

令和6年度診療報酬改定の概要 【賃上げ・基本料等の引き上げ】

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

令和6年度診療報酬改定

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- (1) ベースアップ評価料
- (2) 基本料の引き上げ
- (3) 入院料通則の改定

令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

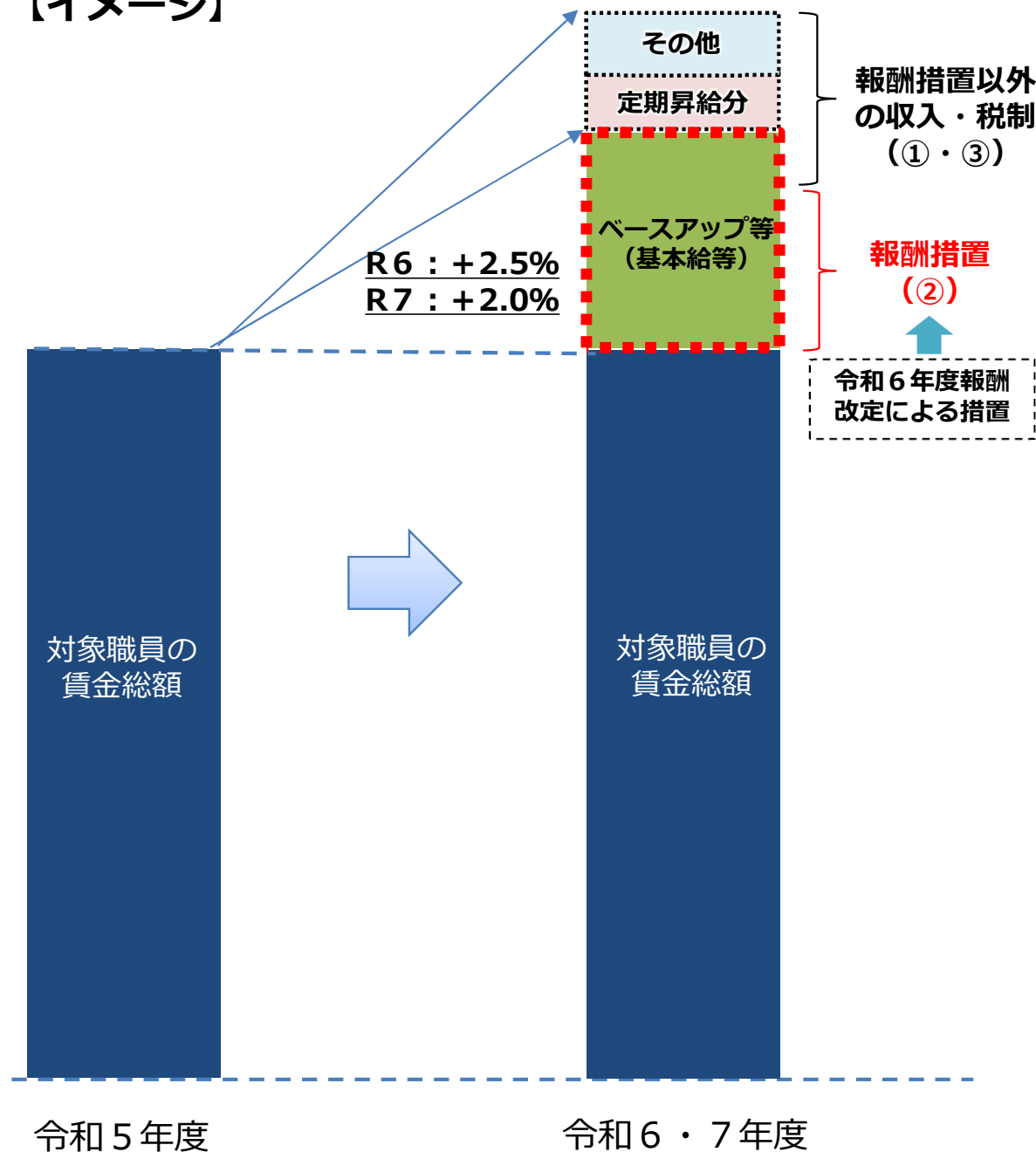
【基本的な方針】

■ 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】



賃上げ促進税制の概要

- 令和6年度以降、賃上げに係る診療報酬項目については、賃上げ促進税制の対象となる給与等支給額に含めることが可能。
- 医療機関・薬局の規模及び雇用者の給与等支給額の前年度比に応じて、所定の税額控除を受けられる。
- さらに、上乗せ要件を達成することで、給与等支給額の増加額の最大45%の税額控除が可能。

中小規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、中小企業者等（資本金1億円以下の法人、協同組合等）又は従業員数1,000人以下の個人事業主

全雇用者の 給与等支給額 (前年度比)

税額控除率

+1.5%

15%

+2.5%

30%

中規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、従業員数2,000人以下の企業又は個人事業主

継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)

税額控除率

+3%

10%

+4%

25%

大規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主

継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)

税額控除率

+3%

10%

+4%

15%

+5%

20%

+7%

25%



【上乗せ要件】 ①教育訓練費の増加 ②子育てとの両立・女性活躍への支援

上乗せ要件も達成で
最大控除率**45%**

上乗せ要件も達成で
最大控除率**35%**

上乗せ要件も達成で
最大控除率**35%**

※税額控除額の計算は、全雇用者の前事業年度から適用事業年度の給与等支給額の増加額に税額控除率を乗じて計算。ただし、控除上限額は法人税額等の20%。

詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。

なお、本内容は、令和5年12月の政府決定時点のもので、今後の国会審議等を踏まえて施策内容が変更となる可能性があります。



賃上げに係る評価の全体像

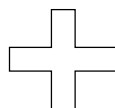
ベースアップ評価料

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

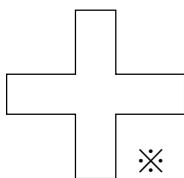
① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時 6点 再診時 2点 等



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



※ 入院に携わる職員のための評価

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

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①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

1	初診時	6点
2	再診時等	2点
3	訪問診療時	
イ	同一建物居住者等以外の場合	28点
ロ	イ以外の場合	7点

[算定要件]

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

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

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

主として医療に従事する職員（対象職員）

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

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

賃上げに向けた評価の新設③（歯科）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（歯科）において、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新） 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

1	初診時	10点
2	再診時等	2点
3	歯科訪問診療時	
イ	同一建物居住者以外の場合	41点
ロ	同一建物居住者の場合	10点

〔算定要件（通知）〕

- (1) 主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中以外の患者に初診、再診、歯科訪問診療を行った場合に所定点数を算定する。
- (2) 1については、初診料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (3) 2については、再診料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (4) 3のイについては、歯科訪問診療1を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (5) 3のロについては、歯科訪問診療2、歯科訪問診療3、歯科訪問診療4、歯科訪問診療5、歯科訪問診療料の注15又は注19を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

賃上げに向けた評価の新設④

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【算定要件】

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) (1日につき)

外来・在宅ベースアップ評価料(II) 1

イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点

ロ 再診時等 1点

外来・在宅ベースアップ評価料(II) 2

イ 初診又は訪問診療を行った場合 16点

ロ 再診時等 2点

↓

外来・在宅ベースアップ評価料(II) 8

イ 初診、又は訪問診療を行った場合 64点

ロ 再診時等 8点

[算定要件]

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (2) イについては、外来・在宅ベースアップ評価料(I)の1（初診時）若しくは3（訪問診療時）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。
- (3) ロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(I)の2（再診時等）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

賃上げに向けた評価の新設⑤

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

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

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

外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分

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

賃上げに向けた評価の新設⑥

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】（続き）

【施設基準の概要】

- (5) (4)について、届出に当たっては、**別表に示した期間において【A】の算出を行うこと。**
 また、別表のとおり、**毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、**区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
 ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定回数の見込み」及び【A】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
 新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、**令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。**
- (7) (6)について、当該評価料は、**対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。**ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は**令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)**についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (8) **「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、**定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) **常勤換算2人以上の対象職員が勤務していること。**ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

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

賃上げに向けた評価の新設⑦

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】（続き）

[施設基準の概要]

- (10) 当該保険医療機関において、以下に掲げる**社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。**
- ア **社会保険診療**(租税特別措置法(昭和三十二年法律第二十六号)第二十六条第二項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)**に係る収入金額**(労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね百分の十以下の場合をいう。))の場合に限る。))を含む。)
 - イ 健康増進法(平成十四年法律第百三号)第六条各号に掲げる**健康増進事業実施者が行う**同法第四条に規定する**健康増進事業**(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)**に係る収入金額**(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)
 - ウ **予防接種**(予防接種法(昭和二十三年法律第六十八号)第二条第六項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第三十条の三十五の三第一項第二号口の規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成二十九年厚生労働省告示第三百十四号)に規定する予防接種をいう。)**に係る収入金額**
 - エ **助産**(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)**に係る収入金額**(一の分娩に係る助産に係る収入金額が五十万円を超えるときは、五十万円を限度とする。)
 - オ **介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額**(租税特別措置法第二十六条第二項第四号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)
 - カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第六条に規定する**介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに**同法第七十七条及び第七十八条に規定する**地域生活支援事業に係る収入金額**
 - キ 児童福祉法第二十一条の五の二に規定する**障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、**同法第二十四条の二に規定する**障害児入所給付費、**同法第二十四条の七に規定する**特定入所障害児食費等給付費並びに**同法第二十四条の二十五に規定する**障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額**
 - ク **国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額**

賃上げに向けた評価の新設⑧（歯科）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設

- 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歯科診療所であって、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II) (1日につき)

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II) 1

イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	8点
ロ 再診時	1点

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II) 2

イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	16点
ロ 再診時	2点



歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II) 8

イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	64点
ロ 再診時	8点

[算定要件]

- (1) 主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (2) イについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の1（初診時）若しくは3（歯科訪問診療時）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。
- (3) ロについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の2（再診時等）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

賃上げに向けた評価の新設⑨

入院ベースアップ評価料の新設【算定要件】

- 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 入院ベースアップ評価料（1日につき）

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

[算定要件]

- ・主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

主として医療に従事する職員（対象職員）

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

賃上げに向けた評価の新設⑩

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) **外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2.3%未満**であること。
- (4) **下記の式により算出した数【B】に基づき、該当する区分を届け出ること。**

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

入院ベースアップ評価料の区分

【B】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0以上1.5未満	入院ベースアップ評価料1	1点
1.5以上2.5未満	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
164.5以上	入院ベースアップ評価料165	165点

賃上げに向けた評価の新設⑪

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】（続き）

【施設基準の概要】

- (5) (4)について、届出に当たっては、**別表に示した期間において【B】の算出を行うこと。**
 また、別表のとおり、**毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、**区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
 ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
 新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、**令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。**
- (7) (6)について、当該評価料は、**対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。**ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は**令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)**についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。
- (8) **「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、**定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) **常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。**ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。
- (10) 当該保険医療機関において、**社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。**

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

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

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設①

訪問看護ベースアップ評価料（I）の新設

- 訪問看護ステーションにおいて、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新） 訪問看護ベースアップ評価料（I） 780円（月1回）

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（I）として、月1回に限り算定する。

[施設基準]

- （1）主として医療に従事する職員（以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。
- （2）当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- （3）（2）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- （4）対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、事務職員等の当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を行うことができること。
- （5）令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- （6）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

【別表1】主として医療に従事する職員

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

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設②

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

- 訪問看護ステーションであって、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金のさらなる改善を必要とする訪問看護ステーションにおいて、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

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

[算定要件]

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

[施設基準]

- 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
- 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込みの数が、対象職員の給与総額に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合（以下「医療保険の利用者割合」とする。）を乗じた数の1分2厘未満であること。

ただし、同一月に医療保険制度と介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者については、医療保険制度の給付による場合として取り扱うこと。

直近3か月の1月あたりの区分番号02の1の算定回数の平均

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

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設③

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

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

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

(4) (3) について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【C】、対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も 1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

(5) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

(6) (5) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

(7) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

(8) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

(9) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する訪問看護ステーションにあつては、当該規定を満たしているものとする。

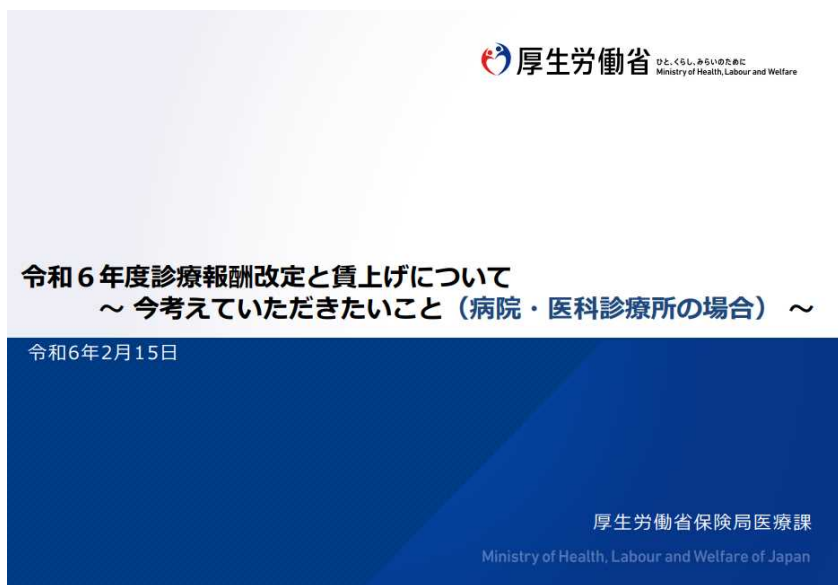
(10) 主として保険診療等から収入を得る訪問看護ステーションであること。

【別表4】訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分

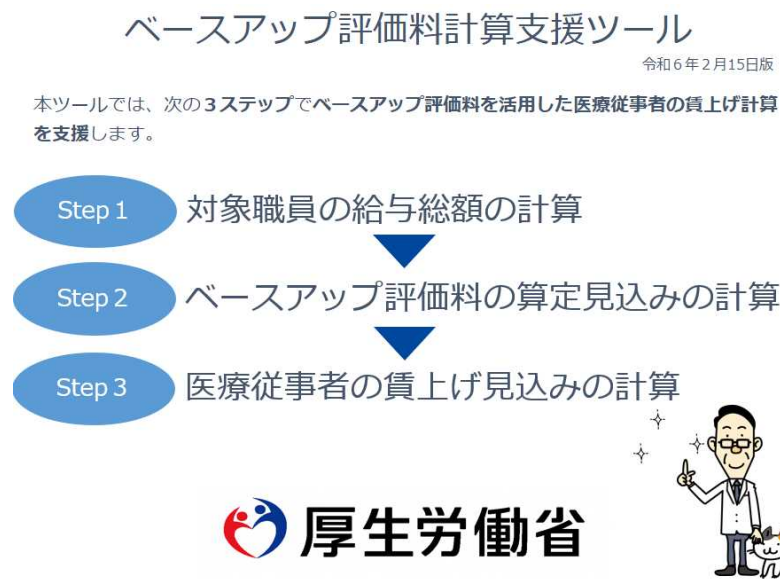
【C】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
0を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1	10円
15以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2	20円
↓	↓	↓
95以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	100円
125以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	150円
↓		↓
475以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	500円

(参考) 賃上げに関する詳細

- 厚生労働省では、令和6年度診療報酬改定における賃上げについて、「賃上げ等に関する診療報酬改定&マイナ保険証の利用促進に関するオンラインセミナー」を開催致しました。
- 厚生労働省HP (mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00248.html) では、
オンラインセミナーのアーカイブ動画や説明資料及びベースアップ評価料計算支援ツールを用いて、
 - ① 医療従事者の賃上げの概要について
 - ② よくあるご質問
 - ③ ベースアップ評価料の試算
 について説明しています。
- **医療従事者の賃上げについて、動画や資料で理解を深め、ベースアップ評価料計算支援ツールを用いて、具体的にいくら賃上げが可能か試算してみましょう。**



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



画像をクリックすると、ベースアップ評価料計算支援ツールをダウンロードできます。（Excelファイル）

令和6年度診療報酬改定

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

(1) ベースアップ評価料

(2) 基本料の引き上げ

(3) 入院料通則の改定

初再診料等の評価の見直し

初再診料等の評価の見直し

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

現行

【初診料】

初診料	288点
情報通信機器を用いた初診料	251点
初診料の注2・注3・注4	214点
情報通信機器を用いた場合	186点
初診料の注5	144点
情報通信機器を用いた場合	125点
注2～4に規定する場合	107点
情報通信機器を用いた場合	93点

【再診料】

再診料	73点
情報通信機器を用いた再診料	73点
再診料の注2	54点
再診料の注3	37点
再診料の注2に規定する場合	27点

【外来診療料】

外来診療料	74点
情報通信機器を用いた外来診療料	73点
外来診療料の注2・注3・注4	55点
外来診療料の注5	37点
注2～4に規定する場合	27点



改定後

【初診料】

初診料	<u>291点</u>
情報通信機器を用いた初診料	<u>253点</u>
初診料の注2・注3・注4	<u>216点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>188点</u>
初診料の注5	<u>146点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>127点</u>
注2～4に規定する場合	<u>108点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>94点</u>

【再診料】

再診料	<u>75点</u>
情報通信機器を用いた再診料	<u>75点</u>
再診料の注2	<u>55点</u>
再診料の注3	<u>38点</u>
再診料の注2に規定する場合	<u>28点</u>

【外来診療料】

外来診療料	<u>76点</u>
情報通信機器を用いた外来診療料	<u>75点</u>
外来診療料の注2・注3・注4	<u>56点</u>
外来診療料の注5	<u>38点</u>
注2～4に規定する場合	<u>28点</u>

入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

- 入院基本料等について、以下の見直しを行う。
 - 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。**
 - 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、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、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする。**
 - 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。**
 - 上記のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、**入院基本料等の評価を見直す。**

現行		改定後	
【一般病棟入院基本料】		【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,650点	急性期一般入院料 1	1,688点
【療養病棟入院基本料】		【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料 1 入院料 G	968点	療養病棟入院料 1 入院料 25	983点
【精神病棟入院基本料】		【精神病棟入院基本料】	
15対1入院基本料	830点	15対1入院基本料	844点
【特定機能病院入院基本料】		【特定機能病院入院基本料】	
7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,718点	7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,822点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】		【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,841点	回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,859点
【地域包括ケア病棟入院料】		【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料 1	2,809点	地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内）	2,838点

（41日目以降は2,690点） **23**

※一部の入院料について抜粋。地域包括ケア病棟入院料 1 は日数による評価を見直したことに伴う増点を含む。

令和6年度診療報酬改定

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

(1) ベースアップ評価料

(2) 基本料の引き上げ

(3) 入院料通則の改定

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

- 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。

現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

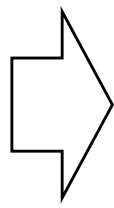
- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3)～(9) (略)

改定後

【入院基本料等の施設基準等】

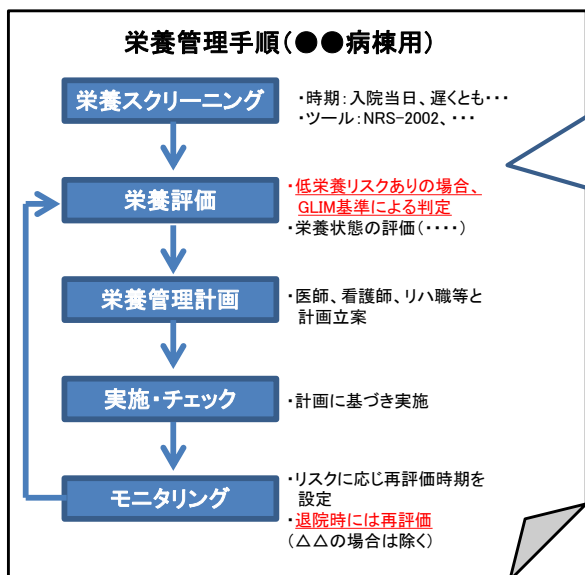
5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な**栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。
- (3)～(9) (略)



イメージ

各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていれば差し支えない。

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング

- ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

低栄養リスクあり

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少、消化吸収能低下	疾病負荷/炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当			それぞれの項目で1つ以上に該当	

低栄養と判定

重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

※詳細は、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

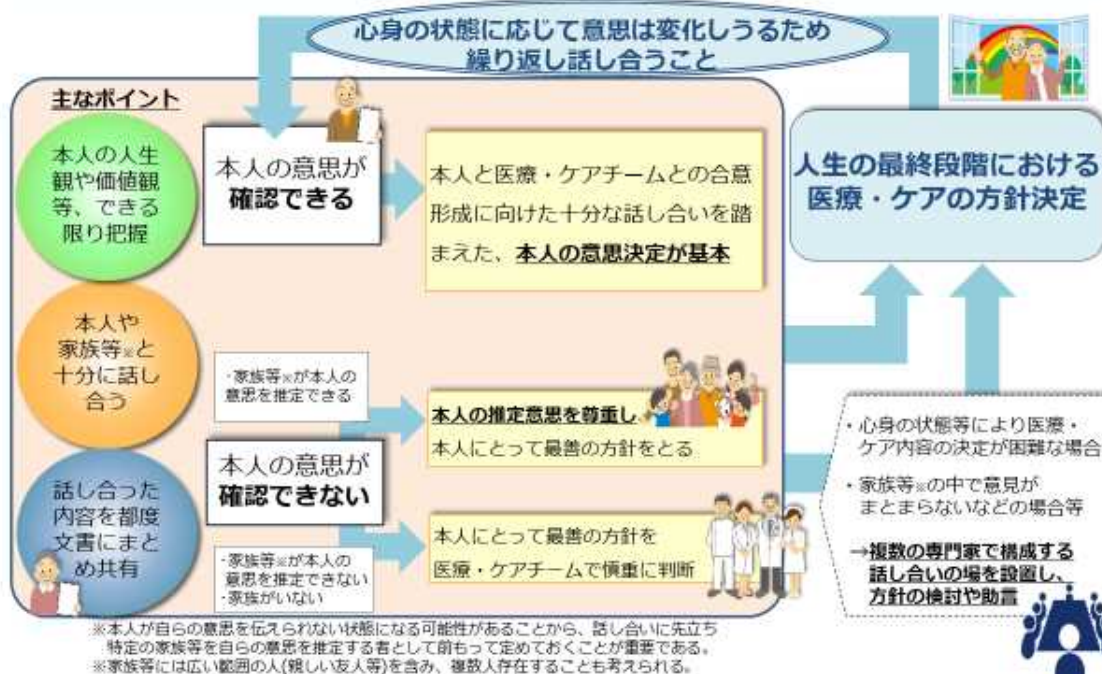
人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 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、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」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**
- 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要件とする入院料の範囲を拡大**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。

「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」における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



【指針の作成が要件となる対象】

- **入院料を算定する医療機関**※
- ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
 - ・がん患者指導管理料
 - ・**地域包括診療料**
 - ・**地域包括診療加算**
 - ・**認知症地域包括診療料**
 - ・**認知症地域包括診療加算**
 - ・在宅療養支援診療所・病院

【経過措置】令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 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、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、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を整備**することを規定する。

- ・ 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の規定によるものとする。
- ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、**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。
- (2) (1)の**身体的拘束を行う場合には**、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を**記録しなければならぬ**こと。
- (3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - 身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
 - 身体的拘束を最小化するための**指針を作成**し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行う**こと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- (6) (1)から(5)までの規定に関わらず、**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の規定による**。

[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。