

医療保険講習会

保険請求について

「開業医のための保険診療の要点」 から

東京都医師会医療保険委員会
高橋 俊雅

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活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。

6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ－5－④）

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

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。

リフィル処方箋に基づく「特定疾患処方管理加算2」等に基づく、療養の計画書、長期療養計画書、処方箋、処方料、処方箋料、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



**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



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

1. 生活習慣病管理料の区分新設

- 生活習慣病管理料(I): 検査、注射、病理診断などを包括する
- 生活習慣病管理料(II): 検査等を包括せず、従来の特定期疾患療養管理料から糖尿病、高血圧症、脂質異常症が除外されたことに伴い新設

2. 療養計画書の簡素化

生活習慣病管理料における療養計画書が簡素化

3. 診療ガイドラインの活用

診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことが要件となる

4. 診察頻度の要件廃止

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が廃止

5. 多職種連携の推奨

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が望ましい要件、特に糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することが要件

6. 特定疾患療養管理料の見直し

特定疾患療養管理料の対象疾患から、糖尿病、脂質異常症、高血圧が除外

生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病管理料 (I) の創設

【生活習慣病管理料 (I)】 従来の検査、注射、病理診断などを包括する管理料

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

[生活習慣病管理料 (I) の算定要件]

- 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) とするのはダメ！

生活習慣病管理料（Ⅱ）

生活習慣病管理料（Ⅱ）の創設

生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（月1回に限る）

検査、薬剤情報提供料、診療情報提供料（Ⅰ）などを包括しない管理料

〔算定要件〕 「A000」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。

- （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つては、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**集団栄養食事指導料**、区分番号B001の20**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**外来緩和ケア管理料**、区分番号B001の27**糖尿病透析予防指導管理料**、区分番号B001の37**慢性腎臓病透析予防指導管理料**、区分番号B001-3-2**ニコチン依存症管理料**、区分番号B001-9**療養・就労両立支援指導料**、区分番号B005の14**プログラム医療機器等指導管理料**、区分番号B009**診療情報提供料（Ⅰ）**、区分番号B009-2**電子的診療情報評価料**、区分番号B010**診療情報提供料（Ⅱ）**、区分番号B010-2**診療情報連携共有料**、区分番号B011に**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の強さ 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) (mg/dl) □HDLコレステロール (mg/dl) □HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他 ()

【その他】 □栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) □その他 ()

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者署名 医師氏名

(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 □食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項() □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()

□節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] □間食: [減らす(種類・量: を週 回)] □食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) □食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□運動 □今回は、指導の必要なし □運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能の強さ 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) (mg/dl) □HDLコレステロール (mg/dl) □HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他 ()

【その他】 □栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) □その他 ()

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者署名 医師氏名

□ 患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。(なお、上記項目に担当医師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	・ 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 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	・ 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	・ 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	・ 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	※ に加えて、 ・ 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 ・ 薬剤情報提供料 ・ 診療情報提供料（Ⅰ） ・ 電子的診療情報評価料 ・ 診療情報提供料（Ⅱ） ・ 診療情報連携共有料 ・ 連携強化診療情報提供料
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	・ 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

生活習慣病管理料（Ⅱ）算定例①

生活習慣病管理料（Ⅱ）は月1回の算定、
さらに外来管理加算と特定疾患処方管理加算2が算定不可

例） 高血圧症の患者を月1回見ていた場合 -16点

改定前				改定後			
項目	点数	回数	合計	項目	点数	回数	合計
再診料	73	1	73	再診料	75	1	75
外来管理加算	52	1	52				
特定疾患療養管理料	225	1	225	生活習慣病管理料（Ⅱ）	333	1	333
処方箋料	68	1	68	処方箋料	60	1	60
特定疾患処方管理加算 2	66	1	66				
地域包括診療加算 2	18	1	18	地域包括診療加算 2	18	1	18
合計			502	合計			486

生活習慣病管理料（Ⅱ）算定例②

生活習慣病管理料（Ⅱ）は月1回の算定、
さらに外来管理加算と特定疾患処方管理加算2が算定不可

例）糖尿病の患者月2回診察1回の処方した場合

改定前			
項目	点数	回数	合計
再診料	73	2	146
外来管理加算	52	2	104
特定疾患療養管理料	225	2	450
処方箋料	68	1	68
特定疾患処方管理加算 2	66	1	66
合計			834

改定後			
項目	点数	回数	合計
再診料	75	2	150
生活習慣病管理料（Ⅱ）	333	1	333
処方箋料	60	1	60
合計			543
・血糖自己測定指導加算 500点 年1回、 ・外来データ提出加算 50点 月1回 を算定して 約200点の減点 ただし、諸検査は出来高算定可能			

疑義解釈（生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ）①

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**

但し、**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。**



疑義解釈（生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ）②

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。

→ **算定可能**



疑義解釈（生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ）③

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**



疑義解釈（生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ）④

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。

→ 算定可能

ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること。



疑義解釈（生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ） その他

Q 生活習慣病管理料 と 特定疾患処方加算は併算定できるか？

→ 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なので、**特定疾患処方加算は併算定はできない**

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るか？

→ 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るが、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」のため、要件を満たせば**在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の併算定可能**

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るか？

→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**

疑義解釈（生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ）その他

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) 高血圧症で生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定し、脳梗塞後遺症に対してバイアスピ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？

→ (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を満たさないため、算定不可である

Q 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した月の、別日に診療情報提供料(Ⅰ)を算定できるか？

→ 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、同月での併算定はできない

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)

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。
- 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

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】	
一般名処方加算 1	7点	一般名処方加算 1	10点
一般名処方加算 2	5点	一般名処方加算 2	8点
【後発医薬品使用体制加算】		【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	後発医薬品使用体制加算 1	87点
後発医薬品使用体制加算 2 後	42点	後発医薬品使用体制加算 2	82点
発医薬品使用体制加算 3	37点	後発医薬品使用体制加算 3	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】	
外来後発医薬品使用体制加算 1 外	5点	外来後発医薬品使用体制加算 1	8点
来後発医薬品使用体制加算 2 外来	4点	外来後発医薬品使用体制加算 2	7点
後発医薬品使用体制加算 3	2点	外来後発医薬品使用体制加算 3	5点
【薬剤情報提供料】		【薬剤情報提供料】	
	10点		4点
【処方箋料】		【処方箋料】 ※処方箋料を包括している評価も同様	
1 向精神薬他剤投与を行った場合	28点	1 向精神薬他剤投与を行った場合	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	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	68点	3 1 及び 2 以外の場合	60点

疑義解釈（生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ）④

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 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。」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 of 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**

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。



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 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。」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、患者の状態に応じて

- ・ 28日以上 of 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
- いずれの対応も可能であることを掲示する

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)

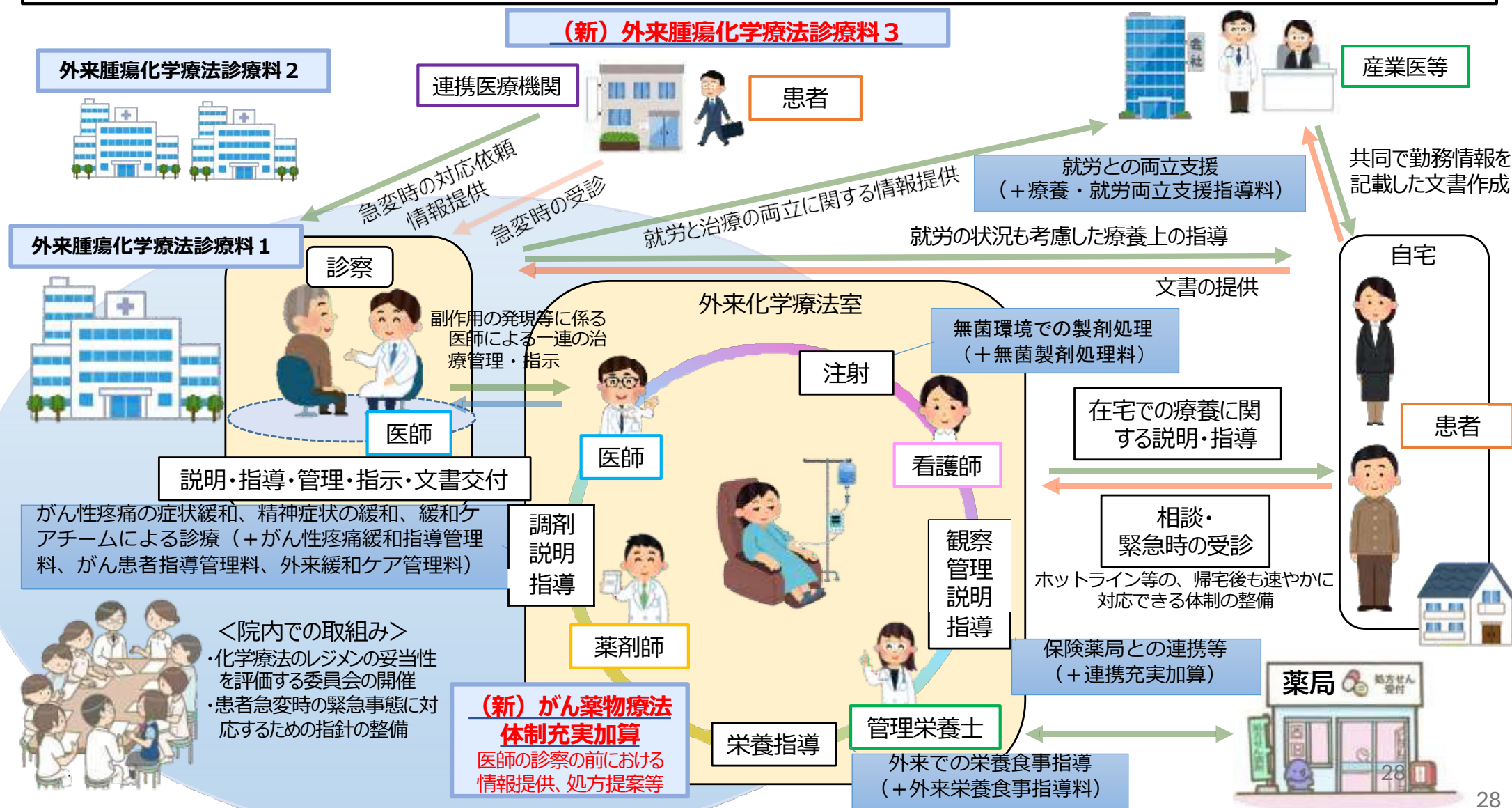
令和6年度診療報酬改定

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

外来腫瘍化学療法の実施・推進 (イメージ)

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



外来腫瘍化学療法診療料の見直し①

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

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

現行

【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
(新設) | 700点 |
| □ 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
(新設) | 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
(新設) | 570点 |
| □ 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
(新設) | 270点 |

(新設)

改定後

【外来腫瘍化学療法】

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 | |
| (1) 初回から3回目まで | 800点 |
| (2) 4回目以降 | 450点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 350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 | |
| (1) 初回から3回目まで | 600点 |
| (2) 4回目以降 | 320点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 220点 |

3 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 | |
| (1) 初回から3回目まで | 540点 |
| (2) 4回目以降 | 280点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 180点 |

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合は、**がん薬物療法体制充実加算**として、月1回に限り100点を所定点数に加算

外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料3（その1））

外来腫瘍化学療法診療料3の新設

- やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時1人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新設する。

（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

（1）初回から3回目まで	540点
（2）4回目以降	280点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	180点



【算定要件】

- （1） 外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。
- （2） 「1」の「イ」の（1）、「2」の「イ」の（1）又は「3」の「イ」の（1）に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を1回目に投与した日から3回目に投与した日に算定し、「1」の「イ」の（2）、「2」の「イ」の（2）又は「3」の「イ」の（2）に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を4回目以降に投与した日に算定する。
- （3） 「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。
また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「1」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書（電子媒体を含む。）により当該外来腫瘍診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。
なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。
- （4）～（7） （略）
- （8） 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に1回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。
- （9）、（10） （略）

外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料3（その2））

外来腫瘍化学療法診療料3. 施設基準の見直し(1)~(6)

- ▶ やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時1人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新設する。

＜外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準（抜粋）＞

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。
- (12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。
- ＜外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準（抜粋）＞
- (2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

【施設基準】

- (1) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準のうち、(1)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。
- (2) 外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準のうち、(2)及び(3)を満たしていること。
- (3) 当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、**外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。**
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。
- (5) **標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。**
- (6) 令和7年5月31日までの間に限り、(4)の基準を満たしているものとする。



外来腫瘍化学療法診療料の見直し③（外来腫瘍化学療法診療料1）

外来腫瘍化学療法診療料1 施設基準の見直し(7)~(15)

現行

【外来腫瘍化学療法診療料1】
〔施設基準〕
(1) ~ (7) (略)
(新設)



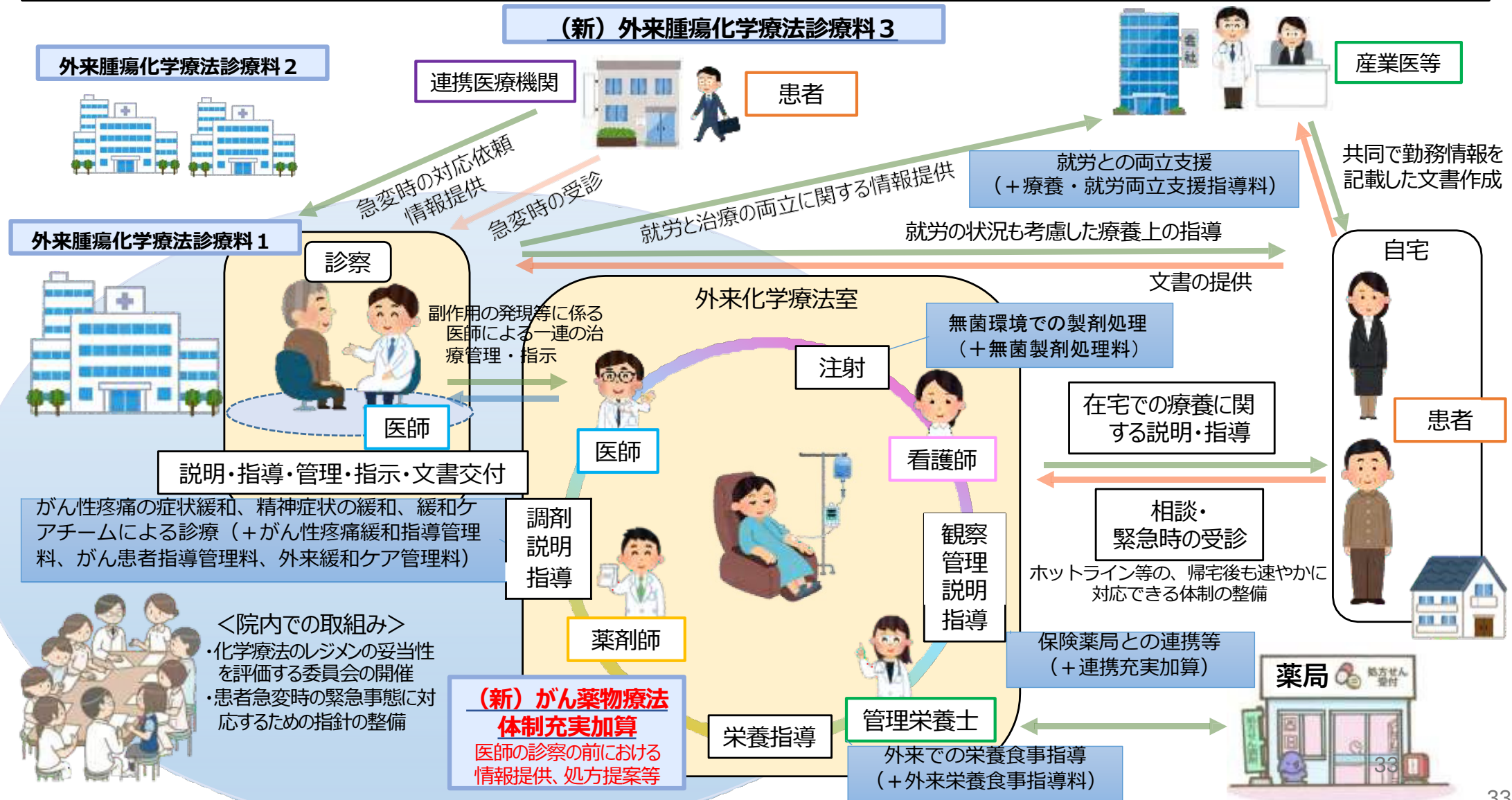
改定後

【外来腫瘍化学療法診療料1】
〔施設基準〕
(1) ~ (7) (略)
(8) 区分番号「B001」の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。
(9) 区分番号「B001」の「23」に掲げるがん患者指導管理料の口の届出を行っていることが望ましい。
(10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
(11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。
12 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。
13 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する保険医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する保険医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
14 (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
15 (13)及び(14)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

＜外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準（抜粋）＞
(2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
(5) 専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること。
(6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
(7) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。
当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

外来腫瘍化学療法の普及・推進（イメージ）

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



外来腫瘍化学療法診療料の見直し④（がん薬物療法体制充実加算）

がん薬物療法体制充実加算の新設

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

（新）がん薬物療法体制充実加算 100点（月1回に限り）

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

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



※副作用等情報や処方提案等について、薬剤師が「医師の診察前」に共有することで円滑に当日の処方や指示に反映させることができる
※医師の診察にかかる時間を短縮できる

来院・採血

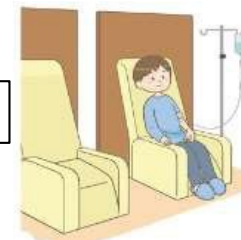
診察前の時間を活用

薬剤師の面談

- ・ **患者情報の収集・評価及び医師との情報共有**
（服薬状況、副作用の有無等）
 - 患者から聴取した情報
 - 薬局から提供された情報
 - 自宅での体調変化等を記録した文書（患者日誌等）による情報
- ・ **診察前の処方提案**
（投与量の変更、支持療法に係る薬剤等）

医師の診察

外来化学療法室で
抗悪性腫瘍剤投与



慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価

慢性腎臓病の透析予防指導管理の算定要件及び施設基準

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

慢性腎臓病透析予防指導管理料

- | | |
|------------------------------------|------|
| 1 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合 | 300点 |
| 2 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合 | 250点 |

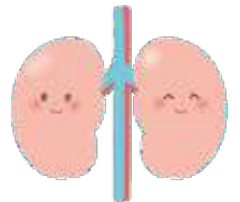
※ 情報通信機器を用いて行った場合は、それぞれ261点、218点

〔算定要件〕（抜粋）

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

〔施設基準〕（抜粋）

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



保険請求における注意点

保険請求における注意点

(1) 禁忌投与

- ① 投与する薬剤成分に過敏症の既往のある患者に投与する
- ② 高カリウム血症の患者に、スピロラク톤を投与する
- ③ 血栓症やケトーシスのある糖尿病の患者に静注用脂肪乳剤を投与するなど

(2) 適応外投与

- ① 「全身麻酔の導入・維持」に適応があるプロポフォール注を、
睡眠導入目的で投与する
- ② テプレノンやレバピミドなど「胃潰瘍、急性胃炎、慢性胃炎の
急性増悪期」に適応の薬剤を単なる慢性胃炎の患者に対して投与するなど

(3) 用法外投与

- ① 腹腔内投与の適応のない抗がん剤を、腹腔内に撒布する
- ② 筋注、静注の用法しかないブプレノルフィンを、硬膜外に投与する

保険請求における注意点

(4) 過量投与

- ① 蕁麻疹に対する肝庇護剤（グルタチオン製剤等）の常用量を超える投与する等

(5) 重複投与（同様の効能効果、作用機序をもつ薬剤の併用）

- ① プロトンポンプ・インヒビター（PPI）を、経口と注射の両方で使用する
- ② 総合ビタミン剤と内容の重複する他の各種ビタミン剤の併用する など

(6) 多剤投与（作用機序の異なる薬剤を併用）

- ① 医学的に妥当と考えられない組み合わせによる、各種抗菌薬等の併用する
- ② 必要性に乏しい抗不安薬、あるいは睡眠薬の3種類以上の併用する など

保険請求における注意点

(7) 長期漫然投与

- ① エパルレスタットを12週以上の長期投与する
- ② 特に投与期間が定められている抗菌薬等を長期間漫然と投与する など

(8) 疑い病名での投与

疑い病名では原則として投薬は認められない。

(9) 投与の制限

- ① 頓服薬は原則10回分までの処方とする
- ② 貼付剤は、原則として、1処方につき63枚を限度とする

(10) 抗菌薬の使用

- ① 細菌培養同定検査や薬剤感受性検査等を行わずに、必要性が乏しい広域抗菌薬を原則的に多用しない
- ② 予防的な抗菌薬使用を行わない
- ③ 抗菌スペクトルを検討しないで多剤併用する

HbA1cとグリコアルブミンの併算定について

一般的な制限

同一月内にHbA1c,グリコアルブミン,1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5-AG)の2項目以上を実施した場合、主たる1項目のみが月1回算定可能

例外として同時算定が認められる条件

以下の患者については、上記の制限にかかわらず、いずれか1項目を追加で月1回算定できる

- 妊娠中の患者
- 1型糖尿病患者
- 経口血糖降下薬の投与を開始して6か月以内の患者
- インスリン治療を開始して6か月以内の患者

I R I の算定について

1. 糖尿病確定診断後の患者に対する連月のインスリン(IRI)の算定 → 原則として認めない。

ただし、症状詳記等から薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、連月の算定の必要性が医学的に判断できる場合は認める。

2. 次の傷病名に対するD008「8」インスリン(IRI)の算定は、原則として認められない。

- (1) 糖尿病疑い
- (2) 耐糖能異常疑い

C-ペプチド(CPR)の算定間隔について

- 糖尿病確定診断後の患者の外来受診時におけるD008「12」
C-ペプチド(CPR)の算定間隔は、**原則として 3 か月**とする。

C-ペプチド(CPR)は、プロインスリンが分解されてインスリンを生成する際の副産物で、インスリン投与中であっても、膵臓のインスリン分泌能の指標となり、(血中)インスリン動態の把握のため、一定間隔での観察が必要である。糖尿病確定診断後の患者の外来受診時における当該検査の算定間隔は、治療・経過観察期間等を考慮し原則として 3 か月が妥当と判断されている

アルブミン定性(尿) アルブミン定量(尿) の算定について

1. D001「6」アルブミン定性(尿)の算定は、

- (1) 糖尿病
- (2) 糖尿病性腎症 で原則として認められる。

以下の2 次の傷病名でのD001「6」アルブミン定性(尿)の算定

(1) 重症腎不全 (2) 慢性透析患者 は、原則として認められない

2. D001「9」アルブミン定量(尿)の算定は、「糖尿病」で原則として認められる。

以下の2 次の傷病名等に対するD001「9」アルブミン定量(尿)の算定は、
原則として認められない。

- (1) 高血圧症
- (2) 糖尿病疑い
- (3) 糖尿病性腎症(第3期・4期・5期)
- (4) 腎炎(急性・慢性を含む。)
- (5) ネフローゼ症候群
- (6) 腎不全

1 型糖尿病（当月確定又は疑い）がない場合の 抗 G A D 抗体の算定について

- 糖尿病で 1 型糖尿病（当月確定又は疑い）がない場合の
D008「21」抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体
（抗 G A D 抗体）の算定は、**原則として認められない。**

糖尿病に対する抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗 G A D 抗体）については、厚生労働省通知※に、既に糖尿病の診断が確定した患者に対して 1 型糖尿病の診断に用いた場合に算定できる検査である旨示されていることから 1 型糖尿病（当月確定又は疑い）がない場合の算定は、原則として認められないと判断された

糖尿病薬の併用禁忌・慎重投与について

1. スルホニル尿素（SU）薬と速効型インスリン分泌促進薬の併用

SU薬_____： グリベンクラミド（オイグルコン）、グリクラジド（グリミクロン）など

速効型インスリン分泌促進薬

_____： ナテグリニド（ファスティック、スターシス）、ミチグリニド（グルファスト）
_____： レパグリニド（シュアポスト）など

これらの薬剤は、いずれも膵臓のβ細胞に作用してインスリン分泌を促進するため、併用により低血糖のリスクが高まる可能性がある

2. DPP-4阻害薬とGLP-1受容体作動薬の併用

これらの薬剤は、いずれもインクレチン関連薬であり、併用により作用が重複して低血糖のリスクが高まる可能性がある

3. SGLT2阻害薬と特定の利尿薬の併用

SGLT2阻害薬は利尿作用を持つため、利尿薬との併用により脱水や電解質異常のリスクが高まる可能性がある。

4. ビグアナイド薬と特定の造影剤の併用

ビグアナイド薬_____： メトホルミン（メトグルコ、グリコラン）など

造影剤_____： ヨード造影剤など

ビグアナイド薬とヨード造影剤の併用は、乳酸アシドーシスのリスクを高める可能性があるため、造影剤使用前後48時間はメトホルミンの投与を中止することが推奨されている

高血圧症に対する配合剤の初回投薬の算定について

- 高血圧症に対する配合剤※の初回投薬(第一選択として)の算定は、原則として認められない。

※ バルサルタン・ヒドロクロロチアジド
カンデサルタンシレキセチル・ヒドロチアジド
テルミサルタン・ヒドロクロロチアジド
ロサルタンカリウム・ヒドロクロロチアジド
イルベサルタン・トリクロルメチアジド
アジルサルタン・アムロジピンベシル酸塩
バルサルタン・シルニジピン
イルベサルタン・アムロジピンベシル酸塩 など

アズレンスルホン酸ナトリウム水和物（口腔用に限る） （アズノールうがい液®）の算定について

- 次の傷病名に対するアズレンスルホン酸ナトリウム水和物（口腔用に限る）の算定は、**原則として認められない。**

(1) 急性気管支炎

(2) 慢性気管支炎

アズレンスルホン酸ナトリウム水和物(口腔用に限る)の添付文書の
効能・効果は「咽頭炎、扁桃炎、口内炎、急性歯肉炎、舌炎、口腔創傷」である

ドネペジル塩酸塩(アリセプト錠)の算定について

次の傷病名に対するドネペジル塩酸塩(アリセプト錠®)の算定は、**原則として認められない。**

- (1) 脳血管性型認知症
- (2) 老年性認知症
- (3) 若年性認知症
- (4) 認知症
- (5) 統合失調症
- (6) パーキンソン病、パーキンソン症

下痢症等に対するモサプリドクエン酸塩水和物の算定について

次の傷病名に対するモサプリドクエン酸塩水和物(ガスモチン錠等)の算定は、**原則として認められない。**

- (1) 下痢症
- (2) 胃癌
- (3) 十二指腸潰瘍
- (4) 逆流性食道炎

ガスモチン錠の添付文書の効能・効果は、「慢性胃炎に伴う消化器症状(胸やけ、悪心・嘔吐)、経口腸管洗浄剤によるバリウム注腸X線造影検査前処置の補助」である。

本剤の薬理作用は、上部及び下部消化管運動促進作用であり上記疾患に対する有用性は乏しい。以上のことから、上記傷病名に対するモサプリドクエン酸塩水和物(ガスモチン錠等)の算定は、原則として認められないと判断した。

A群β溶連菌迅速試験定性の算定について

- 溶連菌感染症に対するD012「19」A群β溶連菌迅速試験定性の算定は、原則として1エピソード(1発症)につき1回まで認められる。
- 溶連菌感染症の**治癒判定目的**での当該検査の算定は、
原則として認められない。

エリスロポエチンの算定について

- 以下の1 次の傷病名等に対するD008「41」エリスロポエチンの算定は、**原則として認められない。**
 - (1) 腎不全**疑い**
 - (2) 慢性腎不全**疑い**
 - (3) 慢性腎臓病
 - (4) 慢性貧血
- 慢性腎不全の**ない**腎性貧血(疑い含む)に対するD008「41」エリスロ ポエチンの算定は、**原則として認められない。**

慢性腎不全のある腎性貧血(疑い含む)に対するD008「41」
エリスロ ポエチンの算定は、原則として認められる。

開業医のための保険診療の要点

令和6年発行 公益社団法人 東京都医師会

をご参照ください。