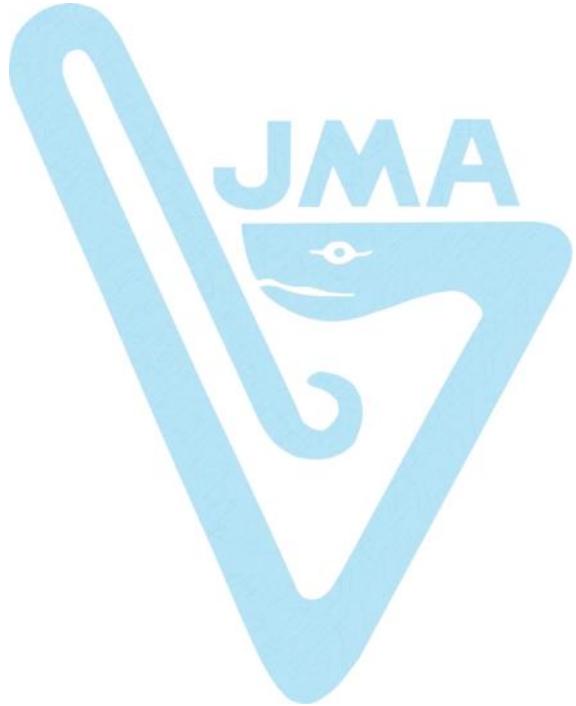
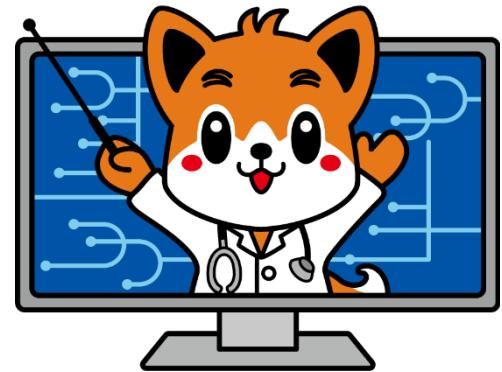


令和6年度診療報酬改定について



公益社団法人 日本医師会
常任理事 長島 公之

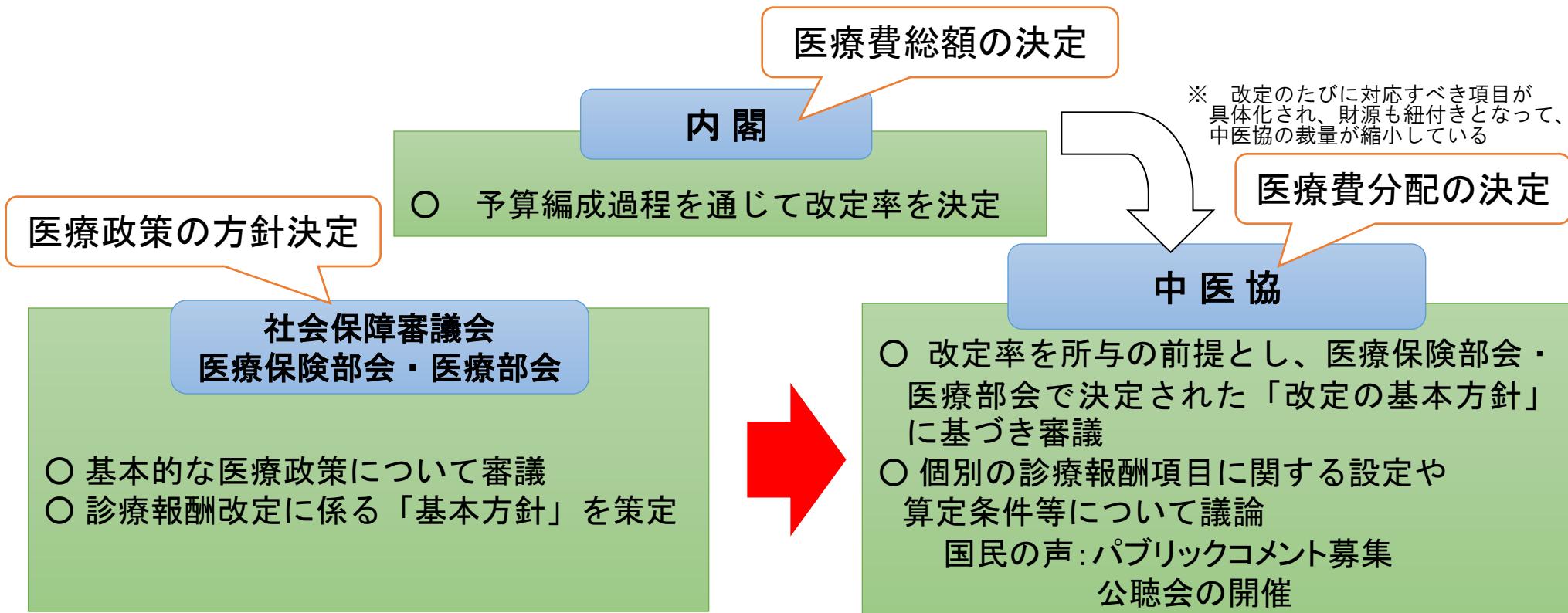


令和6年度診療報酬改定 中医協における経緯

診療報酬改定の流れ

《診療報酬改定の役割分担》

- ① 予算編成過程を通じて内閣が改定率を決める
- ② 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)が「診療報酬改定の基本方針」を策定
- ③ ①②を踏まえ、中医協において、個々の具体的な診療報酬項目の設定を決める



※ 診療報酬改定は、中医協でエビデンスに基づく評価がなされ、さらには前回の改定結果を調査・検証した上で、次回改定で修正するという流れが確立している

《中医協》

- ◎前回改定「答申書」附帯意見（20項目）に基づく検討
- ・検証調査（8項目）、医療経済実態調査、薬価調査、特定保険医療材料価格調査
 - ・同時改定、医療計画、働き方改革、医療DX、処遇改善、賃上げ、外来、入院、在宅、感染症、個別事項、長期収載品、入院時の食費、調剤、歯科
 - ・薬価制度、保険医療材料制度、費用対効果評価制度
 - ・診療報酬上のコロナ特例措置

[総会:66回][同時改定意見交換会:3回]

[薬価専門部会:36回]

[保険医療材料専門部会:9回]

[費用対効果評価専門部会:8回][合同部会:5回]

[診療報酬改定結果検証部会:5回]

[診療報酬基本問題小委員会:14回]

[調査実施小委員会:4回]

[調査専門組織]

- ・医療技術評価分科会:4回

- ・入院・外来医療等の調査・評価分科会:18回

- ・医療機関等における消費税負担に関する分科会:2回

国民の声:パブコメ、公聴会



※2年度で延べ174回開催

令和6年2月14日 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

（附帯意見:28項目）

令和5年11月20日 財務省財政制度等審議会

令和6年度予算の編成等に関する建議

本体マイナス改正 診療所 報酬単価 初再診を中心に5.5%程度引き下げ
改定率 マイナス1%（医療費ベースで4800億円の削減）

II : 各論

1. 社会保障

- ・ 能力に応じて負担し、必要に応じて給付し、持続可能な制度を次世代に伝える「全世代型」への制度改革が必要。
(少子化対策)
 - ・ 「こども未来戦略方針」に基づき、安定した財源を確保した上で着実に実施すべき。具体的には、徹底した歳出改革等を行い、実質的に追加負担を生じさせないことを目指す。歳出改革等による財源確保、経済社会の基盤強化を行う中で、支援金制度を構築する。
- ・ (報酬改定 : 医療・介護・障害)
 - ・ 高齢化等による国民負担率の上昇に歯止めをかけることが必要。
 - 約2万2千の医療法人を対象に実施した財務省の機動的調査で判明した診療所の極めて良好な直近の経営状況(2022年度経常利益率8.8%)等を踏まえ、診療所の報酬単価を適正化すること等により、現場従事者の待遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当
 - 診療所の報酬単価については、経常利益率が全産業やサービス産業（経常利益率3.1～3.4%）と比較して同程度となるよう5.5%程度引き下げる。これにより、保険料負担は年間2,400億円程度軽減（現役世代の保険料率で▲0.1%相当。年収500万円の場合、年間5千円相当の軽減）
 - ・ その上で、現場従事者の待遇改善に向けて、毎年生じる単価増・収入増を原資とすることを基本としつつ、利益剰余金の活用、強化される賃上げ税制の活用、その他賃上げ実績に応じた報酬上の加算措置を検討すべき。
 - ・ 介護分野の職場環境の改善・生産性向上等に取り組むべき。

(改革工程)

 - ・ 全世代型社会保障に向けた改革について、医療提供体制、保険給付範囲の在り方、能力に応じた負担の観点から検討が必要

2023年11月2日会見(財政審への反論) 各社記事

来年度の診療報酬改定“人件費など大幅引き上げ必要”日医会長

2023年11月2日 18時22分 医療・健康

来年度の診療報酬の改定をめぐり日本医師会の松本会長は、物価の高騰や賃上げに対応するため、医師の人件費などにあたる「本体」部分の大額な引き上げが必要だという考えを示しました。

医療機関に支払われる診療報酬は2年に一度改定されていて、年末に行われる予算編成の焦点の1つとなっています。

これについて日本医師会の松本会長は記者会見で「現在の価格高騰や賃上げは、これまでと明らかにフェーズが異なる。診療報酬改定でもコストカット型から完全に脱却し、異次元の対応が必要だ」と述べ、医師や看護師の人件費などにあたる「本体」部分の大額な引き上げが必要だという考えを示しました。

*NHK NEWS (2023年11月2日)

◎日医会長、診療報酬「引き上げを」

日本医師会の松本吉郎会長は2日の記者会見で、医療サービスの対価である診療報酬の引き下げを求めた財務省に反論した。医療従事者の賃上げを実現するには大幅な引き上げが必要との考え方を示した。令和6年度の診療報酬改定に向け、政府は年末の予算編成で改定率を決める。財務省は1日の財政制度等審議会分科会で、診療所のもうけが多いとする調査結果を提示し「マイナス改定が適当」と主張していた。

*産経新聞(2023年11月3日)

医師会、診療報酬上げ要求

松本会長「財務省、主張は恣意的」

日本医師会の松本吉郎会長は2日、記者会見を開き、足元で進む物価高や賃上げに対応するための診療報酬の引き上げを求めた。財務省は医療機関の収益が改善している。

日本医師会の松本吉郎会長は2日、記者会見を開き、足元で進む物価高や賃上げに対応するための診療報酬の引き上げを求めた。財務省は医療機関の収益が改善している。

日本医師会の松本吉郎会長は2日、記者会見を開き、足元で進む物価高や賃上げに対応するための診療報酬の引き上げを求めた。財務省は医療機関の収益が改善している。

*日本経済新聞(2023年11月3日)

日医会長が主張 診療報酬アップ

日本医師会(日医)の松本吉郎会長は2日、東京都内で記者会見し、来年度に改定される診療報酬について、「大幅アップなしでは賃上げを成し遂げられない」と主張した。

診療報酬は医療サービスの対価で、患者負担などを財源に支払われる。来年度は2年に一度の見直されるタイミングで、年末の予算編成の焦点となっている。財政制度等審議会(財政審)の分科会は1日、診療報酬のマイナス改定を目指す考え方を示していた。

松本氏は、財政審が20年度と比較して21~22年度の利益率が大幅に上が

つて、「(新型コロナ)ウイルスの影響で落ち込みが激しかった20年度をベースに比較すること自体、ミスリードと言わざるを得ない。もうかかっているという印象を与える恣意的なものだ」と反論した。

【村田拓也】

*毎日新聞(2023年11月3日)

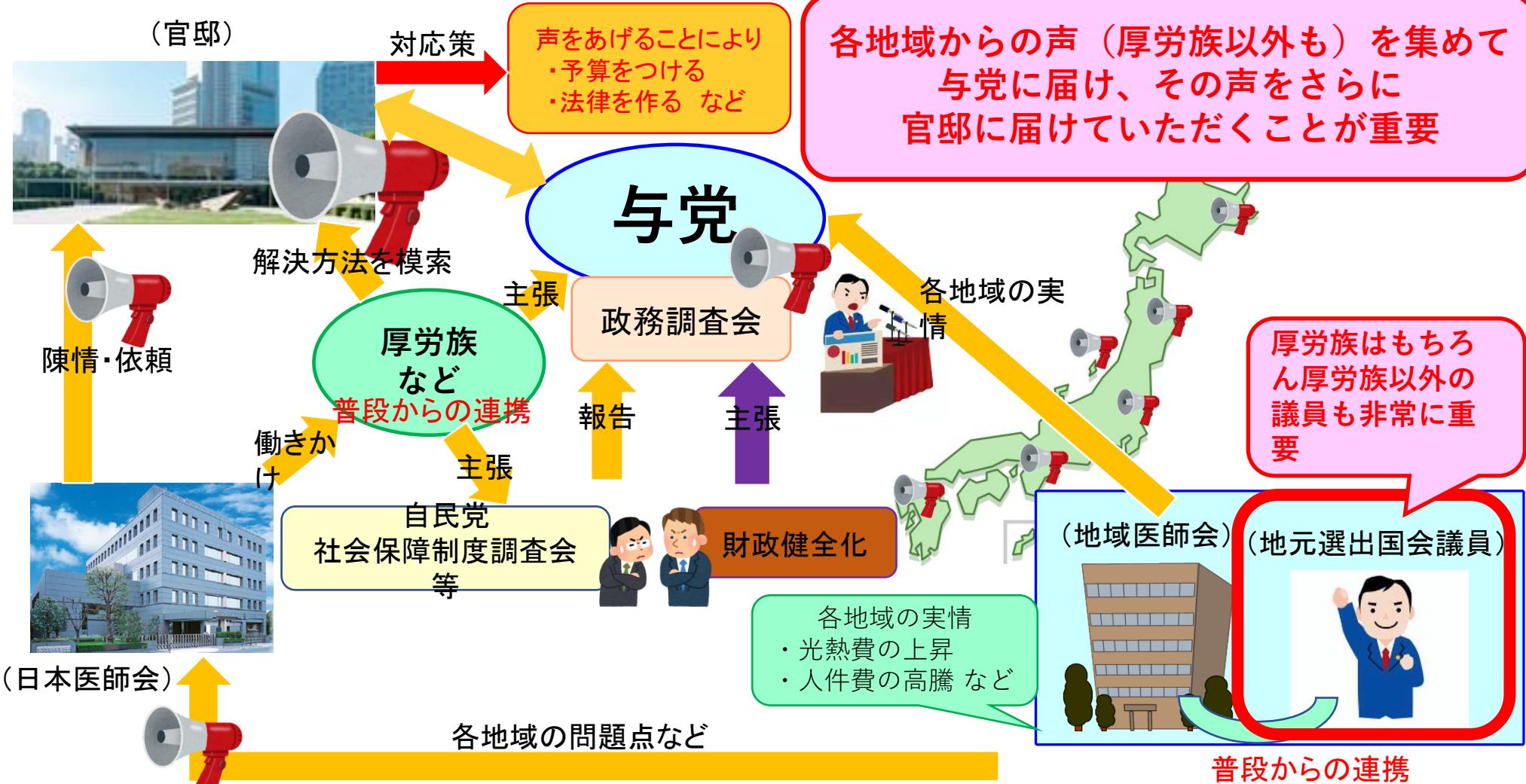
診療報酬「引き上げを」

日本医師会(日医)の松本吉郎会長は2日、記者会見で、医療サービスの対価である診療報酬の引き下げを求める財務省に反論した。

日本医師会(日医)の松本吉郎会長は2日、記者会見で、医療サービスの対価である診療報酬の引き下げを求める財務省に反論した。松本氏は、コロナ禍で収入の落ち込みが激しかった20年度と比較した調査で不当と指摘。『もうかかっているという印象を与える恣意的なものだと言わざるを得ない』と非難した。報酬改定は2年に1回のため、来年の民間企業の賃上げ状況も見据えた対応を求めた。

*タ刊フジ(2023年11月8日)

地元選出国会議員と連携し地域から声を上げていくことの重要性



財政審 秋の建議

本体マイナス改正 診療所 報酬単価 初再診を中心に5.5%程度引き下げ
改定率 マイナス1%（医療費ベースで4800億円の削減）



〔内閣〕

令和5年12月20日の予算大臣折衝を踏まえ決定

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

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率

医科 +0.52%

歯科 +0.57%

調剤 +0.16%

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

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

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

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

令和6年度診療報酬改定
本体計 +0.88

プラス分	※ 1	0.46	計 1.13
	※ 2	0.61	
	※ 3	0.06	
マイナス分	※ 4		-0.25
本体計			0.88

最近の診療報酬改定率の推移

	H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R2 (2020)	R4 (2022)	R6 (2024)
本体	+ 0.10%	+ 0.49%	+ 0.55%	+ 0.47%	+ 0.23%	+ 0.46%
うち	(消費税対応分) + 0.63%			勤務医の働き方改革への特例的な対応 + 0.08%	看護の処遇改善 + 0.20% リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%	看護職員その他医療関係職種について、ペアを実施していくための特例的な対応 + 0.61% 入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たリ30円)の対応 + 0.06% 不妊治療の保険適用 + 0.20% 小児の感染防止対策に係る加算措置の期限到来 ▲0.10% 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%
本体計	+ 0.73%	+ 0.49%	+ 0.55%	+ 0.55%	+ 0.43%	+ 0.88%
薬価等	▲0.63%	▲1.33%	▲1.74%	▲1.01%	▲1.37%	▲1.00%
ネット	+ 0.10%	▲0.84%	▲1.19%	▲0.46%	▲0.94%	▲0.12%

中医協は、配分の決定のみで、
 • 改定率決定
 • 予算大臣折衝内容の変更の権限はない

予算大臣折衝
 改定のたびに対応すべき項目が具体化され、財源も紐付きとなり、中医協の裁量が縮小している



医政活動が必要・重要

令和6年診療報酬改定のポイント

1. ベースアップ評価料
2. 医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算
(オンライン資格確認、マイナ保険証の現状)
3. 生活習慣病管理料
4. 長期収載品の処方等に係る選定療養

日本医師会からの情報提供

社会保険担当理事連絡協議会(動画も掲載)

2024年3月28日 「令和6年度診療報酬改定の概要について」

2024年6月6日 「ベースアップ評価料と医療DX加算のポイントについて」

診療報酬オンラインセミナー(厚生労働省)

5月20日 ベースアップ評価料の届出と医療DX加算のポイント

7月19日 徹底解決！マイナ保険証への医療現場の疑問 解消セミナー

医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算の見直しについて

生活習慣病管理料関連

2月6日 特定疾患療養管理料(脂質異常症・高血圧・糖尿病)に代わる管理料の新設について

4月2日 特定疾患療養管理料(脂質異常症・高血圧症・糖尿病)に代わる管理料の新設について(その2)

生活習慣病管理料療養計画書(初回用・継続用)：エクセルファイル、記載例

文書による情報提供

3月5日 令和6年度診療報酬改定について

4月19日 改訂診療報酬点数参考資料

疑義解釈(その1～その11)

3月28日～8月29日

1. ベースアップ評価料

賃上げに係る評価の全体像

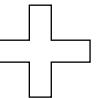
ベースアップ評価料

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

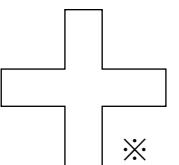
① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時 6点 再診時 2点 等



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ



※ 入院に携わる職員のための評価

病院、有床診療所

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

- 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ
- 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）

(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

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

ベースアップ評価料

目的

他産業でも賃上げが続いている中、医療機関からの人材流出を防ぎ、人材を確保するためには、職員の賃上げが必要。本来、その費用はすべて医療機関で用意しなければならないところ、今回改定で賃上げの原資となるベースアップ評価料が創設された。

ベースアップ評価料の今後

介護保険施設では10年余り前から介護職員処遇改善加算等による処遇改善が図られており、その後の改定においてもその加算等については維持されていることを踏まえると、今後の診療報酬改定で単純に廃止されることは考えづらい。日本医師会としても、存続のために、全力を尽くす。

できるだけ多くの医療機関で届出・算定を

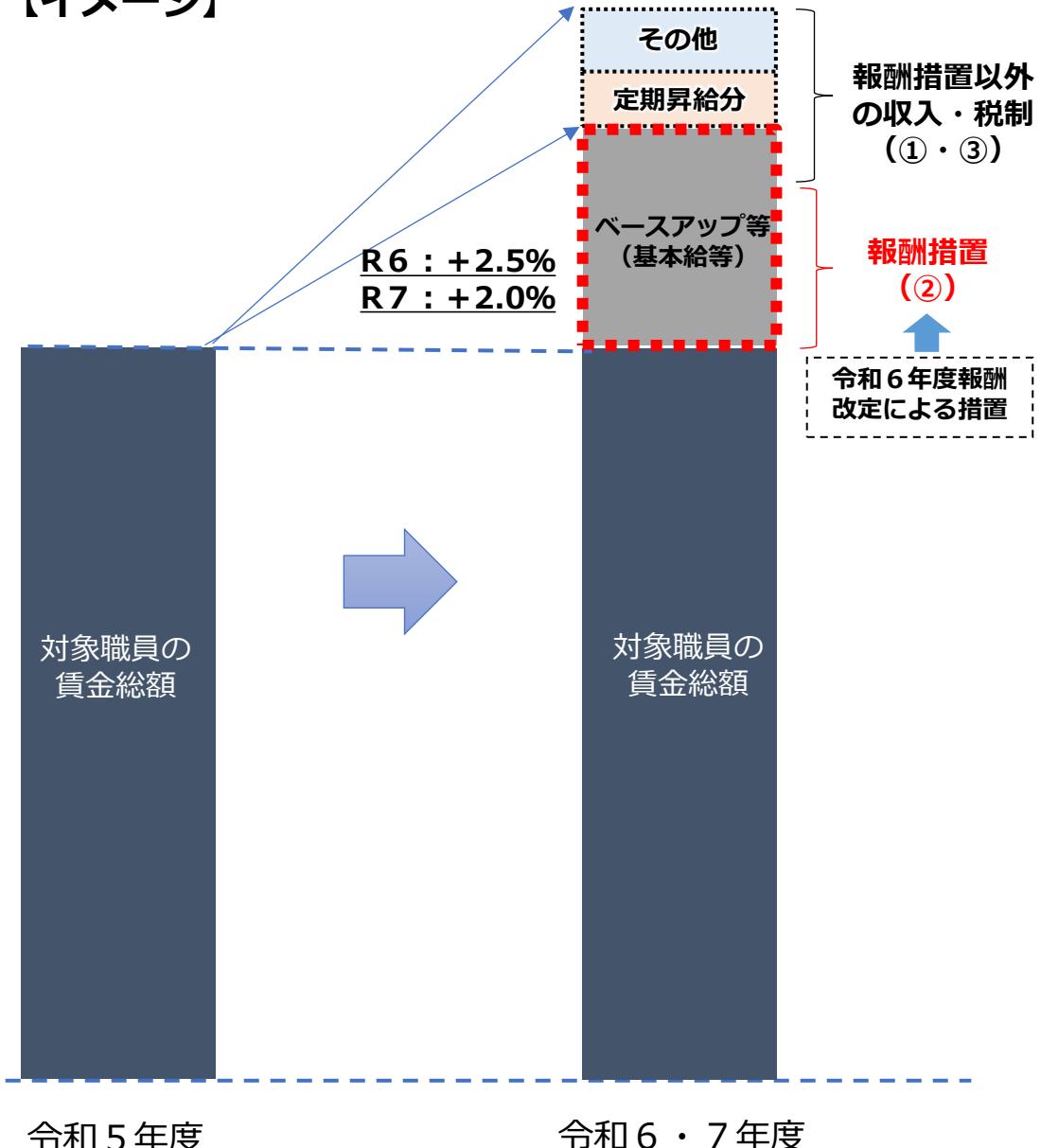
- ・ 本来の目的である人材確保のために是非活用していただきたい
- ・ 届出・算定が少ない場合、次回診療報酬改定に悪影響が出る可能性あり

令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

【基本的な方針】

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

【イメージ】



ベースアップ評価料のポイント

●医療機関の持ち出しは必要なし

ベースアップ評価料の算定要件は、評価料による収入を対象職員に配りきること

★国の掲げる目標+2.5%のベースアップは、協力がお願いされているだけで、算定要件ではない
医療機関が持ち出して、+2.5%の賃上げを行う義務はない

★事務職員(特に診療所) 看護補助など患者のサポートを通じて医療に従事する業務も行う者は、
「その他医療に従事する職員」として対象職員に含まれる

★パート職員 勤務時間を常勤換算した上で人数に数える(0.6人など)

★対象職員に配りきる方法の計画が届出には必要

1)配る総額の計算=評価料による収入→レセコン等で初診・再診の回数を出す

2)配る対象職員(人数)の確定

3)各人の賃上げ金額の決定(全員同じ、人により違いありなど)

4)上乗せする方法(給与の項目)と給与規定などの決定

9月17日

令和6年度 第1回都道府県医師会長会議

	資料名	頁
資料1	福井県医師会版ベースアップ評価料マニュアルについて	1
資料2	令和6年度 第1回都道府県医師会長会議 「福井県医師会におけるベースアップ評価料算定に係る取り組みについて」	2
資料3	2024年6月診療報酬改定に向けた ベースアップ評価料への対応の対応について (主に内科を標榜する)無床診療所の対応について	23
資料4	ベースアップ評価料への対応	41

ベースアップ評価料 全体の流れ

①1月当たりの初・再診料の平均算定回数を調べる → ベースアップ評価料による収入金額の計算

レセコンの機能等を活用して「1月当たりの初再診料の算定回数」を調べる。

(例) 初診料 100回 再診料 700回

ベースアップ評価料による1月当たりの収入金額を計算する

(例) 初診料の算定回数 (100回) × 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時 6点 = 600点 (6,000円)

再診料の算定回数 (700回) × 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 再診時 2点 = 1,400点 (14,000円)

合計20,000円

②対象職員をリストアップし、人数を確認する

●パート職員 勤務時間を常勤の勤務時間と換算して、人数を数える (0.3人、0.7人など)

●事務職員 事務以外に、何らかの患者サポートを行う者は対象となる (診療所では大部分が対象と思われる)

(例) 常勤職員4人 + パート職員2人 (常勤換算で0.3人と0.7人 計1.0人)

合計4人 + 1.0人 = 5.0人

③賃上げの金額を計算する(最も簡単な方法:評価料による収入金額を対象職員に均等に配分)

(例) 20,000円を対象職員5人 (常勤換算) に均等に配分 → 1人あたりの金額は $20,000円 \div 5人 = 4,000円$

パート職員は常勤換算0.3人の職員なら $4,000円 \times 0.3 = 1,200円$

(注意) 毎月の賃上げ分に連動して上がる「福利費の事業主負担分」が医療機関の持ち出しにならないように、負担分を毎月の賃上げ額から減額すると良い (日本医師会作成の資料で具体的な方法を説明しているので参考にしてください)

ベースアップ評価料 診療所向け 最もシンプルな例

- 令和6年度に一度だけ賃上げする(令和6年度・7年度の2段階にはしない)
- 対象職員の賃上げは、全職員、同一の金額とする。(評価料による毎月の収入を人数で割った金額)
(パート職員については、常勤換算数に応じた金額とする。 ×0.4、×0.75 など)
- 賃上げは、基本給を上げると複雑になるので、毎月決まって支払われる手当として、ベースアップ評価手当を新設して行う
- 賃金規定の見直し 以下を記載する
 - ① 「ベースアップ評価手当として支給する」
 - ② 「本手当は賞与の額に影響しない」
 - ③ 「本手当は診療報酬におけるベースアップ評価料をもとに支給されているため、本制度が改定された場合は、見直しを行うことができる」

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）

①看護職員等

保健師
助産師
看護師
准看護師

②薬剤師

③看護補助者

④その他の対象職種

理学療法士
作業療法士
視能訓練士
言語聴覚士
義肢装具士
歯科衛生士
歯科技工士
歯科業務補助者
診療放射線技師
診療工ックス線技師
臨床検査技師
衛生検査技師
臨床工学技士

管理栄養士
栄養士

精神保健福祉士
社会福祉士
介護福祉士
保育士

救急救命士
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師
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。）

給与総額

以下の全ての合計

ベースアップ評価料の決定に用いる

- ・外来ベースアップ評価料 (II) : 給与総額の1.2%未満なら算定可
- ・入院ベースアップ評価料: 165段階のどれに該当するかの判定に使う

(1) 基本給等

①基本給

②決まって毎月支払われる手当

調整手当 住居手当
役職手当 家族手当
資格手当 通勤手当
その他毎月支払われる手当

基本給等

賃上げ計画の作成に使う
(額が決まっていないものでは計画に使えない)

(2) 「決まって毎月支払われる手当」以外の手当 (額が決まっていない手当)

超過勤務手当 休日勤務割増手当
夜勤手当 交換勤務手当
深夜割増手当 呼出手当
その他都度支払われる手当

事前準備

税理士などからもらっている
給与明細などで過去の給与を把握

(3) 賞与

(4) 法定福利費の事業主負担分

(1) + (2) + (3) 合計額の16.5% として計上してよい

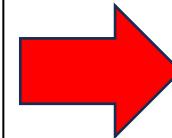
ベースアップによる賃金改善分に含めることができるもの

(1) 基本給等

①基本給

②決まって毎月支払われる手当

調整手当 住居手当
役職手当 家族手当
資格手当 通勤手当
その他毎月支払われる手当



最もシンプルな例

ベースアップ評価手当を新設

賃金規定

本手当は賞与の額に影響しない

(2) 以下のうち、(1) 基本給等に連動して引きあがる部分

①賞与

②法定福利費の事業主負担分

※業績に連動して引きあがった部分は含めない

注意：(1)に全額使ってしまうと、(2)の分が持ち出しになってしまう
(2)の部分も含めて、額を計画する必要がある

賃金規程の見直し例

(ベースアップ評価手当)

第〇条 ベースアップ評価手当は、下記の通り対象職種に対して支給する。本手当は、診療報酬におけるベースアップ評価料をもとに支給されているため、本制度が改定された場合は、見直しを行うことができる。なお、ベースアップ評価料に区分変更が発生した場合は、支給額を増額または減額する場合がある。

【ベースアップ評価料賃金改善計画書計算ツール】について

1. 対象職員の

- ① **基本給等**（基本給や決まって毎月支払われる手当（住居手当、通勤手当、役職手当など））
 - ② **給与**（上記基本給等に加えて、その都度変動する超過勤務手当等を含めたもの）
 - ③ **法定福利費の事業主負担分**（16.5%として概算することも可能）
 - ④ **給与総額**（給与 + 賞与 + 法定福利費の事業主負担の総額）
- 等を事前に調べ、入力することで、

2. 各職員のベースアップをどの程度行うかを試算することできるようになります。

3. そして試算した結果は、自動的に「賃金改善計画書」の記入欄に反映されます。



届出の際に作成が難しいとされる
「賃金改善計画書」の手間を削減

※賃金改善計画書を作成する際に、ご活用ください。

ベースアップ評価料の届出に際して役立つ情報

厚生労働省ホームページ

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html)



ベースアップ評価料等について

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

【令和6年度診療報酬改定の概要(賃上げ)】

[概要説明資料は\[こちら\]\(#\)【1.3MB】](#)

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

[外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定しましょう！【692KB】](#)

[歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定しましょう！【688KB】](#)

※ベースアップ評価料（Ⅰ）について、6月算定開始における算出期間が変更となりました。

詳しくは【算出方法・算出様式・資金改善計画書・資金改善報告書】をご覧下さい。

令和6年度診療報酬改定で新設

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） を算定しましょう！

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	
同一建物居住者等以外の場合	28点
□ 同一建物居住者等以外の場合	7点

◆評価料の収入の全額を賃上げ(職員のペア等)に充当しましょう

届出は簡単、「3」ステップ！！

STEP1 「届出書」「資金改善計画書」を作成
(届出については、次ページへ)

STEP2 メールで提出
(6月から算定する場合、R6.5.2～R6.6.21
までに地方厚生局へ提出)
※ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出期限は6月21日まで延長

STEP3 評価料の算定 & 賃上げを開始

厚生労働省

※患者・利用者向けご案内リーフレットは[こちら](#)

日本医師会ホームページ（メンバーズルーム）

(https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r06kaitei/jirei_kasanBU.html)



ベースアップ評価料の届出について

6月1日から算定するためには、6月3日までの届出が必要ですが、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を6月21日までに厚生省に提出した場合、6月1日から算定できます。

※間に合わなければ翌月からの届出を検討ください。

5月20日（月）に、厚生労働省主催で「診療報酬オンラインセミナー」が開催されました。届出サポートの実績が豊富な現役コンサルを招き、ベースアップ評価料と医療DX推進体制整備加算のポイントについて、YouTubeでライブ配信されました。

前半は「ベースアップ評価料の届出」（※1）について、後半は「医療DX推進体制整備加算の届出」（※2）について詳しく説明しています。

このページでは、「ベースアップ評価料の届出」についてまとめています。セミナー動画や資料をご覧いただき、できるだけ多くの医療機関にて、届出・算定いただけますようお願いいたします。

◆ベースアップ評価料と医療DX推進体制整備加算の届出について（令和6年5月27日 日医発第412号（保健））

◆「ベースアップ評価料の届出」（※1）

- ・【セミナー動画】診療報酬オンラインセミナー～500件超の届出をサポートする現役コンサルが教えるベースアップ評価料の届出と医療DX加算のポイント
- ～
- ・【セミナー資料1】診療報酬オンラインセミナー
- ・【セミナー資料2】ベースアップ評価料届出の事前準備について

◆「医療DX推進体制整備加算の届出」（※2）

ベースアップ評価料

他医療でも賃上げが続いている中、医療機関の人材流出を防ぎ、人材を確保するためには、職員の賃上げが必要です。本来、その費用はすべて医療機関で用意しなければならないところ、今回改定で賃上げの資本となるベースアップ評価料が創設されました。

ベースアップ評価料の令和6年度以降の診療報酬上の取扱いは明らかになっていませんが、介護保険施設では10年余り前から介護職員処遇改善加算等による賃上げが実現されており、その後の改定においてもその加算等についても維持されていることを踏まえると、今後の診療報酬改定で単純に廃止されることは考えづらいです。

診療報酬オンラインセミナーの動画のベースアップ評価料に関する部分だけでも堪能いただけようお願いいたします。

届出の際には、資金改善計画書の作成が必要となります。その際、留意いただきたい点は次のとおりです。

最もシンプルな例を解説するスライドも掲載済み

最もシンプルな例を解説するスライド

日本医師会HP メンバーズルーム にて公開中

(<https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r06kaitei/index.html>)

(トップ > 医療保険・介護保険 > 診療報酬改定に関する情報 < 令和 6 年度 >)

ベースアップ評価料 届出様式の作成について

【作業の方針】

できるだけシンプルになるように、以下の方針で作業する。

- 令和6年度・7年度において一律の賃上げとし、縦越はしない。
- パート職員も常勤換算した上で対象職員に含める。また、事務職員であっても看護補助など患者のサポートを通じて医療に従事する業務も行う者は、「その他医療に従事する職員」として対象職員に含める。
- 対象職員の賃上げは、全職員、同一の金額とする。(パート職員については、常勤換算数に応じた金額とする。)
- 賃金規定を見直す際には、「ベースアップ評価手当として支給すること」、「本手当は賞与の額に影響しないこと」、「本手当は診療報酬におけるベースアップ評価料をもとに支給されているため、本制度が改定された場合は、見直しを行うことができる」と記載する。

2

ベースアップ評価料 届出様式の作成について

【作業の手順】

作業1:1月当たりの初・再診料の平均算定回数、基本給等を調べる。

(※初・再診の算定回数はレセコン、電子カルテの機能として備わっている場合があるため、ベンダに確認)

作業2:「ベースアップ評価料の届出様式」(Excel)の「(参考)賃金引き上げ計画書作成のための計算シート」を入力する。

⇒その結果、外来・在宅ベースアップ評価料 (I) による「収入見込み額」が自動計算されるので確認する。

作業3:「賃金改善計画書用計算ツール」(Excel)を準備し、「計算シート」を入力する。

作業4:作業2で求めた「収入見込み額」を常勤換算人数で割る。

⇒この金額を基本給等に上乗せした上で、一度、試算をしてみる。(試算の際には、「ベースアップ評価料賃金改善計画書計算ツール」を利用する。)

⇒その結果、基本給等に連動して引き上がる賃与や事業主負担分等の増加により「持ち出しになる金額」が分かる。

作業5:作業4の結果をもとに、持ち出しができるだけ少なくなるよう、再度試算する。

作業6:試算が終了したら、「賃金改善計画書用計算ツール」(Excel) の「転記例)賃金改善計画書」のシートを確認してみる。

作業7:「賃金改善計画書用計算ツール」(Excel) の「転記例)賃金改善計画書」のシートに記載された内容を「ベースアップ評価料の届出様式」に転記する等して、届出様式を完成させる。

3

ベースアップ評価料 届出様式の作成について

【準備するもの】

ベースアップ評価料等に係る特設ページに以下の（1）,（2）の資料が掲載されているのでダウンロードする



〔ベースアップ評価料 特設ページ〕

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

（1）「ベースアップ評価料の届出様式」（Excel）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001250207.xlsx>

（2）「ベースアップ評価料賃金改善計画書計算ツール」（Excel）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001260429.xlsx>

ベースアップ評価料 届出様式の作成について

【作業の方針】

できるだけシンプルになるように、以下の方針で作業する。

- 令和6年度・7年度において一律の賃上げとし、繰越はしない。
- パート職員も常勤換算した上で対象職員に含める。また、事務職員であっても看護補助など患者のサポートを通じて医療に従事する業務も行う者は、「その他医療に従事する職員」として対象職員に含める。
- 対象職員の賃上げは、全職員、同一の金額とする。(パート職員については、常勤換算数に応じた金額とする。)
- 賃金規定を見直す際には、「ベースアップ評価手当として支給すること」、「本手当は賞与の額に影響しないこと」、「本手当は診療報酬におけるベースアップ評価料をもとに支給されているため、本制度が改定された場合は、見直しを行うことができる」と記載する。

ベースアップ評価料 届出様式の作成について

【作業の手順】

作業1:1月当たりの初・再診料の平均算定回数、基本給等を調べる。

(※初・再診の算定回数はレセコン、電子カルテの機能として備わっている場合があるため、ベンダに確認)

作業2:「ベースアップ評価料の届出様式」(Excel)の「(参考)賃金引き上げ計画書作成のための計算シート」を入力する。

⇒その結果、外来・在宅ベースアップ評価料（I）による「収入見込み額」が自動計算されるので確認する。

作業3:「賃金改善計画書用計算ツール」(Excel)を準備し、「計算シート」を入力する。

作業4:作業2で求めた「収入見込み額」を常勤換算人数で割る。

⇒この金額を基本給等に上乗せした上で、一度、試算をしてみる。(試算の際には、「ベースアップ評価料賃金改善計画書計算ツール」を利用する。)

⇒その結果、基本給等に連動して引き上がる賞与や事業主負担分等の増加により「持ち出しになる金額」が分かる。

作業5:作業4の結果をもとに、持ち出しができるだけ少なくなるよう、再度試算する。

作業6:試算が終了したら、「賃金改善計画書用計算ツール」(Excel) の「転記例)賃金改善計画書」のシートを確認してみる。

作業7:「賃金改善計画書用計算ツール」(Excel) の「転記例)賃金改善計画書」のシートに記載された内容を「ベースアップ評価料の届出様式」に転記する等して、届出様式を完成させる。

日本医師会の取り組み②

日本医師会ホームページ（メンバーズルーム）「ベースアップ評価料の届出について」

(https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r06kaitei/jirei_kasanBU.html)



日本医師会
Japan Medical Association

会員限定メンバーズルーム

文字サイズ 中 大 サイト内検索

トップ 医師会活動 医学図書館・生涯教育 医療保険・介護保険 地域医療・診療支援

トップ > 医療保険・介護保険 > 診療報酬改定に関する情報 <令和6年度> > ベースアップ評価料の届出について

ベースアップ評価料の届出について

6月1日から算定するためには、6月3日までの届出が必要ですが、外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出を6月21日までに厚生局に提出した場合、6月1日から算定できます。

※間に合わなければ翌月からの届出を検討ください。

5月20日（月）に、厚生労働省主催で「診療報酬オンラインセミナー」が開催されました。届出サポートの実績が豊富な現役コンサルを招き、ベースアップ評価料と医療DX推進体制整備加算のポイントについて、YouTubeでライブ配信されました。

前半は「ベースアップ評価料の届出」（※1）について、後半は「医療DX推進体制整備加算の届出」（※2）について詳しく説明しています。

このページでは「ベースアップ評価料の届出」についてまとめています。セミナー動画や資料をご覧いただき、できるだけ多くの医療機関にて、届出・算定いただきますようお願いいたします。

★診療所向けの最もシンプルな例を丁寧に音声つきで解説するスライドも掲載済み

<https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r06kaitei/index.html>

ベースアップ評価料 届出様式の簡素化について①

ベースアップ評価料に係る届出様式の改定について

(令和6年9月11日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡)

「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表における「O100」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、「O101」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び「O102」入院ベースアップ評価料並びに「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表における「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(以下単に「ベースアップ評価料」という。)に係る施設基準及びその届出に関する手続きについては、「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」(令和6年3月5日保医発0305 第6号厚生労働省保険局医療課長通知)により、その取扱いをお示ししてきたところであるが、今般、別添1のとおり、届出様式を改定したので、貴管下の保険医療機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、届出等に関する取扱いについては、別添2を参考にされたい。

事務連絡
令和6年9月11日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

ベースアップ評価料に係る届出様式の改定について

「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表における「O100」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、「O101」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び「O102」入院ベースアップ評価料並びに「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表における「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(以下単に「ベースアップ評価料」という。)に係る施設基準及びその届出に関する手続きについては、「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」(令和6年3月5日保医発0305 第6号厚生労働省保険局医療課長通知)により、その取扱いをお示ししてきたところであるが、今般、別添1のとおり、届出様式を改定したので、貴管下の保険医療機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、届出等に関する取扱いについては、別添2を参考にされたい。

ベースアップ評価料 届出様式の簡素化について②

改定による主な変更点

【全般】

- 記載上の説明を詳しく、分かりやすくしました。

【賃金改善計画書関連】

- 対象職員の基本給等に係る事項の職種グループ別の記載箇所を削除しました。

対象： 「別添 計画書（無床診療所及びⅡを算定する有床診療所）」シート
「別添 計画書（歯科診療所及びⅡを算定する有床診療所）」シート

- ベースアップ評価料対象外職種の「給与総額」に関する項目を削除しました。

【参考 賃金引き上げ計画書作成のための計算シート】

- 届出を行う月の選択方法を変更しました。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ない場合には「対象職員の給与総額」が記載不要になりました。

- 改定前の届出様式も引き続きお使いいただけます。これからベースアップ評価料の届出をされる医療機関で、すでに改定前の届出様式で準備をされている場合は、改定前の届出様式で地方厚生（支）局への届出に行っても大丈夫です。
- 既に届出を行っている医療機関については、改定後の様式で改めて届出を行う必要はありません。

ベースアップ評価料 届出様式の簡素化について③

(簡素化の例)

「賃金改善計画書」のベースアップ評価料対象外職種の基本給等に係る事項における給与総額の記載項目の削除

【ベースアップ評価料対象外職種について】

IX. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(48) 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数【賃金改善実施期間（2）の開始月時点】	人
(49) 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(50) うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(51) 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(52) うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(53) 給与総額に係る賃金改善の見込み額（ヶ月分）【(51) - (49)】	0 円
(54) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（ヶ月分）【(52) - (50)】	0 円
(55) うち定期昇給相当分	円
(56) うちベア等実施分	円
(57) ベア等による賃金増率【(56) ÷ (50)】	0.0 %

X. 事務職員の基本給等に係る事項

(58) 事務職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（2）の開始月時点】	人
(59) 賃金改善する前の事務職員の給与総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(60) うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(61) 賃金改善した後の事務職員の給与総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(62) うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(63) 給与総額に係る賃金改善の見込み額（ヶ月分）【(61) - (59)】	0 円
(64) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（ヶ月分）【(62) - (60)】	0 円
(65) うち定期昇給相当分	円
(66) うちベア等実施分	円
(67) ベア等による賃金増率【(66) ÷ (60)】	0.0 %

「（診療所）賃金改善計画書」の基本給等に係る事項における職種グループ別の記載項目の削除

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

(13) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（2）の開始月時点】	人
(14) 賃金改善する前の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(15) 賃金改善した後の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(16) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（ヶ月分）【(15) - (14)】	0 円
(17) うち定期昇給相当分	円
(18) うちベア等実施分	円
(19) ベア等による賃金増率【(18) ÷ (14)】	0.0 %

看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

(20) 看護職員等の常勤換算数【賃金改善実施期間（2）の開始月時点】	人
(21) 賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(22) 賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(23) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（ヶ月分）【(22) - (21)】	0 円
(24) うち定期昇給相当分	円
(25) うちベア等実施分	円
(26) ベア等による賃金増率【(25) ÷ (21)】	0.0 %

削除

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

(27) 薬剤師の常勤換算数【賃金改善実施期間（2）の開始月時点】	人
(28) 賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(29) 賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(30) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（ヶ月分）【(29) - (28)】	0 円
(31) うち定期昇給相当分	円
(32) うちベア等実施分	円
(33) ベア等による賃金増率【(32) ÷ (28)】	0.0 %

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

(34) 看護補助者の常勤換算数【賃金改善実施期間（2）の開始月時点】	人
(35) 賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(36) 賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(37) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（ヶ月分）【(36) - (35)】	0 円
(38) うち定期昇給相当分	円
(39) うちベア等実施分	円
(40) ベア等による賃金増率【(39) ÷ (35)】	0.0 %

VIII. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(41) その他の対象職種の常勤換算数【賃金改善実施期間（2）の開始月時点】	人
(42) 賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(43) 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	円
(44) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（ヶ月分）【(43) - (42)】	0 円
(45) うち定期昇給相当分	円
(46) うちベア等実施分	円
(47) ベア等による賃金増率【(46) ÷ (42)】	0.0 %

厚生労働省ホームページ「ベースアップ評価料 特設ページ」の刷新

届出様式の簡素化とともに、ホームページも刷新

厚生労働省
ベースアップ評価料特設ページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html



または

 厚生労働省 ベースアップ評価料 



簡素化された新しい届出様式に加えて、
はじめてベースアップ評価料の届出を行う
医療機関に向けて

- 分かりやすい説明資料、説明動画
- 届出様式の記載例
- 届出書作成の支援ツール

などを掲載

一番簡単な！

ベースアップ評価料の届出書類の書き方 ～医科編～

★ 外来・在宅ベースアップ評価料（I）のみを算定して、
加算分をそのままスタッフの賃上げに充当する場合、
簡単に届出書類が作成できます！

加算分よりも大きな賃上げを行っていただく場合も
もちろん使えます！

スタッフ数10名以下の
診療所必見！

一人でもできる！
短時間でできる！

はじめに

医療機関の届出にかかる負担軽減のため、令和6年9月に届出様式を改定しました。改定された届出様式は、厚生労働省や地方厚生（支）局のウェブサイトからダウンロードできます。

厚生労働省

ベースアップ評価料特設ページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html



または



厚生労働省 ベースアップ評価料

検索



2. 届出様式（医療機関用）

[ベースアップ評価料届出様式（Excel形式）\[384KB\] \[UPDATED\]](#)

The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare (厚生労働省) with a search bar and a list of search results. The result for 'ベースアップ評価料届出様式' is highlighted with a red box.

ベースアップ評価料等について

「令和6年度診療報酬改定における賃上げ」に係る医療機関・訪問看護ステーション向け特設ページです。
医療機関・訪問看護ステーションの職員の賃金改査を診療報酬でパックアップしています。

職員の賃金改査のためにベースアップ評価料を
算定する医療機関・ステーションが増えています。
ポイントが分かれれば、届出は簡単です。
ベースアップ評価料で、処遇改善のベースアップ！



このページにおいて、特に記載がない限り、「専科外来・在宅ベースアップ評価料」は「外来・在宅ベースアップ評価料」に含まれるものとします。

訪問看護ステーションの皆さまは「6. 訪問看護ベースアップ評価料の届出について」をご覧ください。

1. はじめてベースアップ評価料の届出を行う医療機関の皆さまへ

まだベースアップ評価料を届け出ていないすべての医療機関が対象です。

今からでも届出OK。届出の翌月から算定できます。

- 外来・在宅ベースアップ評価料（1）のみを届出する診療所向け資料
- 賃金改査率の大小にかかわらず、届出ができます。

はじめてベースアップ評価料の届出を行なう医療機関は届出書類が複数に届出できるよう、届出のポイントをまとめました。この資料を見れば、スタッフ数の少ない医療機関では特に簡単に届出できます。

【分かりやすい説明資料】(PDF形式)

1. 外来・在宅ベースアップ評価料（1）のみを届出する診療所向け資料
[ベースアップ評価料の届出書類の書き方-説明編-\[5.4MB\] \[NEW\]](#)
2. ベースアップ評価料の届出に備える考え方をまとめた資料
[外来・在宅ベースアップ評価料 届出書類の記載方法\(資料編\)-\[1.2MB\] \[UPDATED\]](#)

【説明動画】

1. 実際に届出書類を記載している作業画面が見られます（視聴時間：約10分）
[外来・在宅ベースアップ評価料 届出様式の記載方法\(動画編\)-\[1.2MB\] \[UPDATED\]](#)

改定による主な変更点

【全般】

- 記載上の説明を詳しく、分かりやすくしました。

【賃金改善計画書関連】

- 対象職員の基本給等に係る事項の職種グループ別の記載箇所を削除しました。

対象：「別添 計画書（無床診療所及びⅡを算定する有床診療所）」シート
「別添 計画書（歯科診療所及びⅡを算定する有床診療所）」シート

- ベースアップ評価料対象外職種の「給与総額」に関する項目を削除しました。

【参考 賃金引き上げ計画書作成のための計算シート】

- 届出を行う月の選択方法を変更しました。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ない場合には「対象職員の給与総額」が記載不要になりました。

改定前の届出様式も引き続きお使いいただけます。これからベースアップ評価料の届出をされる医療機関で、すでに改定前の届出様式で準備をされている場合は、改定前の届出様式で地方厚生（支）局への届出に行っても大丈夫です。

届出書の記入は簡単！ 3つのステップで

外来・在宅ベースアップ評価料（I）による収入をベースアップによる活用する場合の書類の記入は、次のように行います。

1. 医療機関の名称など、必要な事項を記載します。

2. 過去1年の実績（初再診料等の算定回数等）を入力します。

外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の算定回数が推計でき、
加算により得られる1年間の収入が分かります。

3. 加算により得られる1年間の収入を ベースアップ の給与のベースアップにどう分配するかを計画します。

「賃金改善計画書」には、1月の給与額（引き上げない場合、引き上げた場合）等を記載します。

書類の記入が完了します。あとはメールで提出するだけ！

最初に、書類（エクセル形式）をダウンロードしてください

厚生労働省ベースアップ評価料特設ページ

URL https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html



または

「厚生労働省 ベースアップ評価料」で検索

どのスタッフが対象となるかを確認してください

- 外来・在宅ベースアップ評価料（I）によりベースアップを行う対象となる職種は、医療に従事する職種（下記のすべて）です。
- なお、医師・歯科医師は含みません。また、単に、医療事務を行うスタッフは含みません。

対象職種の一覧：

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

1. 医療機関の名称など、最初に必要な事項を記載します

- 4つのシートを使います。1つ目は「届出書」です。左下の「別添2」を開いてください。
- 保険医療機関コードや連絡先を記載し、4点に該当しないことを確認の上で、チェックします。

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	1234567	届出番号	
連絡先			
担当者氏名 :	● ● ● ●	届出の担当者名と電話番号を記載	
電話番号 :	03-9999-9999	「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」と記載	
(届出事項) 〔 外来・在宅ベースアップ評価料（I） 〕 の施設基準に係る届出			
<input checked="" type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。			
<input checked="" type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことなく、かつ現に違反していないこと。			
<input checked="" type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。			
<input checked="" type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。			
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。			

保険医療機関コードを7桁で入力
(7桁以外の数字だとエラーが出ます)

それぞれの事項を確認のうえ、チェック

1. 医療機関の名称など、最初に必要な事項を記載します

- 届出年月日、住所・医療機関名・開設者名、提出先（所轄の地方厚生局長）を記載します。
- これで1つ目の書類は完了です。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 6 年 9 月 30 日	届出年月日を記載
保険医療機関・保険薬局の所在地 及び名称 東京都千代田区霞が関X-X-X	所在地住所を記載
●●クリニック	医療機関名を記載
開設者名 ●● ●●	開設者名を記載
関東信越厚生局長 殿	届出を行う地方厚生（支）局長宛としてください

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。
3 届出書は、1通提出のこと。

1. 医療機関の名称など、最初に必要な事項を記載します

- 2つ目の書類は「**様式95**」です。
- 医科・歯科の別などにチェックを行い、対象職員数（常勤換算方式）を記入します。
- なお、緑の欄は、他の欄を記載したことで、自動的に記入されます。
- これで2つ目の書類は完了です。

様式95

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) 〕
〔 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険医療機関コード 1234567
保険医療機関名 ●●クリニック

2 届出を行う評価料

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

3 外来医療等の実施の有無

外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(医科)
 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(歯科)

4 対象職員(常勤換算)数 35 人

※ 対象職員とは、主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。)をいう。
※ 0より大きい数であればよい。

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について□を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも□を記載すること。

2 「3」については、外来医療等の実施の有無について□を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも□を記載すること。

3 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。

4 本様式と合わせて「賃金改善計画書」を地方厚生(支)局へ提出すること。

2. 過去1年の実績（給与総額、初再診料等の算定回数）を入力します

- 3つ目の書類は「**（参考）賃金引き上げ計画書作成のための計算シート**」です。Excel様式の一番右のシートを選んでください。
- 届出を行う月を選択します。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（I）のみの届出の場合は3（1）②の記入は不要です！

参考

賃金引き上げ計画書作成のための計算シート（IIを算定しない診療所向け）

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

1234567

●●クリニック

2 外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の届出について
届出を行う月 9 月

3 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（I）等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の区分の上限を算出する値（【B】）

（1）算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間（上記「2」の入力に連動）

前年3月～2月

前年6月～5月

前年9月～8月

前年12月～11月

②対象職員の給与総額（対象期間の1月当たりの平均）

円

※ 外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の届出を検討している場合に記載すること。

ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の届出を検討していない場合は、記載不要。

※ 「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。（ただし、役員報酬については除

また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

- 外来・在宅ベースアップ評価料（II）の算定を検討する場合には、3（1）②に、上記の1年間の、対象職員の給与総額の、1か月の平均を記入します。【→後ほど、3（3）に算出される数値をご確認ください】**

2. 過去1年の実績（給与総額、初再診料等の算定回数）を入力します

- 3(2)の期間の、初診料・再診料の算定回数（1月当たりの平均）を記入します。
- 訪問診療料を算定している場合、訪問診療料の算定回数を「同一建物以外」と「同一建物」に分けて記入します。これによって、外来・在宅ベースアップ評価料（I）の算定回数や点数の見込みが算出できます。
- 3つ目の書類はこれで完了です。

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の対象期間】（上記「2」の入力に連動）

前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数（実績）】

①初診料等の算定回数	300.0	回
②再診料等の算定回数	1,200.0	回
③訪問診療料（同一建物以外）の算定回数	0.0	回
④訪問診療料（同一建物）の算定回数	0.0	回
⑤歯科初診料等の算定回数	0.0	回
⑥歯科再診料等の算定回数	0.0	回
⑦歯科訪問診療料（同一建物以外）の算定回数	0.0	回
⑧歯科訪問診療料（同一建物）の算定回数	0.0	回

※ 算出対象となる期間の1月当たりの算定回数の平均の数値（小数点第二位を四捨五入）を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の算定回数見込み	1,500.0	回
外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の算定により算定される点数の見込み	4,200.0	点

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）等により行われる給与の改善率

#DIV/0!

- ここで、改善率が1.2%未満となった場合で、更なるベースアップを行う場合には、「外来・在宅ベースアップ評価料（II）」の届出もご検討ください。

※ 3(1)②に記入がない場合は表示されません。

3. 「賃金改善計画書」に、引き上げ前後の給与総額等を記載します

- 4つ目の書類は「**計画書**」です。無床診療所の場合は、7つめのシート【「計画書」（無床診療所およびIIを算定する有床診療所）】を選んでください。
- (1) をチェックします。来年度については未定の場合は、「一律の引上げ」をチェックしてOKです。
- (2) に賃金改善の期間を入力します。
 - 期間の始期は、ベースアップ評価料の算定開始月（早ければ来月）か、それより前の月で、ベースアップを実際に行う月を入力
 - 期間の終期は、今年度末（令和6年度に算定する場合は「令和7年3月」）を入力
- (3) ベースアップ評価料の算定期間を入力します。始期は早ければ来月、終期は今年度末（令和6年度に算定する場合は「令和7年3月」）と記載します。

別添

(診療所) 賃金改善計画書（令和6年度分）

保険医療機関コード	1234567
保険医療機関名	●●クリニック

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

(1) 賃金引上げの実施方法

- 令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
 令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

※ 令和5年度との比較で、令和6年度と令和7年度で同じ水準の賃金引上げを行う場合には、「一律の引上げを行う」を選択すること。
令和6年度のベースアップ評価料による算定金額の一部を繰り越すなどして、令和5年度との比較で、令和6年度と令和7年度で段階的な賃金改善を行う場合には、「段階的な引上げを行う」を選択すること。

(2) 賃金改善実施期間

令和6年10月～令和7年3月 6ヶ月

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引上げを維持することを前提とすること。

(3) ベースアップ評価料算定期間

令和6年10月～令和7年3月 6ヶ月

※ 「(3) ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。
※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下、「ペア等」という）をいい、定期昇給は含まない。
※ また、ペア等にはペア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

II 外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の届出有無

□ 有

※ 外来・在宅ベースアップ評価料（II）等を届け出ない場合は、以下(4)の「外来・在宅ベースアップ評価料（I）等による算定期間の見込み」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の算定期間による算定期間の見込み」は「（参考）賃金引上げ計画書作成のための計算シート（IIを算定しない診療所向け）」により計算を行うこと。

- (4) ベースアップ評価料
(II) の届出有無は、届出を行わない場合はチェックしません。

3. 「賃金改善計画書」に、引き上げ前後の給与総額等を記載します

- 算定金額の見込みは、3つ目に記載していただいたシートから算出されています。
- 全体の賃金改善の見込額は、以下の順で記入してください。（2）で記載した賃金改善計画の期間内の総額を記載してください。ベースアップ等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費の増加分を含みます。
 - (11) として、ベースアップ以外に経験年数などに応じた定期昇給がある場合には、それによる賃金改善見込額を記入してください。（定期昇給については、各医療機関で従前から行われているものであるため、ベースアップ評価料の対象にはなりません。）
 - (10) として、ベースアップ評価料以外の財源による賃金改善の予定（ベースアップ評価料対象職員以外への賃金改善予定額を含む）があれば記載してください。ない場合は0円で結構です。
 - (12) その他の賃金改善がない場合は、(12) は0となります。その場合、(8) 全体の賃金改善の見込額として、(9) + (10) + (11) を記入してください。

III-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み【(3)の期間中】		(2)の月数と「参考」シートの入力値により計算されます
(4) 算定金額の見込み		252,000 円
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等による算定金額の見込み		252,000 円
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み		4,200 点
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等による算定金額の見込み		- 円
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分及び点数	(届出なし)	(イ) - 点 (口) - 点
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等(削除時等)の算定回数の見込み		- 回
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等(再詰時等)の算定回数の見込み		- 回
(5) 令和7年度への繰越予定額(令和6年度届出時のみ記載)		0 円
(6) 前年度からの繰越額(令和7年度届出時のみ記載)		0 円
(7) 算定金額の見込み(繰越額調整後)【(4) - (5) + (6)】		252,000 円

※ 「(7) 算定金額の見込み」については、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)等の増加分に充て、下記の「(9) ベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。

III-2. 全体の賃金改善の見込み額【(2)の期間中】	
(8) 全体の賃金改善の見込み額	328,000 円
(9) うちベースアップ評価料による算定金額の見込み【(7)の再掲】	252,000 円
(10) うち(9)以外によるペア等実施分	76,000 円
(11) うち定期昇給相当分	0 円
(12) うちその他分【(8) - (9) - (10) - (11)】	0 円

※ 「賃金改善の見込み額」は、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。

※ 「(10) うち(9)以外によるペア等実施分」については、ベースアップ評価料による算定金額以外の財源を活用して、当該年度においてペア等を実施した分を記載すること。

※ 「(11) うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。

なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ペア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。定期昇給の制度を設けていない医療機関は「0」と記載すること。

※ 「(12) うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やペア等によらない、一時金や手当(毎月決まって支払われるものを除く。)等による賃金改善額となること。

- 令和7年度への繰越予定額や、前年度からの繰越額は、年度をまたがった繰越を行わない場合には、0円のままで結構です。

3. 「賃金改善計画書」に、引き上げ前後の給与総額等を記載します

- (13) 職員数と (14) 賃金改善する前の対象職員の基本給等総額を記入します。
- 17 定期昇給相当分は、賃金改善実施期間開始月に定期昇給を実施した場合のみ、相当分を記入します。
- 18 ベア等実施分を (9) + (10) をもとに算出します。
 - (9) ~ (10) には、賞与、時間外手当、法定福利費の増加分が含まれています。1か月に実際に支払う給与は、その分を差し引いて記入します。
まず、法定福利費の増加分は、実額が分かる場合は実額を差し引いてください。分からない場合には、給与の16.5%に相当するとして、(9) ~ (10) に $16.5/116.5=0.1416$ を乗じたものを差し引いてください。
次に、賞与や時間外手当の増加分を差し引いてください。
最後に、月数で割ると、1月当たりの増加額が算出できます。
 - この方法で1か月当たりの額を算出すると端数が生じるために、ベアの額を切り上げる場合には、切り上げて記入して結構です。
 - (15) には (14) + (17) + (18) を記入してください。 (16) (19) は自動的に記入されます。

- 以下、基本給等総額については1ヶ月当たりの額を記載してください。

- ※ 「基本給等総額」には、給与のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
- ※ 年度更新及び区分変更等によりベースアップ評価料の賃金改善計画書を再度届出する場合、「賃金改善する前の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】」には、初回届出時点における「賃金改善する前の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】」の金額を記載すること。
- ※ 「うち定期昇給相当分」は、【賃金改善実施期間（2）の開始月】において定期昇給を実施する場合にのみ記載すること。それ以外の月に定期昇給を実施する場合、もしくは定期昇給の制度を設けていない医療機関は「0」と記載すること。

IV. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

(13) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（2）の開始月時点】	3.5 人
(14) 賃金改善する前の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	1,330,000 円
(15) 賃金改善した後の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（2）の開始月】	1,358,000 円
(16) 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）【(15) - (14)】	28,000 円
(17) うち定期昇給相当分	0 円
(18) うちベア等実施分	28,000 円
(19) ベア等による賃金増率【(18) ÷ (14)】	2.1 %

3. 「賃金改善計画書」に、引き上げ前後の給与総額等を記載します

- (20) ~ (26) 及び (27) ~ (33) は、(13) ~ (19) と同様に記載します。
- (34) (35) 賃上げに伴う就業規則の見直しや賃金規定の見直しについてチェックしてください。その具体的な内容についても記載してください。
- 最後に、日付や開設者名を記載してください。
- これで、4つ目の書類の記入は完了です。

【ベースアップ評価料対象外職種について】

Ⅴ. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(20) 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】	0.0 人
(21) 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	0 円
(22) 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	0 円
(23) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(22) - (21)】	0 円
(24) うち定期昇給相当分	0 円
(25) うちペア等実施分	0 円
(26) ペア等による賃金増率【(25) ÷ (21)】	0.0 %

VI. 事務職員の基本給等に係る事項

(27) 事務職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】	1.2 人
(28) 賃金改善する前の事務職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	240,000 円
(29) 賃金改善した後の事務職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	249,600 円
(30) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(29) - (28)】	9,600 円
(31) うち定期昇給相当分	0 円
(32) うちペア等実施分	9,600 円
(33) ペア等による賃金増率【(32) ÷ (28)】	4.0 %

VI. 賃金引上げを行う方法

(34) 賃上げの担保方法	
<input type="checkbox"/> 就業規則の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 賃金規程の見直し
<input type="checkbox"/> その他の方法：具体的に（ 常勤職員に対して、ベースアップ評価料手当として月8,000円を従来の給与に上乗せして支給することとした。またパート職員についても、8,000円に個々の常勤換算数を乗じた金額を従来の給与に上乗せ支給することとした。 ）	
(35) 賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）	

- ベースアップ評価料対象外職員に対する賃金改善分も、Ⅲ-2の「(8) 全体の賃金改善の見込み額」に記載する場合は、(21)に含めて記載してください。

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

書類の作成、おつかれさまでした。

- 届出は、作成いただいたエクセルファイルを電子メールでお送りいただきます。
 - 提出先は、医療機関がある地方厚生（支）局の都道府県事務所の専用メールアドレスです。
アドレスの一覧はこちらへ
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001246968.pdf>
 - 添付するExcelファイルのファイル名に医療機関コードを記載してください。例
）9999999_ベースアップ評価料届出.xlsx
 - メール本文にも、署名等により医療機関名及び連絡先を記載してください。

※メールアドレスを持っていない等やむを得ない事情がある場合には、書面での提出も可能です。

Youtube ビデオ



検索



これだけでできる！ 実は難しくない！

外来・在宅ベースアップ評価料 届出様式作成の手引き ～届出様式が簡素化されました～ 【令和6年9月改定版】

外来・在宅ベースアップ評価料（I）のみ
を届出する医療機関向け

厚生労働省 保険局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan



外来・在宅ベースアップ評価料届出様式作成の手引き



厚生労働省 / Ministry of Health, Labour and Welfare

チャンネル登録者数 18.5万人

チャンネル登録

凸 7

凸

共有

保存

...

オレンジ色の欄が記載が必要な項目です（緑色の欄は自動的に入力されますので、記載不要です。）

保険医療機関コードと保険医療機関名はさきほどの「特掲診療料の施設基準に係る届出書の際に記入したものが反映されます。
(緑色の欄は記入不要です)

2 届出を行う評価料

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

3 外来医療等の実施の有無

外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(医科)
 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(歯科)

4 対象職員(常勤換算)数

賃金改善の対象職員（常勤換算）数を記載します。

※ 対象職員とは、主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。)をいう

※ 0より大きい数であればよい

医科の診療所は「外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（医科）」、歯科の診療所は「外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（歯科）」の□をクリックします。

医科の診療所は「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」、歯科の診療所は「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）」の□をクリックします。



参考シートを入力する前に【②算定回数の見込み】

外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の算定回数の見込み

下表の対象期間②の1月当たりの平均の「初診料等」「再診料等」「訪問診療料（同一建物以外）」「訪問診療料（同一建物）」の算定回数を確認してください。【項目3（2）関連】

※初診料等には、初診料のほか、小児科外来診療料（初診時）・小児かかりつけ診療料（初診時）が含まれます

※再診料等には、再診料のほか、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）、外来腫瘍化学療法診療料が含まれます。

届出を行う月 ※	算出を行う月	対象期間② (算定回数用)	算定開始月
3月～5月	3月	前年12月～2月	4月
6月～8月	6月	3月～5月	7月
9月～11月	9月	6月～8月	10月
12月～2月	12月	9月～11月	翌年1月

※ 新規の場合は、届出月の翌月からの算定が可能です。

月の最初の開庁日に届け出た場合には当月からの算定が可能です。（例えば、3～5月とあるのは、6月の最初の開庁日を含みます。）

1 別添

届出する年度を入力します

(診療所) 賃金改善計画書 (令和 6 年度分)

保険医療機関コード

1234567

保険医療機関名

●●クリニック

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

(1) 賃金引上げの実施方法

- 令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
- 令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

※ 令和5年度との比較で、令和6年度と令和7年度で同じ水準の賃金引き上げを行う場合には、「一律の引上げを行う」を選択すること。

令和6年度のベースアップ評価料による算定金額の一部を繰り越すなどして、令和5年度との比較で、令和6年度と令和7年度で段階的な賃金改善を行う場合には、「段階的な引上げを行う」を選択すること。

(2) 賃金改善実施期間

令和 6 年 3 月 ~ 令和 7 年 3 月 1 ヶ月

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料算定期間を定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

(3) ベースアップ評価料算定期間

令和 6 年 3 月 ~ 令和 7 年 3 月 1 ヶ月

※ 「(3) ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。

※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ(以下、「ペア等」という)をいい、定期昇給は含まない。

※ また、ペア等にはペア等を実施することにより運動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に運動して引き上がる賞与分については含まない。

II 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の届出有無

 有

※ 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等を届け出ない場合は、以下(4)の「外来・在宅ベースアップ評価料(I)等による算定金額の見込み」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(I)等の算定により算定される点数の見込み」は「(参考)賃金引き上げ計画書作成のための計算シート(IIを算定しない診療所向け)」により計算を行なうこと。

III-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み【(3)の期間中】

(4) 算定金額の見込み

外来・在宅ベースアップ評価料(I)等による算定金額の見込み 0 円

外来・在宅ベースアップ評価料(I)等の算定により算定される点数の見込み 0 点

外来・在宅ベースアップ評価料(II)等による算定金額の見込み - 円



24 (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み
25 【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間】(上記「2」の入力に連動)
26 前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

②再診料等の算定回数

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

④訪問診療料(同一建物の算定回数)

⑤歯科初診料等の算定回数

⑥ 歯科再診料等の算定回数

◎ 藥科 診問診療科 (同一建制)

◎ 牙科詮釋診療科(同 3樓科)の算定回数

※ 第二回から六回までの序文

※ 算出対象となる期間の1月当りの真定回取り平均の数値(小数点第一位を四捨五入)を比較すると、

※ 自由診療の通着については、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

ベースアップ評価料（I）等の算定回数・点数の見込みが自動計算されます。

スのみが自動アップ評価料(1)等の算定回数見込み

外来・在宅ベースアップ評価料(1)等の算定により算定される点数の見込み

1,500.0

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(1)等により行われる給与の改善率

EDIV/0

※「3」(1)②「対象職員の給与総額」を記載した場合にのみ、計算結果が表示される。

※「外来・在宅ベースアップ評価料(1)等により行われる給与の改善率」の値が12%未満であった。

対象期間の1月当たりの平均回数（実績）①から⑧を入力します

「対象職員の給与総額」を入力した場合には、ベースアップ評価料（I）全額をベア等に充てた場合の給与改善率が自動計算されます。給与改善率の値にかかわらず、ベースアップ評価料（I）は届出可能です。

賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

<u>1 初診時</u>	<u>6点</u>
<u>2 再診時等</u>	<u>2点</u>
<u>3 訪問診療時</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>同一建物居住者等以外の場合</u>	<u>28点</u>
<input type="checkbox"/> <u>イ以外の場合</u>	<u>7点</u>

[算定要件]

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

- (3) 当該評価料を算定する場合は、**令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。**
- (4) (3)について、当該評価料は、**対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。**ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は**令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。**いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (5) **令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。**
- (6) **「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。**

賃上げに向けた評価の新設④

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【算定要件】

- 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金のさらなる改善を必要とする医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) (1日につき)

外来・在宅ベースアップ評価料(II) 1

イ 初診又は訪問診療を行った場合

8点

ロ 再診時等

1点

外来・在宅ベースアップ評価料(II) 2

イ 初診又は訪問診療を行った場合

16点

ロ 再診時等

2点



外来・在宅ベースアップ評価料(II) 8

イ 初診、又は訪問診療を行った場合

64点

ロ 再診時等

8点

[算定要件]

- 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。
- イについては、外来・在宅ベースアップ評価料(II)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。
- ロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(II)の2 (再診時等) を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

賃上げに向けた評価の新設⑤

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

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

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

外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分

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

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こと。

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こと。

(6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。

(7) (6)について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。

(8) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

(9) 常勤換算2人以上の対象職員が勤務していること。ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

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

賃上げに向けた評価の新設⑦

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】(続き)

[施設基準の概要]

(10) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。

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

患者のみなさまへ

令和6年6月から 「ベースアップ評価料」がはじまります。

産業全体で賃上げが進む中、医療現場で働く方々の賃上げを行い、人材確保に努め、良質な医療提供を続けることができるようとするための取組です。

ご理解くださいますよう、お願い致します。

「ベースアップ評価料」について

- 看護職員等の医療現場で働く方々の賃上げを実施するため、令和6年6月以降、ベースアップ評価料がスタートします。
- これにより、6月以降、患者のみなさまの診療費のご負担が上がる場合があります。
- このベースアップ評価料による診療費の上乗せ分は、医療現場で働く方々の賃上げに全て充てられます。

ご理解くださいますよう、お願い致します。

2. 医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算

オンライン資格確認システムの状況

オンライン資格確認システムの導入状況

(2024/7/28時点)

保険医療機関・薬局の導入状況

導入（運用開始）施設数

209,250施設

全体	222,348施設のうち 94.1%
義務化対象	215,346施設のうち 97.2%

(参考) 区別別導入状況

	導入（運用開始）施設数
病院	7,986
医科診療所	81,274
歯科診療所	60,390
薬局	59,600

※1：社会保険診療報酬支払基金に対するレセプト請求に基づく保険医療機関・薬局数（2024年5月診療分）は222,348施設

※2：保険医療機関・薬局のうち、紙レセプトによる請求が認められているもの（同；7,002施設（3.1%）／レセプトベースで0.5%）

は、オンライン資格確認導入の義務化対象外であり、義務化対象施設（同；215,346施設（96.9%））のうち

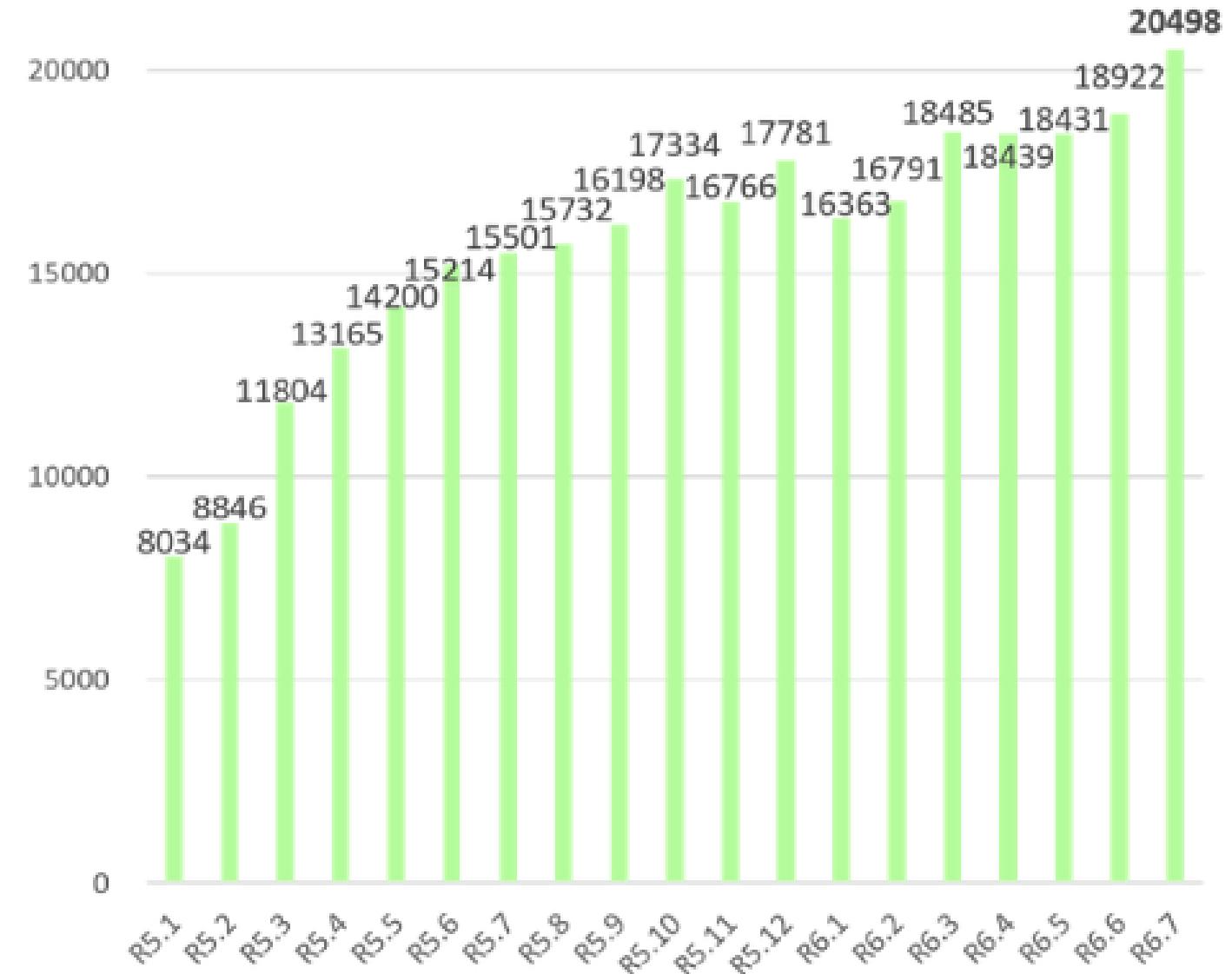
やむを得ない事情があるものとして届け出た保険医療機関・薬局には経過措置（2024年7月末時点；2,922施設）が適用

オンライン資格確認の利用件数

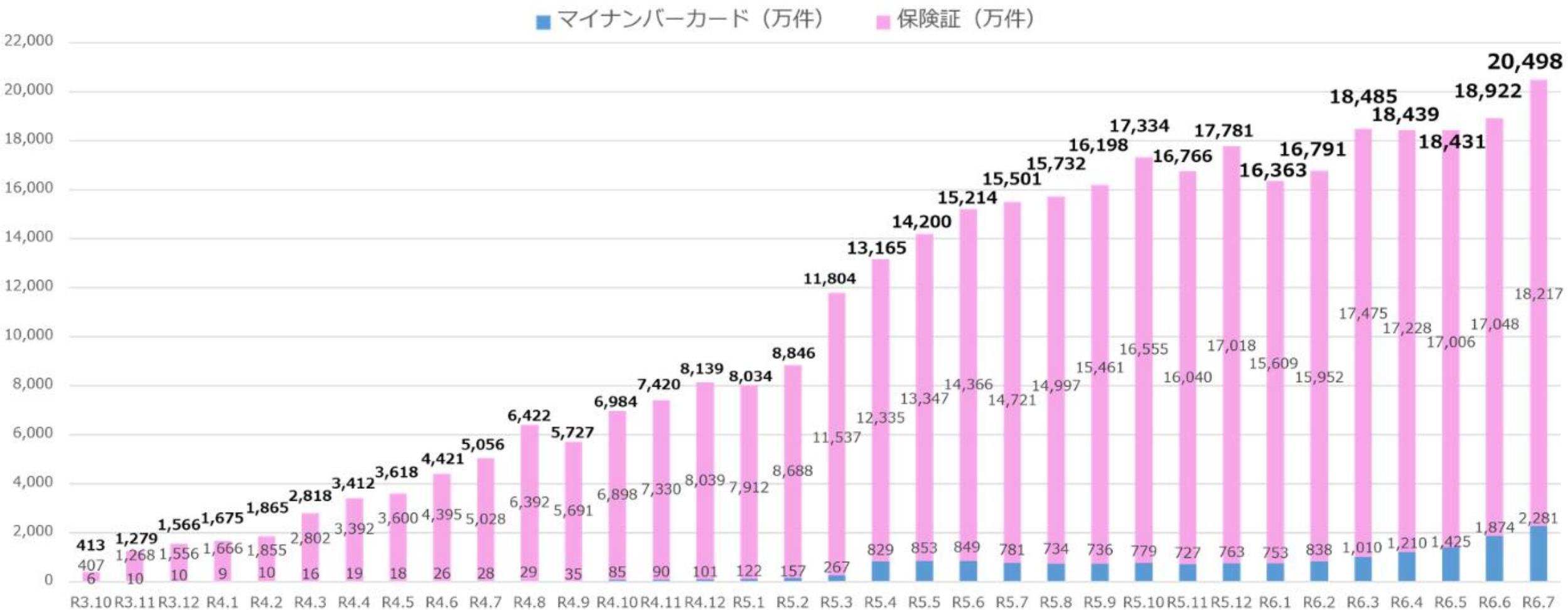
令和6年7月分

約2億500万件

マイナンバーカード 11.1%
保険証 88.9%

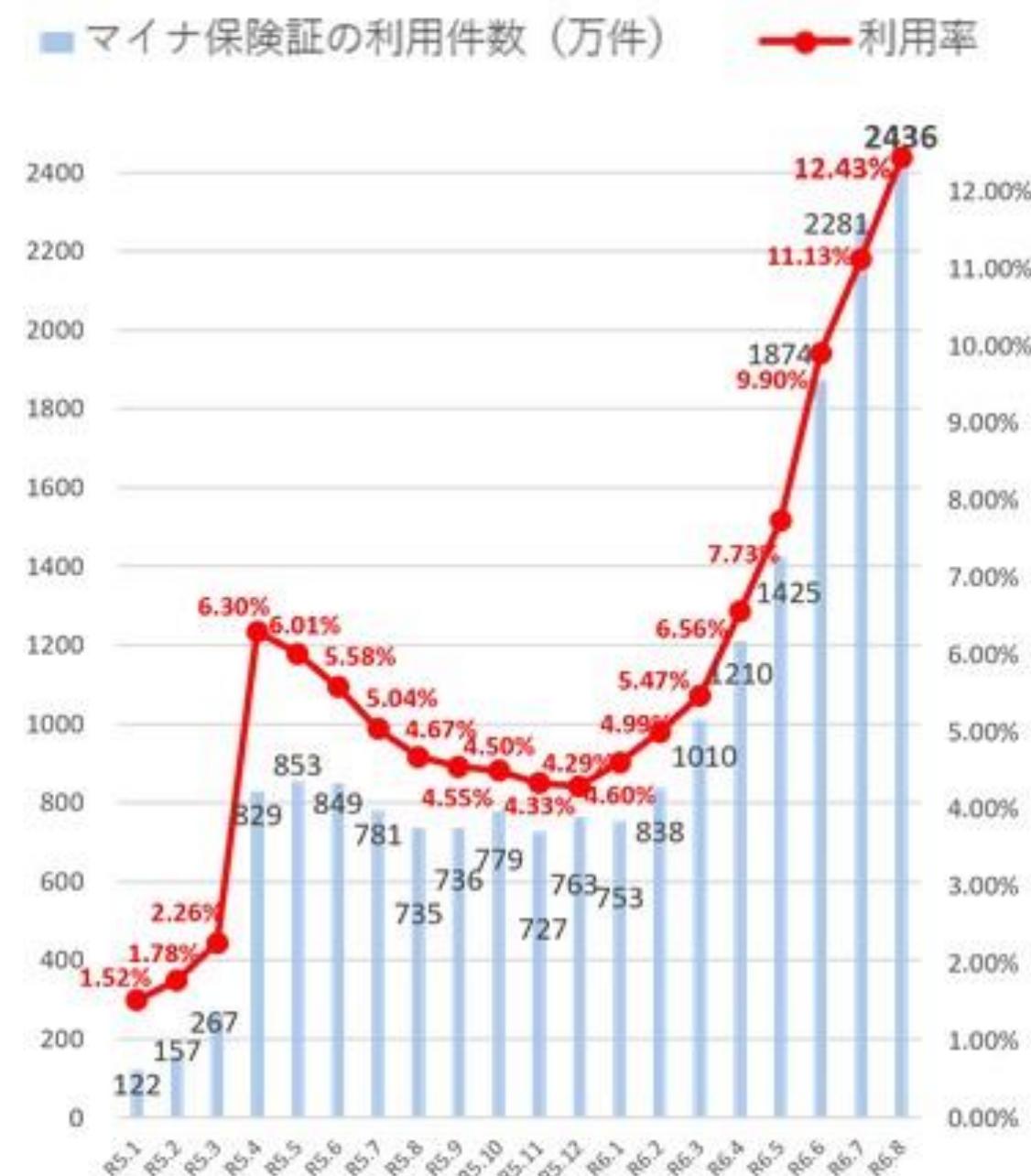


■ 運用開始施設における資格確認の利用件数

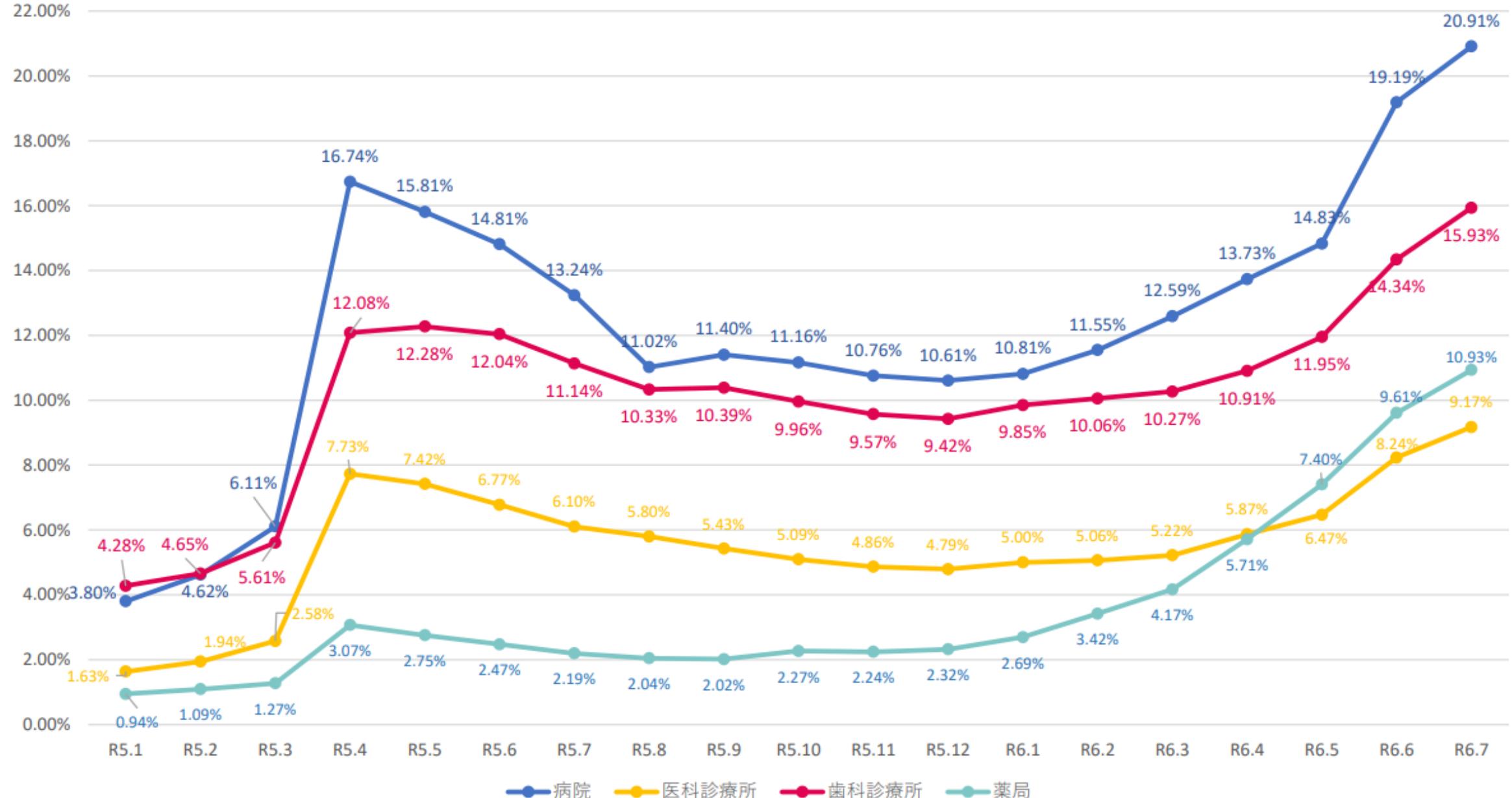


マイナ保険証の利用率

令和6年	利用率
4月	6.56%
5月	7.73%
6月	9.90%
7月	11.13%
8月	12.43%



施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用 (令和6年7月))

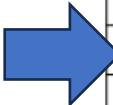
○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率（令和6年7月）は以下のとおり。

※黄色 = 上位5県 灰色 = 下位5県

都道府県名	利用率
北海道	12.14% (+1.63%)
青森県	10.27% (+1.49%)
岩手県	12.97% (+1.40%)
宮城県	10.55% (+1.50%)
秋田県	11.83% (+1.82%)
山形県	12.43% (+1.81%)
福島県	15.19% (+1.43%)
茨城県	12.93% (+1.24%)
栃木県	14.06% (+1.70%)
群馬県	13.33% (+1.51%)
埼玉県	9.84% (+1.12%)
千葉県	11.67% (+1.25%)
東京都	10.03% (+0.99%)
神奈川県	10.50% (+1.15%)

全国

11.13% (+1.23%)



都道府県名	利用率
新潟県	15.66% (+1.80%)
富山県	18.00% (+1.93%)
石川県	16.63% (+1.42%)
福井県	16.88% (+1.77%)
山梨県	10.23% (+1.44%)
長野県	9.88% (+1.27%)
岐阜県	11.09% (+1.21%)
静岡県	12.82% (+1.33%)
愛知県	9.07% (+1.18%)
三重県	10.43% (+1.16%)
滋賀県	12.52% (+1.48%)
京都府	12.06% (+1.33%)
大阪府	9.91% (+1.12%)
兵庫県	10.37% (+0.98%)
奈良県	11.03% (+1.17%)
和歌山県	7.72% (+0.89%)

都道府県名	利用率
鳥取県	14.12% (+1.07%)
島根県	15.98% (+1.87%)
岡山県	11.33% (+1.36%)
広島県	12.57% (+1.55%)
山口県	14.88% (+1.60%)
徳島県	9.24% (+1.10%)
香川県	11.91% (+1.21%)
愛媛県	8.81% (+1.23%)
高知県	10.36% (+0.62%)
福岡県	10.19% (+0.99%)
佐賀県	11.13% (+0.85%)
長崎県	11.61% (+1.24%)
熊本県	11.13% (+0.95%)
大分県	10.52% (+0.86%)
宮崎県	12.95% (+0.71%)
鹿児島県	15.21% (+0.81%)
沖縄県	4.75% (+0.26%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数
(括弧内の値は令和6年6月の値からの変化量 (%ポイント))

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R6.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オンライン資件数
1	(1)	福井	15.92%	59,207	371,948
2	(2)	鹿児島	14.01%	156,469	1,116,917
3	(3)	新潟	13.66%	165,909	1,214,990
4	(4)	富山	13.40%	79,229	591,162
5	(7)	秋田	13.01%	57,928	445,404
6	(5)	島根	12.58%	55,460	440,717
7	(6)	宮崎	12.19%	81,543	668,711
8	(9)	石川	11.87%	82,676	696,712
9	(8)	鳥取	11.66%	39,241	336,631
10	(11)	静岡	11.39%	302,393	2,655,099
11	(10)	滋賀	11.27%	78,802	699,337
12	(13)	栃木	11.15%	135,536	1,215,465
13	(12)	岩手	10.94%	77,072	704,486
14	(20)	青森	10.91%	70,514	646,336
15	(15)	山口	10.51%	112,999	1,075,646
16	(17)	北海道	10.49%	301,209	2,871,431
17	(14)	香川	10.46%	52,560	502,257
18	(18)	山形	10.38%	87,959	847,737
19	(19)	群馬	10.23%	139,111	1,359,900
20	(16)	福島	10.22%	110,173	1,078,172
21	(21)	茨城	10.09%	145,787	1,444,514
22	(23)	千葉	10.06%	341,220	3,392,528
23	(24)	宮城	9.85%	166,473	1,690,746
24	(22)	京都	9.75%	137,191	1,406,485
25	(25)	広島	9.30%	211,662	2,276,022
26	(26)	奈良	8.96%	80,716	900,699
27	(28)	岐阜	8.95%	143,877	1,606,857
28	(30)	神奈川	8.77%	585,672	6,675,732
29	(29)	長崎	8.77%	107,145	1,221,523
30	(27)	三重	8.77%	128,316	1,462,900

【病院】

順位	R6.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オンライン資件数
1	(1)	富山	33.49%	57,844	172,715
2	(6)	栃木	29.32%	40,265	137,327
3	(5)	山形	29.05%	29,255	100,706
4	(2)	茨城	28.40%	62,949	221,621
5	(4)	石川	27.44%	37,732	137,485
6	(3)	山口	27.15%	40,083	147,653
7	(7)	鹿児島	25.83%	63,613	246,316
8	(14)	宮城	25.74%	51,587	200,449
9	(9)	千葉	25.68%	127,732	497,308
10	(8)	福島	25.43%	45,152	177,538
11	(16)	香川	24.86%	22,436	90,267
12	(19)	北海道	24.45%	154,004	629,987
13	(11)	京都	24.15%	53,404	221,152
14	(18)	島根	23.99%	14,291	59,566
15	(13)	岐阜	23.86%	42,420	177,812
16	(12)	新潟	23.66%	43,557	184,093
17	(10)	宮崎	23.65%	42,330	179,010
18	(24)	広島	23.56%	64,724	274,768
19	(15)	滋賀	23.43%	21,890	93,441
20	(22)	愛媛	23.24%	34,635	149,047
21	(30)	秋田	23.05%	14,948	64,846
22	(23)	奈良	23.05%	29,751	129,074
23	(20)	岩手	22.82%	29,756	130,410
24	(17)	鳥取	22.47%	13,685	60,901
25	(21)	山梨	22.26%	12,832	57,635
26	(25)	長野	21.78%	46,640	214,171
27	(31)	長崎	21.69%	36,363	167,658
28	(28)	群馬	21.32%	41,942	196,708
29	(26)	兵庫	21.18%	95,424	450,473
30	(27)	神奈川	20.93%	129,664	619,627

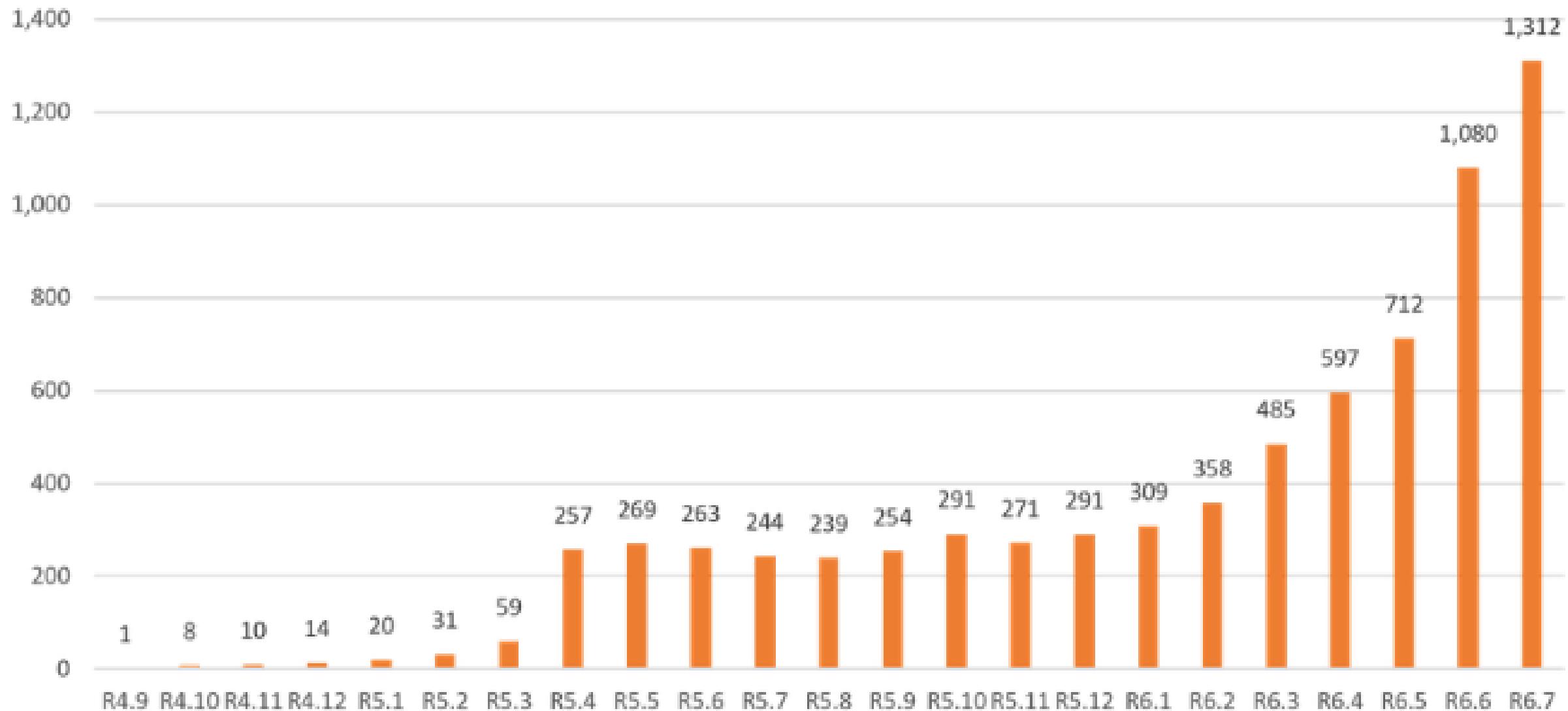
■ 診療/薬剤・特定健診等情報閲覧の利用件数

マイナンバーカードを持参した患者で特定健診等情報、薬剤情報の閲覧に同意をし、医療機関・薬局が利用した件数

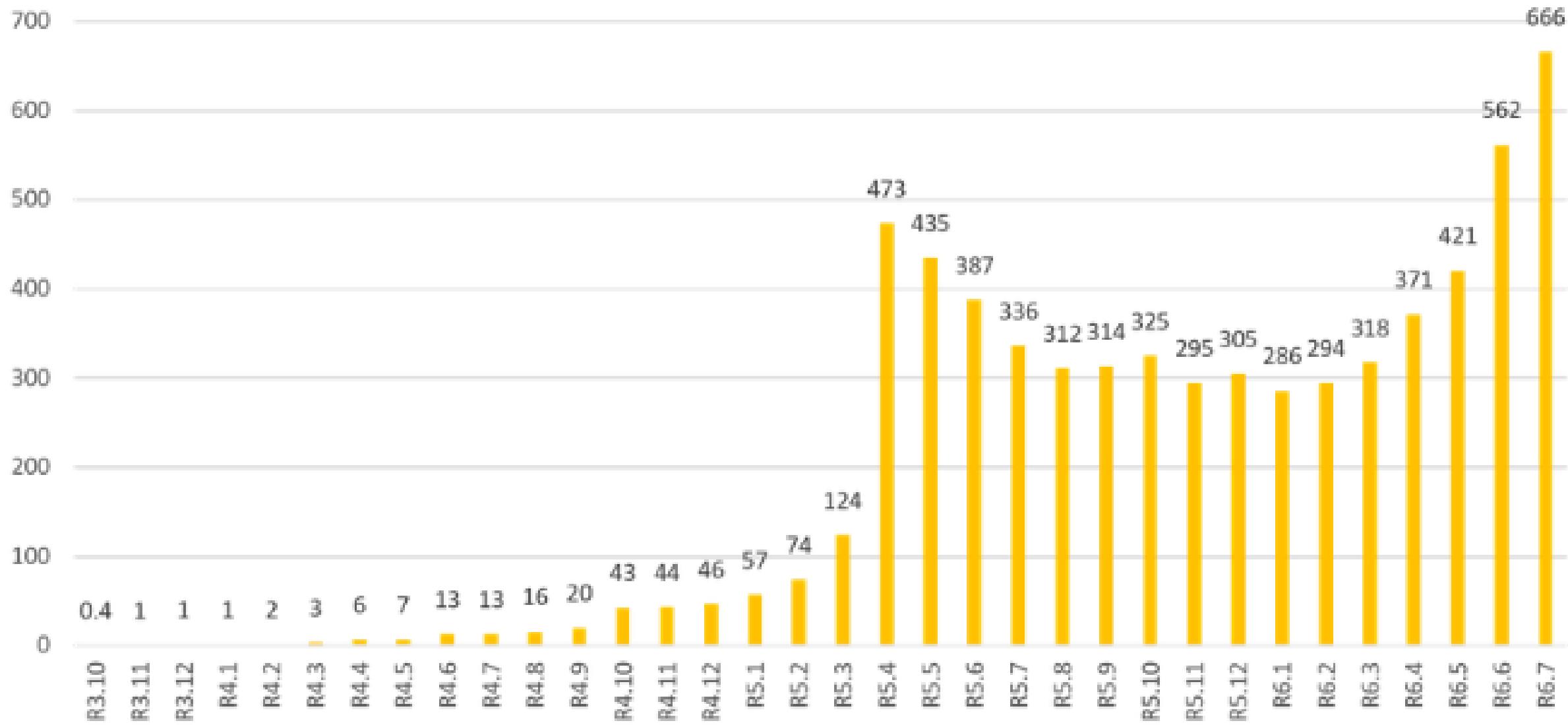
【7月分の内訳】

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）	診療情報（件）
病院	639,871	433,617	1,051,460
医科診療所	2,374,429	3,129,309	6,515,408
歯科診療所	513,807	481,784	450,216
薬局	3,120,074	2,615,435	5,099,598
総計	6,648,181	6,660,145	13,116,682

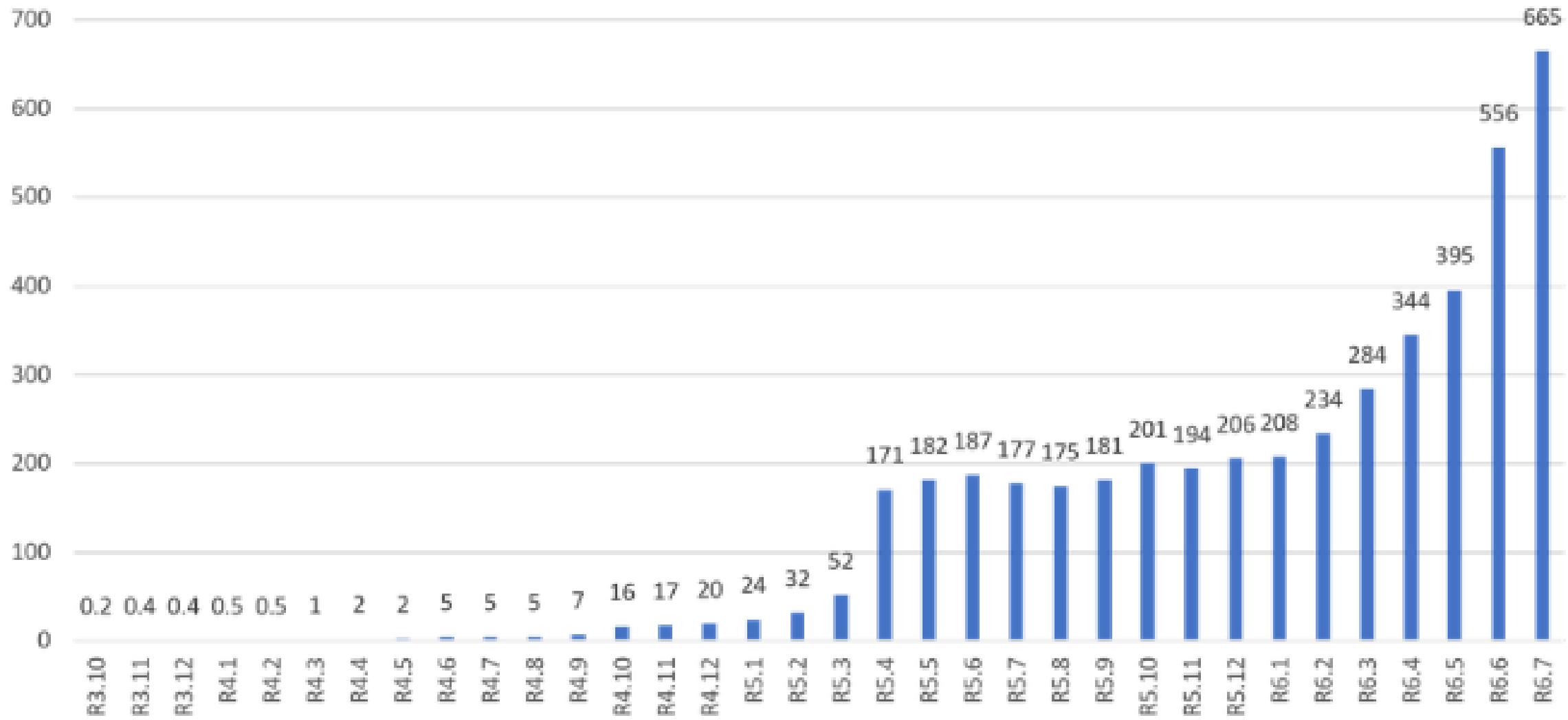
診療情報閲覧の利用件数（万件）



薬剤情報閲覧の利用件数（万件）



特定健診情報閲覧の利用件数（万件）



医療機関等におけるマイナ保険証の利用時に生じる主な事象・課題への対応

主な事象・課題

過去に別人との紐付け誤りが報じられたこともあり、安心してマイナ保険証を利用できない

高齢者がうまくマイナ保険証を使えない、暗証番号を忘れて入力できない

顔認証付きカードリーダーがクリニックに1台しかないので待合室が混雑する

通常の受付窓口以外で対応する方法（ドライブスルー形式等）をとっている薬局では、1台のカードリーダーで対応することになり、マイナ保険証での受付が困難

資格確認時に表示された情報に「●」が出る

解決に向けた対応

- 全ての登録済みデータ（1.6億件）について、住民基本台帳情報との突合を完了し、そのうち確認が必要なデータについて保険者等による確認作業も完了。
- 新規加入者の登録時に全てのデータについて住民基本台帳情報と突合するチェックシステムの仕組みを本年5月から実施。
- 暗証番号の入力や顔認証が困難な場合には、目視モードによる資格確認も可能であり、引き続き周知。また、今後、来年春を目途としたシステム改修により、窓口での目視モードの操作を簡便化。
- 暗証番号を3回誤入力した場合でも、顔認証や目視モードの対応が可能。また、暗証番号を設定しない顔認証カードでもマイナ保険証としての利用が可能。
- 令和5年度補正予算によるカードリーダーの増設補助を通じて、対象となる施設（※）では増設が可能。補助の要件としている利用件数の判定期間を本年3月から7月に延長。
※ 昨年10月～本年7月のいずれかの月のマイナ保険証の利用件数が500件以上の施設が対象
- 同意の画面操作について、本年秋頃を目途に包括同意等を順次改善予定。
- 医療機関等の窓口において資格確認ができない場合として、居宅同意取得型（※）を活用したマイナ保険証による受付が可能。運用について9月頃までに提示予定。
※ 診療／薬剤情報等の照会可能期間は、外来・往診と同様の取扱いとし、同意情報登録後24時間を想定。
- 医療機関等へのマニュアルで示しているとおり、カナ氏名を確認することによる受付や、「●」表記のままでもレセプト請求が可能であり、「●」表記のままや漢字に置き換えても返戻されない。
- 上記を再周知するとともに、レセコンやオンライン資格確認等システム、保険者システムの文字コードの違いを踏まえつつ、よく「●」表記となる漢字から修正を検討。

マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行なうことができない場合の対応（12月1日までの取扱い）

令和6年6月21日

第179回社会保険審議会
医療保険部会

資料1
(一部改変)

R5.7.10発出通知別添1
(一部改変)

有効な保険証が発行されている方がマイナンバーカードを提示した際に適切な自己負担分（3割分等）の支払で必要な保険診療を受けられるようするため、以下の協力をお願いします。

【患者の皆様へのお願い】

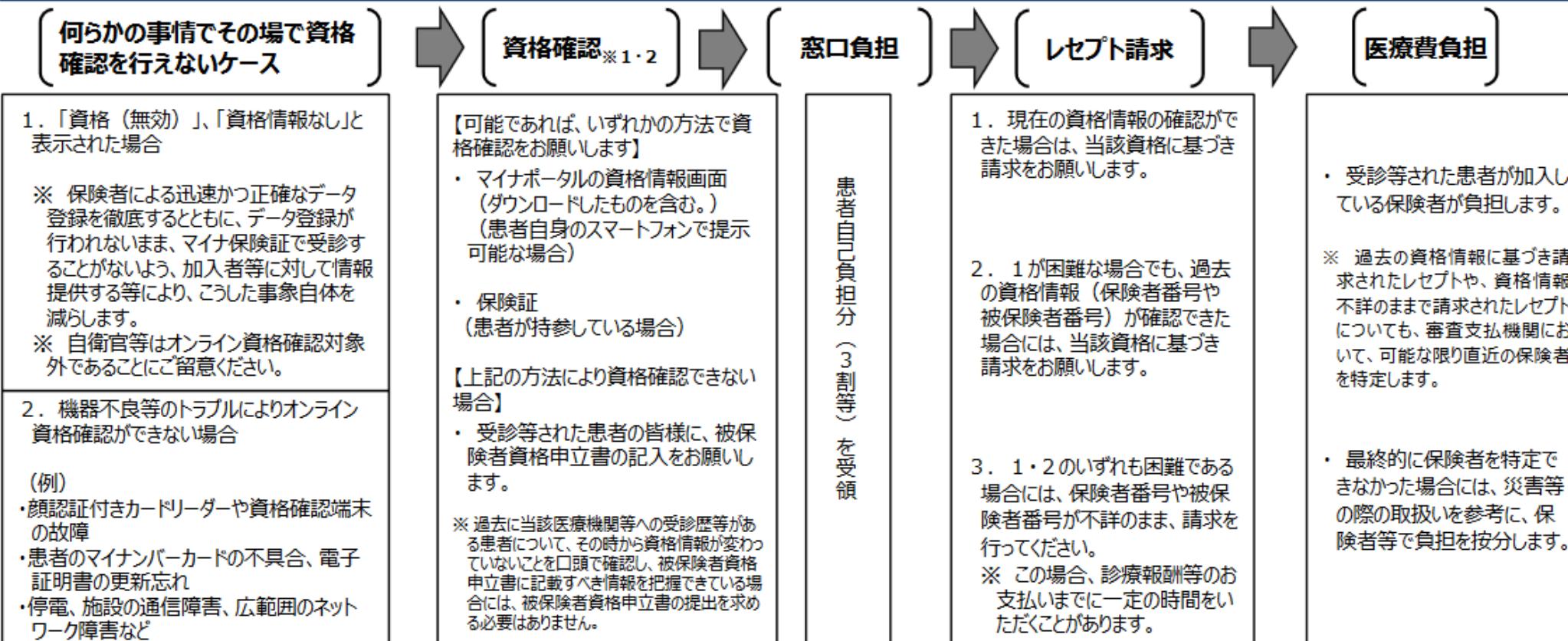
- 医療機関・薬局がレセプト請求を行うために必要な情報の提供に、ご協力をお願いします。

【医療機関・薬局へのお願い】

- 被保険者番号などがわからなくても、レセプト請求を可能とするため、診療報酬請求を行うための必要な情報を患者から収集するなど、一定の事務的対応にご協力をお願いします。

【保険者等の皆様へのお願い】

- 不詳レセプト等に対する特定作業において、審査支払機関から照会がある場合は必要な協力をお願いします。



※ 1 顔認証付きカードリーダーで顔認証等がうまくいかない場合には、モードを切り替えて、医療機関・薬局の職員の目視により本人確認を行っていただくことも可能です。

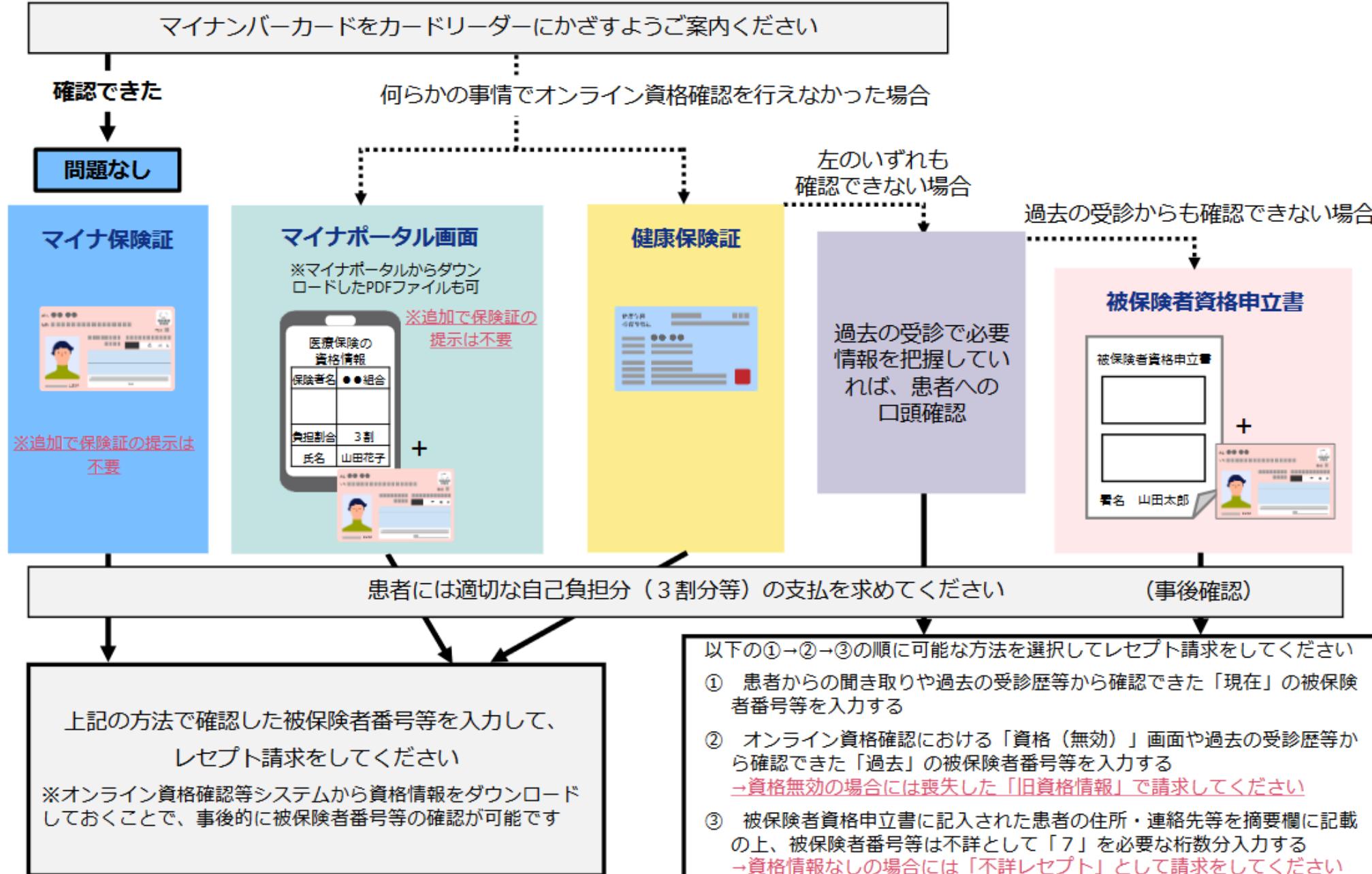
※ 2 その場で又は事後的にシステム障害時モードを立ち上げて、資格確認をしていただくことも可能です。

医療機関・薬局にマイナンバーカードを持参された方の資格確認とレセプト請求（12月1日までの取扱い）

令和6年6月21日

第179回社会保障審議会
医療保険部会

資料1



顔認証付きカードリーダーの簡単チェックシート（統合版）

顔認証付きカードリーダーなどが正常に動作しないときは、このチェックシートをご活用ください



PCやカードリーダーの電源をずっと入れていませんか？

PCやカードリーダーの再起動または電源のオンオフを試してください。

※パナソニックコネクト社のカードリーダーはPCを再起動すると連動して自動で再起動されます。

PCやカードリーダーは定期的なノップデートや熱くならないように、過熱防止が必要です！

再起動や電源のオンオフをしていただくことで、PCやカードリーダーがノップデートされ、過熱防止にもなります！



カードリーダーに直射日光など光が直接当たっていませんか？

カードリーダーに直接光が当たっていると顔認証が、うまくいかない場合があります。

光の当たらない場所にカードリーダーを移動してください。



ケーブルが抜けていませんか？

ケーブルが抜けていたり、接続口にしっかりと接続されていないと「ネットワークエラー」となり、カードリーダー等が止まります。

PCとカードリーダーをつなぐケーブルが抜けていないか、確認してください！

ケーブルが抜けていない場合は、接触不良の可能性がありますので、ケーブルの抜き差しをお試しください！



インターネット接続が切れていませんか？

PCのネットワーク設定がOFFになっていないか、確認してください。

Windowsの「スタート」ボタンから、「設定」を選択し、「ネットワークとインターネット」を選択していただくとネットワークの接続状況をご確認いただけます！



他の機器で同じインターネットを使っていませんか？

他のPCやスマート家電など他の機器で同じネットワークを使用すると「ネットワークエラー」となり、止まります。

PC専用のネットワーク回線としてください！



※別途、カードリーダーのメーカー各社に対応したチェックシートもポータルサイトに掲載中

国民の皆様に安心してマイナ保険証をご利用いただけるよう、以下の取組を完了

① 登録済みデータの点検

- ・全ての登録済みデータ（1.6億件）について、住民基本台帳情報との突合を完了【令和5年11月】
確認が必要な約139万件について閲覧停止をしたうえで、保険者等による確認作業を終了
【～令和6年4月】

② 新規の誤り事案の発生を防止

- ・今後の新規加入者の登録時に、全てのデータについて住民基本台帳情報とのシステムによる突合を実施
【令和6年5月7日～】
※ 資格取得届における個人番号等の記載義務を法令上明確化。やむを得ず保険者が住民基本台帳情報を取得して加入者の個人番号を取得する場合には、必ず4情報（漢字カナ氏名、生年月日、性別、住所）により照会を行うこと明確化【令和5年6月～】

資格確認結果の取扱い・留意事項

【資格確認結果を踏まえた取扱い】

- ✓オンライン資格確認にて取得できる情報は医療保険者等が登録した正確な情報のため、表示された内容のままレセプト請求していただくことが可能です。なお、被保険者証等の情報も活用し、各医療機関のご判断により、券面情報に基づいて資格情報の修正を行ってレセプト請求を行っていただいても差し支えありません。
- ✓各医療保険制度や公費負担医療制度の被保険者証等における項目と、オンライン資格確認で提供する項目の差異や留意事項を以下にまとめています。

基本情報及び資格情報（証情報）

オンライン資格確認データ項目	内容
基本情報※	<p>※過去の日付で資格確認した場合であっても、現時点での氏名や住所等の情報を提供します。</p>
1 氏名	<p>【照会結果に係る留意事項】</p> <p><input type="radio"/> 「●」が含まれる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・旧字等について一部変換を行っているものの、変換できないものについては「●」として表示されます。 ・表示された内容のまま、レセプト請求していただくことが可能です。
7 住所 郵便番号	<p>【照会結果に係る留意事項】</p> <p><input type="radio"/> 空欄になっている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療保険者等に可能な限りデータ登録を依頼している項目ではありますが、任意項目であるため、該当情報が空白となる場合があります。 <p><input type="radio"/> 「住所」に「●」が含まれる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・旧字等について一部は変換を行っているものの、変換できないものについては「●」として表示されます。

医療機関等におけるマイナ保険証の利用時に生じる主な事象・課題への対応

主な事象・課題

健康保険証は有効なのにマイナ保険証で「無効」と表示される

保険資格の確認ができず10割負担での請求を行う

顔認証付きカードリーダーが起動しない

顔認証付きカードリーダーで顔認証ができない

電子証明書の有効期限が切れるとマイナ保険証として使えなくなる

解決に向けた対応

- ・ 転職や転居等により資格変更があった際に新しい資格情報が迅速に登録されるよう、昨年6月に省令改正を行い、資格取得の届出から5日以内（資格変更から10日以内）にシステム登録を求めており、更に保険者に対し、迅速化を図るために改善計画の策定を求め、フォローアップ調査を実施。
- ・ オン資未登録のままマイナ保険証を使ってしまう事態を回避するために、①データ登録までの期間の周知、②登録が終わったことを通知する仕組みを導入。

- ・ カードリーダーの起動時の不具合は、顔認証付きカードリーダーやPC（資格確認端末）の日々のシャットダウン、スケジューラー機能の利用により、定期的に電源のオン・オフ（シャットダウン・再起動）を行うことで解消。
- ・ 顔認証時の読み取りエラーは、カードを袋にいれたまま置く、カメラに近づき過ぎる、逆光や外光の影響を受けることなどが主な原因であり、エラー時の対応について周知。

- ・ 電子証明書の有効期間の3か月前からJ-LISより更新手続きのご案内が送付されるほか、有効期限満了日まで3か月以下の場合には顔認証付きカードリーダーの画面上で更新のアラート表示を行っている。
- ・ 本年12月より、電子証明書の有効期間満了後3か月間は、引き続き資格確認を行えるよう対応。また、12月2日以降は、有効期限満了日から更新なく一定期間経過した場合には、資格確認書を職権交付。

マイナンバーカードでオンライン資格確認が行えない場合には、

- ・ 「資格(無効)」画面に表示された喪失済みの資格や過去の受診歴から確認した資格情報で請求を行うか、
- ・ 被保険者番号等が不詳でも本人に資格申立書を記載いただき「不詳レセプト」として請求を行い、

マイナ保険証を持参した患者に対して、紙の保険証の提示がなくとも適切な自己負担割合（3割等）の支払を求めるよう周知。

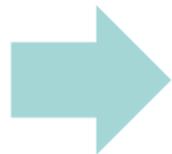
オンライン資格確認の利用状況：災害時における薬剤情報・診療情報・特定健診等情報の閲覧

通常時は、薬剤情報・診療情報・特定健診等情報を閲覧するには、本人がマイナンバーカードによる本人確認をした上で同意した場合に限られる。

災害時は、特別措置として、マイナンバーカードを持参しなくても、ご本人の同意の下、薬剤情報・診療情報・特定健診等情報の閲覧が可能な措置（災害時モードの適用）を実施。

（災害時：例）

- ・薬を家に置いてきたが、薬の名前が思い出せない
- ・家から持ってきた薬を飲みきってしまった
- ・かかりつけ医以外のところで受診することになった



薬剤情報等の閲覧により、
よりよい医療を提供できる

令和6年能登半島地震における災害時モードの情報閲覧件数

石川県・富山県を中心に約29,600件（2月26日時点）

災害時



災害時、厚生労働省保険局にて、災害の規模等に応じて適用範囲及び期間を決定



- ・受診時に資格確認端末で照会
- ・薬剤情報等の閲覧に当たっては、本人の同意を得る。

The screenshot shows a medical record interface with the following sections:

- 患者情報**: Shows a patient named "厚労太郎" (Age 50, Male).
- 受診記録**: Shows a visit record for "2024年2月26日" (Visit date).
- 診療/薬剤情報**: Shows a table of medical treatments and medications, including "カルボシステオトロピック" (Carboxystethoxytropine) and "アセトアミノフェン" (Acetaminophen).
- 特定健診情報**: Shows a table of specific health check-up results, including "血清γ-GT" (血清γ-GT) and "LDH" (LDH).

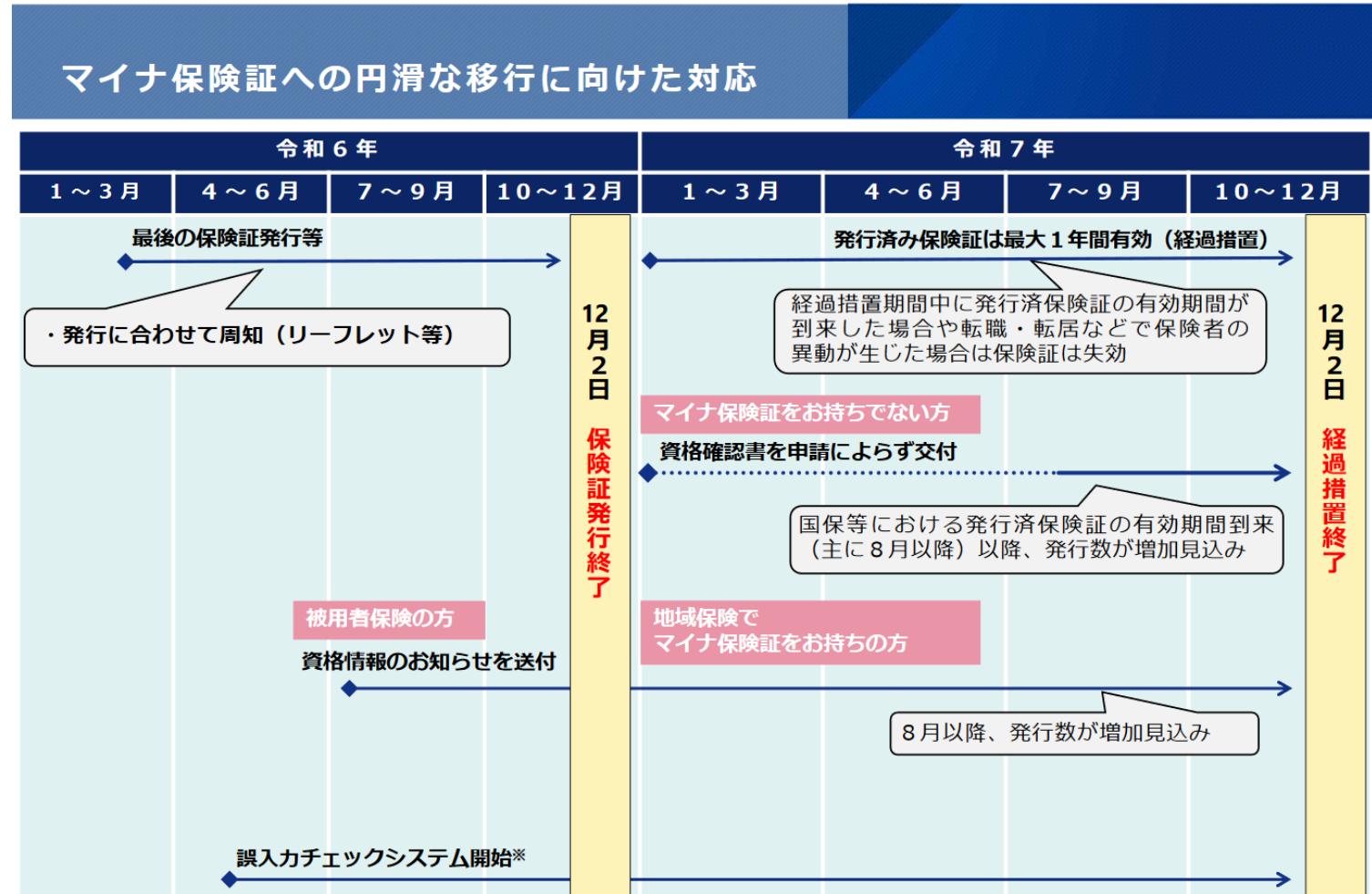
通常時と同様の画面が閲覧可能

■オンライン資格確認は、医療DXの基盤であり、日本医師会の目的である「安全安心でより質の高い医療提供」、「医療現場の負担軽減」の実現に資するので、日本医師会は全面的に協力してきた。今後も適切に推進されるよう、全面的に協力していく。

但し

国民・医療者を誰一人取り残してはならない。

- 発行済み保険証は最大1年間有効
- マイナ保険証をお持ちでない方 ※**資格確認書**を申請によらず交付
※カード型などで、現行の保険証と内容はほぼ同じ



令和6年9月(一部の方は令和7年1~2月)に

資格情報のお知らせ を送付いたします

～被保険者(従業員)様への配布にご協力ください～

◆ 現行の保険証は廃止されます

令和6年12月2日より、健康保険証の新規発行が廃止となり、保険証を利用登録したマイナンバーカード(マイナ保険証)に引きつがれます。(発行済みの保険証は、引き続き令和7年12月1日まで使用できます。)

これに伴い、事前に協会けんぽから事業所様へ、被保険者(従業員)様・被扶養者(ご家族)様全員分の「資格情報のお知らせ」を送付いたします。

お手数をおかけしまして誠に申し訳ありませんが、「お知らせ」の被保険者様への配布にご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

◆ 配布までの流れ (詳細は裏面をご覧ください。)

1. 「資格情報のお知らせ」を送付します

事業所様へ「資格情報のお知らせ(+加入者情報《マイナンバーの下4桁》)」を送付いたします。

※ 協会けんぽから令和6年9月(令和6年6月中旬以降に入社された方等の分は令和7年1~2月)に送付予定です。

「資格情報のお知らせ」とは?

マイナンバーカードには、従来の保険証に記載されている記号・番号や資格取得年月日などの情報が記載されていません。このため、保険証廃止後の給付金申請にご活用いただくことなどを目的に、すべての加入者(被保険者・被扶養者)様に対して、個人単位で発行します。



① マイナンバーや下4桁の記載

医療保険のデータベースに登録されているマイナンバーの下4桁を表示しており、ご確認いただけます。

資格情報のお知らせ

記号	12345678	番号	1234567	枝番	00
氏名	キヨカイ タク	協会	太郎		
生年月日	平成元年 10月 1日	資格取得年月日	令和2年 1月 1日		
保険者番号	12345678	保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部		

2

資格情報のお知らせです

令和6年12月2日から以下の場合に使用できます。点線で切り取って大切に保管ください。(詳細は裏面をご覧ください。)

- 給付金等の申請に!
- 医療機関等の受診時に!

医療機関等の受診時に!

オンライン資格確認システム※を導入していない医療機関や健診機関等でも、マイナ保険証と併せて提示することで受診できます。

2. 医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算

令和6年6月からの改定

医療DXの推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

現行

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

初診時

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	4点
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	2点



改定後

【医療情報取得加算】

初診時 (月1回に限り算定)	医療情報取得加算 1 医療情報取得加算 2	3点 1点
----------------	--------------------------	----------

再診時 (3月に1回に限り算定)

医療情報取得加算 3 医療情報取得加算 4	2点 1点
--------------------------	----------



以下の場合を新たに評価

- ・電子資格確認（オンライン資格確認）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合
- ・他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合

[施設基準]

1. 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
2. オンライン資格確認を行う体制を有していること。
3. 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

[施設基準]

1. 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
2. オンライン資格確認を行う体制を有していること。
3. 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

令和6年6月からの改定

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

- オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新) 医療DX推進体制整備加算

8点



[算定要件]

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

[施設基準]

- オンライン請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)
- 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。 (経過措置 令和7年9月30日まで)
- マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。 (令和6年10月1日から適用)
- 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。

令和6年10月以降の改定

○医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算とは？

今年10月以降、
医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算の
基準や点数が改定されます

○10月からの改定でどうなる？

- ・点数は？
- ・マイナ保険証利用率の確認の方法は？
- ・施設基準の届出は？

医療DX推進体制整備加算の見直し

ポイント

- 令和6年10月～、マイナ保険証利用率等に応じて、3段階の点数に見直し（+3点、+2点）
- 加算1、2は「マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること」を施設基準の要件化。

令和6年6月～9月

医療DX推進体制整備加算	8点
医療DX推進体制整備加算（歯科）	6点
医療DX推進体制整備加算（調剤）	4点

※初診時に所定点数を加算

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

～中略～

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
(令和6年10月1日から適用)



令和6年10月～

医療DX推進体制整備加算1	11点
医療DX推進体制整備加算1（歯科）	9点
医療DX推進体制整備加算1（調剤）	7点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**十分な実績**を有していること。
（新）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算2	10点
医療DX推進体制整備加算2（歯科）	8点
医療DX推進体制整備加算2（調剤）	6点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**必要な実績**を有していること。
（新）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算3	8点
医療DX推進体制整備加算3（歯科）	6点
医療DX推進体制整備加算3（調剤）	4点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**実績**を有していること。

医療DX推進体制整備加算の見直し

ポイント

- 令和6年10月～、マイナ保険証利用率等に応じて、3段階の点数に見直し（+3点、+2点）
- 加算1、2は「マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること」を施設基準の要件化。

令和6年6月～9月

医療DX推進体制整備加算 8点

※初診時に所定点数を加算

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

～中略～

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
(令和6年10月1日から適用)



令和6年10月～

医療DX推進体制整備加算1 11点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**十分な実績**を有していること。

（新）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算2 10点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**必要な実績**を有していること。

（新）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算3 8点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**実績**を有していること。

医療情報取得加算の見直し

ポイント

- 令和6年12月～、患者のマイナ保険証の利用の有無にかかわらず、施設基準等を満たす場合には、1点を算定
- 調剤点数の算定頻度については、6月に1回から12月に1回の算定に変更

令和6年6月～11月

医療情報取得加算

初診時	医療情報取得加算1（現行の保険証の場合）	3点
	医療情報取得加算2（マイナ保険証の場合）	1点
<u>再診時（3月に1回に限り算定）</u>		
	医療情報取得加算3（現行の保険証の場合）	2点
	医療情報取得加算4（マイナ保険証の場合）	1点
<u>調剤時（6月に1回に限り算定）</u>		
	医療情報取得加算1（現行の保険証の場合）	3点
	医療情報取得加算2（マイナ保険証の場合）	1点

令和6年12月～



初診時	医療情報取得加算	1点
<u>再診時（3月に1回に限り算定）</u>		
	医療情報取得加算	1点
<u>調剤時（12月に1回に限り算定）</u>		
	医療情報取得加算	1点

医療DX推進体制整備加算の見直し

令和6年10月～

医療DX推進体制整備加算 1 11点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**十分な実績**を有していること。

（新）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算 2 10点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**必要な実績**を有していること。

（新）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算 3 8点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**実績**を有していること。

マイナ保険証利用率の設定について

ポイント

- 令和6年10月は、15%、10%、5%からスタート。令和7年1月に基準を引上げ。

マイナ保険証利用率		
適用時期	令和6年10月～12月	令和7年1月～3月
加算1	15%	30%
加算2	10%	20%
加算3	5%	10%

※令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年末を目途に検討、設定。

マイナ保険証利用率について①

ポイント

- マイナ保険証利用率には2種類ある。①（レセプト件数ベース）が基本だが、②の方が迅速に把握できるため、来年1月までに限り、②を用いることも出来る。
- 利用率は支払基金から毎月通知される。
「医療機関等向け総合ポータルサイト」にログインして確認することも可能。

① レセプト件数ベース利用率 (2か月後に把握可能→実績を3か月後から反映可能)

支払基金から毎月、各医療機関・薬局にメールで通知されている

$$= \text{マイナ保険証の利用者数の合計} \div \text{レセプト枚数}^*$$

② オンライン資格確認件数ベース利用率 (1か月後に把握可能→実績を2か月後から反映可能)

今後、支払基金から本利用率の数字も通知予定。

$$= \text{マイナ保険証の利用件数} \div \text{オンライン資格確認等システムの利用件数}$$

①が基本だが、来年1月までに限り、①だけでなく、②の利用率を用いることができる

マイナ保険証利用率について②

ポイント

- 原則としては、適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。
ただし、令和6年10月～令和7年1月は、適用時期の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることもできる。
- 適用月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率 又は 2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月及び前々月のマイナ保険証利用率を用いることも可能であること。

参照可能なマイナ保険証利用率の実績

	レセプト件数ベース	オンライン資格確認件数ベース
10月適用分	5～7月の最高値	6～8月の最高値
11月適用分	6～8月の最高値	7～9月の最高値
12月適用分	7～9月の最高値	8～10月の最高値
1月適用分	8～10月の最高値	9～11月の最高値
2月適用分	9～11月の最高値	(経過措置終了)
3月適用分	10～12月の最高値	(経過措置終了)
...

来年1月適用分までは、2つのうちいずれか高い方を用いることができる

① レセプト件数ベース利用率（2か月後に把握可能）

= マイナ保険証の利用者数の合計 ÷ レセプト枚数※

② オンライン資格確認件数ベース利用率（1か月後に把握可能）

= マイナ保険証の利用件数 ÷ オンライン資格確認等システムの利用件数

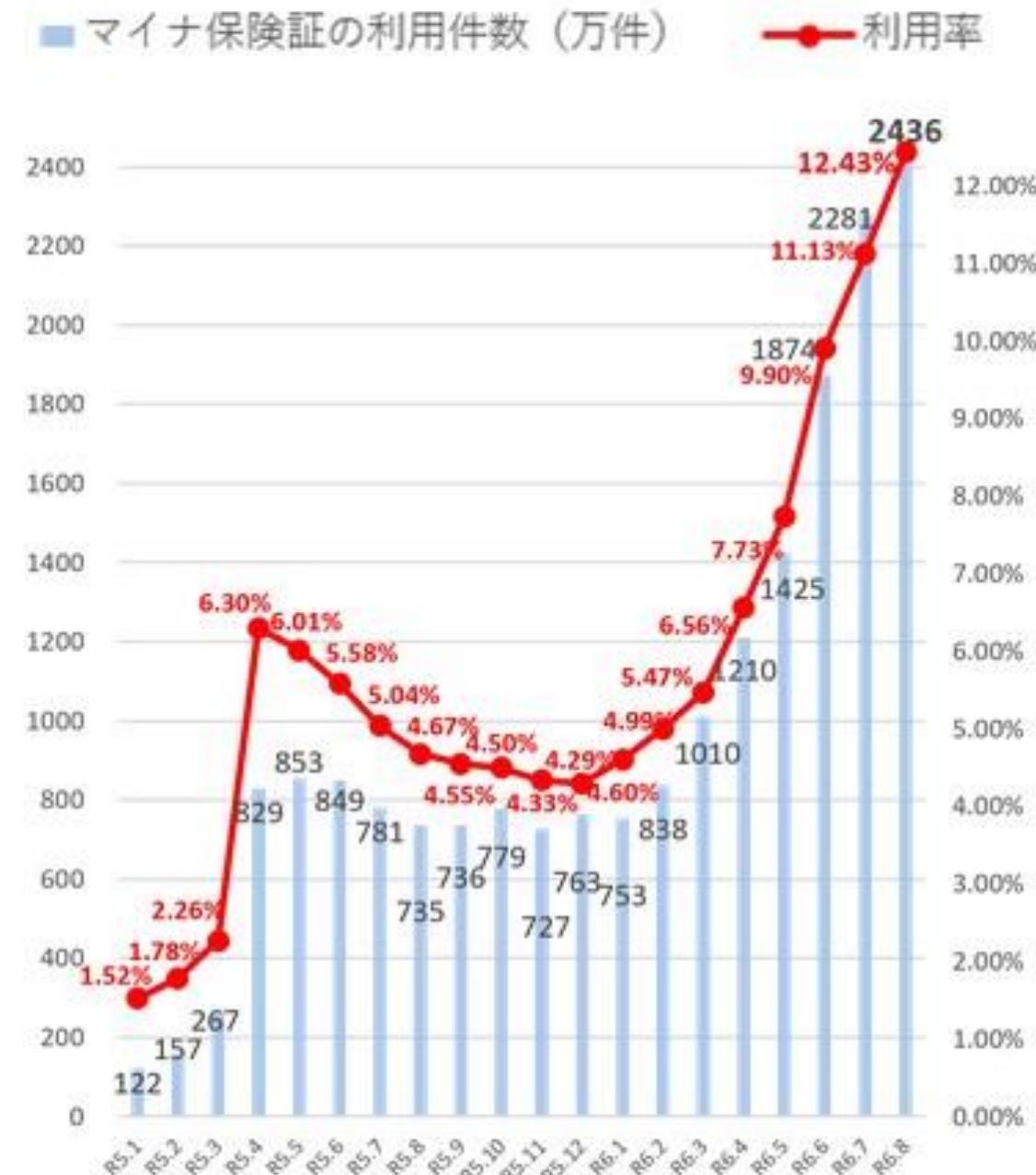
	R5.12	R6.1	R6.2	R6.3	R6.4	R6.5	R6.6
利用率 (レセプト件数ベース)	3.73%	3.99%	4.37%	4.94%	6.04%	7.28% (推計)	8.89% (推計)

※ R6.5以降のレセプト枚数は、昨年同月における対前々月比を踏まえて推計

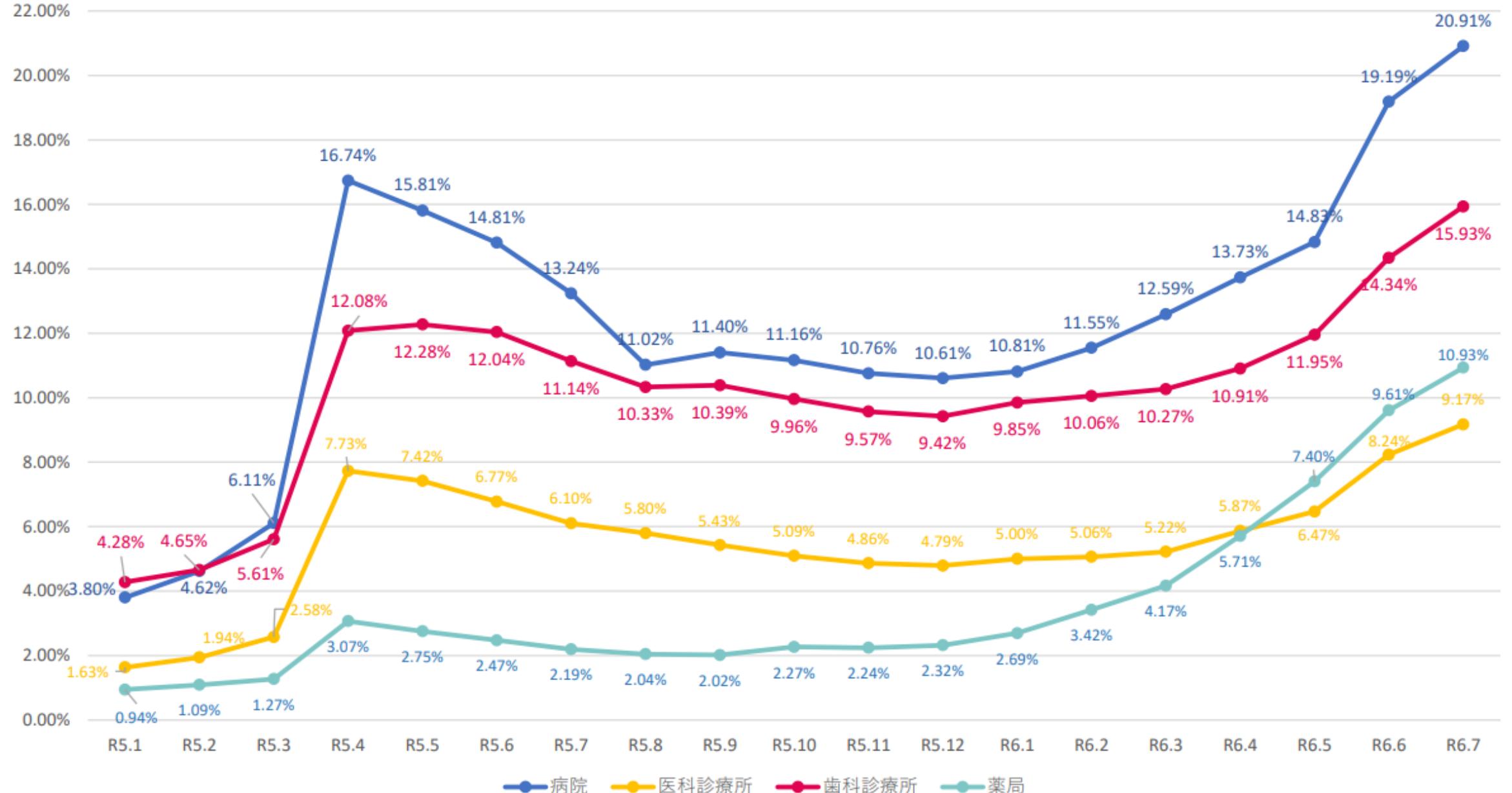
*支払基金からメールで利用率の通知あり

マイナ保険証の利用率

令和6年	利用率
4月	6.56%
5月	7.73%
6月	9.90%
7月	11.13%
8月	12.43%



施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



医療DX推進体制整備加算の届出について

ポイント

- マイナ保険証利用率の施設基準は届出不要。
- すでに医療DX推進体制整備加算の届出を行っている場合は届出直しは不要
(新たに「医療DX推進体制整備加算」を届け出る場合には、届出手続きをお願いいたします)
- 届出っていても、実績が基準に満たなくなった場合には算定できません。

施設基準通知等の規定事項（案）

＜届出に関する事項について＞

- マイナ保険証利用率に関する施設基準については、毎月社会保険診療報酬支払基金から報告されるマイナ保険証利用率が当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長への届出を行う必要はないこと。
- すでに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関・薬局は、届出直しは不要であること。ただし、すでに施設基準を届け出た保険医療機関・薬局において、マイナ保険証利用率要件が基準に満たない場合には、加算を算定できること。

医療DX推進体制整備加算

[施設基準（医科医療機関）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) (医科・歯科) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)
(調剤) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。 (経過措置 令和7年9月30日まで)
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。 (令和6年10月1日から適用)
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- (8) (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

医療DX推進体制整備加算の施設基準
に係る届出書添付書類

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

施設基準	
1 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求が実施されている	<input type="checkbox"/>
2 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている	<input type="checkbox"/>
3 オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等を診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、医師等が閲覧及び活用できる体制が整備されている	<input type="checkbox"/>
4 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制が整備されている	<input type="checkbox"/>
5 電子処方箋を未導入の場合の、導入予定期限	令和（ ）年 ()月
6 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている	<input type="checkbox"/>
7 マイナ保険証の利用率が一定割合以上である	<input type="checkbox"/>
8 届出時点における、直近の社会保険診療支払基金から報告されたマイナ保険証利用率	() %
9 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している	<input type="checkbox"/>
10 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 「5」については、届出時点で電子処方箋を未導入の場合に記載すること
- 「6」については、令和7年10月1日以降に届出を行う場合に記載すること。

届出添付書類の記載方法について (医療機関)

電子処方箋を導入していない場合は
チェック不要

「未定」又は空欄でも可

現時点では**チェック・記入不要**

記入不要

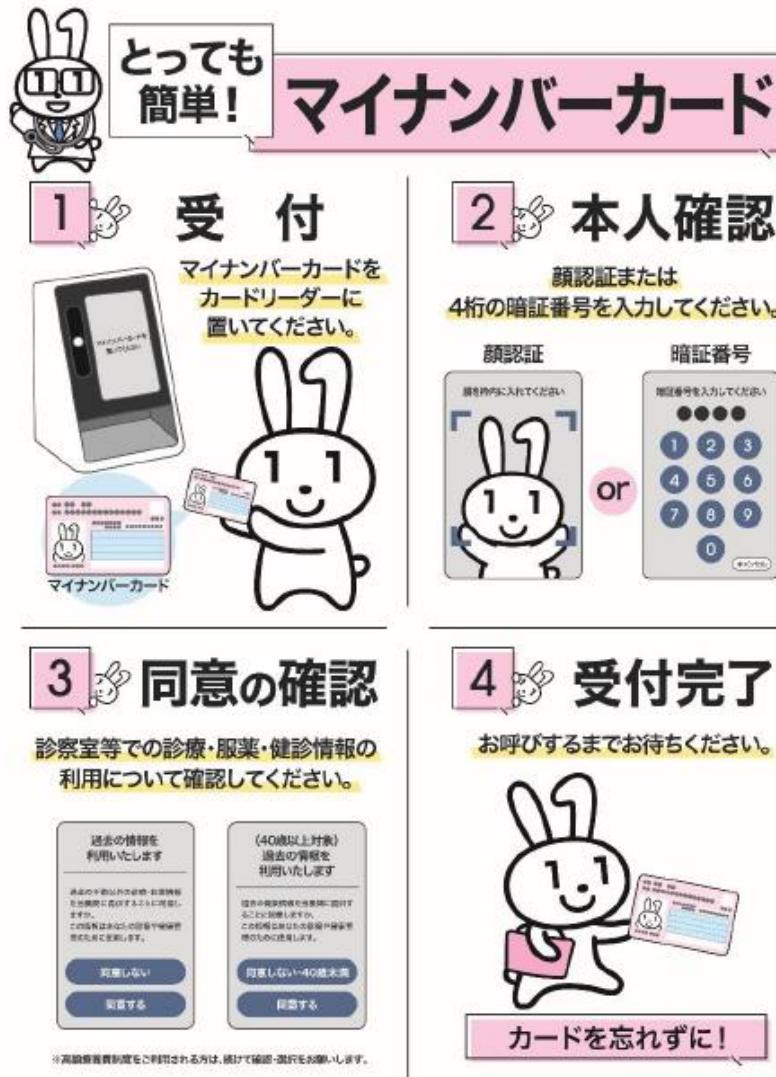
現時点では**チェック・記入不要**

3 「7」及び「8」については、令和6年10月1日以降に届出を行う場合に記載すること。

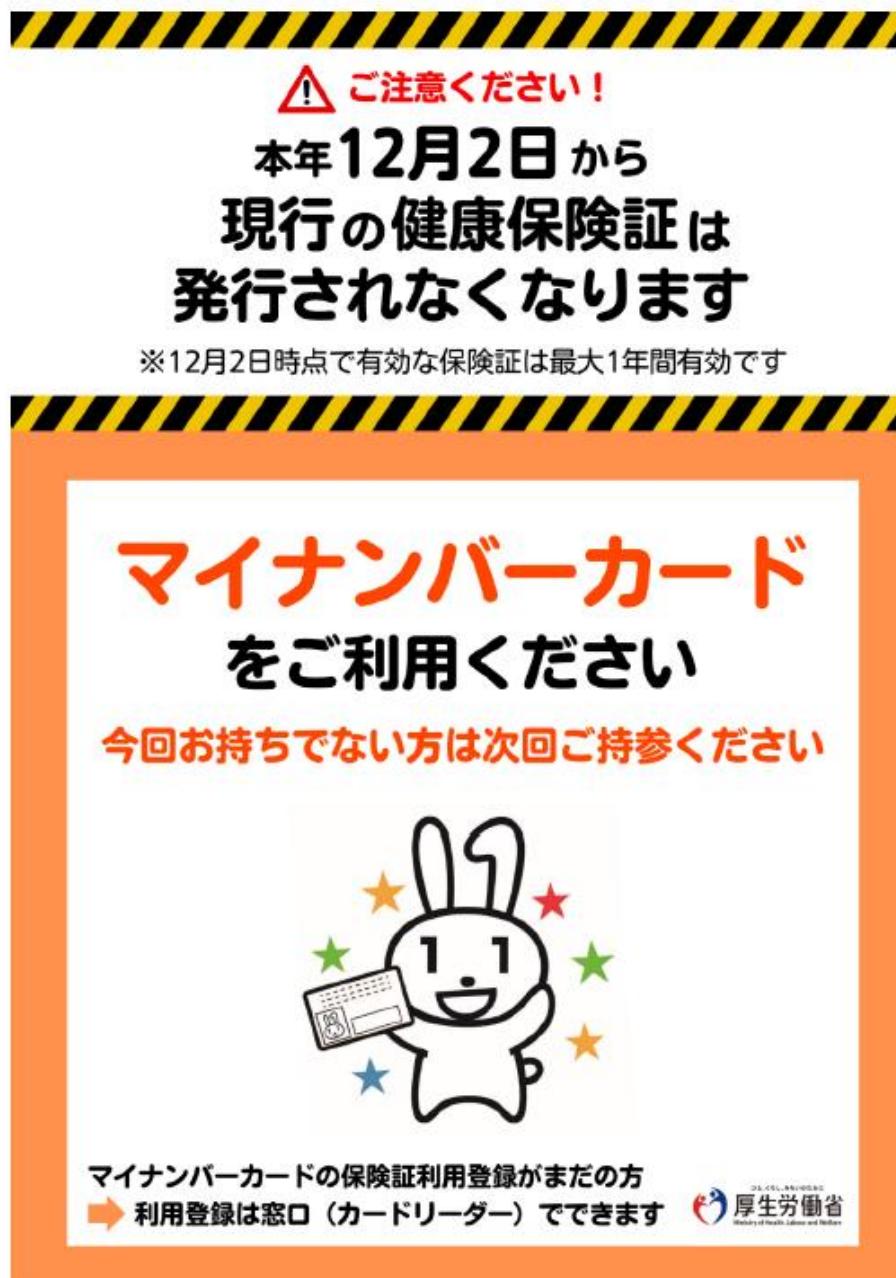
4 「4」については、令和7年3月31までの間に限り、「6」については、令和7年9月30までの間に限り、「10」については、令和7年5月31日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。

5 「10」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

【掲示用ポスター】



【配布用チラシ】



電子処方箋

医療機関・薬局における電子処方箋システムの導入状況

(2024/09/01時点)

	①電子処方箋運用開始施設数	②オンライン資格確認システム導入施設数	③割合 (①/②)
全体	30,609 施設	209,880 施設	14.58%
病院	153 施設	7,987 施設	1.92%
医科診療所	3,645 施設	81,559 施設	4.47%
歯科診療所	150 施設	60,483 施設	0.25%
薬局	26,661 施設	59,851 施設	44.55%

(※1) 利用申請済み施設数とは、医療機関等向け総合ポータルサイトで、電子処方箋の利用規約に同意し、利用申請を行った施設数をいう。

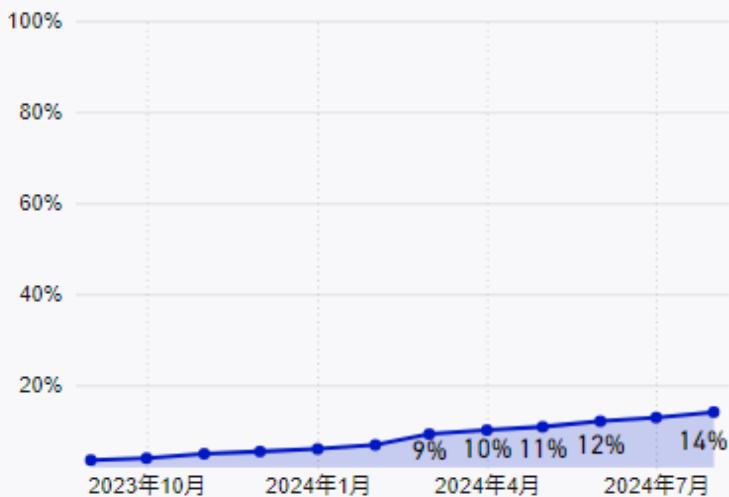
(※2) 運用開始施設数とは、電子処方箋の発行又は電子処方箋に基づく調剤が可能となる日（運用開始日）を医療機関等向け総合ポータルサイトで入力した施設であって、当該運用開始日が経過している施設をいう。

電子処方箋の導入率



●導入施設 ●未導入施設

電子処方箋の導入率（月次推移）



電子処方箋の導入施設数

29,696

オンライン資格確認システムの導入施設数

209,986

病院の導入率

1.9%

医科診療所の導入率

4.2%

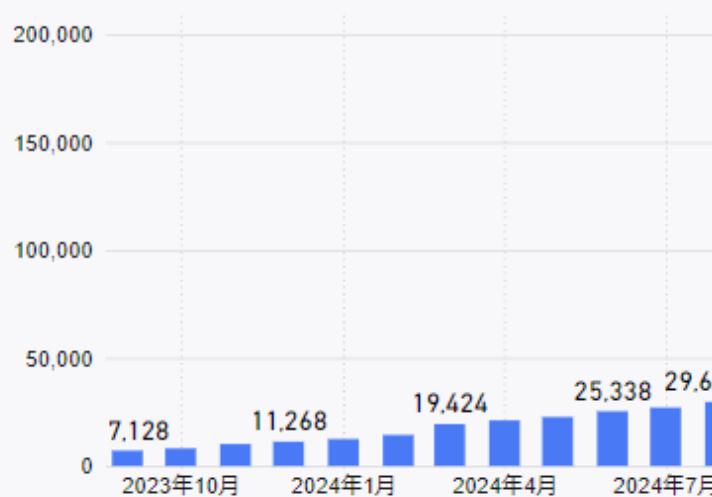
歯科診療所の導入率

0.2%

薬局の導入率

43.3%

電子処方箋の導入施設数（月次推移）



2024年8月25日時点の数値

デジタル庁 電子処方箋ダッシュボード
<https://www.digital.go.jp/resources/govdashboard/electronic-prescription>

5. 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

基本的な考え方

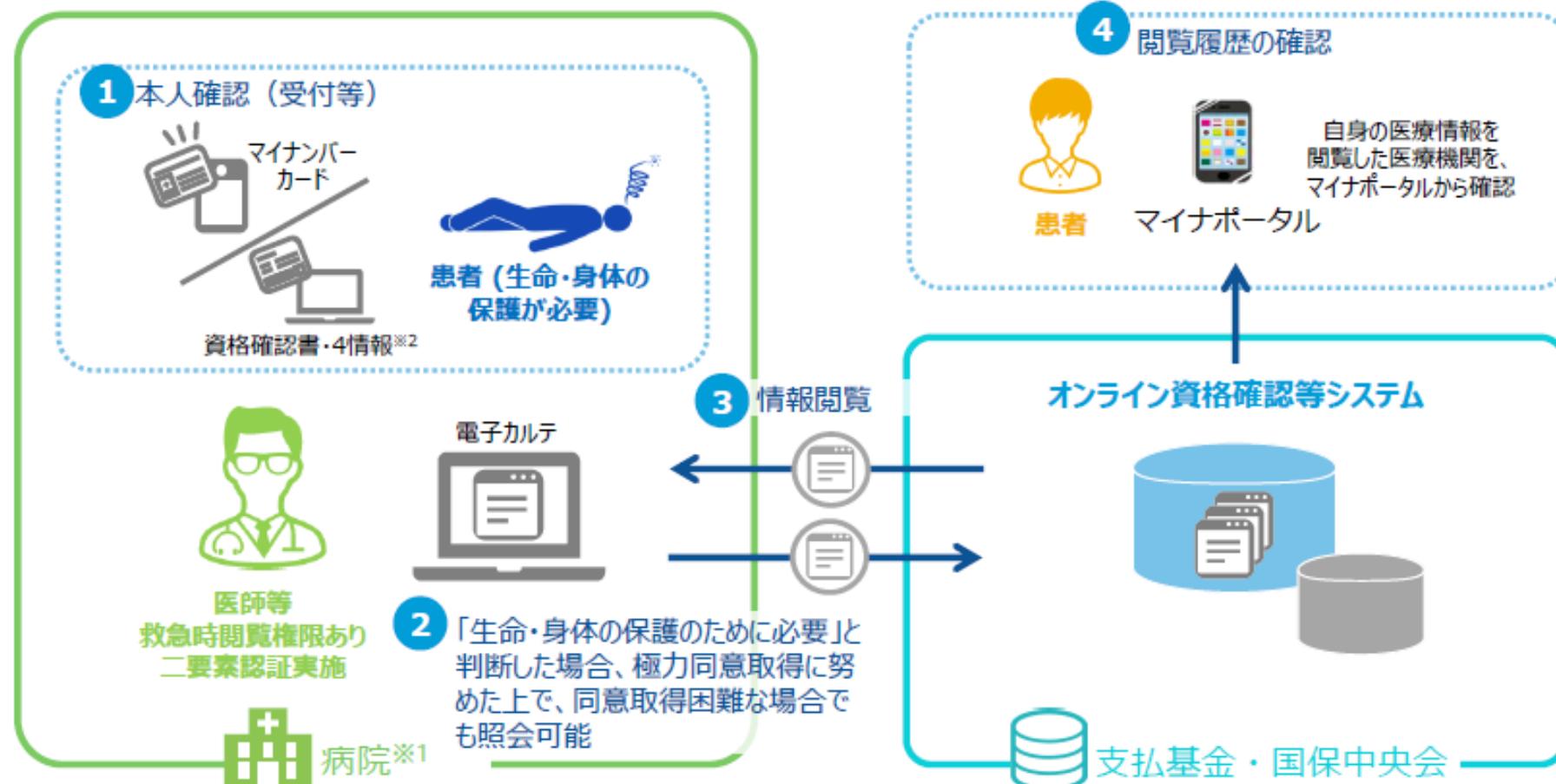
救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

具体的な内容

総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について、救急時医療情報閲覧機能を導入していることを要件とする。(経過措置:令和7年4月1日以降に適用)

1. 救急時医療情報閲覧について

救急時医療情報閲覧機能により、病院においては※1、患者の生命・身体の保護のために必要な場合、マイナンバーカードまたは4情報による検索により本人確認を行うことによって、患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧できるようになります。

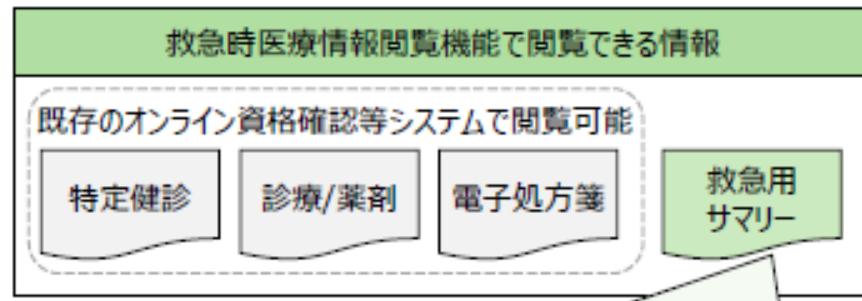


※1 救急時医療情報閲覧機能は、「患者の生命、身体の保護のために必要がある場合」を対象とした仕組みであるため、主に救急患者を受け入れる一次救急～三次救急告示病院および病院を対象とした機能です。病院以外の医療機関等（診療所・薬局）には開放を想定しない機能となります。

※2 4情報：①氏名 ②生年月日 ③性別 ④住所 または 保険者名称

2. 閲覧できる情報

救急時医療情報閲覧機能では、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療／薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された救急用サマリーの閲覧が可能です。



救急用サマリーの項目・期間

項目	期間	参考：通常表示における期間
受診歴	3か月	3年
電子処方箋情報（※1）	45日	100日
薬剤情報（※2）	3か月	3年
手術情報	3年	3年
診療情報（※2）	3か月	3年
透析情報	3か月	3年
健診情報（※2）	健診実施日を表示	5年

※1：電子処方箋情報については、既に電子処方箋管理サービスを導入済みの医療機関等で登録された情報が閲覧可能。(救急用サマリーでは電子処方箋管理サービスに登録された情報のうち調剤情報のみ閲覧可能)

※2：薬剤情報については令和3年9月診療分のレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、診療情報については令和4年6月以降に提出されたレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、特定健診情報については令和2年度以降に実施し順次登録された情報が閲覧可能。

救急用サマリーの表示イメージ（PDF）

救急用 診療／薬剤情報一覧 作成日：2022年8月26日 1 / 1ページ

氏名カナ：佐野 ひろみ 保険者番号：12345678
氏名：野澤 太郎 保険者証等記号：1234567
性別：男 保険者証等番号：12345
誕生日：1962年5月21日 年齢：60歳 標番：00

この情報／薬剤情報一覧は、以下の範囲の診療行為及び医薬品情報を表示しています。逆に、一部は表示されない場合があります。
（例：レセプトや医品の場合は、診療行為及び医薬品情報を表示します。逆に、一部は表示されない場合があります。）

受診歴：2022年8月26日～2022年8月までの受診情報を表示

医療機関名	医療機関名
質屋クリニック	22年8月
調剤薬局	22年8月

調剤処方箋

（直近1年以内の2022年8月～2023年8月までの）

調剤	医薬品名	医薬品名
年月 日	医師名	医師名
22年8月 28日	ナチュラルテクト西田	（直近）／<100件以上／【直近の特徴】
開栓 会員 1. フルタカソウプロビオ酸エヌステル・カルモロルフルマグ酸塩	42錠引 1周万円	
（アルカソウプロビオ酸エヌステル・カルモロルフルマグ酸塩本物）		
（1日2回服テ食後 飲む）		

レセプトに基づく調剤実績

（直近1年以内の2022年8月～2023年8月までの）

調剤	医薬品名	医薬品名
年月 日	医師名	医師名
22年7月 18日	質屋クリニック	（直近）
開栓 会員 1. ガンタマイシン硫酸塩0.1%「イワキ」 1mg	10g 35万円	
（ガンタマイシン硫酸塩）		
22年6月 18日	オンライン薬局（直近）	
開栓 会員 1. ナリマスリーブ5mg	1粒 14日分	
（ゾルビデム透石膠丸）		
（1日1回就寝前服用）		

—— 次頁へ続く ——

救急用
※データ表示
期間を限定

3. 生活習慣病管理料

●生活習慣病に係る管理料の再編への具体的対応

選択肢

- ・生活習慣病管理料（1）：包括
- ・生活習慣病管理料（2）：出来高
- ・生活習慣病以外の対象疾患に対する特性疾患療養管理料

《今回改定のポイント》

- (1) 従来の検査等が包括される生活習慣病管理料は、
「生活習慣病管理料（I）」に改まった

- (2) 脂質異常症、高血圧症、糖尿病が特定疾患療養管理料の対象疾患から除外されるのに伴い、その受け皿として検査等が出来高算定できる
「生活習慣病管理料（II）」が新設された。

- (3) 主病が上記3疾患以外の特定疾患療養管理料の対象疾患に入っているようであれば、引き続き**特定疾患療養管理料**が月2回を限度に算定できる。その場合、「生活習慣病管理料」は併算定できない。

2. 生活習慣病管理料(Ⅰ)

- ◇ 従来の生活習慣病管理料が生活習慣病管理料(Ⅰ)に再編された。
- ◇ 生活習慣病管理料そのものの要件であった「少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理」は廃止された。(→2か月に1回、3か月に1回の受診でも、算定可能に)

〔点数設定・包括範囲〕 (月1回)

- 1 脂質異常症を主病とする場合：570点→610点
- 2 高血圧症を主病とする場合：620点→660点
- 3 糖尿病を主病とする場合：720点→760点

- ◇ 外来管理加算、医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く）、**検査、注射、病理診断の費用は含まれる。**
- ◇ 同月の他の診療日に外来管理加算は算定できる。
- ◇ 血糖自己測定指導加算：500点（年1回） ◇ 外来データ提出加算：50点

1. 生活習慣病管理料(Ⅱ)

- ◇ 今回改定で、特定疾患療養管理料の対象疾患から、「脂質異常症」、「高血圧症」、「糖尿病」が除外され、その受け皿として、生活習慣病管理料(Ⅱ)が新設された。

〔点数設定・包括範囲〕

- ◇ **点数設定：333点／月1回**
(特定疾患療養管理料：225点+外来管理加算：52点+特定疾患処方管理加算：56点)
情報通信機器を用いて行った場合：290点
- ◇ 本点数を算定する場合、一部の医学管理等が含まれるが、**別途、検査、注射、処置など算定できる。** (Ⅱ)は(Ⅰ)より出来高算定できる項目が多い。
- ◇ 併算定できる医学管理等
 - 外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、プログラム医療機器等指導管理料、診療情報提供料(Ⅰ)、電子的診療情報評価料、診療情報提供料(Ⅱ)、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料
- ◇ **同月の他の診療日に外来管理加算は算定できる。**
- ◇ 血糖自己測定指導加算：500点(年1回) ◇ 外来データ提出加算：50点

生活習慣病管理料(Ⅰ)と(Ⅱ)の比較

		生活習慣病管理料(Ⅰ)	生活習慣病管理料(Ⅱ)
点数	脂質異常症	610点	333点(※)
	高血圧症	660点	
	糖尿病	760点	
包括範囲		外来管理加算 医学管理等(例外あり) 検査等 (注射、病理診断)	外来管理加算 医学管理等(例外あり) ※検査等は出来高算定

⇒ 生活習慣病管理料(Ⅱ)の点数(333点)は、
特定疾患療養管理料(月1回)225点
外来管理加算52点
特定疾患処方管理加算(月1回)56点
の合計点数と同じ点数

⇒ 脂質異常症、高血圧症、糖尿病は、
特定疾患療養管理料と
特定疾患処方管理加算の対象疾患から除外

今後、管理料を、個々の患者の状況や診療内容に応じ、各管理料の特性も踏まえて選択することになると思われるが、その際、以下の考え方の例を参考にして判断していただきたい。

- ◇ 従来、脂質異常症、高血圧症、糖尿病を有する患者さんに対して特定疾患療養管理料を算定してきた場合、今後は、生活習慣病管理料（Ⅰ）または生活習慣病管理料（Ⅱ）で算定することになるが、別に特定疾患療養管理料の対象疾患有する患者さんに（主病管理が行われている場合）は、引き続き、特定疾患療養管理料を算定することができる。
- ◇ 生活習慣病管理料は月1回の算定で、（Ⅰ）は検査、注射、病理診断など包括範囲が多く、（Ⅱ）は（Ⅰ）より出来高算定できる項目が多い。月2回受診する患者さんには、これまでどおり算定できるなら、特定疾患療養管理料の算定を行うなど、個々の患者さんの状態に応じて選択することができる。

◇ 生活習慣病管理料 (II)

月1回、特定疾患療養管理料を算定していた時と比べて点数差が少ないため、患者自己負担の変化が小さい。併算定可能な点数も多い。検査も出来高算定できるので、例えば糖尿病で検査が多い患者や急遽検査が必要になった場合に対応できる。

◇ 生活習慣病管理料 (I)

高血圧症、脂質異常症を有する患者で、比較的症状が安定して検査実施が少ない患者に対する評価として整理された。2、3か月に1回の算定も可能となったため、患者自己負担の観点からも算定のハードルが下がっている。

◇ 特定疾患療養管理料 (他の対象疾患、胃炎、胃潰瘍、喘息等がある場合)

口頭説明でも十分に理解し、自己管理ができるが、胃炎や喘息等の主病管理が必要な患者で、生活習慣病管理料 (I) (II) の要件に該当しない患者に対する評価。月2回算定できる。看護に当たる家族等を通して療養上の管理を行った時も算定できる。

従来の療養計画書

(男・女)	主病:
月 日生(才)	□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症

主病:
□糖尿病 □高血圧症 □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		
【検査・問診】	【検査項目】	【血液検査項目】 (採血日 月 日)
	<input type="checkbox"/> 身長 (cm) <input type="checkbox"/> 体重:現在(kg) →目標(kg) <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 腹囲:現在(cm) →目標(cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧:現在(mmHg) →目標(mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 (%) →目標(%) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 ()
【問診】 □食事の状況 □運動の状況 □たばこ □歯科の受診状況 □他の生活		
【①達成目標】: 患者と相談した目標		
【②行動目標】: 患者と相談した目標		
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 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() <input type="checkbox"/> 飲酒: (減らす・種類・量: を週 回) <input type="checkbox"/> 間食: (減らす・種類・量: を週 回) <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	□運動	<input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週) 日) <input type="checkbox"/> 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()
□たばこ	□非喫煙者である	□禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等
	□その他	<input type="checkbox"/> 仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()
【服薬指導】 □処方なし □薬の説明		
【療養を行なうにあたっての問題点】		
【他の施設の利用状況について】		
【特定健康診査の受診の有無】 □有 □無		
【特定保健指導の利用の有無】 □有 □無		
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】 □有 □無		
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入 ※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		
患者署名		
医師氏名 (印)		

改定後の療養計画書

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)		□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること		
【目標】	【目標】 □体重:(kg) □BMI:() □収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c:(%)	
	【①達成目標】: 患者と相談した目標	
【重点を置く領域と指導項目】	【②行動目標】: 患者と相談した目標	
	□食事	
□運動	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 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() <input type="checkbox"/> 飲酒: (減らす・種類・量: を週 回) <input type="checkbox"/> 間食: (減らす・種類・量: を週 回) <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	□運動	
□たばこ	□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) <input type="checkbox"/> 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()	
	□その他	
【検査】		
【血液検査項目】 (採血日 月 日) □総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) □中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) □HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他 ()		
【その他】		
□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()		
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入		患者署名
		医師氏名

【初回用】

※患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、**患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける**

患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない

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**についての記載は不要

患者署名について、医師が計画書の内容について丁寧に説明した後、**看護職員等**が追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けることも可能

(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	
<p>【目標】 <input type="checkbox"/>体重:(kg) <input type="checkbox"/>BMI:() <input type="checkbox"/>収縮期／拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/>HbA1c:(%)</p> <p>【①達成目標】:患者と相談した目標 ()</p> <p>【②行動目標】:患者と相談した目標 ()</p>	
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事: <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	<input type="checkbox"/> 運動: <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・)、時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週)日) <input type="checkbox"/> 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()
	<input type="checkbox"/> たばこ: <input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等
	<input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()
	<p>【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/>総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/>血糖(空腹時 <input type="checkbox"/>随時 <input type="checkbox"/>食後()時間) <input type="checkbox"/>中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/>HbA1c: (%) <input type="checkbox"/>HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/>LDLコレステロール (mg/dl)</p> <p>※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 ()</p> <p>【その他】 <input type="checkbox"/>栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/>その他 () </p> <p>実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入</p> <p>患者署名 () 医師氏名 ()</p>

【継続用】

※内容に変更がない場合は、
概ね4か月に1回以上の交付
(ただし、患者の求めがあつた場合は、その都度交付)

患者の状態に応じ
「今回は、指導の必要なし」
でも良い

療養計画書の内容について、説明を受けた患者が十分理解したことを見た場合、担当医がチェックすることで、患者署名を省略できる

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)()回目

患者氏名: (男・女)
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生()才

主病:
□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症

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

【目標】	<input type="checkbox"/> 体重: (kg) <input type="checkbox"/> BMI: () <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%)
【①目標の達成状況】	[]
【②達成目標】: 患者と相談した目標	[]
【③行動目標】: 患者と相談した目標	[]

【重点を 置く領域と 指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 今日は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <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"/> 節酒: (減らす(種類・量:)を週 回) <input type="checkbox"/> 間食: (減らす(種類・量:)を週 回) <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	<input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項()
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 今日は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング、)、 時間(30分以上、)、 頻度(ほぼ毎日・週 回) <input type="checkbox"/> 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩、) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()	()

<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、 体重、 血圧、 腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()

【検査】	<input type="checkbox"/> 血液検査項目	(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(口空腹時 口臨時 口食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)
	※血液検査結果を手交している場合は記載不要 【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()

<input type="checkbox"/> 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)

患者署名

医師氏名

4. 長期収載品の処方等に係る選定療養

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

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

保険給付と選定療養の適用場面

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

選定療養の対象品目の範囲

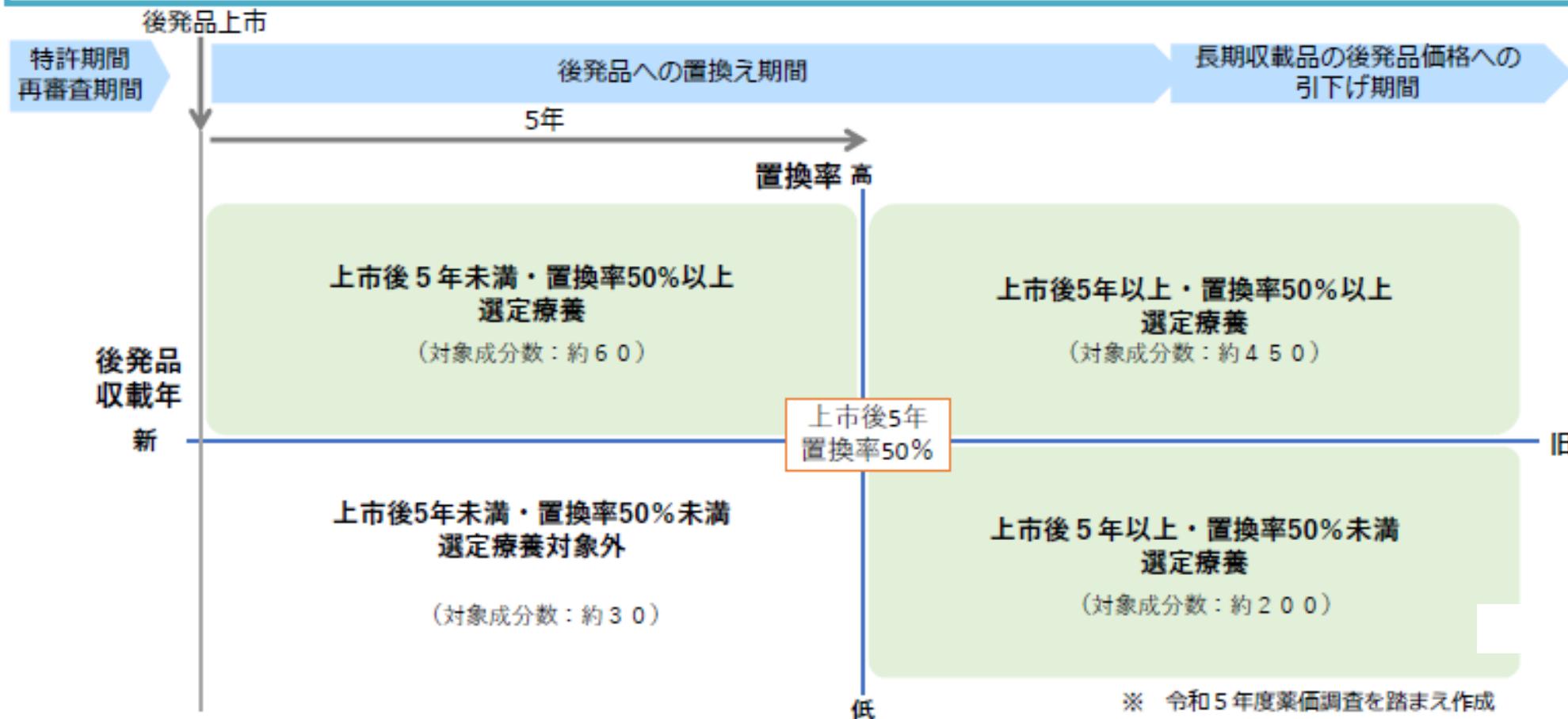
- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げるとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品については選定療養の対象（※）とする。**
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする。**

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

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

- 選定療養の対象となる長期収載品の品目の範囲については、後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、次の観点から検討。
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げるとしている。この点を参考に、後発品上市後5年を経過した長期収載品については対象（※）としてはどうか。
 - ② また、後発品上市後5年を経過していないくとも、置換率が50%に達している場合には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、選定療養の対象としてはどうか。

※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外。



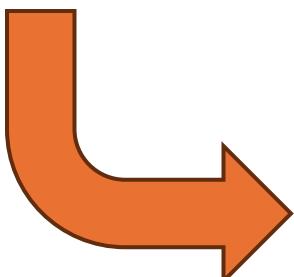
対象医薬品リストについて

厚生労働省HP（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html）に掲載

対象医薬品リストについて

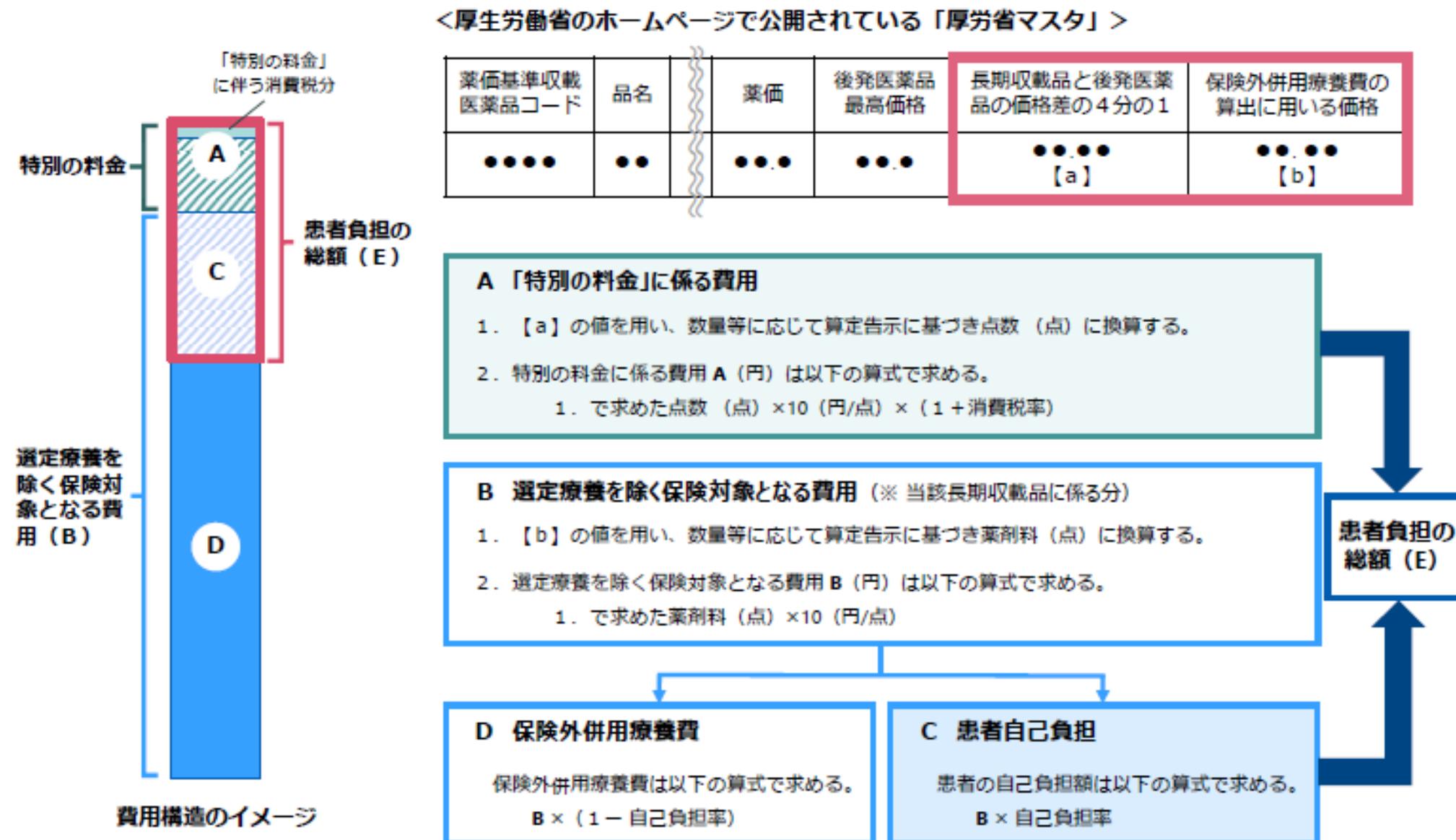
以下の事務連絡で記載している考え方に基づき、長期収載品の選定療養の対象医薬品についてリストを作成していますので、ご参照ください。
なお、処方等又は調剤の場合における選定療養の適用にあたっては、医療上必要があると認められる場合や、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、
後発医薬品を提供することが困難な場合に該当するかどうかを考慮して、判断する必要があります。

名称	番号・日付	ダウンロード
長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品について	令和6年4月19日 事務連絡	(事務連絡) PDF [134KB] (対象医薬品リスト) ※令和6年7月12日更新 PDF [260KB] Excel [109KB]



薬剤基準収載医薬品コード	品名	成分名	構造	メーカー名	単価	後発医薬品高価格	長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1	保険外併用療養費の算出に用いる価格
1124001F2029	ユーロジン 2 mg錠	エスタゾラム	2 mg 1錠	武田テバ薬品	9.2	7.3	0.48	8.72
1124003F2222	ベンザジン 5	ニトラゼパム	5 mg 1錠	共和薬品工業	8.4	5.5	0.73	7.67
1124003F2230	ネルボン錠 5 mg	ニトラゼパム	5 mg 1錠	アルフレックスファーマ	7.7	5.5	0.55	7.15
1124003F2083	ネルボン錠 10 mg	ニトラゼパム	10 mg 1錠	アルフレックスファーマ	13.2	5.7	1.88	11.32
1124003F3121	ベンジル錠 10	ニトラゼパム	10 mg 1錠	共和薬品工業	13.2	5.7	1.88	11.32
1124007F1028	ハルオゾン 0.125 mg錠	トリアゾラム	0.125 mg 1錠	ファイザー	5.9	5.7	0.05	5.85
1124007F2026	ハルオゾン 0.25 mg錠	トリアゾラム	0.25 mg 1錠	ファイザー	8.8	5.9	0.73	8.07
1124008F1024	サイレース錠 1 mg	フルニトロゼパム	1 mg 1錠	ニーザイ	8.4	5.7	0.66	7.72
1124008F2020	サイレース錠 2 mg	フルニトロゼパム	2 mg 1錠	ニーザイ	9.6	5.9	0.93	8.67
1124009F1223	レントルミク錠 0.25 mg	プロドキラム	0.25 mg 1錠	日本ベーリング・イングルハイム	12.5	10.1	0.60	11.90
1124009F2024	レントルミク錠 0.5 mg	プロドキラム	0.25 mg 1錠	日本ベーリング・イングルハイム	12.5	10.1	0.60	11.90
1124017F2195	ジゼル錠 2 mg	ジゼル	2 mg 1錠	武田テバ薬品	6	5.7	0.08	5.92
1124017F2196	ホリゾン錠 5 mg	ジゼル	2 mg 1錠	丸久製薬	6	5.7	0.08	5.92
1124017F4040	ジゼル錠 5 mg	ジゼル	5 mg 1錠	武田テバ薬品	9.4	5.8	0.90	8.50
1124017F4163	ホリゾン錠 5 mg	ジゼル	5 mg 1錠	丸久製薬	9.4	5.8	0.90	8.50
1124017F5037	ジゼル錠 10 mgセレクシ	ジゼル	10 mg 1錠	武田テバ薬品	12.1	5.7	1.60	10.50
1124020F2030	レキタ錠 2	プロマゼパム	2 mg 1錠	サンドファーマ	5.9	5.7	0.05	5.85
1124020F4032	レキタ錠 5	プロマゼパム	5 mg 1錠	サンドファーマ	7.8	5.9	0.48	7.32
1124022F1067	ワイバックス錠 0.5	ロゼバム	0.5 mg 1錠	ファイザー	5.9	5.1	0.20	5.70
1124022F2071	ワイバックス錠 1.0	ロゼバム	1 mg 1錠	ファイザー	6.4	5.7	0.18	6.22
1124023F1029	コントラント 0.4 mg錠	アラタラム	0.4 mg 1錠	武田テバ薬品	5.9	5.7	0.05	5.85
1124023F1037	ソラクタクス 0.4 mg錠	アラタラム	0.4 mg 1錠	グリオトリス製薬	5.9	5.7	0.05	5.85
1124026F1022	グラフダキシン錠 5.0	トフィン	50 mg 1錠	持田製薬	9.1	5.9	0.80	8.30
1124027F1026	メイクタクス錠 1 mg	ロラゼパム	1 mg 1錠	M e i j i S e i k a ファルマ	10.4	5.9	1.13	9.27
1124029F1022	メイクタクス錠 2 mg	ロラゼパム	2 mg 1錠	M e i j i S e i k a ファルマ	16.6	9.3	1.83	14.77
1124030F1029	ドラカル錠 5	クアゼバム	15 mg 1錠	久光製薬	48.3	30.2	4.53	43.77
1124030F2026	ドラカル錠 20	クアゼバム	20 mg 1錠	久光製薬	59.8	35.7	6.03	53.77
1129007F1026	アモバクタ 5	ジオクロン	7.5 mg 1錠	サノフィ	12.3	6.5	1.45	10.85
1129007F2022	アモバクタ 1.0	ジオクロン	10 mg 1錠	サノフィ	13.7	7.3	1.60	12.10
1129008F1039	セディール錠 5 mg	タンドスピロンキエン酸塩	5 mg 1錠	住友ファーマ	9.7	5.9	0.95	8.75
1129008F2035	セディール錠 10 mg	タンドスピロンキエン酸塩	10 mg 1錠	住友ファーマ	17.2	10.1	1.78	15.42
1129008F3023	セディール錠 20 mg	タンドスピロンキエン酸塩	20 mg 1錠	住友ファーマ	30.1	19.5	2.65	27.49
1129009F1025	マイスリ錠 5 mg	ノビテニン西石椎塩	5 mg 1錠	アステラス製薬	20.6	11	2.40	18.20
1129009F1021	マイスリ錠 10 mg	ノビテニン西石椎塩	10 mg 1錠	アステラス製薬	31	15	4.00	27.00
1129010F1028	ルネスト錠 1 mg	エヌスピビクロン	1 mg 1錠	ニーザイ	32.6	10.1	5.63	26.97
1129010F2024	ルネスト錠 2 mg	エヌスピビクロン	2 mg 1錠	ニーザイ	52.8	16.4	9.10	43.70
1129010F3020	ルネスト錠 3 mg	エヌスピビクロン	3 mg 1錠	ニーザイ	63.7	21.4	10.58	53.12
1129002F2026	チケントール錠 1.0 mg	カレムマゼン	1.0 mg 1錠	サンofi	5.9	5.7	0.05	5.85
1129005F1056	セニコラム錠 4.0 mg	ババロマゼンナトリウム	4.0 mg 1錠	興和	36.7	28.5	2.05	34.65
1129005F1023	エクテグラム錠 1.0 mg	ノザミド	1.0 mg 1錠	住友ファーマ	16.8	11.7	1.28	15.52
1129005F1027	トビタ錠 5 mg	トビタマート	5 mg 1錠	協和キリン	51.6	21	7.65	43.95
1129008F2023	トビタ錠 10 mg	トビタマート	10 mg 1錠	協和キリン	86.3	32.2	13.93	72.77
1129008F3020	トビタ錠 25 mg	トビタマート	25 mg 1錠	協和キリン	28	11.1	4.23	23.77
1129009F2020	ラミクタール錠小児用 5 mg	ラモトリギン	5 mg 1錠	グラクソ・スミスクライン	10.5	5.9	1.15	9.35
1129009F3024	ラミクタール錠 2.5 mg	ラモトリギン	2.5 mg 1錠	グラクソ・スミスクライン	34.2	27.6	1.65	32.55
1129009F4020	ラミクタール錠 1.0 mg	ラモトリギン	1.0 mg 1錠	グラクソ・スミスクライン	89.2	75	3.05	85.65
1129010F1024	イーグラム錠 250 mg	レバドラタム	250 mg 1錠	ユーシーピージャパン	76.1	28.2	11.98	64.12
1129010F2020	イーグラム錠 500 mg	レバドラタム	500 mg 1錠	ユーシーピージャパン	124.3	46	19.06	10.02

別添1 長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法（イメージ）



別添2 計算の具体例（イメージ）

XX錠 1.0mg（内服薬）、1日2錠30日分に係る費用（自己負担率が3割の場合）は以下のとおり計算される。
ただし、「厚労省マスター」における該当行は表のとおりとする。

薬価基準収載 医薬品コード	品名	単価	後発医薬品 最高価格	最高収載品と後発医薬 品の価格比の4分の1	保険外併用療養費の 算出に用いる価格
*****	XX錠 1.0mg	100.0	49.3	12.68 [a]	87.32 [b]

A 「特別の料金」に係る費用

1. 算定告示に基づき点数に換算

- ・所定単位（1割1日分）あたり $12.68\text{円} [\text{a}] \times 2\text{錠} = 25.36\text{円} \rightarrow 3\text{点}$
- ・30日分 $3\text{点} \times 30\text{日} = 90\text{点}$

2. 「特別の料金」に係る費用（※課税対象、消費税率 10%）

$$90\text{点} \times 10\text{（円/点）} \times (1+0.10) = 990\text{円}$$

B 選定療養を除く保険対象となる費用

（注）当該長期収載品に係る分

1. 算定告示に基づき算則料に係る点数に換算

- ・所定単位（1割1日分）あたり $87.32\text{円} [\text{b}] \times 2\text{錠} = 174.64\text{円} \rightarrow 17\text{点}$
- ・30日分 $17\text{点} \times 30\text{日} = 510\text{点}$ ※ 保険適用分点数

2. 選定療養を除く保険対象となる費用

$$510\text{点} \times 10\text{（円/点）} = 5100\text{円}$$

D 保険外併用療養費

$$B \times (1 - \text{自己負担率})$$

$$5100\text{円} \times (1 - 0.30) = 3570\text{円}$$

C 患者自己負担

$$B \times \text{自己負担率}$$

$$5100\text{円} \times 0.30 = 1530\text{円}$$

E 患者負担の総額

$$A + C$$

$$990\text{円} + 1530\text{円} = 2520\text{円}$$

長期収載品の保険給付の在り方の見直しを踏まえた処方箋の新様式

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

患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。

処方箋										
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)										
公費負担者番号					保険者番号					
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (枝番)					
患者	氏名					保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	明大昭平令	年月日		男・女	電話番号				
	区分		被保険者	被扶養者	保険医氏名 <input type="checkbox"/>					
交付年月日		令和 年 月 日			処方箋の使用期間		令和 年 月 日			
変更不可 (医療上必要)		患者希望			個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 物に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。					
備考	リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)									
	保険医署名 〔「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕									
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)										
調剤済年月日		令和 年 月 日			公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称 及 び 被保険薬剤師氏名					公費負担医療の受給者番号					
<small>備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、A4用紙を標準とすること。 3. 薬の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。</small>										

「医療上の必要がある場合」について

「長期収載品の処方等又は調剤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6年7月12日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）」において、長期収載品を処方等又は調剤する医療上の必要があると認められる場合としては、以下のとおりとしている

保険医療機関の医師又は歯科医師（以下、医師等）において、次のように判断する場合が想定される。

- ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された**効能・効果に差異がある場合**であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師等が判断する場合。
- ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、**副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師等が判断する場合**であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。
- ③ **学会が作成しているガイドライン**において、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師等が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。
- ④ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、**剤形上の違いにより、長期収載品を処方等をする医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。**

また、保険薬局の薬剤師においては、

- ・①、②及び③に関して、医療上の必要性について懸念するがあれば、医師等に疑義照会することが考えられ、
- ・また、④に関しては、医師等への疑義照会は要さず、薬剤師が判断することも考えられる。なお、この場合においても、調剤した薬剤の銘柄等について、当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。

「医療上の必要がある場合」について

「長期収載品の処方等又は調剤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6年7月12日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）」において、長期収載品を処方等又は調剤する医療上の必要があると認められる場合としては、以下のとおりとしている

問3 使用感など、有効成分等と直接関係のない理由で、長期収載品の医療上の必要性を認めることは可能か。

（答）基本的には使用感などについては医療上の必要性としては想定していない。

なお、医師等が問1の①～④に該当すると判断し、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合であれば、保険給付となる。

「医療上の必要がある場合」について

「長期収載品の処方等又は調剤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6年7月12日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）」

【薬局における医療上の必要性の判断について】

問4 「長期収載品の処方等又は調剤について」（令和6年3月27日保医発0327第11号）の「第1 処方箋様式に関する事項」の「3 長期収載品を銘柄名処方する場合における取扱について」の(4)において、「**処方の段階では後発医薬品も使用可能としていたが、保険薬局の薬剤師において、患者が服用しにくい剤形である、長期収載品と後発医薬品で効能・効果の差異がある等、後発医薬品では適切な服用等が困難であり、長期収載品を服用すべきと判断した場合には、医療上必要がある場合に該当し、保険給付とすることも想定されること。**」とあるが、このような場合には処方医へ疑義照会することなく、薬剤師の上記判断に基づいて、従来通りの保険給付が可能という理解でよいか。

また、医師等が後発医薬品を銘柄名処方した場合であって、「変更不可（医療上必要）」欄に「√」又は「×」が記載されていない場合に、長期収載品を調剤する医療上の必要があると考えられる場合は、処方医へ疑義照会することなく、薬剤師の判断で従来通りの保険給付は可能か。

(答) それぞれの場合について、考え方は次のとおりである。

- 医師等が長期収載品を銘柄名処方し、「変更不可（医療上必要）」欄に「√」又は「×」が記載されていない場合に、薬剤師として長期収載品を調剤する医療上の必要があると考える場合
 - ・ 医療上の必要性の判断の観点から、問1において保険薬局の薬剤師について記載するとおりの取扱いとなる。
- 医師等が後発医薬品を銘柄名処方し、「変更不可（医療上必要）」欄に「√」又は「×」が記載されていない場合に、薬剤師として長期収載品を調剤する医療上の必要があると考える場合
 - ・ 変更調剤に該当するところ、「現下の医療用医薬品の供給状況における変更調剤の取扱いについて」（令和6年3月15日厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、当面の間、疑義照会なく、変更調剤できることとしている。
 - ・ その上で、医療上の必要性の判断の観点から、問1において保険薬局の薬剤師について記載するとおりの取扱いとなる。

「医療上の必要がある場合」について

「長期収載品の処方等又は調剤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6年7月12日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）」

【一般名処方について】

問5 「長期収載品の処方等又は調剤について」の「第1 処方箋様式に関する事項」の「4 一般名処方する場合における取扱について」の（2）において「一般名処方の処方箋を保険薬局に持参した患者が長期収載品を希望した場合には、選定療養の対象となること。」とあるが、一般名処方された患者が薬局で長期収載品を希望し、薬剤師がその理由を聴取した際に、患者希望ではあるものの、患者の疾病に関し、長期収載品と後発医薬品における効能・効果等の違いがある等の医療上の理由と考えられる場合には、保険薬局の判断で従来通りの保険給付とすることは可能か。

（答）問1の後段に記載する通り。

保険薬局の薬剤師においては、

- ・①（効能・効果に差異がある場合）、②（治療効果に差異があったと医師等が判断する場合）及び③（学会が作成しているガイドラインにおいて推奨）に関して、医療上の必要性について懸念するがあれば、医師等に疑義照会することが考えられ、
- ・また、④（剤形上の違いにより、長期収載品を処方等をする医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。）に関しては、医師等への疑義照会は要さず、薬剤師が判断することも考えられる。なお、この場合においても、調剤した薬剤の銘柄等について、当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。

「医療上の必要がある場合」について

「長期収載品の処方等又は調剤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6年7月12日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）」

【院内処方その他の処方について】

問6 院内処方用の処方箋がない医療機関において「医療上の必要性」により長期収載品を院内処方して保険給付する場合、単に医師等がその旨の判断をすれば足りるのか。あるいは「医療上の必要性」について、**何らかの記録の作成・保存が必要なのか。**

（答）診療報酬を請求する際に、「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和6年7月12日保医発0712第1号）の別表Ⅰを踏まえ、**診療報酬請求書等の「摘要」欄に理由を選択して記載**すること。

問7 院内採用品に後発医薬品がない場合は、「後発医薬品を提供することが困難な場合」に該当すると考えて保険給付してよいか。

（答）**患者が後発医薬品を選択することが出来ないため、従来通りの保険給付として差し支えない。**

なお、後発医薬品の使用促進は重要であり、外来後発医薬品使用体制加算等を設けているところ、後発医薬品も院内処方できるようにすることが望ましい。

「医療上の必要がある場合」について

「長期収載品の処方等又は調剤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6年7月12日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）」

【院内処方その他の処方について】

問8 長期収載品の選定療養について、入院は対象外とされているが、入院期間中であって、退院間際に処方するいわゆる「退院時処方」については、選定療養の対象となるのか。

（答）留意事項通知において「退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う」とされているところであり、入院と同様に取り扱う。

問9 在宅医療において、在宅自己注射を処方した場合も対象となるか。

（答）そのとおり。

【後発医薬品を提供することが困難な場合について】

問10 「当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合」について、出荷停止、出荷調整等の安定供給に支障が生じている品目かどうかで判断するのではなく、あくまで、現に、当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品を提供することが困難かどうかで判断するといふことによいか。

（答）そのとおり。

「医療上の必要がある場合」について

「長期収載品の処方等又は調剤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6年7月12日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）」

【公費負担医療について】

問11 医療保険に加入している患者であって、かつ、国の公費負担医療制度により一部負担金が助成等されている患者が長期収載品を希望した場合について、長期収載品の選定療養の対象としているか。

（答）長期収載品の選定療養の制度趣旨は、医療上必要があると認められる場合等は、従来通りの保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とすることとしたものであることから、今般、対象外の者は設けておらず、国の公費負担医療制度の対象となっている患者が長期収載品を希望した場合についても、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となる。
なお、医療上必要があると認められる場合に該当する場合は、従来通りの保険給付として差し支えない。

問12 医療保険に加入している患者であって、かつ、こども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療の対象となっている患者が長期収載品を希望した場合について、長期収載品の選定療養の対象としているか。

（答）長期収載品の選定療養の制度趣旨は、医療上必要があると認められる場合等は、従来通りの保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とすることとしたものであることから、今般、対象外の者は設けておらず、こども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療が対象となっている患者が長期収載品を希望した場合についても、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となる。
なお、医療上必要があると認められる場合に該当する場合は、従来通りの保険給付として差し支えない。

窓口での案内チラシ

厚生労働省HP（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html）に掲載

患者のみなさまへ

令和6年10月からの 医薬品の自己負担の新たな仕組み

- 後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で、
先発医薬品の処方を希望される場合は、特別の料金をお支払いいただきます。
- この機会に、**後発医薬品の積極的な利用**をお願いいたします。

- ・ 後発医薬品は、先発医薬品と有効成分が同じで、同じように使っていただけるお薬です。
- ・ 先発医薬品と後発医薬品の薬価の差額の4分の1相当を、特別の料金として、医療保険の患者負担と合わせてお支払いいただきます。
- ・ 先発医薬品を処方・調剤する医療上の必要があると認められる場合等は、特別の料金は要りません。

新たな仕組みについて
特別の料金の対象となる医薬品の一覧などはちらへ


後発医薬品について
後発医薬品（ジェネリック医薬品）に関する基本的なこと

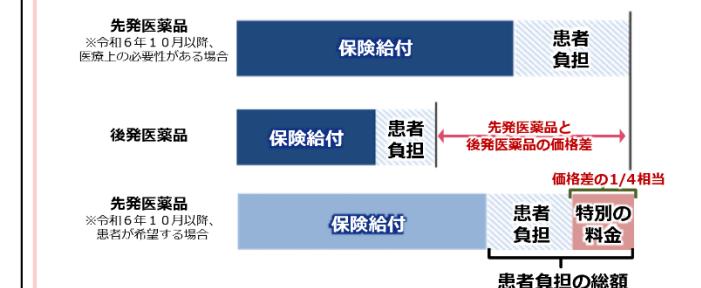

※ QRコードから厚生労働省HPの関連ページにアクセスできます。

将来にわたり国民皆保険を守るため
皆さまのご理解とご協力をお願いいたします

 厚生労働省
ひきこもじ・こうじょうのとこ
Ministry of Health, Labour and Welfare

特別の料金の計算方法

先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を特別の料金としてお支払いいただきます。
例えば、先発医薬品の価格が1錠100円、後発医薬品の価格が1錠60円の場合、差額40円の4分の1である10円を、通常の1～3割の患者負担とは別にお支払いいただきます。



※「特別の料金」は課税対象であるため、消費税分を加えてお支払いいただきます。
※端数処理の関係などで特別の料金が分の1ちょうどにならない場合もあります。詳しくは厚生労働省HPをご覧ください。
※後発医薬品がいくつか存在する場合は、薬価が一番高い後発医薬品との価格差で計算します。
※薬剤料以外の費用（診療・調剤の費用）はこれまでと変わりません。

Q&A

Q1. すべての先発医薬品が「特別の料金」を支払う対象となりますか。

A. いわゆる長期収載品（ちうきゅうしゅうさいひん）と呼ばれる、同じ成分の後発医薬品がある先発医薬品が対象となります。

Q2. なぜ「特別の料金」を支払わなくてはいけないのでですか。

A. みなさまの保険料や税金でまかなわれる医療保険の負担を公平にし、将来にわたり国民皆保険を守ついていため、国は、価格の安い後発医薬品への置き換えを進めています。そのため、医療上の必要性がある場合等を除き、より価格の高い一部の先発医薬品を希望される場合には、「特別の料金」として、ご負担をお願いすることになりました。これにより、医療機関・薬局の収入が増えるわけではなく、保険給付が減少することにより医療保険財政が改善されますので、ご理解とご協力をお願いします。

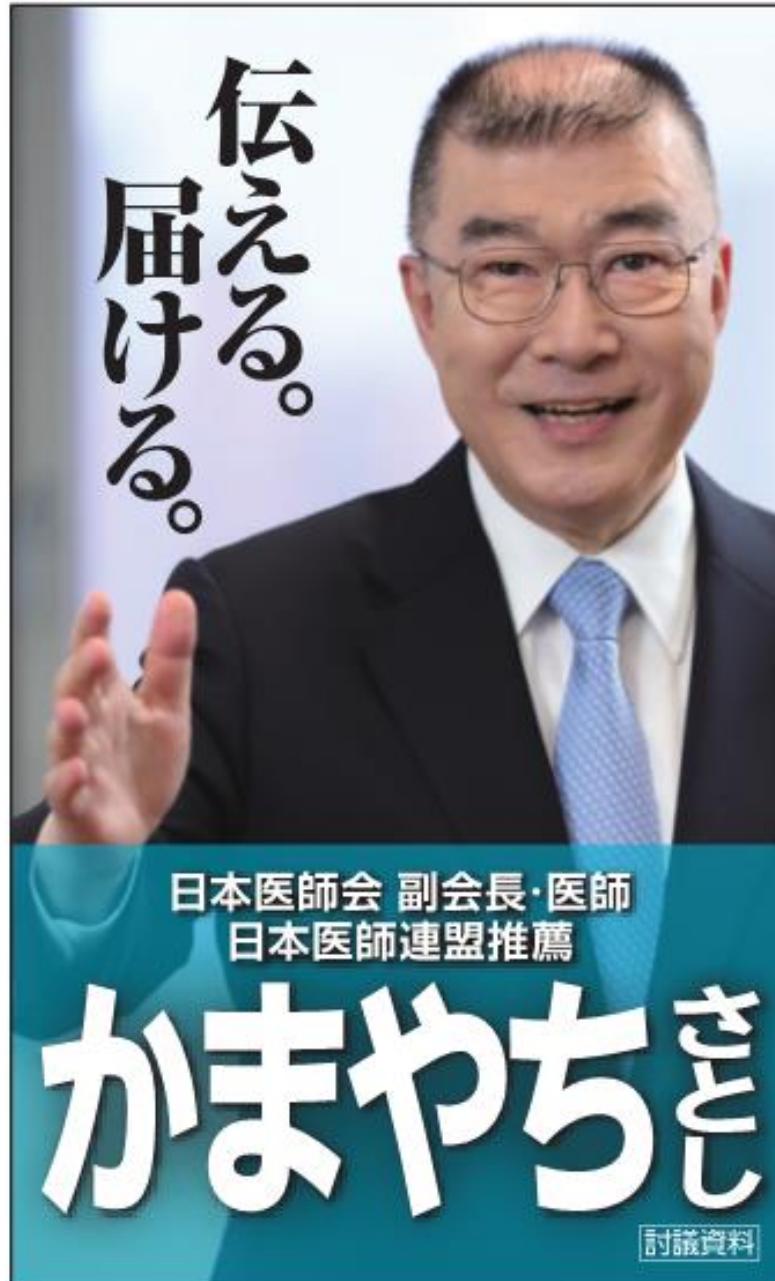
Q3. どのような場合に「特別の料金」を支払うことになりますか。

A. 例えば、「使用感」「味」など、お薬の有効性に関係のない理由で先発医薬品を希望する場合に「特別の料金」をご負担いただきます。過去に当該後発医薬品において副作用が出たことがある場合等は、医師・歯科医師・薬剤師等にご相談ください。

Q4. 流通の問題などにより、医療機関や薬局に後発医薬品の在庫がない場合には「特別の料金」が発生しますか。

A. 流通の問題などにより、医療機関や薬局に後発医薬品の在庫がない場合には、「特別の料金」を支払う必要はありません。

かまやち さとし(釜蒼 敏) プロフィール



生年月日 : 1953年(昭和28年)7月5日生 群馬県高崎市出身
所属医師会 : 群馬県医師会
開設医療機関 : 小泉小児科医院(群馬県高崎市)

学歴

1972年 東京教育大学附属 駒場高校(教駒) 現筑波大学附属 駒場高校 卒業
1972年 日本医科大学 医学部 医学科 入学
1978年 日本医科大学 医学部 医学科 卒業

経歴

1978年 日本医科大学付属第一病院 小児科 入局
1988年 小泉小児科医院 院長(～現在)
1997年 高崎市医師会 理事(～2001年)
2001年 高崎市医師会 副会長(～2005年)
2005年 高崎市医師会 会長(～2011年)
2011年 群馬県医師会 参与(～現在)
2014年 日本医師会 常任理事(～2024年)
2024年 日本医師会副会長(～現在)
2020年 新型コロナウイルス感染症対策分科会構成員(～2023年)
2020年 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード構成員(～2024年)
2023年 新型インフルエンザ等対策推進会議委員(～2024年)

免許・資格など

医師免許、医学博士
日本小児科学会、日本小児科医会、日本小児神経学会 会員
たかさき春まつり実行委員長

その他

趣味:阿波踊り(上州高崎どすけ連2001年より所属)、茶道
家族:妻、一女、孫ひとり

ご清聴
ありがとうございました。

