

令和6年度診療報酬改定 答申速報（ポイント解説）

MICTコンサルティング株式会社
大西大輔

I 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

I - 1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組 1

- ① 賃上げに向けた評価の新設 1
- ② 入院基本料等の見直し 18
- ③ 初再診料等の評価の見直し 45
- ④ 歯科医療における初再診料等の評価の見直し 47
- ⑤ 地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し49

I - 2 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

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し 51
- ② 特定集中治療室管理料等の見直し 53
- ③ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 66
- ④ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上 69
- ⑤ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し 70

I - 3 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
- ① ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進 78
 - ② 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化 80

I - 4 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 81

- ① 地域医療体制確保加算の見直し 81
- ② 勤務医の働き方改革の取組の推進 83

I - 5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充 85

- ① 特定集中治療室管理料等の見直し 85
- ② 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し 86
- ③ 感染対策向上加算等における専従要件の明確化 90
- ④ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進 94
- ⑤ 訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進 95

I - 6 医療人材及び医療資源の偏在への対応

- ① 時間外対応加算の見直し99
- ② 特定集中治療室管理料等の見直し103
- ③ 超急性期脳卒中加算の見直し104
- ④ 脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価106
- ⑤ DPC/PDPSの見直し109
- ⑥ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し110
- ⑦ 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し120

Ⅱ 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

Ⅱ - 1 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 122

- ① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し 122
- ② 医療 DX 推進体制整備加算の新設 125
- ③ 在宅医療における医療 DX の推進 129
- ④ 訪問看護医療 DX 情報活用加算の新設 134
- ⑤ 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進 136
- ⑥ へき地診療所等が実施する D to P with N の推進 138
- ⑦ 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し 139
- ⑧ 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 141
- ⑨ 小児特定疾患カウンセリング料の見直し 143
- ⑩ 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設 146
- ⑪ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設 148
- ⑫ 歯科遠隔連携診療料の新設 150
- ⑬ 超急性期脳卒中加算の見直し 152
- ⑭ 脳梗塞の患者に対する 血栓回収療法における遠隔連携の評価 153
- ⑮ 診療録管理体制加算の見直し 154
- ⑯ プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価 158
- ⑰ 診療報酬における書面要件の見直し 159
- ⑱ 書面掲示事項 のウェブサイトへの掲載 162
- ⑲ 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化 168

Ⅱ - 2 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

- ① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価 169
- ② 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進 177

- ③ 医療機関と介護保険施設の連携の推進 179
 - ④ 介護保険施設 及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し 181
 - ⑤ リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進 196
 - ⑥ 退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進 201
 - ⑦ 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進 203
 - ⑧ 入退院支援加算 1・2 の見直しについて 205
 - ⑨ 在宅療養指導料の見直し 210
 - ⑩ 認知症ケア加算の見直し 212
 - ⑪ 入院基本料等の見直し 216
 - ⑫ 地域包括ケア病棟入院料の 評価の見直し 217
 - ⑬ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し 223
 - ⑭ 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進 231
 - ⑮ リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進 234
- ### Ⅱ - 3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- ① 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進 237
 - ② 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進 239
 - ③ 疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設 242
 - ④ 呼吸器リハビリテーション料の見直し 249
 - ⑤ 療養病棟入院基本料の見直し 250
 - ⑥ 入院基本料等の見直し 268
 - ⑦ 医療と介護における栄養情報連携の推進 269
 - ⑧ 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進 271

Ⅱ - 4 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

- ① 急性期充実体制加算の見直し274
- ② 総合入院体制加算の見直し283
- ③ 急性期一般入院料 1 における平均在院日数の基準の見直し285
- ④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直しの見直し286
- ⑤ 特定集中治療室管理料等の見直し290
- ⑥ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し291
- ⑦ 重症度、医療・看護必要度Ⅱ要件化 293
- ⑧ 重症患者対応体制強化加算の要件の見直し 298
- ⑨ **短期滞在手術等基本料の評価の見直し300**
- ⑩ 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価 311
- ⑪ 主としてケアを担う看護補助者の評価の新設 312
- ⑫ 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し320
- ⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し 322
- ⑭ 療養病棟入院基本料の見直し 327
- ⑮ 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し328
- ⑯ 児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設333
- ⑰ 障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し 335
- ⑱ 障害者施設等入院基本料等の見直し337
- ⑲ 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実340
- ⑳ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し342
- ㉑ 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し343
- ㉒ DPC/PDPSの見直し344
- ㉓ 血友病患者の治療の評価の見直し 360

Ⅱ - 5 外来医療の機能分化・強化等

- ① **生活習慣病に係る 医学管理料の見直し 362**
- ② **特定疾患処方管理加算の見直し 371**
- ③ **地域包括診療料等の見直し 374**

Ⅱ - 6 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

- ① 感染対策向上加算の見直し 380
- ② **外来感染対策向上加算の見直し 384**
- ③ 感染症の入院患者 に対する感染対策及び個室管理の評価 387
- ④ サーベイランス強化加算等の見直し 393
- ⑤ 新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築 396
- ⑥ 連携強化加算（調剤基本料）の見直し 406
- ⑦ 新興感染症等 に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し 409

Ⅱ - 7 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

- ① **地域包括診療料等の見直し 411**
- ② **時間外対応加算の見直し 412**
- ③ **小児かかりつけ診療料の見直し 413**
- ④ 継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進 415
- ⑤ かかりつけ薬剤師指導料の見直し 420
- ⑥ 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し 422
- ⑦ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し 424

Ⅱ 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

Ⅱ - 8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ① 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 426
- ② 地域における 24 時間の在宅医療提供体制の構築の推進 428
- ③ 往診に関する評価の見直し 429
- ④ 在宅医療における ICT を用いた医療情報連携の推進 432
- ⑤ 在宅療養移行加算の見直し435
- ⑥ 在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設438
- ⑦ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進442
- ⑧ 在宅ターミナルケア加算等の見直し444
- ⑨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448
- ⑩ 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進469
- ⑪ 包括的支援加算の見直し472
- ⑫ 訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し474
- ⑬ 頻回訪問加算の見直し頻回訪問加算の見直し477
- ⑭ 訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化478
- ⑮ 虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進481
- ⑯ 訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し483
- ⑰ 訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進487
- ⑱ 緊急訪問看護加算の評価の見直し488
- ⑲ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し490
- ⑳ 母子に対する適切な訪問看護の推進491
- ㉑ 訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し493
- ㉒ 訪問看護医療DX情報活用加算の新設495
- ㉓ ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設496
- ㉔ ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設496
- ㉕ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進498
- ㉖ 訪問歯科衛生指導の推進507
- ㉗ 小児に対する歯科訪問診療の推進509
- ㉘ 入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進510
- ㉙ 多様な在宅ニーズに対応した薬局のの高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し514
- ㉚ 在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設521
- ㉛ 医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し525
- ㉜ 高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し527

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－1 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

① 入院時の食費の基準の見直し530

Ⅲ－2 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

① 一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し532

② 外来腫瘍化学療法診療料の見直し534

③ 遺伝学的検査の見直し535

④ 抗HLA抗体検査の算定要件の見直し540

⑤ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し542

⑥ 入院基本料等の見直し入院基本料等の見直し544

⑦ 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し545

⑧ 医療安全対策の推進546

⑨ 手術等の医療技術の適切な評価550

⑩ 質の高い臨床検査の適切な評価553

⑪ 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554

⑫ 新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築556

Ⅲ－3 アウトカムにも着目した評価の推進

① データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し557

② 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し562

③ 回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーションの算定単位数の見直し563

Ⅲ－4 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、周産野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）期医療、救急医療等）

Ⅲ－1 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

Ⅲ－4－1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

① 初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価565

② 救急医療管理加算の見直し568

Ⅲ－4－2 小児医療、周産期医療の充実小児

① 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設573

② 小児特定疾患カウンセリング料の見直し575

③ 小児緩和ケア診療加算の新設576

④ 小児かかりつけ診療料小の見直し578

⑤ 小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し579

⑥ 小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し580

⑦ 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設582

⑧ 入退院支援加算3の見直し584

⑨ 一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料3の見直し587

⑩ 小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設589

⑪ 母体・胎児集中治療室管理料の見直し593

⑫ ハイリスク妊娠管理加算の見直し595

Ⅲ－4－3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

① がん性疼痛緩和指導管理料の見直し596

② 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実598

③ 在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設599

④ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進600

⑤ 小児緩和ケア診療加算の新設601

⑥ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し602

⑦ がん拠点病院加算の見直し603

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－４－１ 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

- ① 初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価565
- ② 救急医療管理加算の見直し568

Ⅲ－４－２ 小児医療、周産期医療の充実

- ① 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設573
- ② 小児特定疾患カウンセリング料の見直し575
- ③ 小児緩和ケア診療加算の新設576
- ④ 小児かかりつけ診療料小の見直し578
- ⑤ 小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し579
- ⑥ 小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し580
- ⑦ 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設582
- ⑧ 入退院支援加算3の見直し584
- ⑨ 一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料3の見直し587
- ⑩ 小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設589
- ⑪ 母体・胎児集中治療室管理料の見直し593
- ⑫ ハイリスク妊娠管理加算の見直し595

Ⅲ－４－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

- ① がん性疼痛緩和指導管理料の見直し596
- ② 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実598

- ③ 在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設599
- ④ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進600
- ⑤ 小児緩和ケア診療加算の新設601
- ⑥ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し602
- ⑦ がん拠点病院加算の見直し603

Ⅲ－４－４ 認知症の者に対する適切な医療の評価

- ① 入院基本料等の見直し605
- ② 認知症ケア加算の見直し606
- ③ 地域包括診療料等の見直し607
- ④ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進科医療の推進608

Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- ① 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設
- ② 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し612
- ③ 精神科入退院支援加算の新設617
- ④ 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し620
- ⑤ 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622
- ⑥ 児童思春期支援指導加算の新設625
- ⑦ 心理支援加算の新設628
- ⑧ 精神科在宅患者支援管理料の見直し629

Ⅲ－４－６ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ① 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し631
- ② 遺伝学的検査の見直し632

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－5 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

- ① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し633
- ② 特定疾患処方管理加算の見直し634
- ③ 地域包括診療料等の見直し635
- ④ 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設636
- ⑤ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し638

Ⅲ－6 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

- ① 医科歯科連携の推進639
- ② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進644
- ③ 歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し645
- ④ 医歯薬連携の推進648
- ⑤ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進650
- ⑥ 客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進652
- ⑦ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進
654
- ⑧ かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進655
- ⑨ 歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し656
- ⑩ う蝕の重症化予防の推進657
- ⑪ 歯周病の重症化予防の推進661
- ⑫ 歯科衛生士による実地指導の推進663
- ⑬ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設664
- ⑭ 歯科遠隔連携診療料の新設665
- ⑮ 歯科固有の技術の評価の見直し666

Ⅲ－7 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、病院薬剤師業務のの評価

- ① 薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し679
- ② 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し688
- ③ 薬局における嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し689
- ④ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し691
- ⑤ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進692
- ⑥ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上693

Ⅲ－8 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

- ① 調剤基本料の見直し694
- ② 地域支援体制加算の見直し695
- ③ 休日・深夜加算の見直し716
- ④ いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し718
- ⑤ 連携連携強化加算（調剤基本料）の見直し725

Ⅲ－9 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

- ① 長期収載品の保険給付の在り方見直し726
- ② 医薬品取引状況に係る報告の見直し727
- ③ プログラム医療機器についての評価療養の新設731

IV 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

IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等

① 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732

② バイオ後続品の使用促進739

③ 長期収載品の保険給付の在り方の見直し742

④ 再製造単回使用医療機器の使用に対する評価743

⑤ プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価744

IV-2 費用対効果評価制度の活用

IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価745

① 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化745

② 人工腎臓の評価の見直し747

③ 検査、処置及び麻酔の見直し748

IV-4 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749

IV-5 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

IV-6 外来医療の機能分化・強化等外来医療の機能分化・強化等751

IV-7 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752

IV-8 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

① 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進753

② 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754

③ 投薬用の容器に関する取扱いの見直し755

IV-9 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

初再診等

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3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点引き上げる。**

	改定後 点数	現行 点数
【初診料】		
初診料	291点	288点
（情報通信機器を用いた場合）	253点	251点
（紹介のない場合）	216点	214点
（紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	188点	186点
（妥結率が低い場合）	216点	214点
（妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合）	188点	186点
（同一日2科目）	146点	144点
（同一日2科目・情報通信機器を用いた場合）	127点	125点
（同一日2科目・紹介のない場合）	108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）	94点	93点
（同一日2科目・妥結率が低い場合）	108点	107点

	改定後 点数	現行 点数
（同一日2科目・妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合）	94点	93点
【再診料】		
再診料	75点	73点
（情報通信機器を用いた場合）	75点	73点
（妥結率が低い場合）	55点	54点
（同一日2科目）	38点	37点
（同一日2科目・妥結率が低い場合）	28点	27点

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

基本的な考え方

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

具体的な内容

1. 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)

1 初診時 6点

2 再診時 2点

3 訪問診療時

イ 同一建物居住者以外の場合 28点

ロ 同一建物居住者の場合 7点

[算定要件]

(1) 1については、**主として医療に従事する職員**（医師及び歯科医師を除く）の**賃金の改善を図る体制**につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定**する。

(2) 2については、**主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制**につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手等基本料1を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定**する。

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

イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設に併設される保険医療機関が、有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く）であって、患者が同一建物居住者（患者と同一の建物に居住する他の患者に対して保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう）以外である場合

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

ハ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

(4) 3の口については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く）であって、当該患者が同一建物居住者である場合

ロ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く）に、当該患者が同一建物居住者である場合

ハ 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合

[施設基準]

(1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。

(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）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。

(3) 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除く）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

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

(5) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務医（歯科医師を含む。）及び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除く）を行うことができること。

(6) 令和6年度及び令和7年度における保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ)

3. 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、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強化する必要がある医療機関において、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 (Ⅱ) (1日につき)

- 1 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 1
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点
 - 再診時 1点
- 2 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 2
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 16点
 - 再診時 2点
- ↓
- 8 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 8
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 64点
 - 再診時 8点

[算定要件]

(1) 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、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

(2) 各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) の1又は3を算定している患者について、各区分の口については、外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) の2を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

[施設基準]

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

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) の届出を行っている保険医療機関であること。

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

(4) 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) 及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) の算定回数を見込みを用いて算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること。

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ)

(5) (4) について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【A】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数見込みのいずれの変化も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。

(6) 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。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

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

(8) 令和6年度及び令和7年度における保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

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

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

(11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

別表 1

ア薬剤師 イ保健師 ウ助産師 エ看護師 オ准看護師
カ看護補助者 キ理学療法士 ク作業療法士 ケ視能訓練士
コ言語聴覚士 サ義肢装具士 シ歯科衛生士 ス歯科技工士
セ歯科業務補助者 ソ診療放射線技師 タ診療工
ツ線技師 チ臨床検査技師 ツ衛生検査技師 テ臨床工学技士
ト管理栄養士 ナ栄養士 ニ精神保健福祉士
ヌ社会福祉士 ネ介護福祉士 ノ保育士 ハ救急救命士
ヒあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
フ柔道整復師 ヘ公認心理師 ホ診療情報管理士
マ医師事務作業補助者
ミ その他医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く)

別表 2

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の区分	点数(イ)	点数(ロ)
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1	8点	1点
1.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2	16点	2点
↓			
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8	64点	8点

医療DX

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<u>十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1</u>として、月1回に限り<u>3点</u>を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、<u>医療情報取得加算2</u>として、月1回に限り<u>1点</u>を所定点数に加算する。</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、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1</u>として、月1回に限り<u>4点</u>を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算2</u>として、月1回に限り<u>2点</u>を所定点数に加算する。</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19 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</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っては、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、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は、医療情報取得加算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 8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1回に限り8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。(オンライン請求)
- (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。(オンライン資格確認)
- (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。(電子処方箋)
- (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、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。
- (9) 現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算と同様に、B001-2に掲げる小児科外来診療料、B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料、B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料及びB001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料において、包括範囲外とする。

[経過措置]

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(5)の基準に該当するものとみなす。
- (3) (6)の基準については、令和6年10月1日から適用する。
- (4) 令和7年5月31日までの間に限り、(8)の基準に該当するものとみなす。

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 10点

〔対象患者〕

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

〔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健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる初診料の注●●、区分番号A●●に掲げる再診料の注●●若しくは区分番号A●●に掲げる外来診療料の注●●にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A●●に掲げる初診料の注●●に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C●●に掲げる在宅がん医療総合診療料の注●●に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C●●に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注●●（区分番号C●●の注●●により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I●●に掲げる精神科訪問看護・指導料の注●●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。

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。(オンライン請求)
- (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。(オンライン資格確認)
- (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。(電子処方箋)
- (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、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7年3月31日までの間に限り、(3)の基準に該当するものとみなす。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。
- (3) 令和7年5月31日までの間に限り、(6)の基準に該当するものとみなす。

(※) 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も同様。

基本的な考え方

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とともに、施設基準の届出の電子化を推進する。

具体的な内容

1. 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合及び必要以上に添付書類を求めている施設基準の添付書類の省略化などを行う。
2. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行い、医療機関・薬局のレセプト作成に係る事務負担軽減を図る。
3. 施設基準の届出について、現在紙で届け出ることとされている施設基準について電子的な届出を可能にすることで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

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7年5月31日までの経過措置を設ける。

オンライン診療等

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、218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)
---	------

※ 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 250点の約87%

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
【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 □ (略)	【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 □ (略)

【算定要件】

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内に1回以上行った場合に、**初回のカウンセリングを行った日から起算して、2年以内の期間においては月2回に限り、2年を超える期間においては、4年を限度として、月1回に限り、算定する。**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I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004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。

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696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点若しくは348点を算定する。

【施設基準】

(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。

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。

[算定要件]

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

[施設基準]

一の一の九 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を行うにつき十分な体制が整備されていること。

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。

【施設基準】

工 情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイトに掲載していること。

リハビリ

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
【運動器リハビリテーション料】 【算定要件】 1 運動器リハビリテーション料 (I) (1単位) イ 理学療法士による場合 185点 ロ 作業療法士による場合 185点 ハ 医師による場合 185点 2 運動器リハビリテーション料 (II) (1単位) イ 理学療法士による場合 170点 ロ 作業療法士による場合 170点 ハ 医師による場合 170点 3 運動器リハビリテーション料 (III) (1単位) イ 理学療法士による場合 85点 ロ 作業療法士による場合 85点 ハ 医師による場合 85点 ニ イからハまで以外の場合	【運動器リハビリテーション料】 【算定要件】 1 運動器リハビリテーション料 (I) (1単位) 185点 (新設) (新設) (新設) 2 運動器リハビリテーション料 (II) (1単位) 170点 (新設) (新設) (新設) 3 運動器リハビリテーション料 (III) (1単位) 85点 (新設) (新設) (新設) (新設)

85点	111点
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。 イ 運動器リハビリテーション料 (I) (1単位) (1) 理学療法士による場合 111点 (2) 作業療法士による場合 111点 (3) 医師による場合 111点 ロ 運動器リハビリテーション料 (II) (1単位) (1) 理学療法士による場合 102点 (2) 作業療法士による場合 102点 (3) 医師による場合 102点 ハ 運動器リハビリテーション料 (III) (1単位) (1) 理学療法士による場合 51点 (2) 作業療法士による場合 51点 (3) 医師による場合 51点 (4) (1)から(3)まで以外の場合 51点	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。 イ 運動器リハビリテーション料 (I) (1単位) 111点 (新設) (新設) (新設) ロ 運動器リハビリテーション料 (II) (1単位) 102点 (新設) (新設) (新設) ハ 運動器リハビリテーション料 (III) (1単位) 51点 (新設) (新設) (新設) (新設)

リハビリテーションに係る 医療・介護情報連携の推進

基本的な考え方

医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について要件を見直す。

具体的な内容

1. 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、又は疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他の保険医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、**移行先の事業所又は保険医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供することとする。**
2. **リハビリテーション計画提供料、リハビリテーション総合計画評価料を廃止する。**

(新設)

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

ヘ 他の保険医療機関とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。

[算定要件]

(17) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、**介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、●月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。**利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、**患者が、直近●月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。**

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

※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

短期滯在手術

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

基本的な考え方

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。

具体的な内容

1. 短期滞在手術等基本料での実施状況を踏まえ、見直す。



[算定要件]

(3) 短期滞在手術基本料の「1」の「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合とは、以下に掲げる手術等を行った場合をいう。

ア「D287」内分泌負荷試験の「1」下垂体前葉負荷試験の

「イ」成長ホルモン（GH）（一連として）

イ「D291-2」小児食物アレルギー負荷検査

ウ「K006」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）の「4」長径12センチメー

四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の「2」

（に限り。）る。）

除去術の「4」鎖骨、膝蓋骨、手、

カテーテルを挿入する場合の「イ」縫着レ

カテーテルを挿入しない場合

の後嚢切開を伴う場合

長径5センチメートル未満

長径5センチメートル以上

の気管支狭窄拡張術（気管支鏡による

手術又は気管支ファイバースコープによ

る）下肢静脈瘤手術の「1」抜去切除術

内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘

膜切除術の指腸ポリープ・粘膜切除術の「1」「1」早期悪性腫瘍粘膜切除早期悪性腫瘍粘膜切除術

チ「K834-3」顕微鏡下精索K834-3」顕微鏡下精索静脈瘤手術静脈瘤手術

ツ「K841-2」経尿道的レーザーK841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」ホルミウムレーザー又は倍周波ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの数レーザーを用いるもの

テ「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「2」ツリウムレーザーを用いるもの

ト「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「3」その他のもの

改定案	
【短期滞在手術等基本料1】	
1 短期滞在手術等基本料1（ りの場合）	
イ 主として入院で実施され る手術を行った場合	
（1）麻酔を伴う手術を行っ た場合	2,718点
（2）（1）以外の場合	2,718点
ロ イ以外の場合	
（1）麻酔を伴う手術を行っ た場合	1,588点
（2）（1）以外の場合	1,359点

ポイント	
ロ イ以外の場合	2,718点

膜切除術の指腸ポリープ・粘膜切除術の「1」「1」早期悪性腫瘍粘膜切除早期悪性腫瘍粘膜切除術
チ「K834-3」顕微鏡下精索K834-3」顕微鏡下精索静脈瘤手術静脈瘤手術
ツ「K841-2」経尿道的レーザーK841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」ホルミウムレーザー又は倍周波ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの数レーザーを用いるもの
テ「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「2」ツリウムレーザーを用いるもの
ト「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「3」その他のもの

生活習慣病関連

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。

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（除外）

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

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

リポジストロフィー

ローノア・ベンソード腺脂肪腫症

高血圧性疾患（除外）

虚血性心疾患

不整脈

心不全

脳血管疾患

一過性脳虚血発作及び関連症候群

単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎

詳細不明の慢性気管支炎

その他の慢性閉塞性肺疾患

肺気腫

喘息

喘息発作重積状態気管支拡張症

胃潰瘍

十二指腸潰瘍

胃炎及び十二指腸炎

肝疾患（経過が慢性なものに限る。）

慢性ウイルス肝炎

アルコール性慢性膵炎

その他の慢性膵炎

思春期早発症

性染色体異常

（新）アナフィラキシー

（新）ギラン・バレー症候群

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日以上の場合、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。</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日以上の場合、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</p>

<p>6~8 (略)</p> <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日以上の場合、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。</p> <p>【処方料及び処方箋料】 【施設基準】 一の二 処方料及び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 (1) 医科点数表の処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病 (2) 歯科点数表の処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患</p>	<p>7~9 (略)</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日以上の場合、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> <p>【処方料及び処方箋料】 【施設基準】 一の二 処方料及び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 (1) 医科点数表の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 分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病 (2) 歯科点数表の処方料及び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>
---	---

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

- 生活習慣病管理料の評価及び要件について、以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料(Ⅰ)とする。
 - 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。あわせて、療養計画書について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。
 - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 - 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。

改定案	現行
【生活習慣病管理料(Ⅰ)】 【算定要件】 B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)	【生活習慣病管理料】 【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 610点	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 660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 760点	3 糖尿病を主病とする場合 720点
注1 別に厚生労働大臣が定める施	注1 保険医療機関(許可病床数

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

<p>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。</p> <p>2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った<u>区分番号A001の注8に掲げる医学管理</u>、<u>第2章第1部医学管理等</u>（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、<u>第3部検査</u>、<u>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。</u></p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 <u>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。</u></p>	<p>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。</p> <p>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。）、<u>第3部検査</u>、<u>第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。</u></p> <p>3・4 (略) (新設)</p>
--	--

<p>(1) <u>生活習慣病管理料(Ⅰ)</u>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、<u>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。</u>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。</p> <p>(2) <u>生活習慣病管理料(Ⅰ)</u>は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。なお、血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求め</p>	<p>(1) <u>生活習慣病管理料</u>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、<u>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。</u>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。</p> <p>(2) <u>生活習慣病管理料</u>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。</p>
--	---

血液検査の結果

外来管理加算
は併算定不可

(Ⅱ)の算定から
6カ月は(Ⅰ)を
算定できない。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

<p>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) 生活習慣病管理料(1)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、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。</p> <p>(削除)</p> <p>月1の管理は削除</p> <p>(4) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。)を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、<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ものとする。</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) 生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、<u>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) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。)を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても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。</p>
--	---

患者・家族の求めに応じて交付
概ね4月に1回交付

<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ない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(1)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) 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。</p> <p>(9) 患者の状態に応じ、28日以上<u>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提示するとともに、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) 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、<u>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>電子カルテ情報共有サービスを活用</p> <p>患者の同意は必要</p> <p>(6) 当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。</p> <p>(7)・(8) (略)</p> <p>(9) 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。</p> <p>(新設)</p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。</p> <p>(12)~(14) (略)</p>
---	--

長期処方・リフィル処方の院内掲示
歯科受診を推奨

<p>[施設基準] 四の九 生活習慣病管理料(1)の施設基準 (1) 生活習慣病管理料(1)の注1に規定する施設基準 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (2) 生活習慣病管理料(1)の注4に規定する施設基準 イ 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>第6の9 生活習慣病管理料 1 生活習慣病管理料(1)の注1に規定する施設基準 (1) 患者の状態に応じ、28日以上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、<u>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提示すること。</u> (2) 治療計画に基づく総合的な治療管理は、<u>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] 四の九 生活習慣病管理料の注4に規定する施設基準 (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。</p> <p>第6の9 生活習慣病管理料 (新設)</p> <p>1~3 (略)</p>
---	--

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

療養計画書（現在の書式）

- 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化する
- 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。
- 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。

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: 男・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

おおよそ、検査結果を理解できると10分の生活上の課題点を抽出し、目標を設定できること

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

【服薬】 食事の状況 運動の状況 たばこ 歯科の受診状況 その他の生活

【①達成目標】: 患者と相談した目標

【②行動目標】: 患者と相談した目標

医師氏名 (印)

【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 ()

アルコール: (減らす(種類・量): 全酒 回)

間食: (減らす(種類・量): 全酒 回)

食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ())

食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくする

担当者の氏名 (印)

【運動】

今回は、指導の必要なし

運動処方: 種類(ウーキング・), 頻度(1日毎・週 () 時間(30分以上・), 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or 日)

日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)

運動時の注意事項など()

担当者の氏名 (印)

【たばこ】

非喫煙者である

禁煙・断煙の有効性 禁煙の実施方法等

担当者の氏名 (印)

【その他】

仕事 余暇 睡眠の確保(質・量) 減量

家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等)

担当者の氏名 (印)

その他 ()

担当者の氏名 (印)

【服薬指導】 処方なし 薬の説明

担当者の氏名 (印)

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

【特定健康診査の受診の有無】 有 無

【特定保健指導の利用の有無】 有 無

【保険者からの情報提供の求めに対する協力の回答】 有 無

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名 _____

医師氏名 _____ (印)

生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日) ()回目

患者氏名: (男・女) 主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

生年月日: 男・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

おおよそ、重点目標の達成状況を理解できると目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

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

【目標の達成状況と次の目標】: 患者と相談した目標

【①達成目標】: 患者と相談した目標

【②行動目標】: 患者と相談した目標

医師氏名 (印)

【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 ()

アルコール: (減らす(種類・量): 全酒 回)

間食: (減らす(種類・量): 全酒 回)

食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ())

食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくする

担当者の氏名 (印)

【運動】

今回は、指導の必要なし

運動処方: 種類(ウーキング・), 頻度(1日毎・週 () 時間(30分以上・), 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or 日)

日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)

運動時の注意事項など()

担当者の氏名 (印)

【たばこ】

非喫煙者である

禁煙・断煙の有効性 禁煙の実施方法等

担当者の氏名 (印)

【その他】

仕事 余暇 睡眠の確保(質・量) 減量

家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等)

担当者の氏名 (印)

その他 ()

担当者の氏名 (印)

【服薬指導】 処方なし 薬の説明

担当者の氏名 (印)

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

【特定健康診査の受診の有無】 有 無

【特定保健指導の利用の有無】 有 無

【保険者からの情報提供の求めに対する協力の回答】 有 無

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名 _____

医師氏名 _____ (印)

生活習慣病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) 333点 <特定疾患療養管理料225点+外来管理加算52点+特定疾患処方管理加算266点=343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。

（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（外来管理加算）及び第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）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。

（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。

（4）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を行うにつき十分な体制が整備されていること。

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 500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1回に限り所定点数に500点を加算する。

(新) 外来データ提出加算 50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、50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。

かかりつけ医

地域包括診療料等の見直し

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9月30日までの間に限り、なお従前の例による。
- (2) 令和7年5月31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

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>【再診料】 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。 イ 地域包括診療加算1 <u>28点</u> ロ 地域包括診療加算2 <u>21点</u></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</p>	<p>【再診料】 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。 イ 地域包括診療加算1 <u>25点</u> ロ 地域包括診療加算2 <u>18点</u></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</p>

<p>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。 イ 認知症地域包括診療加算1 <u>38点</u> ロ 認知症地域包括診療加算2 <u>31点</u></p> <p>【地域包括診療料】 1 地域包括診療料1 1,660点 2 地域包括診療料2 1,600点</p> <p>【認知症地域包括診療料】 1 認知症地域包括診療料1 1,681点 2 認知症地域包括診療料2 1,613点</p>	<p>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。 イ 認知症地域包括診療加算1 <u>35点</u> ロ 認知症地域包括診療加算2 <u>28点</u></p> <p>【地域包括診療料】 1 地域包括診療料1 1,660点 2 地域包括診療料2 1,600点</p> <p>【認知症地域包括診療料】 1 認知症地域包括診療料1 1,681点 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。

[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1回に限り20点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(13)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。

(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。

(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。

[経過措置]

令和6年3月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、(14)の基準を満たしているものとみなす。

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

- 発達障害を疑う児の診察等を行うこと、不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に乗ること、医師が発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を受講していることが望ましいことを要件に追加する。
- 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
【小児かかりつけ診療料】 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 <u>652点</u> (2) 再診時 <u>458点</u> ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 <u>769点</u> (2) 再診時 <u>576点</u> 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 <u>641点</u> (2) 再診時 <u>447点</u> ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 <u>758点</u> (2) 再診時 <u>565点</u> 【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	【小児かかりつけ診療料】 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 <u>641点</u> (2) 再診時 <u>448点</u> ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 <u>758点</u> (2) 再診時 <u>566点</u> 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 <u>630点</u> (2) 再診時 <u>437点</u> ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 <u>747点</u> (2) 再診時 <u>555点</u> 【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うる育児不安等の相談に適切に対応すること。 主 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) (略) (2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。 (3)・(4) (略) (5) (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。	こと。 ア～エ (略) (新設) (新設) オ かかりつけ医として、上記アからエまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからエまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。 【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) (略) (新設) (2)・(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)
--	---

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】 【算定要件】 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 ロ 時間外対応加算 2 4点 ハ 時間外対応加算 3 3点 ニ 時間外対応加算 4 1点</p> <p>【施設基準】 五 時間外対応加算の施設基準 (1) 時間外対応加算 1 の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等</p>	<p>【時間外対応加算】 【算定要件】 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) ロ 時間外対応加算 2 3点 ハ 時間外対応加算 3 1点</p> <p>【施設基準】 五 時間外対応加算の施設基準 (1) 時間外対応加算 1 の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等</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>第2 時間外対応加算 2 時間外対応加算 1 に関する施設基準 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、<u>当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。</u>なお、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</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> <p>第2 時間外対応加算 2 時間外対応加算 1 に関する施設基準 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。</p>
--	---

時間外対応加算の見直し

<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 <u>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。</u></p> <p>4 時間外対応加算3に関する施設基準 (1) <u>診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として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>(新設)</p> <p>3 時間外対応加算2に関する施設基準 (1) <u>診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として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>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>(2) (略)</p> <p>5・6 (略)</p> <p>【小児かかりつけ診療料】 【施設基準】 1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準 (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 (2) 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)</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】 1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準 (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 (2) 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)</p>
---	--	---	--

在宅医療

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 200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（「介護保険施設等」）の協力医療機関であって、**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、200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（「介護保険施設等」）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、**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) 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、**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7年5月31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

イ) 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 八) 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 二) 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		
<p>【往診料】 【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</p>	<p>【往診料】 【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は在</p>	<p>患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合 (1)～(2) (略)</p> <p>□ 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>二 別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合 (1) 緊急往診加算 325点 (2) 夜間・休日往診加算 405点 (3) 深夜往診加算 485点</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】 一の三 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</p>	<p>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>□ 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】 一の三 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>に従事している一部の時間 (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。 イ 往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの 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、過去60日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの 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 二 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（以下この項において、「介護保険施設等」という。）に入所する患者</p>	(新設)

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） 100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、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患者に関わる者が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1回に限り、100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、**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7年5月31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3月の訪問診療の算定回数等が2100回を超える保険医療機関（看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。）について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。
3. 医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

精神医療

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）】 1 通院精神療法 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 (1) 精神保健指定医による場合 <u>600点</u> (2) (1)以外の場合 <u>550点</u> ハ イ及びロ以外の場合 (1) 30分以上の場合 (略) (2) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>315点</u> ② ①以外の場合 <u>290点</u>	【通院・在宅精神療法（1回につき）】 1 通院精神療法 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 (1) 精神保健指定医による場合 <u>560点</u> (2) (1)以外の場合 <u>540点</u> ハ イ及びロ以外の場合 (1) 30分以上の場合 (略) (2) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>330点</u> ② ①以外の場合 <u>315点</u>
2 在宅精神療法 イ (略) ロ 区分番号A000に掲げる初	2 在宅精神療法 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 (1) 精神保健指定医による場合 <u>640点</u> (2) (1)以外の場合 600点	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 <u>620点</u> (2) (1)以外の場合 600点
ハ イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>590点</u> ② ①以外の場合 <u>540点</u>	ハ イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>550点</u> ② ①以外の場合 <u>530点</u>
(2) 30分以上 60分未満の場合 (略) (3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>315点</u> ② ①以外の場合 <u>290点</u>	(2) 30分以上 60分未満の場合 (略) (3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>330点</u> ② ①以外の場合 <u>315点</u>

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	15点	
<p>【通院・在宅精神療法】 【算定要件】 注11 <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、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。</u></p> <p>イ 病院の場合</p> <p>(1) <u>当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合</u> 20点</p> <p>(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>□ <u>診療所の場合</u> 15点</p> <p>(1) <u>当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合</u> 50点</p> <p>(2) (1)以外の場合 15点</p> <p>【施設基準】 一の一の八 <u>通院・在宅精神療法の注11に規定する施設基準</u> <u>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。</u></p>	<p>【施設基準】 (新設)</p>

処方等

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

基本的な考え方

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。

具体的な内容

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

[施行日等]

令和6年10月1日から施行・適用する。

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 10点</p> <p>ロ 一般名処方加算2 8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</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>所に掲示していること。</p> <p>(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。</p> <p>[経過措置]</p> <p>令和7年5月31日までの間に限り、(2)に該当するものとみなす。</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

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

改定案	現行
【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料 <u>4点</u>	【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料 <u>10点</u>
【処方箋料】 1 3種類以上の抗不安薬、3種類	【処方箋料】 1 3種類以上の抗不安薬、3種類
以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <u>20点</u>	以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <u>28点</u>
2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 <u>32点</u>	2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 <u>40点</u>
3 1及び2以外の場合 <u>60点</u>	3 1及び2以外の場合 <u>68点</u>

その他

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
【人工腎臓（1日につき）】	【人工腎臓（1日につき）】
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 <u>1,876点</u>	イ 4時間未満の場合 <u>1,885点</u>
ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,036点</u>	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,045点</u>
ハ 5時間以上の場合 <u>2,171点</u>	ハ 5時間以上の場合 <u>2,180点</u>
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 <u>1,836点</u>	イ 4時間未満の場合 <u>1,845点</u>
ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>1,996点</u>	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,005点</u>
ハ 5時間以上の場合 <u>2,126点</u>	ハ 5時間以上の場合 <u>2,135点</u>
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 <u>1,796点</u>	イ 4時間未満の場合 <u>1,805点</u>
ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>1,951点</u>	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>1,960点</u>
ハ 5時間以上の場合 <u>2,081点</u>	ハ 5時間以上の場合 <u>2,090点</u>

実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

【評価を見直す検査の例】

改定案	現行
【血液化学検査】 注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ (略) ハ 10項目以上 <u>103点</u>	【血液化学検査】 注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ (略) ハ 10項目以上 <u>106点</u>
【SARS-CoV-2抗原検出（定性）】 <u>150点</u>	【SARS-CoV-2抗原検出（定性）】 <u>300点</u>

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】 190点	【眼底三次元画像解析】 200点
【細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）】 110点	【細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）】 112点
【耳垢栓塞除去（複雑なもの）】 1 片側 90点 2 両側 160点	【耳垢栓塞除去（複雑なもの）】 1 片側 100点 2 両側 180点
【トリガーポイント注射】 70点	【トリガーポイント注射】 80点

まとめ

項目	変更点数等
初再診料	<ul style="list-style-type: none"> ・初再診料の引き上げ New 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ） ・時間外対応加算の算定ケースの見直し
医療DX	<ul style="list-style-type: none"> ・医療情報・システム基盤整備体制充実加算→医療情報取得加算 New 医療DX 推進体制整備加算の新設 New 在宅医療DX 情報活用加算の新設
オンライン診療等	<ul style="list-style-type: none"> New 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理（CPAP）の情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価の新設 New 小児特定疾患カウンセリング料の情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価の新設 New 通院精神療法の情報通信機器を用いて行った場合の評価が新設
リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションに係る 医療・介護情報連携の推進 ・疾患別リハビリテーション料のリハビリ職種ごとの区分の新設
手術	<ul style="list-style-type: none"> ・短期滞在手術基本料1の評価の見直し
生活習慣病	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ） ・特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病の削除 ・特定疾患処方管理加算1の削除 ・特定疾患処方管理加算2のリフィル処方のケースも可能
かかりつけ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括診療料・地域包括診療加算の算定要件の見直し ・外来感染対策向上加算の見直し ・小児かかりつけ診療料の算定要件の見直し
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・往診に関する評価の見直し New 在宅医療におけるICT を用いた医療情報連携の推進 ・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し
精神	<ul style="list-style-type: none"> ・通院・在宅精神療法の60分以上/30分未満の場合の評価の見直し New 早期診療体制充実加算の新設
処方箋料	<ul style="list-style-type: none"> New 長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・一般名処方加算の見直し/薬剤情報提供料・処方箋料の見直し
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・人工腎臓の評価の見直し ・検体検査の見直し（血液化学検査/SARS-CoV-2抗原検査） ・検査、処置及び麻酔の見直し <p>（眼底三次元画像解析/細隙灯顕微鏡検査/耳垢栓塞除去（複雑なもの）/トリガーポイント注射）</p>

ご清聴ありがとうございました。



MICT
CONSULTING

MICTコンサルティング株式会社

大西 大輔 (Daisuke Ohnishi)

〒247-0007

神奈川県横浜市栄区小菅ヶ谷3-2-1

E-MAIL : daisuke.ohnishi@gmail.com

HP : <http://mictconsulting.com>

MICTコンサルティング株式会社

代表取締役 (<http://mictconsulting.com>)

一般社団法人リンクア

理事 (<https://linqua.jp/>)

穴吹ビジネス専門学校

非常勤講師 (<http://web.anabuki-net.ne.jp/amf/>)