

## 2024年度診療報酬改定のポイントと診療所の経営対応

講師 (株)ASK梓診療報酬研究所  
所長 中林 梓

1

### 令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

#### 1. 診療報酬 +0.88% (R6年6月1日施行)

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

#### 2. 薬価等

- ① 薬価 ▲0.97% (R6年4月1日施行)
- ② 材料価格 ▲0.02% (R6年6月1日施行)
- ※ イン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）
- ※ インベーションの更なる評価等を行うため、長期取載品の保険給付の在り方の見直しを行う。  
⇒選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする（R6年10月1日施行）

#### 3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

- 良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。
- ・医療DXの推進による医療情報の有効活用等
  - ・調剤基本料等の適正化
- 加えて、医療現場で働く方にとって、R6年度に2.5%、R7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

3

# 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<br>12月              | 令和6年<br>1月     | 2              | 3                                | 4            | 5 | 6                          | 7            | 8       | 9 |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------------------------|--------------|---|----------------------------|--------------|---------|---|
| 予算編成<br>大臣折衝<br>(12月20日) | 1月12日<br>中医協諮問 | 2月14日<br>中医協答申 | 3月5日<br>関係告示等<br>3月下旬<br>電子点数表公布 | 4月1日<br>薬価改定 |   | 6月1日施行<br>(材料価格の<br>改定を含む) | 7月上旬<br>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。

## 従来改定スケジュール

| 前年12月        | 当該年<br>1月     | 2             | 3                                | 4                   | 5            | 6      | 7    | 8 | 9 |
|--------------|---------------|---------------|----------------------------------|---------------------|--------------|--------|------|---|---|
| 予算編成<br>大臣折衝 | 1月中旬<br>中医協諮問 | 2月上旬<br>中医協答申 | 3月上旬<br>関係告示等<br>3月下旬<br>電子点数表公布 | 4月1日施行              | 5月上旬<br>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 |      |   |   |

9

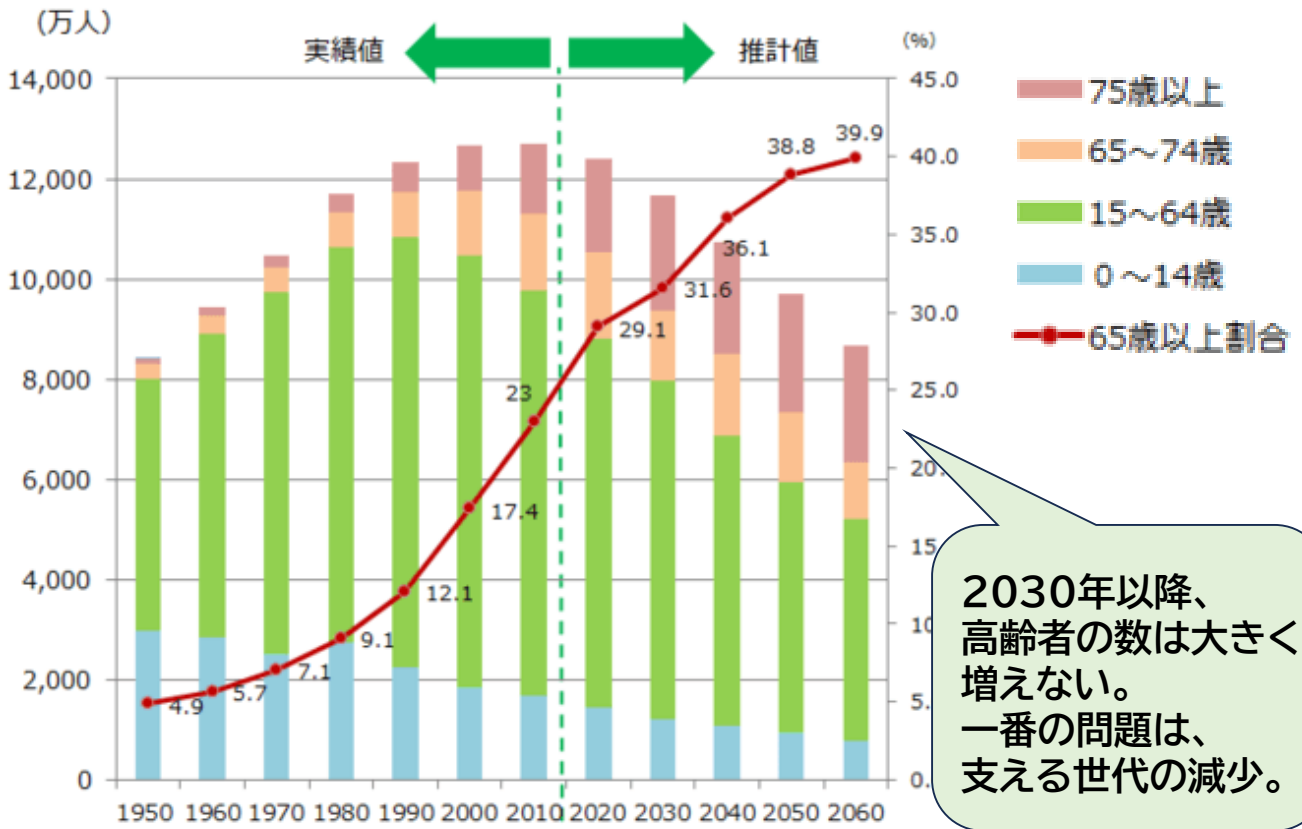
©ASK/©LINKUP 2024.03.05 厚労省説明会資料 令和6年度診療報酬改定の概要 (医科全体版)

3

## 令和6年度介護報酬改定の施行時期について (主な事項)

- 令和6年度介護報酬改定の施行時期については、令和6年度診療報酬改定が令和6年6月1日施行とされたこと等を踏まえ、以下のとおりとする。
  - 6月1日施行とするサービス
    - ・ 訪問看護
    - ・ 訪問リハビリテーション
    - ・ 居宅療養管理指導
    - ・ 通所リハビリテーション
  - 4月1日施行とするサービス
    - ・ 上記以外のサービス
- 令和6年度介護報酬改定における処遇改善関係加算の加算率の引上げについては、予算編成過程における検討を踏まえ、令和6年6月1日施行とする。これを踏まえ、加算の一本化についても令和6年6月1日施行とするが、現行の処遇改善関係加算について事業所内での柔軟な職種間配分を認めることとする改正は、令和6年4月1日施行とする。
- 補足給付に関わる見直しは、以下のとおりとする。
  - 令和6年8月1日施行とする事項
    - ・ 基準費用額の見直し
  - 令和7年8月1日施行とする事項
    - ・ 多床室の室料負担

# 超高齢化社会がすすんでいく（少子高齢化）



2030年以降、  
高齢者の数は大きく  
増えない。  
一番の問題は、  
支える世代の減少。

©ASK/©LINKUP

5

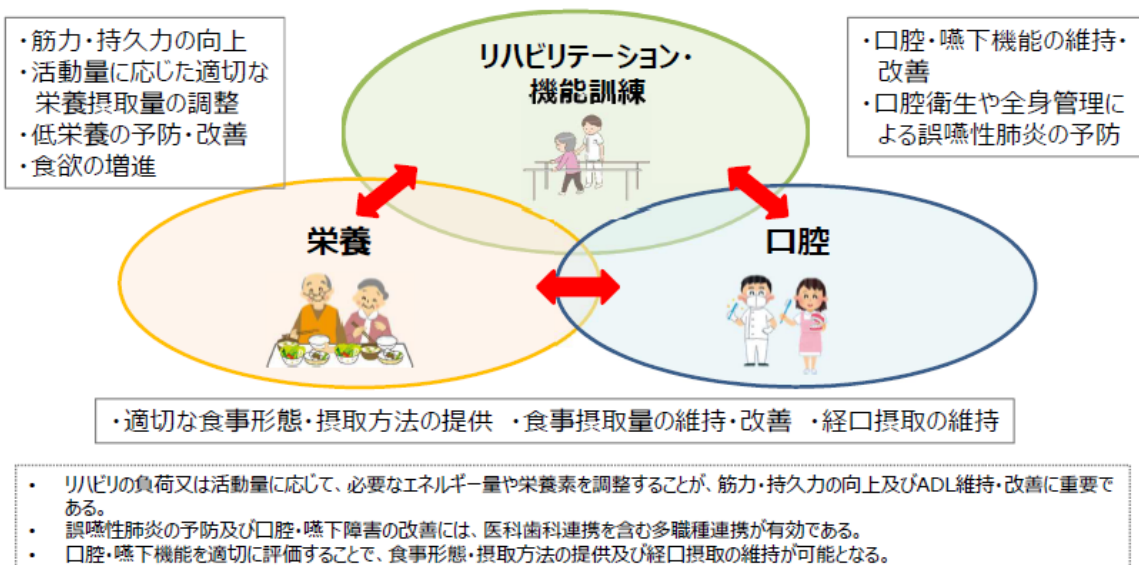
## 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審-介護給付費分科会  
第178 (R2.6.25) 資料1

3. (1)①

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の  
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



105

# 賃上げ

## 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<br>医療法人立又は個人立の<br>医療機関・薬局   |       | 中規模の<br>医療法人立又は個人立の<br>医療機関・薬局                   |       | 大規模の<br>医療法人立又は個人立の<br>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> |       | <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> |       | <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<br>給与等支給額<br>(前年度比)   | 税額控除率 | 継続雇用者の<br>給与等支給額<br>(前年度比)                       | 税額控除率 | 継続雇用者の<br>給与等支給額<br>(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%   |



【上乗せ要件】 ①教育訓練費の増加 ②子育てとの両立・女性活躍への支援

上乗せ要件も達成で  
最大控除率**45%**

上乗せ要件も達成で  
最大控除率**35%**

上乗せ要件も達成で  
最大控除率**35%**

※税額控除額の計算は、全雇用者の前事業年度から適用事業年度の給与等支給額の増加額に税額控除率を乗じて計算。ただし、控除上限額は法人税額等の20%。  
詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。  
なお、本内容は、令和5年12月の政府決定時点のもので、今後の国会審議等を踏まえて施策内容が変更となる可能性があります。



## 賃上げに係る評価の全体像

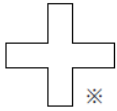
### ベースアップ評価料

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

#### ① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)  
 ・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時 6点 再診時 2点 等



※ 入院に携わる職員のための評価

病院、有床診療所



※ 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 **13**

## 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]

- （1）主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中以外の患者に初診、再診又は訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- （2）1については、初診料、小児科外来診療料（初診時）又は小児かかりつけ診療料（初診時）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- （3）2については、再診料、外来診療料、短期滞在手術等基本料1、小児科外来診療料（再診時）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料（再診時）又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- （4）3のイについては、在宅患者訪問診療料(I)の同一建物居住者以外の場合又は在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- （5）3のロについては、在宅患者訪問診療料(I)の同一建物居住者の場合又は在宅患者訪問診療料(II)を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

## 賃上げに向けた評価の新設②

### 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

【施設基準の概要】

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

#### 主として医療に従事する職員（対象職員）

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

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (4) (3)について、当該評価料は、対象職員の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。
- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。
- (6) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

15

11

## 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。

17

12

## 賃上げに向けた評価の新設⑤

### 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】

〔施設基準の概要〕

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

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

#### 外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分

| 【A】   | 外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分 | 点数<br>(イ) | 点数<br>(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        |

18

13

## 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る。)**についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (8) **「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、**定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) **常勤換算2人以上の対象職員が勤務していること。**ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあつては、当該規定を満たしているものとする。

#### 【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

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

19

14

## 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(昭和三十三年法律第二十六号)第二十六条第二項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に**係る収入金額**(労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね百分の十以下の場合をいう。))の場合に限る。))を含む。)
  - イ 健康増進法(平成十四年法律第百三十三号)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(昭和二十三年法律第六十八号)第二条第六項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第三十条の三十五の三第一項第二号口の規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成二十九年厚生労働省告示第三百十四号)に規定する予防接種をいう。)に**係る収入金額**
  - エ **助産**(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に**係る収入金額**(一の分娩に係る助産に係る収入金額が五十万円を超えるときは、五十万円を限度とする。)
  - オ **介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額**(租税特別措置法第二十六条第二項第四号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)
  - カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第六条に規定する**介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに**同法第七十七条及び第七十八条に規定する**地域生活支援事業に係る収入金額**
  - キ 児童福祉法第二十一条の五の二に規定する**障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費**、同法第二十四条の二に規定する**障害児入所給付費**、同法第二十四条の七に規定する**特定入所障害児食費等給付費並びに**同法第二十四条の二十五に規定する**障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額**
  - ク **国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額**

20

15

## 賃上げに向けた評価の新設⑨

### 入院ベースアップ評価料の新設【算定要件】

- 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。

(新) **入院ベースアップ評価料(1日につき)**

|            |                       |             |
|------------|-----------------------|-------------|
| <b>1</b>   | <b>入院ベースアップ評価料1</b>   | <b>1点</b>   |
| <b>2</b>   | <b>入院ベースアップ評価料2</b>   | <b>2点</b>   |
| ↓          |                       |             |
| <b>165</b> | <b>入院ベースアップ評価料165</b> | <b>165点</b> |

[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入院している患者であって、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。)を算定している患者について、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。

**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 | 診療エックス線技師 | 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、 |                |

22

16



## 賃上げに向けた評価の新設⑩

### 入院ベースアップ評価料の新設【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）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2.3%未満**であること。
- (4) **下記の式により算出した数【B】に基づき、該当する区分を届け出ること。**

$$【B】 = \frac{\left[ \text{対象職員の給与総額} \times 2.3\% - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

入院ベースアップ評価料の区分

| 【B】        | 入院ベースアップ評価料の区分 | 点数   |
|------------|----------------|------|
| 0以上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   |
| ↓          |                |      |
| 164.5以上    | 入院ベースアップ評価料165 | 165点 |

## 賃上げに向けた評価の新設⑪

### 入院ベースアップ評価料の新設【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【B】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」、「延べ入院患者数」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合には、区分の変更を行わないものとする。  
新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、**令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。**
- (7) (6) について、当該評価料は、**対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。**ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は**令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限り。)**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。度なお、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名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。
- (10) 当該保険医療機関において、**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。**

【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

| 【B】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」及び「延べ入院患者数」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               |

## 訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設①

### 訪問看護ベースアップ評価料（I）の新設

- 訪問看護ステーションにおいて、勤務する看護職員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) 訪問看護ベースアップ評価料（I） 780円（月1回）**

#### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、**区分番号02の1を算定している利用者1人につき**、訪問看護ベースアップ評価料（I）として、**月1回に限り算定**する。

#### [施設基準]

- 主として医療に従事する職員（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（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においてはこの限りではない。
- (2) 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**行い、**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、事務職員等の当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を行うことができること。**
- 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーション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

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、診療工器具線技師、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。）

25

## 訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設②

### 訪問看護ベースアップ評価料（II）の新設

- 訪問看護ステーションであって、勤務する看護職員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訪問看護ステーションにおいて、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

**(新) 訪問看護ベースアップ評価料（II）**

|   |                     |           |
|---|---------------------|-----------|
| イ | 訪問看護ベースアップ評価料（II）1  | 10円（月1回）  |
| ロ | 訪問看護ベースアップ評価料（II）2  | 20円（月1回）  |
| ↓ |                     |           |
| ヌ | 訪問看護ベースアップ評価料（II）10 | 100円（月1回） |
| ル | 訪問看護ベースアップ評価料（II）11 | 150円（月1回） |
| ↓ |                     |           |
| ソ | 訪問看護ベースアップ評価料（II）18 | 500円（月1回） |

#### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、**訪問看護ベースアップ評価料（I）を算定している利用者1人につき**、訪問看護ベースアップ評価料（II）として、当該基準に係る区分に従い、**月1回に限り**、それぞれ所定額を算定する。

#### [施設基準]

- 訪問看護ベースアップ評価料（I）の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
- 訪問看護ベースアップ評価料（I）により算定される金額の見込みの数が**、対象職員の給与総額に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合（以下「**医療保険の利用者割合**」とする。）**を乗じた数の1分2厘未満**であること。  
ただし、同一月に医療保険制度と介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者については、医療保険制度の給付による場合として取り扱うこと。

$$\text{医療保険の利用者割合} = \frac{\text{直近3か月の1月あたりの区分番号02の1の算定回数} \times \text{平均}}{\text{直近3か月の1月あたりの医療保険制度給付の対象となる訪問看護を受けた者} + \text{介護保険制度給付の対象となる訪問看護を受けた者}}$$

26

## 訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設③

### 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

(3) 下記の式【C】に基づき、別表4に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。

$$【C】 = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times \text{医療保険の利用者割合} \times \text{1分2厘} - \text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み}}{\text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み}}$$

(4) (3) 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。訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）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【C】、対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護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。

(5) 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においてはこの限りではない。

(6) (5) 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の引上げにより改善を図ることを原則とする。

(7) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーション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。

(8) 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。

(9) 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訪問看護ステーションにあっては、当該規定を満たしているものとする。

(10) 主として保険診療等から収入を得る訪問看護ステーションであること。

【別表4】訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分

| 【C】   | 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分 | 金額   |
|-------|---------------------|------|
| 0を超える | 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1   | 10円  |
| 15以上  | 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2   | 20円  |
| ↓     |                     | ↓    |
| 95以上  | 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10  | 100円 |
| 125以上 | 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11  | 150円 |
| ↓     |                     | ↓    |
| 475以上 | 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18  | 500円 |

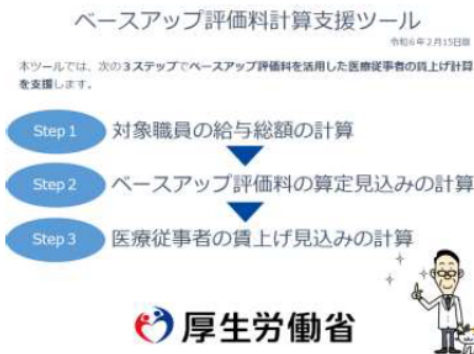
27

## （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/shingij2/0000212500\\_00248.html](https://mhlw.go.jp/stf/shingij2/0000212500_00248.html)) では、**オンラインセミナーのアーカイブ動画や説明資料及びベースアップ評価料計算支援ツール**を用いて、
  - ①医療従事者の賃上げの概要について
  - ②よくあるご質問
  - ③ベースアップ評価料の試算
 について説明しています。
- **医療従事者の賃上げについて、動画や資料で理解を深め、ベースアップ評価料計算支援ツールを用いて、具体的にいくら賃上げが可能か試算してみましよう。**



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



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）

28

# 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。

3

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

23

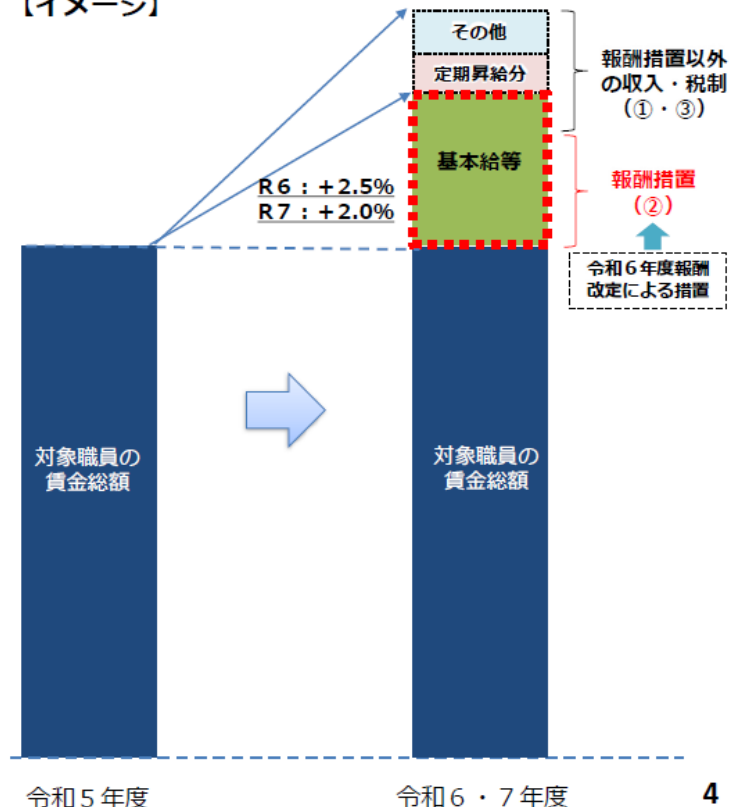
# 1 医療従事者の賃上げの概要について

## (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】



4

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

24

# 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、診療工器具線技師、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

5

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

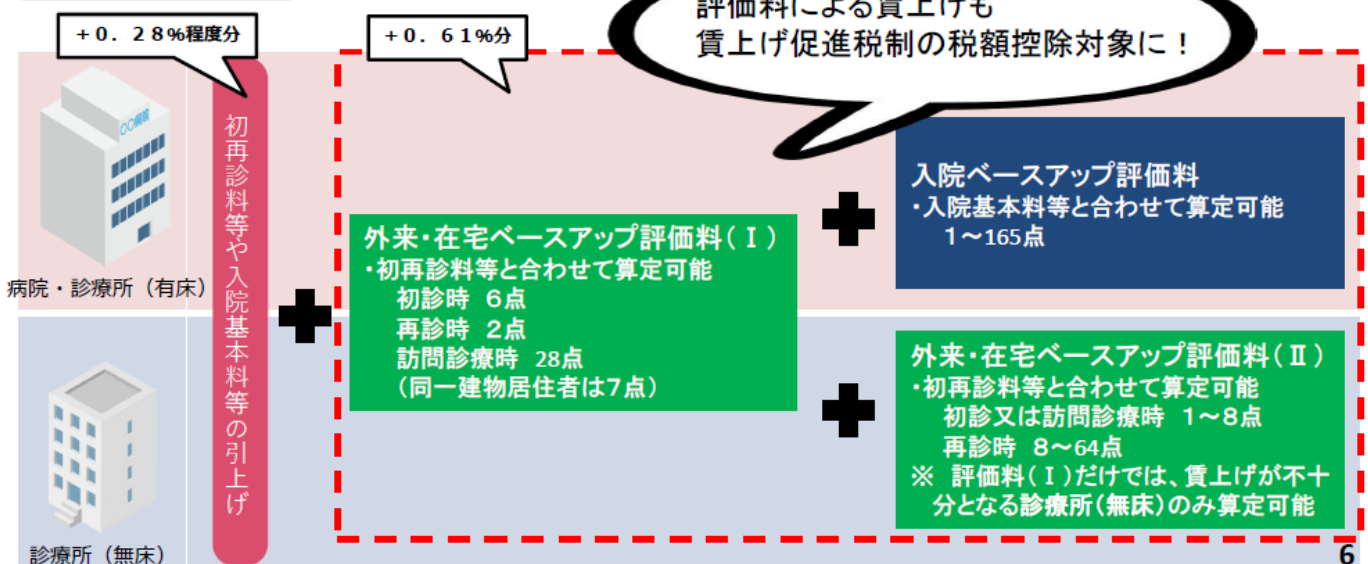
25

# 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。

病院と医科診療所の例



6

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

26

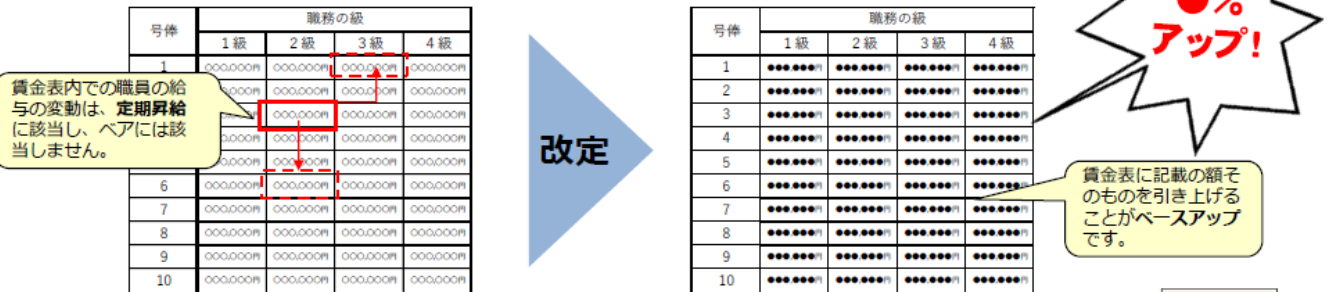
# 1 医療従事者の賃上げの概要について

## (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行います。



### 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。



©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

# 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

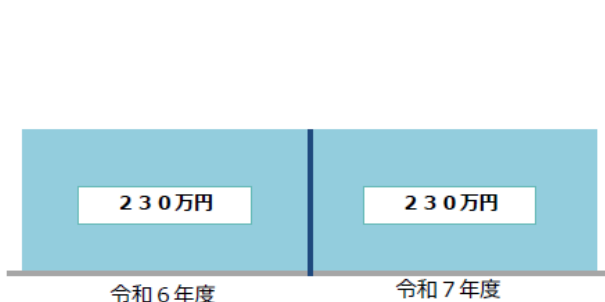
- 医療機関等においては、令和6年度と令和7年度の2年間の賃金引き上げについて計画します。
- そのなかでベースアップ評価料（改定率+0.61%分）については、対象職種の給与総額の2.3%相当となるように設定されており、令和6年度と7年度の2年とも同じ点数設計です。
- したがって、この点数を算定した場合の賃上げへの配分方法について、以下の2つのパターンが考えられますが、いずれの場合も算定額を全て賃金の引き上げに充てることが重要です。

【例：令和5年度の給与総額が1億円であった場合】

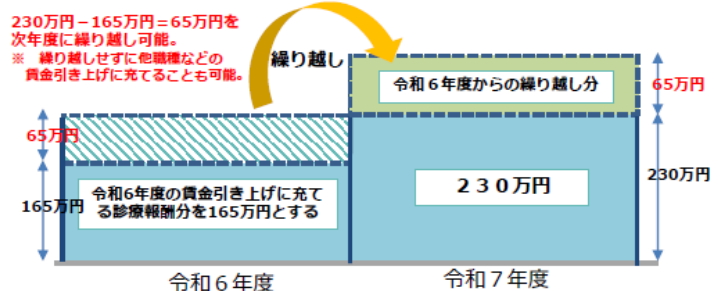
（2年間のベースアップ評価料の算定額の見込み）

1億円×2.3%×2年間=460万円  
（賃金の引き上げに充てる額）

（パターン1）  
令和6年度にまとめて引き上げを行う配分方法



（パターン2）  
2年間で段階的に引き上げを行う配分方法



ベースアップ評価料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。

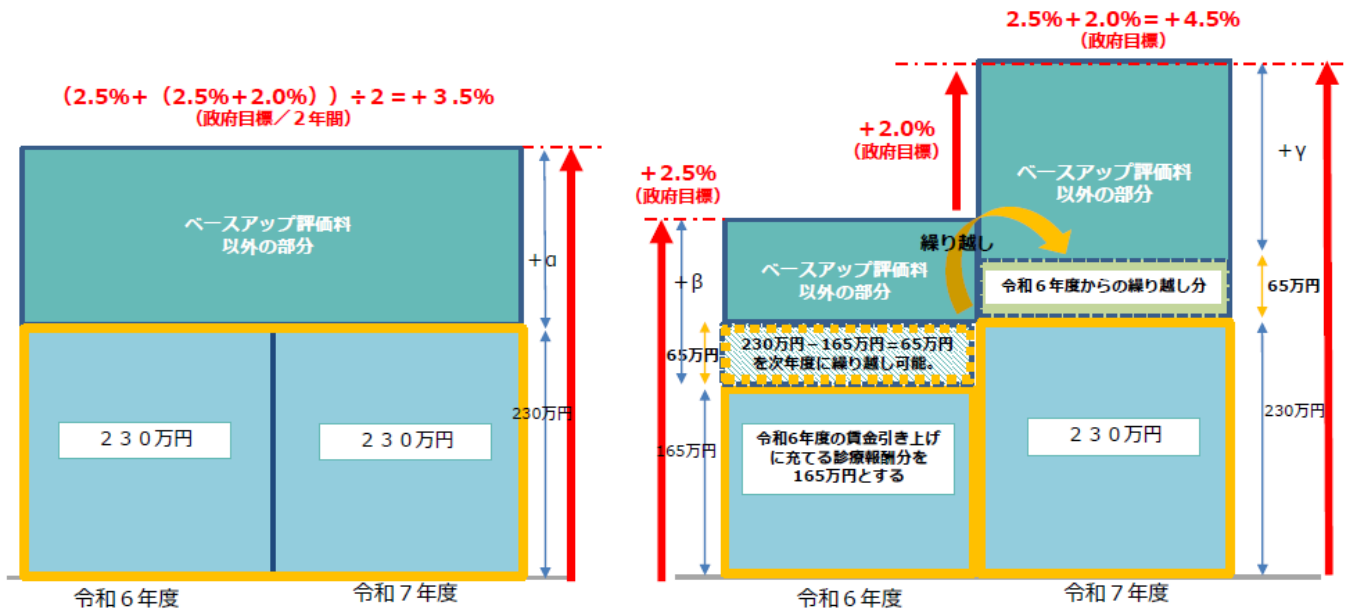
©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省賃上げ等に関する診療報酬改定&マイナ保険証の利用促進に関するオンラインセミナー資料より

# (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

診療報酬分

(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。

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

## 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    |      |    |      |     |     |      |    |      |    |     |     |      |      |     |     |

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

# 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、賃金引き上げに係る**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ベ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き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。



11

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

31

## 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\\_chinag\\_esokushinzeisei\\_pamphlet.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/economy/jinzai/syotokukakudaisokushin/r6_chinag_esokushinzeisei_pamphlet.pdf)



13

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

32



## 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

厚生労働省



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。

15

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

33

## 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（P5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。

16

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

34

## 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（P23、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<br>(同一建物以外) | 訪問診療料<br>(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              |
|           |          | 100回 | 300回 | 4回                | 8回              |

2024年2月については、試算時には、見込みで構いません。

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。

| 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<br>(同一建物以外) | 歯科訪問診療料<br>(同一建物) |
|---------------------------|--------|--------|---------------------|-------------------|
|                           | 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                |

| 1月当たり算定回数 | 0回 | 0回 | 0回 | 0回 |
|-----------|----|----|----|----|
|-----------|----|----|----|----|

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

算定回数を入力します。

戻る

次へ

入力後、次へをクリックします。

17

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

35

## 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。

該当区分を選択します。

**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 | 2,333,333円 |
| 1月当たり算定金額 | 13,680円    |
| 賃金増率      | 0.59%      |

算定可能

**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 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 |

算定区分です。

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

戻る

次へ

入力後、次へをクリックします。

18

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

36

## 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 |
|--------------|---------|

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。

評価料の算定可否

病院・有床診療所  
 無床診療所

該当区分を選択します。

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%      |
| 算定可否      | 算定可能       |

入院ベースアップ評価料の区分 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

|                              |
|------------------------------|
| 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

入力後、次へをクリックします。

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

19

37

## 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         |

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。

|                        |          |
|------------------------|----------|
| 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 |

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

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

20

38

## 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

 厚生労働省



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。

15

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

39

## 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（P5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。

16

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

40

## 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（P23、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<br>(同一建物以外) | 訪問診療料<br>(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              |
|           |          | 100回 | 300回 | 4回                | 8回              |

| 算定回数を入力します。                           | 戻る | 次へ |
|---------------------------------------|----|----|
| 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。 |    |    |
| 2024年2月については、試算時には、見込みで構いません。         |    |    |
| 歯科併設の医療機関は、算定回数を入力してください。             |    |    |

|           | 歯科初診料等 | 歯科再診料等 | 歯科訪問診療料<br>(同一建物以外) | 歯科訪問診療料<br>(同一建物) |
|-----------|--------|--------|---------------------|-------------------|
|           | 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                |
| 1月当たり算定回数 | 0回     | 0回     | 0回                  | 0回                |

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。

17

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

41

## 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。

該当区分を選択します。

**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 | 2,333,333円 |
| 1月当たり算定金額 | 13,680円    |
| 賃金増率      | 0.59%      |

算定可能

**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 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 |

算定区分です。

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。

18

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

42

## 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 |
|--------------|---------|

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。

評価料の算定可否

病院・有床診療所  
 無床診療所

該当区分を選択します。

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%      |
| 算定可否      | 算定可能       |

入院ベースアップ評価料の区分 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

|                              |
|------------------------------|
| 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

入力後、次へをクリックします。

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

19

43

## 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         |

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。

|                        |          |
|------------------------|----------|
| 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 |

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

©ASK/©LINKUP 2024年2月15日厚労省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資料より

20

44

| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項 |  |
|-------------------------------|--|
| Q1                            | 「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）における「0100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「0101」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「0102」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（以下単に「ベースアップ評価料」という。）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。 |
| A1                            | 差し支えない。  |
| Q2                            | 「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）別添の問18において、「A500」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については、「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。   |
| A2                            | 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。   |

©ASK/LINKUP

45

| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項 |  |
|-------------------------------|--|
| Q3                            | 医科点数表における「0000」及び歯科点数表における「P000」看護職員処遇改善評価料（以下単に「看護職員処遇改善評価料」という。）並びにベースアップ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。  |
| A3                            | 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」については、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。  |
| Q4                            | 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、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。  |
| A4                            | 可能。各保険医療機関又は訪問看護ステーションの実情に応じて、賃金の改善措置の方法を決定すること。   |
| Q5                            | 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、基本給等について、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。  |
| A5                            | 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。   |
| Q6                            | ベースアップ評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。  |
| A6                            | 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保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。<br>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。 |

©ASK/LINKUP

46

| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項 |   |
|-------------------------------|---|
| Q7                            | ベースアップ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、周知の具体的方法如何。  |
| A7                            | 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。   |
| Q8                            | ベースアップ評価料について、区分変更を行う場合はどのような届出が必要か。  |
| A8                            | それぞれ以下のとおり。<br>○保険医療機関（医科）については、「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<br>○保険医療機関（歯科）については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「歯科外来・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<br>○訪問看護ステーションについては、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準に係る届出書添付書類」が必要<br>なお、いずれの場合についても「賃金改善計画書」については、更新する必要はない。 |

©ASK/LINKUP

47

| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項 |   |
|-------------------------------|---|
| Q9                            | 「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「06」訪問看護ベースアップ評価料（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ついては、40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーション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。  |
| A9                            | 引き上げ率の確認については、次のいずれかの方法で行うこと。<br>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。<br>② 以下の計算式により基本給等の改善率を算出する。<br>$\frac{\begin{array}{l} \text{当該年度において基本給等が引き上げられた後の} \\ \text{対象職員の1月当たりの基本給等の総額} \\ \text{— 令和5年度における1月当たりの対象職員} \\ \text{の基本給等の総額} \\ \text{— 定期昇給がある場合にあっては1月あたりの} \\ \text{対象職員の基本給等の引き上げ額のうち} \\ \text{定期昇給相当額の総額} \end{array}}{\text{令和5年度における1月当たりの基本給等の総額}} \times 100 (\%)$ |

©ASK/LINKUP

48



| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項 |   |
|-------------------------------|---|
| Q10                           | 問9について、給与表等の存在しない医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、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について、どのように考えたらよいか。   |
| A10                           | 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、いずれの年度において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おいては、各年度における全ての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。                                   |
| Q11                           | ベースアップ評価料において、「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」（令和6年3月5日保医発 0305第6号）の別表4の「及び」及び「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発 0305第7号）の別表1の「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。 |
| A11                           | 別表4又は別表1のア～マに該当しない職種の職員であって、医療機関又は訪問看護ステーション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、歯科業務補助者、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。                                    |
| Q12                           | 看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料についての施設基準における対象職員には、「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」別表4又は「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」別表1に含まれる職種であって、派遣職員など、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションに直接雇用されていないものも含むのか。        |
| A12                           | 対象とすることは可能。<br>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。   |

©ASK/LINKUP

49

| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項 |   |
|-------------------------------|---|
| Q13                           | 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）の施設基準において、「【B】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。   |
| A13                           | 例えば、【B】の値が3.0である場合については、保険医療機関（医科）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」又は「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3」のいずれか、保険医療機関（歯科）は「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2」又は「歯科外来・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。なお、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）についても同様の取扱いとなる。 |
| Q14                           | 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）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）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、具体的な範囲如何。  |
| A14                           | 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  |
| Q15                           | 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）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）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、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションの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についてどのように考えればよいか。   |
| A15                           | 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。   |

©ASK/LINKUP

50

| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項 |   |
|-------------------------------|---|
| Q16                           | 看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の対象となる職員には、労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）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又は育児・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若しくは育児・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による休業を取得中の職員等も含むのか。 |
| A16                           | 含まない。   |
| Q17                           | 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、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。  |
| A17                           | 次の①及び②を想定している。<br>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。）<br>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。）   |
| Q18                           | 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ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。  |
| A18                           | 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。   |

©ASK/LINKUP

51

| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 医科点数表関係 |   |
|----------------------------------|---|
| Q19                              | 「看護補助者処遇改善事業補助金」や旧医科点数表の「A500」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   |
| A19                              | 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。<br>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。 |
| Q20                              | 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。  |
| A20                              | 「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び「O102」入院ベースアップ評価料の届出を行った上で、「O102」入院ベースアップ評価料のみを算定する。   |
| Q21                              | 外来即入院となった患者について、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定した上で、「O000」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。  |
| A21                              | 算定可能  |
| Q22                              | 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）及び入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関において、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。  |
| A22                              | 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）及び入院ベースアップ評価料による賃金改善の見込み額については、賃金改善計画書における「Ⅲ．賃金改善の見込額」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。   |

©ASK/LINKUP

52

| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 医科点数表関係 |  |
|----------------------------------|--|
| Q23                              | 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料において、「延べ入院患者数」については、どのように算出するのか。   |
| A23                              | 延べ入院患者数は、第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者を対象として、毎日24時現在で当該保険医療機関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。       |
| Q24                              | 問23について、自由診療や労災保険による患者について、「延べ入院患者数」に計上するのか。   |
| A24                              | 自由診療の患者については、計上しない。公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。  |
| Q25                              | 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。  |
| A25                              | 計上する。  |
| Q26                              | 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準において、「医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の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、具体的内容如何。 |
| A26                              | 直近3か月において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については、当該要件に該当するものとみなして差し支えない。  |

©ASK/LINKUP

53

| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 医科点数表関係 |   |
|----------------------------------|---|
| Q27                              | 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については、当該要件に該当するものとみなして差し支えない。」とされているが、当該要件に該当している保険医療機関において、入院ベースアップ評価料の届出を行うことは可能か。                                  |
| A27                              | 可能。ただし、外来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。  |
| Q28                              | 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料については、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について算定するとされているが、外泊期間中であって、入院基本料の基本点数又は特定入院料の15%又は30%を算定する日においても、算定可能か。 |
| A28                              | 算定可   |
| 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 歯科点数表関係 |   |
| Q29                              | 問19から問28について、保険医療機関（歯科）であって、入院医療の体制を有する場合についても、同様の取扱いになるということか。   |
| A29                              | そのとおり。  |

©ASK/LINKUP

54

| 【看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料】 |  |
|-------------------------|--|
| Q4                      | ベースアップ評価料の施設基準において、「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。」とあるが、時給制で労働する対象職員について、時給の引き上げによって賃上げを実施してもよいか。   |
| A4                      | 差し支えない。また、この場合において、労働時間が短縮したことにより月の給与総額が減少していても、差し支えない。ただし、届出等に係る「対象職員の給与総額」の記入においては、実際に対象職員に対し支払った給与総額を用いること。   |
| Q5                      | 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添2の問1において、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差し支えない旨があり、さらに同問6において、「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のみならずことができる。」とあるが、ベースアップ評価料の届出及び算定を開始した後、算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する以前に、人事院勧告を踏まえ、ベースアップ評価料による収入の一部を令和7年度の賃金の改善等に繰り越すために、賃金改善計画書を修正してもよいか。 |
| A5                      | 差し支えない。この場合において、修正した「賃金改善計画書」を速やかに地方厚生（支）局長に届け出ること。  |

# 外来

## 初再診料等の評価の見直し

### 初再診料等の評価の見直し

- 外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、**初診料を3点**、**再診料と外来診療料をそれぞれ2点**引き上げる。

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

30

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 01賃上げ・基本料の引き上げ  
令和6年度診療報酬改定 I-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応-① 等

57

## 時間外対応加算の見直し

### 時間外対応加算の見直し

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

#### 改定後

時間外対応加算1 5点

**時間外対応加算2 4点**

**【施設規準】(抜粋)**

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

時間外対応加算3 3点

時間外対応加算4 1点

### 時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

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

| 現行  |  | 改定後  |  |
|---|--|--|--|
| <b>【小児かかりつけ診療料1】</b><br>【施設基準】(抜粋)  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は<b>時間外対応加算2</b>に係る届出を行っていること。</li> </ul>                                |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は<b>時間外対応加算3</b>に係る届出を行っていること。</li> </ul>   |  |
| <b>【小児かかりつけ診療料2】</b><br>【施設基準】(抜粋)  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>次のいずれかの基準を満たしていること。<br/>ア 区分番号「A001」の注10に規定する<b>時間外対応加算3</b>に係る届出を行っていること。</li> <li>イ (略)</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>次のいずれかの基準を満たしていること。<br/>ア 区分番号「A001」の注10に規定する<b>時間外対応加算2</b>又は<b>時間外対応加算4</b>に係る届出を行っていること。</li> <li>イ (略)</li> </ul> |  |

91

| 【時間外対応加算】 |  |
|-----------|--|
| Q19       | 時間外対応加算 1、2 及び 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。  |
| A19       | 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あって、当該診療所に勤務している者が該当する。  |
| Q20       | 時間外対応加算 1 において、「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、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。                                |
| A20       | 常時、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。<br>①当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等<br>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  |
| Q21       | 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。 |
| A21       | 標榜時間外の夜間の数時間は、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。<br>①当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等<br>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   |

©ASK/LINKUP

59

【I-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応-①】

## A001 再診料 時間外対応加算

|  |
|--|
| 近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、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す  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。</li> <li>時間外対応加算の評価体系の見直しの趣旨を踏まえ、小児かかりつけ診療料について、要件を見直す。</li> </ol> |

| 改定前   | 改定後  |
|---|--|
| <p><b>【時間外対応加算】【算定要件】</b></p> <p>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（診療所に限る。）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。</p> <p>イ 時間外対応加算 1・・・5点<br/><b>（新設）</b></p> <p>ロ 時間外対応加算 2・・・3点</p> <p>ハ 時間外対応加算 3・・・1点</p> <p><b>【施設基準】</b></p> <p>五 時間外対応加算の施設基準</p> <p>(1) 時間外対応加算 1 の施設基準</p> <p>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等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。</p> | <p><b>【時間外対応加算】【算定要件】</b></p> <p>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（診療所に限る。）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。</p> <p>イ 時間外対応加算 1・・・5点</p> <p><b>ロ 時間外対応加算 2・・・4点</b></p> <p><b>ハ 時間外対応加算 3・・・3点</b></p> <p><b>ニ 時間外対応加算 4・・・1点</b></p> <p><b>【施設基準】</b></p> <p>五 時間外対応加算の施設基準</p> <p>(1) 時間外対応加算 1 の施設基準</p> <p>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等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該<b>保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により</b>、常時対応できる体制にあること。 次スライドへ続く</p> |

## ■ A001 再診料 時間外対応加算

| 改定前  | 改定後  |
|--|--|
| <p>【時間外対応加算】【施設基準】<br/><u>(新設)</u></p> <p>(2) 時間外対応加算2の施設基準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等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。</p> <p>(3) (略)</p> <p>第2 時間外対応加算<br/>2 時間外対応加算1に関する施設基準<br/>診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。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こと。</p> | <p>【時間外対応加算】【施設基準】<br/><u>(2) 時間外対応加算2の施設基準</u><br/>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等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の非常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にあること。</p> <p><u>(3) 時間外対応加算3の施設基準</u>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等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により対応できる体制にあること。</p> <p>(4) (略)</p> <p>第2 時間外対応加算<br/>2 時間外対応加算1に関する施設基準<br/>診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、<u>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、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こととみなすことができる。</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こと。</p> |

©ASK/©LINKUP 2024年2月14日開催 厚生労働省資料（答申）より

61

## ■ A001 再診料 時間外対応加算

| 改定前  | 改定後   |
|--|---|
| <p><u>(新設)</u></p> <p>3 時間外対応加算2に関する施設基準<br/>(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、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対応できる体制がとられていること。また、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あっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</p> <p>(2) (略)</p> <p>4・5 (略)</p> | <p><u>3 時間外対応加算2に関する施設基準</u><br/>診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</p> <p><u>4 時間外対応加算3に関する施設基準</u><br/>(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、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、<u>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ことと見なすことができる。</u>また、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あっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</p> <p>(2) (略)</p> <p><u>5・6</u> (略)</p> |

## 生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

### 特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

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

| 現行  |
|---|
| 【特定疾患療養管理料】<br>【施設基準】<br>別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患<br>結核<br>悪性新生物<br>甲状腺障害<br>処置後甲状腺機能低下症<br>糖尿病<br>スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害<br>ムコ脂質症<br>リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症<br><br>リポジストロフィー<br>ローノア・ベンソード腺脂肪腫症<br>高血圧性疾患<br>虚血性心疾患<br>(中略)<br>性染色体異常<br>(新設)<br>(新設) |



| 改定後  |
|--|
| 【特定疾患療養管理料】<br>【施設基準】<br>別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患<br>結核<br>悪性新生物<br>甲状腺障害<br>処置後甲状腺機能低下症<br><u>(削除)</u><br>スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害<br>ムコ脂質症<br>リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症 <u>(家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。)</u><br>リポジストロフィー<br>ローノア・ベンソード腺脂肪腫症<br><u>(削除)</u><br>虚血性心疾患<br>(中略)<br>性染色体異常<br>アナフィラキシー<br>ギラン・バレー症候群 |

## 生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

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





## 生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

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

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

### 改定後

#### 【生活習慣病管理料 (I) の算定要件】 (概要)

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

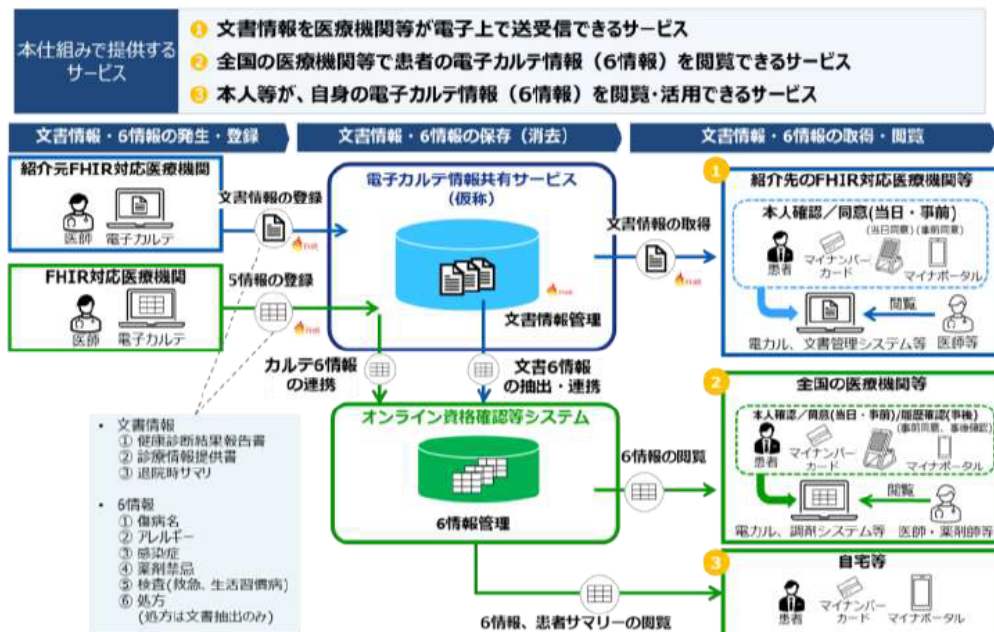
84

65

## 電子カルテ情報共有サービスの概要

- 電子カルテ情報共有サービスにおいて提供されるサービスについては、3文書6情報に係るものとして、①文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス、②全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報(6情報)を閲覧できるサービス、③本人等が、自身の電子カルテ情報(6情報)を閲覧・活用できるサービス、が示されている。

第7回医療情報ネットワークの基盤に関するWG (令和5年3月9日) 資料1-2 一部改変



10

66

# 生活習慣病管理料における療養計画書の項目について

○ 生活習慣病管理料における療養計画書の各項目は以下のとおり。このうち、血液検査項目等については医療DXにより電子カルテ情報共有サービスでの閲覧が令和7年度に可能となる予定である。

| 大項目              | 項目                              | 詳細                                 |
|------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 検査・問診            | 検査項目                            | 身長、体重、BMI、腹囲、血圧等                   |
|                  | 血液検査項目                          | 血糖、HbA1c、総コレステロール等                 |
|                  | 問診（初回）<br>目標の達成状況と次の目標<br>（継続用） | 食事・運動の状況、たばこ、歯科の受診状況等<br>達成目標、行動目標 |
| 重点を置く領域<br>と指導項目 | 食事                              | 食事摂取量、減塩、食物繊維の摂取、節酒、間食等            |
|                  | 運動                              | 運動処方、日常生活の運動量増加等                   |
|                  | たばこ                             | 禁煙・節煙の有効性、禁煙の実施方法等                 |
|                  | その他                             | 仕事、余暇等                             |
| 服薬指導             | -                               | 薬の説明                               |
| その他              | -                               | 特定健康診査の受診の有無、特定保健指導の利用の有無等         |

## 患者サマリーのイメージ（案）

健康・医療・介護情報利活用検討会  
第19回 医療等情報利活用ワーキンググループ  
(令和5年11月6日)

**患者サマリー**  
(Patient Summary)

**基本情報**

|      |    |
|------|----|
| 氏名   | 性別 |
| 生年月日 | 年齢 |

**プロフィール情報**

**薬剤禁忌**

|       |        |      |
|-------|--------|------|
| 22/10 | 禁忌医薬品1 | 長期保存 |
| 22/10 | 禁忌医薬品2 | 長期保存 |

**アレルギー**

|       |         |      |
|-------|---------|------|
| 23/01 | アレルギー-1 | 長期保存 |
| 22/07 | アレルギー-2 | 長期保存 |

**感染症**

|       |             |     |      |
|-------|-------------|-----|------|
| 23/01 | 梅毒STS(RPR法) | (-) | 長期保存 |
| 23/01 | HBs(B型肝炎)   | (+) | 長期保存 |

**外来医療記録（かかりつけ医アドバイス）**

前回受診日：2023年7月10日

医療機関名：Aクリニック  
医師氏名：厚生 太郎

**主傷病名**

胃の悪性新生物<腫瘍> 長期保存

胃体部癌

**副傷病名**

潰瘍性大腸炎 長期保存

潰瘍性大腸炎性関節炎

**療養上の計画・アドバイス**

- ・内服を継続しましょう。
- ・1日〇分、〇〇程度の運動を行いましょう。
- ・〇ヶ月ごとに血液検査を予定しています。
- ・〇〇の福祉サービスの利用を検討しましょう。
- ・〇〇の疾患について、診療所Aを受診してください。

**おくり情報**

|                        |    |      |          |
|------------------------|----|------|----------|
| アトルvastatin錠 10mg[サンド] | 1錠 | 28日分 | 1日1回夕食後  |
| ファミジソン錠 10mg[NP]       | 2錠 | 28日分 | 1日2回朝夕食後 |
| リルバク錠5mg               | 1錠 | 28日分 | 1日1回夕食後  |

**代表的な検査項目結果**

|              | ステータス | 検査結果   | 基準値 (下限-上限) |
|--------------|-------|--------|-------------|
| <b>肝機能</b>   |       |        |             |
| GOT(U/L)     | 確定報告  | XXX(H) | XX-XX       |
| GTP(U/L)     | 確定報告  | XXX    | XX-XX       |
| Γ-GTP(U/L)   | 確定報告  | XXX    | XX-XX       |
| <b>血糖</b>    |       |        |             |
| 空腹時血糖(mg/dL) | 確定報告  | XXX    | XX-XX       |
| HbA1c(%)     | 確定報告  | XXX    | XX-XX       |
| 随時血糖(mg/dL)  | 確定報告  | XXX    | XX-XX       |
| <b>尿</b>     |       |        |             |
| 尿糖(mg/dL)    | 中間報告  | XXX    | XX-XX       |

※検査項目は生活習慣病関連-救急時に有用な44項目に絞特

前回受診日：2023年5月14日

## 生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

### 生活習慣病管理料(II)の創設

➤ 検査等を包括しない生活習慣病管理料(II)を新設する。

**(新) 生活習慣病管理料(II) 333点(月1回に限る。)**

**[算定要件]**

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部医学管理等(区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携強化料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料(II)に含まれるものとする。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料(II)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

**[施設基準]**

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

85

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 05 外来診療の機能分化・強化等

69

### 主病が高血圧症の場合の2024年改定後の算定方法別シミュレーション

| 診療所の場合      | 現行<br>(特定疾患療養管理料で算定) | 2024年6月以降<br>(生活習慣病管理料IIで算定) | 2024年6月以降<br>(生活習慣病管理料Iで算定) | 2024年6月以降<br>(地域包括診療料2で算定) |
|-------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
|             | 再診料                  | 73点                          | 75点                         | 75点                        |
| 外来管理加算      | 52点                  |                              |                             |                            |
| 特定疾患療養管理料   | 225点                 | 生活習慣病管理料(II) 333点            | 生活習慣病管理料(I) 660点            | 地域包括診療料2 1,600点            |
| 処方箋料        | 68点                  | 処方箋料 60点                     | 処方箋料 60点                    | 処方箋料 60点                   |
| 特定疾患処方管理加算2 | 66点                  |                              |                             |                            |
| 地域包括診療加算2   | 18点                  | 地域包括診療加算2 21点                | 地域包括診療加算2 21点               |                            |
| 合計          | 502点                 | 合計 489点                      | 合計 816点                     | 合計 1,660点                  |
|             |                      | 差 -13点                       | 差 314点                      | 差 1,158点                   |
|             |                      |                              | 2月に1回受診(1月当) 408点           | 2月に1回受診(1月当) 830点          |
|             |                      |                              | 差 -94点                      | 差 328点                     |
|             |                      |                              |                             | 3月に1回受診(1月当) 553点          |
|             |                      |                              |                             | 差 51点                      |

| 病院(100床未満)の場合 | 現行<br>(特定疾患療養管理料で算定) | 2024年6月以降<br>(生活習慣病管理料IIで算定) | 2024年6月以降<br>(生活習慣病管理料Iで算定) | 2024年6月以降<br>(地域包括診療料2で算定) |
|---------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
|               | 再診料                  | 73点                          | 75点                         | 75点                        |
| 外来管理加算        | 52点                  |                              |                             |                            |
| 特定疾患療養管理料     | 147点                 | 生活習慣病管理料(II) 333点            | 生活習慣病管理料(I) 660点            | 地域包括診療料2 1,600点            |
| 処方箋料          | 68点                  | 処方箋料 60点                     | 処方箋料 60点                    | 処方箋料 60点                   |
| 特定疾患処方管理加算2   | 66点                  |                              |                             |                            |
| 合計            | 406点                 | 合計 468点                      | 合計 795点                     | 合計 1,660点                  |
|               |                      | 差 62点                        | 差 389点                      | 差 1,254点                   |
|               |                      |                              | 2月に1回受診(1月当) 398点           | 2月に1回受診(1月当) 830点          |
|               |                      |                              | 差 -9点                       | 差 424点                     |
|               |                      |                              |                             | 3月に1回受診(1月当) 553点          |
|               |                      |                              |                             | 差 147点                     |

| 病院(200床未満)の場合 | 現行<br>(特定疾患療養管理料で算定) | 2024年6月以降<br>(生活習慣病管理料IIで算定) | 2024年6月以降<br>(生活習慣病管理料Iで算定) | 2024年6月以降<br>(地域包括診療料2で算定) |
|---------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
|               | 再診料                  | 73点                          | 75点                         | 75点                        |
| 外来管理加算        | 52点                  |                              |                             |                            |
| 特定疾患療養管理料     | 87点                  | 生活習慣病管理料(II) 333点            | 生活習慣病管理料(I) 660点            | 地域包括診療料2 1,600点            |
| 処方箋料          | 68点                  | 処方箋料 60点                     | 処方箋料 60点                    | 処方箋料 60点                   |
| 特定疾患処方管理加算2   | 66点                  |                              |                             |                            |
| 合計            | 346点                 | 合計 468点                      | 合計 795点                     | 合計 1,660点                  |
|               |                      | 差 122点                       | 差 449点                      | 差 1,314点                   |
|               |                      |                              | 2月に1回受診(1月当) 398点           | 2月に1回受診(1月当) 830点          |
|               |                      |                              | 差 52点                       | 差 484点                     |
|               |                      |                              |                             | 3月に1回受診(1月当) 553点          |
|               |                      |                              |                             | 差 207点                     |

## B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）

改定後

### B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、**脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）**に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、**月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。**
- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理、第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。
- 3 **糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）**に対して、**血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。**
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。
- 5 区分番号B001-3に掲げる**生活習慣病管理料（Ⅰ）**を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、**生活習慣病管理料（Ⅱ）**は、算定できない。
- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**生活習慣病管理料（Ⅱ）**を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

©ASK/©LINKUP

2024年3月5日告示資料より

71

## B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）

改定後

### B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点

#### 【施設基準】

#### 1 生活習慣病管理料（Ⅰ）の注1及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注1に関する施設基準

- (1) 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上<sup>1</sup>の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

#### 2 生活習慣病管理料（Ⅰ）の注4及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に関する施設基準

- (1) 厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」（以下「外来医療等調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省が外来医療等調査の一部事務を委託する外来医療等調査事務局（以下「外来医療等調査事務局」という。）と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず1名指定すること。
- (2) 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。
- (3) 診療記録（過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。
- (5) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (6) 患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (7) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

**B001-3-3 生活習慣病管理料(Ⅱ)**

改定後

**B001-3-3 生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点**

**【施設基準】**

**5 届出に関する事項**

生活習慣病管理料(Ⅰ)の注4及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4の施設基準に係る届出については、次のとおり。  
 なお、生活習慣病管理料(Ⅰ)の注1及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はない。また、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6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。

- (1) 外来データ提出加算の施設基準に係る届出は別添2の様式7の11を用いること。
- (2) 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。
- (3) データ提出を取りやめる場合、2の(2)の基準を満たさなくなった場合及び(2)に該当した場合については、別添2の様式7の12を提出すること。
- (4) (3)の届出を行い、その後再度データ提出を行う場合にあっては、2の(1)の手続きより開始すること。

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

|   |  |
|---|--|
| 患者氏名: (男・女)                                 | 主病:  |
| 生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)                   | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症  |
| ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること |  |
| 【目標】  | <input type="checkbox"/> 体重: ( ) kg <input type="checkbox"/> BMI: ( ) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 ( / mmHg)<br><input type="checkbox"/> HbA1c: ( ) %<br>【①達成目標】: 患者と相談した目標<br>( )<br>【②行動目標】: 患者と相談した目標<br>( )  |
|   | <input type="checkbox"/> 食事<br><input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える<br><input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 ( )<br><input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 節酒: (減らす(種類・量: )を週( )回)<br><input type="checkbox"/> 間食: (減らす(種類・量: )を週( )回)<br><input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他( ))<br><input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる |
| 【重点を置く領域と指導項目】                              | <input type="checkbox"/> 運動<br><input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・ )<br>時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週( )日)<br>強度(息がはずむが会話が可能の強さ or 脈拍( )拍/分 or ( ))<br><input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・ )<br><input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )  |
|   | <input type="checkbox"/> たばこ<br><input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等<br><input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量<br><input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |
| 【検査】  | 【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール ( ) mg/dl<br><input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 □ 随時 □ 食後( )時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( ) mg/dl<br><input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( ) mg/dl<br><input type="checkbox"/> HbA1c: ( ) % <input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( ) mg/dl<br>※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |
|   | 【その他】<br><input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |

※実施項目は、□にチェック、( )内には具体的に記入

|      |      |
|------|------|
| 患者署名 | 医師氏名 |
|------|------|

生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日) ( )回目

患者氏名: (男・女) 主病:  
糖尿病 高血圧症 脂質異常症

生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生( 才 )

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

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

【①目標の達成状況】

【②達成目標】: 患者と相談した目標

【③行動目標】: 患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】

食事  
今回は、指導の必要なし  
食事摂取量を適正にする 食塩・調味料を控える  
野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項 ( )  
油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他 ( )  
節酒:(減らす(種類・量: )を週(回))  
間食:(減らす(種類・量: )を週(回))  
食べ方:(ゆっくり食べる・その他( ))  
食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

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

たばこ 禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

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

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

【その他】  
栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)  
その他 ( )

※実施項目は、にチェック、( )内には具体的に記入

患者署名 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_

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

## 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

| 【生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)】 |   |
|---------------------------|---|
| Q131                      | 「B001-3」生活習慣病管理料(Ⅰ)及び「B001-3-3」生活習慣病管理料(Ⅱ)(以下単に「生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)」という。)は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものとされているが、署名の取扱い如何。 |
| A131                      | 初回については、療養計画書に患者の署名を受けなければならない。ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合については、患者署名を省略して差し支えない。   |
| Q132                      | 問131について、療養計画書の内容について医師による丁寧な説明を実施した上で、薬剤師又は看護職員等の当該説明を行った医師以外のものが追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けた場合にも算定可能か。  |
| A132                      | 可能。   |
| Q133                      | 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)に、外来管理加算の費用は含まれるものとされているが、生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定した患者に対して診療を行った場合に、外来管理加算を算定することは可能か。  |
| A133                      | 外来管理加算の算定要件を満たせば可能。   |

| 【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】 |  |
|---------------------------|--|
| Q134                      | 生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。」とされているが、同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいる場合の取扱い如何   |
| A134                      | 同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいても差し支えない。  |
| Q135                      | 生活習慣病管理料（Ⅰ）と生活習慣病管理料（Ⅱ）は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。  |
| A135                      | 個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。   |
| Q136                      | 生活習慣病管理料（Ⅰ）について、「第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（Ⅰ）に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用は算定可能か。 |
| A136                      | 不可。  |

©ASK/LINKUP

77

| 【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】 |  |
|---------------------------|--|
| Q137                      | 生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料及び区分番号B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等の費用は算定可能か。 |
| A137                      | 不可。  |
| Q138                      | 生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「区分番号B001-3に掲げる「生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。」こととされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料についての取扱い如何。   |
| A138                      | 令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料を算定した時期にかかわらず、生活習慣病管理料（Ⅱ）が算定できる。  |
| Q139                      | 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、療養計画書を患者に交付することが算定要件とされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料において療養計画書を患者に交付していた場合、令和6年6月以降の療養計画書の取扱い如何。  |
| A139                      | この場合、別紙様式9の2又はこれに準じた様式の療養計画書を作成することとするが令和6年度診療報酬改定前の様式を引き続き用いて差し支えない。  |

©ASK/LINKUP

78

| 【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】 |   |
|---------------------------|---|
| Q140                      | 情報通信機器を用いた指導管理により生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する場合において、療養計画書への署名についてどのように考えればよいか   |
| A140                      | 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に遵守した上で、例えば、電子署名を活用する方法や、患者が使用するタブレット等の画面に自署してもらう方法が想定される。なお、留意事項の通則において、「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、患者等に提供等する場合は、厚生労働省「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、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。」とされていることを踏まえて対応すること。また、情報通信機器を用いた指導管理を行う上での留意点を療養計画書に記載すること。 |
| Q141                      | 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（厚生労働省平成30年3月（令和5年3月一部改訂））において、最低限遵守する事項として「医師がいる空間において診療に関わっていないものが診察情報を知覚できないこと」とされているが、情報通信機器を用いた指導管理により生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する場合であって、看護職員、管理栄養士等の多職種が係わる場合の対応如何。  |
| A141                      | 情報通信機器を用いた診療を実施する際に、当該診療に関わる看護職員、管理栄養士等が同席することは差し支えない。ただし、当該職員が同席する旨を、診療開始前にその都度患者に説明し、患者の同意を得ること。また、情報通信機器を用いた診療の終了後に、引き続き、看護職員、管理栄養士等による指導を実施する場合においても、情報通信機器を用いた診療の終了時間を記録していることが望ましい。   |

©ASK/LINKUP

79

| 【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】 |  |
|---------------------------|--|
| Q142                      | 生活習慣病管理料（Ⅱ）の注3に規定する血糖自己測定指導加算を算定した後、1年以内に生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）の注3に規定する血糖自己測定指導加算を算定することは可能か。  |
| A142                      | 不可。血糖自己測定指導加算を生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれかにおいて算定した場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれにおいても1年以内は算定できない。  |
| Q143                      | 生活習慣病管理料（Ⅱ）において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「B001」の「9」外来栄養食事指導料2を算定できるか。   |
| A143                      | 算定可能。ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること。  |
| Q144                      | 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、具体的にどのような内容を掲示すればよいか。   |
| A144                      | 当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・28日以上長期の投薬が可能であること</li> <li>・リフィル処方箋を交付すること</li> </ul> のいずれの対応も可能であることを掲示すること。なお、具体的な掲示内容としてはポスター（※）を活用しても差し支えない。<br>（※） <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39295.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39295.html</a> に掲載 |

©ASK/LINKUP

80



# (参考) 外来データ提出加算について

## 〈共通項目〉

## 〈在宅データ提出加算特有の項目〉

### 外来データ提出加算 50点(月1回)

#### [算定要件]

- 別厚労省が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

#### [施設基準]

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

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

| 大項目            | 項目名        |
|----------------|------------|
| 外来受診情報         | 受診年月日      |
|                | 初診/再診      |
|                | 他院による紹介の有無 |
|                | 診療科コード     |
| 糖尿病の有無         | 糖尿病の有無     |
|                | 自院管理の有無    |
| 糖尿病の診断年月       | 診断年月       |
| 血糖コントロール・慢性合併症 | 血糖コントロール   |
|                | 慢性合併症：網膜症  |
|                | 慢性合併症：腎症   |
| 慢性合併症：神経障害     | 慢性合併症：神経障害 |
|                |            |
| 高血圧症の有無        | 高血圧症の有無    |
|                | 自院管理の有無    |
| 高血圧症の診断年月      | 診断年月       |
| 血圧             | 血圧分類       |
|                | リスク層       |
|                | 収縮期血圧      |
|                | 拡張期血圧      |
| 脂質異常症の有無       | 脂質異常症の有無   |
|                | 自院管理の有無    |
| 脂質異常症の診断年月     | 診断年月       |

| 大項目              | 項目名                   |
|------------------|-----------------------|
| リスク分類・LDLコレステロール | リスク分類                 |
|                  | LDLコレステロール            |
| 脳卒中の有無(初発)       | 脳卒中の有無(既往含む)          |
|                  | 脳卒中の初発の種類(既往含む)       |
|                  | 脳卒中の初発の発症(診断)年月       |
| 脳卒中(初発以外)        | 脳卒中の初発以外の種類(既往含む)     |
|                  | 脳卒中の初発以外の発症(診断)年月     |
| 急性冠症候群の有無(初発)    | 急性冠症候群の有無(既往含む)       |
|                  | 急性冠症候群の初発の種類(既往含む)    |
| 急性冠症候群(初発以外)     | 急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)  |
|                  | 急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月  |
| 心不全の有無           | 心不全の有無                |
|                  | 心不全の診断年月              |
| 急性大動脈解離の有無(初発)   | 急性大動脈解離の有無(既往含む)      |
|                  | 急性大動脈解離の初発の発症(診断)年月   |
| 急性大動脈解離(初発以外)    | 急性大動脈解離の初発以外の発症(診断)年月 |
|                  |                       |
| 慢性腎臓病の有無         | 慢性腎臓病の有無              |
|                  | 慢性腎臓病の診断年月            |
| 高尿酸血症の有無         | 高尿酸血症の有無              |
|                  | 高尿酸血症の診断年月            |
|                  | 尿酸値                   |

出典：2023年度「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

87

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 05 外来診療の機能分化・強化等

81

## かかりつけ医機能が発揮される制度整備

### 趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

### 概要

#### (1) 医療機能情報提供制度の刷新(令和6年4月施行)

- かかりつけ医機能(「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義)を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

#### (2) かかりつけ医機能報告の創設(令和7年4月施行)

- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能(①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など)について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めるとする。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域との関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域との関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

#### (3) 患者に対する説明(令和7年4月施行)

- 都道府県知事による(2)の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

42

|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
|                   | 地域包括診療料 1 1,660点<br>地域包括診療料 2 1,600点<br>(月1回)  | 地域包括診療加算 1 25点<br>地域包括診療加算 2 18点<br>(1回につき)                            |
|                   | 病院   | 診療所  |
| 包括範囲              | 下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。<br>・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算<br>・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ)<br>・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)<br>・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)<br>・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの | 出来高  |
| 対象疾患              | 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)   |  |
| 対象医療機関            | 診療所又は許可病床が200床未満の病院  | 診療所  |
| 研修要件              | 担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。  |  |
| 服薬管理              | ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等<br>・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する<br>・原則として院内処方を行う<br>・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する<br>・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする   | ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等                                      |
| 健康管理              | ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等  |  |
| 介護保険制度            | ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。  |  |
| 在宅医療の提供および24時間の対応 | ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅養支診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)<br>・下記のすべてを満たす<br>①地域包括ケア病棟入院料等の届出<br>②在宅養支診療病院   | ・下記のすべてを満たす<br>①時間外対応加算1の届出<br>②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤<br>③在宅養支診療所 |

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

©ASK/LINKUP 2023.11.10中医協総会 資料3外来(その3)外来医療の現状等・かかりつけ医機能に係る評価

令和6年度診療報酬改定 II-5 外来医療の機能分化・強化等-③

## 地域包括診療料等の見直し

### 地域包括診療料等の見直し

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

#### 改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様

【算定要件】

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

【施設基準】 ※地域包括診療加算についても同様

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

#### 現行

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

#### 改定後

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

## 処方等に関する評価の見直し

### リフィル処方及び長期処方の推進

- リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。
- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、**28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す(66点→56点)**。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせた医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

### 処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

| 現行                            |     | 改定後                           |     |
|-------------------------------|-----|-------------------------------|-----|
| 【一般名処方加算】                     |     | 【一般名処方加算】                     |     |
| 一般名処方加算1                      | 7点  | 一般名処方加算1                      | 10点 |
| 一般名処方加算2                      | 5点  | 一般名処方加算2                      | 8点  |
| 【後発医薬品使用体制加算】                 |     | 【後発医薬品使用体制加算】                 |     |
| 後発医薬品使用体制加算1                  | 47点 | 後発医薬品使用体制加算1                  | 87点 |
| 後発医薬品使用体制加算2                  | 42点 | 後発医薬品使用体制加算2                  | 82点 |
| 後発医薬品使用体制加算3                  | 37点 | 後発医薬品使用体制加算3                  | 77点 |
| 【外来後発医薬品使用体制加算】               |     | 【外来後発医薬品使用体制加算】               |     |
| 外来後発医薬品使用体制加算1                | 5点  | 外来後発医薬品使用体制加算1                | 8点  |
| 外来後発医薬品使用体制加算2                | 4点  | 外来後発医薬品使用体制加算2                | 7点  |
| 外来後発医薬品使用体制加算3                | 2点  | 外来後発医薬品使用体制加算3                | 5点  |
| 【薬剤情報提供料】                     |     | 【薬剤情報提供料】                     |     |
|                               | 10点 |                               | 4点  |
| 【処方箋料】                        |     | 【処方箋料】 ※処方箋料を包括している評価も同様      |     |
| 1 向精神薬他剤投与を行った場合              | 28点 | 1 向精神薬他剤投与を行った場合              | 20点 |
| 2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合 | 40点 | 2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合 | 32点 |
| 3 1及び2以外の場合                   | 68点 | 3 1及び2以外の場合                   | 60点 |

90

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 05 外来診療の機能分化・強化等

85

## 糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性

中医協 総-8  
5.6.21

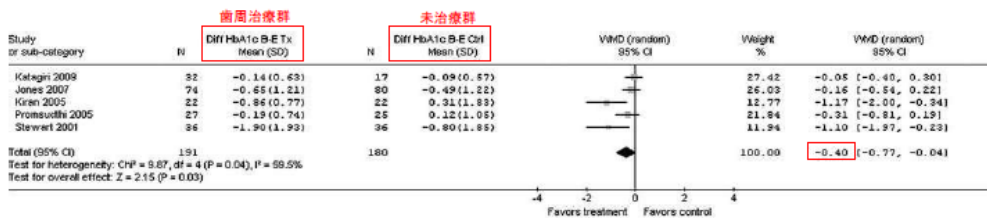
### 糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

- ・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- ・2型糖尿病では**歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される（推奨グレードA）**【参考1】  
（※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29~0.66%低下することが示されている）

### 糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第2版 2014（日本歯周病学会）

- ・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病患者に比較して有意に歯周病の発症率が高い【参考2】
- ・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
- ・複数のメタアナリシスにおいて**歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる**

○**歯周治療による血糖コントロール改善効果**：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが-0.40%有意に改善されることが示された。

【参考1】 出典:Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

○**糖尿病患者の歯周病発症率**：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第6の合併症」とされる）

|                       | N     | Relative Risk | 95%CI     | p value | Relative Risk | 95%CI     | p value |
|-----------------------|-------|---------------|-----------|---------|---------------|-----------|---------|
| HbA1c                 |       |               |           |         |               |           |         |
| < 6.5%                | 5,706 | 1             |           |         | 1             |           |         |
| > 6.5%                | 150   | 1.47          | 1.25-1.73 | 0.001   | 1.37          | 1.01-1.36 | 0.038   |
| Body Mass Index (BMI) |       |               |           |         |               |           |         |
| < 25                  | 2,319 | 1             |           |         | 1             |           |         |
| 25-30                 | 2,153 | 1.10          | 1.04-1.20 | 0.006   | 1.12          | 1.12-1.34 | 0.001   |
| > 30                  | 1,244 | 1.41          | 1.16-1.70 | 0.001   | 1.41          | 1.16-1.70 | 0.001   |
| Smoking status        |       |               |           |         |               |           |         |
| Never smoked          | 2,484 | 1             |           |         | 1             |           |         |
| Former smoker         | 1,366 | 1.12          | 1.02-1.24 | 0.023   | 1.12          | 1.02-1.24 | 0.023   |
| Current smoker        | 2,012 | 1.32          | 1.40-1.64 | 0.001   | 1.32          | 1.40-1.64 | 0.001   |
| Sex                   |       |               |           |         |               |           |         |
| Men                   | 4,511 | 1             |           |         | 1             |           |         |
| Women                 | 1,345 | 0.99          | 0.81-1.00 | 0.044   | 0.99          | 0.81-1.00 | 0.044   |
| Age, yrs              |       |               |           |         |               |           |         |
|                       |       | 1.03          | 1.02-1.03 | 0.001   | 1.03          | 1.02-1.03 | 0.001   |

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≥6.5%の群で歯周病の発症率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

【参考2】 出典:Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al: Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

# 新規技術を活用した生活習慣病管理の例

## <血糖自己測定器加算・間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの>

令和4年度診療報酬改定

出典：企業提出資料

### 現行

#### 【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

注3 7については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

#### 【技術の概要】

- センサーを上腕の後ろ側に装着し、リーダー等でセンサーをスキャンすることで、皮下間質液中のグルコース値を表示することができ、また、連続グルコース値のグラフを表示することができる。

### 改定後

#### 【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

注3 7については、**インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている**入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。



## <高血圧症治療補助プログラム加算>

関連技術科（医学管理）

|                                |
|--------------------------------|
| 8000 特定疾患療養管理料                 |
| 1 診療所の場合 225点                  |
| 2 許可病床数が100床未満の病院の場合 147点      |
| 3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 87点 |

プログラム医療機器の使用に係る指導管理  
及びプログラム医療機器の使用に対する評価

|                      |
|----------------------|
| 8100 高血圧症治療補助プログラム加算 |
| 初回 140点              |
| 初回から6ヶ月まで 830点       |

患者アプリ

医師アプリ



医師アプリでの表示内容に応じた生活指導

68

©ASK/LINKUP 2023.12.08中医協総会 個別事項(その14) 生活習慣病対策

87

令和6年度診療報酬改定 III-4-2 小児医療、周産期医療の充実④等

## 小児かかりつけ診療料の見直し

### 小児かかりつけ診療料の見直し

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

#### 現行

##### 【小児かかりつけ診療料】

- 小児かかりつけ診療料1  
イ 処方箋を交付する場合  
(1) 初診時 641点 (2) 再診時 448点  
ロ 処方箋を交付しない場合  
(1) 初診時 758点 (2) 再診時 566点

- 小児かかりつけ診療料2  
イ 処方箋を交付する場合  
(1) 初診時 630点 (2) 再診時 437点  
ロ 処方箋を交付しない場合  
(1) 初診時 747点 (2) 再診時 555点

##### 【算定要件】（抜粋）

- 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ（略）

（新設）

（新設）

オ（略）

【施設基準】

（略）



#### 改定後

##### 【小児かかりつけ診療料】

- 小児かかりつけ診療料1  
イ 処方箋を交付する場合  
(1) 初診時 652点 (2) 再診時 458点  
ロ 処方箋を交付しない場合  
(1) 初診時 769点 (2) 再診時 576点

- 小児かかりつけ診療料2  
イ 処方箋を交付する場合  
(1) 初診時 641点 (2) 再診時 447点  
ロ 処方箋を交付しない場合  
(1) 初診時 758点 (2) 再診時 565点

##### 【算定要件】（抜粋）

- 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ（略）

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

**カ 不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。**

キ（略）

【施設基準】（抜粋）

- 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準

(1)（略）

**(2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。**

(3)・(4)（略）

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

- 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準

(1) 1の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。

(2)（略）

255

| 【小児かかりつけ診療料】 |  |
|--------------|--|
| Q151         | 1「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の施設基準における「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。   |
| A151         | 現時点では、以下の研修が該当する。<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・日本小児科医会「『子どもの心』研修会」</li> <li>・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」</li> <li>・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」</li> </ul> |
| Q152         | 小児かかりつけ診療料の施設基準における「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   |
| A152         | 現時点では、以下の研修が該当する。<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・日本子ども虐待医学会「BEAMS Stage1」</li> </ul>   |

©ASK/LINKUP

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-2 小児医療、周産期医療の充実-②等

89

## 小児特定疾患カウンセリング料の見直し

### 小児特定疾患カウンセリング料の見直し

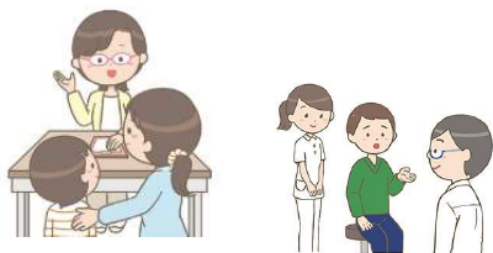
- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、**小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直す**とともに、**発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。**

#### 現行

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

#### 改定後

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



253

## 小児医療の充実

### 小児科外来診療料の評価の見直し

- ▶ 新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料の評価を見直す。

| 現行   | 改定後  |
|--|--|
| <b>【小児科外来診療料】</b><br>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合<br>イ 初診時 599点 □ 再診時 406点<br>2 1以外の場合<br>イ 初診時 716点 □ 再診時 524点 | <b>【小児科外来診療料】</b><br>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合<br>イ 初診時 <b>604点</b> □ 再診時 <b>410点</b><br>2 1以外の場合<br>イ 初診時 <b>721点</b> □ 再診時 <b>528点</b> |

### 小児特定集中治療室管理料の見直し

- ▶ 臓器移植を行った小児の算定上限日数を延長する。

| 改定後   |            |
|---|------------|
| 15歳未満の小児  | 14日        |
| 15歳未満の小児のうち、急性血液浄化（腹膜透析は除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎、心筋症 のいずれかに該当する患者 | 21日        |
| <b>15歳未満の小児のうち、臓器移植を行った（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者</b>   | <b>30日</b> |
| 15歳未満の小児のうち、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者  | 35日        |
| 手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児 ※同一入院期間で新生児であった患者も含むものとする。  | 55日        |

256

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 08 重点分野における対応(小児医療・周産期医療)

91

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-2 小児医療、周産期医療の充実-⑥

## 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

### 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

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

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

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

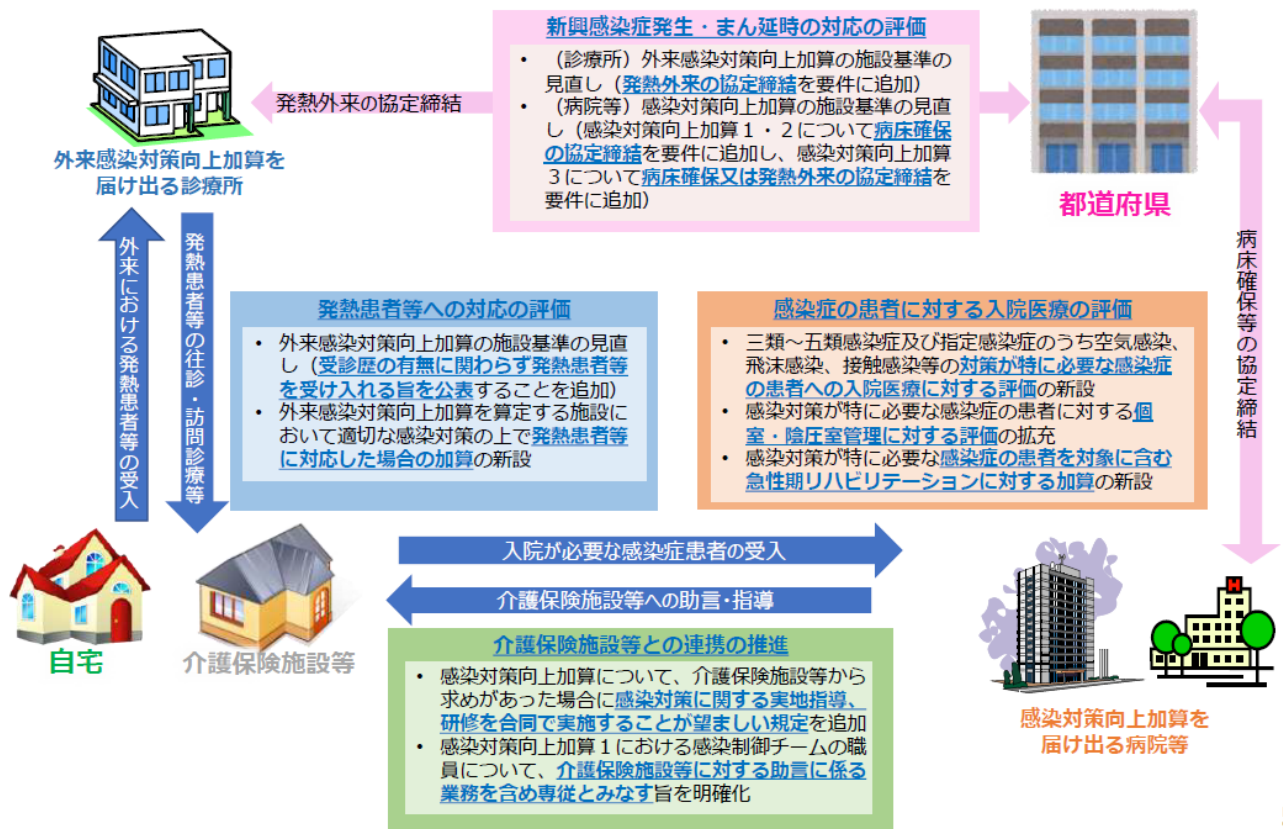
耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

【算定要件】（概要）

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

257

# ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像



54

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料03 ポストコロナにおける感染症対策の推進  
令和6年度診療報酬改定 II-6 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-②

93

## ポストコロナにおける感染症対策の評価①

### 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

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

| 現行  |
|---|
| <p>【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】</p> <p>加算1：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p> <p>加算2：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p> <p>加算3：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p> <p>【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】<br/>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p> |

| 改定後  |
|--|
| <p>【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】</p> <p>加算1：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。</p> <p>加算2：（加算1と同様）</p> <p>加算3：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。</p> <p>【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】<br/>都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。</p> |



55

# 協定について(医療措置協定)

## 《医療措置協定の具体的な内容》

| 協定締結の協議対象者 |                | 病院 | 有床診療所 | 無床診療所 | 薬局 | 訪問看護事業所 |
|------------|----------------|----|-------|-------|----|---------|
| 医療措置協定     | ①病床の確保         | ○  | ○     | ×     | ×  | ×       |
|            | ②発熱外来の対応       | ○  | ○     | ○     | ×  | ×       |
|            | ③自宅療養者等への医療の提供 | ○  | ○     | ○     | ○  | ○       |
|            | ④後方支援          | ○  | ○     | ×     | ×  | ×       |
|            | ⑤人材派遣          | ○  | ○     | ×     | ×  | ×       |

= 第一種協定指定医療機関
  = 第二種協定指定医療機関
  = その他

- 「④後方支援」とは、感染症対応を行う医療機関に代わって、感染症患者以外の患者に医療を提供すること。
- 「⑤人材派遣」とは、感染症対応を行う医療機関等に医療人材を派遣すること。

### 【参考】新たな感染症指定医療機関

|               | 入院医療         |              | 外出自粛対象者の医療  |             | 一般の医療機関 |
|---------------|--------------|--------------|-------------|-------------|---------|
|               | 第一種感染症指定医療機関 | 第二種感染症指定医療機関 | 第一種協定指定医療機関 | 第二種協定指定医療機関 |         |
| 一類感染症         | ○            |              |             |             |         |
| 二類感染症         | ○            | ○            |             |             |         |
| 三類～五類感染症      |              |              |             |             | ○       |
| 新型インフルエンザ等感染症 | ○            | ○            | ○           | ○           |         |
| 指定感染症         |              |              | ○           | ○           |         |
| 新感染症(所見がある者)  |              |              | ○           | ○           |         |

- 感染症指定医療機関に追加
- 予防計画において想定する感染症

©ASK/©LINKUP

2024年1月26日開催「中医協」資料「個別改定項目について」より

95

令和6年度診療報酬改定 II-6 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-②

## ポストコロナにおける感染症対策の評価④

### 発熱外来に対する評価の新設

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

#### 現行

【外来感染対策向上加算】  
【施設基準(抜粋)】  
(新設)

#### 改定後

【感染対策向上加算】  
【施設基準(抜粋)】

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

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

#### (新) 発熱患者等対応加算

20点

【算定要件】

外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、月1回に限り更に所定点数に加算する。

### 抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

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

#### (新) 抗菌薬適正使用体制加算

5点

【施設基準】

- (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
- (2) 直近6か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

58



## 【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

|    |  |
|----|--|
| Q6 | 「A000」初診料の注 11 本文等に規定する外来感染対策向上加算（以下「外来感染対策向上加算」という。）及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算に関する施設基準において、感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関であることが求められているが、協定指定医療機関の指定を受けた後、都道府県がホームページ上に当該医療機関を協力指定医療機関として掲載するまでの間も、届出は可能か。 |
| A6 | 協定指定医療機関の指定を受けた後であれば、届出可能。   |

## 【外来感染対策向上加算】

|    |  |
|----|--|
| Q7 | 外来感染対策向上加算の施設基準において、「当該保険医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表」していることが求められているが、当該公表については、当該保険医療機関が公表を行う必要があるのか |
| A7 | 当該保険医療機関のホームページにより公表することが想定されるが、例えば、自治体、地域医師会等のホームページ又は広報誌に掲載されている場合等においては、別に当該保険医療機関のホームページで公表を行う必要はない。                             |

## 【発熱患者等対応加算】

|    |  |
|----|--|
| Q8 | 「A000」初診料の注 11 ただし書等に規定する発熱患者等対応加算について、「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する。」とあるが、情報通信機器を用いた診療の場合でも算定できるのか。 |
| A8 | 算定不可。  |

©ASK/LINKUP

97

## 【発熱患者等対応加算】

|    |  |
|----|--|
| Q4 | 「A000」初診料の注 11 ただし書及び「A001」再診料の注 15 ただし書に規定する発熱患者等対応加算について、当該保険医療機関において既に外来感染対策向上加算を算定している患者であって、発熱患者等対応加算を算定していないものが、同月に発熱その他感染症を疑わせるような症状で受診した場合について、どのように考えればよいか。 |
| A4 | 外来感染対策向上加算は算定できないが、要件を満たせば発熱患者等対応加算は算定できる。   |

## 【抗菌薬適正使用体制加算】

|    |   |
|----|---|
| Q5 | 「A000」初診料の注 14、「A001」再診料の注 18 及び「A234-2」感染対策向上加算の注 5 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。」は具体的には何を指すのか。   |
| A5 | 初診料の注 14 及び再診料の注 18 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準においては、診療所版感染対策連携共通プラットフォーム（以下「診療所版 J-SIPE」という。）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出すること、感染対策向上加算の注 5 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準においては、感染対策連携共通プラットフォーム（以下「J-SIPE」という。）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出することを指す。 |

©ASK/LINKUP

98

【抗菌薬適正使用体制加算】

|    |  |
|----|--|
| Q6 | <p>「A000」初診料の注14及び「A001」再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近6か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること。」、「A234-2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近6か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内であること。」について、どのように確認すればよいか。</p>                                     |
| A6 | <p>J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおいて、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうちAccess 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果（初診料等における抗菌薬適正使用体制加算については診療所版J-SIPHEにおける結果、感染対策向上加算における抗菌薬適正使用体制加算についてはJ-SIPHEにおける結果をそれぞれ指す。）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。</p> |

©ASK/LINKUP

【抗菌薬適正使用体制加算】

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月9日～<br>4月30日 | 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については、J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEのホームページを確認すること。

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

©ASK/LINKUP

【抗菌薬適正使用体制加算】

|    |   |
|----|---|
| Q7 | 問6により施設基準を満たすことを確認した上で届出を行った場合について、届出後の施設基準の適合性について、どのように考えればよいか。   |
| A7 | 施設基準の届出を行った場合には、届出後についても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には変更の届出を行うこと。 |

©ASK/LINKUP

101

【Ⅱ-6 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-②】

■ A000 初診料等 外来感染対策向上加算・発熱患者等対応加算

第8次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。

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。
2. 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。

| 改定前  | 改定後  |
|--|--|
| <p><b>【外来感染対策向上加算】</b><br/><b>【算定要件】</b><br/>注11 組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。</p> <p><b>【施設基準】</b><br/>三の三 医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準<br/>(1) (略)<br/>(2) 当該保険医療機関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が整備されていること。<br/>(3) (略)</p> | <p><b>【外来感染対策向上加算】</b><br/><b>【算定要件】</b><br/>注11 組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。<b>ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。</b></p> <p><b>【施設基準】</b><br/>三の三 医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準<br/>(1) (略)<br/>(2) 当該保険医療機関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<b>及び感染症の患者を適切に診療する体制</b>が整備されていること。<br/>(3) (略)</p> |

©ASK/©LINKUP

102

**A000 初診料等 外来感染対策向上加算**

| 改定前   | 改定後  |
|---|--|
| <p><b>1 外来感染対策向上加算に関する施設基準</b><br/>                     (1)～(12) (略)<br/> <u>(新設)</u><br/>                     (13) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p> <p>(14)～(16) (略)<br/> <u>(新設)</u></p> <p>(17) (略)<br/>                     [経過措置]<br/> <u>(新設)</u></p> | <p><b>1 外来感染対策向上加算に関する施設基準</b><br/>                     (1)～(12) (略)<br/>                     (13) <u>当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。</u><br/>                     (14) <u>感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第36条の2第1項の規定による通知（同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。</u><br/>                     (15)～(17) (略)<br/>                     (18) <u>感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、当該患者の診療について必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましいこと。</u><br/>                     (19) (略)<br/>                     [経過措置]<br/>                     令和6年3月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、1の(14)の基準を満たしているものとみなす。<br/>                     ※ 再診料、医学管理料等のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの及び精神科訪問看護・指導料における外来感染対策向上加算についても同様。</p> |

**A000 初診料**

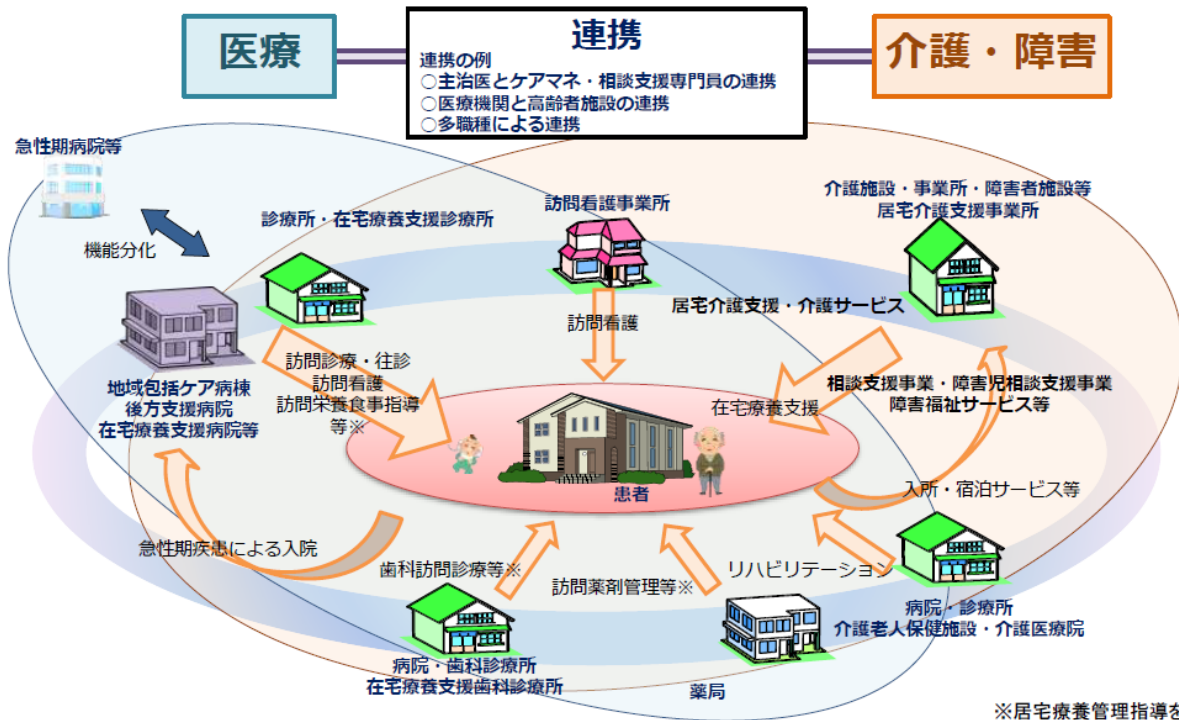
| 改定前   | 改定後   |
|---|---|
| <p>A000 初診料・・・288点<br/>                     注12 注11に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</p> <p>13 注11に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</p> <p>14 削除</p> | <p>A000 初診料・・・291点<br/>                     注12 <u>注11本文</u>に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携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初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</p> <p>13 <u>注11本文</u>に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供す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初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</p> <p>14 <u>注11本文</u>に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況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初診を行った場合は、抗菌薬適正使用加算として、月に1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</p> |

# 在宅

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

## 地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○ 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



※居宅療養管理指導を含む 209

## 訪問診療・往診等に関する見直し

### 質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

➤ 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

#### 【見直しの概要（主なもの）】

- ・在宅医療情報連携加算の新設  
他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価
- ・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設  
在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価
- ・往診時医療情報連携加算の新設  
在宅で療養を行っている患者と連携体制を構築する在宅・在宅以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在宅・在宅病が往診を行った場合の評価
- ・在宅療養移行加算の見直し  
対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し
- ・在宅ターミナルケア加算等の見直し  
在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

### 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

➤ 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

#### 【見直しの概要（主なもの）】

- ・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し  
在宅時医学総合管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し
- ・往診料の見直し  
往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し
- ・在宅患者訪問診療料の見直し  
在宅・在宅病における患者1人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、5回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

212

## 在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➤ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



213

## 在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

### 在宅医療情報連携加算の新設

- 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

#### 〔新〕 在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料） 100点

##### 〔算定要件〕（概要）

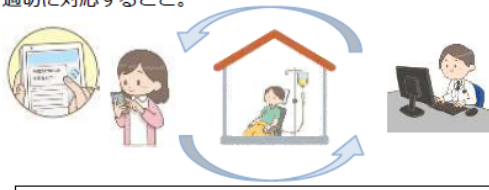
- 医師が、医療関係職種等により記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと及び医師が診療を行った際の診療情報等について記録し、医療関係職種等に共有することについて、患者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について、適切に記録すること

- 次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無
- 当該患者の治療方針の変更の概要（変更があった場合）
- 患者の医療・ケアを行う際の留意点（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
- 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望（患者又はその家族等から取得した場合）

- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること。
- 訪問診療を行う場合に、過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報（当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をICTを用いて取得した情報の数が1つ以上であること。
- 医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること。

##### 〔施設基準〕（概要）

- 患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、5以上であること。
- 地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- （1）に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



- 診療情報、治療方針
- 医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
- 人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

214

## 在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

### 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の中で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価を新設する。

#### 〔新〕 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

##### 〔算定要件〕

- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患者において、当該患者及びその家族等に療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点を診療録に記載すること。

### 緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

- 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

#### 現行

##### 【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

##### 〔算定要件〕（該当部分概要）

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。

#### 改定後

##### 【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

##### 〔算定要件〕（該当部分概要）

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているときとみなすことができる。

215

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

| 記録者              | 記録内容(概要)  | 補足   |
|------------------|---|--|
| Day              |   |  |
| (在宅医師)           | 肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。主たる介護者は妻であり、本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。   | <p>写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。<br/>【共有内容のイメージ】</p> <p>投稿者: ○○ ○○ (医師)</p> <p>題名: 呼吸苦時の対応<br/>本文: 呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。</p> <p>添付: </p> <p>家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。</p> <p>ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。</p> <p>患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。</p> |
| -5日 (看護師)        | 奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思っています。」  |  |
| -14日 (看護師)       | トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。(起居動作を動画にて保存)  |  |
| -10日 (看護師)       | 頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。   |  |
| -6日 (在宅医師)       | 奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。(良姿勢を動画にて保存)  |  |
|                  | <b>連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有</b>  |  |
| -4日 (ケアマネジャー)    | 福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されていました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているいろいろやっているんですけど、病状は悪化する一方ですね。先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心」 |  |
| -2日 (在宅医師)       | 画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。  |  |
| -2日 (緩和ケア病棟スタッフ) | これまでも地域ICTの記録を通じて病態変化を事前に確認できているので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。   |  |
| 0日               | 当該緩和ケア病棟に入院<br>入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。   |  |

©ASK/LINKUP 2023.11.24中医協総会 個別事項(その7)緩和ケアについて

111

2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

【遠隔死亡診断補助加算】

- Q178** 「C005」在宅患者訪問看護・指導料の注18に掲げる遠隔死亡診断補助加算(「C005-1-2」の注6の規定により準用する場合を含む。)の施設基準において求める看護師の「情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。
- A178** 現時点では、厚生労働省「在宅看取りに関する研修事業」(平成29~31年度)及び「ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業」(令和2年度~)により実施されている研修が該当する。

【在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料】

- Q179** 「C015」在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、患者が当該指導を行った上で入院となった場合において、当該指導料を算定することは可能か。
- A179** 可能
- Q180** 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、「当該患者の計画的な医学管理を行う医師」が療養上必要な指導を行うことを求めているが、患者の主治医と同一の医療機関に所属する医師であって、当該患者の治療方針等を検討するカンファレンスに定期的に参加し、主治医が対応困難な時間帯に対応する者として主治医から患者に説明し、同意が得られている医師が当該指導を実施した場合であっても当該加算を算定することは可能か。
- A180** 可能

【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】

- Q181** 「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料の注に規定する「在宅における抗悪性腫瘍剤の注射」について、例えば、末期ではない急性白血病患者等に対し、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する場合は該当するかの。
- A181** 該当する。



## 地域における24時間の在宅医療提供体制の推進

### 往診時医療情報連携加算の新設

- 地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在支診・在支病と連携体制を構築している**在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

**(新) 往診時医療情報連携加算 200点**

〔算定要件〕

- 他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に**対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等**を提供されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、**共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定できる。**この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等及び診療の要点を診療録に記録すること。

### 在宅療養移行加算の見直し

- 在支診・在支病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算について、**対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の保険医療機関と定期的なカンファレンスやICTを用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す。**

| 現行                |      | 改定後                      |
|-------------------|------|--------------------------|
| (新設)<br>在宅療養移行加算1 | 216点 | <b>在宅療養移行加算1</b><br>316点 |
| (新設)<br>在宅療養移行加算2 | 116点 | <b>在宅療養移行加算2</b><br>216点 |
|                   |      | <b>在宅療養移行加算3</b><br>216点 |
|                   |      | <b>在宅療養移行加算4</b><br>116点 |

〔在宅療養移行加算1及び3の追加の施設基準〕

- 当該医療機関が保有する**当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時**の対応方針について、当該医療機関と連携する医療機関との**1月に1回程度の定期的なカンファレンスにより当該連携医療機関に適切に提供していること**。ただし、当該情報について**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保している場合**はこの限りでない。

216

## (参考) 在宅療養移行加算等における要件の一覧

| ○：どちらでもよい<br>◎：必ず満たす必要がある<br>×：要件を満たさない<br>-：施設基準上の要件ではない |       |     | 24時間要件  |         |           |         |          |         | 在支診・在支病等との定期的なカンファレンス等による情報共有 |
|---|-------|-----|---------|---------|-----------|---------|----------|---------|-------------------------------|
|   |       |     | 往診を行う体制 |         | 訪問看護を行う体制 |         | 連絡を受ける体制 |         |                               |
|   |       |     | 単独      | 連携      | 単独        | 連携      | 単独       | 連携      |                               |
| 診療所   | 機能強化型 | 単独型 | ◎       | ×       | ○         | ○       | ◎        | ×       | /                             |
|   |       | 連携型 | ○ (<10) | ○ (<10) | ○ (<10)   | ○ (<10) | ○ (<10)  | ○ (<10) |                               |
|   | その他   | ○   | ○       | ◎       | ×         | ◎       | ×        | ◎       |                               |
| 在宅療養支援病院  | 機能強化型 | 単独型 | ◎       | ×       | ○         | ○       | ◎        | ×       | /                             |
|   |       | 連携型 | ○ (<10) | ○ (<10) | ○ (<10)   | ○ (<10) | ○ (<10)  | ○ (<10) |                               |
|   | その他   | ◎   | ×       | ○       | ○         | ◎       | ×        | ◎       |                               |
| <b>在宅療養移行加算1 (新)</b>                                      |       |     | ○※1     | -       | -         | -       | ○※1      | ◎※3     | ◎※3                           |
| 在宅療養移行加算2 (旧1)  |       |     | ○※1     | -       | -         | -       | ○※1      | -       | -                             |
| <b>在宅療養移行加算3 (新)</b>                                      |       |     | ※2      | -       | -         | -       | ○※1      | ◎※3     | ◎※3                           |
| 在宅療養移行加算4 (旧2)  |       |     | ※2      | -       | -         | -       | ○※1      | -       | -                             |

※1：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）

※2：「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。

※3：ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保していることでも差し支えない。

<10：連携医療機関数が10未満であること。

## 医療機関と介護保険施設等の連携の推進②（再掲）

### 介護保険施設等連携往診加算の新設

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の**病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

#### （新） 介護保険施設等連携往診加算 200点

##### 【算定要件】

- 介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて**当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行った際に、提供する医療の内容について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合**に算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。
- 当該介護保険施設等と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

##### 【施設基準の概要】

- 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保していること。**
- 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

- (イ) 必要に応じて入院受入れを行う介護保険施設等に所属する保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。**
- (ロ) 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。**

イ 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。**

- 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該介護保険施設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。

### 医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

218

## 在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

### 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、**名称を変更**するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、**心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価**を新設する。

| 現行  | 改定後  |
|---|--|
| <b>【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】</b><br>1,500点<br>在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 | <b>【在宅麻薬等注射指導管理料】</b><br>1. <b>悪性腫瘍の場合</b> <span style="float: right;">1,500点</span><br>悪性腫瘍の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。<br>2. <b>筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合</b> <span style="float: right;">1,500点</span><br>筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。<br>3. <b>（新）心不全又は呼吸器疾患の場合</b> <span style="float: right;">1,500点</span><br>1又は2に該当しない場合であって、 <b>緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者</b> に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。<br><b>【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】</b> <span style="float: right;">1,500点</span><br>悪性腫瘍の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。 |

※ 注入ポンプ加算及び携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。

### 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

#### （新） 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点

##### 【算定要件】（主なもの）

- 在宅強心剤持続投与指導管理料は、**循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip分類 class IV）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者**に対して、携帯型ディスプレイ注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
- 実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
- 当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに5年以上の経験を有する常勤の医師であること。

219

| 【在宅患者訪問診療料】 |   |
|-------------|---|
| Q170        | 「C001」在宅患者訪問診療料（I）の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる「末期心不全の患者」及び「呼吸器疾患の終末期の患者」について、具体的にどのような患者のことをいうか。   |
| A170        | それぞれ以下のとおり。<br>○末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれかの基準に該当するもの<br>① 心不全に対して適切な治療が実施されていること。<br>② 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。<br>③ 左室駆出率が20%以下であること。<br>④ 医学的に終末期であると判断される状態であること。<br>○呼吸器疾患の終末期の患者は、以下の①、②及び③のすべての基準に該当するもの<br>①呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること。<br>②在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施していること。<br>③過去半年以内に10%以上の体重減少を認めること。 |
| Q171        | 在宅患者訪問診療料（I）の注12において、直近3月の訪問診療を行っている患者（一部の患者を除く。）1人あたりの平均の訪問診療回数（以下「平均訪問診療回数」という。）が一定以上の場合の取扱いが示されているが、当該実績の計算はどのように行えばよいか。また、平均訪問診療回数が一定以上であった場合の取扱い如何。  |
| A171        | 訪問診療の実績については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。また、平均訪問診療回数が一定以上であることを確認した場合は、同一患者について当該月の4回目までの訪問診療については100分の100の点数を算定するが、5回目以降の訪問診療については、当該月の間は100分の50に相当する点数により算定する。  |

©ASK/LINKUP

117

| 【在宅強心剤持続投与指導管理料】 |  |
|------------------|--|
| Q182             | 「C108-3」在宅強心剤持続投与指導管理料における「関係学会の定める診療に関する指針」とは、具体的には何を指すのか。  |
| A182             | 現時点では、日本心不全学会及び日本在宅医療連合学会の「重症心不全患者への在宅静注強心薬投与指針」を指す。   |
| Q183             | 在宅強心剤持続投与指導管理料について、心不全の原因となった疾患に関わらず、循環血液量の補正のみではKillip分類classⅣ相当の心原性ショックからの離脱が困難な心不全の患者であれば、当該加算を算定可能か。 |
| A183             | 要件を満たせば可能。   |

©ASK/LINKUP

118

## 在宅ターミナルケア加算等の見直し

- 本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算について、**死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能**とするとともに、看取り加算について、**退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能**とする。

**(新) 往診料 在宅ターミナルケア加算 3,500~6,500点**

〔算定要件〕

- 在宅ターミナルケア加算は、**死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合**（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

**(新) 往診料 看取り加算 3,000点**

〔算定要件〕

- 看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、**死亡日前14日以内に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定**する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

≪在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の見直し≫

| 現行   | 改定後  |
|--|--|
| <p>【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】</p> <p>在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。</p> | <p>【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】</p> <p>在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者<b>若しくは退院時共同指導を行った患者</b>が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。</p> |

220

### (参考)在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

|                              |              |      |
|------------------------------|--------------|------|
| <b>往診料</b>                   |              | 720点 |
| <b>在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1（1日につき）</b> | 同一建物居住者以外の場合 | 888点 |
|                              | 同一建物居住者の場合   | 213点 |
| <b>在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイ（1日につき）</b> |              | 150点 |

| 在宅ターミナルケア加算   | 機能強化型在支診・在支病       |                    | 機能強化型以外の在支診・在支病    | その他の医療機関           |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|   | 有床診・在支病            | 無床診                |                    |                    |
| 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の往診、訪問診療又は <b>退院時共同指導</b> を実施した場合に算定 | 6,500点<br>(6,200点) | 5,500点<br>(5,200点) | 4,500点<br>(4,200点) | 3,500点<br>(3,200点) |
| <b>+在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</b>                                      | 7,500点<br>(7,200点) | 6,500点<br>(6,200点) | /                  |                    |
| <b>+在宅療養実績加算1</b>   | /                  |                    | 5,250点<br>(4,950点) | /                  |
| <b>+在宅療養実績加算2</b>   | /                  |                    | 5,000点<br>(4700点)  | /                  |

※1 ( )内は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイを算定しているときの点数

|               |                  |        |
|---------------|------------------|--------|
| <b>看取り加算</b>  | 在宅で患者を看取った場合に算定  | 3,000点 |
| <b>死亡診断加算</b> | 患家で死亡診断を行った場合に算定 | 200点   |

※2 看取り加算と死亡診断加算は併算定できない

|   |
|---|
| ■その他の加算■<br>○乳幼児加算 400点<br>○診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算 |
|---|

221

## 往診料の評価の見直し

➤ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

|   |   |        |                         |        |        |
|---|---|--------|-------------------------|--------|--------|
|   | 以下のいずれかに該当する場合  |        |                         |        | その他の場合 |
|   | ① 往診を行う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等を算定している患者<br>② 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等を算定している患者<br>③ 往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者<br>④ 往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者 |        |                         |        |        |
|   | 機能強化型の<br>在支診・在支病（単独型・連携型）  |        | 機能強化型<br>以外の<br>在支診・在支病 |        |        |
|   | 病床有   | 病床無    |                         |        |        |
| 往診料   | 720点  |        |                         |        |        |
| +   |   |        |                         |        |        |
| 緊急往診加算  | 850点  | 750点   | 650点                    | 325点   | 325点   |
| 夜間・休日往診加算   | 1,700点  | 1,500点 | 1,300点                  | 650点   | 405点   |
| 深夜往診加算  | 2,700点  | 2,500点 | 2,300点                  | 1,300点 | 485点   |
| ①緊急往診加算について<br>保険医療機関において、 <b>標榜時間内</b> であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。  |   |        |                         |        |        |
| ②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて<br>夜間（深夜を除く。）とは <b>午後6時から午前8時</b> までとし、深夜の取扱いについては、 <b>午後10時から午前6時</b> までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。<br>休日とは、 <b>日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日</b> をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。 |   |        |                         |        |        |
| <b>222</b>  |   |        |                         |        |        |

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 07 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

121

### 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈（その1）」より

| 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 |   |
|---------------------------|---|
| <b>Q166</b>               | 「C000」往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2（1）において、連携医療機関については、「計画的な医学管理の下、主治医として定期的に訪問診療を実施している保険医の所属する保険医療機関であって、往診医療機関と連携体制を構築していること。」とされているが、どのような連携体制を構築している必要があるか。                                     |
| <b>A166</b>               | 連携医療機関と往診医療機関との間で、連携医療機関が往診を行うことが困難な時間において、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受けた場合に適切に対応する旨及び患家からの連絡方法等について、あらかじめ取り決めを行っていること。なお、当該取り決めで定めた内容については連携医療機関及び往診医療機関において、文書にて保存し、患家の希望があった場合等に提供できる体制を有している必要がある。 |
| <b>Q167</b>               | 問166における取り決めについて、連携医療機関が、地域の自治体又は医師会等の協力により往診医療機関と取り決めを行った場合についてどのように考えればよいか。   |
| <b>A167</b>               | 取り決めについては連携医療機関及び往診医療機関において作成及び保存し、患家の希望があった場合等に必要に応じて当該文書を提供できる体制を有している必要があり、当該体制を有していない場合は要件を満たさない。   |

| 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 |  |
|---------------------------|--|
| Q168                      | 往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2(2)において、「患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等の最新の情報（以下この項において「診療情報等」とする。）を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がICT等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有していること。」とされているが、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない連携医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受け、連携医療機関に電話等により当該患者の診療情報等を確認した場合であって、連携医療機関が診療情報等を提供した場合についても該当するか。 |
| A168                      | 連携医療機関の医師又は看護師等の医療関係職種が当該患者の最新の診療録等を確認の上、往診医療機関に当該診療情報等を適切に提供した場合は該当する。ただし、往診医療機関は、当該連携医療機関に対し電話を行った時間及び得られた情報の要点について、当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容について、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと。  |
| Q169                      | 往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2(2)に規定する診療情報等の「ICT等を用いて確認」は、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない主治医の所属する保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から往診の求めを受けた際に、当該患者の診療情報等を、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク等（以下「地連NW等」という。）にアクセスして診療情報等を取得している状態は該当するか。  |
| A169                      | 該当する。ただし、往診医療機関が地連NW等の活用のみで診療情報等を確認する場合は最新の診療情報等を常に取得できる状態である必要があり、地連NW等を活用した日時及び得られた情報の概要については当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容については、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと。  |

©ASK/LINKUP

123

| 【栄養情報連携料】 |  |
|-----------|--|
| Q21       | 「B011-6」栄養情報連携料について、入院中の栄養管理に関する情報等を示す文書の作成や他の保険医療機関等の管理栄養士への説明を行ったが、病態の変化等により、予定していた保険医療機関以外への転院又は死亡した場合は、算定できるか。 |
| A21       | 不可。  |
| Q22       | 栄養情報連携料について、「入院中に1回に限り算定する。」とあるが、退院後、同一保険医療機関に再入院した場合も、算定できるか。   |
| A22       | 入院期間が通算される再入院をした場合には、算定できない。   |

| 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 |  |
|---------------------------|--|
| Q23                       | 「C000」往診料に規定する別に厚生労働大臣が定める患者における「往診を行う保険医療機関において過去六十日以内に在宅患者訪問診療料、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もの」について、同一の患家において2人以上の患者を診療している場合であって、2人目以降として「A001」再診料等のみを算定している場合は当該患者に該当するとみなしてよいか。 |
| A23                       | みなしてよい。ただし、当該患者に対して往診を行い、当該患者に該当するものとして緊急往診加算等を算定する場合には、同一の患家における2人目以降の患者である旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。  |

## 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し①

▶ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における**単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設**するとともに、**処方箋料の再編に伴い、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。**

| 在宅時<br>医学総合管理料            | 機能強化型在支診・在支病<br>(病床あり) |        |         |         |        | 機能強化型在支診・在支病<br>(病床なし) |        |         |         |        | 在支診・在支病 |        |         |         |        | その他    |        |         |         |        |
|---------------------------|------------------------|--------|---------|---------|--------|------------------------|--------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|---------|--------|--------|--------|---------|---------|--------|
|                           | 1人                     | 2~9人   | 10人~19人 | 20人~49人 | 50人~   | 1人                     | 2~9人   | 10人~19人 | 20人~49人 | 50人~   | 1人      | 2~9人   | 10人~19人 | 20人~49人 | 50人~   | 1人     | 2~9人   | 10人~19人 | 20人~49人 | 50人~   |
| ①月2回以上訪問<br>(難病等)         | 5,385点                 | 4,485点 | 2,865点  | 2,400点  | 2,110点 | 4,985点                 | 4,125点 | 2,625点  | 2,205点  | 1,935点 | 4,585点  | 3,765点 | 2,385点  | 2,010点  | 1,765点 | 3,435点 | 2,820点 | 1,785点  | 1,500点  | 1,315点 |
| ②月2回以上訪問                  | 4,485点                 | 2,385点 | 1,185点  | 1,065点  | 905点   | 4,085点                 | 2,185点 | 1,085点  | 970点    | 825点   | 3,685点  | 1,985点 | 985点    | 875点    | 745点   | 2,735点 | 1,460点 | 735点    | 655点    | 555点   |
| ③(うち1回は情報通信<br>機器を用いた診療)  | 3,014点                 | 1,670点 | 865点    | 780点    | 660点   | 2,774点                 | 1,550点 | 805点    | 720点    | 611点   | 2,554点  | 1,450点 | 765点    | 679点    | 578点   | 2,014点 | 1,165点 | 645点    | 573点    | 487点   |
| ④月1回訪問                    | 2,745点                 | 1,485点 | 765点    | 670点    | 575点   | 2,505点                 | 1,365点 | 705点    | 615点    | 525点   | 2,285点  | 1,265点 | 665点    | 570点    | 490点   | 1,745点 | 980点   | 545点    | 455点    | 395点   |
| ⑤(うち2月目は情報通信<br>機器を用いた診療) | 1,500点                 | 828点   | 425点    | 373点    | 317点   | 1,380点                 | 768点   | 395点    | 344点    | 292点   | 1,270点  | 718点   | 375点    | 321点    | 275点   | 1,000点 | 575点   | 315点    | 264点    | 225点   |
| 施設入居時等<br>医学総合管理料         | 1人                     | 2~9人   | 10人~19人 | 20人~49人 | 50人~   | 1人                     | 2~9人   | 10人~19人 | 20人~49人 | 50人~   | 1人      | 2~9人   | 10人~19人 | 20人~49人 | 50人~   | 1人     | 2~9人   | 10人~19人 | 20人~49人 | 50人~   |
| ①月2回以上訪問<br>(難病等)         | 3,885点                 | 3,225点 | 2,865点  | 2,400点  | 2,110点 | 3,585点                 | 2,955点 | 2,625点  | 2,205点  | 1,935点 | 3,285点  | 2,685点 | 2,385点  | 2,010点  | 1,765点 | 2,435点 | 2,010点 | 1,785点  | 1,500点  | 1,315点 |
| ②月2回以上訪問                  | 3,185点                 | 1,685点 | 1,185点  | 1,065点  | 905点   | 2,885点                 | 1,535点 | 1,085点  | 970点    | 825点   | 2,585点  | 1,385点 | 985点    | 875点    | 745点   | 1,935点 | 1,010点 | 735点    | 655点    | 555点   |
| ③(うち1回は情報通信<br>機器を用いた診療)  | 2,234点                 | 1,250点 | 865点    | 780点    | 660点   | 2,054点                 | 1,160点 | 805点    | 720点    | 611点   | 1,894点  | 1,090点 | 765点    | 679点    | 578点   | 1,534点 | 895点   | 645点    | 573点    | 487点   |
| ④月1回訪問                    | 1,965点                 | 1,065点 | 765点    | 670点    | 575点   | 1,785点                 | 975点   | 705点    | 615点    | 525点   | 1,625点  | 905点   | 665点    | 570点    | 490点   | 1,265点 | 710点   | 545点    | 455点    | 395点   |
| ⑤(うち2月目は情報通信<br>機器を用いた診療) | 1,110点                 | 618点   | 425点    | 373点    | 317点   | 1,020点                 | 573点   | 395点    | 344点    | 292点   | 940点    | 538点   | 375点    | 321点    | 275点   | 760点   | 440点   | 315点    | 264点    | 225点   |

223

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 07 質の高い訪問診療・訪問看護の確保  
令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑨

125

## 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し②

▶ 訪問診療の算定回数が多い医療機関における在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

【概要】

・単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、**当該保険医療機関における直近3月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関(令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。)**における**直近3月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上**の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ**所定点数の100分の60に相当する点数**を算定する。

- (イ) 直近1年間に**5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績**があること。
- (ロ) 当該保険医療機関において、直近1年間の**在宅における看取りの実績を20件以上**有していること又は**重症児の十分な診療実績**を有していること。
- (ハ) 直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下**であること。
- (ニ) 直近3月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上**であること。

【参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価】

| 在宅時医学総合管理料<br>・施設入居時等医学総合管理料 | 機能強化型在支診・在支病<br>(病床あり) |         |        | 機能強化型在支診・在支病<br>(病床なし) |         |        | 在支診・在支病 |         |        | その他     |         |      |
|------------------------------|------------------------|---------|--------|------------------------|---------|--------|---------|---------|--------|---------|---------|------|
|                              | 10人~19人                | 20人~49人 | 50人~   | 10人~19人                | 20人~49人 | 50人~   | 10人~19人 | 20人~49人 | 50人~   | 10人~19人 | 20人~49人 | 50人~ |
| ①月2回以上訪問(難病等)                | 1,719点                 | 1,440点  | 1,266点 | 1,575点                 | 1,323点  | 1,161点 | 1,431点  | 1,206点  | 1,059点 | 1,071点  | 900点    | 789点 |
| ②月2回以上訪問                     | 711点                   | 639点    | 543点   | 651点                   | 582点    | 495点   | 591点    | 525点    | 447点   | 441点    | 393点    | 333点 |
| ③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)         | 519点                   | 468点    | 396点   | 483点                   | 432点    | 367点   | 459点    | 407点    | 347点   | 387点    | 344点    | 292点 |
| ④月1回訪問                       | 459点                   | 402点    | 345点   | 423点                   | 369点    | 315点   | 399点    | 342点    | 294点   | 327点    | 276点    | 237点 |
| ⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)        | 255点                   | 224点    | 190点   | 237点                   | 206点    | 175点   | 225点    | 193点    | 165点   | 189点    | 158点    | 135点 |

▶ 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から**次年の1月から**在宅データ提出加算に係る届出を要件**とする。

224

在医総管及び施医総管を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。)について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す

| 在宅時医学総合管理料 2024年改定後の変化             |                         |             |       |       |                      |           |            |                                    |                         |                        |             |       |           |                      |            |            |                   |            |                   |            |     |            |     |    |     |
|------------------------------------|-------------------------|-------------|-------|-------|----------------------|-----------|------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------|-------|-----------|----------------------|------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|-----|------------|-----|----|-----|
| 在宅時医学総合管理料の算定回数及び特別の関係にある医療機関の合計回数 |                         | 3ヶ月で2100回以内 |       |       | 3ヶ月で2100回超10人以上は6割算定 |           |            | 在宅時医学総合管理料の算定回数及び特別の関係にある医療機関の合計回数 |                         |                        | 3ヶ月で2100回以内 |       |           | 3ヶ月で2100回超10人以上は6割算定 |            |            |                   |            |                   |            |     |            |     |    |     |
| 項目                                 |                         | 改定前         | 改定後   | 差     | 改定前                  | 改定後       | 差          | 合計要件なし                             |                         |                        |             |       |           |                      |            |            |                   |            |                   |            |     |            |     |    |     |
| 強化型<br>在宅時<br>在支病                  | 月2回以上<br>(厚生労働大臣が定めるもの) | 単一建物1人      | 5,400 | 5,385 | -15                  | 5,385     | -15        | 在宅時<br>在支病                         | 月2回以上<br>(厚生労働大臣が定めるもの) | 単一建物1人                 | 4,600       | 4,585 | -15       | 4,585                | -15        | 在宅時<br>在支病 | 在宅時<br>在支病<br>加算1 | 単一建物1人     | 改定前               | 改定後        | 差   | 改定前        | 改定後 | 差  |     |
|                                    |                         | 単一建物2~9人    | 4,500 | 4,485 | -15                  | 4,485     | -15        |                                    |                         | 単一建物2~9人               | 3,780       | 3,765 | -15       | 3,765                | -15        |            |                   | 単一建物2~9人   | 300               | 300        | 0   |            |     |    |     |
|                                    |                         | 単一建物10~19人  | 2,865 | -15   | 1,719                | -1,161    | 単一建物10~19人 |                                    |                         | 2,385                  | -15         | 1,431 | -969      | 単一建物10~19人           | 150        |            |                   | 150        | 0                 | 単一建物10~19人 | 75  | 75         | 0   |    |     |
|                                    |                         | 単一建物20~49人  | 2,880 | 2,400 | -480                 | 1,440     | -1,440     |                                    |                         | 単一建物20~49人             | 2,400       | 2,010 | -390      | 1,206                | -1,194     |            |                   | 単一建物20~49人 | 75                | 63         | -12 | 単一建物20~49人 | 75  | 63 | -12 |
|                                    |                         | 単一建物50人以上   | 2,110 | -770  | 1,266                | -1,614    | 単一建物50人以上  |                                    |                         | 1,765                  | -635        | 1,059 | -1,341    | 単一建物50人以上            | 56         |            |                   | 56         | 0                 | 単一建物50人以上  | 56  | 56         | 0   |    |     |
|                                    | 月2回以上                   | 単一建物1人      | 4,500 | 4,485 | -15                  | 4,485     | -15        |                                    | 在宅時<br>在支病              | 月2回以上                  | 単一建物1人      | 3,700 | 3,685     | -15                  | 3,685      |            | -15               | 在宅時<br>在支病 | 在宅時<br>在支病<br>加算2 | 単一建物1人     | 200 | 200        | 0   |    |     |
|                                    |                         | 単一建物2~9人    | 2,400 | 2,385 | -15                  | 2,385     | -15        |                                    |                         |                        | 単一建物2~9人    | 2,000 | 1,985     | -15                  | 1,985      |            | -15               |            |                   | 単一建物2~9人   | 100 | 100        | 0   |    |     |
|                                    |                         | 単一建物10~19人  | 1,185 | -15   | 711                  | -489      | 単一建物10~19人 |                                    |                         |                        | 985         | -15   | 591       | -409                 | 単一建物10~19人 |            | 50                |            |                   | 50         | 0   |            |     |    |     |
|                                    |                         | 単一建物20~49人  | 1,200 | 1,065 | -135                 | 639       | -561       |                                    |                         |                        | 単一建物20~49人  | 1,000 | 875       | -125                 | 525        |            | -475              |            |                   | 単一建物20~49人 | 50  | 43         | -7  |    |     |
|                                    |                         | 単一建物50人以上   | 905   | -295  | 543                  | -657      | 単一建物50人以上  |                                    |                         |                        | 745         | -255  | 447       | -553                 | 単一建物50人以上  |            | 38                |            |                   | 38         | -12 |            |     |    |     |
|                                    | 月2回以上<br>(うち1回は情報通信機器)  | 単一建物1人      | 3,029 | 3,014 | -15                  | 3,014     | -15        |                                    | 在宅時<br>在支病              | 月2回以上<br>(うち1回は情報通信機器) | 単一建物1人      | 2,569 | 2,554     | -15                  | 2,554      |            | -15               | 在宅時<br>在支病 | 在宅時<br>在支病        | 単一建物1人     | 200 | 200        | 0   |    |     |
|                                    |                         | 単一建物2~9人    | 1,685 | 1,670 | -15                  | 1,670     | -15        |                                    |                         |                        | 単一建物2~9人    | 1,465 | 1,450     | -15                  | 1,450      |            | -15               |            |                   | 単一建物2~9人   | 100 | 100        | 0   |    |     |
|                                    |                         | 単一建物10~19人  | 865   | -15   | 519                  | -361      | 単一建物10~19人 |                                    |                         |                        | 765         | -15   | 459       | -321                 | 単一建物10~19人 |            | 50                |            |                   | 50         | 0   |            |     |    |     |
|                                    |                         | 単一建物20~49人  | 880   | 780   | -100                 | 468       | -412       |                                    |                         |                        | 単一建物20~49人  | 780   | 679       | -101                 | 407        |            | -373              |            |                   | 単一建物20~49人 | 50  | 43         | -7  |    |     |
|                                    |                         | 単一建物50人以上   | 660   | -220  | 396                  | -484      | 単一建物50人以上  |                                    |                         |                        | 578         | -202  | 346       | -434                 | 単一建物50人以上  |            | 38                |            |                   | 38         | -12 |            |     |    |     |
|                                    | 月1回                     | 単一建物1人      | 2,760 | 2,745 | -15                  | 2,745     | -15        |                                    | 在宅時<br>在支病              | 月1回                    | 単一建物1人      | 2,300 | 2,285     | -15                  | 2,285      |            | -15               | 在宅時<br>在支病 | 在宅時<br>在支病        | 単一建物1人     | 200 | 200        | 0   |    |     |
|                                    |                         | 単一建物2~9人    | 1,500 | 1,485 | -15                  | 1,485     | -15        |                                    |                         |                        | 単一建物2~9人    | 1,280 | 1,265     | -15                  | 1,265      |            | -15               |            |                   | 単一建物2~9人   | 100 | 100        | 0   |    |     |
|                                    |                         | 単一建物10~19人  | 765   | -15   | 459                  | -321      | 単一建物10~19人 |                                    |                         |                        | 665         | -15   | 399       | -281                 | 単一建物10~19人 |            | 50                |            |                   | 50         | 0   |            |     |    |     |
|                                    |                         | 単一建物20~49人  | 780   | 670   | -110                 | 402       | -378       |                                    |                         |                        | 単一建物20~49人  | 680   | 570       | -110                 | 342        |            | -338              |            |                   | 単一建物20~49人 | 50  | 43         | -7  |    |     |
|                                    |                         | 単一建物50人以上   | 575   | -205  | 345                  | -435      | 単一建物50人以上  |                                    |                         |                        | 490         | -190  | 294       | -386                 | 単一建物50人以上  |            | 38                |            |                   | 38         | -12 |            |     |    |     |
|                                    | 月1回<br>(2月に1回は情報通信機器)   | 単一建物1人      | 1,515 | 1,500 | -15                  | 1,500     | -15        |                                    | 在宅時<br>在支病              | 月1回<br>(2月に1回は情報通信機器)  | 単一建物1人      | 1,285 | 1,270     | -15                  | 1,270      |            | -15               | 在宅時<br>在支病 | 在宅時<br>在支病        | 単一建物1人     | 200 | 200        | 0   |    |     |
|                                    |                         | 単一建物2~9人    | 843   | 828   | -15                  | 828       | -15        |                                    |                         |                        | 単一建物2~9人    | 733   | 718       | -15                  | 718        |            | -15               |            |                   | 単一建物2~9人   | 100 | 100        | 0   |    |     |
|                                    |                         | 単一建物10~19人  | 440   | 425   | -15                  | 255       | -185       |                                    |                         |                        | 単一建物10~19人  | 375   | -15       | 225                  | -165       |            | 単一建物10~19人        |            |                   | 50         | 50  | 0          |     |    |     |
|                                    |                         | 単一建物20~49人  | 440   | 373   | -67                  | 223       | -217       |                                    |                         |                        | 単一建物20~49人  | 390   | 321       | -69                  | 192        |            | -198              |            |                   | 単一建物20~49人 | 50  | 43         | -7  |    |     |
| 単一建物50人以上                          |                         | 317         | -123  | 190   | -250                 | 単一建物50人以上 | 275        | -115                               |                         |                        | 165         | -225  | 単一建物50人以上 | 38                   | 38         | -12        |                   |            |                   |            |     |            |     |    |     |

◎ASK/◎LINKUP

在医総管及び施医総管を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。)について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す

| 在宅時医学総合管理料 2024年改定後の変化             |                         |             |       |       |                      |        |        |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|-------------------------|-------------|-------|-------|----------------------|--------|--------|--|--|--|--|--|
| 在宅時医学総合管理料の算定回数及び特別の関係にある医療機関の合計回数 |                         | 3ヶ月で2100回以内 |       |       | 3ヶ月で2100回超10人以上は6割算定 |        |        |  |  |  |  |  |
| 項目                                 |                         | 改定前         | 改定後   | 差     | 改定後                  | 差      |        |  |  |  |  |  |
| 強化型<br>在宅時<br>在支病                  | 月2回以上<br>(厚生労働大臣が定めるもの) | 単一建物1人      | 5,400 | 5,385 | -15                  | 5,385  | -15    |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物2~9人    | 4,500 | 4,485 | -15                  | 4,485  | -15    |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物10~19人  | 2,865 | -15   | 1,719                | -1,161 |        |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物20~49人  | 2,880 | 2,400 | -480                 | 1,440  | -1,440 |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物50人以上   | 2,110 | -770  | 1,266                | -1,614 |        |  |  |  |  |  |
|                                    | 月2回以上                   | 単一建物1人      | 4,500 | 4,485 | -15                  | 4,485  | -15    |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物2~9人    | 2,400 | 2,385 | -15                  | 2,385  | -15    |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物10~19人  | 1,185 | -15   | 711                  | -489   |        |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物20~49人  | 1,200 | 1,065 | -135                 | 639    | -561   |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物50人以上   | 905   | -295  | 543                  | -657   |        |  |  |  |  |  |
|                                    | 月2回以上<br>(うち1回は情報通信機器)  | 単一建物1人      | 3,029 | 3,014 | -15                  | 3,014  | -15    |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物2~9人    | 1,685 | 1,670 | -15                  | 1,670  | -15    |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物10~19人  | 865   | -15   | 519                  | -361   |        |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物20~49人  | 880   | 780   | -100                 | 468    | -412   |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物50人以上   | 660   | -220  | 396                  | -484   |        |  |  |  |  |  |
|                                    | 月1回                     | 単一建物1人      | 2,760 | 2,745 | -15                  | 2,745  | -15    |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物2~9人    | 1,500 | 1,485 | -15                  | 1,485  | -15    |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物10~19人  | 765   | -15   | 459                  | -321   |        |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物20~49人  | 780   | 670   | -110                 | 402    | -378   |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物50人以上   | 575   | -205  | 345                  | -435   |        |  |  |  |  |  |
|                                    | 月1回<br>(2月に1回は情報通信機器)   | 単一建物1人      | 1,515 | 1,500 | -15                  | 1,500  | -15    |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物2~9人    | 843   | 828   | -15                  | 828    | -15    |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物10~19人  | 440   | 425   | -15                  | 255    | -185   |  |  |  |  |  |
|                                    |                         | 単一建物20~49人  | 440   | 373   | -67                  | 223    | -217   |  |  |  |  |  |
| 単一建物50人以上                          |                         | 317         | -123  | 190   | -250                 |        |        |  |  |  |  |  |

◎ASK/◎LINKUP



在医総管及び施医総管を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。)について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す

| 施設入居時等医学総合管理料の算定回数(当該医療機関及び特別の関係にある医療機関の合計回数) |            |            |       |        |            | 3ヶ月で2100回以内 |             |      |            |            |            | 3ヶ月で2100回超 10人以上は6割算定 |        |            |                  |            |            | 合計回数要件なし   |            |     |     |     |   |
|---|------------|------------|-------|--------|------------|-------------|-------------|------|------------|------------|------------|-----------------------|--------|------------|------------------|------------|------------|------------|------------|-----|-----|-----|---|
| 項目  |            | 改定前        | 改定後   | 差      | 改定後        | 差           | 項目          |      | 改定前        | 改定後        | 差          | 改定後                   | 差      | 項目         |                  | 改定前        | 改定後        | 差          | 項目         |     | 改定前 | 改定後 | 差 |
|   |            |            |       |        |            |             |             |      |            |            |            |                       |        |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 強化型<br>在宅支病                                   | 病床あり       | 単一建物1人     | 3,900 | 3,885  | -15        | 3,885       | -15         | 在宅支病 | 単一建物1人     | 3,300      | 3,285      | -15                   | 3,285  | -15        | 在宅診療コア充実診療所・病院加算 | 単一建物1人     | 300        | 300        | 0          | 0   |     |     |   |
|   |            | 単一建物2~9人   | 3,240 | 3,225  | -15        | 3,225       | -15         |      |            | 単一建物2~9人   | 2,700      | 2,685                 | -15    | 2,685      |                  | -15        | 単一建物2~9人   | 150        | 150        | 0   | 0   |     |   |
|   |            | 単一建物10~19人 | 2,865 | -15    | 1,719      | -1,161      | 単一建物10~19人  |      |            | 2,385      | -15        | 1,431                 | -969   | 単一建物10~19人 |                  | 75         | 75         | 0          | 0          |     |     |     |   |
|   |            | 単一建物20~49人 | 2,880 | 2,400  | -480       | 1,440       | -1,440      |      |            | 単一建物20~49人 | 2,400      | 2,010                 | -390   | 1,206      |                  | -1,194     | 単一建物20~49人 | 75         | 63         | -12 | -12 |     |   |
|   |            | 単一建物50人以上  | 2,110 | -770   | 1,266      | -1,614      | 単一建物50人以上   |      |            | 1,765      | -635       | 1,059                 | -1,341 | 単一建物50人以上  |                  | 56         | 56         | 0          | 0          |     |     |     |   |
|   |            | 単一建物1人     | 3,200 | 3,185  | -15        | 3,185       | -15         |      |            | 在宅診療実績加算1  | 単一建物1人     | 2,600                 | 2,585  | -15        |                  | 2,585      | -15        | 単一建物1人     | 225        | 225 | 0   | 0   |   |
|   |            | 単一建物2~9人   | 1,700 | 1,685  | -15        | 1,685       | -15         |      |            |            | 単一建物2~9人   | 1,400                 | 1,385  | -15        |                  | 1,385      | -15        | 単一建物2~9人   | 110        | 110 | 0   | 0   |   |
|   |            | 単一建物10~19人 | 1,185 | -15    | 711        | -489        | 単一建物10~19人  |      |            |            | 985        | -15                   | 591    | -409       |                  | 単一建物10~19人 | 56         | 56         | 0          | 0   |     |     |   |
|   |            | 単一建物20~49人 | 1,200 | 1,065  | -135       | 639         | -561        |      |            |            | 単一建物20~49人 | 1,000                 | 875    | -125       |                  | 525        | -475       | 単一建物20~49人 | 56         | 47  | -9  | -9  |   |
|   |            | 単一建物50人以上  | 905   | -295   | 543        | -657        | 単一建物50人以上   |      |            |            | 745        | -255                  | 447    | -553       |                  | 単一建物50人以上  | 42         | 42         | 0          | 0   |     |     |   |
|   |            | 単一建物1人     | 2,249 | 2,234  | -15        | 2,234       | -15         |      |            |            | 在宅診療実績加算2  | 単一建物1人                | 1,900  | 1,894      |                  | -6         | 1,894      | -6         | 単一建物1人     | 150 | 150 | 0   | 0 |
|   |            | 単一建物2~9人   | 1,265 | 1,250  | -15        | 1,250       | -15         |      |            |            |            | 単一建物2~9人              | 1,105  | 1,090      |                  | -15        | 1,090      | -15        | 単一建物2~9人   | 75  | 75  | 0   | 0 |
|   |            | 単一建物10~19人 | 865   | -15    | 519        | -361        | 単一建物10~19人  |      |            |            |            | 765                   | -15    | 459        |                  | -321       | 単一建物10~19人 | 40         | 40         | 0   | 0   |     |   |
|   |            | 単一建物20~49人 | 880   | 780    | -100       | 468         | -412        |      |            |            |            | 単一建物20~49人            | 780    | 679        |                  | -101       | 407        | -373       | 単一建物20~49人 | 33  | 33  | 0   | 0 |
|   |            | 単一建物50人以上  | 660   | -220   | 396        | -484        | 単一建物50人以上   |      |            |            |            | 578                   | -202   | 346        |                  | -434       | 単一建物50人以上  | 30         | 30         | 0   | 0   |     |   |
|   | 単一建物1人     | 1,980      | 1,965 | -15    | 1,965      | -15         | 強化型<br>在宅支病 | 病床なし | 単一建物1人     |            |            | 1,640                 | 1,625  | -15        | 1,625            | -15        |            |            |            |     |     |     |   |
|   | 単一建物2~9人   | 1,080      | 1,065 | -15    | 1,065      | -15         |             |      | 単一建物2~9人   |            |            | 920                   | 905    | -15        | 905              | -15        |            |            |            |     |     |     |   |
|   | 単一建物10~19人 | 765        | -15   | 459    | -321       | 単一建物10~19人  |             |      | 665        |            |            | -15                   | 399    | -281       |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
|   | 単一建物20~49人 | 780        | 670   | -110   | 402        | -378        |             |      | 単一建物20~49人 |            |            | 680                   | 570    | -110       | 342              | -338       |            |            |            |     |     |     |   |
|   | 単一建物50人以上  | 575        | -205  | 345    | -435       | 単一建物50人以上   |             |      | 490        |            |            | -190                  | 294    | -386       |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
|   | 単一建物1人     | 1,125      | 1,110 | -15    | 1,110      | -15         |             |      | 単一建物1人     | 955        |            | 940                   | -15    | 940        | -15              |            |            |            |            |     |     |     |   |
|   | 単一建物2~9人   | 633        | 618   | -15    | 618        | -15         |             |      | 単一建物2~9人   | 553        |            | 538                   | -15    | 538        | -15              |            |            |            |            |     |     |     |   |
|   | 単一建物10~19人 | 425        | -15   | 255    | -185       | 単一建物10~19人  |             |      | 375        | -15        |            | 225                   | -165   |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
|   | 単一建物20~49人 | 440        | 373   | -67    | 223        | -217        |             |      | 単一建物20~49人 | 390        |            | 321                   | -69    | 192        | -198             |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物50人以上                                     | 317        | -123       | 190   | -250   | 単一建物50人以上  | 275         |             |      | -115       | 165        |            | -225                  |        |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物1人  | 3,600      | 3,585      | -15   | 3,585  | -15        | その他         |             |      | 在宅支病       | 単一建物1人     | 2,450      | 2,435                 | -15    | 2,435      | -15              |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物2~9人                                      | 2,970      | 2,955      | -15   | 2,955  | -15        |             |             |      |            | 単一建物2~9人   | 2,025      | 2,010                 | -15    | 2,010      | -15              |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物10~19人                                    | 2,625      | -15        | 1,575 | -1,065 | 単一建物10~19人 |             |             |      |            | 1,785      | -15        | 1,071                 | -729   |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物20~49人                                    | 2,640      | 2,205      | -435  | 1,323  | -1,317     |             |             |      |            | 単一建物20~49人 | 1,800      | 1,500                 | -300   | 900        | -900             |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物50人以上                                     | 1,935      | -705       | 1,161 | -1,479 | 単一建物50人以上  |             |             |      |            | 1,315      | -485       | 789                   | -1,011 |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物1人  | 2,900      | 2,885      | -15   | 2,885  | -15        |             | 強化型<br>在宅支病 | 病床あり |            | 単一建物1人     | 1,950      | 1,935                 | -15    | 1,935      | -15              |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物2~9人                                      | 1,550      | 1,535      | -15   | 1,535  | -15        |             |             |      |            | 単一建物2~9人   | 1,025      | 1,010                 | -15    | 1,010      | -15              |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物10~19人                                    | 1,085      | -15        | 651   | -449   | 単一建物10~19人 |             |             |      |            | 735        | -15        | 441                   | -309   |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物20~49人                                    | 1,100      | 970        | -130  | 582    | -518       |             |             |      |            | 単一建物20~49人 | 750        | 655                   | -95    | 393        | -357             |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物50人以上                                     | 825        | -275       | 495   | -605   | 単一建物50人以上  |             |             |      |            | 555        | -195       | 333                   | -417   |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物1人  | 2,069      | 2,054      | -15   | 2,054  | -15        |             |             |      |            | 単一建物1人     | 1,549      | 1,534                 | -15    | 1,534      | -15              |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物2~9人                                      | 1,175      | 1,160      | -15   | 1,160  | -15        |             |             |      |            | 単一建物2~9人   | 910        | 895                   | -15    | 895        | -15              |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物10~19人                                    | 805        | -15        | 483   | -327   | 単一建物10~19人 |             |             |      |            | 645        | -15        | 387                   | -273   |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物20~49人                                    | 820        | 720        | -100  | 432    | -388       |             |             |      |            | 単一建物20~49人 | 660        | 573                   | -87    | 343        | -317             |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物50人以上                                     | 611        | -209       | 366   | -454   | 単一建物50人以上  |             |             |      |            | 487        | -173       | 292                   | -368   |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物1人  | 1,800      | 1,785      | -15   | 1,785  | -15        |             |             |      | 単一建物1人     | 1,280      | 1,265      | -15                   | 1,265  | -15        |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物2~9人                                      | 990        | 975        | -15   | 975    | -15        |             |             |      | 単一建物2~9人   | 725        | 710        | -15                   | 710    | -15        |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物10~19人                                    | 705        | -15        | 423   | -297   | 単一建物10~19人 |             |             |      | 545        | -15        | 327        | -233                  |        |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物20~49人                                    | 720        | 615        | -105  | 369    | -351       |             |             |      | 単一建物20~49人 | 560        | 455        | -105                  | 273    | -287       |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物50人以上                                     | 525        | -195       | 315   | -405   | 単一建物50人以上  |             |             |      | 395        | -165       | 237        | -323                  |        |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物1人  | 1,035      | 1,020      | -15   | 1,020  | -15        |             | 単一建物1人      | 775  | 760        | -15        | 760        | -15                   |        |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物2~9人                                      | 588        | 573        | -15   | 573    | -15        |             | 単一建物2~9人    | 455  | 440        | -15        | 440        | -15                   |        |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物10~19人                                    | 395        | -15        | 237   | -173   | 単一建物10~19人 |             | 315         | -15  | 189        | -141       |            |                       |        |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物20~49人                                    | 410        | 344        | -66   | 206    | -204       |             | 単一建物20~49人  | 330  | 264        | -66        | 158        | -172                  |        |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |
| 単一建物50人以上                                     | 292        | -118       | 175   | -235   | 単一建物50人以上  | 225         | -105        | 135  | -195       |            |            |                       |        |            |                  |            |            |            |            |     |     |     |   |

©ASK/©LINKUP

129

在医総管及び施医総管を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。)について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す

| 施設入居時等医学総合管理料の算定回数(当該医療機関及び特別の関係にある医療機関の合計回数) |            |            |       | 3ヶ月で2100回以内 |       |       | 3ヶ月で2100回超 10人以上は6割算定 |  |  |
|---|------------|------------|-------|-------------|-------|-------|-----------------------|--|--|
| 項目  |            | 改定前        | 改定後   | 差           | 改定後   | 差     |                       |  |  |
| 強化型<br>在宅支病                                   | 病床あり       | 単一建物1人     | 3,900 | 3,885       | -15   | 3,885 | -15                   |  |  |
|   |            | 単一建物2~9人   | 3,240 | 3,225       | -15   | 3,225 | -15                   |  |  |
|   |            | 単一建物10~19人 |       | 2,865       | -15   | 1,719 | -1,161                |  |  |
|   |            | 単一建物20~49人 | 2,880 | 2,400       | -480  | 1,440 | -1,440                |  |  |
|   |            | 単一建物50人以上  |       | 2,110       | -770  | 1,266 | -1,614                |  |  |
|   |            | 単一建物1人     | 3,200 | 3,185       | -15   | 3,185 | -15                   |  |  |
|   |            | 単一建物2~9人   | 1,700 | 1,685       | -15   | 1,685 | -15                   |  |  |
|   |            | 単一建物10~19人 |       | 1,185       | -15   | 711   | -489                  |  |  |
|   |            | 単一建物20~49人 | 1,200 | 1,065       | -135  | 639   | -561                  |  |  |
|   |            | 単一建物50人以上  |       | 905         | -295  | 543   | -657                  |  |  |
|   |            | 単一建物1人     | 2,249 | 2,234       | -15   | 2,234 | -15                   |  |  |
|   |            | 単一建物2~9人   | 1,265 | 1,250       | -15   | 1,250 | -15                   |  |  |
|   |            | 単一建物10~19人 |       | 865         | -15   | 519   | -361                  |  |  |
|   |            | 単一建物20~49人 | 880   | 780         | -100  | 468   | -412                  |  |  |
|   |            | 単一建物50人以上  |       | 660         | -220  | 396   | -484                  |  |  |
|   | 単一建物1人     | 1,980      | 1,965 | -15         | 1,965 | -15   |                       |  |  |
|   | 単一建物2~9人   | 1,080      | 1,065 | -15         | 1,065 | -15   |                       |  |  |
|   | 単一建物10~19人 |            | 765   | -15         | 459   | -321  |                       |  |  |
|   | 単一建物20~49人 | 780        | 670   | -110        | 402   | -378  |                       |  |  |
|   | 単一建物50人以上  |            | 575   | -205        | 345   | -435  |                       |  |  |
|   | 単一建物1人     | 1,125      | 1,110 | -15         | 1,110 | -15   |                       |  |  |
|   | 単一建物2~9人   | 633        | 618   | -15         | 618   | -15   |                       |  |  |
|   | 単一建物10~19人 |            | 425   | -15         | 255   | -185  |                       |  |  |
|   | 単一建物20~49人 | 440        | 373   | -67         | 223   | -217  |                       |  |  |
| 単一建物50人以上                                     |            | 317        | -123  | 190         | -250  |       |                       |  |  |

©ASK/©LINKUP

130

## 在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

### 在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

- 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

| 現行   | 改定後  |
|--|--|
| <p>【在宅療養支援診療所】<br/>【施設基準】<br/>(新設)</p> <p>【在宅療養支援病院】<br/>【施設基準】<br/>(新設)</p> | <p>【在宅療養支援診療所】<br/>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。</li> </ul> <p>【在宅療養支援病院】<br/>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。</li> </ul> <p>【経過措置】<br/>令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、該当するものとみなす。</p> |

### (参考) 在支診・在支病の施設基準

|                 | 機能強化型在支診・在支病  |    |   |    | 在支診在支病  | (参考) 在宅療養後方支援病院 |
|-----------------|---|----|---|----|---|-----------------|
|                 | 単独型   |    | 連携型   |    |   |                 |
|                 | 診療所   | 病院 | 診療所   | 病院 |   |                 |
| 全ての在支診・在支病の基準   | ① 24時間連絡を受ける体制の確保    ② 24時間の在診体制    ③ 24時間の訪問看護体制<br>④ 緊急時の入院体制    ⑤ 連携する医療機関等への情報提供    ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している<br>⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成    ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備<br>⑨ 介護保健施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい |    |   |    |   |                 |
| 全ての在支病の基準       | 「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。<br>(1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと<br>(2) 在診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること<br>※ 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280床未満                                  |    |   |    | ○ 許可病床数200床以上<br>○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保<br>○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）<br>※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること<br>○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成 |                 |
| 機能強化型在支診・在支病の基準 | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上   |    | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上   |    |   |                 |
|                 | ⑧ 次のうちいずれか1つ<br>・過去1年間の緊急在診の実績10件以上<br>・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上<br>・地域包括ケア病棟入院科・入院医療管理科1又は3を届け出ている   |    | ⑧ 次のうちいずれか1つ<br>・過去1年間の緊急在診の実績10件以上各医療機関で4件以上<br>・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上<br>・地域包括ケア病棟入院科・入院医療管理科1又は3を届け出ている |    |   |                 |
|                 | ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上   |    | ⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上  |    |   |                 |
|                 | ⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい   |    |   |    |   |                 |
|                 | ⑪ 各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。   |    |   |    |   |                 |

## (参考) 在宅データ提出加算について

### 〈共通項目〉

### 〈在宅データ提出加算特有の項目〉

#### 在宅データ提出加算 50点(月1回)

##### [算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

##### [施設基準]

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

| 大項目      | 項目名         | 大項目            | 項目名        | 大項目          | 項目名          |
|----------|-------------|----------------|------------|--------------|--------------|
| 属性       | 生年月日        | 療養情報           | 在宅療養を始めた年月 | 患者の状態        | 患者の状態        |
|          | 性別          |                | 療養を行っている場所 |              | ハーセルインデックス   |
|          | 患者住所地域の郵便番号 | 訪問診療の状況        | 訪問診療日      | 排泄           | 排泄の状況        |
| 身長・体重    | 身長          | 主たる訪問診療を行う医療機関 | 目院での実施の有無  |              | プリストルスケール    |
|          | 体重          | 訪問看護の状況        | 訪問看護日      | 排尿           | 排尿の状況        |
| 喫煙歴      | 喫煙区分        | 訪問の主傷病         | 目院診断の有無    |              | 褥瘡           |
|          | 1日の喫煙本数     |                | ICD10コード   | 低栄養          |              |
|          | 喫煙年数        |                | 傷病名コード     |              | 低栄養          |
| 介護情報     | 高齢者情報       |                | 修飾語コード     | 救急受診日        | がんの傷病        |
|          | 要介護度        | 傷病名            | 受診先        | 自院診断の有無      |              |
| 診断情報/傷病  | 目院管理の有無     | 入院の状況          | 受診経路       |              |              |
|          | ICD10コード    |                | 転帰         | がんのStaging分類 | 修飾語コード       |
|          | 傷病名コード      |                | 入院年月日      |              |              |
|          | 修飾語コード      |                | 退院年月日      | がんのStaging分類 | UICC 病期分類(T) |
| 入院の状況    | 傷病名         | 受診先            | 短期入所の状況    |              |              |
|          | 入院の有無       | ICD10コード       | 入所年月日      | がんのStaging分類 | UICC 病期分類(M) |
|          | ICD10コード    | 傷病名コード         | 退所年月日      |              |              |
|          | 傷病名コード      | 修飾語コード         | 主病名        | がんのNRS       | NRS          |
| 修飾語コード   | 短期入所の状況     | 短期入所利用サービス     | がんのNRS     |              |              |
| 傷病名      | 往診の状況       | 往診日            |            | がんのNRS       | NRS          |
| 当月中の終診情報 |             | 主たる訪問診療を行う医療機関 | がんのNRS     |              |              |
| 終診年月日    |             | ICD10コード       |            | がんのNRS       | NRS          |
| ICD10コード |             | 傷病名コード         | がんのNRS     |              |              |
| 傷病名コード   | 修飾語コード      | がんのNRS         |            | NRS          |              |
| 修飾語コード   | 傷病名         |                | がんのNRS     |              | NRS          |
| 傷病名      |             | がんのNRS         |            | NRS          |              |

出典：2023年度「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

227

©ASK/©LINKUP 2024.03.05 厚労省説明会資料 07 質の高い訪問診療・訪問看護の確保  
令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-2 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応-⑧

133

## 患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進①

### 在宅患者訪問診療料の見直し

- 在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、**患者1人当たりの直近3月の訪問診療の回数が12回以上**の場合、同一患者につき同一月において訪問診療を5回以上実施した場合、**5回目以降の訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定**する。

[訪問診療の回数の計算対象とならない患者]

- 別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める患者。
- 対象期間中に死亡した者。
- 末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者。
- 対象期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者。

### 頻回訪問加算の見直し

- 頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

| 現行            | 改定後                                  |
|---------------|--------------------------------------|
| 頻回訪問加算 600点/月 | 頻回訪問加算 (初回) 800点/月<br>(2回目以降) 300点/月 |

[算定要件]

以下の状態・疾患の患者に対して、月4回以上の訪問診療を実施した場合に月一回に限り算定する

[対象患者] ①または②に該当する患者

- ①末期の悪性腫瘍の患者
- ②以下のうち、2つの状態に該当する患者

(「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く)

在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

228

| 【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 |   |
|----------------------------|---|
| Q172                       | 「C002」在宅時医学総合管理料の注5に規定する頻回訪問加算について、過去に当該加算を算定していた患者であって、病状が安定したこと等により当該加算を算定しなくなったものについて、再び病状が悪化した等の理由で頻回の訪問が必要となった場合、アの「初回の場合」とイの「2回目以降の場合」のどちらの点数を算定すれば良いか。   |
| A172                       | イの「2回目以降の場合」を算定すること。ただし、過去に頻回の訪問を必要としていた疾患と異なる疾患により、頻回の訪問が必要となる場合については、初回に限りアの「初回の場合」を算定して差し支えない。   |
| Q173                       | 在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。以下同じ。）の施設基準において、「直近3月間の当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）の訪問診療回数の合算が2,100回未満であること。」とされているが、基準を満たすことの確認方法及び基準を満たさない場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか。 |
| A173                       | 訪問診療回数については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。また、当該基準を満たさない場合は、速やかに届出を行い、翌月から「C002」在宅時医学総合管理料注14に掲げる点数を算定すること。  |
| Q174                       | 「在宅時医学総合管理料の「注14」（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準施設における「要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等」の「等」にはどのような患者が含まれるか。   |
| A174                       | 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上と診断した状態の患者及び障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分2以上と認定されている状態の患者が該当する。  |

©ASK/LINKUP

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-2 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応-⑧

135

## 患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進②

### 包括的支援加算の見直し

- 在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）とともに、包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

#### ・包括的支援加算(在医総管・施設総管)

150点（月1回）

#### 現行

#### 改定後

##### 【対象患者】

- 以下のいずれかに該当する患者
- 要介護2以上に相当する患者
  - 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
  - 月4回以上の訪問看護を受ける患者
  - 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
  - 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者（新設）
  - 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

##### 【対象患者】

- 以下のいずれかに該当する患者
- 要介護3以上に相当する患者
  - 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
  - 月4回以上の訪問看護を受ける患者
  - 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
  - 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
  - 麻薬の投薬を受けている患者
  - 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者