はどうすればよいか

- ①採取精子調整管理料
- ②精子凍結保存管理料(導入時)のイ
- ③精子凍結保存管理料(導入時)のロ
- ④凍結保存維持管理料

(答)それぞれ以下のとおり

[①採取精子調整管理料、②精子凍結保存管理料(導入時)のイ]

精巣内精子採取術等の男性不妊治療は、当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求することから、その後に算定される採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料(導入時)のイは、男性の属する保険者に対して請求する

[③精子凍結保存管理料(導入時)のロ]

高度乏精子症に対する射出精子の凍結保存は、当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求する

[④精子凍結保存維持管理料]

精子凍結保存維持管理料は、当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求する

麻 醉

麻 酔

□マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

□2,坐位における脳脊髄手術～高頻度換気法による麻酔の場合(1に掲げる場合を除く)に低血圧麻酔を追加

□イ,別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点 ⇒ 16,720点

□ロ,イ以外の場合 12,100点 ⇒ 12,190点

□3,1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合(1又は2に掲げる場合を除く)

□イ,別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点 ⇒ 12,610点

□ロ,イ以外の場合 9,050点 ⇒ 9,170点

□術中脳灌流モニタリング加算 1,000点(点数変更なし)

◆ステントグラフト内挿術(血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る)、経皮的頸動脈ステント留置術を追加

□トリガーポイント注射 80点 ⇒ 70点

関連補助金再生リスト



https://www.youtube.com/playlist?list=PLVHJ43WUYE_fQresQ5x7yPgmvQV_YWzAY

Youtube MSGチャンネル



https://www.youtube.com/@MSG_med



医療DX・電カル共有サービス



https://youtu.be/Izvcdp_Dwvc

資料の補足・関連動画のご案内

厚労省関連動画

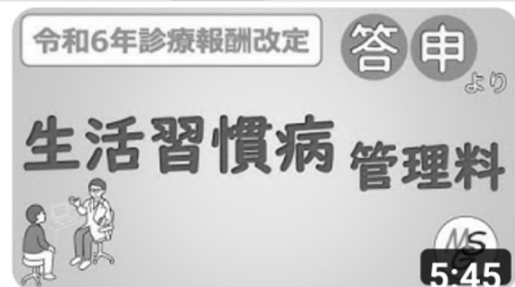


https://www.youtube.com/playlist?list=PLVHJ43WUYE_dHD1IXuIY7ymZByE6TsVuH

サイバーセキュリティ対策

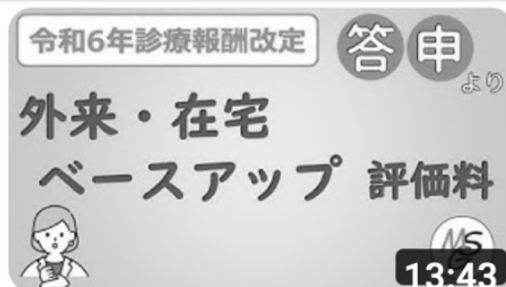


https://www.youtube.com/playlist?list=PLVHJ43WUYE_eMVQvIIRp_5F0_aqV3DEws



生活習慣病管理料の解説

【live配信切抜】令和6年
4209 回視聴・12 日前



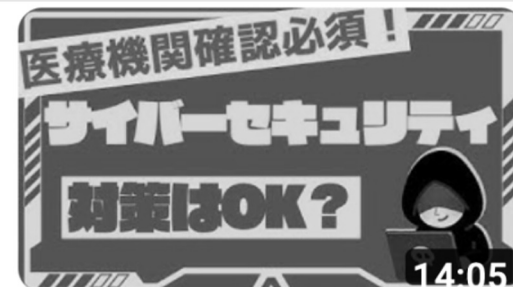
外来在宅ベースアップ評価

料の解説【live配信切抜】
1767 回視聴・12 日前



医療DXの概要と解説「令

和6年診療報酬改定 答由
2348 回視聴・12 日前



サイバーセキュリティ 医

療機関での対策ポイント
458 回視聴・2 週間前



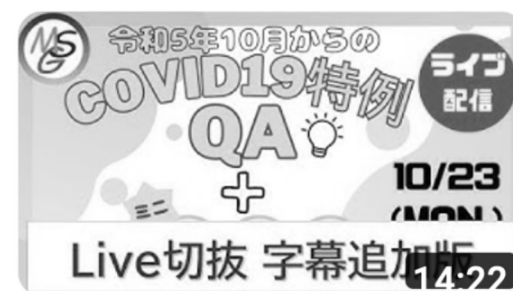
物価高騰による医療機関の
光熱費等に対する支援に



2024年1月開始！ マイナ
保険証関連給付金の解説

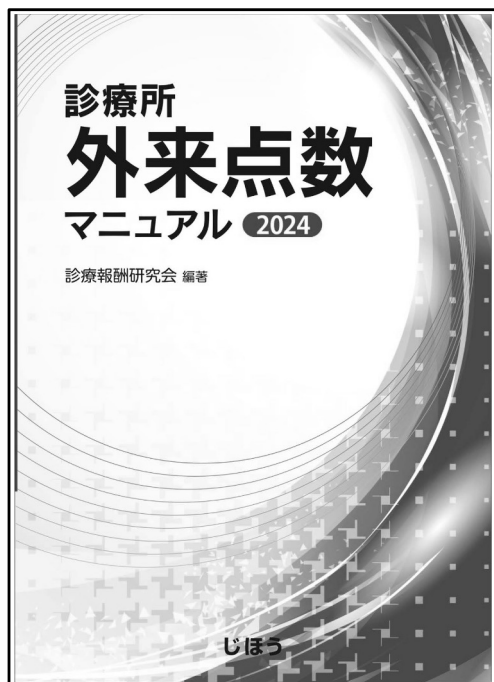


マイナ保険証関連補助金の
解説【クリニック向け】



令和5年10月からのCOVID-
19特例のQA【live切抜

ご清聴・ご視聴 ありがとうございます



外来点数マニュアル 2024年度版

診療報酬研究会編著 じほう社より刊行

**患者さんと共有できて
文字が大きく見やすい**



ご購入は
こちら

<https://www.jiho.co.jp/shop/list/detail/tabid/272/catid/9/pdid/55603/Default.aspx>



Youtubeで
医療関連情報発信中

https://www.youtube.com/@MSG_med

