診療報酬改定セミナー

令和6年診療報酬改定のポイントV.5.0

～ 外 来 編 ～

令和6年4月9日時点

有限会社メディカルサポートシステムズ

認定医業経営コンサルタント

代表取締役　細　谷　邦　夫　氏

【資料作成協力】

株式会社ＫＭＳ

代表取締役　近　藤　朋　胤

CONTENTS

(疑義解釈については抜粋及び意訳になっておりますので、必ず疑義解釈本編をご確認ください)

□本資料は基本的に点数表の順番で作成しておりますが、一部講演の流れの影響で順序が入れ替わっている部分がございます

◆P3　基本診療料

◆P25　その他(ベースアップ評価料等)

◆P64　医学管理料①

特定疾患療養管理料・生活習慣病管理料以外

◆P85　在宅医療①(在宅療養指導管理料)

◆P95　投薬

◆P110　注射

◆P113　リハビリテーション

◆P127 【介護報酬】通所リハビリテーション

◆P137　精神科専門療法

◆P166　医学管理等②

特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料

◆P193　在宅医療②(在宅患者診療・指導料)

◆P253【介護報酬】居宅療養管理指導費

◆P255【介護報酬】小規模多機能

◆P262　短期滞在手術等基本料

◆P264　画像診断

◆P267　検査

◆P280　病理診断

◆P284　処置

◆P293　手術

◆P299　麻酔

※P262以降のサマリー

- 短期滞在：内視鏡等外来で実施するもの大幅ダウン
- 画像診断：PETなどの変更が中心
- 検　査　：静脈血採取3点アップ、生化Ⅰの10項目以上3点マイナス、細菌培養同定検査10点アップ、日内反応検査はカウント方法の変更
- 処置・手術：透析マイナス、範囲の大きな手技料アップ
- 麻　酔　：トリガーポイント注射10点マイナス

基本診療料

初・再診料の引き上げと初・再診料共通の加算の見直し

区分	診療行為	対面	情報通信機器を用いた場合
初診	□ 初診料	288点 ⇒ 291点	251点 ⇒ 253点
	□ 初診料(同一日複数科受診時の２科目)	144点 ⇒ 146点	125点 ⇒ 127点
再診	□ 再診料	73点 ⇒ 75点	73点 ⇒ 75点
	□ 再診料(同一日複数科受診時の２科目)	37点 ⇒ 38点	27点 ⇒ 28点

□ 医療情報・ｼｽﾃﾑ基盤整備体制充実加算1　4点 ⇒ 医療情報取得加算1(月1回)(要施設基準)　3点

◆ 受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合

□ 医療情報・ｼｽﾃﾑ基盤整備体制充実加算2　2点 ⇒ 医療情報取得加算2(月1回)(要施設基準)　1点

◆ オン資から診療情報を取得等した場合又は他院から診療情報の提供を受けた場合

※**(新)**医療情報取得加算の算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する

□ (後述)外来感染対策向上加算(月1回)(要届出)　6点 ⇒ 6点(変更なし)

□ (新)発熱患者等対応加算(月1回)(要届出)　20点

□ (新)抗菌薬適正使用体制加算(月1回)(要届出)　5点

◆ 複再の算定要件の見直し？今後訂正あり？？

◆ (4)2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病~~(1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう)~~について、患者の意思に基づき、別の診療科~~(医療法上の標榜診療科のことをいう)~~を再診として受診した場合~~(1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く)~~は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注18」までに規定する加算は、算定できない

医療情報取得加算と情報通信機器を用いた場合の施設基準

◆医療情報取得加算の施設基準(届出は不要)

- レセプトオンライン請求を行っている
- オンライン資格確認を行う体制を有している

  ⇒　オンライン資格確認の導入時には、医療機関等向けポータルサイトから運用開始日の登録を行う
- 次の項目を院内の見やすい場所に掲示
  - ✓ オンライン資格確認を行う体制を有していること
  - ✓ 自院を受診した患者の受診歴、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
- 上記の院内掲示事項は、原則として、ウェブサイトに掲載する
  - ✓ 自ら管理するホームページ等を有しない場合は除外

◆医療情報取得加算の届出に関する事項

- 当該基準を満たしていればよく、厚生局に対して届出不要
- ウェブサイトへの掲載は、令和7年5月31日までに対応すること

厚労省：オンライン診療について
https://www.mhlw.go.jp/stf/index_0024_00004.html
オンライン診療指針QA：R6.4改定（抜粋)
・医師のなりすまし対応
・初診時向精神薬、ハイリスク薬不可理由
・対面実績なしの患者の投薬

◆情報通信機器を用いた場合の施設基準の要件追加

- 自院のホームページ等に以下のことを掲示
  - 情報通信機器を用いた診療の初診では向精神薬の処方は行わないこと

【疑義解釈】医療情報取得加算①

◆ 問8、オン資で患者の診療情報等が存在しなかった場合は、何を算定すればよいか

(答)医療情報取得加算2又は医療情報取得加算4を算定

◆ 問9、以下のようなケースは何を算定すればよいか

- 患者が診療情報等の取得に一部でも同意しなかった場合
- マイナ保険証が破損等により利用できない場合
- 患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合

(答)いずれの場合も、医療情報取得加算1又は医療情報取得加算3を算定

◆ 問10、オンライン診療でも算定できるのか

(答)居宅同意取得型のオン資を活用すれば算定可

なお、オンライン診療でオンライン資格確認を行う際は、事前準備として次の点に留意する(右上に続く)

- あらかじめ、保険医療機関又は保険薬局で、オンライン資格確認等システムで「マイナ在宅受付Web」のURL又は二次元コードを生成・取得すること等が必要
- 患者が自らのモバイル端末等を用いて二次元コード等から「マイナ在宅受付Web」へアクセスし、マイナンバーカードによる本人確認を行うことで、オンライン資格確認が可能となり、薬剤情報等の提供について、同意を登録すること可能となる

(参考)「訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み(居宅同意取得型)の実施上の留意事項について」(令和6年3月21日保連発0321第1号・保医発0321第9号)

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0010235

◆問11、医療情報取得加算1、医療情報取得加算2について、別紙様式54を参考とした初診時問診票は、初診料を算定する初診において用いることでよいか

(答)よい。その他小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料

（続く）

【疑義解釈】医療情報取得加算②

及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報取得加算1又は2を算定するときには、別紙様式54を参考とした初診時問診票を用いること

◆問12、医療情報取得加算1又は2について、初診時問診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか

(答)別紙様式54は初診時の標準的な問診票(紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という)の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要さず、同様の内容が問診票に含まれていればよい

また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない

なお、患者情報の取得の効率化の観点から、オンライン資格確認により情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと

◆問13、医療情報取得加算1又は2について、初診時問診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、令和6年6月1日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか

(答)必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式54に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること

◆問14、医療情報取得加算3、医療情報取得加算4について、「算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する」とあるが、再診時にすべての項目について問診を必ず行う必要があるのか

(答)オンライン資格確認により情報が得られた項目は省略して差し支えない

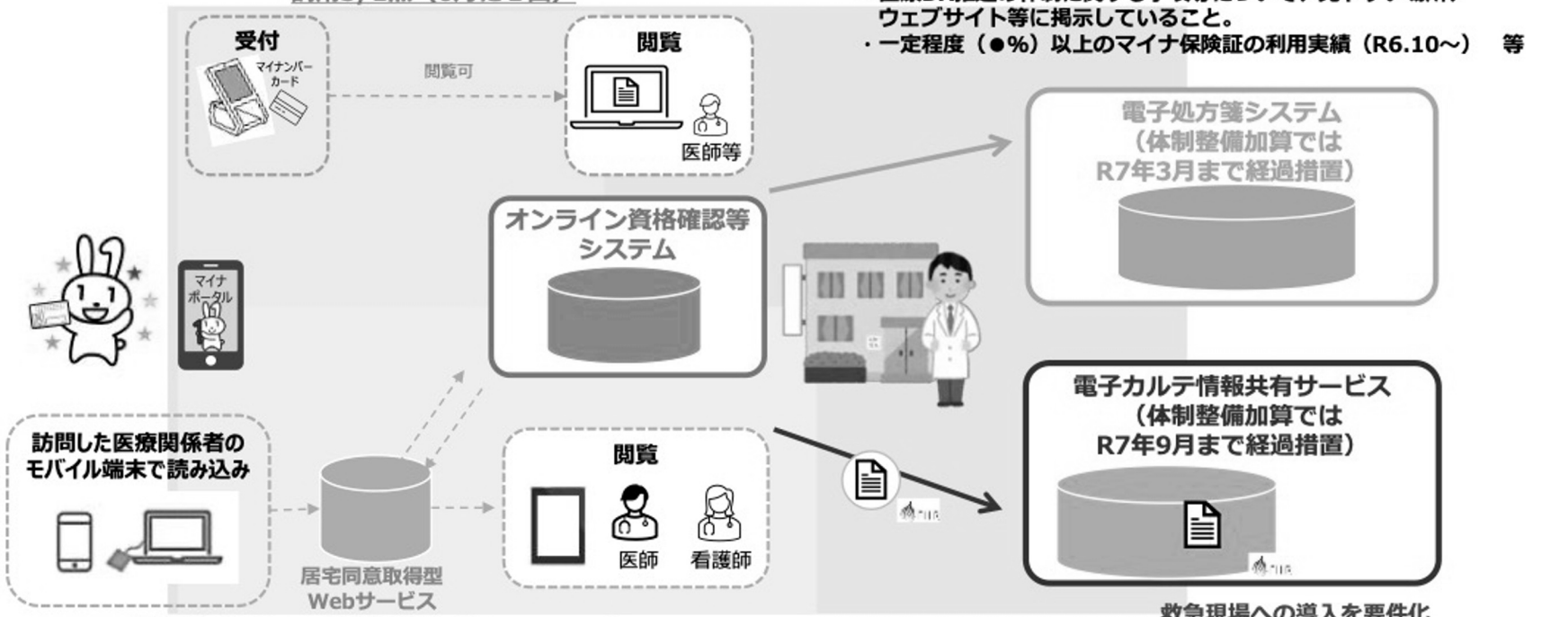
令和６年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

➢ 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

（新）医療情報取得加算　初診3/1点　再診2/1点（3月に1回）
調剤3/1点（6月に１回）

（新）医療DX推進体制整備加算　８点、６点（歯科）、４点（調剤）

・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
・一定程度（●%）以上のマイナ保険証の利用実績（R6.10～）　等



（新）在宅医療ＤＸ情報活用加算　　１０点
（新）訪問看護医療ＤＸ情報活用加算　　５点
（新）在宅医療ＤＸ情報活用加算（歯科）８点

救急現場への導入を要件化
急性期充実体制加算・総合入院体制加算
・救命救急入院料１
（救急時医療情報閲覧機能の評価）

※答申書附帯意見　令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

初診料の加算新設

□(新)医療DX推進体制整備加算(月1回)(要届出)　　8点

◆ 在宅医療DX情報活用加算、訪問看護医療DX情報活用加算とは同一月算定不可

◆ 医療DX推進体制整備加算に関する施設基準

- 届出用紙は様式1の6
- レセプトオンライン請求を行っている
- オンライン資格確認を行う体制を有している

⇒　オンライン資格確認の導入時にポータルサイトから運用開始日を登録

- 診察室等（診察室、手術室、処置室等)で、医師等が以下の内容を閲覧・活用できる体制を有している
  - ✓ オンライン資格確認等システムを活用して取得した患者の薬剤情報、特定健診情報等
- 電子処方箋を発行できる体制を有している
  【経過措置：令和7年3月31日】
- 電子カルテ情報共有サービスを活用する体制を有している
  【経過措置：令和7年9月30日まで】
- マイナ保険証の利用率が一定割合以上(次ページ参照)
  【令和6年10月1日から適用】

- 次の項目を院内の見やすい場所に掲示

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・活用して診療を行っていること(具体的には次に掲げる事項)

ア、医師等が診療を実施する診察室等で、オンライン資格確認等システムで取得した診療情報等を活用して診療を実施している

イ、マイナ保険証の利用促進等、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

ウ、電子処方箋の発行・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【経過措置：令和7年9月30日まで】

- 上記の院内掲示は、原則としてウェブサイトに掲載している(自ら管理するホームページ等が無い場合は除く)【経過措置：令和7年5月31日まで】

【疑義解釈】医療DX推進体制整備加算①

◆問15、「オンライン資格確認等システムの活用により、「患者診療情報等」を診療を行う診察室、手術室又は処置室等(診察室等」)で、医師等が閲覧又は活用できる体制を有していること」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか

(答)単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない

オン資から得られた診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要がある

◆問16、電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合について、どのように考えればよいか

(答)現時点では、令和5年1月26日に稼働した基本機能(電子処方箋の発行・応需(処方・調剤情報の登録を含む)、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック)に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい

11

【疑義解釈】医療DX推進体制整備加算②

◆問17、「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・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こと」とされており、アからウまでの事項が示されているが、アからウまでの事項は別々に掲示する必要があるか

また、掲示内容について、参考にするものはあるか

(答)まとめて掲示しても差し支えない。また、掲示内容については、以下のURLに示す様式を参考にされたい

◎オンライン資格確認に関する周知素材について

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

※これらのポスターは医療DX推進体制整備加算の掲示に関する施設基準を満たします

◆ 問18、「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保険医療機関であること」を院内掲示することとしているが、「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」とは、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか

(答) 「保険証をお出しください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない

「マイナ保険証をお出しください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示(問17に示す掲示の例を含む)を行う必要がある

2-1.令和６年度診療報酬改定におけるマイナ保険証利用等に関する診療報酬上の評価（イメージ）

【出典】令和6年2月　マイナ保険証利用促進のための取組・支援策について

・マイナンバーカードを**常時携帯する者が約４割**となっている現状を踏まえると、**医療現場における利用勧奨が重要。**

《現行》　《見直しイメージ》

R６．６　R６．12

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】
マイナンバーカードや問診票を利用し、「診療情報取得・活用体制の充実」を評価
＜初診＞
・マイナ保険証　利用なし　４点
・マイナ保険証　利用あり　２点

【医療情報取得加算】
配点を見直し、継続

	＜初診＞	＜再診＞
・マイナ保険証利用なし	３点	２点
・マイナ保険証利用あり	１点	１点

※答申書付帯意見
令和６年12月２日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和６年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

利用率増加に応じた支援金

今後発表

【医療DX推進体制整備加算】
マイナ保険証、電子処方箋などの「**医療DX推進体制**」を評価
＜初診＞　８点（歯科６点、調剤４点）
施設要件（例）
①マイナ保険証での取得情報を診療室で使用できる体制【R6.6～】
②マイナ保険証の利用勧奨の掲示【R6.6～】
③マイナ保険証利用実績が一定程度（●%）以上であること【R6.10～】
④電子処方箋を発行できる体制（薬局は受け付ける体制）【R7.4～】
⑤電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制【R7.10～】

2-2.マイナ保険証利用促進に取り組む医療機関・薬局への支援金

【出典】令和6年2月　　マイナ保険証利用促進のための取組・支援策について

目的

医療機関等において、カードリーダーの操作に慣れない患者への説明など、マイナ保険証の利用勧奨に取り組んでいただくことで、マイナ保険証の利用促進を図ります。

概要

マイナ保険証の利用率（初診・再診・調剤）※1 が、2023（R5）年10月から5%ポイント以上増加した医療機関等を対象に、支援を実施します。

※1は次頁参照

期間

2024（R6）年1月～11月

※前半期：2024（R6）年1月～5月（5ヶ月間） / 後半期： 2024（R6）年6月～11月（6ヶ月間）

支援内容

- 前半期（又は後半期）のマイナ保険証平均利用率と、2023（R5）年10月の利用率を比較し、次頁の表の増加量に応じた支援単価を、前半期（又は後半期）のマイナ保険証総利用件数に乗じた額が支援金として交付※2されます。

  ※2は次頁参照

※今後、一部修正があり得ます

2-2.マイナ保険証利用促進に取り組む医療機関・薬局への支援金

【出典】令和6年2月　　マイナ保険証利用促進のための取組・支援策について

支援額

2023.10の利用率からの増加量	前半期(2024.1～5)支援単価	後半期(2024.6～11)支援単価
5%pt以上	20円/件	―
10%pt以上	40円/件	40円/件
20%pt以上	60円/件	60円/件
30%pt以上	80円/件	80円/件
40%pt以上	100円/件	100円/件
50%pt以上	120円/件	120円/件

支給計算・支払い

※ 1:利用率の算出：10月の利用率の場合
「2023(R5)年10月のマイナ保険証利用人数(名寄せ処理後) / 2023(R5)年11月請求分レセプト枚数(外来レセのみ)」

※ 2:支援金の交付にあたり**医療機関等からの実績報告などは不要**です。社会保険診療報酬支払基金より年2回(前半期・後半期)交付します。また、1月より、社会保険診療報酬支払基金より各医療機関等に対して、毎月のマイナ保険証の利用実績を通知しています。

※今後、一部修正があり得ます

再診料の加算の見直しと新設

- 再診料
  - 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3(月１回)　2点　⇒
    - 医療情報取得加算3(3月１回)(要施設基準)　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
    - (新)医療情報取得加算4(3月１回)　1点
      - ◆ オン資から診療情報を取得等した場合又は他院から診療情報の提供を受けた場合

※**(新)**医療情報取得加算の算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する

- 時間外対応加算
  - 時間外対応加算1　5点(変更なし)
  - (新)時間外対応加算2　4点
  - 時間外対応加算3　3点(変更なし)
  - 時間外対応加算4　1点(変更なし)

※それぞれの算定要件は次ページ(届出用紙は別添7の様式2)

- 地域包括診療加算(要件等後述)
  - 地域包括診療加算1　25点　⇒　28点
  - 地域包括診療加算2　18点　⇒　21点
  - 認知症地域包括診療加算1　35点　⇒　38点
  - 認知症地域包括診療加算2　28点　⇒　31点

I6	**時間外対応加算1**	**時間外対応加算2**	**時間外対応加算3**	**時間外対応加算4**
点数	5点	4点	3点	1点
施設基準等	自院の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として自院の常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にある	自院の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として自院の**非常勤の**医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にある	自院の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として自院の常勤の医師又は看護職員等により対応できる体制にある	(1)自院(連携している診療所を含む)を継続的に受診している患者からの電話等の問い合わせに対し、複数の診療所による連携で対応する体制がとられていること (2)当番日は、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として自院で対応できる体制がとられていること また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等の問い合わせに応じることができなかった場合でも、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 (3)当番日以外の日、深夜及び休日等は、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど対応に配慮すること (4)複数の診療所の連携で対応する場合、連携する診療所の数は、自院を含め最大で3つまでとすること
	自院を継続的に受診している患者からの電話等の問い合わせに対し、原則として自院で、自院の常勤の医師、看護職員、事務職員等により、常時対応できる体制がとられている なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員、事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなす また、やむを得ない事由により、電話等の問い合わせに応じられない場合でも、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	診療所を継続的に受診している患者からの電話等の問い合わせに対し、自院の**非常勤の**医師、看護職員、事務職員等が、常時、電話等で対応できる体制がとられている 問い合わせの際には必要に応じて診療録を閲覧することができる体制がとられている 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った場合であっても、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	自院を継続的に受診している患者からの電話等の問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として自院で、自院の常勤の医師、看護職員、事務職員等が対応できる体制がとられている なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員、事務職員等が、標榜時間外の夜間の数時間に対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなす 標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、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った場合でも、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 休診日、深夜、休日等は、留守番電話等で地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること	

【疑義解釈】時間外対応加算

◆ 問19、時間外対応加算1、時間外対応加算2、時間外対応加算3において、「医師、看護職員又は事務職員等」が対応できる体制が求められているが、どのような職員が該当するのか

(答)医師、看護職員(看護師及び准看護師)等の医療従事者又は事務職員で、自院に勤務している者が該当する

◆ 問20、時間外対応加算1において、「自院で自院の常勤の医師、看護職員、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。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、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場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる」とあるが、具体的にどのような体制が必要か

(答)常時、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要

①当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等

②週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等

◆ 問21、時間外対応加算3において、「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。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる」とあるが、具体的にどのような体制が必要か

(答)標榜時間外の夜間の数時間は、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要

①当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等

②週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等

この部分は共通

地域包括診療加算等で新設された要件及び施設基準①

□ 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、地域包括診療料共通

◆1、地域包括診療加算1に関する施設基準

(1)から(12)までの基準を全て満たしていること

(1)(略)

(２)自院に慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」といいう）を配置していること。**<u>なお、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい</u>**

(3)次に掲げる事項を院内の見やすい場所に掲示していること

ア、健康相談及び予防接種に係る相談を実施している

<u>(新)イ、</u>自院の通院患者について、介護支援専門員、相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能である

<u>(新)ウ、</u>患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬、リフィル処方箋の交付が対応可能である

<u>(新)(4)</u>(3)の掲示事項は、原則としてウェブサイトに掲載している(自ら管理するホームページ等が無い場合は除く)

(5)～(6)(略)

(7)介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示と居宅療養管理指導算定実績、地域ケア会議への出席等の要件ア～ク(略)

<u>(新)ケ、</u>担当医が「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績がある

(8)(略)

(9)ア、時間外対応加算**１、２、３又は４**の届出を行っている

<u>(新)(10)</u>以下のア~ウのいずれかを満たす

ア、担当医がサービス担当者会議に参加した実績がある

イ、担当医が地域ケア会議に出席した実績がある

ウ、自院で介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けている(対面で相談できる体制を構築していることが望ましい)

(11)(略)

<u>(新)(12)</u>自院で、「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、適切な意思決定支援に関する指針を定めている

地域包括診療加算等で新設された要件及び施設基準②

□ 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、地域包括診療料共通

◆2、地域包括診療加算2に関する施設基準

以下の全てを満たしている

(1)1の(1)から**(7)**まで、(9)、**(10)**及び**(12)**を満たしている

(2)在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の連絡体制を確保している

◆3、届出に関する事項

(1)地域包括診療加算1、加算2の施設基準の届出用紙は別添7の様式2の3

(2)令和6年9月30日までの間に限り、1の(3)院内掲示等、(10)会議等の出席等、(12)ACPの指針を満たしているものとする

(3)令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)ウェブサイトへの掲載を満たしているものとする

◆地域包括診療加算の算定要件

(新)エ、患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい

その際、文書の交付については電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする

(新)キ、自院の通院患者について、介護支援専門員、相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを院内の見やすい場所に掲示する

(新)ク、患者の状態に応じ、28日以上の長期投薬、リフィル処方箋交付が対応可能であることを自院の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応する

(新)ケ、キ及びク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

外来感染対策向上加算の見直し①

- 外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する
- 外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す

□外来感染対策向上加算(月1回)(要届出)　6点　⇒　6点(変更なし)

□ (新)発熱患者等対応加算(月1回)(要届出)　20点

◆ 発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定

◆ 外来感染対策向上加算が算定済みであっても、未算定の場合要件を満たせば同月に追加算定可（疑義解釈その１）

□ (新)抗菌薬適正使用体制加算(月1回)(要届出)　5点

◆ 抗菌薬の使用状況が施設基準(次々ページ)に適合し、初診を行った場合

◆対象となる診療報酬

初診料、再診料、小児科外来診療料 、小児かかりつけ診療料、外来リハビリテーション診療料 、外来放射線照射診療料、 地域包括診療料、認知症地域包括診療料、外来腫瘍化学療法診療料、救急救命管理料、退院後訪問指導料

在宅患者訪問診療料(I)、在宅患者訪問診療料(II)、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、精神科訪問看護・指導料

外来感染対策向上加算の見直し②加算の施設基準

◆外来感染対策向上加算の施設基準

(1)(略)

(2)院内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制及び感染症の患者を適切に診療する体制を整備

(3)(略)

◆1,外来感染対策向上加算に関する施設基準

(1)~

(9) オンラインのカンファレンス要件は削除

(11)(略)

(新)(12)自院の外来で、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症疑い症状の患者受入れを行う旨を公表し、その必要な感染防止対策として、空間的・時間的分離により発熱患者等の動線を分ける等の対応を行う体制を有している

(新)(13)都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関、医療措置協定である

(14)~(16)(略)

(新)(17)感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合、必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制を有していることが望ましい

(18)(略)

◆経過措置

- 令和6年3月31日時点で外来感染対策向上加算の届出医療機関は、令和6年12月31日までの間に限り、1の(13)の基準を満たしているものとみなす

※初診料、再診料、医学管理料等、在宅患者診療・指導料のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの及び精神科訪問看護・指導料における外来感染対策向上加算についても同様

外来感染対策向上加算の見直し③加算の施設基準と疑義解釈

抗菌薬適正使用体制加算施設基準のAccess抗菌薬
中医協：感染対策その2(令和5年12月5日)
https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001175427.pdf

◆施設基準

(新)三の六　抗菌薬適正使用体制加算の施設基準

抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること

第1の7 抗菌薬適正使用体制加算

1、抗菌薬適正使用体制加算に関する施設基準

(1)外来感染対策向上加算の届出を行っていること

(2)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していること

(3)直近6か月における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(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること

2,届出用紙

別添7の様式1の5

※初診料、再診料、医学管理料等及び在宅患者診療・指導料のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの並びに、精神科訪問看護・指導料における抗菌薬適正使用体制加算についても同様

【疑義解釈】

◆問5、抗菌薬適正使用体制加算の施設基準の「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していること」は具体的には何を指すのか

（答）診療所では診療所版感染対策連携共通プラットフォーム（以下「診療所版J-SIPHE」という）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出する入院は、感染対策連携共通プラットフォーム（以下「J-SIPHE」という）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出する

◆問6、「直近6か月における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(2)のサーベイランスに参加する診療所（入院では病院又は有床診療所）全体の上位30%以内であること」は、どのように確認すればよいか

(答)診療所では診療所版J-SIPHEにおける結果、有床診療所と病院ではJ-SIPHEにおける結果で確認できる

（次頁続く）

【疑義解釈】外来感染対策向上加算の加算の施設基準

※データの仕組み

J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおいて、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果が施設基準を満たす場合に、当該結果の証明書を添付の上届出を行うこと

なお、使用した抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位については、提出データの対象期間における抗菌薬の処方件数が30件以上ある場合に集計対象となる

〇J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおけるデータ受付時期等

データ受付時期（予定）		提出データの対象期間		結果の返却時期
2024年	4/1～4/30	2023年	10 月～３月	2024年５月中旬
2024年	７月	2024年	１月～６月	2024年８月
2024年	10 月	2024年	４月～９月	2024年11月
2025年	１月	2024年	７月～12月	2025年２月

※データ提出方法及びデータ受付時期並びに結果の返却時期の詳細は、J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEのHP確認

・J-SIPHE(https://j-siphe.ncgm.go.jp/)

・診療所版J-SIPHE(https://oascis.ncgm.go.jp/)

◆問7、問6により施設基準を満たすことを確認した上での届出後、施設基準の適合性についてはどのように考えればよいか

(答)施設基準の届出を行った場合は、届出後もJ-SIPHE又は診療所版J-SIPHEに少なくとも6か月に1回はデータを提出した上で直近に提出したデータの対象期間における施設基準の適合性の確認を行い、満たしていなかった場合は変更の届出を行うこと

【出典】令和6年1月22日 社会保障審議会
介護給付費分科会 資料1

感染症や災害への対応力向上

高齢者施設等における感染症対応力の向上

告示改正

■　高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。

ア　新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。

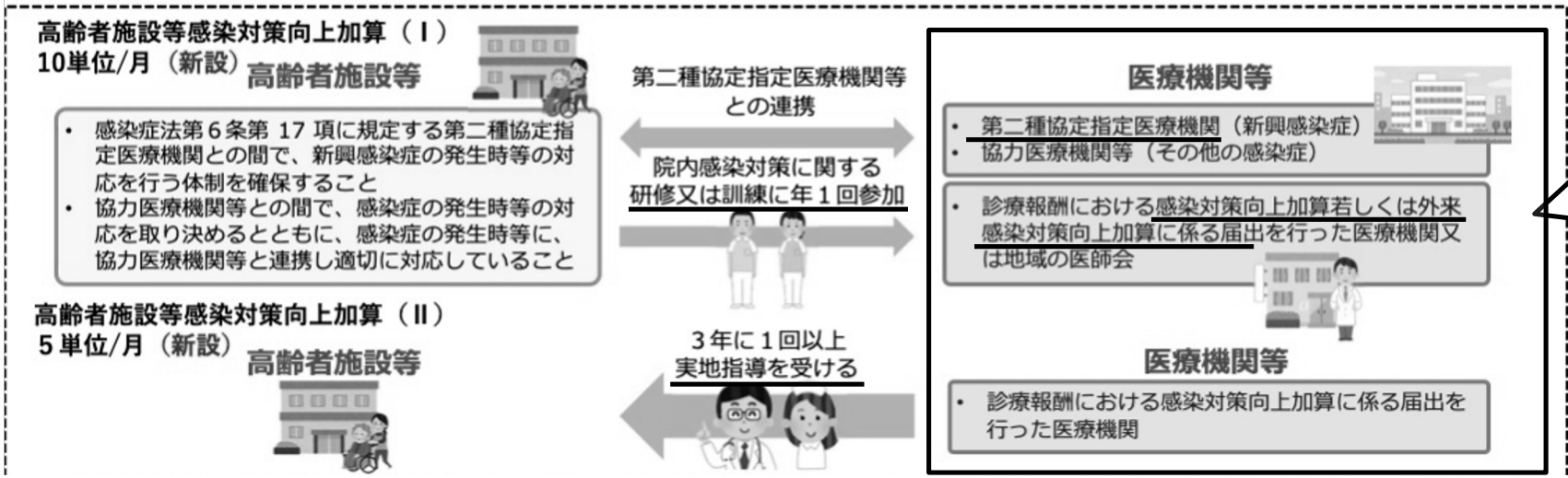
イ　上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。

※　新型コロナウイルス感染症を含む。

ウ　感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること

■　また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院



介護施設等は医療機関との連携を求めています！

(新)区分O　「その他」
ベースアップ評価料の概要

1　医療従事者の賃上げの概要について
（4）賃上げを考える前に　－ベースアップとは－

【出典】令和6年2月15日令和6年度診療報酬改定と賃上げについて
～今考えていただきたいこと(病院・医科診療所の場合)～

○　賃上げに係る診療報酬においては、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた「給与総額」をもとにした点数設計としています。

○　医療機関等においては、この報酬分を**ベースアップ（基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ）に充てていただく**こととなります。

○　また、ベースアップには、連動して引きあがる賞与分※や事業主負担の増額分も含まれます。

※　業績に連動して引き上がる賞与については対象外です。

ベースアップの考え方

「ベースアップ（ベア）」とは、賃金表の改定等により賃金水準を引き上げることをいいます。

号俸	職務の級			
	1級	2級	3級	4級
1	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円
2	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円
3	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円
4	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円
5	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円
6	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円
7	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円
8	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円
9	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円
10	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円	○○○,○○○円

賃金表内での職員の給与の変動は、**定期昇給**に該当し、ベアには該当しません。

改定

号俸	職務の級			
	1級	2級	3級	4級
1	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円
2	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円
3	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円
4	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円
5	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円
6	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円
7	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円
8	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円
9	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円
10	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円	●●●,●●●円

●%アップ！

賃金表に記載の額そのものを引き上げることが**ベースアップ**です。

賃金表がない場合

賃金表がない医療機関の場合は、**給与規程や雇用契約に定める基本給等**について、引上げを行います。

なお、基本給等とは、**決まって毎月支払われる給与や手当**のことを指し、例えば、年俸制で１年に１回定められる額の１月当たり分もこれに該当します。

【出典】厚労省：令和６年度診療報酬改定説明資料等について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html

ひと、くらし、みらいのために　本文へ　ホーム　お問合せ窓口　よくある御質問　サイトマップ　点字ダウンロード

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

文字サイズの変更　標準　大　特大　調べたい

御意見募集やパブリックコメン

テーマ別に探す　報道・広報　政策について　厚生労働省について　統計情報・白書　所管の法令等

ホーム> 政策について> 分野別の政策一覧> 健康・医療> 医療保険> 令和6年度診療報酬改定について> 令和6年度診療報酬改定説明会(令和6年3月5日開催)資料等について

令和6年度診療報酬改定説明資料等について

説明動画

令和6年度診療報酬改定説明（YouTube）はこちら←公開しました

令和6年度診療報酬改定における賃上げについて（YouTube）はこちら←公開しました

- ベースアップ評価料計算支援ツール（医科）
- ベースアップ評価料計算支援ツール（歯科）
- ベースアップ評価料計算支援ツール（訪問看護）

説明資料

①

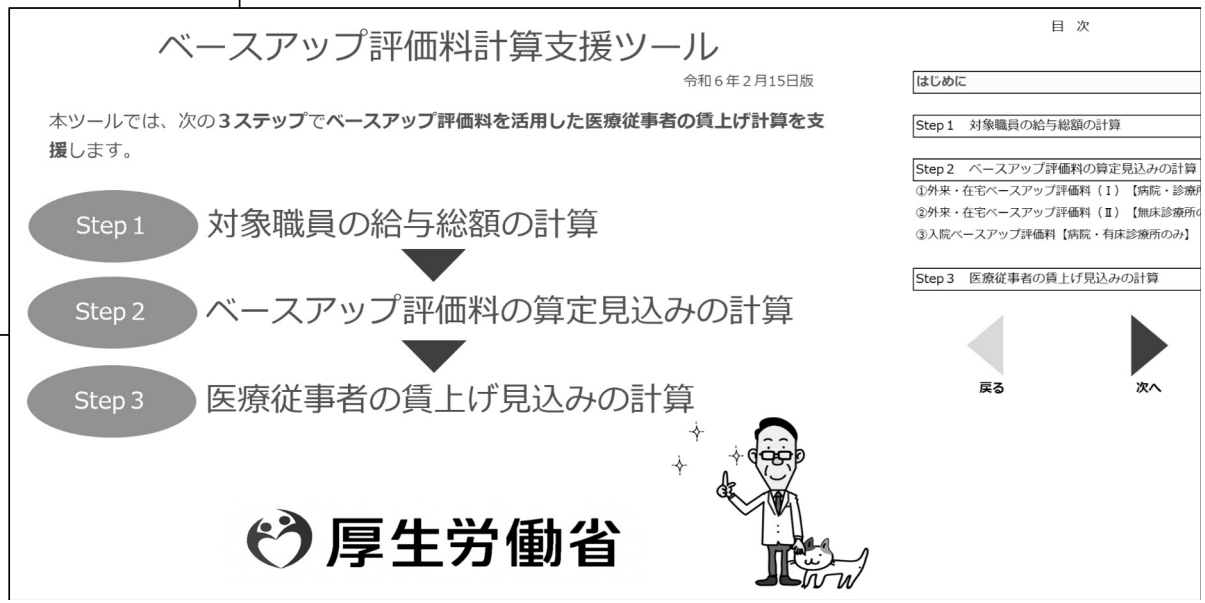
②

①上記サイトからExcelファイルを保存

②Excelで評価料の届出区分を判定

◆ベースアップ評価料のキーワード

- **シミュレーション(左記ツールを活用)**
- **対象職種に注意**
- **厚生局への届出**
- **賃金改善計画書の策定と届出**
- **賃金改善実績報告書の提出**
- **賃金総額の計算は年4回(別表7参照)**
- **関連書類の保存年限は3年**



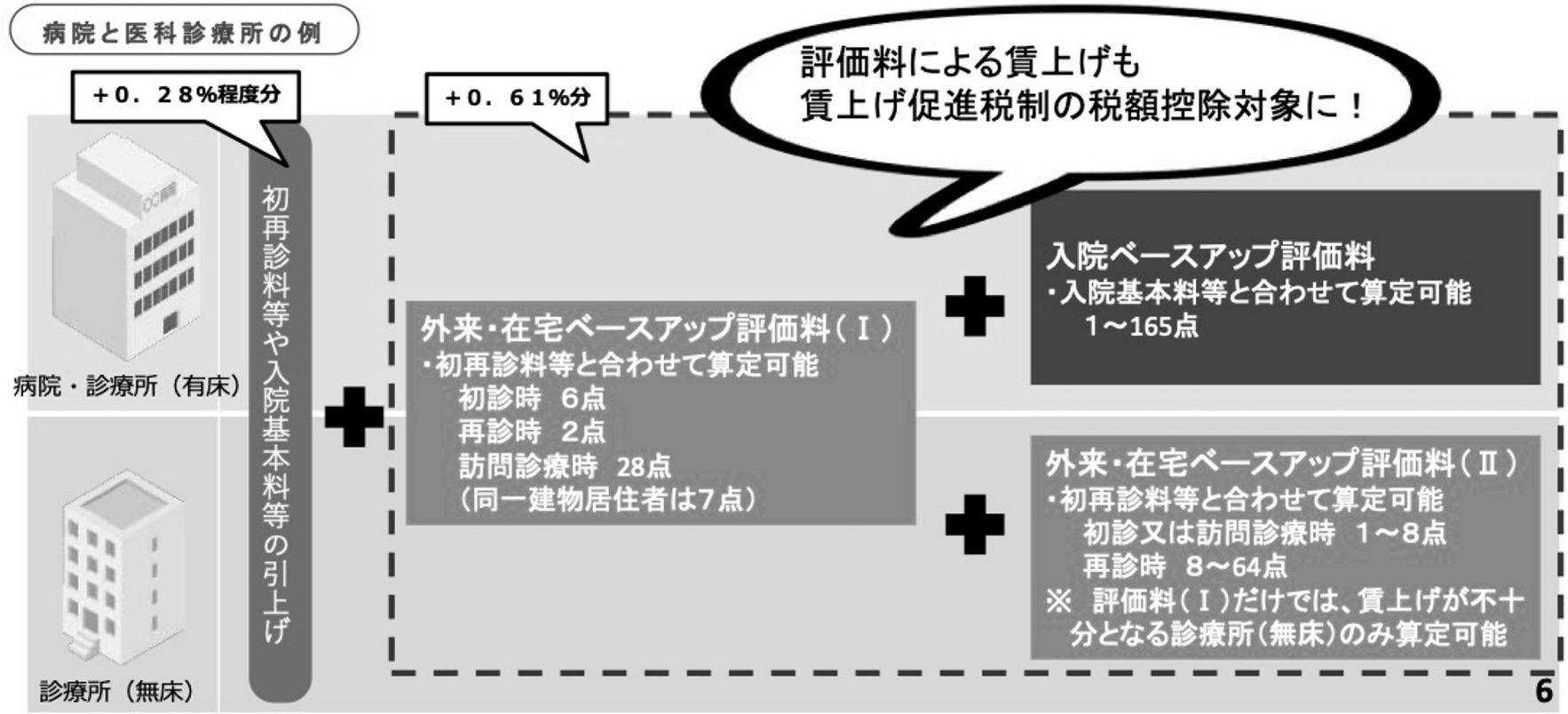
1　医療従事者の賃上げの概要について
（３）創設される診療報酬について

【出典】令和6年2月15日令和6年度診療報酬改定と賃上げについて
～今考えていただきたいこと(病院・医科診療所の場合)～

○　令和６年度の診療報酬改定では、**「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、（Ⅱ）」、「入院ベースアップ評価料」といった診療報酬を創設**します。

○　また、**初再診料等や入院基本料等についても、職員の賃上げを実施すること等も踏まえた引上げ**を行います。

○　さらに、**今回創設される診療報酬（既存の看護職員処遇改善評価料含む）による賃上げについて、賃上げ促進税制における税額控除の対象**となります。



1　医療従事者の賃上げの概要について
（2）対象職種

【出典】令和6年2月15日令和6年度診療報酬改定と賃上げについて
～今考えていただきたいこと(病院・医科診療所の場合)～

○　今般の診療報酬改定における賃上げの対象となる職種については、それぞれ以下のとおりです。

1 **病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション**に勤務する**看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種**の賃上げのための特例的な対応として、＋０．６１％の改定

① ベースアップ評価料分で対応

【対象職種】

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。）

2 **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として、＋　０．２８％の改定

② 初再診、入院料引き上げで対応

【対象職種（想定）】

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　等

ベースアップ評価料の計算支援ツール

Step 1 対象職員の給与総額の計算

○ まずは、**対象職員の給与総額**を計算しましょう。

2024年６月１日から算定を開始する場合、2023年3月～2024年2月に実際に支払った給与総額を入力してください。

算定開始予定日
#########

給与対象月	対象職員の給与総額
2023年3月	
2023年4月	
2023年5月	
2023年6月	
2023年7月	
2023年8月	
2023年9月	
2023年10月	
2023年11月	
2023年12月	
2024年1月	
2024年2月	

１月当たり給与総額	0円

Step 2

ベースアップ評価料の算定見込みの計算

①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】

○ 次に、**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）**の算定見込みの計算を行います。

○ **2024年６月１日から算定を開始する場合、2023年12月～2024年2月**に算定した初診料等の算定回数を入力してください。

算定開始予定日
#########

算定月	初診料等	再診料等	訪問診療料（同一建物以外）	訪問診療料（同一建物）
2023年12月				
2024年1月				
2024年2月				
１月当たり算定回数	0回	0回	0回	0回

算定月	歯科初診料等	歯科再診料等	歯科訪問診療料（同一建物以外）	歯科訪問診療料（同一建物）
2023年12月				
2024年1月				
2024年2月				
１月当たり算定回数	0回	0回	0回	0回

Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算

②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による算定見込みだけでは、**賃金増率が1.2%に満たない診療所**については、**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を算定**することができます。

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの算定可否

①該当する区分を選択ください。

- □ 病院・有床診療所
- □ 無床診療所

②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による賃金増率等

1月当たり給与総額	0円
1月当たり算定金額	0円
賃金増率	-

算定不可

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの区分

区分の元となる数値	-			
算定区分	-			
算定点数	初診・訪問診療時	-	再診時	-

※ 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関ではない場合（主に自由診療を実施する保険医療機関など）は、対象外となります。

※ 対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の診療所は、対象外となります（ただし、特定地域に所在する場合は対象となります。）。

※ 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの区分については、該当する区分より低い区分を選択することも可能です。

Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算

③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】

○ 病院・有床診療所については、**入院ベースアップ評価料**を算定できます。

○ **2024年６月１日から算定を開始する場合、2023年12月～2024年2月**における延べ入院患者数を入力してください。

算定開始予定日
#########

対象月	延べ入院患者数
2023年12月	
2024年1月	
2024年2月	

一月当たり延べ入院患者数	0人

入院ベースアップ評価料の算定可否

①該当する区分を選択ください。

☐ 病院・有床診療所
☐ 無床診療所

②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による賃金増率等

１月当たり給与総額	0円
１月当たり算定金額	0円
賃金増率	-
算定可否	算定不可

入院ベースアップ評価料の区分

区分の元となる数値	-
算定区分	-
算定点数	-

※ 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関ではない場合（主に自由診療を実施する保険医療機関など）は、対象外となります。

Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算

○ 最後に、**医療従事者の賃上げ見込み**の計算を行います。
○ 「ベースアップ評価料による１月当たり収入合計」等について、確認してください。

賃上げ見込みの計算

１月当たり給与総額	0円
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による１月当たり収入	0円
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）による１月当たり収入 （無床診療所のみ）	0円
入院ベースアップ評価料による１月当たり収入 （病院・有床診療所のみ）	0円
ベースアップ評価料による１月当たり収入合計	**0円**
ベースアップ評価料による１年度当たり収入合計	**0円**

対象職種一覧（ＳＴＥＰ１関係）

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。）

初診料等に含まれるもの（ＳＴＥＰ２関係）

【初診料等】
・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）
【再診料等】
・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
【訪問診療料（同一建物以外）】
・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。）
【訪問診療料（同一建物）】
・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)

【歯科初診料等】
・初診料又は短期滞在手術等基本料１
【歯科再診料等】
・再診料又は短期滞在手術等基本料１
【歯科訪問診療料（同一建物以外）】
・歯科訪問診療１
【歯科訪問診療料（同一建物）】
・歯科訪問診療２、歯科訪問診療３，歯科訪問診療4又は歯科訪問診療５

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。

診療明細書（記載例）

入院外　　保険

患者番号		氏名	○○ ○○　様	受診日	YYYY/MM/DD～ YYYY/MM/DD
受診科					

部	項　目　名	点　数	回　数
基本料	＊外来診療料	○○	○
在宅	＊在宅自己注射指導管理料（月28回以上）	○○○	○
	＊血糖自己測定器加算（月120回以上）（1型糖尿病の患者に限る）	○○○○	○
処方	＊処方箋料（その他）	○○	○
検査	＊生化学的検査（1）判断料	○○○	○
	＊血液学的検査判断料	○○○	○
	＊B－V	○○	○
	＊検体検査管理加算（1）	○○	○
	＊血中微生物	○○	○
	＊生化学的検査（1）（10項目以上）	○○○	○
	ALP		
	LAP		
	γ－GTP		
	CK		
	ChE		
	Amy		
	TP		
	Alb		
	BIL／総		
	BIL／直		
画像診断	＊胸部 単純撮影（デジタル撮影） 画像記録用フィルム（半切）　1枚	○○○	○
その他	＊外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	○○	○

ベースアップ評価料は「その他」欄に記載されます
患者からの問合せには、医療機関内で統一の回答方法が求められます

賃上げに向けた評価の新設

➢ 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

◆届出の原則

◆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

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(I)(1日につき)(要届出)
- □ 初診時 6点
- □ 再診時等 2点
- □ 訪問診療時
  - □ 同一建物居住者等以外の場合 28点
  - □ 上記以外の場合 7点

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)(要届出)
- □ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
  - □ 初診又は訪問診療を行った場合 8点
  - □ 再診時等 1点
- □ ～　外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8
  - □ 初診又は訪問診療を行った場合 64点
  - □ 再診時等 8点

□ 入院ベースアップ評価料(1日につき)(要届出)
- □ 入院ベースアップ評価料1　1点　～　入院ベースアップ評価料165　165点

ベースアップ対応の概要

	項　目	概　要
令和6年6月施行	初診料、再診料 入院基本料	②40歳未満の勤務医師・薬局の勤務薬剤師 事務職員等の賃上げ (抽出調査等で把握)
決算又は 確定申告	賃上げ促進税制 (別省庁の制度、制度適用時の対象は全職員)	法人税又は所得税の控除割合(中小企業の例) 雇用者等給与額が前年度比較の増加率 ・1.5%以上：15% ・2.5%以上：+15% 教育訓練費前年度比増加率 ・10%以上：+10%
実績で区分判定を行い、届出	入院ベースアップ評価料(165区分) (病院、有床診療所のみ)	①看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(②を除く)の賃上げ (年１回の報告)
要件を満たせば届出可	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(※)	
過去実績で判定該当時のみ届出可	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(8区分) (※評価料１の届出医療機関のみ)	無床診療所、訪問看護ステーションが対象 ①職員の賃上げが、給与総額の1.2%増に達しないと見込まれる場合 (年４回の報告)

外来・在宅ベースアップ評価料の算定構造

◆算定対象項目

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)		外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)	算定対象
1 初診時		イ 初診又は訪問診療を行った場合	初診料 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の初診時
2 再診時等		ロ 再診時等	再診料、外来診療料、小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の再診時 短期滞在手術等基本料１、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、外来腫瘍化学療法診療料
3 訪問診療時	イ 同一建物居住者等以外の場合	イ 初診又は訪問診療を行った場合	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(同一建物居住者以外の場合) 在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る)
	ロ イ以外の場合		在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(同一建物居住者の場合) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

(医科のケース)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(要届出)(１日につき)①

- 外来・在宅ベースアップ評価料(I)(1日につき)(要届出)
  - 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.上記以外の場合　7点

◆ １：入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合

◆ ２：入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術又は検査を行った場合

◆ ３のイ：次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合

イ、当該患者の同意を得て、訪問診療を行った場合(※)で、当該患者が同一建物居住者以外である場合

※初診料算定日に訪問して診療を行った場合、有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く

ロ、在医総、施設総、在がん総合の算定要件を満たす他院の求めに応じ、当該他院から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、訪問診療を行った場合(※)で、当該患者が同一建物居住者以外である場合

（ロの続き）

※有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く

ハ、在支診又は在支病で、在宅療養を行っている末期の悪性腫瘍患者で通院が困難なものに対し訪問診療を行った場合

◆ ３のロ：次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合

- イ、当該患者の同意を得て、訪問診療を行った場合(※)であって、当該患者が同一建物居住者である場合

  ※初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く

- ロ、在医総、施設総、在がん総合の算定要件を満たす他院の求めに応じ、当該他院から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、訪問診療を行った場合(※)で、当該患者が同一建物居住者である場合

  ※有料老人ホーム等の併設保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く

- ハ、有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(要届出)(１日につき)②

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準

(１) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関

(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、この項において「対象職員」という)が勤務していること

※対象職員は別表４(次頁参照)

⇒　専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等の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

(３) 当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度の対象職員の賃金の改善を実施しなければならない

⇒　賃金は役員報酬を除く、賃金改善は定期昇給によるものを除く(以下同)

(４) (３)について、ベア等により改善を図るため、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

ただし、ベア等を行った医療機関で、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増加分に用いた額を上回り、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)はこの限りではない

いずれの場合にも、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと

(４続き)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

また、賃金の改善は、自院の「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断する

(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分５厘以上引き上げ、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分５厘以上引き上げた場合には、40歳未満の勤務医、事務職員等の自院に勤務する職員の賃金の改善を実績に含めることができる

(６) 令和６年度及び令和７年度の自院に勤務する職員の賃金の改善に係る計画(以下「賃金改善計画書」)を作成していること

(７) 当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守する

(８) 対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、２の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知し、就業規則等の内容についても周知する

また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者の賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答する

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(要届出)(１日につき)③

◆ 別表４(ベースアップ評価料における対象職員)

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

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出

(１) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準の届出用紙は別添２の 様式95

(２) １の(６)の「賃金改善計画書」を、別添２の様式95により新規届出時及び毎年４月に作成し、新規届出時及び毎年６月に地方厚生局長に届出

(３) 毎年８月に、前年度の賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添２の様式98により作成し、地方厚生局長に報告

(４) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、自院の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添２の様式94により作成し届出

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(２)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要がある

(５) 保険医療機関は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

(医科のケース)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(要届出)(１日につき)①

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(１日につき)	初診又は 訪問診療を行った場合	再診時等	**別表５**　区分B
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)１	8点	1点	0を超える
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)２	16点	2点	1.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)３	24点	3点	2.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)４	32点	4点	3.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)５	40点	5点	4.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)６	48点	6点	5.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)７	56点	7点	6.5 以上
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)８	64点	8点	7.5 以上

◆算定要件

◆「初診又は訪問診療を行った場合」

- 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「初診時」「訪問診療時」を算定する患者に対して診療を行った場合に算定

◆「再診時等」

- 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「再診時等」を算定する患者に対して診療を行った場合に算定

◆施設基準

(１) 入院基本料(特別入院基本料等を含む)、短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料１を除く)を算定していない医療機関

(２) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出医療機関

(３) 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を合算した数に10 円を乗じた額が、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、この項において「対象職員」という)の給与総額の１分２厘未満であること　(次頁に続く)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(要届出)(１日につき)②

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準 続き

対象職員は別表４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

(４) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の医療機関ごとの区分については、自院の対象職員の給与総額、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並びに外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込みを用いて算出した数【Ｂ】に基づき、別表５に従い該当するいずれかの区分を届出

$$【B】=\frac{\text{対象職員の給与総額}\times 1\text{分}2\text{厘}-(\text{外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み})\times 10\text{円}}{(\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・イの算定回数の見込み}\times 8+\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み})\times 10\text{円}}$$

(５) (４)について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「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」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」の対象となる期間、算出した【Ｂ】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表７のとおり(次々ページ)

「対象職員の給与総額」は、別表７の対象となる12 か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いる

「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」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表７の対象となる３か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いる

また、別表７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局長に届出を行った上で、翌月(毎年４、７、10、１月)から変更後の区分に基づく点数を算定する

なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」によって対象職員の賃金総額を算出

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表７の対象となる３か月の「対象職員の給与総額」、「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)の算定回数の見込み」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、区分変更を行わない

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(要届出)(１日につき)③

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く、以下この項において同じ)は、直近の別表７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

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の改善を実施しなければならない

⇒　賃金は役員報酬を除く、賃金改善は定期昇給によるものを除く(以下同)

(７) (６)について、ベア等により改善を図るため、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

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増加分に用いた額を上回り、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

(７続き) ただし、いずれの場合でも、賃金の改善の対象とする項目を特定して行う、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

また、賃金の改善は、自院での「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断する

(８) 令和６年度及び令和７年度の「賃金改善計画書」を作成する

(９) 常勤換算２名以上の対象職員が勤務している

ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する医療機関はこの限りでない

(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(以下、「社会保険診療等収入金額」という)の合計額が、総収入の100分の80を超えること

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和32 年法律第26 号)第26 条第２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22 年法律第50 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100 の10 以下の場合をいう)の場合に限る)を含む)

(次頁に続く)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(要届出)(１日につき)④

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

イ 健康増進法(平成14 年法律第103 号)第６条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第４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23 年法律第68 号)第２条第６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30 条の35 の３第１項第２号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成29 年厚生労働省告示第314 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(１の分娩に係る助産に係る収入金額が50 万円を超えるときは、50 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26 条第２項第４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６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77 条及び第78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21条の５の２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24条の２に規定する障害児入所給付費、同法第24条の７に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第24条の25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

(11) 当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守

(12) 対象職員に対し、賃金改善を実施する方法等について、２の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知し就業規則等の内容についても周知

また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答

◆ 別表７

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(※)の対象となる期間	算出した【Ｂ】及び【Ｃ】に基づき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

※「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)の算定回数の見込み」及び「延べ入院患者数」

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(要届出)(１日につき)⑤

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

◆ 2、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)届出に関する事項

(１)届出用紙は別添２の様式96

(２)１の(８)の「賃金改善計画書」を、以下の時期に地方厚生(支)局長に届け出る

届出用紙は別添２の様式96

新規届出時及び毎年４月に作成し、新規届出時及び毎年６月届出

(３)「賃金改善実績報告書」を毎年８月に以下のように地方厚生(支)局長に報告する

- 報告用紙は別添２の様式98
- 前年度の賃金改善の取組状況を評価するため

(４)事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、自院の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添２の様式94により作成し届け出る

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることになった場合は、次年度に(２)の「賃金改善計画書」を提出する際に「特別事情届出書」を再度届け出る必要がある

(５)外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管する

【疑義解釈】外来・在宅ベースアップ評価料(共通事項)①

◆ 問1、ベア評価料(Ⅰ)、ベア評価料(Ⅱ)、入院ベア評価料の施設基準において、「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」とあるが、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いてよいか

(答)差し支えない

◆ 問2、「看護職員処遇改善評価料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4年9月5日事務連絡)の問18において、看護職員処遇改善評価料について、賃金改善に伴い増加する賞与、時間外勤務手当等、法定福利費等の事業者負担分及び退職手当は、「基本給等の引き上げにより増加した分については、賃金改善の実績額に含めてよい。ただし、ベア等には含めないこと」とされていたが、ベースアップ評価料についても同様か

(答)ベースアップ評価料は、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

◆ 問3、看護職員処遇改善評価料、ベア評価料の施設基準において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金(超過勤務手当)や賞与に反映させる必要はあるのか

(答)労働基準法第37条第5項及び労働基準法施行規則第21条で列挙されている手当(※)に該当しない限り、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。当該評価料に係る「決まって毎月支払われる手当」は、その性質上、上記手当には該当しないことから、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある

なお、「決まって毎月支払われる手当」をいわゆる賞与の算定に際して反映させるか否かは、各医療機関の定めによる

※編注：家族手当、通勤手当、別居手当、子女教育手当、住宅手当、臨時に支払われた賃金、１か月を超える期間ごとに支払われる賃金

◆ 問4、看護職員処遇改善評価料及びベア評価料において、対象職員の賃金の改善措置を実施する具体的方法(金額・割合等)について、職員に応じて区分することは可能か

(答)可能。各医療機関の実情に応じて、賃金の改善措置の方法を決定すること

【疑義解釈】外来・在宅ベースアップ評価料(共通事項)②

◆ 問5、看護職員処遇改善評価料及びベア評価料において、基本給等を、常勤職員へは当月払いし、非常勤職員へは翌月払いしている場合、賃金の実績額及び改善実施期間はどのように判断すべきか

(答)いずれについても、基本給等の支払われた月ではなく、対象となった月で判断する

◆ 問6、ベア評価料で賃金の改善とは、算定開始月から実施する必要があるか

(答)原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある

なお、令和6年4月より賃金の改善を行った医療機関は、令和6年4月以降の賃金の改善分も、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい

ただし、届出時点において「賃金改善計画書」の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる

◆ 問7、ベア評価料の施設基準において、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、『賃金改善計画書』の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知することとされているが、周知の具体的方法はどうすればよいか

(答)例えば、「賃金改善計画書」及び就業規則等を書面で配布する方法や職員が確認できる箇所に掲示する方法が挙げられる

◆ 問8、ベア評価料について、区分変更を行う場合はどのような届出が必要か

(答)「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要

【疑義解釈】外来・在宅ベースアップ評価料(共通事項)③

◆ 問9、ベア評価料(I)の施設基準において、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分5厘以上引き上げ、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分5厘以上引き上げた場合には、40歳未満の勤務医、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とされているが、基本給等の引き上げ率についてどのように考えればよいか

(答)引き上げ率の確認は、次のいずれかの方法で行うこと

①給与表等に定める対象職員の基本給等について、令和5年度と比較し、令和6年度に2.5%又は令和7年度に4.5%の引き上げになっているかを確認する

②以下の計算式により基本給等の改善率を算出する

$$\frac{\left(\begin{array}{l}\text{当該年度において基本給等が引き上げられた後の}\\ \text{対象職員の１月当たりの基本給等の総額}\\ -\ \text{令和５年度における１月当たりの対象職員の}\\ \text{基本給等の総額}\\ -\ \text{定期昇給がある場合にあっては１月あたりの}\\ \text{対象職員の基本給等の引き上げ額のうち}\\ \text{定期昇給相当額の総額}\end{array}\right)}{\text{令和５年度における１月当たりの基本給等の総額}} \times 100(\%)$$

◆ 問10、問9について、給与表等の存在しない医療機関において、令和5年度と令和6年度及び令和7年度を比較して対象職員の変動がある場合、計算式中の対象職員の基本給等の総額はどのように考えたらよいか

(答)令和5年度及び令和6年度又は令和7年度のいずれの年度においても在籍している対象職員について、計算式に則り算出を行う

ただし、いずれの年度にも在籍している対象職員が存在しない等の理由でこの方法による算出が困難な場合には、各年度の全対象職員の基本給等の総額を用いて算出を行ってもよい

◆ 問11、ベア評価料において、「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」の別表4のミ「その他医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く)」とは、具体的にどのような職員か

(答)別表4に該当しない職種の職員であって、医療機関における業務実態として、主として医療に従事しているものを指す

ただし、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

【疑義解釈】外来・在宅ベースアップ評価料(共通事項)④

◆ 問12、看護職員処遇改善評価料、ベア評価料の別表4の対象職員には、派遣職員など、自院に直接雇用されていないものも含むのか

(答)対象とすることは可能

ただし、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、「賃金改善計画書」や「賃金改善実績報告書」について、対象とする派遣労働者を含めて作成すること

◆ 問13、ベア評価料(Ⅱ)の「【B】の計算式に基づき、別表5に従い該当するいずれかの区分を届け出ること」とあるが、「該当するいずれかの区分」について、どのように考えればよいか

(答)例えば、【B】の値が3.0である場合には、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3」のいずれかを届け出ることができる

◆ 問14、ベア評価料(Ⅱ)、入院ベア評価料の施設基準における「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」について、具体的な範囲はどのようなものか

(答)国、地方公共団体及び保険者等が交付する収入金額であって、保険医療機関等に交付されているものを指す

例えば、地方自治体による単独の補助事業、保険者が委託する健診、病院の運営に当てられる地方自治体からの繰入金等が含まれる

◆ 問15、ベア評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料の施設基準において、「常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること」とされているが、職員の退職又は休職等により、要件を満たさなくなった場合はどのように考えれば良いか

(答)常勤換算の職員が2名を下回った場合は、速やかに地方厚生(支)局長に届出の変更を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定を行わないこと

ただし、暦月で3か月を超えない期間の一時的な変動の場合はこの限りではない

【疑義解釈】外来・在宅ベースアップ評価料(共通事項)⑤

◆ 問16、看護職員処遇改善評価料、ベア評価料(Ⅱ)、入院ベア評価料の対象職員には、以下による休業を取得中の職員等も含むのか

- 労働基準法第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児
- 育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業
- 育児・介護休業法第23条第2項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置
- 育児・介護休業法第24条第1項の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置

(答)含まない

◆ 問17、看護職員処遇改善評価料及びベア評価料において、賃金改善に伴い増加する法定福利費等について、どのような範囲を指すのか

(答)次の①及び②を想定している

①健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、児童手当拠出金、雇用保険料、労災保険料等における、賃金改善に応じた増加分(事業者負担分を含む)

②退職手当共済制度等における掛金等が増加する場合の増加分(事業者負担分を含む)

◆ 問18、看護職員処遇改善評価料及びベア評価料の施設基準において、「対象医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること」とあるが、具体的にどのような対応が必要か

(答)当該評価料による賃金改善を行うための就業規則等の変更について労働者の過半数を代表する者の意見を聴くことや、賃金改善に当たって正当な理由なく差別的な取扱いをしないことなど、労働基準法やその他関係法令を遵守した対応が必要である

その他、賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定することが望ましい

入院ベースアップ評価料・看護職員処遇改善評価料

(医科のケース)

賃上げに向けた評価の新設(入院)

□A500 看護職員処遇改善評価料(1日につき) ⇒ O 000 看護職員処遇改善評価料(1日につき)

□看護職員処遇改善評価料1　1点 ～ 看護職員処遇改善評価料145　145点

◆1点刻み

□看護職員処遇改善評価料146　150点 ～ 看護職員処遇改善評価料165　340点

◆10点刻み

◆点数変更はなく、診療区分の変更

➢ 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

□入院ベースアップ評価料(1日につき)(要届出)

□入院ベースアップ評価料1　1点 ～ 入院ベースアップ評価料165　165点

◆1点刻み

◆算定要件

- 入院基本料(特別入院基本料等を含む)、特定入院料、短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)を算定する入院患者

入院ベースアップ評価料①

◆入院ベースアップ評価料の施設基準

(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)の届出を行っ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)により算定される点数の見込みを合算した数に10 円を乗じた額が、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、この項において「対象職員」という)の給与総額の２分３厘未満であること

対象職員は別表４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

(４) 入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの点数については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、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並びに延べ入院患者数の見込みを用いて次の式により算出した数【C】に基づき、別表６に従い該当する区分を届出

$$【C】= \frac{\text{対象職員の給与総額}\times 2\text{分}3\text{厘}-(\text{外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み})\times 10\text{円}}{\text{自院の延べ入院患者数}\times 10\text{円}}$$

(５)(４)について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「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」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【C】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表７のとおり

「対象職員の給与総額」は、別表７の対象となる12 か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いる

「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」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表７の対象となる３か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は、別表７の対象となる３か月の期間の１月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いる

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(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年４、７、10、１月)から変更後の区分に基づく点数を算定する

なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」について対象職員の賃金総額を算出する

入院ベースアップ評価料②

◆入院ベースアップ評価料の施設基準(続き)

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表７の対象となる３か月の「対象職員の給与総額」、「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【C】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(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表７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

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)~(12)(略)

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱと同様(関連法のみ異なる)

◆入院ベースアップ評価料の届出

(１) 入院ベースアップ評価料の施設基準に係る届出は、別添２の様式97を用いる

(２) １の(８)の「賃金改善計画書」を、別添２の様式97により新規届出時及び毎年４月に作成し、新規届出時及び毎年６月において、地方厚生(支)局長に届け出る

(３)~(４)は外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱと同様のため略

(５) 保険医療機関は、入院ベースアップ評価料の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管

◆ 別表６

【C】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0 を超え 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
2.5 以上 3.5 未満	入院ベースアップ評価料３	３点
【1ポイント刻み】	∫	
162.5 以上 163.5 未満	入院ベースアップ評価料 163	163 点
163.5 以上 164.5 未満	入院ベースアップ評価料 164	164 点
164.5 以上	入院ベースアップ評価料 165	165 点

看護職員処遇改善評価料

◆看護職員処遇改善評価料の施設基準

(１)～(４)(略)

(５)(３)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の３分の２以上は、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(以下「ベア等」という)により改善を図る

ただし、令和６年度及び令和７年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合は、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち３分の２以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする

(６)(５)について、原則として、賃金改善実施期間内に賃金の改善措置を行う必要があること。ただし、届出時点の計画を上回る収入が生じた場合又は看護職員が減った場合であって、当該計画に基づく収入の３分の２以上を賃金の改善措置を行っている場合に限り、当該差分については、翌年度の12月までに賃金の改善措置を行えばよい

(７)以降はR4.10改定「看護職員処遇改善評価料」(６)以降と同様(計算式も変更なし)

$$【A】= \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額(当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12{,}000円 \times 1.165)}{\text{自院の延べ入院患者数} \times 10円}$$

◆看護職員処遇改善評価料の届出

(１) 看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出及び１の(７)及び(８)に基づき、新規届出時及び毎年３、６、９、12 月において算出した該当する区分に係る届出は、別添２の様式93を用いる

(２) １の(７)に基づき算出した看護職員処遇改善評価料の見込額、賃金改善の見込額、賃金改善実施期間、賃金改善を行う賃金項目及び方法等について記載した「賃金改善計画書」を、別添２の様式93 で新規届出時及び毎年４月に作成し、新規届出時及び毎年６月に、地方厚生(支)局長に届出

(３) 毎年８月に、前年度の賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添２の様式93の３により作成し、地方厚生局長に報告

(４) 事業の継続を図るため、職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添２の様式94 により作成し、届出

なお、年度を超えて看護職員等の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(２)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要がある

(５) 保険医療機関は、看護職員処遇改善評価料の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管

【疑義解釈】ベースアップ評価料(入院関係)①

◆ 問19、「看護補助者処遇改善事業補助金」や旧医科点数表の看護職員処遇改善評価料によりすでに賃金改善を実施している場合について、どのように考えればよいか

(答)外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び入院ベースアップ評価料の算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の計算にあたり、それらの額は含めないものとする

また、令和6年4月及び5月にそれらを用いて賃金改善を実施している場合には、「賃金改善計画書」及び「賃金改善実施報告書」における賃金改善の見込み額及び実績額の記載にあたり、ベースアップ評価料以外によるベア等実施分に含めるものとする

◆ 問20、外来診療及び在宅医療を実施しておらず、入院医療のみを実施している保険医療機関について、ベースアップ評価料の届出及び算定についてどのように考えればよいか

(答)外来・在宅ベースアップ評価料(I)、入院ベースアップ評価料の届出を行った上で、入院ベースアップ評価料のみを算定する

◆ 問21、外来即入院となった患者について、ベア評価料(I)を算定した上で、看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を同日に算定することは可能か

(答)算定可能

◆ 問22、ベア評価料(I)、ベア評価料(Ⅱ)、入院ベア評価料の届出医療機関で、看護職員処遇改善評価料に係る賃金改善計画書及び賃金改善実績報告書の記載はどのようにすればよいか

(答)外来・在宅ベースアップ評価料(I)、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による賃金改善の見込み額は、賃金改善計画書における「Ⅲ.賃金改善の見込額」及び賃金改善実績報告書における「Ⅱ.賃金改善の実績額」には含めないこと

◆ 問23、看護職員処遇改善評価料及び入院ベア評価料の「延べ入院患者数」は、どのように算出するのか

(答)延べ入院患者数は、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)の算定患者を対象に、毎日24時現在で自院に入院していた患者の延べ数を計上する

ただし、退院日は延べ入院患者数に含め、また、入院日に退院又は死亡した患者も延べ入院患者数に含める

【疑義解釈】ベースアップ評価料(入院関係)②

◆ 問24、問23について、自由診療や労災保険による患者は「延べ入院患者数」に計上するのか

(答)自由診療の患者は計上しない

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は計上する

◆ 問25、問23について、救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合、「延べ入院患者数」に計上するのか

(答)計上する

◆ 問26、ベア評価料(Ⅱ)の施設基準において、「医科点数表入院基本料(特別入院基本料等を含む)、特定入院料、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」とされているが、算定していない期間等、具体的内容はどのようなものか

(答)直近3か月に入院料等を算定していない保険医療機関をいう

ただし、直近3か月の1月あたり平均延べ入院患者数が30人未満の保険医療機関は、当該要件に該当するとみなす

◆ 問27、問26について、「直近3か月の1月あたり平均延べ入院患者数が30人未満の保険医療機関は、当該要件に該当するとみなす」とされているが、当該要件に該当している保険医療機関で、入院ベア評価料の届出を行うことは可能か

(答)可能

ただし、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)と両方の届出を行うことはできない

◆ 問28、看護職員処遇改善評価料及び入院ベア評価料は、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)の算定患者に算定するとされているが、外泊期間中で入院基本料の基本点数又は特定入院料の15%又は30%を算定する日も算定可能か

(答)算定可

医学管理等①

特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料以外

医学管理料の通則の見直し

■第1部　医学管理等　通則

1,(略)

2,医学管理等に当たって、~~プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は~~別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という)を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する

■小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、外来ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料

■ 外来感染対策向上加算(月1回)(要届出)　6点　⇒　6点(変更なし)

■ (新)発熱患者等対応加算(月1回)(要届出)　20点

◆ 発熱その他感染症疑いの患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で該当する医学管理料を算定した場合

■ (新)抗菌薬適正使用体制加算(月1回)(要届出)　5点

◆ 抗菌薬の使用状況が施設基準に適合し、適切な感染防止対策を講じた上で該当する医学管理料を算定した場合

※外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、救急救命管理料、退院後訪問指導料も同様

※加算の詳細は要件は基本診療料編にて解説

小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の引き上げ

	□ 小児科外来診療料(1日につき)	□ 小児かかりつけ診療料(1日につき)	
		□ 小児かかりつけ診療料1	□ 小児かかりつけ診療料2
	□ 1処方箋を交付する場合	□ 処方箋を交付する場合	
初診時	599点 ⇒ 604点	641点 ⇒ 652点	630点 ⇒ 641点
再診時	406点 ⇒ 410点	448点 ⇒ 458点	437点 ⇒ 447点
	□ 2,1以外の場合	□ 処方箋を交付しない場合	
初診時	716点 ⇒ 721点	758点 ⇒ 769点	747点 ⇒ 758点
再診時	524点 ⇒ 528点	566点 ⇒ 576点	555点 ⇒ 565点

□ 小児抗菌薬適正使用支援加算(月１回)(要施設基準)　　80点(変更なし)

◆ 対象疾患の追加

- 急性気道感染症、急性下痢症　＋　**（追加）急性中耳炎、急性副鼻腔炎**

◆小児かかりつけ診療料1施設基準

- 時間外対応加算1又は~~時間外対応加算2~~　⇒　時間外対応加算3の届出を行っている
- 小児科外来診療料を算定していること
- **(新)** 常勤医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい

◆小児かかりつけ診療料2施設基準

- 時間外対応加算3(削除)　⇒　時間外対応加算2又は時間外対応加算4の届出を行っている

小児科外来診療料の要件見直し

◆小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患見直し(小児かかりつけ診療料も同様)

- 急性気道感染症、**急性中耳炎、急性副鼻腔炎**又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者で、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に月に１回に限り算定
- インフルエンザウイルス感染の患者又はインフルエンザウイルス感染の**疑われる患者及び新型コロナウイルス感染症の患者又は新型コロナウイルス感染症が疑われる患者**は算定不可

  ⇒　新型コロナウイルス感染症の規定は耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算も同様

◆包括対象外(新設項目の追加)

- 小児抗菌薬適正使用支援加算
- 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算及び医療情報取得加算(初診料、再診料、外来診療料)
- 機能強化加算、医療ＤＸ推進体制整備加算(初診料)
- 外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算
- 地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(Ⅱ)、連携強化診療情報提供料、往診料(往診料の加算を含む)
- ベースアップ評価料(Ⅰ)、ベースアップ評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料

小児かかりつけ診療料の要件見直し

◆(６)小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと

ア, 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎、喘息その他乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うこと

イ, 他の保険医療機関との連携及び**オンライン資格確認を活用**して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと

ウ, 患者について、健康診査の受診状況及び受診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること

エ, 患者について、予防接種の実施状況を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する指導を行うこと

(新)オ, 発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと

(新)カ, 不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること

キ, かかりつけ医として、上記アからカまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面(別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。)を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからカまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所**及びホームページ等**に掲示していること

(新)ク, キ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。また、令和７年５月31日までの間に限り、クに該当するものとみなすこと

【疑義解釈】小児かかりつけ診療料

◆問151、「発達障害等に関する適切な研修」とは具体的にはどのようなものがあるか

(答)現時点では、以下の研修が該当する

・日本小児科医会「『子どもの心』研修会」

・日本小児保健協会、日本小児科学会、日本小児精神神経学会「小児かかりつけ医のための発達障害スキルアップ講座」

・日本小児神経学会「子どものこころのプライマリケア・セミナー」

◆問152、「虐待に関する適切な研修」とは具体的にはどのようなものがあるか

(答)現時点では、以下の研修が該当する

・日本子ども虐待医学会「BEAMS Stage1」

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

➢ 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、**小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直す**とともに、**発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。**

現行

【小児特定疾患カウンセリング料】
イ 医師による場合
(1) 月の１回目　500点
(2) 月の２回目　400点

ロ 公認心理師による場合　200点

[算定要件]（抜粋）
○２年を限度として月２回に限り算定する。

改定後

【小児特定疾患カウンセリング料】
イ 医師による場合
(1) **初回**　**800点**
(2) 初回のカウンセリングを行った日後**１年以内の期間**に行った場合
① 月の１回目 600点　**② 月の２回目 500点**
(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して**２年以内の期間**に行った場合((2)の場合を除く。)
① 月の１回目 500点　**② 月の２回目 400点**
(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して**４年以内の期間**に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。)　**400点**

ロ 公認心理師による場合　200点

[算定要件]（抜粋）
(1) 初回のカウンセリングを行った日から起算して、**２年以内の期間においては月２回に限り、２年を超える期間においては、４年を限度として、月１回に限り**、算定する。
(2) 小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)を算定すべき医学管理を**情報通信機器を用いて行った場合は、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②又は (4)の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は 348点を算定する。**

小児特定疾患カウンセリング料の再編

- イ,医師による場合
  - 月の1回目　500点
    - ⇒　(改)(1)初回　800点
    - (新)情報通信機器を用いた場合　696点
  - 月の2回目　400点

↓

  - (改)(2)初回のカウンセリングを行った日後1年以内の期間に行った場合
    - 月の1回目　600点
      - (新)情報通信機器を用いた場合(要届出)　522点
    - 月の2回目　500点
      - (新)情報通信機器を用いた場合(要届出)　435点
  - (新)(3)初回のカウンセリングを行った日から起算して2年以内の期間に行った場合((2)の場合を除く)
    - 月の1回目　500点
      - (新)情報通信機器を用いた場合(要届出)　435点
    - 月の2回目　400点
      - (新)情報通信機器を用いた場合(要届出)　348点
  - (新)(4)初回のカウンセリングを行った日から起算して4年以内の期間に行った場合((2)及び(3)の場合を除く)　400点
    - (新)情報通信機器を用いた場合(要届出)　348点
- ロ,公認心理師による場合　200点(変更なし)

◆算定要件

- 初回(800点)は、原則として同一患者に対して、初めてカウンセリングを行った場合に限り算定することができる

小児特定疾患カウンセリング料の算定要件

◆小児特定疾患カウンセリング料の算定要件

- 療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定

↓

- 同一暦月内に、**初回のカウンセリングを行った日から起算して、2年以内の期間は月2回に限り、2年を超える期間は4年を限度として、月1回に限り**、算定

◆小児特定疾患カウンセリング料の注2の施設基準

- 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること
- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、小児特定疾患カウンセリング料の注２として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はない

※オンライン指針に沿った診療を行う

【疑義解釈】小児特定疾患カウンセリング料

◆ 問127、小児特定疾患カウンセリング料のイの(1)について、「原則として同一患者に対して、初めてカウンセリングを行った場合に限り算定することができる」とあるが、同一患者に対して、初めてカウンセリングを行った場合以外に、イの(1)を算定できるのはどのような場合か

(答)自院で過去にカウンセリングを受けたことがある場合で、当該カウンセリングを受けた症状及び疾病等にかかる治療が終了した後、再度自院に、治療が終了した症状及び疾病等と異なる症状及び疾病等により受診し、カウンセリングを受ける必要があると医師が判断する場合にのみ算定可能

◆ 問128、問127について、同一の保険医療機関においてある疾病に係るカウンセリングを継続的に実施している患者について、他の疾病に係るカウンセリングを開始した場合は、小児特定疾患カウンセリング料のイの(1)を算定できるか

(答)不可

◆問129、問127について、令和6年5月31日以前からカウンセリングを継続していた場合であって、令和6年6月1日以降の初回のカウンセリングを実施した際に、小児特定疾患カウンセリング料のイの(1)を算定できるか

(答)不可

◆問130、小児特定疾患カウンセリング料のイ(1)を算定した診療月において、2回目のカウンセリングを医師が実施した場合は、小児特定疾患カウンセリング料のイの(2)の2を算定するのか

(答)そのとおり

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の再編

□乳腺炎重症化予防ケア・指導料

□(改)イ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料1(要届出)

□(1) 初回　500点

□(2) 2回目から4回目まで　150点

◆入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定

□(新)ロ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料2(要届出)

□(1) 初回　500点

□(2) 2回目から8回目まで　200点

◆入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が悪化し、乳腺膿瘍切開術を行ったことに伴い母乳育児に困難を来しているものに対し、医師又は助産師が乳腺膿瘍切開創の管理を含む乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき8回に限り算定

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の再編

◆乳腺炎重症化予防ケア・指導料の要件見直し

(１)乳腺炎重症化予防ケア・指導料１は、入院中以外の乳腺炎の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認めた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師が、当該患者に対して乳房のマッサージや搾乳等の乳腺炎に係るケア、授乳や生活に関する指導、心理的支援等の乳腺炎の早期回復、重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導を行った場合に、分娩1回につき4回に限り算定する

(新)(２)乳腺炎重症化予防ケア・指導料２は、入院中以外の乳腺炎の患者であって、乳腺膿瘍切開術を行ったことに伴い母乳育児に困難がある患者に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認めた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師が、当該患者に対して乳腺膿瘍切開創の感染予防管理、排膿促進及び切開創を避けた授乳指導並びに(1)に規定する包括的なケア及び指導を行った場合に、分娩１回につき８回に限り算定する

(新)(３)乳腺炎重症化予防ケア・指導料１を算定した後に乳腺膿瘍切開術を行った場合、引き続き乳腺炎重症化予防ケア・指導料２を分娩１回につき８回に限り算定できる

(４)当該ケア及び指導を実施する医師又は助産師は、包括的なケア及び指導に関する計画を作成し計画に基づき実施するとともに、実施した内容を診療録等に記載する

在宅療養指導料

◘在宅療養指導料　　170点(点数変更なし)

◆対象疾患と要件の追加

◆ 在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回(初回の指導を行った月にあっては、月２回)に限り算定する

◆ (新)当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、在宅療養支援向上のための適切な研修を修了していることが望ましい

◆算定要件

◆ 退院後１月以内の患者であって、過去１年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、１回以上ある慢性心不全の患者(治療抵抗性心不全の患者を除く)

◆ **(新)(５)**当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、次に掲げる在宅療養支援能力向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと

ア,国、都道府県及び医療関係団体等が主催する研修であること(５時間程度)

イ,講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ)外来における在宅療養支援について

(ロ)在宅療養を支える地域連携とネットワークについて

(ハ)在宅療養患者(外来患者)の意思決定支援について

(ニ)在宅療養患者(外来患者)を支える社会資源について

遠隔連携診療料

□遠隔連携診療料

□診断を目的とする場合　　750点

□その他の場合　　500点

◆「その他の場合」に指定難病を追加

- 診断を目的とする場合
  - 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において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する
- その他の場合
  - 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において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する

◆算定要件の追加

- (５)当該他の保険医療機関は、難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院又はてんかん診療拠点機関であること

こころの連携指導料(I)の施設基準に研修要件を追加

◆こころの連携指導料(I)の施設基準

(1)精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること(変更なし)

(2)院内に自殺対策等に関する適切な研修を受講した医師が配置されていること。また、上記研修を受講した医師が、当該診療及び療養上必要な指導を行うこと。なお、ここでいう適切な研修とは、自殺ハイリスク者ケアの専門家・教育者が関わって実施されるものでかかりつけ医における自殺ハイリスク者への対応を学ぶことができるものであり、以下のものをいうこと。

ア,講義等により次の内容を含むものであること。

(イ)自殺企図の定義・対応の原則

(ロ)情報収集の方法、面接の要点

(ハ)自殺の同定方法

(ニ)危険因子・危険性の評価、危険性を減らす方法、治療計画

(ホ)精神障害、精神科的対応、心理社会的介入の方法

(ヘ)家族への対応

(ト)医療機関・自治体等への紹介・連携、情報提供

(チ)ポストベンション(遺族への心のケア)

イ,自殺未遂者支援の根拠となる自殺対策基本法等について学ぶ項目

ウ,うつ病等のスクリーニング法を症例検討等により実践的に学ぶ項目

エ,自殺ハイリスク患者に関する症例を用いた講師者・受講者による双方向の事例検討

【疑義解釈】こころの連携指導料

◆問165、「自殺対策等に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか

(答)現時点では、以下の研修が該当する

・厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センタが主催する自殺未遂者ケア研修(かかりつけ医版)、自殺未遂者ケア研修(精神科救急版)又は自殺未遂者ケア研修(一般救急版)

・日本臨床救急医学会等が実施するPEECコース

また、自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修を令和6年5月31日以前に修了した者については、当該研修を修了したものとする

※「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問162及び「疑義解釈資料の送付について(その14)」(令和4年6月22日事務連絡)別添の問5は廃止

プログラム医療機器等指導管理料の新設①

- ~~(削除)禁煙治療補助システム指導管理加算(要届出)(算定日1回)　140点~~
  - ~~(削除)禁煙治療補助システム加算　2,400点~~
- プログラム医療機器等指導管理料(要届出)(月１回)　90点
  - ◆主に患者自らが使用するプログラム医療機器等(特定保険医療材料に限る)に係る指導管理を行った場合
  - 導入期加算（初回指導月)　50点

◆算定要件

- 疾病の管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器等である特定保険医療材料の使用に係る指導及び医学管理を行った場合に月１回に限り算定
- ニコチン依存症治療補助アプリを用いる場合
  - ✓ ニコチン依存症管理料1の「イ,初回 230点」又は「2,2回目から4回目まで」を算定し、かつ、特定保険医療材料のニコチン依存症治療補助アプリを算定する場合
- 高血圧症治療補助アプリを用いる場合
  - ✓ 高血圧症の医学管理において医学管理料等(プログラム医療機器等指導管理料を除く)のうち要件を満たすものを算定し、かつ、特定保険医療材料の高血圧症治療補助アプリを算定する場合
- 導入期加算
  - ✓ プログラム医療機器等に係る初回の指導管理時
  - ✓ 当該プログラム医療機器等を使用する際の療養上の注意点や使用方法等の指導を行った場合

プログラム医療機器等指導管理料の新設②

◆第11の９,プログラム医療機器等指導管理料

１,プログラム医療機器等指導管理料に関する施設基準

（１） ニコチン依存症治療補助アプリを用いる場合

ニコチン依存症管理料の注１に規定する基準を満たしていること

（２） 高血圧症治療補助アプリを用いる場合

地域包括診療加算１、地域包括診療加算２、地域包括診療料を算定する患者に対して高血圧症に係る治療管理を実施していること又は生活習慣病管理料(Ⅰ)の高血圧症を主病とする場合を算定する患者(入院中の患者を除く)のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している保険医療機関又は地域の保険医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である保険医療機関であること

２,届出に関する事項

届出用紙は、別添２の様式８の４

プログラム医療機器についての評価療養の新設

- 薬事上の第1段階承認を取得しているものの保険適用がされていないプログラム医療機器であって、市販後に臨床的エビデンスが確立された後、承認事項一部変更承認申請等を行うことで第2段階承認を取得し、保険適用を目指しているものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする

  2.既に保険適用されている(1)第1段階承認を取得後、第2段階承認の申請前のものについては、当該プログラム医療機器の第2段階承認及び保険適用のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする

  (2)第2段階承認の申請中のものについては、第2段階承認の申請に係る使用目的等に従って、第2段階承認の申請が受理されてから2年間に限り実施可能とする

  (3)第2段階承認を取得後、保険適用前のものについては、必要な体制が整備された病院若しくは診療所又は薬局において、保険適用を希望した日から起算して240日間に限り実施可能とする

- プログラム医療機器であって、保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関し、使用成績を踏まえた再評価を目指すものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする

  (1)使用成績を踏まえた再評価に係る申請前のものについては、再評価のための申請に係る権利の取得の際に付された条件に従って、再評価のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする

  (2)使用成績を踏まえた再評価に係る申請中のものについては、再評価の申請を行った日から起算して240日間に限り実施可能とする

一般不妊治療管理料の施設基準見直し

◆一般不妊治療管理料に関する施設基準

(１)産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること

(２)当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。**また、そのうち１名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること**

(３)以下のいずれかを満たす施設であること

ア,生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っていること

イ,生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を構築していること

(新)(４)国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること

その他

◆診療情報提供料の提供先の追加(主に精神科)

◆障害者総合支援法の改正に伴い令和6年10月1日以降以下を行う事業所を追加

- 就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援、福祉ホーム

◆ハイリスク妊産婦連携指導料１・ハイリスク妊産婦連携指導料２

(５)患者の診療方針等に係るカンファレンスが概ね２か月に１回の頻度で開催されており以下に掲げる者が参加している

(新)力,必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師

◆特定疾患療養管理料の要件等

- 特定薬剤治療管理料1に「(ナ)ブスルファンを投与しているもの」を追加
- 特定薬剤治療管理料2の安全管理手順に**「レナリドミド・ポマリドミド適正管理手順(RevMate)」**を追加

◆外来栄養食事指導料の要件見直し

(2)(略)小児食物アレルギー患者(食物アレルギー検査の結果(他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む)、食物アレルギーを持つことが明らかな~~9歳~~　⇒　**16歳**未満の小児に限る)

(略)

(6)低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう

ア,~~血中アルブミンが3.0g/dL以下である患者~~　⇒　**GLIM基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者**

イ,医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

在宅医療①(在宅療養指導管理料)

「在宅患者診療・指導料」は後半で解説します

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(点数変更なし)

□ 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

□ ＣＰＡＰを使用した場合　1,000点　⇒　960点

□ (新)情報通信機器を用いた場合(要届出)　218点

◆第16の７在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

１、遠隔モニタリング加算の施設基準

リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いて指導を行う場合は、オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること

(新)２、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること

３、届出に関する事項

- 遠隔モニタリング加算の届出用紙は別添２の２
- **在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと**

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料②

◆在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の算定要件

(新)(７) 情報通信機器を用いた指導管理については、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象となる患者のうち(３)のウの要件に該当する患者、かつ、CPAP療法を実施している閉塞性無呼吸症候群の診断が得られている入院中の患者以外の患者について、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する

(新)(８) 情報通信機器を用いた指導管理については、CPAP療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した場合に実施すること

また、通常の対面診療で確認するCPAP管理に係るデータについて、情報通信機器を用いた診療において確認すること

さらに、睡眠時無呼吸症候群に合併する身体疾患管理の必要性に応じて対面診療を適切に組み合わせること及び情報通信機器を用いた診療を開始した後にも症状の悪化等の不調等が生じた場合には、速やかに対面診療に切り替えることが求められる

その他、関係学会が提示する情報通信機器を用いた場合のCPAP療法に係る指針に沿った診療を実施すること

(新)(９) 情報通信機器を用いた指導管理を実施する際は、当該診療に係る初診日及びCPAP療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した日を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する

◆在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の算定要件

◆(２)在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算２については、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２のウの要件に該当する患者に対して保険医療機関が患者に貸与する持続陽圧呼吸療法装置のうち、CPAPを使用して治療を行った場合に、３月に３回に限り算定できる

なお、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算２は、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の「注３」に規定する情報通信機器を用いた指導管理を算定した場合についても算定できる

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の名称変更と再編①

□在宅麻薬等注射指導管理料

□ 悪性腫瘍の場合　1,500点

◆ 悪性腫瘍の患者で、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定

□ 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合　1,500点

◆ 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者で、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定

□ 心不全又は呼吸器疾患の場合　1,500点

◆ 上記2項目に該当しない場合で、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の名称変更と再編②

◆ 算定要件

（１）麻薬等の注射とは、末期の悪性腫瘍、筋萎縮性側索硬化症、筋ジストロフィーの患者で、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しない場合に、在宅で実施する注射による麻薬等の投与をいう

なお、患者が末期であるかどうかは在宅療養患者の診療を担う保険医の判断による

（２）緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者とは、次のいずれかに該当する患者をいう

ア、以下の(イ)及び(ロ)の基準並びに(ハ)又は(ニ)のいずれかの基準に該当するもの

(イ) 心不全に対して適切な治療が実施されていること

(ロ) 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にＮＹＨＡ重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること

(ハ) 左室駆出率が 20%以下であること

(ニ) 医学的に終末期であると判断される状態であること

イ、以下の(イ)、(ロ)及び(ハ)のすべての基準に該当するもの

(イ) 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること

(ロ) 在宅酸素療法やＮＰＰＶ(非侵襲的陽圧換気)を継続的に実施していること

(ハ) 過去半年以内に 10%以上の体重減少を認めること

（３）在宅における麻薬の注射とは、緩和ケアを要する心不全または呼吸器疾患の患者であって、咳嗽発作等の症状を有しており麻薬の経口投与ができないものに対して、在宅において実施する注射による麻薬の投与をいう

なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること

（４）（１）の麻薬等の投与とは、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう

また、（３）の麻薬の投与とは、モルヒネ塩酸塩製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう

なお、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満たす連続注入器等に必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る

ア、薬液が取り出せない構造であること

イ、患者等が注入速度を変えることができないものであること

（５）在宅において同一月に抗悪性腫瘍剤の注射を行うものについては、在宅麻薬等注射指導管理料は算定せず、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の名称変更と再編③

◆ 算定要件

(６) 在宅麻薬等注射指導管理料を算定する月は、抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない

ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる

(７) 在宅麻薬等注射指導管理料を算定する月は外来腫瘍化学療法診療料等、外来化学療法加算は算定できない

(８) 在宅麻薬等注射指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅麻薬等注射指導管理料に係る皮内、皮下及び筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬(在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む)及び特定保険医療材料の費用は算定できない

ただし、当該在宅麻薬等注射指導管理料に係らない皮内、皮下及び筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる

(９) 在宅麻薬等注射指導管理料を算定している患者については、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に行った皮内、皮下及び筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できない

在宅医療その他①

(新)持続皮下注入シリンジポンプ加算

- 月5個以上10個未満の場合　2,330点
- 月10個以上15個未満の場合　3,160点
- 月15個以上20個未満の場合　3,990点
- 月20個以上の場合　4,820点
  - ◆ 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続皮下注入シリンジポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算
  - ◆ **使用したシリンジ、輸液セット等の材料の費用は、これらの点数に含まれるものとする**

在宅ハイフローセラピー装置加算の再編

- 在宅ハイフローセラピー装置加算　1,600点

↓

- 自動給水加湿チャンバーを用いる場合　3,500点
- 上記以外の場合　2,500点

注入ポンプ加算(点数変更なし)

(1)「注入ポンプ」とは**在宅で次のいずれかを行うに当たって用いる注入ポンプをいう**

ア、中心静脈栄養法、成分栄養経管栄養法又は小児経管栄養法

(新)イ、麻薬等の注射

(改)ウ、抗悪性腫瘍剤の注射

(新)エ、強心剤の持続投与

オ、注射薬の精密自己注射

(2)**「麻薬等の注射」**とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しない**場合に、在宅において実施する注射による麻薬等の投与、又は緩和ケアを要する心不全または呼吸器疾患の患者であって、咳嗽発作等の症状を有しており麻薬の経口投与ができないものに対して、在宅において実施する注射による麻薬の投与をいう**

(3)「抗悪性腫瘍剤の**注射」とは、悪性腫瘍の患者に対して、**在宅において実施する**注射による抗悪性腫瘍剤の投与**をいう

在宅医療その他②

□ 在宅血液透析指導管理料(点数変更なし)

□ (新)遠隔モニタリング加算(月1回)　115点

◆ 継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合

(新)(６) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する

ア、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと

イ、モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと

ウ、当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること

エ、モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること

□ (新)在宅腫瘍化学療法注射指導管理料　1,500点

◆ 悪性腫瘍の患者で、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定

□ (新)在宅強心剤持続投与指導管理料　1,500点

◆ 別に厚生労働大臣が定める注射薬の持続投与を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅心不全管理に関する指導管理を行った場合に算定

□ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

(６)在宅中心静脈栄養法指導管理料、**在宅麻薬等注射指導管理料、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、在宅強心剤持続投与悪性腫瘍等患者指導管理料**を算定した場合は算定不可

◆携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算の再編(点数変更なし)　2,500点

次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する

イ,悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者

ロ,悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者

ハ,イ又はロに該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者

在宅医療その他③

◘ 厚生労働大臣の定める注射薬の追加

ガルカネズマブ製剤、オファツムマブ製剤、ボソリチド製剤、エレヌマブ製剤、アバロパラチド酢酸塩製剤、カプラシズマブ製剤、濃縮乾燥人C1-インアクチベーター製剤、フレマネズマブ製剤、メトトレキサート製剤、チルゼパチド製剤、ビメキズマブ製剤、ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物配合剤、ペグバリアーゼ製剤、パビナフスプアルファ製剤、アバルグルコシダーゼアルファ製剤、ラナデルマブ製剤、ネモリズマブ製剤、ペグセタコプラン製剤、ジルコプランナトリウム製剤、コンシズマブ製剤、テゼペルマブ製剤、オゾラリズマブ製剤、ドブタミン塩酸塩製剤、ドパミン塩酸塩製剤、ノルアドレナリン製剤、トラロキヌマブ製剤

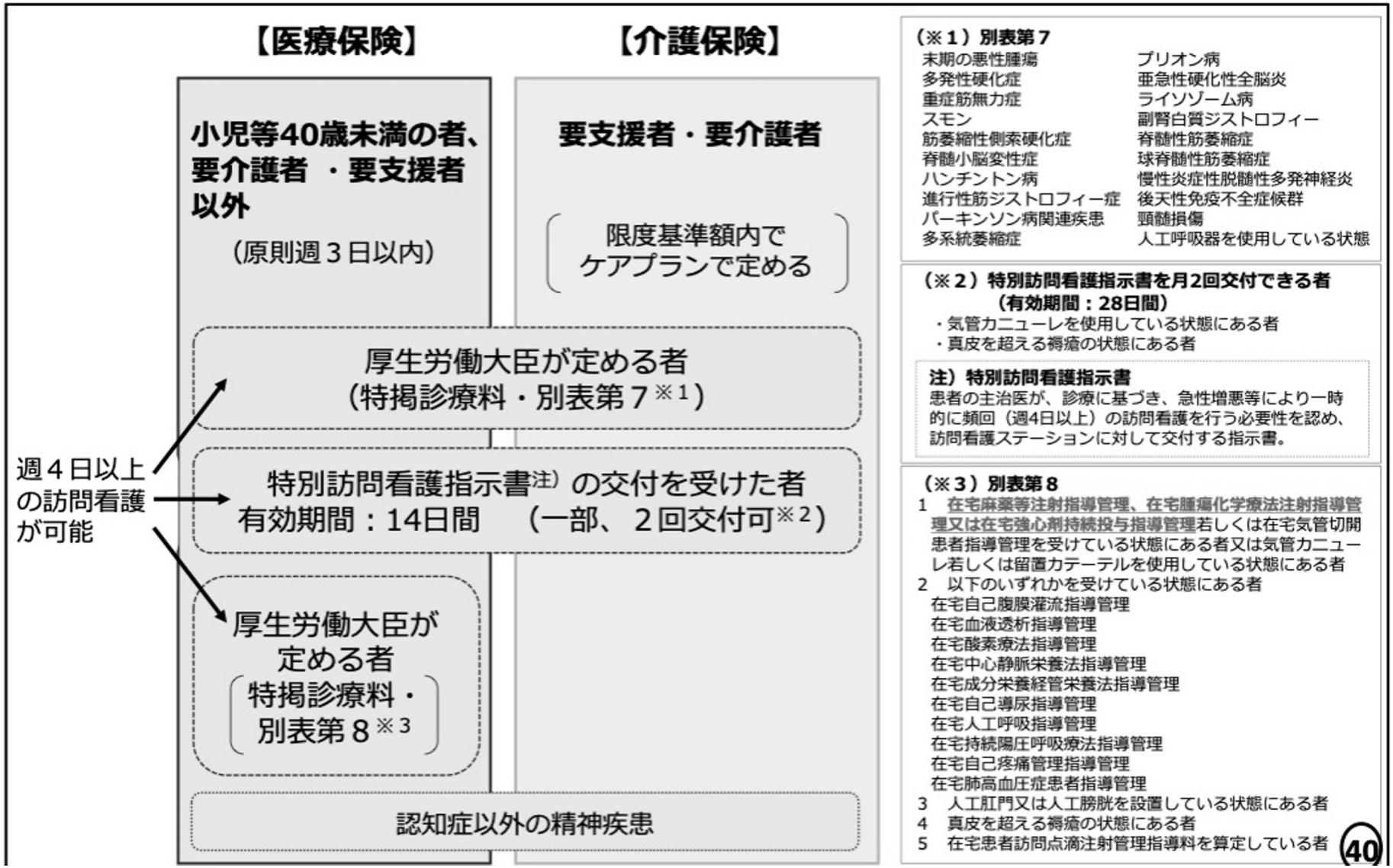
◘ 訪問看護指示料

(５)患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書(以下この項において「訪問看護指示書等」という)を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること

<u>また、当該訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること</u>

なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ



（※１）別表第７

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

（※２）特別訪問看護指示書を月2回交付できる者
（有効期間：28日間）
- 気管カニューレを使用している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者

注）特別訪問看護指示書
患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

（※３）別表第８
1　在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2　以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4　真皮を超える褥瘡の状態にある者
5　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

投　薬

投　薬(院内処方)

- 薬剤情報提供料　10点　⇒　4点
- 特定疾患処方管理加算の再編
  - 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　⇒　56点
    (特定疾患処方管理加算に名称変更)
- 外来後発医薬品使用体制加算の引き上げ(院内処方)
  - 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

◆外来後発医薬品使用体制加算の施設基準追加

※届出は不要です

◆ 医薬品の供給が不足した場合の対応
- 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

◆ 以下の内容について見やすい場所に院内掲示
- 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨
- 処方変更の体制に関する事項
- 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
- 変更する場合には患者に十分に説明すること

◆ ウェブサイトへの掲載
- 上記の院内掲示事項を、原則としてウェブサイトに掲載(自ら管理するホームページ等を有しない場合は除く)

◆ 経過措置
- 令和7年5月31日まではウェブサイトに掲載しているものとみなす

投薬用の容器に関する取扱いの見直し

➢ 投薬時における薬剤の容器について、患者が医療機関又は薬局に当該容器を返還した場合の実費の返還の取扱いを廃止

【令和6年5月31日まで】

◆(医科診療報酬点数表)【第5部投薬】<通則>

3,投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない

◆(調剤報酬点数表)【使用薬剤料】

(1)投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチュブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない

【令和6年6月1日から】

◆(医科診療報酬点数表)【第5部投薬】<通則>

3,投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる

◆(調剤報酬点数表)【使用薬剤料】

(1)投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない

投　薬(院外処方)①

【院内・院外共通】貼付剤について(算定留意事項　第5部投薬<通則>の見直し)

◆「通則5」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤(ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く)をいう

↓

◆「通則5」の貼付剤とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く)をいう。ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない

□処方箋料の引き下げ

- □向精神薬多剤投与　28点　⇒　20点
- □７種類以上内服薬等　40点　⇒　32点
- □その他　68点　⇒　60点

□【参考】(新)敷地内薬局の処方箋料

- □向精神薬多剤投与　20点　⇒　18点
- □７種類以上内服薬　32点　⇒　29点
- □その他　60点　⇒　42点

□特定疾患処方管理加算の再編

- □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　⇒　56点　(特定疾患処方管理加算に名称変更)

◆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日以上の処方(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日以上の処方を含む)を行った場合

投　薬(院外処方)②

□一般名処方加算(要施設基準)　※一般名処方加算は施設基準を満たすことが必要になります！

- □一般名処方加算1　　7点　⇒　10点
- □一般名処方加算2　　5点　⇒　 8点

◆一般名処方加算の施設基準(届出は不要です)

- 以下の内容を踏まえつつ、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院内の見やすい場所に院内掲示する
  - ✓ 医薬品の供給状況
  - ✓ 令和６年10月より長期収載品について医療上の必要性があると認められない場合に患者の希望を踏まえ処方等した場合は選定療養となること等
- 上記の掲示事項は、原則として、ウェブサイトに掲載する(自ら管理するホームページ等を有しない場合を除く)

  【経過措置】：令和７年５月31日まで

◆一般名処方加算の届出に関する事項

- 上記の当該基準を満たしていれば特に地方厚生(支)局長に届出を行う必要はない

投　薬(院外処方)③

◆処方箋料の算定要件の変更

◆ (11)　乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は処方料の(８)、(９)又は(10)に準じるものとする

ただし、(９)のウに規定する「特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上」については、「特定疾患に対する薬剤の処方期間が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日以上の場合を含む)」と読み替えるものとする

◆ (14)　訪問薬剤管理指導との関係

◆ 保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録等に添付する。なお、地方厚生(支)局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に４回(末期の悪性腫瘍の患者、**注射による麻薬の投与が必要な患者**及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回)に限られる

◆ **(新)(16)**「注８」において、「直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、調剤報酬点数表の特別調剤基本料Ａを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合」とは、以下のいずれにも該当する医療機関が処方箋を交付する場合をいう

◆ ア、直近３月の処方箋を交付した回数が12,000回を超えること

◆ イ、保険薬局(調剤点数表の特別調剤基本料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こと

◆ ウ、当該特別な関係を有する保険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割を超えていること。なお、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、特掲診療料施設基準通知の第88の２の(３)の取扱いに準じる

【参考】 いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

いわゆる同一敷地内薬局を有する医療機関に関する処方箋料の見直し

➢ 1月あたりの処方箋の交付が平均4,000回を超える医療機関が、当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が９割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料の評価を見直す。

現行		改定後	
【処方箋料】		【処方箋料】	
		（対象医療機関の場合）	
1　向精神薬他剤投与を行った場合	28点	1　向精神薬他剤投与を行った場合	18点
2　１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	40点	2　１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	29点
3　１及び２以外の場合	68点	3　１及び２以外の場合	42点
		（対象医療機関以外の場合）	
		1　向精神薬他剤投与を行った場合	20点※
		2　１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	32点※
		3　１及び２以外の場合	60点※
		※処方等に係る評価の再編に伴うもの	

医療モール等の薬局の
ことではありません

［対象医療機関］

- 以下の①～③のいずれにも該当する医療機関。

① 直近３月の処方箋を交付した回数が12,000回を超えること。

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こと。

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割を超えていること。

長期収載品の患者追加負担について

次ページからはポイントのみですので、以下の通知を必ずご確認ください

令和6年3月27日　保医発0327第11号　長期収載品の処方等又は調剤について

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001235901.pdf

103 参考

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 4

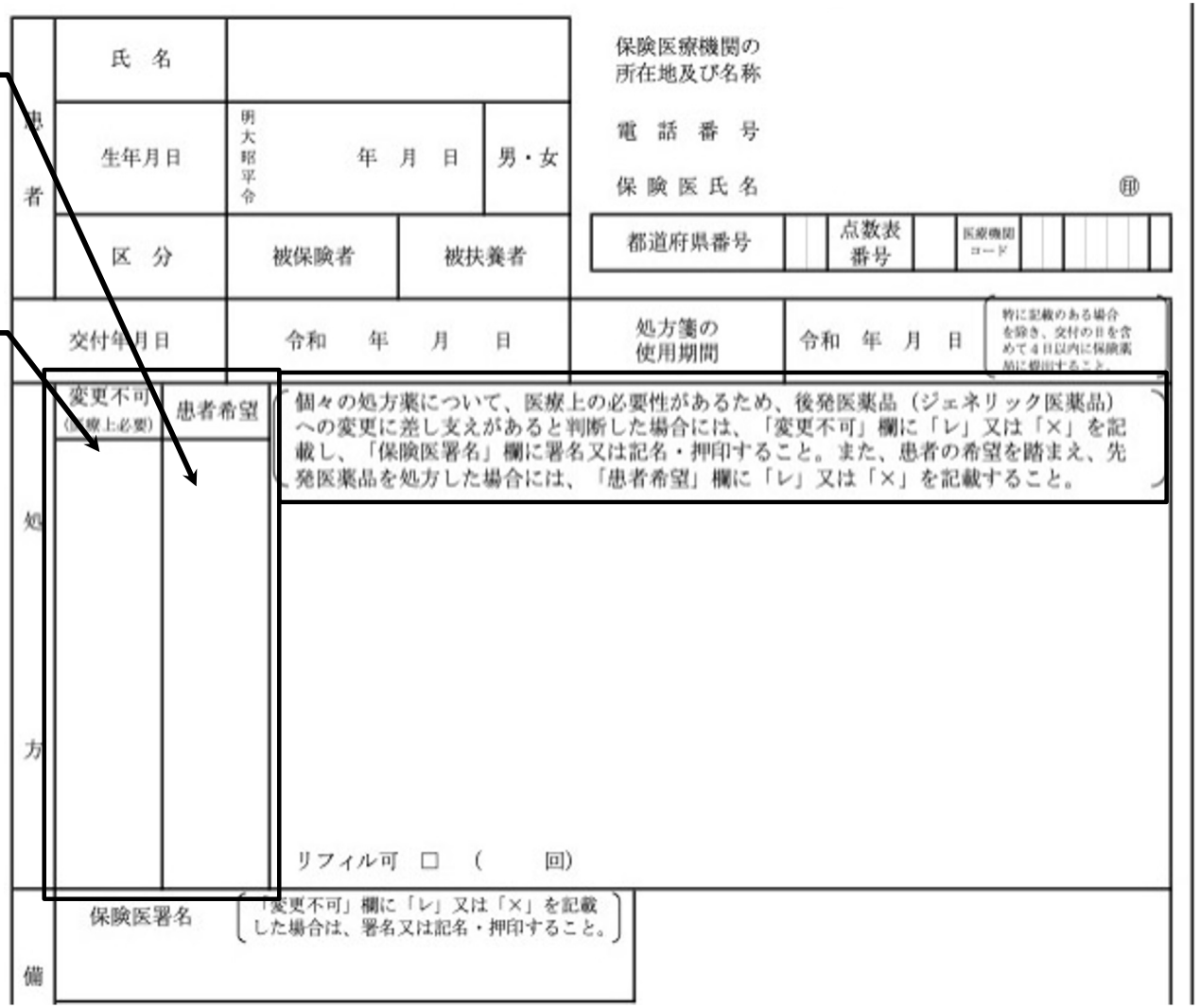
院内掲示とホームページへの掲載が必要です！

【令和6年10月】処方箋様式の変更

「患者希望」で長期収載品を銘柄処方する際は「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載

医療上の必要性のため、後発医薬品への変更不可と判断した場合、「変更不可(医療上必要)」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載

・一般名処方の場合には、「変更不可(医療上必要)」欄及び「患者希望」欄のいずれにも、「✓」又は「×」を記載しない
・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



診療報酬請求書等の記載要領等について 選択式コメント「別表Ⅰ」（追加分抜粋）

項番	区分	診療行為名称等	記 載 事 項	レセ電コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	R6.6.1適用
153	C000	往診料等	（往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60 日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者に往診料を算定した場合） 当該他の保険医療機関の名称を記載すること	830100814	訪問診療を行っている保険医療機関名；******		※
293	D012の59	SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はRSウイルス感染以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること	830100845	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性）；******		※
558		ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い	（核酸増幅法の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定した場合） 医療上の必要性について記載すること	830100874	医療上の必要性（核酸増幅法）；******		※

※Cov検査コメントは継続

※別表Ⅰの上記以外及び、別表Ⅱ(薬価基準)にも、多数追加あり

以下は、令和6年10月から適用

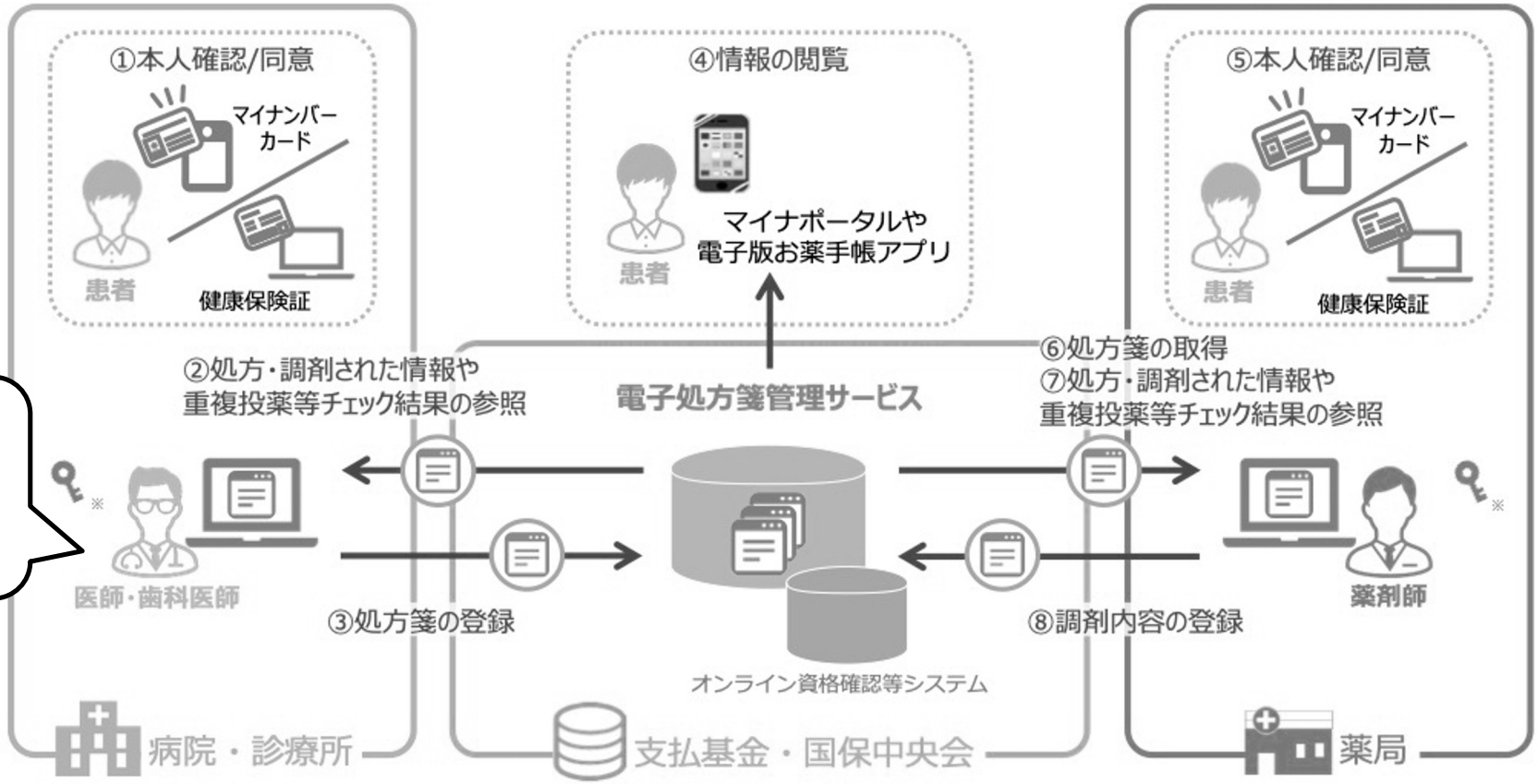
559		**長期収載品の選定療養に関する取扱い**	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む）） <u>理由のうち該当するものを記載すること</u> ※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする	※レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言（理由の具体例）については、追ってお示しする			

【参考】電子処方箋

これ、毒です。
特定の薬の飲み合わせで毒にもなることをご存じですか？
薬屋のひとりごと
電子処方箋でより安心・安全な医療へ
紙で渡していた処方箋を電子化することで、同じ効能・効果の薬を複数の機関から処方され服用すること（重複投薬）や
飲み合わせの悪い薬の組み合わせ（併用禁忌）を発見し、これまで以上に、健康被害や副作用を防いでいきます。
厚生労働省
【詳細はこちらから】
電子処方せん
検索

1．電子処方箋とは

電子処方箋とは、**電子的に処方箋の運用を行う仕組み**であるほか、**複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報**の参照、それらを活用した**重複投薬等チェック**などを行えるようになります。



※電子署名の方法は、HPKIの仕組みを用いた方式に限られませんが、現時点では本方式のみご利用いただけます。

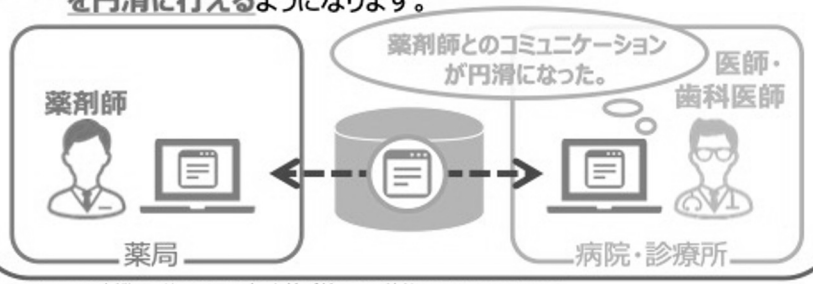
2. 病院・診療所でできるようになること

処方箋の事前送付が行えるようになるほか、丁寧な患者対応への注力や、医療機関・薬局間の円滑なコミュニケーション、より効果のある重複投薬等の抑制を行えるようになります。※1

直近の患者情報を踏まえた診察・処方

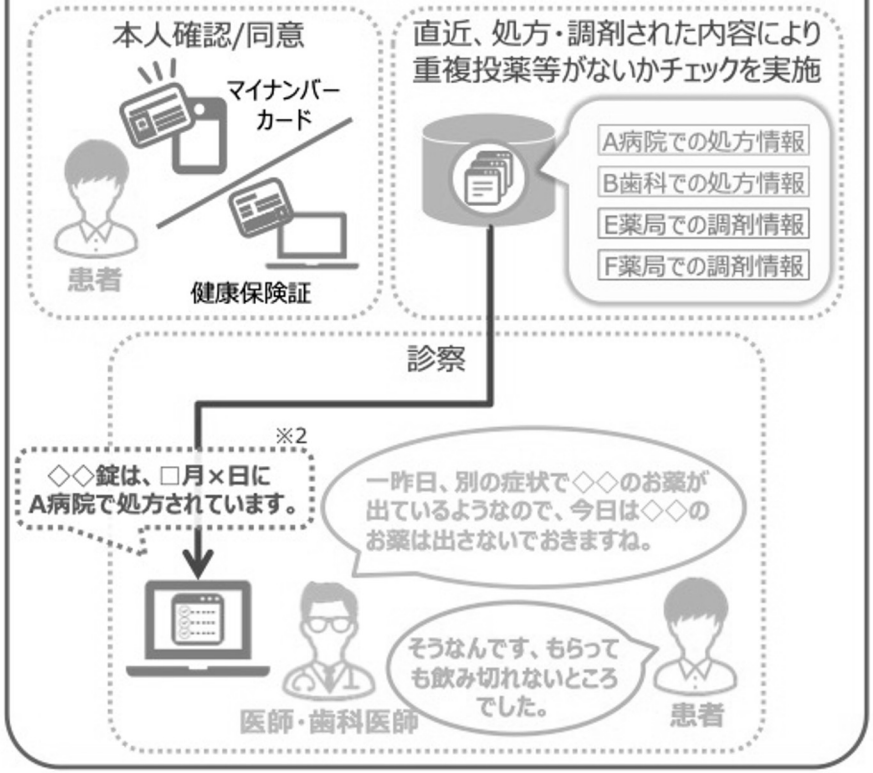
マイナンバーカードで患者本人の同意を得た場合は、オンライン資格確認等システムで参照できる情報に加え、**複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報の参照が可能**になり、より患者に寄り添った対応を行うことができるようになります。

システム化により**医師・歯科医師と薬剤師のコミュニケーションを円滑に行える**ようになります。



重複投薬等の抑制

医療機関・薬局を跨いだ情報共有により、**より実効性のある重複投薬等の防止**が可能になります。



※1 すべての医療機関・薬局に電子処方箋が普及した状態のイメージとなります。
※2 受付方法（マイナンバーカード/健康保険証）問わず、重複投薬等チェックの結果を確認できますが、マイナンバーカードで受付を行った患者が過去のお薬の情報提供に同意した場合に限り、処方・調剤するお薬が過去のどのお薬と重複投薬等にあたるかまで表示されます。口頭同意による薬剤情報の閲覧については、「電子処方箋追加機能の説明動画 令和５年12月更新版（医療機関向け）」3:15～6:12をご確認ください。

3. 利用開始に向けたスケジュール

電子処方箋は、令和５年1月より運用を開始し、同年12月に追加機能（リフィル処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果の閲覧、マイナンバーカードを活用した電子署名等）も運用を開始しました。
HPKIの仕組みを活用した電子署名の準備作業の内容については、「電子処方箋導入に向けた準備作業の手引き」にてご案内しております。

※1 電子処方箋は、オンライン資格確認の仕組みを活用します。オンライン資格確認の利用開始に必要な作業については、『オンライン資格確認の導入に向けた準備作業の手引き』をご覧ください。
※2 補助金は、令和7年3月31日までに電子処方箋管理サービスの導入を完了した上で、令和7年9月30日までに申請を行ってください。

注　射

Ⅲ 注　射

- 皮内、皮下及び筋肉内注射(１回につき)　22点 ⇒ 25点
- 静脈内注射(１回につき)　34点 ⇒ 37点
- 点滴注射(1日につき)
  - 6歳未満乳幼児(1日100mL以上)　101点 ⇒ 105点
  - 1日500mL以上　99点 ⇒ 102点
  - その他(入院中の患者以外の患者に限る)　50点 ⇒ 53点
    - 乳幼児加算　46点 ⇒ 48点

- 腱鞘内注射　27点 ⇒ 42点
- 脳脊髄腔注射
  - 腰椎　140点 ⇒ 160点
- 滑液嚢穿刺後の注入　80点 ⇒ 100点
- 無菌製剤処理料
  - 脳脊髄腔注射を追加

- 結膜下注射　27点 ⇒ 42点
- 球後注射　60点 ⇒ 80点
- テノン氏嚢内注射　60点 ⇒ 80点
- 硝子体内注射　580点 ⇒ 600点
  - (新)未熟児加算　600点

◆出生時体重が2,500グラム未満の新生児に対し、出生後90日以内に硝子体内注射が行われた場合に限り算定できる

注　射

◆生物学的製剤注射加算対象薬剤追加

(新) 乾燥ヘモフィルスｂ型ワクチン

◆外来化学療法加算の算定要件見直し

(3)外来化学療法加算は、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。(略)

ア、(略)

イ、関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎、キャッスルマン病**又は成人スチル病**の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ、関節リウマチ**又は多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎**の患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

エ、オ(略)

(新)カ、 視神経脊髄炎スペクトラム障害の患者に対してイネビリズマブ製剤を投与した場合

◆植込型カテーテルによる中心静脈注射の算定要件見直し

(新)(４) 在宅麻薬等注射指導管理料、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、在宅強心剤持続投与指導管理料、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む)について、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない

◆無菌製剤処理料の算定要件見直し

(２)無菌製剤処理料１の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、**脳脊髄腔注射**又は点滴注射が行われる患者であり(略)

リハビリテーション

リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設①

□ 早期リハビリテーション加算(1単位につき)

30点 ⇒ 25点

(疾患別リハビリテーション共通)

◆呼吸器リハビリテーション料の施設基準

- 別表第九の七　呼吸器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料の対象患者に追加

大腸癌、卵巣癌、膵癌

□ 心大血管疾患ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料	（Ⅰ）	（Ⅱ）
□ 理学療法士による場合	205点	125点
□ 作業療法士による場合	205点	125点
□ 医師による場合	205点	125点
□ 看護師による場合	205点	125点
□ （新）集団療法による場合	205点	125点

□ 呼吸器リハビリテーション料	(I)	（Ⅱ）
□ 理学療法士による場合	175点	85点
□ 作業療法士による場合	175点	85点
□ 言語聴覚士による場合	175点	85点
□ 医師による場合	175点	85点

□ 脳血管疾患等リハビリテーション料

	(I)	（Ⅱ）	（Ⅲ）	(I)（要介護・入院）	（Ⅱ）（要介護・入院）	（Ⅲ）（要介護・入院）
□ 理学療法士による場合	245点	200点	100点	147点	120点	60点
□ 作業療法士による場合	245点	200点	100点	147点	120点	60点
□ 言語聴覚士による場合	245点	200点	100点	147点	120点	60点
□ 医師による場合	245点	200点	100点	147点	120点	60点
□ 上記以外の場合			100点			60点

リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設②

□ 廃用症候群リハビリテーション料　（要介護・入院）

	(I)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(I)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
□ 理学療法士による場合	180点	146点	77点	108点	88点	46点
□ 作業療法士による場合	180点	146点	77点	108点	88点	46点
□ 言語聴覚士による場合	180点	146点	77点	108点	88点	46点
□ 医師による場合	180点	146点	77点	108点	88点	46点
□ 上記以外の場合			77点			46点

□ 運動器リハビリテーション料　（要介護・入院）

	(I)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(I)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
□ 理学療法士による場合	185点	170点	85点	111点	102点	51点
□ 作業療法士による場合	185点	170点	85点	111点	102点	51点
□ 医師による場合	185点	170点	85点	111点	102点	51点
□ 上記以外の場合			85点			51点

リハビリテーションに係る医療介護障害連携

退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

- リハビリテーションに係る情報連携の推進
- 退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進

診療報酬上の対応

- 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。
- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料２の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。

介護報酬上の対応

- 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

- 医療保険・介護保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）との連携を強化する観点から、自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合の施設基準等を緩和する。

医療・介護連携の推進(退院時共同指導料2)

- 退院時共同指導料2に規定する共同指導について、退院後在宅での療養を行う患者が退院後に介護保険のリハビリテーションを利用予定の場合、当該患者が入院している保険医療機関の医師等が、介護保険法に基づく訪問・通所リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等の参加を求めることが望ましい旨を要件として追加する

◆退院時共同指導料2の算定要件に追加

(７) 退院時共同指導料２の「注１」は(患者が入院中に行う退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導)は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、①と②または③が共同して行った場合に算定する

①当該患者が入院中の医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士

②在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士

③在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士

なお、退院後に介護保険のリハビリテーション(訪問リハ、介護予防訪問リハ、通所リハ、介護予防通所リハ)を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者の入院先の医師等が、介護保険のリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

- リハビリテーション移行先の事業所又は保険医療機関等に対しリハビリテション実施計画書を提供する
  - 以下を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合
    - 脳血管疾患等リハ料、廃用症候群リハ料、運動器リハ料
  - 又は疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他院等によるリハビリテーションの提供に移行する場合
- 上記を踏まえリハビリテーション計画提供料を廃止する

□ (削除)~~リハビリテーション計画提供料1　　275点~~

□ (削除)~~リハビリテーション計画提供料2　　100点~~

□ リハビリテーション総合計画評価料

◆ (削除)~~注4,区分番号H003―3に掲げるリハビリテーション計画提供料の2を算定した患者(脳血管疾患等リハ料の注2及び注3に規定する加算、廃用症候群リハ料の注2及び注3に規定する加算、運動器リハ料の注2及び注3に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者(他院を退院したものに限る)に限る)である場合には算定できない~~

◆心大血管疾患リハ料、呼吸器リハ料の施設基準は入院編を参照

◆脳血管疾患等リハ料、廃用症候群リハ料、運動器リハ料は次ページ以降

脳血管疾患等リハ料の施設基準と算定要件の見直し①

◆ 脳血管疾患等リハ料(Ⅰ)の施設基準

(1)(略)

(2)ア～エ(略)

オ、次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は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施行規則に規定する自立訓練(機能訓練)(以下、「自立訓練(機能訓練)」という)に従事しても差し支えない

(イ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション、自立訓練(機能訓練)、その他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること

(ロ) (略)

※脳血管疾患等リハ料(Ⅱ)、脳血管疾患等リハ料(Ⅲ)も同様

◆ 脳血管疾患等リハ料(Ⅰ)の算定要件

(1)～(13)(略)

(新)(14)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」及び「注３」に規定する加算とは別に算定することができるなお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注４」に規定する加算は算定できない

(新)(15)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象患者と診療報酬明細書の摘要欄への記載については、心大血管疾患リハビリテーション料の(11)及び(12)の例によること

(16)～(18) (略)

※急性期リハビリテーション加算は入院の点数※

脳血管疾患等リハ料の施設基準と算定要件の見直し②

◆ 脳血管疾患等リハ料(Ⅰ)の算定要件

(新)(19)要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等で、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患者の同意が得られた場合に、利用予定の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書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

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介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の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

なお、この場合において、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

(新)(20)脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他院でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書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

なお、この場合において、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

廃用症候群リハ料の施設基準と算定要件の見直し①

◆ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準

(1)(2)(略)

(新)(３)要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等で、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患者の同意を得た上で、利用予定の指定通所リハビリテーション事業所等に対して、リハビリテーション実施計画書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

(新)(４)廃用症候群リハビリテーションを実施した患者であって、他院でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他院に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画書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

※廃用症候群リハ料(Ⅱ)、廃用症候群リハ料(Ⅲ)も同様

◆ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)の算定要件

(新)(13)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」及び「注３」に規定する加算とは別に算定することができる

(新)(14)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象患者と診療報酬明細書の摘要欄への記載については、心大血管疾患リハビリテーション料の(11)及び(12)の例によること

(15)～(17)(略)

※急性期リハビリテーション加算は入院の点数※

廃用症候群リハ料の施設基準と算定要件の見直し②

◆ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)の算定要件

(新)(18)要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等で、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患者の同意が得られた場合に、利用予定の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書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

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介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の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
なお、この場合において、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

(新)(19)廃用症候群リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他院でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他院に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書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
なお、この場合において、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

運動器リハ料の施設基準と算定要件の見直し①

◆ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準

※運動器リハビリテーション料(Ⅲ)は言語聴覚士が削除

(1)～(4)(略)

(５)治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること

これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練(機能訓練)を実施する場合については、第40の１の(４)の例によること

各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

(6)～(7)(略)

(８)(２)の専従の従事者以外の理学療法士及び作業療法士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練(機能訓練)に従事可能であること

(新)(９)要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等で、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患者の同意を得た上で、利用予定の指定通所リハビリテーション事業所等に対して、リハビリテーション実施計画書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

◆ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準の続き

(新)(10)運動器リハビリテーションを実施した患者であって、他院でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他院に対し、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画書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

◆ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の算定要件

(1)～(14)(略)　※急性期リハビリテーション加算は入院の点数※

(新)(15)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」及び「注３」に規定する加算とは別に算定することができる

なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注４」に規定する加算は算定できない

(新)(16)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象患者と診療報酬明細書の摘要欄への記載については、心大血管疾患リハビリテーション料の(11)及び(12)の例によること

(17)～(19)(略)

運動器リハ料の施設基準と算定要件の見直し②

◆ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の算定要件の続き

(新)(20)要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等で、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患者の同意が得られた場合に、利用予定の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書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

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介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の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

なお、この場合において、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

(新)(21)運動器リハビリテーションを実施した患者、転医や転院に伴い他院でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他院に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書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

なお、この場合において、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

◆疾患別リハビリテーションの常勤換算の追記

- 専任の常勤医師について、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる
- ただし、この項において、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する非常勤医師に限る

- 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師について、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専従の非常勤看護師をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる
- ただし、この項において、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する理学療法士又は看護師であって、それぞれ常勤配置のうち１名までに限る

【疑義解釈】リハビリテーション関連①

【リハビリテーション総合計画評価料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料】

◆ 問195、リハビリテーション総合計画評価料は、多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定することとされており、また、がん患者リハビリテーション・認知症患者リハビリテーションを行う際にリハビリテーション総合計画評価料を算定することとされているが、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションの開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても、リハビリテーション総合計画評価料を算定できるのか

（回答は右欄へ）

(答)リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能となる
ただし、がん患者リハビリテーション料及び認知症患者リハビリテーション料を算定するにあたっては、評価実施前であっても、多職種が共同して総合実施計画書を作成した時点でリハビリテーション総合計画評価料を算定できる
なお、この場合において、リハビリテーション総合計画評価料の算定後7日以内にリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行うこと
なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成30年3月30日事務連絡)別添1の問173は廃止する

【疑義解釈】リハビリテーション関連②

【疾患別リハビリテーション料(心大血管疾患リハ料、脳血管疾患等リハ料、廃用症候群リハ料、運動器リハ料、呼吸器リハ料)】

◆ 問196、「要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等であって、介護保険のリハビリテーションへ移行予定の者について、当該患者の同意が得られた場合に、利用予定の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」とされているが、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以外にどのような文書が該当するのか

(答)別紙様式21の6に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する

- ・本人家族等の希望
- ・健康状態、経過
- ・心身機能・構造
- ・活動
- ・リハビリテーションの短期目標
- ・リハビリテーションの長期目標
- ・リハビリテーションの方針
- ・本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）
- ・リハビリテーション実施上の留意点
- ・リハビリテーションの見直し・継続理由
- ・リハビリテーションの終了目安

◆ 問197、問196における「利用予定の通所リハビリテーション事業所等」とは、「当該患者、患者の家族等又は担当ケアマネジャーを通じ、当該患者の利用の意向が確認できた通所リハビリテーション事業所等をいう」とされているが、当該患者、患者の家族等又は担当ケアマネジャーを通じ、通所リハビリテーション事業所等の利用を確認できなかった場合、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の提供は不要か

(答)そのとおり

【介護報酬】通所リハビリテーション

医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

省令改正、告示改正

■ 退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。

■ リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価を新たに設ける。

訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★

【基準】（義務付け）

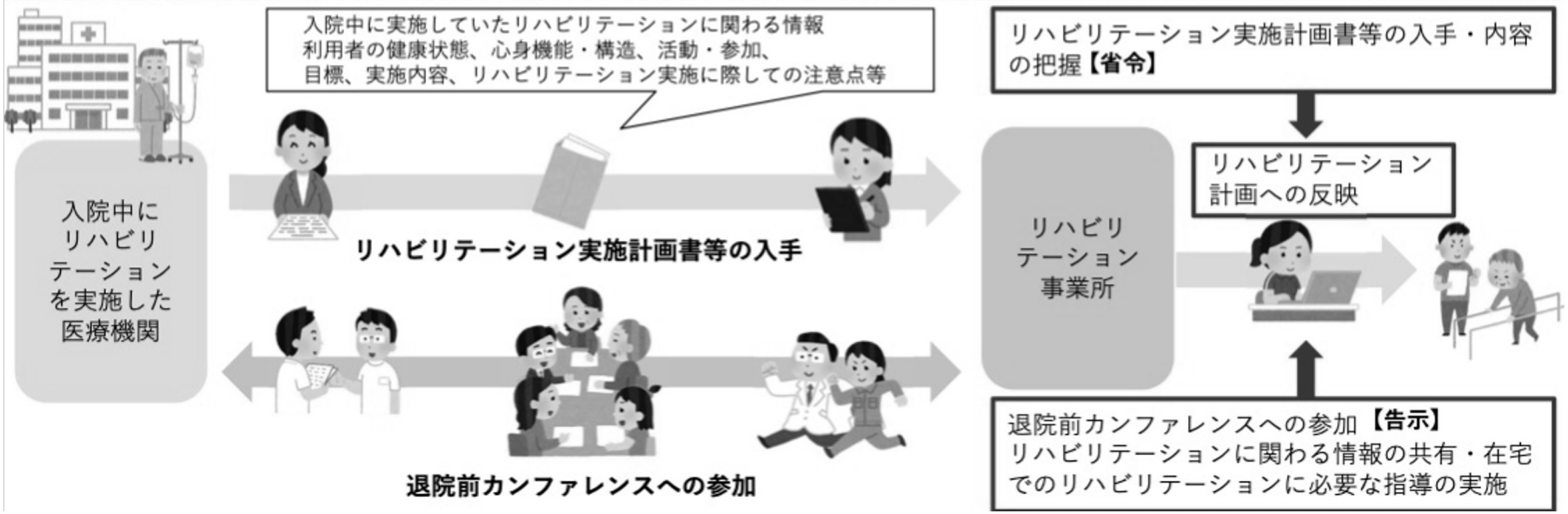
○ 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【単位数】

退院時共同指導加算 600単位（新設）

【算定要件等】

○ リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行う。



業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

告示改正

■　感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、基本報酬を減算する。＜経過措置１年間（※）＞

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

業務継続計画未策定減算	施設・居住系サービス	所定単位数の100分の３に相当する単位数を減算（新設）
	その他のサービス	所定単位数の100分の１に相当する単位数を減算（新設）

（※）令和７年３月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。訪問系サービス、福祉用具貸与、 居宅介護支援については、令和７年３月31日までの間、減算を適用しない。

【算定要件】

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合

高齢者虐待防止の推進

高齢者虐待防止の推進

告示改正

■　利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の１に相当する単位数を減算（新設）

【算定要件】

虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合

※福祉用具貸与については、３年間の経過措置期間を設ける。

介護職員の処遇改善（令和６年６月施行）

告示改正

■　介護現場で働く方々にとって、令和６年度に2.5%、令和７年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう加算率の引上げを行う。

■　介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた４段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。

※　一本化後の加算については、事業所内での柔軟な職種間配分を認める。また、人材確保に向けてより効果的な要件とする等の観点から、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件を見直す。

【訪問介護、訪問入浴介護★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

＜現行＞

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	13.7%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	10.0%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	5.5%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	6.3%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	4.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	2.4%

▶

＜改定後＞

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	24.5%（新設）
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	22.4%（新設）
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	18.2%（新設）
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	14.5%（新設）

※：加算率はサービス毎の介護職員の常勤換算職員数に基づき設定しており、上記は訪問介護の例。処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上記の加算率を乗じる。
※：上記の訪問介護の場合、現行の３加算の取得状況に基づく加算率と比べて、改定後の加算率は2.1%ポイント引き上げられている。
※：なお、経過措置区分として、令和６年度末まで介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)～(14)を設け、現行の３加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今般の改定による加算率の引上げを受けることができるようにする。

（注）令和６年度末までの経過措置期間を設け、加算率（上記）並びに月額賃金改善に関する要件及び職場環境等要件に関する激変緩和措置を講じる。

科学的介護推進体制加算の見直し

告示・通知改正

■　科学的介護推進体制加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、見直しを行う。

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

○　LIFEへのデータ提出頻度について、他のLIFE関連加算と合わせ、少なくとも「３月に１回」に見直す。
○　その他、LIFE関連加算に共通した以下の見直しを実施。
- 入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する
- 同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする

自立支援促進加算の見直し

告示・通知改正

■　自立支援促進加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【単位数】

＜現行＞
自立支援促進加算　300単位/月

▶

＜改定後＞
自立支援促進加算　**280**単位/月（変更）
（介護老人保健施設は300単位/月）

【見直し内容】

○　医学的評価の頻度について、支援計画の見直し及びデータ提出の頻度と合わせ、「３月に１回」へ見直すことで、事務負担の軽減を行う。
○　その他、LIFE関連加算に共通した見直しを実施。

運動器機能向上加算の基本報酬への包括化

告示改正

■ 介護予防通所リハビリテーションにおける身体機能評価を更に推進するとともに、報酬体系の簡素化を行う観点から見直しを行う。

介護予防通所リハビリテーション

【単位数】

＜現行＞

運動器機能向上加算　225単位/月
選択的サービス複数実施加算Ⅰ　480単位
選択的サービス複数実施加算Ⅱ　700単位

▶

＜改正案＞

廃止（基本報酬で評価）
廃止（個別の加算で評価）
一体的サービス提供加算　480単位/月（新設）

○ 運動器機能向上加算を廃止し、基本報酬への包括化を行う。
○ 運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算のうち、複数の加算を組み合わせて算定していることを評価する選択的サービス複数実施加算について見直しを行う。

認知症情報提供加算の廃止

告示改正

■ 認知症情報提供加算について、算定実績等を踏まえ、廃止する。

介護老人保健施設

地域連携診療計画情報提供加算の廃止

告示改正

■ 地域連携診療計画情報提供加算について、算定実績等を踏まえ、廃止する。

介護老人保健施設

長期療養生活移行加算の廃止

告示改正

■ 長期療養生活移行加算について、介護療養型医療施設が令和５年度末に廃止となることを踏まえ、廃止する。

介護医療院

通所介護等における入浴介助加算の見直し

告示・通知改正

■　通所介護等における入浴介助加算について、入浴介助技術の向上や利用者の居宅における自立した入浴の取組を促進する観点から、見直しを行う。

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション（加算Ⅱのみ）

【単位数】

＜現行＞		▶	＜改定後＞
入浴介助加算（Ⅰ）	40単位／日		変更なし
入浴介助加算（Ⅱ）	55単位／日		変更なし

【算定要件】

＜入浴介助加算(Ⅰ)＞（現行の入浴介助加算（Ⅰ）の要件に加えて）

・　入浴介助に関わる職員に対し、**入浴介助に関する研修等を行うこと**を新たな要件として設ける。

＜入浴介助加算(Ⅱ)＞（現行の入浴介助加算（Ⅱ）の要件に加えて）

・　医師等に代わり介護職員が訪問し、**医師等の指示のもと情報通信機器等を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合**においても算定可能とする。

（算定要件に係る現行のQ＆Aや留意事項通知で示している内容を告示に明記する）

①　訪問可能な職種として、利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者を明記する。

②　個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画に記載することをもって個別の入浴計画の作成に代えることができることを明記する。

③　利用者の居宅の状況に近い環境の例示として、福祉用具等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況を再現しているものを明記する。

＜入浴介助加算（Ⅰ）＞　＜入浴介助加算（Ⅱ）＞ 入浴介助加算（Ⅰ）の要件に加えて

通所介護事業所

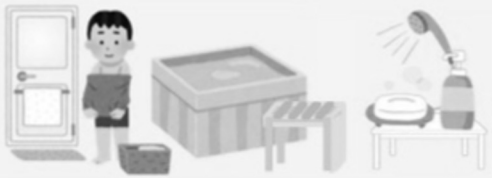
研修等の実施

入浴介助を行う職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。

利用者宅

利用者宅を訪問

利用者宅の浴室の環境を確認



＜訪問可能な職種＞
医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員、利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者

医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が評価・助言を行っても差し支えない。

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

告示改正

■　リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分を設ける。
■　また、介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等の関係加算について、新たな区分を設ける。

通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設等

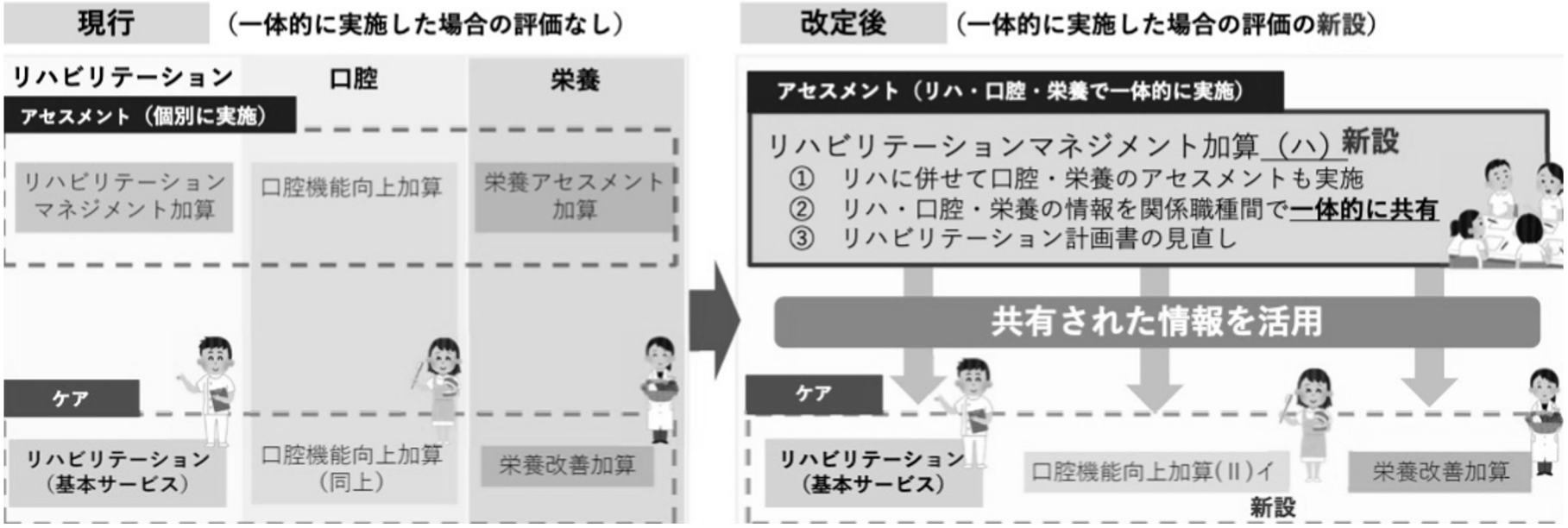
【単位数】（通所リハビリテーションの場合）

リハビリテーションマネジメント加算(イ)	同意日の属する月から６月以内	560単位/月、６月超　240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	同意日の属する月から６月以内	593単位/月、６月超　273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)（新設）	同意日の属する月から６月以内	793単位/月、６月超　473単位/月

※　事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合、上記に270単位を加算
（新設・現行の要件の組み替え）

【ハの算定要件】

ア　口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。
イ　リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて LIFE に提出した情報を活用していること。
ウ　共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。



通所リハビリテーションの事業所規模別基本報酬の見直し

告示改正

■ 大規模型事業所であってもリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所を評価する観点から、通所リハビリテーションの事業所規模別の基本報酬について見直しを行う。

通所リハビリテーション

【算定要件】

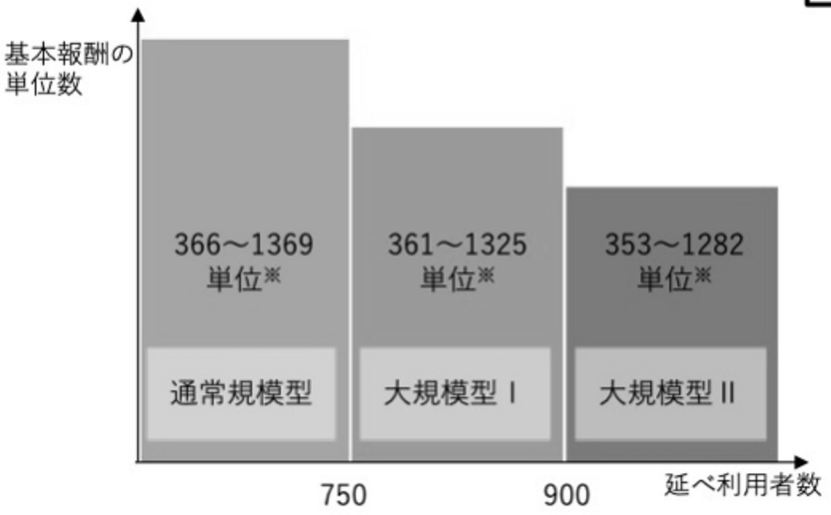
○ 現行３段階に分かれている事業所規模別の基本報酬を、通常規模型・大規模型の２段階に変更する。

○ 大規模型事業所のうち、以下の要件を全て満たす事業所については、通常規模型と同等の評価を行う。

・ リハビリテーションマネジメント加算の算定率が、利用者全体の80%を超えていること。

・ 利用者に対するリハビリテーション専門職の配置が10：１以上であること。

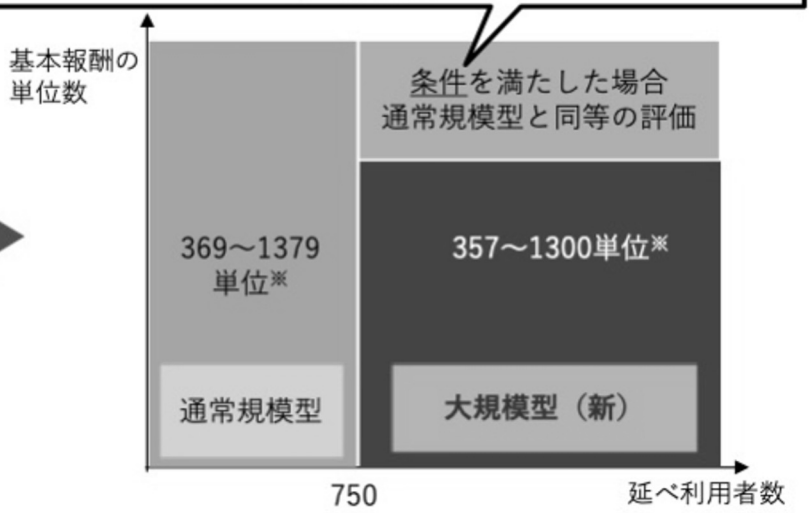
現行



改定後

✓ リハビリテーションマネジメント加算を算定している利用者が**80**%以上

✓ リハビリテーション専門職の配置が**10：1**以上



※ 利用時間、要介護度毎に設定

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け

省令改正

■　介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置を義務付ける。＜経過措置３年間＞

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

告示改正

■　介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する新たな加算を設ける。

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

【単位数】

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）　100単位/月（新設）
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　10単位/月（新設）

【算定要件】

＜生産性向上推進体制加算（Ⅰ）＞

○　（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されたこと。
○　見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
○　職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。
○　１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

＜生産性向上推進体制加算（Ⅱ）＞

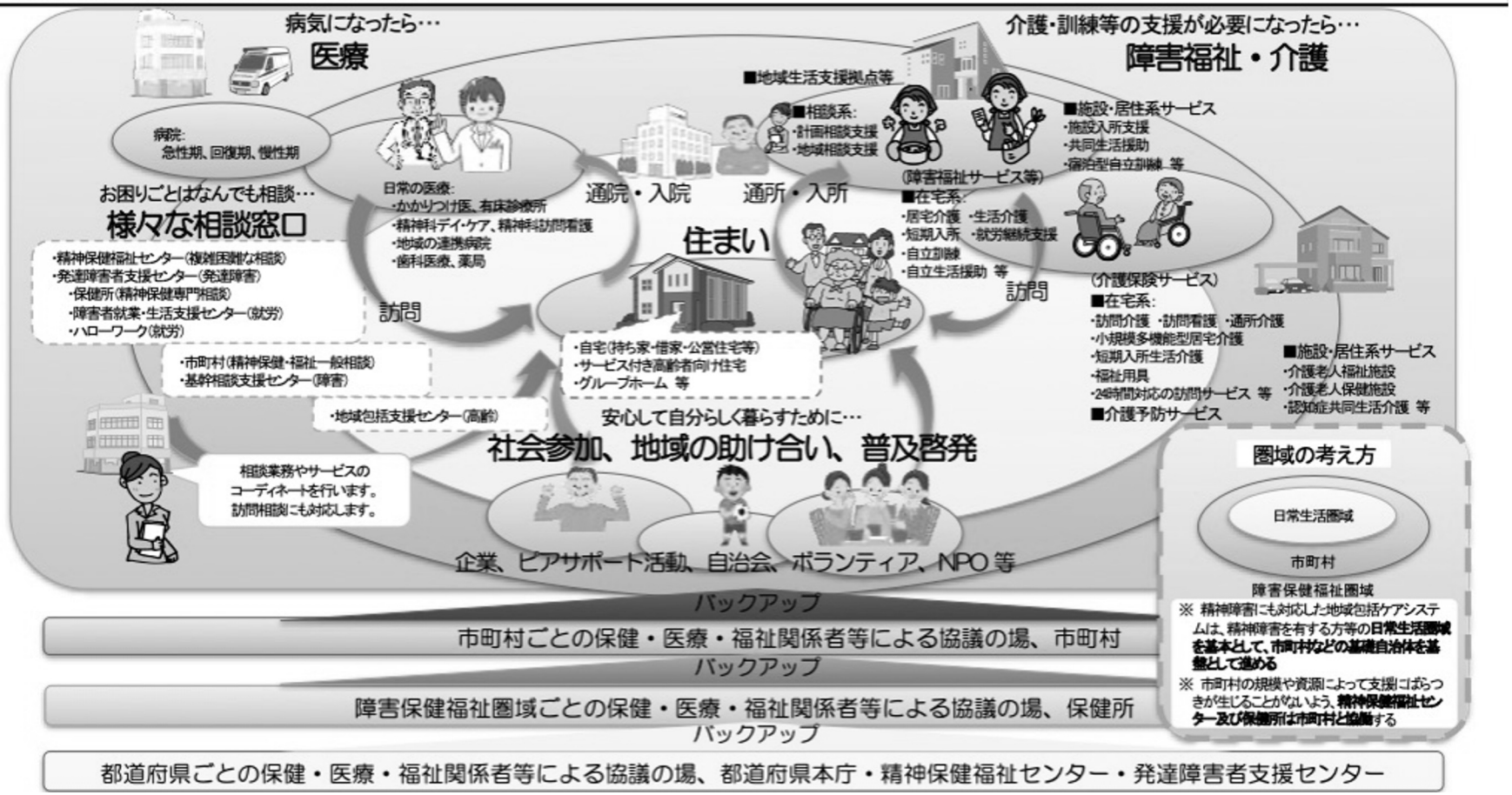
○　利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
○　見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。
○　１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

精神科専門療法

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）

（参考）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

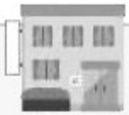
- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し（イメージ）

◆ **「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築推進に資する外来・在宅医療の提供**

- 地域に貢献する精神科医・医療機関における**かかりつけ精神科医機能**を評価
- **手厚い診療**に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した**質の高い診療・支援**を評価
- 包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた**地域生活支援**を充実



外来通院
保険医療機関内

通院・在宅精神療法

（充実）60分以上・初診　（適正化）30分未満

在宅
保険医療機関外

（新）【早期診療体制充実加算】

【かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制を評価】

- ○ 初診、30分以上の診療を一定以上の割合で実施していること
- ○ 担当医、多職種による質の高い精神科診療を継続的に実施できる体制
- ○ 精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医、多職種の配置
- ○ 地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療等の提供）　等

（新）【心理支援加算】

【心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、公認心理師が行う心理支援を評価】

- ○ 外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者
- ○ 精神科医の指示を受けた公認心理師が、30分以上心理支援(月２回、２年を限度) 等

（新）【児童思春期支援指導加算】

【児童思春期の精神疾患患者に対して、多職種が連携して行う外来診療を評価】

- ○ 適切な研修を修了した精神科医の指示の下、専任の多職種が30分以上の指導管理
- ○ ２名以上の多職種を専任配置（うち１名以上は適切な研修の修了を要件）　等

通院精神療法
（新）【情報通信機器を用いた場合】

【「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を遵守しつつ、「にも包括」に資する情報通信機器を用いた精神療法を推進】

- ○ 過去１年以内に対面診療を行った患者
- ○ 地域の精神科医療提供体制への貢献
  - ➢ 精神保健指定医として業務等を行う精神保健指定医による実施
  - ➢ 時間外診療、精神科救急医療等の提供
- ○ 安全性を確保した向精神薬の処方
  - ➢ ３剤以上の抗うつ薬等処方時は算定不可　等

（対象患者の拡大）
【精神科在宅患者支援管理料】

※通院・在宅精神療法には含まれない

（見直し）【療養生活継続支援加算】

【外来、在宅診療における包括的支援マネジメントを推進】

- ○ 療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算を統合
- ○ 在宅精神療法を算定する患者についても算定可能に見直し
  - ➢ 看護師等又は精神保健福祉士による面接（月１回）、多職種カンファレンス（３月１回）、精神保健福祉士の専任配置　等

通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

通院・在宅精神療法の見直し

➢ 通院・在宅精神療法について、60分以上の精神療法を行った場合及び30分未満の精神療法を行った場合の評価を見直す。

【通院・在宅精神療法】			現行	改定後
1　通院精神療法				
イ　措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点
ロ　初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	560点	600点
		精神保健指定医以外の場合	540点	550点
ハ　イ及びロ以外の場合	30分以上	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点
2　在宅精神療法				
イ　措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点
ロ　初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	620点	640点
		精神保健指定医以外の場合	600点	600点
ハ　イ及びロ以外の場合	60分以上	精神保健指定医による場合	550点	590点
		精神保健指定医以外の場合	530点	540点
	30分以上60分未満	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点

通院・在宅精神療法②

◘診療録及び明細記載の追加変更

(８)通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録**及び診療報酬明細書の摘要欄**に当該診療に要した時間を**10分単位**で記載

ただし、**30分又は60分を超える診療を行った場合で、**当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「○分超」などの記載でも差し支えない

また、**５分以上10分未満の診療を行った場合は、「５分以上10分未満」と**記載

(新)(15) 通院・在宅精神療法を行った患者に対して、１回の処方において２種類以上の抗うつ薬又は２種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載

◘算定不可追加

注１（略）ただし、特定疾患療養管理料及び（追加）生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定している患者については算定しない

【疑義解釈】

◆問198、「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を10分単位で記載すること」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか

(答)当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載する

- 5分以上10分未満
- 10分以上20分未満
- 20分以上30分未満
- 30分以上40分未満
- 40分以上50分未満
- 50分以上60分未満
- 60分超

ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合で、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない

通院・在宅精神療法③

□(新)情報通信機器を用いた場合(要届出)

- □精神保健指定医による30分以上　357点
- □精神保健指定医による30分未満　274点

◆算定制限

- 1回の処方で3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合は算定不可
- 以下の加算とは併算定不可
  - 通院・在宅精神療法(２０歳未満)加算、児童思春期精神科専門管理加算、特定薬剤副作用評価加算、措置入院後継続支援加算、療養生活継続支援加算、心理支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算

◆情報通信機器を用いた場合の精神療法の算定要件

以下のアからキまでの取扱いとする

ア 情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者とは、情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去１年以内の期間に対面診療を行ったことがあるもの

イ 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、オンライン指針に沿った診療及び処方を行う

ウ 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、厚生労働省令和４年度障害者総合福祉推進事業「情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための指針の策定に関する検討」において作成された、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」(以下「オンライン精神療法指針」という)に沿って診療を行い、診療内容、診療日、診療時間等の要点を診療録に記載する

また、当該診療がオンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する

通院・在宅精神療法④

◆ 情報通信機器を用いた通院精神療法の算定要件

(前頁続き)

エ 処方を行う際には、オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方がオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する

なお、向精神薬等の処方に当たっては、「向精神薬の副作用モニタリング・対応マニュアル」(日本精神神経学会)、「統合失調症治療ガイドライン 2022」(日本神経精神薬理学会)、「日本うつ病学会治療ガイドライン II．うつ病(DSM-5)／大うつ病性障害 2016」(日本うつ病学会)等の関係学会が定めるガイドラインを参考にする

オ 情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、当該点数を算定できない

カ 情報通信機器を用いた精神療法を行う保険医療機関について、患者の急変や自殺未遂等の緊急時又は向精神薬等の乱用や依存の傾向が認められる場合等には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行う

ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合には、患者が速やかに受診できる医療機関で対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者又はその家族等に説明する

なお、安全性を確保する観点から、情報通信機器を用いた精神療法を実施する医師自らが速やかに対面診療を行える体制を整えていることが望ましい

また、オンライン指針において、「急病急変時の対応方針(自らが対応できない疾患等の場合は、対応できる医療機関の明示)」を含む診療計画の作成が求められていることに留意する

キ 精神科救急医療体制整備事業における対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携する等、入院や身体合併症の対応が必要となった場合(精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む)に適切に対応できる体制を確保しておくことが望ましい

通院・在宅精神療法⑤

◆ 情報通信機器を用いた通院精神療法の施設基準

(１) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っている

(２) 厚生労働省令和４年度障害者総合福祉推進事業「情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための指針の策定に関する検討」において作成された、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」(以下「オンライン精神療法指針」という)に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関

(３) オンライン精神療法指針において「オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる」とされていることから、以下のア及びイを満たす

ア 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関で、具体的には、(イ)から(ハ)までのいずれかを満たす

(イ) 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関

(ロ) 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関で、①又は②のいずれかに該当する

① 時間外、休日、深夜における入院件数が年４件以上
そのうち１件以上は、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下アにおいて同じ)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼であること

② 時間外、休日、深夜における外来対応件数が年10 件以上
なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む

(ハ) 次の①及び③又は②及び③を満たしていること

① 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関

② 時間外対応加算１の届出

③ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられている
また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられている

通院・在宅精神療法⑥

前頁続き

イ 当該保険医療機関において情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること

具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの実績があること

(イ) 時間外、休日又は深夜における外来対応施設(自治体等の夜間・休日急患センター等を含む)での外来診療又は救急医療機関への診療協力(外来、当直又は対診)を年６回以上行う(いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行う)

(ロ) 精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上行っている

◆ 届出に関する事項

(５) 情報通信機器を用いた精神療法に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式44 の５の３を用いる

また、毎年８月において、精神科救急医療体制の確保への協力に係る実績等について、別添２の様式44 の５の４により届け出る

【参考資料】

◆ 厚労省：オンライン診療に関するホームページ
  ◆ オンライン診療の適切な実施に関する指針(平成30年3月)
    (令和５年３月一部改定)
  ◆ オンライン診療の適切な実施に関する指針」に関するQ&A
    (令和6年4月改定)
  - https://www.mhlw.go.jp/stf/index_0024_00004.html

◆ 野村総研：情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための指針の策定に関する検討
  ◆ 情報通信機器を用いた精神療法に係る指針
  - https://www.nri.com/jp/knowledge/report/lst/2023/mcs/social_security/0410_9

◆ 日本精神神経学会：向精神薬の副作用モニタリング・対応マニュアル(会員サイト)
  - https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=48

◆ 日本精神神経薬理学会：統合失調症薬物治療ガイドライン 2022
  - https://www.jsnp-org.jp/csrinfo/03_2.html

◆ 日本うつ病学会：ガイドライン
  ◆ 日本うつ病学会治療ガイドライン Ⅱ.うつ病(DSM-5)/ 大うつ病性障害 2016
  - https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/kibun.html

【疑義解釈】通院・在宅精神療法　オンライン精神療法

◆ 問209、通院・在宅精神療法のオンライン診療の施設基準に、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるのか
(答)含まれる

◆ 問210、「精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務は含まれるのか
(答)含まれる
ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること。なお、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること

通院・在宅精神療法⑦

□療養生活環境整備指導加算(250点)の廃止と療養生活継続支援加算(350点)の再編

□療養生活継続支援加算(月１回)(初回算定月から起算して1年を限度)

□イ,直近の入院で精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合　500点

□ロ,イ以外の患者の場合　350点

◆ 算定要件

重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による20分以上の面接を含む支援を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定可

なお、実施に当たっては、以下要件をいずれも満たすこと

◆ ア 「重点的な支援を要する患者」は次のいずれか

- (旧 療養生活環境整備指導加算の要件)精神病棟における直近の入院において、精神科退院時共同指導料の「１」精神科退院時共同指導料１を算定患者であって、退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診したもの
- (旧 療養生活継続支援加算の要件)平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式51 に掲げる「包括的支援マネジメント実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を１つ以上満たす者

◆イ (略 カンファレンス対象等変更なし)

◆ウ イのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、**初回の支援から２週間以内**に、多職種が共同して別紙様式 51 の２に掲げる「療養生活の支援に関する計画書」(以下この区分において「支援計画書」という)を作成し、その写しを診療録等に添付

なお、支援計画書の作成に当たっては(略)

通院・在宅精神療法⑧

ロ療養生活継続支援加算

◆療養生活継続支援加算 イ

- 初回のカンファレンスについては、精神科退院時共同指導料に規定する指導を実施した日から当該患者の状態に著しい変化を認めない場合に限り 、 当該指導時に作成した支援計画書(直近の入院中に作成した支援計画書に限る)を用いても差し支えない

◆療養生活継続支援加算 ロ

- 対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に加算
- この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪等における具体的な状態について記載
- また、新たに重点的な支援を行うこととなった日を記載した支援計画書を、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する

【疑義解釈】

◆ 問199、「「注8」に規定する療養生活継続支援加算の「ロ」は、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する」こととされているが、過去に注8のイを算定していた患者についても、新たに重点的な支援を要する状態になった時に、350点を算定するということでよいか
(答)そのとおり

【療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算】

◆ 問203、児童思春期支援指導加算の施設基準について、児童思春期の患者に対する当該支援指導に専任の精神保健福祉士は、療養生活継続支援加算の施設基準における当該支援に専任の精神保健福祉士と兼ねることは可能か
(答)可能

心理支援加算の新設

➢ 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合の評価を新設する。

（新）　心理支援加算　　250点（月２回）

［算定要件］（概要）

（１）心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、心理学に関する専門的知識及び技術等を用いて、対面による心理支援を30分以上実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して２年を限度として、月２回に限り算定できる。（通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定可。）

（２）実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア　対象患者：外傷体験（※１）を有し、心的外傷に起因する症状（※２）を有する者として、精神科医が心理支援を必要と判断したもの

（※１）身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等

（※２）侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状

イ　医師は当該患者等に外傷体験の有無等を確認した上で、当該外傷体験及び心的外傷に起因する症状等について診療録に記載する。

DSM-５　PTSDの診断基準（抄）　成人、青年、６歳を超える子供の場合	
A	実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露。（※１）
B	心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した侵入症状の存在。
C	心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。
D	心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。
E	心的外傷的出来事と関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。
F	障害（基準B、C、DおよびE）の持続が１ヵ月以上。
G	その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H	その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

心理支援加算の対象患者

Ａ外傷体験

＋

ＢからＥまでのいずれか
又は解離症状

を有する者として、精神科医が
心理支援を必要と判断したもの

（※１）について、直接体験したものの他、直接目撃したものや、近親者又は親しい友人に起こった暴力的な出来事等の外傷体験に起因する場合も含まれる。

通院・在宅精神療法(心理支援加算の新設)

ロ(新)心理支援加算(月2回)　250点

◆算定要件

◆心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合

◆初回算定日の属する月から起算して２年を限度として、月２回に限り所定点数に加算

◆留意事項

心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、対面による心理支援を30分以上実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して２年を限度として、月２回に限り算定

なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定可

実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと

◆ 対象患者

外傷体験(身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等をいう、以下この項において同じ)を有し、心的外傷に起因する症状(侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状をいう、以下この項において同じ)を有する者

精神科担当医師が心理支援を必要と判断したものに限る

◆ 記載事項

医師は当該患者等に外傷体験の有無及び内容を確認

当該外傷体験及び受診時の心的外傷に起因する症状の詳細並びに心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載

【疑義解釈】心理支援加算

◆ 問200、精神科を担当する医師の診察で、患者本人の説明から、明らかな外傷体験が確認できない場合について、どのように考えれば良いか
(答)明らかな外傷体験が確認できない場合、当該加算は算定不可
ただし、例えば、家族等から得られた情報に基づき、患者が外傷体験を有する可能性が高いと判断されるが、外傷体験の直後であるために患者が詳細を説明することが難しい等、特段の事情がある場合はこの限りではない
なお、その場合は外傷体験を有する可能性が高いと判断した理由を、後日外傷体験を有することを確認した場合にもその旨を診療録に記載する

◆ 問201、心理支援を終了した患者において、同一の心的外傷に起因する症状が再発し、新たに心理に関する支援を要する状態になった場合の取扱いはどうすればよいか？
(答)症状の再発により心理に関する支援を要する状態になったと医師が判断した場合は、同一の心的外傷に起因する症状であっても、再度の算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定可
なお、この場合には、再発した症状の詳細や、再び心理に関する支援を要する状態になったと判断した理由等について、診療録に記載する

◆ 問202、通院・在宅精神療法を実施する医師が公認心理師の資格を有している場合に、通院・在宅精神療法を実施する医師と心理支援を実施する公認心理師が同一の者でも、心理支援加算を算定することは可能か
(答)不可
通院・在宅精神療法を実施する精神科を担当する医師と、医師の指示を受けて必要な支援を実施する公認心理師は、別の者である必要がある

通院・在宅精神療法(児童思春期支援指導加算の新設①)

□(新)児童思春期支援指導加算(要届出)

- □イ,60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合(1回に限り算定) 1,000点
  - ◆自院の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る
  - ◆通院・在宅精神療法(２０歳未満)加算、児童思春期精神科専門管理加算と併算定不可
- □ロ,イ以外の場合
  - □(1)当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 450点
  - □(2)(1)以外の場合 250点

◆対象患者

- 通院精神療法(精神保健指定医)を算定する20歳未満の患者

◆算定要件

- 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、児童思春期の患者に対する当該支援を以下職種が共同して、対面による必要な支援を行った場合に算定
  - ✓ 専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、公認心理師
- 精神科担当医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合にも算定可

通院・在宅精神療法(児童思春期支援指導加算の新設②)

◆児童思春期支援指導加算 留意事項

◆実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと

ア 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の看護師等が、当該患者に対して、療養上必要な指導管理を30分以上実施した場合に算定

なお、当該患者に対し複数の専任の看護師等がそれぞれ療養上必要な指導管理を実施することは差し支えないが、この場合にあっては、指導管理を実施した職員のうち少なくとも１名以上が、指導管理を30分以上行っていること

イ 指導管理の実施者：指導管理の内容及び実施時間について診療録又は看護記録等に記載

医師：指導管理の必要性について診療録等に記載

ウ 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師、看護師等が、他の職種と共同して、別紙様式51の３又はこれに準じた支援計画を作成し、その写しを診療録等に添付

支援計画の作成は、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等による支援の必要性についても検討する

エ 当該患者の指導管理及び支援計画の内容に関して、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書等による情報提供や面接相談を適宜行う

オ 当該患者の支援方針等について、ウに掲げる職種が共同して、概ね３月に１回以上の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行う

カ １週間当たりの算定患者数は30人以内とする

【疑義解釈】（再掲）

【療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算】

◆ 問203、児童思春期支援指導加算の施設基準について、児童思春期の患者に対する当該支援指導に専任の精神保健福祉士は、療養生活継続支援加算の施設基準における当該支援に専任の精神保健福祉士と兼ねることは可能か

(答)可能

通院・在宅精神療法(児童思春期支援指導加算の新設③)

◆児童思春期支援指導加算の施設基準

(１) 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師を１名以上配置

ただし、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなす

(２) 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が２名以上かつ２職種以上の配置

そのうち１名以上は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した者であること

(３) (１)及び(２)における適切な研修とは以下のもの

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修(15時間以上の研修期間であるものに限る)

イ 講義及び演習により次の内容を含むもの

(イ) 児童・思春期の精神医療における診察

(ロ) 児童・思春期の精神医療における治療

(ハ) 家族面接

(ニ) 発達障害の支援

(ホ) 児童・思春期の精神医療における多職種の業務及び連携

ウ 研修には、複数職種によるグループワークやディスカッション等を含む

(４) 当該保険医療機関が過去６か月間に初診を実施した20 歳未満の患者の数が、月平均８人以上

【疑義解釈】

◆ 問204、医師等の「児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか

(答)現時点では、以下の研修が該当する

・国立国際医療研究センター国府台病院が実施する「児童・思春期精神保健研修(児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修及び児童・思春期精神保健対策専門研修(応用コース)の両方を受講した場合に限る)」

・日本精神科病院協会が実施する「児童・思春期精神医学対策講習会スタンダードコース」

通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

早期診療体制充実加算の新設

➢ 精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

（新）　早期診療体制充実加算

	（1）最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合	（2）（1）以外の場合
病院の場合	20点	15点
診療所の場合	50点	15点

［算定要件］（概要）

（1）当該患者を診療する担当医を決めること。

（2）担当医は、当該患者に対して、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

ア　原則として、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。

イ　患者の状態に応じて適切な問診及び身体診察等を行う。
特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び神経学的診察を実施し、その結果を診療録に記載する。

ウ　患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載する。

エ　標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、当該患者に連絡先について情報提供するとともに、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。

オ　必要に応じて障害支援区分認定に係る医師意見書又は要介護認定に係る主治医意見書等を作成すること。

カ　必要に応じ、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。

キ　患者又は家族等の同意について、署名付の同意書を作成し、診療録に添付する。

ク　院内掲示やホームページ等により以下の対応（※）が可能なことを周知する。

ケ　精神疾患の早期介入等に当たっては、「早期精神病の診療プランと実践例」等を参考とする。

（※）院内、HP等において、以下の対応を行っている旨を掲示

ケースマネジメント
障害福祉サービス等の相談
介護保険に係る相談
相談支援専門員、介護支援専門員からの相談に対応
市町村等との連携
入院していた患者の退院支援
身体疾患の診療、他科連携
健康相談、予防接種の相談
可能な限り向精神薬の多剤、大量、長期処方を控えていること

通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

早期診療体制充実加算の新設

［施設基準］（概要）

初診、30分以上の診療等の診療実績

過去６か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数／通院・在宅精神療法の算定回数≧５％

【診療所】過去６か月間の「初診日に60分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数（合計）／勤務する医師数≧60

地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療の提供等）

アからウまでのいずれかを満たすこと。

ア　常時対応型施設（精神科救急医療確保事業）　又は　身体合併症救急医療確保事業において指定

イ　病院群輪番型施設（精神科救急医療確保事業）であって、
時間外、休日又は深夜において、入院件数が年４件以上　又は　外来対応件数が年10件以上

ウ　外来対応施設（精神科救急医療確保事業）　又は　時間外対応加算１の届出
かつ　精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上行っていること。
※常勤の精神保健指定医が複数名勤務している場合は、少なくとも２名が当該要件を満たすこと

精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医を配置

精神保健指定医、多職種の配置等

常勤の精神保健指定医を１名以上配置

多職種の活用、専門的な診療等に係る加算のうちいずれかを届出

- 療養生活継続支援加算
- 児童思春期精神科専門管理加算
- 児童思春期支援指導加算
- 認知療法・認知行動療法
- 依存症集団療法
- 精神科在宅患者支援管理料
- 精神科入退院支援加算
- 精神科リエゾンチーム加算
- 依存症入院医療管理加算
- 摂食障害入院医療管理加算
- 児童思春期精神科入院医療管理料

通院・在宅精神療法(早期診療支援体制充実加算の新設①)

□(新)早期診療体制充実加算(要届出)

□イ,病院の場合

- □(1)自院の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合　20点
- □(2)(1)以外の場合　15点

□ロ,診療所の場合

- □(1)自院の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合　50点
- □(2)(1)以外の場合　15点

◆ 算定要件

- 当該患者を診療する担当医を決め、担当医により通院・在宅精神療法を行った場合
- なお、初回の診療であって、担当医が決まっていない場合に限り、担当医以外の医師の診療で算定することは差し支えない
- ただし、初回の診療を行った医師が当該患者を診療する担当医にならない場合は、初回の診療を行った医師は、当該患者に対して、２回目以降は別の担当医が診療する旨及び当該担当医について説明する

通院・在宅精神療法(早期診療支援体制充実加算の新設②)

◆早期診療体制充実加算　留意事項

◆ 担当医は、当該患者に対して、以下の指導、服薬管理等を行うこと。また、必要に応じて、患者の家族等に対して、指導等について説明を行うこと

ア 原則として、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う

ただし、病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合等には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載

なお、同意が困難であった患者について、診療の都度、同意が得られる状態にあるかを確認し、可能な限り患者本人から同意が得られるよう懇切丁寧に説明する

イ 診療に当たっては、患者の状態に応じて適切な問診及び身体診察等を行う

特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び神経学的診察を実施し、その結果を診療録に記載

なお、症状性を含む器質性精神障害等の鑑別に当たっては、採血、画像診断、認知機能検査その他の心理検査等を実施することが望ましい

また、向精神薬を服用している患者には、日本精神神経学会が作成した「向精神薬の副作用モニタリング・対応マニュアル」等を参考に、定期的な採血等を実施することが望ましい

ウ 他院と連携及びオンライン資格確認等システムを活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載

なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能

エ 標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、当該患者に連絡先を情報提供し、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合は、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う

オ 当該患者に対し、必要に応じて障害支援区分認定に係る医師意見書又は要介護認定に係る主治医意見書等を作成

カ 当該患者に対し、必要に応じ、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う

通院・在宅精神療法(早期診療支援体制充実加算の新設③)

◆早期診療体制充実加算　留意事項

キ 患者又は家族等の同意について、当該加算の初回算定時に、別紙様式51の４を参考に、当該患者等の署名付の同意書を作成し、診療録に添付

ただし、直近１年間に４回以上の受診歴を有する患者等については、別紙様式51の４を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない

なお、同意書については、当該保険医療機関自ら作成した文書を用いることでよい

また、初回算定時に、病状等の理由によってやむを得ず同意を得られなかった場合は、同意を得られた時点で同意書を作成し、診療録に添付することとしてよい

ク 自院の院内掲示やホームページ等により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応する

なお、連携する機関の名前を一覧にして掲載することが望ましい

(イ) 患者ごとの相談内容に応じたケースマネジメントを行っている

(ロ) 障害福祉サービス等の利用に係る相談を行っている

(ハ) 介護保険に係る相談を行っている

(ニ) 自院に通院する患者について、相談支援専門員及び介護支援専門員からの相談に適切に対応する

(ホ) 市町村、保健所等の行政機関、地域生活支援拠点等との連携を行っている

(ヘ) 精神科病院等に入院していた患者の退院後支援を行っている

(ト) 身体疾患に関する診療又は他の診療科との連携を行っている

(チ) 健康相談、予防接種に係る相談を行っている

(リ) 可能な限り向精神薬の多剤投与、大量投与、長期処方を控えていること

ケ 精神疾患の早期発見、早期介入を実施するに当たっては、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)の障害者対策総合研究開発事業(精神障害分野)「早期精神病の診療プランと実践例」等を参考とする

通院・在宅精神療法(早期診療支援体制充実加算の新設④)

◆早期診療体制充実加算　施設基準

(１) 常勤の精神保健指定医が１名以上配置

(２) 自院が過去６か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「１」のロ若しくはハの(１)又は「２」のロ若しくはハの(１)若しくは(２)の算定回数の合計の割合が５%以上

(編注：初診時60分以上、再診等30分以上の割合が5%以上)

(３) 診療所では、自院が過去６か月間に実施した通院・在宅精神療法の「１」のロ又は「２」のロの算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が60 以上

(編注：医師１名当たり、初診時60分以上の数が60以上)

(４) 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関、具体的には、アからウまでのいずれかを満たす

ア 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する精神科救急医療確保事業(以下「精神科救急医療確保事業」という)において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関である

イ 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、(イ)又(ロ)のいずれかに該当すること

(イ) 時間外、休日、は深夜における入院件数が年４件以上

そのうち１件以上は、精神科救急医療体制整備事業における精神科救急情報センター(以下「精神科救急情報センター」という)、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業における精神医療相談窓口(以下「精神医療相談窓口」という)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする、以下(４)において同じ)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼であること

(ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10 件以上

なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む

通院・在宅精神療法(早期診療支援体制充実加算の新設⑤)

◆早期診療体制充実加算　施設基準

ウ 次の(イ)及び(ハ)又は(ロ)及び(ハ)を満たしていること

(イ) 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関であること

(ロ) 時間外対応加算１の届出

(ハ) 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時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、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やか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

(５) 自院の常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上

なお、自院に常勤の精神保健指定医が２名以上勤務している場合は、少なくとも２名が精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上

(６) 次のいずれかを満たしていること

ア １、２又は３に規定する各加算に係る届出

(編注：児童思春期精神科専門管理加算、療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算)

イ　精神科リエゾンチーム加算に係る届出

ウ　依存症入院医療管理加算に係る届出

エ　摂食障害入院医療管理加算に係る届出

オ　精神科入退院支援加算に係る届出

カ　児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出

キ　認知療法・認知行動療法に係る届出

ク　依存症集団療法１、２又は３に係る届出

ケ　精神科在宅患者支援管理料に係る届出

【疑義解釈】早期診療支援体制充実加算

◆ 問205、「当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」のロ若しくはハの(1)又は「2」のロ若しくはハの(1)若しくは(2)の算定回数の合計の割合が5%以上であること」とされているが、「1」のハの(1)には、情報通信機器を用いて行った場合の算定回数も含まれるのか

(答)含まれる

◆ 問206、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるのか

(答)含まれる

◆ 問207、「精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務は含まれるのか

(答)含まれる

ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること

また、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関において保管すること

◆ 問208、「診療所にあっては、当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロの算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が60以上であること」とされているが、「当該保険医療機関に勤務する医師の数」の計算方法はどうすればよいか

(答)常勤の医師の数及び非常勤の医師を常勤換算した数の合計により算出する

その他①

- 精神科訪問看護・指導料の加算
  - 外来感染対策向上加算　発熱患者等対応加算(月１回に限り)　20点
    - ◆同月併算定不可
      - ◆初診料、再診料算定時の外来感染対策向上加算
  - 外来感染対策向上加算　抗菌薬適正使用体制加算(月１回に限り) ５点
  - 訪問看護医療ＤＸ情報活用加算(月１回に限り)　５点
    - ◆同月併算定不可
      - ◆医療情報取得加算、医療ＤＸ推進体制整備加算、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算

- 精神科訪問看護・指導料精神科緊急訪問看護加算(265点)の再編
  - (新)月14日目まで　265点
  - (新)月15日目以降　200点

- 経頭蓋磁気刺激療法(初回治療から６週限度 ⇒ ８週限度)　1,200点　⇒　2,000点

その他②

ロ 精神科在宅患者支援管理料

◆精神科在宅患者支援管理料の算定患者に、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を追加する

◆算定要件

(2)「1」のイ及び「2」のイについては、以下のア及びイに該当する患者又はウに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること

ア、イ(略)

(新)ウ、「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を１つ以上満たす者又は５点以上である者

(3)「1」のロ及び「2」のロについては、(2)のア若しくはイに該当する患者又は以下のアからウまでの全て若しくはエに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること

ア~ウ(略)

(新)エ、過去6月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者

◆記載要件追加(「１」及び「２」の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に下記内容について記載)

- 直近の入院についての入院日、入院形態並びに退院日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院についての入院日、入院形態並びに退院日)
- 直近の退院時におけるＧＡＦ、当該月の最初の訪問診療時におけるＧＡＦ
- 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」におけるランク、別紙様式 41 の２に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」(以下この項において「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」という)において、当該患者に該当するコア項目並びに当該導入基準の点数
- 初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種

医学管理等②

特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料

生活習慣病対策の要旨

■ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設
  - 検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)(333点、月1回に限る)を新設する
- 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し
  - 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする
  - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする
  - 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する
  - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種との連携が望ましい要件とし、糖尿病患者に歯科受診を推奨することを要件とする
- 特定疾患療養管理料の見直し
  - 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する
- 特定疾患処方管理加算の見直し
  - リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする
- 地域包括診療料等の見直し
  - かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する

生活習慣病の疾病管理のイメージ

特定疾患療養管理料・特定疾患処方管理加算対象疾患見直し

□生活習慣病である疾患(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)を除外　※喘息・慢性心不全・慢性胃炎等は残ります※

◆対象疾患(特定疾患処方管理加算も同様)

- 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
- 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
- (中略)
- アナフィラキシー
- ギラン・バレー症候群

□特定疾患処方管理加算(処方料・処方箋料とも)

□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　⇒　56点

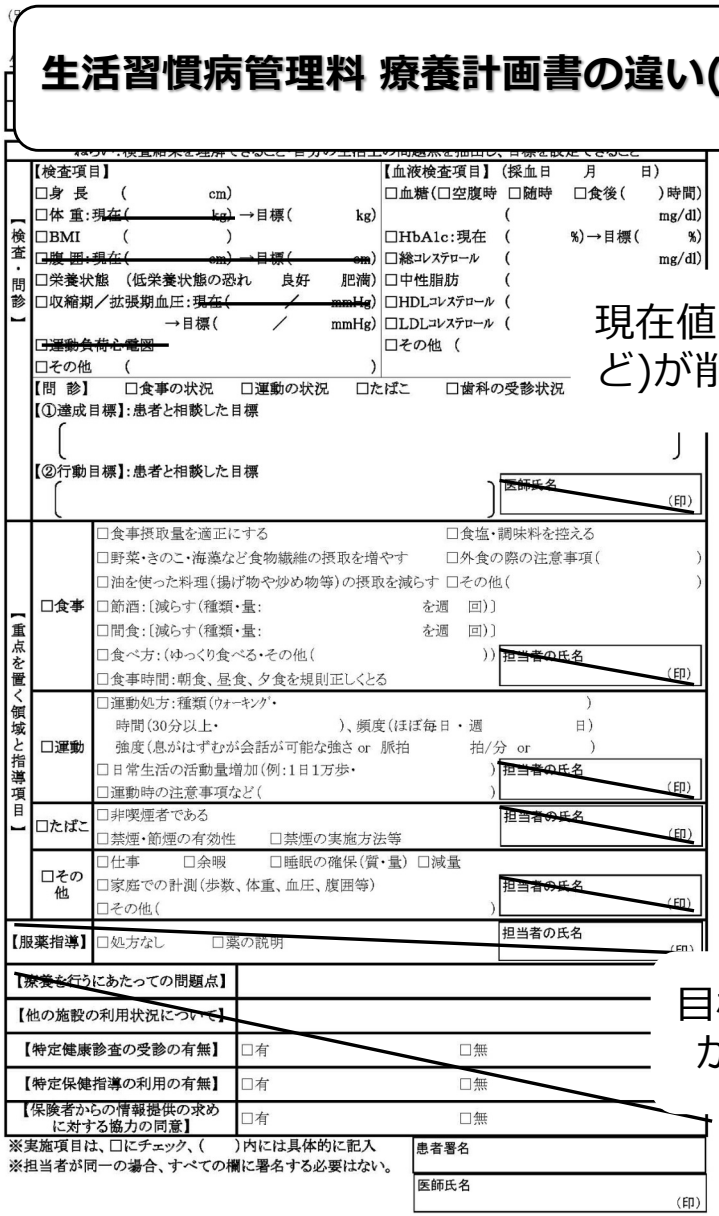
◆診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る)に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方**(リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の処方を含む)**を行った場合は、**特定疾患処方管理加算**として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する

◆糖尿病、脂質異常症、高血圧に対しては算定不可となる

I70	**生活習慣病管理料(Ⅰ)**	**生活習慣病管理料(Ⅱ)**
点数	脂質異常症を主病とする場合　610 点 高血圧症を主病とする場合　660 点 糖尿病を主病とする場合　760 点	脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者 生活習慣病管理料(Ⅱ)　333点 情報通信機器を用いた診療　290点
加算	・血糖自己測定指導加算（年１回）　500点 ・外来データ提出加算　50点	
同日の包括項目	・外来管理加算：生活習慣病管理料算定日とは"別日"の外来管理加算は算定要件を満たせば算定可	
同月の包括項目	・医学管理等(診療情報提供料・薬剤情報提供料含む) ・検査　・注射　・病理診断	・医学管理等(以下を除く)
包括対象外の医学管理等	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	左記に加え　薬剤情報提供料 外来栄養食事指導料　診療情報提供料(I) 集団栄養食事指導料　診療情報提供料(Ⅱ) ニコチン依存症管理料　診療情報連携共有料 電子的診療情報評価料　連携強化診療情報提供料 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
他管理料との併算定について	糖尿病を主病とする場合、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない	
療養計画書	・療養計画書を交付(様式９(新規用)、様式９の２(継続用)、又はこれに準じた様式) ・患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するとともに、概ね４月に１回以上は交付する ・２回目以降は、理解済みと医師が確認し療養計画書に記載すれば患者の同意署名は省略可	
(Ⅰ)と(Ⅱ)の算定について	生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定月から起算して６月以内は、生活習慣病管理料(Ⅱ)は算定不可	

生活習慣病管理料 療養計画書の違い(初回用)

旧



【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 (
□HDLコレステロール (
□LDLコレステロール (
□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
【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)

現在値(体重、血圧など)が削除

目標と現在の欄が整理された

新

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日:明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)	□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

旧

生活習慣病管理料 療養計画書の違い(継続用)

【検査・問診】

【検査項目】
□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/
□中性脂肪 (　　mg/
□HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ (　　mg/
□LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ (　　mg/
□その他 (

【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標
【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
□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
~~担当者の氏名~~ ~~(印)~~

□運動
□今回は、指導の必要なし
□運動処方:種類(ｳｫｰｷﾝｸﾞ・　)
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
□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)

新

達成状況追加

確認欄追加

(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(ｳｫｰｷﾝｸﾞ・　)
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)

生活習慣病管理料と特定疾患療養管理料の試算①

■旧生活習慣病管理料と生活習慣病管理料(Ⅰ)の比較

	脂質異常症		高血圧		糖尿病	
	旧	新	旧	新	旧	新
再診	73	75	73	75	73	75
外管	52	-	52	-	52	-
管理料	570	610	620	660	720	760
特処２	66	-	66	-	66	-
処方箋料	68	60	68	60	68	60
合計	829	745	879	795	979	895
差額(新-旧)	-84		-84		-84	

■生活習慣病管理料(Ⅱ)と特定疾患療養管理料の比較

	脂質異常症		高血圧		糖尿病	
	旧	新	旧	新	旧	新
再診	73	75	73	75	73	75
外管	52	-	52	-	52	-
管理料	225	333	225	333	225	333
特処２	66	-	66	-	66	-
処方箋料	68	60	68	60	68	60
合計	484	468	484	468	484	468
差額(新-旧)	-16		-16		-16	
旧生活習慣病管理料との差	-361		-411		-511	

※診療所で28日処方のケース

生活習慣病管理料と特定疾患療養管理料の試算②

■旧生活習慣病管理料と生活習慣病管理料(Ⅰ)の比較

	脂質異常症		高血圧		糖尿病	
	旧	新	旧	新	旧	新
再診	73	75	73	75	73	75
外管	52	-	52	-	52	-
管理料	570	610	620	660	720	760
特処２	66	-	66	-	66	-
処方箋料	68	60	68	60	68	60
合計	829	745	879	795	979	895
差額(新-旧)	-84		-84		-84	

■生活習慣病管理料(Ⅱ)と特定疾患療養管理料の比較

	脂質異常症		高血圧		糖尿病	
	旧	新	旧	新	旧	新
再診	146	75	146	75	146	75
外管	104	-	104	-	104	-
管理料	450	333	450	333	450	333
特処1	36	-	36	-	36	-
処方箋料	136	60	136	60	136	60
合計	872	468	872	468	872	468
差額(新-旧)	-404		-404		-404	
旧生活習慣病管理料との差	-361		-411		-511	

※診療所で14日処方から長期処方へ移行のケース

生活習慣病管理料と特定疾患療養管理料の試算③

■ 生活習慣病管理料(Ⅱ)と特定疾患療養管理料の比較

	脂質異常症		高血圧		糖尿病	
	旧	新	旧	新	旧	新
再診	73	75	73	75	73	75
外管	52	-	52	-	52	-
管理料	147	333	87	333	87	333
特処２	66	-	66	-	66	-
処方箋料	68	60	68	60	68	60
合計	406	468	406	468	406	468
差額(新-旧)	＋62		＋62		＋62	

※100床未満の病院で28日処方のケース

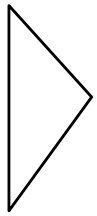
■ 生活習慣病管理料(Ⅱ)と特定疾患療養管理料の比較

	脂質異常症		高血圧		糖尿病	
	旧	新	旧	新	旧	新
再診	73	75	73	75	73	75
外管	52	-	52	-	52	-
管理料	147	333	147	333	87	333
特処２	66	-	66	-	66	-
処方箋料	68	60	68	60	68	60
合計	346	468	346	468	346	468
差額(新-旧)	＋122		＋122		＋122	

※100床以上200床未満の病院で28日処方のケース

【参考：令和4年改定】生活習慣病管理料の見直し

- 処方箋を交付する場合
  - 脂質異常症を主病とする場合　６５０点
  - 高血圧症を主病とする場合　７００点
  - 糖尿病を主病とする場合　８００点
- 上記以外の場合
  - 脂質異常症を主病とする場合　１,１７５点
  - 高血圧症を主病とする場合　１,０３５点
  - 糖尿病を主病とする場合　１,２８０点



- (改)生活習慣病管理料
  - 脂質異常症を主病とする場合　５７０点
  - 高血圧症を主病とする場合　６２０点
  - 糖尿病を主病とする場合　７２０点

◆投薬を出来高とし院外処方と院内処方の点数を一本化

◆生活習慣に関する総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えないことを明記

◆糖尿病又は高血圧症の患者について管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする

生活習慣病管理料の再編

□生活習慣病管理料

- ◆脂質異常症を主病とする場合　５７０点
- ◆高血圧症を主病とする場合　６２０点
- ◆糖尿病を主病とする場合　７２０点

□生活習慣病管理料(Ⅰ)(要施設基準)(月１回)

- ◆脂質異常症を主病とする場合　610点
- ◆高血圧症を主病とする場合　660点
- ◆糖尿病を主病とする場合　760点

□生活習慣病管理料(Ⅱ)(要施設基準)　333点

◆生活習慣病管理料の評価及び要件を以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料(I)とする

- 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化
- 令和7年から運用開始予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする
- 療養計画書は、患者の求めに応じ電子カルテ情報共有サービスの患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする
- 「少なくとも1月に1回以上」の総合的な治療管理を行う要件を廃止する
- 歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする

◆検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)を新設する

生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定要件等①

◆生活習慣病管理料(Ⅰ)の包括項目

- 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)、第3部検査、第6部注射、第13部病理診断の費用
- 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定月から起算して6月以内の期間は、生活習慣病管理料(Ⅰ)は算定不可

◆算定要件

- (1)**生活習慣病管理料(Ⅰ)**は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する
- この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。なお、初診料算定月は、本管理料は算定しない

◆算定要件

- (2)**生活習慣病管理料(Ⅰ)**は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。以下同じ)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た場合に算定できるものである
- 交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。
- 療養計画書は、当該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
- また、血液検査結果を療養計画書と別に交付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を省略して差し支えない
- (3)**生活習慣病管理料(Ⅰ)**には、当該患者の診療に際して行った外来管理加算、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、腎臓病透析予防指導管理料を除く)、検査、注射、病理診断の費用は全て所定点数に含まれる

生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定要件等②

◆算定要件

- ~~(4)生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない~~
- (4)生活習慣病管理料(Ⅰ)を継続して算定する月においては、栄養、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする)を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するものとするとともに、概ね4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする
- (5)(2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、(2)のとおり、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする

◆算定要件

- ~~(6)当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる~~
- (6)(略)
- (7)学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、~~必要に応じて、~~参考にする
- (8)患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること
- (9)(略)
- (10)糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと
- (11)~(13)(略)

生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定要件等③

◆施設基準

四の九　生活習慣病管理料(Ⅰ)の施設基準

(1)生活習慣病管理料(Ⅰ)の注1に規定する施設基準

生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

(2)生活習慣病管理料(I)の注4に規定する施設基準

外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること

第6の9　生活習慣病管理料

1　生活習慣病管理料(Ⅰ)の注1に規定する施設基準

(1)治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと

(2)患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること

2~4(略)

生活習慣病管理料(Ⅱ)の算定要件等

□ 生活習慣病管理料(Ⅱ)(要施設基準)(月１回)　333点

□ 情報通信機器を用いた場合(要届出)　290点

◆許可病床数が200床未満の病院又は診療所

□ 血糖自己測定指導加算(年1回)　500点

◆ 2型糖尿病が主病の患者で、インスリン製剤を使用していない者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合

□ 外来データ提出加算(要届出)　50点

◆ 自院の診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合

◆算定要件

- 脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く)に対し、患者の同意のうえ治療計画を策定し、治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定月から起算して6月以内の期間は、生活習慣病管理料(Ⅱ)は算定不可

◆包括項目

- 外来管理加算,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、薬剤情報提供料を除く)の費用

◆生活習慣病管理料(Ⅱ)の施設基準

- 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制を整備
- 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示
- 治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい

◆情報通信機器を用いて行う場合の施設基準

- 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制を整備

◆外来データ提出加算の施設基準

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制を整備

生活習慣病管理料(Ⅱ)の算定要件①

(1)生活習慣病管理料(Ⅱ)は、脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者の治療には生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所で算定

当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい

なお、初診料算定月は本管理料は算定不可

(2)生活習慣病管理料(Ⅱ)は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書(別紙様式9又はこれに準じた様式)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た場合に算定できる。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする

なお、療養計画書は、当該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

また、血液検査結果を療養計画書と別に交付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を省略して差し支えない

(3)当該患者の診療に際して行った外来管理加算、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、薬剤情報提供料を除く)の費用は全て所定点数に含まれる

(4)生活習慣病管理料(Ⅱ)を継続して算定する月は、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書(別紙様式9の2又はこれに準じた様式)を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない

ただし、その場合においても、**患者又はその家族等から求め**があった場合に交付するものとするとともに、**概ね4月に1回以上は交付**する

交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておく

なお、血液検査結果を療養計画書と別に交付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を省略して差し支えない

生活習慣病管理料(Ⅱ)の算定要件②

(5)(2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする

ただし、この場合においても、(2)のとおり、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする

(6)同一保険医療機関で、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、当該管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができるものとする

(7)学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする

(8)患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応すること

(9)本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと

(10)糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科を標榜する保険医療機関への受診を促すこと

(11)「注3」及び「注4」に規定する加算の取扱いについては、生活習慣病管理料(I)の(11)~(13)の例による

(12)「注6」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する

生活習慣病管理料(Ⅱ)の施設基準①

◆ 1,生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1に関する施設基準

(1)生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい

(2)患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること

◆ 2,生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4に関する施設基準

(1)厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」(以下「外来医療等調査」という)に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省が外来医療等調査の一部事務を委託する外来医療等調査事務局(以下「外来医療等調査事務局」という)と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず1名指定すること

(2)外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること

(3)診療記録(過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等)の全てが保管・管理されていること

(4)診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい

(5)診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること

(6)患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること

(7)保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること

◆ 3,生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4に係るデータ提出に関する事項

(1)データの提出を希望する保険医療機関は、令和6年5月20日、8月20日、11月20日、令和7年2月20日、5月20日、8月20日、11月20日又は令和8年2月20日までに別添2の様式7の10について、地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること

(2)(1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分のデータ(例として、令和6年7月に届出を行った場合は、令和6年8月20日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和6年9月、10月の2月分となる)(以下「試行データ」という)を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料(以下「調査実施説明資料」という)に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること

(3)試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を1の(1)の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、外来データ提出加算の届出を行うことが可能となる

◆ 4,生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること

生活習慣病管理料(Ⅱ)の施設基準②

◆ 5,届出に関する事項

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4の施設基準に係る届出については、次のとおり
- 生活習慣病管理料(I)の注1及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はない
- 生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6として特に地方厚生(支)局長に届出は不要

(1)外来データ提出加算の施設基準に係る届出は別添2の様式7の11を用いること

(2)各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと

(3)データ提出を取りやめる場合、2の(2)の基準を満たさなくなった場合及び(2)に該当した場合については、別添2の様式7の12を提出すること

(4)(3)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、2の(1)の手続きより開始すること

◆ 血糖自己測定指導加算の算定要件(年１回)

- 対象患者
  - 2型糖尿病の患者でインスリン製剤を使用していないもの
  - 当該加算の算定月若しくは前月にヘモグロビンA1c(HbA1c)がJDS値で8.0%以上(NGSP値で8.4%以上)の者
- 指導内容
  - 患者教育の観点から血糖自己測定器を用いて月20回以上血糖を自己測定させる
  - その検査値や生活状況等を報告させ、その報告に基づいた必要な指導を行い療養計画に反映させる
- その他要件
  - 血糖試験紙(テスト・テープ)又は固定化酵素電極(バイオセンサー)を給付する
  - 血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針、測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ別に算定不可

【疑義解釈】生活習慣病管理料(I)、生活習慣病管理料(Ⅱ)①

◆問131、療養計画書の署名の取扱いについてどう考えればいいか

(答)初回は、療養計画書に患者の署名を受けることが必要

2回目以降は、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合には、患者署名を省略して差し支えない

◆問132、問131について、療養計画書の内容について医師による丁寧な説明を実施した上で、当該説明を行った医師以外のものが追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けた場合にも算定可能か

(答)看護職員や薬剤等でも可能

◆問133、外来管理加算の併算定はできないが、管理料(Ⅰ)または管理料(Ⅱ)を算定した月、当該算定日とは別日に、管理料(Ⅰ)、または管理料(Ⅱ)を算定した患者の診療時に、外来管理加算を算定することは可能か

(答)外来管理加算の算定要件を満たせば可能

◆問134、生活習慣病管理料(Ⅱ)について、「生活習慣病管理料(I)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない」とされているが、同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料(I)を算定する患者と、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する患者が同時期にそれぞれいる場合の取扱いはどうなるのか

(答)同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料(I)を算定する患者と、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する患者が同時期にそれぞれいても差し支えない

◆問135、生活習慣病管理料(I)と生活習慣病管理料(Ⅱ)は、それぞれどのような患者に対して算定するのか

(答)個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである

【疑義解釈】生活習慣病管理料(I)、生活習慣病管理料(Ⅱ)②

◆問136、生活習慣病管理料(I)の包括項目を、生活習慣病管理料(Ⅰ)算定日とは別日に、自院で生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等、検査、注射、病理診断の費用は算定可能か

(答) 不可

◆問137、生活習慣病管理料(Ⅱ)の包括項目を生活習慣病管理料(Ⅱ)の算定日とは別日に、自院で生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等の費用は算定可能か

(答) 不可

◆問138、生活習慣病管理料(Ⅱ)について、「生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない」こととされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料についての取扱いはどうなるのか

(答)令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料を算定した時期にかかわらず、生活習慣病管理料(Ⅱ)が算定できる

◆問139、生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)について、療養計画書を患者に交付することが算定要件とされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料において療養計画書を患者に交付していた場合、令和6年6月以降の療養計画書の取扱いはどうなるのか

(答)この場合、別紙様式9の2又はこれに準じた様式の療養計画書を作成することとするが令和6年度診療報酬改定前の様式を引き続き用いて差し支えない

◆問140、オンライン診療で生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する場合に、療養計画書への署名はどのようにすればよいか

(答)「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に遵守した上で、例えば、電子署名を活用する方法や、患者が使用するタブレット等の画面に自署してもらう方法が想定されるなお、書面要件の見直しにある電子署名の取り扱いをを踏まえて対応することまた、オンライン診療での指導管理を行う上での留意点を療養計画書に記載すること

【疑義解釈】生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)③

◆問141、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に、最低限遵守する事項として「医師がいる空間において診療に関わっていないものが診察情報を知覚できないこと」とされているが、オンライン診療による指導管理により生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する場合で、看護職員、管理栄養士等の多職種が係わる場合の対応はどのようにすればいいか

(答)オンライン診療を実施する際に、当該診療に関わる看護職員、管理栄養士等が同席することは差し支えない

ただし、当該職員が同席する旨を、診療開始前にその都度患者に説明し、患者の同意を得ること

また、情報通信機器を用いた診療の終了後に、引き続き、看護職員、管理栄養士等による指導を実施する場合にも、オンライン診療の終了時間を記録していることが望ましい

◆問142、生活習慣病管理料(Ⅱ)で血糖自己測定指導加算を算定した後、1年以内に生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定する場合、生活習慣病管理料(Ⅰ)の血糖自己測定指導加算を算定することは可能か

(答)不可

血糖自己測定指導加算を生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)のいずれかにおいて算定した場合、生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)のいずれにおいても1年以内は算定できない

【疑義解釈】生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)④

◆問143、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とあるが、管理栄養士を雇用していない診療所で、外来栄養食事指導が必要となり、他院の管理栄養士と連携し、当該他院で対面による栄養食事指導を行った場合に、指示を出した医師の診療所が外来栄養食事指導料2を算定できるか

(答)算定可能

ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること

◆問144、地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められていいるが、具体的にどのような内容を掲示すればよいか

(答)当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、以下のいずれの対応も可能であることを掲示する

・28日以上の長期の投薬が可能であること

・リフィル処方箋を交付することなお、具体的な掲示内容としてはポスター(※)を活用しても差し支えない

(※)下記URLに掲載
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39295.html

長期処方・リフィル処方せんについて
当院からのお知らせ

当院では患者さんの状態に応じ、
・ 28日以上の長期の処方を行うこと
・ リフィル処方せんを発行すること
のいずれの対応も可能です。

※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは病状に応じて担当医が判断致します。

リフィル処方せんとは？

症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、
一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方せんです。

診察
リフィル処方せん発行
調剤(1回目)
原則4日以内
調剤(2回目)
調剤(3回目)

同一保険薬局で継続して調剤を受けることが出来ない場合は、前回調剤された薬局にもご相談ください

リフィル処方せんの留意点

i. 医師が患者の病状等を踏まえ、個別に投与期間を判断します。(最大3回まで)
ii. 投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布剤(一部を除く)は、リフィル処方ができません。
iii. 薬剤師から、休薬や投薬状況の確認のため、同一の保険薬局で調剤を受けることを勧める説明をすることがあります。
iv. 薬剤師から、次回の調剤予定の確認、予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により状況を確認することがあります。また、患者が他の薬局において調剤を受ける場合は、当該薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供することがあります。
v. 患者の体調変化を考慮し、リフィル処方せんの有効期間内であっても、薬剤師は、調剤を行わず患者に受診を勧め、処方医へ情報提供する場合があります。

【参考】生活習慣病管理料のデータ提出加算について

□外来データ提出加算(要届出)　　５０点

◆算定の留意事項

- 厚生労働省が毎年実施する外来医療等調査に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したもので、提出されたデータは、特定の患者個人を特定できないように集計し、厚生労働省保険局において外来医療等に係る実態の把握・分析等のために適宜活用されるもの
- 当該加算はデータ提出の実績が認められた医療機関で、生活習慣病管理料の算定患者について、データを提出する診療に限り算定
  - データ提出の実績が認められた保険医療機関とは
    - データの提出が厚生労働省保険局医療課で確認され、その旨を通知された医療機関
- データ提出が遅延などした場合
  - データの提出を行っていない場合又はデータの提出(データの再照会に係る提出も含む)に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降は算定できない
  - 算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降の算定ができる

◆算定の留意事項

- 遅延等とは下記のことをいう
  - 厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合(提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む)
  - 提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合(データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む)
- データの作成は３ケ月単位で行うものとし、作成されたデータには第１月の初日から第３月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない

【参考】生活習慣病管理料のデータ提出加算について

◆外来データ提出加算の施設基準の概要

- 外来医療等調査に適切に参加できる体制を有する
- 厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定
- 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出
- 診療記録(過去５年間のカルテ及び過去３年間の手術記録、看護記録等)の全てを保管・管理
- 診療記録の保管・管理が厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい
- 診療記録の保管・管理のための規定を明文化
- 患者の疾病統計は、ICD大分類程度以上の疾病分類がされている
- 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる

〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

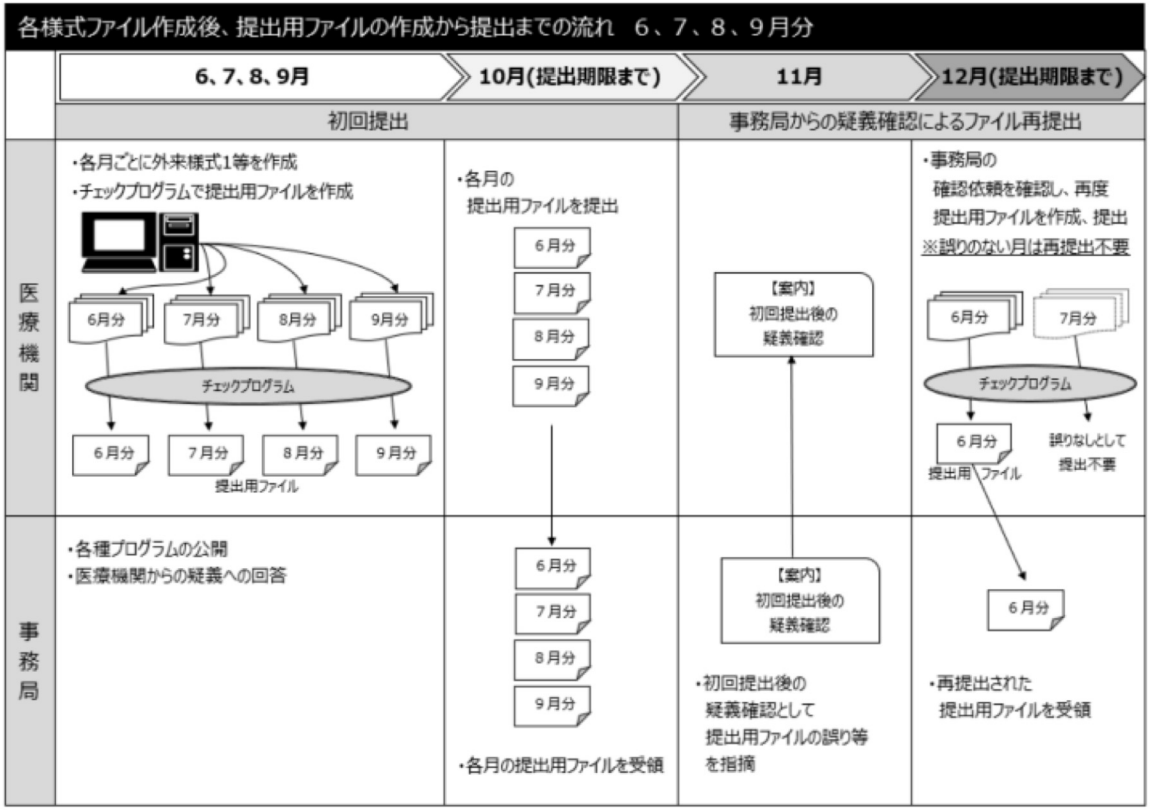
大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無（初発）	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
脳卒中（初発以外）	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
急性冠症候群の有無（初発）	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
急性冠症候群の（初発以外）	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無（初発）	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
急性大動脈解離（初発以外）	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

厚労省：令和6年度診療報酬改定について
- 2024 年度「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料（2024 年3月 29 日現在）

■2024 年６月から９月分は、2024 年度調査実施説明資料に基づいて作成し 10 月に提出



提出スケジュール

（１）初回提出

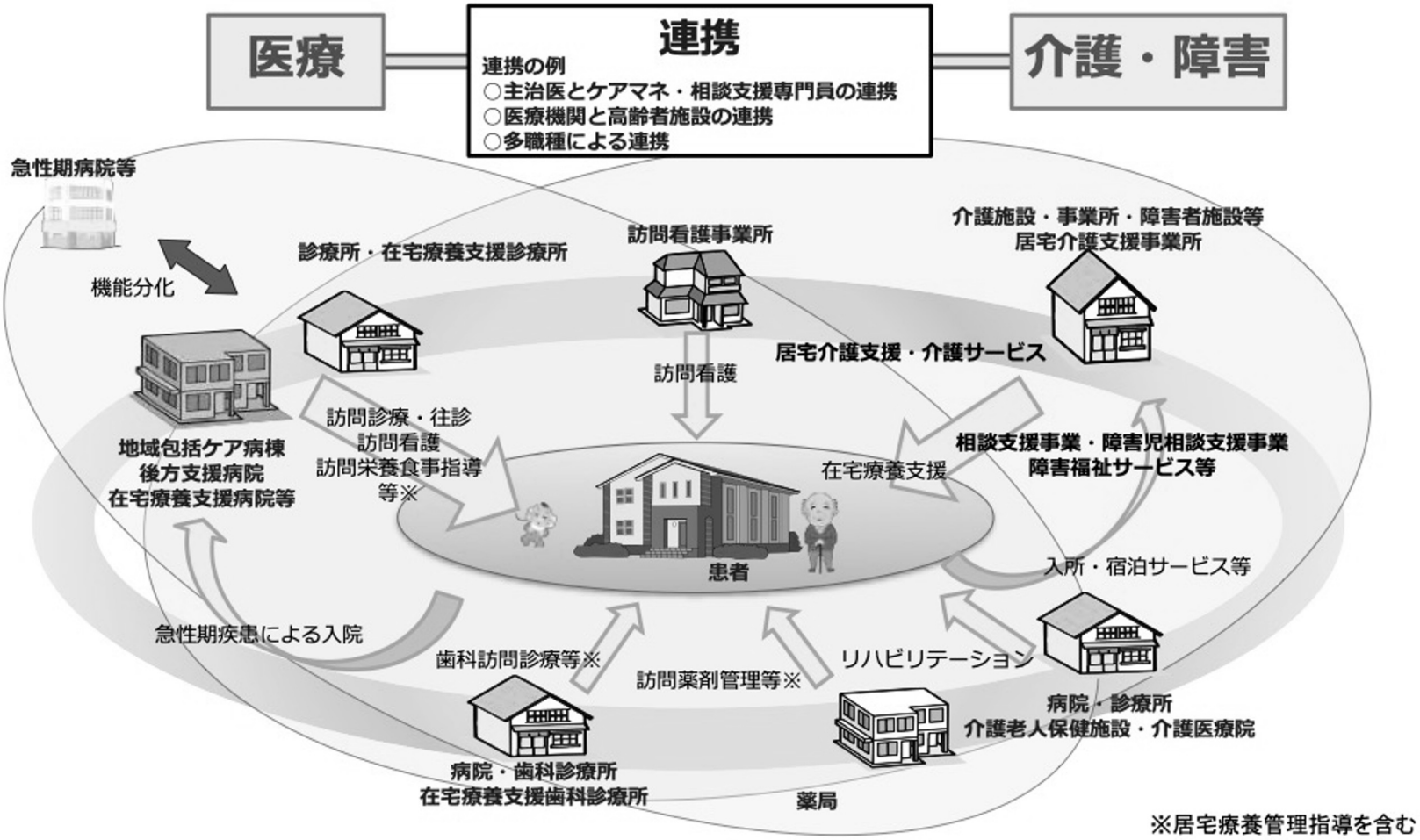
各調査対象月の提出用ファイルの提出期限

提出対象範囲	オンラインによる提出期限
2024 年６、７、８、９月の各月の初回提出	2024 年 10 月 17 日（木）12 時 00 分 00 秒まで ※配送による提出期限：2024 年 10 月 16 日（水）
2024 年 10、11、12 月の各月の初回提出	2025 年１月 16 日（木）12 時 00 分 00 秒まで ※配送による提出期限：2025 年 1 月 15 日（水）
2025 年１、２、３月の各月の初回提出	2025 年４月 17 日（木）12 時 00 分 00 秒まで ※配送による提出期限：2025 年４月 16 日（水）

在宅医療②(在宅患者診療・指導料)

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○　在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



※居宅療養管理指導を含む

在宅医療における医療DXの推進

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)及び在宅がん医療総合診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する
- 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う
- 【参考】歯科訪問診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する

□(新)在宅医療DX情報活用加算　10点

◆対象患者

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

□(新)訪問看護医療DX情報活用加算　5点

◆対象患者

- 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定する患者

□【参考】(新)在宅医療DX情報活用加算(歯科訪問診療料)　8点

◆対象患者：歯科訪問診療料を算定する患者

在宅医療DX情報活用加算の施設基準

ロ(新)在宅医療DX情報活用加算(月1回)(要届出)　10点

◆ 医療情報取得加算、医療DX推進体制整備加算、訪問看護医療DX情報活用加算とは同一月算定不可

◆在宅医療DX情報活用加算に関する施設基準

- 届出用紙は様式11の6
- レセプトオンライン請求を行っている
- オンライン資格確認を行う体制を有している

  ⇒ オンライン資格確認の導入時にポータルサイトから運用開始日を登録
- **(在宅のみ)**居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを活用し、診療情報等を取得及び活用できる体制を有している
- 電子処方箋を発行できる体制を有している
  【経過措置：令和7年3月31日】
- 電子カルテ情報共有サービスを活用する体制を有している
  【経過措置：令和7年9月30日まで】

【参考】訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み(居宅同意取得型)の実施上の留意事項について
https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001232034.pdf

- 次の項目を院内の見やすい場所に掲示

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・活用して診療を行っていること(具体的には次に掲げる事項)

ア、居宅同意取得型オンライン資格確認等システムから取得した診療情報等を活用して、計画的な医学管理の下に訪問して診療を実施している

イ、マイナ保険証の利用促進等、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

ウ、電子処方箋の発行・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
【経過措置：令和7年9月30日まで】

- 上記の院内掲示は、原則としてウェブサイトに掲載している(自ら管理するホームページ等が無い場合は除く)
  【経過措置：令和7年5月31日まで】

（参考）事前準備①　オンライン資格確認等システムの環境設定情報変更

院内・事業所での操作

各医療機関等の管理者により、訪問診療等機能を利用可能な設定にする。

①管理者が「環境設定情報更新」のメニューをクリック

画面遷移

②「訪問診療等機能」を「利用する」に変更して、更新ボタンをクリック
（オンライン診療等も同様）

（参考）事前準備②「マイナ在宅受付Web」として医療機関別のURLを発行

院内・事業所での操作

「マイナ在宅受付Web」として、インターネット経由でアクセスするための医療機関別のURLを発行する。

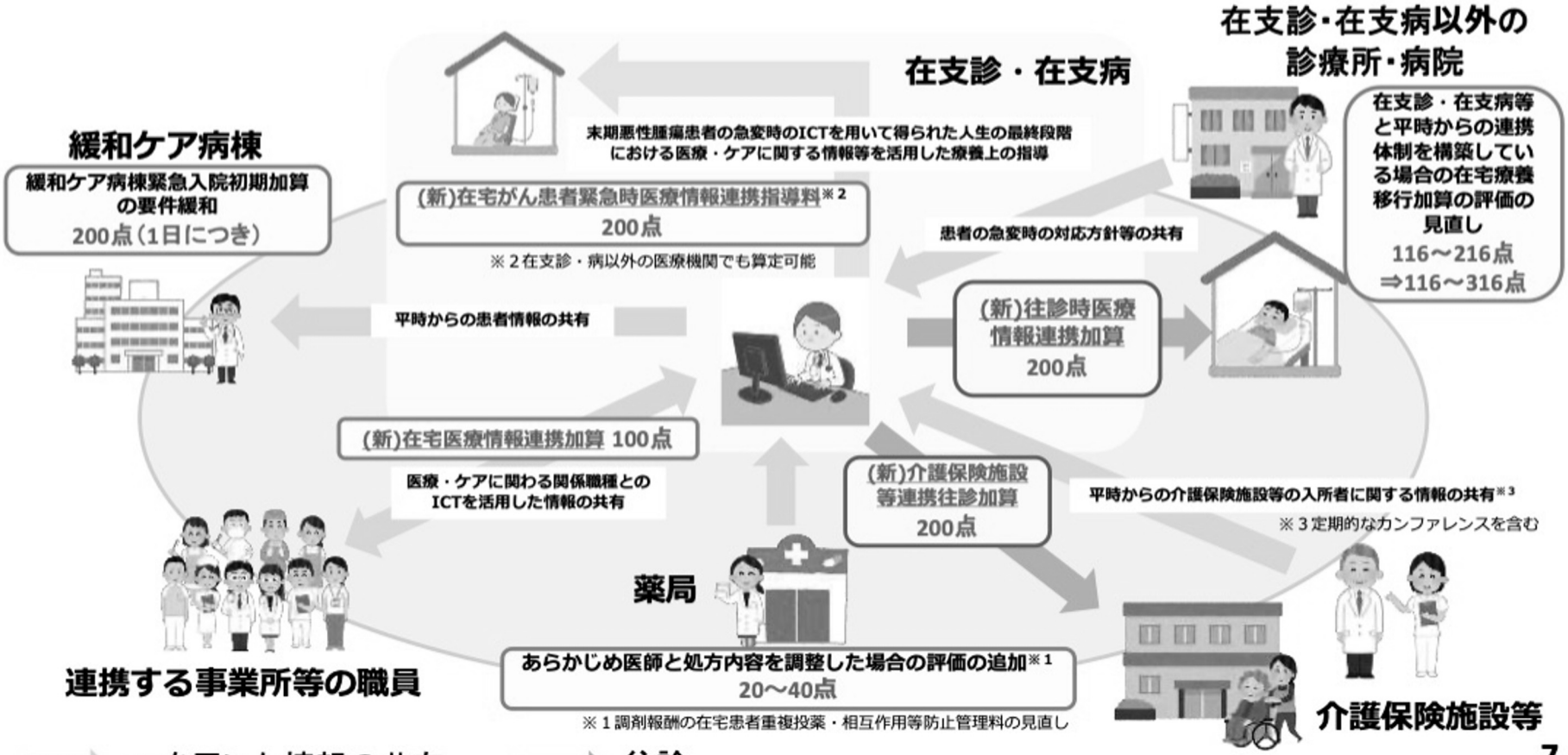
①「医療機関別URL取得・変更」メニューをクリック

②「マイナ在宅受付Web」として、医療機関別のURLを生成し、コピーする。
（二次元コードとしてもダウンロード可能）

※「マイナ在宅受付Web」にアクセスするためのURLや二次元コードは、医療機関等コードをもとに暗号化して生成。
医療機関等の電子証明書を利用して、オンライン資格確認等システムにログインし、「マイナ在宅受付Web」に登録された同意情報をもとに、患者の資格情報等の情報取得を可能とすることにより、セキュリティを確保。

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➢ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



在宅医療におけるICTを用いた医療情報連携の推進

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、他院等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する
- 在宅がん医療総合診療料について、他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する
  - 【参考】歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、歯科医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する

□(新)在宅医療情報連携加算(在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料) 100点

□(新)在宅医療情報連携加算(在宅がん医療総合診療料) 100点

□【参考】(新)在宅歯科医療情報連携加算(歯科診療報酬) 100点

◆関係職種

- 連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員、相談支援専門員等

ICTを用いた情報共有【事例】

【出典】令和5.10.4　中医協 総-2

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

Day	記録者	記録内容（概要）	補足
	（在宅医師）	肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。 少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。 主たる介護者は妻であり、**本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。**	**写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。** **【共有内容のイメージ】** ○月△日　□□:□□ 投稿者：○○　○○（医師） 題名：呼吸苦時の対応 本文：呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。 添付：
-58日	（看護師）	奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思ってます。」	
-14日	（看護師）	トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。**（起居動作を動画にて保存）**	
-10日	（看護師）	頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。	
-6日	（在宅医師）	奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。**（良姿勢を動画にて保存）** **連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有**	
-4日	（ケアマネジャー）	福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されていました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっていろいろやっているんですけれども、病状は悪化する一方ですね。**先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心**」	**家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。**
-2日	（在宅医師）	画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。	**ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。**
-2日	（緩和ケア病棟スタッフ）	これまでも地域ICTの記録を通じて**病態変化を事前に確認できている**ので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。	**患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。**
0日		**当該緩和ケア病棟に入院** **入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。**	

在宅がん医療総合診療料の見直しと加算新設①

- 在宅がん医療総合診療料(1日につき)
  - 1,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
    - イ,病床を有する場合
      - (1)保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,800点 ⇒ 1,798点
      - (2)(略)
    - ロ,病床を有しない場合
      - (1)保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,650点 ⇒ 1,648点
      - (2)(略)
  - 2,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く)の場合
    - イ,保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,495点 ⇒ 1,493点
    - ロ,(略)

◆算定要件の追加

(12)「注３」の特に規定するものとは次の費用であり、当該費用は、要件を満たせば在宅がん医療総合診療料と別に算定できる

(新)ウ、訪問診療を行った際のベースアップ評価料

在宅がん医療総合診療料の見直しと加算新設②

□ 在宅がん医療総合診療料(1日につき)

□ (新)在宅医療DX情報活用加算(月1回)(要届出)　10点

◆ オンライン資格確認等システムから得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合

◆ 同一月に併算定不可

- 医療情報取得加算 (初診料の注15、再診料の注19、外来診療料の注10)
- 医療DX推進体制整備加算 (初診料の注16)
- 在宅医療DX情報活用加算 (在宅患者訪問診療料(I)の注13在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注6)
- 訪問看護医療DX情報活用加算 (在宅患者訪問看護・指導料の注17、同一建物訪問看護・指導料の注6、精神科訪問看護・指導料の注17)

※施設基準等は在宅患者訪問診療料の「在宅医療DX情報活用加算」の項を参照

□ (新)在宅医療情報連携加算(月1回)(要届出)　100点

◆ 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものの同意を得て、自院と連携する他院の以下の職種と、当該患者に関わる者がICT等を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合

- 他院の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等

※施設基準等は在医総管、施設総管の「在宅医療DX情報活用加算」の項を参照

在宅がん医療総合診療料の見直しと加算新設③

◆第16の１の３　在宅がん医療総合診療料の注９に規定する在宅医療情報連携加算

１、在宅医療情報連携加算に関する事項

第15の４に掲げる在宅医療情報連携加算の届出を行っていること

２、届出に関する事項

第15の４に掲げる在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の在宅医療情報連携加算の届出を行っていればよく、在宅時がん医療総合診療料の注９に規定する在宅医療情報連携加算として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設①

➢ 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されているACPに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価を新設する

□ (新)在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料(月１回)　　200点

◆ 対象患者

- 在宅医療情報連携加算を算定している患者であって、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者

◆ 算定要件

- 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、自院と連携する他院等の下記の職種がICT等を用いて記録した当該患者のACP(人生の最終段階における医療・ケア)に関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する
- 在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る
  - ✓ 在宅時医学総合管理料の注15、施設入居時等医学総合管理料の注5、在宅がん医療総合診療料の注9
- 関係職種
  - ✓ 他院の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員、相談支援専門員等
- 他院等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行っている患者に対し、共有されている当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、当該指導日に限り算定可

「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）

意見交換　資料－1
参考
R５．５．１８

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専門職種からなる医療・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。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、
本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→**複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言**

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

【出典】令和5.10.4　中医協 総-2

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設②

◆在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の算定要件

- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者について、当該患者の計画的な医学管理を行っている医師が、当該患者の病状の急変時等に、当該患者に関わる関係職種がＩＣＴを用いて記録されている当該患者の情報を踏まえ、療養上必要な指導を行うことが、患者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組を評価するもの

  ※「関係職種」：医療関係職種、介護関係職種等

  ※「当該患者の情報」：当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算(在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料)を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、関係職種が、当該患者の情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の情報を活用して患家において、当該患者又はその家族等に療養上必要な指導を行った場合に月1回算定
- 医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の情報について、当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点、患者に行った指導の要点を診療録に記載
- 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料を算定するに当たって、ＩＣＴを用いて連携機関と患者の個人情報を取り扱う場合には、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること

【疑義解釈】在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

◆問179、在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、患者が当該指導を行った上で入院となった場合に算定することは可能か

(答)可能

◆問180、「当該患者の計画的な医学管理を行う医師」が療養上必要な指導を行うことを求めているが、患者の主治医と同一医療機関の所属医師で、当該患者の治療方針等を検討するカンファレンスに定期的に参加し、主治医が対応困難な時間帯に対応する者として主治医から患者に説明し、同意が得られている医師が当該指導を実施した場合であっても当該加算を算定することは可能か

(答)可能

外来感染対策向上加算の見直し

- 外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する
- 外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す

□外来感染対策向上加算(月1回)(要届出)　6点　⇒　6点(変更なし)

□(新)発熱患者等対応加算(月1回)(要届出)　20点

◆発熱その他感染症疑いの患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で以下の在宅患者診療・指導料の算定をした場合

- 対象となる診療報酬

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料

□(新)抗菌薬適正使用体制加算(月1回)(要届出)　5点

◆抗菌薬の使用状況が施設基準に適合し、外来感染対策向上加算を算定した場合

訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

➢ 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅医療情報連携加算の新設
他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価

・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設
在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価

・往診時医療情報連携加算の新設
在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価

・在宅療養移行加算の見直し
対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し

・在宅ターミナルケア加算等の見直し
在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

➢ 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し
在宅時医学総合管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し

・往診料の見直し
往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し

・在宅患者訪問診療料の見直し
在支診・在支病における患者１人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、５回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

211

往診料の評価の見直し

➢ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

	以下のいずれかに該当する場合 ① 往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者 ② 往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者 ③ 往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者 ④ 往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者				その他の場合
	機能強化型の在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型以外の在支診・在支病	その他の医療機関	
	病床有	病床無			
往診料	720点				
	+				
緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

①緊急往診加算について
保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて
夜間（深夜を除く。）とは**午後６時から午前８時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後 10 時から午前６時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。
休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日**をいう。なお、１月２日及び３日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日は、休日として取り扱う。

(参考)在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

往診料		720点
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1（1日につき）	同一建物居住者以外の場合	888点
	同一建物居住者の場合	213点
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイ（1日につき）		150点

在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の往診、訪問診療又は**退院時共同指導**を実施した場合に算定	**機能強化型在支診・在支病**		**機能強化型以外の在支診・在支病**	**その他の医療機関**
	有床診・在支病	**無床診**		
	6,500点 (6,200点)	5,500点 (5,200点)	4,500点 (4,200点)	3,500点 (3,200点)
＋在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点 (7,200点)	6,500点 (6,200点)		
＋在宅療養実績加算1			5,250点 (4,950点)	
＋在宅療養実績加算2			5,000点 (4700点)	

※1　（）内は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイを算定しているときの点数

看取り加算	在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算	患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

※2　看取り加算と死亡診断加算は併算定できない

■その他の加算■
○乳幼児加算　　400点
○診療時間に応じた加算　診療時間が1時間超の場合に100点／30分を加算

往診料の対象患者見直しと再編①

- イ,別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合
  - (1)・(2)(略)
- ロ,別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(イに規定するものを除く)の保険医が行う場合
  - (1)~(3)(略)
- ハ,別に厚生労働大臣が定める患者に対し、イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合
  - (1)~(3)(略)
- **(新)二,**別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合
  - (1)緊急往診加算　325点
  - (2)夜間・休日往診加算　405点
  - (3)深夜往診加算　485点

◆施設基準

◆厚生労働大臣が定める時間

- 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間

◆厚生労働大臣が定める患者(次ページに詳細)

- 次のいずれかに該当するものであること

イ,往診医療機関で過去60日以内に以下を算定しているもの

- 在宅患者訪問診療料(I)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料

ロ,往診医療機関と連携する他院で、過去60日以内に以下を算定しているもの

- 在宅患者訪問診療料(I)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料

ハ,往診医療機関の外来で継続的に診療を受けているもの

二,往診医療機関と平時から連携する介護保険施設等に入所するもの

- 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム

往診料の対象患者見直しと再編②

◆第14の４,往診料に規定する患者

◆ 看護等に当たる者(患者又はその家族等)からの往診料求めに、医師が往診の必要性を認めた以下のいずれかに該当する者

１,過去60日間に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料を算定しているもの（同一患家２人以上の患者を診療した場合の２人目以降の初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料のみを算定した場合を含む、以下この区分において同じ）

２,自院と連携医療機関の間で、過去60日間に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料を算定しているもの。この場合、連携医療機関は以下のいずれも満たしていること

(１)計画的な医学管理の下、主治医として定期訪問している医療機関と連携体制を構築している

(２)往診医療機関が往診を行う場合に、当該患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等(以下この項において「診療情報等」という)を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がICT等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有している

(３)連携医療機関が患者に対し、自院が往診を行うことが困難な時間帯等に対応を行う他院の名称、電話番号及び担当者の氏名等を文書により提供している

３,往診料医療機関で過去180日間に以下を３回以上算定

再診料、外来診療料、小児科外来診療料(再診時)、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料(再診時)、外来腫瘍化学療法診療料(再診時)

４,介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下この項において「介護保険施設等」という)に入所している患者であって、当該患者又は当該介護保険施設の従事者等が、介護保険施設等の協力医療機関として定められている当該往診医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該往診医療機関の医師が往診の必要性を認めたもの

ただし、この場合において介護保険施設等は以下のいずれかに該当する患者であること

(１)次のア及びイに該当していること

ア,往診を行う患者の診療情報等を、あらかじめ患者の同意を得た上で、介護保険施設から往診医療機関に適切に提供されており、必要に応じて往診医療機関がICTを活用して患者の診療情報等を常に確認可能な体制を有している

イ,往診を受ける患者が入所している介護保険施設等と往診医療機関とで、当該入所者の診療情報等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンス(ビデオ通話が可能な機器を用いても可)を実施している

(２)往診を受ける患者が入所している介護保険施設等と当該往診医療機関とで、当該入所者の診療情報等の共有を図るため、月1回以上の頻度でカンファレンス(ビデオ通話が可能な機器を用いても可)を実施している

往診料の加算の見直しと再編①

- 在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする
- 看取り加算について退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

□(新)在宅ターミナルケア加算

- □ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(要届出) 1,000点
- □ 在宅療養実績加算1(要届出) 750点
- □ 在宅療養実績加算2(要届出) 500点
- □ 酸素療法加算(要届出) 2,000点
  - ◆ がん患者に対して酸素療法を行っていた場合

◆在宅で死亡した患者(往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む)であって、その死亡日及び死亡日前14日以内に対して、退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した場合

◆在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の在宅ターミナルケア加算は算定不可

□(新)看取り加算 3,000点

□死亡診断加算 200点

□在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(要届出) 100点

- □ 在宅療養実績加算1(要届出) 75点
- □ 在宅療養実績加算2(要届出) 50点

□(新)往診時医療情報連携加算 200点

□(新)介護保険施設等連携往診加算(要届出) 200点

往診料の加算の見直しと再編②

- (新)在宅ターミナルケア加算
  - 有料老人ホーム等(有料老人ホームその他これに準ずる施設)に入居する患者以外の患者
    - (1)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
      - 病床を有する場合　6,500点
      - 病床を有しない場合　5,500点
    - (2)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院((1)に規定するものを除く)の場合　4,500点
    - (3)(1)及び(2)に掲げるもの以外の場合　3,500点

  - 口,有料老人ホーム等に入居する患者
    - (1)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
      - 病床を有する場合　6,500点
      - 病床を有しない場合　5,500点
    - (2)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院((1)に規定するものを除く)の場合　4,500点
    - (3)(1)及び(2)に掲げるもの以外の場合　3,500点

往診料の加算の見直しと再編③(算定要件と施設基準)

◆ 在宅ターミナルケア加算

- 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導料１を算定した上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)に算定する
- 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定している場合は、それぞれの在宅ターミナルケア加算を算定し往診料のターミナルケア加算は算定しない
- 診療内容の要点等を診療録に記載
- 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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する

◆ 有料老人ホーム等に入居する患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう

ア,施設入居時等医学総合管理料の算定患者とされている患者

イ,障害福祉サービスを行う施設及び事業所又は福祉ホームに入居する患者

ウ,小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスにおける宿泊サービスを利用中の患者

◆ 酸素療法加算

- 悪性腫瘍と診断されている患者の死亡月に在宅酸素療法を行った場合に算定
- 在宅酸素療法を指示した医師は、夜間も含めた緊急時の対処法について患者本人及びその家族等に説明する
- 在宅酸素療法のための酸素投与方法(使用機器、ガス流量、吸入時間等)、緊急時連絡方法等を装置に掲示する
- 以下の項目は同一月に併算定不可
  - 在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、人工呼吸器加算、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、人工呼吸

◆ 看取り加算

- 事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定
- 診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載

往診料の加算の見直しと再編④(算定要件と施設基準)

◆ 死亡診断加算

- 患者の在宅での死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定
- 看取り加算には、死亡診断に係る費用が含まれており併算定不可

◆ 往診時医療情報連携加算(分かりやすいようにしています)

- B医療機関(在支診・在支病)が算定する加算
- A他院は在支診・在支病以外
- 診療情報等

  ⇒ A他院が定期訪問している患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等の情報

- A他院と月1回程度の定期的なカンファレンス又はＩＣＴの活用により診療情報等の共有を行っているB医療機関が以下を元に往診を行った場合に算定

  ⇒ 当該患者(A他院が往診が困難な時間帯等に対応を行う予定のB医療機関名、電話番号、担当医師の氏名等を提供されている患者に限る)に対して、A他院が往診を行うことが困難な時間帯に、共有された診療情報等を参考

- A他院名、参考にした診療情報等、診療の要点を診療録に記録
- ＩＣＴを用いて連携機関と患者の個人情報を取り扱う場合には、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること

◆ 介護保険施設等連携往診加算

- 介護保険施設等で療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて往診を行った際に以下の内容を踏まえて算定
- 事前に共有されている当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえる
- 提供する医療の内容について患者又は当該介護保険施設等の従事者に十分に説明する
- 介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針、診療の要点を診療録に記録

◆ 「介護保険施設等」とは

- 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く)

◆ 「特別の関係」とは

自院と介護保険施設等の関係が以下のいずれかに該当する場合

ア,自院の開設者が、当該介護保険施設等の開設者と同一

イ,自院の代表者が、当該介護保険施設等の代表者と同一

ウ,自院の代表者が、当該介護保険施設等の代表者の親族等

エ,自院の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該介護保険施設等の役員等の親族等の占める割合が10分の３を超える

オ,上記以外に準ずる場合(人事、資金等の関係を通じ、自院が当該介護保険施設等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る)

往診料の加算の見直しと再編⑤(算定要件と施設基準)

◆ 第14の４の２,介護保険施設等連携往診加算

◆ １,介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準

(１)自院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保している

ア,介護保険施設等から協力医療機関として定められており、双方で以下の取り決めを行っていること

(イ)入所者の病状が急変した場合等に、自院の医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している

(ロ)当該介護保険施設等の求めがあった場合に、自院が診療を行う体制を常時確保している

イ,事前に介護保険施設等の管理者等に対し、以下の内容を説明の上、提供している

自院で24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、担当者名及び直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等

ウ,当該保険医療機関において、当該介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により当該介護保険施設等に提供していること

(２)次のいずれかの要件を満たすもの

ア,次の(イ)及び(ロ)に該当している

(イ)往診を行う患者の診療情報及び急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で協力医療機関に適切に提供され、必要に応じて往診を行う医師が所属する保険医療機関がＩＣＴを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有している

(ロ)往診を行う患者が入所している介護保険施設等と協力医療機関で、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンス(ビデオ通話が可能な機器を用いても可)を実施している

イ,往診を行う患者が入所している介護保険施設等と協力医療機関で、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、月1回以上の頻度でカンファレンス(ビデオ通話が可能な機器を用いても可)を実施している

◆ (３)以下の内容を院内掲示及びウェブサイトに掲載する

介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等で療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること(自ら管理するホームページ等を有しない場合はこの限りではない)

往診料の加算の見直しと再編⑥(算定要件と施設基準)

◆ 前ページの連絡を受ける担当者とは

- 自院で24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない
- 担当者として個人を指定している場合で、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合

⇒ それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を提供した文書等に明示する

◆ ２,届出に関する事項

- 介護保険施設連携往診加算の届出用紙は、別添２の様式18の３
- ウェブサイトへの掲載は令和７年５月31日まで経過措置

【疑義解釈】

◆問166、往診料の「別に厚生労働大臣が定める患者」について、連携医療機関とは「計画的な医学管理の下、主治医として定期的に訪問診療を実施している保険医の所属する保険医療機関であって、往診医療機関と連携体制を構築していること」とされているが、どのような連携体制を構築している必要があるか

(答)連携医療機関と往診医療機関との間で、連携医療機関が往診を行うことが困難な時間において、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受けた場合に適切に対応する旨及び患家からの連絡方法等について、あらかじめ取り決めを行っていること

なお、当該取り決めで定めた内容については連携医療機関及び往診医療機関において、文書にて保存し、患家の希望があった場合等に提供できる体制を有している必要がある

◆問167、問166における取り決めについて、連携医療機関が、地域の自治体又は医師会等の協力により往診医療機関と取り決めを行った場合についてどのように考えればよいか

(答)取り決めについては連携医療機関及び往診医療機関において作成及び保存し、患家の希望があった場合等に必要に応じて当該文書を提供できる体制を有している必要があり、当該体制を有していない場合は要件を満たさない

【疑義解釈】緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算

◆問168、往診料の「別に厚生労働大臣が定める患者」について、「患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び 急変時の対応方針等の最新の情報(以下この項において「診療情報等」)を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がICT等をを用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有していること」とあるが、例えば、下記の場合も該当するか？

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない連携医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受け、連携医療機関に電話等により当該患者の診療情報等を確認した場合であって、連携医療機関が診療情報等を提供した場合

(答)連携医療機関の医師又は看護師等の医療関係職種が当該患者の最新の診療録等を確認の上、往診医療機関に当該診療情報等を適切に提供した場合は該当する

ただし、往診医療機関は、当該連携医療機関に対し電話を行った時間及び得られた情報の要点について、当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容について、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと

◆問169、往診料の「別に厚生労働大臣が定める患者」について、診療情報等の「ICT等を用いて確認」は、例えば、在支診・在支病ではない医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から往診の求めを受けた際に、当該患者の診療情報等を、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク等(地連NW等)にアクセスして診療情報等を取得している状態は該当するか

(答)該当する

ただし、往診医療機関が地連NW等の活用のみで診療情報等を確認する場合は最新の診療情報等を常に取得できる状態である必要があり、地連NW等を活用した日時及び得られた情報の概要については当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容については、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと

在宅患者訪問診療料

➢ 在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする

◆ターミナルケア加算の要件追加

- 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に２回以上往診**若しくは訪問診療を行った患者又は退院時共同指導料１を算定し、かつ、**訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)に算定する
- この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること
- 往診料の在宅ターミナルケア加算と併算定不可

◆在宅患者訪問診療料(Ｉ)(特定地域)

- 死亡診断加算(ICTの場合)の要件追加
  - ア・イ(略)
  - ウ、特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他院で在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算、同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携訪問看護ステーションで訪問看護ターミナルケア療養費**若しくは指定居宅サービス介護給付費単位数表の３のイ、ロ及びハの注15に掲げるターミナルケア加算を算定していること**

在宅患者訪問診療料の加算新設

□(新)在宅医療DX情報活用加算(月1回)(要届出)　　10点

◆算定要件

- 在宅医療の診療計画の作成において診療情報等を活用することで質の高い医療を実施することを評価するものであり、当該診療情報等を踏まえて、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合に算定

  ※「診療情報等」とは

  - 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム等、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービス等により取得された患者の診療情報や薬剤情報等

- 算定に当たっては、初回訪問時には、訪問診療に係る計画の作成において、あらかじめ診療情報等を活用していない場合には算定不可
- あらかじめ診療情報等を取得しており、初回訪問時に患者の診療情報等を活用可能な場合には初回訪問時から算定可
- 以下の項目とと同一月に併算定不可
  - ✓ 医療情報取得加算(初診料・再診料・外来診療料)
  - ✓ 医療ＤＸ推進体制整備加算(初診料)
  - ✓ 在宅医療ＤＸ情報活用加算(在がん総)
  - ✓ 訪問看護医療ＤＸ情報活用加算(在宅患者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料)

在宅患者訪問診療料の加算新設

◆施設基準

(１)レセプトオンライン請求を行っている

(２)オンライン資格確認を行う体制を有している

⇒ オンライン資格確認の導入時に、医療機関等向けポータルサイトから運用開始日の登録を行う

(３)居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有している

(４)電子処方箋を発行できる体制を有している

【経過措置】令和7年3月31日までは基準に該当するものとみなす

(５)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を有している

【経過措置】令和7年9月30日までは基準に該当するものとみなす

(６)自院の見やすい場所に以下を掲示している

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・活用して診療を行うこと。具体的には次に掲げる事項

ア、医師が居宅同意取得型の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、計画的な医学管理の下に、訪問して診療を実施している保険医療機関であること

イ、マイナ保険証の利用を促進する等、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保険医療機関であること

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保険医療機関であること

(７)(６)の院内掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載している(自ら管理するホームページ等を有しない場合は除く)

【経過措置】令和7年5月31日までは基準に該当するものとみなす

◆２、届出に関する事項

届出用紙は別添２の様式11の６経過措置

※在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料も同様

在宅患者訪問診療料の訪問回数による減算

➢ 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、過去3月の患者(一部の状態を除く)一人あたりの訪問診療の回数が平均で12回を超える場合の在宅患者訪問診療料を見直す

□ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)1、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

◆ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定める基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近1月に限り、同一患者につき同一月において**訪問診療を5回以上実施した場合における5回目以降**の当該訪問診療については、**所定点数の100分の50**に相当する点数により算定する

◆ 第9　在宅患者訪問診療料(I)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)に規定する場合の施設基準

- 以下のいずれにも該当する場合
- 自院の次のアに掲げる数をイに掲げる数で除した値が12未満
- なお、アの数が120を超えない場合はこの限りではない

ア,直近3月に訪問診療を行った回数

(別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、死亡した者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者、当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者に行う場合を除く)

イ,直近3月に訪問診療を行った患者の数

(別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者又は当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者、訪問診療を終了した患者若しくは死亡した患者に行った場合を除く)

◆ 経過措置

◆ 令和6年3月31日時点で在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関は、令和6年9月30日までの間に限り、第四の一の五の二に該当するものとみなす
(筆者注：12回未満であること)

◆ 別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者、人工呼吸器を使用している状態(ASV、CPAPは含まれない)

【疑義解釈】在宅患者訪問診療料

◆問170、在宅患者訪問診療料(I)の「末期心不全の患者」及び「呼吸器疾患の終末期の患者」について、具体的にどのような患者のことをいうか

(答)それぞれ以下のとおり

○末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれかの基準に該当するもの

①心不全に対して適切な治療が実施されていること

②器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類IV度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること

③左室駆出率が20%以下であること

④医学的に終末期であると判断される状態であること

○呼吸器疾患の終末期の患者は、以下の①、②及び③のすべての基準に該当するもの

①呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること

②在宅酸素療法やNPPV(非侵襲的陽圧換気)を継続的に実施していること

③過去半年以内に10%以上の体重減少を認めること

◆問171、在宅患者訪問診療料(I)の注12において、直近3月の訪問診療を行っている患者(一部の患者を除く)1人あたりの平均訪問診療回数が一定以上の場合の取扱いが示されているが、当該実績の計算はどのように行えばよいか。

また、平均訪問診療回数が一定以上であった場合の取扱いはどのようにすればよいか

(答)訪問診療の実績は、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと

平均訪問診療回数が一定以上であることを確認した場合、同一患者当該月の算定は、次の通り

- 4回目までの訪問診療は100分の100の点数を算定
- 5回目以降の訪問診療は100分の50に相当する点数により算定

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し②

➢ 訪問診療の算定回数が多い医療機関における在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

［概要］

- 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、当該保険医療機関における直近３月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和６年３月31日以前に開設されたものを除く。）における直近３月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ**所定点数の100分の60に相当する点数**を算定する。

（イ）直近１年間に５つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
（ロ）当該保険医療機関において、直近１年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
（ハ）直近３か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。
（ニ）直近３月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護３以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が５割以上であること。

【参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料び評価】

在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料	機能強化型在支診･在支病（病床あり）			機能強化型在支診･在支病（病床なし）			在支診･在支病			その他		
	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～
①月２回以上訪問（難病等）	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月２回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③（うち1回は情報通信機器を用いた診療）	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月１回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤（うち2月目は情報通信機器を用いた診療）	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

➢ 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては**、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の１月から**在宅データ提出加算に係る届出を要件**とする。

（参考）在支診・在支病の施設基準

<table>
<tr><th rowspan="3"></th><th colspan="4">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="3">在支診在支病</th><th rowspan="3">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">単独型</th><th colspan="2">連携型</th></tr>
<tr><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病の基準</td><td colspan="5">① 24時間連絡を受ける体制の確保　② 24時間の往診体制　③ 24時間の訪問看護体制
④ 緊急時の入院体制　⑤ 連携する医療機関等への情報提供　⑥ 年に１回、看取り数等を報告している
⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成　⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備
⑨ 介護保健施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</td><td rowspan="4">○ 許可病床数200床以上
○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保
○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）
※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
○ 連携医療機関との間で、３月に１回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</td></tr>
<tr><td>全ての在支病の基準</td><td colspan="5">「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
（１）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと
（２）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること
※ 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280床未満</td></tr>
<tr><td rowspan="5">機能強化型在支診・在支病の基準</td><td colspan="2">⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師
３人以上</td><td colspan="2">⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で３人以上</td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>⑧ 過去１年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑧ 次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績10件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td><td>⑧ 過去１年間の緊急往診の実績
連携内で10件以上
各医療機関で４件以上</td><td>⑧ 次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で４件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑨ 過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか４件以上</td><td colspan="2">⑨ 過去１年間の看取りの実績
連携内で４件以上
かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか２件以上</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑪ 各年５月から７月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の１月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</td></tr>
</table>

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設する
- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く)について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す
- 医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す
- 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を要件とする

◆在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の包括項目追加

- 慢性腎臓病透析予防指導管理料、生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)

在宅時医学総合管理料の見直し①

※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

１,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ,病床を有する場合

対面及び情報通信の回数 ＼ 対象患者の人数	月２回以上の訪問診療			月１回の訪問診療	
	(1)別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(2)訪問診療((1)を除く)	(3) うち１回以上情報通信機器を用いた診療((1)、(2)を除く)	(4)訪問診療	(5) 情報通信機器を用いた診療(2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が１人の場合	5,400点 ⇒ 5,385点	4,500点 ⇒ 4,485点	3,029点 ⇒ 3,014点	2,760点 ⇒ 2,745点	1,515点 ⇒ 1,500点
②単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	4,500点 ⇒ 4,485点	2,400点 ⇒ 2,385点	1,685点 ⇒ 1,670点	1,500点 ⇒ 1,485点	843点 ⇒ 828点
③単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	2,880点 ⇒ 2,865点	1,200点 ⇒ 1,185点	880点 ⇒ 865点	780点 ⇒ 765点	440点 ⇒ 425点
(新)④単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	⇒ 2,400点	⇒ 1,065点	⇒ 780点	⇒ 670点	⇒ 373点
(新)⑤①から④まで以外の場合	⇒ 2,110点	⇒ 905点	⇒ 660点	⇒ 575点	⇒ 317点

在宅時医学総合管理料の見直し②

※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

１,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
　口,病床を有しない場合

対面及び情報通信の回数 ＼ 対象患者の人数	月２回以上の訪問診療			月１回の訪問診療	
	(1)別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(2)訪問診療((1)を除く)	(3) うち１回以上情報通信機器を用いた診療((1)、(2)を除く)	(4)訪問診療	(5) 情報通信機器を用いた診療(2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が１人の場合	5,000点 ⇒ 4,985点	4,100点 ⇒ 4,085点	2,789点 ⇒ 2,774点	2,520点 ⇒ 2,505点	1,395点 ⇒ 1,380点
②単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	4,140点 ⇒ 4,125点	2,200点 ⇒ 2,185点	1,565点 ⇒ 1,550点	1,380点 ⇒ 1,365点	783点 ⇒ 768点
③単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	2,640点 ⇒ 2,625点	1,100点 ⇒ 1,085点	820点 ⇒ 805点	720点 ⇒ 705点	410点 ⇒ 395点
(新)④単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	⇒ 2,205点	⇒ 970点	⇒ 720点	⇒ 615点	⇒ 344点
(新)⑤①から④まで以外の場合	⇒ 1,935点	⇒ 825点	⇒ 611点	⇒ 525点	⇒ 292点

在宅時医学総合管理料の見直し③

※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

２,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(１に規定するものを除く)の場合

対面及び情報通信の回数 ＼ 対象患者の人数	月２回以上の訪問診療			月１回の訪問診療	
	(イ).別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(ロ).訪問診療((イ)を除く)	(ハ)うち１回以上情報通信機器を用いた診療((イ)、(ロ)を除く)	(ニ)訪問診療	(ホ) 情報通信機器を用いた診療(2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が１人の場合	4,600点 ⇒ 4,585点	3,700点 ⇒ 3,685点	2,569点 ⇒ 2,554点	2,300点 ⇒ 2,285点	1,285点 ⇒ 1,270点
②単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	3,780点 ⇒ 3,765点	2,000点 ⇒ 1,985点	1,465点 ⇒ 1,450点	1,280点 ⇒ 1,265点	733点 ⇒ 718点
③単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	2,400点 ⇒ 2,385点	1,000点 ⇒ 985点	780点 ⇒ 765点	680点 ⇒ 665点	390点 ⇒ 375点
(新)④単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	⇒ 2,010点	⇒ 875点	⇒ 679点	⇒ 570点	⇒ 321点
(新)⑤①から④まで以外の場合	⇒ 1,765点	⇒ 745点	⇒ 578点	⇒ 490点	⇒ 275点

在宅時医学総合管理料の見直し④

※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

３，１及び２に掲げるもの以外の場合

対面及び情報通信の回数 ／ 対象患者の人数	月２回以上の訪問診療			月１回の訪問診療	
	(イ).別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(ロ).訪問診療((イ)を除く)	(ハ)うち１回以上情報通信機器を用いた診療((イ)、(ロ)を除く)	(ニ)訪問診療	(ホ) 情報通信機器を用いた診療(2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が１人の場合	3,450点 ⇒ 3,435点	2,750点 ⇒ 2,735点	2,029点 ⇒ 2,014点	1,760点 ⇒ 1,745点	1,015点 ⇒ 1,000点
②単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	2,835点 ⇒ 2,820点	1,475点 ⇒ 1,460点	1,180点 ⇒ 1,165点	995点 ⇒ 980点	590点 ⇒ 575点
③単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	1,800点 ⇒ 1,785点	750点 ⇒ 735点	660点 ⇒ 645点	560点 ⇒ 545点	330点 ⇒ 315点
(新)④単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	⇒ 1,500点	⇒ 655点	⇒ 573点	⇒ 455点	⇒ 264点
(新)⑤①から④まで以外の場合	⇒ 1,315点	⇒ 555点	⇒ 487点	⇒ 395点	⇒ 225点

在医総管・施設総管の減算規定について

◆在宅時医学総合管理料の注14(施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む)に規定する基準(要件を満たさない場合、60/100の減算規定の適用)

直近３月間の自院及び自院と特別の関係にある保険医療機関(令和６年３月31日以前に開設されたものを除く)の訪問診療回数の合算が2,100回未満

（上記回数が2,100以上の場合）次の要件をいずれも満たす場合は当該基準に該当するものとする

(１)自院で、直近１年間に５つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績がある

(２)自院で、直近１年間の在宅での看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有している

※重症児の十分な診療実績とは、直近３月間において、15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績(３回以上の定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る)を10件以上有していること

(３)自院で、直近３か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下である

(４)自院で、直近３か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護３以上又は表第８の２に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が５割以上である

◆届出に関する事項

- 上記に規定する基準を満たさない場合は、満たさなくなった月の翌月に別添２の様式19の２で届出を行う

【経過措置】

- 令和６年３月31日時点で在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出医療機関は、令和6年９月30日までの間に限り、上記に規定する基準に該当するものとみなす

在宅時医学総合管理料の加算の見直し

- 頻回訪問加算(600点)の再編
  - 初回の場合　800点
  - 2回目以降の場合　300点

  ※加算を算定してからの期間に応じた評価に見直し

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の再編
  - 単一建物診療患者が1人の場合　400点
  - 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合　200点
  - 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　100点
  - 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　85点
  - 上記以外の場合　75点

- 在宅療養実績加算1の再編
  - 単一建物診療患者が1人の場合　300点
  - 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合　150点
  - 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　75点
  - 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　63点
  - 上記以外の場合　56点

- 在宅療養実績加算2の再編
  - 単一建物診療患者が1人の場合　200点
  - 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合　100点
  - 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　50点
  - 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　43点
  - 上記以外の場合　38点

施設入居時等医学総合管理料の見直し①※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

１,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ,病床を有する場合

対面及び情報通信の回数 ＼ 対象患者の人数	月２回以上の訪問診療			月１回の訪問診療	
	(1)別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(2)訪問診療((1)を除く)	(3) うち１回以上情報通信機器を用いた診療((1)、(2)を除く)	(4)訪問診療	(5) 情報通信機器を用いた診療(2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が１人の場合	3,900点 ⇒ 3,885点	3,200点 ⇒ 3,185点	2,249点 ⇒ 2,234点	1,980点 ⇒ 1,965点	1,125点 ⇒ 1,110点
②単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	3,240点 ⇒ 3,225点	1,700点 ⇒ 1,685点	1,265点 ⇒ 1,250点	1,080点 ⇒ 1,065点	633点 ⇒ 618点
③単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	2,880点 ⇒ 2,865点	1,200点 ⇒ 1,185点	880点 ⇒ 865点	780点 ⇒ 765点	440点 ⇒ 425点
(新)④単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	⇒ 2,400点	⇒ 1,065点	⇒ 780点	⇒ 670点	⇒ 373点
(新)⑤①から④まで以外の場合	⇒ 2,110点	⇒ 905点	⇒ 660点	⇒ 575点	⇒ 317点

施設入居時等医学総合管理料の見直し②※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

１,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
ロ,病床を有しない場合

対面及び情報通信の回数 ＼ 対象患者の人数	月２回以上の訪問診療			月１回の訪問診療	
	(1)別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(2)訪問診療((1)を除く)	(3) うち１回以上情報通信機器を用いた診療((1)、(2)を除く)	(4)訪問診療	(5) 情報通信機器を用いた診療(2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が１人の場合	3,600点 ⇒ 3,585点	2,900点 ⇒ 2,885点	2,069点 ⇒ 2,054点	1,800点 ⇒ 1,785点	1,035点 ⇒ 1,020点
②単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	2,970点 ⇒ 2,955点	1,550点 ⇒ 1,535点	1,175点 ⇒ 1,160点	990点 ⇒ 975点	588点 ⇒ 573点
③単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	2,640点 ⇒ 2,625点	1,100点 ⇒ 1,085点	820点 ⇒ 805点	720点 ⇒ 705点	410点 ⇒ 395点
(新)④単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	⇒ 2,205点	⇒ 970点	⇒ 720点	⇒ 615点	⇒ 344点
(新)⑤①から④まで以外の場合	⇒ 1,935点	⇒ 825点	⇒ 611点	⇒ 525点	⇒ 292点

施設入居時等医学総合管理料の見直し③※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

２,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(１に規定するものを除く)の場合

対面及び情報通信の回数 ＼ 対象患者の人数	月２回以上の訪問診療			月１回の訪問診療	
	(イ).別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(ロ).訪問診療((イ)を除く)	(ハ)うち１回以上情報通信機器を用いた診療((イ)、(ロ)を除く)	(ニ)訪問診療	(ホ) 情報通信機器を用いた診療(2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が１人の場合	3,300点 ⇒ 3,285点	2,600点 ⇒ 2,585点	1,909点 ⇒ 1,894点	1,640点 ⇒ 1,625点	955点 ⇒ 940点
②単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	2,700点 ⇒ 2,685点	1,400点 ⇒ 1,385点	1,105点 ⇒ 1,090点	920点 ⇒ 905点	553点 ⇒ 538点
③単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	2,400点 ⇒ 2,385点	1,000点 ⇒ 985点	780点 ⇒ 765点	680点 ⇒ 665点	390点 ⇒ 375点
(新)④単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	⇒ 2,010点	⇒ 875点	⇒ 679点	⇒ 570点	⇒ 321点
(新)⑤①から④まで以外の場合	⇒ 1,765点	⇒ 745点	⇒ 578点	⇒ 490点	⇒ 275点

施設入居時等医学総合管理料の見直し④※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

３，１及び２に掲げるもの以外の場合

対面及び情報通信の回数 ／ 対象患者の人数	月２回以上の訪問診療			月１回の訪問診療	
	(イ).別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(ロ).訪問診療((イ)を除く)	(ハ)うち１回以上情報通信機器を用いた診療((イ)、(ロ)を除く)	(ニ)訪問診療	(ホ) 情報通信機器を用いた診療(2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が１人の場合	2,450点 ⇒ 2,435点	1,950点 ⇒ 1,935点	1,549点 ⇒ 1,534点	1,280点 ⇒ 1,265点	775点 ⇒ 760点
②単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	2,025点 ⇒ 2,010点	1,025点 ⇒ 1,010点	910点 ⇒ 895点	725点 ⇒ 710点	455点 ⇒ 440点
③単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	1,800点 ⇒ 1,785点	750点 ⇒ 735点	660点 ⇒ 645点	560点 ⇒ 545点	330点 ⇒ 315点
(新)④単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	⇒ 1,500点	⇒ 655点	⇒ 573点	⇒ 455点	⇒ 264点
(新)⑤①から④まで以外の場合	⇒ 1,315点	⇒ 555点	⇒ 487点	⇒ 395点	⇒ 225点

施設入居時等医学総合管理料の加算の見直し

□在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の再編

- □単一建物診療患者が1人の場合　300点
- □単一建物診療患者が2人以上9人以下　150点
- □単一建物診療患者が10人以上19以下　75点
- □単一建物診療患者が20人以上49人以下　63点
- □上記以外の場合　56点

□在宅療養実績加算1

- □単一建物診療患者が1人の場合　225点
- □単一建物診療患者が2人以上9人以下　110点
- □単一建物診療患者が10人以上19以下　56点
- □単一建物診療患者が20人以上49人以下　47点
- □上記以外の場合　42点

□在宅療養実績加算2の再編

- □単一建物診療患者が1人の場合　150点
- □単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合　75点
- □単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　40点
- □単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　33点
- □上記以外の場合　30点

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し①

- 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進
- 医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備を推進する

◆ 在宅療養支援診療所の施設基準

(1)次のいずれの基準にも該当するものであること

イ~ワ(略)

(新)カ、訪問栄養食事指導が実施可能な体制をとっていること

◆ 1,在宅療養支援診療所の施設基準次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という

(中略)

(1)診療所で、自院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること

(新)タ,当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外(公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る)の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい

※(公社)日本栄養士会 栄養ケアステーション検索
https://www.dietitian.or.jp/carestation/search/

◆在宅療養支援病院施設基準

(1)次のいずれの基準にも該当するものであること

イ~ワ(略)

(新)カ、訪問栄養食事指導を行うにつき十分な体制整備

◆1,在宅療養支援病院の施設基準次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という(中略)

(1)当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること

(新)チ、当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備すること

※機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院並びに機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様

◆ 【経過措置】令和6年3月31日時点で在支病の届出医療機関は、令和7年5月31日までの間に限り、第四の一の(1)の力、(2)の力若しくは(3)のヲに該当するものとみなす

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し②

◆強化型在宅療養支援診療所(在支病)、在宅療養支援診療所(在支病)

(1)ウ、自院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること

ただし、基本診療料の施設基準等の別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない

(新)タ、自院において、自院の管理栄養士又は自院以外(公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。)の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい

(新)チ、地域において、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下この項において「介護保険施設等」という)から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設の協力医療機関として定められることが望ましい

(新)ツ、各年度５月から７月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える病院にあっては、次年の１月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと

(４)令和６年３月31日時点で在宅療養支援診療所の届出を行っている診療所については、(１)のツ又は(２)のツについては、令和７年５月31日の間に限り、基準を満たしているものとする

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し③

◆在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院以外

(3)ウ、自院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること

ただし、基本診療料の施設基準等の別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない

(新)サ、自院において、自院の管理栄養士又は自院以外(公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。)の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい

(新)シ、地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し⑤

◆施設基準

第三の六　　在宅療養支援診療所の施設基準

(1)次のいずれの基準にも該当するものであること

イ~ヨ(略)

タ,訪問診療の回数が一定数以上の場合にあっては、在宅データ提出加算に係る届出を行っている医療機関であること

⇒　各年5月～7月までの訪問診療の回数

※第三の六の(2)及び機能強化型の在宅療養支援病院についても同様

◆経過措置

◆第三の六の(1)タ、第三の六の(2)ヨ、第四の一の(1)タ及び第四の一の(2)タに係る規定は、令和6年3月31日において現に機能強化型の在宅療養診療所及び在宅療養病院の届出を行っている場合は、令和7年5月31日までの間に限り、在宅データ提出加算に係る基準を満たすものとする

◆第四の一の六(10)に係る規定(筆者注：訪問診療の回数)は、令和6年3月31日において現に在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までは当該基準を満たすものとする

在医総管・施設総管の加算新設①

➢ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、他院等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する

□(新)在宅医療情報連携加算(月１回)(要届出)　100点

◆算定要件

- 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、自院と連携する以下の関係職種であって当該患者に関わる者がICTを用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合

※関係職種とは

- 他院の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員、相談支援専門員等

在医総管・施設総管の加算新設②

◆在宅医療情報連携加算の算定要件

- 在宅での療養患者への訪問医療機関の医師が、連携する他院等に所属する患者の医療・ケアに関わる医療関係職種等によりＩＣＴを用いて記録された情報を取得及び活用し、計画的な医学管理を行った場合に算定

  ※「医療関係職種等」： 医療関係職種、介護関係職種等

- 算定には以下の要件をいずれも満たす必要がある

  ア、以下について、患者からの同意を得ている

  (イ)自院の医師が、医療関係職種等によりＩＣＴを用いて記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと

  (ロ)医師が診療時の診療情報等についてＩＣＴを用いて記録し、医療関係職種等に共有すること

  イ、訪問診療日に自院の職員が、次回の訪問予定日及び治療方針の変更の有無について、ＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること

  また、治療方針に変更があった場合は、医師がその変更の概要を同様に記録すること

  ウ、訪問診療日に医師が、患者の医療・ケアを行う際の留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合に、その留意点をＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること

  エ、自院の患者の医療・ケアに関わる者が、患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望を患者又はその家族等から取得した場合に、患者又はその家族等の同意を得た上でＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること

  なお、医療関係職種等がその情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること

  オ、訪問診療時に、過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報(自院及び自院と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く)をＩＣＴを用いて取得した数が１つ以上であること

  なお、当該情報は自院で常に確認できる状態であること

  カ、医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること

在医総管・施設総管の加算新設③

◆第15の４在宅時医学総合管理料の注15(施設入居時等医学総合管理料の注５)に規定する在宅医療情報連携加算

◆ １、在宅医療情報連携加算の施設基準

(１)在宅での療養を行っている患者の診療情報等について、自院と連携機関とＩＣＴを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有していること

※「連携機関」：連携する他院、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者等

(２)自院と患者の診療情報等を共有している連携機関(特別の関係にあるものを除く)の数が、５以上であること

(３)連携機関以外の保険医療機関等が、当該ＩＣＴを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること(診療情報等の共有について同意していない患者の情報を除く)

(４)(１)に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等を、院内の見やすい場所に掲示していること

(５)(４)の掲示事項は原則として、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を除く)

◆ ２、届出に関する事項

(１)在宅医療情報連携加算の届出用紙は別添２の様式19の３

(２)令和７年５月31日までの間は(５)の要件を満たすものとみなす

在医総管・施設総管の包括的支援加算見直し

- 要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す(障害者支援区分についての変更は無い)
- 対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する

◆施設基準

別表第八の三　在宅時医学総合管理料の注10(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

- ~~要介護二以上~~⇒要介護三以上の状態又はこれに準ずる状態
- 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態
  Ⅱb以上　⇒　Ⅲ以上
- 頻回の訪問看護を受けている状態
- 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
- 介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
- (新)麻薬の投薬を受けている状態
- その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

在医総管・施設総管の在宅療養移行加算見直し

➢ 対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、他の保険医療機関と24時間の往診体制及び連絡体制を構築し定期的なカンファレンスやICTを用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す

□在宅療養移行加算1　216点　⇒　316点　　□(新)在宅療養移行加算3 216点

□在宅療養移行加算2　116点　⇒　216点　　□(新)在宅療養移行加算4 116点

◆算定要件(抄)

- (在支診・在支病以外)を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関~~(診療所に限る)~~が、当該患者の同意を得て(略)
- 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が、当該保険医療機関の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合、以下により算定
- 在宅療養移行加算1の要件追加

  (新)(二) 自院が保有する当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針について、自院と連携する他院と月１回程度の定期的なカンファレンスにより連携する他院に適切に提供していること。ただし、当該情報についてＩＣＴ等を活用して連携する他院が常に確認できる体制を確保している場合はこの限りでないでない

- 在宅療養移行加算3の要件追加

  (新)(ホ) 自院が保有する当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針について、自院と連携する他院と月１回程度の定期的なカンファレンスにより連携する他院に適切に提供していること。ただし、当該情報についてＩＣＴ等を活用して連携する他院が常に確認できる体制を確保している場合はこの限りでない

◆在宅療養移行加算全体の要件追加

(新)(22)　在宅療養移行加算の算定に際し、ＩＣＴを用いて連携機関と患者の個人情報を取り扱う場合には、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応している

（参考）在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい
◎：必ず満たす必要がある
×：要件を満たさない
－：施設基準上の要件ではない

			24時間要件						在支診・在支病等との定期的なカンファレンス等による情報共有
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制		
			単独	連携	単独	連携	単独	連携	
診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）		
	その他		○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）		
	その他		◎	×	○		◎	×	
在宅療養移行加算１（新）			○※1		－		○※1		◎※3
在宅療養移行加算２（旧１）			○※1		－		○※1		－
在宅療養移行加算３（新）			※2		－		○※1		◎※3
在宅療養移行加算４（旧２）			※2		－		○※1		－

※１：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）
※２：「２４時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。
※３：ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保していることでも差し支えない。
<10：連携医療機関数が10未満であること。

【疑義解釈】在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

◆問172、在宅時医学総合管理料の頻回訪問加算について、過去に当該加算を算定していた患者が、病状が安定したこと等により当該加算を算定しなくなったものの、再び病状が悪化した等の理由で頻回の訪問が必要となった場合、「ア、初回の場合」と「イ、2回目以降の場合」のどちらの点数を算定すれば良いか

(答)「イ、2回目以降の場合」を算定する

ただし、過去に頻回の訪問を必要としていた疾患と異なる疾患により、頻回の訪問が必要となる場合については、初回に限り「ア、初回の場合」を算定して差し支えない

◆問173、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の施設基準において、「直近3月間の自院及び自院と特別の関係にある保険医療機関(令和6年3月31日以前に開設されたものを除く)の訪問診療回数の合算が2,100回未満であること」とされているが、基準を満たすことの確認方法及び基準を満たさない場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか

(答)訪問診療回数については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと

また、当該基準を満たさない場合は、速やかに届出を行い、翌月から在宅時医学総合管理料注14に掲げる点数を算定すること

◆問174、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の「要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等」の「等」にはどのような患者が含まれるか

(答)以下の患者が該当する

・認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上と診断した状態

・障害者総合支援法の障害支援区分で障害支援区分２以上と認定されている状態

252 介護保険施設・障害者支援施設での医療保険給付できる医療サービス範囲の見直し

- 介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する放射線治療の医学管理及び緩和ケアの医学管理に関する費用を医療保険において算定可能とする
- 介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師(以下「当該介護老人保健施設等の医師」という。)以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合、処方箋の発行にかかる費用を医療保険において算定可能とする
- 介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者に対する植込型補助人工心臓(非拍動流型)に係る指導管理の費用を医療保険において算定可能とする
- 介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に、応需した保険薬局における調剤等にかかる費用を医療保険において算定可能とする
- 新興感染症等発生時において、施設に入所している感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合、医療保険において算定可能とする
- 障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に訪問診療を行った場合の費用を医療保険において算定可能とする
- 医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床等に係る記載を削除する

【介護報酬】居宅療養管理指導費

【介護報酬】居宅療養管理指導費

- 医師が行う場合(人数は単一建物居住者)
  - 居宅療養管理指導(Ⅰ)
    - １　人　：　５１４単位　⇒　５１５単位
    - ２ ～ ９人：　４８６単位　⇒　４８７単位
    - １０人以上：　４４５単位　⇒　４４６単位
  - 居宅療養管理指導(Ⅱ)
    - １　人　：　２９８単位　⇒　２９９単位
    - ２ ～ ９人：　２８６単位　⇒　２８７単位
    - １０人以上：　２５９単位　⇒　２６０単位

◆居宅療養管理指導については「事業継続計画未策定減算」の対象外

【介護報酬】小規模多機能

256

業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

告示改正

■　感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、基本報酬を減算する。＜経過措置１年間（※）＞

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

業務継続計画未策定減算	施設・居住系サービス	所定単位数の100分の３に相当する単位数を減算（新設）
	その他のサービス	所定単位数の100分の１に相当する単位数を減算（新設）

（※）令和７年３月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。訪問系サービス、福祉用具貸与、 居宅介護支援については、令和７年３月31日までの間、減算を適用しない。

【算定要件】

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合

高齢者虐待防止の推進

高齢者虐待防止の推進

告示改正

■　利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の１に相当する単位数を減算（新設）

【算定要件】

虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合

※福祉用具貸与については、３年間の経過措置期間を設ける。

257

介護職員の処遇改善（令和６年６月施行）

告示改正

■　介護現場で働く方々にとって、令和６年度に2.5%、令和７年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう加算率の引上げを行う。

■　介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた４段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。

※　一本化後の加算については、事業所内での柔軟な職種間配分を認める。また、人材確保に向けてより効果的な要件とする等の観点から、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件を見直す。

【訪問介護、訪問入浴介護★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

＜現行＞

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	13.7%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	10.0%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	5.5%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	6.3%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	4.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	2.4%

▶

＜改定後＞

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	24.5%（新設）
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	22.4%（新設）
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	18.2%（新設）
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	14.5%（新設）

※：加算率はサービス毎の介護職員の常勤換算職員数に基づき設定しており、上記は訪問介護の例。処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上記の加算率を乗じる。
※：上記の訪問介護の場合、現行の３加算の取得状況に基づく加算率と比べて、改定後の加算率は2.1%ポイント引き上げられている。
※：なお、経過措置区分として、令和６年度末まで介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)～(14)を設け、現行の３加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今般の改定による加算率の引上げを受けることができるようにする。

（注）令和６年度末までの経過措置期間を設け、加算率（上記）並びに月額賃金改善に関する要件及び職場環境等要件に関する激変緩和措置を講じる。

258

（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症対応力の強化

告示改正

■　（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症対応力の更なる強化を図る観点から、認知症加算について、新たに認知症ケアに関する専門的研修修了者の配置や認知症ケアの指導、研修等の実施を評価する新たな区分を設ける。

■　その際、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

【単位数】

＜現行＞

認知症加算（Ⅰ）　800単位/月
認知症加算（Ⅱ）　500単位/月

▶

＜改定後＞

認知症加算（Ⅰ）　920単位/月（新設）
認知症加算（Ⅱ）　890単位/月（新設）
認知症加算（Ⅲ）　**760**単位/月（変更）
認知症加算（Ⅳ）　**460**単位/月（変更）

【算定要件】

＜**認知症加算（Ⅰ）**＞（新設）

○　認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は１以上、20人以上の場合は１に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに１を加えて得た数以上配置
○　認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合
○　当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催
○　認知症介護指導者研修修了者を１名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施
○　介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定

＜**認知症加算（Ⅱ）**＞（新設）

○　認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は１以上、20人以上の場合は１に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに１を加えて得た数以上配置
○　認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合
○　当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催

＜認知症加算（Ⅲ）＞（現行のⅠと同じ）

○　認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、（看護）小規模多機能型居宅介護を行った場合

＜認知症加算（Ⅳ）＞（現行のⅡと同じ）

○　要介護状態区分が要介護２である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者に対して、（看護）小規模多機能型居宅介護行った場合

259

総合マネジメント体制強化加算の見直し

告示改正

■　定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び（看護）小規模多機能型居宅介護が、地域包括ケアシステムの担い手として、より地域に開かれた拠点となり、認知症対応を含む様々な機能を発揮することにより、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進する観点から、総合マネジメント体制強化加算について、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を評価する新たな区分を設ける。 なお、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から評価の見直しを行う。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護

算定要件（(4)～(10)は新設）	加算（Ⅰ）：1,200単位（新設）			加算（Ⅱ）：800単位（現行の1,000単位から見直し）		
	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
(1) 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員（計画作成責任者）や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること	○	○	○	○	○	○
(2) 利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること	○	○		○	○	
(3) 地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること		○	○		○	○
(4) 日常的に利用者と関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。	○	○	○			
(5) 必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	○				
(6) 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること	事業所の特性に応じて1つ以上実施	事業所の特性に応じて1つ以上実施	○			
(7) 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること（※）			事業所の特性に応じて1つ以上実施			
(8) 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること						
(9) 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること						
(10) 地域住民及び利用者の住まいに関する相談に応じ、必要な支援を行っていること						

（※）定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、「障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流を行っていること。」が要件

科学的介護推進体制加算の見直し

告示・通知改正

■　**科学的介護推進体制加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、見直しを行う。**

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

○　LIFEへのデータ提出頻度について、他のLIFE関連加算と合わせ、少なくとも「３月に１回」に見直す。
○　その他、LIFE関連加算に共通した以下の見直しを実施。
- 入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する
- 同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする

自立支援促進加算の見直し

告示・通知改正

■　**自立支援促進加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、見直しを行う。**

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【単位数】

＜現行＞
自立支援促進加算　300単位/月

▶

＜改定後＞
自立支援促進加算　**280**単位/月（変更）
（介護老人保健施設は300単位/月）

【見直し内容】

○　医学的評価の頻度について、支援計画の見直し及びデータ提出の頻度と合わせ、「３月に１回」へ見直すことで、事務負担の軽減を行う。
○　その他、LIFE関連加算に共通した見直しを実施。

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け

省令改正

■　介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置を義務付ける。＜経過措置３年間＞

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

告示改正

■　介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する新たな加算を設ける。

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

【単位数】

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）　100単位/月（新設）
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　10単位/月（新設）

【算定要件】

＜生産性向上推進体制加算（Ⅰ）＞

○　（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されたこと。
○　見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
○　職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。
○　１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

＜生産性向上推進体制加算（Ⅱ）＞

○　利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
○　見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。
○　１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

短期滞在手術等基本料

【詳細は下記を参照】

医科点数表

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf

医科診療報酬点数表に関する事項

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

令和６年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）の再編

短期滞在手術等基本料１の見直し

➢ 短期滞在手術等基本料１について、対象手術等の入院外での実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

現行		改定後	
【短期滞在手術等基本料１】		【短期滞在手術等基本料１】	
短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）		短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）	
イ　麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点	（改）イ　主として入院で実施されている手術を行った場合	
ロ　イ以外の場合	2,718点	(1)　麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
		(2)　(1)以外の場合	2,718点
		（改）ロ　イ以外の場合	
		(1)　麻酔を伴う手術を行った場合	1,588点
		(2)　(1)以外の場合	1,359点

画像診断

【詳細は下記を参照】

医科点数表

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf

医科診療報酬点数表に関する事項

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

令和６年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

画像診断①

- 画像診断管理加算の再編
  - 画像診断管理加算1　70点
  - 画像診断管理加算2　180点　⇒　175点
  - 画像診断管理加算3　340点　⇒　235点
  - 画像診断管理加算4　340点
- 乳房撮影の加算新設
  - (新)乳房トモシンセシス加算100点
- ポジトロン断層撮影
  - (新)^{18}F標識フルシクロビンを用いた場合(一連の検査につき)　2,500点
  - (新)アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)
    - イ,放射性医薬品合成設備を用いた場合　12,500点
    - ロ,イ以外の場合　2,600点

◆注1,^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}FDGの合成及び注入、^{13}N標識アンモニア剤の合成及び注入、^{18}F標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成(放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る)及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる

画像診断②

ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)

- (新)^{18}F標識フルシクロビンを用いた場合(一連の検査につき) 3,625点
- (新)アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)
  - (新)イ,放射性医薬品合成設備を用いた場合 13,625点
  - (新)ロ,イ以外の場合 3,725点

◆注, ^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}FDGの合成及び注入、^{18}F標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成(放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る)に要する費用は、所定点数に含まれる。

ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)

- (新)^{18}FDGを用いた場合(一連の検査につき) 9,160点
- (新)^{18}F標識フルシクロビンを用いた場合(一連の検査につき) 4,160点
- (新)アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)
  - (新)イ,放射性医薬品合成設備を用いた場合 14,160点
  - (新)ロ,イ以外の場合 4,260点

◆注,^{18}FDGの合成及び注入、^{18}F標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成(放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る)及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる

検　査（抜　粋）

【詳細は下記を参照】

医科点数表

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf

医科診療報酬点数表に関する事項

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

令和６年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

検　査　①

【尿・糞便等検査】

- トランスフェリン(尿)　101点 ⇒ 98点
- ポルフォビリノゲン(尿)　191点 ⇒ 186点
- (新)プロスタグランジンE主要代謝物(尿)　187点
- カルプロテクチン(糞便)　270点 ⇒ 268点
- (新)アミロイドβ42/40比(髄液)　1,282点
- 末梢血液像(鏡検法)　25点(点数変更なし)
  - 特殊染色加算　27点 ⇒ 37点
- 骨髄像 788点(点数変更なし)
  - 特殊染色加算　40点 ⇒ 60点
- (新)血小板凝集能
  - 鑑別診断の補助に用いるもの　450点
  - その他のもの　50点
- Dダイマー定性　122点 ⇒ 121点
- Dダイマー　130点 ⇒ 127点
- von Willebrand因子(VWF) 活性　129点 ⇒ 126点
- プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)　154点 ⇒ 150点
- プロテインS抗原　158点 ⇒ 154点
- β-トロンボグロブリン(β-TG)、トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)　176点 ⇒ 171点
- 血小板第4因子(PF4)　178点 ⇒ 173点
- フィブリンモノマー複合体　221点 ⇒ 215点
- プロテインC抗原　232点 ⇒ 226点
- プロテインC活性　234点 ⇒ 227点
- (新)Major BCR-ABL1(mRNA定量)
  - 診断の補助に用いるもの　2,520点
  - モニタリングに用いるもの　2,520点

検　査　②

【遺伝学的検査】

- (新)注2,(要届出)患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定
- 染色体検査(全ての費用を含む)
  - FISH法を用いた場合　2,553点　⇒　2,477点
  - (新)流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合　4,603点
  - その他の場合　2,553点　⇒　2,477点
- 骨髄微小残存病変量測定
  - 遺伝子再構成の同定に用いるもの　3,500点　⇒　3,395点
- 肺癌関連遺伝子多項目同時検査　10,000点　⇒　12,500点
- 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)
  - (新)5,RAS遺伝子検査　2,500点
  - (新)6,BRAF遺伝子検査　2,500点
  - (新)7,HER2遺伝子検査(大腸癌に係るもの)　2,500点
  - (新)8,HER2遺伝子検査(肺癌に係るもの)　5,000点
  - (新)9,マイクロサテライト不安定性検査　2,500点
    - ◆ 注1,患者から1回に採取した血液又は(血漿)を用いて本区分の1、2、5、6、7若しくは9に掲げる検査又はEGFR遺伝子検査(血漿)を2項目、3項目又は4項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点、6,000点又は**(新)**8,000点を算定
    - ◆ 2,患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の3、4又は8に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ8,000点又は**(新)**12,000点を算定

検　査　③

- (新)乳癌悪性度判定検査　43,500点
- (新)遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査　20,500点

【血液化学検査】

- フェリチン半定量、フェリチン定量　105点　⇒　102点
- 心筋トロポニンＩ、心筋トロポニンＴ(ＴｎＴ)定性・定量、アルミニウム(Ａｌ)　112点　⇒　109点
- エタノール　108点　⇒　105点
- KL-6　111点　⇒　108点
- シスタチンC　115点　⇒　112点
- 血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量　135点　⇒　131点
- 亜鉛(Zn)　136点　⇒　132点
- アンギオテンシンI転換酵素(ACE)、ビタミンB12　140点　⇒　136点
- 葉酸　150点　⇒　146点
- レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)　179点　⇒　174点
- アセトアミノフェン　185点　⇒　180点
- (新)サイトケラチン18フラグメント(CK-18F)、ELFスコア　194点
- (削除)2，5-オリゴアデニル酸合成酵素活性　250点
- ロイシンリッチα2グリコプロテイン　276点　⇒　268点
- プロカルシトニン(PCT)定量、プロカルシトニン(PCT)半定量　284点　⇒　276点
- ビタミンC　305点　⇒　296点
- (新)コクリントモプロテイン(CTP)　460点
- 生化学的検査(Ｉ)10項目以上　106点　⇒　103点

【内分泌学的検査】

- 甲状腺刺激ホルモン(TSH)　101点　⇒　98点

検　査　④

- インスリン(IRI)　103点 ⇒ 100点
- レニン定量　105点 ⇒ 102点
- サイロキシン(T4)　108点 ⇒ 105点
- 成長ホルモン(GH)、卵胞刺激ホルモン(FSH)、C-ペプチド(CPR)、黄体形成ホルモン(LH)　108点 ⇒ 105点
- テストステロン　122点 ⇒ 119点
- 遊離サイロキシン(FT4)、遊離トリヨードサイロニン(FT3)、コルチゾール　124点 ⇒ 121点
- アルドステロン　125点 ⇒ 122点
- サイログロブリン　131点 ⇒ 128点
- ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)　132点 ⇒ 129点
- 脳性Na利尿ペプチド(BNP)、カルシトニン　133点 ⇒ 130点
- ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量　134点 ⇒ 130点
- 骨型アルカリホスファターゼ(BAP)　161点 ⇒ 157点
- I型プロコラーゲン-N-プロペプチド(PINP)　164点 ⇒ 160点
- 副甲状腺ホルモン(PTH)、カテコールアミン分画　165点 ⇒ 161点
- デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)　169点 ⇒ 164点
- サイクリックAMP(cAMP)　170点 ⇒ 165点
- エストラジオール(E2)　172点 ⇒ 167点
- 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)、カテコールアミン　189点 ⇒ 184点
- 副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)　189点 ⇒ 186点
- 抗利尿ホルモン(ADH)　230点 ⇒ 224点
- 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画　320点 ⇒ 450点
- 抗ミュラー管ホルモン(AMH)　600点 ⇒ 597点

検　査　⑤

【腫瘍マーカー】

- α-フェトプロテイン(AFP)　101点　⇒　98点
- 扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)　104点　⇒　101点
- NCC-ST-439、CA15-3　115点　⇒　112点
- DUPAN-2　118点　⇒　115点
- エラスターゼ1　123点　⇒　120点
- 前立腺特異抗原(PSA)、CA19-9　124点　⇒　121点
- PIVKA-Ⅱ半定量、PIVKA-Ⅱ定量　135点　⇒　131点
- CA125　140点　⇒　136点
- 核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)、核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)　143点　⇒　139点
- シアリルLex-i抗原(SLX)　144点　⇒　140点
- サイトケラチン19フラグメント(シフラ)　158点　⇒　154点
- シアリルLex抗原(CSLEX)　160点　⇒　156点
- α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)　190点　⇒　185点
- γ-セミノプロテイン(γ-Sm)　194点　⇒　192点
- (新)S2、3PSA%　248点
- (新)アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム　335点
- 腫瘍マーカー　4項目以上　396点　⇒　385点
- 特殊分析
- アミノ酸　5種類以上　1,141点　⇒　1,107点
- 脂肪酸分画　405点　⇒　393点
- 先天性代謝異常症検査
  - タンデムマス分析　1,141点　⇒　1,107点
  - その他　1,141点　⇒　1,107点

検　査　⑥

【免疫血液学的検査】

- 血小板関連IgG(PA-IgG)　193点　⇒　190点
- 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体(IgG抗体)　378点　⇒　376点
- (新)血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体定性　420点
- 感染症免疫学的検査
- 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点　⇒　109点
- HIV-1抗体　116点　⇒　113点
- A群β溶連菌迅速試験定性　124点　⇒　121点
- ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)　132点　⇒　129点
- インフルエンザウイルス抗原定性　136点　⇒　132点
- マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)　150点　⇒　148点
- SARS-CoV-2抗原定性　300点　⇒　150点
- クラミジア・トラコマチス抗原定性　156点　⇒　152点
- 大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体　163点　⇒　159点
- 大腸菌O157抗原定性　165点　⇒　161点
- クリプトコックス抗原半定量　169点　⇒　166点
- クリプトコックス抗原定性　174点　⇒　169点
- アデノウイルス抗原定性(糞便を除く)、肺炎球菌細胞壁抗原定性　184点　⇒　179点
- (新)カンピロバクター抗原定性(糞便)　184点
- 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液)　193点　⇒　188点
- (1→3)-β-D-グルカン　201点　⇒　195点
- グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)　206点　⇒　200点

検　査　⑦

- ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量　207点 ⇒ 203点
- レジオネラ抗原定性(尿)　211点 ⇒ 205点
- (新)SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性　225点
- エンドトキシン　236点 ⇒ 229点
- (新)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
- (新)SARS-CoV-2抗原定量　560点
- 抗トリコスポロン・アサヒ抗体　847点 ⇒ 822点
- 肝炎ウイルス関連検査
- HBe抗原、HBe抗体　101点 ⇒ 98点
- HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白　105点 ⇒ 102点
- HBc抗体半定量・定量　133点 ⇒ 130点
- HCV血清群別判定　221点 ⇒ 215点
- HBVコア関連抗原(HBcrAg)　259点 ⇒ 252点
- 自己抗体検査
- 抗核抗体(蛍光抗体法)定性、抗核抗体(蛍光抗体法)半定量、抗核抗体(蛍光抗体法)定量　102点 ⇒ 99点
- 抗インスリン抗体　110点 ⇒ 107点
- 抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量　114点 ⇒ 111点
- 抗サイログロブリン抗体　140点 ⇒ 136点
- 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体　142点 ⇒ 138点
- 抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量、抗Sm抗体定量　151点 ⇒ 147点
- 抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、抗SS-B/La抗体定量　158点 ⇒ 157点
- 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性　163点 ⇒ 159点

検　査　⑧

- 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量　198点 ⇒ 193点
- 抗TSHレセプター抗体(TRAb)　220点 ⇒ 214点
- 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)　258点 ⇒ 251点
- 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)　259点 ⇒ 252点
- ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性　273点 ⇒ 265点
- 甲状腺刺激抗体(TSAb)　340点 ⇒ 330点
- 抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)　798点 ⇒ 775点
- 血漿蛋白免疫学的検査
- β2-マイクログロブリン　101点 ⇒ 98点
- トランスサイレチン(プレアルブミン)　104点 ⇒ 101点
- α_1-マイクログロブリン、ハプトグロビン(型補正を含む)　132点 ⇒ 129点
- レチノール結合蛋白(RBP)　136点 ⇒ 132点
- TARC　184点 ⇒ 179点
- C_1インアクチベータ　260点 ⇒ 253点
- 結核菌特異的インターフェロン-γ産生能　594点 ⇒ 593点
- 細胞機能検査
- B細胞表面免疫グロブリン　157点 ⇒ 155点
- T細胞・B細胞百分率　198点 ⇒ 193点
- (新)顆粒球表面抗原検査　640点
- 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
  - その他のもの　64点 ⇒ 67点

検　査　⑨

- 細菌培養同定検査
  - 口腔、気道又は呼吸器からの検体170点　⇒　180点
  - 消化管からの検体　190点　⇒　200点
  - 血液又は穿刺液　220点　⇒　225点
  - 泌尿器又は生殖器からの検体　180点　⇒　190点
  - その他の部位からの検体　170点　⇒　180点
- 細菌薬剤感受性検査
  - 1菌種　180点　⇒　185点
  - 2菌種　230点　⇒　240点
  - 3菌種以上　290点　⇒　310点

【微生物核酸同定・定量検査】

- (削除)~~細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)　130点~~
- クラミジア・トラコマチス核酸検出　193点　⇒　188点
- 淋菌核酸検出　204点　⇒　198点
- (新)A群β溶血連鎖球菌核酸検出　204点
- HBV核酸定量　263点　⇒　256点
- 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出　270点　⇒　262点
- インフルエンザ核酸検出　410点　⇒　291点

【疑義解釈 インフルエンザ核酸検出】 問189 「エ その他重症化リスクのある患者」とは、具体的には何を指すのか
(答)現時点では、日本感染症学会・日本臨床微生物学会の「インフルエンザ核酸検出検査の有効活用に向けた提言」における「インフルエンザ合併症のリスクの高い患者」を指す

- (新)膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出　350点
- (新)百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出、ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出　360点

【疑義解釈 百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出】 問190、「関連学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか
(答)現時点では、日本呼吸器学会の「咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2019」を指す

- HCV核酸定量　424点　⇒　412点

検　査　⑩

- (新)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
- サイトメガロウイルス核酸検出　825点　⇒　801点
- ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(以下新設)(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出　963点
  - ◆ 注 (要届出)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)は、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定
- (新)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
- 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出、(以下新設)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)　1,700点
  - ◆ 注1,細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出については、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において実施した場合に算定
  - ◆ (新)2,(要届出)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)については、届出医療機関において実施した場合に限り算定

【その他の微生物学的検査】

- 大腸菌ベロトキシン定性　189点　⇒　184点
- (新)黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2′(PBP2′)定性(イムノクロマト法によるもの)　291点

【生体検査料】

- 新生児加算又は乳幼児加算
  - (新)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)

【超音波検査等】

- 胃・食道内24時間pH測定　2,000点　⇒　3,000点

【脳波検査等】

- (新)覚醒維持検査　5,000点

【眼科学的検査】

- 眼底三次元画像解析　200点　⇒　190点
- 細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)　112点　⇒　110点

検　査　⑪

【負荷試験等】

□ 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

□ 22箇所以上の場合(一連につき)　350点
⇒　22箇所以上の場合(1箇所につき)　12点

【疑義解釈 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】

問192、「1箇所目から21箇所目までについては、1箇所につき「1」の所定点数により算定する」及び「22箇所目以降については、1箇所につき「2」の所定点数により算定する」こととされているが、具体的な算定方法はどうなるのか？

(答)例えば、当該検査を25箇所実施した場合、以下の方法により算出する

・1箇所目から21箇所目　16点×21箇所(336点)
・22箇所以降　12点×4箇所(48点)
・25箇所の合算　336点+48点(384点)

【内視鏡検査】

□ (新)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

◆注,入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において行った場合は、時間外加算として、200点を所定点数に加算する

ただし、この場合において、同一日に第1節第1款の通則第1号又は第3号の加算は別に算定できない

検　査　⑫

【診断穿刺・検体採取料】

□ 血液採取(1日につき)

　□ 静脈　37点　⇒　40点

　　□ 乳幼児加算　30点　⇒　35点

【その他の検体採取】

□ 胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む)　180点　⇒　220点

　□ 乳幼児加算　40点　⇒　60点

□ 動脈血採取(1日につき)　55点　⇒　60点

　□ 乳幼児加算　30点　⇒　35点

◆ 血液化学検査の経過措置

- アルブミン(BCP改良法・BCG法)のうち、BCG法によるものは、令和8年5月31日までの間に限り、算定できる

病理診断

病理診断

◆免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の要件見直し

◆(１)免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法(蛍光抗体法又は酵素抗体法)又は試薬の種類にかかわらず、１臓器につき１回のみ算定する

ただし、「３」のＨＥＲ２タンパクは、化学療法歴のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、抗ＨＥＲ２ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判定するための補助に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、ＨＥＲ２低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合に限り、別に１回に限り算定できる(乳癌に係る初回の本標本作成を令和６年３月31日以降に実施した場合にあっては、令和８年５月31日までの間に限る)

なお、再度免疫染色が必要である医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

◆(10)セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色については、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫**若しくは乳癌**を疑う患者に対して実施した場合に算定する

なお、肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫**又は乳癌**を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

⇒　病理組織標本作製も同様

□細胞診(1部位につき)

□婦人科材料等液状化検体細胞診加算　36点　⇒　45点

□(新)ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製　2,700点

□遺伝カウンセリング加算(月1回)(要届出)　1,000点

◆結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合

□(新)BRAF V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製　1,600点

新設項目の算定要件①

◆ ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の算定要件

(１)ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、以下のいずれかを目的として、免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する

ア、固形癌における抗ＰＤ－１抗体抗悪性腫瘍剤の適応判定の補助

イ、大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助

ウ、大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助

(２)(１)に掲げるいずれか１つの目的で当該標本作製を実施した後に、別の目的で当該標本作製を実施した場合にあっても、別に１回に限り算定できる

なお、この場合にあっては、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

(３)本標本作製及びマイクロサテライト不安定性検査を同一の目的で実施した場合は、主たるもののみ算定する

(４)「注」に規定する遺伝カウンセリング加算は、本標本作製(リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限。)を実施する際、以下のいずれも満たす場合に算定できる

ア、本標本作製の実施前に、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、患者又はその家族等に対し、当該標本作製の目的並びに当該標本作製の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行うとともに、その内容を文書により交付すること

イ、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、患者又はその家族等に対し、本標本作製の結果に基づいて療養上の指導を行うとともに、その内容を文書により交付すること

ただし、この場合において、同一の目的で実施したマイクロサテライト不安定性検査に係る遺伝カウンセリング加算は別に算定できない

なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」を遵守すること

新設項目の算定要件②

◆ ＢＲＡＦＶ600Ｅ変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の算定要件

(１)ＢＲＡＦＶ600Ｅ変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、以下のいずれかを目的として、免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する

ア、大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助

イ、大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助

(２)早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、本標本作製を実施した場合は、掲げるマイクロサテライト不安定性検査、又は「Ｎ００５－４」ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

(３)本標本作製及び大腸癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する

処　置（抜　粋）

【詳細は下記を参照】

医科点数表

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf

医科診療報酬点数表に関する事項

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

令和６年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

285 処　置　①

- 熱傷処置
  - 500平方センチメートル以上3,000平方センチメトル未満　270点　⇒　337点
  - 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　504点　⇒　630点
  - 6,000平方センチメートル以上　1,500点　⇒　1,875点
- 爪甲除去(麻酔を要しないもの)　60点　⇒　70点
- 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)
  - 200平方センチメートル以上　1,100点　⇒　1,375点
- 局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)(1日につき)　1,100点　⇒　1,375点
- 脳室穿刺　600点　⇒　750点
- 硬膜外自家血注入　800点　⇒　1、000点
- 胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む)　220点　⇒　275点
- 腹腔穿刺(人工気腹、注入及び排液を含む)　230点　⇒　287点
- 腎嚢胞又は水腎症穿刺　280点　⇒　350点
- 持続的胸腔ドレナージ(開始日)　660点　⇒　825点
- 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法(1日につき)　480点　⇒　600点
- 気管支カテーテル薬液注入法　120点　⇒　150点
- 食道ブジー法　120点　⇒　150点
- 直腸ブジー法　120点　⇒　150点
- イレウス用ロングチューブ挿入法　730点　⇒　912点
- 心膜穿刺　500点　⇒　625点
- 気管内洗浄(1日につき)　340点　⇒　425点
- 胃洗浄　300点　⇒　375点
- 熱傷温浴療法(1日につき)　1,740点　⇒　2,175点
- 誘導ブジー法　216点　⇒　270点

処　置　②

- 人工呼吸
  - 30分までの場合　242点　⇒　302点
  - 30分を超えて5時間までの場合　242点　⇒　302点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
  - (新)腹臥位療法加算(1回につき)　900点
    - ◆ 別に厚生労働大臣が定める患者に連続した12時間以上の腹臥位療法を行った場合
    - ◆ **(新)(14)**「注５」に規定する腹臥位療法加算は、人工呼吸器管理下における、中等症以上の急性呼吸窮迫症候群(ＡＲＤＳ)患者に対し、12時間以上の連続した腹臥位療法を実施した場合に算定することとし、腹臥位療法の実施が日をまたぐ場合については、当該療法を開始してから連続した12時間が経過した時点で算定する

      なお、実施に当たっては、関係学会が定めるガイドライン等を参考にすること

- 皮膚レーザー照射療法(一連につき)
  - 色素レーザー照射療法　2,170点　⇒　2,712点
- 腎盂内注入(尿管カテーテル法を含む)　1,290点　⇒　1,612点
- 子宮出血止血法
  - 分娩時のもの　624点　⇒　780点
- 薬物放出子宮内システム処置
  - 挿入術　240点　⇒　300点
- 鼓室処置(片側)　55点　⇒　62点
- 鼻咽腔止血法(ベロック止血法)　440点　⇒　550点
- 耳垢栓塞除去(複雑なもの)
  - 片側　100点　⇒　90点
  - 両側　180点　⇒　160点
- 粘(滑)液嚢穿刺注入(片側)　80点　⇒　100点
- 鋼線等による直達牽引(2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む)(1局所を1日につき)　50点　⇒　62点

処　置　③

◘ ストーマ処置の加算新設

◘ (新)ストーマ合併症加算(要届出)　　65点

◆ ストーマ合併症を有する患者に対してストーマ処置を行った場合

- 以下のストーマ合併症のいずれかを有し、かつ、ストーマ合併症の重症度分類グレード２以上の患者である場合に算定する

ア,傍ストーマヘルニア

イ,ストーマ脱出

ウ,ストーマ腫瘤

エ,ストーマ部瘻孔

オ,ストーマ静脈瘤

カ,ストーマ周囲肉芽腫

キ,ストーマ周囲難治性潰瘍等

◆ ストーマ合併症加算に関する施設基準

◆ 関係学会から示されている指針等に基づき、当該処置が適切に実施されていること

◆ 排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師が配置されていること

◆ 届出用紙は、別添２の様式49の10

◘ 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算

◆ 以下の患者は算定不可

- インフルエンザの患者又はインフルエンザの疑われる患者
- 新型コロナウイルス感染症の患者又は新型コロナウイルス感染症が疑われる患者

◘ 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術

◆ **(新)(３)**経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などＸ線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合にも算定できる

なお、医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

【疑義解釈 ストーマ処置(ストーマ合併症加算) 】

問211、常勤の看護師の「排泄ケア関連領域における適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか

(答)現時点では、以下の研修が該当する

①日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」

②日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会「ストーマリハビリテーション講習会」

人工腎臓①

- 人工腎臓(1日につき)
  - 慢性維持透析を行った場合1
    - 4時間未満の場合　1,885点 ⇒ 1,876点
    - 4時間以上5時間未満の場合　2,045点 ⇒ 2,036点
    - 5時間以上の場合　2,180点 ⇒ 2,171点
  - 慢性維持透析を行った場合2
    - 4時間未満の場合　1,845点 ⇒ 1,836点
    - 4時間以上5時間未満の場合　2,005点 ⇒ 1,996点
    - 5時間以上の場合　2,135点 ⇒ 2,126点
  - 慢性維持透析を行った場合3
    - 4時間未満の場合　1,805点 ⇒ 1,796点
    - 4時間以上5時間未満の場合　1,960点 ⇒ 1,951点
    - 5時間以上の場合　2,090点 ⇒ 2,081点
  - 導入期加算2　400点 ⇒ 410点
  - 導入期加算3　800点 ⇒ 810点

- 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等

(1)導入期加算の施設基準

イ,導入期加算1の施設基準

当該療法を行うにつき~~十分な~~必要な説明を行っていること

ロ,導入期加算2の施設基準

1・2(略)

(新)3,当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること

ハ,導入期加算3の施設基準

1・2(略)

(新)3,当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること

人工腎臓②

□ 第57の2人工腎臓　2,導入期加算の施設基準

(1)導入期加算1の施設基準

ア,関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し~~十分な~~ ⇒ **必要な**説明を行っていること

イ,(略)

(2)導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること

ア~オ(略)

(新)カ、腎代替療法を導入するに当たって、(1)のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること

(3)導入期加算3の施設基準次のすべてを満たしていること

ア~カ(略)

(新)キ、(2)の力を満たしていること

人工腎臓に係る導入期加算の見直し

人工腎臓　導入期加算の見直し

➢ 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

現行

【人工腎臓】

導入期加算１	200点
導入期加算２	400点
導入期加算３	800点

［施設基準］

(1) 導入期加算１の施設基準
（中略）

(2) 導入期加算２の施設基準
次のすべてを満たしていること。
ア～オ　（略）

(3) 導入期加算３の施設基準
次のすべてを満たしていること。
ア～カ　（略）

改定後

【人工腎臓】

導入期加算１	200点
導入期加算２	**410点**
導入期加算３	**810点**

［施設基準］

(1) 導入期加算１の施設基準
（中略）

(2) 導入期加算２の施設基準
次のすべてを満たしていること。
ア～オ　（略）
カ　腎代替療法を導入するに当たって、(1)のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

(3) 導入期加算３の施設基準
次のすべてを満たしていること。
ア～カ　（略）
キ　(2)のカを満たしていること。

人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

➢ 包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。

現行

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合			
	場合１	場合２	場合３
４時間未満	1,885点	1,845点	1,805点
４時間以上 ５時間未満	2,045点	2,005点	1,960点
５時間以上	2,180点	2,135点	2,090点

改定後

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合			
	場合１	場合２	場合３
４時間未満	1,876点	1,836点	1,796点
４時間以上 ５時間未満	2,036点	1,996点	1,951点
５時間以上	2,171点	2,126点	2,081点

在宅透析に係る遠隔モニタリングの評価の新設と見直し

在宅血液透析における遠隔モニタリングの評価の新設

➢ 透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅血液透析を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合に遠隔モニタリング加算を新設する。

【在宅血液透析指導管理料】

（新）　遠隔モニタリング加算　　115点（月１回に限る）

［算定要件］

遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア　注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。

イ　モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。

ウ　当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。

エ　モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。

在宅自己腹膜灌流における遠隔モニタリング加算の見直し

➢ 在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリング加算について、在宅自己連続携行式腹膜灌流以外の腹膜灌流についても対象となるよう、要件を見直す。

現行	改定後
【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 ［算定要件］ (4)　遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア　自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。 イ～エ　（略）	【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 ［算定要件］ (4)　遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア **注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。** イ～エ　（略）

手　術（抜　粋）

【詳細は下記を参照】

医科点数表

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf

医科診療報酬点数表に関する事項

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

令和６年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

手　術　①

- 創傷処理
  - 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)
    - 口,その他のもの　2,690点　⇒　3,090点
  - 小児創傷処理(6歳未満)
    - 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)　2,490点　⇒　2,860点
    - 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)　3,840点　⇒　4,410点
- 皮膚切開術
  - 長径20センチメートル以上　1,980点　⇒　2,270点
- デブリードマン
  - 100平方センチメートル未満　1,410点　⇒　1,620点
- 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)
  - 長径4センチメートル以上　4,360点　⇒　5,010点
- 皮膚悪性腫瘍切除術
  - センチネルリンパ節加算(5,000点)の名称変更(点数変更なし)

    ⇒　皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算

- (新)自家皮膚非培養細胞移植術
  - 25平方センチメートル未満　3,520点
  - 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　6,270点
  - 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　9,000点
  - 200平方センチメートル以上　25,820点
  - ◆ 注,広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部(胸部を含む)又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定
- 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術
  - 25平方センチメートル未満　4,510点　⇒　5,180点
- (新)慢性膿皮症手術
  - 単純なもの　4,820点
  - 複雑なもの　8,320点

【疑義解釈】問215、慢性膿皮症手術について、算定留意事項通知にある「関係学会から示されているガイドライン等」とは具体的に何か

(答)現時点では、日本皮膚科学会の「化膿性汗腺炎診療の手引き2020」を指す

- 腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む)　2,050点　⇒　2,350点

手　術　②

- 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術
  - 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　7,390点　⇒　8,490点
- 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術
  - 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　24,130点　⇒　27,740点
  - 手、足　12,870点　⇒　14,800点
- 骨折非観血的整復術
  - 肩甲骨、上腕、大腿　1,600点　⇒　1,840点
  - 前腕、下腿　1,780点　⇒　2,040点
- 骨折観血的手術
  - 肩甲骨、上腕、大腿　18,810点　⇒　21,630点
  - 前腕、下腿、手舟状骨　15,980点　⇒　18,370点
- 中手骨又は中足骨摘除術(２本以上)　5,160点　⇒　5,930点
- 関節切開術
  - 胸鎖、肘、手、足　1,280点　⇒　1,470点
  - 肩鎖、指(手、足)　680点　⇒　780点
- 先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)
  - その他　2,950点　⇒　3,390点
- 内反足足板挺子固定　2,030点　⇒　2,330点
- ひょう疽手術
  - 骨、関節のもの　1,280点　⇒　1,470点
- 脊椎脱臼非観血的整復術　2,570点　⇒　2,950点
- 頸椎非観血的整復術　2,570点　⇒　2,950点
- 恥骨結合離開非観血的整復固定術　1,580点　⇒　1,810点
- 骨盤骨折非観血的整復術　2,570点　⇒　2,950点
- 脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)
  - 棘突起、腸骨翼　3,150点　⇒　3,620点
- 眼球内容除去術　6,130点　⇒　7,040点
- 眼球摘出術　3,670点　⇒　4,220点
- 角膜潰瘍結膜被覆術　2,650点　⇒　3,040点
- 角膜表層除去併用結膜被覆術　8,300点　⇒　9,540点

手　術　③

- 角膜形成手術　3,060点 ⇒ 3,510点
- 毛様体光凝固術(5,600点)の再編
  - (新)眼内内視鏡を用いるもの　41,000点
  - (新)その他のもの　5,600点
- 硝子体注入・吸引術　2,280点 ⇒ 2,620点
- 硝子体置換術　6,890点 ⇒ 7,920点
- 耳茸摘出術　1,000点 ⇒ 1,150点
- 鼓室開放術　7,280点 ⇒ 8,370点
- 上鼓室開放術　13,140点 ⇒ 15,110点
- 乳突洞開放術(アントロトミー)　13,480点 ⇒ 15,500点
- 乳突充填術　7,470点 ⇒ 8,590点
- 鼓膜鼓室肉芽切除術　3,020点 ⇒ 3,470点
- 鼻甲介切除術
  - 高周波電気凝固法によるもの　1,080点 ⇒ 1,240点
  - その他のもの　3,320点 ⇒ 3,810点
- 粘膜下下鼻甲介骨切除術　4,260点 ⇒ 4,890点
- 鼻茸摘出術　1,310点 ⇒ 1,500点
- 上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術　1,510点 ⇒ 1,730点
- 鼻内上顎洞根治手術　3,330点 ⇒ 3,820点
- 鼻内篩骨洞根治手術　5,000点 ⇒ 5,750点
- 喉頭膿瘍切開術　2,140点 ⇒ 2,460点
- 深頸部膿瘍切開術　4,800点 ⇒ 5,520点
- 喉頭蓋切除術　3,190点 ⇒ 3,660点
- 気管口狭窄拡大術　2,690点 ⇒ 3,090点
- 上顎骨折非観血的整復術　1,570点 ⇒ 1,800点
- 顎関節授動術
  - １,徒手的授動術
    - ハ,関節腔洗浄療法を併用した場合　2,400点 ⇒ 2,760点
  - ２,顎関節鏡下授動術　10,520点 ⇒ 12,090点

手　術　④

- 唾石摘出術(一連につき)
  - 2,深在性のもの　3,770点　⇒　4,330点
- 血管縫合術(簡単なもの)　4,210点　⇒　4,840点
- 内シャント血栓除去術　3,130点　⇒　3,590点
- 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術
  - 早期悪性腫瘍ポリープ切除術　6,230点　⇒　7,160点
- 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
  - (新)病変検出支援プログラム加算　60点

【疑義解釈】　問221、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術「注3」に規定する病変検出支援プログラム加算について、「大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器のうち、大腸内視鏡検査に関し専門の知識及び経験を有する医師が用いた場合に、用いない場合と比較して診断精度が上昇することが示されていると認められた製品」は何が含まれるか
(答)現時点では、「内視鏡画像診断支援プログラムEndoBRAIN-EYE(医療機器承認番号30200BZX0020800)」が含まれる

- 精巣摘出術　2,770点　⇒　3,180点
- (新)精巣温存手術　3,400点
- 精索静脈瘤手術　2,970点　⇒　3,410点
- 陰嚢水腫手術
  - 2,その他　2,290点　⇒　2,630点
- 停留精巣固定術　9,740点　⇒　11,200点
- 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
  - (新)2,組織切除回収システム利用によるもの　6,630点
- 経皮的卵巣嚢腫内容排除術　1,620点　⇒　1,860点
- 子宮内反症整復手術(腟式、腹式)
  - 非観血的　340点　⇒　390点
- 胚凍結保存管理料
  - ◆ 凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、~~当該凍結保存の開始日から起算して３年を限度として、~~１年に１回に限り算定

手　術　⑤

□ 体外受精・顕微授精管理料

- □ 体外受精　4,200点　⇒　3,200点
- □ 顕微授精
  - □ １個の場合　4,800点　⇒　3,800点
  - □ ２個から５個までの場合　6,800点　⇒　5,800点
  - □ ６個から９個までの場合　10,000点　⇒　9,000点
  - □ 10個以上の場合　12,800点　⇒　11,800点
- □ (削除)~~採取精子調整加算~~　~~5,000点~~
- □ (新)新鮮精子加算　1,000点

□ (新)採取精子調整管理料　5,000点

□ (新)精子凍結保存管理料

- □ １,精子凍結保存管理料(導入時)
  - ◆ 精子の凍結保存を開始した場合に算定
  - □ イ,精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合　1,500点
  - □ ロ,イ以外の場合　1,000点
- □ ２,精子凍結保存維持管理料　700点
  - ◆ 精子の凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合に、１年に１回に限り算定

◆第78の３の６ 採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料

1 採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料の施設基準

(１)産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること

(２)生殖補助医療管理料、精巣内精子採取術の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること

2 届出に関する事項

生殖補助医療管理料又は精巣内精子採取術の届出を行っていればよく、採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料として特に地方厚生(支)局長に対して届出を行う必要はないこと

麻　酔

300

麻　酔

- マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
  - 2,坐位における脳脊髄手術～高頻度換気法による麻酔の場合(1に掲げる場合を除く)に低血圧麻酔を追加
    - イ,別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　16,600点　⇒　16,720点
    - ロ,イ以外の場合　12,100点　⇒　12,190点
  - 3,1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合(1又は2に掲げる場合を除く)
    - イ,別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　12,450点　⇒　12,610点
    - ロ,イ以外の場合　9,050点　⇒　9,170点
  - 術中脳灌流モニタリング加算　1,000点(点数変更なし)
    - ◆ステントグラフト内挿術(血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る)、経皮的頸動脈ステント留置術を追加

- トリガーポイント注射　80点　⇒　70点

資料の補足・関連動画のご案内

関連補助金再生リスト

https://www.youtube.com/playlist?list=PLVHJ43WUYE_fQresQ5x7yPgnvQV_YWzAY

Youtube MSGチャンネル

https://www.youtube.com/@MSG_med

医療DX・電カル共有サービス

https://youtu.be/Izvcdp_Dwvc

厚労省関連動画

https://www.youtube.com/playlist?list=PLVHJ43WUYE_dHD1IXuIY7ymZByE6TsVuH

サイバーセキュリティ対策

https://www.youtube.com/playlist?list=PLVHJ43WUYE_eMVQvlIRp_5F0_aqV3DEws

生活習慣病管理料の解説

【Live配信切抜】令和6年

4209 回視聴・12 日前

外来在宅ベースアップ評価

料の解説【Live配信切抜】

1767 回視聴・12 日前

医療ＤＸの概要と解説「令

和6年診療報酬改定 答申

2348 回視聴・12 日前

サイバーセキュリティ　医

療機関での対策ポイント

458 回視聴・2 週間前

物価高騰による医療機関の

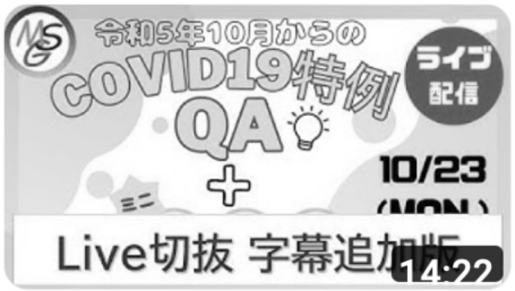
光熱費等に対する支援に

2024年1月開始！　マイナ

保険証関連給付金の解説

マイナ保険証関連補助金の

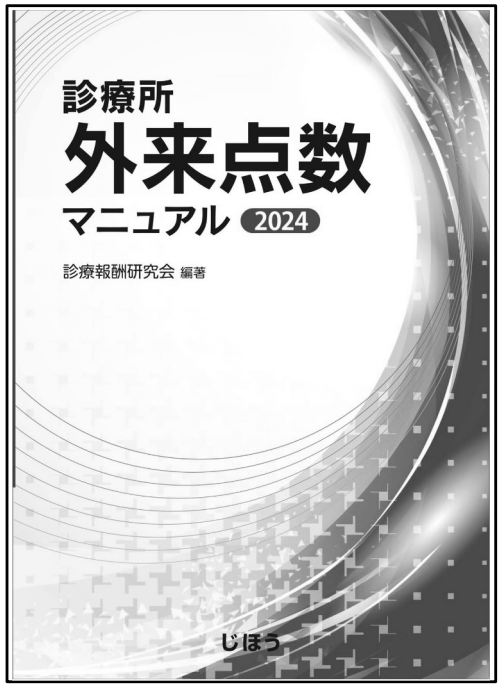
解説【クリニック向け】



令和5年10月からのCOVID-

19特例Q＆A【Live切抜

ご清聴・ご視聴　ありがとうございました



外来点数マニュアル 2024年度版

細谷邦夫氏著 じほう社より刊行

患者さんと共有できて
文字が大きく見やすい

ご購入は
こちら

https://www.jiho.co.jp/shop/list/detail/tabid/272/catid/9/pdid/55603/Default.aspx

Youtubeで
医療関連情報発信中

https://www.youtube.com/
@MSG_med