

# 令和6年度 診療報酬改定



株式会社よんやく

**注：この資料は令和6年3月5日の告示・通知等をもとに作成しておりますが、一部省略等しております。  
実際の算定及び届出の際は、施設基準等原文のご確認をお願いいたします。**

# 令和6年度 診療報酬改定の改定率

## 1. 診療報酬 **+0.88%** (R6年6月1日施行)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア+2.5%、R7年度にベア+2.0%を実施していただくための特例的に対応 **+0.61%**
- ② 入院時の食費基準額の引上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） **+0.06%**
- ③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 **▲0.25%**
- ④ ①～③以外の改定分 **+0.46%**（※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む）

うち各科改定率：**医科+0.52%**、**歯科+0.57%**、**調剤+0.16%**

## 2. 薬価等

- ① 薬価 **▲0.97%** (R6年4月1日施行)
- ② 材料価格 **▲0.02%** (R6年6月1日施行)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的に対応を含む（対象：約2000品目程度）

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

⇒選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする（R6年10月1日施行）

## 3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

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

・医療DXの推進による医療情報の有効活用等    ・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、R6年度に2.5%、R7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

# 診療報酬改定率の推移

改定年月日	各科改定率			平均改定率	薬価引下げ率	
	医科	歯科	調剤		薬価ベース	医療費ベース
平成10年 4月	1.50%	1.50%	0.70%	1.5%	▲9.7%	▲2.7%
平成12年 4月	2.00%	2.00%	0.80%	1.9%	▲7.0%	▲1.6%
平成14年 4月	▲1.30%	▲1.30%	▲1.30%	▲1.3%	▲6.2%	▲1.3%
平成16年 4月	0.00%	0.00%	0.00%	0.0%	▲4.2%	▲0.9%
平成18年 4月	▲1.50%	▲1.50%	▲0.60%	▲1.36%	▲6.7%	▲1.6%
平成20年 4月	0.42%	0.42%	0.17%	0.38%	▲5.2%	▲1.1%
平成22年 4月	1.74%	2.09%	0.52%	1.55%	▲5.75%	▲1.23%
平成24年 4月	1.55%	1.70%	0.46%	1.38%	▲6.00%	▲1.26%
平成26年 4月※1	0.82%	0.99%	0.22%	0.73%	▲2.65%	▲0.58%
平成28年 4月	0.56%	0.61%	0.17%	0.49%	▲5.57%	▲1.22%
平成30年 4月	0.63%	0.69%	0.19%	0.55%	▲7.48%	▲1.65%
(平成31年10月)	(0.48%)	(0.57%)	(0.12%)	(0.41%)	(▲2.4%)	(▲0.51%)
令和2年 4月	0.53%※2	0.59%	0.16%	0.55%	▲4.38%	▲0.99%
令和4年 4月	0.26%	0.29%	0.08%	0.23%	▲6.69%	▲1.35%
<b>令和6年6月</b>	<b>0.52%</b>	<b>0.57%</b>	<b>0.16%</b>	<b>0.88%</b>	<b>▲4.67%</b>	<b>▲0.97%</b>

( ) は消費税率変更に伴う改定

※1 通常改定 + 消費税引上げ対応分 ※2 平均改定率には働き方改革対応分を含む

# 令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

#### 【重点課題】

#### 【具体的方向性の例】

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

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

#### 【具体的方向性の例】

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

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

#### 【具体的方向性の例】

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

### (4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性の例】

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

# 療養担当規則等

# 療養担当規則

## 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

(答申より)

### 【具体的な内容】

1. 長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、**後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となった長期収載品を対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。**
2. **医療上の必要性があると認められる場合**（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、**後発医薬品を提供することが困難な場合**（例：薬局に後発医薬品の在庫が無い場合）については、選定療養とはせず、引き続き、**保険給付の対象**とする。
3. 長期収載品は、準先発品を含むこととし、バイオ医薬品は対象外とする。また、後発医薬品への置換率が極めて低い場合（置換率が1%未満）である長期収載品は、上市後5年以上経過したものであっても、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当することから、対象外とする。
4. あわせて、次のような対応を行う。
  - ・長期収載品の投与に係る特別の料金その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に**掲示**しなければならないものとする。
  - ・医療上の必要性があると認められる場合について、処方等の段階で明確になるよう、**処方箋様式を改正**する。

### 【施行日等】

**令和6年10月1日から施行・適用**する。

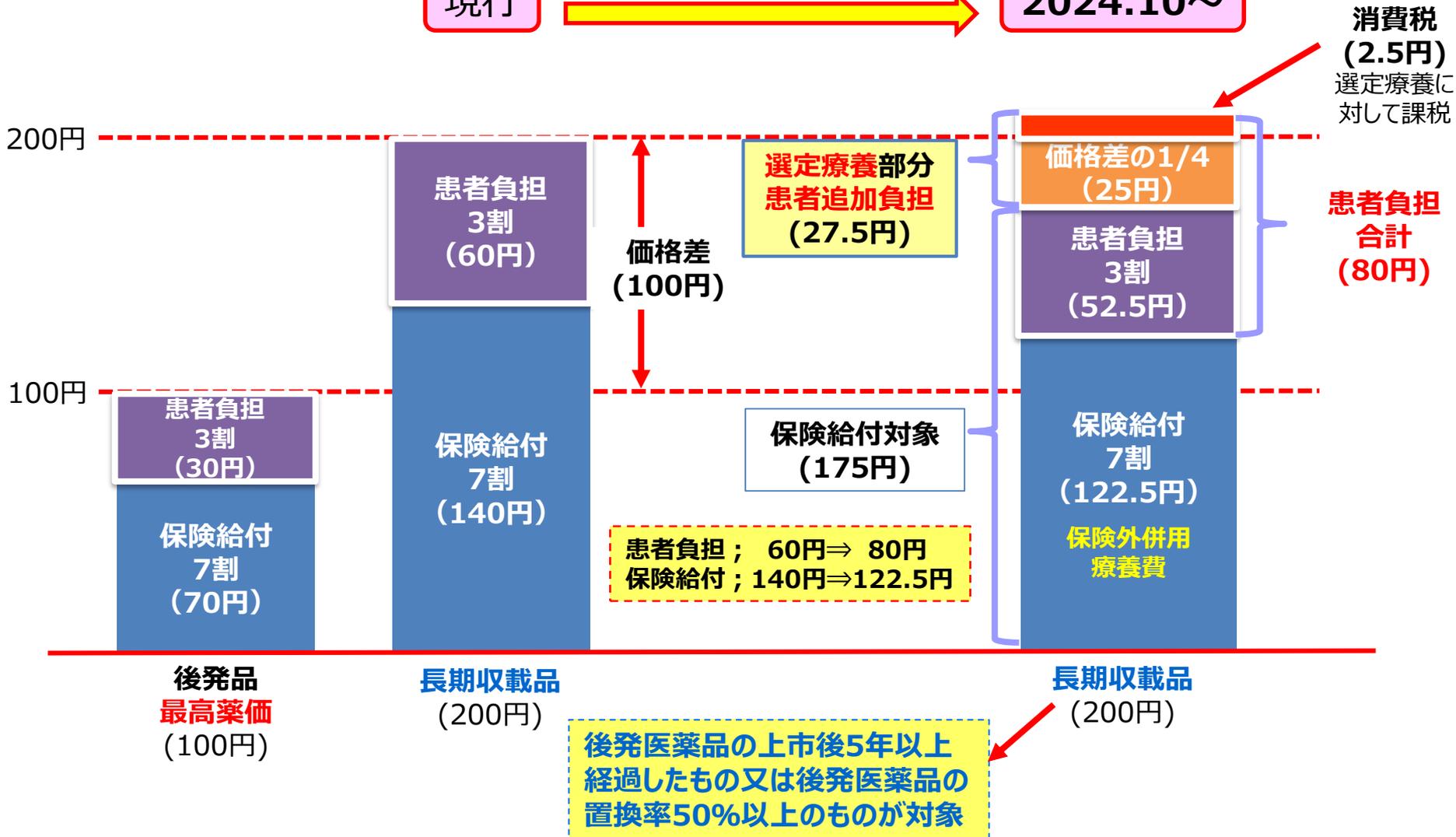
# 長期収載品の選定療養

## 3割負担の場合

患者が長期収載品（先発）を**選ぶ**なら  
その差額分の1/4を患者が**自己負担**する

現行

2024.10~



# 療養担当規則

## 処方箋様式の変更

患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称	
	生年月日	明大昭平令 年 月 日	男・女	電話番号	
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名 <span style="float: right;">(印)</span>	
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間	
				令和 年 月 日	
処方	変更不可 (医療上必要)	患者希望			<p>個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。</p>

**患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。**

# 療養担当規則

## 書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、書面揭示することとされている事項について、**原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。**

**令和7年5月31日までの経過措置を設ける。**

# 診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

## 診療報酬における書面要件の見直し

- 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。
- 具体的には、
  - ・ 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局又は指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、当該ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。
  - ・ 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

厚生労働省3/5説明資料より

# 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

## 事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
  - ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている保守管理の計画書や研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
  - ◆ 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合を行う。
  - ◆ レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行う。

### 【現行】

記載事項	選択式コード	レセプト表示文言
(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合) 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を当該月に算定している場合) 当該往診を行った年月日を記載すること。	850100093	往診を行った年月日;(元号)yy"年 "mm"月"dd"日

### 【改定後】



記載不要

- 施設基準の届出について、現在主に紙で届け出ることとされている施設基準について**電子的な届出を可能にする**ことで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

# 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

## 介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

- 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。

### [新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

- 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「B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料」、「B001-24 外来緩和ケア管理料」及び「B001-2-8 外来放射線照射診療料」（麻薬の投与に係る「G 注射」の費用を含む）。
- 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の「F400 処方箋料」。
- 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「C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料」。
- 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、応需した保険薬局における「調剤報酬（調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、薬剤料、特定保険医療材料料）」。
- 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学的管理及び指導を実施した場合の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1」。

厚生労働省3/5説明資料より

# 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

## 障害者支援施設における医療保険給付の医療サービスの範囲の見直し

### 障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

- 医療とケアの両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。**

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

- 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対する「C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」。**

### 現行

[障害者支援施設における訪問診療等にかかる費用]  
障害福祉サービス等報酬で評価

### 改定後

[障害者支援施設における訪問診療にかかる費用]  
障害福祉サービス等報酬で評価※

※ 生活介護を行う施設に限り、当該患者が末期の悪性腫瘍の場合、「C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」を算定することができる。



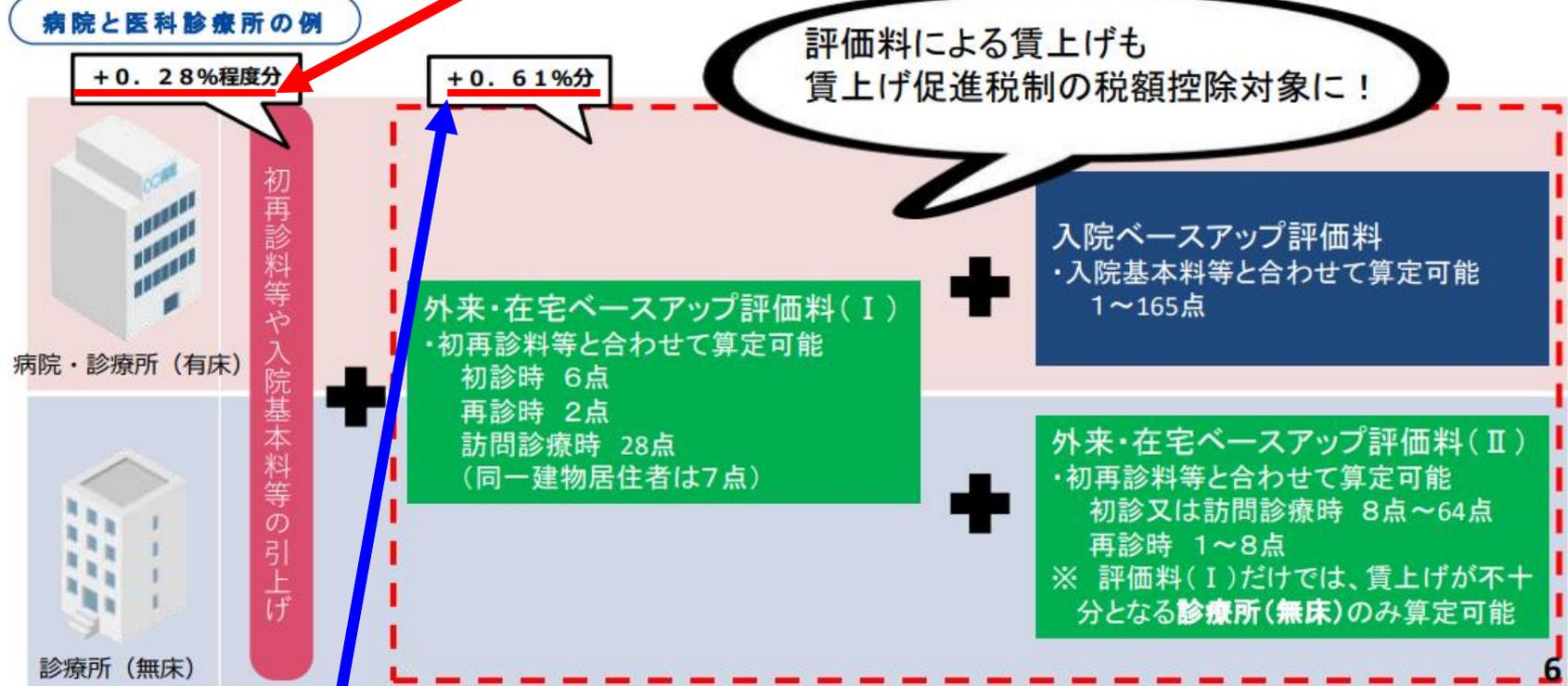
# 第1章 基本診療料

## 第1部 初・再診

# 賃上げの概要

## 【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



厚生労働省資料：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）～

## 【ベースアップ評価料の対象となる職員】（別表4より）

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。）

## 【具体的な内容】

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

項 目	旧点数	新点数
初診料	288	<u>291</u>
(情報通信機器を用いた場合)	251	<u>253</u>
(紹介のない場合)	214	<u>216</u>
(紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合)	186	<u>188</u>
(妥結率が低い場合)	214	<u>216</u>
(妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合)	186	<u>188</u>
(同一日2科目)	144	<u>146</u>
(同一日2科目・情報通信機器を用いた場合)	125	<u>127</u>
(同一日2科目・紹介のない場合)	107	<u>108</u>
(同一日2科目・紹介にない場合・情報通信機器を用いた場合)	93	<u>94</u>
(同一日2科目・妥結率が低い場合)	107	<u>108</u>
(同一日2科目・妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合)	93	<u>94</u>

# A001 再診料

一部要届出

項 目	旧点数	新点数
再診料	73	<u>75</u>
(情報通信機器を用いた場合)	73	<u>75</u>
(妥結率が低い場合)	54	<u>55</u>
(同一日2科目)	37	<u>38</u>
(同一日2科目・妥結率が低い場合)	27	<u>28</u>

# A002 外来診療料

一部要届出

項 目	旧点数	新点数
外来診療料	74	<u>76</u>
(情報通信機器を用いた場合)	73	<u>75</u>
(紹介がない場合)	55	<u>56</u>
(妥結率が低い場合)	55	<u>56</u>
(同一日2科目)	37	<u>38</u>
(同一日2科目・紹介がない場合)	27	<u>28</u>
(同一日2科目・妥結率が低い場合)	27	<u>28</u>

A000 初診料

A001 再診料 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（新設）

項 目	旧点数	新点数
<b>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき）</b>		
<b>1 初診時</b>	<b>新設</b>	<b>6</b>
<b>2 再診時</b>	<b>新設</b>	<b>2</b>
<b>3 訪問診療時</b>		
<b>イ 同一建物居住者等以外の場合</b>	<b>新設</b>	<b>28</b>
<b>ロ イ以外の場合</b>	<b>新設</b>	<b>7</b>

## 【基本的な考え方】

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

## 【具体的な内容】

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。

**A000 初診料**

**A001 再診料**

**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（新設）**

新 算定要件（告示）

注 1 1については、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 この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

2 2については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して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に、所定点数を算定する。

3 3のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる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その他これに準ずる施設（以下この区分番号において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、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。）であって、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合

ロ 区分番号 C 0 0 2 に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号 C 0 0 2 - 2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号 C 0 0 3 に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、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。）であって、当該患者が同一建物居住者以外である場合

ハ 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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、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に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）

**A000 初診料**

**A001 再診料**

**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（新設）**

### 新 算定要件（告示）

- 4 3のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。
- イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる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に併設される保険医療機関が、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。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合
  - ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002—2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、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。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合
  - ハ 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合

**A000 初診料**

**A001 再診料**

**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（新設）**

新 算定要件（通知）

0100 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)は、当該保険医療機関に勤務する主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。以下この節において同じ。)の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診、再診、訪問診療（この節において「初診等」という。）を行った場合に算定できる。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「1」については、「A000」初診料、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(1)」、「1」の「ロ」の「(1)」、「2」の「イ」の「(1)」若しくは「2」の「ロ」の「(1)」を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「2」については、「A001」再診料、「A002」外来診療料、「A400」短期滞在手術等基本料の「1」、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」、「B001-2-7」外来リハビリテーション診療料、「B001-2-8」外来放射線照射診療料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-10」、認知症地域包括診療料、「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(2)」、「1」の「ロ」の「(2)」、「2」の「イ」の「(2)」若しくは「2」の「ロ」の「(2)」又は「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「3」の「イ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「C003」在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (5) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「3」の「ロ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

## 新 施設基準（通知）

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下、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年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。
- (4) (3)について、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こと。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の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。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「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こと。
- (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ついては、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実績に含めることができること。
- (6) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関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」という。)を作成していること。
- (7) 当該保険医療機関は、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。
- (8) 当該保険医療機関は、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。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すること。

**A000 初診料**

**A001 再診料**

**外来・在宅ベースアップ<sup>o</sup>評価料（I）（新設）**

**ベースアップ<sup>o</sup>評価料における対象職員（別表4）**

ア 薬剤師	チ 臨床検査技師
イ 保健師	ツ 衛生検査技師
ウ 助産師	テ 臨床工学技士
エ 看護師	ト 管理栄養士
オ 准看護師	ナ 栄養士
カ 看護補助者	ニ 精神保健福祉士
キ 理学療法士	ヌ 社会福祉士
ク 作業療法士	ネ 介護福祉士
ケ 視能訓練士	ノ 保育士
コ 言語聴覚士	ハ 救急救命士
サ 義肢装具士	ヒ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
シ 歯科衛生士	フ 柔道整復師
ス 歯科技工士	ヘ 公認心理師
セ 歯科業務補助者	ホ 診療情報管理士
ソ 診療放射線技師	マ 医師事務作業補助者
タ 診療ックス線技師	ミ その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

※医師、歯科医師、事務職員等は対象外となります。

A000 初診料

A001 再診料

## 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（新設）

項 目	旧点数	新点数
<u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき）</u>		
<u>1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u>		
<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療を行った場合	新設	8
<input type="checkbox"/> 再診時等	新設	1
<u>2 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u>		
<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療を行った場合	新設	16
<input type="checkbox"/> 再診時等	新設	2
<u>↓ 3～7（略）</u>		
<u>8 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8</u>		
<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療を行った場合	新設	64
<input type="checkbox"/> 再診時等	新設	8

## 新 算定要件（告示）

注1 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

3 1のロ、2のロ、3のロ、4のロ、5のロ、6のロ、7のロ又は8のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

## 新 施設基準(通知)

- (1) 医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等 基本料1を除く。）を算定していない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込みを合算した数に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。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)の保険医療機関ごとの区分については、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)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数を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け出ること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関であって、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準についても届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること(例えば 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2の届出を行う場合は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2を届け出ること。)

対象職員の給与総額×1.2% - (外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び  
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み) ×10円

【B】 =

(外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数を見込み×8  
+ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数を見込み  
+ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数を見込み×8  
+ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数を見込み) ×10円

別表5

【B】	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の区分	点数(イ)	点数(ロ)
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1	8点	1点
1.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2	16点	2点
2.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3	24点	3点
3.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4	32点	4点
4.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5	40点	5点
5.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6	48点	6点
6.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7	56点	7点
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8	64点	8点

(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)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ 評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」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のとおりとする。「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こと。「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ 評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」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。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(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こと。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すること。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)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。新規届出時(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こと。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。

**【別表7】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について**

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

A000 初診料

A001 再診料

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（新設）

### 新 施設基準（通知）

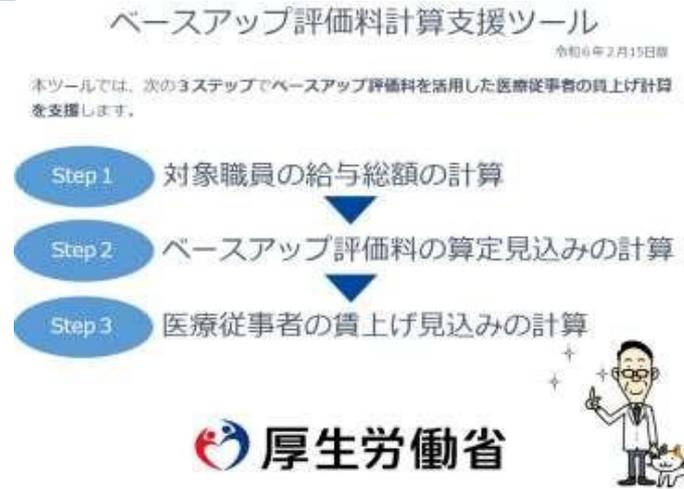
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。
- (7) (6)について、ベア等により改善を図るため、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金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。ただし、いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「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こと。
- (8) 令和6年度及び令和7年度における「賃金改善計画書」を作成していること。
- (9) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「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保険医療機関にあっては、この限りでない。

# 【参考】賃上げに関する詳細

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



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



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

## A000初診料

## A001再診料

## A002外来診療料

## 特定妥結率初診料

## 特定妥結率再診料

## 特定妥結率外来診療料

## 【具体的な内容】

医療用医薬品の適正な流通取引が行われる環境を整備するため、今般改訂される流通改善ガイドラインを踏まえ、現在報告を求めている医療用医薬品の単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況に代えて、取引に係る状況の報告を求めるとともに、流通改善ガイドラインを踏まえた流通改善に関する取組状況について報告を求めることとする。なお、流通改善ガイドラインは本年度中に改訂予定であり、現在示されている改訂案に基づき報告内容を見直すものである。

## 旧 算定要件（通知）

- (10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。
- (11) 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。
- (12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。

## 新 算定要件（通知）

- (10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。
- (11) 妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。
- (12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。

※ 再診料及び外来診療料においても同様の取扱いとなる。

**A000初診料**

**A001再診料**

**A002外来診療料**

**特定妥結率初診料**

**特定妥結率再診料**

**特定妥結率外来診療料**

旧 施設基準（告示）抜粋

新 施設基準（告示）抜粋

一の二医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準

一の二医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準

次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

(1) (略)

(1) (略)

(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律 第百四十五号）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率並びに医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。

A000 初診料

A001 再診料

## 発熱患者等対応加算（新設）

項 目	旧点数	新点数
外来感染対策向上加算（月1回）	6	→
<u>発熱患者等対応加算（月1回）</u>	<u>新設</u>	<u>20</u>

## 【基本的な考え方】

第8次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。

## 【具体的な内容】

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

A000 初診料

A001 再診料

## 発熱患者等対応加算（新設）

## 旧 算定要件（初診料の告示）

注 11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月 1 回に限り 6 点を所定点数に加算する。

## 新 算定要件（初診料の告示）

注11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月 1 回に限り 6 点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、発熱患者等対応加算として、月 1 回に限り 20 点を更に所定点数に加算する。

## 旧 施設基準（告示）抜粋

三の三 医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準

- (1) (略)
- (2) 当該保険医療機関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が整備されていること。

(3) (略)

## 新 施設基準（告示）抜粋

三の三 医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準

- (1) (略)
- (2) 当該保険医療機関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が整備されていること。

(3) (略)

旧 施設基準（通知）抜粋

新 施設基準（通知）抜粋

- 1 外来感染対策向上加算に関する施設基準  
 (1)～(8) (略)  
 (9) ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報<sup>を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。</sup>また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。  
 (10)～(12) (略)  
 (新設)  
 (13) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。  
 (14)～(16) (略)  
 (新設)  
 (17)(略)

- 1 外来感染対策向上加算に関する施設基準  
 (1)～(8) (略)  
 (削除)  
 (9)～(11) (略)  
 (12) 当該保険医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として、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こと。  
 (13) 感染症法第38条第2項の規定に基づき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（同法第36条の2第1項の規定による通知（同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。  
 (14)～(16) (略)  
 (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に、当該患者の診療について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日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、**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。

# A000 初診料

# A001 再診料

# 情報通信機器を用いた場合

## 【具体的な内容】

情報通信機器を用いた診療の施設基準に、**情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことをホームページ等に掲示していることを追加する。**

旧 施設基準(告示) 抜粋	新 施設基準 (告示) 抜粋
<p>【情報通信機器を用いた診療】 〔施設基準〕</p> <p>第1 情報通信機器を用いた診療</p> <p>1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準</p> <p>(1) 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ものとして、以下のア～ウを満たすこと。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) (略)</p>	<p>【情報通信機器を用いた診療】 〔施設基準〕</p> <p>第1 情報通信機器を用いた診療</p> <p>1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準</p> <p>(1) 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ものとして、以下のア～エを満たすこと。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p><u>エ 情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイトに掲載していること。</u></p> <p>(2) (略)</p>

A000 初診料

A001 再診料

抗菌薬適正使用加算（新設）

項 目	旧点数	新点数
<u>抗菌薬適正使用加算（月1回）</u>	<u>（新設）</u>	<u>5</u>

## 【基本的な考え方】

我が国におけるAccess 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、サーベイランス強化加算について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。

## 【具体的な内容】

サーベイランス強化加算について、サーベイランスへの参加自体に対する評価と、サーベイランスにおける抗菌薬の適正使用状況のモニタリングにより、目標値を達成している又は参加医療機関の中で実績が上位である医療機関に対する評価に区分するよう見直しを行う。

## 旧 算定要件（告示）抜粋

注1～注13  
（新設）

注14 （略）

## 新 算定要件（告示）抜粋

注1～注13（略）  
注14 注11本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月に1回に限り5点を更に所定点数に加算する。

注15 （略）

A000 初診料

A001 再診料

**抗菌薬適正使用加算（新設）**

## 新 算定要件（通知）

## (29) 抗菌薬適正使用体制加算

「注 14」に規定する抗菌薬適正使用体制加算は、(25) の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が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、使用する抗菌薬のうち Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は当該サーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内である場合に算定する。

## 新 施設基準（通知）

## 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に係る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(1)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。

**【届出に関する事項】**

**抗菌薬適正使用加算の施設基準に係る届出**は、別添7の様式 **1の5** を用いること。

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・指導料におけるサーベイランス強化加算についても同様。

**A000初診料 A001再診料 A002外来診療料**  
**医療情報取得加算（名称変更）**

項 目		旧点数	新点数
<b>初診</b>	<b>医療情報取得加算 1（月 1 回）</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
	<b>医療情報取得加算 2（月 1 回）</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>再診</b>	<b>医療情報取得加算 1（3月に1回）</b>	<b>新設</b>	<b>2</b>
	<b>医療情報取得加算 2（3月に1回）</b>	<b>新設</b>	<b>1</b>

**【基本的な考え方】**

保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

**【具体的な内容】**

医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る評価から、初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ、評価の在り方を見直すとともに、名称を医療情報取得加算に見直す。

# A000初診料 A001再診料 A002外来診療料

## 医療情報取得加算（名称変更）

### 旧 算定要件（告示）

#### 【初診料】

注15 初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。

#### 【再診料】

（新設）

### 新 算定要件（告示）

#### 【初診料】

注15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。

#### 【再診料】

注19 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

※ 外来診療料についても同様。

## 旧 算定要件（通知）

### (29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

ア 「注 15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険医療機関の外来において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1として、月 1 回に限り 4 点を算定する。ただし、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2として、月 1 回に限り 2 点を算定する。

イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。

- (イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式 54 に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間問診票の項目について、別紙様式 54 を参考とする。

## 新 算定要件（通知）

### (30) 医療情報取得加算

ア 「注 15」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合に、医療情報取得加算 1として、月 1 回に限り 3 点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第 3 条第 13 項（大正 11 年法律第 70 号）に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算 2として、月 1 回に限り 1 点を所定点数に加算する。

イ 医療情報取得加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内に掲示するとともに、原則として、ウェブサイトに掲載し、必要に応じて患者に対して説明する。

- (イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式 54 に定めるとおりであり、医療情報取得加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間問診票の項目について、別紙様式 54 を参考とする。

医療情報取得加算 (名称変更)

旧 施設基準 (通知) 抜粋	新 施設基準 (通知) 抜粋
<p><u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算</u> に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3)次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に 掲示していること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>2 (略)</p>	<p>1 <u>医療情報取得加算</u>に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3)次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ (略)</p> <p>(4)<u>(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。</u></p> <p>2 (略)</p>

[経過措置]

1の(4)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

項 目	旧点数	新点数
医療 DX 推進体制整備加算 (月 1 回)	新設	8

## 【基本的な考え方】

オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療DXを推進する体制について、新たな評価を行う。

## 【具体的な内容】

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

## 新 算定要件 (告示)

16 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、**月 1 回に限り 8 点**を所定点数に加算する。

第1の9 医療DX推進体制整備加算

1 医療DX推進体制整備加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等（以下この項において「診療情報等」という。）を診療を行う診察室、手術室又は処置室等（以下「診察室等」という。）において、医師等が閲覧及び活用できる体制を有していること。
- (4) 「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく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。
- (5) 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
- (6) マイナ保険証の利用率が一定割合以上であること。
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・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。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。
  - ア 医師等が診療を実施する診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施している保険医療機関であること
  - イ マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる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。
- (8) (7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。

[経過措置]

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。（電子処方箋）
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(5)の基準に該当するものとみなす。（電子カルテ情報共有システム）
- (3) (6)の基準については、令和6年10月1日から適用する。
- (4) 令和7年5月31日までの間に限り、(8)の基準に該当するものとみなす。（ウェブサイトへの掲載）

# A001再診料 時間外対応加算

要届出

項目	旧点数	新点数
時間外対応加算 1	5	5
時間外対応加算 2	<b>新設</b>	<b>4</b>
時間外対応加算 3	3	3
時間外対応加算 4	1	1

### 【基本的な考え方】

近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。

### 【具体的な内容】

時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、**時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設**する。

旧 算定要件 (告示)	新 算定要件 (告示)
<p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応加算 1 5点 （新設）</p> <p>ロ 時間外対応加算 2 3点</p> <p>ハ 時間外対応加算 3 1点</p>	<p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応加算 1 5点</p> <p>ロ <b>時間外対応加算 2 4点</b></p> <p>ハ <b>時間外対応加算 3 3点</b></p> <p>ニ <b>時間外対応加算 4 1点</b></p>

## 旧 施設基準（告示）抜粋

### 五 時間外対応加算の施設基準

#### (1) 時間外対応加算 1 の施設基準

当該保険医療機関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、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

(新設)

#### (2) 時間外対応加算 2 の施設基準

当該保険医療機関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、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

#### (3) (略)

## 新 施設基準（告示）抜粋

### 五 時間外対応加算の施設基準

#### (1) 時間外対応加算 1 の施設基準

当該保険医療機関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、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）等により、常時対応できる体制にあること。

#### (2) 時間外対応加算 2 の施設基準

当該保険医療機関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、原則として当該保険医療機関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こと。

#### (3) 時間外対応加算 3 の施設基準

当該保険医療機関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、原則として当該保険医療機関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こと。

#### (4) (略)

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
<p>2 時間外対応加算に関する施設基準                      診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、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、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</p> <p>(新設)</p>	<p>2 時間外対応加算<sub>1</sub>に関する施設基準                      診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、<u>当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。</u>なお、<u>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。</u>また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</p> <p>3 時間外対応加算<sub>2</sub>に関する施設基準                      診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、<u>当該診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。</u>この場合において、<u>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こと。</u>また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</p>

旧 施設基準（通知）抜粋	新 施設基準（通知）抜粋
<p>3 時間外対応加算<sub>2</sub>に関する施設基準</p> <p>(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、<u>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対応できる体制がとられていること。</u>また、<u>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つた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>4・5 (略)</p>	<p>4 時間外対応加算<sub>3</sub>に関する施設基準</p> <p>(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、<u>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。</u><u>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。</u>また、<u>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つた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p><u>5・6</u> (略)</p>

## 認知症地域包括診療加算

項 目	旧点数	新点数
地域包括診療加算 1	25	<u>28</u>
地域包括診療加算 2	18	<u>21</u>
認知症地域包括診療加算 1	35	<u>38</u>
認知症地域包括診療加算 2	28	<u>31</u>

## 【基本的な考え方】

かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療 DXを推進する観点から、要件及び評価を見直す。

## 【具体的な内容】

1. 地域包括診療料等の算定要件に、介護支援専門員及び相談支援員との相談に応じること等を追加する。また、担当医のサービス担当者会議への参加実績、担当医の地域ケア会議への参加実績又は保険医療機関において介護支援専門員と対面若しくは ICT 等での相談の機会を設けていることを施設基準に追加する。
2. 担当医が認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましいことを、地域包括診療料等の要件に追加する。
3. 市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があることを、地域包括診療料等の要件に追加する。
4. 患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方に対応可能であることを、患者に周知することを、地域包括診療料等の要件に追加する。
5. 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加する。
6. 患者やその家族からの求めに応じ、文書を用いた適切な説明を行うことが望ましいことを要件に追加するとともに、文書の交付について、電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーの入力に代えることができることとする。<sup>48</sup>

# A001 再診料 地域包括診療加算

## 旧 算定要件（通知）抜粋

新設

- エ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
- (イ) 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こと。
  - (ロ) 他の保険医療機関と連携の上、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、診療録に記載すること。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であること。
- (ハ)～(ル) (略)

## 新 算定要件（通知）抜粋

- 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システム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。
- オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
- (イ) 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こと。
  - (ロ) 他の保険医療機関と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、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。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であること。
- (ハ)～(ル) (略)

# A001 再診料 地域包括診療加算

旧 算定要件（通知）抜粋	新 算定要件（通知）抜粋
オ～キ（略） （新設）	<p>キ <u>当該保険医療機関に通院する患者について、介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員及び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に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項に規定する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当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。</u></p> <p>ク <u>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。</u></p> <p>ケ <u>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。</u></p> <p>コ～サ（略）</p>

# A001 再診料 地域包括診療加算

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
<p>1 地域包括診療加算 1 に関する施設基準 (1)から(9)までの基準を全て満たしていること。 (1) (略) (2) 当該医療機関に、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」という。) を配置していること。</p> <p>(3) <u>健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。</u></p> <p>(新設)</p>	<p>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) 当該医療機関に、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」という。) を配置していること。なお、<u>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></p> <p>(3) <u>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。</u> ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。 イ <u>当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員 (介護保険法第 7 条第 5 項に規定するものをいう。以下同じ。) 及び相談支援専門員 (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に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準第 3 条に規定するものをいう。以下同じ。) からの相談に適切に対応することが可能であること。</u> ウ <u>患者の状態に応じ、28 日以上 of 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。</u></p> <p>(4) (3)の<u>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。</u></p>

# A001 再診料 地域包括診療加算

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
<p>(4)～(5) (略)</p> <p>(6) (中略)</p> <p>以下のいずれか一つを満たしている。</p> <p>ア～ク (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(7) (略)</p> <p>(8) 以下のいずれか1つを満たしていること。</p> <p>ア 時間外対応加算1、2 <u>又は3</u>の届出を行っていること。</p> <p>イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。</p> <p>ウ 在宅療養支援診療所であること。</p>	<p>(5)～(6)</p> <p>(7) (中略)</p> <p>以下のいずれか一つを満たしている。</p> <p>ア～ク (略)</p> <p><u>ケ 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こと。</u></p> <p>(8) (略)</p> <p>(9) 以下のいずれか1つを満たしていること。</p> <p>ア 時間外対応加算1、2、3 <u>又は4</u>の届出を行っていること。</p> <p>イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。</p> <p>ウ 在宅療養支援診療所であること。</p>

# A001 再診料 地域包括診療加算

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
<p>(新設)</p>         <p>(9) (略) (新設)</p>	<p>(10) 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。 ア 担当医が、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）第 13 条第 9 号に規定するサービス担当者会議に参加した実績があること。 イ 担当医が、「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日付老計発 1018001 号・老振発 1018001 号・老老発 1018001 号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席した実績があること。 ウ 保険医療機関において、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こと。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。</p> <p>(11) (略)</p> <p>(12) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</p>

# A001 再診料 地域包括診療加算

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
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こと。 (1) 1の(1)から(6)まで及び(8)を満たしていること。 (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こと。	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こと。 (1) 1の(1)から(7)まで、(9)、(10)及び(12)を満たしていること。 (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こと。

## [経過措置]

令和6年9月30日までの間に限り、1の(3)、(10)又は(12)を満たしているものとする。

令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)を満たしているものとする。

**第2章 特掲診療料**  
**第1部 医学管理等**  
**第1節 医学管理料等**

# 生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

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のイメージは以下のとおり。

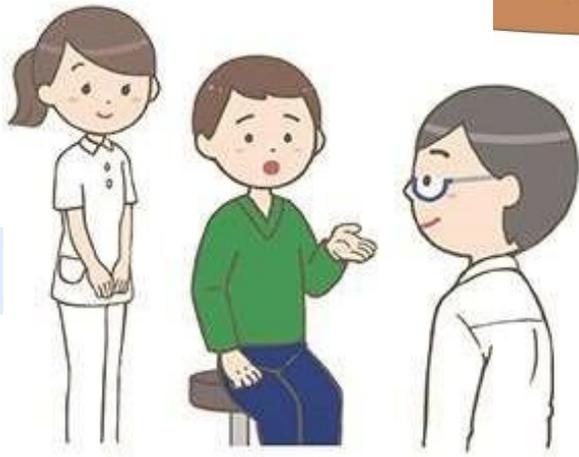


治療に係る情報についての  
**療養計画書を用いた説明**



**医療DXを活用した情報共有の推進**

診療ガイドライン等を参考とした質  
の高い疾病管理



歯科医師、薬剤師、看護師、  
管理栄養士等による**多職種連携**

**糖尿病患者に対する歯科受診の推奨**



**リフィル処方及び長期処方の活用**



# 生活習慣病対策

- 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。
- 1. **生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設**（Ⅱ - 5 - ①）
  - **検査等不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。
- 2. **生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し**（Ⅱ - 5 - ①）
  - 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**。
- 3. **特定疾患療養管理料の見直し**（Ⅱ - 5 - ①）
  - 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。
- 4. **特定疾患処方管理加算の見直し**（Ⅱ - 5 - ②）【投薬】
  - 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**。
- 5. **地域包括診療料等の見直し**（Ⅱ - 5 - ③）
  - 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。
- 6. **慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設**（Ⅲ - 5 - ④）
  - 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、**慢性腎臓病の患者に対して**、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、**患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設**する。

# B001-3 生活習慣病管理料

項目	旧点数	新点数
<b>生活習慣病管理料（Ⅰ）【月1回に限る】</b>		
1 脂質異常症を主病とする場合	570	<u>610</u>
2 高血圧症を主病とする場合	620	<u>660</u>
3 糖尿病を主病とする場合	720	<u>760</u>
血糖自己測定指導加算	500	→
外来データ提出加算 <b>要届出</b>	50	→
<b>生活習慣病管理料（Ⅱ）【月1回に限る】</b>		
<b>血糖自己測定指導加算</b>	<b>新設</b>	<u>333</u>
<b>外来データ提出加算</b> <b>要届出</b>	<b>新設</b>	<u>500</u>
	<b>新設</b>	<u>50</u>

## 【基本的な考え方】

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

## 【具体的な内容】

- 生活習慣病管理料の評価及び要件について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。あわせて、療養計画書について、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。
  - 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。
  - 歯科医師、薬剤師、看護師、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。

旧

## 療養計画書 (初回用)

新

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 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査項目】	<input type="checkbox"/> 身長 ( cm )	【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 □随時 □食後( )時間)
	<input type="checkbox"/> 体重: 現在( kg ) → 目標( kg )		<input type="checkbox"/> HbA1c: 現在( % ) → 目標( % )
	<input type="checkbox"/> BMI ( )		<input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl )
	<input type="checkbox"/> 腹囲: 現在( cm ) → 目標( cm )		<input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl )
	<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)		<input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl )
	<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧( / mmHg)		<input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl )
	<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図		<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

【問診】 <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活
【①達成目標】: 患者と相談した目標
【②行動目標】: 患者と相談した目標
医師氏名 (印)

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える
	<input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項( )
	<input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 節酒: (減らす(種類・量: )を週(回))
	<input type="checkbox"/> 間食: (減らす(種類・量: )を週(回))
	<input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他( ))
	<input type="checkbox"/> 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)

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 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 ))
	<input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・ )
	<input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )
	担当者の氏名 (印)

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である
	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等
	担当者の氏名 (印)

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量
	<input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> その他( )

【服薬指導】	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 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】
-----------------

※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)

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)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 目標: ( kg ) <input type="checkbox"/> BMI: ( ) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧( / mmHg)
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える
	<input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項( )
	<input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 節酒: (減らす(種類・量: )を週(回))
	<input type="checkbox"/> 間食: (減らす(種類・量: )を週(回))
	<input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他( ))
	<input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 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 ))
	<input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・ )
	<input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である
	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等
	担当者の氏名 (印)

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量
	<input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> その他( )

【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl )
	<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 □随時 □食後( )時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl )
	<input type="checkbox"/> HbA1c: ( % ) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl )
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )

【その他】	<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
	<input type="checkbox"/> 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

## 療養計画書 (継続用)

新

## 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)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 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

【検査項目】	【血液検査項目】(採血日 月 日)
<input type="checkbox"/> 体重: 現在( kg) → 目標( kg)	<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 □随時 □食後( )時間)
<input type="checkbox"/> BMI ( )	<input type="checkbox"/> HbA1c: 現在( %) → 目標( %)
<input type="checkbox"/> 腹囲: 現在( cm) → 目標( cm)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl)
<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl)
<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧( / mmHg)	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl)
<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl)
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 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(ウォーキング・ )

時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週(回)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】

※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)

## 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)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 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】	□体重: ( kg) □BMI: ( ) □収縮期/拡張期血圧( / mmHg)
【①目標の達成状況】	□HbA1c: ( %)
【②達成目標】: 患者と相談した目標	
【③行動目標】: 患者と相談した目標	

【重点を置く領域と指導項目】

□食事

今回は、指導の必要なし

食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える

野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項( )

油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他( )

節酒: [減らす(種類・量: )を週(回)]

間食: [減らす(種類・量: )を週(回)]

食べ方: (ゆっくり食べる・その他( ))

食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□運動

今回は、指導の必要なし

運動処方: 種類(ウォーキング・ )

時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週(回)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( )

【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)

( ) □HDLコレステロール ( mg/dl)

□HbA1c: ( %)

※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □LDLコレステロール ( mg/dl)

□その他 ( )

【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)

# B001-3 生活習慣病管理料（I）

旧 算定要件（告示）：抜粋

生活習慣病管理料

注1（略）

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

3・4（略）

新 算定要件（告示）：抜粋

生活習慣病管理料 I

注1（略）

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

3・4（略）

「外来管理加算(再診) 52点」の併算定不可

## 旧 算定要件（通知）抜粋

### 生活習慣病管理料

- (1) 生活習慣病管理料は、(中略)  
当該治療計画に基づく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。(中略)
- (2) 生活習慣病管理料は (中略)  
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が、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。
- (3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等(「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。

## 新 算定要件（通知）抜粋

### 生活習慣病管理料 I

- (1) 生活習慣病管理料 (I) は、(中略) 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。(中略)
- (2) 生活習慣病管理料 (I) は (中略)  
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「A001」の注8に規定する外来管理加算、第1部医学管理等(「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。

旧 算定要件（通知）：抜粋

(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。

(5) 生活習慣病管理料を算定する月においては、（中略）ただし、その場合においても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。

(新設)

新 算定要件（通知）：抜粋

(削除)

(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、（中略）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。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。

(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。

旧 算定要件（通知）：抜粋

(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。

(7) (略)

(8) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣病に関する管理方法の変更、薬物療法の導入、投与内容の変更等、管理方法を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載している。

(9) (略)

(新設)

(10) (略)

(11) 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。

(12)～(14) (略)

新 算定要件（通知）：抜粋

(削除)

(6) (略)

(削除)

(7) (略)

(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を行うこと。

(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、~~歯科を標榜する保険医療機関への受診を促すこと。

(11)～(13) (略)

## 算定要件（告示）

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、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。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる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。
- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部第1節医学管理等、第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。
- (3) 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における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は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

## 算定要件（告示）

- (5) 区分番号 B 0 0 1 - 3 に掲げる生活習慣病管理料（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。
- (6) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料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、所定点数に代えて、290 点を算定する。

## 算定要件（通知）抜粋

(1)～(2) (略)

(3) 当該患者の診療に際して行った「A 0 0 1」の注8に規定する外来管理加算、第2章第1部医学管理等（「B 0 0 1」の「9」外来栄養食事指導料、同「11」集団栄養食事指導料、同「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料、同「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料、「B 0 0 1 - 3 - 2」ニコチン依存症管理料、「B 0 0 1 - 9」療養・就労両立支援指導料、「B 0 0 5 - 14」プログラム医療機器等指導管理料、「B 0 0 9」診療情報提供料（Ⅰ）、「B 0 0 9 - 2」電子的診療情報評価料、「B 0 1 0」診療情報提供料（Ⅱ）、「B 0 1 0 - 2」診療情報連携共有料、「B 0 1 1」連携強化診療情報提供料及び「B 0 1 1 - 3」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)～(10) (略)

(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) (略)

施設基準（告示）抜粋	施設基準（告示）抜粋
<p><u>生活習慣病管理料</u></p> <p>(新設)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p> <p>(新設)</p>	<p><u>生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の施設基準</u></p> <p>(1) <u>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。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(削除)</p> <p>(3) <u>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。</u></p>
施設基準（通知）抜粋	施設基準（通知）抜粋
<p><u>生活習慣病管理料</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(1)～(7) (略)</p>	<p><u>1 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</u></p> <p>(1) <u>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。</u></p> <p>(2) <u>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。</u></p> <p><u>2 生活習慣病管理料(Ⅰ)の注4及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4</u></p> <p>2(1)～(7) (略)</p>

項 目	旧点数	新点数
<b>特定疾患療養管理料（月2回に限る）</b>		
1 診療所の場合	225	→
2 許可病床が100床未満の病院の場合	147	→
3 許可病所が100床以上200床未満の場合	87	→
<b>特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）</b>		
1 診療所の場合	196	→
2 許可病床が100床未満の病院の場合	128	→
3 許可病所が100床以上200床未満の場合	76	→

## 【基本的な考え方】

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

## 【具体的な内容】

3. 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。

(※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。

(※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。

4. より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の**対象疾患を追加**する。

## 旧 施設基準（告示）抜粋

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患

結核  
悪性新生物  
甲状腺障害  
処置後甲状腺機能低下症

糖尿病

スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害  
ムコ脂質症  
リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症

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）

（新設）  
（新設）

## 新 施設基準（告示）抜粋

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患

結核  
悪性新生物  
甲状腺障害  
処置後甲状腺機能低下症

（削除）

スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害  
ムコ脂質症

リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症 （家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）

リポジストロフィー  
ローノア・ベンソード腺脂  
肪腫症

（削除）

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

# B001-2-9 地域包括診療料

要届出

項目	旧点数	新点数
<b>地域包括診療料（月 1 回）</b>		
1 地域包括診療料 1	1,660	→
2 地域包括診療料 2	1,600	→
<b>薬剤適正使用連携加算 （退院又は退所の日を含む月の翌月までに 1 回）</b>	30	→

## 【基本的な考え方】

かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療 DXを推進する観点から、要件及び評価を見直す。

## 【具体的な内容】

1. 地域包括診療料等の算定要件に、**介護支援専門員及び相談支援員との相談に応じること等を追加する。**また、**担当医のサービス担当者会議への参加実績、担当医の地域ケア会議への参加実績又は保険医療機関において介護支援専門員と対面若しくは ICT 等での相談の機会を設けていることを施設基準に追加する。**
2. **担当医が認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましいことを、地域包括診療料等の要件に追加する。**
3. **市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があることを、地域包括診療料等の要件に追加する。**
4. 患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方に対応可能であることを、患者に周知することを、地域包括診療料等の要件に追加する。**
5. 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加する。**
6. 患者やその家族からの求めに応じ、**文書を用いた適切な説明を行うことが望ましいことを要件に追加するとともに、文書の交付について、電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーの入力に代えることができることとする。**

# 生活習慣病・かかりつけ医機能の評価

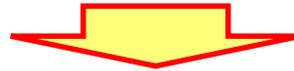
(答申から抜粋し加工)

	外来管理加算 再診料 (注8)	特定疾患療養管理料	生活習慣病管理料	地域包括診療加算 (要届出) 再診料 (注12)
現行 点数	52点	診療所；225点 100床未満；147点 100～200床未満；87点 (月2回限り)	<b>(I)</b> 脂質異常症；570点⇒ <b>610点</b> 高血圧症；620点⇒ <b>660点</b> 糖尿病；720点⇒ <b>760点</b> <b>(II)</b> <b>333点</b> (月1回限り)	加算1；25点⇒ <b>28点</b> 加算2；18点⇒ <b>21点</b>
概要	処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理を行う	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行う	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治療計画を策定し、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧測定、飲酒その他療養を行う問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行う
対象 疾患		別に厚生労働大臣が定める疾患 ( <b>脂質異常症、高血圧症、糖尿病を除く</b> )	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く）
算定 時点	再診時	初診料算定1か月超過以降	初診料算定翌月以降 <b>1月に1回以上の総合的な治療管理</b>	初診時以外
書面 交付	—	—	生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書を交付（署名）	署名付の同意書。直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者は省略可
			<b>電子カルテ情報共有サービスで代用可</b>	
併算定 可能	地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、 <b>生活習慣病管理料</b> ←特定疾患療養管理料は併算定可能	地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、外来管理加算は併算定可能	地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、 <b>外来管理加算</b> は併算定可能。 <b>(I) 検査・注射・病理は包括、投薬は包括外</b> <b>(II) 検査等は包括しない</b>	生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料、外来管理加算は併算定可能。生活習慣病管理料と特定疾患療養管理料を同時算定は不可
処方箋 対応			<b>長期処方・リフィル処方箋対応を揭示し、患者希望時には適切に対応</b>	<b>長期処方・リフィル処方箋対応を揭示、患者希望時は適切に対応</b>

# 生活習慣病に係る診療のレセプトイメージ

## 現行（院外処方）

特定疾患療養管理料を算定する場合		特定疾患療養管理料と地域包括診療加算を算定する場合		生活習慣病管理料を算定する場合		生活習慣病管理料と地域包括診療加算を算定する場合	
再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点
外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点
特定疾患療養管理料 （診療所）	225点	特定疾患療養管理料 （診療所）	225点	生活習慣病管理料	570～720点	生活習慣病管理料	570～720点
処方箋料	68点	処方箋料	68点	処方箋料	68点	処方箋料	68点
特定疾患処方管理加算2	66点	特定疾患処方管理加算2	66点	特定疾患処方管理加算2	66点	特定疾患処方管理加算2	66点
		地域包括診療加算	18～25点			地域包括診療加算	18～25点
計 484点		計 502～509点		計 829～979点		計 847～1004点	



## 改定後（院外処方）

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）と地域包括診療加算を算定する場合		生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する場合		生活習慣病管理料（Ⅱ）と地域包括診療加算を算定する場合	
再診料	75点	再診料	75点	再診料	75点	再診料	75点
生活習慣病管理料（Ⅰ）	610～	生活習慣病管理料（Ⅰ）	610～760点	生活習慣病管理料（Ⅱ）	333点	生活習慣病管理料（Ⅱ）	333点
処方箋料	760点	処方箋料	60点	処方箋料	60点	処方箋料	60点
	60点	地域包括診療加算	21～28点			地域包括診療加算	21～28点
計 745～895点		計 766～923点		計 468点		計 489～496点	

# B001 (37) 慢性腎臓病透析予防指導管理料 (新設)

要届出

項 目	旧点数	新点数
<b>慢性腎臓病透析予防指導管理料</b>		
<b>1 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合 (情報通信機器を用いた場合)</b>	新設	300
<b>2 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合 (情報通信機器を用いた場合)</b>	新設	261
	新設	250
	新設	218

## 【基本的な考え方】

慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防の管理を行うことについて、新たな評価を行う。

## 【具体的な内容】

慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

## 〔対象患者〕

入院中以外の慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く）であって、透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者

# 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

## 慢性腎臓病の透析予防指導管理の算定要件及び施設基準

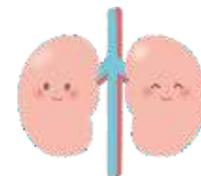
- 慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

### (新) 慢性腎臓病透析予防指導管理料

- 1 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合
- 2 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合

※ 情報通信機器を用いて行った場合は、それぞれ261点、218点

300点  
250点



[算定要件] (抜粋)

慢性腎臓病の患者 (糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。) であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

[施設基準] (抜粋)

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される慢性腎臓病透析予防診療チームが設置されていること
  - ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師 (5年以上の経験)
  - イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師 (3年以上の経験) 又は保健師 (2年以上の経験)
  - ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士 (3年以上の経験)
- (2) (1) のア、イ及びウに掲げる慢性腎臓病透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。
- (3) (1) のア及びイに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。
- (4) (1) に規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。
- (5) 腎臓病教室を定期的実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- (6) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等について、報告を行うこと。

## 算定要件（告示）

- (1)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、**月 1 回に限り算定**する。
- (2)区分番号 B 0 0 1 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号 B 0 0 1 の 11 に掲げる集団 栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。
- (3)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病透析予防指導管理料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、1 又は 2 の所定点数に代えて、**261点又は218 点を算定**する。

## 算定要件（通知）

- (1)慢性腎臓病透析予防指導管理料は、入院中の患者以外の患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）であって慢性腎臓病の患者のうち慢性腎臓病の重症度分類で透析のリスクが高い患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）に対し、医師が透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導の必要性があると認めた場合に、月 1 回に限り算定する。
- (2)当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、(1)の患者に対し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- (3)当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、慢性腎臓病のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。
- (4)当該管理を実施する透析予防診療チームは、慢性腎臓病のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載すること。
- (5)同一月又は同一日においても、「注 2」に規定するものを除き、第 2 章第 1 部の各区分に規定する他の医学管理等及び第 2 部第 2 節第 1 款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。
- (6)当該管理料を算定する場合は、特掲診療料施設基準通知の別添 2 の様式 13 の 10 に基づき、1 年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

## 算定要件（通知）

- (7) 本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。
- (8) 「注3」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。
- (9) 「注3」に規定する点数を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。
  - ア 透析予防診療チームが、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月において、(1)の患者に対し、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用して、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施する。なお、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月にあつては、医師又は当該医師の指示を受けた看護師（又は保健師）若しくは管理栄養士による指導等について、各職種が当該月の別日に指導等を実施した場合においても算定できる。
  - イ 当該指導等の実施に当たっては、透析予防診療チームは、事前に、対面による指導と情報通信機器を用いた診療による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。
  - ウ 透析予防診療チームは、情報通信機器を用いた診療により実施した指導内容、指導実施時間等を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に記載する。

## 施設基準（告示）

- イ 慢性腎臓病透析予防指導管理料の注1に規定する施設基準
  - ① 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
  - ② 当該保険医療機関内に慢性腎臓病に関する指導について十分な経験を有する専任の医師及び看護師又は保健師並びに管理栄養士が適切に配置されていること。
- ロ 慢性腎臓病透析予防指導管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める者透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者
- ハ 慢性腎臓病透析予防指導管理料の注3に規定する施設基準
  - 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。

## 施設基準（通知）

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
  - ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師
  - イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
  - ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- (2) (1)のアに掲げる医師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
- (3) (1)のイに掲げる看護師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を3年以上有する者であること。
- (4) (1)のイに掲げる保健師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を2年以上有する者であること。
- (5) (1)のウに掲げる管理栄養士は、慢性腎臓病の栄養指導に従事した経験を3年以上有する者であること。
- (6) (1)のア、イ及びウに掲げる透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。
- (7) (2)から(4)までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。
- (8) (2)から(5)までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。
- (9) 腎臓病教室を定期的実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。ただし、当該教室はB001の「26」糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室（腎臓病についての内容が含まれる場合に限る。）の実施により代えることとしても差し支えない。
- (10) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定した患者の状態の変化等について、別添2の様式13の10を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

# B001 (22) がん性疼痛緩和指導管理料

## 難治性がん性疼痛緩和指導管理加算 (新設)

要届出

項 目	旧点数	新点数
がん性疼痛緩和指導管理料 (月1回)	200	→
(情報通信機器を用いた場合)	174	→
小児加算	50	→
<b>難治性がん性疼痛緩和指導管理加算</b>	<b>新設</b>	<b>100</b>

### 【基本的な考え方】

がん患者に対する質の高い疼痛緩和治療の提供を更に充実させる観点から、放射線治療及び神経ブロック等の専門的な治療を実施できる体制について、新たな評価を行う。

### 【具体的な内容】

がん性疼痛緩和指導管理料において、放射線治療と神経ブロックを実施する体制及び実績を有する医療機関において、当該治療が必要な患者に対して、診療方針等について文書を用いて説明を行った場合に係る評価を新設する。

旧 算定要件（告知） 抜粋

新 算定要件（告知） 抜粋

(新設)

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

2・3 (略)

3・4 (略)

旧 算定要件（通知） 抜粋

新 算定要件（通知） 抜粋

(1)～(3) (略)

(1)～(3) (略)

(新設)

(4)「注2」に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算は、がん疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロック等の療法について、患者又はその家族等が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように文書を用いて説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

(新設)

(5)「注2」に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算を算定する場合は、説明内容の要点を診療録に記載する。

(4)～(5) (略)

(6)～(7) (略)

旧 施設基準（通知）抜粋

新 施設基準（通知）抜粋

1(1)(2) (略)

(新設)

2 がん性疼痛緩和指導管理料の注3に規定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。

1(1)(2) (略)

- 2 がん性疼痛緩和指導管理料の注2に関する施設基準次に掲げる基準を全て満たしていること。
- (1) 高エネルギー放射線治療の届出を行っていること。
  - (2) 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）を年間合計10例以上実施していること。
  - (3) がん性疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックをがん患者に提供できる体制について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
  - (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

3 がん性疼痛緩和指導管理料の注4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。

【経過措置】

令和7年5月31日までの間に限り、2の(4)に該当するものとみなす。

# B001 (32) 一般不妊治療管理料

項 目	旧点数	新点数
一般不妊治療管理料（3月に1回）	250	→

## 【基本的な考え方】

不妊治療を保険診療で実施する医療機関を広げる観点から、一般不妊治療管理料について要件を見直す。

## 【具体的な内容】

一般不妊治療管理料の施設基準について、「不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。」という要件を医療機関単位の基準から医師単位の基準に見直すとともに、一般不妊治療管理料を算定する保険医療機関についても、生殖補助医療管理料と同様に、情報提供に協力することを要件とする。

旧 施設基準（告示）抜粋	新 施設基準（告示）抜粋
イ～ハ（略）	イ～ハ（略）
ニ <u>一般不妊治療を行うにつき必要な実績を有していること。</u>	（削除）

旧 施設基準（通知）抜粋	新 施設基準（通知）抜粋
<p>(1) (略)</p> <p>(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。</p> <p>(3) <u>当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。</u></p> <p>(4) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(5) <u>令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。</u></p>	<p>(1) (略)</p> <p>(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。<u>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。</u></p> <p>(削除)</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) <u>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。</u></p> <p>(削除)</p>

項 目	旧点数	新点数
小児科外来診療料 (1日につき)		
1 保健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		
イ 初診時	599	<u>604</u>
ロ 再診時	406	<u>410</u>
2 1以外の場合		
イ 初診時	716	<u>721</u>
ロ 再診時	524	<u>528</u>
小児抗菌薬適正使用支援加算	対象疾患追加	80 →

## 【基本的な考え方】

小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、**小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直す**とともに、処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、評価を見直す。

## 【具体的な内容】

小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患に、急性中耳炎及び急性副鼻腔炎を追加する。

## 旧 算定要件（通知）抜粋

(1)～(11)（略）

(12) 「注4」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、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回に限り算定する。なお、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については、算定できない。

## 新 算定要件（通知）抜粋

(1)～(11)（略）

(12) 「注4」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、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あって、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回に限り算定する。なお、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については、算定できない。

## 小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患

急性気道感染症、急性中耳炎(追加)、急性副鼻腔炎(追加)、又は急性下痢症

# B001-2-11 小児かかりつけ診療料

要届出

項 目	旧点数	新点数
小児かかりつけ診療料 1 (1日につき)		
イ 処方箋を交付する場合		
(1) 初診時	641	<u>652</u>
(2) 再診時	448	<u>458</u>
ロ 処方箋を交付しない場合		
(1) 初診時	758	<u>769</u>
(2) 再診時	566	<u>576</u>
小児かかりつけ診療料 2 (1日につき)		
イ 処方箋を交付する場合		
(1) 初診時	630	<u>641</u>
(2) 再診時	437	<u>447</u>
ロ 処方箋を交付しない場合		
(1) 初診時	747	<u>758</u>
(2) 再診時	555	<u>565</u>
小児抗菌薬適正使用支援加算	80	→
	対象疾患追加変更	



## “小児かかりつけ診療料” 変更点のまとめ

### (1)

#### 【基本的な考え方】

小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、**小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直す**とともに、処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、評価を見直す。

#### 【具体的な内容】

**小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患に、急性中耳炎及び急性副鼻腔炎を追加する。**

### (2)

#### 【基本的な考え方】

近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、**時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。**

#### 【具体的な内容】

時間外対応加算の評価体系の見直しの趣旨を踏まえ、小児かかりつけ診療料について、要件を見直す。

### (3)

#### 【基本的な考え方】

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について要件及び評価を見直す。

#### 【具体的な内容】

- 1. 発達障害を疑う児の診察等を行うこと、不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に乗ること、医師が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受講していることが望ましいことを要件に追加する。**
- 2. 上記の見直し、新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児かかりつけ診療料の評価を見直す。**

旧 算定要件（通知）抜粋

(1)～(5) (略)

(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～エ (略)

(新設)

(新設)

オ かかりつけ医として、上記アからエ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エ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に掲示していること。

(新設)

新 算定要件（通知）抜粋

(1)～(5) (略)

(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～エ (略)

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。

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。

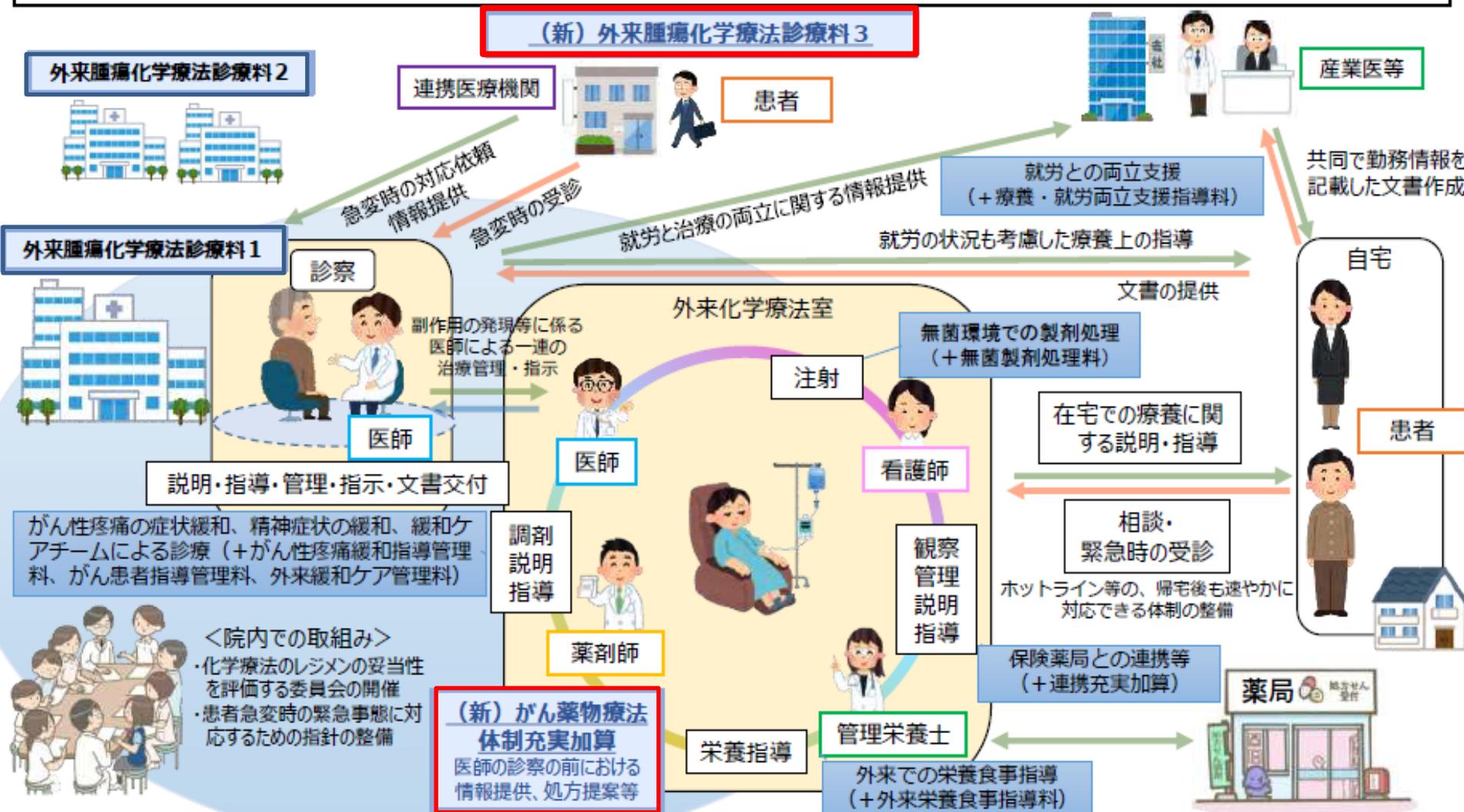
ク キの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。また、令和7年5月31日までの間に限り、クに該当するものとみなすこと。

旧 施設基準（通知）抜粋	新 施設基準（通知）抜粋
<p>1 小児かかりつけ診療料 1 に関する施設基準 (1) (略) (新設)</p> <p>(2) 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する時間外対応加算 1 又は時間外対応加算 2 に係る届出を行っていること。</p> <p>(3) (略) (新設)</p> <p>2 小児かかりつけ診療料 2 に関する施設基準 (1) 1 の(1)及び(3)の基準を満たしていること。</p> <p>(2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する時間外対応加算 3 に係る届出を行っていること。</p> <p>イ (略)</p>	<p>1 小児かかりつけ診療料 1 に関する施設基準 (1) (略) (2) <u>区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。</u></p> <p>(3) 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する時間外対応加算 1 又は<u>時間外対応加算 3</u>に係る届出を行っていること。</p> <p>(4) (略)</p> <p>(5) (1)に掲げる医師は、<u>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。</u></p> <p>2 小児かかりつけ診療料 2 に関する施設基準 (1) 1 の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。</p> <p>(2) (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 「A 0 0 1」の注10 に規定する時間外対応加算 <u>2 又は時間外対応加算 4</u> に係る届出を行っていること。</p> <p>イ (略)</p>

項目	旧点数	新点数
<b>外来腫瘍化学療法診療料 1</b> イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで (2) 4回目以降 □ 抗悪性腫瘍剤の投与その他 <u>イ以外の</u> 必要な治療管理を行った場合	700 <u>新設</u> <u>新設</u> 400	分割 <u>800</u> <u>450</u> <u>350</u>
<b>外来腫瘍化学療法診療料 2</b> イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで (2) 4回目以降 □ 抗悪性腫瘍剤の投与その他 <u>イ以外の</u> 必要な治療管理を行った場合	570 <u>新設</u> <u>新設</u> 270	分割 <u>600</u> <u>320</u> <u>220</u>
<b>外来腫瘍化学療法診療料3</b> イ <u>抗悪性腫瘍剤を投与した場合</u> (1) <u>初回から3回目まで</u> (2) <u>4回目以降</u> □ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合</u>	<u>新設</u> <u>新設</u> <u>新設</u>	<u>540</u> <u>280</u> <u>180</u>
小児加算	200	→
連携充実加算 (月1回)	150	→
<del>バイオ後続品導入初期加算 (月1回 3月限度)</del>	150	<u>削除</u>
<b>がん薬物療法体制充実加算</b>	<u>新設</u>	<u>100</u>

# 外来腫瘍化学療法の実施・推進 (イメージ)

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。



## 【基本的な考え方】

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。

## 【具体的な内容】

1. 外来腫瘍化学療法診療料について、実施医療機関における更なる体制整備等の観点から、次のとおり要件及び評価を見直す。
  - (1) やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時 1 人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に 24 時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新たに設ける。
  - (2) (1)の医療機関からの患者について、当該医療機関と連携する外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出医療機関において副作用等による有害事象等への対応を行った場合の評価を新たに設ける。
  - (3) 「抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合」について、抗悪性腫瘍剤を投与した場合と抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合の評価に細分化する。
  - (4) 外来腫瘍化学療法診療料 1 の施設基準に「がん性疼痛緩和指導管理料」の届出を行っていることを追加する。
  - (5) 外来腫瘍化学療法診療料 1 の施設基準に「がん患者指導管理料の口」の届出を行っていることが望ましいとする要件を追加する。
  - (6) 外来腫瘍化学療法診療料 1 の施設基準に医師の研修要件を追加する。
  - (7) 患者が事業者と共同して作成した勤務情報を記載した文書を、医療機関に提出した場合の療養上の必要な指導の実施について、ウェブサイトに掲載していることが望ましいとする要件を追加する。
  - (8) 患者の急変時等の対応に関する指針を作成することが望ましいとする要件を設ける。
  - (9) 外来化学療法の体制（24 時間対応できる体制があること等）について、ウェブサイトに掲載していることを施設基準に追加する。

# B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

旧 算定要件 (通知) 抜粋	新 算定要件 (通知) 抜粋
<p>(1) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。</p> <p>なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。</p> <p>(3)～(6)(略)</p>	<p>(1) (略)</p> <p>(2) 「1」の「イ」の(1)、「2」の「イ」の(1)又は「3」の「イ」の(1)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を1回目に投与した日から3回目に投与した日に算定し、「1」の「イ」の(2)、「2」の「イ」(2)又「3」の「イ」の(2)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を4回目以降に投与した日に算定する。</p> <p>(3) 「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。</p> <p>また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「1」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書（電子媒体を含む。）により当該外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。</p> <p>(4)～(7) (略)</p>

旧 算定要件（通知） 抜粋

（新設）

(7) 「注6」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。

ア～オ（略）

(8) 「注7」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、当該患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を使用した場合に、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して、3月に限り、月1回に限り算定する。

新 算定要件（通知） 抜粋

(8) 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に1回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。

(9) 「注8」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1のイの（1）を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。

ア～オ（略）

(10) 「注9」に規定するがん薬物療法体制充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1のイの（1）を算定する患者に対して（4）イ及びウに掲げる業務について、医師の指示を受けた薬剤師による業務のうち、医師の診察前に服薬状況、副作用の有無等の情報を患者から直接収集し、評価を行った上で、当該医師に当該患者に係る情報提供、処方提案等を行った場合は、**月1回に限り100点を所定点数に加算する。**なお、必要に応じて、医師の診察後においても、抗悪性腫瘍剤、副作用に対する薬剤等の使い方等について、適宜患者に対して説明を行うこと。

# B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

旧 施設基準（通知）抜粋	新 施設基準（通知）抜粋
<p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1 (1)～(7) (略) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1 (1)～(7) (略) <u>(8)「B001」の「22」がん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。</u> (9)「B001」の「23」がん患者指導管理料の□の届出を行っていることが望ましい。 <u>(10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。</u> <u>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</u> <u>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等</u> (11) <u>患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。</u> (12) <u>患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。</u></p>

# B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

旧 施設基準（通知）抜粋	新 施設基準（通知）抜粋
(新設)	(13) 外来腫瘍化学療法診療料 3 の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、 <u>連携する保険医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する保険医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u>
(新設)	(14) (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、 <u>当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u>
(新設)	(15) (13)及び(14)の掲示事項について、原則として、 <u>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。</u>

**【経過措置】**

- ・令和 6 年 3 月 31 日時点で外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている保険医療機関については、**同年 9 月 30 日**までの間、1 の(10)及び(13)の基準を満たしているものとする。
- ・令和 6 年 3 月 31 日時点で外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている保険医療機関については、**令和 7 年 5 月 31 日**までの間、1 の(15)の基準を満たしているものとする。

旧 施設基準（通知）抜粋

2 外来腫瘍化学療法診療料 2

(1) 1の(1)、(5)及び(6)を満たしていること。

(2)～(3) (略)

(新設)

新 施設基準（通知）抜粋

2 外来腫瘍化学療法診療料 2

(1) 1の(1)、(5)、(6)、(11) 及び(12) を満たしていること。

(2)～(3) (略)

3 外来腫瘍化学療法診療料 3

(1) 1の(1)、(6)、(11) 及び (12) を満たしていること。

(2) 2の(2)及び(3)を満たしていること。

(3) 当該保険医療機関において外来化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

(5) 標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなか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。

(6) 令和7年5月31日までの間に限り、(4)の基準を満たしているものとする。

# 外来腫瘍化学療法診療料の見直し④ (がん薬物療法体制充実加算)

## がん薬物療法体制充実加算の新設

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について収集・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

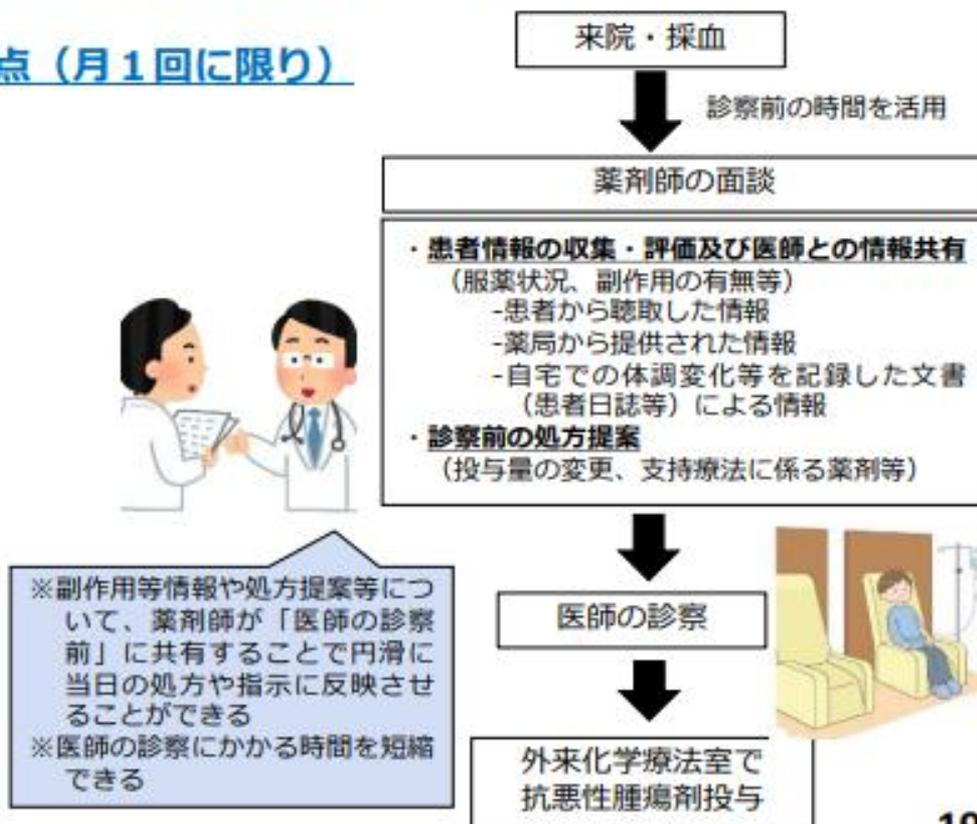
### (新) がん薬物療法体制充実加算 100点(月1回に限り)

#### [算定要件]

外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合に月に1回に限り所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- (1) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。
- (2) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- (3) 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。



# B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
4 連携充実加算 (略)  (新設)	4 連携充実加算 (略)  5 <u>がん薬物療法体制充実加算</u> <u>(1) 外来腫瘍化学療法診療料 1 に係る届出を行っていること。</u> <u>(2) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。</u> <u>(3) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。</u> <u>(4) 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。</u>

項目	旧点数	新点数
1 診断を目的とする場合	750	→
2 その他の場合	500	→

## 【基本的な考え方】

指定難病患者に対する治療について患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（DtoP with D）が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。

## 【具体的な内容】

遠隔連携診療料の対象患者に、**指定難病患者を追加する。**

## 旧 算定要件（告示）抜粋

注1（略）

注2 2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、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、てんかんの治療を目的として、患者の同意を得て、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、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

## 新 算定要件（告示）抜粋

注1（略）

注2 2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、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。

項 目	旧点数	新点数
<del>禁煙治療補助システム指導管理加算(1回に限り)</del> <del>禁煙治療補助システム加算</del>	1 4 0	<b>廃止</b>
<b>プログラム医療機器等指導管理料 (月に1回に限り)</b> <b>導入期加算</b>	<b>新設</b> <b>新設</b>	<b>9 0</b> <b>5 0</b>

## 【基本的な考え方】

健康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について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた療養に係る指導管理に対する評価を新設する。

## 【具体的な内容】

特定保険医療材料として評価されるプログラム医療機器を用いた医学管理等を行った場合の評価を医学管理料として新設するとともに、区分番号 B 1 0 0 に掲げていた禁煙治療補助システム指導管理加算を廃止する。

## 算定要件 (告示)

- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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は、プログラム医療機器等指導管理料として、**月に1回**に限り算定する。
- 2 プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、**導入期加算として、50点を更に所定点数に加算する。**

## 算定要件（通知）

プログラム医療機器等指導管理料は、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 回に限り算定する。具体的には、例えば以下のような場合を指す。

- ア. **ニコチン依存症治療補助アプリ**を用いる場合は、「B 0 0 1 - 3 - 2」に掲げるニコチン依存症管理料の「1」の「イ」又は「2」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
- イ. **高血圧治療補助アプリ**を用いる場合は、高血圧症の医学管理において第 2 章第 1 部第 1 節医学管理料等（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治療補助アプリを算定する場合また、導入期加算は、プログラム医療機器等に係る初回の指導管理の際に、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及び当該プログラム医療機器等の使用方法等の指導を行った場合に算定する。

## 施設基準（告示）

プログラム医療機器等の指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

## 施設基準（通知）

- (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) 高血圧治療補助アプリを用いる場合  
「A 0 0 1」に掲げる**再診料の「注12」の「イ」地域包括診療加算 1**若しくは「ロ」**地域包括診療加算 2**、「B 0 0 1 - 2 - 9」**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「B 0 0 1 - 3」に掲げる**生活習慣病管理料( I )の「2」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。**

# B009 診療情報提供料（1）

項 目	旧点数	新点数
診療情報提供料（1）（患者一人につき月1回）	250	→

### 【基本的な考え方】

精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。

### 【具体的な内容】

診療情報提供料（I）の注4に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加する。

（※）「就労選択支援」について規定する、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等の一部を改正する法律は、令和7年10月1日施行予定。



旧 算定要件（通知）抜粋

(1)～(13) (略)

(14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア～オ (略)

カ 障害者総合支援法第5条第28項に規定する福祉ホーム

(15)～(31) (略)

新 算定要件（通知）抜粋

(1)～(13) (略)

(14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア～オ (略)

カ 障害者総合支援法第5条第28項に規定する就労継続支援を行う事業所  
 なお、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等の一部を改正する法律が令和7年10月1日に施行され、新たに就労選択支援が創設される予定であることを踏まえ、工からカまでに掲げる施設については、同日以降、次の工からキまでに掲げる施設とすること。

工 障害者総合支援法第5条第13項に規定する就労選択支援を行う事業所

オ 障害者総合支援法第5条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所

カ 障害者総合支援法第5条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所

キ 障害者総合支援法第5条第29項に規定する福祉ホーム

(15)～(31) (略)

項目	旧点数	新点数
薬剤情報提供料（月1回に限る。処方変更時は、都度）	10	4
手帳記載加算	3	→

## 【基本的な考え方】

医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から、及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

## 【具体的な内容】

医療DXの推進による効率的な処方体系の整備が進められていること並びに一般名処方加算、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の見直しに伴い、薬剤情報提供料及び処方箋料の点数を見直す。



# **第2部 在宅医療**

## **第1節 在宅患者診療・指導料**

# 機能強化型在宅療養支援診療所 機能強化型在宅療養支援病院

## 施設基準の追加

### 【具体的な内容】

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度の1月から在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。

旧 施設基準（通知）抜粋	新 施設基準（通知）抜粋
<p>(1) 診療所であって、当該診療所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。 ア～チ（略）</p>	<p>(1) 診療所であって、当該診療所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。 ア～チ（略） ツ <u>各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える診療所にあつては、次年度の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。</u></p> <p>※ 機能強化型の在宅療養支援病院についても同じ</p>

### 〔経過措置〕

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。

### 【基本的な考え方】

訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す

### 【具体的な内容】

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。

#### 旧 施設基準（通知）抜粋

- 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) 診療所であって、当該診療所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。  
ア～ソ (略)  
(新設)

#### 新 施設基準（通知）抜粋

- 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) 診療所であって、当該診療所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。  
ア～ソ (略)  
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。  
※機能強化型在支診（連携型）、その他在支診についても同様

### 【経過措置】

令和6年3月31日において在支診、在支病の届出を行っている医療機関の場合は令和7年5月31日までの間の期間に限り該当するものとみなす。

### 【基本的な考え方】

訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す

### 【具体的な内容】

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。

旧 施設基準（通知）抜粋	新 施設基準（通知）抜粋
<p>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)</p> <p>(1) 診療所であって、当該診療所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。 ア～タ (略) (新設)</p>	<p>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)</p> <p>(1) 病院であって、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。 ア～タ (略) チ <u>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有していること。</u></p> <p>※<u>機能強化型在支病（連携型）、その他在支病についても同様。</u></p>

### 【経過措置】

令和6年3月31日において在支診、在支病の届出を行っている医療機関の場合は令和7年5月31日までの間の期間に限り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

## 在宅療養後方支援病院

### 施設基準の追加

#### 【基本的な考え方】

医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟について、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを踏まえ、要件を見直す。

#### 【具体的な内容】

在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

旧 施設基準（通知）抜粋	新 施設基準（通知）抜粋
<p>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) 病院であって、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。 ア～タ（略） （新設）</p>	<p>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) 病院であって、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。 ア～タ（略） チ <u>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。</u></p>

※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院、機能強化型以外の在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟についても同様。

## (参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	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					
全ての在支病の基準	「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 <sup>※</sup> 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					
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	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	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 許可病床数200床以上</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul>	
	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	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				
	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					
	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。					

# C000往診料 介護保険施設等連携往診加算(新設)

項目	旧点数	新点数
<b>介護保険施設等連携往診加算</b>	<b>新設</b>	<b>200</b>

### 【基本的な考え方】

介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、**介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。**

### 【具体的な内容】

介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、定期的なカンファレンスを実施するなど、**平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合の評価を新設する。**

### 【対象患者】

往診を行う保険医の所属する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者

# C000往診料 介護保険施設等連携往診加算(新設)

## 算定要件（通知より）

(30)「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算は、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。以下この項において「介護保険施設等」という。）において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て往診を行った際に、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した場合に限り算定できる。**この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。なお、この項において「特別の関係」とは、当該保険医療機関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は特別の関係にあると認められる。

ア 当該保険医療機関の開設者が、当該介護保険施設等の開設者と同一の場合

イ 当該保険医療機関の代表者が、当該介護保険施設等の代表者と同一の場合

ウ 当該保険医療機関の代表者が、当該介護保険施設等の代表者の親族等の場合

エ 当該保険医療機関の理事・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 を超える場合

オ (ア)から(エ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関が、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。）

# C000往診料 介護保険施設等連携往診加算(新設)

## 施設基準（通知）

- (1) 当該保険医療機関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こと。
- ア 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して定められている保険医療機関であること。なお、当該保険医療機関は、当該介護保険施設等との間で以下の取り決めを行っていること。
- (イ) 当該介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等において、当該保険医療機関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こと。
- (ロ) 当該介護保険施設等の求めがあった場合において、当該保険医療機関が診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 当該保険医療機関において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該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、緊急時の注意事項等について、事前に介護保険施設等の管理者等に対して説明の上、提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該医療機関の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。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、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こと。
- 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。

# C000往診料 介護保険施設等連携往診加算(新設)

## 施設基準（通知）

- (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。
- ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。
- (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介護保険施設等の協力医療機関として定められている保険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こと。
- (ロ) 往診を行う患者が入所している介護保険施設等と当該介護保険施設等の協力医療機関として定められている医療機関において、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を実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- イ 往診を行う患者が入所している介護保険施設等と当該介護保険施設等の協力医療機関として定められている医療機関において、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を実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- (3) 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において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

### [経過措置]

令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)に該当するものとみなす。

# C000往診料 往診時医療情報連携加算 (新設)

項目	旧点数	新点数
往診時医療情報連携加算	新設	200

### 【基本的な考え方】

地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院と連携体制を構築している在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

### 【具体的な内容】

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関において訪問診療を実施している患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が当該他の保険医療機関と定期的にカンファレンスを行っていること又はICTを用いて診療情報や患者の急変時の対応方針について最新の情報を確認できること等により、**平時からの連携体制を構築した上で、当該在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が往診を行った場合の評価を新設する。**

### 【対象患者】

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において、訪問診療を受けている患者

### 算定要件 (通知)

「注9」に規定する往診時医療情報連携加算は、他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により当該他の保険医療機関が定期的に訪問診療を行っ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(以下「診療情報等」という。)の共有を行っている保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）が、当該患者（当該他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に対応を行う予定の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の医療機関名、電話番号及び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、**当該他の保険医療機関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にして、往診を行った場合において算定できる。**この場合、当該他の保険医療機関名、参考にした診療情報等及び診療の要点を診療録に記録すること。

# C000往診料 在宅ターミナルケア加算 (新設)

## 看取り加算 (新設)

項 目	旧点数	新点数
<b>在宅ターミナルケア加算</b>		
<b>イ 有料老人ホーム等に入所する患者以外の患者</b>		
<b>(1) 強化型支援診・強化型支援病の場合</b>		
①病床を有する場合	新設	6,500
②病床を有しない場合	新設	5,500
<b>(2) 支援診・支援病の場合 ( (1) 以外)</b>	新設	4,500
<b>(3) (1) 及び (2) に掲げるもの以外の場合</b>	新設	3,500
<b>ロ 有料老人ホーム等に入所する患者</b>		
<b>(1) 強化型支援診・強化型支援病の場合</b>		
①病床を有する場合	新設	6,500
②病床を有しない場合	新設	5,500
<b>(2) 支援診・支援病の場合 ( (1) 以外)</b>	新設	4,500
<b>(3) (1) 及び (2) に掲げるもの以外の場合</b>	新設	3,500
<b>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</b>	新設	1,000
<b>在宅療養実績加算 1</b>	新設	750
<b>在宅療養実績加算 2</b>	新設	500
<b>酸素療法加算</b>	新設	2,000
<b>看取り加算</b>	新設	3,000

### 【基本的な考え方】

本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算等について、算定要件を見直す。

# C000往診料 在宅ターミナルケア加算 (新設) 看取り加算 (新設)

## 【具体的な内容】

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。

## 算定要件 (通知)

- (12) 「注3」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に「B004」退院時共同指導料1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。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、他の関係者と連携の上対応すること。なお、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定している場合は、「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「注6」に規定する在宅ターミナルケア加算又は「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「注5」に規定する在宅ターミナルケア加算を算定すること。
- (13) 「注3のイ」及び「注3のロ」に規定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「C002-2」施設入居時等医学総合管理料の（3）において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 障害者総合支援法に規定する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 介護保険法第8条第19項に規定する小規模多機能型居宅介護又は同法第8条第23項に規定する複合型サービスにおける宿泊サービスを利用中の患者
- (14) 「注3」に規定する酸素療法加算は、悪性腫瘍と診断されている患者に対し、死亡した月において、在宅酸素療法を行った場合に算定する。在宅酸素療法を指示した医師は、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と同時に、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を行うこと。酸素療法加算を算定した月については、「C103」在宅酸素療法指導管理料、「C107」在宅人工呼吸指導管理料、「C157」酸素ボンベ加算、「C158」酸素濃縮装置加算、「C159」液化酸素装置加算、「C164」人工呼吸器加算、「J018」喀痰吸引、「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、「J024」酸素吸入、「J024-2」突発性難聴に対する酸素療法、「J025」酸素テント、「J026」間歇的陽圧吸入法、「J026-2」鼻マスク式補助換気法、「J026-3」体外式陰圧人工呼吸器治療及び「J045」人工呼吸は算定できない。

# C000往診料 在宅ターミナルケア加算 (新設) 看取り加算 (新設)

## 【具体的な内容】

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。

## 算定要件 (通知)

(15) 「注4」に規定する看取り加算は、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する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

## 「在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の見直し」

### 現行

#### 【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は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。

### 改定後

#### 【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者若しくは退院時共同指導を行った患者が、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。

厚生労働省3/5説明資料より

# C000往診料 緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算

➤ 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。

往診料	以下のいずれかに該当する場合			その他の場合
	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			
	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	
	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	<u>325点</u>
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	<u>405点</u>
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	<u>485点</u>

- 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。

# C000往診料 緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算

## 【具体的な内容】

往診を行う医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う医療機関と事前に往診に関する連携体制を構築している他の医療機関において訪問診療を行っている患者、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及び往診を行う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している患者に対する往診以外の往診について緊急の 往診に係る評価を見直す。

## 【別に厚生労働大臣が定める患者】

- (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（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もの
- (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（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もの
- (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老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームに入所する患者

C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

C003 在宅がん医療総合診療料

**在宅医療DX情報活用加算（新設）**

項 目	旧点数	新点数
<b>在宅医療DX情報活用加算（月1回）</b>	<b>新設</b>	<b>10</b>

**【基本的な考え方】**

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで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。

**【具体的な内容】**

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。

**【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

C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

C003 在宅がん医療総合診療料

## 在宅医療DX情報活用加算（新設）

## 算定要件（告示）

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により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は、在宅医療DX情報活用加算として、**月1回に限り10点を所定点数に加算する**。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

**医療情報取得加算、医療DX推進体制整備加算、在宅医療DX情報活用加算、訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は算定不可**



## 在宅医療DX情報活用加算 (新設)

## 施設基準 (通知)

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する**電子資格確認 (以下「オンライン資格確認」という。)**を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) **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こと。
- (4) 「電子処方箋管理サービスの運用について」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。)に基づく**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。**
- (5) 国等が提供する**電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。**
- (6) 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。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。
  - 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。**

## [経過措置]

- ・令和7年3月31日までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。**(電子処方箋)**
- ・令和7年9月30日までの間に限り、(5)の基準に該当するものとみなす。**(電子カルテ情報共有システム)**
- ・令和7年9月30日までの間に限り、(6)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。
- ・令和7年5月31日までの間に限り、(7)の基準に該当するものとみなす。**(ウェブサイトへの掲載)**

# C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）注12（減算規定）

項 目	旧点数	新点数
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）		
在宅患者訪問診療料 1		
同一建物居住者以外の場合	888	→
同一建物居住者の場合	213	→

**【基本的な考え方】**

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供を推進するため、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、一人あたりの訪問診療の頻度が高い場合における在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

**【具体的な内容】**

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。

## 新 算定要件（告示）

注12-1について、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。

※ 在宅患者訪問診療証（Ⅱ）についても同様

# C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）注12（減算規定）

## 施設基準（通知）抜粋

在宅療養支援診療所において次のアに掲げる数をイに掲げる数で除した値が 12 未満であること。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 7 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 7 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。）

### 【別表第 7 に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病】

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及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度が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、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・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、頸髄損傷、

人工呼吸器を使用している状態

**【基本的な考え方】**

より質の高い在宅医療の提供を適切に評価する観点から、訪問診療の算定回数等に応じて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。

**【具体的な内容】**

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。
2. 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。
3. 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。

機能強化在支診・在支病

※ 処方箋を交付しない場合は300点を加算

区分	病床	項目	別に定める状態 月2回以上			月2回以上			月1回		
			1人	2~9人	それ以外	1人	2~9人	それ以外	1人	2~9人	それ以外
機能強化型	有	在	5,400	4,500	2,880	4,500	2,400	1,200	2,760	1,500	780
		施	3,900	3,240	2,880	3,200	1,700	1,200	1,980	1,080	780
	無	在	5,000	4,140	2,640	4,100	2,200	1,100	2,520	1,380	720
		施	3,600	2,970	2,640	2,900	1,550	1,100	1,800	990	720

人数による区分の増設と点数の見直し

区分	病床	項目	別に定める状態 月2回以上					月2回以上					月1回				
			1人	2~9人	10~19人	20~49人	それ以外	1人	2~9人	10~19人	20~49人	それ以外	1人	2~9人	10~19人	20~49人	それ以外
機能強化型	有	在	5,385	4,485	2,865	2,400	2,110	4,485	2,385	1,185	1,065	905	2,745	1,485	765	670	575
		施	3,885	3,225	2,865	2,400	2,110	3,185	1,685	1,185	1,065	905	1,965	1,065	765	670	575
	無	在	4,985	4,125	2,625	2,205	1,935	4,085	2,185	1,085	970	825	2,505	1,365	705	615	525
		施	3,585	2,955	2,625	2,205	1,935	2,885	1,535	1,085	970	825	1,785	975	705	615	525

※ 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、要件の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。

機能強化在支診・在支病

情報通信機器

※ 処方箋を交付しない場合は300点を加算

区分	病床	項目	月2回以上うち1回以上情報通信機器			月1回（2月に1回情報通信機器）		
			1人	2～9人	それ以外	1人	2～9人	それ以外
機能強化型	有	在	3,029	1,685	880	1,515	843	440
		施	2,249	1,265	880	1,125	633	440
	無	在	2,789	1,565	820	1,395	783	410
		施	2,069	1,175	820	1,035	588	410

人数による区分の増設と点数の見直し

区分	病床	項目	月2回以上うち1回以上情報通信機器					月1回（2月に1回情報通信機器）				
			1人	2～9人	10～19人	20～49人	それ以外	1人	2～9人	10～19人	20～49人	それ以外
機能強化型	有	在	3,014	1,670	865	780	660	1,500	828	425	373	317
		施	2,234	1,250	865	780	660	1,110	618	425	373	317
	無	在	2,774	1,550	805	720	611	1,380	768	395	344	292
		施	2,054	1,160	805	720	611	1,020	573	395	344	292

※ 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、要件の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。

在支診・在支病

※ 処方箋を交付しない場合は300点を加算

区分	病床	項目	別に定める状態 月2回以上			月2回以上			月1回		
			1人	2~9人	それ以外	1人	2~9人	それ以外	1人	2~9人	それ以外
非強化型		在	4,600	3,780	2,400	3,700	2,000	1,000	2,300	1,280	680
		施	3,300	2,700	2,400	2,600	1,400	1,000	1,640	920	680

人数による区分の増設と点数の見直し

区分	病床	項目	別に定める状態 月2回以上					月2回以上					月1回				
			1人	2~9人	10~19人	20~49人	それ以外	1人	2~9人	10~19人	20~49人	それ以外	1人	2~9人	10~19人	20~49人	それ以外
非強化型		在	4,585	3,765	2,385	2,010	1,765	3,685	1,985	985	875	745	2,285	1,265	665	570	490
		施	3,285	2,685	2,385	2,010	1,765	2,585	1,385	985	875	745	1,625	905	665	570	490

※ 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、要件の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。

在支診・在支病

情報通信機器

※ 処方箋を交付しない場合は300点を加算

区分	病床	項目	月2回以上うち1回以上情報通信機器			月1回（2月に1回情報通信機器）		
			1人	2～9人	それ以外	1人	2～9人	それ以外
非強化型		在	2,569	1,465	780	1,285	733	390
		施	1,909	1,105	780	955	553	390



人数による区分の増設と点数の見直し

区分	病床	項目	月2回以上うち1回以上情報通信機器					月1回（2月に1回情報通信機器）				
			1人	2～9人	10～19人	20～49人	それ以外	1人	2～9人	10～19人	20～49人	それ以外
非強化型		在	2,554	1,450	765	679	578	1,270	718	375	321	275
		施	1,894	1,090	765	679	578	940	538	375	321	275

※ 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、要件の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。

在支診・在支病以外

※ 処方箋を交付しない場合は300点を加算

区分	病床	項目	別に定める状態 月2回以上			月2回以上			月1回		
			1人	2~9人	それ以外	1人	2~9人	それ以外	1人	2~9人	それ以外
その他		在	3,450	2,835	1,800	2,750	1,475	750	1,760	995	560
		施	2,450	2,025	1,800	1,950	1,025	750	1,280	725	560

人数による区分の増設と点数の見直し

区分	病床	項目	別に定める状態 月2回以上					月2回以上					月1回				
			1人	2~9人	10~19人	20~49人	それ以外	1人	2~9人	10~19人	20~49人	それ以外	1人	2~9人	10~19人	20~49人	それ以外
その他		在	3,435	2,820	1,785	1,500	1,315	2,735	1,460	735	655	555	1,745	980	545	455	395
		施	2,435	2,010	1,785	1,500	1,315	1,935	1,010	735	655	555	1,265	710	545	455	395

※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、要件の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。

在支診・在支病以外

情報通信機器

※ 処方箋を交付しない場合は300点を加算

区分	病床	項目	月2回以上うち1回以上情報通信機器			月1回（2月に1回情報通信機器）		
			1人	2～9人	それ以外	1人	2～9人	それ以外
その他		在	2,029	1,180	660	1,015	590	330
		施	1,549	910	660	775	455	330



人数による区分の増設と点数の見直し

区分	病床	項目	月2回以上うち1回以上情報通信機器					月1回（2月に1回情報通信機器）				
			1人	2～9人	10～19人	20～49人	それ以外	1人	2～9人	10～19人	20～49人	それ以外
その他		在	2,014	1,165	645	573	487	1,000	575	315	264	225
		施	1,534	895	645	573	487	760	440	315	264	225

※ 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、要件の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。

※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、要件の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。

### 施設基準（通知）抜粋

3 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

直近3月間の当該保険医療機関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。）の訪問診療回数の合算が2,100回未満であること。なお、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) 当該保険医療機関において、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。
- (2) 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。なお、ここでいう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、「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002-2」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をいう。
- (3) 当該保険医療機関において、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。
- (4) 当該保険医療機関において、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「特掲診療料の施設基準等」別表第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割以上であること。

4 届出に関する事項

(1) 略

(2) 「3」については、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。）に規定する基準を満たさない場合には、満たさなくなった月の翌月に別添 2 の様式 19 の 2 を用いて届出を行うこと。

(3) 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を行っている保険医療機関病院については、同年9月30日までの間に限り、「3」に該当するものとみなす。

## C002在宅時医学総合管理料 注7

## 人数による区分の増設

項 目	旧点数	新点数
イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	400	→
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200	→
(3) <del>(1)及び(2)</del> 以外単一建物診療患者が10人以上19以下の場合	100	→
<u>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	新設	<u>85</u>
<u>(5) (1)から(4)まで以外の場合</u>	新設	<u>75</u>
ロ 在宅療養実績加算1		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300	→
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150	→
(3) <del>(1)及び(2)</del> 以外単一建物診療患者が10人以上19以下の場合	75	→
<u>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	新設	<u>63</u>
<u>(5) (1)から(4)まで以外の場合</u>	新設	<u>56</u>
ハ 在宅療養実績加算2		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	200	→
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	100	→
(3) <del>(1)及び(2)</del> 以外単一建物診療患者が10人以上19以下の場合	50	→
<u>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	新設	<u>43</u>
<u>(5) (1)から(4)まで以外の場合</u>	新設	<u>38</u>

# C002-2 施設入居時等医学総合管理料 注3

人数による区分の増設

項 目	旧点数	新点数
イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300	→
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150	→
(3) <del>(1) 及び (2)</del> 以外 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合	75	→
<u>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	新設	<u>63</u>
<u>(5) (1)から(4)まで以外の場合</u>	新設	<u>56</u>
ロ 在宅療養実績加算1		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	225	→
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	110	→
(3) <del>(1) 及び (2)</del> 以外 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合	56	→
<u>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	新設	<u>47</u>
<u>(5) (1)から(4)まで以外の場合</u>	新設	<u>42</u>
ハ 在宅療養実績加算2		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	150	→
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	75	→
(3) <del>(1) 及び (2)</del> 以外 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合	40	→
<u>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	新設	<u>33</u>
<u>(5) (1)から(4)まで以外の場合</u>	新設	<u>30</u>

# 頻回訪問加算

項 目	旧点数	新点数
<b>頻回訪問加算</b>	<b>600</b>	<b>分割</b>
<b>イ 初回の場合</b>	<b>新設</b>	<b>800</b>
<b>ロ 2回目以降の場合</b>	<b>新設</b>	<b>300</b>

【基本的な考え方】  
在宅医療における患者の状態に応じた評価をより適切に推進する観点から、頻回訪問加算について、要件及び評価を見直す。

【具体的な内容】  
頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

旧 算定要件（告示）	新 算定要件（告示）
<p>注5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、<u>頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>注5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、<u>頻回訪問加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p style="margin-left: 20px;">イ 初回の場合 800点</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 2回目以降の場合 300点</p> <p>※ <u>施設入居時等医学総合管理料においても同様。</u></p>

# 包括的支援加算

## 対象患者の見直し

**【基本的な考え方】**  
在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、対象患者を見直す。

- 【具体的な内容】**
1. 包括的支援加算について、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）。
  2. 包括的支援加算の対象患者に新たに「**麻薬の投薬を受けている状態**」を追加する。

別表八の三（旧） 別に厚生労働大臣が定める状態の患者	別表第八の三（新） 別に厚生労働大臣が定める状態の患者
<p><u>要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態</u> 日常生活に支障を来たすよう症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態 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</p> <p><u>（新設）</u> 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</p>	<p><u>要介護三以上の状態又はこれに準ずる状態</u> 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 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</p> <p><u>麻薬の投薬を受けている状態</u> 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</p>

C002在宅時医学総合管理料 C002-2施設入居時等医学総合管理料

C003在宅がん医療総合診療料

## 在宅医療情報連携加算(新設)

項目	旧点数	新点数
在宅医療情報連携加算(月1回)	新設	100

## 【基本的な考え方】

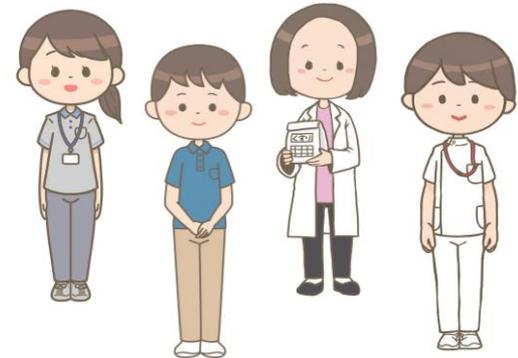
在宅での療養を行っている患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・ケアに携わる関係職種が ICT を用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。

## 【具体的な内容】

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。



医療・ケアに関わる関係職種  
とのICTを用いた情報の共有



連携する事業所等の職員 159

## 在宅医療情報連携加算(新設)

### 算定要件 (通知)

(30) 在宅時医学総合管理料の「注 15」及び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在宅時医学総合管理料の「注 15」に規定する在宅医療情報連携加算は、在宅での療養を行っている患者に対し、訪問診療を行っている保険医療機関の医師が、連携する他の保険医療機関等に所属する患者の医療・ケアに関わる医療関係職種及び介護関係職種等（以下「医療関係職種等」という。）により I C T 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できる。なお、算定に当たっては以下の要件をいずれも満たす必要があること。

ア 以下について、患者からの同意を得ていること。

(イ) 当該保険医療機関の医師が、医療関係職種等により I C T 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) 医師が診療を行った際の診療情報等について I C T を用いて記録し、医療関係職種等に共有すること。

イ 訪問診療を行った日に当該保険医療機関の職員が、次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無について、I C T 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、当該患者の治療方針に変更があった場合には、医師がその変更の概要について同様に記録すること。

ウ 訪問診療を行った日に医師が、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おいて、当該留意点を I C T 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 当該保険医療機関の患者の医療・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 I C T 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、医療関係職種等が当該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 訪問診療を行う場合に、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(当該保険医療機関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等が記録した情報を除く。)を I C T を用いて取得した数が 1 つ以上であること。なお、当該情報は当該保険医療機関において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。

## 在宅医療情報連携加算(新設)

### 施設基準 (通知)

- (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、在宅医療情報連携加算又は在宅歯科医療情報連携加算を算定する保険医療機関と連携する他の保険医療機関、介護保険法に定める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若しくは施設サービス事業者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に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）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医療機関であること。
- (2) 当該医療機関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) 地域において、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。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- (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。
- (5) (4)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。

#### [経過措置]

令和7年5月31日までの間に限り、(5)に該当するものとみなす。

**C002在宅時医学総合管理料 C002-2施設入居時等医学総合管理料**  
**在宅療養移行加算**

項目	旧点数	新点数
<b>イ 在宅療養移行加算 1</b>	<b>新設</b>	<b>316</b>
<b>ロ 在宅療養移行加算 <del>1</del> 2</b>	<b>216</b>	<b>216</b>
<b>ハ 在宅療養移行加算 3</b>	<b>新設</b>	<b>216</b>
<b>ニ 在宅療養移行加算 <del>2</del> 4</b>	<b>116</b>	<b>116</b>

**【基本的な考え方】**

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、在宅での療養を行っている患者が安心して 24 時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点 から、在宅療養移行加算の評価を見直す。

**【具体的な内容】**

在宅療養移行加算について、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。

**旧 算定要件 (通知)**

(20) 在宅時医学総合管理料の「注 9」又は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在宅時医学総合管理料の「注 9」に規定する在宅療養移行加算 1 及び 2 は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を 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に、以下により算定する。

**新 算定要件 (通知)**

(20) 在宅時医学総合管理料の「注 9」又は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在宅時医学総合管理料の「注 9」に規定する在宅療養移行加算 1、2、3 及び 4 は、保険医療機関（在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院を除く。）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、当該保険医療機関が訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。

**病院でも算定可能に**

## 在宅療養移行加算

## 旧 算定要件（通知）

ア 在宅療養移行加算 1 については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算 1 を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。

- (イ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24 時間の往診体制及び 24 時間の連絡体制を有していること。
- (ロ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。
- (ハ) 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

(新設)

## 新 算定要件（通知）

ア 在宅療養移行加算 1 については、以下の全ての要件を、在宅療養移行加算 2 については、以下の(イ)から(ハ)を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算 1 又は 2 を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。

- (イ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24 時間の往診体制及び 24 時間の連絡体制を有していること。
- (ロ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。
- (ハ) 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。
- (二) 当該医療機関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、当該医療機関と連携する医療機関との月に 1 回程度の定期的なカンファレンスにより当該連携医療機関に適切に提供していること。ただし、当該情報について I C T 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場合はこの限りでない。

## 在宅療養移行加算

## 旧 算定要件（通知）

イ 在宅療養移行加算<sub>2</sub>については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算<sub>2</sub>を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。

(イ) 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。

(ロ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24 時間の連絡体制を有していること。

(ハ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関、連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

(ニ) 当該医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

(新設)

## 新 算定要件（通知）

イ 在宅療養移行加算<sub>3</sub>については、以下の全ての要件を、在宅療養移行加算<sub>4</sub>については以下の(イ)から(ニ)を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算<sub>3</sub>又は<sub>4</sub>を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。

(イ) 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。

(ロ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24 時間の連絡体制を有していること。

(ハ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該医療機関、連携する他の医療機関、連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

(ニ) 当該医療機関又は連携する他の医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

(ホ) 当該医療機関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、当該医療機関と連携する他の医療機関との月 1 回程度の定期的なカンファレンスにより連携する他の医療機関に適切に提供していること。ただし、当該情報について I C T 等を活用して連携する他の医療機関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。

## (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。

項目	旧点数	新点数
<b>在宅がん医療総合診療料（1日につき、1週を単位として算定）</b>		
<b>1 強化型在支診・在支病</b>		
<b>イ 病床を有する場合</b>		
(1) 処方箋を交付する場合	1,800	<b>1,798</b>
(2) 処方箋を交付しない場合	2,000	→
<b>ロ 病床を有しない場合</b>		
(1) 処方箋を交付する場合	1,650	<b>1,648</b>
(2) 処方箋を交付しない場合	1,850	→
<b>2 1以外の在支診・在支病</b>		
<b>イ 処方箋を交付する場合</b>	1,495	<b>1,493</b>
<b>ロ 処方箋を交付しない場合</b>	1,685	→
<b>死亡診断加算</b>	200	→
<b>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</b>	150	→
<b>在宅療養実績加算 1</b>	110	→
<b>在宅療養実績加算 2</b>	75	→
<b>小児加算（週1回）</b>	1,000	→

【具体的な内容】

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、処方箋を交付する場合の在宅がん医療総合診療料の点数を見直す。

# C007 訪問看護指示料

指示書等への主たる傷病の傷病名コードの記載することを要件に追加

項 目	旧点数	新点数
訪問看護指示料	300	→

### 【基本的な考え方】

より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

### 【具体的な内容】

令和6年6月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の主たる傷病名について、傷病名コードを記載することとし、当該様式の見直しを行う。

### 旧 算定要件（抜粋）

(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。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。

### 新 算定要件（抜粋）

(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。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**。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。

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

患者氏名	生年月日		年	月	日	( 歳 )					
患者住所	電話 ( ) -										
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)								
傷病名コード											
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状態										
	投与中の薬剤 の用量・用法	1.	2.								
	日常生活 自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020分類		D 3	D 4	D 5	N P U A P 分類			III度	IV度
	装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置	2. 透析液供給装置	3. 酸素療法 ( 1/min)							
		4. 吸引器	5. 中心静脈栄養	6. 輸液ポンプ							
留意事項及び指示事項											
I 療養生活指導上の留意事項											
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ( 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 )											
2. 褥瘡の処置等											
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理											
4. その他											
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)											
緊急時の連絡先 不在時の対応											
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)											
他の訪問看護ステーションへの指示 ( 無 有 : 指定訪問看護ステーション名 )											
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ( 無 有 : 訪問介護事業所名 )											

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX.)  
医師氏名

印

事業所

殿

精神科訪問看護指示書

指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

患者氏名	生年月日		年	月	日	( 歳 )
患者住所	電話 ( ) -				施設名	
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)			
傷病名コード						
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状況					
	投与中の薬剤 の用量・用法					
	病名告知	あり ・ なし				
	治療の受け入れ					
	複数名訪問の必要性	あり ・ なし				
	理由:	1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 ( )				
	短時間訪問の必要性	あり ・ なし				
複数回訪問の必要性	あり ・ なし					
日常生活自立度	認知症の状況 ( I IIa IIb IIIa IIIb IV M )					
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項						
1 生活リズムの確立						
2 家事能力、社会技能等の獲得						
3 対人関係の改善 (家族含む)						
4 社会資源活用の支援						
5 薬物療法継続への援助						
6 身体合併症の発症・悪化の防止						
7 その他						
緊急時の連絡先 不在時の対応法						
主治医との情報交換の手段						
特記すべき留意事項						

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX.)  
医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿

# C015 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料（新設）

項目	旧点数	新点数
<b>在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料（月1回）</b>	<b>新設</b>	<b>200</b>

**【基本的な考え方】**

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を新設する。

**【具体的な内容】**

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を新設する。

**【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

**主な算定要件（通知）**

- (1) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料は、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、当該患者に関わる医療関係職種及び介護関係職種等（以下単に「関係職種」という。）によりICTを用いて記録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（以下単に「当該患者の情報」という。）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である。
- (2) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料は、**過去30日以内に「C002」の「注15」（「C002-2」の「注5」の規定により準用する場合を含む）又は「C003」の注9規定する在宅医療情報連携加算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回に限り算定する。
- (3) 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、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及び患者に行った指導の要点を診療録に記載すること。**
- (4) 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。

# C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

項目	旧点数	新点数
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1	2,250	→
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2	250	→
<b>情報通信機器を用いた場合</b> <b>要届出</b>	<b>新設</b>	<b>218</b>

### 【基本的な考え方】

情報通信機器を用いた診療における閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸（C PAP）療法を実施する際の基準を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理について、新たな評価を行う。

### 【具体的な内容】

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設する。

### 【主な算定要件】

注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、2 の所定点数に代えて、218点を算定する。

### 施設基準（通知）

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

# C108在宅麻薬等注射指導管理料

## 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料

項 目	旧点数	新点数
<b>在宅悪性腫瘍等患者指導管理料</b> <b>在宅麻薬等注射指導管理料</b>	1,500	<b>分割</b>
<div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold;">名称変更</div> <b>1 悪性腫瘍の場合</b> <b>2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合</b> <b>3 心不全又は呼吸器疾患の場合</b>		

### 【基本的な考え方】

在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。

### 【具体的な内容】

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、名称を変更するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価を新設する。

### 新 算定要件（通知）

- (1) 在宅麻薬等注射指導管理料の「注1」及び「注2」に規定する在宅における麻薬等の注射とは、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をいう。なお、患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。
- (2) 在宅麻薬等注射指導管理料の「注3」に規定する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N Y H A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N P P V（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) 在宅麻薬等注射指導管理料の「注3」に規定する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。

# C108在宅麻薬等注射指導管理料

## 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料

### 新 算定要件（通知）

- (4) (1)の麻薬等の投与とは、ブプレニルフィン製剤、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又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を注射又は携帯型ディスプレイ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プレイ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な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、「C 1 0 8 - 2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する。
- (6) 在宅麻薬等注射指導管理料を算定する月は、「G 0 0 3」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「B 0 0 1 - 2 - 12」外来腫瘍化学療法診療料等及び第6部「通則6」に規定する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「G 0 0 0」皮内、皮下及び筋肉内注射、「G 0 0 1」静脈内注射、「G 0 0 4」点滴注射、「G 0 0 5」中心静脈注射及び「G 0 0 6」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「G 0 0 0」皮内、皮下及び筋肉内注射、「G 0 0 1」静脈内注射、「G 0 0 4」点滴注射、「G 0 0 5」中心静脈注射及び「G 0 0 6」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、当該保険医療機関において「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は「C 0 0 1 - 2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に行った「G 0 0 0」皮内、皮下及び筋肉内注射、「G 0 0 1」静脈内注射、「G 0 0 4」点滴注射、「G 0 0 5」中心静脈注射及び「G 0 0 6」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。

# C108-2 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料（新設）

項 目	旧点数	新点数
<b>在宅腫瘍化学療法注射指導管理料</b>	<b>新設</b>	<b>1,500</b>

**【基本的な考え方】**  
 在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。

**【具体的な内容】**  
 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、名称を変更するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価を新設する。

### 算定要件（通知）

- (1) 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料の「注」に規定する在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射とは、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等の投与をいう。
- (2) (1)の抗悪性腫瘍剤等の投与とは、**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中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病若しくは腎癌の患者に注射する療法をいう。**
- (3) 外来と在宅において抗悪性腫瘍剤の投与を行うものについては、主に在宅において抗悪性腫瘍剤の投与を行う場合は、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定し、主に外来で行う場合には在宅腫瘍化学療法注射指導管理料は算定せず、「B 0 0 1 - 2 - 12」外来腫瘍化学療法診療料等を算定する。なお、外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法のみを行う場合は当該指導管理料の対象には該当しない。
- (4) 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する月は、「G 0 0 3」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。
- (5) 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する月は「B 0 0 1 - 2 - 12」外来腫瘍化学療法診療料等及び第6部「通則 6」に規定する外来化学療法加算は算定できない。

## C108-2 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料（新設）

### 算定要件（告示）

- (6) 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅腫瘍化学療法注射指導管理料に係る「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、「G001」静脈内注射、「G004」点滴注射、「G005」中心静脈注射及び「G006」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、当該腫瘍化学療法注射指導管理料に係らない「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、「G001」静脈内注射、「G004」点滴注射、「G005」中心静脈注射及び「G006」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。
- (7) 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に行った「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、「G001」静脈内注射、「G004」点滴注射、「G005」中心静脈注射及び「G006」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。

# C108-3 在宅強心剤持続投与指導管理料（新設）

項 目	旧点数	新点数
<b>在宅強心剤持続投与指導管理料</b>	<b>新設</b>	<b>1,500</b>

算定要件（通知）

- (1) 在宅強心剤持続投与指導管理料は、循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip分類 class IV）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定する。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。
- (2) (1)の持続投与に用いる携帯型ディスポーザブル注入ポンプ又は輸液ポンプは、以下のいずれも満たす場合に限られること。
  - 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。
- (3) 在宅強心剤持続投与指導管理料を算定している患者者の外来受診時に、当該在宅強心剤持続投与指導管理料に係る「G 0 0 1」静脈内注射、「G 0 0 4」点滴注射、「G 0 0 5」中心静脈注射及び「G 0 0 6」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ない。ただし、在宅強心剤持続投与指導管理料に係らない「G 0 0 1」静脈内注射、「G 0 0 4」点滴注射、「G 0 0 5」中心静脈注射及び「G 0 0 6」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。
- (4) 在宅強心剤持続投与指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は「C 0 0 1 - 2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に行った「G 0 0 1」静脈内注射、「G 0 0 4」点滴注射、「G 0 0 5」中心静脈注射及び「G 0 0 6」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。
- (5) 在宅強心剤持続投与指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに5年以上の経験を有する常勤の医師である必要がある。

【対象薬剤】

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

# 在宅療養指導管理材料加算

**【基本的な考え方】**

衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

**【具体的な内容】**

材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

項 目	旧点数	新点数
<b>C165 在宅持続陽圧呼吸療法治療器加算</b>		
1 ASVを使用した場合	3,750	→
2 CPAPを使用した場合	1,000	<u>960</u>

項 目	旧点数	新点数
<b>C174 在宅ハイフローセラピー装置加算</b>		
1 自動給水加湿チャンバーを用いる場合	<u>1,600</u>	<u>分割</u> <u>3,500</u>
2 1以外の場合		<u>2,500</u>

# C161 注入ポンプ加算

項 目	旧点数	新点数
注入ポンプ加算	<b>1,250</b>	→

**【基本的な考え方】**

在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。

**【具体的な内容】**

注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算の対象患者に、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を行った場合を追加した上で、評価体系を見直す。

**旧 算定要件（告示）**

注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は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、注入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する。

**新 算定要件（告示）**

注 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、注入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する。  
 イ 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者  
 ロ 次のいずれかに該当する患者  
 (1) 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  
 (2) 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている患者  
 (3) (1) 又は (2) 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  
 ハ 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  
 ニ 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患者

# C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算

項目	旧点数	新点数
携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算	2,500	→

**【基本的な考え方】**

在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。

**【具体的な内容】**

注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算の対象患者に、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を行った場合を追加した上で、評価体系を見直す。

旧 算定要件（告示）抜粋	新 算定要件（告示）抜粋
<p>注 <u>在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者</u>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。</p>	<p>注 <u>次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者</u>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。</p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u>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</p>

# 第3部 検査

# 検体検査料 評価の見直し（抜粋）

項 目	旧点数	新点数
<b>D007 血液化学検査</b> 注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ（略） ハ 10項目以上	106	<b><u>103</u></b>
<b>D012</b> 28 SARS-CoV-2抗原定性	300	<b><u>150</u></b>
50 SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	420	<b><u>225</u></b>
59 SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	420	→

## 【基本的な考え方】

衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

## 【具体的な内容】

1. 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格等に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

# D023 微生物核酸同定・定量検査

## A群β溶血連鎖球菌核酸検出（新設）

項目	旧点数	新点数
<b>3 A群β溶血連鎖球菌核酸検出</b>	<b>新設</b>	<b>204</b>

### 【基本的な考え方】

質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。

### 【具体的な内容】

E 3区分で保険適用された新規体外診断用医薬品等について、検査料を新設する。

### 算定要件（通知）

#### （3）A群β溶血連鎖球菌核酸検出

「3」のA群β溶血連鎖球菌核酸検出は、A群β溶血連鎖球菌感染が疑われる**15歳未満**の患者を対象として、等温核酸増幅法により測定し、**当日中に結果を説明**した場合に算定できる。なお、本検査と「D012」感染症免疫学的検査「19」のA群β溶連菌迅速試験定性又は「D018」細菌培養同定検査を併せて実施した場合は、**主たるもののみ**算定する。

# 生体検査料 その他の変更点（抜粋）

## 通則

1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。

イ～ヨ（略）

タ 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）

レ（略）

項 目	旧点数	新点数
D256-2 眼底三次元画像解析	200	<u>190</u>
D257 細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）	112	<u>110</u>
D400 血液採取（1日につき）		
1 静脈	37	<u>40</u>
2 その他	6	→
乳幼児加算	30	<u>35</u>

# 第5部 投薬

### 【基本的な考え方】

医療DX 及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

### 【具体的な内容】

いわゆる湿布薬の処方枚数制限の規定に関して、該当品目の承認状況を踏まえ、「湿布薬」の用語を見直す。

#### 旧 算定要件（告示）

5 入院中の患者以外の患者に対して、1 処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号 F 0 0 0 に掲げる調剤料、区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料、区分番号 F 2 0 0 に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 5 0 0 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

#### 新 算定要件（告示）

5 入院中の患者以外の患者に対して、1 処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号 F 0 0 0 に掲げる調剤料、区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料、区分番号 F 2 0 0 に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 5 0 0 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

### 旧 算定要件（通知）

10「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。

### 新 算定要件（通知）

10「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（ただし、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。

### 旧 算定要件（通知）

F400 処方箋料  
 (15) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。

### 新 算定要件（通知）

F400 処方箋料  
 (15) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。

# 通則

## 投薬時の容器に関する取扱い

### 【基本的な考え方】

投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、返還に関する規定の見直しを行う。

### 【具体的な内容】

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する。

#### 旧 要件（告示） 抜粋

##### 【第5部 投薬】

###### <通則>

1・2 (略)

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。

4・5 (略)

#### 新 要件（告示） 抜粋

##### 【第5部 投薬】

###### <通則>

1・2 (略)

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。

4・5 (略)

# F 100 処方料

項 目	旧点数	新点数
1. 向精神薬多剤投与の場合	18	→
2. 7種類以上の多剤投与の場合(一定期間ベンゾジアゼピン処方患者) (向精神薬多剤投与、2週間以内の臨時投薬、地包加算算定患者を除く)	29	→
3. 1及び2以外の場合	42	→
初診料注2・3の特定機能病院等が30日以上投薬の場合	40%	→
麻薬等加算(1処方につき)	1	→
乳幼児加算	3	→
<del>特定疾患処方管理加算1(28日未満)</del>	18	<b>削除</b>
特定疾患処方管理加算2(28日以上)	66	<b>56</b>
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	70	→
外来後発医薬品使用体制加算		
外来後発医薬品使用体制加算1(90%以上)	5	<b>8</b>
外来後発医薬品使用体制加算2(85%以上90%未満)	4	<b>7</b>
外来後発医薬品使用体制加算3(75%以上85%未満)	2	<b>5</b>
向精神薬調整連携加算	12	→

項 目	旧点数	新点数
<del>特定疾患処方管理加算1</del>	18	削除
特定疾患処方管理加算2	66	<u>56</u>

**【基本的な考え方】**

リフィル処方箋による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、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。

**【具体的な内容】**

処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、特定疾患処方管理加算1を廃止するとともに、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2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。

# F 100 処方料 特定疾患処方管理加算

## 旧 算定要件（告示）抜粋

注 5 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。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算 1 として、月 2 回に限り、1 処方につき18点を所定点数に加算する。

6 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日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算 2 として、月 1 回に限り、1 処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算 1 は算定できない。

7～9 （略）

## 新 算定要件（告示）抜粋

(削除)

5 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日以上処方を行った場合は、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。

6～8 （略）

# F 400 処方箋料 特定疾患処方管理加算

## 旧 算定要件 (告示)

4 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。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。

5 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日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

## 新 算定要件 (告示)

(削除)

4 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。

# 加算の対象となる疾患

旧 施設基準（告示：別表第一）抜粋	新 施設基準（告示：別表第一）抜粋
<p>別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患</p> <p>結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症</p> <p>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） （新設） （新設）</p>	<p>別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患</p> <p>結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症</p> <p><u>（削除）</u></p> <p>スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症 <u>（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）</u></p> <p>リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症</p> <p><u>（削除）</u></p> <p>虚血性心疾患 （中略） <u>アナフィラキシー</u> <u>ギラン・バレー症候群</u></p>

項 目	旧点数	新点数
外来後発医薬品使用体制加算 1	<u>5</u>	<u>8</u>
外来後発医薬品使用体制加算 2	<u>4</u>	<u>7</u>
外来後発医薬品使用体制加算 3	<u>2</u>	<u>5</u>

## 【基本的な考え方】

医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

## 【具体的な内容】

後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

### 旧 算定要件（告示）

9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 5点

ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 4点

ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 2点

### 新 算定要件（告示）

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 8点

ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 7点

ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 5点

## 旧 施設基準（告示）抜粋

(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準  
イ～ハ（略）  
(新設)

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準  
イ～ハ（略）  
ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(3) 外来後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準  
(略)

## 新 施設基準（告示）抜粋

(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準  
イ～ハ（略）

ニ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨 並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ハ ホ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。

(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準  
イ～ハ（略）

ニ (1) の二からへまでの要件を満たしていること。

(3) 外来後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準  
(略)

## 旧 施設基準（通知）抜粋

第 36 の 3 外来後発医薬品使用体制加算  
1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準

(1)～(5) (略)

(新設)

(新設)

(新設)

2 届出に関する事項  
(略)

## 新 施設基準（通知）抜粋

第 36 の 3 外来後発医薬品使用体制加算  
1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準

(1)～(5) (略)

(6) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

(7) (6) の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

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

2 届出に関する事項  
(略)

### [経過措置]

令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、1 の (8) に該当するものとみなす。

# F 400 処方箋料

項 目	旧点数	新点数
1. 向精神薬多剤投与の場合	28	<u>20</u>
2. 7種類以上の多剤投与の場合(一定期間ベンゾジアゼピン処方患者) (向精神薬多剤投与、2週間以内の臨時投薬、地包加算算定患者を除く)	40	<u>32</u>
3. 1及び2以外の場合	68	<u>60</u>
初診料注2・3の特定機能病院等が30日以上投薬の場合	40%	→
乳幼児加算	3	→
<del>特定疾患処方管理加算1(28日未満)</del>	18	<del>削除</del>
特定疾患処方管理加算2(28日以上)	66	<u>56</u>
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	70	→
一般名処方加算		
一般名処方加算1(全品目)	7	<u>10</u>
一般名処方加算2(1品目以上)	5	<u>8</u>
向精神薬調整連携加算	12	→

# F 400 処方箋料

## 【基本的な考え方】

いわゆる同一敷地内薬局への対応として、医薬品の備蓄等の効率性、医療経済実態調査に基づく薬局の費用構造や損益率の状況、同一敷地における医療機関との関係性等を踏まえ、特別調剤基本料を算定する薬局の調剤及び当該同一敷地における医療機関の処方について、評価を見直す。

## 【具体的な内容】

1月あたりの処方箋の交付が平均4000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。

### 新 算定要件（告示）

注8 1、2及び3について、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、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料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な関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。

### 新 算定要件（通知）

(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「00」調剤基本料の4に規定する特別調剤基本料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な関係を有する場合」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「00」の4に規定する特別調剤基本料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。

# F 400 処方箋料

# 一般名処方加算

項目	旧点数	新点数
一般名処方加算 1	7	<u>10</u>
一般名処方加算 2	5	<u>8</u>

## 【基本的な考え方】

医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

## 【具体的な内容】

一般名処方加算について、医薬品の供給不足等の場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

### 旧 算定要件（告示）

注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 一般名処方加算 1 7点
- ロ 一般名処方加算 2 5点

### 新 算定要件（告示）

注 6 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、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 一般名処方加算 1 10点
- ロ 一般名処方加算 2 8点

# F 400 処方箋料 一般名処方加算

## 新 施設基準（告示）

五医科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注 6 及び歯科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注 5 に規定する一般名処方加算の施設基準

- (1) 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (2) (1) 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。

## 新 施設基準（通知） 抜粋

### 第 36 の 4 一般名処方加算

#### 1 一般名処方加算に関する施設基準

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

#### 2 (略)

### [経過措置]

令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、1 の (2) に該当するものとみなす。

# 第6部 注射

# 通則 バイオ後続品の使用

令和6年度診療報酬改定 IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等②

## バイオ後続品の使用促進②

### バイオ後続品導入初期加算の見直し

- ▶ 外来におけるバイオ後続品導入初期加算の対象患者について、外来化学療法を実施している患者から、医療機関において注射するバイオ後続品を使用する全ての患者に見直す。

#### 現行

##### 【第6部 注射】

[算定要件]

<通則>

- 外来化学療法を算定する場合について、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

##### 【外来腫瘍化学療法診療料】

[算定要件]

- 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

#### 改定後

##### 【第6部 注射】

[算定要件]

<通則>

- 入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

##### 【外来腫瘍化学療法診療料】

[算定要件]

- (削除)

※ 在宅自己注射指導管理料に係るバイオ後続品使用体制加算については従前のとおり。

〈参考〉今回の改定で新たにバイオ後続品導入初期加算の対象となる注射薬

- アガルシダーゼベータ
- ラニビズマブ



# 第7部 リハビリテーション

# 疾患別リハビリテーション料の改定

## リハビリテーションの実施者を明確化

### 【基本的な考え方】

NDB・DPC データにより疾患別リハビリテーションの**実施者ごとの訓練実態を把握可能**となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直す。

### 【具体的な内容】

疾患別リハビリテーション料について、**リハビリテーションを実施した職種ごとの区分**を新設する。



# H000 心大血管疾患リハビリテーション料

項 目	旧点数	新点数
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	205	<u>分割</u>
イ 理学療法士による場合	新設	<u>205</u>
ロ 作業療法士による場合	新設	<u>205</u>
ハ 医師による場合	新設	<u>205</u>
ニ 看護師による場合	新設	<u>205</u>
ホ 集団療法による場合	新設	<u>205</u>
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	125	<u>分割</u>
イ 理学療法士による場合	新設	<u>125</u>
ロ 作業療法士による場合	新設	<u>125</u>
ハ 医師による場合	新設	<u>125</u>
ニ 看護師による場合	新設	<u>125</u>
ホ 集団療法による場合	新設	<u>125</u>

## 算定要件（告示：変更部分）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法又は集団療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

# H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

## 注1の場合

項 目	旧点数	新点数
<b>脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <u>ニ 医師による場合</u>	245 <u>新設</u> <u>新設</u> <u>新設</u> <u>新設</u>	<u>分割</u> <u>245</u> <u>245</u> <u>245</u> <u>245</u>
<b>脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <u>ニ 医師による場合</u>	200 <u>新設</u> <u>新設</u> <u>新設</u> <u>新設</u>	<u>分割</u> <u>200</u> <u>200</u> <u>200</u> <u>200</u>
<b>脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <u>ニ 医師による場合</u> <u>ホ イからニまで以外の場合</u>	100 <u>新設</u> <u>新設</u> <u>新設</u> <u>新設</u> <u>新設</u>	<u>分割</u> <u>100</u> <u>100</u> <u>100</u> <u>100</u> <u>100</u>

## H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

## 注6の場合

項 目	旧点数	新点数
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	147	分割
イ 理学療法士による場合	新設	147
ロ 作業療法士による場合	新設	147
ハ 言語聴覚士による場合	新設	147
ニ 医師による場合	新設	147
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	120	分割
イ 理学療法士による場合	新設	120
ロ 作業療法士による場合	新設	120
ハ 言語聴覚士による場合	新設	120
ニ 医師による場合	新設	120
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	60	分割
イ 理学療法士による場合	新設	60
ロ 作業療法士による場合	新設	60
ハ 言語聴覚士による場合	新設	60
ニ 医師による場合	新設	60
ホ イからニまで以外の場合	新設	60

# H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

## 注1の場合

項 目	旧点数	新点数
<b>廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <u>ニ 医師による場合</u>	180 新設 新設 新設 新設	分割 180 180 180 180
<b>廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <u>ニ 医師による場合</u>	146 新設 新設 新設 新設	分割 146 146 146 146
<b>廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <u>ニ 医師による場合</u> <u>ホ イからニまで以外の場合</u>	77 新設 新設 新設 新設 新設	分割 77 77 77 77 77

## H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

## 注6の場合

項 目	旧点数	新点数
<b>廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <u>ニ 医師による場合</u>	<b>108</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b>	<b>分割</b> <u>108</u> <u>108</u> <u>108</u> <u>108</u>
<b>廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <u>ニ 医師による場合</u>	<b>88</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b>	<b>分割</b> <u>88</u> <u>88</u> <u>88</u> <u>88</u>
<b>廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <u>ニ 医師による場合</u> <u>ホ イからニまで以外の場合</u>	<b>46</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b>	<b>分割</b> <u>46</u> <u>46</u> <u>46</u> <u>46</u> <u>46</u>

# H002 運動器リハビリテーション料

注1の場合

項 目	旧点数	新点数
<b>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 医師による場合</u>	185 新設 新設 新設	<u>分割</u> <u>185</u> <u>185</u> <u>185</u>
<b>運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 医師による場合</u>	170 新設 新設 新設	<u>分割</u> <u>170</u> <u>170</u> <u>170</u>
<b>運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 医師による場合</u> <u>ニ イからハまで以外の場合</u>	85 新設 新設 新設 新設	<u>分割</u> <u>85</u> <u>85</u> <u>85</u> <u>85</u>

## H002 運動器リハビリテーション料

## 注6の場合

項 目	旧点数	新点数
<b>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 医師による場合</u>	<b>111</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b>	<b>分割</b> <u>111</u> <u>111</u> <u>111</u>
<b>運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 医師による場合</u>	<b>102</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b>	<b>分割</b> <u>102</u> <u>102</u> <u>102</u>
<b>運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</b> <u>イ 理学療法士による場合</u> <u>ロ 作業療法士による場合</u> <u>ハ 医師による場合</u> <u>ニ イからハまで以外の場合</u>	<b>51</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b> <b>新設</b>	<b>分割</b> <u>51</u> <u>51</u> <u>51</u> <u>51</u>

## H003 呼吸器リハビリテーション料

項 目	旧点数	新点数
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	175	<u>分割</u>
イ 理学療法士による場合	新設	<u>175</u>
ロ 作業療法士による場合	新設	<u>175</u>
ハ 言語聴覚士による場合	新設	<u>175</u>
ニ 医師による場合	新設	<u>175</u>
呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	85	<u>分割</u>
イ 理学療法士による場合	新設	<u>85</u>
ロ 作業療法士による場合	新設	<u>85</u>
ハ 言語聴覚士による場合	新設	<u>85</u>
ニ 医師による場合	新設	<u>85</u>

# H003 呼吸器リハビリテーション料

## 【基本的な考え方】

大腸癌、卵巣癌及び膵癌の患者に対する術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の要件を見直す。

## 【具体的な内容】

周術期における呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

## 呼吸器リハビリテーション料対象患者の拡大

### 施設基準（通知：変更部分）

#### 別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者

- 一 肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者
- 二 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者
- 三 慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者
- 四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、大腸癌、卵巣癌、膵癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

# 第8部 精神科專門療法

# 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

在宅  
保険医療機関外



(充実) 60分以上・初診 (適正化) 30分未満

#### (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

# I002 通院・在宅精神療法の改定

## 情報通信機器を用いて診療を行った場合の評価

### 評価の見直し

#### 情報通信機器を用いて診療を行った場合の評価

##### 【基本的な考え方】

「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合等について、新たな評価を行う。

##### 【具体的な内容】

「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、通院精神療法について、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設する。

#### 評価の見直し

##### 【基本的な考え方】

質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について評価を見直すとともに、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する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、新たな評価を行う。

##### 【具体的な内容】

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。

# I002 通院・在宅精神療法の改定

## 情報通信機器を用いて診療を行った場合の評価

### 算定要件（告示：追加部分）

注12 1の八の(1)の①又は(2)の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ357点又は274点を算定する。ただし、当該患者に対して、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には、算定できない。また、注3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できない。

### 施設基準（通知）

- (1) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- (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であること。

## 施設基準（通知 つづき）

(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こと。

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**であること。具体的には、(イ) から (ハ) までのいずれか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こと。

(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あって、①又は②のいずれかに該当すること。

① 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上であること。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、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。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であること。

② 時間外対応加算1の届出を行っていること。

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。

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回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。

(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回以上行っていること。

# I002 通院・在宅精神療法

項 目	旧点数	新点数
<b>1 通院精神療法</b>		
イ (略)	660	→
ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する 初診の日において、60分以上行った場合		
(1) 精神保健指定医による場合	560	<u>600</u>
(2) (1)以外の場合	540	<u>550</u>
ハ イ及びロ以外の場合		
(1) 30分以上の場合		
① 精神保健指定医による場合	410	→
<u>(情報通信機器を用いた場合)</u>	<b>新設</b>	<u>357</u>
② ①以外の場合	390	→
(2) 30分未満の場合		
① 精神保健指定医による場合	330	<u>315</u>
<u>(情報通信機器を用いた場合)</u>	<b>新設</b>	<u>274</u>
② ①以外の場合	315	<u>290</u>

要届出

要届出

# I002 通院・在宅精神療法

項 目	旧点数	新点数
2 在宅精神療法		
イ (略)	660	→
ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する 初診の日において、60分以上行った場合		
(1) 精神保健指定医による場合	620	<u>640</u>
(2) (1)以外の場合	600	→
ハ イ及びロ以外の場合		
(1) 60分以上の場合		
① 精神保健指定医による場合	550	<u>590</u>
② ①以外の場合	530	<u>540</u>
(2) 30分以上60分未満の場合		
① 精神保健指定医による場合	410	→
② ①以外の場合	390	→
(3) 30分未満の場合		
① 精神保健指定医による場合	330	<u>315</u>
② ①以外の場合	315	<u>290</u>

項目	旧点数	新点数
<b>早期診療体制充実加算</b>		
<b>イ 病院の場合</b>		
(1) 当該保険医療機関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	新設	20
(2) (1)以外の場合	新設	15
<b>ロ 診療所の場合</b>		
(1) 当該保険医療機関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	新設	50
(2) (1)以外の場合	新設	15

**[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

- ① 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  $\geq 5\%$
- ② 【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  $\geq 60\%$

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、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**

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

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

項 目	旧点数	新点数
20歳未満加算	350	<u>320</u>
<b>児童思春期支援指導加算</b>		
イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関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。）	新設	<u>1,000</u>
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	新設	<u>450</u>
(2) (1)以外の場合	新設	<u>250</u>
<b>児童思春期精神科専門管理加算</b>		
イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合		
(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	500	→
(2) (1)以外の場合	300	→
ロ 20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関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。）	1,200	→

**【基本的な考え方】**  
 児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

**【具体的な内容】**  
 20歳未満の患者に対して、多職種が連携して外来診療を実施した場合の評価を新設する。

## 算定要件（告示）

注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1を算定する患者であって、**20歳未満**の患者に対して、**精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導**加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、**イについては、1回に限り算定**する。また、注3又は注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

イ **60分以上**の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を**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。） 1,000点

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

## 施設基準（通知）

- (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が1名以上**配置されていること。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ことができる。
- (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**配置されており、**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をいうこと。
  - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（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であること。
    - (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こと。
- (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**であること。<sup>249</sup>

# 第9部 処置

項 目	旧点数	新点数
1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4 時間未満の場合 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 ハ 5 時間以上の場合	1,885 2,045 2,180	<u>1,876</u> <u>2,036</u> <u>2,171</u>
2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4 時間未満の場合 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 ハ 5 時間以上の場合	1,845 2,005 2,135	<u>1,836</u> <u>1,996</u> <u>2,126</u>
3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4 時間未満の場合 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 ハ 5 時間以上の場合	1,805 1,960 2,090	<u>1,796</u> <u>1,951</u> <u>2,081</u>
4 その他の場合	1,580	→

## 【基本的な考え方】

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。

## 【具体的な内容】

人工腎臓について、包括薬剤の実勢価格を踏まえ、評価を見直す。

項目	旧点数	新点数
イ 導入期加算 1 (1月に限り、1日につき)	200	→
ロ 導入期加算 2 (1月に限り、1日につき)	400	<u>410</u>
ハ 導入期加算 3 (1月に限り、1日につき)	800	<u>810</u>

【改定の視点】

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。

【具体的な内容】

令和4年度に新設された導入期加算の施設基準に係る届出を行っている医療機関数が限定的であることを踏まえ、慢性腎臓病の患者に対して心血管障害も含めた手厚い情報提供の実施を推進することや、それにより共同意思決定を推進するため、人工腎臓にかかる導入期加算について、**心血管障害の治療法の説明を要件として追加**するとともに、評価を見直す。

旧 施設基準 (告示)	新 施設基準 (告示)
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説明をおこなっていること。	イ 導入期加算 1 の施設基準 当該療法を行うにつき <b>必要な</b> 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) (新設)	ロ 導入期加算 2 の施設基準 ①・② (略) <u>③ 当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。</u>
ハ 導入期加算 3 の施設基準 ①・② (略) (新設)	ハ 導入期加算 3 の施設基準 ①・② (略) <u>③ 当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。</u>

## 旧 施設基準 (通知)

- (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<sup>1</sup>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)  
(追加)
- (3) (略)

## 新 施設基準 (通知)

- (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<sup>1</sup>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)  
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  
次の全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。

# 処置 評価の見直し (抜粋)

項 目	旧点数	新点数
<b>熱傷処置</b>		
1 100cm <sup>2</sup> 未満	135	135
2 100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup>	147	147
3 500cm <sup>2</sup> 以上3,000cm <sup>2</sup>	270	<u>337</u>
4 3,000cm <sup>2</sup> 以上6,000cm <sup>2</sup>	504	<u>630</u>
5 6,000cm <sup>2</sup> 以上	1,500	<u>1,875</u>
<b>耳垢栓塞除去 (複雑なもの)</b>		
1 片側	100	<u>90</u>
2 両側	180	<u>160</u>
乳幼児加算(6歳未満の乳幼児)	50	→

# 第11部 麻醉

# 麻酔 評価の見直し（抜粋）

項 目	旧点数	新点数
トリガーポイント注射	80	<u>70</u>

## 【基本的な考え方】

外来診療の実態を踏まえ、効率的な検査、処置及び麻酔の実施を図る観点から、一部の検査、処置及び麻酔の評価を見直す。

# 施設基準の届出 経過措置

# 令和6年度診療報酬改定の施行時期等

## 令和6年度診療報酬改定にかかる主なスケジュール

令和5年 12月	令和6年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝 (12月20日)	1月12日 中医協諮問	2月14日 中医協答申	3月5日 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日 薬価改定		6月1日施行 (材料価格の 改定を含む)	7月上旬 初回請求	定例報告	
					届出期間 (5月2日～6月3日)				
							主な経過措置※		

※各診療報酬項目の具体的な経過措置は告示・通知を必ずご確認ください。

## 従来の改定スケジュール

前年12月	当該年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝	1月中旬 中医協諮問	2月上旬 中医協答申	3月上旬 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日施行	5月上旬 初回請求		定例報告		
				届出期間 (4月1日～4月14日前後)					
							主な経過措置		

# ご清聴ありがとうございました お疲れ様でした

よんやくは、人々の暮らしと健康を  
「守る」「支える」「届ける」ことを  
喜びとする会社を目指します

**注：この資料は令和6年3月5日の告示・通知等をもとに作成しておりますが、一部省略等しております。  
実際の算定及び届出の際は、施設基準等原文のご確認をお願いいたします。**

