
外来（診療所）

外来（診療所）における診療報酬改定ポイント

（サマリー）主たる生活習慣病が特定疾患療養管理料から外され、新設の**生活習慣病管理料（Ⅱ）**での対応となったが、結果として減収が見込まれる。時間外対応加算の要件が緩み、時間外対応加算⇒地域包括診療料⇒日中のみの訪問診療等につなげる方向性が見えてきている

- **特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算の対象疾患から、糖尿病、脂質異常症、高血圧を除外**
- 生活習慣病管理料について、療養計画書を簡素化または**電子カルテ情報共有サービス**で代替し、**月1回の治療管理の頻度基準を削除**、また多職種対応が望ましいとする。また医学管理料が包括され**検査等は出来高になる生活習慣病管理料（Ⅱ）**を新設し、脂質異常症、高血圧症、糖尿病患者について治療計画を策定して管理する。**外来管理加算は併算定不可**
- 地域包括診療料の算定要件に、**治療計画を文書で患者さんに提示すること、ケアマネ等との相談に応ずること、担当医が認知症研修を受けること、市町村の認知症施策に協力していること**等が設定された
- **時間外対応加算について、非常勤医師や看護職員による一次対応が可能**となり、非常勤のアルバイト（おそらく兼務可能）に依頼することがOKとなる
- 小児かかりつけ医診療料について、常時感染対策等をするため評価が引き上げ。**発達障害を疑う児や不適切な養育に繋がりうる育児不安の相談**に乗ることが要件化された
- 医薬品の供給不足を患者に説明すること等を要件化し、**一般名処方加算、外来後発医薬品使用体制加算、薬剤情報提供料**を見直す
- **投薬用の容器**を、貸与するのではなく、**実費で提供**することとする
- 一般不妊治療管理料の施設基準における実績要件が、施設単位から医師あたりに変更
- （新設）慢性腎臓病の患者に対して透析予防診療チームで食事指導や運動指導等を行った場合、新設の**慢性腎臓病透析予防指導管理料**を算定できる
- 人工腎臓の評価を見直す

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。

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

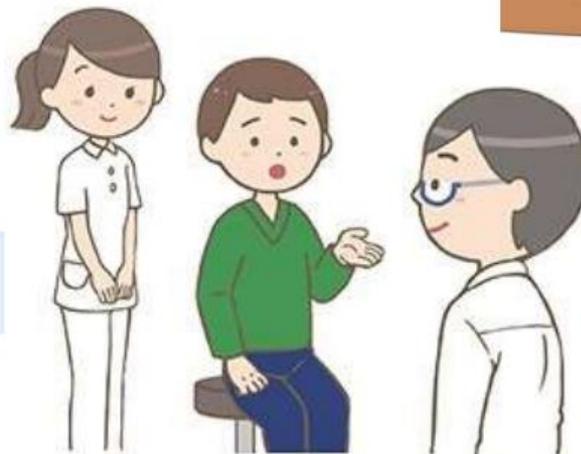
○ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組のイメージは以下のとおり。



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



歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による**多職種連携**

診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理

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

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. **生活習慣病管理料の評価及び要件**について、以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料(I)とする。
 - (1) 生活習慣病管理料における**療養計画書を簡素化**するとともに、**令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービス**を活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。あわせて、療養計画書について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける**患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているもの**とみなす。
 - (2) **診療ガイドライン等を参考**として疾病管理を行うことを要件とする。
 - (3) 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも**1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止**する。
 - (4) 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の**多職種と連携することを望ましい要件**とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

| 改定案 | 現行 |
|--|--|
| 【生活習慣病管理料(I)】 [算定要件] B001-3 <u>生活習慣病管理料(I)</u> | 【生活習慣病管理料】 [算定要件] B001-3 <u>生活習慣病管理料</u> |
| 1 脂質異常症を主病とする場合 610点 | 1 脂質異常症を主病とする場合 570点 |
| 2 高血圧症を主病とする場合 660点 | 2 高血圧症を主病とする場合 620点 |
| 3 糖尿病を主病とする場合 760点 | 3 糖尿病を主病とする場合 720点 |
| 注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施</u> | 注1 保険医療機関（許可病床数 |

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

2. 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新）生活習慣病管理料(Ⅱ) 333 点

[算定要件]

- (1) 保険医療機関（200 床未満の病院又は診療所）において、**脂質異常症、高血圧症又は糖尿病**を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て**治療計画を策定**し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、**月 1 回に限り算定**する。
- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理及び医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）の費用は、**生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする**。
- (3) 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は算定できない。
- (4) 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を**情報通信機器を用いて行った場合は**、所定点数に代えて、**290 点**を算定する。

[施設基準]

- (1) 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 患者の状態に応じ、**28 日以上**の**長期の投薬**を行うこと又は**リフィル処方箋を交付**することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の**見やすい場所に掲示**すること。
- (3) **治療計画に基づく総合的な治療管理**は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の**多職種と連携して実施**することが望ましいこと。
- (4) 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準：情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

(新) 血糖自己測定指導加算 500 点

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者でインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、年1回に限り所定点数に500点を加算する。

外来データ提出加算 50 点

[算定要件]

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、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

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

【特定疾患療養管理料を活用した生活習慣病管理の算定例比較(診療所)】

(改定前)再診料+外来管理加算+特定疾患療養管理料+処方箋料(通常)+特定疾患処方管理加算(28日以上)
=73点+52点+225点+68点+66点=484点

(改定後)再診料<改定後>+生活習慣病管理料(Ⅱ)+処方箋料(通常)
=75点+333点+60点=468点

⇒16点減少となる試算

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 | |
|-------------------|------|-----------------------|------|
| 【生活習慣病管理料】 | | 【生活習慣病管理料 (I)】 | |
| 1 脂質異常症を主病とする場合 | 570点 | 1 脂質異常症を主病とする場合 | 610点 |
| 2 高血圧症を主病とする場合 | 620点 | 2 高血圧症を主病とする場合 | 660点 |
| 3 糖尿病を主病とする場合 | 720点 | 3 糖尿病を主病とする場合 | 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、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。**
- 「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有料、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。

療養計画書の修正（初回）

- サインする箇所（8箇所→2箇所）が減り、一部項目（身長、腹囲、体重目標等）が削除された

(別紙様式9)

旧

| 生活習慣病 療養計画書 初回用 | | (記入日: 年 月 日) | |
|---|--|--|---|
| 患者氏名: (男・女) | | 主病: | |
| 生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才) | | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 | |
| ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること | | | |
| 【検査項目】 | <input type="checkbox"/> 身長 (cm) <input type="checkbox"/> 体重:現在 (kg) →目標 (kg) <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 腹囲:現在 (cm) →目標 (cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 () | 【血液検査項目】(採血日 月 日) | <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c:現在 (%) →目標 (%) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 【問診】 <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 | | <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活 |
| 【①達成目標】:患者と相談した目標 | | | |
| 【②行動目標】:患者と相談した目標 | | | |
| 【重点を置く領域と指導項目】 | <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:)を週(回)] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:)を週(回)] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる | 【食事】 | |
| | <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週(日)) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など() | 【運動】 | |
| | <input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 | 【たばこ】 | |
| | <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他() | 【その他】 | |
| | <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明 | 【服薬指導】 | |
| 【療養を行うにあたっての問題点】 | | | |
| 【他の施設の利用状況について】 | | | |
| ※実施項目は、 <input type="checkbox"/> にチェック、()内には具体的に記入 | | 患者署名 | |
| ※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。 | | 医師氏名 (印) | |

新

| 生活習慣病 療養計画書 初回用 | | (記入日: 年 月 日) | |
|---|--|---|--|
| 患者氏名: (男・女) | | 主病: | |
| 生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才) | | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | |
| ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること | | | |
| 【目標】 | <input type="checkbox"/> 目標 <input type="checkbox"/> 体重:(kg) <input type="checkbox"/> BMI:() <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c:(%) 【①達成目標】:患者と相談した目標 【②行動目標】:患者と相談した目標 | | |
| | <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:)を週(回)] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:)を週(回)] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる | 【食事】 | |
| <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週(日)) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など() | 【運動】 | | |
| <input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 | 【たばこ】 | | |
| <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他() | 【その他】 | | |
| 【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間 <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 () ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| ※実施項目は、 <input type="checkbox"/> にチェック、()内には具体的に記入 | | 患者署名 | |
| | | 医師氏名 | |

療養計画書の修正 (継続)

- サインする箇所 (8箇所→2箇所) が減り、一部項目 (身長、腹囲、体重目標等) が削除された

(別紙様式9の2)

旧

| | |
|---|---|
| 生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日) () 回目 | |
| 患者氏名: (男・女) | 主病: |
| 生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生 (才) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂血症 |
| ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組むこと 【検査項目】 <input type="checkbox"/> 体重: 現在 (kg) → 目標 (kg) <input type="checkbox"/> 血糖 (□空腹時 □随時 □食後 () 時間) <input type="checkbox"/> BMI () (mg/dl) <input type="checkbox"/> 腹 囲: 現在 (cm) → 目標 (cm) <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 (%) → 目標 (%) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 【目標の達成状況と次の目標】: 患者と相談した目標 【①達成目標】: 患者と相談した目標 【②行動目標】: 患者と相談した目標 | |
| 【重点を置く領域と指導項目】 | |
| <input type="checkbox"/> 食事は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 () <input type="checkbox"/> 油を使った料理 (揚げ物や炒め物等) の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる | 担当者氏名 (印) |
| <input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類 (ウォーキング・) 時間 (30分以上・)、頻度 (ほぼ毎日・週 日) 強度 (息がはずむが会話が可能に強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加 (例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など () | 担当者氏名 (印) |
| <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 | 担当者氏名 (印) |
| <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保 (質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測 (歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他 () | 担当者氏名 (印) |
| <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明 | 担当者氏名 (印) |
| 【療養を行うにあたっての問題点】 | |
| 【他の施設の利用状況について】 | |

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

患者署名 _____
 医師氏名 _____ (印)

新

(別紙様式9の2)

| | |
|--|---|
| 生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日) () 回目 | |
| 患者氏名: (男・女) | 主病: |
| 生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |
| ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組むこと 【目 標】 <input type="checkbox"/> 体重: (kg) <input type="checkbox"/> BMI: () <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) 【①目標の達成状況】 { } 【②達成目標】: 患者と相談した目標 { } 【③行動目標】: 患者と相談した目標 { } | |
| 【重点を置く領域と指導項目】 | |
| <input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 () <input type="checkbox"/> 油を使った料理 (揚げ物や炒め物等) の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる | 担当者氏名 (印) |
| <input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類 (ウォーキング・) 時間 (30分以上・)、頻度 (ほぼ毎日・週 日) 強度 (息がはずむが会話が可能に強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加 (例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など () | 担当者氏名 (印) |
| <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 | 担当者氏名 (印) |
| <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保 (質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測 (歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他 () | 担当者氏名 (印) |
| 【血液検査項目】 (採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖 (□空腹時 □随時 □食後 () 時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 () | |

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者署名 _____ 医師氏名 _____

□ 患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
 (なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない)

(参考) 外来データ提出加算について

〈共通項目〉

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

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。

| 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 |
| 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 |

| 大項目 | 項目名 |
|----------------|------------|
| 外来受診情報 | 受診年月日 |
| | 初診/再診 |
| | 他院による紹介の有無 |
| | 診療科コード |
| 糖尿病の有無 | 糖尿病の有無 |
| | 自院管理の有無 |
| 糖尿病の診断年月 | 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 |
| | 慢性合併症：網膜症 |
| | 慢性合併症：腎症 |
| | 慢性合併症：神経障害 |
| 高血圧症の有無 | 高血圧症の有無 |
| | 自院管理の有無 |
| 高血圧症の診断年月 | 診断年月 |
| 血圧 | 血圧分類 |
| | リスク層 |
| | 収縮期血圧 |
| | 拡張期血圧 |
| 脂質異常症の有無 | 脂質異常症の有無 |
| | 自院管理の有無 |
| 脂質異常症の診断年月 | 診断年月 |

| 大項目 | 項目名 |
|------------------|-----------------------|
| リスク分類・LDLコレステロール | リスク分類 |
| | LDLコレステロール |
| 脳卒中の有無(初発) | 脳卒中の有無(既往含む) |
| | 脳卒中の初発の種類(既往含む) |
| | 脳卒中の初発の発症(診断)年月 |
| 脳卒中(初発以外) | 脳卒中の初発以外の種類(既往含む) |
| | 脳卒中の初発以外の発症(診断)年月 |
| | 急性冠症候群の有無(既往含む) |
| 急性冠症候群の有無(初発) | 急性冠症候群の初発の種類(既往含む) |
| | 急性冠症候群の初発の発症(診断)年月 |
| | 急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む) |
| 急性冠症候群(初発以外) | 急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月 |
| | 心不全の有無 |
| 心不全の有無 | 心不全の有無 |
| | 心不全の診断年月 |
| 急性大動脈解離の有無(初発) | 急性大動脈解離の有無(既往含む) |
| | 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以外の発症(診断)年月 |
| 慢性腎臓病の有無 | 慢性腎臓病の有無 |
| | 慢性腎臓病の診断年月 |
| 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 |

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

- 診療所では減収だが、一定以上の規模の病院では増収が見込まれる

■特定疾患管理料から生活習慣病管理加算Ⅱへの移行にかかる試算

・月1回受診の場合

(単位：点)

| | 改定前① | | | | | 改定後② | ②-① |
|--------------------------|-----------|-----------------|--------|------|---------|-----------|-----|
| | 特定疾患療養管理料 | 特定疾患処方管理加算 2 *1 | 外来管理加算 | 受診回数 | 総点数 (月) | 生活習慣病管理料Ⅱ | |
| 診療所の場合 | 225 | 66 | 52 | 1 | 343 | 333 | -10 |
| 許可病床数が100床未満の病院の場合 | 147 | 66 | 52 | 1 | 265 | 333 | 68 |
| 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 | 87 | 66 | 52 | 1 | 205 | 333 | 128 |

*1処方期間が28日以上の場合

・月2回受診の場合

(単位：点)

| | 改定前① | | | | | 改定後② | ②-① |
|--------------------------|-----------|-----------------|--------|------|---------|-----------|------|
| | 特定疾患療養管理料 | 特定疾患処方管理加算 2 *2 | 外来管理加算 | 受診回数 | 総点数 (月) | 生活習慣病管理料Ⅱ | |
| 診療所の場合 | 225 | 18 | 52 | 2 | 590 | 333 | -257 |
| 許可病床数が100床未満の病院の場合 | 147 | 18 | 52 | 2 | 434 | 333 | -101 |
| 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 | 87 | 18 | 52 | 2 | 314 | 333 | 19 |

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**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。

4. 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。

[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
- 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
- 虚血性心疾患
- **アナフィラキシー**
- **ギラン・バレー症候群**

特定疾患処方管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

処方料及び処方箋料の**特定疾患処方管理加算**について、**特定疾患処方管理加算1（月2回まで18点）を廃止**するとともに、**特定疾患処方管理加算2の評価を見直す**。また、特定疾患処方管理加算2について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

【処方料】

〔算定要件〕

5・・・薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算（←**加算2**）として、月1回に限り、1処方につき**56点（←66点）**を所定点数に加算する。

【処方箋料】

4・・・薬剤の処方期間が28日以上処方（**リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上処方を含む。**）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する

時間外対応加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

イ 時間外対応加算 1 5点

□ **(新設) 時間外対応加算 2 4点**

ハ 時間外対応加算 3 3点

ニ 時間外対応加算 4 1点

[施設基準]

- (1) 時間外対応加算 1 の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として**当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等**により、常時対応できる体制にあること。
- (2) 時間外対応加算 2 の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として**当該保険医療機関の非常勤の医師又は看護職員等**により、常時対応できる体制にあること。
3. 時間外対応加算 2 に関する施設基準 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、**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った場合であっても、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。

地域包括診療料等の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. **地域包括診療料等の算定要件に、介護支援専門員及び相談支援員との相談に応じること等を追加する。また、担当医のサービス担当者会議への参加実績、担当医の地域ケア会議への参加実績又は保険医療機関において介護支援専門員と対面若しくは ICT 等での相談の機会を設けていることを施設基準に追加する。**
2. **担当医が認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましいことを、地域包括診療料等の要件に追加する。**
3. **市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があることを、地域包括診療料等の要件に追加する。**
4. 患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方に対応可能**であることを、患者に周知することを、地域包括診療料等の要件に追加する。
5. 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成**を、地域包括診療料等の要件に追加する。
6. 患者やその家族からの求めに応じ、文書を用いた適切な説明を行うことが望ましいことを要件に追加するとともに、文書の交付について、**電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーの入力に代えることができることとする。**
7. 上記の見直し及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、地域包括診療加算等の評価を見直す
イ 地域包括診療加算 1 28点 (←25点) □ 地域包括診療加算 2 21点 (←18点)
イ 認知症地域包括診療加算 1 38点 (←35点) □ 認知症地域包括診療加算 2 31点 (←28点)

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 | 28点 |
| 地域包括診療加算 2 | 21点 |
| 認知症地域包括診療加算 1 | 38点 |
| 認知症地域包括診療加算 2 | 31点 |

小児かかりつけ診療料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

[施設基準]

1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準

(5) (1)に掲げる医師は、**発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。**

| 改定案 | 現行 |
|---------------------|---------------------|
| 【小児かかりつけ診療料】 | 【小児かかりつけ診療料】 |
| 1 小児かかりつけ診療料1 | 1 小児かかりつけ診療料1 |
| イ 処方箋を交付する場合 | イ 処方箋を交付する場合 |
| (1) 初診時 <u>652点</u> | (1) 初診時 <u>641点</u> |
| (2) 再診時 <u>458点</u> | (2) 再診時 <u>448点</u> |
| ロ 処方箋を交付しない場合 | ロ 処方箋を交付しない場合 |
| (1) 初診時 <u>769点</u> | (1) 初診時 <u>758点</u> |
| (2) 再診時 <u>576点</u> | (2) 再診時 <u>566点</u> |
| 2 小児かかりつけ診療料2 | 2 小児かかりつけ診療料2 |
| イ 処方箋を交付する場合 | イ 処方箋を交付する場合 |
| (1) 初診時 <u>641点</u> | (1) 初診時 <u>630点</u> |
| (2) 再診時 <u>447点</u> | (2) 再診時 <u>437点</u> |

小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し

第1 基本的な考え方

小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直すとともに、処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. **小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患**に、**急性中耳炎及び急性副鼻腔炎**を追加する。
※ 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料
2. 新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料の評価を見直す

| 改 定 案 | 現 行 |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 【小児科外来診療料】 | 【小児科外来診療料】 |
| 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 | 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 |
| イ 初診時 <u>604点</u> | イ 初診時 <u>599点</u> |
| ロ 再診時 <u>410点</u> | ロ 再診時 <u>406点</u> |
| 2 1以外の場合 | 2 1以外の場合 |
| イ 初診時 <u>721点</u> | イ 初診時 <u>716点</u> |
| ロ 再診時 <u>528点</u> | ロ 再診時 <u>524点</u> |

医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進

第1 基本的な考え方

患者・利用者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、令和6年6月より、指定訪問看護事業者による明細書の無料発行を義務化するとともに、**診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の義務の免除規定**について、全ての医療機関において発行可能な環境を整備した上で、**廃止する**。

第2 具体的な内容

1. 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準を改正し、訪問看護ステーションにおける明細書の無料発行について義務付ける。義務化にあたっては、既に交付が義務づけられている領収証において個別の項目ごとの金額等の記載が求められていることを踏まえ、現在の領収証を領収証兼明細書とする。また、本改正に際し、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、令和7年5月31日までの経過措置期間を設ける。
2. **診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の免除規定**について、標準型レセコンの提供等により、**全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目処として廃止する**。

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 | |
|-----------------------------------|-----|-----------------------------------|------------|
| 【一般名処方加算】 | | 【一般名処方加算】 | |
| 一般名処方加算1 | 7点 | 一般名処方加算1 | 10点 |
| 一般名処方加算2 | 5点 | 一般名処方加算2 | 8点 |
| 【後発医薬品使用体制加算】 | | 【後発医薬品使用体制加算】 | |
| 後発医薬品使用体制加算1 | 47点 | 後発医薬品使用体制加算1 | 87点 |
| 後発医薬品使用体制加算2 | 42点 | 後発医薬品使用体制加算2 | 82点 |
| 後発医薬品使用体制加算3 | 37点 | 後発医薬品使用体制加算3 | 77点 |
| 【外来後発医薬品使用体制加算】 | | 【外来後発医薬品使用体制加算】 | |
| 外来後発医薬品使用体制加算1 | 5点 | 外来後発医薬品使用体制加算1 | 8点 |
| 外来後発医薬品使用体制加算2 | 4点 | 外来後発医薬品使用体制加算2 | 7点 |
| 外来後発医薬品使用体制加算3 | 2点 | 外来後発医薬品使用体制加算3 | 5点 |
| 【薬剤情報提供料】 | 10点 | 【薬剤情報提供料】 | 4点 |
| 【処方箋料】 | | 【処方箋料】 ※処方箋料を包括している評価も同様 | |
| 1 向精神薬他剤投与を行った場合 | 28点 | 1 向精神薬他剤投与を行った場合 | 20点 |
| 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 | 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 | 32点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 68点 | 3 1及び2以外の場合 | 60点 |

通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

1 通院精神療法

- 初診時60分以上 (1) 精神保健指定医 **600点** (←560点) (2)非指定医 **550点** (←540点)
- ハイ及び□以外30分未満 ① 精神保健指定医 **315点** (←330点) ② 非指定医 **290点** (←315点)

2 在宅精神療法

- 初診60分以上 (1) 精神保健指定医 **640点** (←620点) (2)非指定医 600点 (変更なし)
- ハイ及び□以外60分以上① 精神保健指定医 **590点** (←550点) ② 非指定医 540点 (←530点)
- 30分未満① 精神保健指定医 **315点** (←330点) ②非指定医 290点 (←315点)

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

【通院・在宅精神療法】〔算定要件〕

注 11 通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、それぞれ所定点数に加算する。

- イ 病院の場合** (1) 精神科受診日から3年以内 **20点** (2) (1)以外の場合 **15点**
- ロ 診療所の場合** (1) 精神科受診日から3年以内 **50点** (2) (1)以外の場合 **15点**

〔施設基準〕 精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行う十分な体制が確保されていること

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

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 | 600点 |
| | 精神保健指定医以外の場合 | | 540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 | 410点 |
| | | 精神保健指定医以外の場合 | 390点 | 390点 |
| | 30分未満 | 精神保健指定医による場合 | 330点 | 315点 |
| | | 精神保健指定医以外の場合 | 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 | 660点 |
| □ 初診日に60分以上 | 精神保健指定医による場合 | | 620点 | 640点 |
| | 精神保健指定医以外の場合 | | 600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 | 590点 |
| | | 精神保健指定医以外の場合 | 530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 | 410点 |
| | | 精神保健指定医以外の場合 | 390点 | 390点 |
| | 30分未満 | 精神保健指定医による場合 | 330点 | 315点 |
| | | 精神保健指定医以外の場合 | 315点 | 290点 |



通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

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 | <u>20点</u> | <u>15点</u> |
| 診療所の場合 | <u>50点</u> | <u>15点</u> |

[算定要件] (概要)

- (1) 当該患者を診療する**担当医**を決めること。
- (2) **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、「早期精神病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

過去6か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数/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(合計)/勤務する医師数 \geq **60**

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



児童思春期支援指導加算の新設

第1 基本的な考え方

児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. **20歳未満の患者**に対して、**多職種が連携して外来診療**を実施した場合の評価を新設する。

【通院・在宅精神療法】

〔算定要件〕

注 10・・・20歳未満の患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、**保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援**を行った場合は、**児童思春期支援指導加算**として、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イについては、1回に限り算定する。

イ 60分以上の通院・在宅精神療法（精神科を最初に受診した日から3月以内） 1,000点

ロ イ以外の場合

(1) 精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 450点

(2) (1)以外の場合 250点

2. 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算及び児童思春期精神科専門管理加算について、評価を見直す

【通院・在宅精神療法】〔算定要件〕

注 3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、**320点（←350点）**を所定点数に加算する。ただし、注4又は**注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。**

児童思春期支援指導加算の新設

- 児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

(新) 児童思春期支援指導加算

イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合 1,000点
 (当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内に1回限り)

ロ イ以外の場合

(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内 450点

(2) (1)以外の場合 250点



[算定要件] (概要)

- (1) 通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、**児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師**が、当該患者に対して、対面による**療養上必要な指導管理を30分以上実施**した場合に算定する。なお、精神科を担当する医師が通院・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できる。
- (2) **多職種が共同して支援計画を作成すること。**
- (3) 指導管理及び支援計画の内容に関して、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書による情報提供や面接相談を適宜行うこと。
- (4) 患者の支援方針等について、**概ね3月に1回**以上の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行うこと。
- (5) **1週間あたり**の算定患者数は**30人以内**とする。
- (6) 20歳未満加算又は児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は、算定しない。

[施設基準] (概要)

- (1) 児童思春期の患者に対する精神医療に係る**適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上**配置されていること。
- (2) 児童思春期の患者に対する当該支援に**専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が2名以上かつ2職種以上配置**されており、そのうち**1名以上**は児童思春期の患者に対する精神医療に係る**適切な研修を修了した者**であること。
- (3) 当該保険医療機関が過去6か月間に**初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均8人以上**であること。

- 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算について、評価を見直す。

現行

【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】350点



改定後

【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】320点

290

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

【小児特定疾患カウンセリング料】(現行は、月の1回目 500点、月の2回目 400点)

イ 医師による場合

- (1) **初回 800点** (情報通信機器を用いた場合 **696点**)
- (2) 初回のカウンセリングを行った日後1年以内の期間に行った場合
 - ① **月の1回目 600点** (情報通信機器を用いた場合 **522点**)
 - ② **月の2回目 500点** (情報通信機器を用いた場合 **435点**)
- (3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して2年以内の期間に行った場合((2)の場合を除く。)
 - ① **月の1回目 500点** (情報通信機器を用いた場合 **435点**)
 - ② **月の2回目 400点** (情報通信機器を用いた場合 **348点**)
- (4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して4年以内の期間に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。)
400点 (情報通信機器を用いた場合 **348点**)

心理支援加算の新設

第1 基本的な考え方

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について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた**公認心理師が心理支援を行った場合**の評価を新設する

【通院・在宅精神療法】

[算定要件]

注9 心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた**公認心理師が必要な支援**を行った場合に、**心理支援加算**として、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250点**を所定点数に加算する。

[施設基準]

一の一の六 通院・在宅精神療法の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める患者：心的外傷に起因する症状を有する患者

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)

- (1) **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。)
- (2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
- ア 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
- イ 医師は当該患者等に外傷体験の有無等を確認した上で、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 | 心的外傷的出来事と関連した、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。

慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防の管理を行うことについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

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

- 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 300 点**
- 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 250 点**

[対象患者] 入院中以外の慢性腎臓病の患者（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、透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者

[算定要件]

- (1) 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き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、**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。**
- (2) 外来栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。
- (3) 慢性腎臓病透析予防指導管理料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、1又は2の所定点数に代えて、**261点又は218点**を算定する。

慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

〔施設基準〕

- (1) 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。
 - ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- (2) (1)のアに掲げる医師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
- (3) (1)のイに掲げる看護師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を3年以上有する者であること。
- (4) (1)のイに掲げる保健師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を2年以上有する者であること。
- (5) (1)のウに掲げる管理栄養士は、慢性腎臓病の栄養指導に従事した経験を3年以上有する者であること。
- (6) (1)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。
- (7) (2)から(4)までに規定する医師、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。
- (8) (2)から(5)までに規定する医師、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。
- (9) 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。ただし、当該教室は糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室の実施により代えることとしても差し支えない。ただし、腎臓病についての内容が含まれる場合に限る。
- (10) 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。
- (11) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準：情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

【評価を見直す検査の例】

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

2. 材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す

| 改定案 | 現行 |
|--|--|
| 【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 2 CPAPを使用した場合 <u>960点</u> | 【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 2 CPAPを使用した場合 <u>1,000点</u> |

人工腎臓の評価の見直し

第1 基本的な考え方

包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。

第2 具体的な内容

人工腎臓について、包括薬剤の実勢価格を踏まえ、評価を見直す。

| 改 定 案 | 現 行 |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 【人工腎臓（1日につき）】 | 【人工腎臓（1日につき）】 |
| 1 慢性維持透析を行った場合 1 | 1 慢性維持透析を行った場合 1 |
| イ 4時間未満の場合 <u>1,876点</u> | イ 4時間未満の場合 <u>1,885点</u> |
| ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,036点</u> | ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,045点</u> |
| ハ 5時間以上の場合 <u>2,171点</u> | ハ 5時間以上の場合 <u>2,180点</u> |
| 2 慢性維持透析を行った場合 2 | 2 慢性維持透析を行った場合 2 |
| イ 4時間未満の場合 <u>1,836点</u> | イ 4時間未満の場合 <u>1,845点</u> |
| ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>1,996点</u> | ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,005点</u> |
| ハ 5時間以上の場合 <u>2,126点</u> | ハ 5時間以上の場合 <u>2,135点</u> |
| 3 慢性維持透析を行った場合 3 | 3 慢性維持透析を行った場合 3 |
| イ 4時間未満の場合 <u>1,796点</u> | イ 4時間未満の場合 <u>1,805点</u> |
| ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>1,951点</u> | ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>1,960点</u> |
| ハ 5時間以上の場合 <u>2,081点</u> | ハ 5時間以上の場合 <u>2,090点</u> |

検査、処置及び麻酔の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

下記の処置、検査及び麻酔について、評価を見直す。

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

投薬用の容器に関する取扱いの見直し

第1 基本的な考え方

投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、返還に関する規定の見直しを行う。

第2 具体的な内容

投薬時における薬剤の容器について、患者が医療機関又は薬局に当該容器を返還した場合の**実費の返還の取扱いを廃止**する。