

○令和6年度診療報酬改定・速報

地方部会保険医療委員会委員長

福耳会保険医療担当理事

松田洋一

1. 診療報酬改定の概要について（主な点数改訂項目）

【増点項目】

診察

A000 初診料：288→291

A001 再診料：73→75

処置：J095-2 鼓室処置：55→62

【減点項目】

投薬

F400-3 処方箋料：68→60

処置

J113-1 耳垢栓塞除去（片側）100→90

J113-2 耳垢栓塞除去（両側）180→160

【新設・適応拡大など】

診察

医療DX推進体制整備加算 月1回に限り8点

発熱患者等対応加算 月1回に限り20点

手術

K343-2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術

1. 頭蓋郭清、再建を伴うもの 110,950点

2. その他のもの 60,000点

K347-8 内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型（前彎矯正術） 29,680点

K347-8 内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型（外鼻形成術） 46,070点

検査

D023 微生物核酸同定・定量検査

7 EBウイルス核酸定量 310点

D296-3 内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの） 305

点（nodoca/アイリス株式会社）

看護職員処遇改善評価料

0100 外来・在宅ベースアップ評価料（I）

1. 初診料：6点

2. 再診料：2点

2. 点数改定に伴う耳鼻咽喉科外来診療における影響

改訂項目		レセプト1枚あたり	1日あたり
初・再診料、処置の増減		+1.068点	+0.772点
処方箋料の減点 (院外処方の医療機関)	全例 F400-3	-8.665点 (-9.324)点	
	全例 F400-3+一般名処方 管理加算1	-4.91点 (-5.283)点	
	全例 F400-1	-21.043点 (-22.643)点	
医療DX推進体制整備加算		+4.705	+3.403点
外来・在宅ベースアップ 評価料		+5.120	3.703点
総合的予測		+10.893	+7.878

- ・処置の増減による影響は少ない
- ・処方箋料に関してはそれまでの一般名処方加算の算定により異なる。
- ・院内処方の医療機関では処方箋料減点の影響は少ない。
- ・初・再診料(+3点) + 医療DX推進体制整備加算(+8点)を踏まえると、処方箋料減点(-8点)による影響を考慮してもプラスの改定となる。
- ・医療DX推進体制整備加算や発熱患者等対応加算などを算定しない場合、実質マイナス改定となる可能性がある。

3. 個別改定項目

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

初診料

初診料(A000) 288→291

情報通信機器を用いた場合(注1) 251→253

再診料 (診療所・200床未満の病院)

再診料(A001) 73→75

情報通信機器を用いた場合(注1) 73→75

外来診療料 (200床以上の病院)

外来診療料(A002) 74→76

情報通信機器を用いた場合(注1) 73→75

★基本診療料における加算など

医療情報・システム基盤整備
体制充実加算(初診時)



・医療情報取得加算
・医療DX推進体制整備加算

☆医療情報取得加算【新設】

初診時・再診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価。

○初診時（月に1回に限り算定）(A000注15)

医療情報取得加算 1 3点

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。

医療情報取得加算 2 1点

初診時、電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得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。

○再診時（3月に1回に限り算定）(A001注19、A002注10)

医療情報取得加算 3 2点

患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合。

医療情報取得加算 4 1点

再診時、電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得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。

《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) 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」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (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。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。

※地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はない。(令和7年5月31日まで)

☆医療DX推進体制整備加算（A000注16）8点【新設】

《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する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) 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) (医科)医師が、電子資格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) (医科)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)
- (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) <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001197924.pdf> (厚労省資料)
- (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日から適応)

(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、当該医療機関の見やすい場所に掲載していること。

具体的に

ア オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施していること。

イ マイナ保険証を促進する等、医療 DX を通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいること。

ウ 電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療 DX にかかる取組を実施していること。

(8) (7)の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載していること。

☆発熱患者等対応加算 月 1 回に限り 20 点 【新設・要届出】

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

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、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。(初診料注 11、再診料注 15)

《施設基準》

外来感染対策向上加算における施設基準を参照 (以下抜粋)

○当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。

○回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。

☞福岡県外来対応医療機関の指定の廃止との関連は現時点では不明。(厚生局、基金とも現時点での明確な回答が得られていない。)

☞現時点では「外来感染対策向上加算」6 点の算定に際する届出を厚生局に行っている医療機関であれば算定可能と思われるという見解

☆抗菌薬適正使用体制加算 月 1 回初診時に限り 5 点 【新設・要届出】

外来感染対策向上加算を算定する場合において、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。

《施設基準》

- ・外来感染対策向上加算における施設基準を参照
- ・抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加
- ・使用する抗菌薬のうち Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は当該サーベイランスに参加する診療所全体の上位 30%以内である場合に算定する。

☆時間外対応加算2 4点 【新設・要届出】

《施設基準》

時間外対応加算1

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。

電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

時間外対応加算2

非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

時間外対応加算3

標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。・・・電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

第2部 入院料等

第4節 短期滞在手術等基本料

A 400 短期滞在手術等基本料

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

イ 主として入院で実施される手術を行った場合

1. 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点→2,947点
2. 1以外の場合 2,718点→2,718点

ロ イ以外の場合

1. 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点→1,588点
2. 1以外の場合 2,718点→1,359点

短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

D237 終夜睡眠ポリグラフィ－3

- 1及び2以外の場合 イ安全制度管理下で行うもの 10,549点→9,537点

D237 終夜睡眠ポリグラフィ－3

- 1及び2以外の場合 その他のもの 8,744点→8,400点

K318 鼓膜形成術 31,981←30,571点

K333 鼻骨骨折整復固定術 18,809点→16,988点

K389 喉頭・声帯ポリ－プ切除術2

- 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,321点→24,709点

第2章 特掲診療料

第2部 在宅医療

- ・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関わる評価の新設(218点)

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2,250点

2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 250点

注3 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、在宅持続陽圧呼吸療法 指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**2の所定点数に代えて、218点を算定する。**

- ・在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の減点 1000点→960点

材料の実勢価格及び使用実態などを踏まえ、評価を見直す。

第3部 検査

検体検査

D005 血液形態・機能検査

6 末梢血液像(鏡検法) 25点 告示 p164

注:特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ37点(27点から増点)を所定点数に加算する。

D006 出血・凝固検査

13 Dダイマー定性 122 → 121 告示 p164

14 von Willebrand 因子(VWF)129 → 126

15 Dダイマー 130 → 127

D007 血液化学検査 告示 p168-169

28 KL-6 111 → 108

37 亜鉛(Zn) 136 → 132

D008 内分泌学的検査 告示 p169-170

9 甲状腺刺激ホルモン(TSH) 101 → 98

11 サイロキシン(T4) 108 → 105

14 遊離サイロキシン(FT4) 124 → 121

14 遊離トリヨードサイロニン(FT3) 124 → 121

14 コルチゾール 124 → 121

16 サイログロブリン 130 → 128

29 副甲状腺ホルモン(PTH)165 →161

37 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH) 189 → 184

38 副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP) 189 → 186

D009 腫瘍マーカー 告示 p170

3 α-フェトプロテイン(AFP) 101 → 98

4 扁平上皮癌関連抗原(SCC 抗原) 104 → 101

D012 感染症免疫学的検査 告示 p173-174

- 16 HIV-1, 2 抗体定性、HIV-1, 2 抗体半定量、HIV-1, 2 抗原・抗体同時測定定性 112 → 109
- 17 HIV-1 抗体 116 → 113
- 18 A 群 β 溶連菌迅速試験定性 124 → 121
- 22 インフルエンザウイルス抗原定性 136 → 132
- 28 SARS-CoV-2 抗原定性 150 点
- 38 アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。) 184 → 179
- 38 肺炎球菌細胞壁抗原定性 184 → 179
- 44 グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1 項目あたり) 206 → 200
- 50 SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性 225 点
- 57 サイトメガロウイルス pp65 抗原定性 366 → 356
- 59 SARS-CoV-2・RS ウイルス抗原同時検出定性、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RS ウイルス抗原同時検出定性 420 点
- 61 SARS-CoV-2 抗原定量 560 点

D018 細菌培養同定検査 告示 p177

- 1 口腔、気道又は呼吸器からの検体 170 → 180
- 3 血液又は穿刺液 220 → 225
- 5 その他の部位からの検体 170 → 180

D019 細菌薬剤感受性検査 告示 p177

- 1 1 菌種 180 → 185
- 2 2 菌種 230 → 240
- 3 3 菌種 290 → 310

D023 微生物核酸同定・定量検査 告示 p177-178

- 1 クラミジア・トラコマチス核酸検出 193 → 188
- 2 淋菌核酸検出 204 → 198
- 3 A 群 β 溶血連鎖球菌核酸検出 204 点 (15 歳未満のみ)
- 4 HBV 核酸定量 263 → 256
- 5 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 270 → 262
- 6 インフルエンザ核酸検出 410 → 291
- 10 HPV 核酸検出 350 → 347
- 11 HPV 核酸検出(簡易ジェノタイプ判定) 352 → 347
- 17 SARS-CoV-2 核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS-CoV-2・RS ウイルス核酸同時検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ・RS ウイルス核酸同時検出 700 点
- 18 サイトメガロウイルス核酸検出 825 → 801
- 23 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2 核酸検出を含む。) 1, 350 点

D023 微生物核酸同定・定量検査

- 7 EB ウイルス核酸定量 310 → 310 通知 p360

上咽頭癌を疑う患者に対して、当該疾患の診断の補助又は診断された後の治療効果判定を目的として実施した場合に、それぞれ 1 回に限り算定できる。ただし、「D012」感染症免疫学的検査の「11」ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)又は「44」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価における EB ウイルスを対象とした検査を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

生体検査

D296-3 内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）

305点 【新設】（nodoca/アイリス株式会社）

- ・A304 地域包括医療病棟入院料に含まれる
- ・入院外緊急の場合：時間外加算 200点（時間外、休日、深夜）
- ・新生児、乳幼児加算算定不可
- ・6歳以上の患者 ・発症後 48時間以内に実施した場合
- ・時間外加算 200点算定時：夜間・早朝等加算、時間外緊急院内検査加算、外来迅速検体加算算定不可
- ・一連の治療期間において別に実施したインフルエンザ抗原定性の併算定不可

D291 皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定【告示 p194】

- 1 21箇所以内の場合(1箇所につき)16点
- 2 22箇所以上の場合(1連につき) 350点→(1箇所につき)12点

D400 血液採取(1日につき) 【告示 p 197】

- 1 静脈 37点→40点、
 - 2 その他 6点
- 6歳未満の乳幼児加算 30点→35点

第5部 投薬

【通則の変更】

- ・湿布薬→貼付剤

【特定疾患処方管理加算の見直し】

- ・特定疾患処方管理加算 1 18点→廃止
- ・特定疾患処方管理加算 2 66点→特定疾患処方管理加算 56点

《要件変更》

診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る)に対して薬剤の処方期間が28日以上(リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上(処方を含む)を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。

《対象疾患》(耳鼻咽喉科領域のみ掲載)

悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、(新)アナフィラキシー

F100 処方料

1. 3種類以上の向精神薬等を投与した場合など(臨時の場合等を除く) 18点
2. 1以外であって7種類以上の内服薬を投薬した場合や抗不安薬、睡眠薬等を1年以上継続して投薬した場合など 29点
3. 1及び2以外 42点

【外来後発医薬品使用体制加算の見直し】

- ・外来後発医薬品使用体制加算 1 5点→8点
- ・外来後発医薬品使用体制加算 2 4点→7点
- ・外来後発医薬品使用体制加算 3 2点→5点

《追加の施設基準》

医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること及び当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

F400 処方箋料

- 3種類以上の向精神薬等を投与した場合など(臨時の場合等を除く) 28点→20点
- 1以外であって7種類以上の内服薬を投薬した場合や抗不安薬、睡眠薬等を1年以上継続して投薬した場合など 40点→32点
- 1及び2以外 68点→60点

【一般名処方加算の見直し】

- ・一般名処方加算1 7点→10点
- ・一般名処方加算2 5点→8点

《施設基準を追加》

医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

【同一敷地内薬局を有する医療機関に関する処方箋料の設定】

- ・以下の1～3全てに該当する医療機関
 - ①直近3月の処方箋を交付した回数が12,000回を超える
 - ②保険薬局(特別調剤基本料Aを算定しているものに限る)と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関である
 - ③当該特別な関係を有する薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割を超えている
- 1. 3種類以上の向精神薬等を投与した場合など(臨時の場合等を除く)18点
- 2. 1以外であって7種類以上の内服薬を投薬した場合や抗不安薬、睡眠薬等を1年以上継続して投薬した場合など 29点
- 3. 1及び2以外の場合 42点

第6部 注射

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射(1回につき)22点→25点

G001 静脈内注射(1回につき)34点→37点

*6歳未満の乳幼児加算 46点→48点

第7部 リハビリテーション

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料の実施者別職種ごとの区分の新設

1. 脳血管疾患等リハビリテーション料 1単位

	(I)	(II)	(III)
イ 理学療法士による場合	245点	200点	100点
ロ 作業療法士による場合	245点	200点	100点
ハ 言語聴覚士による場合	245点	200点	100点
ニ 医師による場合	245点	200点	100点
ホ イからニまで以外の場合			100点

《リハビリテーション対象患者等》【新設】

○急性期リハビリテーション加算の対象となる患者

- 一 相当程度以上の日常生活能力低下を来している患者
- 二 重度認知症の状態にあり、日常生活をおくる上で介助が必要な患者
- 三 特別な管理を要する処置等を実施している患者
- 四 リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者

○発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から 180 日を越えて所定点数を算定する場合

2. 脳血管リハビリテーション料 1 単位

	(I)	(II)	(III)
(1) 理学療法士による場合	147 点	120 点	60 点
(2) 作業療法士による場合	147 点	120 点	60 点
(3) 言語聴覚士による場合	147 点	120 点	60 点
(4) 医師による場合	147 点	120 点	60 点
(5) (1)～(4)まで以外の場合			60 点

《脳血管疾患等リハビリテーション料(1)に関する施設基準》【新設】

(10)(11)要介護認定を申請中の者又は介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であつて、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、指定通所リハビリテーション事業所等又は他の医療関に対して、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること

《脳血管疾患等リハビリテーション料算定要件》【新設】

(17)要介護認定を申請中の者又は介護保険法第 62 条に規定する要介護 被保険者等であつて、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3 月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。尚、当該患者が、直近 3 月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

○急性期・回復期等の患者に対する口腔管理

入院した患者全員に対し、入院後 48 時間以内に ADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画に作成及び計画に基づく多職種による取組を行う体制の確保に係る評価を新設するとともに、ADL 維持向上等体制加算を廃止する。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(1 日につき) 120 点【新設】

回復期等口腔機能管理計画策定料	300 点【新設】
回復期等口腔機能管理料	200 点【新設】
回復期等専門的口腔衛生処置	100 点【新設】

第9部 処置

J001 熱傷処置

- 1 100 cm²未満 135 点
- 2 100 cm²以上 500 cm²未満 147 点
- 3 500 cm²以上 3,000 cm²未満 170 点→337 点
- 4 3,000 cm²以上 6,000 cm²未満 504 点→ 630 点
- 5 6,000 cm²以上 1500 点→1,875 点

J003 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)

- 1 100 cm²未満
- 2 100 cm²以上 200 cm²未満 3 200cm² 以上

J023 気管支カテーテル薬液注入法 120 点→150 点

J030 食道ブジー法 120→150 点

J095-2 鼓室処置(片側) 55 点→ 62 点

J109 鼻咽腔止血法(ベロック止血法) 440 点→550 点

J113 耳垢栓塞除去(複雑なもの)

- 1 片側 100 点→90 点
- 2 両側 180 点→160 点

第10部 手術

(外耳)	
K 2 8 5～K 2 8 8 (略)	
K 2 8 9 耳茸摘出術	1,150点
K 2 9 0～K 2 9 9 (略)	
(中耳)	
K 3 0 0 (略)	
K 3 0 1 鼓室開放術	8,370点
K 3 0 2 上鼓室開放術	15,110点
K 3 0 3 (略)	
K 3 0 4 乳突洞開放術(アントロトミー)	15,500点
K 3 0 5～K 3 0 9 (略)	
K 3 1 0 乳突充填術	8,590点
K 3 1 1 (略)	
K 3 1 2 鼓膜鼓室内芽切除術	3,470点
K 3 1 3～K 3 2 0-2 (略)	
(内耳)	
K 3 2 1～K 3 2 8-3 (略)	
(鼻)	
K 3 2 9～K 3 3 7 (略)	
K 3 3 8 鼻甲介切除術	
1 高周波電気凝固法によるもの	1,240点
2 その他のもの	3,810点
K 3 3 8-2 (略)	
K 3 3 9 粘膜下鼻甲介骨切除術	4,890点
K 3 4 0 鼻茸摘出術	1,500点
K 3 4 0-2～K 3 4 0-7 (略)	
K 3 4 1 上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1,730点
K 3 4 2・K 3 4 3 (略)	
K 3 4 3-2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術	
1 頭蓋底郭清、再建を伴うもの	110,950点
2 その他のもの	60,000点
K 3 4 4～K 3 4 7-7 (略)	
K 3 4 7-8 内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型(前彎矯正術)	29,680点
K 3 4 7-9 内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型(外鼻形成術)	46,070点
(副鼻腔)	
K 3 4 8及びK 3 4 9～K 3 5 1 (略)	
K 3 5 2 上顎洞根治手術	9,180点
K 3 5 2-2 鼻内上顎洞根治手術	3,820点
K 3 5 2-3 (略)	
K 3 5 3 鼻内篩骨洞根治手術	5,750点
K 3 5 4からK 3 5 6まで・K 3 5 6-2 (略)	
K 3 5 7 鼻内蝶形洞根治手術	4,390点
K 3 5 8からK 3 6 2まで 削除	
K 3 6 2-2 (略)	
K 3 6 3 削除	
K 3 6 4～K 3 6 6 (略)	
(咽頭、扁桃)	
K 3 6 7～K 3 8 2-2 (略)	
(喉頭、気管)	
K 3 8 3 (略)	
K 3 8 4 喉頭膿瘍切開術	2,460点
K 3 8 4-2 深頸部膿瘍切開術	5,520点

(外耳)	
K 2 8 5～K 2 8 8 (略)	
K 2 8 9 耳茸摘出術	1,000点
K 2 9 0～K 2 9 9 (略)	
(中耳)	
K 3 0 0 (略)	
K 3 0 1 鼓室開放術	7,280点
K 3 0 2 上鼓室開放術	13,140点
K 3 0 3 (略)	
K 3 0 4 乳突洞開放術(アントロトミー)	13,480点
K 3 0 5～K 3 0 9 (略)	
K 3 1 0 乳突充填術	7,470点
K 3 1 1 (略)	
K 3 1 2 鼓膜鼓室内芽切除術	3,020点
K 3 1 3～K 3 2 0-2 (略)	
(内耳)	
K 3 2 1～K 3 2 8-3 (略)	
(鼻)	
K 3 2 9～K 3 3 7 (略)	
K 3 3 8 鼻甲介切除術	
1 高周波電気凝固法によるもの	1,080点
2 その他のもの	3,320点
K 3 3 8-2 (略)	
K 3 3 9 粘膜下鼻甲介骨切除術	4,260点
K 3 4 0 鼻茸摘出術	1,310点
K 3 4 0-2～K 3 4 0-7 (略)	
K 3 4 1 上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1,510点
K 3 4 2・K 3 4 3 (略)	
K 3 4 3-2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(頭蓋底郭清、再建を伴うもの)	110,950点
(新設)	
(新設)	
K 3 4 4～K 3 4 7-7 (略)	
(新設)	
(新設)	
(副鼻腔)	
K 3 4 8及びK 3 4 9～K 3 5 1 (略)	
K 3 5 2 上顎洞根治手術	7,990点
K 3 5 2-2 鼻内上顎洞根治手術	3,330点
K 3 5 2-3 (略)	
K 3 5 3 鼻内篩骨洞根治手術	5,000点
K 3 5 4からK 3 5 6まで・K 3 5 6-2 (略)	
K 3 5 7 鼻内蝶形洞根治手術	3,820点
K 3 5 8 上顎洞篩骨洞根治手術	11,310点
K 3 5 9 前頭洞篩骨洞根治手術	11,290点
K 3 6 0 篩骨洞蝶形洞根治手術	11,290点
K 3 6 1 上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	12,630点
K 3 6 2 上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	14,110点
K 3 6 2-2 (略)	
K 3 6 3 前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	13,440点
K 3 6 4～K 3 6 6 (略)	
(咽頭、扁桃)	
K 3 6 7～K 3 8 2-2 (略)	
(喉頭、気管)	
K 3 8 3 (略)	
K 3 8 4 喉頭膿瘍切開術	2,140点
K 3 8 4-2 深頸部膿瘍切開術	4,800点

K 3 8 5～K 3 9 1 (略)	
K 3 9 2 喉頭蓋切除術	3,660点
K 3 9 2-2～K 4 0 0 (略)	
K 4 0 1 気管口狭窄拡大術	3,090点
K 4 0 2～K 4 0 3-2 (略)	
第6款 顔面・口腔・頸部	
区分	
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)	
K 4 0 4～K 4 0 7-2 (略)	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)	
K 4 0 8～K 4 2 0 (略)	
(顔面)	
K 4 2 1～K 4 2 6-2 (略)	
(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7～K 4 3 1 (略)	
K 4 3 2 上顎骨折非観血的整復術	1,800点
K 4 3 3～K 4 4 1 (略)	
K 4 4 2 上顎骨悪性腫瘍手術	
1 搔爬	10,530点
2・3 (略)	
K 4 4 3～K 4 4 5-2 (略)	
K 4 4 6 顎関節授動術	
1 徒手的授動術	
イ・ロ (略)	
ハ 関節腔洗浄療法を併用した場合	2,760点
2 顎関節鏡下授動術	12,090点
3 (略)	
K 4 4 7 (略)	
(唾液腺)	
K 4 4 8・K 4 4 9 (略)	
K 4 5 0 唾石摘出術(一連につき)	
1 (略)	
2 深在性のもの	4,330点
3 (略)	
注 (略)	
K 4 5 1～K 4 6 0 (略)	
(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))	
K 4 6 1～K 4 6 5 (略)	
(その他の頸部)	

K 3 8 5～K 3 9 1 (略)		
K 3 9 2 喉頭蓋切除術		3,190点
K 3 9 2-2～K 4 0 0 (略)		
K 4 0 1 気管口狭窄拡大術		2,690点
K 4 0 2～K 4 0 3-2 (略)		
第6款 顔面・口腔・頸部		
区分		
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)		
K 4 0 4～K 4 0 7-2 (略)		
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)		
K 4 0 8～K 4 2 0 (略)		
(顔面)		
K 4 2 1～K 4 2 6-2 (略)		
(顔面骨、顎関節)		
K 4 2 7～K 4 3 1 (略)		
K 4 3 2 上顎骨折非観血的整復術		1,570点
K 4 3 3～K 4 4 1 (略)		
K 4 4 2 上顎骨悪性腫瘍手術		
1 搔爬		9,160点
2・3 (略)		
K 4 4 3～K 4 4 5-2 (略)		
K 4 4 6 顎関節授動術		
1 徒手的授動術		
イ・ロ (略)		
ハ 関節腔洗浄療法を併用した場合		2,400点
2 顎関節鏡下授動術		10,520点
3 (略)		
K 4 4 7 (略)		
(唾液腺)		
K 4 4 8・K 4 4 9 (略)		
K 4 5 0 唾石摘出術(一連につき)		
1 (略)		
2 深在性のもの		3,770点
3 (略)		
注 (略)		
K 4 5 1～K 4 6 0 (略)		
(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))		
K 4 6 1～K 4 6 5 (略)		
(その他の頸部)		

看護職員処遇改善評価料

ベースアップ評価料【要届出・新設】

➤医療従事者等の処遇改善財源

第2節 ベースアップ評価料(毎回算定可能 算定回数上限なし)

0100 外来・在宅ベースアップ評価料(I)(1日につき)

☞1.2%のベースアップを想定

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

0101 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(I)算定による増収が、対象職員の給与総額の1.2%未満である場合の救済

1 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
- 2 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
- 3 外来・在宅ベースアップ評価料(II)3
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 24 点
 - ロ 再診時等 3 点
- 4 外来・在宅ベースアップ評価料(II)4
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 32 点
 - ロ 再診時等 4 点
- 5 外来・在宅ベースアップ評価料(II)5
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 40 点
 - ロ 再診時等 5 点
- 6 外来・在宅ベースアップ評価料(II)6
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 48 点
 - ロ 再診時等 6 点
- 7 外来・在宅ベースアップ評価料(II)7
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 56 点
 - ロ 再診時等 7 点
- 8 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

《施設基準》

- (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、保健師、助産師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師、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。)

- (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。

参考リンク

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】

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001224801.pdf>

Excel ベースアップ評価料計算支援ツール

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001211656.xlsx>

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

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00248.html

4. 最後に

本改定の施行は6月1日からとなっておりますので、ご留意下さい。

今後、随時厚労省より疑義解釈が発表されるものと思います。保険医療委員会からも主要情報をML等で通達させて頂く予定としていますが、所属医師会からの情報なども合わせてご確認下さいますようお願い申し上げます。次回は疑義解釈を含めまして、**6月22日(土)に開催予定の令和6年度第1回福岡県耳鼻咽喉科頭頸部外科講習会(学校保健)の中で追加説明会**を予定しています。

本資料と説明会に関する疑義や質問がございます場合は、近日中に配信を予定しております『令和6年度保険医療に関する疑義・要望事項アンケート』の方にお寄せ下さいますようお願い申し上げます。お預かり致しました疑義・質問に関しましては保険医療委員会で協議の上、ご回答いたします。なお、福岡県/九州ブロックで解決不可能な疑義・質問に関しましては9月に行われます日耳鼻保険医療委員会全国会議での回答が得られた後にご報告致します。

また、全国会議での内容を盛り込み、今秋には「**保険診療診療マニュアル(第9版)**」を刊行予定です。詳細に関しましては**11月16日(土)に開催予定の令和6年度第3回福岡県耳鼻咽喉科頭頸部外科講習会(保険医療)**にて解説を予定しています。

今後とも適正な保険診療にご協力下さいます様、よろしくお願い申し上げます。