

令和6年診療報酬改定のポイント 外来編

有限会社メディカルサポートシステムズ

認定医業経営コンサルタント

代表取締役社長 細谷 邦夫

診療報酬改定の時期が変わります

6月改定のスケジュール

【出典】医療DXについて（その2）

令和5年8月2日 中央社会保険医療協議会総会に加筆



令和6年度診療報酬改定の改定率

【出典】 令和5年12月11日 社会保障審議会 医療保険部会 等

診療報酬改定の改定率

(数字は令和6年度予算額)

□ 診療報酬全体	▲0.12%
□ 診療報酬本体	+0.88%(国費800億円程度)
※1うち、※2~4を除く改定分 +0.46%	
□ 各科改定率	
医科	+0.52%
歯科	+0.57%
調剤	+0.16%

- **※1 賃上げに資する措置分+0.28%程度を含む**
 - 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
- **※2 ベースアップのための特例対応 +0.61%**
 - ※1を除く看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種
 - 令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%
- **※3 入院時の食費基準額の引き上げ+0.06%**
 - 1食当たり+30円(患者負担は、原則1食当たり30円、低所得者は、所得区分等に応じて10~20円)
- **※4 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%**

□ 薬価等

- 薬価 ▲0.97%(国費▲1,200億円程度)
 - 令和6年4月施行
- 材料価格 ▲0.02%(国費▲20億円程度)
 - 令和6年6月施行
- 合計 ▲1.00%(国費▲1,200億円程度)

- 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な対応を含む(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、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う

診療報酬改定の改定率②

□診療報酬・薬価等に関する制度改革

- ◆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
- ◆医療現場で働く方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
 - ・ 令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%
- ◆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

□医療制度改革

- ◆薬剤自己負担の導入（令和6年10月より施行）
 - ・ 長期収載品の保険給付の在り方の見直し
 - ・ 選定療養の仕組みを導入し、先発医薬品と後発医薬品の差額について患者に自己負担を求める
 - ・ 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
- ◆薬剤自己負担の見直し項目の継続的検討
 - ・ 「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」

処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)																	
公費負担者番号																	
公費負担医療の受給者番号														(枝番)			
氏名		保険医療機関の所在地及び名称															
生年月日		男・女		年		月		日		電話番号		保険医氏名					
区分		被保険者		被扶養者						都道府県番号		点数表番号	医療機関コード	印			
交付年月日		令和		年		月		日		処方箋の使用期間		令和			年	月	日
変更不可(医師上必要)		患者希望		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。													
保険医署名		リファイル可 □ (回)															
備考		保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) □保険医療機関へ情報提供															
調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)		□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)															
調剤済年月日		令和		年		月		日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		⑧		公費負担医療の受給者番号													

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列5番を標準とする。B列5番は、A列5番を標準とする。C列5番は、A列5番を標準とする。
3. 敬請の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第30号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医師」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医師」と読み替えるものとする。

介護報酬改定と障害福祉サービス等報酬改定の改定率

□介護報酬

□改定率 +1.59%

□ 介護職員の処遇改善分 +0.98%(令和6年6月施行)

□ その他の改定率 +0.61%

- ・ 賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準

※改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果として+0.45%相当の改定が見込まれ、合計すると+2.04%相当の改定となる

◆介護報酬の改定時期

- ・ 6月施行：居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション
- ・ 4月施行：上記以外

□障害福祉サービス等報酬

□改定率 +1.12%

- ・ 改定率の外枠で処遇改善加算の一本化の効果等があり、それを合わせれば改定率+1.5%を上回る水準となる

診療報酬改定を迎える準備

□ BCP(事業継続計画)の立案必須

- ◆ 防災計画は常に最悪を想定する
- ◆ 保険証不要など過去の通知を頭に行動する
- ◆ 発災後最初の1週間は自力で乗り切る計画を

□ 患者の負担感に配慮

- ◆ 4月は薬価改定、6月は診療報酬・材料改定
- ◆ 10月には薬剤の一部に負担金制度
- ◆ 食事一部負担30円/1食アップで今までと同じで患者が納得するか
- ◆ COVID-19公費打ち切り
 - ・ ワクチン標準費用7,000円、治療薬も自己負担 等
- ◆ 介護サービスを提供している医療機関、法人ではさらに複雑に
 - ・ 介護保険施設の一部で日額60円負担アップ（8月）

□ 掲示物の管理・届出の電子化

- ◆ 院内掲示を求められるものはホームページにも
- ◆ マイナ保険証の患者への啓発

□ 医療DX

- ◆ 電子カルテ情報共有サービス運用開始（令和7年度）
- ◆ 3文書6情報を意識
 - ・ ①診療情報提供書、②キー画像等を含む退院時サマリー、③健康診断結果報告書
 - ・ ①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、⑤検査情報(救急時に有用な検査、生活習慣病関連の検査)、⑥処方情報

□ 医療機関経営

- ◆ プラス改定？の中身
 - ・ 賃上げに用途が決まっている点に注意
⇒ 報告などがセットになる点に注意
 - ・ 補助金や各種税制等の活用
(中小企業者等の少額減価償却資産の取得価額の損金算入の特例、30万円以上圧縮記帳制度、中小企業経営強化税制、中小企業投資促進税制、賃上げ促進税制、マイナ保険証利用促進支援金、顔認証付きカードリーダー増設支援金、IT導入補助金、サイバーセキュリティお助け隊 等)

書面要件の見直しと書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

- 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、他の保険医療機関、保険薬局又は患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、本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
- 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

◆ 第1 基本診療料の施設基準等の7に以下の文言を追加(抄)

- 文書提供等をする患者情報等を、電磁的方法によって、患者、他院、保険薬局、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
- 書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこと

◆ 診療情報提供料の施設基準に以下の文言を追加(抄)

- 電子カルテ情報共有サービスにより提供する場合は電子署名を行わなくても共有可能
 - 一定のセキュリティが確保されているため

◆ 保険医療機関及び保険医療養担当規則

- (揭示)第二条の六 (略)
- (新) 2,保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない
- 食事療養、保険外併用療養費に係る療養の基準等、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準についても同様

◆ 揭示事項の経過措置

- 令和7年5月31日まで

II 院内掲示にかかる規定

◆ 「厚生労働大臣が定める事項」(医科関連)

- 保険医療機関及び保険薬局の明細書の発行状況に関する掲示
- 役務の提供及び物品の販売等であって患者から費用の支払を受けるものに関する事項(当該費用の支払が法令の規定に基づくものを除く)
- 予約診察を行う日時及び予約料
- 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要な事項
- 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数別表第一から別表第三までの病院の欄に掲げる病院であること
- 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た事項に関する事項

◆ 算定要件に院内掲示が追加されているもの多数

◆ 後発医薬品使用体制加算の施設基準

(新) ホ、二の後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨について、原則として、ウェブサイトに掲載していること

◆ 以下についても同様

- ◆ 明細書発行体制等加算、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料(以下「一般病棟入院基本料等」という)、ハイリスク分娩等管理加算、後発医薬品使用体制加算、特定一般病棟入院料、外来後発医薬品使用体制加算、院内トリアージ実施料、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)、コンタクトレンズ検査料、手術通則第5号及び第6号に掲げる手術についても同様

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

- 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及び必要以上に添付書類を求めている施設基準の添付書類の省略化などを行う
- 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、見直しを行い、医療機関・薬局のレセプト作成に係る事務負担軽減を図る
- 施設基準の届出について、現在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

令和6年改定の主なポイント

令和6年度診療報酬改定の主なポイント

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- 医療従事者の人材確保や賃上げのための**ベースアップ評価料**により2.3%を目途とした賃上げを実施。
- 40歳未満勤務医師や事務職員の賃上げ及び入院料の通則の改定に伴う**入院基本料等の引き上げ**。
- 入院料通則においては、**栄養管理体制の基準の明確化、人生の最終段階における意思決定支援及び身体的拘束の最小化の取組**を要件化。
- 標準的な感染対策実施と賃上げを念頭にいただいた**初再診料の引き上げ**。

2. 医療DXの推進

- **医療DX推進体制整備加算**により、マイナ保険証の活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備促進。
- **在宅医療DX推進体制加算**により、マイナ保険証による情報を用いた訪問診療計画の立案による質の高い在宅診療を推進。

3. ポストコロナの感染症対策の推進

- 改正感染症法及び第8次医療計画に基づく、協定指定医療機関であることを感染対策向上加算および外来感染対策向上加算の要件として規定。
- 発熱外来に代わる**発熱患者等対応加算**を新設。
- 入院患者に対して、**特定感染症入院医療管理料**を新設し、感染対策を引き続き評価。

4. 同時報酬改定における対応

- コロナ禍の経験を踏まえた、医療機関と介護保険施設等との関係の強化、**協力医療機関の明確化**。
- かかりつけ医とケアマネ等との関係強化。
- 障害者施設における末期癌患者等への訪問診療料等が算定可能に。

5. 外来医療の機能分化・強化等

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病を除外し、療養計画書による同意や診療ガイドラインを参考にすることを要件とした**出来高算定による生活習慣病管理料(II)**を新設。
- 地域包括診療料・加算においてかかりつけ医とケアマネとの連携を促進。
- リフィル処方箋や長期処方の促進、**一般名処方加算の見直し**等による後発品使用促進。
- 外来腫瘍化学療法の充実。

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- 高齢者の急性疾患の治療とともに、早期退院に向けたリハビリ及び栄養管理等を適切に提供する**地域包括医療病棟**を新設。
- **重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直し**により急性期医療の機能分化を促進。
- 働き方改革も踏まえ特定集中治療室管理料(ICU)の見直し及び**遠隔ICU加算**の新設。
- DPC/PDPSによる、**大学病院の医師派遣機能、臓器提供、医療の質向上の取組**を新たに評価。
- 療養病棟における医療区分の見直しとともに、**中心静脈栄養の評価の見直し**等。
- 急性期入院医療における**リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算**の新設。
- **看護補助体制充実加算の見直し**により経験が豊富な看護補助者や介護福祉士を評価。

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- **在宅医療におけるICTを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携**の推進。
- 往診料等の評価の見直し。
- 在宅時医学総合管理料等の評価の見直し。
- 専門性の高い看護師を配置やサービスの実績に基づく訪問看護管理療養費の見直し。
- 訪問看護ステーションにおける**24時間対応体制にかかる評価の見直し**。

8. 重点的な分野における対応

- 働き方改革も踏まえた救急患者の**いわゆる下り搬送**の評価。
- NICUにおける重症児へのより手厚い看護配置(2対1)等に対する評価の新設。
- 小児に付き添う家族等に配慮した小児入院医療提供体制の推進。
- 発達障害や不適切な養育に繋がり得る児への対応強化。
- 精神科における地域包括ケアを推進する**精神科地域包括ケア病棟**の新設。
- 入院および外来における**バイオ後続品**の使用促進。

9. 医療技術の適切な評価

- 医療技術評価分科会等の評価を踏まえた対応

医療と介護の連携の推進

【出典】令和6年2月15日 令和6年度診療報酬改定の主なポイント
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001211052.pdf>

- 新型コロナウイルス感染症の経験も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、医療機関と介護保険施設等の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ 介護保険施設等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要件化
 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を有する病院において、要件化
- ・ 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
 介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ 介護保険施設等連携往診加算の新設
 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の評価
- ・ 介護保険施設及び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
 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」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ 協力対象施設入所者入院加算の新設
 介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ 地域包括診療料等の算定要件の見直し
 地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じることを追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

青字：診療報酬／緑字：介護報酬

(1) 平時からの連携
 (カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- ・ 協力医療機関連携加算の新設
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算の新設
- ・ 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- ・ 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- ・ 介護保険施設等連携往診加算の新設
- ・ 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4) 入院調整

- ・ 退所時情報提供加算の見直し
- ・ 協力対象施設入所者入院加算の新設

(5) 早期退院

- ・ 退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院等】

協力医療機関等との連携の強化

- ・ 以下の要件を満たす協力医療機関を定めることの義務化
 - ① 入所者の病状が急変した場合等の相談体制
 - ② 診療の求めがあった場合の診療体制
 - ③ 入院を要すると認められた入所者の入院受入体制
 ※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ 協力医療機関連携加算の新設
 介護保険施設等において、定期的なカンファレンスの実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算の新設
 感染対策向上加算を算定する医療機関等が主催する研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ 退所時情報提供加算の新設
 入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関へ生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ 早期退院の受け入れの努力義務化
 退院が可能となった場合の速やかな受け入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所等

- ・ 入院時情報連携加算の見直し
 入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について新たに評価。あわせて、提供する情報を充実。
- ・ 通院時情報連携加算の見直し
 算定対象に歯科医師を追加

医療と障害福祉サービスの連携の推進

○ 医療と障害福祉サービスの連携及び高齢化する障害者施設における適切な医療提供に向けた取組等を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。

1. 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（Ⅱ－２－④）

- 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、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して行った訪問診療の費用を医療保険において算定可能とする。

2. 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設（Ⅲ－４－２－⑦）

- 医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。

3. 入退院支援加算１・２の見直し（Ⅱ－２－⑧）

- 入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。
- 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

4. リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進（Ⅱ－２－⑯）

- 医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）の円滑な移行を推進する観点から、医療保険の疾患別リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合について、疾患別リハビリテーション料の施設基準を緩和する。

5. 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進（Ⅱ－２－⑭）

- 有床診療所による医療・介護・障害福祉サービスにおける連携を推進するために、介護連携加算を介護障害連携加算と名称を改めるとともに、肢体不自由児（者）を算定可能な対象として追加する。また、施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び障害福祉サービスの医療型短期入所の提供実績を追加する。

6. 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進（Ⅱ－２－⑦）

- 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）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。

令和6年度診療報酬改定の今後のスケジュール

□ 12月11日：基本方針発表

□ 12月20日：改定率発表

□ 1月19日：中医協公聴会

□ 1月26日：改定の個別項目（短冊）

□ 2月14日：中医協答申

□ 3月 5日：官報告示

□ 3月29日：？疑義解釈の発出？

□ 4月 1日：新薬価運用開始

介護報酬一部運用開始

□ 6月 1日：新点数運用開始

介護報酬新単位数運用開始

（居宅療養管理指導・訪問看護・訪問リハ・通所リハ）

□ 8月以降：新点数による審査結果の反映

□ 10月1日：

・経過措置のある項目について運用開始

・長期収載品の一部負担制度運用開始

・レセプトオンライン請求への完全移行

※返戻を含む

□ 12月 2日：

紙保険証新規発行停止

※紙保険証からマイナ保険証への移行

COVID-19特例はいつまで？？？

COVID-19特例点数は通常の診療報酬体系に組み込まれる

医療提供体制等

通常医療との両立を更に強化し、重点的・集中的な支援により、冬の感染拡大に対応しつつ、通常の医療提供体制へ段階的に移行

感染拡大

夏

検証

10/1

感染拡大？

冬

検証

R6.4/1

新たな体系に向けた取組の実施

取組の見直し・重点化

新たな体系の実施

○幅広い医療機関による自律的な通常の対応への移行

- ・冬の感染拡大に先立ち、対応医療機関の維持・拡大を促進（外来の拡大、軽症等の入院患者の受入）

○冬の感染拡大に備えた重点的・集中的な入院体制の確保等

- ・確保病床の重点化（重症・中等症Ⅱ、感染拡大の状況に応じた対応）
- ・診療報酬特例、高齢者施設等への支援見直し・継続

診療報酬
介護報酬
同時改定

○通常の対応へ完全移行

- ・確保病床に依らない形で体制
- ・新たな報酬体系（恒常的な感染症対応への見直し）

感染症対策での連携

第二種協定指定医療機関（医療措置協定の締結医療機関）

- ◆ 発熱外来または自宅療養者等への医療の提供を含む内容で都道府県知事と締結
- ◆ 新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者などに対し医療提供

特徴

- ◆ 主に流行初期から対応
- ◆ 協定指定医療機関により実施される外来医療及び在宅医療は公費負担医療の対象
- ◆ 個人防護具の2ヶ月分備蓄推奨

対応内容

- ◆ 無床診療所（下記いずれか又は両方）
 - ・ 発熱外来の実施、自宅療養者等への医療の提供（医療人材派遣）
- ◆ 薬局
 - ・ 自宅療養者等への医療の提供

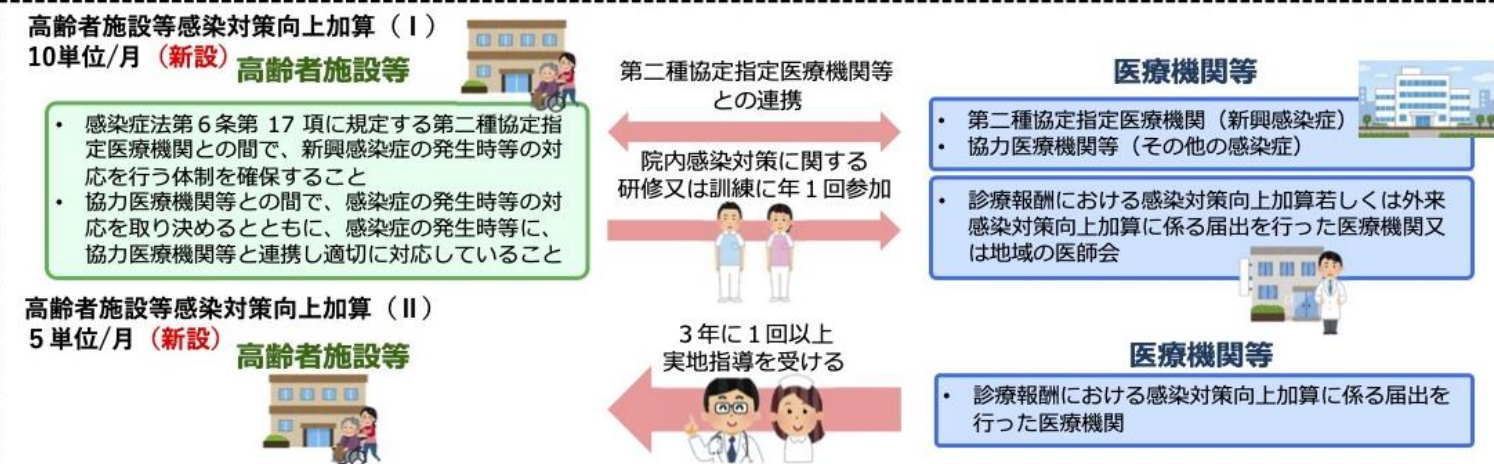
感染症や災害への対応力向上

高齢者施設等における感染症対応力の向上

告示改正

- 高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。
 - ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。
 - イ 上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。
- ※ 新型コロナウイルス感染症を含む。
- ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること
- また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。

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



【出典】令和6年1月22日 社会保障審議会
介護給付費分科会 資料1

基本診療料

外来感染対策向上加算の見直し①

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

□ 外来感染対策向上加算（月1回）（要届出） 6点 ⇒ 6点（変更なし）

□ （新）発熱患者等対応加算（月1回）（要届出） 20点

◆ 発熱その他感染症疑いの患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合

□ （新）抗菌薬適正使用加算（月1回）（要届出） 5点

◆ 抗菌薬の使用状況が施設基準に適合し、初診を行った場合

◆ 対象となる診療報酬

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

外来感染対策向上加算の見直し②加算の施設基準

◆外来感染対策向上加算の施設基準

(1)(略)

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

(3)(略)

◆1,外来感染対策向上加算に関する施設基準

(1)~(12)(略)

(新) (13)自院の外来で、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有している

(新) (14)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又は医療措置協定であること

(15)~(17)(略)

◆1,外来感染対策向上加算に関する施設基準

(新) (18)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があることが望ましいこと

(19)(略)

◆経過措置

◆ 令和6年3月31日時点で外来感染対策向上加算の届出医療機関は、令和6年12月31日までの間に限り、1の(14)の基準を満たしているものとみなす

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

外来感染対策向上加算の見直し③加算の施設基準

◆施設基準

◆三の六 抗菌薬適正使用加算の施設基準

- ・ 抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること

◆第1の6の2

◆1,抗菌薬適正使用加算

(1)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

(2)直近6か月における外来で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

◆2,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●●を用いること

※初診料、再診料、医学管理料等及び在宅患者診療・指導料のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの並びに精神科訪問看護・指導料におけるサーベイランス強化加算についても同様

25 初診料の引き上げ①

- 初診料 288点 ⇒ 291点
- 情報通信機器を用いた場合 251点 ⇒ 253点
- 初診料（同一日複数科受診時の2科目） 144点 ⇒ 146点
- 初診料（同一日複数科受診時の2科目）（情報通信機器） 125点 ⇒ 127点

- 外来感染対策向上加算（月1回）（要届出） 6点 ⇒ 6点（変更なし）
 - （新）発熱患者等対応加算（月1回）（要届出） 20点
 - ◆ 発熱その他感染症疑いの患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合
 - （新）抗菌薬適正使用加算（月1回）（要届出） 5点
 - ◆ 抗菌薬の使用状況が施設基準に適合し、初診を行った場合

- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算1 4点 ⇒ 医療情報取得加算1（月1回）（要施設基準） 3点
 - ◆ 受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合

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

26 初診料の引き上げ②

□ 初診料

□ (新) 医療DX推進体制整備加算 (月1回) (要届出) 8点

◆ 算定要件

- ◆ 在宅医療DX情報活用加算、訪問看護医療DX情報活用加算は同一月に併算定不可

◆ 施設基準

- ・ レセプトオンライン請求を行っている
- ・ オンライン資格確認システムを有している
- ・ オン資で得た診療情報を医師が診察室、手術室、処置室等で閲覧又は活用できる体制を有している
- ・ 電子処方箋を発行する体制を有している
- ・ 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有している
- ・ マイナ保険証利用の実績を一定程度有している
- ・ 以下の内容について、院内掲示及びウェブサイトに掲載している
 - ✓ 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うこと
- ・ 以下の点数については包括範囲外 (出来高算定可)
 - ✓ 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料

◆ 経過措置

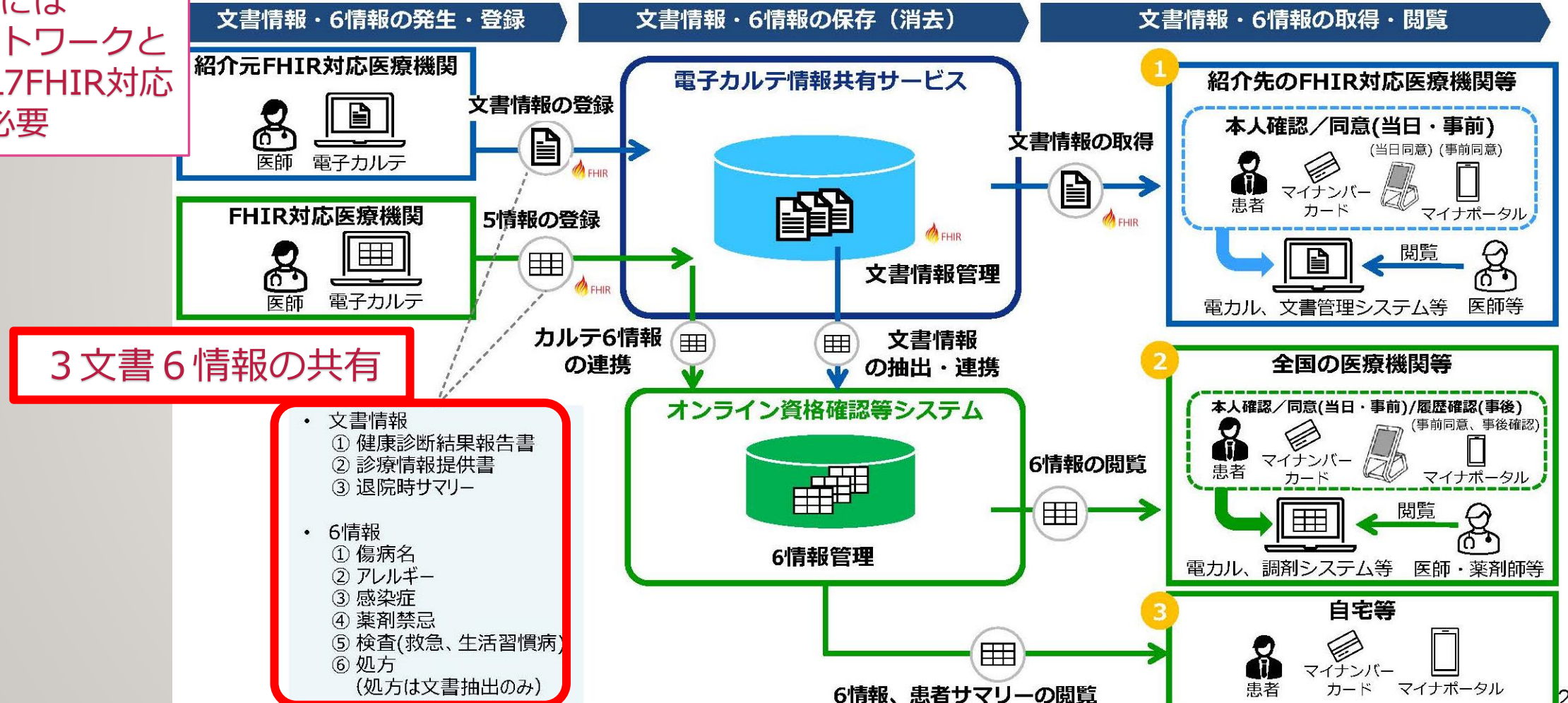
- ・ 電子処方箋発行の基準
 - ✓ 令和7年3月31日までの間に限り該当するものとみなす
- ・ 電子カルテ情報共有サービス活用の基準
 - ✓ 令和7年9月30日までの間に限り該当するものとみなす
- ・ マイナ保険証の基準
 - ✓ 令和6年10月1日から適用
- ・ ウェブサイト掲載の基準
 - ✓ 令和7年5月31日までの間に限り該当するものとみなす

(参考) 電子カルテ情報共有サービスの概要

本仕組みで提供する
サービス

- ① 文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス
- ② 全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報（6情報）を閲覧できるサービス
- ③ 本人等が、自身の電子カルテ情報（6情報）を閲覧・活用できるサービス

連携には
オンネットワークと
電カルのHL7FHIR対応
が必要



初診料の引き上げ③

□初診料

288点 ⇒ 291点

□情報通信機器を用いた場合

251点 ⇒ 253点

※病院の場合

□初診料（同一日複数科受診時の2科目・文書による紹介がない患者） 107点 ⇒ 108点

□初診料（同一日2科目・注2から4に規定する場合）（情報通信機器） 93点 ⇒ 94点

□特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の2科目） 107点 ⇒ 108点

□特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の2科目）（情報通信機器） 93点 ⇒ 94点

□初診料（文書による紹介がない患者） 214点 ⇒ 216点

□初診料（文書による紹介がない患者）（情報通信機器） 186点 ⇒ 188点

□特定妥結率初診料 214点 ⇒ 216点

□特定妥結率初診料（情報通信機器） 186点 ⇒ 188点

再診料の引き上げ①

□再診料

73点 ⇒ 75点

□再診料（同一日複数科受診時の2科目）

37点 ⇒ 38点

□情報通信機器を用いた場合

73点 ⇒ 75点

□医療情報・システム基盤整備体制充実加算3（月1回）

2点 ⇒

□医療情報取得加算3（3月1回）（要施設基準）

2点

◆患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合

□（新）医療情報取得加算4（3月1回）

1点

◆オン資から診療情報を取得等した場合又は他院から診療情報の提供を受けた場合

□（新）看護師等遠隔診療補助加算（要届出）

50点

◆看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合

□時間外対応加算1

5点（変更なし）

□（新）時間外対応加算2

4点

□時間外対応加算3

3点（変更なし）

□時間外対応加算4

1点（変更なし）

◆それぞれの算定要件は次ページ

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

31 再診料の引き上げ②

□再診料

- 外来感染対策向上加算（月1回）（要届出）6点 ⇒ 6点（変更なし）
 - （新）発熱患者等対応加算（月1回）（要届出）20点
 - ◆ 発熱その他感染症疑いの患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合
 - （新）抗菌薬適正使用加算（月1回）（要届出）5点
 - ◆ 抗菌薬の使用状況が施設基準に適合し、初診を行った場合

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

□地域包括診療加算

- 地域包括診療加算125点 ⇒ 28点
- 地域包括診療加算218点 ⇒ 21点
- 認知症地域包括診療加算135点 ⇒ 38点
- 認知症地域包括診療加算228点 ⇒ 31点

地域包括診療加算等で新設された要件及び施設基準①

□ 地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料共通

◆ 算定要件

- ・ (4)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
- ・ (5)・(6)(略)
- ・ (7)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
- ・ (8)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を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること
- ・ (9)(7)及び(8)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
- ・ (10)~(12)(略)

◆ 施設基準

イ・ロ(略)

ハ、当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること

ニ、地域包括診療加算の届出を行っていないこと

◆ 地域包括診療料2は(1)のイ、ハ及びニを満たすものであること

地域包括診療加算等で新設された要件及び施設基準②

□ 地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料共通

◆ 地域包括診療料1に関する施設基準

(1)から(10)までの基準を全て満たしていること。

(1)(略)

(2)当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(以下この区分において「担当医」という)を配置していること。また、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

(3)次に掲げる事項を院内掲示していること

ア,健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること

イ,当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること

ウ,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

(4)(3)のア、イ及びウ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

(5)~(6)(略)

(7)介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること

ア~ケ(略)

コ,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

(8)(略)

(9)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、地域ケア会議に出席した実績があること

ウ,当該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

(10)(略)

(11)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

◆ 地域包括診療料2は1の(1)から(9)まで及び(11)の基準を全て満たしていること

再診料の引き上げ（病院）

□ 再診料

□ 特定妥結率再診料

73点 ⇒ 75点

□ 特定妥結率再診料（情報通信機器）

54点 ⇒ 55点

□ 特定妥結率再診料（同一日複数科受診時の2科目）

54点 ⇒ 55点

27点 ⇒ 28点

□ 外来診療料（200床以上）

74点 ⇒ 76点

□ 情報通信機器を用いた場合

73点 ⇒ 75点

□ 紹介がない場合

55点 ⇒ 56点

□ 妥結率が低い場合

55点 ⇒ 56点

□ 同一日2科目

37点 ⇒ 38点

□ 同一日2科目・紹介がない場合

27点 ⇒ 28点

□ 同一日2科目・妥結率が低い場合

27点 ⇒ 28点

◆ 妥結率の変更点

◆ 単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況 ⇒ 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

※「妥結率等に係る報告書」（現行の様式2の4及び様式85）の報告事項は、妥結率のほか、現行の報告書で求めている単品単価契約率、一律値引き契約の状況に代えて、以下の事項の報告を求めることとする

○ 医薬品取引に係る状況（報告の前年度の医薬品取引の状況も含む）

○ 医療用医薬品の流通改善に向けた取組（流通改善ガイドラインの改訂内容に基づく主な取組事項の確認）

医学管理等

医学管理料の通則の見直し

□ 第1部 医学管理等 通則

1,(略)

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

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

□ 外来感染対策向上加算（月1回）（要届出） 6点 ⇒ 6点（変更なし）

□ （新）発熱患者等対応加算（月1回）（要届出） 20点

◆ 発熱その他感染症疑いの患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合

□ （新）抗菌薬適正使用加算（月1回）（要届出） 5点

◆ 抗菌薬の使用状況が施設基準に適合し、初診を行った場合

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

診療情報提供料の提供先の追加とその他

□ 診療情報提供料(I)の情報提供先に就労選択支援事業所を追加

- ◆ 「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

□ 薬剤情報提供料

10点 ⇒ 4点

□ 在宅療養指導料

170点（点数変更なし）

◆ 対象疾患と要件の追加

- ◆ 在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する
- ◆ （新）当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、在宅療養支援向上のための適切な研修を修了していることが望ましい

医歯薬連携の推進:診療情報連携共有料の名称及び要件見直し

- 診療情報連携共有料について、名称を変更するとともに、保険薬局に対して情報提供を求めた場合及び医科医療機関からの依頼に基づく情報提供を行った場合にも算定可能とする

□ 診療情報等連携共有料（3月に1回）

□ 診療情報等連携共有料1 120点

□ （新）診療情報等連携共有料2 120点

◆ 算定要件

◆ 診療情報等連携共有料1

- ・ 歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者の同意を得て、診療情報等（歯科以外他院で行った検査結果若しくは投薬内容等の診療情報又は保険薬局が有する服用薬の情報等）について、当該他院又は保険薬局に文書等により提供を求めた場合に、当該他院又は保険薬局ごとに患者1人につき、診療情報等の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定

◆ 診療情報等連携共有料2

- ・ 他院(歯科を除く)からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して3月に1回に限り算定

◆ 同月の併算定制限

◆ 診療情報等連携共有料1、診療情報等連携共有料2

- ・ 診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る)

◆ 診療情報等連携共有料2

- ・ 連携強化診療情報提供料(同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限る)

小児特定疾患カウンセリング料の再編

□ イ, 医師による場合

□ 月の1回目 500点 ⇒ 初回 800点

□ (新) 情報通信機器を用いた場合 696点

□ 月の2回目 400点



□ (改) (2) 初回のカウンセリングを行った日後1年以内の期間に行った場合

□ 月の1回目 600点

□ (新) 情報通信機器を用いた場合 (要届出)
522点

□ 月の2回目 500点

□ (新) 情報通信機器を用いた場合 (要届出)
435点

□ (新) (3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して2年以内の期間に行った場合((2)の場合を除く)

□ 月の1回目 500点

□ (新) 情報通信機器を用いた場合 (要届出) 435点

□ 月の2回目 400点

□ (新) 情報通信機器を用いた場合 (要届出) 348点

□ (新) (4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して4年以内の期間に行った場合((2)及び(3)の場合を除く) 400点

□ (新) 情報通信機器を用いた場合 (要届出) 348点

□ ロ, 公認心理師による場合 200点 (変更なし)

40 算定要件と加算の新設

◆小児特定疾患カウンセリング料の算定要件

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



- 療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、初回のカウンセリングを行った日から起算して、2年以内の期間においては月2回に限り、2年を超える期間においては、4年を限度として、月1回に限り、算定

◆小児特定疾患カウンセリング料の注2の施設基準

- 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること

□がん性疼痛緩和指導管理料の加算新設

□がん性疼痛緩和指導管理料 200点（変更なし）

□難治性がん性疼痛緩和指導管理加算（患者1人に1回）（要届出） 100点

- ◆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、患者又はその家族等の同意を得て、自院の保険医が、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

◆施設基準

- がん患者に対する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を実施する体制及び実績を有している

小児科外来診療料の引き上げ

□小児科外来診療料(1日につき)

■1,保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合

■初診時 599点 ⇒ 604点

再診時 406点 ⇒ 410点

□2,1以外の場合

■初診時 716点 ⇒ 721点

再診時 524点 ⇒ 528点

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

◆対象疾患の追加

- 急性气道感染症、急性下痢症 + 急性中耳炎、急性副鼻腔炎

小児かかりつけ診療料の引き上げ

□小児かかりつけ診療料(1日につき)

□小児かかりつけ診療料1

□処方箋を交付する場合

□ 初診時 641点 ⇒ 652点

□ 再診時 448点 ⇒ 458点

□処方箋を交付しない場合

□ 初診時 758点 ⇒ 769点

□ 再診時 566点 ⇒ 576点

□小児かかりつけ診療料2

□処方箋を交付する場合

□ 初診時 630点 ⇒ 641点

□ 再診時 437点 ⇒ 447点

□処方箋を交付しない場合

□ 初診時 747点 ⇒ 758点

□ 再診時 555点 ⇒ 565点

□小児抗菌薬適正使用支援加算（月1回）（要施設基準） 80点（変更なし）

◆対象疾患の追加

- 急性気道感染症、急性下痢症 + 急性中耳炎、急性副鼻腔炎

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の再編設

□ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

□ (改) イ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料1 (要届出)

□ (1) 初回 500点

□ (2) 2回目から4回目まで 150点

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

□ (新) □、乳腺炎重症化予防ケア・指導料2 (要届出)

□ (1) 初回 500点

□ (2) 2回目から8回目まで 200点

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

慢性腎臓病透析予防指導管理料の新設

□（新）慢性腎臓病透析予防指導管理料（要届出）（月1回）

- | | |
|------------------------------------|------|
| □ 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 | 300点 |
| □ 情報通信機器を用いた場合（要届出） | 261点 |
| □ 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 | 250点 |
| □ 情報通信機器を用いた場合（要届出） | 218点 |

◆ 施設基準

◆ 対象患者

- ・ 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
- ・ 糖尿病患者または透析を行っていない患者で別に厚生労働大臣が定める者

◆ 算定要件

- ・ 自院の医師、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
- ・ 外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は所定点数に含まれ別途算定不可

◆ 施設基準

- ・ 自院内に以下の慢性腎臓病透析予防診療チームを設置
 - ✓ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師（経験5年以上）
 - ✓ 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（経験3年以上）

- ・ 自院内に以下の慢性腎臓病透析予防診療チームを設置

✓ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養

⇒ 保健師は慢性腎臓病の予防指導に従事経験を2年以上有する者

⇒ 管理栄養士は慢性腎臓病の栄養指導に従事経験を3年以上有する者

- ・ 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
- ・ 医師、看護師又は保健師のうち、1名以上は常勤であること
- ・ 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
- ・ 腎臓病教室等を定期的に実施し、腎臓病について患者及びその家族に対して説明していること（腎臓病の内容が含まれる場合は糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室の実施で代替可能）
- ・ 本管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等の報告を行う
- ・ 本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う場合に係る厚生労働大臣が定め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を整備

外来腫瘍化学療法診療料の再編

□ 外来腫瘍化学療法診療料

□ 1, 外来腫瘍化学療法診療料1

- イ, 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点
- ロ, 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 400点

□ 2, 外来腫瘍化学療法診療料2

- イ, 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点
- ロ, 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 270点



□ 外来腫瘍化学療法診療料1

- イ, 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
 - 初回から3回目まで（月3回） 800点
 - 4回目以降（週1回） 450点
- ロ, イ以外の必要な治療管理を行った場合（週1回） 350点

□ 外来腫瘍化学療法診療料2

- イ, 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
 - 初回から3回目まで（月3回） 600点
 - 4回目以降（週1回） 320点
- ロ, イ以外の必要な治療管理を行った場合（週1回） 220点

□ （新） 外来腫瘍化学療法診療料3

- イ, 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
 - 初回から3回目まで（月3回） 540点
 - 4回目以降（週1回） 280点
- ロ, イ以外の必要な治療管理を行った場合（週1回） 180点

外来腫瘍化学療法診療料の再編

◆外来腫瘍化学療法診療料の算定要件

◆「抗悪性腫瘍剤以外の必要な治療」

- 診療料1の場合は次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に週1回に限り算定
 - ⇒ 「抗悪性腫瘍剤を投与」の算定日以外の日、当該患者に対して、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
 - ⇒ 連携する他院が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に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
- 診療料2・診療料3の場合は「抗悪性腫瘍剤を投与」の算定日以外の日、当該患者に対して、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に週1回に限り算定

□ バイオ後続品導入初期加算 150点 ⇒ 廃止

□ (新) がん薬物療法体制充実加算 (月1回) (要届出) 100点

- ◆ 診療料1のイの初回から3回目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提案等を行った場合

特定疾患療養管理料・特定疾患処方管理加算対象疾患見直し

□生活習慣病である疾患（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）を除外

◆対象疾患（特定疾患処方管理加算も同様）

- ◆結核
- ◆悪性新生物
- ◆甲状腺障害
- ◆処置後甲状腺機能低下症
- ◆糖尿病
- ◆スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
- ◆ムコ脂質症リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症(家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る)
- ◆リポジストロフィー
- ◆ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
- ◆~~高血圧性疾患~~
- ◆虚血性心疾患
- ◆(中略)
- ◆アナフィラキシー
- ◆ギラン・バレー症候群

特定疾患療養管理料・特定疾患処方管理加算対象疾患見直し

□ 特定疾患処方管理加算（処方料・処方箋料とも）

□ 特定疾患処方管理加算1 18点 ⇒ 廃止

□ 特定疾患処方管理加算2 66点 ⇒ 56点

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

◆ 糖尿病、脂質異常症、高血圧に対しては算定不可となる

生活習慣病管理料の再編

	生活習慣病管理料（Ⅰ）	生活習慣病管理料（Ⅱ）
点数	脂質異常症を主病とする場合 610 点 高血圧症を主病とする場合 660 点 糖尿病を主病とする場合 760 点	脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者 生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点 情報通信機器を用いた診療 290点
加算	血糖自己測定指導加算 500点 外来データ提出加算 50点	
包括項目	・外来管理加算 ・医学管理等（以下を除く） <u>※診療情報提供料・薬剤情報提供料も包括されます！</u> -糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理 ・検査、注射、病理診断	
他の管理料との併算 定について	糖尿病を主病とする場合、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない	？
療養（治療）計画	・療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする）を交付する ・患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するとともに、概ね4月に1回以上は交付する	患者の同意を得て治療計画を策定
（Ⅰ）と（Ⅱ）の算 定について	生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間は、生活習慣病管理料(Ⅰ)は算定できない	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月以内の期間は、生活習慣病管理料(Ⅱ)は算定できない

【参考：令和4年改定】生活習慣病管理料の見直し

□処方箋を交付する場合

- ◆脂質異常症を主病とする場合 6 5 0 点
- ◆高血圧症を主病とする場合 7 0 0 点
- ◆糖尿病を主病とする場合 8 0 0 点

□上記以外の場合

- ◆脂質異常症を主病とする場合 1, 1 7 5 点
- ◆高血圧症を主病とする場合 1, 0 3 5 点
- ◆糖尿病を主病とする場合 1, 2 8 0 点

□（改）生活習慣病管理料

- ◆脂質異常症を主病とする場合 5 7 0 点
- ◆高血圧症を主病とする場合 6 2 0 点
- ◆糖尿病を主病とする場合 7 2 0 点



- ◆投薬を出来高とし点数を一本化
- ◆生活習慣に関する総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えないことを明記
- ◆糖尿病又は高血圧症の患者について管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする

生活習慣病管理料の見直しのポイント

◆外来管理加算と併算定不可になった

- ・ 糖尿病・高血圧症・脂質異常症以外の受診日は算定可？（疑義解釈待ち）

◆新設の慢性腎臓病透析予防指導管理料は除外対象

◆「少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理」の文言を削除

- ・ 長期処方が認められる

◆療養計画書を概ね4月に1回以上交付することに変更はないが、「患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するものとする」とされた

◆療養計画書の血液検査項目の記載不要な場合

- ・ 血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合
- ・ 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
- ・ いずれもその旨を診療録に記載している場合
- ・ 患者の求めに応じて電子カルテ情報共有サービスを利用する場合

◆下記2点を満たせば療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす

- ・ 電子カルテ情報共有サービスの患者サマリーに療養計画書での記載事項を入力
- ・ 診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残す

生活習慣病管理料の再編

□生活習慣病管理料

◆ 脂質異常症を主病とする場合	5 7 0 点
◆ 高血圧症を主病とする場合	6 2 0 点
◆ 糖尿病を主病とする場合	7 2 0 点



□生活習慣病管理料（Ⅰ）（要施設基準）（月1回）

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

□生活習慣病管理料(Ⅱ)（要施設基準） 333点

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

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

生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定要件等①

◆ 生活習慣病管理料（Ⅰ）の包括項目

- 外来管理加算、医学管理等(糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く)、第3部検査、第6部注射、第13部病理診断の費用
- 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定月から起算して6月以内の期間は、生活習慣病管理料(Ⅰ)は算定不可

◆ 算定要件

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

◆ 算定要件

- (2)**生活習慣病管理料(Ⅰ)**は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする)により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、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。なお、血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする
- (3)**生活習慣病管理料(Ⅰ)**については、当該患者の診療に際して行った「A001」の注8に掲げる**医学管理（筆者注：外来管理加算）**、第2章第1部医学管理等(糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、腎臓病透析予防指導管理料を除く)、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

生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定要件等②

◆ 算定要件

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

◆ 算定要件

- ・(6)当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる
- ・(6)・(6)(略)
- ・(8)学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする
- ・(9)患者の状態に応じ、28日以上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
- ・(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。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと
- ・(12)～(14)(略)

生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定要件等③

◆ 施設基準

四の九 生活習慣病管理料(Ⅰ)の施設基準

(1)生活習慣病管理料(Ⅰ)の注1に規定する施設基準

生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

(2)生活習慣病管理料(Ⅰ)の注4に規定する施設基準

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

ロ 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

第6の9 生活習慣病管理料

1 生活習慣病管理料(Ⅰ)の注1に規定する施設基準

(1)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を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること

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

2~4(略)

生活習慣病管理料（Ⅱ）の算定要件等

□ 生活習慣病管理料(Ⅱ)（要施設基準）（月1回） 333点

□ 情報通信機器を用いた場合（要届出） 290点

□ 血糖自己測定指導加算（年1回） 500点

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

□ 外来データ提出加算（要届出） 50点

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

◆ 算定要件

- 許可病床数が200床未満の病院又は診療所
- 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
- 生活習慣病管理料(I)の算定月から起算して6月以内の期間は、生活習慣病管理料(Ⅱ)は算定不可

◆ 包括項目

- 区分番号A001の注8に掲げる医学管理（筆者注：外来管理加算）及び第2章第1部第1節医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、プログラム医療機器等指導管理料を除く）の費用

◆ 生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準

- 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制を整備
- 患者の状態に応じ、28日以上 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を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示
- 治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい

◆ 情報通信機器を用いて行う場合の施設基準

- 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制を整備

◆ 外来データ提出加算の施設基準

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制を整備
- データ提出加算に係る届出（筆者注：入院）を行っていない保険医療機関

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)		□糖尿病 □高血圧症 □高脂血症	
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【検査・問診】	【検査項目】	【血液検査項目】(採血日 月 日)	
	□身長 (cm)	□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)	
	□体重: 現在(kg) → 目標(kg)	□HbA1c: 現在(%) → 目標(%)	
	□BMI ()	□総コレステロール (mg/dl)	
	□腹囲: 現在(cm) → 目標(cm)	□中性脂肪 (mg/dl)	
	□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	□HDLコレステロール (mg/dl)	
	□収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)	□LDLコレステロール (mg/dl)	
	□運動負荷心電図	□その他 ()	
	□その他 ()	□その他 ()	
	【問診】 □食事の状況 □運動の状況 □たばこ □その他の生活		
	【①達成目標】: 患者と相談した目標		
	【②行動目標】: 患者と相談した目標		
		医師氏名 (印)	
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	□食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える	
		□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項()	
		□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()	
		□節酒: [減らす(種類・量: を週 回)]	
	□間食: [減らす(種類・量: を週 回)]		
	□食べ方: (ゆっくり食べる・その他())	担当者の氏名 (印)	
	□食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる		
	□運動	□運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or)	
		□日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・)	担当者の氏名 (印)
		□運動時の注意事項など()	
	□たばこ	□非喫煙者である	担当者の氏名 (印)
		□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)	担当者の氏名 (印)
		□その他()	
	【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		患者署名	
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		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 年 月 日生(才)		□糖尿病 □高血圧症 □高脂血症	
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・問診】	【検査項目】	【血液検査項目】(採血日 月 日)	
	□体重: 現在(kg) → 目標(kg)	□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)	
	□BMI ()	□HbA1c: 現在(%) → 目標(%)	
	□腹囲: 現在(cm) → 目標(cm)	□総コレステロール (mg/dl)	
	□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	□中性脂肪 (mg/dl)	
	□収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)	□HDLコレステロール (mg/dl)	
	□運動負荷心電図	□LDLコレステロール (mg/dl)	
	□その他 ()	□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())	担当者の氏名 (印)	
	□食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる		
	□運動	□今回は、指導の必要なし	
		□運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or)	
		□日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・)	担当者の氏名 (印)
		□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	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)	担当者の氏名 (印)
		□その他()	
	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		患者署名	
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		医師氏名 (印)	

生活習慣病管理料と特定疾患療養管理料試算

□ 生活習慣病管理料(Ⅰ)と特定疾患療養管理料の比較

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

□ 生活習慣病管理料(Ⅱ)の場合と特定疾患療養管理料の比較

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

【参考】生活習慣病管理料のデータ提出加算について

□（新）外来データ提出加算（要届出） 50点

◆ 算定の留意事項

- 厚生労働省が毎年実施する外来医療等調査に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したもので、提出されたデータは、特定の患者個人を特定できないように集計し、厚生労働省保険局において外来医療等に係る実態の把握・分析等のために適宜活用されるもの
- 当該加算はデータ提出の実績が認められた医療機関で、生活習慣病管理料の算定患者について、データを提出する診療に限り算定
 - データ提出の実績が認められた保険医療機関とは
 - データの提出が厚生労働省保険局医療課で確認され、その旨を通知された医療機関
- データ提出が遅延などした場合
 - データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降は算定できない
 - 算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降の算定ができる

◆ 算定の留意事項

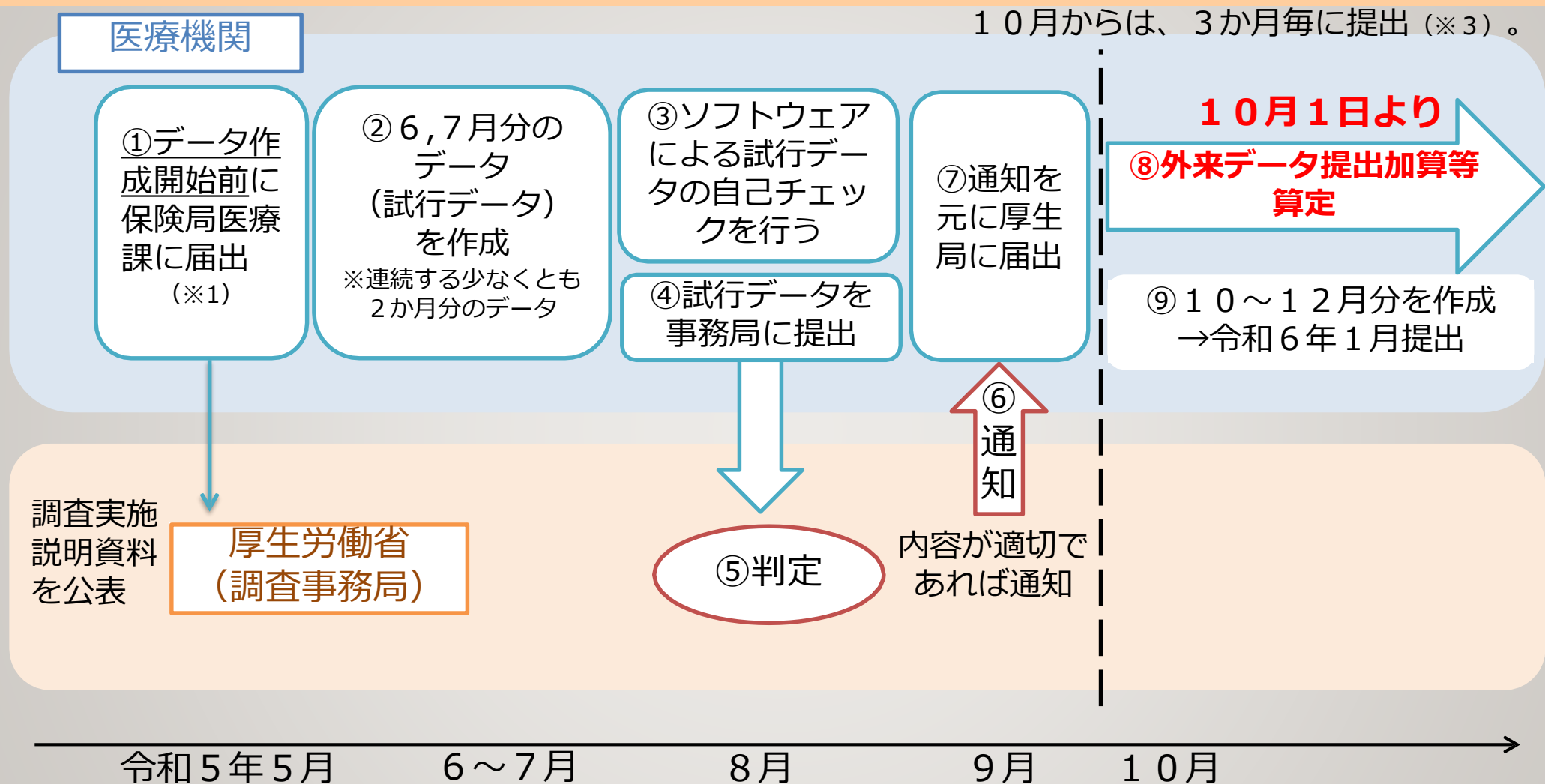
- 遅延等とは下記のことをいう
 - 厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む）
 - 提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む）
- データの作成は3ヶ月単位で行うものとし、作成されたデータには第1月の初日から第3月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない

【参考】生活習慣病管理料のデータ提出加算について

◆外来データ提出加算の施設基準の概要

- ◆外来医療等調査に適切に参加できる体制を有する
- ◆厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず 1 名指定
- ◆外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出
- ◆診療記録（過去 5 年間のカルテ及び過去 3 年間の手術記録、看護記録等）の全てを保管・管理
- ◆診療記録の保管・管理が厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい
- ◆診療記録の保管・管理のための規定を明文化
- ◆患者の疾病統計は、ICD大分類程度以上の疾病分類がされている
- ◆保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



※1 5/20までに厚生局を
経由して届出（施設の状況
により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労
働省が追って作成・配付。医療機関
側提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点
検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、
データの追加提出を求める場合がある。

遠隔連携診療料

□ 遠隔連携診療料

□ 診断を目的とする場合 750点

□ その他の場合 500点

◆ 「その他の場合」に指定難病を追加

- 診断を目的とする場合

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

- その他の場合

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

プログラム医療機器等指導管理料の新設

- プログラム医療機器等指導管理料（要届出）（月1回） 90点
 - ◆ 主に患者自らが使用するプログラム医療機器等(特定保険医療材料に限る)に係る指導管理を行った場合
- 導入期加算 50点
 - ◆ 初回の指導管理を行った場合
 - ◆ 当該初回の指導管理を行った月のみ
- 第2節 プログラム医療機器等医学管理加算
 - ~~□ B100——禁煙治療補助システム指導管理加算（要届出）（算定日1回）140点~~
 - ~~◆ ニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合~~
 - ~~□ 禁煙治療補助システム加算——2,400点~~
 - ~~◆ 禁煙治療補助システムを使用した場合~~

プログラム医療機器についての評価療養の新設

- 薬事上の第1段階承認を取得しているものの保険適用がされていないプログラム医療機器であって、市販後に臨床的エビデンスが確立された後、承認事項一部変更承認申請等を行うことで第2段階承認を取得し、保険適用を目指しているものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする
 - 2.既に保険適用されている(1)第1段階承認を取得後、第2段階承認の申請前のものについては、当該プログラム医療機器の第2段階承認及び保険適用のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする
 - (2)第2段階承認の申請中のものについては、第2段階承認の申請に係る使用目的等に従って、第2段階承認の申請が受理されてから2年間に限り実施可能とする
 - (3)第2段階承認を取得後、保険適用前のものについては、必要な体制が整備された病院若しくは診療所又は薬局において、保険適用を希望した日から起算して240日間に限り実施可能とする
- プログラム医療機器であって、保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関し、使用成績を踏まえた再評価を目指すものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする
 - (1)使用成績を踏まえた再評価に係る申請前のものについては、再評価のための申請に係る権利の取得の際に付された条件に従って、再評価のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする
 - (2)使用成績を踏まえた再評価に係る申請中のものについては、再評価の申請を行った日から起算して240日間に限り実施可能とする

在宅医療

在宅医療における医療DXの推進

- 在宅患者訪問診療料(I)の1、在宅患者訪問診療料(I)の2、在宅患者訪問診療料(II)及び在宅がん医療総合診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する
- 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う
- 【参考】 歯科訪問診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する

□(新)在宅医療DX情報活用加算

10点

◆対象患者

- ・ 在宅患者訪問診療料(I)の1、在宅患者訪問診療料(I)の2、在宅患者訪問診療料(II)及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

□(新)訪問看護医療DX情報活用加算

5点

◆対象患者

- ・ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定する患者

□【参考】(新)在宅医療DX情報活用加算(歯科訪問診療料)

8点

◆対象患者：歯科訪問診療料を算定する患者

在宅医療におけるICTを用いた医療情報連携の推進

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、他院等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する
- 在宅がん医療総合診療料について、他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する
- 【参考】歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、歯科医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する

□ (新) 在宅医療情報連携加算(在宅時医学総合管理料及び施設入居時等 医学総合管理料) 100 点

□ (新)在宅医療情報連携加算(在宅がん医療総合診療料) 100点

□ 【参考】(新)在宅歯科医療情報連携加算（歯科診療報酬） 100点

◆ 関係職種

- 連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員、相談支援専門員等

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

記録者	記録内容(概要)	補足
Day -58日  (在宅医師)	肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。 少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。 主たる介護者は妻であり、 本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。	写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。 【共有内容のイメージ】  ○月△日 □□:□□ 投稿者: ○○ ○○(医師) 題名: 呼吸苦時の対応 本文: 呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。 添付: 
-14日  (看護師)	奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思ってます。」	
-10日  (看護師)	トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。 (起居動作を動画にて保存)	
-6日  (在宅医師)	頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。	
-4日  (ケアマネジャー)	奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。 (良姿勢を動画にて保存) 連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有	家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。
-2日  (在宅医師)	画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。	ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。
-2日  (緩和ケア病棟スタッフ)	これまでも地域ICTの記録を通じて病態変化を事前に確認できているので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。	患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。
0日 	当該緩和ケア病棟に入院 入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。	

外来感染対策向上加算の見直し

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

□ 外来感染対策向上加算（月1回）（要届出） 6点 ⇒ 6点（変更なし）

□ （新）発熱患者等対応加算（月1回）（要届出） 20点

◆ 発熱その他感染症疑いの患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合

□ （新）抗菌薬適正使用加算（月1回）（要届出） 5点

◆ 抗菌薬の使用状況が施設基準に適合し、初診を行った場合

◆ 対象となる診療報酬

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

往診料の対象患者見直しと再編①

- イ, 別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合

□ (1)・(2)(略)

- ロ, 別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(イに規定するものを除く)の保険医が行う場合

□ (1)~(3)(略)

- ハ, 別に厚生労働大臣が定める患者に対し、イからロまでに掲げるものの以外の保険医療機関の保険医が行う場合

□ (1)~(3)(略)

- (新) ニ, 別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合

□ (1)緊急往診加算	325点
□ (2)夜間・休日往診加算	405点
□ (3)深夜往診加算	485点

◆ 施設基準

◆ 厚生労働大臣が定める時間

- ・ 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間

◆ 厚生労働大臣が定める患者

- ・ 次のいずれかに該当するものであること

イ, 往診医療機関で過去60日以内に以下を算定しているもの

- ・ 在宅患者訪問診療料(I)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料

ロ, 往診医療機関と連携する他院で、過去60日以内に以下を算定しているもの

- ・ 在宅患者訪問診療料(I)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は在宅がん医療総合診療料

ハ, 往診医療機関の外来で継続的に診療を受けているもの

ニ, 往診医療機関と平時から連携する介護保険施設等に入所するもの

- ・ 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム

往診料の対象患者見直しと再編②

- 1.在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする。
- 2.看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする。

□（新）在宅ターミナルケア加算

□ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（要届出）	1,000点
□ 在宅療養実績加算1要届出	750点
□ 在宅療養実績加算2要届出	500点
□ 酸素療法加算（要届出）	2,000点

◆ がん患者に対して酸素療法を行っていた場合

- ◆ 在宅で死亡した患者(往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む) であって、その死亡日及び死亡日前14日以内に対して、退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した場合
- ◆ 在宅患者訪問診療料(I)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の在宅ターミナルケア加算は算定不可

往診料の対象患者見直しと再編③

□ (新) 在宅ターミナルケア加算

□ 有料老人ホーム等（有料老人ホームその他これに準ずる施設）に入居する患者以外の患者

□ (1)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

□ 病床を有する場合 6,500点

□ 病床を有しない場合 5,500点

□ (2)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院((1)に規定するものを除く) の場合 4,500点

□ (3)(1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点

□ □,有料老人ホーム等に入居する患者

□ (1)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

□ 病床を有する場合 6,500点

□ 病床を有しない場合 5,500点

□ (2)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院((1)に規定するものを除く) の場合 4,500点

□ (3)(1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点

往診料の対象患者見直しと再編④

- (新) 看取り加算 3,000点
 - ◆ 往診を行い、在宅で患者を看取った場合(注3に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る)
 - ◆ 在宅患者訪問診療料(I)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の看取り加算は算定不可
- 死亡診断加算 200点
 - ◆ 患家において死亡診断を行った場合
 - ◆ 看取り加算を算定する場合は算定不可
- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (要届出) 100点
 - 在宅療養実績加算1 (要届出) 75点
 - 在宅療養実績加算2 (要届出) 50点
 - ◆ 注1のイからハまで (厚生労働大臣の定める患者に行う緊急往診等) を保険医が行った場合
- (新) 往診時医療情報連携加算 200点
 - ◆ 自院 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院) と連携する他院(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外) によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して往診を行った場合

往診料の対象患者見直しと再編④

□（新）介護保険施設等連携往診加算（要届出） 200点

- ◆ 介護保険施設等（介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム）の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い往診を行った場合
- ◆ 施設基準
 - ・ 介護保険施設等（介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム）が、協力医療機関として定めている保険医療機関であって、当該介護保険施設等から24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を当該介護保険施設等に提供している
 - ・ 介護保険施設等と連携体制が確保されている
 - ・ 上記の連携体制について、見やすい場所に院内掲示している
 - ・ 院内掲示の内容を、原則として、ウェブサイトに掲載している
- ◆ ウェブサイト掲載の経過措置
- ◆ 令和7年5月31日まで

75 在宅患者訪問診療料

- 在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする。

◆ターミナルケア加算の要件追加

- 在宅で死亡した患者(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患者を含む) に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合(1を算定する場合に限る) 又は区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合(1を算定する場合に限る)
- 往診料の在宅ターミナルケア加算と併算定不可

在宅患者訪問診療料の加算新設

□（新）在宅医療DX情報活用加算（月1回）（要届出）

10点

- ◆ オンライン資格確認システム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
- ◆ 算定制限

- ・ 以下を算定した月は在宅医療DX情報活用加算は算定不可
 - ・ 医療情報取得加算（初診料の注15、再診料の注19、外来診療料の注10）
 - ・ 医療DX推進体制整備加算（初診料の注16）
 - ・ 在宅医療DX情報活用加算（在宅がん医療総合診療料の注8）
 - ・ 訪問看護医療DX情報活用加算（在宅患者訪問看護・指導料の注17、同一建物居住者訪問看護・指導料の注6、精神科訪問看護・指導料の注17）

◆ 施設基準

- ・ レセプトオンライン請求を行っている
- ・ オンライン資格確認システムを行う体制を有している
- ・ 電子処方箋を発行する体制を有している

【経過措置】 令和7年3月31日までは基準に該当するものとみなす

- ・ 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有している

【経過措置】 令和7年9月30日までは基準に該当するものとみなす

◆ 経過措置

- ・ 以下の内容について見やすい場所に院内掲示している
 - ・ 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うこと
- ・ 院内の掲示事項を、原則として、ウェブサイトに掲載している

【経過措置】 令和7年5月31日までは基準に該当するものとみなす

※在宅患者訪問診療料(II)、在宅がん医療総合診療料も同様

在宅患者訪問診療料の訪問回数による減算

- 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、過去3月の患者(一部の状態を除く) 一人あたりの訪問診療の回数が平均で12回を超える場合の在宅患者訪問診療料を見直す

□ 在宅患者訪問診療料(I)1、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

- ◆ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定める基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近1月に限り、同一患者につき同一月において**訪問診療を5回以上実施した場合における5回目以降**の当該訪問診療については、**所定点数の100分の50**に相当する点数により算定する

◆ 第9 在宅患者訪問診療料(I)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)に規定する場合の施設基準

- 以下のいずれにも該当する場合
- 自院の次のアに掲げる数をイに掲げる数で除した値が12未満
- なお、アの数か120を超えない場合はこの限りではない

ア、直近3月に訪問診療を行った回数

(別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、死亡した者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者、当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者に行う場合を除く)

イ、直近3月に訪問診療を行った患者の数

(別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者又は当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者、訪問診療を終了した患者若しくは死亡した患者に行った場合を除く)

◆ 経過措置

- ◆ 令和6年3月31日時点で在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関は、令和6年9月30日までの間に限り、第四の一の五の二に該当するものとみなす(筆者中: 12回未満であること)

◆ 別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者、人工呼吸器を使用している状態(ASV、CPAPは含まれない)

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設する
- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く)について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す
- 医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す
- 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を要件とする

在宅時医学総合管理料の見直し①

※下線は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

1,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ,病床を有する場合

対面及び 情報通信の回数 対象患者の人数	月 2 回以上の訪問診療			月 1 回の訪問診療	
	(1)別に厚生労働大臣 が定める状態の患者の 訪問診療	(2)訪問診療 ((1)を除く)	(3) うち 1 回以上情報 通信機器を用いた診療 ((1)、(2)を除く)	(4)訪問診療	(5) 情報通信機器を用 いた診療 (2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が 1 人の場合	5,400点 ⇒ 5,385点	4,500点 ⇒ 4,485点	3,029点 ⇒ 3,014点	2,760点 ⇒ 2,745点	1,515点 ⇒ 1,500点
②単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	4,500点 ⇒ 4,485点	2,400点 ⇒ 2,385点	1,685点 ⇒ 1,670点	1,500点 ⇒ 1,485点	843点 ⇒ 828点
③単一建物診療患者が 10人以上19人以下の場合	2,880点 ⇒ 2,865点	1,200点 ⇒ 1,185点	880点 ⇒ 865点	780点 ⇒ 765点	440点 ⇒ 425点
(新) ④単一建物診療患者が 20人以上49人以下の場合	⇒ 2,400点	⇒ 1,065点	⇒ 780点	⇒ 670点	⇒ 373点
(新) ⑤①から④まで 以外の場合	⇒ 2,110点	⇒ 905点	⇒ 660点	⇒ 575点	⇒ 317点

在宅時医学総合管理料の見直し②

※下線は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

- 1,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
□,病床を有しない場合

対面及び 情報通信の回数 対象患者の人数	月 2 回以上の訪問診療			月 1 回の訪問診療	
	(1)別に厚生労働大臣 が定める状態の患者の 訪問診療	(2)訪問診療 ((1)を除く)	(3) うち 1 回以上情報 通信機器を用いた診療 ((1)、(2)を除く)	(4)訪問診療	(5) 情報通信機器を用 いた診療 (2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が 1 人の場合	5,000点 ⇒ 4,985点	4,100点 ⇒ 4,085点	2,789点 ⇒ 2,774点	2,520点 ⇒ 2,505点	1,395点 ⇒ 1,380点
②単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	4,140点 ⇒ 4,125点	2,200点 ⇒ 2,185点	1,565点 ⇒ 1,550点	1,380点 ⇒ 1,365点	783点 ⇒ 768点
③単一建物診療患者が 10人以上19人以下の場合	2,640点 ⇒ 2,625点	1,100点 ⇒ 1,085点	820点 ⇒ 805点	720点 ⇒ 705点	410点 ⇒ 395点
(新) ④単一建物診療患者が 20人以上49人以下の場合	⇒ 2,205点	⇒ 970点	⇒ 720点	⇒ 615点	⇒ 344点
(新) ⑤①から④まで 以外の場合	⇒ 1,935点	⇒ 825点	⇒ 611点	⇒ 525点	⇒ 292点

在宅時医学総合管理料の見直し③

※下線は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

2,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く）の場合

対象患者の人数 対面及び 情報通信の回数	月2回以上の訪問診療			月1回の訪問診療	
	(イ).別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(ロ).訪問診療 ((イ)を除く)	(ハ)うち1回以上情報通信機器を用いた診療 ((イ)、(ロ)を除く)	(二)訪問診療	(ホ) 情報通信機器を用いた診療 (2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が 1人の場合	4,600点 ⇒ 4,585点	3,700点 ⇒ 3,685点	2,569点 ⇒ 2,554点	2,300点 ⇒ 2,285点	1,285点 ⇒ 1,270点
②単一建物診療患者が 2人以上9人以下の場合	3,780点 ⇒ 3,765点	2,000点 ⇒ 1,985点	1,465点 ⇒ 1,450点	1,280点 ⇒ 1,265点	733点 ⇒ 718点
③単一建物診療患者が 10人以上19人以下の場合	2,400点 ⇒ 2,385点	1,000点 ⇒ 985点	780点 ⇒ 765点	680点 ⇒ 665点	390点 ⇒ 375点
(新) ④単一建物診療患者が 20人以上49人以下の場合	⇒ 2,010点	⇒ 875点	⇒ 679点	⇒ 570点	⇒ 321点
(新) ⑤①から④まで 以外の場合	⇒ 1,765点	⇒ 745点	⇒ 578点	⇒ 490点	⇒ 275点

在宅時医学総合管理料の見直し④

※下線は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

3, 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合

対面及び 情報通信の回数 対象患者の人数	月 2 回以上の訪問診療			月 1 回の訪問診療	
	(イ).別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(ロ).訪問診療 ((イ)を除く)	(ハ)うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療 ((イ)、(ロ)を除く)	(二)訪問診療	(ホ) 情報通信機器を用いた診療 (2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が 1 人の場合	3,450点 ⇒ 3,435点	2,750点 ⇒ 2,735点	2,029点 ⇒ 2,014点	1,760点 ⇒ 1,745点	1,015点 ⇒ 1,000点
②単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	2,835点 ⇒ 2,820点	1,475点 ⇒ 1,460点	1,180点 ⇒ 1,165点	995点 ⇒ 980点	590点 ⇒ 575点
③単一建物診療患者が 10人以上19人以下の場合	1,800点 ⇒ 1,785点	750点 ⇒ 735点	660点 ⇒ 645点	560点 ⇒ 545点	330点 ⇒ 315点
(新) ④単一建物診療患者が 20人以上49人以下の場合	⇒ 1,500点	⇒ 655点	⇒ 573点	⇒ 455点	⇒ 264点
(新) ⑤①から④まで 以外の場合	⇒ 1,315点	⇒ 555点	⇒ 487点	⇒ 395点	⇒ 225点

在宅時医学総合管理料の加算の見直し

□ 頻回訪問加算（600点）の再編

□ 初回の場合 800点

□ 2回目以降の場合 300点

※加算を算定してからの期間に応じた評価に見直し

□ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の再編

□ 単一建物診療患者が1人の場合 400点

□ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
200点

□ 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合
100点

□ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
85点

□ 上記以外の場合 75点

□ 在宅療養実績加算1の再編

□ 単一建物診療患者が1人の場合 300点

□ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点

□ 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合 75点

□ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 63点

□ 上記以外の場合 56点

□ 在宅療養実績加算2の再編

□ 単一建物診療患者が1人の場合 200点

□ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 100点

□ 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合 50点

□ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 43点

□ 上記以外の場合 38点

施設入居時等医学総合管理料の見直し①

※下線は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

1,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ,病床を有する場合

対象患者の人数 対面及び 情報通信の回数	月 2 回以上の訪問診療			月 1 回の訪問診療	
	(1)別に厚生労働大臣 が定める状態の患者の 訪問診療	(2)訪問診療 ((1)を除く)	(3) うち 1 回以上情報 通信機器を用いた診療 ((1)、(2)を除く)	(4)訪問診療	(5) 情報通信機器を用 いた診療 (2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が 1 人の場合	3,900点 ⇒ 3,885点	3,200点 ⇒ 3,185点	2,249点 ⇒ 2,234点	1,980点 ⇒ 1,965点	1,125点 ⇒ 1,110点
②単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	3,240点 ⇒ 3,225点	1,700点 ⇒ 1,685点	1,265点 ⇒ 1,250点	1,080点 ⇒ 1,065点	633点 ⇒ 618点
③単一建物診療患者が 10人以上19人以下の場合	2,880点 ⇒ 2,865点	1,200点 ⇒ 1,185点	880点 ⇒ 865点	780点 ⇒ 765点	440点 ⇒ 425点
(新) ④単一建物診療患者が 20人以上49人以下の場合	⇒ 2,400点	⇒ 1,065点	⇒ 780点	⇒ 670点	⇒ 373点
(新) ⑤①から④まで 以外の場合	⇒ 2,110点	⇒ 905点	⇒ 660点	⇒ 575点	⇒ 317点

施設入居時等医学総合管理料の見直し②

※下線は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

1,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
□,病床を有しない場合

対面及び 情報通信の回数 対象患者の人数	月 2 回以上の訪問診療			月 1 回の訪問診療	
	(1)別に厚生労働大臣 が定める状態の患者の 訪問診療	(2)訪問診療 ((1)を除く)	(3) うち 1 回以上情報 通信機器を用いた診療 ((1)、(2)を除く)	(4)訪問診療	(5) 情報通信機器を用 いた診療 (2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が 1 人の場合	3,600点 ⇒ 3,585点	2,900点 ⇒ 2,885点	2,069点 ⇒ 2,054点	1,800点 ⇒ 1,785点	1,035点 ⇒ 1,020点
②単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	2,970点 ⇒ 2,955点	1,550点 ⇒ 1,535点	1,175点 ⇒ 1,160点	990点 ⇒ 975点	588点 ⇒ 573点
③単一建物診療患者が 10人以上19人以下の場合	2,640点 ⇒ 2,625点	1,100点 ⇒ 1,085点	820点 ⇒ 805点	720点 ⇒ 705点	410点 ⇒ 395点
(新) ④単一建物診療患者が 20人以上49人以下の場合	⇒ 2,205点	⇒ 970点	⇒ 720点	⇒ 615点	⇒ 344点
(新) ⑤①から④まで 以外の場合	⇒ 1,935点	⇒ 825点	⇒ 611点	⇒ 525点	⇒ 292点

施設入居時等医学総合管理料の見直し③

※下線は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

2,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く）の場合

対面及び 情報通信の回数 対象患者の人数	月2回以上の訪問診療			月1回の訪問診療	
	(イ).別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(ロ).訪問診療 ((イ)を除く)	(ハ)うち1回以上情報通信機器を用いた診療 ((イ)、(ロ)を除く)	(二)訪問診療	(ホ) 情報通信機器を用いた診療 (2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が 1人の場合	3,300点 ⇒ 3,285点	2,600点 ⇒ 2,585点	1,909点 ⇒ 1,894点	1,640点 ⇒ 1,625点	955点 ⇒ 940点
②単一建物診療患者が 2人以上9人以下の場合	2,700点 ⇒ 2,685点	1,400点 ⇒ 1,385点	1,105点 ⇒ 1,090点	920点 ⇒ 905点	553点 ⇒ 538点
③単一建物診療患者が 10人以上19人以下の場合	2,400点 ⇒ 2,385点	1,000点 ⇒ 985点	780点 ⇒ 765点	680点 ⇒ 665点	390点 ⇒ 375点
(新) ④単一建物診療患者が 20人以上49人以下の場合	⇒ 2,010点	⇒ 875点	⇒ 679点	⇒ 570点	⇒ 321点
(新) ⑤①から④まで 以外の場合	⇒ 1,765点	⇒ 745点	⇒ 578点	⇒ 490点	⇒ 275点

施設入居時等医学総合管理料の見直し④

※下線は頻回訪問に該当した場合は60／100で算定

3, 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合

対面及び 情報通信の回数 対象患者の人数	月 2 回以上の訪問診療			月 1 回の訪問診療	
	(イ).別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(ロ).訪問診療 ((イ)を除く)	(ハ)うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療 ((イ)、(ロ)を除く)	(二)訪問診療	(ホ) 情報通信機器を用いた診療 (2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が 1 人の場合	2,450点 ⇒ 2,435点	1,950点 ⇒ 1,935点	1,549点 ⇒ 1,534点	1,549点 ⇒ 1,534点	1,280点 ⇒ 1,265点
②単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	2,025点 ⇒ 2,010点	1,025点 ⇒ 1,010点	910点 ⇒ 895点	910点 ⇒ 895点	725点 ⇒ 710点
③単一建物診療患者が 10人以上19人以下の場合	1,800点 ⇒ 1,785点	750点 ⇒ 735点	660点 ⇒ 645点	660点 ⇒ 645点	560点 ⇒ 545点
(新) ④単一建物診療患者が 20人以上49人以下の場合	⇒ 1,500点	⇒ 655点	⇒ 573点	⇒ 573点	⇒ 455点
(新) ⑤①から④まで 以外の場合	⇒ 1,315点	⇒ 555点	⇒ 487点	⇒ 487点	⇒ 395点

施設入居時等医学総合管理料の加算の見直し

□在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の再編

□ 単一建物診療患者が1人の場合	300点
□ 単一建物診療患者が2人以上9人以下	150点
□ <u>単一建物診療患者が10人以上19以下</u>	75点
□ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下</u>	63点
□ <u>上記以外の場合</u>	56点

□在宅療養実績加算1

□ 単一建物診療患者が1人の場合	225点
□ 単一建物診療患者が2人以上9人以下	110点
□ <u>単一建物診療患者が10人以上19以下</u>	56点
□ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下</u>	47点
□ <u>上記以外の場合</u>	42点

□在宅療養実績加算2の再編

□ 単一建物診療患者が1人の場合	150点
□ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	75点
□ <u>単一建物診療患者が10人以上19以下の場合</u>	40点
□ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	33点
□ <u>上記以外の場合</u>	30点

□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)に規定する別に厚生労働大臣が定める基準

- ◆ 当該保険医療機関の訪問診療の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日までに開設した保険医療機関を除く)の訪問診療の回数の合計が一定数を超えないこと

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し

- 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進
- 医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備を推進する

◆ 在宅療養支援診療所の施設基準

(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること

イ～フ(略)

(新) 力, 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制をとっていること

- ◆ 1, 在宅療養支援診療所の施設基準次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という

(中略)

(1) 診療所であって、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

(新) タ, 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外(公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る)の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい

◆ 在宅療養支援病院施設基準

(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること

イ～フ(略)

力, 訪問栄養食事指導を行うにつき十分な体制が整備されていること

- ◆ 1, 在宅療養支援病院の施設基準次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という(中略)

(1) 当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること

チ, 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備すること

※機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院並びに機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様

- ◆ [経過措置] 令和6年3月31日時点で在支病の届出医療機関は、令和7年5月31日までの間に限り、第四の一の(1)の力、(2)の力若しくは(3)のフに該当するものとみなす。

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し

- 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
- 機能強化型以外の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、機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院、地域包括ケア病棟も同様

◆ 在宅療養支援病院の施設基準

(1)次のいずれの基準にも該当するものであること
イ～フ(略)

◆ 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)



◆ 在宅療養支援病院の施設基準

(1)次のいずれの基準にも該当するものであること
イ～フ(略)

(新) カ,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)との協力が可能な体制をとっていること

◆ 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) チ,地域において、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下この項において、「介護保険施設等」という)から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設の協力医療機関として定められることが望ましい

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し

◆施設基準

第三の六 在宅療養支援診療所の施設基準

(1)次のいずれの基準にも該当するものであること

イ～ヨ(略)

タ、訪問診療の回数が一定数以上の場合にあつては、在宅データ提出加算に係る届出を行っている医療機関であること

※第三の六の(2)及び機能強化型の在宅療養支援病院についても同様

◆経過措置

- ◆第三の六の(1)タ、第三の六の(2)ヨ、第四の一の(1)タ及び第四の一の(2)タに係る規定は、令和6年3月31日において現に機能強化型の在宅療養診療所及び在宅療養病院の届出を行っている場合は、令和7年5月31日までの間に限り、在宅データ提出加算に係る基準を満たすものとする
- ◆第四の一の六(10)に係る規定（筆者注：訪問診療の回数）は、令和6年3月31日において現に在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までは当該基準を満たすものとする

在医総管・施設総管の加算新設

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、他院等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する

□ (新)在宅医療情報連携加算（月1回）（要届出）

100点

◆算定要件

- 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、自院と連携する以下の関係職種であって当該患者に関わる者がICTを用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合

◆関係職種

- 他院の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員、相談支援専門員等

◆施設基準

- 在宅療養している患者で通院が困難なものの診療情報等について、ICTを用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築している
- 診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制が整備されている
- 連携体制を構築している医療機関であることを、見やすい場所に院内掲示している
- 院内掲示事項は、原則として、ウェブサイトに掲載していること
【経過措置】令和7年5月31日まではウェブサイトに掲載しているものとみなす

在医総管・施設総管の包括的支援加算見直し

- 要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す(障害者支援区分についての変更は無い)
- 対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する

◆施設基準

別表第八の三 在宅時医学総合管理料の注10(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

- 要介護三以上⇒要介護三以上の状態又はこれに準ずる状態
- 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態
- 頻回の訪問看護を受けている状態
- 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
- 介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
- (新) 麻薬の投薬を受けている状態
- その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

在医総管・施設総管の在宅療養移行加算見直し

- 対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、他の保険医療機関と24時間の往診体制及び連絡体制を構築し定期的なカンファレンスやICTを用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す

□ 在宅療養移行加算1 216点 ⇒ 316点

□ 在宅療養移行加算2 116点 ⇒ 216点

□ (新) 在宅療養移行加算3 216点

□ (新) 在宅療養移行加算4 116点

◆ 算定要件（抄）

- （在支診・在支病以外）を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関(診療所に限る)が、当該患者の同意を得て（略）
- 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が、当該保険医療機関の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定
 - ア、在宅療養移行加算1、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、在宅療養移行加算2は以下の(イ)から(ハ)まで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及び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)～(ハ)(略)

- ◆ (新) (二)当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針等の情報を、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、月に1回程度の定期的なカンファレンスにより適切に提供していること。なお、当該情報についてはICT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することで差し支えない

- ◆ イ、在宅療養移行加算3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、在宅療養移行加算4は以下の(イ)から(二)まで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3及び4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差し支えない (イ)～(二) (略)

- ◆ (新) (ホ)当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変等の際の対応方針等の情報について、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、月に1回程度の定期的なカンファレンスにより適切に提供していること。なお、当該情報についてはICT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することでも差し支えない

在宅がん医療総合診療料の見直しと加算新設①

□ 在宅がん医療総合診療料(1日につき)

□ 1,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

□ イ,病床を有する場合

□ (1)保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,800点 ⇒ 1,798点

□ (2)(略)

□ ロ,病床を有しない場合

□ (1)保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,650点 ⇒ 1,648点

□ (2)(略)

□ 2,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く) の場合

□ イ,保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,495点 ⇒ 1,493点

□ ロ,(略)

在宅がん医療総合診療料の見直しと加算新設②

□ 在宅がん医療総合診療料(1日につき)

□ (新) 在宅医療DX情報活用加算 (月1回) (要届出) 10点

◆ オンライン資格確認システムから得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合

◆ 同一月に併算定不可

- ・ 医療情報取得加算 (初診料の注15、再診料の注19、外来診療料の注10)
- ・ 医療DX推進体制整備加算 (初診料の注16)
- ・ 在宅医療DX情報活用加算 (在宅患者訪問診療料(I)の注13在宅患者訪問診療料 (Ⅱ) の注6)
- ・ 訪問看護医療DX情報活用加算 (在宅患者訪問看護・指導料の注17、同一建物訪問看護・指導料の注6、精神科訪問看護・指導料の注17)

※施設基準等は在宅患者訪問診療料の「在宅医療DX情報活用加算」の項を参照

□ (新) 在宅医療情報連携加算 (月1回) (要届出) 100点

◆ 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものの同意を得て、自院と連携する他院の以下の職種と、当該患者に関わる者がICT等を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合

- ・ 他院の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されているACPに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価を新設する

□ (新)在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料（月1回） 200点

◆ 対象患者

- ・ 在宅医療情報連携加算を算定している患者であって、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者

◆ 算定要件

- ・ 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、自院と連携する他院等の下記の職種がICT等を用いて記録した当該患者のACP（人生の最終段階における医療・ケア）に関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する
- ・ 在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る
 - ✓ 在宅時医学総合管理料の注15、施設入居時等医学総合管理料の注5、在宅がん医療総合診療料の注9

・ 関係職種

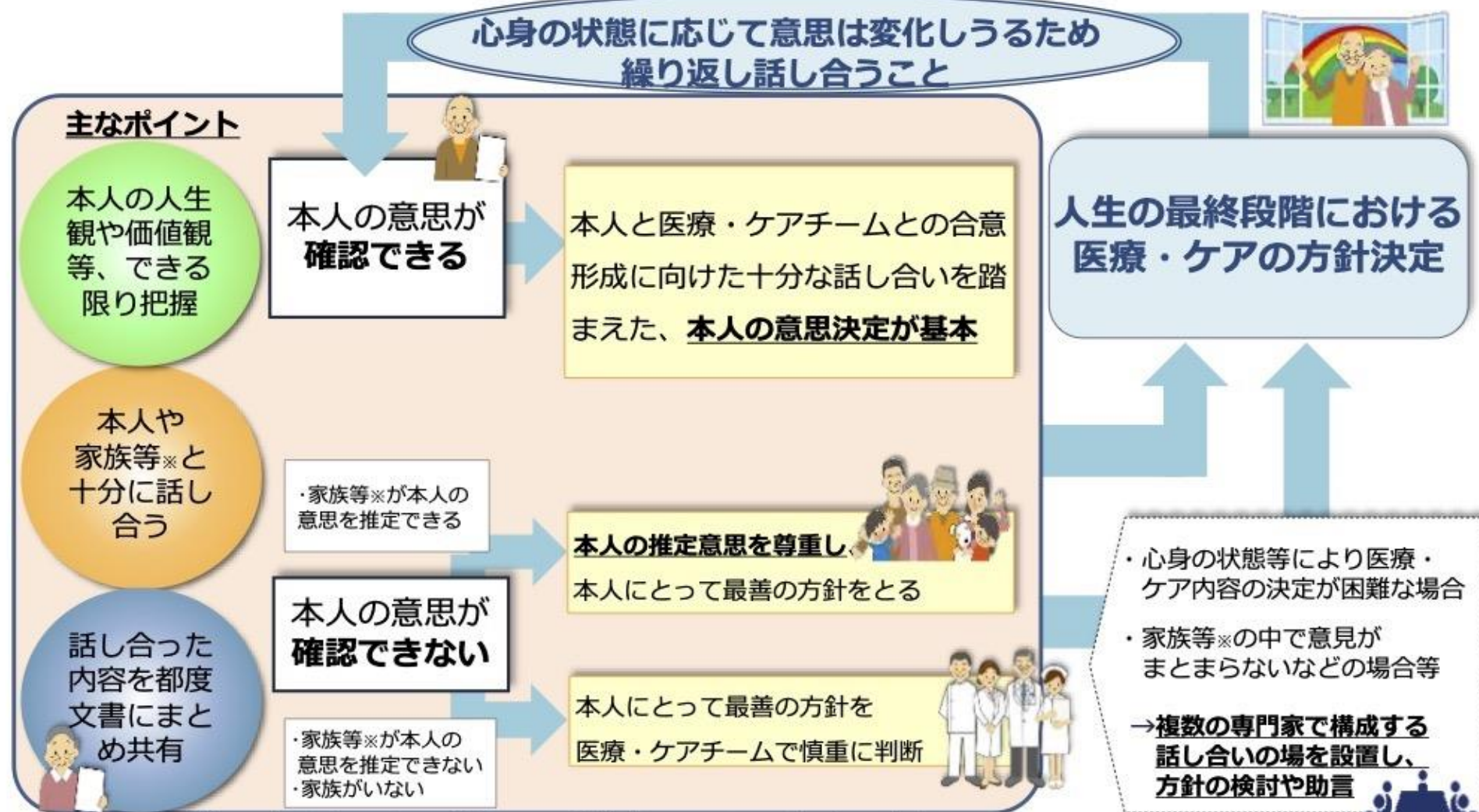
- ✓ 他院の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員、相談支援専門員等

- ◆ 他院等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行っている患者に対し、共有されている当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、当該指導日に限り算定可

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

意見交換 資料-1
参 考
R 5 . 5 . 1 8

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



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の再編

□在宅悪性腫瘍等患者指導管理料

1,500点



□在宅麻薬等注射指導管理料

□悪性腫瘍の場合

1,500点

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

□筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合

1,500点

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

□心不全又は呼吸器疾患の場合

1,500点

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

在宅医療その他

□ 在宅血液透析指導管理料（点数変更なし）

□ （新）遠隔モニタリング加算（月1回） 115点

◆ 継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合

□ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（点数変更なし）

□ 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

□ C P A P を使用した場合 1,000点 ⇒ 960点

□ （新）情報通信機器を用いた場合（要届出） 218点

◆ 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

◆ 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

□ （新）在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 1,500点

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

□ （新）在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点

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

注入ポンプ加算、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算等

- 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

◆ 注入ポンプ加算の再編（点数変更なし）（2月に2回） 1,250点

- ◆ 次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算

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,在宅強心剤持続投与を行っている患者

ホ,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

◆ 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算の再編（点数変更なし） 2,500点

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

イ,悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者

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

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

在宅医療その他

□（新）持続皮下注入シリンジポンプ加算

□ 月5個以上10個未満の場合	2,330点
□ 月10個以上15個未満の場合	3,160点
□ 月15個以上20個未満の場合	3,990点
□ 月20個以上の場合	4,820点

◆ 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続皮下注入シリンジポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算

□在宅ハイフローセラピー装置加算の再編

□ 在宅ハイフローセラピー装置加算	1,600点
-------------------	--------



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

介護保険施設・障害者支援施設での医療保険給付できる医療サービス範囲の見直し

- 介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する放射線治療の医学管理及び緩和ケアの医学管理に関する費用を医療保険において算定可能とする
- 介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師(以下「当該介護老人保健施設等の医師」という。)以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合、処方箋の発行にかかる費用を医療保険において算定可能とする
- 介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者に対する植込型補助人工心臓(非拍動流型)に係る指導管理の費用を医療保険において算定可能とする
- 介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に、応需した保険薬局における調剤等にかかる費用を医療保険において算定可能とする
- 新興感染症等発生時において、施設に入所している感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合、医療保険において算定可能とする
- 障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に訪問診療を行った場合の費用を医療保険において算定可能とする
- 医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床等に係る記載を削除する

検 査

検査 ①

□ 尿・糞便等検査

□ トランスフェリン(尿) 101点 ⇒ 98点

□ ポルフォビリノゲン(尿) 191点 ⇒ 186点

□ (新) プロスタグランジンE主要代謝物(尿) 187点

□ カルプロテクチン(糞便) 270点 ⇒ 268点

□ (新) ミロイドβ42/40比(髄液) 1,282点

□ 末梢血液像(鏡検法) 25点 (点数変更なし)

□ 特殊染色加算 27点 ⇒ 37点

□ 骨髓像 788点 (点数変更なし)

□ 特殊染色加算 40点 ⇒ 60点

□ (削除) 血小板凝集能 50点

□ (新) 血小板凝集能

□ 鑑別診断の補助に用いるもの 450点

□ その他のもの 50点

□ Dダイマー定性 122点 ⇒ 121点

□ Dダイマー 130点 ⇒ 127点

□ von Willebrand因子(VWF) 活性 129点 ⇒ 126点

□ プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)
154点 ⇒ 150点

□ プロテインS抗原 158点 ⇒ 154点

□ β-トロンボグロブリン(β-TG)、トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT) 176点 ⇒ 171点

□ 血小板第4因子(PF4) 178点 ⇒ 173点

□ フィブリンモノマー複合体 221点 ⇒ 215点

□ プロテインC抗原 232点 ⇒ 226点

□ プロテインC活性 234点 ⇒ 227点

□ (新) Major BCR-ABL1(mRNA定量)

□ 診断の補助に用いるもの 2,520点

□ モニタリングに用いるもの 2,520点

検査 ②

□ 遺伝学的検査

- (新) 注2, (要届出) 患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定

□ 染色体検査(全ての費用を含む)

□ FISH法を用いた場合 2,553点 ⇒ 2,477点

□ (新) 流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合
4,603点

□ その他の場合 2,553点 ⇒ 2,477点

□ 骨髄微小残存病変量測定

□ 遺伝子再構成の同定に用いるもの
3,500点 ⇒ 3,395点

□ 肺癌関連遺伝子多項目同時検査
10,000点 ⇒ 12,500点

□ 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)

□ 1~4 (略)

□ (新) 5, RAS遺伝子検査 2,500点

□ (新) 6, BRAF遺伝子検査 2,500点

□ (新) 7, HER2遺伝子検査(大腸癌に係るもの)
2,500点

□ (新) 8, HER2遺伝子検査(肺癌に係るもの)
5,000点

□ (新) 9, マイクロサテライト不安定性検査
2,500点

◆ 注1, 患者から1回に採取した血液又は(血漿)を用いて本区分の1、2、5、6、7若しくは9に掲げる検査又は区分番号D006-12に掲げようげるEGFR遺伝子検査(血漿)を2項目、3項目又は4項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点、(新) 6,000点又は(新) 8,000点を算定

◆ 2, 患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の3、4又は8に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ8,000点又は(新) 12,000点を算定

検 査 ③

□ (新) 乳癌悪性度判定検査 43,500点

□ (新) 遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査 20,500点

□ 血液化学検査

□ フェリチン半定量、フェリチン定量 105点 ⇒ 102点

□ 心筋トロポニン I、心筋トロポニン T (T n T) 定性・定量、
アルミニウム (A l) 112点 ⇒ 109点

□ エタノール 108点 ⇒ 105点

□ KL-6 111点 ⇒ 108点

□ シスタチンC 115点 ⇒ 112点

□ 血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量 135点 ⇒ 131点

□ 亜鉛(Zn) 136点 ⇒ 132点

□ アンギオテンシンI転換酵素(ACE)、ビタミンB12 140点 ⇒ 136点

□ 葉酸 150点 ⇒ 146点

□ レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C) 179点 ⇒ 174点

□ アセトアミノフェン 185点 ⇒ 180点

□ (新) サイトケラチン18フラグメント(CK-18F)、ELFスコア 194点

□ (削除) 2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性 250点

□ ロイシンリッチα2グリコプロテイン 276点 ⇒ 268点

□ プロカルシトニン(PCT)定量、プロカルシトニン(PCT)半定量 284点 ⇒ 276点

□ ビタミンC 305点 ⇒ 296点

□ (新) コクリントモブロテイン(CTP) 460点

□ 生化学的検査 (I) 10項目以上 106点 ⇒ 103点

□ 内分泌学的検査

□ 甲状腺刺激ホルモン(TSH) 101点 ⇒ 98点

検査 ④

□ インスリン(IRI)	103点 ⇒ 100点
□ レニン定量	105点 ⇒ 102点
□ サイロキシン(T4)	108点 ⇒ 105点
□ 成長ホルモン(GH)、卵胞刺激ホルモン(FSH)、C-ペプチド(CPR)、黄体形成ホルモン(LH)	108点 ⇒ 105点
□ テストステロン	122点 ⇒ 119点
□ 遊離サイロキシン(FT4)、遊離トリヨードサイロニン(FT3)、コルチゾール	124点 ⇒ 121点
□ アルドステロン	125点 ⇒ 122点
□ サイログロブリン	131点 ⇒ 128点
□ ヒト 絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)	132点 ⇒ 129点
□ 脳性Na利尿ペプチド(BNP)、カルシトニン	133点 ⇒ 130点
□ ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	134点 ⇒ 130点

□ 骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	161点 ⇒ 157点
□ I型プロコラーゲン-N-プロペプチド(PINP)	164点 ⇒ 160点
□ 副甲状腺ホルモン(PTH)、カテコールアミン分画	165点 ⇒ 161点
□ デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	169点 ⇒ 164点
□ サイクリックAMP(cAMP)	170点 ⇒ 165点
□ エストラジオール(E2)	172点 ⇒ 167点
□ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)、カテコールアミン	189点 ⇒ 184点
□ 副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	189点 ⇒ 186点
□ 抗利尿ホルモン(ADH)	230点 ⇒ 224点
□ 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	320点 ⇒ 450点
□ 抗ミューラー管ホルモン(AMH)	600点 ⇒ 597点

検 査 ⑤

□ 腫瘍マーカー

□ α-フェトプロテイン(AFP)	101点	⇒	98点
□ 扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	104点	⇒	101点
□ NCC-ST-439、CA15-3	115点	⇒	112点
□ DUPAN-2	118点	⇒	115点
□ エラスターゼ1	123点	⇒	120点
□ 前立腺特異抗原(PSA)、CA19-9	124点	⇒	121点
□ PIVKA-Ⅱ 半定量、PIVKA-Ⅱ 定量	135点	⇒	131点
□ CA125	140点	⇒	136点
□ 核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)、核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)	143点	⇒	139点
□ シアリルLex-i抗原(SLX)	144点	⇒	140点
□ サイトケラチン19フラグメント(シフラ)	158点	⇒	154点
□ シアリルLex抗原(CSLEX)	160点	⇒	156点

□ α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)

190点 ⇒ 185点

□ γ-セミノプロテイン(γ-Sm)

194点 ⇒ 192点

□ (新) S2、3PSA%

248点

□ (新) アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム

335点

□ 腫瘍マーカー 4項目以上

396点 ⇒ 385点

□ 特殊分析

□ アミノ酸 5種類以上

1,141点 ⇒ 1,107点

□ 脂肪酸分画

405点 ⇒ 393点

□ 先天性代謝異常症検査

□ イ・ロ (略)

□ ハ,タンデムマス分析

1,141点 ⇒ 1,107点

□ ニ,その他

1,141点 ⇒ 1,107点

検査 ⑥

□ 免疫血液学的検査

□ 1~5 (略)

□ 6,血小板関連IgG(PA-IgG) 193点 ⇒ 190点

□ 7・8 (略)

□ 9,血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体(IgG抗体)
378点 ⇒ 376点

□ (新) 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体定性 420点

□ 感染症免疫学的検査

□ HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性 112点 ⇒ 109点

□ HIV-1抗体 116点 ⇒ 113点

□ A群β溶連菌迅速試験定性 124点 ⇒ 121点

□ ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)
132点 ⇒ 129点

□ インフルエンザウイルス抗原定性 136点 ⇒ 132点

□ マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)

150点 ⇒ 148点

□ SARS-CoV-2抗原検出 (定性) 300点 ⇒ 150点

□ クラミジア・トラコマチス抗原定性 156点 ⇒ 152点

□ 大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体 163点 ⇒ 159点

□ 大腸菌O157抗原定性 165点 ⇒ 161点

□ クリプトコックス抗原半定量 169点 ⇒ 166点

□ クリプトコックス抗原定性 174点 ⇒ 169点

□ アデノウイルス抗原定性(糞便を除く)、肺炎球菌細胞壁抗原定性 184点 ⇒ 179点

□ (新) カンピロバクター抗原定性(糞便) 184点

□ 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液) 193点 ⇒ 188点

□ (1→3)-β-D-グルカン 201点 ⇒ 195点

□ グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)
206点 ⇒ 200点

検 査 ⑦

□ ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量	207点 ⇒ 203点
□ レジオネラ抗原定性(尿)	211点 ⇒ 205点
□ (新) SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	225点
□ エンドトキシン	236点 ⇒ 229点
□ (新) SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	420点
□ (新) SARS-CoV-2抗原定	560点
□ 抗トリコスポロン・アサヒ抗体	847点 ⇒ 822点
□ 肝炎ウイルス関連検査	
□ HBe抗原、HBe抗体	101点 ⇒ 98点
□ HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白	105点 ⇒ 102点
□ HBc抗体半定量・定量	133点 ⇒ 130点

□ HCV血清群別判定	221点 ⇒ 215点
□ HBVコア関連抗原(HBcrAg)	259点 ⇒ 252点
□ 自己抗体検査	
□ 抗核抗体(蛍光抗体法)定性、抗核抗体(蛍光抗体法)半定量、抗核抗体(蛍光抗体法)定量	102点 ⇒ 99点
□ 抗インスリン抗体	110点 ⇒ 107点
□ 抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	114点 ⇒ 111点
□ 抗サイログロブリン抗体	140点 ⇒ 136点
□ 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	142点 ⇒ 138点
□ 抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量、抗Sm抗体定量	151点 ⇒ 147点
□ 抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、抗SS-B/La抗体定量	158点 ⇒ 157点
□ 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性	163点 ⇒ 159点

検査 ⑧

□ 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量	198点 ⇒ 193点
□ 抗TSHレセプター抗体(TRAb)	220点 ⇒ 214点
□ 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	258点 ⇒ 251点
□ 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)	259点 ⇒ 252点
□ ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性	273点 ⇒ 265点
□ 甲状腺刺激抗体(TSAb)	340点 ⇒ 330点
□ 抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)	798点 ⇒ 775点
□ 血漿蛋白免疫学的検査	
□ β2-ミクログロブリン	101点 ⇒ 98点
□ トランスサイレチン(プレアルブミン)	104点 ⇒ 101点

□ α1-ミクログロブリン、ハプトグロビン(型補正を含む)	132点 ⇒ 129点
□ レチノール結合蛋白(RBP)	136点 ⇒ 132点
□ TARC	184点 ⇒ 179点
□ C1インアクチベータ	260点 ⇒ 253点
□ 結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	594点 ⇒ 593点
□ 細胞機能検査	
□ B細胞表面免疫グロブリン	157点 ⇒ 155点
□ T細胞・B細胞百分率	198点 ⇒ 193点
□ (新) 顆粒球表面抗原検査	640点
□ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	
□ その他のもの	64点 ⇒ 67点

検 査 ⑨

□ 細菌培養同定検査

□ 口腔、気道又は呼吸器からの検体 170点 ⇒ 180点

□ 消化管からの検体 190点 ⇒ 200点

□ 血液又は穿刺液 220点 ⇒ 225点

□ 泌尿器又は生殖器からの検体 180点 ⇒ 190点

□ その他の部位からの検体 170点 ⇒ 180点

□ 細菌薬剤感受性検査

□ 1菌種 180点 ⇒ 185点

□ 2菌種 230点 ⇒ 240点

□ 3菌種以上 290点 ⇒ 310点

□ (削除) 細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり) 130点

□ クラミジア・トラコマチス核酸検出 193点 ⇒ 188点

□ 淋菌核酸検出 204点 ⇒ 198点

□ (新) A群β溶血連鎖球菌核酸検出 204点

□ HBV核酸定量 263点 ⇒ 256点

□ 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出

270点 ⇒ 262点

□ インフルエンザ核酸検出 410点 ⇒ 291点

□ (新) 脛トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出 350点

□ (新) 百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出、ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出 360点

□ HCV核酸定量 424点 ⇒ 412点

□ (新) SARS-CoV-2核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出 700点

□ サイトメガロウイルス核酸検出 825点 ⇒ 801点

検査 ⑩

□ ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（以下新設）(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出 963点

◆ 注（要届出）ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)は、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定

□ （新）ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含む) 1,350点

□ 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出、（以下新設）ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液) 1,700点

◆ 注1,細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定

◆ （新）2,（要届出）ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)については、届出医療機関において実施した場合に限り算定

□ その他の微生物学的検査

□ 大腸菌ベロトキシン定性 189点 ⇒ 184点

□ （新）黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')定性(イムノクロマト法によるもの) 291点

□ 生体検査料

□ 新生児加算又は乳幼児加算

□ イ～ヨ（略）

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

□ 超音波検査等

□ 胃・食道内24時間pH測定 2,000点 ⇒ 3,000点

□ 脳波検査等

□ （新）覚醒維持検査 5,000点

□ 眼科学的検査

□ 眼底三次元画像解析 200点 ⇒ 190点

□ 細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部) 112点 ⇒ 110点

検 査 1 1

□ 負荷試験等

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

□ 22箇所以上の場合(一連につき) 350点
⇒ 22箇所以上の場合(1箇所につき) 12点

□ 内視鏡検査

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

◆ 注,入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において行った場合は、時間外加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一日に第1節第1款の通則第1号又は第3号の加算は別に算定できない

□ 診断穿刺・検体採取料 血液採取(1日につき)

□ 静脈 37点 ⇒ 40点

□ 乳幼児加算 30点 ⇒ 35点

□ 腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む)

220点 ⇒ 260点

□ 骨髄穿刺 その他 280点 ⇒ 300点

□ (新) 経頸静脈的肝生検 13,000点

◆ 注 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行われる場合に限り算定

□ その他の検体採取

□ 胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む)

180点 ⇒ 220点

□ 乳幼児加算 40点 ⇒ 60点

□ 動脈血採取(1日につき) 55点 ⇒ 60点

□ 乳幼児加算 30点 ⇒ 35点

◆ 血液化学検査の経過措置

・ アルブミン(BCP改良法・BCG法)のうち、BCG法によるものは、令和8年5月31日までの間に限り、算定できる

画像診断

画像診断①

□画像診断管理加算の再編

□画像診断管理加算1	70点
□画像診断管理加算2	180点 ⇒ 175点
□画像診断管理加算3	340点 ⇒ 235点
□画像診断管理加算4	340点

□乳房撮影の加算新設

□（新）乳房トモシンセシス加算	100点
-----------------	------

□ポジトロン断層撮影

□（新） ^{18}F 標識フルシクロビンを用いた場合(一連の検査につき)	2,500点
□（新）アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)	
□ イ,放射性医薬品合成設備を用いた場合	12,500点
□ ロ,イ以外の場合	2,600点

◆注1, ^{15}O 標識ガス剤の合成及び吸入、 ^{18}F FDGの合成及び注入、 ^{13}N 標識アンモニア剤の合成及び注入、 ^{18}F 標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成(放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る)及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる

画像診断②

□ ポジトロン断層撮影・コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)

□ (新) 18F標識フルシクロビンを用いた場合(一連の検査につき) 3,625点

□ (新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)

□ (新) イ,放射性医薬品合成設備を用いた場合 13,625点

□ (新) ロ,イ以外の場合 3,725点

◆ 注, ^{15}O 標識ガス剤の合成及び吸入、 ^{18}F FDGの合成及び注入、 ^{18}F 標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成(放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る)に要する費用は、所定点数に含まれる。

□ ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)

□ (新) (左上付き) ^{18}F FDGを用いた場合(一連の検査につき) 9,160点

□ (新) ^{18}F 標識フルシクロビンを用いた場合(一連の検査につき) 4,160点

□ (新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)

□ (新) イ,放射性医薬品合成設備を用いた場合 14,160点

□ (新) ロ,イ以外の場合 4,260点

◆ 注, ^{18}F FDGの合成及び注入、 ^{18}F 標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成(放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る)及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる

投 薬

投 薬（院内処方）

□薬剤情報提供料 10点 ⇒ 4点

□特定疾患処方管理加算の再編

□特定疾患処方管理加算1 18点
⇒ 廃止

□特定疾患処方管理加算2 66点
⇒ 56点（特定疾患処方管理加算に名称変更）

□外来後発医薬品使用体制加算の引き上げ（院内処方）

□外来後発医薬品使用体制加算1 5点 ⇒ 8点

□外来後発医薬品使用体制加算2 4点 ⇒ 7点

□外来後発医薬品使用体制加算3 2点 ⇒ 5点

◆外来後発医薬品使用体制加算の施設基準追加

◆医薬品の供給が不足した場合の対応

- ・ 医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されている

◆以下の内容について見やすい場所に院内掲示

- ・ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨
- ・ 処方変更の体制に関する事項
- ・ 医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること
- ・ 変更する場合には患者に十分に説明すること

◆ウェブサイトへの掲載

- ・ 上記の院内掲示事項を、原則としてウェブサイトに掲載

◆経過措置

- ・ 令和7年5月31日まではウェブサイトに掲載しているものとみなす

投 薬（院外処方）①

□ 特定疾患処方管理加算の再編

□ 特定疾患処方管理加算1 18点 ⇒ 廃止

□ 特定疾患処方管理加算2 66点 ⇒ 56点（特定疾患処方管理加算に名称変更）

◆ 入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る)に対して薬剤の処方期間が28日以上¹の処方(リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上¹の処方を含む)を行った場合

□ 処方箋料の引き下げ

□ 向精神薬多剤投与 28点 ⇒ 20点

□ 7種類以上内服薬 40点 ⇒ 32点

□ その他 68点 ⇒ 60点

□ 【参考】 敷地内薬局の処方箋料

□ 向精神薬多剤投与 20点 ⇒ 18点

□ 7種類以上内服薬 32点 ⇒ 29点

□ その他 60点 ⇒ 42点

◆ 敷地内薬局への処方箋料の見直し

- ・ 直近3月の処方箋交付回数が一定以上である保険医療機関
- ・ 特別調剤基本料Aを算定する薬局で、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

投 薬（院外処方）②

□一般名処方加算（要施設基準）

□一般名処方加算1 7点 ⇒ 10点

□一般名処方加算2 5点 ⇒ 8点

◆一般名処方加算の施設基準

◆ 以下の内容について見やすい場所に院内掲示

- ・ 一般名処方の趣旨を患者に十分に説明すること

◆ ウェブサイトへの掲載

- ・ 上記の院内掲示事項を、原則としてウェブサイトに掲載

◆ 経過措置

- ・ 令和7年5月31日まではウェブサイトに掲載しているものとみなす

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

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

↓

◆ 「通則5」の貼付剤とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（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

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

- 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
- 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
- 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
- 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

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

- 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
- 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
- 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
- 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

投薬用の容器に関する取扱いの見直し

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

【令和6年5月31日まで】

◆ (医科診療報酬点数表)【第5部投薬】<通則>

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

◆ (調剤報酬点数表)【使用薬剤料】

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

【令和6年6月1日から】

◆ (医科診療報酬点数表)【第5部投薬】<通則>

3,投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる

◆ (調剤報酬点数表)【使用薬剤料】

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

注 射

注 射

□皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	22点 ⇒ 25点		
□ 静脈内注射（1回につき）	34点 ⇒ 37点		
□点滴注射(1日につき)			
□6歳未満乳幼児(1日100mL以上)	101点 ⇒ 105点		
□1日500mL以上	99点 ⇒ 102点		
□その他(入院中の患者以外の患者に限る)	50点 ⇒ 53点		
□ 乳幼児加算	46点 ⇒ 48点		
□腱鞘内注射	27点 ⇒ 42点	□結膜下注射	27点 ⇒ 42点
□脳脊髄腔注射		□球後注射	60点 ⇒ 80点
□腰椎	140点 ⇒ 160点	□テノン氏嚢内注射	60点 ⇒ 80点
□滑液嚢穿刺後の注入	80点 ⇒ 100点	□硝子体内注射	580点 ⇒ 600点
□無菌製剤処理料		□（新）未熟児加算	600点
□脳脊髄腔注射を追加			

リハビリテーション

リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設①

□心大血管疾患リハビリテーション料(I)

□理学療法士による場合	205点
□作業療法士による場合	205点
□医師による場合	205点
□看護師による場合	205点
□（新）集団療法による場合	205点

□心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)

□理学療法士による場合	125点
□作業療法士による場合	125点
□医師による場合	125点
□看護師による場合	125点
□（新）集団療法による場合	125点

□早期リハビリテーション加算（1単位につき）

30点 ⇒ 25点

□呼吸器リハビリテーション料(I)

□理学療法士による場合	175点
□作業療法士による場合	175点
□言語聴覚士による場合	175点
□医師による場合	175点

□呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)

□理学療法士による場合	85点
□作業療法士による場合	85点
□言語聴覚士による場合	85点
□医師による場合	85点

◆呼吸器リハビリテーション料の設基準

◆別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者に追加

- ・ 大腸癌、卵巣癌、膵癌

リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設②

□ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)

□ 理学療法士による場合	245点
□ 作業療法士による場合	245点
□ 言語聴覚士による場合	245点
□ 医師による場合	245点

□ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)

□ 理学療法士による場合	200点
□ 作業療法士による場合	200点
□ 言語聴覚士による場合	200点
□ 医師による場合	200点

□ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

□ 理学療法士による場合	100点
□ 作業療法士による場合	100点
□ 言語聴覚士による場合	100点
□ 医師による場合	100点
□ 上記以外の場合	100点

□ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (要介護・入院)

□ 理学療法士による場合	147点
□ 作業療法士による場合	147点
□ 言語聴覚士による場合	147点
□ 医師による場合	147点

□ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (要介護・入院)

□ 理学療法士による場合	120点
□ 作業療法士による場合	120点
□ 言語聴覚士による場合	120点
□ 医師による場合	120点

□ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (要介護・入院)

□ 理学療法士による場合	60点
□ 作業療法士による場合	60点
□ 言語聴覚士による場合	60点
□ 医師による場合	60点
□ 上記以外の場合	60点

リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設③

□ 廃用症候群リハビリテーション料(I)

□ 理学療法士による場合	180点
□ 作業療法士による場合	180点
□ 言語聴覚士による場合	180点
□ 医師による場合	180点

□ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)

□ 理学療法士による場合	146点
□ 作業療法士による場合	146点
□ 言語聴覚士による場合	146点
□ 医師による場合	146点

□ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)

□ 理学療法士による場合	77点
□ 作業療法士による場合	77点
□ 言語聴覚士による場合	77点
□ 医師による場合	77点
□ 上記以外の場合	77点

□ 廃用症候群リハビリテーション料(I) (要介護・入院)

□ 理学療法士による場合	108点
□ 作業療法士による場合	108点
□ 言語聴覚士による場合	108点
□ 医師による場合	108点

□ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) (要介護・入院)

□ 理学療法士による場合	88点
□ 作業療法士による場合	88点
□ 言語聴覚士による場合	88点
□ 医師による場合	88点

□ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) (要介護・入院)

□ 理学療法士による場合	46点
□ 作業療法士による場合	46点
□ 言語聴覚士による場合	46点
□ 医師による場合	46点
□ 上記以外の場合	46点

リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設④

□運動器リハビリテーション料(I)

□理学療法士による場合	185点
□作業療法士による場合	185点
□医師による場合	185点

□運動器リハビリテーション料(Ⅱ)

□理学療法士による場合	170点
□作業療法士による場合	170点
□医師による場合	170点

□運動器リハビリテーション料(Ⅲ)

□理学療法士による場合	85点
□作業療法士による場合	85点
□医師による場合	85点
□上記以外の場合	85点

□運動器リハビリテーション料(I) (要介護・入院)

□理学療法士による場合	111点
□作業療法士による場合	111点
□医師による場合	111点

□運動器リハビリテーション料(Ⅱ) (要介護・入院)

□理学療法士による場合	102点
□作業療法士による場合	102点
□医師による場合	102点

□運動器リハビリテーション料(Ⅲ) (要介護・入院)

□理学療法士による場合	51点
□作業療法士による場合	51点
□医師による場合	51点
□上記以外の場合	51点

疾患別リハビリテーション料の加算新設

- ADL・認知機能が低い患者、特定の医療行為を必要とする患者及び感染対策を必要とする患者に対し、疾患別リハビリテーションを提供した場合について、疾患別リハビリテーション料に急性期リハビリテーション加算を設ける

□ 早期リハビリテーション加算（1単位につき） 30点 ⇒ 25点

□ （新）急性期リハビリテーション加算（1単位につき）（要届出） 50点

- ◆ 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(入院中のものに限る)
- ◆ リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者に対してリハビリテーションを行った場合発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度

※心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進①

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

◆ 心大血管疾患リハ料、脳血管疾患等リハ料、廃用症候群リハ料、運動器リハ料及び呼吸器リハ料の施設基準
イ～二(略)

ホ、脳血管疾患等リハ料、廃用症候群リハ料及び運動器リハ料を行う保険医療機関においては、指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハ事業所等とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること

へ、他院とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること

□ (削除) リハビリテーション計画提供料1——275点

□ (削除) リハビリテーション計画提供料2——100点

□ リハビリテーション総合計画評価料

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

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進②

◆心大血管疾患リハ料の算定要件

(新) (13)心大血管疾患リハを実施した患者であって、転医や転院に伴い他院でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を当該他院に対して、文書により提供すること。なお、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること

◆心大血管疾患リハ料(I)に関する施設基準

(新) (10)心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、他院でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意を得た上で、当該他院に対して、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進③

◆脳血管疾患等リハ料の算定要件

(新) (17)要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること

◆利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等

- 当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう

なお、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること

(新) (18)脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他院でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他院に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。なお、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること

※廃用症候群リハ料、運動器リハ料、呼吸器リハ料についても同様

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進④

◆脳血管疾患等リハ料(I)に関する施設基準

- ◆（新）(10)要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所(以下「指定通所リハビリテーション事業所等」という)に対して、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること
- ◆（新）(11)脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、他院でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること

※心大血管疾患リハ料(Ⅱ)及び(Ⅲ)、脳血管疾患等リハ料(Ⅱ)及び(Ⅲ)、廃用症候群リハ料、運動器リハ料、呼吸器リハ料についても同様

退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進⑤

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

◆退院時共同指導料2の算定要件(7)に以下を追加

なお、退院後に介護保険によるリハビリテーションを利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者の入院医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい

- ・ 介護保険によるリハビリテーションとは
 - ・ 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション

精神科専門療法

通院・在宅精神療法①

□ 通院精神療法

□ イ,(略)

□ ロ,初診日に60分以上行った場合

□ 精神保健指定医による場合 560点 ⇒ 600点

□ 上記以外の場合 540点 ⇒ 550点

□ ハ,イ及びロ以外の場合

□ (1)(略)

□ (2)30分未満の場合

□ ①精神保健指定医による場合
330点 ⇒ 315点

□ ②①以外の場合 315点 ⇒ 290点

□ 通院・在宅精神療法（20歳未満）加算

350点 ⇒ 320点

□ 加算同士の併算定不可

□ 通院・在宅精神療法（20歳未満）加算

□ 児童思春期支援指導加算

□ （新）児童思春期精神科専門管理加算

□ 在宅精神療法

□ イ(略)

□ ロ,初診日に60分以上行った場合

□ 精神保健指定医による場合 620点 ⇒ 640点

□ (2)(略)

□ 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点 ⇒ 590点

□ ②①以外の場合 530点 ⇒ 540点

□ (2)(略)

□ (3)30分未満の場合

□ ①精神保健指定医による場合
330点 ⇒ 315点

□ ②①以外の場合 315点 ⇒ 290点

通院・在宅精神療法②

□（新）情報通信機器を用いた場合（要届出）

□精神保健指定医による30分以上 357点

□精神保健指定医による30分未満 274点

◆対象患者

◆精神保健指定医による30分以上または30分未満の診療で情報通信機器を用いて行った場合

◆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

◆算定制限

・ 1回の処方で3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合は算定不可

・ 以下の加算とは併算定不可

- ・ 通院・在宅精神療法（20歳未満）加算、児童思春期精神科専門管理加算、特定薬剤副作用評価加算、措置入院後継続支援加算、療養生活継続支援加算、心理支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算

◆通院精神療法の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

- ・ 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

通院・在宅精神療法③

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

□療養生活継続支援加算（月1回）（初回算定月から起算して1年を限度）

□イ,直近の入院で精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合 500点

□ロ,イ以外の患者の場合 350点

□（新）児童思春期支援指導加算（要届出）

◆対象患者

- ・ 通院精神療法を算定する20歳未満の患者
- ・ 精神科を担当する医師の指示の下、以下の職種が共同して必要な支援を行った場合
⇒ 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等

□イ,60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（1回に限り算定） 1,000点

□ 自院の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る

□ 通院・在宅精神療法（20歳未満）加算、児童思春期精神科専門管理加算と併算定不可

□ロ,イ以外の場合

□ (1)当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 450点

□ (2)(1)以外の場合 250点

通院・在宅精神療法④

- (新) 心理支援加算(月2回) 50点
 - ◆ 対象患者
 - ◆ 心的外傷に起因する症状を有する患者
 - ◆ 算定要件
 - ◆ 初回算定日の属する月から起算して2年を限度
 - ◆ 精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合
- (新) 早期診療体制充実加算 (要届出)
 - イ,病院の場合
 - (1)当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 20点
 - (2)(1)以外の場合 15点
 - ロ,診療所の場合
 - (1)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 50点
 - (2)(1)以外の場合 15点
 - ◆ 施設基準
 - ・ 精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制を確保

その他

□精神科在宅患者支援管理料

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

◆算定要件

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

ア、イ(略)

(新) ウ,平成31~令和3年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式●に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上である者

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

ア~ウ(略)

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

□経頭蓋磁気刺激療法 1,200点 ⇒ 2,000点

□精神科訪問看護・指導料精神科緊急訪問看護加算（265点）の再編

□（新）月14日目まで 265点

□（新）月15日目以降 200点

処 置 （ 抜 粋 ）

詳細は下記を参照

（令和6年2月14日中央社会保険医療協議会 総会 総-2 別紙1-1）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001209396.pdf>

処 置 ①

□ 熱傷処置		
□ 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	270点 ⇒ 337点	
□ 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	504点 ⇒ 630点	
□ 6,000平方センチメートル以上	1,500点 ⇒ 1,875点	
□ 爪甲除去(麻酔を要しないもの)	60点 ⇒ 70点	
□ 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)		
□ 200平方センチメートル以上	1,100点 ⇒ 1,375点	
□ 局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)(1日につき)		
	1,100点 ⇒ 1,375点	
□ 脳室穿刺	600点 ⇒ 750点	
□ 硬膜外自家血注入	800点 ⇒ 1,000点	
□ 胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む)		
	220点 ⇒ 275点	
□ 腹腔穿刺（人工気腹、注入及び排液を含む）		
	230点 ⇒ 287点	
□ 腎嚢胞又は水腎症穿刺	280点 ⇒ 350点	
□ 持続的胸腔ドレナージ(開始日)	660点 ⇒ 825点	
□ 気管支カテーテル薬液注入法	120点 ⇒ 150点	
□ 食道ブジー法	120点 ⇒ 150点	
□ 直腸ブジー法	120点 ⇒ 150点	
□ イレウス用ロングチューブ挿入法	730点 ⇒ 912点	
□ ストーマ処置の加算新設		
□ （新）ストーマ合併症加算（要届出）	65点	
◆ ストーマ合併症を有する患者に対してストーマ処置を行った場合		
□ 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法(1日につき)		
	480点 ⇒ 600点	
□ 腹腔穿刺（人工気腹、注入及び排液を含む）		
	230点 ⇒ 287点	
□ 腎嚢胞又は水腎症穿刺	280点 ⇒ 350点	
□ 持続的胸腔ドレナージ(開始日)	660点 ⇒ 825点	

処 置 ②

□ 気管支カテーテル薬液注入法	120点 ⇒ 150点
□ 食道ブジー法	120点 ⇒ 150点
□ 直腸ブジー法	120点 ⇒ 150点
□ イレウス用ロングチューブ挿入法	730点 ⇒ 912点
□ 人工呼吸	
□ 30分までの場合	242点 ⇒ 302点
□ 30分を超えて5時間までの場合 又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数	242点 ⇒ 302点に30分
□ (新) 腹臥位療法加算 (1回につき) 900点	
◆ 別に厚生労働大臣が定める患者に連続した12時間以上の腹 臥位療法を行った場合	
□ 心膜穿刺	500点 ⇒ 625点
□ 気管内洗浄(1日につき)	340点 ⇒ 425点
□ 胃洗浄	300点 ⇒ 375点
□ 熱傷温浴療法(1日につき)	1,740点 ⇒ 2,175点
□ 誘導ブジー法	216点 ⇒ 270点

□ 皮膚レーザー照射療法(一連につき)	
□ 色素レーザー照射療法	2,170点 ⇒ 2,712点
□ 腎盂内注入(尿管カテーテル法を含む)	
	1,290点 ⇒ 1,612点
□ 子宮出血止血法	
□ 分娩時のもの	624点 ⇒ 780点
□ 薬物放出子宮内システム処置	
□ 挿入術	240点 ⇒ 300点
□ 鼓室処置(片側)	55点 ⇒ 62点
□ 鼻咽腔止血法(ベロック止血法)	440点 ⇒ 550点
□ 耳垢栓塞除去(複雑なもの)	
□ 片側	100点 ⇒ 90点
□ 両側	180点 ⇒ 160点
□ 粘(滑)液嚢穿刺注入(片側)	80点 ⇒ 100点
□ 鋼線等による直達牽引(2日目以降。観血的に行った場合の手 技料を含む)(1局所を1日につき)	50点 ⇒ 62点

処 置 ④ (人工腎臓)

□ 人工腎臓(1日につき)

□ 慢性維持透析を行った場合1

□ 4時間未満の場合 1,885点 ⇒ 1,876点

□ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点 ⇒ 2,036点

□ 5時間以上の場合 2,180点 ⇒ 2,171点

□ 慢性維持透析を行った場合2

□ 4時間未満の場合 1,845点 ⇒ 1,836点

□ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点 ⇒ 1,996点

□ 5時間以上の場合 2,135点 ⇒ 2,126点

□ 慢性維持透析を行った場合3

□ 4時間未満の場合 1,805点 ⇒ 1,796点

□ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点 ⇒ 1,951点

□ 5時間以上の場合 2,090点 ⇒ 2,081点

□ 導入期加算2 400点 ⇒ 410点

□ 導入期加算3 800点 ⇒ 810点

□ 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等

(1)導入期加算の施設基準

イ,導入期加算1の施設基準

当該療法を行うにつき十分な必要な説明を行っていること

ロ,導入期加算2の施設基準

1・2(略)

(新) 3,当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること

ハ,導入期加算3の施設基準

1・2(略)

(新) 3,当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること

処 置 ⑤ (人工腎臓)

□ 第57の2人工腎臓 2,導入期加算の施設基準

(1)導入期加算1の施設基準

ア,関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し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の施設基準次のすべてを満たしていること

ア～カ(略)

キ(2)の力を満たしていること

手術（抜粋）

詳細は下記を参照

（令和6年2月14日中央社会保険医療協議会 総会 総-2 別紙1-1）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001209396.pdf>

手術 ①

【創傷処理】

□ 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)

□ イ(略)

□ □,その他のもの 2,690点 ⇒ 3,090点

□ 小児創傷処理(6歳未満)

□ 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) 2,490点 ⇒ 2,860点

□ 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) 3,840点 ⇒ 4,410点

□ 皮膚切開術

□ 長径20センチメートル以上 1,980点 ⇒ 2,270点

□ デブリードマン

□ 100平方センチメートル未満 1,410点 ⇒ 1,620点

□ 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)

□ 長径4センチメートル以上 4,360点 ⇒ 5,010点

□ 皮膚悪性腫瘍切除術

□ センチネルリンパ節加算(5,000点)の名称変更(点数変更なし)

⇒ 皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節加算

□ (新) 自家皮膚非培養細胞移植術

□ 25平方センチメートル未満 3,520点

□ 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6,270点

□ 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9,000点

□ 200平方センチメートル以上 25,820点

◆ 注,広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部(胸部を含む)又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定

□ 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

□ 25平方センチメートル未満 4,510点 ⇒ 5,180点

□ (新) 慢性膿皮症手術

□ 単純なもの 4,820点

□ 複雑なもの 8,320点

□ 腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む)

2,050点 ⇒ 2,350点

手術 ②

□ 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術

□ 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 7,390点 ⇒ 8,490点

□ 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術

□ 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 24,130点 ⇒ 27,740点

□ 手、足 12,870点 ⇒ 14,800点

□ 骨折非観血的整復術

□ 肩甲骨、上腕、大腿 1,600点 ⇒ 1,840点

□ 前腕、下腿 1,780点 ⇒ 2,040点

□ 骨折観血的手術

□ 肩甲骨、上腕、大腿 18,810点 ⇒ 21,630点

□ 前腕、下腿、手舟状骨 15,980点 ⇒ 18,370点

□ 中手骨又は中足骨摘除術（2本以上）

5,160点 ⇒ 5,930点

□ 関節切開術

□ 胸鎖、肘、手、足 1,280点 ⇒ 1,470点

□ 肩鎖、指（手、足） 680点 ⇒ 780点

□ 先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）

□ その他 2,950点 ⇒ 3,390点

□ 内反足足板挺子固定

2,030点 ⇒ 2,330点

□ ひょう疽手術

□ 骨、関節のもの 1,280点 ⇒ 1,470点

□ 脊椎脱臼非観血的整復術

2,570点 ⇒ 2,950点

□ 頸椎非観血的整復術

2,570点 ⇒ 2,950点

□ 恥骨結合離開非観血的整復固定術

1,580点 ⇒ 1,810点

□ 骨盤骨折非観血的整復術

2,570点 ⇒ 2,950点

□ 脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）

□ 棘突起、腸骨翼 3,150点 ⇒ 3,620点

□ 眼球内容除去術

6,130点 ⇒ 7,040点

□ 眼球摘出術

3,670点 ⇒ 4,220点

□ 角膜潰瘍結膜被覆術

2,650点 ⇒ 3,040点

□ 角膜表層除去併用結膜被覆術

8,300点 ⇒ 9,540点

手術 ③

□ 角膜形成手術	3,060点 ⇒ 3,510点	□ 粘膜下下鼻甲介骨切除術	4,260点 ⇒ 4,890点
□ 毛様体光凝固術（5,600点）の再編		□ 鼻茸摘出術	1,310点 ⇒ 1,500点
□ （新）眼内内視鏡を用いるもの	41,000点	□ 上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1,510点 ⇒ 1,730点
□ （新）その他のもの	5,600点	□ 鼻内上顎洞根治手術	3,330点 ⇒ 3,820点
□ 硝子体注入・吸引術	2,280点 ⇒ 2,620点	□ 鼻内篩骨洞根治手術	5,000点 ⇒ 5,750点
□ 硝子体置換術	6,890点 ⇒ 7,920点	□ 喉頭膿瘍切開術	2,140点 ⇒ 2,460点
□ 耳茸摘出術	1,000点 ⇒ 1,150点	□ 深頸部膿瘍切開術	4,800点 ⇒ 5,520点
□ 鼓室開放術	7,280点 ⇒ 8,370点	□ 喉頭蓋切除術	3,190点 ⇒ 3,660点
□ 上鼓室開放術	13,140点 ⇒ 15,110点	□ 気管口狭窄拡大術	2,690点 ⇒ 3,090点
□ 乳突洞開放術（アントロトミー）	13,480点 ⇒ 15,500点	□ 上顎骨折非観血的整復術	1,570点 ⇒ 1,800点
□ 乳突充填術	7,470点 ⇒ 8,590点	□ 顎関節授動術	
□ 鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020点 ⇒ 3,470点	□ 1, 徒手的授動術	
□ 鼻甲介切除術		□ 八, 関節腔洗浄療法を併用した場合	2,400点 ⇒ 2,760点
□ 高周波電気凝固法によるもの	1,080点 ⇒ 1,240点	□ 2, 顎関節鏡下授動術	10,520点 ⇒ 12,090点
□ その他のもの	3,320点 ⇒ 3,810点		

手術 ④

□ 唾石摘出術（一連につき）

□ 2, 深在性のもの 3,770点 ⇒ 4,330点

□ 血管縫合術（簡単なもの） 4,210点 ⇒ 4,840点

□ 内シャント血栓除去術 3,130点 ⇒ 3,590点

□ 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

□ 早期悪性腫瘍ポリープ切除術 6,230点 ⇒ 7,160点

□ 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

□ （新）病変検出支援プログラム加算 60点

□ 精巣摘出術 2,770点 ⇒ 3,180点

□ （新）精巣温存手術 3,400点

□ 精索静脈瘤手術 2,970点 ⇒ 3,410点

□ 陰嚢水腫手術

□ 2, その他 2,290点 ⇒ 2,630点

□ 停留精巣固定術 9,740点 ⇒ 11,200点

□ 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術

□ （新）2, 組織切除回収システム利用によるもの 6,630点

□ 経皮的卵巣嚢腫内容排除術 1,620点 ⇒ 1,860点

□ 子宮内反症整復手術（腔式、腹式）

□ 非観血的 340点 ⇒ 390点

□ 体外受精・顕微授精管理料

□ 体外受精 4,200点 ⇒ 3,200点

□ 顕微授精

□ 1 個の場合 4,800点 ⇒ 3,800点

□ 2 個から 5 個までの場合 6,800点 ⇒ 5,800点

□ 6 個から 9 個までの場合 10,000点 ⇒ 9,000点

□ 10 個以上の場合 12,800点 ⇒ 11,800点

□ （削除）採取精子調整加算 5,000点

□ （新）新鮮精子加算 1,000点

手術 ⑤

□ 胚凍結保存管理料

- ◆ 凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する

□ (新) 採取精子調整管理料 5,000点

□ (新) 精子凍結保存管理料

□ 1,精子凍結保存管理料(導入時)

- イ,精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合
1,500点

- ロ,イ以外の場合
1,000点

□ 2,精子凍結保存維持管理料 700点

- ◆ 注,1については、精子の凍結保存を開始した場合に算定し、2については、精子の凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定する

麻 醉

麻 酔

□ マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

□ 2, 坐位における脳脊髄手術～高頻度換気法による麻酔の場合(1に掲げる場合を除く)に低血圧麻酔を追加

□ イ, 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点 ⇒ 16,720点

□ ロ, イ以外の場合 12,100点 ⇒ 12,190点

□ 3, 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合(1又は2に掲げる場合を除く)

□ イ, 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点 ⇒ 12,610点

□ ロ, イ以外の場合 9,050点 ⇒ 9,170点

□ 術中脳灌流モニタリング加算 1,000点 (点数変更なし)

◆ ステントグラフト内挿術(血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る)、経皮的頸動脈ステント留置術を追加

□ トリガーポイント注射 80点 ⇒ 70点

病理診断

病理診断

□細胞診(1部位につき)

□婦人科材料等液状化検体細胞診加算

36点 ⇒ 45点

□(新) ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製

2,700点

□遺伝カウンセリング加算(月1回)(要届出)

1,000点

◆結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合

□(新) BRAF V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製

1,600点

(新) 区分O その他

161 賃上げに向けた評価の新設

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

◆届出の原則

◆主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く)の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関

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

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
 - 初診又は訪問診療を行った場合 8点
 - 再診時等 1点
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8
 - 初診又は訪問診療を行った場合 64点
 - 再診時等 8点
- 入院ベースアップ評価料(1日につき) (要届出)
 - 入院ベースアップ評価料1 1点
 - ～ 入院ベースアップ評価料165 165点

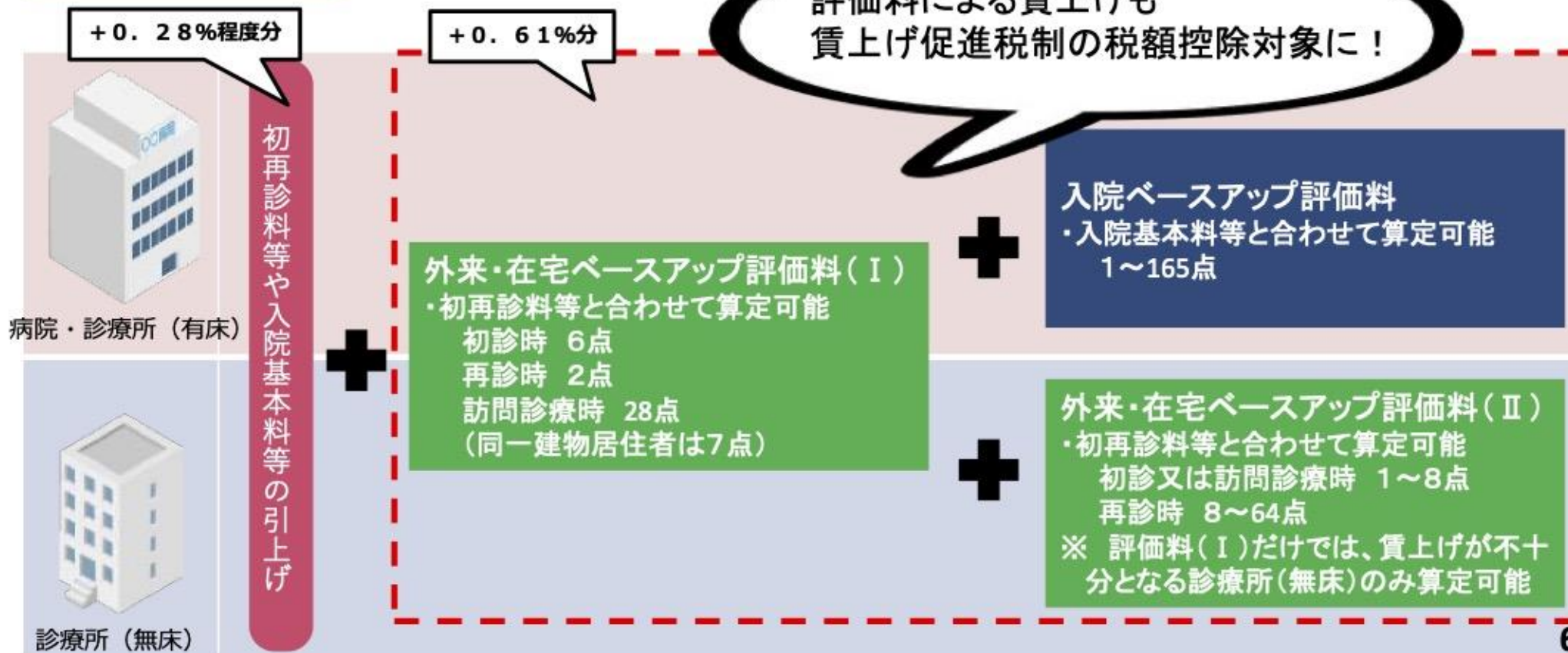
1 医療従事者の賃上げの概要について

(3) 創設される診療報酬について

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

- 令和6年度の診療報酬改定では、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、(Ⅱ)」、「入院ベースアップ評価料」といった診療報酬を創設します。
- また、初再診料等や入院基本料等についても、職員の賃上げを実施すること等も踏まえた引上げを行います。
- さらに、今回創設される診療報酬(既存の看護職員処遇改善評価料含む)による賃上げについて、賃上げ促進税制における税額控除の対象となります。

病院と医科診療所の例



2 ベースアップ評価料の試算①

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

- 厚生労働省では、今般のベースアップ評価料による算定見込みや医療従事者の賃上げ見込みの試算を支援するため、「ベースアップ評価料計算支援ツール」を作成しました。
- 以下では、当該ツールを活用した具体的な試算方法をご説明します。施行前にご自身の施設における賃上げについて試算してみましょう。

検索！

ベースアップ評価料計算支援ツール

令和6年2月15日版

本ツールでは、次の3ステップでベースアップ評価料を活用した医療従事者の賃上げ計算を支援します。

Step 1 対象職員の給与総額の計算

Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算

Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算



目次

はじめに

Step 1 対象職員の給与総額の計算

Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算

- ①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】
- ②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】
- ③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】

Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算

戻る

次へ

まずは、次へをクリックします。

1 医療従事者の賃上げの概要について

(2) 対象職種

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

1

病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションに勤務する看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げのための特例的な対応として、+ 0. 6 1 %の改定

【対象職種】

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

2

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置として、+ 0. 2 8 %の改定

【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

1 医療従事者の賃上げの概要について

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

(4) 賃上げを考える前に ベースアップとは

- 賃上げに係る診療報酬においては、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた「給与総額」をもとにした点数設計としています。
 - 医療機関等においては、この報酬分をベースアップ（基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ）に充てていただくこととなります。
 - また、ベースアップには、連動して引きあがる賞与分※や事業主負担の増額分も含まれます。
- ※ 業績に連動して引き上がる賞与については対象外です。

ベースアップの考え方

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

号俵	職務の級			
	1級	2級	3級	4級
1	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
2	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
3	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
4	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
5	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
6	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
7	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
8	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
9	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
10	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円

賃金表内での職員の給与の変動は、定期昇給に該当し、ベアには該当しません。

改定

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

賃金表に記載の額そのものを引き上げることがベースアップです。

●%
アップ!

賃金表がない場合

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

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

給与規程

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(要届出) (1日につき)

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(1日につき)

□ 初診時 (要届出)	6点
□ 再診時等 (要届出)	2点
□ 訪問診療時	
□ 同一建物居住者等以外の場合 (要届出)	28点
□ 上記以外の場合 (要届出)	7点

- ◆ 「初診時」入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合
- ◆ 「再診時等」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
- ◆ 「訪問診療時同一建物居住者等以外の場合」
- ◆ 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
 - 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であって、当該患者が同一建物居住者以外である場合
 - ・ 初診料算定日に訪問して診療を行った場合
 - ・ 有料老人ホーム等（有料老人ホームその他これに準ずる施設）の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く

- ◆ 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

□,在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他院の求めに応じ、当該他院から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合であって、当該患者が同一建物居住者以外である場合

- ・ 有料老人ホーム等（有料老人ホームその他これに準ずる施設）の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く

ハ,（要届出）在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院で在宅療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者で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

- ◆ 「訪問診療時イ以外の場合」在宅療養を行っている患者で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

- ◆ 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で、当該患者が同一建物居住者である場合(初診料算定日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く)

- ◆ □,在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他院の求めに応じ、当該他院から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合であって、当該患者が同一建物居住者である場合(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)

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

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(要届出) (1日につき)

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準

(1)外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関

(2)主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という)が勤務している

対象職員は別表1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

(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除く)を実施しなければならない

ただし、令和6年度に翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合はこの限りではない

(4)(3)は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という)の引上げにより改善を図ることを原則とする

(5)対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の自院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除く)を行うことができる

(6)令和6年度及び令和7年度に自院に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成している

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

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) 別表1

・ 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 ・ 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 ・ 公認心理師 ・ 診療情報管理士 ・ 医師事務作業補助者 ・ 保育士 ・ 救急救命士	・ 義肢装具士 ・ 歯科衛生士 ・ 歯科技工士 ・ 歯科業務補助者あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師 ・ 柔道整復師 ・ その他医療に従事する職員 (医師及び歯科医師を除く)
--	--	--

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) (要届出) (1日につき)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) (1日につき)	初診又は 訪問診療を行った場合	再診時等
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1	8点	1点
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2	16点	2点
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3	24点	3点
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4	32点	4点
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5	40点	5点
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6	48点	6点
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7	56点	7点
□ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8	64点	8点

◆ 「初診又は訪問診療を行った場合」

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

◆ 「再診時等」

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

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) (要届出) (1日につき)

◆外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

(1)入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)の届出を行っていない医療機関

(2)外来・在宅ベースアップ評価料(I)の届出医療機関

(3)外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の1分2厘未満

(4)外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の区分は、自院の対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込みを用いて算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分のいずれかを届け出る

対象職員の給与総額×1分2厘-(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

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

(5)(4)の「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いる

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、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いる

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【A】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込みのいずれの変化も1割以内である場合は、区分変更を行わない

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

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

(8)令和6年度及び令和7年度に自院に勤務する職員の賃金の改善計画を作成している

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

(10)対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関は、当該規定を満たしているものとする

(11)主として保険診療等から収入を得る保険医療機関

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 別表2

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	初診又は訪問診療 を行った場合	再診時等
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1	8点	1点
1.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2	16点	2点
2.5 以上	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	32点	4点
4.5 以上	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	48点	6点
6.5 以上	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	64点	8点

賃上げに向けた評価の新設（入院）

□ A500 看護職員処遇改善評価料(1日につき) ⇒ 〇 000 看護職員処遇改善評価料(1日につき)

□ 看護職員処遇改善評価料1 1点 ∼ 看護職員処遇改善評価料145 145点（点数変更なし）

◆ 1点刻み

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

◆ 10点刻み

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

□ 入院ベースアップ評価料(1日につき)（要届出）

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

◆ 1点刻み

◆ 算定要件

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

賃上げに向けた評価の新設（入院）

◆入院ベースアップ評価料の施設基準

(1)入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)の届出を行っている保険医療機関であること

(2)主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という)が勤務していること

(3)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

(4)外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2分3厘未満であること

(5)入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの点数については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数(入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定している患者の延べ人数をいう。以下同じ)の見込みを用いて次の式により算出した数【B】に基づき、別表3に従い該当する区分を届け出ること

対象職員の給与総額×2分3厘－(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

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

(6)(5)は「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いる。延べ入院患者数は、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いる。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【B】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数のいずれの変化も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

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

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

(9)令和6年度及び令和7年度に自院に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること

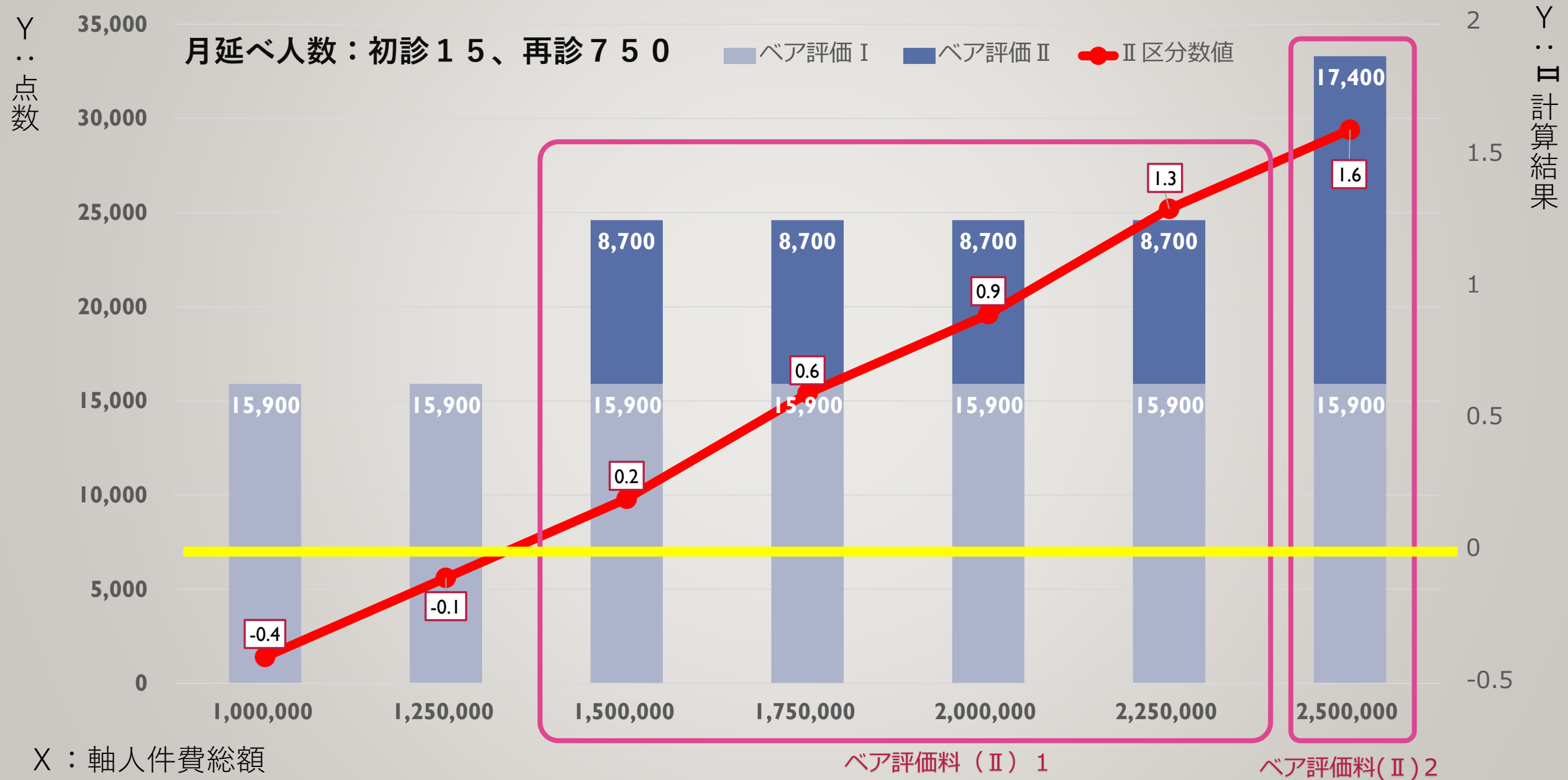
(10)前職員の賃金の改善状況を定期的に地方厚生局長等に報告すること

(11)主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること

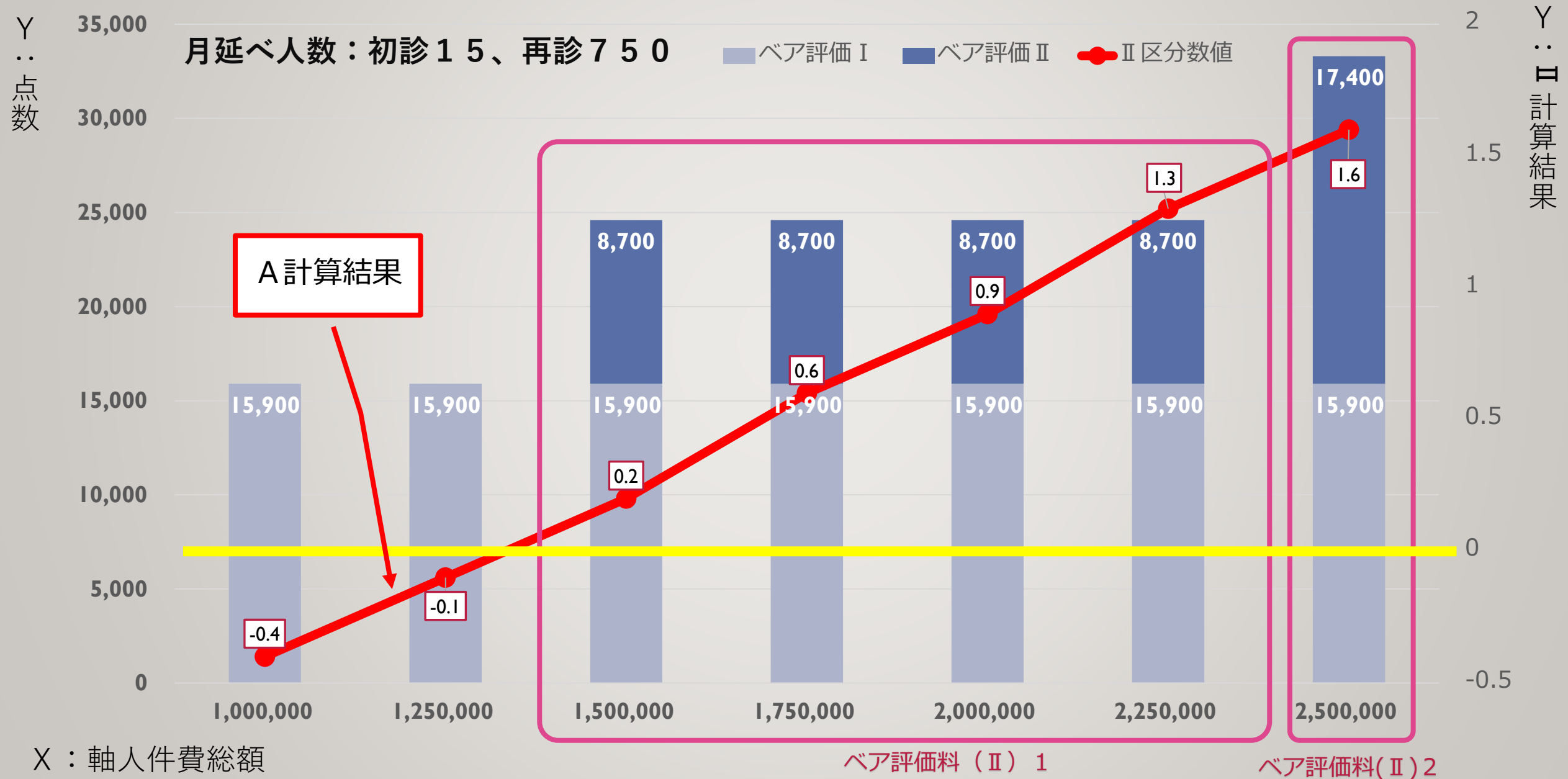
入院ベースアップ評価料 別表3

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

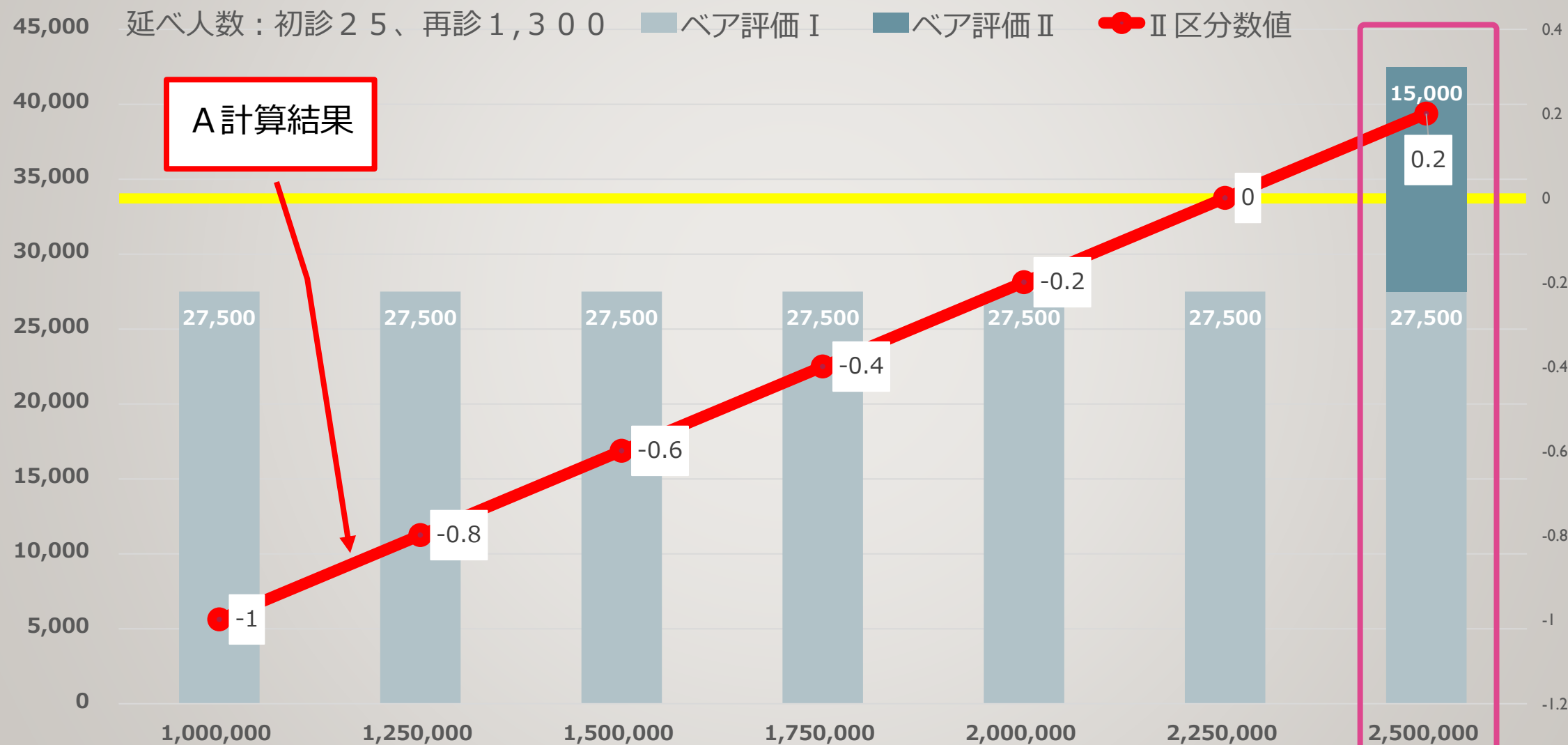
外来・在宅ベースアップ評価料【試算例】 レセ約500枚



外来・在宅ベースアップ評価料【試算例】 レセ約500枚



外来・在宅ベースアップ評価料【試算例】 レセ約1,000枚

Y
..
点数Y
..
計算結果

X：軸人件費総額

短期滞在手術等基本料

短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）の再編

□短期滞在手術等基本料1

□イ,主として入院で実施されている手術を行った場合

□ (1)麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 ⇒ 2,947点

□ (2)(1)以外の場合 2,947点 ⇒ 2,718点

□ロ,イ以外の場合

□ (1)麻酔を伴う手術を行った場合 2,718点 ⇒ 1,588点

□ (2)(1)以外の場合 2,718点 ⇒ 1,359点



MSG メディカルサポートグループ

@MSG_med チャンネル登録者数 6660 人 137 本の動画

このチャンネルは、株式会社MMS、有限会社メデ… >

🔔 登録済み ▼

ホーム

動画

ライブ

再生リスト

コミュニティ

チャンネル

概要

新しい順

人気の動画

古い順



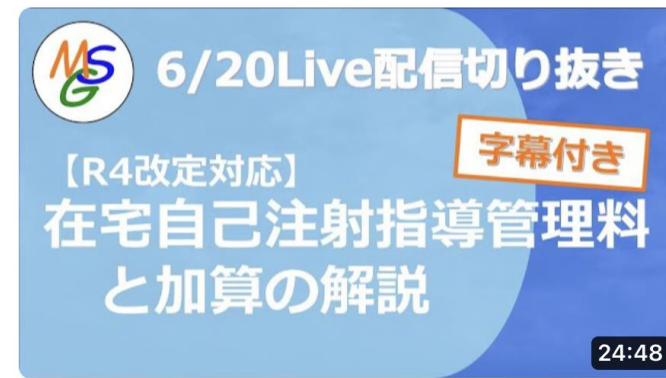
パワーハラスメントの基礎知識

456 回視聴・2 週間前



COVID-19 特例の解説【医科、調剤、R5/5/8 以降】(字幕付、Live 配信再編集…

630 回視聴・2 週間前



在宅自己注射指導管理料と加算の算定解説【令和4年4月版】(Live 切り抜き、字…

922 回視聴・3 週間前





ご視聴 ありがとうございます



MSGチャンネルにて様々な
情報提供を行っております

https://www.youtube.com/@MSG_med



拙著がじほう社より刊行されております

『患者さんと共有できる外来点数マニュアル 2022年度版』



<https://www.jiho.co.jp/shop/list/detail/tabid/272/catid/10800/pdid/54088/Default.aspx>