

令和6年度 診療報酬改定

と き 令和6年3月30日 ㊦

ところ 毎日新聞オーバルホール

【配布資料1】

眼科関連事項 [主な改定項目]

(令和6年3月5日厚生労働省告示・通知)

薬価4月・本体6月施行

一般社団法人大阪府眼科医会

はじめに

- ◇ 本冊子は令和6年度診療報酬改定・眼科関連事項を整理し、令和6年3月5日の官報告示、3月上旬時点での厚生労働省資料をもとに作成しました。
- ◇ 令和6年度診療報酬改定率は診療報酬+0.88%、薬価等-1.00%となり、4月薬価・6月本体施行、トリプル改定、医療従事者の賃上げ、医療DXの推進、感染症対策推進（改正感染症法、第8次医療計画）、医療機関と介護保険施設連携、外来医療機能分化・強化〔後発医薬品使用促進や安定供給〕、長期収載品の給付見直し、調剤基本料の適正化などがポイントとなっています。
- ◇ 各論的には、初再診料、一般名処方加算、外来後発医薬品体制加算の増点、医療情報取得加算への名称変更、医療DX推進体制整備加算の新設、眼底三次元画像解析、細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）、院外処方箋料、薬剤情報提供料の減点、短期滞在手術等基本料1で多くの眼科手術での区分変更による減点、短期滞在手術等基本料3で片側・両側の設定と点数の見直しが行われます。外保連または内保連経由で眼科関連学会から提出された要望項目（日本の眼科95巻2号P232～P237参照）の一部が新設されています。
- ◇ 特例措置である外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）は、過去1年間の基本給総額と直近3ヶ月の初診・再診・訪問診療の算定回数を厚労省自動計算支援「ツール」に入力し賃金増率や賃上げ総額を計算し届出するかどうか各医療機関で判断するものです。医療従事者の職種や勤務年数、雇用形態（常勤、非常勤、パート、派遣等）は千差万別であり処遇改善に必要な金額は異なります。試算の結果、賃金増率が1.2%に満たない無床診療所は評価料（Ⅱ）を上乗せし算定します。評価料（Ⅱ）は「ツール」でのA定数により8区分の中から適合する区分点数を各医療機関に選択させ、賃上げ促進税制活用も組み合わせて考慮するものとなっています。なお近畿厚生局へ届出、賃上げ計画書、実績報告書提出が求められます。医療従事者の賃上げについては各医療機関にてご判断願います（本会へのお問い合わせにはご対応できません）。
- ◇ 印刷製本の関係上、本冊子は3月上旬までの情報にて作成しております。詳細な点は今後の厚労省疑義解釈や通知をご参照願います。本会ホームページ会員ページの令和6年度診療報酬改定及び健保関連事項の欄に随時掲載を予定しております。また本冊子と共に「配布資料2」レセプト請求の留意点、「眼科健保ハンドブック」も併せてご参照ください。

目 次

頁	スライド	項 目	備考
P1～P6	2－11	総論（改定率及び基本方針）	
P7～P13	13－25	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）	新設
P13～P14	26－27	初診料・再診料	変更
P14～P18	28－36	医療DX推進体制整備加算	新設
P19	37－38	時間外対応加算	変更
P20	39－40	検査料（眼科学的検査）、血液化学検査	新設・変更
P21～P24	41－48	処方箋料、外来後発医薬品使用体制加算 薬剤情報提供料	変更
P25	49	注射料	新設・変更
P25	50	手術料	新設・変更
P26～P27	51－54	短期滞在手術等基本料 1	変更
P28～P29	55－59	短期滞在手術等基本料 3	変更
P30	60	特定保険医療材料 網膜硝子体手術用材料	変更
P31～P33	61－65	バイオ後続品の使用促進	新設
P33	66	投薬用の容器に関する取り扱いの見直し	廃止
P34	67－68	書面揭示事項のウェブサイト掲載	新設
P37～P52	72－98	参考資料	

※各ページ2枠の構成です。各枠右下の数字順にご覧ください。

令和6年度診療報酬改定 眼科関連事項

[令和6年3月5日厚生労働省告示・通知]
薬価4月・本体6月施行

一般社団法人大阪府眼科医会
日時：令和6年3月30日(土)
場所：毎日新聞オーバルホール

1

令和6年度診療報酬改定

総論

2

令和6年度診療報酬改定

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

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率医科 +0.52%

歯科 +0.57%

調剤 +0.16%

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

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

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

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

（注）令和6年6月施行

3

令和6年度診療報酬改定

2. 薬価等

① 薬価 ▲0.97%（国費▲1,200億円程度）

② 材料価格 ▲0.02%（国費▲20億円程度）

合計 ▲1.00%（国費▲1,200億円程度）

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

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

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

（注）令和6年4月施行（材料価格は令和6年6月施行）

4

令和6年度診療報酬改定

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

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

- ・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。

あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について実態を把握する。

5

令和6年度診療報酬改定

4. 医療制度改革

長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、

選定療養の仕組みを導入し後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とすることとし令和6年10月より施行する。

また薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

6

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

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

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

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

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

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

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

【具体的方向性の例】

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

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

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

7

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目①

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- ▶ 医療従事者の人材確保や賃上げのための**ベースアップ評価料**により2.3%を目途とした賃上げを実施。
- ▶ 40歳未満勤務医師や事務職員の賃上げ及び入院料の通則の改定に伴う**入院基本料等の引き上げ**。
- ▶ 入院料通則においては、**栄養管理体制の基準の明確化、人生の最終段階における意思決定支援及び身体的拘束の最小化の取組**を要件化。
- ▶ 標準的な感染対策実施と賃上げを念頭においた**初再診料の引き上げ**。

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（I）

1. 初診時6点 / 2. 再診時等2点 等

（新）入院ベースアップ評価料 1～165点

【一般病棟入院基本料】

急性期一般入院料 1 **1,688点**

【特定機能病院入院基本料】

7対1入院基本料（一般病棟の場合） **1,822点**

【初診料・再診料等】

初診料 **291点**

再診料 **75点**

2. 医療DXの推進

- ▶ **医療情報取得加算**が新設され、マイナ保険証の利用による効率的な情報の取得は1点となり、3月に1回に限り再診時においても評価。
- ▶ **医療DX推進体制整備加算**により、マイナ保険証の診察室等での活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備が要件。また、令和6年10月からマイナ保険証の利用率が施設要件として適応される。
- ▶ **在宅医療DX情報活用加算**により、マイナ保険証による情報を用いた訪問診療計画の立案による質の高い在宅診療を推進。

（新）医療情報取得加算

初診時

医療情報取得加算 1 **3点**

医療情報取得加算 2 **1点**

再診時（3月に1回に限り算定）

医療情報取得加算 3 **2点**

医療情報取得加算 4 **1点**

（新）医療DX推進体制整備加算（初診時） **8点**

（新）在宅医療DX情報活用加算（月1回） **10点**

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

- ▶ 改正感染症法及び第8次医療計画に基づく、協定指定医療機関であることを感染対策向上加算および外来感染対策向上加算の要件として規定。外来感染対策向上加算の施設基準に罹患後症状に係る対応を明記。
- ▶ 発熱外来に代わる**発熱患者等対応加算**を新設。抗菌薬の適正使用も**抗菌薬適正使用体制加算**として評価。
- ▶ 入院患者に対して、**特定感染症入院医療管理加算**を新設し、感染対策を引き続き評価。
- ▶ また、個室で空気感染及び飛沫感染を生じる感染症等においては、**特定感染症患者療養環境加算**として個室管理等を評価。

（新）特定感染症入院医療管理加算

治療室の場合 **200点**

それ以外の場合 **100点**

（新）特定感染症患者療養環境特別加算

個室加算 **300点**

陰圧室加算 **200点**

（新）発熱患者等対応加算 **20点**

（新）抗菌薬適正使用体制加算 **5点**

（新）急性期リハビリテーション加算

50点（14日目まで）

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目②

4. 同時報酬改定における対応

- ▶ コロナ禍の経験を踏まえた、地域における**協力医療機関**に関する体制整備の推進も含めた、医療機関と介護保険施設等との連携の強化。
- ▶ かかりつけ医とケアマネ等との連携強化。
- ▶ **障害者支援施設に入所する末期悪性腫瘍患者に対する訪問診療料等の費用を医療保険からの給付とする**よう見直し。
- ▶ 医療的ケア児（者）に対する、入院前支援の評価。
- ▶ 有床診療所における障害連携の評価の充実。

【地ケア・在支診/病・後方支援病院】
介護保険施設等の協力医療機関となることを望ましいこととして要件化

(新) 協力対象施設入所者入院加算(入院初日)

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点

(新) 介護保険施設等連携往診加算

200点

(新) 医療的ケア児（者）入院前支援加算

1,000点

【有床診療所入院基本料】

イ 介護障害連携加算 1	192点
ロ 介護障害連携加算 2	38点

5. 外来医療の機能分化・強化等

- ▶ 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病を除外し、療養計画書への同意や診療ガイドラインを参考にすることを要件とした出来高算定による**生活習慣病管理料(Ⅱ)**を新設。
- ▶ 地域包括診療料・加算においてかかりつけ医とケアマネとの連携を促進。
- ▶ リフィル処方箋や長期処方等の促進、**一般名処方加算の見直し**等による後発品使用促進。
- ▶ 外来腫瘍化学療法の充実。

(新)生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点(月1回)

特定疾患処方管理加算	56点
地域包括診療加算 1/2	28点/21点
認知症地域包括診療加算 1/2	38点/31点
【一般名処方加算】	
一般名処方加算 1/2	10点/8点
後発医薬品使用体制加算 1/2/3	87点/82点/77点
外来後発医薬品使用体制加算 1/2/3	8点/7点/5点
【薬剤情報提供料】	4点
【処方箋料】	60点

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- ▶ 高齢者の急性疾患の治療とともに、早期退院に向けたリハビリ及び栄養管理等を適切に提供する**地域包括医療病棟**を新設。
- ▶ **重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直し**により急性期医療の機能分化を促進。
- ▶ 働き方改革も踏まえ特定集中治療室管理料(ICU)の見直し及び**遠隔ICU加算**の新設。
- ▶ DPC/PDPSによる、**大学病院の医師派遣機能、臓器提供、医療の質向上の取組**を新たに評価。
- ▶ 療養病棟における医療区分の見直しとともに、中心静脈栄養の評価の見直し等。
- ▶ **看護補助体制充実加算の見直し**により経験が豊富な看護補助者や介護福祉士を評価。

(新) 地域包括医療病棟入院料 3,050点

(新) 特定集中治療室管理料 5・6 8,890点

【急性期充実体制加算】
急性期充実体制加算 1/2
440点/360点(7日以内の期間) 等
小児・周産期・精神科充実体制加算
急性期充実体制加算 1/2の場合 90点/60点

回復期リハビリテーション病棟入院料 1
2,229点(体制強化加算は廃止)
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1
40日以内 2,838点/ 41日以降 2,690点

厚労省資料(令和6年3月5日)

9

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目③

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- ▶ **在宅医療におけるICTを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携**の推進。
- ▶ 24時間の在宅医療提供体制の充実の推進。
- ▶ 在宅における不健全患者への指導管理に関する評価の充実。
- ▶ **患者の希望に添った看取りの推進に関する見直し**。
- ▶ **患者の状態に応じた往診料等の評価の見直し**。
- ▶ 在宅時医学総合管理料等の評価の見直し。
- ▶ 専門性の高い看護師を配置やサービスの実績に基づく訪問看護管理療養費の見直し。
- ▶ 訪問看護ステーションにおける**24時間対応体制にかかる評価の見直し**。

(新) 在宅医療情報連携加算	100点
(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	200点
(新) 往診時医療情報連携加算	200点
(新) 緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算(その他の場合)	325/405/485点
訪問看護管理療養費(月に2日目以降の訪問の場合)	
(新) 訪問看護管理療養費 1	3,000円
(新) 訪問看護管理療養費 2	2,500円
(新) 24時間対応体制加算(訪問看護管理療養費)	
イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合	6,800円
ロ イ以外の場合	6,520円

8. 重点的な分野における対応

- ▶ 働き方改革も踏まえた救急患者の**いわゆる下り搬送**の評価。
- ▶ NICUにおける重症児へのより手厚い看護配置(2対1)等に対する評価の新設。
- ▶ 発達障害や不適切な養育に繋がりが得る児への対応強化。
- ▶ 小児に付き添う家族等に配慮した小児入院医療提供体制の推進。
- ▶ 精神科における地域包括ケアを推進する**精神科地域包括ケア病棟**の新設。
- ▶ 精神病棟に入院する患者への入退院支援に対する評価の新設。

(新) 救急患者連携搬送料	600~1,800点
(新) 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	14,539点
小児特定疾患カウンセリング料	
(新) 初回	800点他
小児入院医療管理料(1日につき)	
(新) 看護補助加算	151点
(新) 看護補助体制充実加算	156点
(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料	1,535点
(新) 精神科入退院支援加算(退院時1回)	1,000点

個別改定項目/医療資源の少ない地域への対応

- ▶ 急性期入院医療における**リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算**の新設。
- ▶ 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションに対する評価の新設。
- ▶ 医療と介護における**栄養情報連携の推進**
- ▶ 入院および外来における**バイオ後続品**の使用促進に関する評価の見直し。
- ▶ 病室単位で届出可能な回復期リハビリテーション病棟入院料の区分の新設。
- ▶ 医療技術評価分科会等の評価を踏まえた対応等

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(1日につき)	120点
(新) 急性期リハビリテーション加算	50点
(新) 栄養情報連携料	70点
(新) バイオ後続品使用体制加算	100点
【在宅血液透析指導管理料】	
(新) 遠隔モニタリング加算	115点
(新) 回復期リハビリテーション入院医療管理料	1,859点

厚労省資料(令和6年3月5日)

10

令和6年度診療報酬改定の施行時期等

令和6年度診療報酬改定にかかる主なスケジュール

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

※各診療報酬項目の具体的な経過措置は告示・通知を必ずご確認ください。

従来の改定スケジュール

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

厚労省資料(令和6年3月5日)

11

令和6年度診療報酬改定

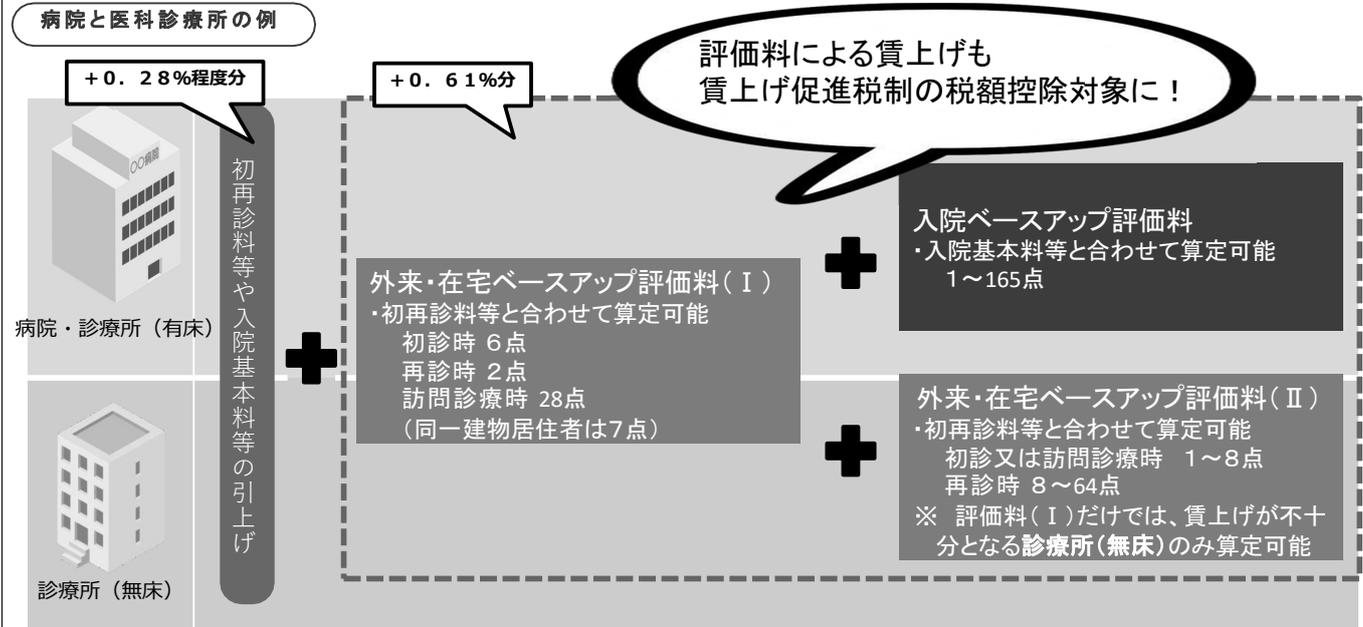
各論 (眼科関連)

12

O100 外来・在宅ベースアップ評価料(I) O101 外来・在宅ベースアップ評価料(II)

厚労省資料(令和6年2月15日)より

- 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。



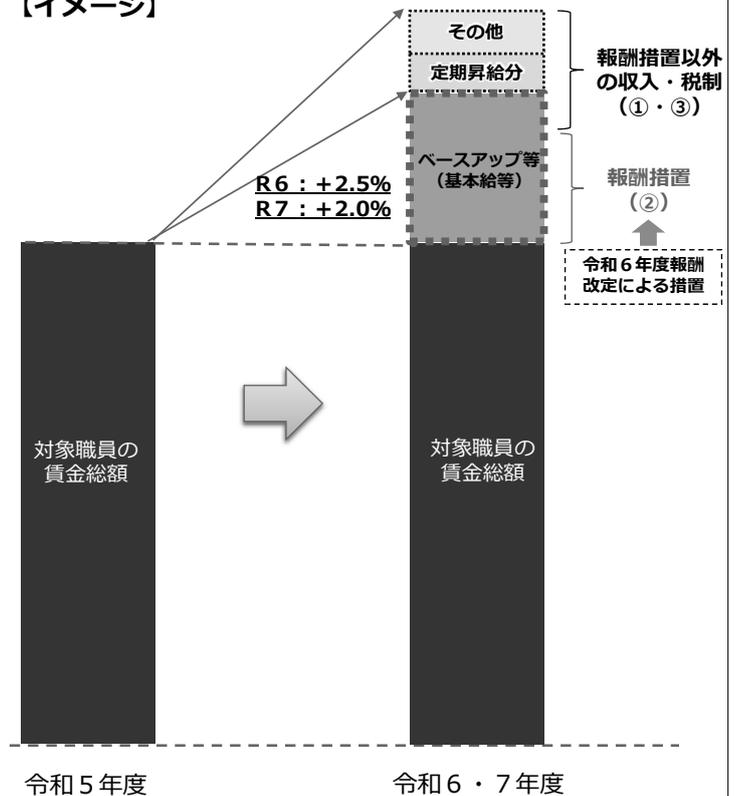
13

令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

【基本的な方針】

- 次の①~③を組み合わせた賃上げ対応
 - ① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に
 - ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
 - ③ 賃上げ促進税制の活用
- 令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実施し、定期昇給なども合わせて、昨年を超える賃上げの実現を目指す。

【イメージ】



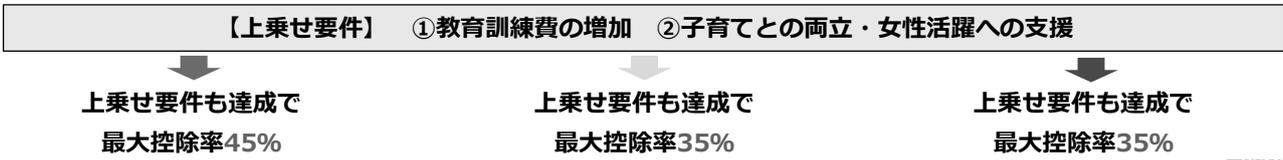
厚労省資料(令和6年3月5日)

14

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 <small>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</small>		中規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局 <small>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</small>		大規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局 <small>青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主</small>	
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%
+2.5%	30%	+4%	25%	+4%	15%
				+5%	20%
				+7%	25%



※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。



厚労省資料(令和6年3月5日)

令和6年度診療報酬改定 I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組-①

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

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価
 外来・在宅ベースアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)、訪問看護ベースアップ評価料(II)
 ・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

② 入院患者に係る評価
 入院ベースアップ評価料
 ・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

(新) 入院ベースアップ評価料 (1日につき)

1	入院ベースアップ評価料 1	1点
2	入院ベースアップ評価料 2	2点
↓		
165	入院ベースアップ評価料 165	165点

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

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置
 ・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～③に伴う報告や抽出調査等により把握

厚労省資料(令和6年3月5日)

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）

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 イ以外の場合	7点

【算定要件】

- 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。
- 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。
- 2については、再診料、外来診療料、短期滞手術等基本料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。
- 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。
- 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。

厚労省資料(令和6年3月5日)

17

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】

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

主として医療に従事する職員（対象職員）

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

- 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。
- (3)について、当該評価料は、対象職員のペ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、ペ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、追加でペ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。
- 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。
- 「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。

厚労省資料(令和6年3月5日)

18

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。

厚労省資料(令和6年3月5日)

19

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。

$$[A] = \frac{\left(\text{対象職員の給与総額} \times 1.2\% - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right)}{\left(\begin{array}{l} \text{外来・在宅ベースアップ評価料 (II) イの算定回数} \times 8 \\ + \text{外来・在宅ベースアップ評価料 (II) ロの算定回数} \times 1 \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) イの算定回数} \times 16 \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) ロの算定回数} \times 2 \end{array} \right) \times 10 \text{円}}$$

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の区分

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

厚労省資料(令和6年3月5日)

20

賃上げに向けた評価の新設⑥

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】(続き)

【施設基準の概要】

- (5) (4)について、届出に当たっては、別表に示した期間において【A】の算出を行うこと。
 また、別表のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
 ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定回数の見込み」及び【A】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
 新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。
- (7) (6)について、当該評価料は、対象職員のペ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、ペ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、追加でペ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り。)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

厚労省資料(令和6年3月5日)

21

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(昭和三十二年法律第五十号)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(平成十四年法律第百三十三号)第六条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第四条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)
 - ウ 予防接種(予防接種法(昭和三十二年法律第六十八号)第二条第六項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第三十条の三十五の三第一項第二号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

厚労省資料(令和6年3月5日)

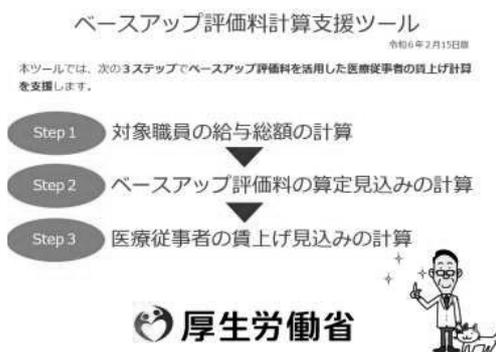
22

(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)

厚労省資料(令和6年3月5日)

〈参考〉 O101 外来・在宅ベースアップ評価料(II)

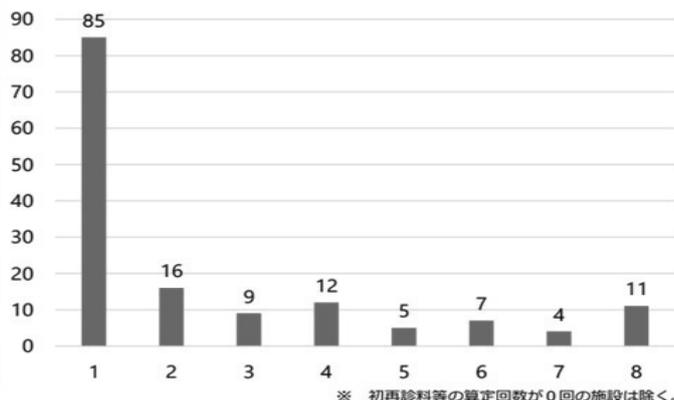
賃金増率が不足している施設におけるさらなる補填について

- 賃金増率が1.2%に達しない医療機関において、1.2%に達するための初再診料・訪問診療料等に対する追加の評価を選択可能とすることを検討した。
- 初診料等と再診料の賃上げ必要点数を8:1とすることとした。
- 多くの施設で、追加の評価1(再診料に対し1点、初診料・訪問診療料に対し8点)を選択する結果となった。

※ 医療機関に選択させる加算のイメージ

	初診料・ 訪問診療料 に対し必要な 点数	再診料 に対し必要な 点数
追加の評価1	8点	1点
追加の評価2	16点	2点
追加の評価3	24点	3点
追加の評価4	32点	4点
追加の評価5	40点	5点
追加の評価6	48点	6点
追加の評価7	56点	7点
追加の評価8	64点	8点

選択される評価ごとの施設数 (n=149)



外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ)

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(1日につき)

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 イ以外の場合	7点

賃上げ額試算 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

対象職員給与総額(2023年3月~2024年2月)

初診・再診・訪問診療の回数

(2023年12月~2024年2月)

↓ 厚労省「試算支援ツール」

賃金増加率表示

1.2%に満たない無床診療所

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を加えて算定

8区分(1~8)の選択

↓

届出(6月~評価料算定の場合には厚生局へ)

賃上げ計画表(実績報告、抽出時回答要)

* 厚生労働省YouTubeアーカイブ参照のこと

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)

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

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

別表2

[A]	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)の区分	点数(イ)	点数(ロ)
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1及び歯 科外来・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及び歯 科外来・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及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8	64点	8点

A000 初診料

外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となった事職員の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料の評価を見直す。

初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点引き上げる。

初診料	改定後	現行
初診料	291点	288点
情報通信機器を用いた場合	253点	251点
紹介のない場合	216点	214点
紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合	188点	186点
受結率が低い場合	216点	214点
受結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合	188点	186点
同一日2科目	146点	144点
同一日2科目・情報通信機器を用いた場合	127点	125点
同一日2科目・紹介のない場合	108点	107点
同一日2科目・紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合	94点	93点
同一日2科目・受結率が低い場合	108点	107点
同一日2科目・受結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合	94点	93点

A001 再診料

【改定のポイント】

初診料：3点アップ

再診料：2点アップ

再診料及び外来診療料	改定後	現行
再診料	75点	73点
情報通信機器を用いた場合	75点	73点
受結率が低い場合	55点	54点
同一日2科目	38点	37点
同一日2科目・受結率が低い場合	28点	27点
外来診療料（200床以上の病院）	76点	74点
情報通信機器を用いた場合	75点	73点
紹介がない場合	56点	55点
受結率が低い場合	56点	55点
同一日2科目	38点	37点
同一日2科目・紹介がない場合	28点	27点
同一日2科目・受結率が低い場合	28点	27点

27

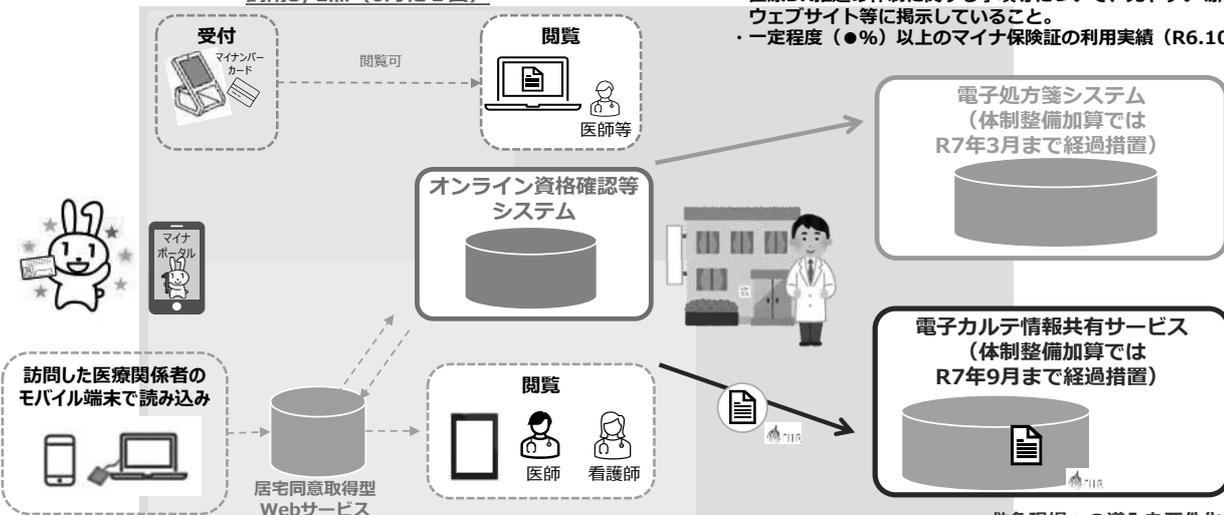
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

➤ 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



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

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

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

厚労省資料(令和6年3月5日)

28

医療DXの推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

現行	改定後
【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】	【医療情報取得加算】
初診時	初診時
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 4点	医療情報取得加算 1 <u>3点</u>
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 <u>1点</u>
	再診時（3月に1回に限り算定）
	医療情報取得加算 3 <u>2点</u>
	医療情報取得加算 4 <u>1点</u>
	 <p>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</p>
【施設基準】	【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。	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。

厚生省資料(令和6年3月5日)

29

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



[算定要件（医科医療機関）]

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。

[施設基準（医科医療機関）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
 (歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
 (調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) (医科・歯科) 電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置 令和7年3月31日まで）
 (調剤) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。（経過措置 令和7年3月31日まで）
- (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。
- (8) (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

厚生省資料(令和6年3月5日)

30

診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

診療報酬における書面要件の見直し

- 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。
- 具体的には、
 - ・ 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局又は指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、当該ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。
 - ・ 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

- デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

※ 自ら管理するウェブサイトを有しない保険医療機関等は対象外。
 ※ 令和7年5月31日までの間の経過措置を設ける。

厚労省資料(令和6年3月5日)

31

医療情報取得加算（初再診料の加算点数）

【改定のポイント】

名称変更：（現 行）医療情報・システム基盤整備体制充実加算
 （改定後）医療情報取得加算

点数変更：下記表に整理

	マイナンバーカード保険証	改定後	現行
初診	マイナ保険証利用しない時	医療情報取得加算 1 3点（月1回に限り）	医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 4点（月1回に限り）
	マイナ保険証利用時又は他の医療機関から診療情報提供を受けた時	医療情報取得加算 2 1点（月1回に限り）	医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2 2点（月1回に限り）
再診	マイナ保険証利用しない時	医療情報取得加算 3 2点（3ヶ月に1回）	医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 （令和5年12月廃止）
	マイナ保険証利用時又は他の医療機関から診療情報提供を受けた時	医療情報取得加算 4 1点（3ヶ月に1回）	

32

〈参考〉医療情報取得加算（初再診料の加算点数）

【基本的な考え方】

保険医療機関や薬局にてオンライン資格確認等システム導入が原則義務化され体制が整備されていることを踏まえて初診時等の診療情報・薬剤情報の取得活用の評価が見直された。

名称変更：（現行）医療情報・システム基盤整備体制充実加算 →（改定後）**医療情報取得加算**

【加算点数・算定要件】

医療情報取得加算	点数	算定要件 [注15、注18（現行内容削除・新設）]
医療情報取得加算1	3点	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十分な情報を取得した上で初診を行った場合に月1回に限り3点を所定点数に加算する。
医療情報取得加算2	1点	電子資格確認（健康保険法第3条第13項規定）により患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から診療情報等の提供を受けた場合にあっては月1回に限り1点（医療情報取得加算2）を初診料に加算する。
医療情報取得加算3	2点	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十分な情報を取得した上で再診を行った場合に3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。
医療情報取得加算4	1点	電子資格確認（健康保険法第3条第13項規定）により患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から診療情報等の提供を受けた場合にあっては3月に1回に限り1点（医療情報取得加算4）を再診料に加算する。

【施設基準】第3初・再診料の施設基準等 3の7医療情報取得加算の施設基準（略）

33

（新設）医療DX推進体制整備加算（初診料の加算点数）

【改定のポイント】

（新設）医療DX推進体制整備加算**8点**（初診時、医科は月1回に限り）

施設基準：疑義解釈、経過措置、届出、掲示（待合、WEB）に留意

主な施設基準	経過措置
オンライン請求を行っていること。	
オンライン資格確認を行う体制を有していること。	
医師が、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、手術室または処置室等において、閲覧または活用できる体制を有していること。	
電子処方箋を発行する体制を有していること。	2025年3月31日まで
電子カルテ共有サービスを活用できる体制を有していること。	2025年9月30日まで
マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。〈2024年10月1日から適用〉	
医療DX推進の体制に関する事項および質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、およ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およびウェブサイト等に掲示していること。	2025年5月31日まで

34

〈参考〉 医療DX推進体制整備加算

(新設) 医療DX推進体制整備加算 8点

【基本的な考え方等】

オンライン資格確認により所得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、利用実績に応じた評価、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。施設基準項目があり、項目により経過措置が設けられている。

【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**を行なった場合は、**医療DX推進整備加算**として、**月1回**に限り、**8点**を所定点数に加算する。

35

〈参考〉 医療DX推進体制整備加算（初診料の加算点数）

【施設基準】 届出

- (1) 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年厚生労働省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行なっていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子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) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (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。
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について実績を一定程度有していること。
- (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、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (7) 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。

【経過措置】

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(4) に該当するものとみなす。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(5) に該当するものとみなす。
- (3) (6) については、令和6年10月1日から適用する。
- (4) 令和7年5月31日までの間に限り、(8) に該当するものとみなす。

36

時間外対応加算（再診料の加算点数）

【改定のポイント】

時間外対応加算について時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直しがなされた。時間外の電話対応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が新設された（時間外対応加算2）。現行の時間外対応加算1～3から、改定後は**時間外対応加算1～4の区分**となり、**施設基準の新設や変更**がある。

時間外対応加算〔算定要件〕注10

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再診を行った場合には当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

改定後		現行			
イ	時間外対応加算1	5点	イ	時間外対応加算1	5点
(新設) 口	時間外対応加算2	4点	口	時間外対応加算2	3点
ハ	時間外対応加算3	3点	ハ	時間外対応加算3	1点
ニ	時間外対応加算4	1点			

37

時間外対応加算（再診料の加算点数）

【施設基準の比較】

加算点数	診療所 医師・看護職員・事務職員等	時間外対応体制 (診療所を継続受診している患者さんからの電話等による問い合わせ)
1	常勤あるいは非常勤（週3日以上常態勤務かつ所定労働時間が週22時間以上）	・常時対応できる体制
2 新設	非常勤	・常時電話等により対応できる。 ・必要に応じ診療録を閲覧できる。 ・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できる。
3	常勤あるいは非常勤（週3日以上常態勤務かつ所定労働時間が週22時間以上）	・標榜時間外の夜間の数時間に対応できる。 ・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できる。
4	当該保険医療機関あるいは他の保健医療機関との連携により対応できる体制	・当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において患者又はその家族等から電話により療養に関する意見を求められた場合に対応できる。

38

検査料（眼科学的検査等）

- 外来診療の実態を踏まえ、効率的な検査、処置及び麻酔の実施を図る観点から、一部の検査、処置及び麻酔の評価の見直しが行われる。
- 先進医療として実施されている遺伝子パネルによる遺伝性網膜ジストロフィの遺伝子検査が保険導入され、遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査が新設された。
検体検査判断料 注6 遺伝カウンセリング加算の対象に追加されている。

区分	項目	改定後	現行
眼科学的検査	D006-30 遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査	20500点	(新設)
	D026 検体検査判断料 注1～5 (略) 注6 …(略)…区分番号D006-26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号D006-30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査をいう…(略)		
	D256-2 眼底三次元画像解析		
	D257 細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）	110点	112点

39

検査料（検体検査等）

- 衛生検査所検査料金調査により、保険償還価格と実勢価格の剥離が大きい検査が見直しされる。

区分	項目	改定後	現行	
血液化学検査	D007 血液化学検査 注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する イ・ロ (略) ハ 10項目以上	103点	106点	
	D012 感染症免疫学的検査			
	29 クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体、クラミジア・トラコマチス抗原定性		152点	156点 (新設)
	38 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		179点	184点
	39 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性 単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚）	180点	180点 (新設)	

40

F400 処方箋料

- 医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

【改定のポイント】 院外処方箋料は、8点引き下げられる。

	改定後	現行
【処方箋料】		
1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投薬するものを除く。）を行った場合	20点	28点
2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって投薬期間が2週間以内のもの及び区分A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療につき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合	32点	40点
3 1及び2以外の場合	60点	68点

41

F400 処方箋料（一般名処方加算）

- ① 一般名処方加算について医薬品の供給不足等の場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示に係る要件を設けるとともに、評価を見直す。

【改定のポイント】 一般名処方加算は3点引き上げられる。

改定後	現行
F400 処方箋料 [算定要件] 注7 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、薬剤の一般名名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。	F400 処方箋料 [算定要件] 注7 薬剤の一般名名称を記載する処方箋を交付した場合は当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。
イ 一般名処方加算1 10点	イ 一般名処方加算1 7点
ロ 一般名処方加算2 8点	ロ 一般名処方加算2 5点

42

F400 処方箋料（同一敷地内薬局に関する評価の見直し）

- 同一敷地内薬局への対応として、医薬品備蓄等の効率性、医療経済実態調査に基づく薬局の費用構造、損益率状況、同一敷地内での医療機関との関係性等を踏まえ、評価を見直す。
- 1月あたりの処方箋交付が平均4000回を超える医療機関が当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が9割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料の評価を見直す。

改定後	現行
F400 処方箋料 [算定要件] 注1～8（略） 注9 1、2及び3について、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、別表第三調剤報酬区分番号00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な関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。	F400 処方箋料 [算定要件] 注1～8（略） （新設）

43

F100 処方料 外来後発医薬品使用体制加算（院内処方）

- ② 後発医薬品使用体制加算（入院患者）、外来後発医薬品使用体制加算（外来患者）について、医薬品の供給が不足した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備、並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに評価を見直す。

	改定後	現行
外来後発医薬品使用体制加算		
1 外来後発医薬品使用体制加算 1 施設基準(1)	8点	5点
2 外来後発医薬品使用体制加算 2 施設基準(2)	7点	4点
3 外来後発医薬品使用体制加算 3 施設基準(3)	5点	2点

[施設基準] * (1)(2)(3) 変更・新設：共通

改定後	現行
施設基準 * (1)(2)(3) 一括表示し要約した。 イ～ハ（略） 二 医薬品の供給が不足した場合に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こと。 ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びにこの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投薬を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 ヘ ホ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。	施設基準 (1)(2)(3) イ～ハ（略） （新設） 二 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 （新設）

44

F100 処方料〈参考〉後発医薬品使用体制加算 入院

	改定後	現行
【後発医薬品使用体制加算】		
1 後発医薬品使用体制加算 1 施設基準(1)	87点	47点
2 後発医薬品使用体制加算 2 施設基準(2)	82点	42点
3 後発医薬品使用体制加算 3 施設基準(3)	77点	37点

〔施設基準〕 * (1)(2)(3) 変更・新設：共通

改定後	現行
<p>〔施設基準〕 * (1)(2)(3) 一括表示し要約した。 イ～ハ (略)</p> <p>二 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。</p> <p>ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投薬を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>ヘ ホ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。</p> <p>〔経過措置〕 令和7年5月31日までの間に限り、(1)(2)(3)のへに該当するものとみなす。</p>	<p>〔施設基準〕 (1)(2)(3) イ～ハ (略) (新設)</p> <p>二 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (新設)</p>

45

B011-3 薬剤情報提供料（院内処方）

- ③ 医療DXの推進による効率的な処方体系の整備が進められていること並びに一般名処方加算、後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算の見直しに伴い、薬剤情報提供料及び処方箋料の点数を見直す。

	改定後	現行
薬剤情報提供料	4点	10点

【改定のポイント】

- 院外処方箋料：8点減点
- 薬剤情報提供料：6点減点
- 一般名処方加算：3点増点
- 外来後発医薬品体制加算：3点増点

46

まとめ（処方料、処方箋料等）

現行	
【一般名処方加算】	
一般名処方加算1	7点
一般名処方加算2	5点
【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算1（入院初日）	47点
後発医薬品使用体制加算2（入院初日）	42点
後発医薬品使用体制加算3（入院初日）	37点
【外来後発医薬品使用体制加算】	
外来後発医薬品使用体制加算1	5点
外来後発医薬品使用体制加算2	4点
外来後発医薬品使用体制加算3	2点
【薬剤情報提供料】（月1回）	10点
【特定疾患処方管理加算】	
特定疾患処方管理加算1（月2回）	18点
特定疾患処方管理加算2（月1回）	66点
【処方箋料】	
1 向精神薬多剤投与	28点
2 1以外の多剤投与または向精神薬長期処方	40点
3 1および2以外	68点



2024年6月以降	
【一般名処方加算】	
一般名処方加算1	10点
一般名処方加算2	8点
【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算1（入院初日）	87点
後発医薬品使用体制加算2（入院初日）	82点
後発医薬品使用体制加算3（入院初日）	77点
【外来後発医薬品使用体制加算】	
外来後発医薬品使用体制加算1	8点
外来後発医薬品使用体制加算2	7点
外来後発医薬品使用体制加算3	5点
【薬剤情報提供料】（月1回）	4点
【特定疾患処方管理加算】	
（廃止）	
特定疾患処方管理加算（月1回）	56点
【処方箋料】	
1 向精神薬多剤投与	20点
2 1以外の多剤投与または向精神薬長期処方	32点
3 1および2以外	60点

後発医薬品の使用促進、処方箋料関係の点数例

令和6年度診療報酬改定 I-3 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等-①

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

厚労省資料(令和6年3月5日)

注射料

【改定のポイント】

- ・眼科の注射料では、医療技術評価分科会に提案があった項目の中より硝子体注射に未熟児加算が新設された。
- ・下記表のようにいくつかの項目で点数が引き上げられる。

項目	摘要	改定後	現行
G000	皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	25点	22点
G001	静脈内注射 （6歳未満の乳幼児に対して行った場合）	37点 52点	34点 48点
G004	点滴注射 500mlを越える場合 その他の場合 （6歳未満の乳幼児。1日注射量100ml以上）	102点 53点 105点	99点 50点 101点
G012	結膜下注射	42点	27点
G014	球後注射	80点	60点
G015	テノン氏嚢内注射	80点	60点
G016	硝子体内注射 注 未熟児に対して行った場合（未熟児加算）	600点 (600点)	580点 (新設)

49

手術料

【改定のポイント】

眼科手術では医療技術評価分科会に提案された項目の中から、毛様体光凝固術に眼内内視鏡を用いるもの、その他のもの、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術が新設された。この他にいくつかの手術で点数が増点されている。

区分	摘要	改定後	現行
K001	皮膚切開術 3 長径20cm以上	2270点	1980点
K239	眼球内容除去術	7040点	6130点
K241	眼球摘出術	4220点	3670点
K256	角膜潰瘍結膜被覆術	3040点	2650点
K257	角膜表層除去併用結膜被覆術	9540点	8300点
K259-3	ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術	52600点	(新設)
K261	角膜形成手術	3510点	3060点
K271	毛様体光凝固術 1 眼内内視鏡を用いるもの	41000点	(新設)
	2 その他のもの	5600点	(新設)
K278	硝子体注入・吸引術	2620点	2280点
K284	硝子体置換術	7920点	6890点

50

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

短期滞在手術等基本料1の見直し

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

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

短期滞在手術等基本料3の見直し

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

(片側・両側で評価の区別を行う手術等)

- K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
- K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
- K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
- K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
- K224 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
- K242 斜視手術 2 後転法
- K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
- K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

厚労省資料(令和6年3月5日)

51

A400 1 短期滞在手術等基本料 1

[基本的な考え方、具体的内容]

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

【改定のポイント】

短期滞在手術等基本料1は、下記のように新たな区分が設けられ、点数変更もある。

イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 □ イ以外の場合

改定後	現行
【短期滞在手術等基本料1】 1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 2947点 (2) (1) 以外の場合 2718点 □ イ以外の場合 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 1588点 (2) (1) 以外の場合 1359点	【短期滞在手術等基本料1】 1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2947点 □ イ以外の場合 2718点

52

A400 1 短期滞在手術等基本料 1

改定後	現行
<p>【短期滞在手術等基本料 1】</p> <p>1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）</p> <p>イ 主として入院で実施されている手術を行った場合</p> <p>(1) 麻酔を伴う手術を行った場合 2947点</p> <p>(2) (1) 以外の場合 2718点</p> <p>ロ イ以外の場合</p> <p>(1) 麻酔を伴う手術を行った場合 1588点</p> <p>(2) (1) 以外の場合 1359点</p>	<p>【短期滞在手術等基本料 1】</p> <p>1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）</p> <p>イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2947点</p> <p>ロ イ以外の場合 2718点</p>
<p>【短期滞在手術等基本料 1】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(3) 短期滞在手術等基本料の「1」の「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合は、以下に掲げる手術等を行った場合をいう。</p> <p>ア～キ（省略）</p> <p>ク K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合のイ逢着レンズを挿入するもの</p> <p>ケ K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合</p> <p>コ K282 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合</p> <p>(4)～(16)（略）</p>	<p>(新設)</p>

53

令和6年度診療報酬改定 II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価-9

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等

（「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合の対象手術等）

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

（「ロ」イ以外の場合の対象手術等）

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

厚労省資料(令和6年3月5日)

54

A400 2 短期滞在手術等基本料3

【改定のポイント】

短期滞在手術等基本料3は、片側・両側の設定と点数の見直しが行われる。

			改定後	現行
イ～ヨ [省略]				イ～ヨ [省略]
タ K202	涙管チューブ挿入術	1 涙道内視鏡を用いるもの (片側) (生活療養を受ける場合にあつては)	8663点 8589点	11312点 11238点
レ K202	涙管チューブ挿入術	1 涙道内視鏡を用いるもの (両側) (生活療養を受ける場合にあつては)	13990点 13916点	片側・両側の 設定が無い
ソ K217	眼瞼内反症状手術	2 皮膚切開法 (片側) (生活療養を受ける場合にあつては)	6524点 6450点	10654点 10580点
ツ K217	眼瞼内反症状手術	2 皮膚切開法 (両側) (生活療養を受ける場合にあつては)	14425点 14351点	片側・両側の 設定が無い
ネ K219	眼瞼下垂手術	1 眼瞼挙筋前転法 (片側) (生活療養を受ける場合にあつては)	11000点 10926点	18016点 17942点
ナ K219	眼瞼下垂手術	1 眼瞼挙筋前転法 (両側) (生活療養を受ける場合にあつては)	19357点 19283点	片側・両側の 設定が無い
ラ K219	眼瞼下垂手術	3 その他のもの (片側) (生活療養を受ける場合にあつては)	10493点 10419点	16347点 16273点
ム K219	眼瞼下垂手術	3 その他のもの (両側) (生活療養を受ける場合にあつては)	17249点 17175点	片側・両側の 設定が無い
ウ K224	翼状片手術 (弁の移植を要するもの) (片側) (生活療養を受ける場合にあつては)		8437点 8363点	9431点 9357点
エ K224	翼状片手術 (弁の移植を要するもの) (両側) (生活療養を受ける場合にあつては)		13030点 12956点	片側・両側の 設定が無い

55

A400 2 短期滞在手術等基本料3

短期滞在手術等基本料3は、片側・両側の設定と点数の見直しが行われる。

短期滞在手術等基本料3については実態を踏まえ、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置も考慮した評価の見直し、一部の対象手術等の評価の精緻化を行う。

			改定後	現行
ノ K242	斜視手術	2 後転法 (片側) (生活療養を受ける場合にあつては)	13877点 13803点	18326点 18252点
オ K242	斜視手術	2 後転法 (両側) (生活療養を受ける場合にあつては)	19632点 19558点	片側・両側の 設定が無い
ク K242	斜視手術	3 前転法及び後転法の併施 (片側) (生活療養を受ける場合にあつては)	20488点 20414点	22496点 22422点
ヤ K242	斜視手術	3 前転法及び後転法の併施 (両側) (生活療養を受ける場合にあつては)	33119点 33045点	片側・両側の 設定が無い
マ K254	治療的角膜切除術1エキシマレーザーによるもの (片側) (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る) (生活療養を受ける場合にあつては)		16748点 16674点	20426点 20352点
ケ K254	治療的角膜切除術1エキシマレーザーによるもの (両側) (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る) (生活療養を受ける場合にあつては)		28464点 28390点	片側・両側の 設定が無い
フ K268	緑内障手術	6 水晶体再建術併用眼内ドレーン術 (片側) (生活療養を受ける場合にあつては)	34516点 34442点	37155点 37081点
コ K268	緑内障手術	6 水晶体再建術併用眼内ドレーン術 (両側) (生活療養を受ける場合にあつては)	67946点 67872点	片側・両側の 設定が無い

56

A400 2 短期滞在手術等基本料3

短期滞在手術等基本料3については実態を踏まえ、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置も考慮した評価の見直し、一部の対象手術等の評価の精緻化を行う。

	改定後	現行
エ K282 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの(片側) (生活療養を受ける場合にあっては)	17457点 17383点	17888点 17814点
テ K282 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの(両側) (生活療養を受ける場合にあっては)	31685点 31611点	32130点 32056点
ア K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片側) (生活療養を受ける場合にあっては)	14901点 14827点	15059点 14985点
サ K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(両側) (生活療養を受ける場合にあっては)	25413点 25339点	25312点 25238点
キ ~ イキ [省略]		ヤ~イタ(略)

57

令和6年度診療報酬改定 II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価-9

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

D237 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの	K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 1 初回
D237 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの	K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者
D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT)	K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)	K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査	K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
D413 前立腺針生検法 2 その他のもの	K617-2 大伏在静脈抜去術
K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術の 2 手、足(手に限る。)	K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。)	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
K048 骨内異物(挿入物を含む。)	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)
K048 骨内異物(挿入物を含む。)	K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
K048 骨内異物(挿入物を含む。)	K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上
K048 骨内異物(挿入物を含む。)	K743 痔核手術(脱肛を含む。)
K048 骨内異物(挿入物を含む。)	K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術に限る。)
K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)	K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K093-2 関節鏡下手根管開放手術	K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)
K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)
K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの	K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K217 眼瞼内反症手術の 2 皮膚切開法	K867 子宮頸部(腔部)切除術
K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法	K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの
K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの	K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの
K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)	K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K242 斜視手術 2 後転法	K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施	K890-3 腹腔鏡下卵管形成術
K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療
K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの	
K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合	
K318 鼓膜形成手術	
K333 鼻骨骨折整復固定術	
K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	
K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	
K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上	

厚労省資料(令和6年3月5日)

58

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

▶ DPC対象病院の場合

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

▶ DPC対象病院以外の場合

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

(※) 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度における取扱いは従前と同様。

厚労省資料(令和6年3月5日)

59

特定保険医療材料

【改定のポイント】

網膜硝子体手術用材料

代替するものがない特定保険医療材料であり、関連学会からも供給継続の要望があることから、供給困難例として原価計算方式による区分の償還価格の見直しを行う。

機能区分	新 償還価格	現行 償還価格
143網膜硝子体手術用材料	29,500円	28,300円

60

バイオ後続品の使用促進①

バイオ後続品使用体制加算の新設

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

(新) バイオ後続品使用体制加算(入院初日) 100点

[算定要件]

- ・ バイオ後続品使用体制加算は、入院及び外来においてバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関であって、当該医療機関の調剤したバイオ後続品のある先発バイオ医薬品(バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。)及びバイオ後続品(以下、「バイオ医薬品」という。)を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が各成分に定められた割合以上である医療機関において、バイオ医薬品を使用する患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。

[施設基準](概要)

- ・ バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- ・ 以下の①～③を満たすこと(ただし②と③の内、直近1年間の実績でどちらかの分母が50を超えない場合は50を超えるもののみ基準を満たしていれば良い)。

- ① 直近1年間の(1)及び(2)に掲げるバイオ医薬品の使用回数の合計 \geq **100回**
- ②
$$\frac{(1) \text{に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計}}{(1) \text{に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計 (バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品を除く)}} \geq$$
 0.8
- ③
$$\frac{(2) \text{に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計}}{(2) \text{に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計 (バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品を除く)}} \geq$$
 0.5

(1)置き換え割合80%以上が目標のバイオ医薬品

- (イ) エボエチン
- (ロ) リツキシマブ
- (ハ) トラスツズマブ
- (ニ) テリパラチド

(2)置き換え割合50%以上が目標のバイオ医薬品

- (イ) ソマトロピン
- (ハ) エタネルセプト
- (ホ) ペバシズマブ
- (ト) インスリンアズパルト
- (ロ) インフリキシマブ
- (ニ) アガルシダーゼベータ
- (ハ) インスリンリスプロ
- (チ) アダリムマブ

厚生省資料(令和6年3月5日)

バイオ後続品の使用促進②

バイオ後続品導入初期加算の見直し

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

現行

【第6部 注射】

[算定要件]

<通則>

- ・ 外来化学療法を算定する場合について、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

【外来腫瘍化学療法診療料】

[算定要件]

- ・ 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。



改定後

【第6部 注射】

[算定要件]

<通則>

- ・ 入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

【外来腫瘍化学療法診療料】

[算定要件]

- ・ **(削除)**

※ 在宅自己注射指導管理料に係るバイオ後続品使用体制加算については従前のとおり。

<参考> 今回の改定で新たにバイオ後続品導入初期加算の対象となる注射薬

- ・ **アガルシダーゼベータ**
- ・ **ラニズマブ**



厚生省資料(令和6年3月5日)

バイオ後続品の使用促進

- ① 入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、患者に対してバイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価を新設する。

(新設) バイオ後続品使用体制加算 (入院初日) 100点

[対象患者]

入院患者であってバイオ後続品のある先発医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く）及びバイオ後続品を使用している患者。

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者〔第1節の入院基本料（特別入院基本料等含む）又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る〕であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く）及びバイオ後続品を使用する患者について当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

63

バイオ後続品の使用促進

[施設基準]

- (1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- (2) 直近1年間にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品の使用回数が100回を超えること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤したバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、以下のいずれも満たすこと。
- イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上であること。ただし当該成分の規格単位数量が50未満の場合を除く。
- ① エポエチン ② リツキシマブ ③ トラスツズマブ ④ テリパラチド
- ロ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が50%以上であること。
- ただし、当該成分の規格単位数量が50未満の場合を除く。
- ① ソマトロピン ② インフリキシマブ ③ エタネルセプト
④ アガルシダーゼベータ ⑤ ベバシズマブ ⑥ インスリンリスプロ
⑦ インスリンアスパルト ⑧ アダリムマブ ⑨ ラニビズマブ
- (4) バイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (5) (4) 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。
- [経過措置] 令和7年5月31日までの間に限り、(5) に該当するものとみなす。

64

バイオ後続品の使用促進

- ② バイオ後続品導入初期加算の対象患者について、外来化学療養を実施している患者から、医療機関において注射するバイオ後続品を使用する全ての患者に見直す。

改定後	現行
<p>【第6部 注射】 [算定要件] 通則7 入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>【第6部 注射】 [算定要件] 通則7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合はバイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p>

- ③ ②に伴い外来腫瘍化学療法診療料におけるバイオ後続品導入初期加算は廃止する。

改定後	現行
<p>【外来腫瘍化学療法診療料】 (削除)</p>	<p>【外来腫瘍化学療法診療料】 注7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p>

65

投薬用の薬剤容器

- 投薬時の薬剤容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、変換に関する規定の見直しを行う。

【改定のポイント】

投薬時の薬剤容器：患者が医療機関又は薬局に当該容器を返還した場合の**実費返還の取り扱いを廃止する。**

改定後	現行
<p>医科診療報酬点数表 【第5部 投薬】 〈通則〉1・2・4・5（略）</p> <p>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。</p>	<p>医科診療報酬点数表 【第5部 投薬】 〈通則〉1・2・4・5（略）</p> <p>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。</p>

66

書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

【具体的内容】

保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者における書面揭示について、原則としてウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

【改定のポイント】

書面揭示事項につき、療養の内容及び費用に関する事項をWEBサイトにも掲載しなければならないとの一文が療養担当規則や施設基準に新設されている点に注意が必要である。

経過措置期間有り。

67

書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

【書面揭示事項（診療所又は病院、病棟の見やすい所）、WEB掲載事項】

〈療養担当規則〉

食事療養（内容と費用）	第五条の三第四項
生活療養（食事内容向上、温度、照明、給水に関する療養環境、費用）	第五条の三の二
評価療養、患者申出療養、選定療養（それぞれの内容と費用）	第五条の四

〈療担規則及び薬担規則ならびに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項〉

眼科関連事項抜粋

- ・ 保険医療機関及び保険薬局の明細書の発行状況に関する揭示（明細書発行体制加算）
- ・ 役務の提供及び物品の販売であって患者から費用の支払を受けるものに関する事項（法令規定に基づく）
- ・ 予約診療を行う日時及び予約料
- ・ コンタクトレンズ検査料
- ・ 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要事項
- ・ 外来後発医薬品使用体制加算 1、2、3 の施設基準に新設された事項
- ・ 処方箋料（一般名処方加算 1、2）の施設基準に新設された事項
- ・ バイオ後続品の使用

68

令和6年度診療報酬改定
経過措置

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

厚労省資料(令和6年3月5日)

69

令和6年度診療報酬改定

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。

厚労省資料(令和6年3月5日)

70

お願い

◎ 診療報酬本体 [6月施行]

点数、施設基準に関する疑義解釈、届出（様式）等については新情報が判明次第、本会ホームページ・会員ページの令和6年度診療報酬改定・健保関連事項欄に掲載します。

◎ 本会事務局へお問い合わせいただきましても回答しかねますのでご遠慮願います。

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2月15日

厚生労働省保険局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

72

目 次

1 医療従事者の賃上げの概要について

- (1) 全体の概要
- (2) 対象職種
- (3) 創設される診療報酬について
- (4) 賃上げのイメージ
- (5) 賃上げを考える前に – ベースアップとは –
- (6) ベースアップ評価料の算定額の配分パターン
- (7) 具体的なスケジュール
- (8) 計画書・報告書の提出について

2 よくあるご質問

3 ベースアップ評価料の試算

参考 賃上げに向けた評価の新設（詳細）

73

1 医療従事者の賃上げの概要について

ひとくらし、みらいのために



1 医療従事者の賃上げの概要について (1) 全体の概要①

- 昨今の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えています。
- こうした中、令和6年度診療報酬改定では、医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組として、**特例的な対応**を行います。

物価高に負けない「賃上げ」の実現！

物価高に負けない「賃上げ」の実現を目指し、令和6年度診療報酬改定では、

- 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**
- 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**を行い、**医療従事者の賃上げに必要な診療報酬を創設**します。

また、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%の実現に向け、

- ① 医療機関等の過去の実績
- ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
- ③ 賃上げ税制の活用



を組み合わせてすることにより、達成を目指していくことになります。

なお、今回の賃上げの状況については、賃金引上げに係る計画書、賃金引上げの実施状況の報告書の提出（毎年）、抽出調査などにより報告していただく予定です。（P11参照）



ベースアップ評価料の算定要件は、当該評価料による収入を原則、全額ベア等に充てることです。その上で、さらに今般の報酬措置以外の収入や、税制措置も活用しながら、令和6年度ベア+2.5%、令和7年度ベア+2.0%の目標へのご協力をお願いします。

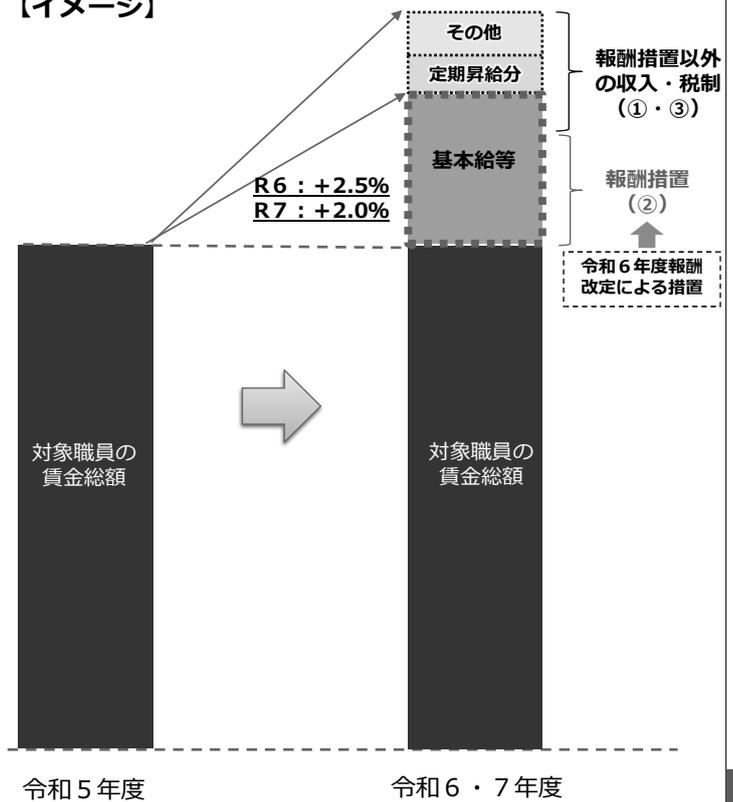
1 医療従事者の賃上げの概要について

(1) 全体の概要②

【基本的な方針】

- 次の①～③を組み合わせた賃上げ対応
 - ① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に
 - ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
 - ③ 賃上げ促進税制の活用
- 令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実施し、定期昇給なども合わせて、昨年を超える賃上げの実現を目指す。

【イメージ】



1 医療従事者の賃上げの概要について

(2) 対象職種

○ 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】

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、診療工ックス線技師、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

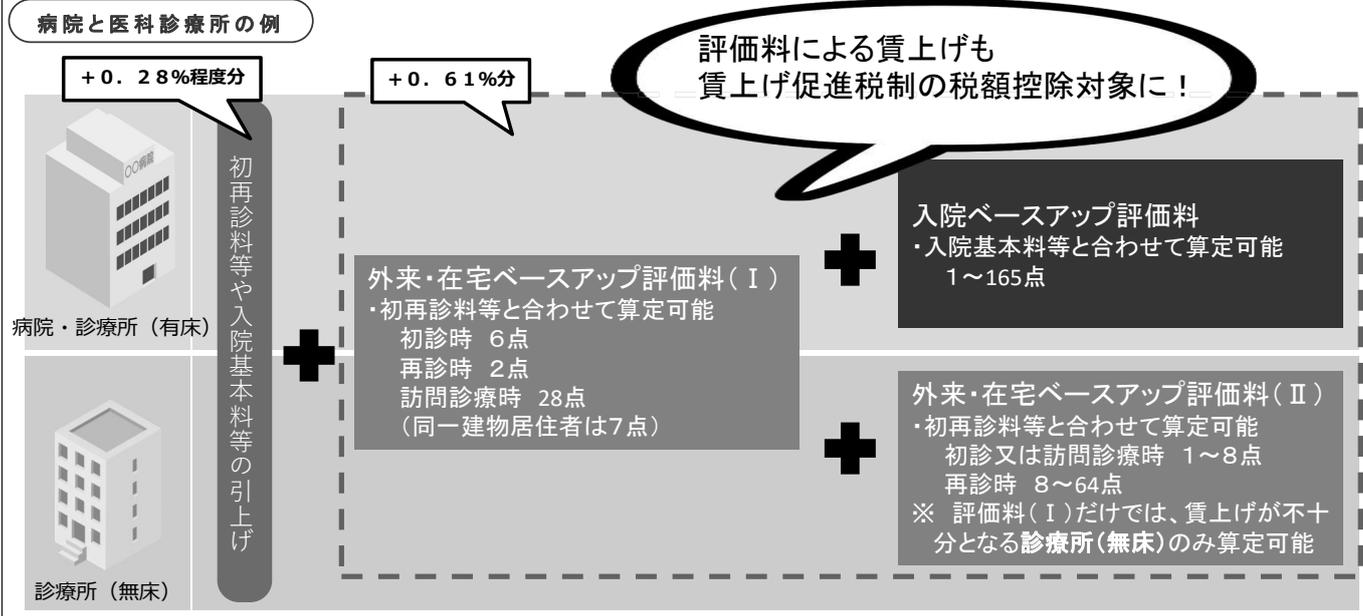
【対象職種（想定）】

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

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

- 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。



1 医療従事者の賃上げの概要について

(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。

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。

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

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。

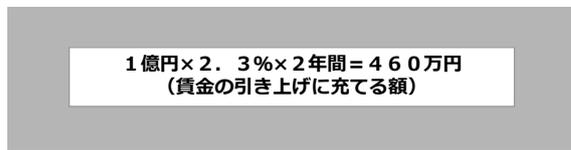
なお、基本給等とは、**決まって毎月支払われる給与や手当**のことを指し、例えば、年俸制で1年に1回定められる額の1月当たり分もこれに該当します。

1 医療従事者の賃上げの概要について

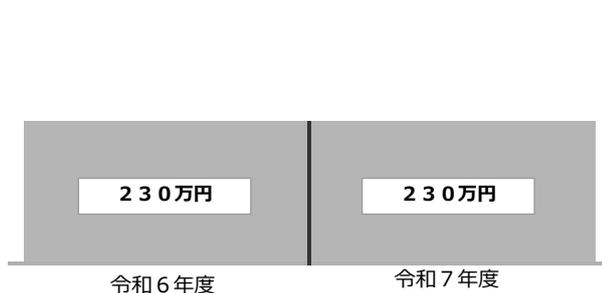
(5) ベースアップ評価料の算定額の配分パターン

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

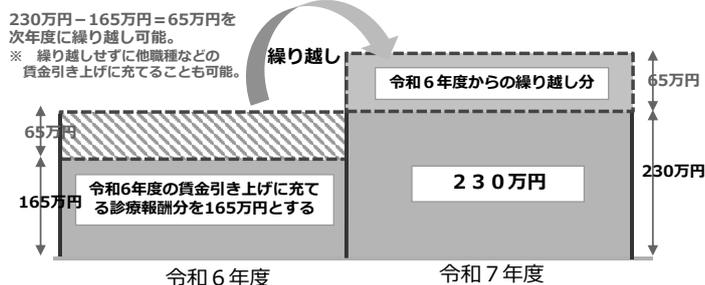
【例：令和5年度の給与総額が1億円であった場合】
 （2年間のベースアップ評価料の算定額の見込み）



（パターン1）
 令和6年度にまとめて引き上げを行う配分方法



（パターン2）
 2年間で段階的に引き上げを行う配分方法

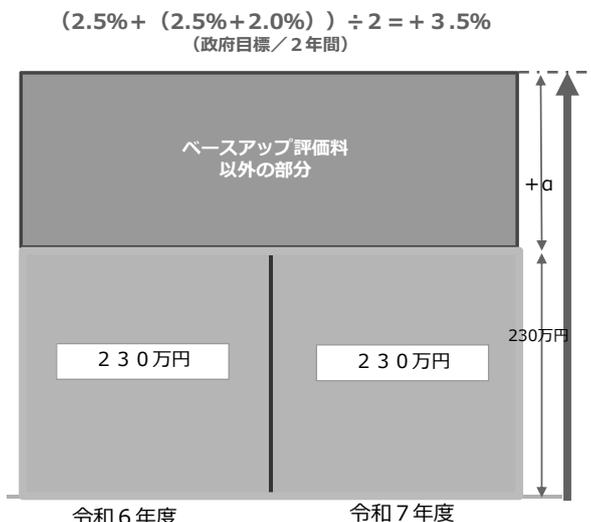


ベースアップ評価料の算定額の見込みについては、あくまで目安であり、保険医療機関ごとの状況や実際の算定回数に応じて、変動が生じ得ます。

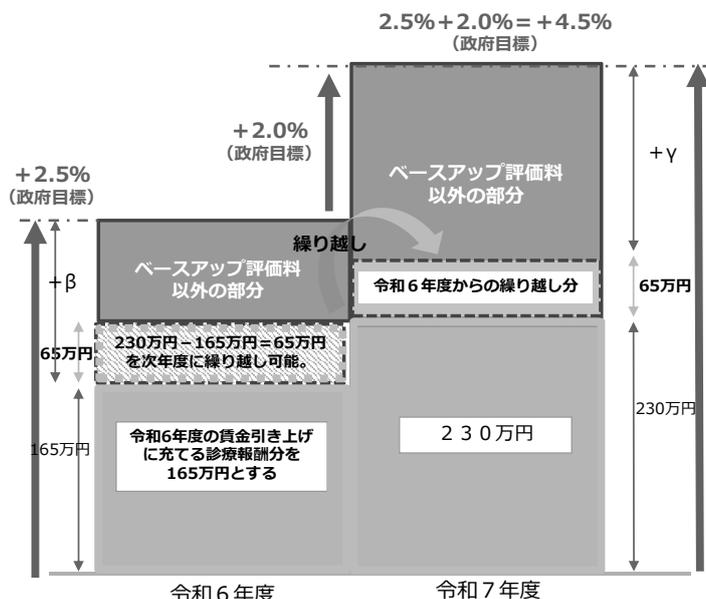
(例) 政府目標を踏まえたモデルケース

【例：年間の給与総額が1億円であった場合】

（パターン1）
 令和6年度にまとめて引き上げを行う配分方法



（パターン2）
 2年間で段階的に引き上げを行う配分方法



ベースアップ評価料による賃上げの対象とならない職種についても、引き上げられた初再診料等や入院基本料等を活用して、同様の考え方で政府目標の達成を目指して頂きますようお願いいたします。

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。

	R5年度		R6年度					R7年度					R8年度		
	2月	3月	4月～	6月～	9月～	12月～	3月	4月～	6月	～8月	9月～	12月～	3月	～5月	～8月
賃上げセミナー	● 本日														
計画・交渉・改定	←→														
賃金改善実施期間															
施設基準上の届出・変更				●	●	●	●		●		●	●	●		
賃上げ状況の報告															

賃上げに係る診療報酬の算定開始月は6月だが、4月・5月の賃上げにも充当可
 R6改定施行
 2段階の引き上げを行う場合
 R6年度分
 R7年度分

82

1 医療従事者の賃上げの概要について

(7) 計画書・報告書の提出について

賃金引き上げに係る計画書・賃金引き上げの実施状況の報告書について

- P10のスケジュールにあるとおり、ベースアップ評価料を算定する医療機関等は、施設基準の届出書と合わせて、賃金引上げに係る**計画書及び報告書**を地方厚生（支）局にご提出頂きます。この中で、ベースアップ評価料が原則ペア等に充てられていることについても確認します。
- さらに、計画書及び報告書では、ベースアップ評価料による賃金引上げの状況だけでなく、**自主財源等も含めた全体的な引き上げ状況及びベースアップ評価料の対象とならない40歳未満の勤務医師等（改定率+0.28%分）の職種の状況**についてもお聞きする予定です。
- また、別途、**抽出調査の実施等**も予定しています。



83

2. よくある質問

よくある質問

Q1. 令和6年6月からベースアップ評価料を算定する場合は、いつから賃上げを実施すればよいのでしょうか。

A. 算定要件としては、令和6年6月から賃上げを実施していれば、要件を満たしますが、令和6年4月及び5月から賃上げを実施する場合も、ベースアップ評価料を充当してよいこととしています。

Q2. 賃上げ促進税制とは、どのような制度でしょうか。

A. 事業者が一定率以上の賃上げをした場合に、賃上げ額の一部を法人税等から税額控除できる制度です。

詳細は以下URLのパンフレットを御確認ください。

https://www.meti.go.jp/policy/economy/jinzai/syotokukakudaisokushin/r6_chinagesokushinzeisei_pamphlet.pdf



3 ベースアップ評価料の試算

ひとくらしをのりにつなぐために



2 ベースアップ評価料の試算①

- 厚生労働省では、今般のベースアップ評価料による算定見込みや医療従事者の賃上げ見込みの試算を支援するため、「ベースアップ評価料計算支援ツール」を作成しました。
- 以下では、当該ツールを活用した具体的な試算方法をご説明します。施行前にご自身の施設における賃上げについて試算してみましょう。

ベースアップ評価料計算支援ツール

令和6年2月15日版

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

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

目次

はじめに
Step 1 対象職員の給与総額の計算
Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算 ①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】 ②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】 ③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】
Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算



まずは、次へをクリックします。



2 ベースアップ評価料の試算②

- まずは、**対象職員の給与総額**を計算し、入力してください（P 5の対象職員も参照。）。
- この際、入力する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るように注意してください（ただし、役員報酬は対象外です。）。

Step 1 対象職員の給与総額の計算

- まずは、**対象職員の給与総額**を計算しましょう。
2024年6月1日から算定を開始する場合、2023年3月～2024年2月に実際に支払った給与総額を入力してください。

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

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

2024年2月については、試算時には、見込みで構いません。

対象職員の給与総額の実績を入力します。

給与総額には、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上してください。ただし、役員報酬は対象外です。

目次

はじめに
Step 1 対象職員の給与総額の計算
Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算 ①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】 ②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】 ③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】
Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算



入力後、次へをクリックします。

88

2 ベースアップ評価料の試算③

- 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。
- 対象期間の初再診料等の算定回数を入力してください（P 23、25の[算定要件]も参照。）。
- 歯科併設の保険医療機関については、歯科初再診料等の算定回数も入力してください。

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)
2024年6月1日	2023年12月	100回	300回	4回	8回
	2024年1月	100回	300回	4回	8回
	2024年2月	100回	300回	4回	8回
	1月当たり算定回数	100回	300回	4回	8回
		歯科併設の医療機関は、算定回数を入力してください。			
		歯科初診料等	歯科再診料等	歯科訪問診療料 (同一建物以外)	歯科訪問診療料 (同一建物)
	2024年2月	0回	0回	0回	0回
		0回	0回	0回	0回
	2024年2月	0回	0回	0回	0回
		0回	0回	0回	0回
	1月当たり算定回数	0回	0回	0回	0回

2024年7月1日以降の算定を予定している場合は、算定月が変更となります。

算定回数を入力します。

戻る



入力後、次へをクリックします。

目次

はじめに
Step 1 対象職員の給与総額の計算
Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算 ①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】 ②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】 ③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】
Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算

89

2 ベースアップ評価料の試算④

- 次に、**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）**の算定見込みの計算を行います。
- こちらは、**無床診療所のみが対象**となりますので、**病院・有床診療所については算定できません。**
- 該当する区分のみ選択し、算定の可否及び算定できる場合の区分を確認してください。

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 **該当区分を選択します。**

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

算定可能

②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による賃金増率等

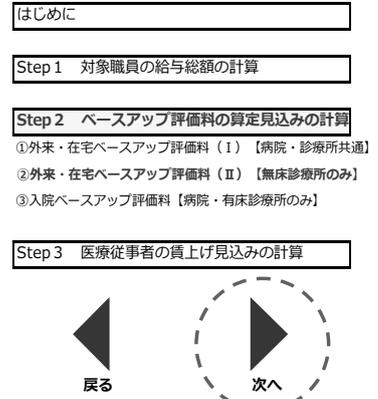
1月当たり給与総額	2,333,333円
1月当たり算定金額	13,680円
賃金増率	0.59%

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの区分 **算定区分です。**

区分の元となる数値	1.2
算定区分	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1
算定点数	初診・訪問診療時 8点 再診時 1点

※ 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。

目次



入力後、次へをクリックします。

90

2 ベースアップ評価料の試算⑤

- 次に、**入院ベースアップ評価料**の算定見込みの計算を行います。
- こちらは、**病院・有床診療所のみが対象**となりますので、**無床診療所については算定できません。**
- 対象期間の延べ入院患者数を入力し、算定の可否及び算定できる場合の区分を確認してください。

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。

延べ入院患者数を入力します。

対象月	延べ入院患者数
2023年12月	10,000人
2024年1月	10,000人
2024年2月	10,000人

2024年2月については、試算時には、見込みで構いません。

一月当たり延べ入院患者数	10,000人
--------------	---------

入院ベースアップ評価料Ⅲの算定可否 **該当区分を選択します。**

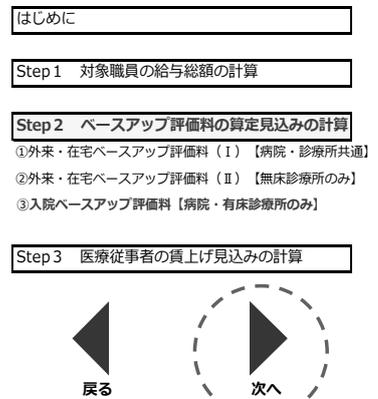
病院・有床診療所
 無床診療所

入院ベースアップ評価料Ⅲの区分 **算定区分です。**

区分の元となる数値	0.3
算定区分	入院ベースアップ評価料1
算定点数	1点

※ 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。

目次



入力後、次へをクリックします。

91

2 ベースアップ評価料の試算⑥

- 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。

Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算

- 最後に、医療従事者の賃上げ見込みの計算を行います。
- 「ベースアップ評価料による1月当たり収入合計」等について、確認してください。

賃上げ見込みの計算

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

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

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

目次

はじめに

Step 1 対象職員の給与総額の計算

Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算

① 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】

② 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】

③ 入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】

Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算



戻る



次へ

92

参考 賃上げに向けた評価の新設（詳細）



93

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①

- ▶ 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）

1 初診時	6点
2 再診時	2点
3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者以外に訪問診療を行った場合	28点
ロ 同一建物居住者に訪問診療を行った場合	7点

[算定要件]

- 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、訪問診療を行った場合に所定点数を算定する。
- 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）を算定しているものについて、所定点数を算定する。
- 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ているものについて、所定点数を算定する。
- 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。）を算定しているものについて、所定点数を算定する。
- 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）を算定しているものについて、所定点数を算定する。

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②

[施設基準]

- 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。
- 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。対象職員は別表1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。
- 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。ただし、令和6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等においてはこの限りではない。
- (3)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、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。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務医（歯科医師を含む。以下同じ。）及び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。）を行うことができること。
- 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

[別表1] 主として医療に従事する職員（対象職員）

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

賃上げに向けた評価の新設③（歯科）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設

- ▶ 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（歯科）において、勤務する歯科衛生士、歯科技工士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） 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

1 初診時	10点
2 再診時	2点
3 歯科訪問診療時	
イ 同一建物居住者以外の場合	41点
ロ 同一建物居住者に訪問診療を行った場合	10点

〔算定要件〕

- 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、訪問診療を行った場合に所定点数を算定する。
- 1については、初診料又は短期滞在手術等基本料1を算定しているものについて、所定点数を算定する。
- 2については、再診料又は短期滞在手術等基本料1を算定しているものについて、所定点数を算定する。
- 3のイについては、歯科訪問診療1を算定しているものについて、所定点数を算定する。
- 3のロについては、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を算定しているものについて、所定点数を算定する。

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①

- ▶ 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改善を強化する必要があ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	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	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	8点

〔算定要件〕

- 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。
- 各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（I）の1（初診時）又は3（訪問診療時）を算定している患者について、各区分のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（I）の2（再診時）を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

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②

【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。）の届出を行っ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）の届け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）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倍の数が、対象職員の給与総額の1分2厘未満**であること。
- (4) **下記の式【A】に基づき、別表2に従い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）の施設基準の届け出を行う場合は、同一の区分を届け出ること。**
- (5) (4)について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料（II）の算定回数の見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。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局長等に届け出ること。**
ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【A】、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並びに外来・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**こと。
- (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**。ただし、令和6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等においてはこの限りではない。
- (7) (6)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上でを行い、**基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする**。
- (8) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (9) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (10) **対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること**。ただし、特定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。
- (11) **主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること**。

対象職員の給与総額×1分2厘 - (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) ×10円

【A】 =

外来・在宅ベースアップ評価料（II）イの算定回数見込み×8
 + 外来・在宅ベースアップ評価料（II）ロの算定回数見込み
 + 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）イの算定回数見込み×8
 + 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）ロの算定回数見込み ×10円

【別表2】 外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分

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

賃上げに取り組む経営者の皆様へ

～政府は、賃上げに取り組む企業・個人事業主を応援します～

賃上げ促進税制を強化！

【大企業・中堅企業】

全雇用者の給与等支給額の増加額の最大35%を税額控除※1

【中小企業】

全雇用者の給与等支給額の増加額の最大45%を税額控除※1

<適用期間：令和6年4月1日から令和9年3月31日までの間に開始する各事業年度>

(個人事業主は、令和7年から令和9年までの各年が対象)

必須要件（賃上げ要件）

上乗せ要件①
教育訓練費※2

上乗せ要件②（新設）
子育てとの両立・女性活躍支援

・適用対象：青色申告書を提出する全企業又は個人事業主※3

大企業向け

継続雇用者の 給与等支給額（前年度比）	税額控除率※1
+ 3%	10%
+ 4%	15%
+ 5%（新設）	20%
+ 7%（新設）	25%

前年度比 + 10%
⇒ 税額控除率を
5%上乗せ

プラチナくるみ
or
プラチナえるぼし
⇒ 税額控除率を5%上乗せ

・適用対象：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※4

(その企業及びその企業との間にその企業による支配関係がある企業の従業員数の合計が1万人を超えるものを除く。)

中堅企業向け（新設）

継続雇用者の 給与等支給額（前年度比）	税額控除率※1
+ 3%	10%
+ 4%	25%

前年度比 + 10%
⇒ 税額控除率を
5%上乗せ

プラチナくるみ
or
えるぼし三段階目以上
⇒ 税額控除率を5%上乗せ

・適用対象：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、農業協同組合等）又は従業員数1,000人以下の個人事業主

中小企業向け

全雇用者の 給与等支給額（前年度比）	税額控除率※1
+ 1.5%	15%
+ 2.5%	30%

前年度比 + 5%
⇒ 税額控除率を
10%上乗せ

くるみ以上
or
えるぼし二段階目以上
⇒ 税額控除率を5%上乗せ

中小企業は、賃上げを実施した年度に控除しきれなかった金額の5年間の繰越しが可能※5（新設）

※1 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%。

※2 教育訓練費の上乗せ要件は、適用事業年度の教育訓練費の額が適用事業年度的全雇用者に対する給与等支給額の0.05%以上である場合に限り、適用可能。

※3 「資本金10億円以上かつ従業員数1,000人以上」又は「従業員数2,000人超」のいずれかに当てはまる企業は、マルチステークホルダー方針の公表及びその旨の届出を行うことが必要。それ以外の企業は不要。

※4 資本金10億円以上かつ従業員数1,000人以上の企業は、マルチステークホルダー方針の公表及びその旨の届出が必要。

※5 繰越税額控除をする事業年度において、全雇用者の給与等支給額が前年度より増加している場合に限り、適用可能。

本紙内容は令和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。詳細については、租税特別措置法等が成立し制度内容が確定し次第、令和6年5月頃を目途にHP（右記QRコード）に公表します。

大企業向け
中堅企業向け
はこちら

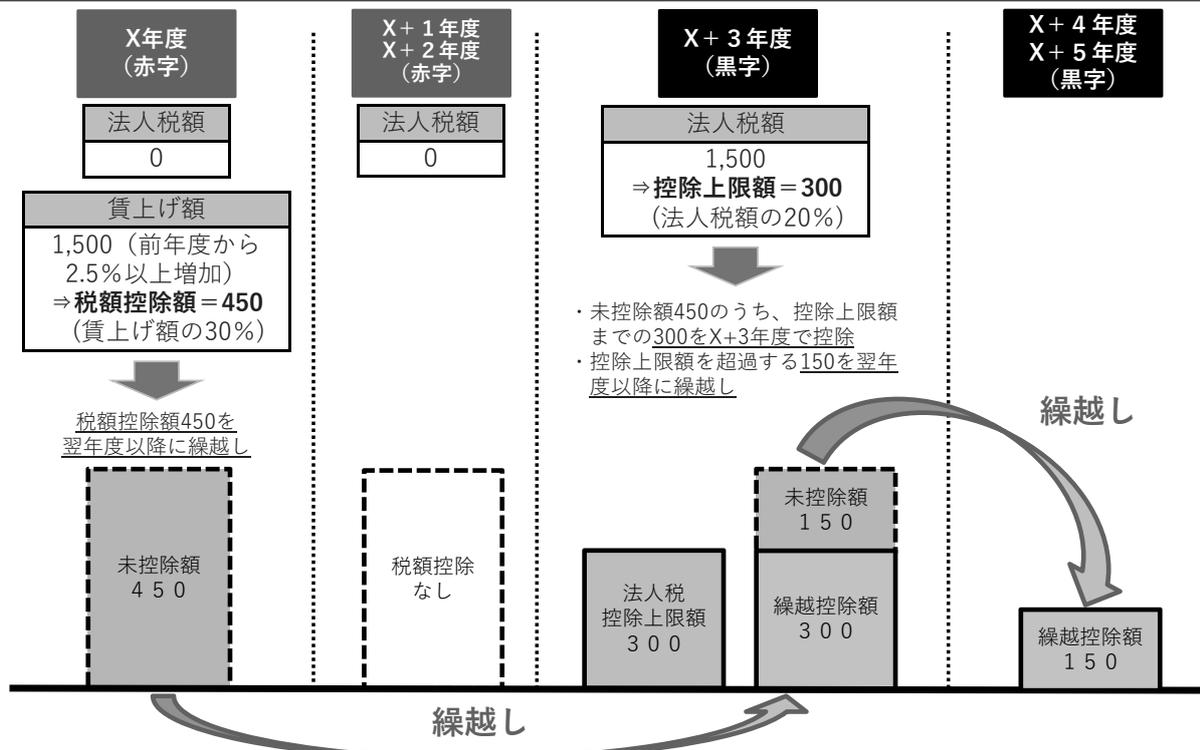


中小企業向け
はこちら



繰越控除措置のイメージ

中小企業は、要件を満たす賃上げを実施した年度に控除しきれなかった金額の5年間の繰越しが可能となりました。



用語の説明

・給与等支給額

国内雇用者（法人又は個人事業主の使用人のうちその法人又は個人事業主の国内に所在する事業所につき作成された賃金台帳に記載された者をいいます。パート、アルバイト、日雇い労働者も含みますが、使用者兼務役員を含む役員及び役員の特権関係者、個人事業主と特殊の関係のある者は含まれません。）に対する給与等（俸給・給料・賃金・歳費及び賞与並びに、これらの性質を有する給与（所得税法第28条第1項に規定する給与所得）をいいます。退職金など、給与所得とならないものについては、原則として給与等に該当しません。）の支給額をいいます。ただし、給与等に充てるため他の者から支払を受ける金額がある場合には、当該金額を控除します。

・継続雇用者の給与等支給額 【大企業向け・中堅企業向け】

継続雇用者（前事業年度及び適用年度の全ての月分の給与等の支給を受けた国内雇用者であって、前事業年度及び適用年度の全ての期間において雇用保険の一般被保険者であり、かつ前事業年度及び適用年度の全てまたは一部の期間において高年齢者雇用安定法に定める継続雇用制度の対象となっていない者を指します。）に対する給与等支給額をいいます。

・教育訓練費

国内雇用者の職務に必要な技術又は知識を習得させ、又は向上させるために支出する費用のうち一定のものをいいます。具体的には、法人が教育訓練等を自ら行う場合の費用（外部講師謝金等、外部施設使用料等）、他の者に委託して教育訓練等を行わせる場合の費用（研修委託費等）、他の者が行う教育訓練等に参加させる場合の費用（外部研修参加費等）などをいいます。

・子育てとの両立・女性活躍支援

プラチナくるみん認定・くるみん認定、プラチナえるぼし認定・えるぼし認定の取得方法や概要については、厚生労働省HPを御確認ください。

プラチナくるみん認定
くるみん認定
はこちら



プラチナえるぼし認定
えるぼし認定
はこちら



・中小企業者等 【中小企業向け】

青色申告書を提出する者のうち、以下に該当するものを指します。

(1) 以下のいずれかに該当する法人

(ただし、前3事業年度の所得金額の平均額が15億円を超える法人は本税制適用の対象外)

① 資本金の額又は出資金の額が1億円以下の法人

ただし、以下の法人は対象外

- ・同一の大規模法人（資本金の額若しくは出資金の額が1億円超の法人、資本若しくは出資を有しない法人のうち常時使用する従業員数が1,000人超の法人又は大法人（資本金の額又は出資金の額が5億円以上である法人等）との間に当該大法人による完全支配関係がある法人等をいい、中小企業投資育成株式会社を除きます。）から2分の1以上の出資を受ける法人
- ・2以上の大規模法人から3分の2以上の出資を受ける法人

② 資本又は出資を有しない法人のうち常時使用する従業員数が1,000人以下の法人

(2) 協同組合等（中小企業等協同組合、出資組合である商工組合等[※]）

※協同組合等に含まれる組合は、農業協同組合、農業協同組合連合会、中小企業等協同組合、出資組合である商工組合及び商工組合連合会、内航海運組合、内航海運組合連合会、出資組合である生活衛生同業組合、漁業協同組合、漁業協同組合連合会、水産加工業協同組合、水産加工業協同組合連合会、森林組合並びに森林組合連合会です。

本紙内容は令和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。

詳細については、租税特別措置法等が成立し制度内容が確定し次第、令和6年5月頃を目途にHP（表面QRコード）に公表します。