令和6年9月26日
埼玉県医師会　令和6年度診療報酬改定等に関する説明会

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

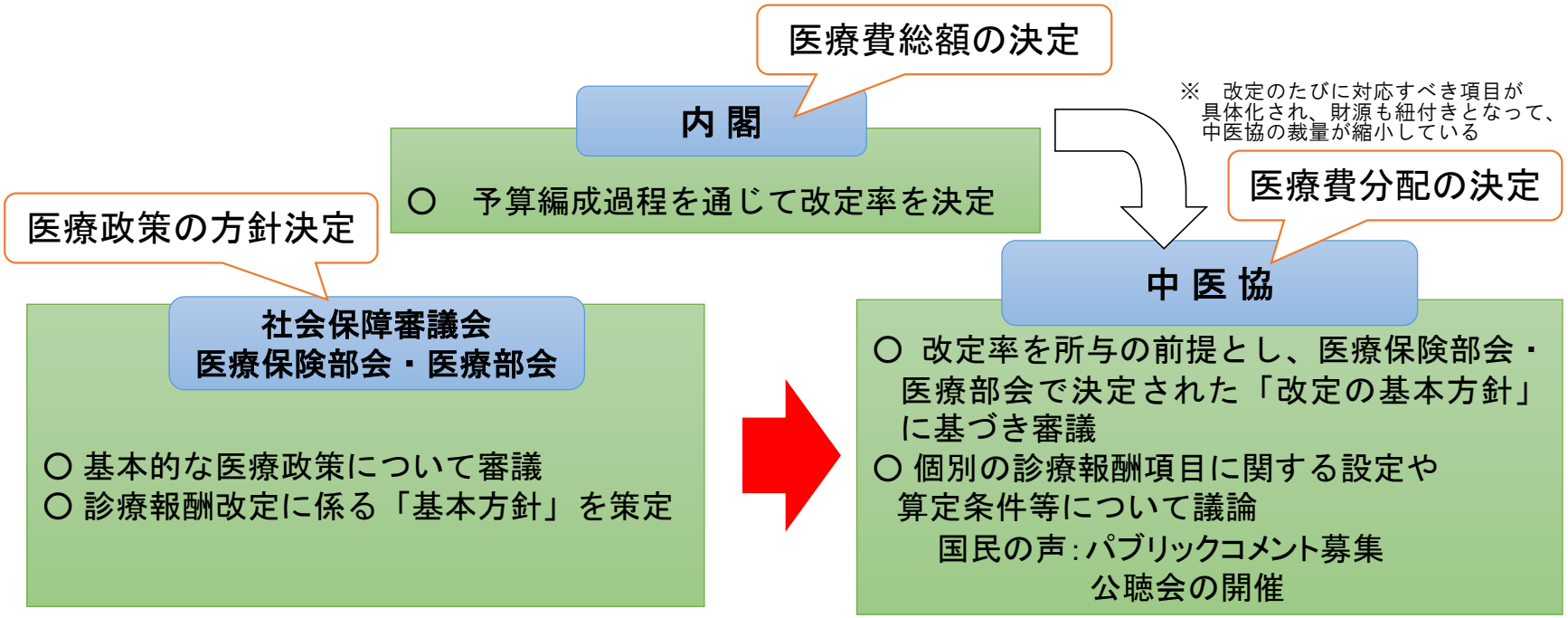


診療報酬改定

中医協（中央社会保険医療協議会）の役割

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

令和6年度診療報酬改定

中医協における経緯

《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、現場従事者の処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、現場従事者の処遇改善に向けて、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

（出所）財務省財政制度等審議会（令和5年11月20日）令和6年度予算の編成等に関する建議,資料「概要」（参考1）3項を基に一部改編
（https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia20231120/02.pdf）

2023年11月2日会見（財政審への反論）各社記事


NHK

NEWS WEB

NHK NEWS

日本医師会

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・福祉

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、医療の人件費などにあたる「本体」部分の大幅な引き上げが必要だという考えを示しました。

医療機関で支払われる診療報酬は2年に1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「現在の物価高騰や賃上げは、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転換し、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」部分の大幅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としてマイナス改定を主張している。改定率を決める年末に向け、両者の意見に隔たりは大きい。

財務省は1日に開いた財政制度等審議会（財務

日本医師会の松本会長は報酬改定で賃上げに対応するよう訴えた（2日、東京都文京区）

*日本経済新聞（2023年11月3日）

診療報酬アップ

日医会長が主張

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1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を示していた。

松本氏は、財政審が2020年度と比較して21～22年度の利益率が大幅に上がっていると指摘した点について、「（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」

日医松本会長が財務省に反論

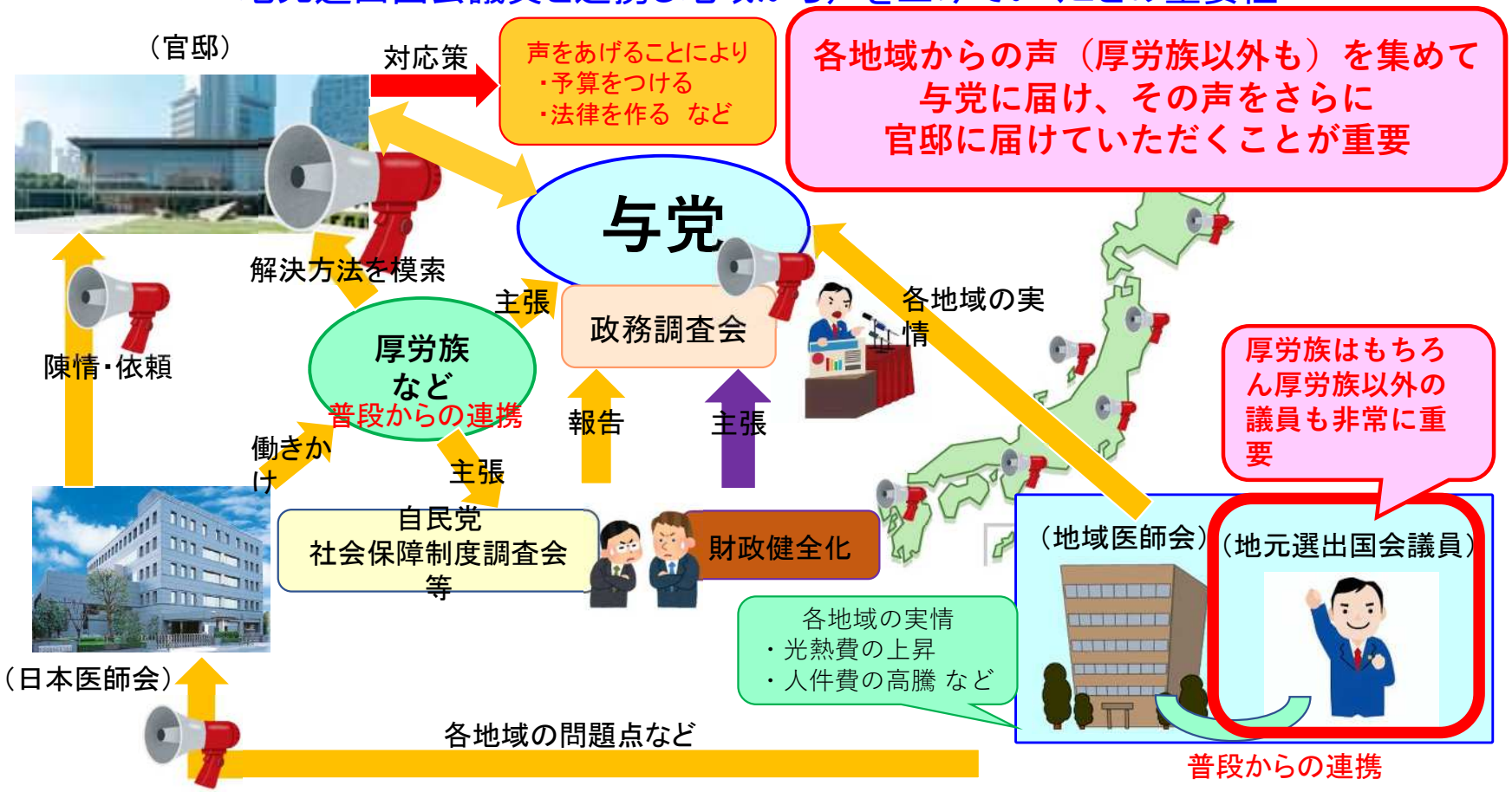


日本医師会（日医）の松本吉郎会長＝写真＝は記者会見で、医療サービスの対価である診療報酬の引き下げを求めた財務省に反論した。医療従事者の賃上げを実現するには大幅な引き上げが必要との考えを示した。2024年度の診療報酬改定に向け、政府は年末の予算編成で改定率を決める。

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。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。

*夕刊フジ（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%

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% 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%	看護職員その他医療関係職種について、ベ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食当たり30円）の対応** ＋0.06% **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

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

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

＋

※　入院に携わる職員のための評価

病院、有床診療所

②　入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

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

（新）　入院ベースアップ評価料（１日につき）

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

・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告

・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要　（令和６年度から令和７年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

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

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～③に伴う報告や抽出調査等により把握


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
イ 同一建物居住者等以外の場合 28点
ロ イ以外の場合 7点
評価料の収入の全額を賃上げ（職員のベア等）に充当しましょう
届出は簡単、「3」ステップ！！
STEP1
「届出書」、「賃金改善計画書」を作成
（届出については、次ページへ）
STEP2
メールで提出 ※紙面での提出も可
（6月から算定する場合、R6.5.2～R6.6.3までに地方厚生局へ提出）
STEP3
評価料の算定 & 賃上げを開始
厚生労働省
ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare
※この他、賃上げに関して、「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（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「入院ベースアップ評価料」、「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）」がございます。詳しくは厚生労働省のホームページをご覧ください。

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

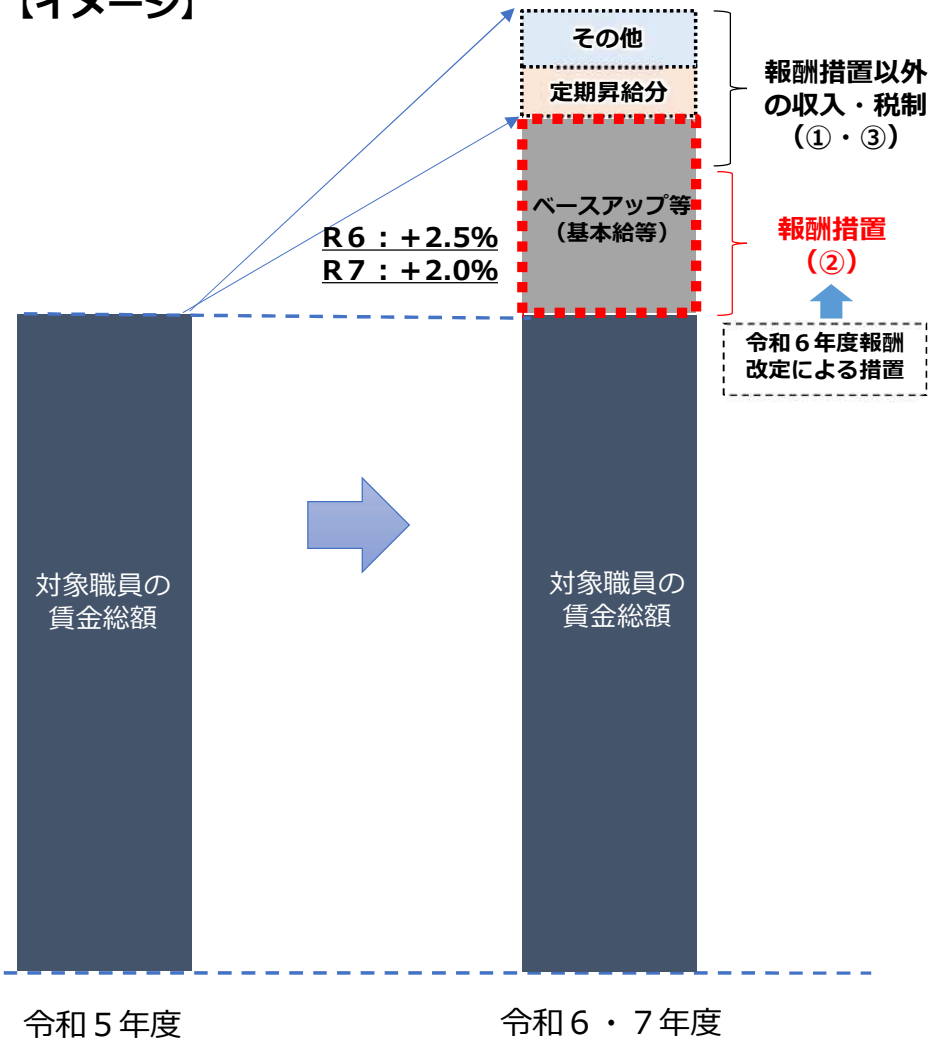
① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に

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で、＋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

★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

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÷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×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）
- 対象職員の職種：事務職員で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。
- 対処職員の人数：パート職員は勤務時間を常勤換算した上で人数に数える（0.4人、0.75人など）
- 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」

対象職種

1）対象職員をリストアップ

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

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

（3）賞与

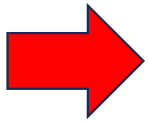
（4）法定福利費の事業主負担分
（1）＋（2）＋（3）合計額の16.5%　として計上してよい

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。

都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会（令和６年６月６日（木））

【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）



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）



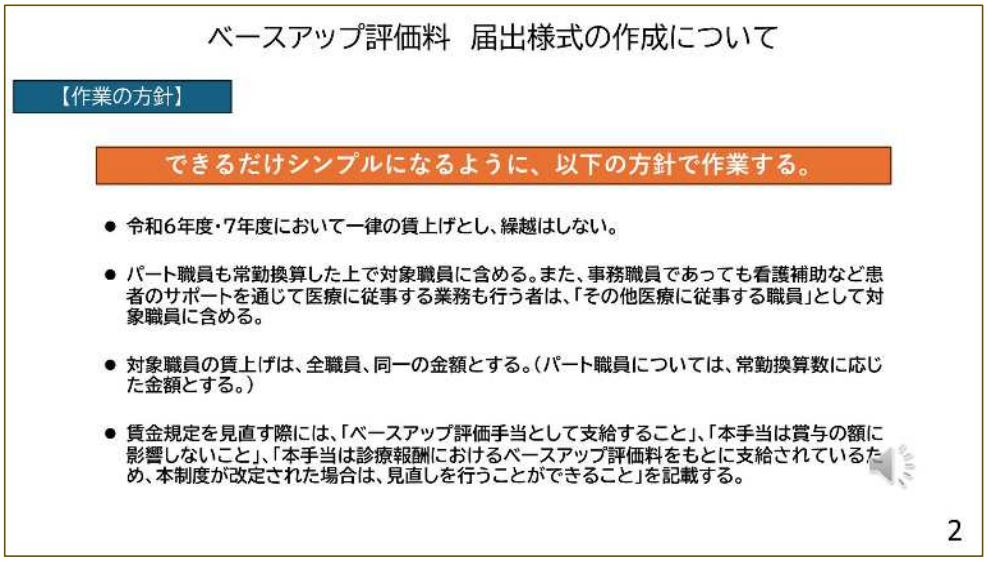
最もシンプルな例を解説するスライドも掲載済み

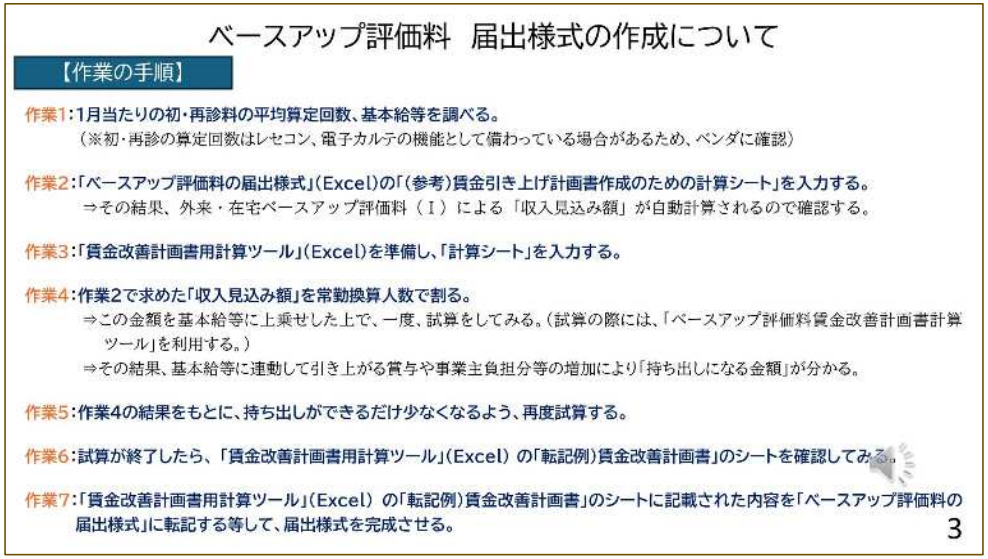
最もシンプルな例を解説するスライド

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

【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こと」を記載する。

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。

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【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

（1月当たりの初・再診料の平均算定回数）

レセコンのベンダーにも問い合わせて「１月当たりの初再診料の平均算定回数」を調べたところ、以下のとおりであった。

初診料	再診料
300回	1,200回

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【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**

（1月当たりの基本給等）

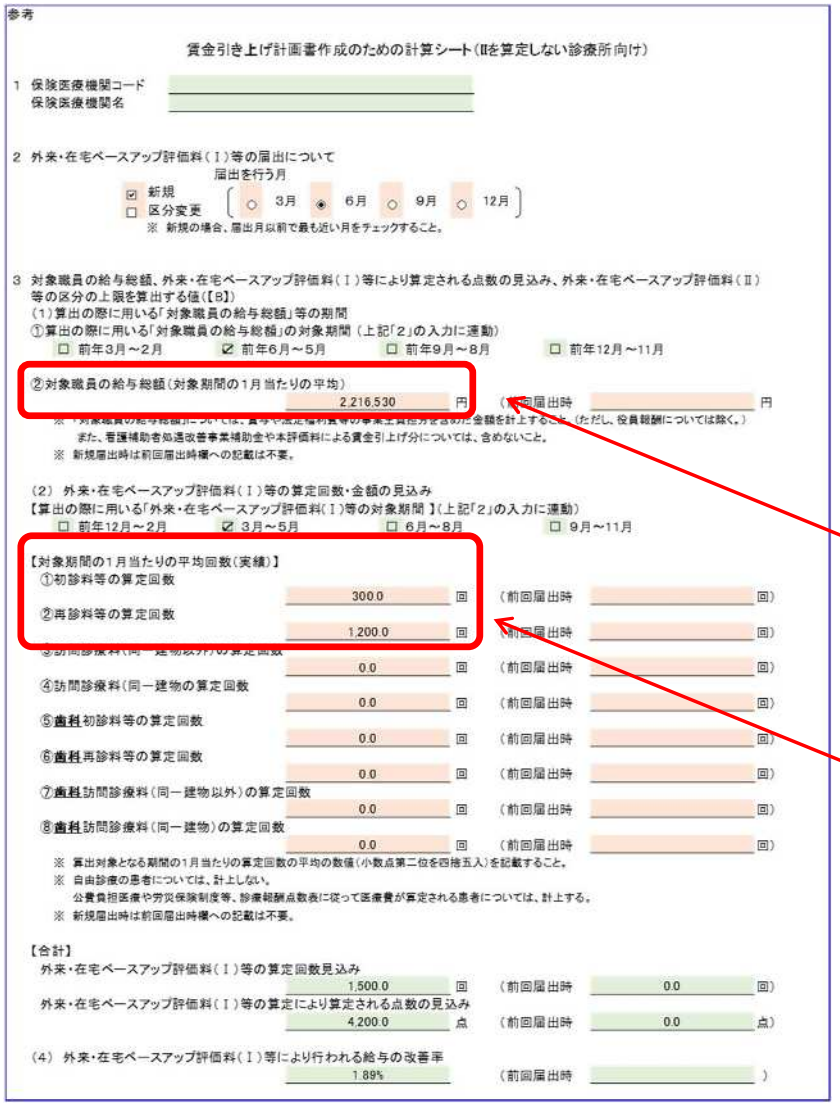
また、勤務する職員の基本給等、給与、賞与、法定福利費の事業主負担分、給与総額を調べたところ、以下のとおりであった。（過去１年分を調べて１月当たりの平均を算出した。）

職種	人数（常勤換算）	勤務形態	基本給等	給与	賞与	法定福利費の事業主負担割合	法定福利費の事業主負担分	給与総額
看護師	1人	常勤	360,000 円/月	378,000 円/月	90,000 円/月	16.50%	77,220 円/月	545,220 円/月
看護師	1 人（0.5人）	パート	180,000 円/月	180,000 円/月	45,000 円/月	16.50%	37,125 円/月	262,125 円/月
看護補助者	1人	常勤	300,000 円/月	330,000 円/月	75,000 円/月	16.50%	66,825 円/月	471,825 円/月
看護補助者	1人（0.5人）	パート	150,000 円/月	150,000 円/月	37,500 円/月	16.50%	30,938 円/月	218,438 円/月
事務職員	1人	常勤	250,000 円/月	262,500 円/月	62,500 円/月	16.50%	53,625 円/月	378,625 円/月
事務職員	1人	常勤	230,000 円/月	234,600 円/月	57,500 円/月	16.50%	48,197 円/月	340,297 円/月
合計	5 人	常勤	1,470,000 円/月	1,535,100 円/月	367,500 円/月	-	313,929 円/月	2,216,530 円/月

《用語の定義》

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）
給与	基本給等に加え、月ごとに変動する超過勤務手当等を含めたもの
賞与	年間の賞与金額を12か月で除した金額
法定福利費の事業主負担分	医療機関や職員の事情に応じて異なるが、この事例では給与＋賞与の16.5%として概算。 （厚生労働省の疑義解釈により、一律16.5%として計算することも認められている。）
給与総額	給与＋賞与＋法定福利費の事業主負担分の総額。ただし役員報酬については除く。

ベースアップ評価料　届出様式の作成について



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

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
☑ 新規　□ 区分変更　○ 3月　◉ 6月　○ 9月　○ 12月
※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

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）
2,216,530 円　（前回届出時　　円）
※ 「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く。）
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。
※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

（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　（前回届出時　　回）
②再診料等の算定回数　1,200.0 回　（前回届出時　　回）
③訪問診療料（同一建物以外）の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　回）
④訪問診療料（同一建物）の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　回）
⑤歯科初診料等の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　回）
⑥歯科再診料等の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　回）
⑦歯科訪問診療料（同一建物以外）の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　回）
⑧歯科訪問診療料（同一建物）の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　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。
※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【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　（前回届出時　0.0 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　（前回届出時　0.0 点）

（4）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
1.89%　（前回届出時　　）

【作業2】　**「ベースアップ評価料の届出様式」（Excel）を準備し、「（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**

【作業１】の結果を踏まえて「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。

②対象職員の給与総額（対象期間の1月当たりの平均）

2,216,530 円

【対象期間の1月当たりの平均回数（実績）】

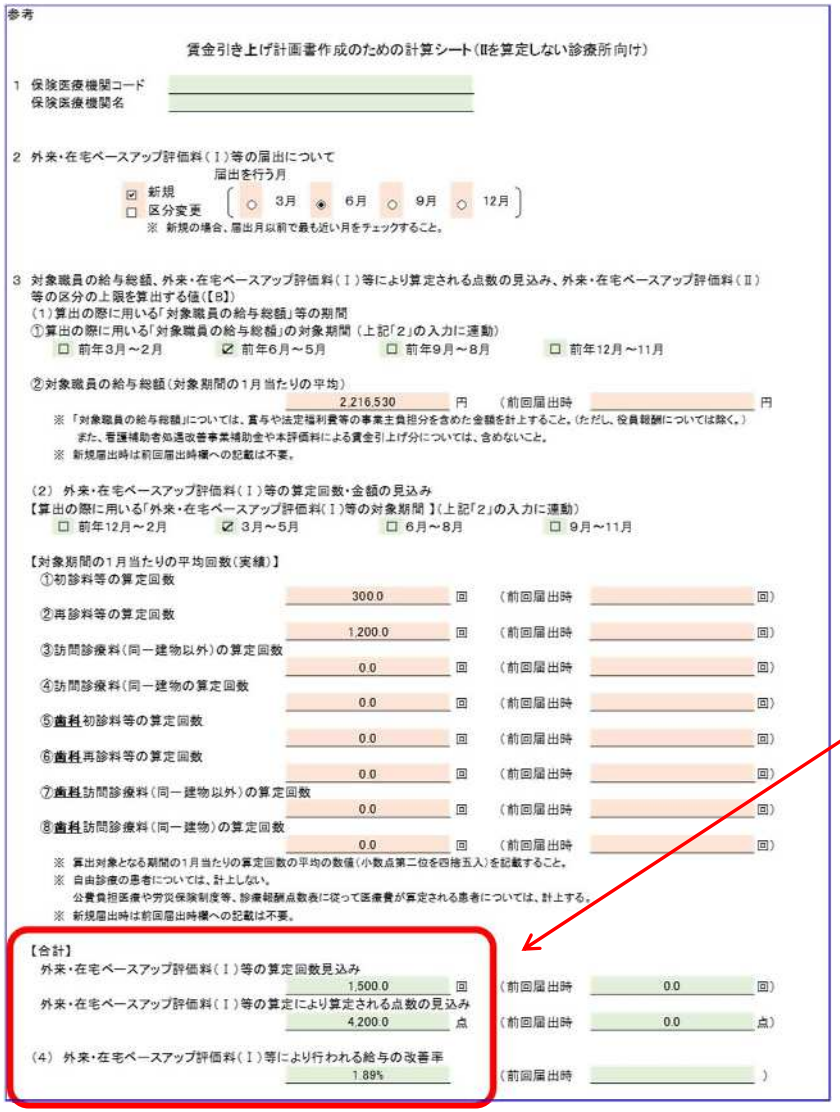
①初診料等の算定回数

300.0 回

②再診料等の算定回数

1,200.0 回

ベースアップ評価料　届出様式の作成について



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

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
☑ 新規　□ 区分変更　○ 3月　◉ 6月　○ 9月　○ 12月
※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

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）
2,216,530 円　（前回届出時　　円）
※「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く。）
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。
※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

（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　（前回届出時　　回）
②再診料等の算定回数　1,200.0 回　（前回届出時　　回）
③訪問診療料（同一建物以外）の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　回）
④訪問診療料（同一建物の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　回）
⑤歯科初診料等の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　回）
⑥歯科再診料等の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　回）
⑦歯科訪問診療料（同一建物以外）の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　回）
⑧歯科訪問診療料（同一建物）の算定回数　0.0 回　（前回届出時　　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。
※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【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　（前回届出時　0.0 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　（前回届出時　0.0 点）

（4）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
1.89%　（前回届出時　　）

【作業2】　**「ベースアップ評価料の届出様式」（Excel）を準備し、「（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**

そうすると、「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／月」が分かる

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

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【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**

賃金改善計画書用計算シート

ベースアップ評価料による算定金額

【ベースアップ評価料による算定金額の見込み】(単位: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／月				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／月
4,200（点）	×	10	円 =	42,000 円

対象職員分の給与等

賃金改善する前(賃金の改善措置が実施されなかった場合)の給与総額・基本給等総額(単位:円)

		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥
職員氏名等	職種	常勤換算人数	法定福利費の事業主負担割合	基本給等(/月)	給与(/月)	賞与(年間÷12)	法定福利費の事業主負担分	給与総額(/月)
氏名等を記載	カテゴリーを選択	数値を入力	数値を入力	数値を入力	数値を入力	数値を入力	①×(③+④)	③+④+⑤
A さん	看護職員等	1.0	16.5%	360,000 /月	378,000 /月	90,000 /月	77,220 /月	545,220 /月
B さん	看護職員等	0.5	16.5%	180,000 /月	180,000 /月	45,000 /月	37,125 /月	262,125 /月
C さん	看護補助者	1.0	16.5%	300,000 /月	330,000 /月	75,000 /月	66,825 /月	471,825 /月
D さん	看護補助者	0.5	16.5%	150,000 /月	150,000 /月	37,500 /月	30,938 /月	218,438 /月
E さん	その他の対象職種	1.0	16.5%	250,000 /月	262,500 /月	62,500 /月	53,625 /月	378,625 /月
F さん	その他の対象職種	1.0	16.5%	230,000 /月	234,600 /月	57,500 /月	48,197 /月	340,297 /月
			16.5%	/月	/月	/月	0 /月	0 /月
			16.5%	/月	/月	/月	0 /月	0 /月
			16.5%	/月	/月	/月	0 /月	0 /月
			16.5%	/月	/月	/月	0 /月	0 /月
合計		5.0		1,470,000 /月	1,535,100 /月	367,500 /月	313,929 /月	2,216,530 /月
看護職員等		1.5		540,000 /月	558,000 /月	135,000 /月	114,345 /月	807,345 /月
薬剤師		0.0		0 /月	0 /月	0 /月	0 /月	0 /月
看護補助者		1.5		450,000 /月	480,000 /月	112,500 /月	97,763 /月	690,263 /月
その他の対象職種		2.0		480,000 /月	497,100 /月	120,000 /月	101,822 /月	718,922 /月

【作業２】で求めた「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/月を入力する。

↓

「収入見込み/月」は
4,200点×10円＝42,000円/月
となることが分かった。

【作業１】であらかじめ調べておいた勤務する職員の法定福利費の事業主負担割合、基本給等、給与、賞与等も入力する。

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【作業4】　**「収入見込み/月」を「常勤換算人数」で割った金額を基本給等に上乗せした上で、一度、試算をしてみる。**

A 収入見込み/月	B 常勤換算人数	A/B
42,000円	5人	8,400円/人

この8,400円を新設する「ベースアップ評価手当」として支給した場合、
総額として、どの程度の金額が必要になるのか？

↓

「ベースアップ評価料賃金改善計画書計算ツール」の「計算シート」を利用して、一度、試算してみる

（注意点）

基本給等と連動して、超過勤務手当や賞与の金額も引き上がる給与体系になっている医療機関の場合、ベースアップ評価料の収入見込額の全額を基本給等の増額に充てると、連動して引き上がる部分に必要な資金は、医療機関の自己財源から支出する（持ち出しをする）必要が生じる。

そこで、まずは上記のような試算をしてみることで、基本給等に連動して引き上がる超過勤務手当、事業主負担分等の増加により、「持ち出しになる金額」を把握してみることにする。

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【作業5】　**作業４の結果をもとに、再度、試算をしてみる。**

例えば、

- 基本給等を1人当たり8,400円/月(※)引き上げると、医療機関としては、連動して引き上がる部分も含め、1人当たり10,217円/月（ 8,400円/月＋ 1,817円/月）の資金が必要になるということなので、
  基本給等の引上げ額の約1.2倍（ 10,217円÷8,400円＝1.216）の資金が必要となると仮定してみる。

（※）8,400円/月
【作業4】 で計算したベースアップ評価料による「収入見込み/月」を
常勤換算人数の5人で割って得た「一人当たりの手当額（ベア等実施分）」

- そこで、基本給等の引上げ額の1.2倍が、ベースアップ評価料による「一人当たりの手当額（ベア等実施分）」である8,400円/月に収まるように計算してみる。

  基本給等の引上げ額（ｘ）×1.2＝ 8,400円/月
  ｘ　　＝ 8,400円/月÷1.2
  　　＝ 7,000円/月

以上の結果を踏まえ、基本給等の引上げ額を1人当たり7,000円/月とした上で、再度、試算してみる。

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【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**

（注意点）

「賃金改善計画書用計算ツール」の「転記例）賃金改善計画書」に記載されている（１）賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等、（２）賃金改善実施期間、（３）ベースアップ評価料算定期間については注意書きに従って手入力が必要です。

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。

計画書 Ⅰ（１）賃金引上げの実施方法
令和６年度のベースアップ評価料による算定金額のうち、一部を繰り越して令和７年度の更なる賃金改善に充てる場合には、「段階的な引上げを行う」を選択してください。
計画時点で繰り越しを行わない場合には、「一律の引上げを行う」を選択してください。

（２）賃金改善実施期間

令和 6 年 6 月 ～ 令和 7 年 3 月　10 ヶ月

※ 令和７年度の賃金改善期間の終期について…も、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提と…

計画書 Ⅰ （２）（３）
７月以降からベースアップ評価料を算定開始する場合には、それぞれを変更してください。

（３）ベースアップ評価料算定期間

令和 6 年 6 月 ～ 令和 7 年 3 月　10 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、「ベア等」という）をいい、定期昇給は含まない。
※ また、ベア等にはベ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。

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【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**

- 届出に必要な「賃金改善計画書」の記入欄がほぼ埋まっていることが確認できる
  （赤枠の部分と緑色のセルが自動入力されていることを確認する）

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	420,000	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	420,000	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	42,000	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　（ロ）	－	点
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等（初診時等）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（再診時等）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）】	420,000	円

※　「（７）算定金額の見込み」については、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。

今回の事例では一律の賃上げとし、次年度への繰越はしないので、繰越額は０円となっている。

Ⅲ－２．全体の賃金改善の見込み額【（２）の期間中】

対象職員自己財源ベア分	5,710	円
（８）全体の賃金改善の見込み額	425,710	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】	420,000	円
（10）うち（９）以外によるベア等実施分	5,710	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

医療機関の持出し分（自己財源ベア分）として、571円/月×**10か月分**※＝5,710円が記載されている。

※10か月＝今回の事例では令和６年６月～令和７年３月までの10か月間を賃金改善実施期間としたので、10か月間となっている。

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【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

- 届出に必要な「賃金改善計画書」の記入欄がほぼ埋まっていることが確認できる
  （赤枠の部分と緑色のセルが自動入力されていることを確認する）

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】	5.0	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】	1,470,000	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】	1,505,000	円
（16）基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（15）－（14）】	35,000	円
（17）うち定期昇給相当分	0	円
（18）うちベア等実施分	35,000	円
（19）ベア等による賃金増率【（18）÷（14）】	2.4	%

今回の計画では、対象職員全体の賃上げ率は2.4%となることが読み取れる。

Ⅴ．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】	1.5	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】	540,000	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】	550,500	円
（23）基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（22）－（21）】	10,500	円
（24）うち定期昇給相当分	0	円
（25）うちベア等実施分	10,500	円
（26）ベア等による賃金増率【（25）÷（21）】	1.9	%

計算シートで入力した結果を踏まえて、自動入力されていることを確認

今回の計画では、看護職員の賃上げ率は1.9%となることが読み取れる。

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【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

- 届出に必要な「賃金改善計画書」の記入欄がほぼ埋まっていることが確認できる
  （赤枠の部分と緑色のセルが自動入力されていることを確認する）

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】	1.5	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】	450,000	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】	460,500	円
（37）基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（36）－（35）】	10,500	円
（38）うち定期昇給相当分	0	円
（39）うちベア等実施分	10,500	円
（40）ベア等による賃金増率【（39）÷（35）】	2.3	%

看護補助者の賃上げ率は2.3%となることが読み取れる。

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】	2.0	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】	480,000	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】	494,000	円
（44）基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（43）－（42）】	14,000	円
（45）うち定期昇給相当分	0	円
（46）うちベア等実施分	14,000	円
（47）ベア等による賃金増率【（46）÷（42）】	2.9	%

今回の事例では、事務職員を「その他の対象職種」としたため、事務職員の基本給等に係る事項がここに記載されている。

今回の計画では、事務職員の賃上げ率は2.9%となることが読み取れる。

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【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

- 届出に必要な「賃金改善計画書」の記入欄がほぼ埋まっていることが確認できる
  （赤枠の部分と緑色のセルが自動入力されていることを確認する）

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】	0.0	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】	0	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】	0	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】	0	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】	0	円
（63）給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（61）－（59）】	0	円
（64）基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）【（62）－（60）】	0	円
（65）うち定期昇給相当分	0	円
（66）うちベア等実施分	0	円
（67）ベア等による賃金増率【（66）÷（60）】	0.0	%

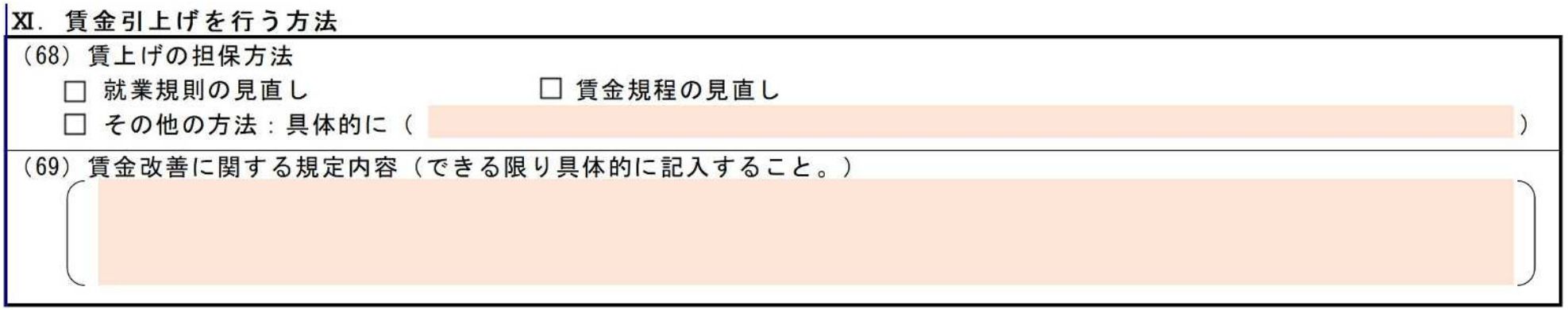
今回の事例では、事務職員を「その他の対象職種」としたため、Ｘの欄には「０」が記載されている。

ベースアップ評価料　届出様式の作成について

【作業7】 **「賃金改善計画書用計算ツール」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**

- 賃金改善に関する規定内容については「賃金改善計画書用計算ツール」には入力されていないので、別途記載する。

（注意点）
「賃金改善計画書用計算ツール」ではなく、「ベースアップ評価料の届出様式」に記載する



Ⅺ. 賃金引上げを行う方法

(68) 賃上げの担保方法

☐ 就業規則の見直し　　☐ 賃金規程の見直し

☐ その他の方法：具体的に（　　）

(69) 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。）

（記載例）
ベースアップ評価手当として、対象職員に月7，000円を支給する（パート職員については、常勤換算数に応じた金額とする。）。なお、本手当は、賞与の額に影響しない。また、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。

届出様式の簡素化について
（９月18日　記者会見）

日本医師会の取り組み①

日本医師会として、以下の取り組みを通じて、ベースアップ評価料の積極的な算定を継続的に周知・依頼

5月20日	厚生労働省とともに「診療報酬オンラインセミナー」を開催 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～ （YouTubeで配信：https://www.youtube.com/watch?v=0N4KCCIQM58）
5月29日	日本医師会ホームページ（メンバーズルーム）に「ベースアップ評価料の届出について」の特設ページを開設 （https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r06kaitei/jirei kasanBU.html）
6月6日	都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会を厚生労働省と共催 ⇒ベースアップ評価料と医療DX推進体制整備加算に特化して踏み込んだ説明を実施
7月23日	スタッフの数が限られている診療所の届出を支援するために、最もシンプルな届出例（賃金改善計画書）を丁寧に音声つきで解説するスライドを日本医師会ホームページ（メンバーズルーム）に公表



以上のほか、都道府県医師会からの要望に応じて、令和６年度改定の内容に係る説明会を適宜開催

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）



★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

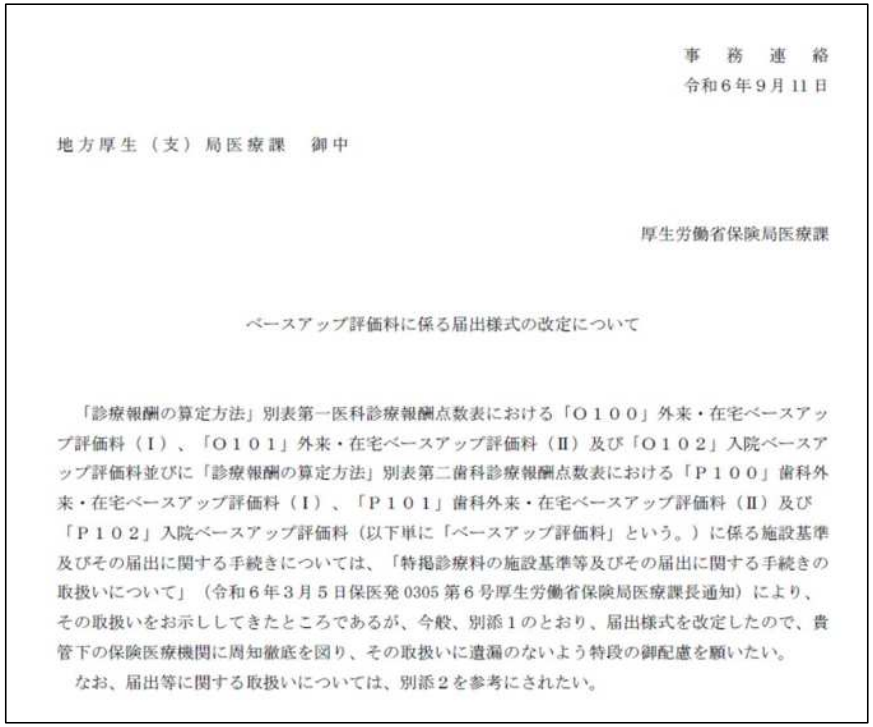
ベースアップ評価料　届出様式の簡素化について①

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）局への届出を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。

出所：厚生労働省HP（https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/baseup-one20240910.pdf）を一部改編

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（１ヶ月分）【（51）－（49）】	0	円
（54）基本給等に係る賃金改善の見込み額（１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（１ヶ月分）【（61）－（59）】	0	円
（64）基本給等に係る賃金改善の見込み額（１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（１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	%
Ⅴ．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（１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	%
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（１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（１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（１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	%

削　除

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



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

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

［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。

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　３点
- 医療情報取得加算２　１点

再診時（３月に１回に限り算定）
- 医療情報取得加算３　２点
- 医療情報取得加算４　１点



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]
（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）医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（４）電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）
（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。

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

医療ＤＸ推進体制整備加算

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

医療ＤＸ推進体制整備加算

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

医療情報取得加算

令和６年６月～11月

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

再診時（３月に１回に限り算定）
　　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

調剤時（６月に１回に限り算定）
　　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

再診時（３月に１回に限り算定）
　医療情報取得加算　１点

調剤時（12月に１回に限り算定）
　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

＝　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→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。

＝　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

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

マイナ保険証利用率について

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

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、加算を算定できないこと。

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。

届出添付書類の記載方法について（医療機関）

様式１の６

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	□
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	□
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	□
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	□
5	電子処方箋を未導入の場合の、導入予定時期	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	□
7	マイナ保険証の利用率が一定割合以上である	□
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	□
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	□

［記載上の注意］
１　「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
２　「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。

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 日までの間に限り、「６」については、令和７年９月 30 日までの間に限り、「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】



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

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

《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

2. 生活習慣病管理料(Ⅰ)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等
第2部 在宅医療
第3部 検査
第4部 画像診断
第5部 投薬
第6部 注射
第7部 リハビリテーション
第8部 精神科専門療法
第9部 処置
第10部 手術
第11部 麻酔
第12部 放射線治療
第13部 病理診断
第14部 その他

２ 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理、第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号Ｂ００１の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（Ⅰ）に含まれるものとする。

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

1. 生活習慣病管理料(Ⅱ)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等
第2部 在宅医療
第3部 検査
第4部 画像診断
第5部 投薬
第6部 注射
第7部 リハビリテーション
第8部 精神科専門療法
第9部 処置
第10部 手術
第11部 麻酔
第12部 放射線治療
第13部 病理診断
第14部 その他

２ 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理、第２章第１部第１節医学管理等（区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号Ｂ００１－９に掲げる療養・就労両立支援指導料、Ｂ００５の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０１０－２に掲げる診療情報連携共有料、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｂ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。

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

特定疾患療養管理料〔対象疾患の削除・追加〕

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、~~**糖尿病**~~、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の**脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）**、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、~~**高血圧性疾患、**~~虚血性心~~疾患~~、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、**アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群**

今後の管理料の選択について（実践的な解説）１

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を有する患者さんに（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。

今後の管理料の選択について（実践的な解説）２

◇　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

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）

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：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】

□身　長　（　cm）

□体　重：現在（　kg）→目標（　kg）

□BMI　（　）

□腹　囲：現在（　cm）→目標（　cm）

□栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）

□収縮期／拡張期血圧：現在（　／　mmHg）

→目標（　／　mmHg）

□運動負荷心電図

□その他　（　）

【血液検査項目】（採血日　月　日）

□血糖（□空腹時 □随時 □食後（　）時間）

（　mg/dl）

□HbA1c：現在　（　%）→目標（　%）

□総コレステロール　（　mg/dl）

□中性脂肪　（　mg/dl）

□HDLコレステロール　（　mg/dl）

□LDLコレステロール　（　mg/dl）

□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　□その他の生活

【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

医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事

□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える

□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　）

□油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　）

□節酒：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕

□間食：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕

□食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　））

□食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

担当者の氏名　（印）

□運動

□運動処方：種類（ウォーキング・　）

時間（30分以上・　）、頻度（ほぼ毎日・週　日）

強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　拍/分 or　）

□日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　）

□運動時の注意事項など（　）

担当者の氏名　（印）

□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

担当者の氏名　（印）

□その他

□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量

□家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）

□その他（　）

担当者の氏名　（印）

【服薬指導】　□処方なし　□薬の説明

担当者の氏名　（印）

【療養を行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）

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：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）

□HbA1c：（　%）

【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

□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える

□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　）

□油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　）

□節酒：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕

□間食：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕

□食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　））

□食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□運動

□運動処方：種類（ウォーキング・　）

時間（30分以上・　）、頻度（ほぼ毎日・週　日）

強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　拍/分 or　）

□日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　）

□運動時の注意事項など（　）

□たばこ

□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

□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量

□家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）

□その他（　）

【検査】

【血液検査項目】（採血日　月　日）　□総コレステロール　（　mg/dl）

□血糖（□空腹時 □随時 □食後（　）時間）　□中性脂肪　（　mg/dl）

（　mg/dl）　□HDLコレステロール　（　mg/dl）

□HbA1c：（　%）　□LDLコレステロール　（　mg/dl）

※血液検査結果を手交している場合は記載不要　□その他（　）

【その他】

□栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）

□その他　（　）

※実施項目は、□にチェック、（　）内には具体的に記入

患者署名

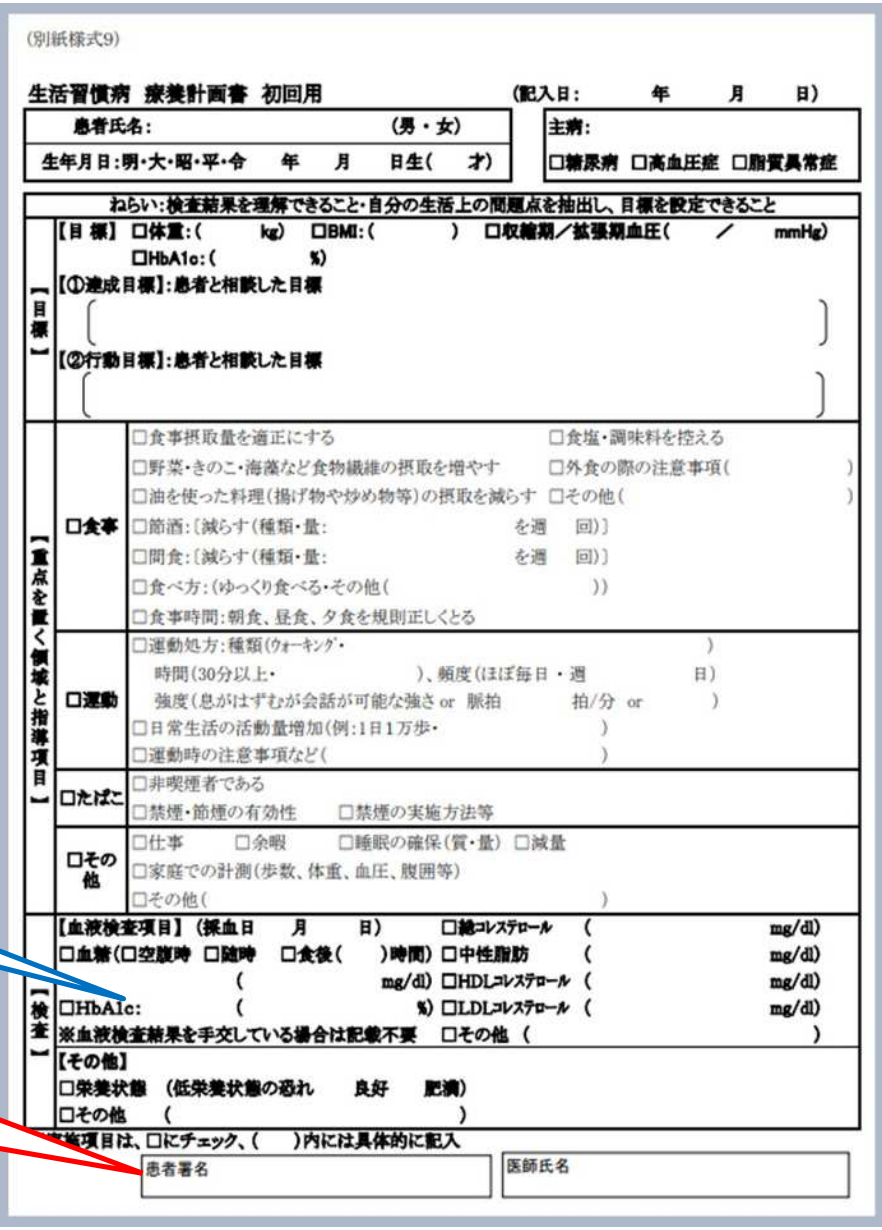
医師氏名

【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)
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: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)
□HbA1c:(　　%)
【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
□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項(　　)
□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす　□その他(　　)
□節酒:〔減らす(種類・量:　　を週　回)〕
□間食:〔減らす(種類・量:　　を週　回)〕
□食べ方:(ゆっくり食べる・その他(　　))
□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

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

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

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

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

□にチェック、(　　)内には具体的に記入

患者署名　　医師氏名

【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、患者の求めがあった場合は、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確認した場合、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】
【目 標】□体重：（ kg） □BMI：（ ） □収縮期／拡張期血圧（ ／ mmHg）
□HbA1c：（ %）
【①目標の達成状況】
【②達成目標】：患者と相談した目標
【③行動目標】：患者と相談した目標

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

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

□たばこ
□禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等

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

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

【その他】
□栄養状態 （低栄養状態の恐れ 良好 肥満）
□その他 （ ）

※実施項目は、□にチェック、（ ）内には具体的に記入

患者署名 医師氏名

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

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こととしている。この点を参考に、**後発品上市後５年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする**。

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

② また、**後発品上市後５年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする**。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

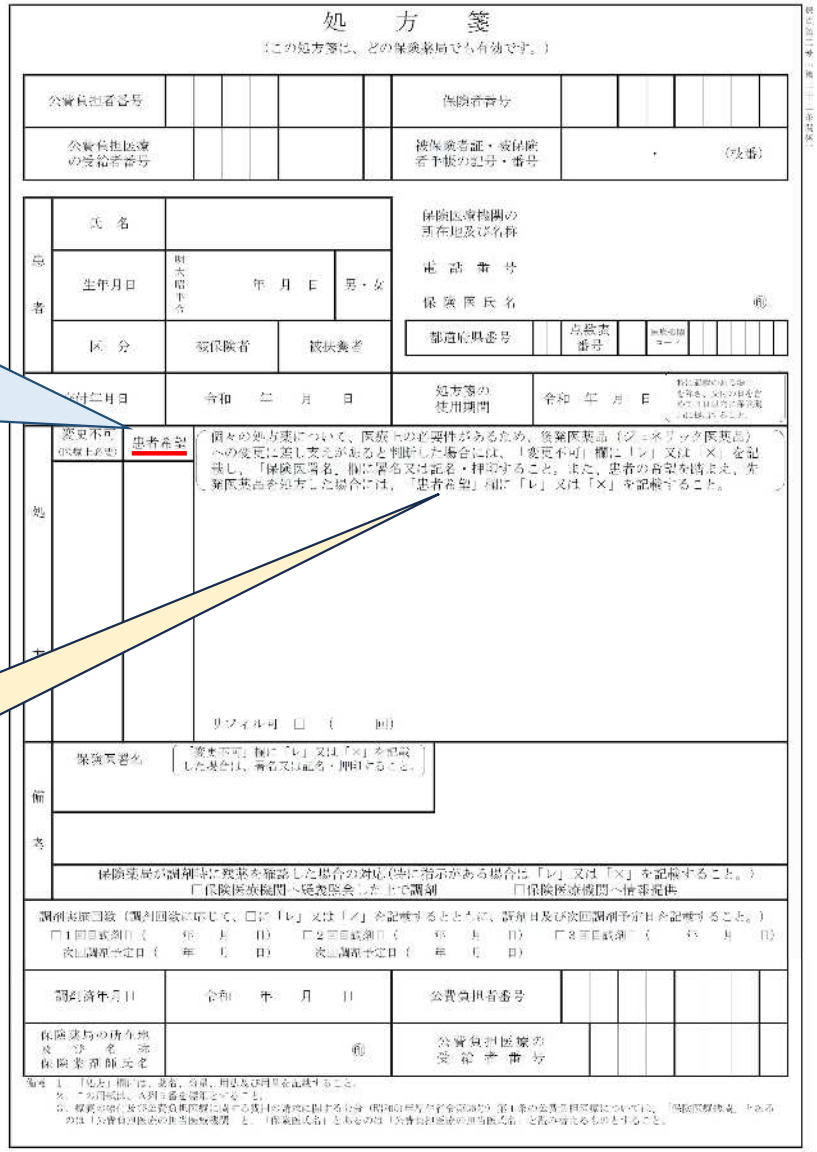
- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の４分の３までを保険給付の対象とする**。
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の１相当分**とする。

※具体的な対象品目や運用等の詳細については３月中に通知予定

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 ／ 生年月日（明・大・昭・平　年　月　日）男・女 ／ 区分（被保険者・被扶養者）

保険医療機関の所在地及び名称 ／ 電話番号 ／ 保険医氏名 ／ 都道府県番号 ／ 点数表番号 ／ 医療機関コード

交付年月日：令和　年　月　日 ／ 処方箋の使用期間：令和　年　月　日

処方：変更不可（疑義照会要） ／ 患者希望

個々の処方箋について、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。

リフィル可　□　（　回）

備考：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。

保険薬局が調剤後に疑義を照会した場合の対応（予め指示がある場合に「レ」又は「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供

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保険薬剤師氏名 ／ 公費負担医療の受給者番号

「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ことがあれば、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ことがあれば、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うことでよいか。
（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。

選定療養の対象品目（イメージ）

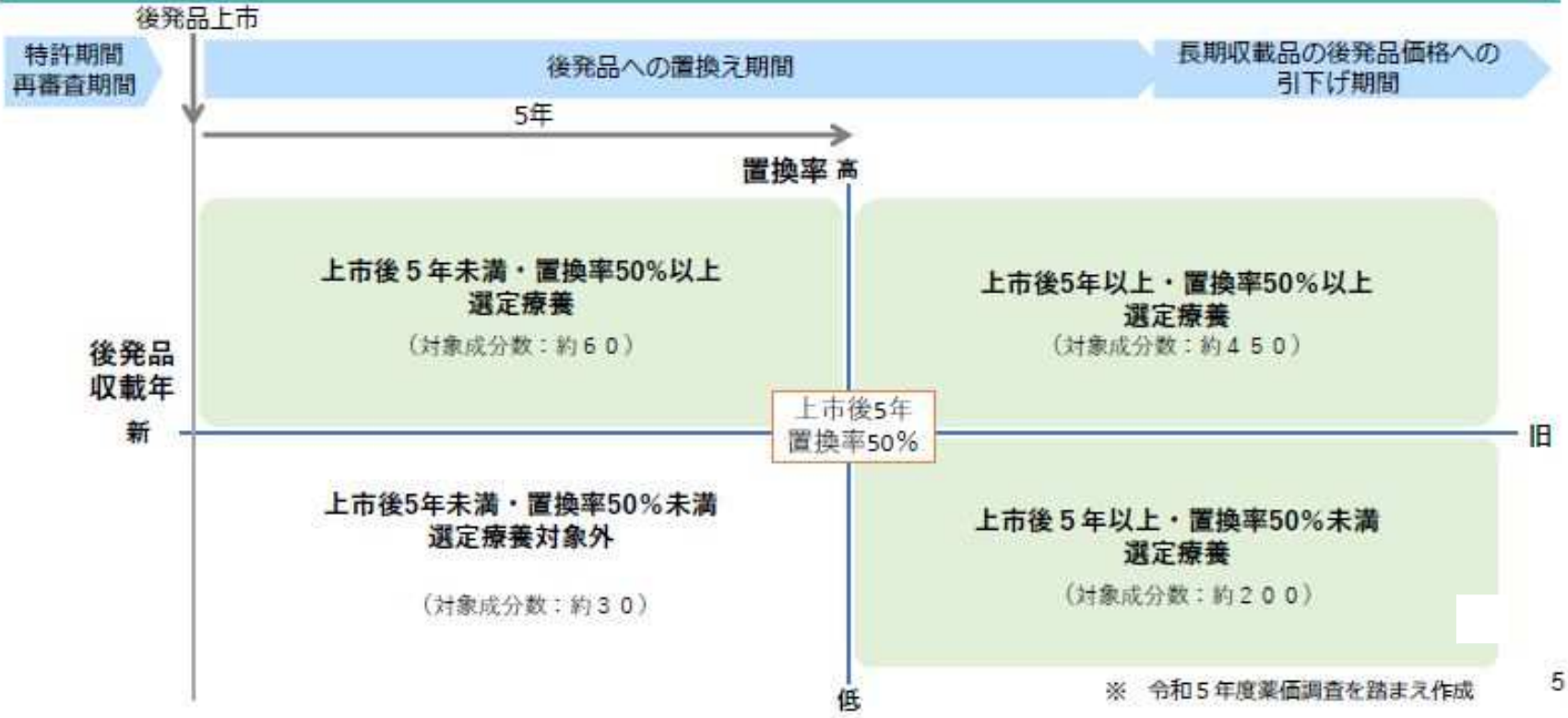
令和5年12月8日
第172回社会保障審議会医療保険部会　資料1（改）

○　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こととしている。この点を参考に、**後発品上市後５年を経過した長期収載品については対象**（※）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。



※　令和５年度薬価調査を踏まえ作成

5

対象医薬品リストについて

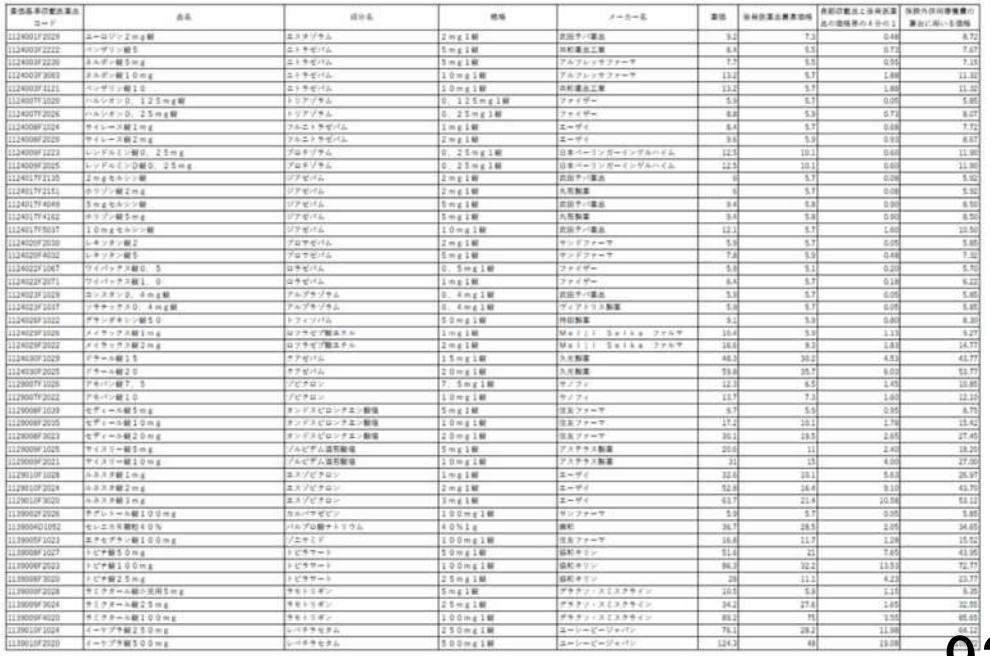
厚生労働省HP（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html）に掲載

対象医薬品リストについて

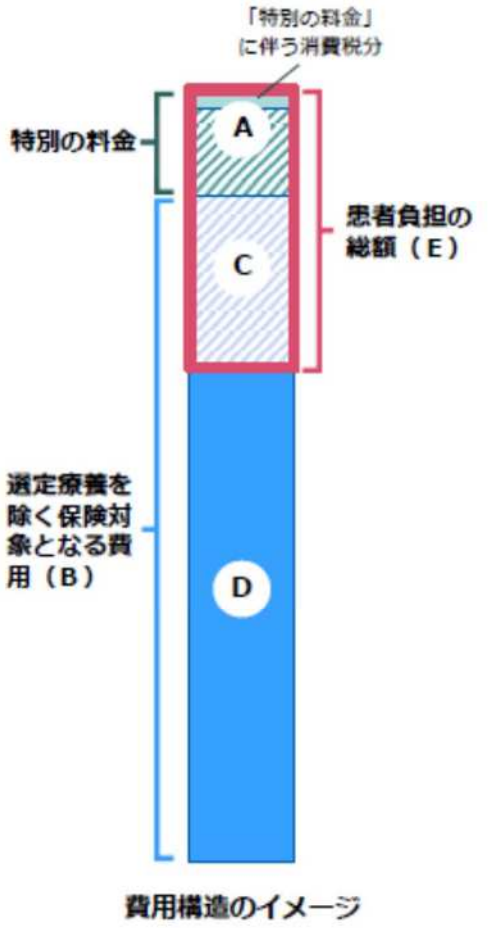
以下の事務連絡で記載しているの考え方に基づき、長期収載品の選定療養の対象医薬品についてリストを作成していますので、ご参照ください。
なお、処方等又は調剤の場面における選定療養の適用にあたっては、医療上必要があると認められる場合や、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当するかどうかを考慮して、判断する必要があります。

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]





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）



費用構造のイメージ

＜厚生労働省のホームページで公開されている「厚労省マスタ」＞

薬価基準収載医薬品コード	品名		薬価	後発医薬品最高価格	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
●●●●	●●		●●.●	●●.●	●●.●●【a】	●●.●●【b】

A 「特別の料金」に係る費用

1．【a】の値を用い、数量等に応じて算定告示に基づき点数（点）に換算する。

2．特別の料金に係る費用 A（円）は以下の算式で求める。

1．で求めた点数（点）×10（円/点）×（１＋消費税率）

B 選定療養を除く保険対象となる費用（※ 当該長期収載品に係る分）

1．【b】の値を用い、数量等に応じて算定告示に基づき薬剤料（点）に換算する。

2．選定療養を除く保険対象となる費用 B（円）は以下の算式で求める。

1．で求めた薬剤料（点）×10（円/点）

D 保険外併用療養費

保険外併用療養費は以下の算式で求める。

B ×（１－自己負担率）

C 患者自己負担

患者の自己負担額は以下の算式で求める。

B × 自己負担率

患者負担の総額（E）

別添２　計算の具体例（イメージ）

XX錠１０mg（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」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		薬価	後発医薬品最高価格	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
●●●●	XX錠１０mg		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剤１日分）あたり　12.68円【a】× 2錠 = 25.36円 ➡ 3点

・30日分　3点 × 30日 = 90点

2．「特別の料金」に係る費用（※課税対象、消費税率10%）

90点 × 10（円/点）×（1+0.10）= **990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．算定告示に基づき薬剤料に係る点数に換算

・所定単位（１剤１日分）あたり　87.32円【b】× 2錠 = 174.64円 ➡ 17点

・30日分　17点 × 30日 = 510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点 × 10（円/点）= **5100円**

D　保険外併用療養費

B ×（1 − 自己負担率）

5100円 ×（1 - 0.30）= **3570円**

C　患者自己負担

B × 自己負担率

5100円 × 0.30 = **1530円**

E　患者負担の総額

A + C

990円 + 1530円 = 2520円

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こちらへ

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



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消費税分の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（ちょうきしゅうさいひん）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っていくため、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となりました。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”や“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（釜萢 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（上州高崎どですけ連2001年より所属）、茶道
家族：妻、一女、孫ひとり

2024年6月22日現在

ご清聴
ありがとう
ございました。

