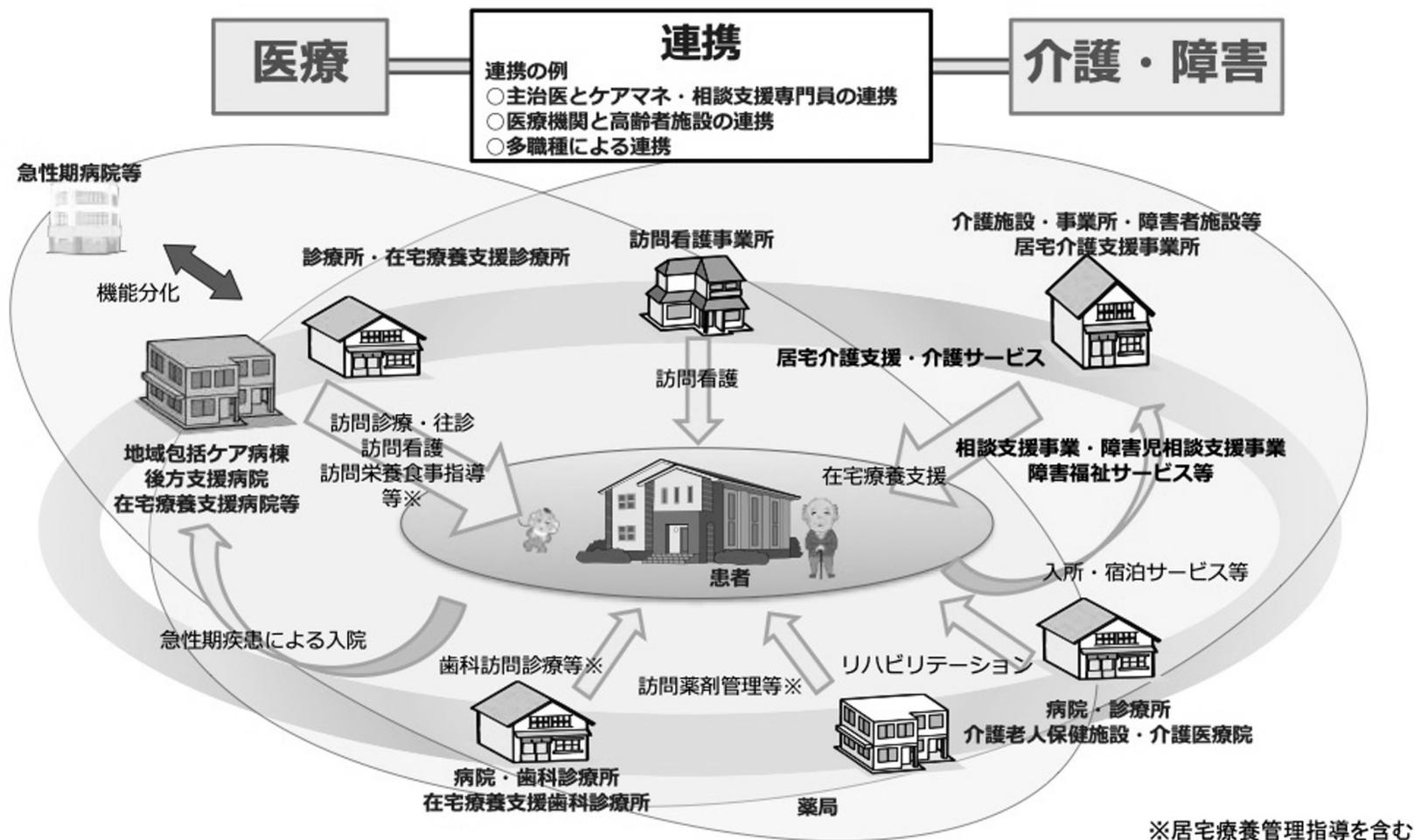


在宅医療(在宅の改定の全体像と医療DX)

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

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



訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

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

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅医療情報連携加算の新設

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

・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

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

・往診時医療情報連携加算の新設

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

・在宅療養移行加算の見直し

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

・在宅ターミナルケア加算等の見直し

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

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

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

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

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

・往診料の見直し

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

・在宅患者訪問診療料の見直し

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

往診料の評価の見直し

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

往診料	以下のいずれかに該当する場合				その他の場合
	機能強化型の 在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型 以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関	
	病床有	病床無			
	720点				
	+				
緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

①緊急往診加算について

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

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

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

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

(参考)在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

往診料		720点
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1 （1日につき）	同一建物居住者以外の場合	888点
	同一建物居住者の場合	213点
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイ（1日につき）		150点

在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から 2週間以内に2回以上の往診、訪 問診療又は退院時共同指導を実施 した場合に算定	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関	
	有床診・在支病	無床診			
	6,500点 (6,200点)	5,500点 (5,200点)	4,500点 (4,200点)	3,500点 (3,200点)	
+在宅緩和ケア充実診 療所・病院加算	7,500点 (7,200点)	6,500点 (6,200点)	/		
+在宅療養実績加算1	/				5,250点 (4,950点)
+在宅療養実績加算2					5,000点 (4700点)

※1 ()内は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイを算定しているときの点数

看取り加算	在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算	患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

■その他の加算■

- 乳幼児加算 400点
- 診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算

※2 看取り加算と死亡診断加算は併算定できない

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見直し②

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

[概要]

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

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

【参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料及び評価】

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

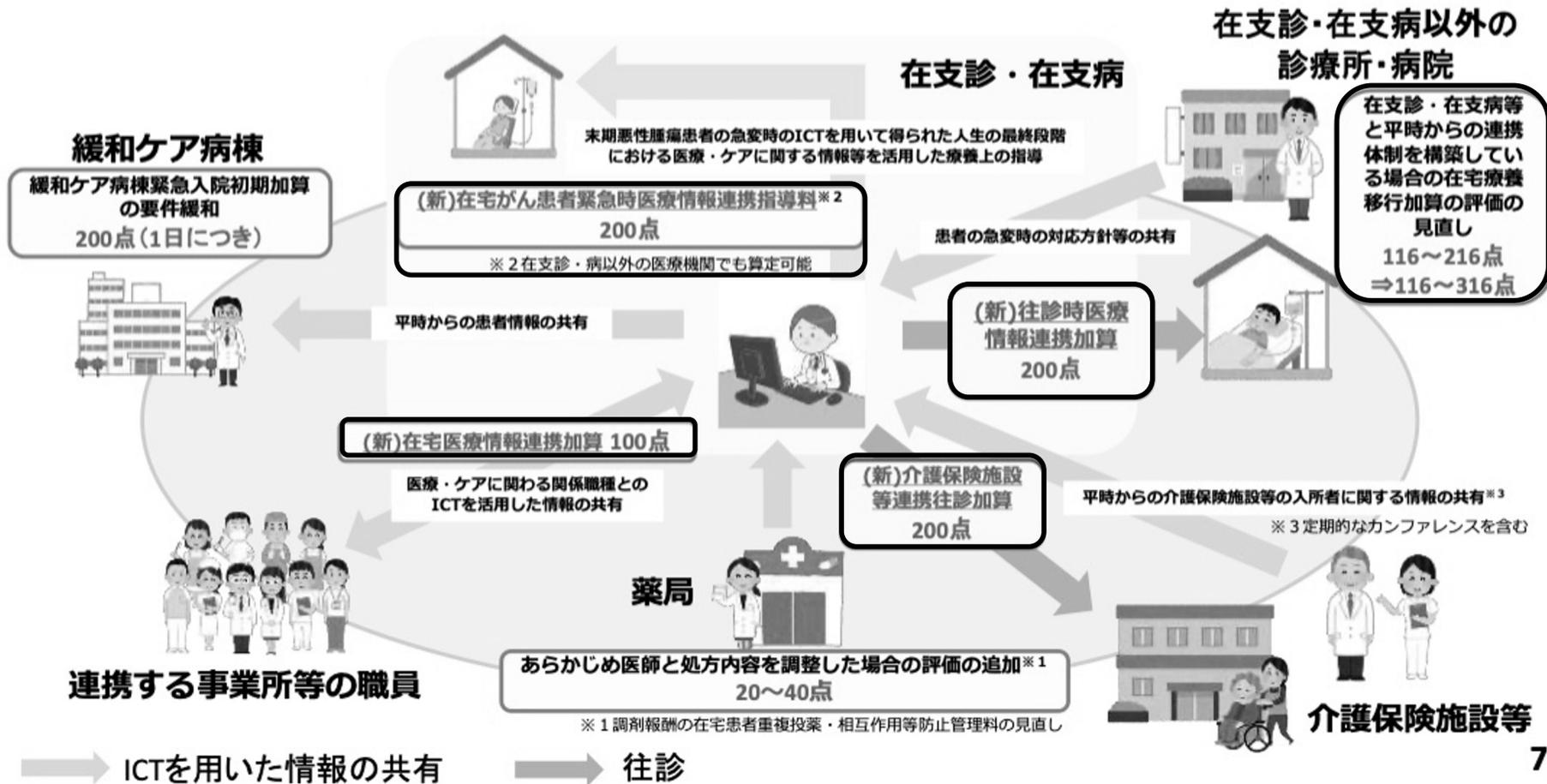
- 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。

(参考) 在支診・在支病の施設基準

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

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

▶ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



在宅医療における医療DXの推進

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

□(新)在宅医療DX情報活用加算

10点

◆対象患者

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

□(新)訪問看護医療DX情報活用加算

5点

◆対象患者

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

□【参考】(新)在宅医療DX情報活用加算(歯科訪問診療料)

8点

◆対象患者：歯科訪問診療料を算定する患者

在宅医療DX情報活用加算の施設基準

□(新)在宅医療DX情報活用加算(月1回)(要届出)

10点

- ◆ 医療情報取得加算(初・再診料)、医療DX推進体制整備加算(初診料)、訪問看護医療DX情報活用加算とは同一月算定不可

◆ 在宅医療DX情報活用加算に関する施設基準

- 届出用紙は様式11の6
- レセプトオンライン請求を行っている
- オンライン資格確認を行う体制を有している
⇒ オンライン資格確認の導入時にポータルサイトから運用開始日を登録
- **(在宅のみ)**居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを活用し、診療情報等を取得及び活用できる体制を有している
- 電子処方箋を発行できる体制を有している
【経過措置：令和7年3月31日】
- 電子カルテ情報共有サービスを活用する体制を有している
【経過措置：令和7年9月30日まで】

【参考】訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み(居宅同意取得型)の実施上の留意事項について
<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001232034.pdf>

- 次の項目を院内の見やすい場所に掲示
医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行っていること(具体的には次に掲げる事項)
 - ア、居宅同意取得型オンライン資格確認等システムから取得した診療情報等を活用して、計画的な医学管理の下に訪問して診療を実施している
 - イ、マイナ保険証の利用促進等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる
 - ウ、電子処方箋の発行・電子カルテ情報共有サービスなどの医療DXにかかる取組を実施している
【経過措置：令和7年9月30日まで】
- 上記の院内掲示は、原則としてウェブサイトに掲載している(自ら管理するホームページ等が無い場合は除く)
【経過措置：令和7年5月31日まで】

(参考) 事前準備① オンライン資格確認等システムの環境設定情報変更

院内・事業所
での操作

各医療機関等の管理者により、訪問診療等機能を利用可能な設定にする。

①管理者が「環境設定情報更新」のメニューをクリック

②「訪問診療等機能」を「利用する」に変更して、更新ボタンをクリック
(オンライン診療等も同様)



画面遷移



拡大

オン資の設定変更が必要です

「オンライン資格確認等システム利用規約」を確認した上で、「利用する」を選択

出典：令和6年3月21日
訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み(居宅同意取得型)の実施上の留意事項について

(参考) 事前準備② 「マイナ在宅受付Web」として医療機関別のURLを発行

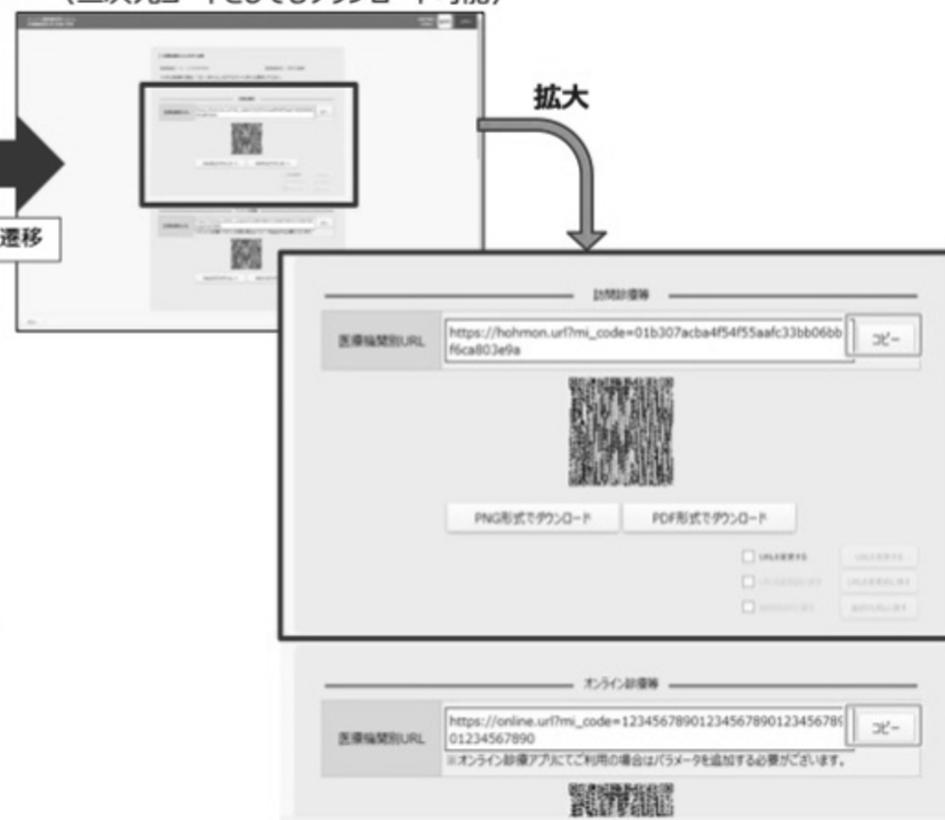
院内・事業所
での操作

「マイナ在宅受付Web」として、インターネット経由でアクセスするための医療機関別のURLを発行する。

① 「医療機関別URL取得・変更」メニューをクリック



② 「マイナ在宅受付Web」として、医療機関別のURLを生成し、コピーする。
(二次元コードとしてもダウンロード可能)



※ 「マイナ在宅受付Web」にアクセスするためのURLや二次元コードは、医療機関等コードをもとに暗号化して生成。

医療機関等の電子証明書を利用して、オンライン資格確認等システムにログインし、「マイナ在宅受付Web」に登録された同意情報をもとに、患者の資格情報等の情報取得を可能とすることにより、セキュリティを確保。

病院・診療所向けオンライン資格確認クイックガイド

③ オンライン診療等（マイナンバーカードによる同意取得）の場合

業務開始時・終了時に行うこと（毎日）

業務開始前に行うこと

端末の電源を入れる・ログインする

- ① 資格確認端末の電源を入れる
- ② 資格確認端末にログインする



業務終了時に行うこと

端末の電源を切る

- ① 資格確認端末の電源を切る
※ 画面に更新が必要な旨表示された場合、再起動完了を行った上で、シャットダウン
※ 画面表示できない資格確認端末を使用している場合、資格確認端末の電源は切らない



予約時に行うこと（患者操作）

同意取得・資格確認

マイナ在宅受付Webアクセス 同意内容の選択・確認 本人確認 同意登録完了

① オンライン診療等アプリからアクセス

② 二次元コード等からアクセス

① 診療予約日の確認、手術情報・診療/薬剤情報・特定健診情報の閲覧同意の内容を選択

① マイナンバーカードの暗証番号入力、読み取り

① 同意登録の完了を確認

※ 詳細は、「マイナ在宅受付Web操作マニュアル」を参照ください。

診療前に行うこと

資格情報の照会（一括）

該当する患者情報をアップロード 照会結果を確認・ダウンロード 照会番号登録

① 資格確認一括要求ファイルを作成し、オンライン資格確認等システムにアップロード

① アップロード後しばらく時間をおいてから、照会結果を確認・ダウンロード

① 照会番号の登録
医療機関等毎に任意で照会番号（患者を特定する任意の番号）を登録しておくことで、次回診療前にスムーズに患者の特定ができます。

※ 詳細は、「操作マニュアル（一般利用者・医療情報閲覧者編）」を参照ください。

資格情報の照会（個別）

該当する患者情報の入力・検索 照会結果を確認・ダウンロード 照会番号登録

① 診療区分に「オンライン診療等」を選択のうえ、患者の保険者番号・被保険者証番号・枝番、生年月日、資格確認日をオンライン資格確認等システムに入力し検索

① 照会結果を確認・ダウンロード

① 照会番号の登録
医療機関等毎に任意で照会番号（患者を特定する任意の番号）を登録しておくことで、次回診療前にスムーズに患者の特定ができます。

※ 詳細は、「操作マニュアル（一般利用者・医療情報閲覧者編）」を参照ください。

薬剤情報・診療情報・特定健診情報閲覧時

薬剤情報・診療情報・特定健診情報検索 薬剤情報・診療情報・特定健診情報閲覧

① 電子カルテシステム等の端末で検索条件を入力し、患者の情報を検索 ※ 患者から同意を取得している場合のみ

① 電子カルテシステム等の端末より当該患者の薬剤情報・診療情報・特定健診情報を閲覧

※ 詳細は、「電子カルテシステム等操作マニュアル」を参照ください。

出典：令和6年3月21日
訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）の実施上の留意事項について

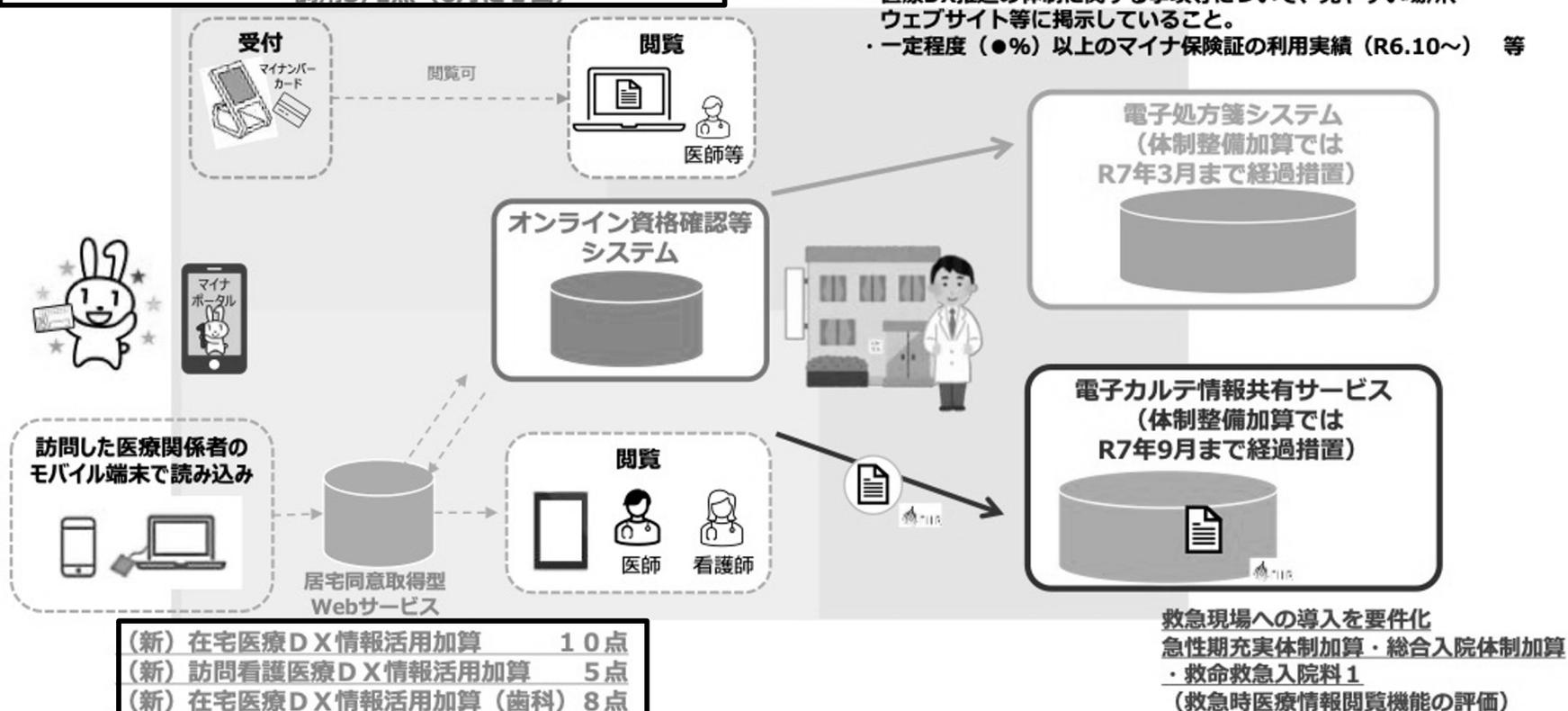
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

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

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

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点(歯科)、4点(調剤)

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



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

在宅医療におけるICTを用いた医療情報連携の推進

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

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

□ **(新)**在宅医療情報連携加算(在宅がん医療総合診療料) 100点

□ **【参考】**(新)在宅歯科医療情報連携加算(歯科診療報酬) 100点

◆ 関係職種

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

ICTを用いた情報共有【事例】

【出典】令和5.10.4 中医協 総-2

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

記録者	記録内容(概要)	補足
Day (在宅医師)	肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。 少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。 主たる介護者は妻であり、本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。	写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。
-58日 (看護師)	奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思ってます。」	【共有内容のイメージ】
-14日 (看護師)	トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。(起居動作を動画にて保存)	〇月△日 □□:□□ 投稿者:〇〇 〇〇(医師)
-10日 (看護師)	頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。	題名:呼吸苦時の対応 本文:呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。
-6日 (在宅医師)	奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着き無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。(良姿勢を動画にて保存)	添付: 
	連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有	
-4日 (ケアマネジャー)	福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されていました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているいろいろやっていますけれども、病状は悪化する一方ですね。先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心」	家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。
-2日 (在宅医師)	画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。	ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。
-2日 (緩和ケア病棟スタッフ)	これまでも地域ICTの記録を通じて病態変化を事前に確認できているので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。	患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。
0日	当該緩和ケア病棟に入院 入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。	

在宅がん医療総合診療料の見直しと加算新設①

□ 在宅がん医療総合診療料(1日につき)

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

□ イ,病床を有する場合

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

□ (2)(略)

□ ロ,病床を有しない場合

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

□ (2)(略)

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

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

□ ロ,(略)

◆ 算定要件の追加

(12)「注3」の特に規定するものとは次の費用であり、当該費用は、要件を満たせば在宅がん医療総合診療料と別に算定できる

(新)ウ、訪問診療を行った際のベースアップ評価料

在宅がん医療総合診療料の見直しと加算新設②

□ 在宅がん医療総合診療料(1日につき)

□ (新)在宅医療DX情報活用加算(月1回)(要届出) 10点

- ◆ オンライン資格確認等システムから得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合
- ◆ 同一月に併算定不可
 - ・ 医療情報取得加算 (初診料の注15、再診料の注19、外来診療料の注10)
 - ・ 医療DX推進体制整備加算 (初診料の注16)
 - ・ 在宅医療DX情報活用加算 (在宅患者訪問診療料(I)の注13在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注6)
 - ・ 訪問看護医療DX情報活用加算 (在宅患者訪問看護・指導料の注17、同一建物訪問看護・指導料の注6、精神科訪問看護・指導料の注17)

※施設基準等は在宅患者訪問診療料の「在宅医療DX情報活用加算」の項を参照

□ (新)在宅医療情報連携加算(月1回)(要届出) 100点

- ◆ 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものの同意を得て、自院と連携する他院の以下の職種と、当該患者に関わる者がICT等を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合
 - ・ 他院の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等

※施設基準等は在医総管、施設総管の「在宅医療DX情報活用加算」の項を参照

在宅がん医療総合診療料の見直しと加算新設③

◆第16の1の3 在宅がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算

1、在宅医療情報連携加算に関する事項

第15の4に掲げる在宅医療情報連携加算の届出を行っていること

2、届出に関する事項

第15の4に掲げる在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の在宅医療情報連携加算の届出を行って**い**ればよく、在宅時がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設①

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

□(新)在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料(月1回) 200点

◆対象患者

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

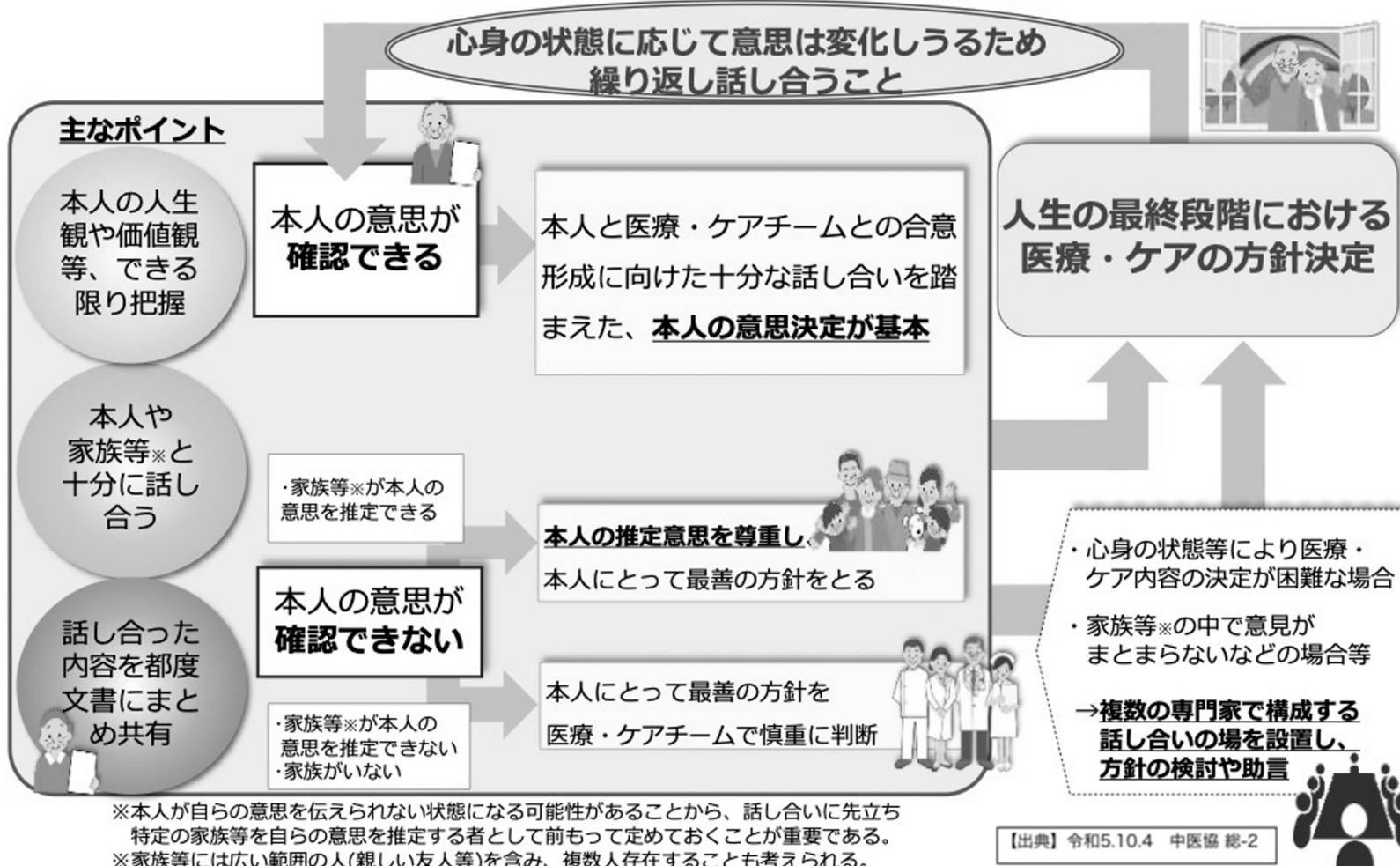
◆算定要件

- 訪問診療の実施医療機関の保険医が、在宅で療養を行っている患者で通院が困難なものの同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、自院と連携する他院等の下記の職種がICT等を用いて記録した当該患者のACP(人生の最終段階における医療・ケア)に関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する
- 在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る
 - ✓ 在宅時医学総合管理料の注15、施設入居時等医学総合管理料の注5、在宅がん医療総合診療料の注9
- 関係職種
 - ✓ 他院の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員、相談支援専門員等
- 他院等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行っている患者に対し、共有されている当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、当該指導日に限り算定可

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

意見交換 資料-1
参 考
R 5 . 5 . 1 8

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



在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設②

◆在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の算定要件

- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者について、当該患者の計画的な医学管理を行っている医師が、当該患者の病状の急変時等に、当該患者に関わる関係職種がICTを用いて記録されている当該患者の情報を踏まえ、療養上必要な指導を行うことが、患者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組を評価するもの
 - ※「関係職種」：医療関係職種、介護関係職種等
 - ※「当該患者の情報」：当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報
- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算(在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料)を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、関係職種が、当該患者の情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の情報を活用して患家において、当該患者又はその家族等に療養上必要な指導を行った場合に月1回算定
- 医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の情報について、当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点、患者に行った指導の要点を診療録に記載
- 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料を算定するに当たって、ICTを用いて連携機関と患者の個人情報を取り扱う場合には、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること

【疑義解釈】在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

- ◆問179、在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、患者が当該指導を行った上で入院となった場合に算定することは可能か

(答)可能

- ◆問180、「当該患者の計画的な医学管理を行う医師」が療養上必要な指導を行うことを求めているが、患者の主治医と同一医療機関の所属医師で、当該患者の治療方針等を検討するカンファレンスに定期的に参加し、主治医が対応困難な時間帯に対応する者として主治医から患者に説明し、同意が得られている医師が当該指導を実施した場合であっても当該加算を算定することは可能か

(答)可能

在宅医療
(往診料・在宅患者訪問診療料・居宅療養管理指導)

231 外来感染対策向上加算の見直し

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

□外来感染対策向上加算(月1回)(要届出)

6点 ⇒ 6点(変更なし)

□(新)発熱患者等対応加算(月1回)(要届出)

20点

- ◆発熱その他感染症疑いの患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で以下の在宅患者診療・指導料の算定をした場合

- ・対象となる診療報酬

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

□(新)抗菌薬適正使用体制加算(月1回)(要届出)

5点

- ◆抗菌薬の使用状況が施設基準に適合し、外来感染対策向上加算を算定した場合

232 往診料の対象患者見直しと再編

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

□ (1)・(2)(略)

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

□ (1)~(3)(略)

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

□ (1)~(3)(略)

□ **(新)ニ,別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合**

□ (1)緊急往診加算 325点

□ (2)夜間・休日往診加算 405点

□ (3)深夜往診加算 485点

◆ 施設基準

◆ 厚生労働大臣が定める時間

- ・ 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間

◆ 厚生労働大臣が定める患者(詳細は後述)

- ・ 次のいずれかに該当するものであること

イ,自院で過去60日以内に以下を算定しているもの

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

ロ,自院と連携する他院で、過去60日以内に以下を算定しているもの

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

ハ,自院の外来で継続的に診療を受けているもの

ニ,自院と平時から連携する介護保険施設等の入所者

- ・ 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム

233 往診料の加算の見直しと再編①

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

□(新)在宅ターミナルケア加算

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

◆ がん患者に対して酸素療法を行っていた場合

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

□(新)看取り加算

3,000点

- 死亡診断加算 200点
- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(要届出) 100点
- 在宅療養実績加算1(要届出) 75点
- 在宅療養実績加算2(要届出) 50点

□(新)往診時医療情報連携加算

200点

□(新)介護保険施設等連携往診加算(要届出)

200点

234 往診料の対象患者見直しと再編②

◆ 第14の4,往診料に規定する患者

◆ 看護等に当たる者(患者又はその家族等)からの往診料求めに、医師が往診の必要性を認めた以下のいずれかに該当する者

- 1,過去60日間に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料を算定しているもの(同一患家2人以上の患者を診療した場合の2人目以降の初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料のみを算定した場合を含む、以下この区分において同じ)
- 2,自院と連携医療機関の間で、過去60日間に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料を算定しているもの。この場合、連携医療機関は以下のいずれも満たしていること
 - (1)計画的な医学管理の下、主治医として定期訪問している医療機関と連携体制を構築している
 - (2)往診医療機関が往診を行う場合に、当該患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等(以下この項において「診療情報等」という)を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がICT等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有している
 - (3)連携医療機関が患者に対し、自院が往診を行うことが困難な時間帯等に対応を行う他院の名称、電話番号及び担当者の氏名等を文書により提供している

3,往診医療機関で過去180日間に以下を3回以上算定

再診料、外来診療料、小児科外来診療料(再診時)、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料(再診時)、外来腫瘍化学療法診療料(再診時)

4,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)に入所している患者であって、当該患者又は当該介護保険施設の従事者等が、介護保険施設等の協力医療機関として定められている当該往診医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該往診医療機関の医師が往診の必要性を認めたもの

ただし、この場合において介護保険施設等は以下のいずれかに該当する患者であること

(1)次のア及びイに該当していること

ア,往診を行う患者の診療情報等を、あらかじめ患者の同意を得た上で、介護保険施設から往診医療機関に適切に提供されており、必要に応じて往診医療機関がICTを活用して患者の診療情報等を常に確認可能な体制を有している

イ,往診を受ける患者が入所している介護保険施設等と往診医療機関とで、当該入所者の診療情報等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンス(ビデオ通話が可能な機器を用いても可)を実施している

(2)往診を受ける患者が入所している介護保険施設等と当該往診医療機関とで、当該入所者の診療情報等の共有を図るため、月1回以上の頻度でカンファレンス(ビデオ通話が可能な機器を用いても可)を実施している

235 往診料の加算の見直しと再編③

□(新)在宅ターミナルケア加算

- 有料老人ホーム等(有料老人ホームその他これに準ずる施設)に入居する患者以外の患者
 - (1)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 - 病床を有する場合 6,500点
 - 病床を有しない場合 5,500点
 - (2)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院((1)に規定するものを除く)の場合 4,500点
 - (3)(1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点

□ □,有料老人ホーム等に入居する患者

- (1)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 - 病床を有する場合 6,500点
 - 病床を有しない場合 5,500点
- (2)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院((1)に規定するものを除く)の場合 4,500点
- (3)(1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点

往診料の加算の見直しと再編④(算定要件と施設基準)

◆ 在宅ターミナルケア加算

- 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導料1を算定した上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)に算定する
- 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定している場合は、それぞれの在宅ターミナルケア加算を算定し往診料のターミナルケア加算は算定しない
- 診療内容の要点等を診療録に記載
- 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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する

◆ 有料老人ホーム等に入居する患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう

- ア,施設入居時等医学総合管理料の算定患者とされている患者
- イ,障害福祉サービスを行う施設及び事業所又は福祉ホームに入居する患者
- ウ,小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスにおける宿泊サービスを利用中の患者

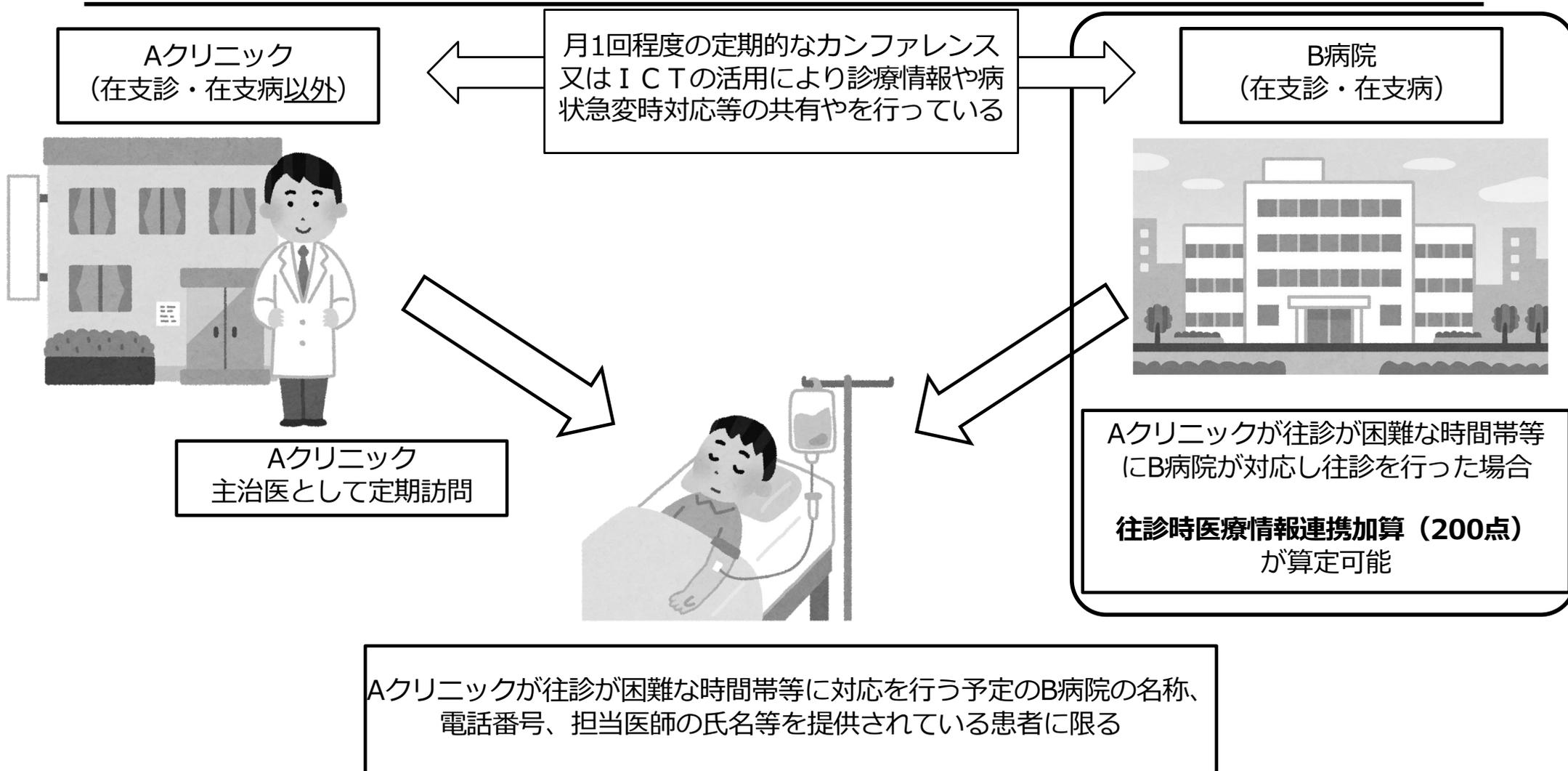
◆ 酸素療法加算

- 悪性腫瘍と診断されている患者の死亡月に在宅酸素療法を行った場合に算定
- 在宅酸素療法を指示した医師は、夜間も含めた緊急時の対処法について患者本人及びその家族等に説明する
- 在宅酸素療法のための酸素投与方法(使用機器、ガス流量、吸入時間等)、緊急時連絡方法等を装置に掲示する
- 以下の項目は同一月に併算定不可
 - 在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、人工呼吸器加算、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、人工呼吸

◆ 看取り加算

- 事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定
- 診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載

【参考】 往診時医療情報連携加算の算定イメージ



【参考】介護保険施設等連携往診加算(要届出)の算定イメージ

Aクリニック
必要な院内掲示とウェブサイト
への掲載



入所者の病状の急変等に伴い、
当該介護保険施設等の従事者等
の求めに応じ往診を行った場合

**介護保険施設等連携往診加算
(200点)
が算定可能**

協力医療機関として
介護保険施設等に定められている

月1回程度の定期的なカンファレンス
又はICTの活用により診療情報や病
状急変時対応等の共有やを行っている

介護保険施設等
(介護老人保健施設、介護医療
院、特別養護老人ホーム)



往診料の加算の見直しと再編⑤(算定要件と施設基準)

◆ 死亡診断加算

- 患者の在宅での死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定
- 看取り加算には、死亡診断に係る費用が含まれており併算定不可

◆ 往診時医療情報連携加算(分かりやすいようにしています)

- B医療機関(在支診・在支病)が算定する加算
- A他院は在支診・在支病以外
- 診療情報等
 - ⇒ A他院が定期訪問している患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等の情報
- A他院と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により診療情報等の共有を行っているB医療機関が以下を元に往診を行った場合に算定
 - ⇒ 当該患者(A他院が往診が困難な時間帯等に対応を行う予定のB医療機関名、電話番号、担当医師の氏名等を提供されている患者に限る)に対して、A他院が往診を行うことが困難な時間帯に、共有された診療情報等を参考
- A他院名、参考にした診療情報等、診療の要点を診療録に記録
- ICTを用いて連携機関と患者の個人情報を取り扱う場合には、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること

◆ 介護保険施設等連携往診加算

- 介護保険施設等で療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて往診を行った際に以下の内容を踏まえて算定
- 事前に共有されている当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえる
- 提供する医療の内容について患者又は当該介護保険施設等の従事者に十分に説明する
- 介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針、診療の要点を診療録に記録
- ◆ 「介護保険施設等」とは
 - 介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム
 - 当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く
- ◆ 「特別の関係」とは

自院と介護保険施設等の関係が以下のいずれかに該当する場合

 - ア、自院の開設者が、当該介護保険施設等の開設者と同一
 - イ、自院の代表者が、当該介護保険施設等の代表者と同一
 - ウ、自院の代表者が、当該介護保険施設等の代表者の親族等
 - エ、自院の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該介護保険施設等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える
 - オ、上記以外に準ずる場合(人事、資金等の関係を通じ、自院が当該介護保険施設等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る)

往診料の加算の見直しと再編⑥(算定要件と施設基準)

◆ 第14の4の2,介護保険施設等連携往診加算

◆ 1,介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準

(1)自院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保している

ア,介護保険施設等から協力医療機関として定められており、双方で以下の取り決めを行っていること

(イ)入所者の病状が急変した場合等に、自院の医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している

(ロ)当該介護保険施設等の求めがあった場合に、自院が診療を行う体制を常時確保している

イ,事前に介護保険施設等の管理者等に対し、以下の内容を説明の上、提供している

自院で24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、担当者名及び直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等

ウ,当該保険医療機関において、当該介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により当該介護保険施設等に提供していること

(2)次のいずれかの要件を満たすもの

ア,次の(イ)及び(ロ)に該当している

(イ)往診を行う患者の診療情報及び急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で協力医療機関に適切に提供され、必要に応じて往診を行う医師が所属する保険医療機関がICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有している

(ロ)往診を行う患者が入所している介護保険施設等と協力医療機関で、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンス(ビデオ通話が可能な機器を用いても可)を実施している

イ,往診を行う患者が入所している介護保険施設等と協力医療機関で、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、月1回以上の頻度でカンファレンス(ビデオ通話が可能な機器を用いても可)を実施している

(3)以下の内容を院内掲示及びウェブサイトに掲載する

介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等で療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること(自ら管理するホームページ等を有しない場合はこの限りではない)

往診料の加算の見直しと再編⑦(算定要件・施設基準・疑義解釈)

◆前ページの連絡を受ける担当者とは

- 自院で24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない
- 担当者として個人を指定している場合で、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合
⇒ それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を提供した文書等に明示する

◆2,届出に関する事項

- 介護保険施設連携往診加算の届出用紙は、別添2の様式18の3
- ウェブサイトへの掲載は令和7年5月31日まで経過措置

【疑義解釈】

- ◆問166、往診料の「別に厚生労働大臣が定める患者」について、連携医療機関とは「計画的な医学管理の下、主治医として定期的に訪問診療を実施している保険医の所属する保険医療機関であって、往診医療機関と連携体制を構築していること」とされているが、どのような連携体制を構築している必要があるか

(答)連携医療機関と往診医療機関との間で、連携医療機関が往診を行うことが困難な時間において、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受けた場合に適切に対応する旨及び患家からの連絡方法等について、あらかじめ取り決めを行っていること

なお、当該取り決めで定めた内容については連携医療機関及び往診医療機関において、文書にて保存し、患家の希望があった場合等に提供できる体制を有している必要がある

【疑義解釈】 緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算①

◆ 問167、問166における取り決めについて、連携医療機関が、地域の自治体又は医師会等の協力により往診医療機関と取り決めを行った場合についてどのように考えればよいか

(答)取り決めについては連携医療機関及び往診医療機関において作成及び保存し、患家の希望があった場合等に必要に応じて当該文書を提供できる体制を有している必要があり、当該体制を有していない場合は要件を満たさない

◆ 問168、往診料の「別に厚生労働大臣が定める患者」について、「患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等の最新の情報(以下この項において「診療情報等」)を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がICT等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有していること」とあるが、例えば、下記の場合も該当するか？

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない連携医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受け、連携医療機関に電話等により当該患者の診療情報等を確認した場合であって、連携医療機関が診療情報等を提供した場合

(答)連携医療機関の医師又は看護師等の医療関係職種が当該患者の最新の診療録等を確認の上、往診医療機関に当該診療情報等を適切に提供した場合は該当する

ただし、往診医療機関は、当該連携医療機関に対し電話を行った時間及び得られた情報の要点について、当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容について、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと

【疑義解釈】 緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算②

◆問169、往診料の「別に厚生労働大臣が定める患者」について、診療情報等の「ICT等を用いて確認」は、例えば、在支診・在支病ではない医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から往診の求めを受けた際に、当該患者の診療情報等を、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク等(地連NW等)にアクセスして診療情報等を取得している状態は該当するか

(答)該当する

ただし、往診医療機関が地連NW等の活用のみで診療情報等を確認する場合は最新の診療情報等を常に取得できる状態である必要があり、地連NW等を活用した日時及び得られた情報の概要については当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容については、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと

【疑義解釈その2】

◆問23、「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、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」について、同一の患家において2人以上の患者を診療している場合であって、2人目以降として再診料等のみを算定している場合は当該患者に該当するとみなしてよいか

(答)みなしてよい

ただし、同一の患家における2人目以降の患者である旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する

在宅患者訪問診療料

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

◆ターミナルケア加算の要件追加

- 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診**若しくは訪問診療を行った患者又は退院時共同指導料1を算定し、かつ、**訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)に算定する
- この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること
- 往診料の在宅ターミナルケア加算と併算定不可

◆在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(特定地域)

- 死亡診断加算(ICTの場合)の要件追加
 - ア・イ(略)
 - ウ、特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他院で在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算、同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携訪問看護ステーションで訪問看護ターミナルケア療養費**若しくは指定居宅サービス介護給付費単位数表の3のイ、ロ及びハの注15に掲げるターミナルケア加算を算定していること**

245 在宅患者訪問診療料の加算新設①

□(新)在宅医療DX情報活用加算(月1回)(要届出)

10点

◆算定要件

- 在宅医療の診療計画の作成において診療情報等を活用することで質の高い医療を実施することを評価するものであり、当該診療情報等を踏まえて、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合に算定

※「診療情報等」とは

- 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム等、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービス等により取得された患者の診療情報や薬剤情報等
- 算定に当たっては、初回訪問時には、訪問診療に係る計画の作成において、あらかじめ診療情報等を活用していない場合には算定不可
- あらかじめ診療情報等を取得しており、初回訪問時に患者の診療情報等を活用可能な場合には初回訪問時から算定可
- 以下の項目と同一月に併算定不可
 - ✓ 医療情報取得加算(初診料・再診料・外来診療料)
 - ✓ 医療DX推進体制整備加算(初診料)
 - ✓ 在宅医療DX情報活用加算(在宅がん医療総合診療料)
 - ✓ 訪問看護医療DX情報活用加算(在宅患者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料)

246 在宅患者訪問診療料の加算新設②

◆ 施設基準

- (1) レセプトオンライン請求を行っている
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有している
 - ⇒ オンライン資格確認の導入時に、医療機関等向けポータルサイトから運用開始日の登録を行う
- (3) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有している
- (4) 電子処方箋を発行できる体制を有している
 - 【経過措置】令和7年3月31日までは基準に該当するものとみなす
- (5) 電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有している
 - 【経過措置】令和7年9月30日までは基準に該当するものとみなす

(6) 自院の見やすい場所に以下を掲示している

医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うこと。具体的には次に掲げる事項

- ア、医師が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して、計画的な医学管理の下に、訪問して診療を実施している保険医療機関であること
- イ、マイナ保険証の利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること
- ウ、電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療DXにかかる取組を実施している保険医療機関であること

(7) (6)の院内掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載している(自ら管理するホームページ等を有しない場合は除く)

【経過措置】令和7年5月31日までは基準に該当するものとみなす

◆ 2、届出に関する事項

届出用紙は別添2の様式11の6経過措置

※在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料も同様

在宅患者訪問診療料の訪問回数による減算

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

□ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)1、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

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

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

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

ア、直近3月に訪問診療を行った回数

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

イ、直近3月に訪問診療を行った患者の数

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

◆ 経過措置

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

◆ 別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者

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

【疑義解釈】在宅患者訪問診療料

◆問170、在宅患者訪問診療料(I)の「末期心不全の患者」及び「呼吸器疾患の終末期の患者」について、具体的にどのような患者のことをいうか

(答)それぞれ以下のとおり

○末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれかの基準に該当するもの

- ①心不全に対して適切な治療が実施されていること
- ②器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類IV度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること
- ③左室駆出率が20%以下であること
- ④医学的に終末期であると判断される状態であること

○呼吸器疾患の終末期の患者は、以下の①、②及び③のすべての基準に該当するもの

- ①呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること
- ②在宅酸素療法やNPPV(非侵襲的陽圧換気)を継続的に実施していること
- ③過去半年以内に10%以上の体重減少を認めること

◆問171、在宅患者訪問診療料(I)の注12において、直近3月の訪問診療を行っている患者(一部の患者を除く)1人あたりの平均訪問診療回数が一定以上の場合の取扱いが示されているが、当該実績の計算はどのように行えばよいか。

また、平均訪問診療回数が一定以上であった場合の取扱いはどのようにすればよいか

(答)訪問診療の実績は、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと

平均訪問診療回数が一定以上であることを確認した場合、同一患者当該月の算定は、次の通り

- 4回目までの訪問診療は100分の100の点数を算定
- 5回目以降の訪問診療は100分の50に相当する点数により算定

在宅医療

(在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料等)

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

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

◆在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の包括項目追加

- ・ 慢性腎臓病透析予防指導管理料、生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)

在医総管・施設総管の減算規定について

- ◆在宅時医学総合管理料の注14(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む)に規定する基準(要件を満たさない場合、60/100の減算規定の適用)

直近3月間の自院及び自院と特別の関係にある保険医療機関(令和6年3月31日以前に開設されたものを除く)の訪問診療回数の合算が2,100回未満(筆者中：減算対象外となる要件)

- 次の要件をいずれも満たす場合は当該基準に該当するものとする(筆者中：減算対象外となる要件)
 - (1)自院で、直近1年間に5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績がある
 - (2)自院で、直近1年間の在宅での看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有している
 - ※重症児の十分な診療実績とは、直近3月間において、15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績(3回以上の定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る)を10件以上有していること
 - (3)自院で、直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下である
 - (4)自院で、直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は表第8の2に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上である

◆届出に関する事項

- 上記に規定する基準を満たさない場合は、満たさなくなった月の翌月に別添2の様式19の2で届出を行う

【経過措置】

- 令和6年3月31日時点で在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出医療機関は、令和6年9月30日までの間に限り、上記に規定する基準に該当するものとみなす

252 在宅時医学総合管理料の見直し①

※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60/100で算定

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

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

253 在宅時医学総合管理料の見直し②

※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60/100で算定

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

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

254 在宅時医学総合管理料の見直し③

※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60/100で算定

2,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く)の場合

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

255 在宅時医学総合管理料の見直し④

※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60/100で算定

3, 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合

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

在宅時医学総合管理料の加算の見直し

□ 頻回訪問加算(600点)の再編

- | | |
|------------|------|
| □ 初回の場合 | 800点 |
| □ 2回目以降の場合 | 300点 |

※加算を算定してからの期間に応じた評価に見直し

□ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の再編

- | | |
|---------------------------------|------|
| □ 単一建物診療患者が1人の場合 | 400点 |
| □ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 200点 |
| □ <u>単一建物診療患者が10人以上19以下の場合</u> | 100点 |
| □ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> | 85点 |
| □ <u>上記以外の場合</u> | 75点 |

□ 在宅療養実績加算1の再編

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

□ 在宅療養実績加算2の再編

- | | |
|---------------------------------|------|
| □ 単一建物診療患者が1人の場合 | 200点 |
| □ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 100点 |
| □ <u>単一建物診療患者が10人以上19以下の場合</u> | 50点 |
| □ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> | 43点 |
| □ <u>上記以外の場合</u> | 38点 |

施設入居時等医学総合管理料の見直し①※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60/100で算定

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

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

施設入居時等医学総合管理料の見直し②※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60/100で算定

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

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

施設入居時等医学総合管理料の見直し③※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60/100で算定

2,在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く)の場合

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

施設入居時等医学総合管理料の見直し④※赤枠内は頻回訪問に該当した場合は60/100で算定

3, 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合

対面及び 情報通信の回数 対象患者の人数	月 2 回以上の訪問診療			月 1 回の訪問診療	
	(イ).別に厚生労働大臣が定める状態の患者の訪問診療	(ロ).訪問診療((イ)を除く)	(ハ)うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療((イ)、(ロ)を除く)	(ニ)訪問診療	(ホ) 情報通信機器を用いた診療(2月に1回に限る)
①単一建物診療患者が 1 人の場合	2,450点 ⇒ 2,435点	1,950点 ⇒ 1,935点	1,549点 ⇒ 1,534点	1,280点 ⇒ 1,265点	775点 ⇒ 760点
②単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	2,025点 ⇒ 2,010点	1,025点 ⇒ 1,010点	910点 ⇒ 895点	725点 ⇒ 710点	455点 ⇒ 440点
③単一建物診療患者が 10人以上19人以下の場合	1,800点 ⇒ 1,785点	750点 ⇒ 735点	660点 ⇒ 645点	560点 ⇒ 545点	330点 ⇒ 315点
(新)④単一建物診療患者が 20人以上49人以下の場合	⇒ 1,500点	⇒ 655点	⇒ 573点	⇒ 455点	⇒ 264点
(新)⑤①から④まで 以外の場合	⇒ 1,315点	⇒ 555点	⇒ 487点	⇒ 395点	⇒ 225点

施設入居時等医学総合管理料の加算の見直し

□在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の再編

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

□在宅療養実績加算1

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

□在宅療養実績加算2の再編

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

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し①

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

◆ 在宅療養支援診療所の施設基準

(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること

イ～ワ(略)

(新)カ、訪問栄養食事指導が実施可能な体制をとっていること

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

(中略)

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

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

※(公社)日本栄養士会 栄養ケアステーション検索

<https://www.dietitian.or.jp/carestation/search/>

◆ 在宅療養支援病院施設基準

(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること

イ～ワ(略)

(新)カ、訪問栄養食事指導を行うにつき十分な体制整備

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

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

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

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

◆ 【経過措置】 令和6年3月31日時点で在支病の届出医療機関は、令和7年5月31日までの間に限り、第四の一の(1)のカ、(2)のカ若しくは(3)のヲに該当するものとみなす

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し②

◆強化型在宅療養支援診療所(在支病)、在宅療養支援病院(在支病)

(1)ウ、自院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること

ただし、へき地等に所在する医療機関は、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない

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

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

(新)ツ、各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える病院にあつては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと

(4)令和6年3月31日時点で在宅療養支援診療所の届出を行っている診療所については、(1)のツ又は(2)のツについては、令和7年5月31日の間に限り、基準を満たしているものとする

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し③

◆在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院以外

(3)ウ、自院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること

ただし、へき地等に所在する医療機関は、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない

(新)サ、自院において、自院の管理栄養士又は自院以外の管理栄養士との連携(公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他院に限る)により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい

(新)シ、地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準見直し④

◆施設基準

第三の六 在宅療養支援診療所の施設基準

(1)次のいずれの基準にも該当するものであること

イ～ヨ(略)

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

⇒ 各年5月～7月までの訪問診療の回数

※第三の六の(2)及び機能強化型の在宅療養支援病院についても同様

◆経過措置

◆第三の六の(1)夕、第三の六の(2)ヨ、第四の一の(1)夕及び第四の一の(2)夕に係る規定は、令和6年3月31日において現に機能強化型の在宅療養診療所及び在宅療養病院の届出を行っている場合は、令和7年5月31日までの間に限り、在宅データ提出加算に係る基準を満たすものとする

◆第四の一の六(10)に係る規定(筆者注：訪問診療の回数)は、令和6年3月31日において現に在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までは当該基準を満たすものとする

【疑義解釈】在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（疑義解釈その3）

◆問15、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準において、「各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える病院にあっては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと」とあるが、ここでいう「訪問診療を実施した回数」とは以下の場合の算定回数の合計を指すのか

- ① 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（同一の患家において2人以上の患者を診療している場合であって、2人目以降の患者について初診料又は再診料を算定している場合を含む）
- ② 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）
- ③ 在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る）

（答） そのとおり

267 在医総管・施設総管の加算新設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、他院等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する

□(新)在宅医療情報連携加算(月1回)(要届出)

100点

◆算定要件

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

※関係職種とは

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

268 在医総管・施設総管の加算新設②

◆在宅医療情報連携加算の算定要件

- 在宅での療養患者への訪問医療機関の医師が、連携する他院等に所属する患者の医療・ケアに関わる医療関係職種等によりICTを用いて記録された情報を取得及び活用し、計画的な医学管理を行った場合に算定

※「医療関係職種等」：医療関係職種、介護関係職種等

- 算定には以下の要件をいずれも満たす必要がある

ア、以下について、患者からの同意を得ている

(イ)自院の医師が、医療関係職種等によりICTを用いて記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと

(ロ)医師が診療時の診療情報等についてICTを用いて記録し、医療関係職種等に共有すること

イ、訪問診療日に自院の職員が、次回の訪問予定日及び治療方針の変更の有無について、ICTを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること

また、治療方針に変更があった場合は、医師がその変更の概要を同様に記録すること

ウ、訪問診療日に医師が、患者の医療・ケアを行う際の留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合に、その留意点をICTを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること

エ、自院の患者の医療・ケアに関わる者が、患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望を患者又はその家族等から取得した場合に、患者又はその家族等の同意を得た上でICTを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること

なお、医療関係職種等がその情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること

オ、訪問診療時に、過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報(自院及び自院と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く)をICTを用いて取得した数が1つ以上であること

なお、当該情報は自院で常に確認できる状態であること

カ、医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること

269 在医総管・施設総管の加算新設③

◆ 第15の4 在宅時医学総合管理料の注15(施設入居時等医学総合管理料の注5)に規定する在宅医療情報連携加算

◆ 1、在宅医療情報連携加算の施設基準

(1)在宅での療養を行っている患者の診療情報等について、自院と連携機関とICTを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有していること

※「連携機関」：連携する他院、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者等

(2)自院と患者の診療情報等を共有している連携機関(特別の関係にあるものを除く)の数が、5以上であること

(3)連携機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること(診療情報等の共有について同意していない患者の情報を除く)

(4)(1)に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等を、院内の見やすい場所に掲示していること

(5)(4)の掲示事項は原則として、ウェブサイトに掲載していること(自ら管理するホームページ等を有しない場合を除く)

◆ 2、届出に関する事項

(1)在宅医療情報連携加算の届出用紙は別添2の様式19の3

(2)令和7年5月31日までの間は(5)の要件を満たすものとみなす

在医総管・施設総管の包括的支援加算見直し

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

◆施設基準

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

- 要介護二以上 ⇒ 要介護三以上の状態又はこれに準ずる状態
- 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態
Ⅱb以上 ⇒ Ⅲ以上
- 頻回の訪問看護を受けている状態
- 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
- 介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
- (新)麻薬の投薬を受けている状態
- その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

在医総管・施設総管の在宅療養移行加算見直し

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

□ 在宅療養移行加算1 216点 ⇒ 316点

□ (新)在宅療養移行加算3 216点

□ 在宅療養移行加算2 116点 ⇒ 216点

□ (新)在宅療養移行加算4 116点

◆ 算定要件(抄)

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

(新)(二) 自院が保有する当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針について、自院と連携する他院と月1回程度の定期的なカンファレンスにより連携する他院に適切に提供していること。ただし、当該情報についてICT等を活用して連携する他院が常に確認できる体制を確保している場合はこの限りでない

- 在宅療養移行加算3の要件追加

(新)(ホ) 自院が保有する当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針について、自院と連携する他院と月1回程度の定期的なカンファレンスにより連携する他院に適切に提供していること。ただし、当該情報についてICT等を活用して連携する他院が常に確認できる体制を確保している場合はこの限りでない

◆ 在宅療養移行加算全体の要件追加

(新)(22) 在宅療養移行加算の算定に際し、ICTを用いて連携機関と患者の個人情報を取り扱う場合には、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応している

(参考) 在宅療養移行加算等における要件の一覧

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

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

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

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

<10：連携医療機関数が10未満であること。

【疑義解釈】在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

◆問172、在宅時医学総合管理料の頻回訪問加算について、過去に当該加算を算定していた患者が、病状が安定したこと等により当該加算を算定しなくなったものの、再び病状が悪化した等の理由で頻回の訪問が必要となった場合、「ア、初回の場合」と「イ、2回目以降の場合」のどちらの点数を算定すれば良いか

(答)「イ、2回目以降の場合」を算定する

ただし、過去に頻回の訪問を必要としていた疾患と異なる疾患により、頻回の訪問が必要となる場合については、初回に限り「ア、初回の場合」を算定して差し支えない

◆問173、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の施設基準において、「直近3月間の自院及び自院と特別の関係にある保険医療機関(令和6年3月31日以前に開設されたものを除く)の訪問診療回数の合算が2,100回未満であること」とされているが、基準を満たすことの確認方法及び基準を満たさない場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか

(答)訪問診療回数については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと

また、当該基準を満たさない場合は、速やかに届出を行い、翌月から在宅時医学総合管理料注14に掲げる点数を算定すること

◆問174、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の「要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等」の「等」にはどのような患者が含まれるか

(答)以下の患者が該当する

- ・認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上と診断した状態
- ・障害者総合支援法の障害支援区分で障害支援区分2以上と認定されている状態

【介護報酬】 居宅療養管理指導費

【介護報酬】 居宅療養管理指導費

□ 医師が行う場合(人数は単一建物居住者)

□ 居宅療養管理指導(Ⅰ)

- 1 人 : 514単位 ⇒ 515単位
- 2 ~ 9人 : 486単位 ⇒ 487単位
- 10人以上 : 445単位 ⇒ 446単位

□ 居宅療養管理指導(Ⅱ)

- 1 人 : 298単位 ⇒ 299単位
- 2 ~ 9人 : 286単位 ⇒ 287単位
- 10人以上 : 259単位 ⇒ 260単位

◆ 居宅療養管理指導については「事業継続計画未策定減算」の対象外

276 介護保険施設・障害者支援施設での医療保険給付できる医療サービス範囲の見直し

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

【介護報酬】 小規模多機能

業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

告示改正

- 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、基本報酬を減算する。＜経過措置1年間（※）＞

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

業務継続計画未策定減算

施設・居住系サービス	所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算（新設）
その他のサービス	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

（※）令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。訪問系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援については、令和7年3月31日までの間、減算を適用しない。

【算定要件】

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合

高齢者虐待防止の推進

高齢者虐待防止の推進

告示改正

- 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

【算定要件】

虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合

※福祉用具貸与については、3年間の経過措置期間を設ける。

介護職員の処遇改善（令和6年6月施行）

告示改正

- 介護現場で働く方々にとって、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加算率の引き上げを行う。
 - 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。
- ※ 一本化後の加算については、事業所内での柔軟な職種間配分を認める。また、人材確保に向けてより効果的な要件とする等の観点から、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件を見直す。

【訪問介護、訪問入浴介護★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

< 現行 >

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	13.7%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	10.0%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	5.5%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	6.3%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	4.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	2.4%

< 改定後 >

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	24.5% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	22.4% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	18.2% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	14.5% (新設)

- ※：加算率はサービス毎の介護職員の常勤換算職員数に基づき設定しており、上記は訪問介護の例。処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上記の加算率を乗じる。
- ※：上記の訪問介護の場合、現行の3加算の取得状況に基づく加算率と比べて、改定後の加算率は2.1%ポイント引き上げられている。
- ※：なお、経過措置区分として、令和6年度末まで介護職員等処遇改善加算(V)(1)～(14)を設け、現行の3加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今般の改定による加算率の引き上げを受けることができるようにする。

(注) 令和6年度末までの経過措置期間を設け、加算率(上記)並びに月額賃金改善に関する要件及び職場環境等要件に関する激変緩和措置を講じる。

- (看護) 小規模多機能型居宅介護における認知症対応力の更なる強化を図る観点から、認知症加算について、新たに認知症ケアに関する専門的研修修了者の配置や認知症ケアの指導、研修等の実施を評価する新たな区分を設ける。
- その際、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

【単位数】

<現行>

認知症加算 (I) 800単位/月
 認知症加算 (II) 500単位/月



<改定後>

認知症加算 (I) 920単位/月 (新設)
認知症加算 (II) 890単位/月 (新設)
 認知症加算 (III) 760単位/月 (変更)
 認知症加算 (IV) 460単位/月 (変更)

【算定要件】

<認知症加算 (I)> (新設)

- 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置
- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合
- 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催
- 認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施
- 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定

<認知症加算 (II)> (新設)

- 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置
- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合
- 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催

<認知症加算 (III)> (現行のIと同じ)

- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、(看護) 小規模多機能型居宅介護を行った場合

<認知症加算 (IV)> (現行のIIと同じ)

- 要介護状態区分が要介護2である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者に対して、(看護) 小規模多機能型居宅介護行った場合

総合マネジメント体制強化加算の見直し

告示改正

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び（看護）小規模多機能型居宅介護が、地域包括ケアシステムの担い手として、より地域に開かれた拠点となり、認知症対応を含む様々な機能を発揮することにより、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進する観点から、総合マネジメント体制強化加算について、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を評価する新たな区分を設ける。なお、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から評価の見直しを行う。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護

算定要件（(4)～(10)は新設）	加算（Ⅰ）：1,200単位 （新設）			加算（Ⅱ）：800単位 （現行の1,000単位から見直し）		
	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
(1) 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員（計画作成責任者）や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること	○	○	○	○	○	○
(2) 利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること	○	○	/	○	○	/
(3) 地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること	/	○	○	/	○	○
(4) 日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。	○	○	○	/		
(5) 必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	○	/			
(6) 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること			○			
(7) 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること（※）	事業所の特性に応じて 1つ以上 実施	事業所の特性に応じて 1つ以上 実施	事業所の特性に応じて 1つ以上 実施			
(8) 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること						
(9) 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること						
(10) 地域住民及び利用者の住まいに関する相談に応じ、必要な支援を行っていること	/	/	/			

（※）定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、「障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流を行っていること。」が要件

科学的介護推進体制加算の見直し

告示・通知改正

- 科学的介護推進体制加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、見直しを行う。

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

- LIFEへのデータ提出頻度について、他のLIFE関連加算と合わせ、少なくとも「3月に1回」に見直す。
- その他、LIFE関連加算に共通した以下の見直しを実施。
 - ・ 入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する
 - ・ 同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする

自立支援促進加算の見直し

告示・通知改正

- 自立支援促進加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【単位数】

< 現行 >

自立支援促進加算 300単位/月



< 改定後 >

自立支援促進加算 **280**単位/月 (変更)

(介護老人保健施設は300単位/月)

【見直し内容】

- 医学的評価の頻度について、支援計画の見直し及びデータ提出の頻度と合わせ、「3月に1回」へ見直すことで、事務負担の軽減を行う。
- その他、LIFE関連加算に共通した見直しを実施。

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け

省令改正

- 介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置を義務付ける。＜経過措置3年間＞

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

告示改正

- 介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する新たな加算を設ける。

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

【単位数】

- 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100単位/月（新設）
- 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位/月（新設）

【算定要件】

＜生産性向上推進体制加算（Ⅰ）＞

- （Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されたこと。
- 見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
- 職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。
- 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

＜生産性向上推進体制加算（Ⅱ）＞

- 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
- 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。
- 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

短期滞在手術等基本料

【詳細は下記を参照】

医科点数表

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf>

医科診療報酬点数表に関する事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf>

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

令和6年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）の再編

短期滞在手術等基本料 1 の見直し

- 短期滞在手術等基本料 1 について、対象手術等の入院外での実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

現行

【短期滞在手術等基本料 1】	
短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）	
イ 麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
ロ イ以外の場合	2,718点



改定後

【短期滞在手術等基本料 1】	
短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）	
<u>(改) イ 主として入院で実施されている手術を行った場合</u>	
(1) 麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
(2) (1)以外の場合	2,718点
<u>(改) ロ イ以外の場合</u>	
(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

画像診断

【詳細は下記を参照】

医科点数表

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf>

医科診療報酬点数表に関する事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf>

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

令和6年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

画像診断①

□画像診断管理加算の再編

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

□乳房撮影の加算新設

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

□ポジトロン断層撮影

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

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

画像診断②

□ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)

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

□(新)アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)

□(新)イ,放射性医薬品合成設備を用いた場合 13,625点

□(新)ロ,イ以外の場合 3,725点

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

□ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)

□(新)¹⁸FDGを用いた場合(一連の検査につき) 9,160点

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

□(新)アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)

□(新)イ,放射性医薬品合成設備を用いた場合 14,160点

□(新)ロ,イ以外の場合 4,260点

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

検査（抜粋）

【詳細は下記を参照】

医科点数表

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf>

医科診療報酬点数表に関する事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf>

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

令和6年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

検査 ①

【尿・糞便等検査】

□ トランスフェリン(尿)	101点 ⇒ 98点
□ ポルフォビリノゲン(尿)	191点 ⇒ 186点
□ (新)プロスタグランジンE主要代謝物(尿)	187点
□ カルプロテクチン(糞便)	270点 ⇒ 268点
□ (新)アミロイドβ42/40比(髄液)	1,282点
□ 末梢血液像(鏡検法)	25点(点数変更なし)
□ 特殊染色加算	27点 ⇒ 37点
□ 骨髓像	788点(点数変更なし)
□ 特殊染色加算	40点 ⇒ 60点
□ (新)血小板凝集能	
□ 鑑別診断の補助に用いるもの	450点
□ その他のもの	50点

□ Dダイマー定性	122点 ⇒ 121点
□ Dダイマー	130点 ⇒ 127点
□ von Willebrand因子(VWF) 活性	129点 ⇒ 126点
□ プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)	154点 ⇒ 150点
□ プロテインS抗原	158点 ⇒ 154点
□ β-トロンボグロブリン(β-TG)、トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	176点 ⇒ 171点
□ 血小板第4因子(PF4)	178点 ⇒ 173点
□ フィブリンモノマー複合体	221点 ⇒ 215点
□ プロテインC抗原	232点 ⇒ 226点
□ プロテインC活性	234点 ⇒ 227点
□ (新)Major BCR-ABL1(mRNA定量)	
□ 診断の補助に用いるもの	2,520点
□ モニタリングに用いるもの	2,520点

検査 ③

□ (新)乳癌悪性度判定検査 43,500点

□ (新)遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査 20,500点

【血液化学検査】

□ フェリチン半定量、フェリチン定量 105点 ⇒ 102点

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

□ エタノール 108点 ⇒ 105点

□ KL-6 111点 ⇒ 108点

□ シスタチンC 115点 ⇒ 112点

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

□ 亜鉛(Zn) 136点 ⇒ 132点

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

□ 葉酸 150点 ⇒ 146点

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

□ アセトアミノフェン 185点 ⇒ 180点

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

□ (削除)2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性 250点

□ ロイシンリッチα2グリコプロテイン 276点 ⇒ 268点

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

□ ビタミンC 305点 ⇒ 296点

□ (新)コクリントモプロテイン(CTP) 460点

□ 生化学的検査(I)10項目以上 106点 ⇒ 103点

【内分泌学的検査】

□ 甲状腺刺激ホルモン(TSH) 101点 ⇒ 98点

検査 ④

□ インスリン(IRI)	103点 ⇒ 100点	□ 骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	161点 ⇒ 157点
□ レニン定量	105点 ⇒ 102点	□ I型プロコラーゲン-N-プロペプチド(PINP)	164点 ⇒ 160点
□ サイロキシン(T4)	108点 ⇒ 105点	□ 副甲状腺ホルモン(PTH)、カテコールアミン分画	165点 ⇒ 161点
□ 成長ホルモン(GH)、卵胞刺激ホルモン(FSH)、C-ペプチド(CPR)、黄体形成ホルモン(LH)	108点 ⇒ 105点	□ デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	169点 ⇒ 164点
□ テストステロン	122点 ⇒ 119点	□ サイクリックAMP(cAMP)	170点 ⇒ 165点
□ 遊離サイロキシン(FT4)、遊離トリヨードサイロニン(FT3)、コルチゾール	124点 ⇒ 121点	□ エストラジオール(E2)	172点 ⇒ 167点
□ アルドステロン	125点 ⇒ 122点	□ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)、カテコールアミン	189点 ⇒ 184点
□ サイログロブリン	131点 ⇒ 128点	□ 副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	189点 ⇒ 186点
□ ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)	132点 ⇒ 129点	□ 抗利尿ホルモン(ADH)	230点 ⇒ 224点
□ 脳性Na利尿ペプチド(BNP)、カルシトニン	133点 ⇒ 130点	□ 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	320点 ⇒ 450点
□ ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	134点 ⇒ 130点	□ 抗ミューラー管ホルモン(AMH)	600点 ⇒ 597点

検査 ⑤

【腫瘍マーカー】

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

□ α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190点 ⇒ 185点
□ γ-セミノプロテイン(γ-Sm)	194点 ⇒ 192点
□ (新)S2、3PSA%	248点
□ (新)アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム	335点
□ 腫瘍マーカー 4項目以上	396点 ⇒ 385点
□ 特殊分析	
□ アミノ酸 5種類以上	1,141点 ⇒ 1,107点
□ 脂肪酸分画	405点 ⇒ 393点
□ 先天性代謝異常症検査	
□ タンデムマス分析	1,141点 ⇒ 1,107点
□ その他	1,141点 ⇒ 1,107点

検査 ⑥

【免疫血液学的検査】

- 血小板関連IgG(PA-IgG) 193点 ⇒ 190点
- 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体(IgG抗体)
378点 ⇒ 376点
- (新)血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体定性 420点
- 感染症免疫学的検査
- HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗原・
抗体同時測定定性 112点 ⇒ 109点
- HIV-1抗体 116点 ⇒ 113点
- A群β溶連菌迅速試験定性 124点 ⇒ 121点
- ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)
132点 ⇒ 129点
- インフルエンザウイルス抗原定性 136点 ⇒ 132点

- マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)
150点 ⇒ 148点
- SARS-CoV-2抗原定性 300点 ⇒ 150点
- クラミジア・トラコマチス抗原定性 156点 ⇒ 152点
- 大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体 163点 ⇒ 159点
- 大腸菌O157抗原定性 165点 ⇒ 161点
- クリプトコックス抗原半定量 169点 ⇒ 166点
- クリプトコックス抗原定性 174点 ⇒ 169点
- アデノウイルス抗原定性(糞便を除く)、肺炎球菌細胞壁抗原
定性 184点 ⇒ 179点
- (新)カンピロバクター抗原定性(糞便) 184点
- 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液) 193点 ⇒ 188点
- (1→3)-β-D-グルカン 201点 ⇒ 195点
- グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)
206点 ⇒ 200点

検査 ⑦

□ ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量	207点 ⇒ 203点	□ HCV血清群別判定	221点 ⇒ 215点
□ レジオネラ抗原定性(尿)	211点 ⇒ 205点	□ HBVコア関連抗原(HBcrAg)	259点 ⇒ 252点
□ (新)SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	225点	□ 自己抗体検査	
□ エンドトキシン	236点 ⇒ 229点	□ 抗核抗体(蛍光抗体法)定性、抗核抗体(蛍光抗体法)半定量、抗核抗体(蛍光抗体法)定量	102点 ⇒ 99点
□ (新)SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	420点	□ 抗インスリン抗体	110点 ⇒ 107点
□ (新)SARS-CoV-2抗原定量	560点	□ 抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	114点 ⇒ 111点
□ 抗トリコスポロン・アサヒ抗体	847点 ⇒ 822点	□ 抗サイログロブリン抗体	140点 ⇒ 136点
□ 肝炎ウイルス関連検査		□ 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	142点 ⇒ 138点
□ HBe抗原、HBe抗体	101点 ⇒ 98点	□ 抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量、抗Sm抗体定量	151点 ⇒ 147点
□ HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白	105点 ⇒ 102点	□ 抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、抗SS-B/La抗体定量	158点 ⇒ 157点
□ HBc抗体半定量・定量	133点 ⇒ 130点	□ 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性	163点 ⇒ 159点

検査 ⑧

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

□ α ₁ -マイクログロブリン、ハプトグロビン(型補正を含む)	132点 ⇒ 129点
□ レチノール結合蛋白(RBP)	136点 ⇒ 132点
□ TARC	184点 ⇒ 179点
□ C ₁ インアクチベータ	260点 ⇒ 253点
□ 結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	594点 ⇒ 593点
□ 細胞機能検査	
□ B細胞表面免疫グロブリン	157点 ⇒ 155点
□ T細胞・B細胞百分率	198点 ⇒ 193点
□ (新)顆粒球表面抗原検査	640点
□ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	
□ その他のもの	64点 ⇒ 67点

検査 ⑨

□ 細菌培養同定検査

- 口腔、気道又は呼吸器からの検体 170点 ⇒ 180点
- 消化管からの検体 190点 ⇒ 200点
- 血液又は穿刺液 220点 ⇒ 225点
- 泌尿器又は生殖器からの検体 180点 ⇒ 190点
- その他の部位からの検体 170点 ⇒ 180点

□ 細菌薬剤感受性検査

- 1菌種 180点 ⇒ 185点
- 2菌種 230点 ⇒ 240点
- 3菌種以上 290点 ⇒ 310点

【微生物核酸同定・定量検査】

- (削除)細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり) 130点
- クラミジア・トラコマチス核酸検出 193点 ⇒ 188点
- 淋菌核酸検出 204点 ⇒ 198点
- (新)A群β溶血連鎖球菌核酸検出 204点

- HBV核酸定量 263点 ⇒ 256点

- 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 270点 ⇒ 262点

- インフルエンザ核酸検出 410点 ⇒ 291点

【疑義解釈 インフルエンザ核酸検出】 問189 「エ その他重症化リスクのある患者」とは、具体的には何を指すのか

(答)現時点では、日本感染症学会・日本臨床微生物学会の「インフルエンザ核酸検出検査の有効活用に向けた提言」における「インフルエンザ合併症のリスクの高い患者」を指す

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

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

【疑義解釈 百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出】 問190、「関連学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか

(答)現時点では、日本呼吸器学会の「咳嗽・喀痰の診療ガイドライン 2019」を指す

- HCV核酸定量 424点 ⇒ 412点

検査 ⑩

- (新)SARS-CoV-2核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出 700点
- サイトメガロウイルス核酸検出 825点 ⇒ 801点
- ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(以下新設)(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出 963点
 - ◆ 注 (要届出)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)は、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定
- (新)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含む) 1,350点
- 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出、(以下新設)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液) 1,700点
 - ◆ 注1,細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定
 - ◆ (新)2,(要届出)ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)については、届出医療機関において実施した場合に限り算定

【その他の微生物学的検査】

- 大腸菌ベロトキシン定性 189点 ⇒ 184点
- (新)黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')定性(イムノクロマト法によるもの) 291点
- 【生体検査料】
- 新生児加算又は乳幼児加算
 - (新)内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析(インフルエンザの診断の補助に用いるもの)
- 【超音波検査等】
- 胃・食道内24時間pH測定 2,000点 ⇒ 3,000点
- 【脳波検査等】
- (新)覚醒維持検査 5,000点
- 【眼科学的検査】
- 眼底三次元画像解析 200点 ⇒ 190点
- 細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部) 112点 ⇒ 110点

検査 ⑪

【負荷試験等】

- 皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定
- 22箇所以上の場合(一連につき) 350点
⇒ 22箇所以上の場合(1箇所につき) 12点

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

問192、「1箇所目から21箇所目までについては、1箇所につき「1」の所定点数により算定する」及び「22箇所目以降については、1箇所につき「2」の所定点数により算定する」こととされているが、具体的な算定方法はどうなるのか？

(答)例えば、当該検査を25箇所実施した場合、以下の方法により算出する

- ・ 1箇所目から21箇所目 16点×21箇所(336点)
- ・ 22箇所以降 12点×4箇所(48点)
- ・ 25箇所の合算 336点+48点(384点)

【内視鏡検査】

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

◆注,入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において行った場合は、時間外加算として、200点を所定点数に加算する

ただし、この場合において、同一日に第1節第1款の通則第1号又は第3号の加算は別に算定できない

検査 ⑫

【診断穿刺・検体採取料】

□ 血液採取(1日につき)

- | | |
|---------|-----------|
| □ 静脈 | 37点 ⇒ 40点 |
| □ 乳幼児加算 | 30点 ⇒ 35点 |

【その他の検体採取】

□ 胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む)

180点 ⇒ 220点

- | | |
|---------|-----------|
| □ 乳幼児加算 | 40点 ⇒ 60点 |
|---------|-----------|

□ 動脈血採取(1日につき)

55点 ⇒ 60点

- | | |
|---------|-----------|
| □ 乳幼児加算 | 30点 ⇒ 35点 |
|---------|-----------|

◆ 血液化学検査の経過措置

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

病理診断

病理診断

◆ 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の要件見直し

- ◆ (1)免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法(蛍光抗体法又は酵素抗体法)又は試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する

ただし、「3」のHER2タンパクは、化学療法歴のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判定するための補助に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、HER2低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合に限り、別に1回に限り算定できる(乳癌に係る初回の本標本作成を令和6年3月31日以降に実施した場合にあつては、令和8年5月31日までの間に限る)

なお、再度免疫染色が必要である医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

- ◆ (10)セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色については、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫**若しくは乳癌**を疑う患者に対して実施した場合に算定する

なお、肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫**又は乳癌**を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

⇒ 病理組織標本作製も同様

□ 細胞診(1部位につき)

- 婦人科材料等液状化検体細胞診加算 36点 ⇒ 45点

□ (新)ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 2,700点

- 遺伝カウンセリング加算(月1回)(要届出) 1,000点

◆ 結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合

□ (新)BRAF V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 1,600点

新設項目の算定要件①

◆ ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の算定要件

(1) ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、以下のいずれかを目的として、免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する

- ア、固形癌における抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤の適応判定の補助
- イ、大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助
- ウ、大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助

(2) (1)に掲げるいずれか1つの目的で当該標本作製を実施した後に、別の目的で当該標本作製を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる

なお、この場合にあつては、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

(3) 本標本作製及びマイクロサテライト不安定性検査を同一の目的で実施した場合は、主たるもののみ算定する

(4) 「注」に規定する遺伝カウンセリング加算は、本標本作製(リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限。)を実施する際、以下のいずれも満たす場合に算定できる

ア、本標本作製の実施前に、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、患者又はその家族等に対し、当該標本作製の目的並びに当該標本作製の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行うとともに、その内容を文書により交付すること

イ、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、患者又はその家族等に対し、本標本作製の結果に基づいて療養上の指導を行うとともに、その内容を文書により交付すること

ただし、この場合において、同一の目的で実施したマイクロサテライト不安定性検査に係る遺伝カウンセリング加算は別に算定できない

なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」を遵守すること

新設項目の算定要件②

◆ B R A F V 600 E 変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の算定要件

(1) B R A F V 600 E 変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、以下のいずれかを目的として、免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する

ア、大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助

イ、大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助

(2) 早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、本標本作製を実施した場合は、掲げるマイクロサテライト不安定性検査、又は「N 0 0 5 - 4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

(3) 本標本作製及び大腸癌における B R A F 遺伝子検査を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する

処 置（ 抜 粹 ）

【詳細は下記を参照】

医科点数表

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf>

医科診療報酬点数表に関する事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf>

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

令和6年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

処置 ①

<ul style="list-style-type: none"> □ 熱傷処置 <ul style="list-style-type: none"> □ 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 270点 ⇒ 337点 □ 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 504点 ⇒ 630点 □ 6,000平方センチメートル以上 1,500点 ⇒ 1,875点 □ 爪甲除去(麻酔を要しないもの) 60点 ⇒ 70点 □ 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき) <ul style="list-style-type: none"> □ 200平方センチメートル以上 1,100点 ⇒ 1,375点 □ 局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)(1日につき) 1,100点 ⇒ 1,375点 □ 脳室穿刺 600点 ⇒ 750点 □ 硬膜外自家血注入 800点 ⇒ 1,000点 □ 胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む) 220点 ⇒ 275点 □ 腹腔穿刺(人工気腹、注入及び排液を含む) 230点 ⇒ 287点 	<ul style="list-style-type: none"> □ 腎嚢胞又は水腎症穿刺 280点 ⇒ 350点 □ 持続的胸腔ドレナージ(開始日) 660点 ⇒ 825点 □ 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法(1日につき) 480点 ⇒ 600点 □ 気管支カテーテル薬液注入法 120点 ⇒ 150点 □ 食道ブジー法 120点 ⇒ 150点 □ 直腸ブジー法 120点 ⇒ 150点 □ イレウス用ロングチューブ挿入法 730点 ⇒ 912点 □ 心膜穿刺 500点 ⇒ 625点 □ 気管内洗浄(1日につき) 340点 ⇒ 425点 □ 胃洗浄 300点 ⇒ 375点 □ 熱傷温浴療法(1日につき) 1,740点 ⇒ 2,175点 □ 誘導ブジー法 216点 ⇒ 270点
--	---

処置 ②

□ 人工呼吸

- 30分までの場合 242点 ⇒ 302点
- 30分を超えて5時間までの場合 242点 ⇒ 302点に30分
又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
- (新)腹臥位療法加算(1回につき) 900点
 - ◆ 別に厚生労働大臣が定める患者に連続した12時間以上の腹臥位療法を行った場合
 - ◆ **(新)(14)** 「注5」に規定する腹臥位療法加算は、人工呼吸器管理下における、中等症以上の急性呼吸窮迫症候群(AARDS)患者に対し、12時間以上の連続した腹臥位療法を実施した場合に算定することとし、腹臥位療法の実施が日をまたぐ場合については、当該療法を開始してから連続した12時間が経過した時点で算定する

なお、実施に当たっては、関係学会が定めるガイドライン等を参考にすること

□ 皮膚レーザー照射療法(一連につき)

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

処置 ③

□ ストーマ処置の加算新設

□ (新)ストーマ合併症加算(要届出) 65点

- ◆ ストーマ合併症を有する患者に対してストーマ処置を行った場合
- ・ 以下のストーマ合併症のいずれかを有し、かつ、ストーマ合併症の重症度分類グレード2以上の患者である場合に算定する

ア,傍ストーマヘルニア

イ,ストーマ脱出

ウ,ストーマ腫瘍

エ,ストーマ部瘻孔

オ,ストーマ静脈瘤

カ,ストーマ周囲肉芽腫

キ,ストーマ周囲難治性潰瘍等

◆ ストーマ合併症加算に関する施設基準

- ◆ 関係学会から示されている指針等に基づき、当該処置が適切に実施されていること
- ◆ 排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師が配置されていること
- ◆ 届出用紙は、別添2の様式49の10

□ 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算

◆ 以下の患者は算定不可

- ・ インフルエンザの患者又はインフルエンザの疑われる患者
- ・ 新型コロナウイルス感染症の患者又は新型コロナウイルス感染症が疑われる患者

□ 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術

- ◆ **(新)(3)**経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などX線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合にも算定できる

なお、医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

【疑義解釈 ストーマ処置(ストーマ合併症加算)】

問211、常勤の看護師の「排泄ケア関連領域における適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか

(答)現時点では、以下の研修が該当する

- ①日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」
- ②日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会「ストーマリハビリテーション講習会」

人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

- 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。

現行

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合			
	場合1	場合2	場合3
4時間未満	1,885点	1,845点	1,805点
4時間以上 5時間未満	2,045点	2,005点	1,960点
5時間以上	2,180点	2,135点	2,090点



改定後

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合			
	場合1	場合2	場合3
4時間未満	<u>1,876点</u>	<u>1,836点</u>	<u>1,796点</u>
4時間以上 5時間未満	<u>2,036点</u>	<u>1,996点</u>	<u>1,951点</u>
5時間以上	<u>2,171点</u>	<u>2,126点</u>	<u>2,081点</u>

人工腎臓に係る導入期加算の見直し

人工腎臓 導入期加算の見直し

- 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

現行		改定後	
【人工腎臓】		【人工腎臓】	
導入期加算 1	200点	導入期加算 1	200点
導入期加算 2	400点	導入期加算 2	<u>410点</u>
導入期加算 3	800点	導入期加算 3	<u>810点</u>
[施設基準]		[施設基準]	
(1) 導入期加算 1 の施設基準 (中略)		(1) 導入期加算 1 の施設基準 (中略)	
(2) 導入期加算 2 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～オ (略)		(2) 導入期加算 2 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～オ (略) <u>カ 腎代替療法を導入するに当たって、(1)のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。</u>	
(3) 導入期加算 3 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～カ (略)		(3) 導入期加算 3 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～カ (略) <u>主 (2)の力を満たしていること。</u>	

人工腎臓①

□ 人工腎臓(1日につき)

□ 慢性維持透析を行った場合1

- 4時間未満の場合 1,885点 ⇒ 1,876点
- 4時間以上5時間未満の場合 2,045点 ⇒ 2,036点
- 5時間以上の場合 2,180点 ⇒ 2,171点

□ 慢性維持透析を行った場合2

- 4時間未満の場合 1,845点 ⇒ 1,836点
- 4時間以上5時間未満の場合 2,005点 ⇒ 1,996点
- 5時間以上の場合 2,135点 ⇒ 2,126点

□ 慢性維持透析を行った場合3

- 4時間未満の場合 1,805点 ⇒ 1,796点
- 4時間以上5時間未満の場合 1,960点 ⇒ 1,951点
- 5時間以上の場合 2,090点 ⇒ 2,081点

□ 導入期加算2 400点 ⇒ 410点

□ 導入期加算3 800点 ⇒ 810点

□ 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等

(1)導入期加算の施設基準

イ,導入期加算1の施設基準

当該療法を行うにつき十分な必要な説明を行っていること

ロ,導入期加算2の施設基準

1・2(略)

(新)3,当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること

ハ,導入期加算3の施設基準

1・2(略)

(新)3,当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること

人工腎臓②

□ 第57の2人工腎臓 2,導入期加算の施設基準

(1)導入期加算1の施設基準

ア,関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な ⇒ **必要な**説明を行っていること
イ,(略)

(2)導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること

ア~オ(略)

(新)カ、腎代替療法を導入するに当たって、(1)のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること

(3)導入期加算3の施設基準次のすべてを満たしていること

ア~カ(略)

(新)キ、(2)のカを満たしていること

在宅透析に係る遠隔モニタリングの評価の新設と見直し

在宅血液透析における遠隔モニタリングの評価の新設

- ▶ 透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅血液透析を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合に遠隔モニタリング加算を新設する。

【在宅血液透析指導管理料】

(新) 遠隔モニタリング加算 115点 (月1回に限る)

【算定要件】

遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。

イ モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。

ウ 当該加算を算定する月にあつては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。

エ モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。

在宅自己腹膜灌流における遠隔モニタリング加算の見直し

- ▶ 在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリング加算について、在宅自己連続携行式腹膜灌流以外の腹膜灌流についても対象となるよう、要件を見直す。

現行

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

【算定要件】

- (4) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。

イ～エ (略)



改定後

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

【算定要件】

- (4) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。

イ～エ (略)

手術（抜粋）

【詳細は下記を参照】

医科点数表

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218731.pdf>

医科診療報酬点数表に関する事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220532.pdf>

※資料が差し替えられアクセスできない場合は下記よりご確認ください

令和6年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

手術 ①

□ 創傷処理

□ 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)

□ □,その他のもの 2,690点 ⇒ 3,090点

□ 小児創傷処理(6歳未満)

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

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

□ 皮膚切開術

□ 長径20センチメートル以上 1,980点 ⇒ 2,270点

□ デブリードマン

□ 100平方センチメートル未満 1,410点 ⇒ 1,620点

□ 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)

□ 長径4センチメートル以上 4,360点 ⇒ 5,010点

□ 皮膚悪性腫瘍切除術

□ センチネルリンパ節加算(5,000点)の名称変更(点数変更なし)
⇒ 皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算

□ (新)自家皮膚非培養細胞移植術

□ 25平方センチメートル未満 3,520点

□ 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6,270点

□ 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9,000点

□ 200平方センチメートル以上 25,820点

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

□ 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

□ 25平方センチメートル未満 4,510点 ⇒ 5,180点

□ (新)慢性膿皮症手術

□ 単純なもの 4,820点

□ 複雑なもの 8,320点

【疑義解釈】問215、慢性膿皮症手術について、算定留意事項通知にある「関係学会から示されているガイドライン等」とは具体的に何か
(答)現時点では、日本皮膚科学会の「化膿性汗腺炎診療の手引き2020」を指す(疑義解釈その3：化膿性汗腺炎患者の実施でも算定可)

□ 腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む) 2,050点 ⇒ 2,350点

手術 ②

□ 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術

□ 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 7,390点 ⇒ 8,490点

□ 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術

□ 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 24,130点 ⇒ 27,740点

□ 手、足 12,870点 ⇒ 14,800点

□ 骨折非観血的整復術

□ 肩甲骨、上腕、大腿 1,600点 ⇒ 1,840点

□ 前腕、下腿 1,780点 ⇒ 2,040点

□ 骨折観血的手術

□ 肩甲骨、上腕、大腿 18,810点 ⇒ 21,630点

□ 前腕、下腿、手舟状骨 15,980点 ⇒ 18,370点

□ 中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)

5,160点 ⇒ 5,930点

□ 関節切開術

□ 胸鎖、肘、手、足 1,280点 ⇒ 1,470点

□ 肩鎖、指(手、足) 680点 ⇒ 780点

□ 先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)

□ その他 2,950点 ⇒ 3,390点

□ 内反足足板挺子固定 2,030点 ⇒ 2,330点

□ ひょう疽手術

□ 骨、関節のもの 1,280点 ⇒ 1,470点

□ 脊椎脱臼非観血的整復術 2,570点 ⇒ 2,950点

□ 頸椎非観血的整復術 2,570点 ⇒ 2,950点

□ 恥骨結合離開非観血的整復固定術 1,580点 ⇒ 1,810点

□ 骨盤骨折非観血的整復術 2,570点 ⇒ 2,950点

□ 脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)

□ 棘突起、腸骨翼 3,150点 ⇒ 3,620点

□ 眼球内容除去術 6,130点 ⇒ 7,040点

□ 眼球摘出術 3,670点 ⇒ 4,220点

□ 角膜潰瘍結膜被覆術 2,650点 ⇒ 3,040点

□ 角膜表層除去併用結膜被覆術 8,300点 ⇒ 9,540点

手術 ③

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

手術 ④

<ul style="list-style-type: none"> □ 唾石摘出術(一連につき) <ul style="list-style-type: none"> □ 2,深在性のもの 3,770点 ⇒ 4,330点 □ 血管縫合術(簡単なもの) 4,210点 ⇒ 4,840点 □ 内シャント血栓除去術 3,130点 ⇒ 3,590点 □ 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 <ul style="list-style-type: none"> □ 早期悪性腫瘍ポリープ切除術 6,230点 ⇒ 7,160点 □ 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 <ul style="list-style-type: none"> □ (新)病変検出支援プログラム加算 60点 	<ul style="list-style-type: none"> □ 精巣摘出術 2,770点 ⇒ 3,180点 □ (新)精巣温存手術 3,400点 □ 精索静脈瘤手術 2,970点 ⇒ 3,410点 □ 陰嚢水腫手術 <ul style="list-style-type: none"> □ 2,その他 2,290点 ⇒ 2,630点 □ 停留精巣固定術 9,740点 ⇒ 11,200点 □ 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 <ul style="list-style-type: none"> □ (新)2,組織切除回収システム利用によるもの 6,630点 □ 経皮的卵巣嚢腫内容排除術 1,620点 ⇒ 1,860点 □ 子宮内反症整復手術(腔式、腹式) <ul style="list-style-type: none"> □ 非観血的 340点 ⇒ 390点 □ 胚凍結保存管理料 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定
<p>【疑義解釈】 問221、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術「注3」に規定する病変検出支援プログラム加算について、「大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器のうち、大腸内視鏡検査に関し専門の知識及び経験を有する医師が用いた場合に、用いない場合と比較して診断精度が上昇することが示されていると認められた製品」は何が含まれるか</p> <p>(答)現時点では、「内視鏡画像診断支援プログラムEndoBRAIN-EYE(医療機器承認番号30200BZX0020800)」が含まれる</p>	

手術 ⑤

□ 体外受精・顕微授精管理料

- 体外受精 4,200点 ⇒ 3,200点
- 顕微授精
 - 1個の場合 4,800点 ⇒ 3,800点
 - 2個から5個までの場合 6,800点 ⇒ 5,800点
 - 6個から9個までの場合 10,000点 ⇒ 9,000点
 - 10個以上の場合 12,800点 ⇒ 11,800点
- (削除)採取精子調整加算 5,000点
- (新)新鮮精子加算 1,000点
- (新)採取精子調整管理料 5,000点
- (新)精子凍結保存管理料
 - 1,精子凍結保存管理料(導入時)
 - ◆ 精子の凍結保存を開始した場合に算定
 - イ,精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合 1,500点
 - □,イ以外の場合 1,000点

□ 2,精子凍結保存維持管理料 700点

- ◆ 精子の凍結保存の開始から1年を経過している場合であつて、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定

◆ 第78の3の6 採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料

1 採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料の施設基準

- (1)産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること
- (2)生殖補助医療管理料、精巣内精子採取術の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること

2 届出に関する事項

- 生殖補助医療管理料又は精巣内精子採取術の届出を行ってればよく、採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料として特に地方厚生(支)局長に対して届出を行う必要はないこと

麻 醉

麻 酔

□マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

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

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

□ロ,イ以外の場合 12,100点 ⇒ 12,190点

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

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

□ロ,イ以外の場合 9,050点 ⇒ 9,170点

□術中脳灌流モニタリング加算 1,000点(点数変更なし)

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

□トリガーポイント注射 80点 ⇒ 70点

関連補助金再生リスト



https://www.youtube.com/playlist?list=PLVHJ43WUYE_fQresQ5x7yPgnvQV_YWzAY

Youtube MSGチャンネル



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



医療DX・電カル共有サービス



https://youtu.be/Izvcdp_Dwvc

資料の補足・関連動画のご案内

厚労省関連動画



https://www.youtube.com/playlist?list=PLVHJ43WUYE_dHD1IXuIY7ymZByE6TsVuH

サイバーセキュリティ対策



https://www.youtube.com/playlist?list=PLVHJ43WUYE_eMVQvIIRp_5F0_aqV3DEws

厚労省届出等

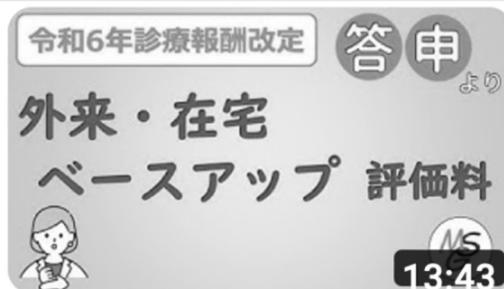


https://www.youtube.com/playlist?list=PLVHJ43WUYE_c44z0GVEHik5RivSBR-5IA



生活習慣病管理料の解説

【live配信切抜】令和6年
4209 回視聴・12 日前



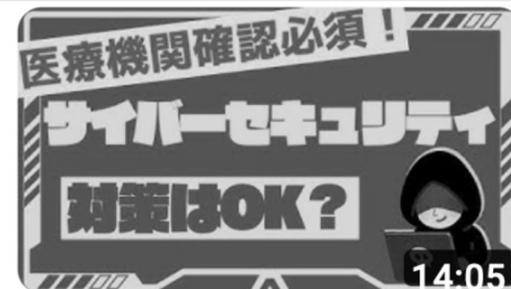
外来在宅ベースアップ評価

料の解説【live配信切抜】
1767 回視聴・12 日前



医療DXの概要と解説「令

和6年診療報酬改定 答由
2348 回視聴・12 日前



サイバーセキュリティ 医

療機関での対策ポイント
458 回視聴・2 週間前



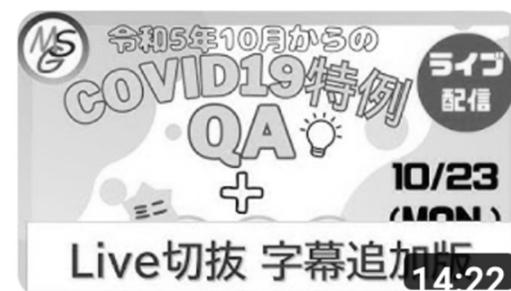
物価高騰による医療機関の
光熱費等に対する支援に



2024年1月開始！ マイナ
保険証関連給付金の解説

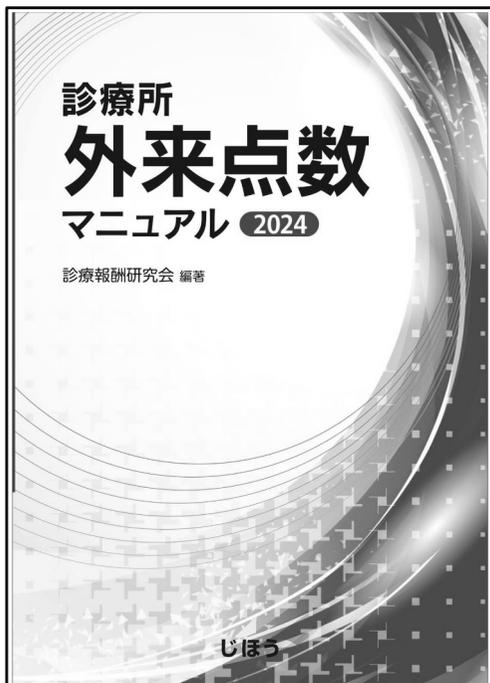


マイナ保険証関連補助金の
解説【クリニック向け】



令和5年10月からのCOVID-
19特例Q&A【live切抜

ご清聴・ご視聴 ありがとうございます



外来点数マニュアル 2024年度版

細谷邦夫氏著 じほう社より刊行

**患者さんと共有できて
文字が大きく見やすい**



ご購入は
こちら

<https://www.jiho.co.jp/shop/list/detail/tabid/272/catid/9/pdid/55603/Default.aspx>



Youtubeで
医療関連情報発信中

[https://www.youtube.com/
@MSG_med](https://www.youtube.com/@MSG_med)

