

# 令和6年度診療報酬改定の概要 【外来】

## 厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

令和6年度診療報酬改定

## 5. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病にかかる疾病管理
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

# 生活習慣病対策

○ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

## 1. 生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ-5-①）

➤ **検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月1回に限る。）**を新設する。

## 2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ-5-①）

- 生活習慣病管理料における**療養計画書を簡素化**するとともに、令和7年から運用開始される予定の**電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする**。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、**少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止**する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の**多職種と連携することを望ましい要件とする**とともに、**糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする**。

## 3. 特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ-5-①）

➤ 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**する。

## 4. 特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ-5-②）

➤ リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の**特定疾患処方管理加算1を廃止**し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。

## 5. 地域包括診療料等の見直し（Ⅱ-5-③）

➤ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

## 6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ-5-④）

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

# 生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組のイメージは以下のとおり。



治療に係る情報についての  
**療養計画書を用いた説明**



**医療DXを活用した情報共有の推進**

診療ガイドライン等を参考とした  
**質の高い疾病管理**



歯科医師、薬剤師、看護師、  
管理栄養士等による**多職種連携**

**糖尿病患者に対する歯科受診の推奨**

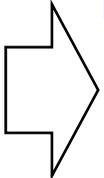


**リフィル処方及び長期処方の活用**



# 生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
  - 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
  - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
  - 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
  - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。
  - 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

現行		改定後
<b>【生活習慣病管理料】</b> 1 脂質異常症を主病とする場合 2 高血圧症を主病とする場合 3 糖尿病を主病とする場合		<b>【生活習慣病管理料(Ⅰ)】</b> 1 脂質異常症を主病とする場合 2 高血圧症を主病とする場合 3 糖尿病を主病とする場合
		610点 660点 760点

## 改定後

### 【生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定要件】(概要)

- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。
- 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- 「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等(「B001」の略)及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- 患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。
- 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。
- 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない。

## 生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

### 生活習慣病管理料（Ⅱ）の創設

- 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

**（新） 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（月1回に限る。）**

#### 〔算定要件〕

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部医学管理等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携強化料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

#### 〔施設基準〕

- (1) 生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- (3) 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

## 生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

### 特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

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

#### 現行

##### 【特定疾患療養管理料】

##### 【施設基準】

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

結核  
 悪性新生物  
 甲状腺障害  
 処置後甲状腺機能低下症  
 糖尿病  
 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害  
 ムコ脂質症  
 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症

リポジストロフィー  
 ローノア・ベンソード腺脂肪腫症  
 高血圧性疾患  
 虚血性心疾患  
 (中略)  
 性染色体異常  
 (新設)  
 (新設)

#### 改定後

##### 【特定疾患療養管理料】

##### 【施設基準】

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

結核  
 悪性新生物  
 甲状腺障害  
 処置後甲状腺機能低下症  
(削除)  
 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害  
 ムコ脂質症  
 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症 (家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。)

リポジストロフィー  
 ローノア・ベンソード腺脂肪腫症  
(削除)  
 虚血性心疾患  
 (中略)  
 性染色体異常  
アナフィラキシー  
ギラン・バレー症候群



# (参考) 外来データ提出加算について

## 〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

## 〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名	大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日	リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	初診/再診		LDLコレステロール
	他院による紹介の有無	脳卒中の有無(初発)	脳卒中の有無(既往含む)
	診療科コード		脳卒中の初発の種類(既往含む)
糖尿病の有無	糖尿病の有無	脳卒中(初発以外)	脳卒中の初発の発症(診断)年月
	自院管理の有無		脳卒中の初発以外の種類(既往含む)
糖尿病の診断年月	診断年月	急性冠症候群の有無(初発)	脳卒中の初発以外の発症(診断)年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール		急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)
	慢性合併症:網膜症	急性冠症候群の初発の種類(既往含む)	
	慢性合併症:腎症	急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月	急性冠症候群の初発の発症(診断)年月
	慢性合併症:神経障害		急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)
高血圧症の有無	高血圧症の有無	急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月	急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月
	自院管理の有無		心不全の有無
高血圧症の診断年月	診断年月	心不全の有無	心不全の有無
血圧	血圧分類		急性大動脈解離の有無(初発)
	リスク層	急性大動脈解離の有無(既往含む)	
	収縮期血圧	急性大動脈解離の初発の発症(診断)年月	急性大動脈解離の初発の発症(診断)年月
	拡張期血圧		急性大動脈解離の初発以外の発症(診断)年月
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無	慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	自院管理の有無		慢性腎臓病の診断年月
脂質異常症の診断年月	診断年月	高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
			高尿酸血症の診断年月
			尿酸値

### 外来データ提出加算 50点(月1回)

#### [算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

令和6年度診療報酬改定

## 5. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病にかかる疾病管理
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

# 地域包括診療料等の見直し

## 地域包括診療料等の見直し

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

### 改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様

[算定要件]

- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。
- 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。

[施設基準] ※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。
  - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
    - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
    - ウ 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
  - ア～ケ(略) コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
  - ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。
  - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
  - ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

### 現行

地域包括診療加算 1	25点
地域包括診療加算 2	18点
認知症地域包括診療加算 1	35点
認知症地域包括診療加算 2	28点



### 改定後

地域包括診療加算 1	<b>28点</b>
地域包括診療加算 2	<b>21点</b>
認知症地域包括診療加算 1	<b>38点</b>
認知症地域包括診療加算 2	<b>31点</b>

# 処方等に関する評価の見直し

## リフィル処方及び長期処方の推進

- リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。
- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、**28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す(66点→56点)**。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

## 処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行	改定後
<p>【一般名処方加算】</p> <p>一般名処方加算1 7点</p> <p>一般名処方加算2 5点</p>	<p>【一般名処方加算】</p> <p>一般名処方加算1 <b>10点</b></p> <p>一般名処方加算2 <b>8点</b></p>
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>後発医薬品使用体制加算1 47点</p> <p>後発医薬品使用体制加算2 42点</p> <p>後発医薬品使用体制加算3 37点</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>後発医薬品使用体制加算1 <b>87点</b></p> <p>後発医薬品使用体制加算2 <b>82点</b></p> <p>後発医薬品使用体制加算3 <b>77点</b></p>
<p>【外来後発医薬品使用体制加算】</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算1 5点</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算2 4点</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算3 2点</p>	<p>【外来後発医薬品使用体制加算】</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算1 <b>8点</b></p> <p>外来後発医薬品使用体制加算2 <b>7点</b></p> <p>外来後発医薬品使用体制加算3 <b>5点</b></p>
<p>【薬剤情報提供料】 10点</p>	<p>【薬剤情報提供料】 <b>4点</b></p>
<p>【処方箋料】</p> <p>1 向精神薬他剤投与を行った場合 28点</p> <p>2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合 40点</p> <p>3 1及び2以外の場合 68点</p>	<p>【処方箋料】 ※処方箋料を包括している評価も同様</p> <p>1 向精神薬他剤投与を行った場合 <b>20点</b></p> <p>2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合 <b>32点</b></p> <p>3 1及び2以外の場合 <b>60点</b></p>

# 時間外対応加算の見直し

## 時間外対応加算の見直し

- 時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。

### 改定後

時間外対応加算 1      5点

**時間外対応加算 2      4点**

**[施設規準] (抜粋)**

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

時間外対応加算 3      3点

時間外対応加算 4      1点

## 時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

- 時間外対応加算の評価体系の見直しの趣旨を踏まえ、小児かかりつけ診療料について、要件を見直す。

### 現行

【小児かかりつけ診療料 1】

[施設基準] (抜粋)

- 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は**時間外対応加算2**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料 2】

[施設基準] (抜粋)

- 次のいずれかの基準を満たしていること。
  - ア 区分番号「A001」の注10に規定する**時間外対応加算3**に係る届出を行っていること。
  - イ (略)



### 改定後

【小児かかりつけ診療料 1】

[施設基準] (抜粋)

- 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は**時間外対応加算3**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料 2】

[施設基準] (抜粋)

- 次のいずれかの基準を満たしていること。
  - ア 区分番号「A001」の注10に規定する**時間外対応加算2**又は**時間外対応加算4**に係る届出を行っていること。
  - イ (略)

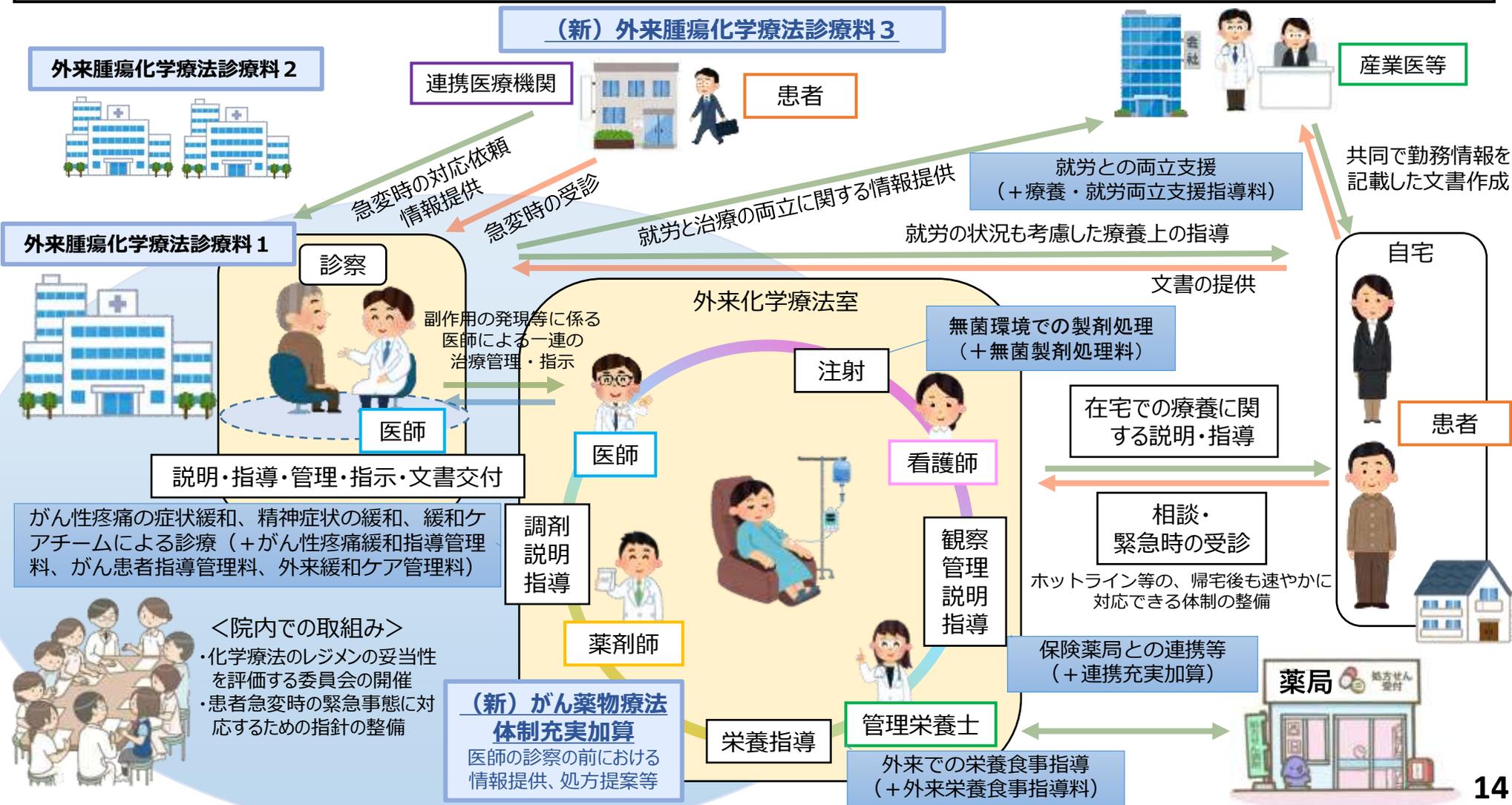
令和6年度診療報酬改定

## 5. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病にかかる疾病管理
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

# 外来腫瘍化学療法の普及・推進（イメージ）

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



# 外来腫瘍化学療法診療料の見直し①

## 外来腫瘍化学療法診療料の見直し

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

### 現行

#### 【外来腫瘍化学療法診療料】

- |                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| 1 外来腫瘍化学療法診療料 1                     |      |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合<br>(新設)             | 700点 |
| □ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合<br>(新設) | 400点 |
| 2 外来腫瘍化学療法診療料 2                     |      |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合<br>(新設)             | 570点 |
| □ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合<br>(新設) | 270点 |

(新設)

### 改定後

#### 【外来腫瘍化学療法】

- |                     |      |
|---------------------|------|
| 1 外来腫瘍化学療法診療料 1     |      |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合     |      |
| (1) 初回から3回目まで       | 800点 |
| (2) 4回目以降           | 450点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 350点 |
| 2 外来腫瘍化学療法診療料 2     |      |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合     |      |
| (1) 初回から3回目まで       | 600点 |
| (2) 4回目以降           | 320点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 220点 |
| 3 外来腫瘍化学療法診療料 3     |      |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合     |      |
| (1) 初回から3回目まで       | 540点 |
| (2) 4回目以降           | 280点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 180点 |

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

## 外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料3（その1））

### 外来腫瘍化学療法診療料3の新設

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

#### （新） 外来腫瘍化学療法診療料3

##### イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

（1）初回から3回目まで

540点

（2）4回目以降

280点

##### ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

180点



#### 【算定要件】

- (1) 外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。
- (2) 「1」の「イ」の(1)、「2」の「イ」の(1)又は「3」の「イ」の(1)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を1回目に投与した日から3回目に投与した日に算定し、「1」の「イ」の(2)、「2」の「イ」(2)又「3」の「イ」の(2)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を4回目以降に投与した日に算定する。
- (3) 「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「1」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書（電子媒体を含む。）により当該外来腫瘍診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

- (4)～(7) (略)
- (8) 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に1回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。
- (9)、(10) (略)

## 外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料3（その2））

### 外来腫瘍化学療法診療料3の新設

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

#### （新） 外来腫瘍化学療法診療料3

##### イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1) 初回から3回目まで

540点

(2) 4回目以降

280点

##### ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

180点



#### 【施設基準】

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

#### <外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準（抜粋）>

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

#### <外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準（抜粋）>

- (2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

## 外来腫瘍化学療法診療料の見直し③ (外来腫瘍化学療法診療料1)

### 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準の見直し

- 外来腫瘍化学療法診療料1について、実施医療機関における更なる体制整備等の観点から、次のとおり要件及び評価を見直す。

#### 現行

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



#### 改定後

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

<外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準(抜粋)>

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

## 外来腫瘍化学療法診療料の見直し④ (がん薬物療法体制充実加算)

### がん薬物療法体制充実加算の新設

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

### (新) がん薬物療法体制充実加算 100点 (月1回に限り)

#### [算定要件]

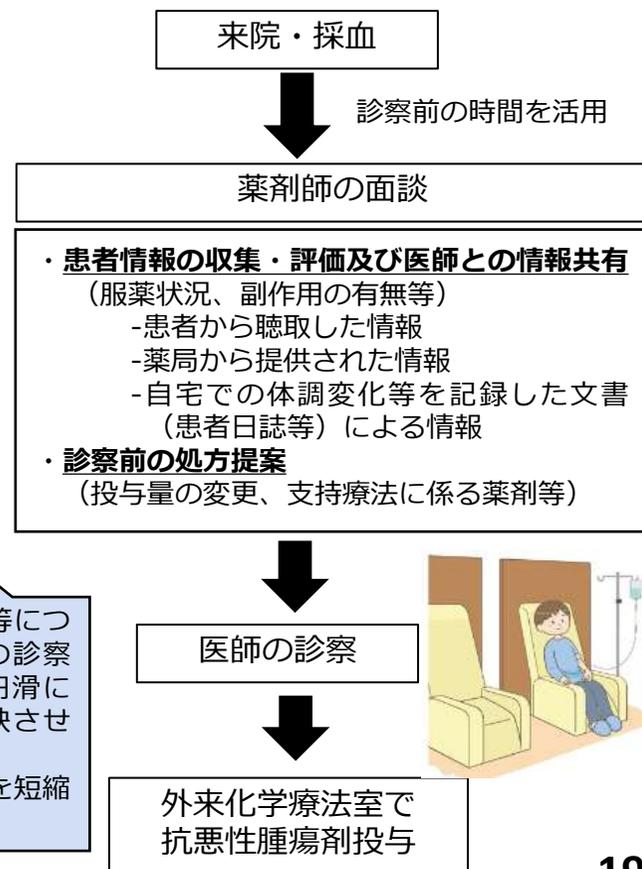
外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合に月に1回に限り所定点数に加算する。

#### [施設基準]

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



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



# 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

## 慢性腎臓病の透析予防指導管理の算定要件及び施設基準

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

### (新) 慢性腎臓病透析予防指導管理料

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

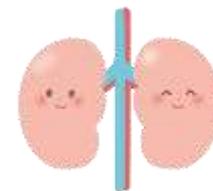
※ 情報通信機器を用いて行った場合は、それぞれ261点、218点

#### [算定要件] (抜粋)

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

#### [施設基準] (抜粋)

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



# 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

#### 【在宅療養指導料】

##### [算定要件]

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。

(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。



### 改定後

#### 【在宅療養指導料】

##### [算定要件]

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。

(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。