

第1部

改定のあらまし 及び 個別改定項目

■改定のあらまし	2
〔1〕「個別改定項目について」による改定項目一覧	4
令和6年2月14日・中央社会保険医療協議会資料 総-1目次より構成	
〔2〕「個別改定項目について」にもとづく改定内容 (区分番号・診療行為別)	
1 全般的・横断的事項	7
2 医科・基本診療料	10
3 医科・特掲診療料	22
4 調剤報酬	32
5 訪問看護療養費	36
〔3〕資料	
資料① 諮問書 (令和6年1月14日)	38
参考① 令和6年度薬価制度改革の骨子	38
参考② 令和6年度保険医療材料制度改革の骨子	43
参考③ 令和6年度費用対効果評価制度改革の骨子	47
資料② 答申書 (令和6年2月14日)	49

診療報酬改定

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

- ※1 うち、※2～4を除く改定分 **+0.46%**
各科改定率 内科 **+0.52%** 歯科 **+0.57%** 調剤 **+0.16%**
40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。
- ※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 **+0.61%**
- ※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円) **+0.06%**
- ※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 **▲0.25%**
(注) 令和6年6月施行

2. 薬価等

- ①薬価 **▲0.97%** (国費▲1,200億円程度)
- ②材料価格 **▲0.02%** (国費▲20億円程度)
合計 **▲1.00%** (国費▲1,200億円程度)
- ※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。
- ※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。(対象:約2,000品目程度)
- ※ イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。
(注) 令和6年4月施行(ただし、材料価格は令和6年6月施行)

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

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

- ・医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

4. 医療制度改革

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

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

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ◎物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応

- ◎全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ◎医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ◎社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

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

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

【具体的方向性の例】

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

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

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

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

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

(1) 「個別改定項目について」による改定項目一覧

中央社会保険医療協議会資料 総-1 (令和6年2月14日) 目次

I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

I-1 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組

- ① 質上げに向けた評価の新設
- ② 入院基本料等の見直し
- ③ 初再診料等の評価の見直し
- ④ 歯科医療における初再診料等の評価の見直し
- ⑤ 地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し

I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し
- ② 特定集中治療室管理料等の見直し
- ③ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
- ④ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上
- ⑤ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し

I-3 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けた取組の評価

- ① ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

I-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

- ① 地域医療体制確保加算の見直し
- ② 勤務医の働き方改革の取組の推進

I-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充

- ① 特定集中治療室管理料等の見直し
- ② 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し
- ③ 感染対策向上加算等における専従要件の明確化
- ④ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進
- ⑤ 訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進

I-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応

- ① 時間外対応加算の見直し
- ② 特定集中治療室管理料等の見直し
- ③ 超急性期脳卒中加算の見直し
- ④ 脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価
- ⑤ DPC / PDPSの見直し
- ⑥ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し
- ⑦ 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

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

II-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

- ① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し
- ② 医療DX推進体制整備加算の新設
- ③ 在宅医療における医療DXの推進
- ④ 訪問看護医療DX情報活用加算の新設
- ⑤ 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進
- ⑥ へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

- ⑦ 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ⑧ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設
- ⑨ 小児特定疾患カウンセリング料の見直し
- ⑩ 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設
- ⑪ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設
- ⑫ 歯科遠隔連携診療料の新設
- ⑬ 超急性期脳卒中加算の見直し
- ⑭ 脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価
- ⑮ 診療録管理体制加算の見直し
- ⑯ プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価
- ⑰ 診療報酬における書面要件の見直し
- ⑱ 書面揭示事項のウェブサイトへの掲載
- ⑲ 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

- ① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価
- ② 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受け入れの推進
- ③ 医療機関と介護保険施設の連携の推進
- ④ 介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し
- ⑤ リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進
- ⑥ 退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進
- ⑦ 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進
- ⑧ 入退院支援加算1・2の見直しについて
- ⑨ 在宅療養指導料の見直し
- ⑩ 認知症ケア加算の見直し
- ⑪ 入院基本料等の見直し
- ⑫ 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し
- ⑬ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し
- ⑭ 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進
- ⑮ リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

- ① 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進
- ② 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進
- ③ 疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の新設
- ④ 呼吸器リハビリテーション料の見直し
- ⑤ 療養病棟入院基本料の見直し
- ⑥ 入院基本料等の見直し
- ⑦ 医療と介護における栄養情報連携の推進
- ⑧ 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

- ① 急性期充実体制加算の見直し
- ② 総合入院体制加算の見直し
- ③ 急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の見直し
- ④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項

目及び施設基準の見直し

- ⑤特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑥ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し
- ⑦重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化
- ⑧重症患者対応体制強化加算の要件の見直し
- ⑨短期滞在手術等基本料の評価の見直し
- ⑩地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価
- ⑪主としてケアを担う看護補助者の評価の新設
- ⑫地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し
- ⑬回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し
- ⑭療養病棟入院基本料の見直し
- ⑮有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し
- ⑯児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設
- ⑰障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し
- ⑱障害者施設等入院基本料等の見直し
- ⑲緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実
- ⑳医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し
- ㉑医療資源の少ない地域の対象地域の見直し
- ㉒DPC / PDPSの見直し
- ㉓血友病患者の治療の評価の見直し

Ⅱ-5 外来医療の機能分化・強化等

- ①生活習慣病に係る医学管理料の見直し
- ②特定疾患処方管理加算の見直し
- ③地域包括診療料等の見直し

Ⅱ-6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

- ①感染対策向上加算の見直し
- ②外来感染対策向上加算の見直し
- ③感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価
- ④サーベイランス強化加算等の見直し
- ⑤新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築
- ⑥連携強化加算（調剤基本料）の見直し
- ⑦新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

Ⅱ-7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

- ①地域包括診療料等の見直し
- ②時間外対応加算の見直し
- ③小児かかりつけ診療料の見直し
- ④継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進
- ⑤かかりつけ薬剤師指導料の見直し
- ⑥服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し
- ⑦薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

Ⅱ-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ①介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進
- ②地域における24時間の在宅医療提供体制の構築の推進
- ③往診に関する評価の見直し
- ④在宅医療におけるICTを用いた医療情報連携の推進
- ⑤在宅療養移行加算の見直し
- ⑥在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設
- ⑦在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進
- ⑧在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ⑨在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し

- ⑩在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進
- ⑪包括的支援加算の見直し
- ⑫訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し
- ⑬頻回訪問加算の見直し
- ⑭訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化
- ⑮虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進
- ⑯訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し
- ⑰訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進
- ⑱緊急訪問看護加算の評価の見直し
- ⑲医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
- ⑳母子に対する適切な訪問看護の推進
- ㉑訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し
- ㉒訪問看護医療DX情報活用加算の新設
- ㉓ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設
- ㉔質の高い在宅歯科医療の提供の推進
- ㉕訪問歯科衛生指導の推進
- ㉖小児に対する歯科訪問診療の推進
- ㉗入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進
- ㉘多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し
- ㉙在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設
- ㉚医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し
- ㉛高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ-1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

- ①入院時の食費の基準の見直し

Ⅲ-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

- ①一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し
- ②外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ③遺伝学的検査の見直し
- ④抗HLA抗体検査の算定要件の見直し
- ⑤人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑥入院基本料等の見直し
- ⑦看護補助体制充実加算に係る評価の見直し
- ⑧医療安全対策の推進
- ⑨手術等の医療技術の適切な評価
- ⑩質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑪医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進
- ⑫新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進

- ①データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し
- ②回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し
- ③回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

Ⅲ-4 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）

Ⅲ-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

- ①初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価
- ②救急医療管理加算の見直し

Ⅲ-4-2 小児医療、周産期医療の充実

- ①新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設
- ②小児特定疾患カウンセリング料の見直し
- ③小児緩和ケア診療加算の新設
- ④小児かかりつけ診療料の見直し
- ⑤小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し
- ⑥小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し
- ⑦医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設
- ⑧入退院支援加算3の見直し
- ⑨一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料3の見直し
- ⑩小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設
- ⑪母体・胎児集中治療室管理料の見直し
- ⑫ハイリスク妊娠管理加算の見直し

Ⅲ-4-3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

- ①がん性疼痛緩和指導管理料の見直し
- ②緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実
- ③在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設
- ④在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進
- ⑤小児緩和ケア診療加算の新設
- ⑥外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ⑦がん拠点病院加算の見直し

Ⅲ-4-4 認知症の者に対する適切な医療の評価

- ①入院基本料等の見直し
- ②認知症ケア加算の見直し
- ③地域包括診療料等の見直し
- ④認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- ①精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設
- ②地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し
- ③精神科入退院支援加算の新設
- ④療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し
- ⑤通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設
- ⑥児童思春期支援指導加算の新設
- ⑦心理支援加算の新設
- ⑧精神科在宅患者支援管理料の見直し

Ⅲ-4-6 難病患者に対する適切な医療の評価

- ①難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ②遺伝学的検査の見直し

Ⅲ-5 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

- ①生活習慣病に係る医学管理料の見直し
- ②特定疾患処方管理加算の見直し
- ③地域包括診療料等の見直し
- ④慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設
- ⑤薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

Ⅲ-6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- ①医科歯科連携の推進
- ②回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進
- ③歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し
- ④医歯薬連携の推進
- ⑤ライフステージに応じた口腔機能管理の推進
- ⑥客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進
- ⑦認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

- ⑧かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進
- ⑨歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し
- ⑩う蝕の重症化予防の推進
- ⑪歯周病の重症化予防の推進
- ⑫歯科衛生士による実地指導の推進
- ⑬情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設
- ⑭歯科遠隔連携診療料の新設
- ⑮歯科固有の技術の評価の見直し

Ⅲ-7 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価

- ①薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し
- ②薬学的なフォローアップに関する評価の見直し
- ③薬局における嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し
- ④外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ⑤入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
- ⑥薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

Ⅲ-8 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

- ①調剤基本料の見直し
- ②地域支援体制加算の見直し
- ③休日・深夜加算の見直し
- ④いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し
- ⑤連携強化加算（調剤基本料）の見直し

Ⅲ-9 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

- ①長期収載品の保険給付の在り方を見直し
- ②医薬品取引状況に係る報告の見直し
- ③プログラム医療機器についての評価療養の新設

Ⅳ 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方を見直し等

- ①医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編
- ②バイオ後続品の使用促進
- ③長期収載品の保険給付の在り方を見直し
- ④再製造単回使用医療機器の使用に対する評価
- ⑤プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価

Ⅳ-2 費用対効果評価制度の活用

Ⅳ-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

- ①実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化
- ②人工腎臓の評価の見直し
- ③検査、処置及び麻酔の見直し

Ⅳ-4 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

Ⅳ-5 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

Ⅳ-6 外来医療の機能分化・強化等

外来医療の機能分化・強化等

Ⅳ-7 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

Ⅳ-8 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進

- ①入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
- ②医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編
- ③投薬用の容器に関する取扱いの見直し

Ⅳ-9 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

(2) 「個別改定項目について」にもとづく改定内容 (区分番号・診療行為別)

1 全般的・横断的事項

・ I 1 ①等は「個別改定項目について」における項番

賃上げに向けた評価の新設 I 1 ①					
基本的な考え方	看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。				
具体的な内容 (要旨)	<table border="1"> <tr> <td>〔医療機関 (医科) における対応〕</td> <td>〔医科点数表の特掲診療料に「第14部 その他」を新設〕 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) O102入院ベースアップ評価料 O000(A500から移動) 看護職員処遇改善評価料</td> </tr> <tr> <td>〔訪問看護ステーションにおける対応〕</td> <td>〔訪問看護療養費費用算定基準に「区分06」を新設〕 訪問看護ベースアップ評価料 (I) 訪問看護ベースアップ評価料 (II)</td> </tr> </table> <p>ア 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。 イ 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。 ウ 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。 エ 令和6年度及び令和7年度に賃金の改善を確実に実施するために、看護職員処遇改善評価料の施設基準を見直す。</p>	〔医療機関 (医科) における対応〕	〔医科点数表の特掲診療料に「第14部 その他」を新設〕 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) O102入院ベースアップ評価料 O000(A500から移動) 看護職員処遇改善評価料	〔訪問看護ステーションにおける対応〕	〔訪問看護療養費費用算定基準に「区分06」を新設〕 訪問看護ベースアップ評価料 (I) 訪問看護ベースアップ評価料 (II)
〔医療機関 (医科) における対応〕	〔医科点数表の特掲診療料に「第14部 その他」を新設〕 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) O102入院ベースアップ評価料 O000(A500から移動) 看護職員処遇改善評価料				
〔訪問看護ステーションにおける対応〕	〔訪問看護療養費費用算定基準に「区分06」を新設〕 訪問看護ベースアップ評価料 (I) 訪問看護ベースアップ評価料 (II)				
入院時の食費の基準の見直し III 1 ①					
基本的な考え方	食料費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。				
具体的な内容 (要旨)	入院時食事療養 (I)・(II) の費用の額及び入院時生活療養 (I)・(II) のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ 1 食当たり 30円引き上げる。				
診療報酬における書面要件の見直し II 1 ⑩					
基本的な考え方	医療 DX を推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。				
具体的な内容 (要旨)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 文書による提供等をする事とされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局又は患者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。 2. 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。 				
書面掲示事項のウェブサイトへの掲載 II 1 ⑪					
基本的な考え方	デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。				
具体的な内容 (要旨)	保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、書面掲示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。				
手術等の医療技術の適切な評価 III 2 ⑨					
基本的な考え方	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術 (先進医療として実施されている技術を含む。) について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。 2. 新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。 3. 外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。 4. 治療薬の適応の判断に用いられるPET検査について迅速な保険適用が可能となるように、保険適用の手続きについて所要の見直しを行う。 				
具体的な内容 (要旨)	1. 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術 (先進医療として実施されている技術を含む。) の保険導入及び既取載技術の再評価 (廃止を含む。) を行うとともに、算定回数が極めて少なく、他の技術により置き換えられている技術について、項目を削除する。				

	<p>また、保険医療材料等専門組織において医療技術評価分科会における検討を要するとされ医療技術評価分科会で検討を行う技術について、直近の診療報酬改定において保険適用されるまでの間、評価療養として実施可能にする。</p> <p>2. C2区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。</p> <p>3. 外科学会社会保険委員会連合「外保連試算2024」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。</p> <p>4. 治療薬の適応の判断に用いられるPET検査について迅速な保険適用が可能となるように、医療機関が購入したPET製剤を使用するPET検査について、保険医療材料等専門組織及び薬価算定組織において保険適用の妥当性、準用技術料の設定及び薬価について審議を行うこととする。</p>
医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進 III 2 ①	
基本的な考え方	患者・利用者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、令和6年6月より、指定訪問看護事業者による明細書の無料発行を義務化するとともに、診療所(医科・歯科)における明細書無料発行の義務の免除規定について、全ての医療機関において発行可能な環境を整備した上で、廃止する。
具体的な内容(要旨)	診療所(医科・歯科)における明細書無料発行の免除規定について、標準型レセコンの提供等により、全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目処として廃止する。 (訪問看護ステーションにおける見直し内容→36頁)
医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化 I 3 ②	
基本的な考え方	医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。
具体的な内容(要旨)	<p>1. 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合及び必要以上に添付書類を求めている施設基準の添付書類の省略化などを行う。</p> <p>2. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行い、医療機関・薬局のレセプト作成に係る事務負担軽減を図る。</p> <p>3. 施設基準の届出について、現在紙で届け出ることとされている施設基準について電子的な届出を可能にすることで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。</p>
医療資源の少ない地域の対象地域の見直し I 6 ⑦	
基本的な考え方	医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直す。
具体的な内容(要旨)	医療資源の少ない地域について、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定に対応するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。
介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し(給付調整その1) II 2 ④	
基本的な考え方	<p>医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。</p> <p>①介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。</p> <p>②令和6年3月末を以て介護療養病床が廃止されることに伴い、医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床に関する記載を削除する。</p> <p>③保険薬局の薬剤師が介護老人保健施設及び介護医療院に入所する患者に対し、専門的な薬学管理が必要な薬剤の調剤や服薬指導等を行った場合の医療保険と介護保険の給付調整の範囲を見直す。</p>
具体的な内容(要旨)	<p>1. 介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する放射線治療の医学管理及び緩和ケアの医学管理に関する費用を医療保険において算定可能とする。</p> <p>2. 介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師(以下「当該介護老人保健施設等の医師」という。)以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合、処方箋の発行にかかる費用を医療保険において算定可能とする。</p> <p>3. 介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者に対する植込型補助人工心臓(非拍動流型)に係る指導管理の費用を医療保険において算定可能とする。</p> <p>4. 介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に、応需した保険薬局における調剤等にかかる費用を医療保険において算定可能とする。</p> <p>5. 新興感染症等発生時において、施設に入所している感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合、医療保険において算定可能とする。</p> <p>6. 障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に訪問診療を行った場合の費用を医療保険において算定可能とする。</p> <p>7. 医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床等に係る記載を削除する。</p>
血友病患者の治療の評価の見直し(給付調整その2) II 4 ②	
基本的な考え方	血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、薬剤料を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の取扱いを見直す。
具体的な内容(要旨)	介護老人保健施設及び介護医療院で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の対象範囲を見直す。
長期収載品の保険給付の在り方の見直し[令和6年10月1日から施行・適用] III 9 ①	
基本的な考え方	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、保険給付の在り方を見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。

具体的な内容	<p>1. 長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市后5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となった長期収載品を対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。</p> <p>2. 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、後発医薬品を提供することが困難な場合（例：薬局に後発医薬品の在庫が無い場合）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。</p> <p>3. 長期収載品は、準先発品を含むこととし、バイオ医薬品は対象外とする。また、後発医薬品への置換率が極めて低い場合（置換率が1%未満）である長期収載品は、上市后5年以上経過したものであっても、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当することから、対象外とする。</p> <p>4. あわせて、次のような対応を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期収載品の投与に係る特別の料金その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。 ・医療上の必要性があると認められる場合について、処方等の段階で明確になるよう、処方箋様式を改正する。
プログラム医療機器についての評価療養の新設 III 9 ③	
基本的な考え方	<p>イノベーションの促進の観点から、一般的に侵襲性が低いプログラム医療機器の特性も踏まえつつ、薬事上の第1段階承認を取得したプログラム医療機器及びチャレンジ申請を行うプログラム医療機器の使用又は支給について、評価療養として実施可能とする。</p>
DPC/PDPSの見直し II 4 ㉔	
基本的な考え方	<p>DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、DPC対象病院の基準を見直す。また、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。</p>

2 医科・基本診療料

- ・各項目の点数の変更・新設については、本書第2部「点数表 新旧対照表」を参照。
- ・「項番」欄の「I 1③」等は「個別改定項目について」における項番を示す。

区分番号	診療行為名	基本的な考え方(網掛け部分)／具体的な内容(要旨)	項番
第1部 初・再診料			
A000 A001 A002	初診料 再診料 外来診療料	外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、職員の質上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。 外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の質上げを実施すること等の観点から、初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点引き上げる。	I 1③
A000注4 A001注2 A002注4	妥結率関係(初診料/再診料/外来診療料)	「医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会」で取りまとめられた「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」の改訂を踏まえ、医薬品の適正な流通を確保する観点から、保険医療機関及び保険薬局の医薬品取引状況に係る報告の見直しを行う。 医療用医薬品の適正な流通取引が行われる環境を整備するため、今般改訂される流通改善ガイドラインを踏まえ、現在報告を求めている医療用医薬品の単品単価契約率及び一律引引き契約に係る状況に代えて、取引に係る状況の報告を求めるとともに、流通改善ガイドラインを踏まえた流通改善に関する取組状況について報告を求めるとする。 なお、流通改善ガイドラインは本年度中に改訂予定であり、現在示されている改訂案に基づき報告内容を見直すものである。	III 9②
A000注11 A001注15	外来感染対策向上加算(初診料/再診料)	第8次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。 1. 外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する。 2. 外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す。	II 6②
A000注13 A001注17	サーベイランス強化加算(初診料/再診料)	我が国におけるAccess抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、サーベイランス強化加算について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。	II 6④
A000注14[新] A001注18[新]	抗菌薬適正使用体制加算	サーベイランス強化加算について、サーベイランスへの参加自体に対する評価と、サーベイランスにおける抗菌薬の適正使用状況のモニタリングにより、目標値を達成している又は参加医療機関の中で実績が上位である医療機関に対する評価に区分するよう見直しを行う。	
A000注15 A001注19 A002注10	医療情報・システム基盤整備体制充実加算→医療情報取得加算(初診料/再診料/外来診療料)	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。 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、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たことを踏まえ、体制整備に係る評価から、初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ、評価の在り方を見直すとともに、名称を医療情報取得加算に見直す。	II 1①
A000注16[新]	医療DX推進体制整備加算(初診料)	オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療DXを推進する体制について、新たな評価を行う。 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。	II 1②
A001注20[新] A002注11[新]	看護師等遠隔診療補助加算(再診料/外来診療料)	へき地医療において、患者が看護師等という場合のオンライン診療(DtoPwithN)が有効であることを踏まえ、へき地診療所・へき地医療拠点病院がDtoPwithNを実施する場合について、新たな評価を行う。 へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、DtoPwithNを実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。	II 1⑥
A001注10	時間外対応加算(再診料)	近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。	I 6① II 7②

		時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。	
A001注12/注13	地域包括診療加算／認知症地域包括診療加算（再診療料）	<p>かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方への活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、要件及び評価を見直す。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域包括診療料等の算定要件に、介護支援専門員及び相談支援員との相談に応じること等を追加する。また、担当医のサービス担当者会議への参加実績、担当医の地域ケア会議への参加実績又は保険医療機関において介護支援専門員と対面若しくはICT等での相談の機会を設けていることを施設基準に追加する。 2. 担当医が認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましいことを、地域包括診療料等の要件に追加する。 3. 市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があることを、地域包括診療料等の要件に追加する。 4. 患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方に対応可能であることを、患者に周知することを、地域包括診療料等の要件に追加する。 5. 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加する。 6. 患者やその家族からの求めに応じ、文書を用いた適切な説明を行うことが望ましいことを要件に追加するとともに、文書の交付について、電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーの入力に代えることができることとする。 7. 上記の見直し及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、地域包括診療加算等の評価を見直す。 	II 5 ③ III 4-4 ③
第2部 入院料等			
入院料 通則	栄養管理体制の基準	<p>退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。</p> <p>入院料の施設基準における栄養管理体制の基準に、標準的な栄養評価手法の活用及び退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を栄養管理手順に位置づけることを明確化する。</p>	I 1 ②
入院料 通則	適切な意思決定支援の基準	<p>人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。</p> <p>小児入院医療管理料等を算定する病棟のみを有する保険医療機関以外の入院基本料及び特定入院料を算定している医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。また、既に当該指針の作成が要件となっている入院料等の施設基準については廃止する。</p>	I 1 ②
入院料 通則	身体的拘束の最小化のための基準	<p>医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。</p> <p>入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、身体的拘束の最小化の実施体制を整備することを規定する。なお、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の規定によるものとする。</p>	I 1 ②
A100～A300～	各入院基本料・特定入院料	40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、入院基本料等の評価を見直す。	I 1 ② II 2 ① II 3 ⑥ III 2 ⑥ III 4-4 ①
入院料 横断的事項	包括払いの入院料等における包括範囲の見直し	血友病患者における治療の選択肢を広げる観点から、薬剤料を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の取扱いを見直す。	II 4 ㉓
A101ほか	療養病棟入院基本料ほか	療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直す。	
入院料 横断的事項		ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。	I 3 ① I 5 ④
A207-3注3	夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）	ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」に取り組むことが望ましいこととする。	
A106注10	夜間看護体制加算		

<p>A207-4・1イ 及び2イ</p> <p>A214注3</p> <p>A311注5/ A311-3注5</p> <p>A306注8</p>	<p>(障害者施設等入院基本料) 看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員16対1配置加算1 夜間看護体制加算(看護補助加算) 看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料/精神科救急・合併症入院料) 時間外受入体制強化加算(小児入院医療管理料)</p>		
<p>入院料 横断的事項</p> <p>A207-3注4 A214注4</p> <p>A207-3注3 A214注3 A106注11</p>	<p>看護補助充実体制加算(急性期看護補助体制加算/看護補助加算) 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算/看護補助加算/障害者施設等入院基本料)</p>	<p>看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価並びに夜間看護体制加算の評価を見直す。</p> <p>1. 看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する。 2. 看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。 3. 看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。</p>	<p>I 5 ② III 2 ⑦</p>
<p>入院料 横断的事項</p> <p>A101注13</p> <p>A106注10</p> <p>A308-3注5</p>	<p>看護補助充実体制加算 療養病棟入院基本料 障害者施設等入院基本料 地域包括ケア病棟入院料</p>	<p>看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について、新たな評価を行う。</p> <p>療養病棟入院基本料等において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。</p>	<p>II 4 ①</p>
<p>A100ほか</p>	<p>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度</p>	<p>急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び該当患者割合の基準を見直す。</p> <p>1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。 ○「創傷処置」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とするとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外する。 ○「呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする。 ○「注射薬剤3種類以上の管理」の項目について、初めて該当した日から7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。 ○「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外する。 ○「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外する。 ○「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」、「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更する。 ○「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を現在の5日間から2日間に変更する。 ○C項目の対象手術及び評価日数について、実態を踏まえ見直す。 ○短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える。 2. 急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、 ①「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること</p>	<p>II 4 ④</p>

		②「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること の両者を満たすことを施設基準とする。 3. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。	
A100 A300 A301	1イロハ 2/4 特定集中治療室管理料	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床未満）又は急性期一般入院料2若しくは3（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱが用いられるよう、要件を見直す。 以下の病棟又は治療室については、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化する。 1. 許可病床数200床未満の保険医療機関において、急性期一般入院料1を算定する病棟（電子カルテシステムを導入していない場合を除く。） 2. 許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関において、急性期一般入院料2又は3を算定する病棟 3. 救命救急入院料2又は4を算定する治療室 4. 特定集中治療室管理料を算定する治療室	Ⅱ 4 ⑦ Ⅰ 2 ②
A100	1	急性期一般入院料 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。	Ⅲ 4 - 1 ①
A100	1イ	急性期一般入院料1 医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料1の病棟における実態を踏まえ、急性期一般入院料1について、平均在院日数に係る要件を見直す。 急性期一般入院料1の施設基準のうち平均在院日数の基準について、18日から16日に見直す。	Ⅱ 4 ③
A101	療養病棟入院基本料	療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。 ①疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。 ②適切な栄養管理を推進する観点から、中心静脈栄養の評価を見直す。 ③適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。 ④医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。 ⑤中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ、療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。 1. 医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのADL区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す。 2. 療養病棟入院基本料について、40歳未満の勤務医師、事務職員等の質上げに資する措置として評価を見直す。 3. 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。 4. 中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。また、中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。 5. 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止した上で、廃止される経過措置のうち、入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上の要件については、令和6年9月30日までの経過措置を設ける。 6. 医療区分、ADL区分ともに1である入院料27（現行の入院料Ⅰ）について、1日につき2単位を超える疾患リハビリテーション料を包括範囲に含める。 7. 療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。	Ⅱ 3 ⑤ Ⅱ 4 ⑭
A106 A211 A306 A309	障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院施設管理加算 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料	障害者施設等入院基本料等の要件である、病棟の入院患者のうち重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者等が占める割合について、一部の医療機関において大きく下回る施設があったことを踏まえ、障害者施設等入院基本料等について要件を見直す。 障害者施設等入院基本料2～4、特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の要件における重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止するとともに、該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこととする。	Ⅱ 4 ⑰

I 医科診療報酬点数表 新旧対照表

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<p>1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p> <p>2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。</p> <p>3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	
第1節 初診料 A000 初診料 【点数の見直し】 【点数の見直し】 【点数の見直し】	A000 初診料 291点 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、253点を算定する。 注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるも	A000 初診料 288点 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。 注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるも

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	<p>のを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、<u>216点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>188点</u>)を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。))及び一般病床の数が200未満であるものを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、<u>216点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>188点</u>)を算定する。</p>	<p>のを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、<u>214点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>186点</u>)を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。))及び一般病床の数が200未満であるものを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、<u>214点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>186点</u>)を算定する。</p>
【点数の見直し】	<p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率(当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。)に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。)に占める卸売販売業者(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。)に関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(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、<u>216点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>188点</u>)を算定する。</p>	<p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率(当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。)に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。)に占める卸売販売業者(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。)に関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(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、<u>214点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>186点</u>)を算定する。</p>
【点数の見直し】	<p>注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り<u>146点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>127点</u>)を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、<u>108点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>94点</u>)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注16までに規定する加算は算定しない。</p> <p>注6 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注8に規</p>	<p>注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り<u>144点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>125点</u>)を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、<u>107点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>93点</u>)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注15までに規定する加算は算定しない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、345点）を所定点数に加算する。</p> <p>注8 小児科を標榜する保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 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（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあつては、この限りでない。</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、<u>発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。</u></p>	<p>注11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。</p> <p>注12 注11に該当する場合であつて、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注13 注11に該当する場合であつて、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届</p>
【注の見直し】		
【注の見直し】		
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 239 234 264">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 426 234 452">【注の削除】</p> <p data-bbox="138 768 234 794">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 1087 234 1112">【注の追加】</p>	<p data-bbox="417 133 797 239">け出た保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 239 797 423"><u>注14 注11本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月に1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p data-bbox="374 426 433 452">(削る)</p> <p data-bbox="374 768 797 1083"><u>注15 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十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子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又は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にあっては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p data-bbox="374 1087 797 1271"><u>注16 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。</u></p>	<p data-bbox="856 133 1236 214">た保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="813 239 913 264"><u>注14 削除</u></p> <p data-bbox="813 426 1236 768"><u>注15 初診に係る十分な情報を取得す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、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子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又は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にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。</u></p> <p data-bbox="813 768 872 794">(新設)</p> <p data-bbox="813 1087 872 1112">(新設)</p>
<p data-bbox="138 1325 303 1352">第2節 再診料</p> <p data-bbox="138 1379 257 1404">A001 再診料</p> <p data-bbox="138 1408 275 1433">【点数の見直し】</p> <p data-bbox="138 1615 275 1640">【点数の見直し】</p> <p data-bbox="138 1775 275 1800">【点数の見直し】</p>	<p data-bbox="374 1408 797 1433">A001 再診料 75点</p> <p data-bbox="374 1437 797 1615"><u>注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（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情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。</u></p> <p data-bbox="374 1619 797 1775"><u>注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、55点を算定する。</u></p> <p data-bbox="374 1779 797 1850"><u>注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわら</u></p>	<p data-bbox="813 1408 1236 1433">A001 再診料 73点</p> <p data-bbox="813 1619 1236 1775">注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、54点を算定する。</p> <p data-bbox="813 1779 1236 1850">注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわら</p>

- 2 基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。
- 3 特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示」〔（令和6年厚生労働省告示第58号）〕による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」〔（令和6年厚生労働省告示第59号）〕による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 6 「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」〔（令和6年厚生労働省告示第57号）〕による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療料については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療料名に他の事項を組み合わせて欄拂する場合も含むものであること。
- 7 特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。
- 8 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。
- 9 文書による提供等をするにとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

- 1 -

- 10 所定点数は、特に規定する場合を除き、注に規定する加算を含まない点数を指す。
- 11 区分番号は、例えば「A000」若診療における「A000」を指す。なお、以下区分番号という記述は省略し、「A000」のみ記載する。
- 12 施設基準の取扱いに関する通知については、「基本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5号〕を「基本診療料施設基準通知」、「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〕を「特掲診療料施設基準通知」という。

- 2 -

保医発 0305 第4号
令和6年3月5日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）長
国民健康保険長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）長
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和6年厚生労働省告示第57号）等が公布され、令和6年6月1日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添1、歯科診療報酬点数表については別添2及び調剤報酬点数表については別添3のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関等及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

従前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日保医発0304第1号）は、令和6年5月31日限り廃止する。

巻頭1

医科診療報酬点数表に関する事項

<通則>

- 1 1人の患者について審査の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。

第1章 基本診療料

第1節 初・再診料

<通則>

- 1 同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、2以上の傷病に罹っている患者について、それぞれの傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は1回に限り算定するものであること。
- 同一の保険医療機関において、2人以上の保険医（2以上の診療科にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても、同様であること。
- ただし、初診料の「注5」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の医療法施行令第3条の2第1項及び第2項に規定する診療料を初診として受診した場合並びに再診料の「注3」及び外来診療料の「注5」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の2つ目の診療料については、この限りでない。
- 2 初診又は再診が行われた同日であるか否かにかかわらず、当該初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。
- ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合
- イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合
- ウ 初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めただが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合
- 3 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が借又又は再診のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は借科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と借科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定することができる。
- ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と借科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。
- 4 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中においては、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算並びに外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外（外来診療科）の診療料を受け、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合においても、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。なお、この場合において、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算並びに外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の費用の請求については、診療報酬明細書は入院用を用いること。
- 5 初診又は再診において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日（訪問看護ステーション等の看護部等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合

に、使用した薬剤の費用については第2章第2節第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については同第4節特定保険医療材料により、当該保険医療機関において算定する。なお、当該薬剤の費用は、継続的な医学管理を行う必要がある場合に算定するものとし、「A000」初診料の算定のみにおいては算定できない。また、同様当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、当該保険医療機関において、第2章第3節第1節第1款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。

6 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。

第1節 初診料

A000 初診料

(1) 特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関において初診料を算定する。

(2) 「注1」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、以下のアからキまでの取扱いとす。

- ア 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- イ 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、オンライン指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- ウ 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関については、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日などは、当該保険医療機関が対応できず対応できない場合には、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。

(イ) 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関

名
(ロ) 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

エ オンライン指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応

することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
 オ 情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライ了指針に沿って診療を行い、オンライン指針において示された診療を行う一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療であることや診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、オンライン指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 カ 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

キ 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(3) 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認めべき徴候のない場合にあっても初診料を算定できる。

(4) 自覚的徴候がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者については、当該医師が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。

(5) (4)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

(6) 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中においては、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。

(7) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能負担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合他やむを得ない事情がある場合を除く。）又は「注3」の所定点数を算定する（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能ない保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるもの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」においては、紹介割合の算算が50%未満又は逆紹介割合の算算が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（同法第30条の18の2第1項

に規定する外来機能報告対象病院等のうち同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）をいい、「注3」においては、紹介割合の算算が40%未満又は逆紹介割合の算算が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。紹介割合及び逆紹介割合の算算の算定期間は、報告年度の前年度1年間（ただし、前年度1年間の算算が基礎に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間。また、新規に対象となる保険医療機関については、届出前3か月間の実績を有していること。）とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の算算が基準を上回る場合には、紹介割合等の計算等が低い保険医療機関とはみなされない。

※ 紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。

紹介割合 (%) = 逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数 × 100

逆紹介割合 (%) = 逆紹介患者数 ÷ (初診の患者数 + 再診の患者数) × 1,000
 なお、初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数をいう。

ア 初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合においては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

イ 再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合においては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、「B005-11」遠隔連携診療又は「B011」遠隔強化診療情報提供料を算定している患者及び転床した患者の数を除く。）とする。

ウ 紹介患者数については、他の保険医療機関（特別の關係（第2部通則7の(3)）に規定する「特別の關係」をいう。以下同じ。）にある保険医療機関を除く。）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）があった患者の数を数とする。

エ 逆紹介患者数については、診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対し、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、「B005-11」遠隔連携診療又は「B011」遠隔強化診療情報提供料を算定している患者を含む。）の数とする。

オ 救急患者数については、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数（搬送された時間を問わない。）とする。

- (8) 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。以下同じ。）は、紹介割合及び逆紹介割合を別添付表28に より、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関 であって、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。
- (9) 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）のうち、前年度1年間の紹介割合 の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の保険医療機関の取扱いについては、(8)と同様であること。
- (10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点か ら、毎年9月末日においても要件が低い状況又は妥結率、医療用医薬品の取引に係る状 況及び流通改善に関する取組状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特 定妥結率初診料を算定する。
- (11) 妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況の取扱いについ ては、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。
- (12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契 約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。
- (13) 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該 新たに発生した傷病について初診料は算定できない。
- ただし、「注5」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病 (1つ目の診療料で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連 のある疾病以外の疾病のこと)をいう。以下同じ。)について、新たに別の診療料（医療法 上の予防診療料のこと)をいう。以下同じ。)を初診として受診した場合（1つ目の診療料 の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。以下、同じ。）は、現に診療継続 中の診療料を除く診療料1つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継 続中以外のものであって、同一日に他の傷病で2以上の診療料を初診として受診する場合 においても、2つ目の診療料に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合にお いて、「注6」[注16]までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性 の高い診療料を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診 療料とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療料を受診した場合であっても同た だし書の所定点数は算定できない。
- (14) 患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診 療を受けられる場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の 診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、1月の期間の計算は、例えば、 2月10日～3月9日、9月15日～10月14日等と計算する。
- (15) (14)にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の 診療は、初診として取り扱う。
- (16) A 保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B 保険医療機関（特別の間

係にあるものを除く。) に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合 には、次のように取り扱うものとする。（「B009」診療情報提供料(1)の(5)から (7)までを参照。）

ア B 保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合
B 保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定 できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するA 保険医療機関との間で 合議の上、費用の精算を行うものとする。

イ B 保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合

B 保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

(17) 乳幼児加算
初診料を算定しない場合には、特に規定する場合を除き、「注6」の乳幼児加算は、算 定できない。

(18) 時間外加算
ア 各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一 定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8 時前と午後6時以降（土曜日を除く）とする。保険医療機関における当該休診日とする。 ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする保険医療機関等、当該標準による ことが困難な保険医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間 外として取り扱うものとする。

イ アにより時間外とされる場合においても、当該保険医療機関が常態として診療必需の 態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外の取扱いと はしない。

ウ 保険医療機関は診療時間を分かりやすい場所に表示する。

エ 時間外加算は、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により時間 外に診療を開始された場合は算定できない。

オ 時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・ 早朝等加算については、算定しない。

(19) 休日加算

ア 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律 第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、3 0日及び31日は、休日として取り扱う。

イ 休日加算は次の患者について算定できるものとする。

(イ) 客観的に休日における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次 に掲げる保険医療機関を受診した患者

① 地域医療支援病院

② 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急 病院又は救急診療所

③ 「救急医療対策の整備事業について」（昭和62年医発第692号）に規定された 保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づ

健康保険法施行規則

(大正15年内務省令第36号)

[健康保険法施行規則及び保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令の一部を改正する省令(令和6年3月5日厚生労働省令第34号)第1条による改正]

【令和6年6月1日施行】

改正後	改正前
(掲示) 第七十五条 (略) 2 指定訪問看護事業者は、原則として、前項の訪問看護ステーションである旨をウェブサイトに掲載しなければならない。	(掲示) 第七十五条 (略) (新設)

[経過措置]

改正省令附則第2条 この省令の施行の日から令和七年五月三十一日までの間は、第一条の規定による改正後の健康保険法施行規則第七十五条第二項の規定の適用については、同項中「指定訪問看護事業者は、原則として、前項の訪問看護ステーションである旨をウェブサイトに掲載しなければならない。」とあるのは「削除」とする。(ウェブサイトへの掲載に係る経過措置)

保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令

(昭和32年厚生省令第13号)

[健康保険法施行規則及び保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令の一部を改正する省令(令和6年3月5日厚生労働省令第34号)第2条による改正]

【令和6年6月1日施行】

改正後	改正前
(公示) 第五条 令第一条の規定による公示は、地方厚生局等が当該地方厚生局等の掲示場に掲示すること及び当該地方厚生局等のウェブサイトに掲載することによって行うものとする。	(公示) 第五条 令第一条の規定による公示は、地方厚生局等の掲示場に掲示することによって行うものとする。
(公示) 第二十一条 令第六条の規定による公示は、地方厚生局等が当該地方厚生局等の掲示場に掲示すること及び当該地方厚生局等のウェブサイトに掲載することによって行うものとする。	(公示) 第二十一条 令第六条の規定による公示は、地方厚生局等の掲示場に掲示することによって行うものとする。

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 揭示事項等

(平成18年厚生労働省告示第107号)

○令和6年3月5日厚生労働省告示第56号

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第19条第1項本文及び第21条第九号ただし書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第19条第1項本文の規定に基づき、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揭示事項等の一部を改正する告示を次のように定める。

①【令和6年4月1日適用】

改正後	改正前
<p>第三 療担規則第5条の4第1項及び療担基準第5条の4第1項の選定療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準</p> <p>一 (略)</p> <p>二 特別の療養環境の提供に関する基準</p> <p>(一) (略)</p> <p>(二) 特別の療養環境に係る病床数は、当該保険医療機関の有する病床（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第一号の指定に係る病床に限る。以下この号において同じ。）の数の5割以下でなければならないものとする。ただし、厚生労働大臣が次に掲げる要件を満たすものとして承認した保険医療機関にあつては、当該承認に係る病床割合以下とする。</p> <p>イ～ト (略)</p> <p>(三) (略)</p> <p>三～十 (略)</p> <p>第六 療担規則第19条第1項本文及び療担基準第19条第1項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品</p> <p>使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）の別表に記載されている医薬品（令和6年10月1日以降においては別表第1に記載されている医薬品を、令和7年4月1日以降においては別表第2に記載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に記載されている医薬品</p>	<p>第三 療担規則第5条の4第1項及び療担基準第5条の4第1項の選定療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準</p> <p>一 (略)</p> <p>二 特別の療養環境の提供に関する基準</p> <p>(一) (略)</p> <p>(二) 特別の療養環境に係る病床数は、当該保険医療機関の有する病床（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第一号の指定に係る病床（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法（平成9年法律第123号）第48条第1項第三号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第8条第26項に規定する療養病床等を除く。）に限る。以下この号において同じ。）の数の5割以下でなければならないものとする。ただし、厚生労働大臣が次に掲げる要件を満たすものとして承認した保険医療機関にあつては、当該承認に係る病床割合以下とする。</p> <p>イ～ト (略)</p> <p>(三) (略)</p> <p>三～十 (略)</p> <p>第六 療担規則第19条第1項本文及び療担基準第19条第1項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品</p> <p>使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）の別表に記載されている医薬品（令和5年10月1日以降においては別表第1に記載されている医薬品を、令和6年4月1日以降においては別表第2に記載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に記載されている医薬品</p>

別表第1から別表第3までを次のように改める。〔略〕

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

(平成18年厚生労働省告示第107号)

②【令和6年6月1日適用】

改正後	改正前
<p>第三 療担規則第5条の4第1項及び療担基準第5条の4第1項の選定療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 予約に基づく診察 (一)～(三) (略)</p> <p><u>四 原則として、予約診察を行う日時及び予約料をウェブサイトに掲載しなければならないものとする。</u></p> <p>四～六 (略)</p> <p>七 金属床による総義歯の提供に関する基準 (一)～(三) (略)</p> <p><u>四 原則として、金属床による総義歯に係る費用徴収その他必要な事項をウェブサイトに掲載しなければならないものとする。</u></p> <p>八 う蝕に罹患している患者の指導管理に関する基準 (一)・(二) (略)</p> <p><u>(三) 原則として、当該指導管理に係る費用徴収その他必要な事項をウェブサイトに掲載しなければならないものとする。</u></p> <p>九 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する基準 (一)・(二) (略)</p> <p><u>(三) 原則として、当該金属歯冠修復指導管理に係る費用徴収その他必要な事項をウェブサイトに掲載しなければならないものとする。</u></p> <p>十 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に関する基準 (一)～(三) (略)</p> <p><u>四 原則として、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要な事項をウェブサイトに掲載しなければならないものとする。</u></p>	<p>第三 療担規則第5条の4第1項及び療担基準第5条の4第1項の選定療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 予約に基づく診察 (一)～(三) (略) (新設)</p> <p>四～六 (略)</p> <p>七 金属床による総義歯の提供に関する基準 (一)～(三) (略) (新設)</p> <p>八 う蝕に罹患している患者の指導管理に関する基準 (一)・(二) (略) (新設)</p> <p>九 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する基準 (一)・(二) (略) (新設)</p> <p>十 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に関する基準 (一)～(三) (略) (新設)</p>
<p>第十の二 療担規則第20条第三号口及び療担基準第20条第四号口の厚生労働大臣が定める医薬品 第十二号に規定する医薬品及び貼付剤</p>	<p>第十の二 療担規則第20条第三号口及び療担基準第20条第四号口の厚生労働大臣が定める医薬品 第十二号に規定する医薬品及び湿布薬</p>
<p>第十一 療担規則第21条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合</p> <p>一 (略)</p> <p>二 歯科点数表の第2章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定により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行うゴールドデンハー症候群(鯉弓異常症を含む。)、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ピエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ターナー症候群、バックウィズ・ウイデマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、顔面半側肥大症、エリス・ヴァンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダー・ウィリー症候群、顔面裂(横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。)、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ピンダー症候群、スティック</p>	<p>第十一 療担規則第21条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合</p> <p>一 (略)</p> <p>二 歯科点数表の第2章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定により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行うゴールドデンハー症候群(鯉弓異常症を含む。)、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ピエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ターナー症候群、バックウィズ・ウイデマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、顔面半側肥大症、エリス・ヴァンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダー・ウィリー症候群、顔面裂(横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。)、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ピンダー症候群、スティック</p>

改正後	改正前
<p>クラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）、骨形成不全症、フリーマン・シエルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、6歯以上の先天性部分無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クラインフェルター症候群、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群、線維性骨異形成症、スタージ・ウェーバ症候群、ケルビズム、偽性副甲状腺機能低下症、Ekman-Westborg-Julin症候群、常染色体重複症候群、グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）、巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho-Rhino-Phalangeal症候群）、クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）、アラジール症候群、高IgE症候群、エーラス・ダンロス症候群若しくはガードナー症候群（家族性大腸ポリポージス）若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常又は3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合</p> <p>三 （略）</p>	<p>クラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）、骨形成不全症、フリーマン・シエルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、6歯以上の先天性部分無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クラインフェルター症候群、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群、線維性骨異形成症、スタージ・ウェーバ症候群、ケルビズム、偽性副甲状腺機能低下症、Ekman-Westborg-Julin症候群、常染色体重複症候群若しくはグリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）、巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho-Rhino-Phalangeal症候群）若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常又は3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合</p> <p>三 （略）</p>
<p>第十二 療担基準第 20 条第四号ハの処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合</p> <p>一～四 （略）</p> <p>五 <u>血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）</u></p> <p>六～十三 （略）</p>	<p>第十二 療担基準第 20 条第四号ロの処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合</p> <p>一～四 （略）</p> <p>五 <u>血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の支給を目的とする処方箋を交付する場合</u></p> <p>六～十三 （略）</p>