

精神

令和6年度診療報酬改定 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-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

- ▶ 療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

現行	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 【算定要件】（概要） 注8（療養生活環境整備指導加算） 注9（療養生活継続支援加算） 通院精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p>【施設基準】（概要） (1) 当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。 (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下であること。 (3) 当該看護師については、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 【算定要件】（概要） 旧注8（削除） 注8（療養生活継続支援加算） 通院・在宅精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、いずれかを所定点数に加算する。 イ 直近の入院において精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合 500点 ロ イ以外の患者の場合 350点</p> <p>【施設基準】（概要） (1) 当該支援に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。 (2) 当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき30人以下であること。</p> <p>（削除） ● 旧注8（療養生活環境整備指導加算）について、療養生活継続支援加算のイへ統合した上で、療養生活継続支援加算の要件を見直し。 ● 対象患者に、在宅精神療法を算定する患者を追加。</p>



286

【療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算】	
Q203	「I002」通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援 指導加算の施設基準について、児童思春期の患者に対する当該支援指導に専任の精神保健福祉士は、注8に規定する療養生活継続支援加算の施設基準における当該支援に専任の精神保健福祉士と兼ねることは可能か。
A203	可能。
【児童思春期支援指導加算】	
Q204	「I002」通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援 指導加算の施設基準において求める医師等の「児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。
A204	現時点では、以下の研修が該当する。 <ul style="list-style-type: none"> ●国立国際医療研究センター国府台病院が実施する「児童・思春期精神保健研修（児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修及び児童・思春期精神保健対策専門研修（応用コース）の両方を受講した場合に限る。）」 ●日本精神科病院協会が実施する「児童・思春期精神医学対策講習会スタンダードコース」

©ASK/LINKUP

令和6年度診療報酬改定 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-⑤

139

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

通院・在宅精神療法の見直し

- 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。

【通院・在宅精神療法】			現行	改定後
1	通院精神療法			
	イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合		660点	660点
	□ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合 560点 精神保健指定医以外の場合 540点	600点 550点
	ハ イ及び□以外の場合	30分以上	精神保健指定医による場合 410点 精神保健指定医以外の場合 390点	410点 390点
30分未満			精神保健指定医による場合 330点 精神保健指定医以外の場合 315点	315点 290点
		2 在宅精神療法		
		イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合		660点
	□ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合 620点 精神保健指定医以外の場合 600点	640点 600点
	ハ イ及び□以外の場合	60分以上	精神保健指定医による場合 550点 精神保健指定医以外の場合 530点	590点 540点
30分以上60分未満			精神保健指定医による場合 410点 精神保健指定医以外の場合 390点	410点 390点
		30分未満	精神保健指定医による場合 330点 精神保健指定医以外の場合 315点	315点 290点

287

【I002 通院・在宅精神療法】	
Q198	「I002」通院・在宅精神療法について、「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を10分単位で記載すること。」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか。
A198	当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載すること。 <ul style="list-style-type: none"> ・5分以上10分未満 ・10分以上20分未満 ・20分以上30分未満 ・30分以上40分未満 ・40分以上50分未満 ・50分以上60分未満 ・60分超 ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない。
【療養生活継続支援加算】	
Q199	「I002」通院・在宅精神療法の注8に規定する療養生活継続支援加算について、「注8」に規定する療養生活継続支援加算の「□」は、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。」こととされているが、過去に注8のイを算定していた患者についても、新たに重点的な支援を要する状態になったときは、350点を算定するということよいか。
A199	そのとおり。

©ASK/LINKUP

141

【通院・在宅精神療法】	
Q26	「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者として、精神科を担当する医師が判断したものが対象とされているが、医師が判断するに当たっての基準についてどのように考えればよいか。
A26	「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」等のガイドラインに基づき、心的外傷に起因する症状を有する患者として、医師が、心理支援を必要と判断した患者について、対象となる。なお、この場合において、心的外傷に起因する症状を有する患者であって、心的外傷後ストレス障害の診断基準を全て満たさない場合も、要件を満たせば対象となる。ただし、心的外傷に起因する症状を認めず、適応障害の診断基準を満たす患者については、算定できない。
Q27	「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、例えば、学校でのいじめや職場内のハラスメントを原因として、侵入症状を認めている患者は対象となるか。
A27	精神科を担当する医師が、「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」等のガイドラインに基づき、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者として、心理支援を必要と判断した場合は対象となる。
Q28	「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、次の1から3までのいずれかによる外傷体験を有している患者であって、心的外傷に起因する症状を有するものに対して、精神科を担当する医師が心理支援を必要と判断し、医師の指示の下、公認心理師が心理支援を実施した場合についても、算定可能か。 1. 他人に起こった心的外傷的出来事を直に目撃する。 2. 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする。 3. 心的外傷的出来事の強い不快感をいく細部に、繰り返し又は極端に曝露される経験をする。
A28	算定可能
Q29	「I002」通院・在宅精神療法の「注9」に規定する心理支援加算について、「心的外傷に起因する症状を有する者」が対象とされているが、症状が1か月以上持続している必要があるか。
A29	1か月未満であっても対象となる。

©ASK/LINKUP

142

【通院・在宅精神療法】	
Q26	「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者として、精神科を担当する医師が判断したものが対象とされているが、医師が判断するに当たっての基準についてどのように考えればよいか。
A26	「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」等のガイドラインに基づき、心的外傷に起因する症状を有する患者として、医師が、心理支援を必要と判断した患者について、対象となる。なお、この場合において、心的外傷に起因する症状を有する患者であって、心的外傷後ストレス障害の診断基準を全て満たさない場合も、要件を満たせば対象となる。ただし、心的外傷に起因する症状を認めず、適応障害の診断基準を満たす患者については、算定できない。
Q27	「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、例えば、学校でのいじめや職場内のハラスメントを原因として、侵入症状を認めている患者は対象となるか。
A27	精神科を担当する医師が、「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」等のガイドラインに基づき、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者として、心理支援を必要と判断した場合は対象となる。
Q28	「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、次の1から3までのいずれかによる外傷体験を有している患者であって、心的外傷に起因する症状を有するものに対して、精神科を担当する医師が心理支援を必要と判断し、医師の指示の下、公認心理師が心理支援を実施した場合についても、算定可能か。 1. 他人に起こった心的外傷的出来事を直に目撃する。 2. 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする。3. 心的外傷的出来事の強い不快感をいづく細部に、繰り返し又は極端に曝露される経験をする。
A28	算定可能
Q29	「I002」通院・在宅精神療法の「注9」に規定する心理支援加算について、「心的外傷に起因する症状を有する者」が対象とされているが、症状が1か月以上持続している必要があるか。
A29	1か月未満であっても対象となる。

©ASK/LINKUP

令和6年度診療報酬改定 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-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

早期診療体制充実加算の新設

- 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。

（新）早期診療体制充実加算

	(1) 最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合	(2) (1) 以外の場合
病院の場合	20点	15点
診療所の場合	50点	15点

【算定要件】（概要）

- 当該患者を診療する**担当医**を決めること。
- 担当医**は、当該患者に対して、以下の**指導、服薬管理等**を行うこと。
 - ア 原則として、**患者の同意**を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。
 - イ 患者の状態に応じて**適切な問診及び身体診察**等を行う。
特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び**神経学的診察**を実施し、その結果を診療録に記載する。
 - ウ 患者が受診している**医療機関を全て把握**するとともに、処方されている**医薬品を全て管理**し、診療録に記載する。
 - エ **標榜時間外の電話等による問い合わせに対応**可能な体制を有し、当該患者に連絡先について情報提供するとともに、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。
 - オ 必要に応じて**障害支援区分認定に係る医師意見書**又は**要介護認定に係る主治医意見書**等を作成すること。
 - カ 必要に応じ、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。
 - キ 患者又は家族等の同意について、署名付の同意書を作成し、診療録に添付する。
 - ク **院内掲示やホームページ**等により以下の対応（※）が可能なことを周知する。
 - ケ 精神疾患の早期介入等に当たっては、「早期精神科の診療プランと実践例」等を参考とする。

（※）院内、HP等において、以下の対応を行っている旨を掲示

ケースマネジメント
障害福祉サービス等の相談
介護保険に係る相談
相談支援専門員、介護支援専門員からの相談に対応
市町村等との連携
入院していた患者の退院支援
身体疾患の診療、他科連携
健康相談、予防接種の相談
可能な限り向精神薬の多剤、大量、長期処方を控えていること

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

早期診療体制充実加算の新設

[施設基準] (概要)

初診、30分以上の診療等の診療実績

30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数/過去6か月間の通院・在宅精神療法の算定回数 \geq **5%**

【診療所】過去6か月間の初診日に60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数の合計/勤務する医師の数 \geq **60以上**

地域の精神科医療提供体制への貢献(時間外診療、精神科救急医療の提供等)

アからウまでのいずれかを満たすこと。

- ア **常時対応型施設**(精神科救急医療確保事業) 又は **身体合併症救急医療確保事業**において指定
- イ **病院群輪番型施設**(精神科救急医療確保事業)であって、
時間外、休日又は深夜において、**入院件数が年4件以上** 又は **外来対応件数が年10件以上**
- ウ **外来対応施設**(精神科救急医療確保事業) 又は **時間外対応加算1**の届出
かつ **精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応**できる体制

常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の**精神保健指定医として業務等を年1回以上**行っていること。
※常勤の精神保健指定医が複数名勤務している場合は、少なくとも2名が当該要件を満たすこと

精神保健指定医、多職種の配置等

常勤の精神保健指定医を1名以上配置

多職種の活用、専門的な診療等に係る**加算のうち**
いずれかを届出

精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医を配置

- 療養生活継続支援加算
- 児童思春期精神科専門管理加算
- 児童思春期支援指導加算
- 認知療法・認知行動療法
- 依存症集団療法
- 精神科在宅患者支援管理料
- 精神科入退院支援加算
- 精神科リエゾンチーム加算
- 依存症入院医療管理加算
- 摂食障害入院医療管理加算
- 児童思春期精神科入院医療管理料



289

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 08 重点分野における対応(精神医療)

145

2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

【早期診療体制充実加算】	
Q205	「I002」通院・在宅精神療法の注11に規定する早期診療体制充実加算の施設基準について、「当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」の口若しくはハの(1)又は「2」の口若しくはハの(1)若しくは(2)の算定回数の合計の割合が5%以上であること。」とされているが、「1」のハの(1)には、情報通信機器を用いて行った場合の算定回数も含まれるのか。
A205	含まれる。
Q206	早期診療体制充実加算の施設基準について、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるのか
A206	含まれる。
Q207	早期診療体制充実加算の施設基準について、「精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務は含まれるのか。
A207	含まれる。ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること。また、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関において保管すること。
Q208	早期診療体制充実加算の施設基準について、「診療所にあつては、当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の「1」の口又は「2」の口の算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が60以上であること。」とされているが、「当該保険医療機関に勤務する医師の数」の計算方法如何。
A208	常勤の医師の数及び非常勤の医師を常勤換算した数の合計により算出する。

心理支援加算の新設

- 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合の評価を新設する。

(新) 心理支援加算 250点 (月2回)

【算定要件】 (概要)

- 心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、心理学に関する専門的知識及び技術等を用いて、対面による心理支援を30分以上実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定できる。(通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定可。)
- 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
 - 対象患者：外傷体験^(※1)を有し、心的外傷に起因する症状^(※2)を有する者として、精神科医が心理支援を必要と判断したもの
(※1) 身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等
(※2) 侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状
 - 医師は当該患者等に外傷体験の有無を確認した上で、当該外傷体験及び心的外傷に起因する症状等について診療録に記載する。

DSM-5 PTSDの診断基準(抄) 成人、青年、6歳を超える子供の場合

A	実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露。 ^(※1)
B	心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した侵入症状の存在。
C	心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。
D	心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。
E	心的外傷的出来事に関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。
F	障害(基準B、C、DおよびE)の持続が1ヵ月以上。
G	その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H	その障害は、物質(例：医薬品またはアルコール)または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

心理支援加算の対象患者
A 外傷体験
+
BからEまでのいずれか
又は解離症状
を有する者として、精神科医が
心理支援を必要と判断したもの



(※1) について、直接体験したもの、他、直接目撃したものや、近親者又は親しい友人に起こった暴力的な出来事等の外傷体験に起因する場合も含まれる。

291

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 08 重点分野における対応(精神医療)

147

2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

【心理支援加算】	
Q200	「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、精神科を担当する医師の診察において、患者本人の説明から、明らかな外傷体験が確認できない場合について、どのように考えれば良いか
A200	明らかな外傷体験が確認できない場合、当該加算は算定不可。ただし、例えば、家族等から得られた情報に基づき、患者が外傷体験を有する可能性が高いと判断されるが、外傷体験の直後であるために患者が詳細を説明することが難しい等、特段の事情がある場合は、この限りではない。なお、その場合は、外傷体験を有する可能性が高いと判断した理由を診療録に記載する。また、後日、外傷体験を有することを確認した場合も、その旨を診療録に記載する。
Q201	通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、心理支援を終了した患者において、同一の心的外傷に起因する症状が再発し、新たに心理に関する支援を要する状態になった場合の取扱い如何
A201	症状の再発により心理に関する支援を要する状態になったと医師が判断した場合は、同一の心的外傷に起因する症状であっても、再度の算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定可。なお、この場合においては、再発した症状の詳細や、再び心理に関する支援を要する状態になったと判断した理由等について、診療録に記載すること。
Q202	通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、通院・在宅精神療法を実施する医師が公認心理師の資格を有している場合に、通院・在宅精神療法を実施する医師と心理支援を実施する公認心理師が同一の者であっても、心理支援加算を算定することは可能か。
A202	不可。通院・在宅精神療法を実施する精神科を担当する医師と、医師の指示を受けて必要な支援を実施する公認心理師は、別の者である必要がある。

精神科在宅患者支援管理料の見直し

- 精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直し、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を算定患者に追加する。

現行	改定後			
<p>【「1」「2」のイ】集中的な支援を必要とする重症患者等</p> <p>○以下のア及びイに該当する患者</p> <p>ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者</p> <p>イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時のGAF尺度が40以下の者</p> <p>【「1」「2」のロ】重症患者等</p> <p>○上記のア又はイに該当する患者</p> <p>○以下のアからウまでの全てに該当する患者</p> <p>ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者</p> <p>イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者</p> <p>ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度が40以下の者</p>	<p>○ア及びイ又はウに該当する患者</p> <p>ア、イ (略)</p> <p>ウ 「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上である者</p> <p>○ (略)</p> <p>○以下のアからウまでの全て又はエに該当する患者</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ 過去6月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者</p>			
<p>(参考) 精神科在宅患者支援管理料</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>管理料1 (当該保険医療機関が訪問看護を提供) ※6月を限度</p> <p>イ 集中的な支援を必要とする重症患者等</p> <p>ロ 重症患者等</p> </td> <td> <p>管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供) ※6月を限度</p> <p>イ 集中的な支援を必要とする重症患者等</p> <p>ロ 重症患者等</p> </td> <td> <p>管理料3 ※「1」又は「2」の開始日から2年を限度</p> <p>管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合</p> </td> </tr> </table>	<p>管理料1 (当該保険医療機関が訪問看護を提供) ※6月を限度</p> <p>イ 集中的な支援を必要とする重症患者等</p> <p>ロ 重症患者等</p>	<p>管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供) ※6月を限度</p> <p>イ 集中的な支援を必要とする重症患者等</p> <p>ロ 重症患者等</p>	<p>管理料3 ※「1」又は「2」の開始日から2年を限度</p> <p>管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合</p>	
<p>管理料1 (当該保険医療機関が訪問看護を提供) ※6月を限度</p> <p>イ 集中的な支援を必要とする重症患者等</p> <p>ロ 重症患者等</p>	<p>管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供) ※6月を限度</p> <p>イ 集中的な支援を必要とする重症患者等</p> <p>ロ 重症患者等</p>	<p>管理料3 ※「1」又は「2」の開始日から2年を限度</p> <p>管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合</p>		

292

有床診療所

入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

- 入院基本料等について、以下の見直しを行う。
 - 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、**栄養管理体制の基準を明確化する**。
 - 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、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、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする**。
 - 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、**医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める**。
 - 上記のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、**入院基本料等の評価を見直す**。

現行	改定後
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料1 1,650点	【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料1 1,688点
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料1 入院料G 968点	【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料1 入院料25 983点
【精神病棟入院基本料】 15対1入院基本料 830点	【精神病棟入院基本料】 15対1入院基本料 844点
【特定機能病院入院基本料】 7対1入院基本料（一般病棟の場合） 1,718点	【特定機能病院入院基本料】 7対1入院基本料（一般病棟の場合） 1,822点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料4 1,841点	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料4 1,859点
【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料1 2,809点	【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料1（40日以内） 2,838点
（41日目以降は2,690点） 31	

※一部の入院料について抜粋。地域包括ケア病棟入院料1は日数による評価を見直したことに伴う増点を含む。

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 01賃上げ・基本料の引き上げ

151

■ A108 有床診療所入院基本料

改定前	改定後
A108 有床診療所入院基本料	A108 有床診療所入院基本料
1 有床診療所入院基本料1	1 有床診療所入院基本料1
イ 14日以内の期間… <u>917点</u>	イ 14日以内の期間… 932点
ロ 15日以上30日以内の期間… <u>712点</u>	ロ 15日以上30日以内の期間… 724点
ハ 31日以上の間… <u>604点</u>	ハ 31日以上の間… 615点
2 有床診療所入院基本料2	2 有床診療所入院基本料2
イ 14日以内の期間… <u>821点</u>	イ 14日以内の期間… 835点
ロ 15日以上30日以内の期間… <u>616点</u>	ロ 15日以上30日以内の期間… 627点
ハ 31日以上の間… <u>555点</u>	ハ 31日以上の間… 566点
3 有床診療所入院基本料3	3 有床診療所入院基本料3
イ 14日以内の期間… <u>605点</u>	イ 14日以内の期間… 616点
ロ 15日以上30日以内の期間… <u>567点</u>	ロ 15日以上30日以内の期間… 578点
ハ 31日以上の間… <u>534点</u>	ハ 31日以上の間… 544点
4 有床診療所入院基本料4	4 有床診療所入院基本料4
イ 14日以内の期間… <u>824点</u>	イ 14日以内の期間… 838点
ロ 15日以上30日以内の期間… <u>640点</u>	ロ 15日以上30日以内の期間… 652点
ハ 31日以上の間… <u>542点</u>	ハ 31日以上の間… 552点
5 有床診療所入院基本料5	5 有床診療所入院基本料5
イ 14日以内の期間… <u>737点</u>	イ 14日以内の期間… 750点
ロ 15日以上30日以内の期間… <u>553点</u>	ロ 15日以上30日以内の期間… 564点
ハ 31日以上の間… <u>499点</u>	ハ 31日以上の間… 509点
6 有床診療所入院基本料6	6 有床診療所入院基本料6
イ 14日以内の期間… <u>543点</u>	イ 14日以内の期間… 553点
ロ 15日以上30日以内の期間… <u>509点</u>	ロ 15日以上30日以内の期間… 519点
ハ 31日以上の間… <u>480点</u>	ハ 31日以上の間… 490点

A108 有床診療所入院基本料

改定前	改定後
<p>A108 有床診療所入院基本料（1日につき） 注1～7（略） 8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ト 救急医療管理加算 <u>（新設）</u> チ～ツ（略） カ 二類感染症患者療養環境特別加算 コ～ク（略） <u>（新設）</u> オ（略） <u>（新設）</u> ク・ヤ（略） <u>（新設）</u> 9～11（略） 12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 介護連携加算1・・・192点 ロ 介護連携加算2・・・38点</p>	<p>A108 有床診療所入院基本料（1日につき） 注1～7（略） 8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ト（略） <u>チ 特定感染症入院医療管理加算</u> <u>リ～カ（略）</u> <u>コ 特定感染症患者療養環境特別加算</u> <u>タ～オ（略）</u> <u>ク バイオ後続品使用体制加算</u> <u>ヤ（略）</u> <u>マ 医療的ケア児（者）入院前支援加算</u> <u>ケ・フ（略）</u> <u>コ 協力対象施設入所者入院加算</u> 9～11（略） 12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの <u>又は重度の肢体不自由児（者）</u>については、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ <u>介護障害連携加算1</u>・・・192点 ロ <u>介護障害連携加算2</u>・・・38点</p>

ASK/LINKUP

2024年2月14日開催 厚生労働省資料（答申）より

153

令和6年度診療報酬改定 I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組-②等

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

現行

【入院基本料等の施設基準等】

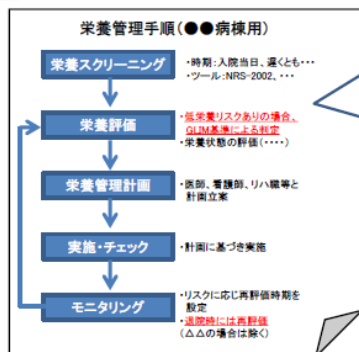
- 5 栄養管理体制の基準
(1)（略）
(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
(3)～(9)（略）

改定後

【入院基本料等の施設基準等】

- 5 栄養管理体制の基準
(1)（略）
(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。
(3)～(9)（略）

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていけば差し支えない。

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング

- 全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- 検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

低栄養リスクあり

表現型基準（フェノタイプ基準）		病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	
		食事摂取量減少、消化吸収能低下	疾病負荷/炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当		それぞれの項目で1つ以上に該当	

低栄養と判定

重症度判定（中等度低栄養、重度低栄養）

※詳細は、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

33

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

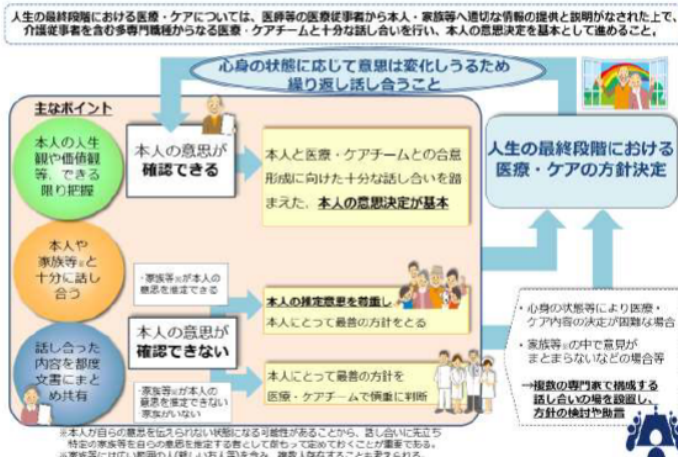
人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、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」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**
- 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要件とする入院料の範囲を拡大**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。

【指針の作成が要件となる対象】

- **入院料を算定する医療機関※**
 - ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
 - ・ がん患者指導管理料
 - ・ **地域包括診療料**
 - ・ **地域包括診療加算**
 - ・ **認知症地域包括診療料**
 - ・ **認知症地域包括診療加算**
 - ・ 在宅療養支援診療所・病院

「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)



身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において**組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備**することを規定する。
 - ・ 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
 - ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、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。）の所定点数から1日につき40点を減算する。

【身体的拘束最小化の基準】

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関において、**患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。**
- (2) (1)の**身体的拘束を行う場合には**、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を**記録しなければならないこと。**
- (3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
 - イ 身体的拘束を最小化するための**指針を作成し、職員に周知し活用**すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行う**こと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- (6) (1)から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院**（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）**における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。**

【経過措置】 令和6年3月31日において現入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

- 医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い、有床診療所療養病床入院基本料の看護職員及び看護補助者の人員配置基準を見直す。

現行	改定後
<p>【有床診療所療養病床入院基本料】 【施設基準】</p> <p>三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>(1) 通則 療養病床であること。</p> <p>(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>イ 有床診療所療養病床入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準</p> <p>① 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>② 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>③ (略)</p>	<p>【有床診療所療養病床入院基本料】 【施設基準】</p> <p>三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>(1) 通則 療養病床であること。</p> <p>(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>イ 有床診療所療養病床入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準</p> <p>① 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>② 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>③ (略)</p>

■ A109 有床診療所療養病床入院基本料

医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い、有床診療所療養病床入院基本料の要件を見直す。

有床診療所療養病床入院基本料の看護職員及び看護補助者の人員配置基準を見直す。

改定前	改定後
<p>【有床診療所療養病床入院基本料】 【施設基準】</p> <p>三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>(1) 通則 療養病床であること。</p> <p>(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>イ 有床診療所療養病床入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準</p> <p>① 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>② 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>③ (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>【有床診療所療養病床入院基本料】 【施設基準】</p> <p>三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>(1) 通則 療養病床であること。</p> <p>(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>イ 有床診療所療養病床入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準</p> <p>① 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに<u>一以上</u>であること。</p> <p>② 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに<u>一以上</u>であること。</p> <p>③ (略)</p> <p>④ <u>当該病棟の入院患者に関する口の区分に係る疾患及び状態等並びにA D Lの判定基準による判定について、記録していること。</u></p>

A109 有床診療所療養病床入院基本料

改定前	改定後
<p>【施設基準】 続き</p> <p>□ 有床診療所療養病床入院基本料の注1 本文に規定する厚生労働大臣が定める区分</p> <p>① 入院基本料A</p> <p>1. 当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割未満である場合（以下この口において「特定患者八割未満の場合」という。）にあつては、医療区分三の患者</p> <p>2. 当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割以上である場合（以下この口において「特定患者八割以上の場合」という。）にあつては、次のいずれにも該当するものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関（以下この口において「四対一配置保険医療機関」という。）に入院している医療区分三の患者</p> <p>(一) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>(二) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。</p>	<p>【施設基準】 続き</p> <p>□ 有床診療所療養病床入院基本料の注1 本文に規定する厚生労働大臣が定める区分</p> <p>① 入院基本料A</p> <p style="color: red;">医療区分三の患者</p> <p style="color: red;">(削除)</p>

©ASK/©LINKUP

2024年2月14日開催 厚生労働省資料（答申）より

159

A109 有床診療所療養病床入院基本料

改定前	改定後
<p>【施設基準】 続き</p> <p>② 入院基本料B</p> <p>1. 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの</p> <p>2. 特定患者八割以上の場合にあつては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの</p> <p>③ 入院基本料C</p> <p>1. 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分一であるもの</p> <p>2. 特定患者八割以上の場合にあつては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分一であるもの</p> <p>④ 入院基本料D</p> <p>1. 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分一の患者であつて、ADL区分三であるもの</p> <p>2. 特定患者八割以上の場合にあつては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であつて、ADL区分三であるもの</p>	<p>【施設基準】 続き</p> <p>② 入院基本料B</p> <p>医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの</p> <p style="color: red;">(削除)</p> <p>③ 入院基本料C</p> <p>医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分一であるもの</p> <p style="color: red;">(削除)</p> <p>④ 入院基本料D</p> <p style="color: red;">別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一の患者」という。）であつて、ADL区分三であるもの</p> <p style="color: red;">(削除)</p>

©ASK/©LINKUP

2024年2月14日開催 厚生労働省資料（答申）より

160

A109 有床診療所療養病床入院基本料

改定前	改定後
<p>【施設基準】 続き</p> <p>⑤ 入院基本料 E</p> <p>1 特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であって、ADL区分二又はADL区分一であるもの</p> <p>2 特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であって、ADL区分二又はADL区分一であるもの又は次のいずれかに該当しないものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者</p> <p>(一) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>(二) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。</p>	<p>【施設基準】 続き</p> <p>⑤ 入院基本料 E</p> <p>医療区分一の患者であって、ADL区分二又はADL区分一であるもの</p> <p><u>(削除)</u></p>

改定後
<p>【経過措置】</p> <p>令和6年3月31日において、現に有床診療所療養病床入院基本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日までの間に限り、なお従前の例による。</p>

©ASK/©LINKUP

2024年2月14日開催 厚生労働省資料（答申）より

161

2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈（その1）」より

【障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料】	
Q35	障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14、特殊疾患入院医療管理料の注4、注6及び注7、特殊疾患病棟入院料の注4、注6及び注7において、医療区分の評価に基づき相当する点数を算定することとされているが、「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」の中心静脈栄養の項目について、療養病棟入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料のいずれに準じて評価を行うのか。
A35	有床診療所療養病床入院基本料に準じて評価を行う。
【有床診療所在宅患者支援病床初期加算】	
Q36	「A108」有床診療所入院基本料の注3に規定する有床診療所在宅患者支援病床初期加算について、「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、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。」とあるが、どのような患者が算定の対象となるのか。
A36	算定の対象は、例えば、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合など、患者の年齢や疾患に関わらず、意思決定に対する支援が必要な患者であって、医師の医学的判断によるものとなる。

有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

- ▶ 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所が医療・介護・障害サービス等における連携を推進するために、介護連携加算の名称と要件を見直す。

現行	改定後
<p>【有床診療所入院基本料】 【算定要件】</p> <p>注12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの若しくは65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 介護連携加算1 192点 □ 介護連携加算2 38点</p>	<p>【有床診療所入院基本料】 【算定要件】</p> <p>注12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの若しくは65歳以上のもの又は<u>重度の肢体不自由児（者）</u>については、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 介護障害連携加算1 192点 □ 介護障害連携加算2 38点</p>
<p>改定後</p> <p>【有床診療所入院基本料】 【施設基準】</p> <p>22 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護障害連携加算1の施設基準次の施設基準を全て満たしていること。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>次のいずれかを満たすこと。</u></p> <p>ア 5の(1)のイの(イ)を満たしていること。</p> <p>イ <u>過去1年間に、介護保険法に規定する訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。</u></p> <p>ウ <u>過去1年間に、「C009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。</u></p> <p>エ <u>過去1年間に、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第8項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。</u></p> <p style="text-align: right;">※ 介護障害連携加算2についても同様。</p>	

79

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 04 同時報酬改定における対応

163

【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-⑭】

A108 有床診療所入院基本料

地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所が医療・介護・障害サービス等における連携を推進するために、介護連携加算の要件を見直す。

1. 介護連携加算について、介護障害連携加算と名称を改めるとともに、肢体不自由児（者）を算定可能な対象として追加する。

改定前	改定後
<p>【有床診療所入院基本料】 【算定要件】</p> <p>注12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 介護連携加算1・・・192点 □ 介護連携加算2・・・38点</p>	<p>【有床診療所入院基本料】 【算定要件】</p> <p>注12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの若しくは65歳以上のもの又は<u>重度の肢体不自由児（者）</u>については、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ <u>介護障害連携加算1</u>・・・192点 □ <u>介護障害連携加算2</u>・・・38点</p>

A 1 0 8 有床診療所入院基本料

2. 介護連携加算の施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び障害福祉サービスの医療型短期入所の提供実績を追加する。

改定前	改定後
<p>【施設基準】 二 有床診療所入院基本料の施設基準 (10) 有床診療所入院基本料の注12に規定する介護連携加算の施設基準 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者又は65歳以上の者の受入れにつき、十分な体制を有していること。 22 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算1の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を届け出ている保険医療機関であること。 (2) 5の(1)のイの(イ)を満たしていること。</p>	<p>【施設基準】 二 有床診療所入院基本料の施設基準 (10) 有床診療所入院基本料の注12に規定する介護障害連携加算の施設基準 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者若しくは65歳以上の者又は<u>重度の肢体不自由児（者）</u>の受入れにつき、十分な体制を有していること。 22 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する<u>介護障害連携加算1</u>の施設基準次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を届け出ている保険医療機関であること。 <u>(2) 次のいずれかを満たすこと。</u> <u>ア 5の(1)のイの(イ)を満たしていること。</u> <u>イ 過去1年間に、介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。</u> <u>ウ 過去1年間に、区分番号「C009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第8条の2第6項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。</u> <u>エ 過去1年間に、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第8項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。</u></p>

©ASK/©LINKUP

2024年2月14日開催 厚生労働省資料（答申）より

165

A 1 0 8 有床診療所入院基本料

改定前	改定後
<p>【施設基準】 23 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算2の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料3を届け出ている保険医療機関であること。 (2) 5の(1)のイの(イ)を満たしていること。 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u></p>	<p>【施設基準】 23 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護障害連携加算2の施設基準次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料3を届け出ている保険医療機関であること。 <u>(2) 次のいずれかを満たすこと。</u> <u>ア 5の(1)のイの(イ)を満たしていること。</u> <u>イ 過去1年間に、介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。</u> <u>ウ 過去1年間に、区分番号「C009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第8条の2第6項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。</u> <u>エ 過去1年間に、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第8項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。</u></p>

©ASK/©LINKUP

2024年2月14日開催 厚生労働省資料（答申）より

166

A109 有床診療所療養病床入院基本料

改定前	改定後
<p>【有床診療所療養病床入院基本料】</p> <p>1 入院基本料A・・・1,057点 (生活療養を受ける場合)・・・1,042点</p> <p>2 入院基本料B・・・945点 (生活療養を受ける場合)・・・929点</p> <p>3 入院基本料C・・・827点 (生活療養を受ける場合)・・・813点</p> <p>4 入院基本料D・・・653点 (生活療養を受ける場合)・・・638点</p> <p>5 入院基本料E・・・564点 (生活療養を受ける場合)・・・549点</p> <p>特別入院基本料・・・488点 (生活療養を受ける場合)・・・473点</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、488点(生活療養を受ける場合にあっては、473点)を算定できる。</p> <p>3～7 (略)</p> <p>8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～レ (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>ソ・ツ</u> (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>9～12 (略)</p>	<p>【有床診療所療養病床入院基本料】</p> <p>1 入院基本料A・・・1,073点 (生活療養を受ける場合)・・・1,058点</p> <p>2 入院基本料B・・・960点 (生活療養を受ける場合)・・・944点</p> <p>3 入院基本料C・・・841点 (生活療養を受ける場合)・・・826点</p> <p>4 入院基本料D・・・665点 (生活療養を受ける場合)・・・650点</p> <p>5 入院基本料E・・・575点 (生活療養を受ける場合)・・・560点</p> <p>特別入院基本料・・・493点 (生活療養を受ける場合)・・・478点</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、493点(生活療養を受ける場合にあっては、478点)を算定できる。</p> <p>3～7 (略)</p> <p>8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～レ (略)</p> <p><u>ソ 医療的ケア児(者)入院前支援加算</u></p> <p><u>ツ・ネ</u> (略)</p> <p><u>ナ 協力対象施設入所者入院加算</u></p> <p>9～12 (略)</p>

ASKY LINKUP

2024年2月14日開催 厚生労働省資料(答申)より

167

令和6年度診療報酬改定 III-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進-2

救急医療管理加算の見直し

救急医療管理加算の見直し

➢ 救急医療管理加算2を算定する場合のうち「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

現行	改定後
<p>【救急医療管理加算】 [算定要件] (略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p>	<p>【救急医療管理加算】 [算定要件] (略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。<u>ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。</u> [ただし書きに規定する施設基準] 救急医療管理加算2を算定する患者のうち、5割以上が「その他の重症な状態」であること。</p>

➢ 「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化するとともに、患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類等について見直しを行う。

現行	改定後
<p>【救急医療管理加算】 [算定要件] ・救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。 ア、イ (略) ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ～シ (略)</p> <p>・救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 -イ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標</p>	<p>【救急医療管理加算】 [算定要件] ・救急医療管理加算1の対象となる患者は、別表に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。<u>ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。</u> [ただし書きに規定する施設基準] 救急医療管理加算2を算定する患者のうち、5割以上が「その他の重症な状態」であること。</p> <p>一、二 (略) 三 呼吸不全で重篤な状態 四 心不全で重篤な状態 五～十三 (略)</p> <p>・救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 -別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 (P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。)</p>

250

救急医療管理加算 施設基準

改定後

第2の2 救急医療管理加算

1 救急医療管理加算の注1 本文に関する施設基準

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成20年5月26日障発第0526001号）に従い実施されたい。
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

2 救急医療管理加算の注1 ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。

3 届出に関する事項

救急医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。

©ASK/©LINKUP

2024年3月5日開催 厚生労働省 告示より

169

2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈（その1）」より

【救急医療管理加算】	
Q44	「A205」救急医療管理加算の注1 ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準について、「当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。」とされているが、割合の計算は、診療報酬明細書の摘要欄に記載する患者の状態に基づき行うのか。
A44	そのとおり。
Q45	問44について、月毎にその時点の直近6か月間（令和6年6月以降に限る。）における割合を確認し、当該割合が5割以上である場合に該当すると考えてよいか。また、該当した場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。
A45	そのとおり。また、当該施設基準に該当した場合、該当することを確認した月の翌月（例えば6月から11月の実績で該当することを12月に確認した場合は翌年1月）より注1 ただし書の点数を算定する。
Q46	問45について、一度当該施設基準に該当した場合であって、その後、月毎にその時点の直近6か月間における割合を確認し、当該割合が5割未満となった場合は、その時点で当該施設基準に該当しないものと考えてよいか。また、その場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。
A46	そのとおり。また、当該施設基準に該当しなくなった場合については、該当しないことを確認した月の翌月より注1 本文の点数を算定する。

©ASK/©LINKUP

170

【救急医療管理課加算】	
Q12	「A205」救急医療管理加算の対象患者の状態について、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」とあるが、緊急処置とは具体的にはどのような処置を指すのか。
A12	現時点では、「J034」イレウス用ロングチューブ挿入法及び「J034-3」内視鏡的結腸軸捻転解除術を指す。
Q13	「A205」救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準について、「当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。」とされているが、令和6年6月から同年11月末までにおける「直近6か月間」の考え方としては、令和6年6月からその時点までの期間を指すと考えてよいか。
A13	そのとおり。

©ASK/LINKUP

令和6年度診療報酬改定 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-③

171

入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

薬剤総合評価調整加算の見直し

- 薬剤総合評価調整加算について、カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用して必要な薬剤調整等が実施できるよう要件を見直す。
- 必要な薬剤調整等の実効性を担保するため、医療機関内のポリファーマシーに係る評価方法について、あらかじめ手順書を作成等することとする。

現行

- 【薬剤総合評価調整加算】 100点（退院時）
 (1) (中略)
 イ 患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による**カンファレンスを実施**し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。
 ウ **当該カンファレンスにおいて**、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
 エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、**再度カンファレンスにおいて総合的に**評価を行う。

改定後

- 【薬剤総合評価調整加算】 100点（退院時）
 (1) (中略)
 イ 患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による**連携の下で**、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。
 ウ 処方内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
 エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う。
 オ **イ、ウ、エを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施する他、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。**
 カ (7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

※取組の際の参考資料

- 「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）
- 「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」）（厚生労働省）
- 日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）
- 「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）
- 「ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）



324

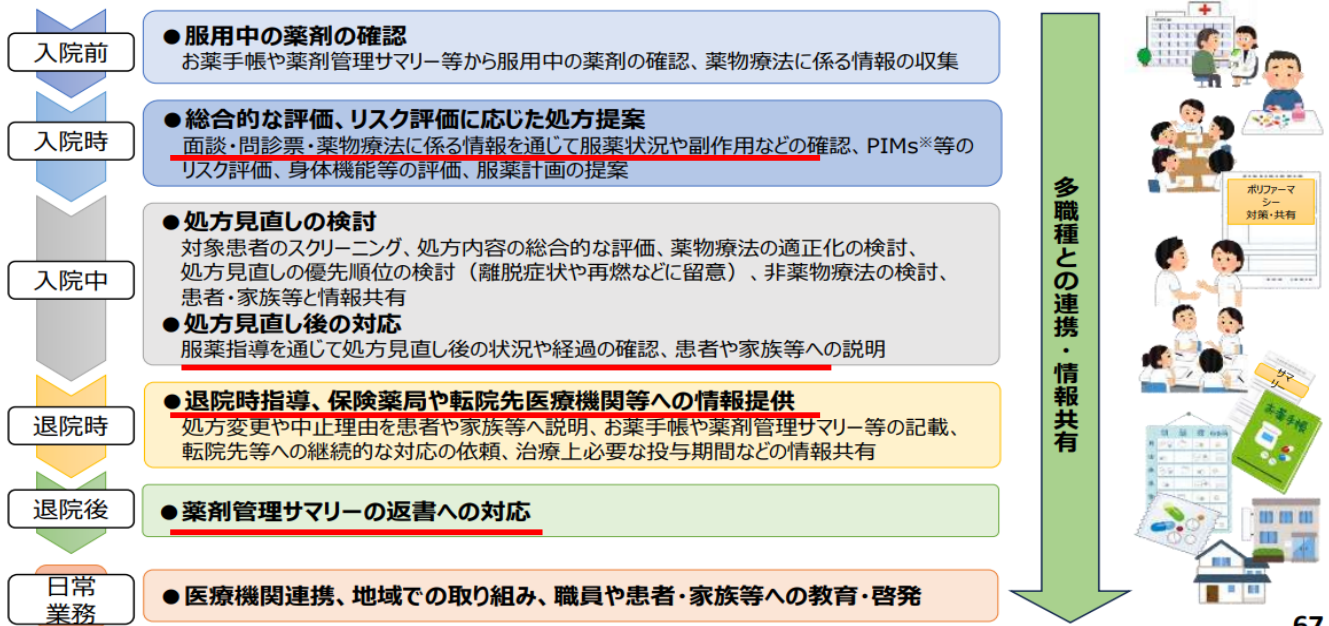
【医療機関における薬剤師の業務について】

ポリファーマシー対策に係る業務の効率的な遂行の観点から、薬剤総合評価調整加算に関して、多職種によるカンファレンスの実施を一律に求めるのではなく、**多職種での情報共有・連携に取り組む実務的な要件へ見直す**

ポリファーマシー対策の進め方

○ 病院におけるポリファーマシー対策においては、入院前から退院後まで全般に渡って多職種との連携・情報共有を行いながら進める手引きが作成され、さらなる推進が求められる。

ポリファーマシー対策における病院薬剤師のかかわり



出典：ポリファーマシー対策の進め方Ver1.0、日本病院薬剤師会 ※PIMs：潜在的に不適切な処方 (Potentially Inappropriate Medications)

Q & A

入院料等 【薬剤総合評価調整加算】

問43 区分番号「A250」薬剤総合評価調整加算について、「入院前に6種類以上の内服薬(特に規定するものは除く。)が処方されている患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合」等に算定できるとされているが、どのような場合が「処方の内容を変更」に該当するのか。

(答)次のようなものが該当する。なお、作用機序が同一である院内の採用薬への変更は、「処方の内容を変更」には該当しない。

- ・内服薬の種類数の変更
- ・内服薬の削減又は追加
- ・内服薬の用量の変更
- ・作用機序が異なる同一効能効果の内服薬への変更

在宅療養指導料の見直し

在宅療養指導料の見直し

- 慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに基づく支援を評価する。

現行	改定後
<p>【在宅療養指導料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。</p> <p>(1) 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であつて、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p>	<p>【在宅療養指導料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。</p> <p>(1) 次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。 ア 在宅療養指導管理料を算定している患者 イ 入院中の患者以外の患者であつて、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者 ウ 退院後1月以内の患者であつて、過去1年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、1回以上ある慢性心不全の患者（治療抵抗性心不全の患者を除く。） (2)・(3) (略) (4) 当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、在宅療養支援向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。</p>


100

退院時共同指導料


退院前に在宅で関わる医療機関や訪看、介護事業所等との連携を評価


退院前に在宅でかかわる医療機関や訪看、介護事業所などとの連携を評価
 ※回復期・地域包括ケア病棟は算定できない

退院時共同指導料1（退院後の在宅療養を担う医療機関側が算定）


在支診 1,500点 上記以外の医療機関 900点 	退院後の在宅療養を担う医療機関の医師または 看護師等 、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、ST、もしくは社会福祉士が入院先に赴いて、患者の同意を得て、退院後の療養の説明および指導を入院医療機関の医師、 看護師等 ほかと共同で行い、文書により情報提供した場合、入院中1回に限り算定
---	--

退院時共同指導料2（入院先の医療機関側が算定）

400点 	医師または 看護師等 、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、STもしくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明および指導を、在宅療養担当医療機関の医師もしくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、STもしくは社会福祉士 または訪問看護ステーションの看護師等 、PT、OT、STと共同して行ったうえで、文書により情報提供した場合
---	---

医師同士の共同指導加算 300点（入院の医師+退院後の在宅療養を担う医師） 

多機関共同指導加算 2,000点（入院医療機関の医師、看護師等+①+②~⑤のうち2事業所以上）

- ①退院後の在宅療養を担う医療機関の医師もしくは**看護師等** ②歯科医師もしくは歯科衛生士
- ③保険薬局の薬剤師 ④訪問看護ステーションの**看護師等**、PT、OT、ST（准看除く） 
- ⑤居宅介護支援のケアマネ ⑥指定計画相談支援事業者等の相談支援専門員

介護支援等連携指導料

病院が居宅や介護施設のケアマネジャーと入院中に連携した場合の評価

介護支援等連携指導料 400点（入院中2回）



※特別な関係間でも算定可能

介護支援等連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。

※再掲 介護保険サービスとの連携（介護支援等連携指導料の算定件数）

当該共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関の医療関係職種と介護支援専門員又は相談支援専門員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。この場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ている。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、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」に対応していること。（令2保医発0305・1）

医療DX

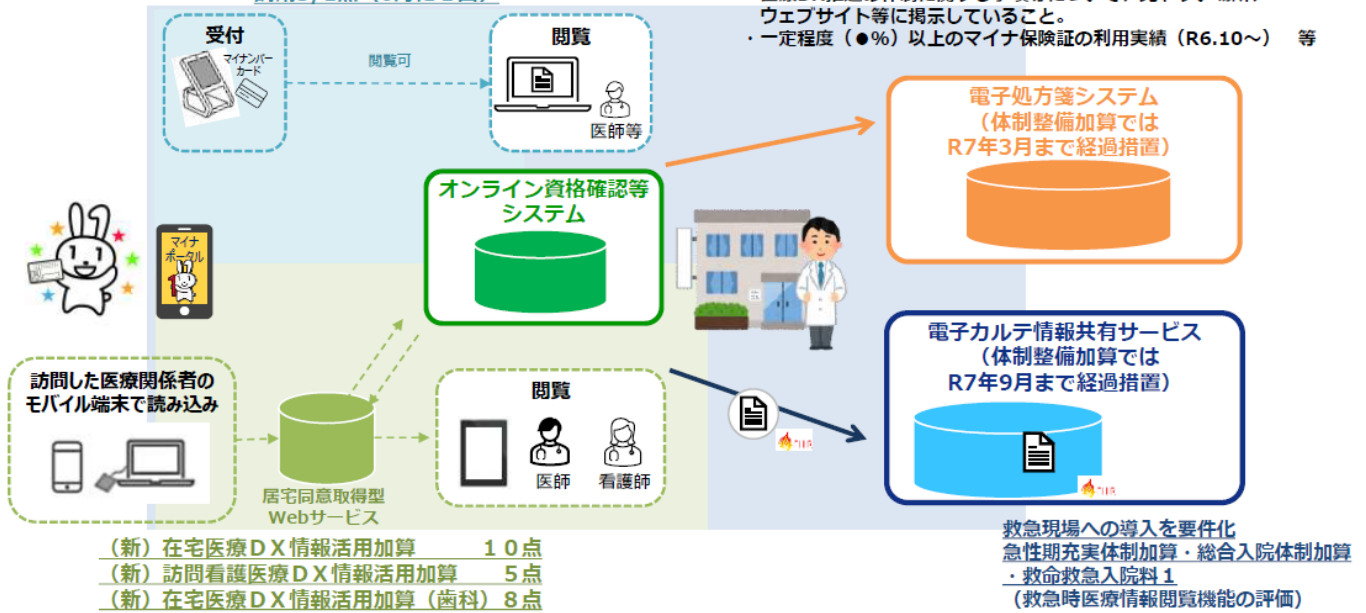
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

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。

医療DXの推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

現行	改定後
<p>【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】</p> <p>初診時 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 4点 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2 2点</p>	<p>【医療情報取得加算】</p> <p>初診時 医療情報取得加算 1 3点 医療情報取得加算 2 1点 再診時 (3月に1回に限り算定) 医療情報取得加算 3 2点 医療情報取得加算 4 1点</p>
<p>【施設基準】</p> <ol style="list-style-type: none"> 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 オンライン資格確認を行う体制を有していること。 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。 ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。 イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。 	<p>以下の場合を新たに評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 電子資格確認(オンライン資格確認)により当該患者に係る診療情報を取得等した場合 他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合 <p>【施設基準】</p> <ol style="list-style-type: none"> 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 オンライン資格確認を行う体制を有していること。 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。 ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。 イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

【医療情報取得加算】

Q8	「A000」初診料の「注15」、「A001」再診料の注19及び「A002」外来診療料の注10に規定する医療情報取得加算（以下単に「医療情報取得加算」という。）について、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）により患者の診療情報等の取得を試みた結果、患者の診療情報等が存在していなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。
A8	医療情報取得加算2又は医療情報取得加算4を算定する。
Q9	医療情報取得加算について、患者が診療情報等の取得に一部でも同意しなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。また、マイナ保険証が破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか
A9	いずれの場合も、医療情報取得加算1又は医療情報取得加算3を算定する。
Q10	医療情報取得加算について、情報通信機器を用いた診療を行う場合であっても算定できるのか。
A10	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することで、当該加算を算定できる。 なお、情報通信機器を用いた診療において、オンライン資格確認を行うに際しては、事前準備として、次の点について留意すること。 <ul style="list-style-type: none"> •あらかじめ、保険医療機関又は保険薬局において、オンライン資格確認等システムにおいて「マイナ在宅受付 Web」の URL 又は二次元コードを生成・取得すること等が必要であること。 •患者において、自らのモバイル端末等を用いて二次元コード等から「マイナ在宅受付 Web」へアクセスし、マイナンバーカードによる本人確認を行うことで、オンライン資格確認が可能となり、薬剤情報等の提供について、同意を登録すること可能となること。 <small>（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」（令和6年3月21日保連発0321第1号・保医発0321第9号） https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB00102_35</small>

181

©ASK/LINKUP

【医療情報取得加算】

Q11	「A000」初診料の注15に規定する医療情報取得加算1又は2について、別紙様式54を参考とした初診時間診票は、「A000」初診料を算定する初診において用いることでよいか。
A11	よい。その他小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報取得加算1又は2を算定するときには、別紙様式54を参考とした初診時間診票を用いること。
Q12	医療情報取得加算1又は2について、初診時間診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか。
A12	別紙様式54は初診時の標準的な問診票（紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。）の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要せず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。なお、患者情報の取得の効率化の観点から、オンライン資格確認により情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。
Q13	医療情報取得加算1又は2について、初診時間診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、令和6年6月1日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか。
A13	必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式54に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること。

182

©ASK/LINKUP

【医療情報取得加算】

Q14	「A001」再診料の注19及び「A002」外来診療料の注10に規定する医療情報取得加算3及び4について、「算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。」とあるが、再診時にすべての項目について問診を必ず行う必要があるのか。
A14	オンライン資格確認により情報が得られた項目については、省略して差し支えない。

【医療DX推進体制整備加算】

Q15	「A000」初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算（以下「医療DX推進体制整備加算」という。）の施設基準において、「オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等（以下この項において「診療情報等」という。）を診療を行う診察室、手術室又は処置室等（以下「診察室等」という。）において、医師等が閲覧又は活用できる体制を有していること。」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか。
A15	オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。

©ASK/LINKUP

183

【医療情報取得加算】

Q9	「A001」再診料の注19及び「A002」外来診療料の注10に規定する医療情報取得加算3及び4について、「A000」初診料の注15に規定する医療情報取得加算1又は2を算定した月に、再診を行った場合について、算定できるか。また、医療情報取得加算1又は2について、医療情報取得加算3及び4を算定した月に、他の疾患で初診を行った場合について、算定できるか。
A9	いずれも算定不可。
Q10	医療情報取得加算1及び2について、同一の保険医療機関において、同一月に、同一の患者について、他の疾患で初診料を2回算定した場合について、医療情報取得加算1又は2を2回算定できるか。
A10	算定不可。
Q11	医療情報取得加算3及び4について、それぞれ、3月に1回に限り所定点数に加算することとされているが、同加算3を算定する患者について、3月以内に同加算4は算定可能か。また、同加算4を算定する患者について、3月以内に同加算3は算定可能か。
A11	いずれも算定不可。医療情報取得加算3又は医療情報取得加算4のいずれかを3月に1回に限り算定できる。

©ASK/LINKUP

184

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

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

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



[算定要件 (医科医療機関)]

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

[施設基準 (医科医療機関)]

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

39

2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈 (その1)」より

【医療情報取得加算】

Q14 「A001」再診料の注19及び「A002」外来診療料の注10に規定する医療情報取得加算3及び4について、「算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。」とあるが、再診時にすべての項目について問診を必ず行う必要があるのか。

A14 オンライン資格確認により情報が得られた項目については、省略して差し支えない。

【医療DX推進体制整備加算】

Q15 「A000」初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算(以下「医療DX推進体制整備加算」という。)の施設基準において、「オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等(以下この項において「診療情報等」という。)を診療を行う診察室、手術室又は処置室等(以下「診察室等」という。)において、医師等が閲覧又は活用できる体制を有していること。」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか。

A15 オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。

医療DX推進体制整備加算	
Q16	医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合について、どのように考えればよいか。
A16	現時点では、令和5年1月26日に稼働した基本機能（電子処方箋の発行・応需（処方・調剤情報の登録を含む。）、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック）に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。
Q17	医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「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について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。」とされており、アからウまでの事項が示されているが、アからウまでの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。
A17	まとめて掲示しても差し支えない。また、掲示内容については、以下のURLに示す様式を参考にされたい。 ◎オンライン資格確認に関する周知素材について 周知素材について（これらのポスターは医療DX推進体制整備加算の掲示に関する施設基準を満たします。） https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

©ASK/LINKUP

187

医療DX推進体制整備加算	
Q18	医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、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。」を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、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」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。
A18	保険医療機関において「マイナ保険証をお出しください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示（問17に示す掲示の例を含む。）を行う必要があり、「保険証をお出しください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない。

©ASK/LINKUP

188

【医療DX推進体制整備加算】	
Q3	「A000」初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算（以下「医療DX推進体制整備加算」という。）の施設基準において、「国等が提供する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こと。」とされており、また、当該施設基準については令和7年9月30日までの間は経過措置が設けられているが、電子カルテ情報共有サービスについて、届出時点で具体的な導入予定等が不明であっても、当該加算は算定可能か。
A3	経過措置が設けられている令和7年9月30日までの間は、算定可能。なお、電子カルテ情報共有サービスの導入等の具体については、当該サービスが実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。
Q4	医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされており、また、当該施設基準については、令和7年3月31日までの間は経過措置が設けられているが、電子処方箋について、届出時点で未導入であっても、当該加算は算定可能か。
A4	経過措置が設けられている令和7年3月31日までの間は、算定可能。なお、施設基準通知の別添7の様式1の6において、導入予定時期を記載することとなっているが、未定又は空欄であっても差し支えない。
Q5	医療DX推進体制整備加算の施設基準で求められている電子処方箋により処方箋を発行できる体制について、経過措置期間終了後も電子処方箋を未導入であった場合、届出後から算定した当該加算についてどのように考えればよいか。
A5	経過措置期間終了後は、当該加算の算定要件を満たさないものとして取り扱う

©ASK/LINKUP

令和6年度診療報酬改定 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-③

189

医療DXの推進③

在宅医療DX情報活用加算の新設

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

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



【対象患者（医科医療機関）】

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

【算定要件（医科医療機関）】

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

【施設基準（医科医療機関）】

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

40

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

- へき地医療において、患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with Nを実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

(新) 看護師等遠隔診療補助加算 **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、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った場合に、所定点数に加算する。

【施設基準】

次のいずれにも該当すること。

- (1) 「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。
- (2) 当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修な研修を修了した医師を配置していること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。



へき地診療所又はへき地医療拠点病院の医師



情報通信機器を用いた診療



患者が看護師等という場合

47

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

- 指定難病患者に対する治療について患者が医師という場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）が有効であることが示されたことを踏まえ、治療を目的とする場合の遠隔連携診療料の対象患者に、指定難病患者を追加する。

現行

【遠隔連携診療料】

【算定要件】

注2 2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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**てんかんの治療**を目的として、患者の同意を得て、**てんかんに関する専門的な診療**を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

【施設基準】

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

- (1)・(2) (略)
- (3) 遠隔連携診療料の注2に規定する対象患者
てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）

改定後

【遠隔連携診療料】

【算定要件】

注2 2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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を目的として、患者の同意を得て、**当該施設基準を満たす難病**又は**てんかん**に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

【施設基準】

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

- (1)・(2) (略)
- (3) 遠隔連携診療料の注2に規定する対象患者
イ てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）
ロ **難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者**

48

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

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

- 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。

現行	改定後
【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 【算定要件】 (新設) 【施設基準】 (新設)	【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 【算定要件】 注3 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。 【施設基準】 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

- 「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について、新たな評価を行う。

(新) 通院精神療法 Ⅷ 情報通信機器を用いて行った場合

(1) 30分以上 (精神保健指定医による場合)	357点
(2) 30分未満 (精神保健指定医による場合)	274点



【対象患者】

情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に対面診療を行ったことがある患者

【算定要件】 (概要)

- 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」(以下「オンライン精神療法指針」という。)に沿った診療及び処方を行うこと。
- 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または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。

【施設基準】 (概要)

- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- オンライン精神療法指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- オンライン精神療法指針において、「オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる」とされていることから、以下のア及びイを満たすこと。

ア 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関 ※ (イ) から (Ⅷ) までのいずれかを満たすこと

(イ)	(ロ)	(Ⅷ)
・ 常時対応型施設 (★) 又は身体合併症救急医療確保事業において指定 (★) 精神科救急医療体制整備事業における類型	・ 病院群輪番型施設 (★) ・ 時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上 又は 外来対応件数が年10件以上	・ 外来対応施設 (★) 又は時間外対応加算1の届出 ・ 精神科救急情報センター、保健所等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

イ 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保へ協力 ※ (イ) 又は (ロ) のいずれかの実績

(イ)	(ロ)
・ 時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療 又は 救急医療機関への診療協力を、年6回以上行うこと。	・ 精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、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ウェブサイト等に掲示していることを追加する。

現行	改定後
<p>【情報通信機器を用いた診療】 【施設基準】</p> <p>第1 情報通信機器を用いた診療</p> <p>1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準</p> <p>(1) 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ものとして、以下のア～ウを満たすこと。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>【情報通信機器を用いた診療】 【施設基準】</p> <p>第1 情報通信機器を用いた診療</p> <p>1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準</p> <p>(1) 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ものとして、以下のア～ウを満たすこと。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ 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等に掲示していること。</p>

(参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針 (平成30年3月(令和5年3月一部改訂))

(5)薬剤 処方・管理

②最低限遵守する事項

- i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。
- ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。
 - ・ 麻薬及び向精神薬の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日以上の処方
 また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。
- ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

51

医療介護連携 高齢者施設との連携

1. (3) ⑱ 協力医療機関との連携体制の構築

概要	【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】
<p>○ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】</p> <p>ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。その際、義務付けにかかる期限を3年とし、併せて連携体制に係る実態把握を行うとともに必要な対応について検討する。</p> <p>① 入所者の病状が急変した場合等において、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こと。</p> <p>② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。</p> <p>③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。</p> <p>イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。</p> <p>ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。</p>	

概要	【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、認知症対応型共同生活介護★】
<p>○ 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】</p> <p>ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。</p> <p>① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、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こと。</p> <p>② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。</p> <p>イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。</p> <p>ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。</p>	

1. (3) ⑳ 協力医療機関との定期的な会議の実施

概要	【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、認知症対応型共同生活介護、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】
<p>○ 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する新たな加算を創設する。</p> <p>○ また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】</p>	

単位数	
<p>【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】</p> <p><現行> なし</p> <p><改定後> 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①～③の要件を満たす場合 100単位/月(令和6年度) 50単位/月(令和7年度～) (新設) (2)それ以外の場合 5単位/月 (新設)</p>	
<p>【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】</p> <p><現行> 医療機関連携加算 80単位/月</p> <p><改定後> 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合 100単位/月 (変更) (2)それ以外の場合 40単位/月 (変更)</p>	<p>(協力医療機関の要件)</p> <p>① 入所者等の病状が急変した場合等において、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こと。</p> <p>② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。</p> <p>③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。</p>
<p>【認知症対応型共同生活介護】</p> <p><現行> なし</p> <p><改定後> 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合 100単位/月 (新設) (2)それ以外の場合 40単位/月 (新設)</p>	

算定要件等	○ 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。 (新設)
--------------	---

医療機関と介護保険施設等の連携の推進②

介護保険施設等連携往診加算の新設

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

(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点

[算定要件]

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

[施設基準] (概要)

- (1) 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保していること。**
- (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。
 - ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。
 - (イ) 必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。**
 - (ロ) 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。**
 - イ 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。**
- (3) 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

65

介護保険施設等における生活に配慮した医療の推進等

介護保険施設等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

- 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。**

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

- ・ 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「B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料」、「B001-24 外来緩和ケア管理料」及び「B001-2-8 外来放射線照射診療料」**(麻薬の投与に係る「**G 注射**」の費用を含む)。
- ・ 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の「F400 処方箋料」**。
- ・ 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「C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料」**。
- ・ 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、**応需した保険薬局における「調剤報酬(調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、薬剤料、特定保険医療材料料)」**。
- ・ 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学的管理及び指導を実施した場合の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1」**。

血友病患者の治療の評価の見直し

- 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、**療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等**について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直すとともに**介護老人保健施設及び介護医療院**で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の対象範囲を見直す。

現行

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

改定後

血友病の患者に使用する医薬品(血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。)

66

高齢者施設等

〔特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム〕

① 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

<主な見直し>

- ・ 配置医師緊急時対応加算の見直し
【(地域密着型)介護老人福祉施設】
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・ 所定疾患施設療養費の見直し
【介護老人保健施設】
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・ 入居継続支援加算の見直し
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・ 医療連携体制加算の見直し
【認知症対応型共同生活介護】
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

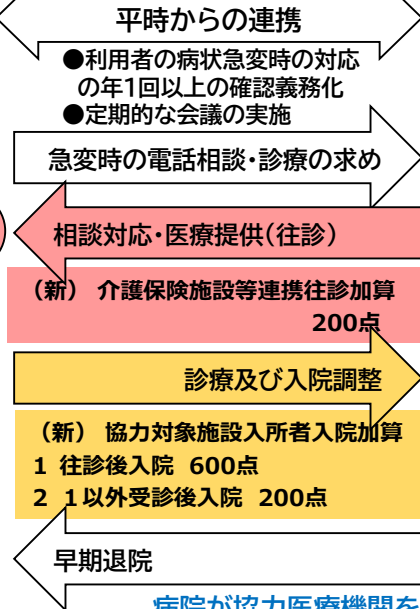
単価アップ

施設が協力医療機関を持つメリット

- ① (新) 高齢者施設等感染対策向上加算の算定
- ② (新) 医療機関連携加算の算定
- ③ (新) 協力医療機関連携加算の算定
- ④ 紹介入所者増による稼働アップ
- ⑤ 早期相談・診療による稼働率低下防止

② 高齢者施設等と医療機関の連携強化に関する診療報酬

★ 実効性のある連携の構築



在宅医療を支援する地域の医療機関等

- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定

稼働アップ

病院が協力医療機関を担うメリット

- ① 在支診、在支病・後支病・地域包括ケア病棟の要件
- ② (新) 介護保険施設等連携往診加算の算定
- ③ (新) 協力対象施設入所者入院加算の算定
- ④ 感染対策向上加算の新要件クリア(施設と連携)
- ⑤ 入院患者増による稼働アップ

©ASK/©LINKUP

2024年1月22日「令和6年度介護報酬改定の主な事項について」資料より

203

2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算】

Q75	「A253」協力対象施設入所者入院加算及び「C000」往診料の「注10」に規定する介護保険施設等連携往診加算における「介護保険施設等」について、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成十八年厚生労働省令第三十四号) 第三十条第一項に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設は含まれるか。
A75	含まれる。
Q76	協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注10」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るためにカンファレンスを実施することとされているが、当該カンファレンスにはどのような職種が参加すればよいか。
A76	医師又は看護職員等の医療関係職種が参加すること。
Q77	問76のカンファレンスについて、協力医療機関として定められている全ての介護保険施設等とカンファレンスを実施していない場合においても算定可能か。
A77	算定可能。ただし、問76に掲げる点数は、定期的なカンファレンスを実施している介護保険施設等に入所している患者に対してのみ算定できる。
Q78	問76のカンファレンスについて、協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の両方の届出を行う場合、同一の介護保険施設等において、施設基準ごとにそれぞれカンファレンス1回以上を行う必要があるか。
A78	協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算のカンファレンスは兼ねることは差し支えない。ただし、両方の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には、その旨を記録に残すこと。

©ASK/©LINKUP

204

【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算】	
Q79	協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「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こと。」とされているが、具体的にどのような場合が該当するか。
A79	例えば、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（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等に所属する医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。 この場合、当該介護保険施設等に所属する医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供すること。
Q80	協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準における「年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。」について、ICTで診療情報等の共有がなされている場合、当該カンファレンスの内容は、具体的にどのようなものであればよいか。
A80	具体的な定めはないが、例えば、以下のような内容を含んでいること。 <ul style="list-style-type: none"> ●病状の変化のあった入所者の最新の病状等の診療状況、治療方針、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、家庭の状況及び急変時の対応方針（以下「診療情報等」という。） ●新規入所者の診療情報等 ●前回のカンファレンス時以降、入院退所となった入所者で当該協力医療機関に入院しなかった患者の入院先、入院理由等 ●介護保険施設等が協力医療機関に求める事項

©ASK/LINKUP

205

【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算】	
Q81	問76のカンファレンスについて、協力医療機関に勤務している医師であって、特別養護老人ホームの配置医師が当該カンファレンスに参加する場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか。
A81	当該配置医師について、協力医療機関の職員とカンファレンスを行った場合は、特別養護老人ホームの職員として扱い、特別養護老人ホームの職員とカンファレンスを行った場合は、協力医療機関の職員として扱ってもよい。なお、協力医療機関の職員として扱った場合においては、当該カンファレンスで共有された診療情報等については、当該配置医師以外の協力医療機関に所属する職員に十分に共有を行うこと。
Q82	往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者とは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について、事前に介護保険施設等の管理者等に対して説明の上、提供していること。」及び「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。」とされているが、連絡を受ける担当者及び往診担当医について、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準で規定されている連絡を受ける担当者及び往診担当医と兼任することは可能か。
A82	可能

©ASK/LINKUP

206

障害者支援施設における医療保険給付の医療サービスの範囲の見直し

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

- 医療とケアの両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**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を見直す。**

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

- 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対する「C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」。**

現行	改定後
[障害者支援施設における訪問診療等にかかる費用] 障害福祉サービス等報酬で評価	[障害者支援施設における訪問診療にかかる費用] 障害福祉サービス等報酬で評価※
	※ 生活介護を行う施設に限り、当該患者が 末期の悪性腫瘍の場合、「C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」を算定することができる。



74

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

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

- 精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）の注4に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加する。

現行	改定後
【診療情報提供料(Ⅰ)】 【算定要件】 (14)「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。 ア～ウ（略） （新規） 工 障害者総合支援法第5条第13項に規定する就労移行支援を行う事業所 才 障害者総合支援法第5条第14項に規定する就労継続支援を行う事業所 力 障害者総合支援法第5条第28項に規定する福祉ホーム	【診療情報提供料(Ⅰ)】 【算定要件】 (14)「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。 ア～ウ（略） 工 障害者総合支援法第5条第13項に規定する就労選択支援を行う事業所 才 障害者総合支援法第5条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所 力 障害者総合支援法第5条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所 主 障害者総合支援法第5条第29項に規定する福祉ホーム

(※)「就労選択支援」について規定する、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律は、令和7年10月1日施行予定。



社会復帰の促進に必要な情報を提供



就労選択支援事業所等

80

個別項目

令和6年度診療報酬改定 I-3 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の見直し

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

保険給付と選定療養の適用場面

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

選定療養の対象品目の範囲

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

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

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

※具体的な対象品目や運用等の詳細については3月中に通知予定 320

○ 選定療養に係る負担について、長期収載品と後発品の価格差の2分の1、3分の1、4分の1を案として、個別の薬価を想定して試算した場合は、次のとおり。

ケース1

	薬価	負担割合	現行の負担		(参考) 全額	2分の1	3分の1	4分の1	後発品使用の場合
A製剤	500円	3割負担	150円	実際の患者負担額	350円	250円	217円	200円	75円
				変化額	(+200円)	(+100円)	(+67円)	(+50円)	(▲75円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(40%)	(20%)	(13%)	(10%)	(▲15%)
後発品	250円	1割負担	75円	実際の額	300円	175円	133円	113円	25円
				50円	変化額	(+250円)	(+125円)	(+83円)	(+63円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(50%)	(25%)	(17%)	(13%)	(▲5%)
			25円						

ケース2

	薬価	負担割合	現行の負担		(参考) 全額	2分の1	3分の1	4分の1	後発品使用の場合
A製剤	500円	3割負担	150円	実際の患者負担額	430円	290円	243円	220円	45円
					変化額	(+280円)	(+140円)	(+93円)	(+70円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(56%)	(28%)	(19%)	(14%)	(▲21%)
後発品	150円	1割負担	45円	実際の額	400円	225円	167円	138円	15円
				50円	変化額	(+350円)	(+175円)	(+117円)	(+88円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(70%)	(35%)	(23%)	(18%)	(▲7%)
			15円						

- (※1) 長期収載品について、①医療上の必要性があると認められる場合や、後発医薬品を提供することが困難な場合は、保険給付、②後発品の提供が可能な場合においても、患者の希望により、長期収載品が使用される場合は、選定療養。
 (※2) 後発品の薬価については、最高価格帯の薬価を想定して試算。
 (※3) 長期収載品と後発品の価格差は各品目の薬価によって異なるが、ケース1は長期収載品の薬価の1/2と想定（後発品の最高価格帯については、最高価格の50%以上の算定額となる後発品について、加重平均により集約していることに鑑みた想定）、ケース2は1/3程度と想定
 (※4) 選定療養の負担については、長期収載品と後発品の価格差の●分の●で固定と仮定して、試算。
 (※5) 選定療養の負担部分に係る消費税も含む。
 (※6) ケース1のうち、価格差2分の1の場合：(500-250)×1/2×1.1 + {250 + (500-250) × 1/2} × 0.3

10

長期収載品の選定療養について

選定療養に係る負担を、長期収載品と後発品の価格差の1/4とした場合の試算

	薬価	負担割合
A 製剤	500円	3割
後発品	250円	3割

$$\text{選定療養費} (500\text{円} - 250\text{円}) \times 1/4 = 62.50\text{円} \textcircled{1}$$

$$\text{選定療養費にかかる消費税} \textcircled{1} \times 10\% = 6.25\text{円} \textcircled{2}$$

選定療養費を除外した後の患者負担

$$(500\text{円} - 62.5\text{円}) \times 0.3 = 131.25\text{円} \textcircled{3}$$

$$\text{選定療養費} + \text{保険3割負担} ((\textcircled{1}) + (\textcircled{2}) + (\textcircled{3})) = 200.00\text{円}$$

医薬品の安定供給に資する取組の推進

一般名処方加算の見直し

- 一般名処方加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。
一般名処方加算 1 7点 → 10点 一般名処方加算 2 5点 → 8点

[施設基準]

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

後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算の見直し

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

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

[追加の施設基準]

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

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

[追加の施設基準]

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

321

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		(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、患者に対し十分な説明を行っていること。		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、患者に対し十分な説明を行っていること。	
(中略)		(中略)	
(2) 導入期加算 2 の施設基準		(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。		次のすべてを満たしていること。	
ア～オ (略)		ア～オ (略)	
		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		(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。		次のすべてを満たしていること。	
ア～カ (略)		ア～カ (略)	
		主 (2)の力を満たしていること。	

369

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等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				改定後			
【人工腎臓】				【人工腎臓】			
慢性維持透析を行った場合				慢性維持透析を行った場合			
	場合1	場合2	場合3		場合1	場合2	場合3
4時間未満	1,885点	1,845点	1,805点	4時間未満	1,876点	1,836点	1,796点
4時間以上 5時間未満	2,045点	2,005点	1,960点	4時間以上 5時間未満	2,036点	1,996点	1,951点
5時間以上	2,180点	2,135点	2,090点	5時間以上	2,171点	2,126点	2,081点

370

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 12 医療技術の適切な評価

215

令和6年度診療報酬改定 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-⑨

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、在宅自己連続携帯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	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 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)	【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 <u>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。</u> イ～エ (略)

330

一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し

一般不妊治療管理料の施設基準の見直し

- 一般不妊治療管理料の施設基準について、「不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。」という要件を医療機関単位の基準から医師単位の基準に見直すとともに、一般不妊治療管理料を算定する保険医療機関についても、生殖補助医療管理料と同様に、情報提供に協力することを要件とする。

現行	改定後
<p>【一般不妊治療管理料】 【施設基準】 (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(3) 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。 (4) (略) (新設)</p>	<p>【一般不妊治療管理料】 【施設基準】 (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。<u>また、そのうち1名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。</u> (削除)</p> <p>(3) (略) (4) <u>国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。</u></p>

胚凍結保存管理料の算定要件の見直し

- 胚の凍結保存が一定程度行われていることを踏まえ、胚の凍結保存を適切に評価する観点から、胚凍結保存管理料における算定上限年数を廃止する。

現行	改定後
<p>【胚凍結保存管理料】 【算定要件】 注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、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回に限り算定する。</p>	<p>【胚凍結保存管理料】 【算定要件】 注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、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、1年に1回に限り算定する。</p>

332

2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

不妊治療【再婚後の回数上限】

Q1	不妊治療を保険診療で実施している患者が、当該治療計画に係る同意したパートナーAと離婚し、新たに婚姻したパートナーBと改めて一連の治療計画を作成して不妊治療を開始した場合、回数は通算しないという理解でよいか。
A1	よい
Q2	問1の場合、新たな算定回数の上限に係る治療開始日の年齢についてはどのように考えるのか。
A2	当該患者及びパートナーBについて、初めて胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢による。
Q3	問1のパートナーBと再婚していた患者が離婚し、再びパートナーAと結婚した場合、胚移植に係る回数の上限についてはどのように考えるのか。
A3	過去のパートナーAと実施した回数と通算する。
Q4	問1の場合に、パートナーとの離婚及び結婚の具体的な確認方法如何。
A4	<p>パートナーBとの婚姻関係を確認するとともに、パートナーAとの重婚関係がないことを確認すること。具体的な確認方法については、令和4年3月31日付け事務連絡問12及び問30のとおり。 <参考：令和4年3月31日付け事務連絡問12及び問30> 問12 一般不妊治療管理料の初回算定時における婚姻関係等の具体的な確認方法如何。 (答) 法律婚である場合はその事実関係を、法律婚以外の場合は患者及びそのパートナーが事実婚関係にある旨の申告を受けるとともに以下アからウまでの内容について、それぞれ確認を行うこと。その際の具体的な確認方法については、個別の事情に応じた医療機関の判断に委ねるが、例えば、患者及びそのパートナーの申告書による確認を行うことなどが考えられる。その際、確認した内容を診療録に記載し、申告書により確認を行った場合は当該申告書を診療録に添付すること。ア 当該患者及びそのパートナーが重婚でない(両者がそれぞれ他人と法律婚でない)こと。 イ 当該患者及びそのパートナーが同一世帯であること。なお、同一世帯でない場合には、その理由について確認すること。 ウ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。</p> <p>問30 一般不妊治療管理料に係る問6から問12までの取扱いは、生殖補助医療管理料における治療計画や婚姻関係の確認等に係る取扱いに關しても同様と考えてよいか。 (答) よい。</p>

不妊治療【生殖補助医療管理料】	
Q5	<p>不妊症と診断された患者及びそのパートナーについて、がん等の他の疾患が発覚し、その治療を行うこととなった場合には、不妊治療を中断せざるを得ない場合がある。この場合において、以下を保険診療として実施してよいか。</p> <p>① がん等の治療のために不妊治療を中断するまでに実施した生殖補助医療（例えば、採卵、体外受精・顕微授精、受精卵・胚培養、胚凍結保存等の生殖補助医療を実施した場合）</p> <p>② がん等の治療の終了後、不妊治療を再開する場合における生殖補助医療</p>
A5	<p>要件を満たす場合は保険給付の対象となる。</p> <p>なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添2の問43は廃止する。</p> <p>問43 不妊症と診断された患者及びそのパートナーについて、がん等の他の疾患が発覚し、その治療を行うこととなった場合には、不妊治療を中断せざるを得ない場合がある。この場合において、以下を保険診療として実施してよいか。</p> <p>① がん等の治療のため、不妊治療を中断するまでに実施した生殖補助医療（例えば、採卵、体外受精・顕微授精、受精卵・胚培養、胚凍結保存等の生殖補助医療を実施した場合）</p> <p>② がん等の治療の終了後、不妊治療を再開する場合における生殖補助医療</p> <p>（答）いずれも可能。</p>

©ASK/LINKUP

219

不妊治療【抗ミュラー管ホルモン（AMH）】	
Q6	<p>卵巣の機能の評価及び治療方針の決定には、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定も含まれるのか。</p>
A6	<p>含まれる</p>
Q7	<p>「D008」内分泌学的検査の「52」抗ミュラー管ホルモン（AMH）の対象患者について、「不妊症の患者」とあるが、具体的にはどのような者が該当するのか。</p>
A7	<p>個別の医学的判断によるが、例えば、タイミング法を含む一般不妊治療や生殖補助医療といった不妊治療を実施している患者が想定される。</p>
不妊治療【体外受精・顕微授精管理料】	
Q8	<p>体外受精又は顕微授精の実施前に卵子を凍結した場合には、要した費用を請求できるか。</p>
A8	<p>体外受精又は顕微授精の実施前の卵子の凍結保存に係る費用は、体外受精・顕微授精管理料の所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添2の問51は廃止する。</p> <p>問51 体外受精又は顕微授精の実施前に精子を凍結した場合には、要した費用を請求できるか。</p> <p>（答）体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、体外受精・顕微授精管理料の所定点数に含まれ、別に算定できない。</p>

©ASK/LINKUP

220

不妊治療【胚凍結保存管理料】	
Q 9	「2 胚凍結保存維持管理料」について、患者及びそのパートナーが不妊治療を引き続き実施する意向を確認しており、かつ胚の凍結を継続する場合において、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を算定した日から1年を経過した場合に算定が可能となるが、例えば令和6年6月で「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を算定した日から1年を経過する患者について、令和6年8月に治療のために来院した場合に、令和6年6月から令和6年7月までの期間について、胚の凍結に係る費用を自費で徴収可能か。
A 9	不可。
Q 10	問9について、令和6年8月に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合、2回目の「2 胚凍結保存維持管理料」を算定可能となる時期について、どのように考えればよいか。
A 10	<p>この場合、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」の2年経過後である令和7年6月以降であれば「2 胚凍結保存維持管理料」を算定できる。</p> <p>ただし、「2 胚凍結保存維持管理料」の凍結期間の起算点となる日付（「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を算定した日）について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>※算定イメージ</p> <p>▼凍結開始</p> <p>▲「1」を算定</p> <p>▲「2」を算定</p> <p>▲「2」を算定</p> <p>（「1」の算定日の1年後の日から1年を経過すれば、次の「2」を算定してよい）</p>

©ASK/LINKUP

221

不妊治療【胚凍結保存管理料】	
Q 11	問10について、例えば当該患者が「1 胚凍結保存管理料（導入時）」から1年経過後に治療に来院せず、2年経過後の令和7年6月に「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した場合であって、令和7年7月にも治療に来院した場合、2回目の「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することができるか。
A 11	<p>算定不可。この場合、1年経過後から、2年経過後までの間については、「妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合」に該当すると考えられ、その分の費用については患家の負担として差し支えない。なお、治療中断の際の取扱いについては、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日付医療課事務連絡）問75も参考にされたい。</p> <p>問75 不妊治療が1年間以上中断した後、次の妊娠に向けた治療を開始する場合における胚凍結保存管理料の算定方法如何。また、胚凍結保存管理料を算定してから1年を経過しない間に、治療を中断し、再開した場合はどうか。</p> <p>（答）治療中断後、患者及びそのパートナーの次の不妊治療に向けた意向を確認し、治療計画を作成して生殖補助医療の受診を開始した場合には、再度、算定要件を満たすこととなった時点から算定可。この場合、胚凍結保存の開始日（「1 胚凍結保存管理料（導入時）」又は「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した日と言う。以下同じ。）から起算して1年間の胚凍結保存に係る費用については、既に当該管理料により評価が行われたこととなり、次の不妊治療の治療開始日から「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することとなる。後段については、当該胚凍結保存の開始日から1年を経過するまでは「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することはできない。なお、この場合において、当該管理料を算定してから1年を経過するまでは、治療を中断している時期があったとしても、当該期間において患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならない。</p> <p>※算定イメージ</p> <p>▼凍結開始</p> <p>▲「1」を算定</p> <p>▲「2」を算定</p> <p>▲「2」を算定</p> <p>（1年経過するまで自費徴収不可）</p> <p>△患家の負担として自費徴収可（「1」を算定後1年経過後）</p> <p>（残り保存期間2年間）</p> <p>▼凍結開始 ▼中断 ▼治療再開</p> <p>▲「1」を算定</p> <p>▲「2」を算定</p> <p>▲「2」を算定</p> <p>（1年経過するまで自費徴収不可）</p> <p>（残り保存期間2年間）</p> <p>（残り保存期間1年間（最終年））</p>

©ASK/LINKUP

222

不妊治療【胚凍結保存管理料】	
Q 1 2	胚の凍結保存を行っている保険医療機関から、他の保険医療機関へ胚を移送した場合に、移送先の医療機関については、胚凍結保存管理料を算定可能か。また、算定可能である場合には、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」と「2 胚凍結保存維持管理料」のいずれを算定すべきか。
A 1 2	算定可能。「2 胚凍結保存維持管理料」を算定する。ただし、移送元の保険医療機関名及び移送日について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
Q 1 3	「K 9 1 7 - 3」胚凍結保存管理料について、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」及び「2 胚凍結保存維持管理料」に係る保存期間については、特に限度がないという理解でよいか。
A 1 3	<p>よい。ただし、年齢制限や回数制限を超えた場合における取扱いについては、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日付医療課事務連絡）問67を参考にすること。</p> <p>なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問64は廃止する。</p> <p>問67年齢制限や回数制限を超えた場合、それ以降の「2 胚凍結保存維持管理料」の算定は可能か。 （答）新たに「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することはできない。また、「2 胚凍結保存維持管理料」を算定してから、1年を経過していない場合には、患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならないこと。</p> <p>問64「凍結保存の開始日から起算して3年を限度として」算定することとされているが、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」及び「2 胚凍結保存維持管理料」に係る保存期間を通算して3年と考えればよいか。 （答）よい。</p>

©ASK/LINKUP

223

不妊治療【採取精子調整管理料】	
Q 1 4	「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料について、令和4年3月31日以前に精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて、令和6年6月1日以降に体外受精又は顕微授精を実施する場合に、算定可能か。
A 1 4	<p>令和4年3月31日以前に実施した精巣内精子採取術の後に初めて「1 体外受精」又は「2 顕微授精」を実施する場合には、算定可能。</p> <p>ただし、この場合においては、以下の(1)から(4)までを全て満たす必要がある。また、これらを確認した方法等を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載し、確認に当たって文書を用いた場合は、当該文書を診療録に添付すること。</p> <p>(1) 令和6年6月1日以降に、治療計画を作成し、生殖補助医療管理料を算定すること。 (2) 以下のいずれかに該当すること。 ① 特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている又は日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設である医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合 ② 当該精巣内精子採取術により採取された精子を用いて生殖補助医療を実施する医師が、その採取・保存に関して、①の医療機関と同等の水準において実施されていたと判断できる場合 (3) 保険診療に移行することについて患者の同意を得ること。 (4) 令和6年6月1日以降に実施される不妊治療に係る費用について、同年5月31日以前に患者から徴収していないこと（同日以前に費用を徴収している場合にあっては、同年6月1日以降に実施される不妊治療に要する費用の返金を行っていること。）。</p> <p>なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問53は廃止する。</p>

©ASK/LINKUP

224

「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添2の問53は廃止する。

問 53 令和4年3月31日以前に精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて、同年4月1日以降に体外受精又は顕微授精を実施した場合には、体外受精・顕微授精管理料の注2に規定する採取精子調整加算は算定可能か。

（答）令和4年3月31日以前に実施した精巣内精子採取術の後に初めて「1 体外受精」又は「2 顕微授精」を算定する場合には、算定可。ただし、この場合においては、以下の(1)から(4)までを全て満たす必要がある。また、これらを確認した方法等を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載し、確認に当たって文書を用いた場合は、当該文書を診療録に添付すること。

(1) 令和4年4月1日以降に、治療計画を作成し、生殖補助医療管理料を算定すること。

(2) 以下のいずれかに該当すること。

① 特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている又は日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設である医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合

② 当該精巣内精子採取術により採取された精子を用いて生殖補助医療を実施する医師が、その採取・保存に関して、①の医療機関と同等の水準において実施されていたと判断できる場合

(3) 保険診療に移行することについて患者の同意を得ること。

(4) 令和4年4月1日以降に実施される不妊治療に係る費用について、同年3月31日以前に患者から徴収していないこと（同日以前に費用を徴収している場合にあっては、同年4月1日以降に実施される不妊治療に要する費用の返金を行っていること。）。

不妊治療【採取精子調整管理料】

Q 1 5	体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関以外の保険医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合、採取精子調整管理料の算定について、どのように考えればよいか。
A 1 5	採取精子調整管理料は精巣内精子採取術を算定する保険医療機関又は体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関において要件を満たせば算定できるが、患者1人につき、いずれか一方の保険医療機関に限る。 なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問54は廃止する。 問 54 体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関以外の保険医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合、採取精子調整加算の算定はどのように考えればよいか。 （答）採取精子調整加算は体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする
Q 1 6	問 15 の場合に、精巣内精子採取術を算定する保険医療機関において採取精子調整管理料を算定した場合、当該精子を体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関に移送した場合に、移送先の保険医療機関において、採取精子調整管理料は算定可能か。
A 1 6	不可
Q 1 7	問 15 の場合に、精巣内精子採取術を算定する保険医療機関において採取精子調整管理料を算定せず、当該精子を体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関に移送した場合に、移送先の保険医療機関において、採取精子調整管理料は算定可能か。
A 1 7	要件を満たせば、算定可能。

不妊治療【採取精子調整管理料】	
Q 1 8	精巣内精子採取術を実施後に「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料に係る技術を実施した場合であって、結果として体外受精又は顕微授精を実施しても受精卵の作成が見込めない精子のみ採取された場合には、採取精子調整管理料は算定可能か。
A 1 8	算定可能。
Q 1 9	精巣内精子採取術を実施して採取した全組織のうち、一部の組織について「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料に係る技術（採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等）を実施した場合については、「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料は算定可能か。
A 1 9	算定可能。
Q 2 0	問 19 の場合、「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料に係る技術（採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等）を実施せずに残存した組織について、一度凍結した後、別の日に、同技術を実施した場合は、「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料は算定可能か。
A 2 0	算定不可。

©ASK/LINKUP

227

不妊治療【精子凍結保存管理料】	
Q 2 1	精巣内精子採取術を実施後、「K 9 1 7 - 4」採取精子調整管理料に係る技術を実施せずに凍結保存を行った場合には、精子凍結保存管理料は算定可能か。
A 2 1	算定不可。
Q 2 2	年齢制限や回数制限を超えた場合、それ以降の「2 精子凍結保存維持管理料」の算定は可能か
A 2 2	新たに「2 精子凍結保存維持管理料」を算定することはできない。また、「2 精子凍結保存維持管理料」を算定してから、1年を経過していない場合には、患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならないこと。
Q 2 3	1回の精巣内精子採取術を実施した場合に、複数の容器に分けて精子を凍結する場合もあるが、その場合、「1 精子凍結保存維持管理料（導入時）」の「イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合」を複数回算定することは可能か。
A 2 3	不可。「1 精子凍結保存維持管理料（導入時）」の「イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合」は、1回の精巣内精子採取術につき、1回に限り算定可能である。
Q 2 4	高度乏精子症患者において、医学的な判断のもと複数回の射出精子を行う場合については、「1 精子凍結保存維持管理料（導入時）」の「ロ イ以外の場合」を複数回算定することは可能か。
A 2 4	算定可能。医学的な判断によるものであり、例えば、精子が得られなかった場合、得られた精子が少なかつた場合等に複数回の射出精子の凍結を実施することは可能であること。ただし、凍結精子の使用にあたっては、新鮮精子と比較して、凍結による影響があることについて患者に適切に説明を行うとともに、患者への身体的な負担にも配慮しつつ、必要な範囲内で実施すべき点に留意すること。

©ASK/LINKUP

228

不妊治療【精子凍結保存管理料】	
Q 2 5	問 24 の場合、その後、「2 精子凍結保存維持管理料」への算定に切り替わる時期についてどのように考えればよいか。
A 2 5	<p>「1 精子凍結保存管理料（導入時）」を複数回算定している場合には、当該管理料の直近の算定日から1年が経過するまでは、「2 精子凍結保存維持管理料」は算定できず、「2 精子凍結保存維持管理料」は、「1 精子凍結保存管理料（導入時）」を最後に算定した日から1年を経過した場合に算定する。</p> <p>※算定イメージ</p>
Q 2 6	「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日付医療課事務連絡）問 72 から問 75 における胚凍結保存管理料に係る取扱いについて、精子凍結保存管理料における治療の中断等に係る取扱いに関しても同様と考えてよいか。
A 2 6	よい。この場合、「凍結保存」又は「胚凍結保存」とあるのは、「精子凍結保存」と読み替え、「胚凍結保存管理料」とあるのは、「精子凍結保存管理料」と読み替え、「1 胚凍結保存管理料(導入時)」とあるのは、「1 精子凍結保存管理料(導入時)」と読み替え、「2 胚凍結保存維持管理料」とあるのは、「2 精子凍結保存維持管理料」と読み替えるものとする

©ASK/LINKUP

229

不妊治療【精子凍結保存管理料】	
Q 2 7	胚凍結保存管理料に係る問 9 から問 12 までの取扱いは、精子凍結保存管理料における算定期間等に係る取扱いに関しても同様と考えてよいか。
A 2 7	よい。この場合、「胚」とあるのは、「精子」と読み替え、「胚凍結保存管理料」とあるのは、「精子凍結保存管理料」と読み替え、「1 胚凍結保存管理料(導入時)」とあるのは、「1 精子凍結保存管理料(導入時)」と読み替え、「2 胚凍結保存維持管理料」とあるのは、「2 精子凍結保存維持管理料」と読み替えるものとする。
Q 2 8	精子凍結保存管理料を算定する場合において、同日に生殖補助医療管理料を算定することは可能か。
A 2 8	要件を満たせば算定可能。
Q 2 9	精子凍結保存管理料の要件にあるように、精子の数等を検査する場合については、「D004」穿刺液・採取液検査の「5」精液一般検査は算定可能か
A 2 9	要件を満たせば算定可能。
Q 3 0	以前に高度乏精子症と診断され、精子凍結保存管理料を算定していた患者において、改めて精子を採取して凍結保存をする際に、高度乏精子症の診断基準を満たさなかった場合については、精子凍結保存管理料は算定可能か。
A 3 0	算定不可。

©ASK/LINKUP

230

不妊治療【精子凍結保存管理料】	
Q 3 1	令和6年6月1日より前から凍結保存されている精子については、「1 精子凍結保存管理料（導入時）」と「2 精子凍結保存維持管理料」のいずれを算定すべきか。
A 3 1	令和4年4月1日以降に保険診療として凍結された精子であって、精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者における射出精子については、凍結保存を実施した日付から1年を経過した日から「2 精子凍結保存維持管理料」を算定できる。この場合凍結保存を開始した日付について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、令和4年4月1日より前に保険外の診療として凍結保存された精子であって、精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者における射出精子については、「2 精子凍結保存維持管理料」を算定できる。この場合、令和6年6月1日以降に精子凍結保存管理料を算定した日を起算点とすることとなるが、同日より前に凍結保存に関する費用を徴収している場合には、同日以降であっても、その契約期間中は「2 精子凍結保存維持管理料」は算定できないこと。この場合において、例えば、同日より前の診療に係る当該契約を解消し、令和6年6月1日以降の保存に要する費用を患者に返金した上で、同日から「2 精子凍結保存維持管理料」を算定することは差し支えないこと。
Q 3 2	令和6年6月1日より前から凍結保存されてる精子であって、精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者における射出精子ではない精子については、精子凍結保存管理料を算定可能か。
A 3 2	不可。ただし、選定療養として、医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解に係る費用を徴収可能。

©ASK/LINKUP

231

不妊治療【その他】	
Q 3 3	不妊症の患者とそのパートナーの属する保険者が異なる場合において、①採取精子調整管理料、②精子凍結保存管理料（導入時）のイ、③精子凍結保存管理料（導入時）のロ又は④凍結保存維持管理料のそれぞれについて請求方法如何。
A 3 3	それぞれ以下のとおり。 [①採取精子調整管理料、②精子凍結保存管理料（導入時）のイ] 精巣内精子採取術等の男性不妊治療については、当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求することから、その後算定される採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料（導入時）のイについては、男性の属する保険者に対して請求すること。 [③精子凍結保存管理料（導入時）のロ] 高度乏精子症に対する射出精子の凍結保存については、当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求すること。 [④精子凍結保存維持管理料] 精子凍結保存維持管理料については、当該治療を受ける男性の属する保険者に対して請求すること。

©ASK/LINKUP

232

【届出関係】	
Q 1	令和6年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。
A 1	「令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」（令和6年3月25日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の別添のチェックリストを参照のこと。
Q 2	令和6年度診療報酬改定が施行される令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。
A 2	令和6年6月診療分の施設基準の届出については、令和6年5月2日から6月3日まで地方厚生（支）局等において受け付けているところ、令和6年5月下旬以降に地方厚生（支）局等の窓口は届出が集中し、混雑が予想されることから、可能な限り令和6年5月17日までの届出に努めること。ただし、令和6年6月診療分の施設基準の届出に係る電子申請は令和6年5月20日から受付開始となるため、留意すること。

2024年改定対応

・地域連携・院内連携・他職種連携・法人内連携

地域医療介護を担う一員としての意識

連携関係を洗い出す（他の事業所との連携も）

・医療介護DXへの対応

2024年問題意識・意識改革重要

・かかりつけ医機能の評価と外来機能の明確化

高齢者の情報はかかりつけ医機能が把握

・オンライン診療だけではなくオンライン活用の拡大

取り組み方の工夫や特に連携に活用

2024年改定対応

要介護認定の患者さんの外来入院が増える
退院調整から退院在宅支援へ

認知症対策を徹底

認知症患者700万人時代へ

認知症対応も出来る医療機関が求められる

地域の質の高い介護事業者・介護施設・
歯科との連携は必須

高齢者のリハビリや住まいは重要

かかりつけ医機能の役割は重要化＝連携先としても

©ASK

235

2024年に向けて

- ・働きやすい職場環境か
 - ・働きたいと思う医療機関か
- ・地域貢献の意識は
 - ・地域から頼られている医療機関か
- ・働き方改革の意味確認と取り組み方は
 - ・職員の意識を確認(アンケートや面談)
- ・働くモチベーションを作る
 - ・工夫していますか(例えば感謝カード等)

©ASK

236