



福岡医発第 648 号 (地)
令和 6 年 5 月 28 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

医療職員 (MS) 保険事務講習会について

時下 貴職ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、本会では、診療報酬点数改定に伴い、標記講習会を開催しておりますが、本年度も前回改定時と同様に、下記のとおり本会ホームページに資料を掲載する形で開催することといたしましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますとともに、貴会会員へ周知方よろしくお願いいたします。

記

・ 本会ホームページへの資料掲載について

「診療報酬点数表にかかる追加及び変更点 (抜粋)」の資料 (PDF 形式) を本会ホームページ会員専用「令和 6 年度診療報酬改定について」に掲載しております。

(社会保険診療報酬支払基金福岡審査委員会事務局作成 令和 6 年 5 月 22 日提供)

U R L : <https://qr.paps.jp/1WNCb>

(ホーム>会員の皆様>医療保険 (労災・自賠医療を含む)
>診療報酬改定>令和 6 年度診療報酬改定について)

QR コード :



※「本会ホームページ」は、上記 URL 又は QR コードより会員 ID 及びパスワードをご入力の上ご覧いただけます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 肥山淳一郎
会 長 島田昇二郎

令和6年度診療報酬改定説明会 (医 科)

「診療報酬点数表」にかかる追加及び変更点について、主なものを抜粋して掲載しております。
詳細につきましては、厚生労働省ホームページにてご確認ください。

社会保険診療報酬支払基金 福岡審査委員会事務局



令和6年5月1日

第1部 第1節 A000 初診料

発熱患者等対応加算 (新設)

注11) 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。

※ただし書に規定する発熱患者等対応加算は、(25)の外来感染対策向上加算を算定している場合であって、発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定する。

【発熱患者等対応加算】

問4 「A000」初診料の注11 ただし書及び「A001」再診料の注15 ただし書に規定する発熱患者等対応加算について、当該保険医療機関において既に外来感染対策向上加算を算定している患者であって、発熱患者等対応加算を算定していないものが、同月に発熱その他感染症を疑わせるような症状で受診した場合について、どのように考えればよいか。

(答) 外来感染対策向上加算は算定できないが、要件を満たせば発熱患者等対応加算は算定できる。

【発熱患者等対応加算】

問8 「A000」初診料の注11 ただし書等に規定する発熱患者等対応加算について、「発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定する。」とあるが、情報通信機器を用いた診療の場合でも算定できるのか。

(答) 算定不可。

抗菌薬適正使用体制加算 (新設)

注14) 注11 本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用加算として、月に1回に限り5点を更に所定点数に加算する。

※「注14」に規定する抗菌薬適正使用体制加算は、(25)の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加し、使用する抗菌薬のうち Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は当該サーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内である場合に算定する。

第1部 第1節 A000 初診料

医療情報取得加算（名称変更） ※（旧）医療情報・システム基盤整備体制充実加算より

注15）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、**医療情報取得加算1**として、**月1回に限り3点を所定点数に加算する**。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、**医療情報取得加算2**として、**月1回に限り1点を所定点数に加算する**。

【医療情報取得加算】

問8 「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。

（答）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。

問9 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。

（答）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。

問10 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。

（答）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。

【医療情報取得加算】

問9 「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。

（答）いずれも算定不可。

問10 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。

（答）算定不可。

問11 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。

（答）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。

第1部 第1節 A000 初診料

医療DX推進体制整備加算（新設）

注16）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**。

※「注16」に規定する医療DX推進体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を評価するものであり、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（支）局長等に届け出た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に、月1回に限り8点を所定点数に加算する。

【医療DX推進体制整備加算】

問15 「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。

（答）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。

問18 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。

（答）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。

発熱患者等対応加算（新設）

注15) 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で再診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。

抗菌薬適正使用加算（新設）

注18) 注15本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、抗菌薬適正使用加算として、月に1回に限り5点を更に所定点数に加算する。

医療情報取得加算（名称変更） ※（旧）医療情報・システム基盤整備体制充実加算より

注19) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

看護師等遠隔診療補助加算（新設）

注20) 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は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。

※注20に規定する看護師等遠隔診療補助加算は、「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）に規定されるへき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、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実施した場合に、前回の対面診療を実施した日から起算して、3月以内に限り算定する。

【看護師等遠隔診療補助加算】

問22 看護師等遠隔診療補助加算の施設基準において、「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を修了した医師を配置していること。」とされているが、「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」には、具体的にどのようなものがあるか。

（答）現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 厚生労働省「オンライン診療研修・調査事業」として実施する「へき地における患者が看護師等という場合のオンライン診療に関する研修」

医療情報取得加算（新設）

注10) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、**医療情報取得加算 3**として、**3月に1回に限り2点を所定点数に加算する**。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、**医療情報取得加算 4**として、**3月に1回に限り1点を所定点数に加算する**。

看護師等遠隔診療補助加算（新設）

注11) 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は、**看護師等遠隔診療補助加算**として、**50点を所定点数に加算する**。

※「注 11」に規定する看護師等遠隔診療補助加算は、「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）に規定されるへき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、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実施した場合に、前回の対面診療を実施した日から起算して、3月以内に限り算定する。

第2部 通則 入院料等

通則

9) 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、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、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げる**それぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する**。

【入院料通則（身体的拘束の最小化）】

問 25 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるのか。

（答）入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会等及び研修は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和6年3月5日保医発第0305第5号）」の別添2の第1の2、3、4及び7の規定に基づき実施されるものであること。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日事務連絡）別添1の間33及び「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成24年3月30日事務連絡）別添1の間22は廃止する。

第2部 1節 入院基本料

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）（新設）

注11)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定する患者について、経腸栄養を開始した場合、**経腸栄養管理加算**として、入院中1回に限り、**経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する**。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料又は区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は別に算定できない。

【経腸栄養管理加算】

問28 「A101」療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算について、「**「経腸栄養管理ガイドライン」等を踏まえて経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等について説明を行うこと。**」（以下「**経腸栄養ガイドライン**」等を踏まえた説明」という。）とされているが、経腸栄養の開始後に本人又はその家族等に説明を行った場合であっても算定できるか。

（答）説明を行った日から算定できる。ただし、この場合であっても、算定期間は、経腸栄養を開始した日から7日を限度とする。

問29 「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明について、具体的な内容如何。

（答）以下の内容について説明すること。
・消化管が機能している場合は、中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することが基本であるとされていること
・中心静脈栄養によりカテーテル関連血流感染症が合併すること等の経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等

問30 経腸栄養管理加算について、「**「入棟前の1ヶ月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。」とされているが、他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合について、どのように考えればよいのか。**」

（答）他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合であっても算定できない。

問31 経腸栄養管理加算について、「**経腸栄養管理加算は経腸栄養を開始した日から7日を限度に、経腸栄養を実施している期間に限り算定できる。**」とされているが、経腸栄養を開始した後に中止し、その後再開した場合について、どのように考えればよいのか。

（答）経腸栄養を開始して7日以内に中止・再開した場合であっても、経腸栄養を開始した日から7日間に限り算定できる。

問32 経腸栄養管理加算について、白湯や薬剤のみを経鼻胃管や胃瘻等から投与している場合は算定可能か。

（答）不可。

問33 経腸栄養管理加算について、「**入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。**」こととされているが、経腸栄養を開始した日から7日が経過した後に転棟あるいは退院し、再度入院した場合、入院期間が通算される場合であっても再度算定できるのか。

（答）入院期間が通算される場合は算定できない。

問34 経腸栄養管理加算について、「**入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。**」こととされているが、当該加算を算定した後に退院し、経腸栄養を実施せずに1か月以上経過した後に入院となり、入院期間が前回入院から通算されない場合について、当該加算は再度算定可能か。

（答）可能。

第2部 2節 入院基本料等加算

A205 救急医療管理加算（1日につき）（追加）

注1)救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保す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、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）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。**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。**

A209 特定感染症入院医療管理加算（1日につき）（新設）

1 治療室の場合 200点

2 それ以外の場合 100点

注)感染症法第6条第4項に規定する三類感染症の患者、同条第5項に規定する四類感染症の患者、同条第6項に規定する五類感染症の患者及び同条第8項に規定する指定感染症の患者並びにこれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、**適切な感染防止対策を実施した場合に、1入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。**ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

第2部 2節 入院基本料等加算

A 2 2 6 - 4 小児緩和ケア診療加算（1日につき） 700点（新設）

注1)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、緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、小児緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、所定点数に加算する。この場合において、区分番号A 2 2 6 - 2に掲げる緩和ケア診療加算は別に算定できない。

注2)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、緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、小児個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

A 2 3 3 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 120点（新設）

注)リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A 2 3 3 - 2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

第2部 2節 入院基本料等加算

A 2 3 4 - 2 感染対策向上加算（入院初日） 注5）抗菌薬適正使用加算（新設）

注5)感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、**抗菌薬適正使用加算として、5点を更に所定点数に加算する。**

A 2 4 3 - 2 バイオ後続品使用体制加算（入院初日） 100点（新設）

注)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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等含む。）又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、**バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。**

A 2 4 6 - 2 精神科入退院支援加算（退院時1回） 1,000点（新設）

注1)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料の注7若しくは区分番号A 3 1 2に掲げる精神療養病棟入院料の注5に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号A 2 3 0 - 2に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号I 0 1 1に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

注2)精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、**精神科措置入院退院支援加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する。**

第2部 2節 入院基本料等加算

A 2 4 6 – 3 医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点 （新設）

注1)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料の注7若しくは区分番号A 3 1 2に掲げる精神療養病棟入院料の注5に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号A 2 3 0 – 2に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号I 0 1 1に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。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、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のもものを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、**保険医療機関ごとに患者1人につき1回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。**

注2)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を**情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、500点を所定点数に加算する。**

注3) 区分番号A 2 4 6の注7に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

第2部 2節 入院基本料等加算

A 2 5 3 協力対象施設入所者入院加算（入院初日） （新設）

- 1 往診が行われた場合 600点
- 2 1以外の場合 200点

注)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介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において「介護保険施設等」という。）であって当該保険医療機関を協力医療機関として定めているものに入所している患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関が診療を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、**協力対象施設入所者入院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。**

A 3 0 2 – 2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（1日につき） 14,539点
（新設）

A 3 0 4 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点 （新設）

A 3 1 5 精神科地域包括ケア病棟入院料（1日につき） 1,535点 （新設）

第2章 特掲診療料

通則（新設）

3)組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合には、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第2部の通則第5号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

6)抗菌薬の使用状況につき区分番号A000に掲げる初診料の注14及び区分番号A001に掲げる再診料の注18に規定する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、第3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。

第1部 第1節 医学管理料等

B001-4 小児特定疾患カウンセリング料 区分（新設）注2（新設）

イ 医師による場合

(1) 初回 800点

(2) 初回のカウンセリングを行った日後1年以内の期間に行った場合

① 月の1回目 600点 ② 月の2回目 500点

(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して2年以内の期間に行った場合
((2) の場合を除く。)

① 月の1回目 500点 ② 月の2回目 400点

(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して4年以内の期間に行った場合
((2) 及び (3) の場合を除く。) 400点

ロ 公認心理師による場合 200点

注2)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②又は(4)の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は348点を算定する。

問 130 小児特定疾患カウンセリング料のイ(1)を算定した診療月において、2回目のカウンセリングを医師が実施した場合は、小児特定疾患カウンセリング料のイの(2)の②を算定するのか。

(答) そのとおり。

B001-13 在宅療養指導料 170点 注1（追加）

注1)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っては、月2回）に限り算定する。

B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点 注2（新設）

注2)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

B001-29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 注2（新設）**イ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 1**

（1）初回 500点 （2）2回目から4回目まで 150点

ロ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 2

（1）初回 500点 （2）2回目から8回目まで 200点

注2)ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が悪化し区分番号K 4 7 2に掲げる乳腺膿瘍切開術を行ったことに伴い母乳育児に困難を来しているものに対し、医師又は助産師が乳腺膿瘍切開術の管理を含む乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき8回に限り算定する。

B001-37 慢性腎臓病透析予防指導管理料（新設）

イ 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

ロ 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

注1)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、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、当該保険医療機関の医師、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。

注2)区分番号B 0 0 1の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号B 0 0 1の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

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、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、イ又はロの所定点数に代えて、261点又は218点を算定する。

【慢性腎臓病透析予防指導管理料】

問 19 「B 0 0 1」の「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料について、「慢性腎臓病の患者のうち慢性腎臓病の重症度分類で透析のリスクが高い患者」が対象とされているが、具体的にはどのような患者が対象になるのか。

（答）具体的には、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」に記載されている尿蛋白及び糸球体濾過量で判断される慢性腎臓病の重症度分類において、CKDステージG3aA3、G3bA2-3、G4A1-3、又はG5A1-3と分類される患者が対象となる。

B001-2 小児科外来診療料（1日につき） 注4（対象疾患の追加）

注4) 1のイ又は2のイについて、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において、急性気道感染症、**急性中耳炎**、**急性副鼻腔炎**又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき） 注4（対象疾患の追加）

注4)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、急性気道感染症、**急性中耳炎**、**急性副鼻腔炎**又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料（新設）**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****ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合**

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。**

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料（新設）（主な疑義解釈通知）**【外来腫瘍化学療法診療料】**

問 153 「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料の「初回から3回目まで」について、レジメンの開始日からの回数ではなく、各月の初回の抗悪性腫瘍剤投与日から3回目の投与日までに算定するということか。

（答）そのとおり。

問 154 外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍以外の傷病について、当該診療料の算定する保険医療機関を受診した場合、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」、「2」の「ロ」又は「3」の「ロ」は算定可能か。

（答）外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用以外の傷病について受診した場合は算定不可。

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155は廃止する。

問 155 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であって、当該医療機関において「3」の「イ」の（1）又は（2）を算定している場合に、当該保険医療機関と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医療機関において、同日に緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、「1」の「ロ」を算定可能か。

（答）可能。

問 156 外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」について、「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。」とあるが、検査、投薬等を行わない場合であっても算定可能か。

（答）算定可能。ただし、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む。）は必ず行うこと。

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156は廃止する。

B001-3 生活習慣病管理料（Ⅰ）（変更）

- 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 660点**
- 3 糖尿病を主病とする場合 760点**

注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。

注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、第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（Ⅰ）に含まれるものとする。

注5)区分番号B001-3-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅰ）は、算定できない。

B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（新設）

注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。**

注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、第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、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又はB005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。）の**費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。**

注3)糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。

注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、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。

注5)区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料（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。

注6)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。**

B001-3 生活習慣病管理料（Ⅰ）
（主な疑義解釈通知）

B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）

問 133 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）に、外来管理加算の費用は含まれるものとされているが、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定した患者に対して診療を行った場合に、外来管理加算を算定することは可能か。

（答）外来管理加算の算定要件を満たせば可能。

問 134 生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「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。」とされているが、同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいる場合の取扱い如何。

（答）同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいても差し支えない。

問 135 生活習慣病管理料（Ⅰ）と生活習慣病管理料（Ⅱ）は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。

（答）個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

問 136 生活習慣病管理料（Ⅰ）について、「第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、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及び区分番号B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用は算定可能か。

問 137 生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、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及び区分番号B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等の費用は算定可能か。

（答）不可。

問 138 生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「区分番号B001-3に掲げる「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。」こととされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料についての取扱い如何。

（答）令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料を算定した時期にかかわらず、生活習慣病管理料（Ⅱ）が算定できる。

和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（Ⅰ）に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用は算定可能か。

（答）不可。

B005-14 プログラム医療機器等指導管理料 90点（新設）

注1)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、主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合は、プログラム医療機器等指導管理料として、月に1回に限り算定する。

注2)プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、導入期加算として、50点を更に所定点数に加算する。

※従前のB100禁煙治療補助システム指導管理加算の廃止

B009 診療情報提供料Ⅰ（追加）

※注4の情報提供先に「就労選択支援事業所」が追加

B011-6 栄養情報連携料 70点（新設）

注1)区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。

注2)注1に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。

注3)区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

問 22 栄養情報連携料について、「入院中に1回に限り算定する。」とあるが、退院後、同一保険医療機関に再入院した場合も、算定できるか。

（答）入院期間が通算される再入院をした場合には、算定できない。

通則（新設）

5)組織的な感染防止対策につき区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注11及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合には、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注11、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は区分番号I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

8)抗菌薬の使用状況につき区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注14及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注18に規定する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、第5号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

C 0 0 0 往診料（新設）

注3)在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）であって、その死亡日及び死亡日前14日以内に対して、区分番号B 0 0 4に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号C 0 0 1の注6に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号C 0 0 1-2の注5に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

注4)往診を行い、在宅で患者を看取った場合（注3に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号C 0 0 1の注7（区分番号C 0 0 1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する看取り加算は算定できない。

注9)在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

注10)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この注において「介護保険施設等」という。）の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、介護保険施設等連携往診加算として、200点を所定点数に加算する。

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（1日につき）（新設）

注13)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。ただし、区分番号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。

※C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（1日につき）も同規定を準用

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）（新設）

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）（新設）

注15)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）（新設）

注8)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。ただし区分番号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C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）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。

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訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

C004-2 救急患者連携搬送料（新設）

1 入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2 入院初日の患者の場合	1,200点
3 入院2日目の患者の場合	800点
4 入院3日目の患者の場合	600点

注)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、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）（新設）

注17)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の看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、**訪問看護医療DX情報活用加算**として、月1回に限り5点を所定点数に加算する。

注18)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、区分番号C001の注8（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号C005の注10（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。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、**遠隔死亡診断補助加算**として、150点を所定点数に加算する。

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

C015 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点（新設）

注17)訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（区分番号C002に掲げる在宅時医学総管理料の注15（区分番号C002-2の注5の規定により準用する場合を含む。）又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る。）の同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。**

第2部 第2節 第1款 在宅療養指導管理料

C102-2 在宅血液透析指導管理料（新設）

注3)注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したのに対して当該指導管理を行った場合は、**遠隔モニタリング加算として、月1回に限り115点を所定点数に加算する。**

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（新設）

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。**

C108 在宅麻薬等注射指導管理料（新設）

1 悪性腫瘍の場合 1,500点

2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合 1,500点

3 **心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点** ※心不全又は呼吸器疾患の末期患者が追加

C108-2 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 1,500点（新設）

注)悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

C108-3 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点（新設）

注)別に厚生労働大臣が定める注射薬の持続投与を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅心不全管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

第2部 第2節 第2款 在宅療養指導管理材料加算

C152-4 持続皮下注入シリンジポンプ加算（新設）

1 月 5個以上10個未満の場合 2,330点

2 月10個以上15個未満の場合 3,160点

3 月15個以上20個未満の場合 3,990点

4 月20個以上の場合 4,820点

注)別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続皮下注入シリンジポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。

C161 注入ポンプ加算

C166 携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算

※心不全又は呼吸器疾患の末期患者に対する麻薬の注射が対象に追加

第3部 検査

D006-4 遺伝学的検査 (新設)

注2)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、**主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定する。**

D296-3 内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析 (インフルエンザの診断の補助に用いるもの)

305点 (新設)

注)入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において行った場合は、時間外加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一日に第1節第1款の通則第1号又は第3号の加算は別に算定できない。

第3部 第1節 第1款 検体検査実施料

主な新設の検査 (検体検査実施料)

区分	番号	検査名	点数
D001	15	プロスタグランジンE主要代謝物(尿)	187
D004	15	アミロイドβ42/40比(髄液)	1,282
D006	34	血小板凝集能 イ 鑑別診断の補助に用いるもの	450
		血小板凝集能 ロ その他のもの	50
D006-3	2	Major BCR-ABL1 (mRNA定量) イ 診断の補助に用いるもの	2,520
		Major BCR-ABL1 (mRNA定量) ロ モニタリングに用いるもの	2,520
D006-5	2	染色体検査(全ての費用を含む。) 流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合	4,603
D006-27	5	RAS遺伝子検査	2,500
	6	BRAF遺伝子検査	2,500
	7	HER2遺伝子検査(大腸癌に係るもの)	2,500
	8	HER2遺伝子検査(肺癌に係るもの)	5,000
	9	マイクロサテライト不安定性検査	2,500
D006-29		乳癌 がん 悪性度判定検査	43,500
D006-30		遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査	20,500
D007	37	亜鉛(Zn)	132
	38	アルブミン非結合型ビリルビン	135
D009	20	BCA225	158
	31	S2, 3PSA%	248
	35	アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム	335

第3部 第1節 第1款 検体検査実施料等

主な新設の検査（検体検査実施料）

区分	番号	検査名	点数
D 0 1 1	11	血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体定性	420
D 0 1 2	40	カンピロバクター抗原定性（糞便）	184
	50	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	225
	59	SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性、 SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	420
	61	SARS-CoV-2抗原定量	560
D 0 1 6	8	顆粒球表面抗原検査	640
D 0 2 3	3	A群β溶血連鎖球菌核酸検出	204
	12	トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出	350
	19	SARS-CoV-2核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出、 SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出、 SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出	700
	23	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含む。）	1,350
D 0 2 3-2	4	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PB P 2'）定性（イムノクロマト法によるもの）	291

主な新設の検査（生体検査料）

区分	番号	検査名	点数
D 2 3 7-3		覚醒維持検査	5,000
D 2 9 6-3		内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）	305
D 4 1 2-3		経頸静脈的肝生検	13,000

第4部 画像診断

E 0 0 2 撮影（新設）

注6)乳房撮影（一連につき）について、乳房トモシンセシス撮影を行った場合は、**乳房トモシンセシス加算**として、100点を所定点数に加算する。

E 1 0 1-2 ポジトロン断層撮影（新設）

- 4 18F 標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき） 2,500点
- 5 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）
- イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 12,500点
- ロ イ以外の場合 2,600点

E 1 0 1-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）（新設）

- 3 18F 標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき） 3,625点
- 4 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）
- イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 13,625点
- ロ イ以外の場合 3,725点

E 1 0 1-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）（新設）

- 1 18FDGを用いた場合（一連の検査につき） 9,160点
- 2 18F 標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき） 4,160点
- 3 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）
- イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 14,160点
- ロ イ以外の場合 4,260点

第5部 投薬

通則 (変更)

5)入院中の患者以外の患者に対して、**1処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は**、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

※「湿布薬」から「貼付剤」に変更された

F 1 0 0 処方料 (変更)

注5)診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の方を行った場合は、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。

F 4 0 0 処方箋料 (変更)

注4)診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の方（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日以上の方を含む。）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。

※従前の特定疾患処方管理加算1（処方期間28日未満）が廃止された

※特定疾患処方管理加算の対象疾患から「脂質異常症」「高血圧」「糖尿病」が削除された

※特定疾患処方管理加算の対象疾患から「アナフィラキシー」「ギラン・バレー症候群」が追加された

第6部 注射

通則 (変更)

7)入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する

※従前は「外来化学療法を実施している患者」のみを対象としていたが「入院中の患者以外の患者」に対象が拡大された

G 0 1 6 硝子体内注射 (新設)

注)未熟児に対して行った場合には、**未熟児加算として、600点を所定点数に加算する。**

第7部 リハビリテーション

H000	心大血管疾患リハビリテーション料	(新設)
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	(新設)
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	(新設)
H002	運動器リハビリテーション料	(新設)
H003	呼吸器リハビリテーション料	(新設)

注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、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、**急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。**

第8部 精神科専門療法

I002 通院・在宅精神療法（1回につき）（新設）

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。**

注10)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、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、次に掲げる区分に従い、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。また、注3又は注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

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月以内の期間に行った場合に限る。)

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年以内の期間に行った場合 450点
(2) (1)以外の場合 250点

I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）（新設）

注11)いるものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、**早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。**

イ 病院の場合

- | | |
|--|-----|
| (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 | 20点 |
| (2) (1) 以外の場合 | 15点 |

ロ 診療所の場合

- | | |
|--|-----|
| (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 | 50点 |
| (2) (1) 以外の場合 | 15点 |

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

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料（新設）

注13)組織的な感染防止対策につき区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注11及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）においては、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加15点算する。**ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、精神科訪問看護・指導を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。**この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注11、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は第2部の通則第5号にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

注16)抗菌薬の使用状況につき区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注14及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注18に規定する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、**注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。**

注17)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の看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で精神科訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、**訪問看護医療DX情報活用加算として、月1回に限り5点を所定点数に加算する。**

J 0 4 3 - 3 ストーマ処置（1日につき）（新設）

注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、ストーマ合併症を有する患者に対してストーマ処置を行った場合は、**ストーマ合併症加算として、65点を加算する。**

J 0 4 5 人工呼吸（新設）

注4) 3のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、連続した12時間以上の腹臥位療法を行った場合に、**腹臥が位療法加算として、1回につき900点を所定点数に加算する。**

第10部 手術

通則（新設）

21)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、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、**再製造単回使用医療機器使用加算として、当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。**

K 1 4 2 - 5 内視鏡下椎弓形成術（新設）

注)椎弓が2以上の場合、1椎弓を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎弓を超えないものとする。

K 1 7 8 - 4 経皮的脳血栓回収術（新設）

注)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、当該保険医療機関との連携体制の確保により区分番号A 2 0 5 - 2に掲げる超急性期脳卒中加算の届出を行っている他の保険医療機関の救急患者について、経皮的脳血栓回収術の適応判定について助言を行った上で、当該他の保険医療機関から搬送された当該患者に対して、**経皮的脳血栓回収術を実施した場合は、脳血栓回収療法連携加算として、5,000点を所定点数に加算する。**ただし、脳血栓回収療法連携加算を算定する場合は、区分番号A 2 0 5 - 2に掲げる超急性期脳卒中加算は算定できない。

K 4 7 5 乳房切除術（新設）

注)遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う場合は、**遺伝性乳癌卵巣癌症候群乳房切除加算として、8,780点を所定点数に加算する。**

第10部 手術

K 6 1 5 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（新設）

注)手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 6 9 7 - 2 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（新設）

注)フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。

K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（新設）

注3)病変検出支援プログラムを用いて実施した場合は、病変検出支援プログラム加算として、60点を所定点数に加算する。

K 7 7 5 経皮的腎（腎盂）瘻造設術（新設）

注)手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 8 5 0 女子外性器悪性腫瘍手術（新設）

注)放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、女子外性器悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000点を所定点数に加算する。

K 9 1 7 体外受精・顕微授精管理料（新設）

注3)新鮮精子を使用して体外受精又は顕微授精を実施した場合は、新鮮精子加算として、1,000点を所定点数に加算する。

第10部 手術

主な新設の手術

区分	番号	検査名	点数
K 0 1 3 - 3	1	自家皮膚非培養細胞移植術 25平方センチメートル未満	3,520
	2	自家皮膚非培養細胞移植術 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,270
	3	自家皮膚非培養細胞移植術 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000
	4	自家皮膚非培養細胞移植術 200平方センチメートル以上	25,820
K 0 2 2 - 3	1	慢性膿皮症手術 単純なもの	4,820
	2	慢性膿皮症手術 複雑なもの	8,320
K 0 5 3 - 2	1	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）2センチメートル以内のもの	15,000
	2	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）2センチメートルを超えるもの	21,960
K 0 5 5 - 4		大腿骨遠位骨切り術	33,830
K 0 6 9 - 4		関節鏡下半月板制動術	21,700
K 0 7 6 - 3		関節鏡下肩関節授動術（関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの）	54,810
K 0 7 7 - 2		肩甲骨烏口突起移行術	27,380
K 0 8 0 - 5	3	関節鏡下肩関節唇形成術 関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの	46,370
K 0 8 2 - 7		人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	43,260
K 1 4 7 - 3		緊急穿頭血腫除去術	10900
K 1 7 6 - 2		脳硬膜血管結紮術	82,730
K 1 9 6 - 6		末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）	15,000
K 2 5 9 - 3		ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術	52,600
K 3 4 7 - 8		内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型（前彎矯正術）	29,680

第10部 手術

主な新設の手術

区分	番号	手術名	点数
K 3 4 7 - 9		内視鏡下鼻中隔手術IV型（外鼻形成術）	46,070
K 4 7 6 - 5		乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）	15,000
K 5 0 8 - 4		気管支バルブ留置術	89,60
K 5 1 4 - 2	5	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 肺全摘	93,000
K 5 1 4 - 7	1	肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 2センチメートル以内のもの	15,000
	2	肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 2センチメートルを超えるもの	21,960
K 5 2 9 - 5		喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）	153,330
K 5 4 8	3	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） アテローム切除アブレーション式血管形成術用 カテーテルによるもの	24,720
K 5 7 4 - 4		胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	69,130
K 6 1 5	3	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等） 門脈塞栓術（開腹によるもの）	27,140
K 6 3 5 - 4		腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	16,660
K 6 4 5 - 2		腹腔鏡下骨盤内臓全摘術	168,110
K 6 4 5 - 3	1	骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 2センチメートル以内のもの	15,000
	2	骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 2センチメートルを超えるもの	21,960
K 6 5 6 - 2	2	腹腔鏡下胃縮小術 スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施 するもの）	50,290
K 7 0 0 - 4		腹腔鏡下臍中央切除術	88,050
K 7 7 3 - 7	1	腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 2センチメートル以内のもの	15,000
	2	腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 2センチメートルを超えるもの	21,960
K 7 9 8	3	膀胱結石、異物摘出術 レーザーによるもの	11,980

第10部 手術

主な新設の手術

区分	番号	手術名	点数
K 8 0 9 - 4		腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	39,280
K 8 2 1 - 4		尿道狭窄グラフト再建術	50,890
K 8 3 0 - 3		精巣温存手術	3,400
K 8 3 6 - 3		腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術	20,500
K 8 4 1 - 7		経尿道的前立腺水蒸気治療	12,300
K 8 4 1 - 8		経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの）	18,500
K 9 1 7 - 4		採取精子調整管理料	5,000
K 9 1 7 - 5	1	精子凍結保存管理料 精子凍結保存管理料（導入時） イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合	1,500
	1	精子凍結保存管理料 精子凍結保存管理料（導入時） ロ イ以外の場合	1,000
	2	精子凍結保存維持管理料	700

N005-4 ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 2,700点（新設）

注)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、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

N005-5 BRAF V600E変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 1,600点（新設）

第14部 その他

通則（新設）

1)処遇の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

2)処遇改善に当たって、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第2節（入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。

O100 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき）（新設）

1 初診時 6点

2 再診時等 2点

3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 28点 ロ イ以外の場合 7点

O101 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき）（新設）

1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1

イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点 ロ 再診時等 1点

※一部抜粋

O102 入院ベースアップ評価料（1日につき）

1 入院ベースアップ評価料 1 1点

2 入院ベースアップ評価料 2 2点

※一部抜粋

※参考

令和6年度診療報酬改定に伴う 施設基準の届出等について (医 科)

※九州厚生局ホームページより抜粋

(表1) 新設された又は施設基準が創設されたことにより、 令和6年6月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

基本診療料①

1	初診料の注14及び再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算
2	初診料（医科）の注16に規定する医療DX推進体制整備加算
3	再診料の注10に規定する時間外対応加算2
4	再診料の注20及び外来診療料の注11に規定する看護師等遠隔診療補助加算
5	療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算
6	療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算1及び2
7	障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算1及び2
8	急性期充実体制加算1及び2
9	急性期充実体制加算の注2に規定する小児・周産期・精神科充実体制加算
10	診療録管理体制加算1
11	急性期看護補助体制加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1
12	看護補助加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1
13	小児緩和ケア診療加算
14	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

**（表 1）新設された又は施設基準が創設されたことにより、
令和 6 年 6 月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの**

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

基本診療料 ②

15	感染対策向上加算の注 5 に規定する抗菌薬適正使用体制加算
16	バイオ後続品使用体制加算
17	病棟薬剤業務実施加算の注 2 に規定する薬剤業務向上加算
18	精神科入退院支援加算
19	医療的ケア児（者）入院前支援加算
20	医療的ケア児（者）入院前支援加算の注 2 に規定する情報通信機器を用いた入院前支援
21	協力対象施設入所者入院加算
22	特定集中治療室管理料 5 及び 6
23	特定集中治療室管理料の注 7 に規定する特定集中治療室遠隔支援加算
24	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
25	地域包括医療病棟入院料
26	地域包括医療病棟入院料の注 3 に規定する夜間看護体制特定日減算
27	地域包括医療病棟入院料の注 5 に規定する看護補助体制加算（25対 1 看護補助体制加算（看護補助者 5 割以上）、25対 1 看護補助体制加算（看護補助者 5 割未満）、50対 1 看護補助体制加算及び 75対 1 看護補助体制加算）
28	地域包括医療病棟入院料の注 6 に規定する夜間看護補助体制加算（夜間 30対 1 看護補助体制加算、夜間 50対 1 看護補助体制加算及び夜間 100対 1 看護補助体制加算）

**（表 1）新設された又は施設基準が創設されたことにより、
令和 6 年 6 月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの**

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

基本診療料 ③

29	地域包括医療病棟入院料の注 7 に規定する夜間看護体制加算
30	地域包括医療病棟入院料の注 8 に規定する看護補助体制充実加算 1、2 及び 3
31	地域包括医療病棟入院料の注 9 に規定する看護職員夜間配置加算（看護職員夜間 12対 1 配置加算 1、看護職員夜間 12対 1 配置加算 2、看護職員夜間 16対 1 配置加算 1 及び看護職員夜間 16対 1 配置加算 2）
32	地域包括医療病棟入院料の注 10 に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算
33	小児入院医療管理料の注 2 に規定する加算（保育士 2 名以上の場合）
34	小児入院医療管理料の注 4 に規定する重症児受入体制加算 2
35	小児入院医療管理料の注 9 に規定する看護補助加算
36	小児入院医療管理料の注 10 に規定する看護補助体制充実加算
37	回復期リハビリテーション入院医療管理料
38	地域包括ケア病棟入院料の注 5 に規定する看護補助体制充実加算 1 及び 2
39	児童・思春期精神科入院医療管理料の注 3 に規定する精神科養育支援体制加算
40	精神科地域包括ケア病棟入院料

（表 1）新設された又は施設基準が創設されたことにより、令和 6 年 6 月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

特掲診療料 ①

1	がん性疼痛緩和指導管理料の注 2 に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算
2	慢性腎臓病透析予防指導管理料
3	外来腫瘍化学療法診療料 3
4	外来腫瘍化学療法診療料の注 9 に規定するがん薬物療法体制充実加算
5	プログラム医療機器等指導管理料
6	往診料の注 9 に規定する介護保険施設等連携往診加算
7	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注 13 に規定する在宅医療 D X 情報活用加算
8	在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準
9	在宅時医学総合管理料の注 15（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）及び在宅がん医療総合診療料の注 9 に規定する在宅医療情報連携加算
10	救急患者連携搬送料
11	在宅患者訪問看護・指導料の注 17（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。）及び精神科訪問看護・指導料の注 17 に規定する訪問看護医療 D X 情報活用加算
12	在宅患者訪問看護・指導料の注 18（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。）に規定する遠隔死亡診断補助加算
13	遺伝学的検査の注 2 に規定する施設基準
14	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）

（表 1）新設された又は施設基準が創設されたことにより、令和 6 年 6 月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

特掲診療料 ②

15	経頸静脈的肝生検
16	画像診断管理加算 3
17	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイド PET イメージング剤を用いた場合に 限る。）に係る費用を算定するための施設基準
18	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
19	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
20	通院・在宅精神療法の注 12 に規定する情報通信機器を用いた精神療法の施設基準
21	ストーマ合併症加算
22	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法
23	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
24	緊急穿頭血腫除去術
25	脳血栓回収療法連携加算
26	毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに 限る。）
27	乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
28	気管支バルブ留置術

**（表 1）新設された又は施設基準が創設されたことにより、
令和 6 年 6 月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの**

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

特掲診療料③

29	胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は 1 肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
30	肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法
31	胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術支援機器を用いる場合）
32	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術
33	骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法
34	腹腔鏡下脾中央切除術
35	腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
36	腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）
37	尿道狭窄グラフト再建術
38	精巣温存手術
39	女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）
40	腹腔鏡下腔断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
41	再製造単回使用医療機器使用加算

**（表 1）新設された又は施設基準が創設されたことにより、
令和 6 年 6 月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの**

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

特掲診療料④

42	看護職員処遇改善評価料（令和 6 年度診療報酬改定前の看護職員処遇改善評価料の届出を行っていた保険医療機関を除く。）
43	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
44	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）
45	入院ベースアップ評価料

（表 2）施設基準の改正により、令和 6 年 5 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和 6 年 6 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

※表 2 における経過措置期間については、令和 6 年 3 月 31 日時点で改正前の当該入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてののみ適用されますのでご注意ください。

基本診療料 ①

1	外来感染対策向上加算（令和 7 年 1 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
2	地域包括診療加算（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
3	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 6、地域一般入院基本料及び特別入院基本料を除く。）（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
4	結核病棟入院基本料（7 対 1 入院基本料に限る。）（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
5	特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7 対 1 入院基本料に限る。）（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
6	特定機能病院入院基本料の注 5 に掲げる看護必要度加算（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
7	専門病院入院基本料（7 対 1 入院基本料に限る。）（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
8	専門病院入院基本料の注 3 に掲げる看護必要度加算（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
9	精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料及び 13 対 1 入院基本料に限る。）（令和 8 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
10	有床診療所療養病床入院基本料（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
11	総合入院体制加算 1、2 及び 3（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
12	急性期充実体制加算 1 及び 2（令和 7 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
13	急性期充実体制加算 1 及び 2（許可病床数が 300 床未満の保険医療機関に限る。）（令和 8 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
14	急性期充実体制加算 1（令和 8 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

（表 2）施設基準の改正により、令和 6 年 5 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和 6 年 6 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

※表 2 における経過措置期間については、令和 6 年 3 月 31 日時点で改正前の当該入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてののみ適用されますのでご注意ください。

基本診療料 ②

15	超急性期脳卒中加算（令和 7 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
16	急性期看護補助体制加算（急性期一般入院料 6 又は 10 対 1 入院基本料に限る。）（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
17	看護職員夜間配置加算（急性期一般入院料 6 又は 10 対 1 入院基本料に限る。）（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
18	看護補助加算 1（地域一般入院料 1 若しくは地域一般入院料 2 又は 13 対 1 入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
19	感染対策向上加算（令和 7 年 1 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
20	入退院支援加算 1（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
21	救命救急入院料 1（令和 7 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
22	救命救急入院料 2（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
23	救命救急入院料 3（令和 7 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
24	救命救急入院料 4（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
25	特定集中治療室管理料 1、2、3 及び 4（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
26	ハイケアユニット入院医療管理料 1 及び 2（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
27	脳卒中ケアユニット入院医療管理料（令和 7 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
28	小児特定集中治療室管理料（令和 7 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

(表2) 施設基準の改正により、令和6年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和6年6月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

※表2における経過措置期間については、令和6年3月31日時点で改正前の当該入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用されますのでご注意ください。

基本診療料③

29	新生児特定集中治療室管理料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
30	総合周産期特定集中治療室管理料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
31	回復期リハビリテーション病棟入院料1（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
32	回復期リハビリテーション病棟入院料2（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
33	回復期リハビリテーション病棟入院料3（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
34	地域包括ケア病棟入院料（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
35	地域包括ケア入院医療管理料（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
36	精神科急性期治療病棟入院料（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
37	児童・思春期精神科入院医療管理料（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
38	特定一般病棟入院料（地域包括ケア1、地域包括ケア2及び地域包括ケア3）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

(表2) 施設基準の改正により、令和6年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和6年6月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

※表2における経過措置期間については、令和6年3月31日時点で改正前の特掲診療料の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用されますのでご注意ください。

特掲診療料

1	地域包括診療料（令和6年10月以降に引き続き算定する場合に限る。）
2	外来腫瘍化学療法診療料1（令和6年10月以降に引き続き算定する場合に限る。）
3	医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

(表3) 施設基準が改正されたが、令和6年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

基本診療料①

1	情報通信機器を用いた診療
2	時間外対応加算1、3及び4
3	特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料
4	入院基本料又は特定入院料（療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料、特定一般入院料の注7の届出を行っている保険医療機関を除く。）
5	障害者施設等入院基本料
6	障害者施設等入院基本料の注11に規定する夜間看護体制加算
7	有床診療所在宅患者支援病床初期加算
8	介護障害連携加算1及び2
9	救急医療管理加算
10	医師事務作業補助体制加算
11	急性期看護補助体制加算の注3に規定する夜間看護体制加算
12	特殊疾患入院施設管理加算
13	看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算
14	緩和ケア診療加算
15	がん拠点病院加算

(表3) 施設基準が改正されたが、令和6年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

基本診療料②

16	後発医薬品使用体制加算
17	入退院支援加算3
18	地域医療体制確保加算
19	新生児治療回復室入院医療管理料
20	特殊疾患入院医療管理料
21	小児入院医療管理料
22	回復期リハビリテーション病棟入院料4
23	回復期リハビリテーション病棟入院料5
24	特殊疾患病棟入院料
25	特定一般病棟入院料の注5に規定する一般病棟看護必要度評価加算
26	地域移行機能強化病棟入院料

(表3) 施設基準が改正されたが、令和6年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

特掲診療料①

1	外来緩和ケア管理料
2	一般不妊治療管理料
3	二次性骨折予防継続管理料
4	小児かかりつけ診療料
5	外来腫瘍化学療法診療料2
6	生活習慣病管理料(Ⅰ)
7	在宅療養支援診療所
8	こころの連携指導料(Ⅰ)
9	在宅療養支援病院
10	がんゲノムプロファイリング検査
11	国際標準検査管理加算
12	遠隔画像診断
13	冠動脈CT撮影加算
14	血流予備量比コンピューター断層撮影
15	外来後発医薬品使用体制加算

(表3) 施設基準が改正されたが、令和6年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

特掲診療料②

16	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)
17	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
18	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)
19	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)
20	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)
21	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)
22	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)
23	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)
24	運動器リハビリテーション料(Ⅰ)
25	運動器リハビリテーション料(Ⅱ)
26	運動器リハビリテーション料(Ⅲ)
27	呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)
28	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)
29	障害児(者)リハビリテーション料
30	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

（表 3）施設基準が改正されたが、令和 6 年 5 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

特掲診療料③

3 1	導入期加算 1、2 及び 3
3 2	皮膚悪性腫瘍切除術（皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）
3 3	頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）
3 4	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7 本以上の電極による場合）に限る。）
3 5	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）
3 6	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
3 7	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
3 8	乳腺悪性腫瘍手術（乳癌センチネルリンパ節生検加算 1 又は乳癌センチネルリンパ節生検加算 2 を算定する場合に限る。）
3 9	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
4 0	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
4 1	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は 1 肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
4 2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
4 3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
4 4	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）
4 5	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術

（表 3）施設基準が改正されたが、令和 6 年 5 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

特掲診療料④

4 6	不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるもの）に限る。）
4 7	経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）
4 8	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
4 9	腹腔鏡下胃縮小術
5 0	腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
5 1	腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
5 2	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
5 3	腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術
5 4	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
5 5	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
5 6	腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
5 7	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
5 8	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
5 9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
6 0	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

（表 3）施設基準が改正されたが、令和 6 年 5 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

特掲診療料 ⑤

6 1	腹腔鏡下仙骨腔固定術
6 2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
6 3	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
6 4	医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 5 及び 6 に掲げる手術
6 5	医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 19 に掲げる手術

（表 4）施設基準等の名称が変更されたが、令和 6 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

基本診療料

診療録管理体制加算 1	→	診療録管理体制加算 2
診療録管理体制加算 2	→	診療録管理体制加算 3
療養病棟入院基本料の注 12 に規定する看護補助体制充実加算	→	療養病棟入院基本料の注 13 に規定する看護補助体制充実加算 3
障害者施設等入院基本料の注 9 に規定する看護補助体制充実加算	→	障害者施設等入院基本料の注 10 に規定する看護補助体制充実加算 3
急性期看護補助体制加算の注 4 に規定する看護補助体制充実加算	→	急性期看護補助体制加算の注 4 に規定する看護補助体制充実加算 2
看護補助加算の注 4 に規定する看護補助体制充実加算	→	看護補助加算の注 4 に規定する看護補助体制充実加算 2
地域包括ケア病棟入院料の注 4 に規定する看護補助体制充実加算	→	地域包括ケア病棟入院料の注 5 に規定する看護補助体制充実加算 3

特掲診療料

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	→	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）
画像診断管理加算 3	→	画像診断管理加算 4
内視鏡下鼻・副鼻腔手術 V 型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	→	内視鏡下鼻・副鼻腔手術 V 型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うものに限る。）