

令和6年度診療報酬改定について ～医療事務講習～

適正保険医療を目指して
指導・監査のポイント含む

令和6年11月7日
東京都医師会(医療保険担当)理事
荘司輝昭

本日の話題

1. はじめに

2. 保険診療の基本的事項

a. 保険医療の仕組み

b. 保険医療機関及び療養担当規則

3. 指導・監査のポイント

4. 2024 診療報酬改定の話

本日の話題

1. はじめに

2. 保険診療の基本的事項

a. 保険医療の仕組み

b. 保険医療機関及び療養担当規則

3. 指導・監査のポイント

4. 2024 診療報酬改定の話

主な関係法令

保険診療の前提として医師法・医療法・医薬品医療機器等法を遵守する必要がある。

医師法

- ☒ 免許(第2条)
- ☒ 免許の相対的欠格事由(第4条)
- ☒ 免許の取消、医業の停止(第7条第2項)
- ☒ 応召義務等(第19条)
- ☒ 無診察治療等の禁止(第20条)
- ☒ 処方せんの交付義務(第22条)
- ☒ 診療録の記載及び保存(第24条)

医療法

- ☒ 病床の種別(第7条第2項)
- ☒ 入院診療計画書(第6条の4)

保険診療として診療報酬が支払われるには

- ✓ 保険医が
- ✓ 保険医療機関において
- ✓ 医師法、医療法、健康保険法等の
各種関係法令の規定を遵守し
- ✓ 『療養担当規則』の規定を遵守し
- ✓ 医学的に妥当適切な診療を行い
- ✓ 診療報酬点数表に
定められたとおりに請求を行っている

本日の話題

1. はじめに

2. 保険診療の基本的事項

a. 保険医療の仕組み

b. 保険医療機関及び療養担当規則

3. 指導・監査のポイント

4. 2024 診療報酬改定の話

療養担当規則とは

保険医療機関及び保険医療養担当規則

第1章 保険医療機関の療養担当

療養の給付の担当範囲、担当方針 等

第2章 保険医の診療方針等

診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等



保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で
守らなければならない基本的なルール

療養担当規則

療養担当規則での指導ポイント (by shoji)

- 適正な手続きの確保(第2条の3)
- 特定の保険薬局への誘導の禁止、処方せんの交付
(第2条の5、第19条の3、第23条)
- 診療録の記載及び整備、帳簿類の保存(第8条、第9条、第22条)
- 施術の同意(第17条)
- 特殊療法・研究的診療等の禁止(第18条、第19条、第20条)
- 健康診断の禁止(第20条)
- 濃厚(過剰)診療の禁止(第20条)
- 適正な費用の請求の確保(第23条の2)

傷病名

査定を防ぐための虚偽の傷病名、
いわゆる「レセプト病名」は認められない

傷病名だけでは診療内容の説明が不十分と思われる場合は**摘要欄及び症状詳記で補う**



客観的事実（検査結果等）に基づき、
当該診療行為が**必要な理由を具体的に記載する。**

- 【 不適切な傷病名（レセプト病名）の例 】
- ・ PPI ： 「難治性逆流性食道炎」
 - ・ ビタミン剤： 「ビタミン欠乏症」 「摂食不能」

医療情報システムの安全管理に関する ガイドライン 第6.0版

パスワードに係る注意点

- ・ 英数字、記号を混在させた**13文字以上**の推定困難な文字列
- ・ 英数字、記号を混在させた**8文字以上**の推定困難な文字列を定期的（**2ヶ月以内毎**）に変更
- ・ **二要素以上の認証**の場合、英数字、記号を混在させた**8文字以上**の推定困難な文字列。

※ただし他の認証要素として必要な電子証明書等の使用に PIN 等が設定されている場合には、この限りではない。

代行入力を実施に係る注意点

- ・ **代行入力を実施する個人ごとにIDを必ず発行すること**
- ・ **代行入力を行う者はそのIDでシステムにアクセスすること**
- ・ **入力者のログや作業報告等の台帳を作成し、記録を残すこと**
- ・ **誰の意思決定に基づいて代行入力を実施したかについて、説明できること**

なお、代行入力により記録された診療録等は、できるだけ速やかに確定者による「確定操作（承認）」が行われるようにすること。この際、内容の確認を行わずに確定操作を行ってはならない。

- ・項目ごとに、具体的な**算定要件**が定められている。
- ・医学的管理や療養指導を適切に行った上で、算定要件として定められた**診療録への指導内容の要点等の記載や添付が求められている文書の添付**を実施する必要がある。
- ・保険医療機関の請求事務担当者（部門）は、保険医が算定を指示した算定項目や保険医が記載した診療録等から抽出される算定項目について、**算定要件を満たしているか確認の上、診療報酬請求を行うこと。**



算定要件を満たさずに算定した場合、返還の対象となる

本日の話題

1. はじめに
2. 保険診療の基本的事項
 - a. 保険医療の仕組み
 - b. 保険医療機関及び療養担当規則
 - c. 医科診療報酬点数表の解釈
3. 指導・監査のポイント
4. 2024 診療報酬改定の話

指導の際に多い指摘事項

- 保険医の異動、診療時間の変更届
- 傷病名(部位、詳細、主病、レセプト病名)
- 初再診、外来管理加算の診療録への記載
- 検査結果、結果の判断の要点記載
- 医学管理料について管理内容、要点の記載

古典的不正請求の手法と その発覚の典型例

- ① 保険者から医療費通知(医療費のおしらせ)が患者に送られてくる。
 - ② 患者が受診していない日に「被保険者等が支払った医療費の額」が記載されていることに気がつく
 - ③ 「被保険者等が支払った医療費の額」が自分が支払った金額と異なることに気がつく等
 - ④ 患者が保険者に問い合わせで不正請求の疑いがかかる。
 - ⑤ 患者が、警察、行政や報道機関へ情報提供
 - ⑥ 捜査、指導監査等で発覚する。→詐欺罪で逮捕、取消処分
- 平成29年度の確定申告から、医療費控除の手続きで、領収書の提出に代えて、「医療費通知」の原本の提出が認められた。
- 患者や保険者が架空請求や付増請求の疑い事案に気がつくことが増えている

指導の実例

「請求関係は事務担当者あるいは外部委託に任せているのでこんな請求がされているとは知らなかった。」

→保険医は必要に応じて診療報酬明細書(レセプト)を確認するなど、診療録記載等による診療の情報等が請求事務担当者に適切に伝わっているか確認する

保険医は、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。
(医薬品名、分量、用法及び用量)

保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない

⇒最近の話題:処方箋の期日問題



指導の実例

医学的に妥当適切な傷病名を**医師自ら**決定
必要に応じて慢性・急性、部位、左・右の区別
診療開始・終了年月日を記載
傷病の転帰を記載し病名を整理
疑い病名は早期に確定病名または中止に
急性病名が長期間続くことは不適切
査定を防ぐための虚偽の傷病名、いわゆる
「レセプト病名」

指導の実例

病名の記載に係る指摘事項

主な指摘事項

- ・傷病名が診療報酬明細書との不一致
- ・傷病名の診療開始年月日、終了年月日の不記載
- ・傷病名に対しての診療・検査・処方が不一致
- ・傷病名の転帰の不記載
- ・主病名が不明確(症状を記載など)
傷病名のみでは診療内容の説明が不十分な場合
摘要欄または症状詳記で補う。

指導の実例 (ちょこっとアドバイス転帰の判断例)

転帰: 治癒・中止・死亡

- 疾患を疑い検査をすすめて異なった場合
- 疾患の疑い ⇒ 中止 (検査した理由は記載必須)
- 疾患を疑い検査をすすめて確定した場合
- 疾患の疑い ⇒ 確定病名
- ※ 確定診断がついた日をもって
- 疾患の疑い ⇒ 中止
- 疾患 (新たな傷病名欄記載と開始年月日記載)

診療報酬請求における留意点

- ・ 保険医と保険医療機関は診療報酬のルールをよく理解し、**独自の解釈に基づいて請求しない。**
- ・ 分からない場合は**診療報酬点数表を確認する。**
それでも分からなければ**地方厚生(支)局に問い合わせる。**
- ・ 地方厚生(支)局が実施する**説明会や指導に出席する。**

- ・ 診療報酬改定は原則、**(概ね) 2年に1回**実施されます。
- ・ 算定ルールの新設・変更について、**2年に1回知識のリニューアルが必要です。**

本日の話題

1. はじめに
2. 保険診療の基本的事項
 - a. 保険医療の仕組み
 - b. 保険医療機関及び療養担当規則
 - c. 医科診療報酬点数表の解釈
3. 指導・監査のポイント
4. 2024 診療報酬改定の話

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

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

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

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

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

【具体的方向性の例】

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

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

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

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

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

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目①

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おいた**初再診料の引き上げ**。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

1 初診時6点 / 2 再診時等 2点 等
(新) 入院ベースアップ評価料 1~165点

【一般病棟入院基本料】

急性期一般入院料 1 1,688点

【特定機能病院入院基本料】

7対1入院基本料 (一般病棟の場合) 1,822点

【初診料・再診料等】

初診料 291点

再診料 75点

2. 医療DXの推進

- **医療情報取得加算**が新設され、マイナ保険証の利用による効率的な情報の取得は1点となり、3月に1回に限り再診時においても評価。
- **医療DX推進体制整備加算**により、マイナ保険証の診察室等での活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備が要件。また、令和6年10月からマイナ保険証の利用率が施設要件として適応される。
- **在宅医療DX情報活用加算**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。

(新) 医療情報取得加算

初診時

医療情報取得加算 1 3点

医療情報取得加算 2 1点

再診時 (3月に1回に限り算定)

医療情報取得加算 3 2点

医療情報取得加算 4 1点

(新) **医療DX推進体制整備加算 (初診時)** 8点

(新) **在宅医療DX情報活用加算 (月1回)** 10点

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

- 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。外来感染対策向上加算の施設基準に罹患後症状に係る対応を明記。
- 発熱外来に代わる**発熱患者等対応加算**を新設。抗菌薬の適正使用も**抗菌薬適正使用体制加算**として評価。
- 入院患者に対して、**特定感染症入院医療管理加算**を新設し、感染対策を引き続き評価。
- また、個室で空気感染及び飛沫感染を生じる感染症等においては、**特定感染症患者療養環境加算**として個室管理等を評価。

(新) 特定感染症入院医療管理加算

治療室の場合 200点

それ以外の場合 100点

(新) 特定感染症患者療養環境特別加算

個室加算 300点

陰圧室加算 200点

(新) 発熱患者等対応加算 20点

(新) 抗菌薬適正使用体制加算 5点

(新) 急性期リハビリテーション加算 50点 (14日目まで)

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目②

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、地域における協力医療機関に関する体制整備の推進も含めた、医療機関と介護保険施設等との連携の強化。
- かかりつけ医とケアマネ等との連携強化。
- 障害者支援施設に入所する末期悪性腫瘍患者に対する訪問診療料等の費用を医療保険からの給付とするよう見直し。
- 医療的ケア児（者）に対する、入院前支援の評価。
- 有床診療所における障害連携の評価の充実。

【地ケア・在支診/病・後方支援病院】
介護保険施設等の協力医療機関となることを望ましいこととして要件化

(新) 協力対象施設入所者入院加算 (入院初日)

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点

(新) 介護保険施設等連携往診加算

200点

(新) 医療的ケア児（者）入院前支援加算

1,000点

【有床診療所入院基本料】

イ 介護障害連携加算 1	192点
□ 介護障害連携加算 2	38点

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、療養計画書への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。

(新)生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点 (月1回)

特定疾患処方管理加算	56点
地域包括診療加算 1/2	28点/21点
認知症地域包括診療加算 1/2	38点/31点
【一般名処方加算】	
一般名処方加算 1/2	10点/8点
後発医薬品使用体制加算 1/2/3	87点/82点/77点
外来後発医薬品使用体制加算 1/2/3	8点/7点/5点
【薬剤情報提供料】	4点
【処方箋料】	60点

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。
- 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。

(新) 地域包括医療病棟入院料 3,050点

(新) 特定集中治療室管理料 5・6 8,890点

【急性期充実体制加算】
急性期充実体制加算 1/2
440点/360点(7日以内の期間) 等
小児・周産期・精神科充実体制加算
急性期充実体制加算 1/2の場合 90点/60点

回復期リハビリテーション病棟入院料 1
2,229点 (体制強化加算は廃止)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1
40日以内 2,838点/ 41日以降 2,690点

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目③

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。**
- 24時間の在宅医療提供体制の充実の推進。
- 在宅における心不全患者への指導管理に関する評価の充実。
- **患者の希望に添った看取りの推進に関する見直し。**
- **患者の状態に応じた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。**

(新) 在宅医療情報連携加算 100点

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

(新) 往診時医療情報連携加算 200点

(新) 緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算（その他の場合） 325/405/485点

訪問看護管理療養費（月に2日目以降の訪問の場合）

(新) 訪問看護管理療養費 1 3,000円

(新) 訪問看護管理療養費 2 2,500円

(新) 24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）
 イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 6,800円
 ロ イ以外の場合 6,520円

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。
- 発達障害や不適切な養育に繋がり得る児への対応強化。
- 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。
- 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。
- 精神病床に入院する患者への入退院支援に対する評価の新設。

(新) 救急患者連携搬送料 600～1,800点

(新) 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 14,539点

小児特定疾患カウンセリング料
(新) 初回 800点他

小児入院医療管理料（1日につき）
(新) 看護補助加算 151点
(新) 看護補助体制充実加算 156点

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点

(新) 精神科入退院支援加算（退院時1回） 1,000点

個別改定項目/医療資源の少ない地域への対応

- 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。
- 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションに対する評価の新設。
- 医療と介護における**栄養情報連携の推進**
- 入院および外来におけるバイオ後続品の使用促進に関する評価の見直し。
- 病室単位で届出可能な回復期リハビリテーション病棟入院料の区分の新設。
- 医療技術評価分科会等の評価を踏まえた対応等

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 120点

(新) 急性期リハビリテーション加算 50点

(新) 栄養情報連携料 70点

(新) バイオ後続品使用体制加算 100点

【在宅血液透析指導管理料】
(新) 遠隔モニタリング加算 115点

(新) 回復期リハビリテーション入院医療管理料 1,859点

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
- また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- ・ 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- ・ 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進



人生の最終段階における医療・ケアの充実

- ・ 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- ・ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ・ ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

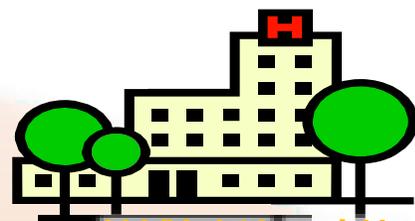


在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- ・ 在宅診療・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- ・ 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- ・ 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- ・ 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- ・ データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

※在宅診療・病でない医療機関においても同様



地域包括ケア病棟 在宅診療・在宅病、後方支援病院

医療機関と介護保険施設等の平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設



診療所等

地域包括診療料・加算の見直し

- ・ サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- ・ 認知症研修の要件化（望ましい要件）



ケアマネジャー



介護保険施設等 (老健、介護医療院、特養)

介護サービス

令和6年度診療報酬改定

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

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

賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

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

すべての医療機関で算定可

[算定要件]

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

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

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

主として医療に従事する職員（対象職員）

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

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

ベースアップ評価料の届出書式の変更

ベースアップ評価料の届出様式が令和6年9月11日付で改定された。
既に届け出ている医療機関における、届出直しは不要。
新規に届出をする場合でも、過去の届出様式で提出することも可能。

主な変更点は以下のとおり

- ◆診療所・病院の「賃金改善計画書」の評価料対象外職種の基本給等に関する事項について、給与総額の記載項目が削除された。
- ◆診療所の「賃金改善計画書」の基本給等に係る事項について、職種グループ別の記載項目が削除された。
- ◆「外来・在宅ベースアップ評価料II」を算定しない診療所の「賃金引き上げ計画書作成のための計算シート」について、届出種別欄が削除され、届出を行う月の記載方法が簡略化された。

届出様式は厚生労働省のHPよりダウンロード可能
【厚生労働省 ベースアップ評価料等について】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html



施設基準提出後に必要な対応

1. 令和7年4月と令和8年4月に「実績報告書」等を提出すること。
2. 「評価料(Ⅱ)」については、3か月に1回「様式96」により区分の変更が無いかを確認すること。
区分に変更がある場合は、同月に「様式96」「賃金改善計画書」等により区分変更を行うこと。

ただし、前回届け出た時点と比較して、対象となる3か月の「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

疑義解釈(ベースアップ評価料)

Q6 ベースアップ評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。

→ 原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。

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



改定講習会での質問への回答(ベースアップ評価料)

Q 医療事務や看護助手は対象職員に該当するか？

また、事務員は医師事務作業補助も行っているが、対象職員に該当するか？

→ 施設基準にて「専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等の医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行うものは含まれない。」とされていることから、事務作業職員の業務作業割合により判断することになると考える。

Q 計算方法を具体的に示して欲しい。

→ 厚生労働省「ベースアップ評価料計算支援ツール」及び「届出様式と賃金改善計画書の記載例」、「ベースアップ評価料賃金改善計画書計算ツール」等を参考にされたい。

<参考>ベースアップ評価料等について【厚生労働省】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

Q 対象職員が年度内に退職した場合、結果報告の際にその事実を記載すればよいか？

→ 賃金改善実績報告書で求められる職員数(常勤換算)の記載は、「IV. 対象職員(全体)の基本給等(基本給又は決まって毎月支払われる手当)に係る事項」以降の、「対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】」となっているため、あくまでも賃金改善実施期間の開始月時点の人数を記載すること。

よくある質問(ベースアップ評価料)

Q ベースアップ評価料について、3カ月ごとに報告書の提出が必要なのか？

→ベースアップ評価料(Ⅱ)については、3カ月ごとに区分の見直しを行い、該当区分に変更があれば、施設基準の届出を再提出する必要があります。

ベースアップ評価料(Ⅰ)は、3カ月ごとの見直しは不要です。

いずれの評価料も令和7年4月(提出期限8月)に令和6年度分の実績報告が必要です。

Q ベースアップ評価料について、賃上げ目標となる数値(2.5%)をクリアしなかった場合、医療機関が数値(2.5%)までの不足金額をベースアップとして職員へ支給するのか？

→賃上げ目標の数値(2.5%)は、あくまで政府が掲げている目標であり、数値に到達していないからといって、罰則等はありません。ただし、ベースアップ評価料に係る収入は全て対象職員へのベースアップへ充当する必要があります。

Q ベースアップ評価料は、健診時に同時に保険診療を実施した場合も算定できるのか？

→初診料、再診料等が「他法により算定」となるため、ベースアップ評価料は算定できません。

令和6年度診療報酬改定

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

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

初再診料等の評価の見直し

40歳未満の医師及び事務職員の賃上げ用

初再診料等の評価の見直し

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

現行

【初診料】	
初診料	288点
情報通信機器を用いた初診料	251点
初診料の注2・注3・注4	214点
情報通信機器を用いた場合	186点
初診料の注5	144点
情報通信機器を用いた場合	125点
注2～4に規定する場合	107点
情報通信機器を用いた場合	93点
【再診料】	
再診料	73点
情報通信機器を用いた再診料	73点
再診料の注2	54点
再診料の注3	37点
再診料の注2に規定する場合	27点
【外来診療料】	
外来診療料	74点
情報通信機器を用いた外来診療料	73点
外来診療料の注2・注3・注4	55点
外来診療料の注5	37点
注2～4に規定する場合	27点



改定後

【初診料】	
初診料	<u>291点</u>
情報通信機器を用いた初診料	<u>253点</u>
初診料の注2・注3・注4	<u>216点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>188点</u>
初診料の注5	<u>146点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>127点</u>
注2～4に規定する場合	<u>108点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>94点</u>
【再診料】	
再診料	<u>75点</u>
情報通信機器を用いた再診料	<u>75点</u>
再診料の注2	<u>55点</u>
再診料の注3	<u>38点</u>
再診料の注2に規定する場合	<u>28点</u>
【外来診療料】	
外来診療料	<u>76点</u>
情報通信機器を用いた外来診療料	<u>75点</u>
外来診療料の注2・注3・注4	<u>56点</u>
外来診療料の注5	<u>38点</u>
注2～4に規定する場合	<u>28点</u>

DXは、デジタルトランスフォーメーション（Digital Transformation）の略

DXとはデジタル技術を活用してビジネスを変革するもの

令和6年度診療報酬改定

2. 医療DXの推進

- (1) マイナ保険証を中心とした医療DXの推進**
- (2) 脳卒中に対する情報通信機器を用いた遠隔連携の推進
- (3) 情報通信機器を用いた診療の推進等

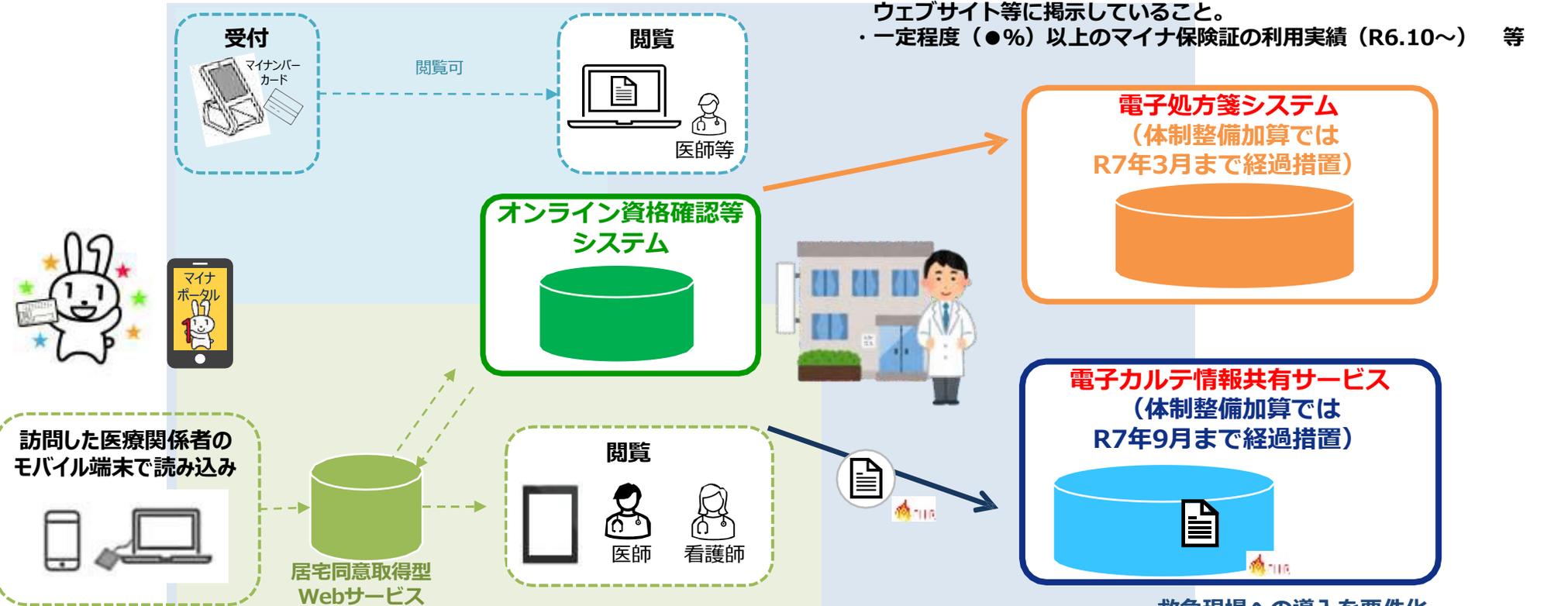
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

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

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

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点 (歯科)、4点 (調剤)

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



電子処方箋システム
(体制整備加算では
R7年3月まで経過措置)

電子カルテ情報共有サービス
(体制整備加算では
R7年9月まで経過措置)

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

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

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

医療DXの推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

現行

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

初診時	
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	4点
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	2点

**オンライン資格確認が普及してきているので
文言を簡略化し点数も1点下げた**

【施設基準】

- 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用し診療を行うこと。

改定後

【医療情報取得加算】

初診時	
医療情報取得加算 1	3点
医療情報取得加算 2	1点
再診時 (3月に1回に限り算定)	
医療情報取得加算 3	2点
医療情報取得加算 4	1点



以下の場合を新たに評価

- 電子資格確認（オンライン資格確認）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合
- 他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合

【施設基準】

- 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

**1と2、3と4の違いは直接問診と
マイナンバーカードの情報を利用したもの**

令和6年12月以降の取扱い

◆医療情報取得加算

令和6年12月以降は、細分化されていた区分が統合され、点数が以下のとおり見直し(減点)される予定。(算定要件等の変更は無い)

令和6年6月~11月			令和6年12月以降		
初診時	医療情報取得加算1	3点	初診時	医療情報取得加算	1点
	医療情報取得加算2	1点		医療情報取得加算	1点
再診時 3月に1回	医療情報取得加算3	2点	再診時 3月に1回	医療情報取得加算	1点
	医療情報取得加算4	1点		医療情報取得加算	1点

※外来診療料についても同様の点数へ変更される予定

よくある質問(医療情報取得加算)

Q 医療情報取得加算は、情報通信機器を用いて診療をした場合も算定できるか？

→「居宅同意取得型のオンライン資格確認システム」を活用していれば、算定可能です。
同システムを使用していなければ、算定できません。

Q 再診時の医療情報取得加算は3月に1回に限り算定可能だが、対象患者の傷病が途中で治癒等となり、別の傷病に対する再診が3月以内にあった場合も算定可能なのか？
(例:6月:骨折で初診、7月:骨折の再診(治癒)、8月:慢性胃炎で初診、9月:慢性胃炎の再診)

→あくまで「3月に1回に限り」が優先されるため、別の傷病に対する再診であっても算定できません。

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

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

(新)	医療DX推進体制整備加算	8点
(新)	医療DX推進体制整備加算 (歯科点数表初診料)	6点
(新)	医療DX推進体制整備加算 (調剤基本料)	4点



[算定要件 (医科医療機関)]

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して**初診**を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、**月1回に限り**8点を所定点数に加算する。

[施設基準 (医科医療機関)]

- (1) **オンライン請求**を行っていること。
- (2) **オンライン資格確認**を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 医師が、電子資格確認を利用して**取得した診療情報**を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、**閲覧又は活用**できる体制を有していること。
(歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) (医科・歯科) **電子処方箋**を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)
(調剤) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)
- (5) **電子カルテ情報共有サービス**を活用できる体制を有していること。(経過措置 令和7年9月30日まで)
- (6) **マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること**。(令和6年10月1日から適用) ? 未発表
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- (8) (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

令和6年10月以降の取扱い

◆医療DX推進体制整備加算

当該加算における点数が以下のとおり細分化され、施設基準上満たす必要があるマイナ保険証の利用実績(%)が示され、施設基準が一部改正された。

令和6年9月30日まで	→ 令和6年10月1日～12月31日	→ 令和7年1月1日以降
医療DX推進 体制整備加算 【8点】 (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること	【医療DX推進体制整備加算1】 11点	
	(6) マイナンバーカードの健康保険証利用について <u>十分な実績</u> を有していること (追加) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること	
	<十分な実績> マイナ保険証利用率が 15%以上	<十分な実績> マイナ保険証利用率が 30%以上
	【医療DX推進体制整備加算2】 10点	
	(6) マイナンバーカードの健康保険証利用について <u>必要な実績</u> を有していること (追加) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること	
	<必要な実績> マイナ保険証利用率が 10%以上	<必要な実績> マイナ保険証利用率が 20%以上
	【医療DX推進体制整備加算3】 8点	
	(6) マイナンバーカードの健康保険証利用について <u>実績</u> を有していること	
<実績> マイナ保険証利用率が 5%以上	<実績> マイナ保険証利用率が 10%以上	

マイナ保険証利用率について

医療機関は以下の①～③の中から有利な数値を選択して使用可能

①【原則】

『適用月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率』を用いる
→ マイナ保険証の利用者数の合計 ÷ レセプト枚数

②【経過措置】(※令和6年10月から令和7年1月まで)

『適用月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率』を用いる
→ マイナ保険証の資格確認件数 ÷ オンライン資格確認等システム利用件数

③ ①、②に代えて、

『適用月の前月、前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率』も利用可能
→ 計算式は①と同じ

※①、②については、支払基金から各医療機関へ、毎月中旬頃にメールでお知らせされる。
※「医療機関等向け総合ポータルサイト」にログインして確認することも可能。
※令和7年4月以降のマイナ保険証利用率は、利用状況や実態を踏まえ、本年末を目途に検討される予定

マイナ保険証利用率適用のイメージ

ポイント

- 原則としては、適用時期の3月前の**レセプト件数ベースマイナ保険証利用率**を用いる。
ただし、令和6年10月～令和7年1月は、適用時期の2月前の**オンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率**を用いることもできる。
- 適用月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率 又は 2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月及び前々月のマイナ保険証利用率を用いることも可能であること。

参照可能なマイナ保険証利用率の実績

	レセプト件数ベース	オンライン資格確認件数ベース
10月適用分	5～7月の最高値	6～8月の最高値
11月適用分	6～8月の最高値	7～9月の最高値
12月適用分	7～9月の最高値	8～10月の最高値
1月適用分	8～10月の最高値	9～11月の最高値
2月適用分	9～11月の最高値	(経過措置終了)
3月適用分	10～12月の最高値	(経過措置終了)
...

来年1月適用分までは、2つのうちいずれか高い方を用いることができる

疑義解釈(医療DX推進体制整備加算)

Q すでに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関は、令和6年10月1日からの医療DX推進体制整備加算の評価の見直し及びマイナ保険証利用率要件の適用に伴い、施設基準の届出を改めて行う必要があるか

→すでに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関は、届出直しは不要であること。ただし、すでに施設基準を届け出た保険医療機関において、マイナ保険証利用率要件が基準に満たない場合には、10月1日以降、医療DX推進体制整備加算を算定できないこと。

Q 保険医療機関の責めによらない理由により、マイナ保険証利用率が低下することもあると考えられ、その場合に医療DX推進体制整備加算が算定できなくなるのか。

→「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」・「オンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率」とともに、その時点で算出されている過去3か月間で最も高い率を用いて算定が可能である。

Q 社会保険診療報酬支払基金から通知されたマイナ保険証利用率を確認次第、月の途中から当該利用率に応じた当該加算の算定を行うことは可能か

→通知されたマイナ保険証利用率に基づく当該加算の算定は、翌月の適用分を通知しているため、翌月1日から可能。

医療DXの推進③

在宅医療DX情報活用加算の新設

- **居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム**、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスによるオンライン資格確認により、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い在宅医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

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



[対象患者（医科医療機関）]

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

[算定要件（医科医療機関）]

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健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、**月1回に限り**所定点数に10点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

[施設基準（医科医療機関）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)
- (4) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。(経過措置 令和7年9月30日まで)
- (5) (2) の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6) (5) の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲示していること。

令和6年度診療報酬改定

2. 医療DXの推進

- (1) マイナ保険証を中心とした医療DXの推進
- (2) 脳卒中に対する情報通信機器を用いた遠隔連携の推進
- (3) **情報通信機器を用いた診療の推進等**

診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

診療報酬における書面要件の見直し

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

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

- デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における**書面掲示について、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。**

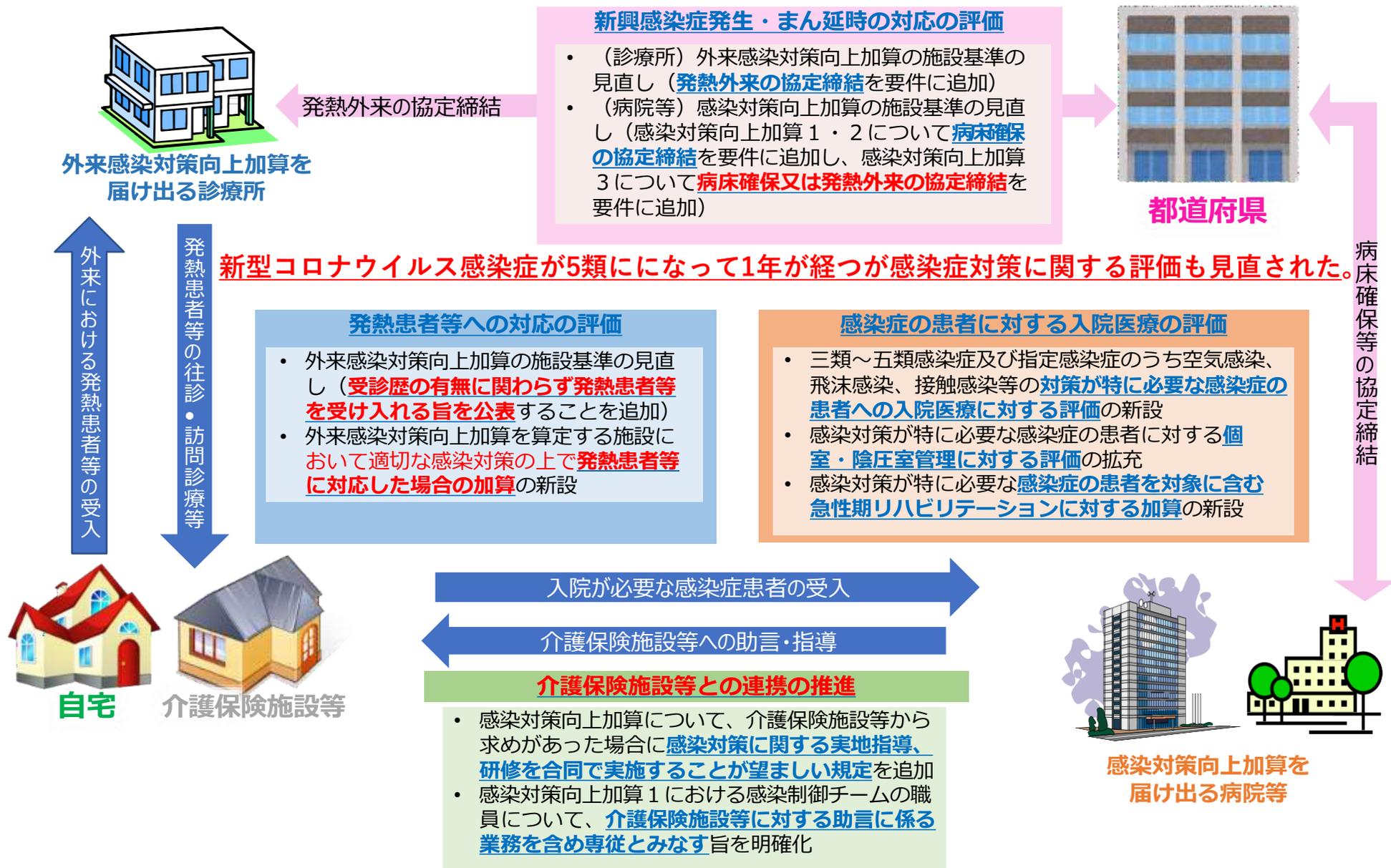
※ 自ら管理するウェブサイトをも有しない保険医療機関等は対象外。

※ 令和7年5月31日までの間の経過措置を設ける。

令和6年度診療報酬改定

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像



ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

- ▶ 新興感染症への備えに係る施設基準について、第8次医療計画における協定締結の枠組みを踏まえた要件に見直しを行う。

現行

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算2：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算3：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

改定後

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。

加算2：（加算1と同様）

加算3：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は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（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

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**（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。



外来感染対策向上加算を
届け出る診療所

発熱外来の協定締結



都道府県

病床確保等の協定締結



感染対策向上加算を
届け出る病院等

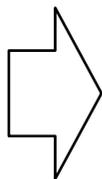
ポストコロナにおける感染症対策の評価④

発熱外来に対する評価の新設

- 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

現行

【外来感染対策向上加算】
【施設基準（抜粋）】
（新設）



改定後

【**外来**感染対策向上加算】
【施設基準（抜粋）】

月1回6点（変わらず）

- 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。
- 回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。

- **受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制**を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算を新設する。

（新） 発熱患者等対応加算

20点

【算定要件】

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

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

- 我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

（新） 抗菌薬適正使用体制加算

5点

【施設基準】

- (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か月において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%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

外来感染対策向上加算(参考)

第1の4 外来感染対策向上加算

1 外来感染対策向上加算に関する施設基準

2 届出に関する事項

(1) 外来感染対策向上加算に係る届出は、別添7の様式1の4を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

(2) 令和6年3月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、1の(13)に該当するものとみなす。

※第二種協定指定医療機関または医療措置協定を締結しているとみなす

3月5日 厚生労働省 診療報酬改定資料【基本診療料等の施設基準及び届出に関する手続きの取扱いについて】より抜粋

経過措置を受けるためには、3月末までに以下の手続きが必要です。

・外来感染対策向上加算の届出【関東信越厚生局】

・外来対応医療機関の登録【東京都保健医療局】 Web申込の最終期限3/27

届出に必要な業務指針や手順書等は東京都医師会ホームページを参考にしてください。

https://www.tokyo.med.or.jp/25873#kansen_manual

外来感染対策向上加算の届出について

要件【医療措置協定の締結】に係る経過措置の終了

「外来感染対策向上加算」については、令和6年度診療報酬改定で医療措置協定の締結が要件に追加されたが、令和6年12月31日までの間に限り、医療措置協定を締結しているとみなす経過措置が設けられた。

そのため、令和7年1月1日以降も引き続き外来感染対策向上加算を算定する医療機関は、経過措置が終了する令和6年12月31日までに「医療措置協定」を締結し、再度、施設基準の届出を行う必要がある。(届出時に医療措置協定締結済みの場合は不要)

届出が間に合わない場合、令和7年1月から「外来感染対策向上加算」の算定ができなくなるだけでなく、令和6年6月以降の算定開始日に遡って返還金を求められる可能性がある。

医療措置協定の締結には1か月ぐらい時間を要するため、届出を予定している医療機関は早めに都庁ホームページの協議フォームに入力を行うこと。

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/i_kyotei.html

これから新規に外来感染対策向上加算の届出を行う医療機関は、届出に必要な業務指針や手順書等を東京都医師会ホームページに掲載しているので参考にされたい。新規届出の場合も、医療措置協定の締結は必要なので早めに都庁ホームページの協議フォームに入力を行うこと。

https://www.tokyo.med.or.jp/25873#kansen_manual

経過措置(令和6年12月31日まで)

◆外来感染対策向上加算

令和6年3月31日において、現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、感染症法第38条の第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている**第二種協定指定医療機関**又は**医療措置協定**に基づく措置を講ずる医療機関であることとみなす。

→第二種協定指定医療機関でない、又は医療措置協定を締結していない場合は、令和7年1月1日以降は算定できません。東京都と医療措置協定を締結したうえ、関東信越厚生局へ施設基準の届出直しが必要です。

【東京都保健医療局】 医療措置協定について

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/i_kyotei.html

東京都保健医療局



【関東信越厚生局東京事務所】 基本診療料の届出一覧

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/shinsei/shido_kansa/shitei_kijun/kihon_shinryo_r06.html

関東信越厚生局
東京事務所



経過措置(令和6年12月31日まで)

◆感染対策向上加算

令和6年3月31日において、現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、以下の施設基準について、満たしているものとみなす。

【感染対策向上加算1、2】

・感染症法第38条の第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている**第一種協定指定医療機関**であること。

【感染対策向上加算3】

・感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている**第一種協定指定医療機関**又**第二種協定指定医療機関**若しくは第36条の3第1項に規定する**医療措置協定**に基づく措置を講ずる医療機関であること。

→第一種協定指定医療機関又は第二種協定指定医療機関でない、若しくは医療措置協定を締結していない場合、令和7年1月1日以降は算定できません。
外来感染対策向上加算と同様に東京都と医療措置協定を締結したうえ、関東信越厚生局へ施設基準の届出直しが必要です。

令和6年度診療報酬改定

5. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) **生活習慣病にかかる疾病管理**
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

生活習慣病対策

- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。
 1. **生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設**（Ⅱ-5-①）
 - **検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月1回に限る。）を新設**する。
 2. **生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し**（Ⅱ-5-①）
 - 生活習慣病管理料における**療養計画書を簡素化**するとともに、令和7年から運用開始される予定の**電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする**。
 - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、**少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止**する。
 - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の**多職種と連携することを望ましい要件とする**とともに、**糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする**。
 3. **特定疾患療養管理料の見直し**（Ⅱ-5-①）
 - 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**する。
 4. **特定疾患処方管理加算の見直し**（Ⅱ-5-②）
 - リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の**特定疾患処方管理加算1を廃止**し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。
 5. **地域包括診療料等の見直し**（Ⅱ-5-③）
 - かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。
 6. **慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設**（Ⅲ-5-④）
 - 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、**慢性腎臓病の患者に対して**、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、**患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設**する。

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組のイメージは以下のとおり。



治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明

①



医療DXを活用した情報共有の推進

**診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理**



歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による**多職種連携**

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨



リフィル処方及び長期処方の活用



生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
 - **療養計画書を簡素化**するとともに、**電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。**
 - **診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。**
 - **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。**
 - **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。**

40点ずつアップ

現行

【生活習慣病管理料】

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



改定後

【生活習慣病管理料 (I)】

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

改定後

【生活習慣病管理料 (I) の算定要件】 (概要)

- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書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。**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。**
- 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。**
- **「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等（「B001」の（略）及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）**、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- **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、生活習慣病管理料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。**
- 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- **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。**
- 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。**
- **生活習慣病管理料(I)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(II)は、算定できない。**

検査の時だけ (II) はだめよ

生活習慣病 療養計画書

初回用

継続用

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女) 主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

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

【目標】 体重: (kg) BMI: () 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) HbA1c: (%)

【①達成目標】: 患者と相談した目標

【②行動目標】: 患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】

【食事】 食事摂取量を適正にする 食塩・調味料を控える
野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項()
油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他()
節酒: (減らす(種類・量:)を週(回))
間食: (減らす(種類・量:)を週(回))
食べ方: (ゆっくり食べる・その他())
食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

【運動】 運動処方: 種類(ウォーキング・)
 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週(日))
 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍(拍/分 or))
日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・)
運動時の注意事項など()

【たばこ】 非喫煙者である
禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

【その他】 仕事 余暇 睡眠の確保(質・量) 減量
家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
その他()

【血液検査項目】 (採血日 月 日) 総コレステロール (mg/dl)
血糖(空腹時 随時 食後()時間) 中性脂肪 (mg/dl)
HbA1c: (%)
HDLコレステロール (mg/dl)
LDLコレステロール (mg/dl)
 ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 その他()

【その他】
栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
その他()

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

患者署名 _____ 医師氏名 _____

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日)()回目

患者氏名: (男・女) 主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【目標】 体重: (kg) BMI: () 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) HbA1c: (%)

【①目標の達成状況】

【②達成目標】: 患者と相談した目標

【③行動目標】: 患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】

【食事】 今回は、指導の必要なし 食塩・調味料を控える
食事摂取量を適正にする 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項()
油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他()
節酒: (減らす(種類・量:)を週(回))
間食: (減らす(種類・量:)を週(回))
食べ方: (ゆっくり食べる・その他())
食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

【運動】 今回は、指導の必要なし
運動処方: 種類(ウォーキング・)
 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週(日))
 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍(拍/分 or))
日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・)
運動時の注意事項など()

【たばこ】 禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

【その他】 仕事 余暇 睡眠の確保(質・量) 減量
家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
その他()

【血液検査項目】 (採血日 月 日) 総コレステロール (mg/dl)
血糖(空腹時 随時 食後()時間) 中性脂肪 (mg/dl)
HbA1c: (%)
HDLコレステロール (mg/dl)
LDLコレステロール (mg/dl)
 ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 その他()

【その他】
栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
その他()

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

患者署名 _____ 医師氏名 _____

患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。(なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない)

患者に療養計画書の内容を説明し、十分に理解したことを確認できれば患者署名を省略できる



生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

生活習慣病管理料（Ⅱ）の創設

➤ 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新）生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（月1回に限る。）

〔算定要件〕

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部医学管理等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携強有料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

〔施設基準〕

- (1) 生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上 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。
- (3) 生活習慣病管理料(Ⅱ)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の届出を行っていること。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
 (※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。
 (※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。
- より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

現行

【特定疾患療養管理料】

〔施設基準〕

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

結核
 悪性新生物
 甲状腺障害
 処置後甲状腺機能低下症
 糖尿病
 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
 ムコ脂質症
 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症

リポジストロフィー
 ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
 高血圧性疾患
 虚血性心疾患
 (中略)
 性染色体異常
 (新設)
 (新設)

改定後

【特定疾患療養管理料】

〔施設基準〕

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

結核
 悪性新生物
 甲状腺障害
 処置後甲状腺機能低下症
(削除)
 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
 ムコ脂質症
 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症 (家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。)

リポジストロフィー
 ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
(削除)
 虚血性心疾患
 (中略)
 性染色体異常
 アナフィラキシー
 ギラン・バレー症候群



生活習慣病に係る医学管理料の見直し

検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)を新設(抜粋)

生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点

【算定要件】

脂質異常症、高血圧症または糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)にたいして、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

<新設>

血糖自己測定指導加算 500点(ただし年1回)

外来データ提出加算 50点(厚生局に届け出必要)

疑義解釈(生活習慣病管理料 I・II)

Q131 「B001-3」生活習慣病管理料(I)及び「B001-3-3」生活習慣病管理料(II)(以下単に「生活習慣病管理料(I)及び(II)」という。)は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書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とされているが、署名の取扱い如何。

→ 初回については、療養計画書に患者の署名を受けることが必要。

ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合については、患者署名を省略して差し支えない。

Q132 療養計画書の内容について医師による丁寧な説明を実施した上で、薬剤師又は看護職員等の当該説明を行った医師以外のものが追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けた場合にも算定可能か。

→ 可能



疑義解釈(生活習慣病管理料 I・II)

Q133 生活習慣病管理料(I)及び(II)に、外来管理加算の費用は含まれるものとされているが、生活習慣病管理料(I)及び(II)を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病管理料(I)及び(II)を算定した患者に対して診療を行った場合に、外来管理加算を算定することは可能か。

→ 外来管理加算の算定要件を満たせば可能。

Q143 生活習慣病管理料(II)において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「B001」の「9」外来栄養食事指導料2を算定できるか。

→ 可能



生活習慣病管理料(参考)

生活習慣病管理料(Ⅰ)と併算定可能な医学管理等

- ・B001の20 糖尿病合併症管理料
- ・B001の22 がん性疼痛緩和指導管理料
- ・B001の24 外来緩和ケア管理料
- ・B001の27 糖尿病透析予防指導管理料
- ・B001の37 慢性腎臓病透析予防指導管理料

生活習慣病管理料(Ⅱ)と併算定可能な医学管理等

- ・B001の9 外来栄養食事指導料
- ・B001の11 集団栄養食事指導料
- ・B001の20(★)糖尿病合併症管理料
- ・B001の22(★)がん性疼痛緩和指導管理料
- ・B001の24(★)外来緩和ケア管理料
- ・B001の27(★)糖尿病透析予防指導管理料
- ・B001の37(★)慢性腎臓病透析予防指導管理料
- ・B001-3-2 ニコチン依存症管理料
- ・B001-9 療養・就労両立支援指導料
- ・B005の14 プログラム医療機器等指導管理料
- ・B009 診療情報提供料(Ⅰ)
- ・B009-2 電子的診療情報評価料
- ・B010 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・B010-2 診療情報連携共有料
- ・B011 連携強化診療情報提供料
- ・B011-3 薬剤情報提供料

★:管理料(Ⅰ)と共通の項目

特定疾患療養管理料から生活習慣病管理料への移行イメージ

現行

【生活習慣病管理料】 ※検査等の費用を包括

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



【特定疾患療養管理料】

1:診療所の場合	225点	2:100床未満の病院	147点	3:100床以上200床未満の病院	87点
----------	------	-------------	------	-------------------	-----



特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**する。

改定後

【生活習慣病管理料 (Ⅰ)】

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

【(新)生活習慣病管理料 (Ⅱ)】

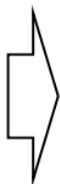
333点

※ 検査等を包括しない出来高算定可能な医学管理料

- **療養計画書を簡素化**するとともに、**電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。**
- **診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。**
- **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。**
- **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。**

これまでの場合

再診料	73点
外来管理加算	52点
特定疾患療養管理料	225点
処方箋料	68点
特定疾患処方管理加算2	66点
地域包括診療加算2	18点
1 受診あたり請求点数 (合計)	502点
自己負担額 (3割)	1,506円



生活習慣病管理料(Ⅰ)の場合

再診料	75点
生活習慣病管理料 (Ⅰ)	660点
処方箋料	60点
地域包括診療加算2	21点
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)	2点
1 受診あたり請求点数 (合計)	818点
自己負担額 (3割)	2,454円

生活習慣病管理料(Ⅱ)の場合

再診料	75点
生活習慣病管理料 (Ⅱ)	333点
処方箋料	60点
地域包括診療加算2	21点
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)	2点
1 受診あたり請求点数 (合計)	491点
自己負担額 (3割)	1,473円

※ 医科明細書のイメージ (診療所において高血圧症の患者に対し検査・処置等を実施せず処方箋を交付する場合。また医薬品代を含む調剤報酬は含めていない)

生活習慣病管理料 I と II の比較

	生活習慣病管理料(I)	生活習慣病管理料(II)
点数	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者 333点 情報通信機器を用いた診療 290点
加算	血糖自己測定指導加算(年1回)500点、外来データ提出加算50点	
包括される項目	<ul style="list-style-type: none"> ・外来管理加算 ・医学管理等(診療情報提供料・薬剤情報提供料含む) ・検査、注射、病理診断 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来管理加算 ・医学管理等(以下を除く)
同日に併算定可能な医学管理	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>※に加えて、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来栄養食事指導料 ・集団栄養食事指導料 ・ニコチン依存症管理料 ・療養・就労両立支援指導料 ・診療情報提供料(I) ・プログラム医療機器等指導管理料 <ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供料(II) ・診療情報連携共有料 ・連携強化診療情報提供料 ・薬剤情報提供料 ・電子的診療情報評価料
他の管理料との併算定	糖尿病を主病とする場合、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない	
療養計画	<ul style="list-style-type: none"> ・療養計画書を交付[別紙様式9(初回用)、別紙様式9の2(継続用)、またはこれに準じた様式] ・患者またはその家族等から求めがあった場合に交付するとともに、概ね4月に1回以上は交付する 	
(I)と(II)の算定	—	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

改定講習会での質問への回答(生活習慣病管理料)

Q 主病が2つある場合は、医師の判断で管理料を算定してよいか？

→ どの管理料を算定するかは医師の判断となる。

Q 生活習慣病管理料(II)と処方せん料を算定した場合、他の特定疾患の病名があり、かつその特定疾患に対して28日分以上の投薬があれば、特定疾患処方管理加算を算定できるか？例えば、高血圧症にて生活習慣病管理料(II)を算定し、脳梗塞後遺症に対してバファリンの投薬があった場合、特定疾患処方管理加算は算定可能か？

→ この例では、高血圧症を主病として生活習慣病管理料(II)を算定しており、特定疾患処方管理加算の要件【別に厚労大臣が定める疾患を主病とするものに限る】を満たさないため、算定不可であると考えます。

Q 生活習慣病管理料(I)を算定した月と、同月別日に診療情報提供料(I)を算定することができるか？

→ 診療情報提供料(I)は、生活習慣病管理料(I)と併算定可能な医学管理等に該当しないため、同一月での併算定はできない。

よくある質問(生活習慣病管理料)

Q 生活習慣病管理料と特定疾患処方加算は併算定できますか？

→ 特定疾患処方加算は患者の主病が「厚労大臣が定める疾病」の場合に算定可能ですので、併算定はできません。

Q 生活習慣病管理料と在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料は併算定できますか？

→ 生活習慣病管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)のいずれも医学管理等は包括されますが、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料は「B 医学管理等」ではなく、「C 在宅医療」であるため、要件を満たせば併算定可能です。

Q 生活習慣病管理料と在宅自己注射指導管理料は併算定できますか？

→ 生活習慣病管理料の規定により糖尿病を主病としている場合は併算定不可とされています。

(参考) 外来データ提出加算について

令和5年10月より
算定開始

外来データ提出加算 50点 (月1回)

〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名	大項目	項目名	
外来受診情報	受診年月日	リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類	
	初診/再診		LDLコレステロール	
	他院による紹介の有無	脳卒中の有無(初発)	脳卒中の有無(既往含む)	
	診療科コード		脳卒中の初発の種類(既往含む)	
糖尿病の有無	糖尿病の有無	脳卒中(初発以外)	脳卒中の初発の発症(診断)年月	
	自院管理の有無		脳卒中の初発以外の種類(既往含む)	
糖尿病の診断年月	診断年月	急性冠症候群の有無(初発)	脳卒中の初発以外の発症(診断)年月	
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール		急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)	急性冠症候群の有無(既往含む)
	慢性合併症:網膜症	急性冠症候群の初発の種類(既往含む)		
	慢性合併症:腎症	急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月	急性冠症候群の初発の発症(診断)年月	
	慢性合併症:神経障害		急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)	
高血圧症の有無	高血圧症の有無	急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月	急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)	
	自院管理の有無		急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月	
高血圧症の診断年月	診断年月	心不全の有無	心不全の有無	
血圧	血圧分類		急性大動脈解離の有無(初発)	心不全の診断年月
	リスク層	急性大動脈解離の有無(既往含む)		
	収縮期血圧	急性大動脈解離の初発の発症(診断)年月	急性大動脈解離の初発の発症(診断)年月	
	拡張期血圧		急性大動脈解離の初発以外の発症(診断)年月	
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無	慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無	
	自院管理の有無		慢性腎臓病の診断年月	
脂質異常症の診断年月	診断年月	高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無	
尿酸値			高尿酸血症の診断年月	高尿酸血症の診断年月
				尿酸値

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。**

[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。**

改定講習会での質問への回答(外来データ提出加算)

Q 外来データ提出加算届出の手続きについて教えてください。

→厚生労働省保険局医療課発出事務連絡(令和6年4月30日)「令和6年度における外来データ提出加算等の取扱いについて」を参照されたい。

また、厚生労働省では新たに届出を予定している医療機関を対象に年に1回説明会を開催しており、データ提出加算について詳細な説明を行っている。(令和6年度分は5月に終了)

<参考> 関東信越厚生局ホームページ

「外来／在宅／リハビリテーション データ提出加算に係る取扱いについて」

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo_shido/gzr.html

[手続きの流れ] データ提出加算の算定を希望する医療機関は、まず様式7の10「外来／在宅／リハビリテーション データ提出開始届出書」を関東信越厚生局医療課に提出して2か月分の試行データ作成・提出を行い、データ提出の実績が認められて初めて、正式な施設基準を提出することができる。

	様式7の10届出期限 (必着)	試行データ作成対象月	「1.試行データ作成開始日」に記載する日付
第3回目	令和6年11月20日 (水)	令和6年12月分、令和7年1月分	令和6年12月1日
第4回目	令和7年2月20日 (木)	令和7年2月分、3月分	令和7年2月1日

※第4回目の試行データのみ、作成対象月が様式7の10の届出期限の月を含めた2月分になっていることに注意



令和6年度診療報酬改定

5. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病にかかる疾病管理
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

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

改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様
[算定要件]

- **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、文書を交付しているものとみなすものとする。**
- **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。**
- **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。**

【施設基準】 ※地域包括診療加算についても同様

- 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。**
- **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**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。**
- 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。**
- **以下のア～ウのいずれかを満たすこと。**
 - ア 担当医が、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。**
- **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。**

現行

地域包括診療加算 1	25点
地域包括診療加算 2	18点
認知症地域包括診療加算 1	35点
認知症地域包括診療加算 2	28点



改定後

地域包括診療加算 1	28点
地域包括診療加算 2	21点
認知症地域包括診療加算 1	38点
認知症地域包括診療加算 2	31点

地域包括診療加算・地域包括診療料の届出について

研修要件に係る経過措置の終了

「地域包括診療加算」及び「地域包括診療料」については、施設基準で「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師」の配置が求められており、2年毎に慢性疾患に係る適切な研修を20時間以上受講し、地方厚生(支)局長へ届出を行う事が求められている。

令和6年度診療報酬改定における取り扱いにおいて、新型コロナウイルス感染拡大防止のために、当該研修の中止など、やむを得ない事情により研修を受講できず、施設基準を満たせない場合であっても、届出を辞退する必要はなく、令和7年4月5日までは引き続き算定可能である経過措置が設けられた。

そのため、令和7年4月5日以降も引き続き算定するには、経過措置が終了する令和7年4月5日までに20時間以上の研修を受講した医師がいる事を届出する必要があります。

経過措置終了後に研修要件を満たせず当該加算が算定できないといった事態にならないよう、該当する医師へ計画的に研修を受講しているか確認することが重要である。

処方等に関する評価の見直し

リフィル処方及び長期処方の推進

- リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。
- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、**28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す(66点→56点)**。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行		改定後
【一般名処方加算】		
一般名処方加算 1	7点	10点
一般名処方加算 2	5点	8点
【後発医薬品使用体制加算】		
後発医薬品使用体制加算 1	47点	87点
後発医薬品使用体制加算 2 後	42点	82点
発医薬品使用体制加算 3	37点	77点
【外来後発医薬品使用体制加算】		
外来後発医薬品使用体制加算 1 外	5点	8点
来後発医薬品使用体制加算 2 外来	4点	7点
後発医薬品使用体制加算 3	2点	5点
【薬剤情報提供料】	10点	4点
【処方箋料】		
1 向精神薬他剤投与を行った場合	28点	20点
2 1 以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	40点	32点
3 1 及び 2 以外の場合	68点	60点



疑義解釈(リフィル処方箋)

Q144 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、具体的にどのような内容を掲示すればよいか。

- 当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、
- ・ 28日以上の長期の投薬が可能であること
 - ・ リフィル処方箋を交付すること
- のいずれの対応も可能であることを掲示すること。
なお、具体的な掲示内容としてはポスターを活用しても差し支えない。



時間外対応加算の見直し

時間外対応加算の見直し

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

改定後

時間外対応加算 1 5点

時間外対応加算 2 4点

【施設規準】（抜粋）

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こと。**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つた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

時間外対応加算 3 3点

時間外対応加算 4 1点

時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

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

現行

【小児かかりつけ診療料 1】

【施設基準】（抜粋）

- 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は**時間外対応加算2**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料 2】

【施設基準】（抜粋）

- 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 区分番号「A001」の注10に規定する**時間外対応加算3**に係る届出を行っていること。
 - イ （略）



改定後

【小児かかりつけ診療料 1】

【施設基準】（抜粋）

- 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は**時間外対応加算3**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料 2】

【施設基準】（抜粋）

- 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 区分番号「A001」の注10に規定する**時間外対応加算2**又は**時間外対応加算4**に係る届出を行っていること。
 - イ （略）

令和6年度診療報酬改定

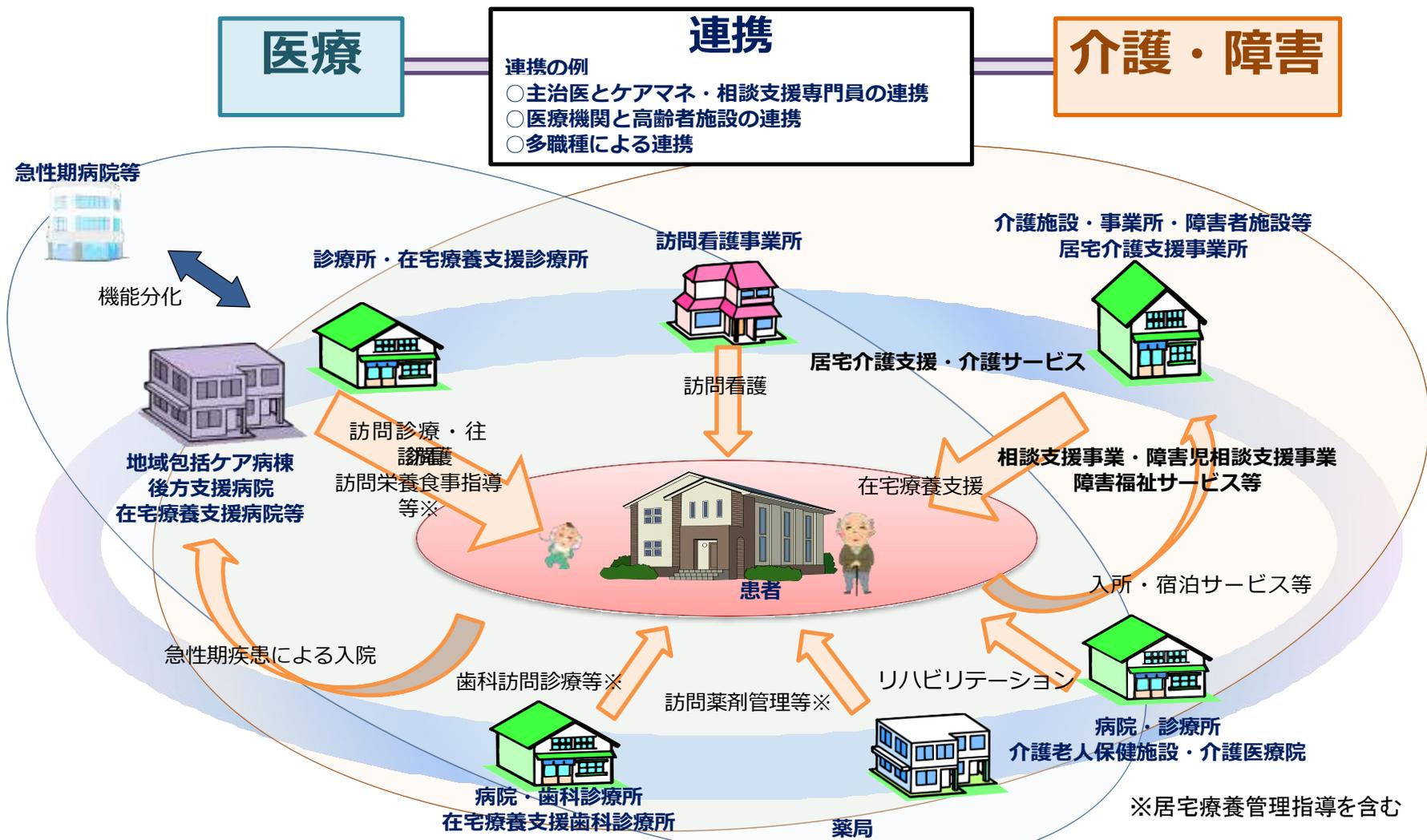
7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

(1) 在宅医療

(2) 訪問看護

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

➤ 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅医療情報連携加算の新設

他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価

・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価

・往診時医療情報連携加算の新設

在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価

・在宅療養移行加算の見直し

対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し

・在宅ターミナルケア加算等の見直し

在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

➤ 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

在宅時医学総合管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し

・往診料の見直し

往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し

・在宅患者訪問診療料の見直し

在支診・在支病における患者1人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、5回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

➤ **他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録**（以下、単に「記録」とする。）**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 (在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料) 100点

[算定要件] (概要)

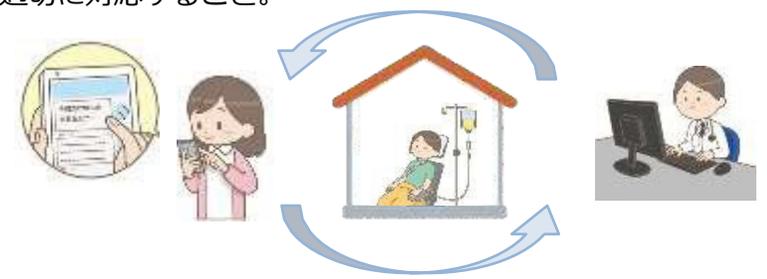
- 医師が、医療関係職種等により記録された**患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと**及び医師が診療を行った際の診療情報等について**記録し、医療関係職種等に共有すること**について、**患者からの同意を得ていること**。
- 以下の情報について、適切に記録すること

- **次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無**
- **当該患者の治療方針の変更の概要**（変更があった場合）
- **患者の医療・ケアを行う際の留意点**（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
- **患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望**（患者又はその家族等から取得した場合）

- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も**同様に記録することを促すよう努めること**。
- 訪問診療を行う場合に、**過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報(当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。)**をICTを用いて取得した情報の数が**1つ以上**であること。
- 医療関係職種等から**患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること**。

[施設基準] (概要)

- (1) 患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、**共有できる体制にある連携する関係機関 (特別の関係にあるものを除く。)**の数が、**5以上**であること。
- (2) 地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する**連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること**。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- (3) 厚生労働省の定める「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」に**対応していること**。
- (4) (1)に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



- 診療情報、治療方針
- 医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
- 人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

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

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

[算定要件]

- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、**医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合**であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に療養上必要な指導を行った場合**に、月1回に限り算定する。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、**当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点**を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

- 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

現行

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件] (該当部分概要)

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。



改定後

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件] (該当部分概要)

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。**ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。**

地域における24時間の在宅医療提供体制の推進

往診時医療情報連携加算の新設

- **地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在支診・在支病と連携体制を構築している在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

(新) 往診時医療情報連携加算 200点

[算定要件]

- **他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により**当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている**患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病が**、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に**対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等を提供**されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、**共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定できる。**この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等及び診療の要点を診療録に記録すること。

在宅療養移行加算の見直し

- 在支診・在支病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算について、**対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の保険医療機関と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。**

現行			改定後	
(新設) 在宅療養移行加算 1	216点	➔	在宅療養移行加算 1	316点
(新設) 在宅療養移行加算 2	116点		在宅療養移行加算 2	216点
			在宅療養移行加算 3	216点
			在宅療養移行加算 4	116点

[在宅療養移行加算 1 及び 3 の追加の施設基準]

- 当該医療機関が保有する**当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針**について、当該医療機関と連携する医療機関との**1月に1回程度の定期的なカンファレンスにより当該連携医療機関に適切に提供している**こと。ただし、当該情報について**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保している場合**はこの限りでない。

(参考) 在宅療養移行加算等における要件の一覧

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> ○：どちらでもよい ◎：必ず満たす必要がある ×：要件を満たさない -：施設基準上の要件ではない </div>			24時間要件						在支診・在支病等との定期的なカンファレンス等による情報共有
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制		
			単独	連携	単独	連携	単独	連携	
診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型		○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他		○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型		○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他		◎	×	○		◎	×	
在宅療養移行加算1 (新)				○※1		-		○※1	◎ ※3
在宅療養移行加算2 (旧1)				○※1		-		○※1	-
在宅療養移行加算3 (新)				※2		-		○※1	◎ ※3
在宅療養移行加算4 (旧2)				※2		-		○※1	-

※1：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）

※2：「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。

※3：[ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保していることでも差し支えない。](#)

<10：連携医療機関数が10未満であること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進②（再掲）

介護保険施設等連携往診加算の新設

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

(新) **介護保険施設等連携往診加算** **200点**

[算定要件]

- (1) 介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じ**て当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行った際に、提供する医療の内容について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合**に算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。
- (2) 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

[施設基準の概要]

- (1) 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保**していること。
- (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

- (イ) 必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること**。
- (ロ) 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

- (3) 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**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**を施設基準とする。

在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

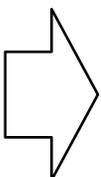
在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

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

現行

【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】
1,500点

在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。



改定後

【在宅麻薬等注射指導管理料】

- 1 **悪性腫瘍の場合** 1,500点
悪性腫瘍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。
- 2 **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あって、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。
- 3 **（新）心不全又は呼吸器疾患の場合** 1,500点
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末期の患者**に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。

【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】

1,500点
悪性腫瘍の患者に対して、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する。

※ 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ついても、同様の見直しを行う。

在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

（新）在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点

〔算定要件〕（主なもの）

- ・在宅強心剤持続投与指導管理料は、**循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip 分類 class IV）からの離脱が困難な心不全の患者であつて、安定した病状にある患者**に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
- ・実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
- ・当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに5年以上の経験を有する常勤の医師であること。

往診料の評価の見直し

➤ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

往診料	以下のいずれかに該当する場合			その他の場合
	① 往診を行う保険医療機関において <u>過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定</u> している患者 ② 往診を行う保険医療機関と <u>連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定</u> している患者 ③ 往診を行う保険医療機関の <u>外来において継続的に診療</u> を受けている患者 ④ 往診を行う保険医療機関と <u>平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所</u> する患者			
	機能強化型の 在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型 以外の 在支診・在支病	
	病床有	病床無		
往診料	720点			

+

緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

①緊急往診加算について

保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

夜間（深夜を除く。）とは**午後6時から午前8時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後10時から午前6時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日**をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し①

「在宅時医学総合管理料」及び「施設入居時等医学総合管理料」については、単一建物診療患者の人数による評価が新設されるとともに処方箋料の再編に伴い評価が見直されております。

➤ 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とともに、処方箋料の再編に伴い、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					在支診・在支病					その他				
	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~
在宅時 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問 (難病等)	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月1回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時 等医学総合 管理料																				
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し②

➤ 訪問診療の**算定回数が多い医療機関**における在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

[概要]

• 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、**当該保険医療機関における直近3月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）における直近3月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上**の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ**所定点数の100分の60に相当する点数**を算定する。

- (イ) 直近1年間に**5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績**があること。
- (ロ) 当該保険医療機関において、直近1年間の**在宅における看取りの実績を20件以上**有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
- (ハ) 直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下**であること。
- (ニ) 直近3月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上**であること。

[参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価]

在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)			機能強化型在支診・在支病 (病床なし)			在支診・在支病			その他		
	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問(難病等)	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月2回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月1回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

➤ 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては**、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年度の1月から**在宅データ提出加算に係る届出を要件**とする。

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

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

現行

【在宅療養支援診療所】

[施設基準]
(新設)

【在宅療養支援病院】

[施設基準]
(新設)

在宅支援診療所・病院の要件の見直しは今回訪問栄養食事指導の体制整備、介護保険施設から求められた場合の協力医療機関としての対応などが要件として追加されていますので資料をご参照ください。

改定後

【在宅療養支援診療所】

[施設基準]

- 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]

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

[経過措置]

令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、該当するものとみなす。

(参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ <u>訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備</u> ⑨ <u>介護保健施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上		<ul style="list-style-type: none"> ○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成 	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上			
	⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					
	⑪ <u>各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</u>					

(参考) 在宅データ提出加算について

〈共通項目〉

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

在宅データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

在宅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。

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
	傷病名

大項目	項目名	大項目	項目名
療養情報	在宅療養を始めた年月	患者の状態	患者の状態
	療養を行っている場所		患者の状態
訪問診療の状況	訪問診療日	ハーセルインデックス	ハーセルインデックス
	主たる訪問診療を行う医療機関		ハーセルインデックス
訪問看護の状況	訪問看護日	排泄	排泄の状況
	自院での実施の有無		ブリストルスケール
訪問の主傷病	自院診断の有無	排尿	排尿の状況
	ICD10コード		排尿の状況
	傷病名コード	褥瘡	褥瘡の状態
	修飾語コード		褥瘡の状態
	傷病名		褥瘡の状態
救急受診の状況	救急受診日	低栄養	低栄養の有無
	受診先		摂食・嚥下障害の有無
	受診経路		経管・経静脈栄養の状況
入院の状況	転帰	がんの傷病	がんの傷病
	入院年月日		自院診断の有無
	退院年月日		ICD10コード
	受診先		傷病名コード
	ICD10コード		傷病名コード
	傷病名コード		修飾語コード
	修飾語コード		修飾語コード
主病名	傷病名		
短期入所の状況	入所年月日	がんのStaging分類	ステージ分類
	退所年月日		UICC 病期分類(T)
	短期入所利用サービス		UICC 病期分類(N)
往診日	UICC 病期分類(M)		
主たる訪問診療を行う医療機関	UICC 病期分類(版)		
往診の状況	ICD10コード	がんのNRS	NRS
	傷病名コード		NRS
	修飾語コード		NRS
	傷病名		NRS
	傷病名		NRS

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進①

在宅患者訪問診療料の見直し

- 在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、**患者1人当たりの直近3月の訪問診療の回数が12回以上**の場合、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、**5回目以降の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。

[訪問診療の回数の計算対象とならない患者]

- ・ 別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める患者。
- ・ 対象期間中に死亡した者。
- ・ 末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者。
- ・ 対象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。

これは在宅患者訪問診療料の適正化を図る見直しで、過剰な往診を防ぐとともに適正な管理指導が求められています。対象患者については資料をご参照ください。

頻回訪問加算の見直し

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

現行			改定後	
頻回訪問加算	600点/月	➡	頻回訪問加算 <u>(初回)</u>	800点/月
			<u>(2回目以降)</u>	300点/月

[算定要件]

以下の状態・疾患の患者に対して、月4回以上の訪問診療を実施した場合に月一回に限り算定する

[対象患者] **①または②に該当する患者**

- ①末期の悪性腫瘍の患者
- ②以下のうち、2つの状態に該当する患者

(「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く)

在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進②

包括的支援加算の見直し

- ▶ 在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、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）とともに、包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

・ 包括的支援加算(在医総管・施設総管)

150点（月1回）

現行

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

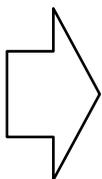
- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者（新設）
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

改定後

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護3以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 麻薬の投薬を受けている患者**
- (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者



「包括的支援加算」（在医総管・施設総管）については、対象患者が要介護2から3に変更、また麻薬の投薬を受けている患者が対象に追加されました。

訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

訪問看護指示書の見直し

- 令和6年6月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

現行

【訪問看護指示料】

[算定要件]

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

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

訪 問 看 護 指 示 書 (抜粋)
在 宅 患 者 訪 問 点 滴 注 射 指 示 書

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
--------	-----	-----	-----

改定後

【訪問看護指示料】

[算定要件]

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

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

訪 問 看 護 指 示 書 (抜粋)
在 宅 患 者 訪 問 点 滴 注 射 指 示 書

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			

精神科訪問看護指示料についても同様

令和6年度診療報酬改定

8. 重点的分野における対応

- (1) 救急医療
- (2) **小児医療及び周産期医療**
- (3) がん医療及び緩和ケア
- (4) 認知症
- (5) 精神医療
- (6) 難病患者に対する医療

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

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

現行

【小児特定疾患カウンセリング料】

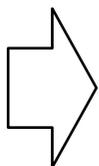
イ 医師による場合

- (1) 月の1回目 500点
- (2) 月の2回目 400点

ロ 公認心理師による場合 200点

[算定要件] (抜粋)

- 2年を限度として月2回に限り算定する。



改定後

【小児特定疾患カウンセリング料】

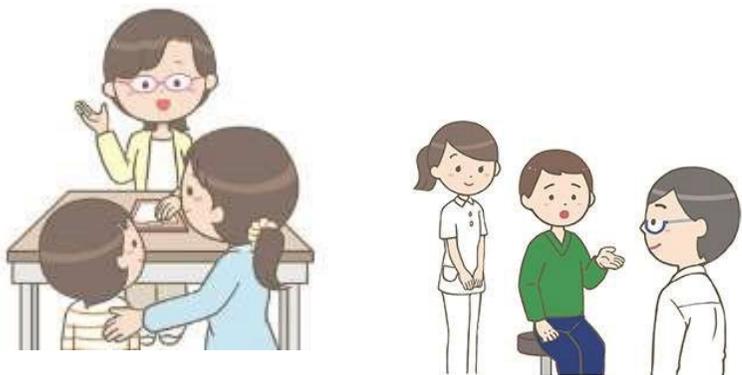
イ 医師による場合

- (1) **初回 800点**
- (2) 初回のカウンセリングを行った日後 **1年以内の期間** に行った場合
 - ① **月の1回目 600点**
 - ② **月の2回目 500点**
- (3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して **2年以内の期間** に行った場合((2)の場合を除く。)
 - ① **月の1回目 500点**
 - ② **月の2回目 400点**
- (4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して **4年以内の期間** に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。) **400点**

ロ 公認心理師による場合 200点

[算定要件] (抜粋)

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



小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

- 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直す。

現行

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

【算定要件】（抜粋）

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。



改定後

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

【算定要件】（抜粋）

急性気道感染症、**急性中耳炎、急性副鼻腔炎**又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

（参考）耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算（令和4年度診療報酬改定において新設）

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

【算定要件】（概要）

急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

令和6年度診療報酬改定

11.個別改定事項（Ⅱ）

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- 長期収載品の使用について、①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、②一般名処方の場合は、**選定療養の対象とする**。
- ただし、①医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、**後発医薬品を提供することが困難な場合**については、選定療養とはせず、引き続き、**保険給付の対象とする**。

選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする**。
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする**。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする**。
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の1相当分**とする。

※具体的な対象品目や運用等の詳細については3月中に通知予定

長期収載品の処方等に係る選定療養について

◆「医療上の必要性」

- ①長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。
- ②当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。
- ③学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。
- ④後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。

※患者へ選定療養を請求した際は、該当するレセプト電算コードをレセプトへ記載する

請求コード	コメント名称
820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため
820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため
820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため
820101326	剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断したため
820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため

長期収載品の選定療養費の計算(イメージ)

XX錠 10mg (内服薬)、1日2錠 30日分に係る費用(自己負担率が3割の場合)は以下のとおり計算される。
ただし、「厚労省マスタ」における該当行は表のとおりとする。

薬価基準収載 医薬品コード	品名	薬価	後発医薬品 最高価格	長期収載品と後発医薬品 の価格差の4分の1	保険外併用療養費の 算出に用いる価格
●●●●	XX錠 10mg	100.0	49.3	12.68 【a】	87.32 【b】

A 「特別の料金」に係る費用

1. 算定告示に基づき点数に換算

- ・ 所定単位(1剤1日分)あたり 12.68円【a】× 2錠 = 25.36円 → 3点
- ・ 30日分 3点× 30日 = 90点

2. 「特別の料金」に係る費用(※ 課税対象、消費税率10%)

$$90 \text{ 点} \times 10 \text{ (円/点)} \times (1 + 0.10) = \mathbf{990 \text{ 円}}$$

B 選定療養を除く保険対象となる費用

(注) 当該長期収載品に係る分

1. 算定告示に基づき薬剤料に係る点数に換算

- ・ 所定単位(1剤1日分)あたり 87.32円【b】× 2錠 = 174.64円 → 17点
- ・ 30日分 17点× 30日 = 510点 ※ 保険適用分点数

2. 選定療養を除く保険対象となる費用

$$510 \text{ 点} \times 10 \text{ (円/点)} = \mathbf{5100 \text{ 円}}$$

D 保険外併用療養費

$$B \times (1 - \text{自己負担率})$$

$$5100 \text{ 円} \times (1 - 0.30) = \mathbf{3570 \text{ 円}}$$

C 患者自己負担

$$B \times \text{自己負担率}$$

$$5100 \text{ 円} \times 0.30 = \mathbf{1530 \text{ 円}}$$

E 患者負担の総額

$$A + C$$

$$990 \text{ 円} + 1530 \text{ 円} = \mathbf{2520 \text{ 円}}$$

【厚生労働省 後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養について】

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

※【厚労省マスタ】→上記URLより「対象医薬品リストについて」欄より

ダウンロード可能



処方箋の様式変更

令和6年10月からの長期収載品の選定療養化に伴って処方箋の様式が変更された。

銘柄名で長期収載品を処方する場合で、医師が医療上の必要性があり、後発医薬品への変更には差し支えがあると判断した際には「変更不可(医療上必要)」欄にチェックまたは×印を品目ごとに記入し、「保険医署名」欄に署名または記名・押印する。

一方、患者の希望で長期収載品を処方する際には、「患者希望」欄にチェックまたは×印を品目ごとに記入することになる。

一般名処方を行う場合、「変更不可(医療上必要)」欄や「患者希望」欄にチェック等をしない。
一般名処方の処方箋を薬局に持参した患者が長期収載品を希望した場合は、選定療養の対象になる。

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				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (枝番)							
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称						電話番号		
	生年月日	男 大 小 平 全	年 月 日	男・女		保険医氏名			印		
	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			
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を基準として有効期間に適用すること。			
処方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。								
	(1) 「変更不可」欄を「変更不可(医療上必要)」欄に変更、 (2) 「患者希望」欄の新設		リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)								
備考	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。								
	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。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ照会照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 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		印		公費負担医療の受給者番号							
保険薬剤師氏名											

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列を基準とする。3. 療養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36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とするのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とするのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。



疑義解釈(長期収載品)

Q 使用感など、有効成分等と直接関係のない理由で、長期収載品の医療上の必要性を認めることは可能か。

→基本的には使用感などについては医療上の必要性としては想定していない。なお、医師等が「医療上の必要性」に該当すると判断し、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合であれば、保険給付となる。

Q 院内処方用の処方箋がない医療機関において「医療上の必要性」により長期収載品を院内処方して保険給付する場合、単に医師等がその旨の判断をすれば足りるのか。あるいは「医療上の必要性」について、何らかの記録の作成・保存が必要なのか。

→診療報酬請求書等の「摘要」欄に理由を選択して記載すること。

Q 院内採用品に後発医薬品がない場合は、「後発医薬品を提供することが困難な場合」に該当すると考えて保険給付してよいか。

→患者が後発医薬品を選択することが出来ないため、従来通りの保険給付として差し支えない。なお、後発医薬品の使用促進は重要であり、外来後発医薬品使用体制加算等を設けているところ、後発医薬品も院内処方できるようにすることが望ましい。

Q 在宅医療において、在宅自己注射を処方した場合も対象となるか。

→そのとおり。

疑義解釈(長期収載品)

Q 長期収載品の選定療養について、入院は対象外とされているが、入院期間中であって、退院間際に処方するいわゆる「退院時処方」については、選定療養の対象となるのか。

→留意事項通知において「退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う」とされているところであり、入院と同様に取り扱う。

Q 医療保険に加入している患者であって、かつ、国の公費負担医療制度により一部負担金が助成等されている患者が長期収載品を希望した場合について、長期収載品の選定療養の対象としているか。

→今般、対象外の者は設けておらず、国の公費負担医療制度の対象となっている患者が長期収載品を希望した場合についても、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となる。なお、医療上必要があると認められる場合に該当する場合は、従来通りの保険給付として差し支えない。

Q 医療保険に加入している患者であって、かつ、こども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療の対象となっている患者が長期収載品を希望した場合について、長期収載品の選定療養の対象としているか。

→今般、対象外の者は設けておらず、こども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療が対象となっている患者が長期収載品を希望した場合についても、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となる。なお、医療上必要があると認められる場合に該当する場合は、従来通りの保険給付として差し支えない。

疑義解釈(長期収載品)

Q 令和6年10月1日前に処方された長期収載品であって、保険薬局に10月1日以降に処方箋が持ち込まれた場合は制度施行前の取扱いとなるのか。

→そのとおり。

Q 令和6年10月1日前に処方された長期収載品であって、保険薬局に10月1日以降に2回目以降の調剤のためにリフィル処方箋や分割指示のある処方箋が持ち込まれた場合は制度施行前の取扱いとなるのか。

→そのとおり。

Q 「後発医薬品のある先発医薬品の処方等又は調剤に係る費用徴収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。」とされているが、掲示内容について参考にするものはあるか。

→院内及びウェブサイトに掲示する内容については、以下のURLに示すポスターを参考にされたい。

【厚生労働省 後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養について】

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html



患者のみさまへ

令和6年10月からの 医薬品の自己負担の新たな仕組み

- 後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で、**先発医薬品の処方を希望される場合は、特別の料金をお支払いいただけます。**
- この機会に、**後発医薬品の積極的な利用**をお願いします。

・後発医薬品は、先発医薬品と有効成分が同じで、同じように使われているお薬です。
・先発医薬品と後発医薬品の薬価の差額の4分の1相当を、特別の料金として、処方箋の患者負担額に含めさせていただきます。
・先発医薬品(特許期間)の必要があるお薬の場合、特別の料金はかかりません。

新たな仕組みについて

処方箋の患者負担額は、**特別の料金**が加算されます。

※お薬の患者負担額が、お薬の患者負担額に変わります。

後発医薬品について

後発医薬品(ジェネリック医薬品)は、先発医薬品と有効成分が同じで、同じように使われているお薬です。

※お薬の患者負担額が、お薬の患者負担額に変わります。

将来は次の国民皆保険を守るため
所長のご理解ご協力をお願いします

厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp>

疑義解釈(長期収載品)

Q 生活保護受給者である患者が長期収載品を希望した場合は、どのように取り扱うのか。

→生活保護受給者である患者が、医療上必要があると認められないにもかかわらず、単にその嗜好から長期収載品の処方等又は調剤を希望する場合は、当該長期収載品は医療扶助の支給対象とはならないため、後発医薬品処方等又は調剤を行うこととなる。なお、長期収載品の処方等を行うことに医療上必要があると認められる場合は、当該長期収載品は医療扶助の支給対象となる。

Q 生活保護受給者である患者が、単にその嗜好から長期収載品を選択した場合、「特別の料金」を徴収するのか。

→生活保護受給者である患者について、医療上の必要性があると認められず、かつ、保険医療機関又は保険薬局において後発医薬品を提供することが可能である場合は、長期収載品を医療扶助又は保険給付の支給対象として処方等又は調剤することはできないため、当該患者が単にその嗜好から長期収載品を希望した場合であっても、後発医薬品を処方等又は調剤することとなる。そのため、「特別の料金」を徴収するケースは生じない。

医薬品の安定供給に資する取組の推進

一般名処方加算の見直し

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

一般名処方加算1 7点 → 10点 一般名処方加算2 5点 → 8点 **増点**

[施設基準]

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

後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算の見直し

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

後発医薬品使用体制加算1 47点 → 87点 後発医薬品使用体制加算2 42点 → 82点
後発医薬品使用体制加算3 37点 → 77点

[追加の施設基準]

- 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること及び当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

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

[追加の施設基準]

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

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

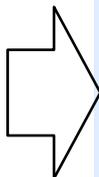
いわゆる同一敷地内薬局を有する医療機関に関する処方箋料の見直し

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

現行

【処方箋料】

1	向精神薬他剤投与を行った場合	28点
2	1以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	40点
3	1及び2以外の場合	68点



改定後

【処方箋料】

(対象医療機関の場合)

減点

1	向精神薬他剤投与を行った場合	18点
2	1以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	29点
3	1及び2以外の場合	42点

(対象医療機関以外の場合)

1	向精神薬他剤投与を行った場合	20点※
2	1以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	32点※
3	1及び2以外の場合	60点※

※処方等に係る評価の再編に伴うもの

[対象医療機関]

- 以下の①～③のいずれにも該当する医療機関。

- ① 直近3月の処方箋を交付した回数が12,000回を超えること。
- ② 保険薬局(特別調剤基本料Aを算定しているものに限る)と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関であること。
- ③ 当該特別な関係を有する薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割を超えていること。

医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進

明細書無料発行の推進

- 現行、明細書の無料発行については、電子レセプト請求（オンライン請求・光ディスク等による請求）が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、診療所であって、明細書交付が困難であることについて正当な理由※がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りるとされる免除規定があり、また、訪問看護ステーションにおいては、明細書の発行は努力義務とされているところ。
- 現行の取扱いについて、患者から見て分かりやすい医療を実現する観点及び医療DXを推進する観点から以下のとおり見直す。
 - ① 診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の免除規定について、診療報酬改定DXにおいて検討されている標準型レセコンの提供等により、**全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目途として廃止する。**
 - ② 訪問看護ステーションにおける明細書の発行について、令和6年6月（7月請求分）からオンライン請求が開始されることを踏まえ、**現在努力規定となっている明細書の発行について義務化する。**
なお、訪問看護療養費については、既に交付が義務づけられている領収証においては個別の項目毎の金額等の記載が求められていることに鑑み、**現在の領収証を領収証兼明細書として位置づける。**
また、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、令和7年5月31日までの経過措置期間を置く。

【※正当な理由】

- ①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

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

【現行】

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

【改定後】



記載不要

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

令和6年度診療報酬改定 **経過措置**

経過措置については、別途、告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」を参照されたい。

御清聴ありがとうございました！

