

# 令和6年度診療報酬改定のゆくえ (個別改定項目ークリニック関連)

MICTコンサルティング株式会社  
大西大輔

令和6年度  
診療報酬改定  
(基本方針)

## 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）

改定率

## 令和6年度 診療報酬改定改定率

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. **診療報酬 + 0.88%** (国費800億円程度 (令和6年度予算額。以下同じ) )

※1 うち、※2～4を除く改定分 + 0.46%

各科改定率 **医科 + 0.52%** 歯科 + 0.57% 調剤 + 0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (上記※1を除く) について、令和6年度にベア +2.5%、令和7年度にベア +2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ (1食当たり30円) の対応 (うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

(注) 令和6年6月施行

## 令和6年度 診療報酬改定改定率

### 2. 薬価等

①薬価 ▲0.97% (国費▲1,200億円程度)

②材料価格 ▲0.02% (国費▲20億円程度)

合計 ▲1.00% (国費▲1,200億円程度)

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

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

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

(注) 令和6年4月施行(ただし、材料価格は令和6年6月施行)

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項 上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

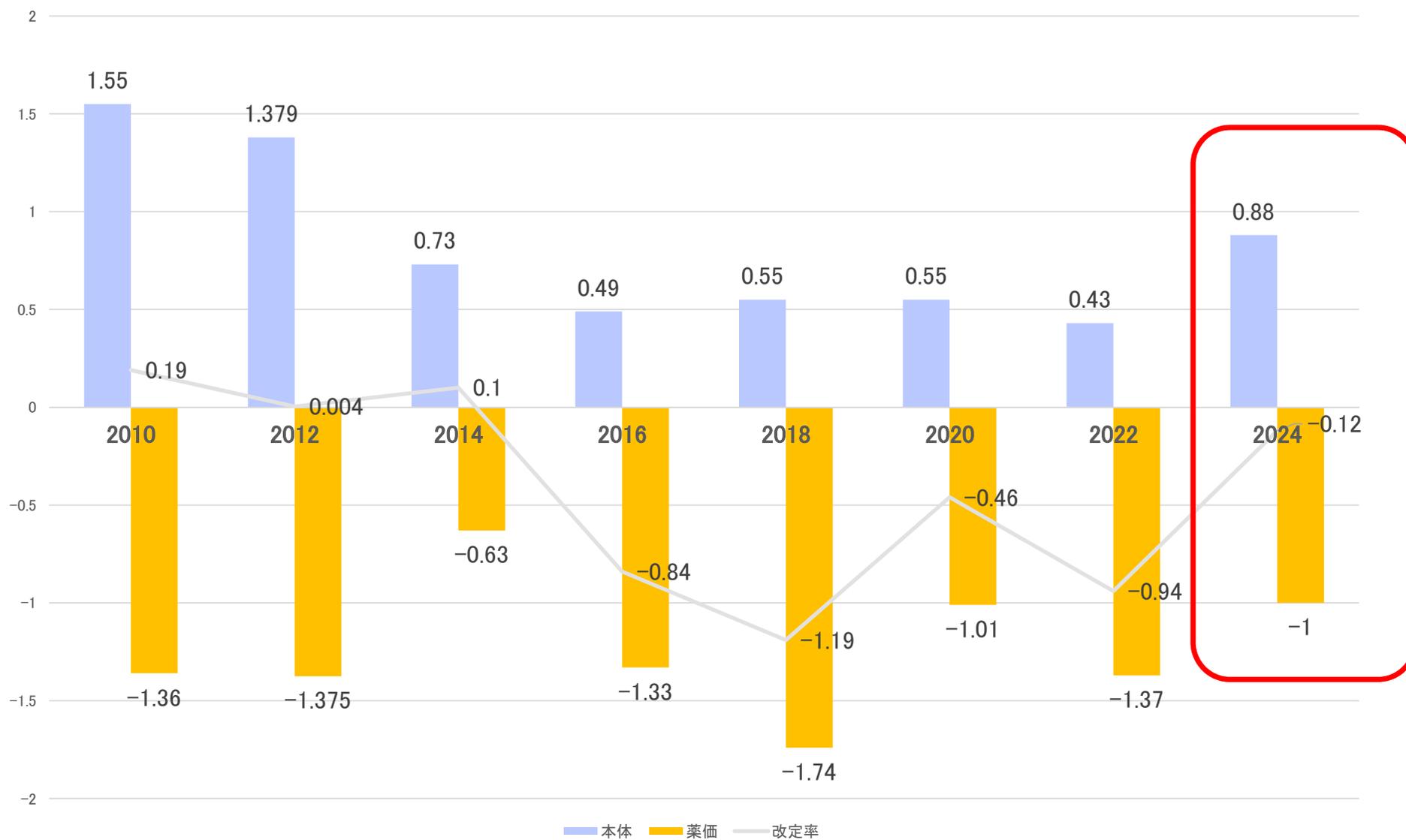
- ・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化 加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

### 4. 医療制度改革

長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とすることとし、令和6年10月より施行する。また、薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

# 令和6年度 診療報酬改定改定率の推移

改定率の推移



# 令和6年度診療報酬改定 個別改定項目

# 初再診料等の評価の見直し

## < 基本的な考え方 >

外来診療において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ていること、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。

## < 具体的な内容 >

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

	改定後 点数	現行 点数
<b>【初診料】</b>		
初診料	●●点	288点
（情報通信機器を用いた場合）	●●点	251点
（紹介のない場合）	●●点	214点
（紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	●●点	186点
（妥結率が低い場合）	●●点	214点
（妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合）	●●点	186点
（同一日2科目）	●●点	144点
（同一日2科目・情報通信機器を用いた場合）	●●点	125点
（同一日2科目・紹介のない場合）	●●点	107点
（同一日2科目・紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	●●点	93点
（同一日2科目・妥結率が低い場合）	●●点	107点
（同一日2科目・妥結率が低い場合・情報通信機	●●点	93点

	改定後 点数	現行 点数
器を用いた場合)		
<b>【再診料】</b>		
再診料	●●点	73点
（情報通信機器を用いた場合）	●●点	73点
（妥結率が低い場合）	●●点	54点
（同一日2科目）	●●点	37点
（同一日2科目・妥結率が低い場合）	●●点	27点

# 時間外対応加算の見直し

## <基本的な考え方>

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

## <具体的な内容>

1. 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。**
2. 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。**

改定案	現行
<p>【時間外対応加算】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応加算 1 5点</p> <p>ロ 時間外対応加算 2 ●点</p> <p>ハ 時間外対応加算 3 3点</p> <p>ニ 時間外対応加算 4 1点</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>五 時間外対応加算の施設基準</p> <p>(1) 時間外対応加算 1の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等</p>	<p>【時間外対応加算】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応加算 1 5点 (新設)</p> <p>ロ 時間外対応加算 2 3点</p> <p>ハ 時間外対応加算 3 1点</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>五 時間外対応加算の施設基準</p> <p>(1) 時間外対応加算 1の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等</p>

<p>により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にあること。</p> <p>(2) 時間外対応加算 2の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の非常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にあること。</p> <p>(3) 時間外対応加算 3の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により対応できる体制にあること。</p> <p>(4) (略)</p>	<p>により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 時間外対応加算 2の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。</p> <p>(3) (略)</p>
--	---

# 時間外対応加算の見直し

<p>第2 時間外対応加算</p> <p>2 時間外対応加算1に関する施設基準</p> <p>診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、<u>当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じ</u></p>	<p>第2 時間外対応加算</p> <p>2 時間外対応加算1に関する施設基準</p> <p>診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、<u>常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</u></p>	<p>4 時間外対応加算3に関する施設基準</p> <p>(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、<u>標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしていると見なすことができる。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であ</u></p>	<p>3 時間外対応加算2に関する施設基準</p> <p>(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、<u>標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</u></p>
<p>ることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</p> <p>3 時間外対応加算2に関する施設基準</p> <p>診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、<u>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。</u></p>	<p>(新設)</p>	<p>つても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</p> <p>(2) (略)</p> <p>5・6 (略)</p> <p>【小児かかりつけ診療料】 【施設基準】</p> <p>1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準</p> <p>(2) 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。</p> <p>2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準</p> <p>(2) 次のいずれかの基準を満たしていること。</p> <p>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。</p> <p>イ (略)</p>	<p>(2) (略)</p> <p>4・5 (略)</p> <p>【小児かかりつけ診療料】 【施設基準】</p> <p>1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準</p> <p>(2) 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。</p> <p>2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準</p> <p>(2) 次のいずれかの基準を満たしていること。</p> <p>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。</p> <p>イ (略)</p>

# 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

## <基本的な考え方>

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

## <具体的な内容>

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

改 定 案	現 行
<p>【初診料】 [算定要件] 注15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、<u>医療情報取得加算1</u>として、<u>月●回に限り●●点を所定点数に加算する</u>。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、<u>医療情報取得加算2</u>として、<u>月●回に限り●●点を所定点数に加算する</u>。</p>	<p>【初診料】 [算定要件] 注15 <u>初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算1</u>として、<u>月1回に限り4点を所定点数に加算する</u>。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算2</u>として、<u>月1回に限り2点を所定点数に加算する</u>。</u></p>

# 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

<p>【再診料】 [算定要件] (削除)</p> <p>注18 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算4として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。</p> <p>※ 外来診療料についても同様。</p> <p>[施設基準] 第3 初・再診料の施設基準等 3の7 医療情報取得加算の施設基準 (略)</p>	<p>【再診料】 [算定要件]</p> <p>注18 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] 第3 初・再診料の施設基準等 3の7 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 (略)</p>	<p>【調剤管理料】 [算定要件]</p> <p>注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局(注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において調剤を行った場合は、医療情報取得加算1として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあつては、医療情報取得加算2として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 九の五 調剤管理料の注6に規定する医療情報取得加算の施設基準 (1)～(3) 略</p>	<p>【調剤管理料】 [算定要件]</p> <p>注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局(注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 九の五 調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 (1)～(3) 略</p>
--	--	---	--

## 医療DX 推進体制整備加算の新設

### <基本的な考え方>

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

### <具体的な内容>

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

### (新) 医療DX 推進体制整備加算 ●●点

#### [算定要件]

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●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療DX 情報活用加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

## 医療DX 推進体制整備加算の新設

### [施設基準]

- (1) 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条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 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。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (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。
- (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。
- (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に掲示していること。
- (8) (7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

### [経過措置]

- (1) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。
- (2) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(5)に該当するものとみなす。
- (3) (6)については、令和●●年●●月●●日から適用する。
- (4) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(8)に該当するものとみなす。

## 在宅医療における医療DXの推進

### <基本的な考え方>

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

### <具体的な内容>

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

### （新）在宅医療DX情報活用加算 ●●点

#### [対象患者]

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

#### [算定要件]

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加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算、区分番号●●に掲げる医療DX推進体制整備加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療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。

## 在宅医療における医療DXの推進

### [施設基準]

- (1) 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条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (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。
- (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。

### [経過措置]

- (1) 令和●年●月●日までの間に限り、(3)に該当するものとみなす。
- (2) 令和●年●月●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。
- (3) 令和●年●月●日までの間に限り、(6)に該当するものとみなす。

## 訪問看護医療DX情報活用加算の新設

在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

### (新) 訪問看護医療DX情報活用加算 ●●点

#### [対象患者]

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

#### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める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の看護師等（准看護師を除く）が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療DX情報活用加算として、月に1回に限り、●●点を所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算、区分番号●●に掲げる医療DX推進体制整備加算又は区分番号●●に掲げる在宅医療DX情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療DX情報活用加算は算定できない。

#### [施設基準]

- (1) 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条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
  - (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
  - (3) (2)の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護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。
  - (4) (3)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。
- [経過措置] 令和●年●月●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

# 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設

## <基本的な考え方>

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

## <具体的な内容>

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

改定案	現行
<p>【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、2の所定点数に代えて、●●点を算定する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>六の四の三 <u>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の施設基準等</u></p> <p>(削除)</p> <p>(1) <u>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準</u></p>	<p>【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>六の四の三 <u>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準</u></p> <p><u>電話以外による指導を行う場合は、情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(新設)</p>

<p><u>電話以外による指導を行う場合は、情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(2) <u>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注3の施設基準</u></p> <p><u>情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>	(新設)
---	------

# 小児特定疾患カウンセリング料の見直し

## <基本的な考え方>

発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いたオンライン診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、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。

## <具体的な内容>

1. 小児特定疾患カウンセリング料について、カウンセリングの実態を踏まえ、要件及び評価を見直す。
2. 小児特定疾患カウンセリング料について、情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行			
<p>【小児特定疾患カウンセリング料】</p> <p>イ 医師による場合</p> <p>(1) 初回 ●●点</p> <p>(2) 初回のカウンセリングを行った日後●●年以内の期間に行った場合</p> <p>① 月の1回目 ●●点</p> <p>② 月の2回目 ●●点</p> <p>(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して●●年以内の期間に行った場合((2)の場合を除く。)</p> <p>① 月の1回目 ●●点</p> <p>② 月の2回目 ●●点</p> <p>(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して●●年以内の期間に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。)</p> <p>●●点</p> <p>□ (略)</p>	<p>【小児特定疾患カウンセリング料】</p> <p>イ 医師による場合</p> <p>(1) 月の1回目 500点</p> <p>(2) 月の2回目 400点</p>	<p>【算定要件】</p> <p>注1 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月に1回以上行った場合に、初回のカウンセリングを行った日から起算して、●●年以内の期間においては月●●回に限り、●●年を超える期間においては、●●年を限度として、月●●回に限り、算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号1002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号1004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児特定</p>	<p>【算定要件】</p> <p>注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号1002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号1004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>(新設)</p>	<p>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若しくは(4)の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点若しくは●●点、●●点若しくは●●点を算定する。</p> <p>【施設基準】</p> <p>(2)の2の2 小児特定疾患カウンセリング料の注2に規定する施設基準</p> <p>情報通信機器を用いた診療を行うこと。</p> <p>【施設基準】</p> <p>(新設)</p>

# 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

## <基本的な考え方>

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

## <具体的な内容>

1. 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、通院精神療法について、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設する。
2. 情報通信機器を用いた診療の施設基準に、情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことをホームページ等に掲示していることを追加する。

改 定 案	現 行
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件]</p> <p>注12 1のハの(1)の①又は(2)の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ●●点又は●●点を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できない。</p> <p>[施設基準] 一の九 通院・在宅精神療法の注12に規定する施設基準 情報通信機器を用いた精神療法</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

<p>を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	
-------------------------------	--

## 診療報酬における書面要件の見直し

### <基本的な考え方>

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。

### <具体的な内容>

1. 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局又は患者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。

### <通則>

9 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、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

2. 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。

## 書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

### <基本的な考え方>

デジタル原則に基づき書面揭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揭示について、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。

### <具体的な内容>

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

#### ○保険医療機関及び保険医療養担当規則

- ・保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

#### ○食事療養

- ・保険医療機関は、原則として、第4項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

#### ○保険外併用療養費に係る療養の基準等

- ・保険医療機関は、原則として、第2項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

#### ○指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準

- ・指定訪問看護事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

#### ○後発医薬品使用体制加算

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

### [経過措置]

本改正に際し、令和●年●月●日までの経過措置を設ける。

# 疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

## ＜基本的な考え方＞

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

## ＜具体的な内容＞

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

改定案	現行
<p>【運動器リハビリテーション料】 【算定要件】</p> <p>1 運動器リハビリテーション料 (I) (1単位)</p> <p>イ 理学療法士による場合 ●●点 ロ 作業療法士による場合 ●●点 ハ 医師による場合 ●●点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料 (II) (1単位)</p> <p>イ 理学療法士による場合 ●●点 ロ 作業療法士による場合 ●●点 ハ 医師による場合 ●●点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料 (III) (1単位)</p> <p>イ 理学療法士による場合 ●●点 ロ 作業療法士による場合 ●●点 ハ 医師による場合 ●●点 ニ イからハまで以外の場合 ●●点</p> <p>注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。</p> <p>イ 運動器リハビリテーション</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】 【算定要件】</p> <p>1 運動器リハビリテーション料 (I) (1単位) 185点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料 (II) (1単位) 170点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料 (III) (1単位) 85点</p> <p>注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。</p> <p>イ 運動器リハビリテーション</p>

<p>料 (I) (1単位)</p> <p>(1) 理学療法士による場合 ●●点 (2) 作業療法士による場合 ●●点 (3) 医師による場合 ●●点</p> <p>ロ 運動器リハビリテーション料 (II) (1単位)</p> <p>(1) 理学療法士による場合 ●●点 (2) 作業療法士による場合 ●●点 (3) 医師による場合 ●●点</p> <p>ハ 運動器リハビリテーション料 (III) (1単位)</p> <p>(1) 理学療法士による場合 ●●点 (2) 作業療法士による場合 ●●点 (3) 医師による場合 ●●点 (4) (1)から(3)まで以外の場合 ●●点</p>	<p>料 (I) (1単位) 111点</p> <p>ロ 運動器リハビリテーション料 (II) (1単位) 102点</p> <p>ハ 運動器リハビリテーション料 (III) (1単位) 51点</p>
--	---

# 生活習慣病に係る医学管理料の見直し

## <基本的な考え方>

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

## <具体的な内容>

1. 生活習慣病管理料の評価及び要件について、以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料(Ⅰ)とする。

(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。あわせて、療養計画書について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

改定案	現行
<b>【生活習慣病管理料(Ⅰ)】</b> [算定要件] B001—3 生活習慣病管理料(Ⅰ) 1 脂質異常症を主病とする場合 ●●点 2 高血圧症を主病とする場合 ●●点 3 糖尿病を主病とする場合 ●●点 注1 別に厚生労働大臣が定める施	<b>【生活習慣病管理料】</b> [算定要件] B001—3 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 注1 保険医療機関(許可病床数

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。

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。

# 生活習慣病に係る医学管理料の見直し

外来管理加算  
は併算定不可

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

3・4 (略)

5 生活習慣病管理料(II)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(I)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第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料(I)に含まれるものとする。

3・4 (略)  
(新設)

血液検査の結果

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

(2) 生活習慣病管理料(I)は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。なお、血液検査結果を療養計画書とは別に

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

(2) 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。

# 生活習慣病に係る医学管理料の見直し

<p>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。</p> <p>(3) <u>生活習慣病管理料(I)については、当該患者の診療に際して行った「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等(「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。</u></p> <p>(削除)</p> <p><b>月1の管理は削除</b></p> <p>(4) <u>生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たった問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。)を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、<u>患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するものとする</u>とともに、概ね4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておく</u></p>	<p>(3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等(「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。</p> <p>(4) <u>生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。</u></p> <p>(5) <u>生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たった問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。)を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。</u></p>	<p>ものとする。</p> <p>(5) (2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、(2)のとおり、生活習慣病管理料(I)を算定するにあたっては、<u>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。</u></p> <p>(削除)</p> <p>(6)・(7) (略)</p> <p>(8) <u>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。</u></p> <p>(9) <u>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。</u></p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) <u>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。</u></p> <p>(12)~(14) (略)</p>	<p>(新設)</p> <p><b>電子カルテ情報共有サービスを活用</b></p> <p><b>患者の同意は必要</b></p> <p>(6) <u>当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。</u></p> <p>(7)・(8) (略)</p> <p>(9) <u>学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) <u>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。</u></p> <p>(12)~(14) (略)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>四の九 <u>生活習慣病管理料(I)の施設基準</u></p> <p><u>(1) 生活習慣病管理料(I)の注1に規定する施設基準</u> <u>生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(2) 生活習慣病管理料(I)の注4に規定する施設基準</u></p> <p>イ 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。</p> <p>ロ データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>第六の九 生活習慣病管理料</p> <p><u>1 生活習慣病管理料(I)の注1に規定する施設基準</u></p> <p><u>(1) 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こと。</u></p> <p><u>(2) 治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。</u></p> <p>2~4 (略)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>四の九 <u>生活習慣病管理料の注4に規定する施設基準</u></p> <p>(新設)</p> <p>(1) 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。</p> <p>(2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>第六の九 生活習慣病管理料</p> <p>(新設)</p> <p>1~3 (略)</p>
--	--	--	---	--	--

患者・家族の求めに応じて交付  
概ね4月に1回交付

長期処方・リフィル処方の院内掲示  
歯科受診を推奨

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

# 生活習慣病に係る医学管理料の見直し

## 2. 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) ●●点

#### [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●●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●回に限り算定する。

（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A 0 0 1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B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B 0 0 1の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B 0 0 1の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B 0 0 1の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B ●●に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。

（3）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●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。

#### [施設基準]

（1）生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

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

## 生活習慣病に係る医学管理料の見直し

### (新) 血糖自己測定指導加算 ●●点

#### [算定要件]

糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年●回に限り所定点数に●●点を加算する。

### (新) 外来データ提出加算 ●●点

#### [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、●●点を所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- (1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
- (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

## 特定疾患の対象疾患の見直し

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

改定案	現行
<p>【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</p> <p>結核                      悪性新生物                      甲状腺障害                      処置後甲状腺機能低下症                      (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  <u>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。)</u>                      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)</p>	<p>【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</p> <p>結核                      悪性新生物                      甲状腺障害                      処置後甲状腺機能低下症  <u>糖尿病</u>                      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  <u>リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症</u>                        リポジストロフィー                      ローノア・ベンソード腺脂肪腫症  <u>高血圧性疾患</u>                      虚血性心疾患                      (中略)</p>

# 特定疾患処方管理加算の見直し

## <基本的な考え方>

リフィル処方箋による処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。

## <具体的な内容>

処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、特定疾患処方管理加算1を廃止するとともに、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算2について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

改定案	現行
<p>【処方料】 【算定要件】 (削除)</p> <p>5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき●●点を所定点数に加算する。</p>	<p>【処方料】 【算定要件】</p> <p>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理</p>

6~8 (略)	加算1は算定できない。 7~9 (略)
<p>【処方箋料】 【算定要件】 (削除)</p> <p>4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月●回に限り、1処方につき●●点を所定点数に加算する。</p>	<p>【処方箋料】 【算定要件】</p> <p>4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p>

### <基本的な考え方>

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

### <具体的な内容>

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

### [経過措置]

- (1) 地域包括診療料等の施設基準については、令和6年3月31日において現に届出を行っている保険医療機関については、同年●月●日までの間に限り、なお従前の例による。
- (2) 令和●年●月●日までの間に限り、1の(4)を満たすものとする。

# 地域包括診療料等の見直し

改定案	現行
【地域包括診療料】 【算定要件】 (4) 患者又はその家族からの求めに	【地域包括診療料】 【算定要件】 (新設)
<p>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。</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>(7) 当該保険医療機関に入院する患者について、介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項に規定する相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。</p> <p>(8) 患者の状況に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。</p> <p>(9) (7)及び(8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</p> <p>(10)～(12) (略)</p> <p>【施設基準】 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料1の施設基準 イ・ロ (略) ハ 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ニ 地域包括診療加算の届出を行っ</p>	<p>(4)・(5) (略) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(6)～(8) (略)</p> <p>【施設基準】 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料1の施設基準 イ・ロ (略) (新設)</p> <p>ハ 地域包括診療加算の届出を行っ</p>

<p>ていないこと。</p> <p>(2) 地域包括診療料2の施設基準 (1)のイ、ハ及びニを満たすものであること。</p> <p>1 地域包括診療料1に関する施設基準 (1)から(10)までの基準を全て満たしていること。 (1) (略) (2) 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。 (3) 次に掲げる事項を院内掲示していること。 ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。 イ 当該保険医療機関に入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 患者の状況に応じ、30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。</p> <p>(4) (3)のア、イ及びウの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</p> <p>(5)～(6) (略)</p> <p>(7) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。</p>	<p>ていないこと。</p> <p>(2) 地域包括診療料2の施設基準 (1)のイ及びハを満たすものであること。</p> <p>1 地域包括診療料1に関する施設基準 (1)から(8)までの基準を全て満たしていること。 (1) (略) (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。 (3) 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。</p> <p>(新設)</p> <p>(4)～(5) (略)</p> <p>(6) 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。</p>
--	--

<p>ア～ケ (略)</p> <p>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。</p> <p>(8) (略)</p> <p>(9) 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。 ア 担当医が、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第9号に規定するサービス担当者会議に参加した実績があること。 イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。 ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。</p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</p> <p>2 地域包括診療料2に関する施設基準 1の(1)から(9)まで及び(11)の基準を全て満たしていること。</p> <p>※ 地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算についても同様。</p>	<p>ア～ケ (略) (新設)</p> <p>(7) (略) (新設)</p> <p>(8) (略) (新設)</p> <p>2 地域包括診療料2に関する施設基準 1の(1)から(7)までの基準を全て満たしていること。</p>
--	---

# 地域包括診療料等の見直し

## 7. 地域包括診療料の見直し及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、地域包括診療加算等の評価を見直す。

改定案	現行
<p><b>【再診料】</b></p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算1 ●●点</p> <p>ロ 地域包括診療加算2 ●●点</p> <p>13 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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得</p>	<p><b>【再診料】</b></p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算1 25点</p> <p>ロ 地域包括診療加算2 18点</p> <p>13 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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得</p>

<p>て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 認知症地域包括診療加算1 ●●点</p> <p>ロ 認知症地域包括診療加算2 ●●点</p> <p><b>【地域包括診療料】</b></p> <p>1 地域包括診療料1 ●●点</p> <p>2 地域包括診療料2 ●●点</p> <p><b>【認知症地域包括診療料】</b></p> <p>1 認知症地域包括診療料1 ●●点</p> <p>2 認知症地域包括診療料2 ●●点</p>	<p>て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 認知症地域包括診療加算1 35点</p> <p>ロ 認知症地域包括診療加算2 28点</p> <p><b>【地域包括診療料】</b></p> <p>1 地域包括診療料1 1,660点</p> <p>2 地域包括診療料2 1,600点</p> <p><b>【認知症地域包括診療料】</b></p> <p>1 認知症地域包括診療料1 1,681点</p> <p>2 認知症地域包括診療料2 1,613点</p>
---	---

# 外来感染対策向上加算の見直し

## <基本的な考え方>

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

## <具体的な内容>

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

改定案	現行	(13) 当該医療機関の外来において、 受診の有無に関わらず、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に分ける等の対応を行う体制を有していること。	(新設)	【在宅医療】 【算定要件】 通則	【在宅医療】 【算定要件】 通則
<p>【外来感染対策向上加算】 【算定要件】 注11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月●●回に限り●●点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】</p>	<p>【外来感染対策向上加算】 【算定要件】 注11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】</p>	<p>(14) 感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第36条の2第1項の規定による通知（同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。</p> <p>(15)～(17) (略)</p> <p>(18) 感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、当該患者の診療について必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましいこと。</p> <p>(19) (略)</p> <p>【経過措置】</p> <p>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●●年●●月●●日までの間に限り、1の(14)の基準を満たしているものとみなす。</p> <p>※ 再診料、医学管理料等のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの及び精神科訪問看護・指導料における外来感染対策向上加算についても同様。</p>	<p>(13) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p> <p>(14)～(16) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(17) (略)</p> <p>【経過措置】 (新設)</p>	<p>5 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月●●回に限り●●点を更に所定点数に加算する。なお、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は区分番号1012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。</p> <p>イ 往診料 ロ～ヌ (略) 6・7 (略)</p> <p>【経過措置】 令和6年3月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、施設基準のうち1の(14)の基準を満たしているものとみなす。</p>	<p>5 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は区分番号1012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。</p> <p>(新設) イ～リ (略) 6・7 (略)</p> <p>【経過措置】 (新設)</p>
<p>三の三 医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制及び感染症の患者を適切に診療する体制が整備されていること。 (3) (略)</p> <p>1 外来感染対策向上加算に関する施設基準 (1)～(12) (略)</p>	<p>三の三 医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。 (3) (略)</p> <p>1 外来感染対策向上加算に関する施設基準 (1)～(12) (略)</p>				

# 小児かかりつけ診療料の見直し

## ＜基本的な考え方＞

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

## ＜具体的な内容＞

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

改定案	現行
<b>【小児かかりつけ診療料】</b> 1 小児かかりつけ診療料1 イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 ●●点 (2) 再診時 ●●点 ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 ●●点 (2) 再診時 ●●点  2 小児かかりつけ診療料2 イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 ●●点 (2) 再診時 ●●点 ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 ●●点 (2) 再診時 ●●点  【算定要件】 (1)～(5) (略) (6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。	<b>【小児かかりつけ診療料】</b> 1 小児かかりつけ診療料1 イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 641点 (2) 再診時 448点 ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 758点 (2) 再診時 566点  2 小児かかりつけ診療料2 イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 630点 (2) 再診時 437点 ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 747点 (2) 再診時 555点  【算定要件】 (1)～(5) (略) (6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ (略) オ 発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。 カ 不適切な養育にも繋がりをうる育児不安等の相談に適切に対応すること。 キ かかりつけ医として、上記アからカまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからカまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。  【施設基準】 1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準 (1)～(3) (略) (4) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。  2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準 (1) 1の(1)、(3)及び(4)の基準を満たしていること。 (2) (略)	ア～エ (略) (新設)  (新設)  オ かかりつけ医として、上記アからエまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからエまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。  【施設基準】 1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準 (1)～(3) (略) (新設)  2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準 (1) 1の(1)及び(3)の基準を満たしていること。 (2) (略)
--	--

## 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進

### <基本的な考え方>

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

### <具体的な内容>

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

### (新) 介護保険施設等連携往診加算 ●●点

#### [対象患者]

往診を行う保険医の所属する保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する者

#### [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が、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において、「介護保険施設等」という。）の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、介護保険施設等連携往診加算として、●●点を所定点数に加算する。

#### [施設基準]

(1) 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下「介護保険施設等」という。）において、協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等から24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を当該介護保険施設等に提供していること。

(2) 当該介護保険施設等と連携体制が確保されていること。

(3) (2)に規定する連携体制を構築し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。

(4) (3)の事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置] 令和●年●月●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

# 往診に関する評価の見直し

## <基本的な考え方>

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。

## <具体的な内容>

往診を行う医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う医療機関と事前に往診に関する連携体制を構築している他の医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者及び往診を行う医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所している患者に対する往診以外の往診について緊急の往診に係る評価を見直す。

改定案	現行			(2) 厚生労働大臣が定める患者 次のいずれかに該当するものであること。	(新設)
<p><b>【往診料】</b> 【算定要件】</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間におい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場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診</p>	<p><b>【往診料】</b> 【算定要件】</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間におい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場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に</p>	<p>療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合 (1)～(2) (略)</p> <p>ロ 別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合 (1)～(3) (略)</p> <p>ハ 別に厚生労働大臣が定める患者に対し、イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合 (1)～(3) (略)</p> <p>ニ 別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合 (1) 緊急往診加算 ●●点 (2) 夜間・休日往診加算 ●●点 (3) 深夜往診加算 ●●点</p> <p>注6 注1のイからハまでの場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 一之三 往診料に規定する時間及び別に厚生労働大臣が定める患者 (1) 厚生労働大臣が定める時間 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間</p>	<p>厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合 (1)～(2) (略)</p> <p>ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合 (1)～(3) (略)</p> <p>ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合 (1)～(3) (略) (新設)</p> <p>注6 注1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 一之三 往診料に規定する時間 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間</p>	<p>イ 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であって、過去●月以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの</p> <p>ロ 往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、訪問診療を行っている患者</p> <p>ハ 往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者</p> <p>ニ 往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この●において、「介護保険施設等」という。）に入所する患者</p>	

## 在宅医療におけるICT を用いた医療情報連携の推進

### <基本的な考え方>

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

### <具体的な内容>

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

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

### [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訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者がICT を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月●●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

### [施設基準]

(1) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICT を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。

(2) 診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) (1) に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(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。

[経過措置] 令和●年●月●日までの間に限り、(4) に該当するものとみなす。

## 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見直し

### <基本的な考え方>

より質の高い在宅医療の提供を適切に評価する観点から、訪問診療の算定回数等に応じて在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

### <具体的な内容>

1. 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設する。
2. 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近●月の訪問診療の算定回数等が●●回を超える保険医療機関（看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。）について、単一建物診療患者の数が●●人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。
3. 医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

### [経過措置]

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

# 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

## ＜基本的な考え方＞

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

## ＜具体的な内容＞

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

改定案	現行
【通院・在宅精神療法（1回につき）】	【通院・在宅精神療法（1回につき）】
1 通院精神療法	1 通院精神療法
イ（略）	イ（略）
ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合	ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合
(1) 精神保健指定医による場合	(1) 精神保健指定医による場合
●●点	560点
(2) (1)以外の場合	(2) (1)以外の場合
●●点	540点
ハ イ及びロ以外の場合	ハ イ及びロ以外の場合
(1) 30分以上の場合（略）	(1) 30分以上の場合（略）
(2) 30分未満の場合	(2) 30分未満の場合
① 精神保健指定医による場合	① 精神保健指定医による場合
●●点	330点
② ①以外の場合	② ①以外の場合
●●点	315点
2 在宅精神療法	2 在宅精神療法
イ（略）	イ（略）
ロ 区分番号A000に掲げる初	ロ 区分番号A000に掲げる初

診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合	診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合
(1) 精神保健指定医による場合	(1) 精神保健指定医による場合
●●点	620点
(2) (1)以外の場合	(2) (1)以外の場合
600点	600点
ハ イ及びロ以外の場合	ハ イ及びロ以外の場合
(1) 60分以上の場合	(1) 60分以上の場合
① 精神保健指定医による場合	① 精神保健指定医による場合
●●点	550点
② ①以外の場合	② ①以外の場合
●●点	530点
(2) 30分以上 60分未満の場合（略）	(2) 30分以上 60分未満の場合（略）
(3) 30分未満の場合	(3) 30分未満の場合
① 精神保健指定医による場合	① 精神保健指定医による場合
●●点	330点
② ①以外の場合	② ①以外の場合
●●点	315点

# 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

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

改定案	現行
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] 注11 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、通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 病院の場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から●年以内の期間に行った場合 ●●点 (2) (1)以外の場合</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (新設)</p>
<p>●●点 ロ 診療所の場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から●年以内の期間に行った場合 ●●点 (2) (1)以外の場合 ●●点</p> <p>[施設基準] 一の一の八 通院・在宅精神療法の注11に規定する施設基準 精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が確保されていること。</p>	<p>[施設基準] (新設)</p>

# 医療DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

## <基本的な考え方>

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

## <具体的な内容>

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

改定案	現行
<p>F400 処方箋料</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 ●●点</p> <p>ロ 一般名処方加算2 ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>第七 投薬</p> <p>五 医科点数表区分番号F400に掲げる処方箋料の注7及び歯科点数表区分番号F400に掲げる処方箋料の注6に規定する一般名処方加算の施設基準</p> <p>(1) 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に</p>	<p>F400 処方箋料</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 7点</p> <p>ロ 一般名処方加算2 5点</p> <p>[施設基準]</p> <p>第七 投薬 (新設)</p>

<p><u>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。</u></p> <p><u>(2) (1)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p> <p>[経過措置]</p> <p>令和●年●月●日までの間に限り、(2)に該当するものとみなす。</p>	
--	--

# 人工腎臓の評価の見直し

## <基本的な考え方>

包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。

## <具体的な内容>

人工腎臓について、包括薬剤の実勢価格を踏まえ、評価を見直す。

改定案	現行
<b>【人工腎臓（1日につき）】</b>	<b>【人工腎臓（1日につき）】</b>
1 慢性維持透析を行った場合 1	1 慢性維持透析を行った場合 1
イ 4時間未満の場合 ●●点	イ 4時間未満の場合 1,885点
ロ 4時間以上5時間未満の場合 ●●点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点
ハ 5時間以上の場合 ●●点	ハ 5時間以上の場合 2,180点
2 慢性維持透析を行った場合 2	2 慢性維持透析を行った場合 2
イ 4時間未満の場合 ●●点	イ 4時間未満の場合 1,845点
ロ 4時間以上5時間未満の場合 ●●点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点
ハ 5時間以上の場合 ●●点	ハ 5時間以上の場合 2,135点
3 慢性維持透析を行った場合 3	3 慢性維持透析を行った場合 3
イ 4時間未満の場合 ●●点	イ 4時間未満の場合 1,805点
ロ 4時間以上5時間未満の場合 ●●点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点
ハ 5時間以上の場合 ●●点	ハ 5時間以上の場合 2,090点

## 検査、処置及び麻酔の見直し

### <基本的な考え方>

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

### <具体的な内容>

下記の処置、検査及び麻酔について、評価を見直す。

改定案	現行
【眼底三次元画像解析】 ●●点	【眼底三次元画像解析】 <u>200点</u>
【細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）】 ●●点	【細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）】 <u>112点</u>
【耳垢栓塞除去（複雑なもの）】 1 片側 ●●点 2 両側 ●●点	【耳垢栓塞除去（複雑なもの）】 1 片側 <u>100点</u> 2 両側 <u>180点</u>
【トリガーポイント注射】 ●●点	【トリガーポイント注射】 <u>80点</u>