

令和6年度 柏市医師会 診療報酬改定に関する説明会

日時： 令和6年7月17日（水）午後7時から
会場： Web説明会（柏市医師会事務所から配信）

次 第

・開会

・会長挨拶 柏市医師会 会長 松倉 聡

・「2024年度 診療報酬改定のポイント整理

～かかりつけ医機能と外来医療の評価～」

アルフレッサ株式会社 医薬営業統括本部
営業企画部 コンサルティンググループ

渡邊 雅俊 様

・閉会

2024年度 診療報酬改定のポイント整理 ～かかりつけ医機能と外来医療の評価～

アルフレッサ株式会社
コンサルティンググループ

2024年7月17日（水）

CONTENTS

1. 令和6年度 診療報酬改定概要
2. 医療DXの推進
3. かかりつけ医機能・外来医療の評価
4. 新興感染症
5. 長期収載品の選定療養導入

CONTENTS

1. 令和6年度 診療報酬改定概要
2. 医療DXの推進
3. かかりつけ医機能・外来医療の評価
4. 新興感染症
5. 長期収載品の選定療養導入

令和6年度診療報酬 改定率

		改定率	前回（参考）	前回比（参考）
全体改定率（ネット）		▲0.12%	▲0.94%	+0.82%
1、診療報酬改定（国費800億円程度）		+0.88%	+0.43%	+0.45%
	下記※2～4除く改定率（※1）	+0.46%	+0.23%	+0.23%
各科改定率	医科	+0.52%	+0.26%	+0.26%
	歯科	+0.57%	+0.29%	+0.28%
	調剤	+0.16%	+0.08%	+0.08%
	医療関係職種（※2）へのベア実施のための特例的な対応	+0.61%		
	入院時食費基準額引き上げ対応（※3）	+0.06%		
	生活習慣病等管理料、処方箋料等の効率化・適正化（※4）	▲0.25%		
2、薬価改定等（国費▲1,200億円程度）		▲1.00%	▲1.37%	+0.37%
	薬価（国費▲1,200億円程度）	▲0.97%	▲1.35%	+0.38%
	材料価格（国費▲20億円程度）	▲0.02%	▲0.02%	—

※1：40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む

※2：看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(※1の職種を除く)

近年改定時の基本方針

働き方改革や医療機能の分化・連携等に重点

※赤字は当該年度の重点課題

	2018年度	2020年度	2022年度	2024年度
①	<p>地域包括ケアシステムと医療機能の分化・強化、連携の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医・薬剤師・薬局の評価 ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 等 	<p>医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務環境を改善する取り組みの評価 ・救急医療体制等の評価 等 	<p>新型コロナウイルス感染症等にも対応可能な医療提供体制の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症への対応 ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 等 	<p>現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組 ・各職種のタスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進 等
②	<p>安心・安全で納得できる効果的・効率的で質の高い医療の実現・充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん医療の評価 ・認知症患者への医療の評価 等 	<p>安心・安全で質の高い医療の実現</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ機能の評価 ・情報提供や相談支援の推進 等 	<p>医師等の働き方改革等の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タスク・シェアリング／シフティングの推進 ・看護職員の処遇改善 等 	<p>ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療DXの更なる推進 等
③	<p>医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務環境の改善 ・業務の効率化・合理化 等 	<p>医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ・外来医療の機能分化 等 	<p>安心・安全で質の高い医療の実現</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ICTの利活用・デジタル化への対応 ・重点的な対応が求められる分野の評価 等 	<p>安心・安全で質の高い医療の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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推進 等
④	<p>制度の安定性・持続可能性の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用促進 ・外来医療の機能分化 等 	<p>制度の安定性・持続可能性の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進 ・費用対効果評価制度の活用 等 	<p>制度の安定性・持続可能性の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進 ・費用対効果評価制度の活用 等 	<p>制度の安定性・持続可能性の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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推進（再掲）

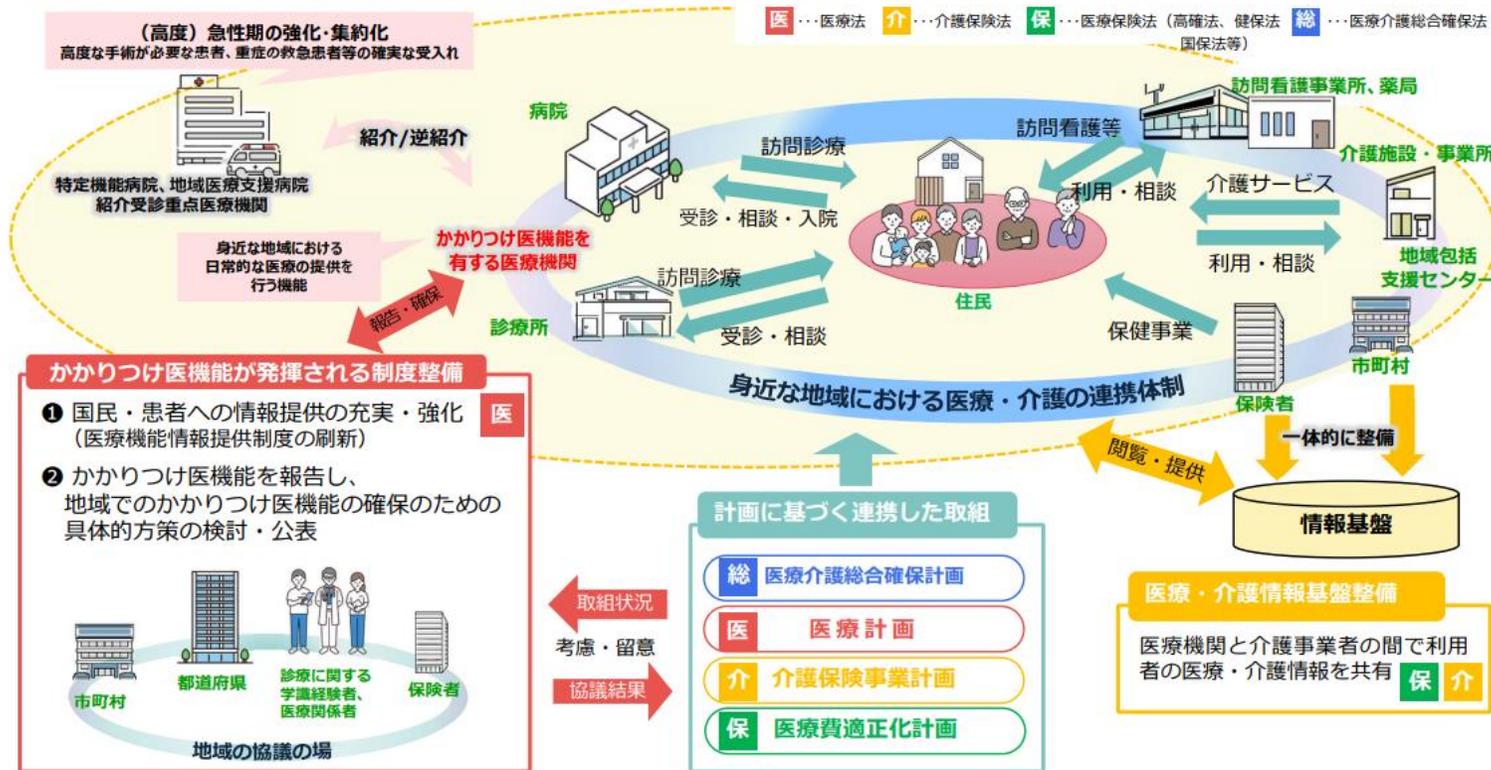
CONTENTS

1. 令和6年度 診療報酬改定概要
- 2. 医療DXの推進**
3. かかりつけ医機能・外来医療の評価
4. 新興感染症
5. 長期収載品の選定療養導入

外来関連項目

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



2024年度診療報酬改定のポイント

- 機能分化・明確化
- 病診、診診・医介連携・医療DXの推進

かかりつけ医に求められる役割

- ゲートキーパーとしての役割
- 生活習慣病の重症化予防
- 在宅医療の提供

- 専門医療機関との連携
- 生活習慣病関連項目の整理
- 介護支援専門員、施設等との連携

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

介護保険施設等連携往診加算の新設

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

新

介護保険施設等連携往診加算

200点

[算定要件]

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

[施設基準の概要]

- (1) 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保していること。
- (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

- (イ) 必要に応じて入院受入を行う保険医療機関に所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。
- (ロ) 介護保険施設等と協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。
- イ 介護保険施設等と協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

- (3) 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

(2) は、アカイを満たさなければならない。

アは(イ) + (ロ)を満たさなければならない。

- ・アは、ICTで年3回以上のカンファ実施。
- ・イは、対面で月1回以上のカンファ実施。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

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

12

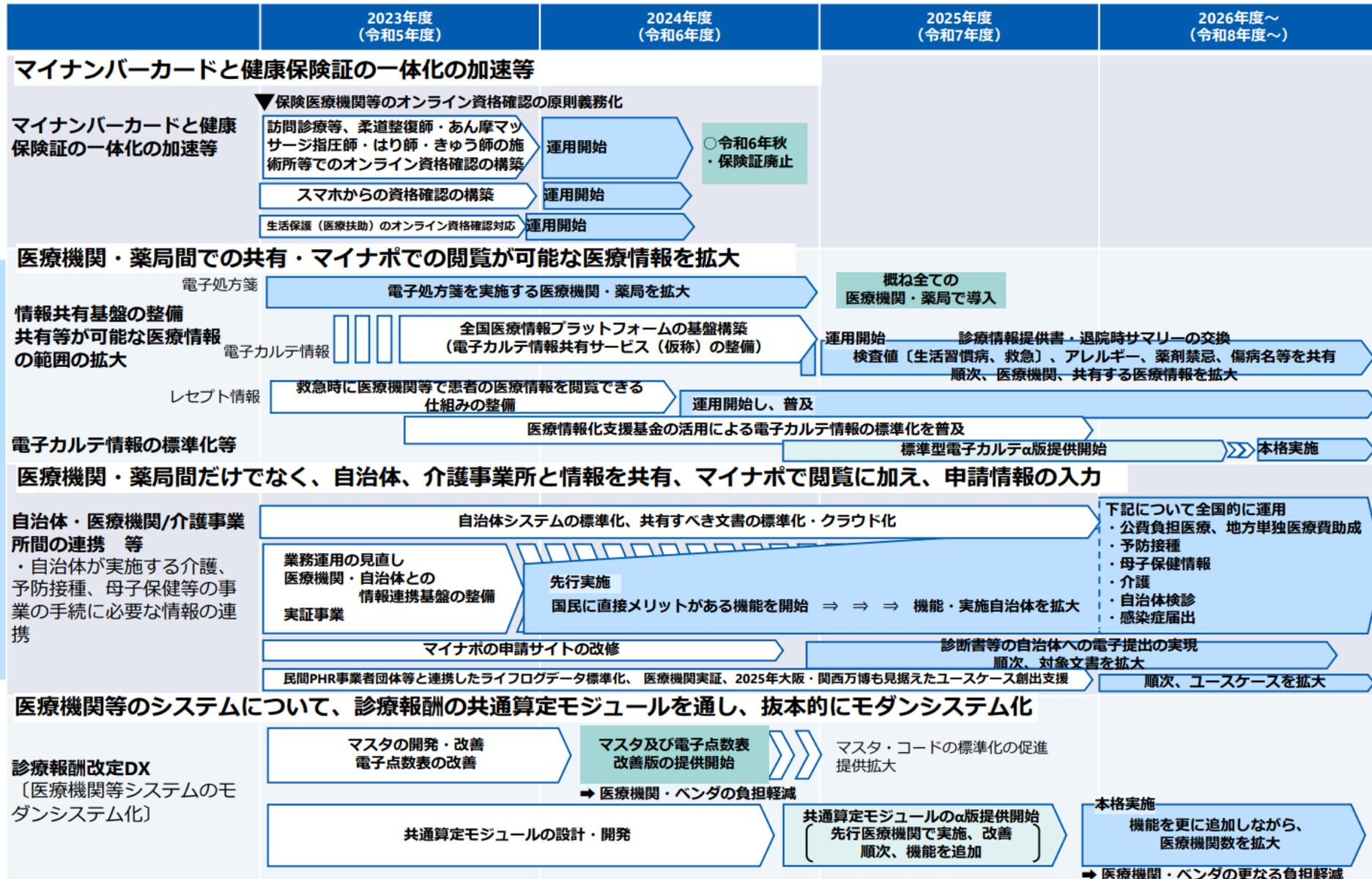
在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

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



医療DXの推進に関する工程表（全体像）

全国医療情報プラットフォームの構築



マイナ保険証の利用推進

【掲示用ポスター】

とっても簡単! マイナンバーカード

1 受付
マイナンバーカードをカードリーダーに置いてください。

2 本人確認
顔認証または4桁の暗証番号を入力してください。

3 同意の確認
診察室等での診療・服薬・健診情報の利用について確認してください。

4 受付完了
お呼びするまでお待ちください。

カードを忘れずに!

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。

厚生労働省 日本医師会 日本歯科医師会 日本薬剤師会

【配布用チラシ】

⚠️ ご注意ください!
本年12月2日から
現行の健康保険証は
発行されなくなります

※12月2日時点で有効な保険証は最大1年間有効です

**マイナンバーカード
をご利用ください**

今回お持ちでない方は次回ご持参ください

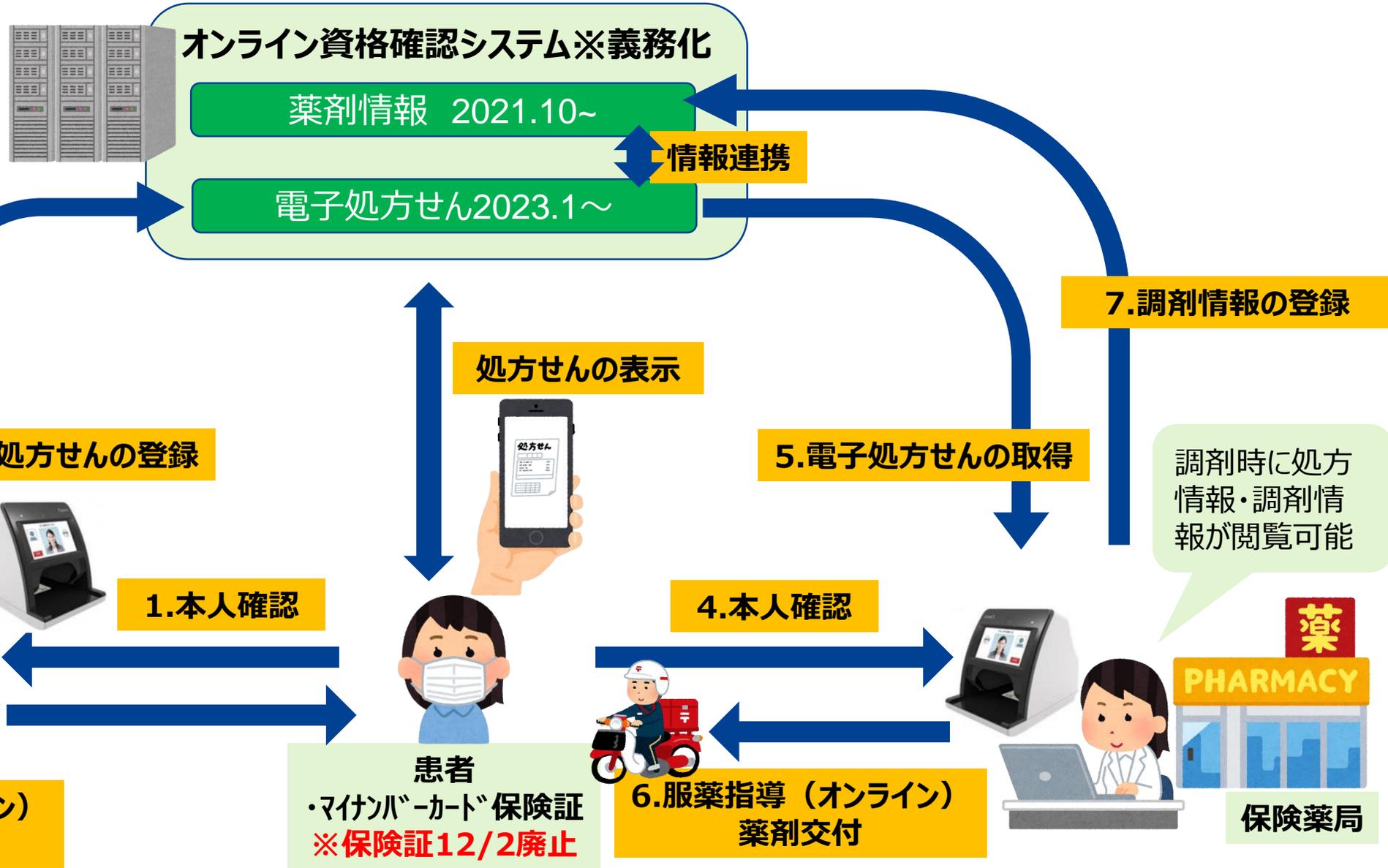
マイナンバーカードの保険証利用登録がまだの方
➡️ 利用登録は窓口（カードリーダー）でできます

厚生労働省

オンライン資格確認 今後の展望は？

医療資格者 閲覧情報

- ・2021.3～
特定健診情報
- ・2022.1～
手術・透析・移植
医療機関情報など



CONTENTS

1. 令和6年度 診療報酬改定概要
2. 医療DXの推進
3. **かかりつけ医機能・外来医療の評価**
4. 新興感染症
5. 長期収載品の選定療養導入

かかりつけ医・かかりつけ医機能とは

かかりつけ医の定義と機能(日本医師会・四病院団体協議会)

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

病診・診診連携体制

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

時間外対応

- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。

地域連携

- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

情報提供

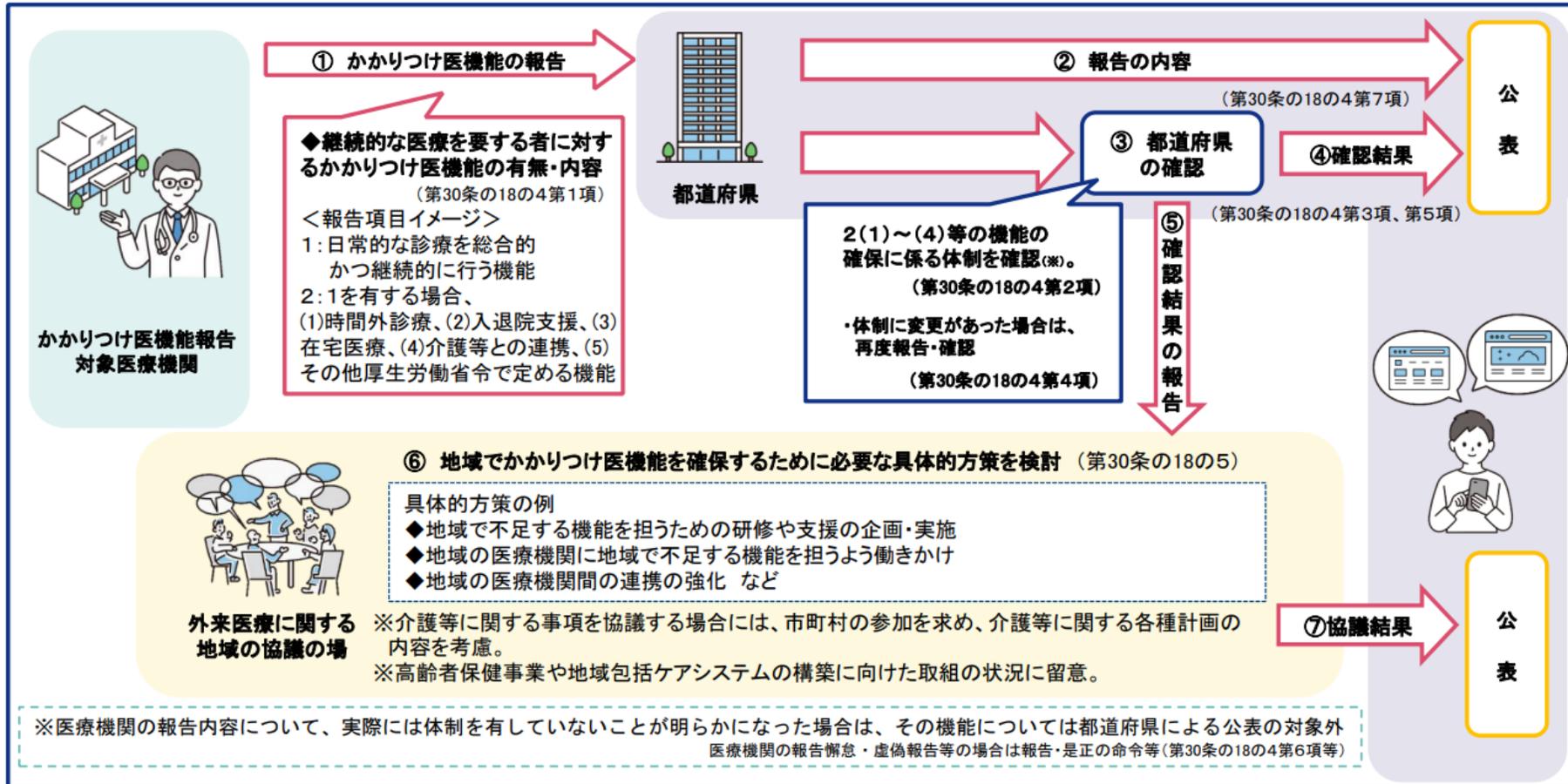
出典:「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)



かかりつけ医機能報告について（令和7年4月～）

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



医療情報提供サービス「ナビィ」

2024年4月1日より新規運用開始

医療情報ネット（ナビィ）



バナーをクリックすると医療情報ネット（ナビィ※）にジャンプします。

2024年3月31日で廃止



全国の病院・診療所・歯科診療所・助産所/薬局を探す

医療機関を探す

薬局を探す

キーワードで探す

例) 市区町村名 内科

検索

急いで探す 現在診療中の医療機関を科目と場所から検索

じっくり探す 設備や対応内容などの医療機能情報から検索

診療科目で探す

場所を探す

他の項目で探す

対応することができる外国語から探す

お気に入り病院等 お気に入り登録した医療機関などの一覧

お気に入り病院等

比較候補一覧

都道府県固有の機能から探す

全国共通の検索項目に加えて各都道府県独自の検索項目でも検索ができます。

- 北海道 [北海道](#) >
- 東北 [青森県](#) > [岩手県](#) > [宮城県](#) > [秋田県](#) > [山形県](#) >
[福島県](#) >
- 関東 [茨城県](#) > [栃木県](#) > [群馬県](#) > [埼玉県](#) > [千葉県](#) >
[東京都](#) > [神奈川県](#) >
- 中部 [新潟県](#) > [富山県](#) > [石川県](#) > [福井県](#) > [山梨県](#) >
[長野県](#) > [岐阜県](#) > [静岡県](#) > [愛知県](#) >
- 近畿 [三重県](#) > [滋賀県](#) > [京都府](#) > [大阪府](#) > [兵庫県](#) >
[奈良県](#) > [和歌山県](#) >
- 中国・四国 [鳥取県](#) > [島根県](#) > [岡山県](#) > [広島県](#) > [山口県](#) >
[徳島県](#) > [香川県](#) > [愛媛県](#) > [高知県](#) >
- 九州 [福岡県](#) > [佐賀県](#) > [長崎県](#) > [熊本県](#) > [大分県](#) >
[宮崎県](#) > [鹿児島県](#) >
[沖縄県](#) >

外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点（抜粋）

（特定疾患療養管理料について）

- 生活習慣病には計画的な療養指導が求められ、生活習慣病管理料には詳細な療養計画書の作成と計画書を用いた患者への説明が求められている。一方、特定疾患療養管理料は生活習慣病の患者も対象とされているが、療養計画書の作成は要件化されていない。また、特定疾患療養管理料の算定がある施設について、それ以外の施設と比べ、かかりつけ医機能が高いといえない現状を踏まえ、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進に向け、生活習慣病に係る診療報酬上の療養指導の評価の在り方についてどのように考えるか。

（かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について）

- 地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、外来管理加算、生活習慣病管理料等の評価について、それぞれの診療報酬上の評価の趣旨を踏まえ、併算定の関係についてどのように考えるか。

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

診調組入 - 1
5.7.20 改

	加算の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	かかりつけ医機能	高血圧症、糖尿病、脂質異常症 、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	かかりつけ医機能	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医機能	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であつて入院中の患者以外のもの。
機能強化加算	かかりつけ医機能	特段の要件なし（初診料算定時）。
生活習慣病管理料	疾患管理	脂質異常症、高血圧症、糖尿病
特定疾患療養管理料	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合の評価	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、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常

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。

- マイナ保険証
- オンライン資格確認
- 電子処方せん
- 電子カルテ情報共有サービス
- オンライン診療 など



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



■ 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、必要に応じて、参考にする。

治療に係る情報についての療養計画書を用いた説明



リフィル処方及び長期処方の活用



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



日本歯周病学会ガイドライン

生活習慣病管理の見直し（改定後）

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）^新

（Ⅰ）	（Ⅱ）
脂質異常症を主病とする場合 570点→ 610点	330点
高血圧症を主病とする場合 620点→ 660点	
糖尿病を主病とする場合 720点→ 760点	

【対象患者】

脂質異常症、高血圧症、糖尿病



特定疾患療養管理料

診療所の場合	225点
許可病床数が100床未満の病院の場合	147点
許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点

点数変更なし

3疾患を削除

【対象患者】

結核、悪性新生物、甲状腺障害、**糖尿病**、リポ蛋白代謝障害及び~~その他の脂（質）血症、高血圧性疾患~~、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、肺気腫、喘息、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎 他

- 治療計画書作成義務あり、作成が困難 → **緩和**
- 外来管理加算（52点）との併算定OK → **併算定不可**

- 治療計画書作成義務なし
- 算定疾患の半分程度が脂質異常症、高血圧、糖尿病
- かかりつけ医機能を持っていない診療所の算定が多い

- ☞ ①28日以上長期処方、②リフィル処方せん どちらにも対応可能なことを院内掲示することが要件化
- ☞ 生活習慣病を主病名で特定疾患療養管理料を多く算定していた診療所は、患者の窓口自己負担を考慮して生活習慣病管理料Ⅱに移行している医療機関が多数

生活習慣病管理に係る医学管理料の見直し

生活習慣病管理料（Ⅰ）

脂質異常症を主病とする場合	570点	→	610点
高血圧症を主病とする場合	620点	→	660点
糖尿病を主病とする場合	720点	→	760点

新

生活習慣病管理料（Ⅱ）

333点（検査等出来高）
290点（情報通信機器の場合※オンライン）

【施設基準】

- 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制
- 治療計画に基づく総合的な治療管理は多職種連携が望ましい
- **患者の状態に応じ、28日以上の長期投薬若しくはリフィル処方箋交付可能であることを院内掲示**

1. 初診料算定月は算定不可
2. **療養計画書の作成及び丁寧な説明**
3. **患者の同意及び署名と診療録への添付**
4. 療養計画書の初回は交付し、以降は4か月に1回交付
5. 血液検査結果を電子カルテ共有サービスで共有時は計画書での省略可
6. 糖尿病患者へは眼科と歯科の受診勧奨
7. 医学管理、医学管理等（一部を除く）、**検査、注射、病理診断の費用は全て所定点数に含まれる**

1. 初診料算定月は算定不可
2. **療養計画書の作成及び丁寧な説明**
3. **患者の同意及び署名と診療録への添付**
4. 療養計画書の初回交付し、以降は4か月に1回交付
5. 血液検査結果を電子カルテ共有サービスで共有時は計画書での省略可
6. 糖尿病患者へは眼科と歯科の受診勧奨
7. オンライン診療実施時は『オンライン指針』に沿った診療の実施
8. 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（一部を除く。）の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれる。→ **検査、注射、病理診断の費用は含まれない**

- 電子カルテ共有サービスとは、全国の医療機関・薬局をつなぐオンライン資格確認等システムのネットワークを活用し、電子カルテ情報等を医療機関や薬局との間で共有・交換する仕組み

生活習慣病管理に係る医学管理料の見直し

【初回用】

(別紙様式9)
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: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

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】体重:() kg BMI:() 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)
HbA1c:() %
【①達成目標】: 患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】

□食事
食事摂取量を適正にする 食塩・調味料を控える
野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項()
油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他()
節酒:(減らす(種類・量): を週 回)
間食:(減らす(種類・量): を週 回)
食べ方:(ゆっくり食べる・その他())
食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□運動
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)
運動強度(息がはずむが会話可能な強度 or 脈拍 拍/分 or)
 (例:1日1万歩・)

□禁煙の実施方法等

□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量
家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
その他()

【血液検査項目】(採血日 月 日) 総コレステロール (mg/dl)
血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) 中性脂肪 (mg/dl)
HbA1c: (%)
LDLコレステロール (mg/dl)
HDLコレステロール (mg/dl)
LDLコレステロール (mg/dl)
その他()

【その他】
栄養状態(低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
その他()

・治療管理において必要な項目のみを記載

・患者同意の元、電子カルテ情報共有サービスで共有している場合は省略可

【継続用】

(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)()日

患者氏名: (男・女) 主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

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めること

【目標】体重:() kg BMI:() 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)
HbA1c:() %
【①目標の達成状況】

【重点を置く領域と指導項目】

□食事
今回は、指導の必要なし 食塩・調味料を控える
食事摂取量を適正にする 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項()
油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他()
節酒:(減らす(種類・量): を週 回)
間食:(減らす(種類・量): を週 回)
食べ方:(ゆっくり食べる・その他())
食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□運動
今回は、指導の必要なし
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)
運動強度(息がはずむが会話可能な強度 or 脈拍 拍/分 or)
日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)
運動時の注意事項など()

□たばこ 禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

□その他 仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量
家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
その他()

【血液検査項目】(採血日 月 日) 総コレステロール (mg/dl)
血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) 中性脂肪 (mg/dl)
HbA1c: (%)
LDLコレステロール (mg/dl)
HDLコレステロール (mg/dl)
LDLコレステロール (mg/dl)
その他()

【その他】
栄養状態(低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
その他()

・計画内容に変更ない場合には交付不要
 ・ただし、患者の求めがあった場合や4か月に1回は交付

👉 電子カルテ情報共有サービスの患者サマリーに、療養計画書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記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす

👉 継続の場合は、該当項目に担当医がチェックした場合には患者署名は省略可

□ 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は患者署名を省略して差し支えない)

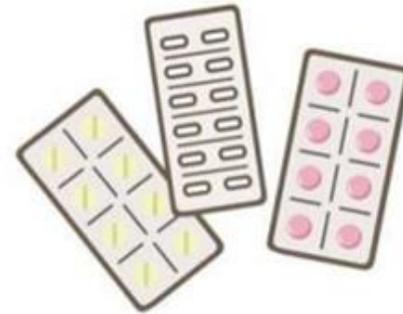
長期処方・リフィル処方せんについて 当院からのお知らせ

当院では患者さんの状態に応じ、

- ・ 28日以上の長期の処方を行うこと
- ・ リフィル処方せんを発行すること

のいずれの対応も可能です。

※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは病状に応じて担当医が判断致します。



問144 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、28 日以上

（答）当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、
・28 日以上

（※https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39295.html に掲載

※3月28日 疑義解釈その1より

高血圧症患者 月1回診療・院外処方の算定（例）

現行	
【特定疾患療養管理料を算定】	
再診料	73点
外来管理加算	52点
特定疾患療養管理料（診療所）	225点
処方箋料	68点
一般名処方加算 1	7点
特定疾患処方管理加算 2	66点
請求点数	491点



6月以降	
【生活習慣病管理料Ⅱを算定】	
再診料	75点
生活習慣病管理料（Ⅱ）	333点
処方箋料	60点
一般名処方加算 1	10点
請求点数	478点

▲13点

医療機関軸	Phase1	Phase2/想定事項
医院の収益確保したい	⇒ (I) を算定し収益確保	✓ (I) の場合、従来の負担金が上がった理由の説明が必要 ✓ 負担金が増えることで通院を止めてしまうか、他院に行くことも考えられる
	⇒ (II) を算定して、必要な患者には医学管理料で点数積み上げ	【プログラム医療機器等指導管理料 90点】 ⇒高血圧症の患者に、プログラム医療機器『CureApp HT』を導入し、自己管理を促す
	⇒必要な患者に医学管理料等で点数積み上げ ※ (I) (II) どちらでも可能 ◆3疾患患者すべてが対象 【外来データ提出加算 50点】 ⇒レセコン・電子カルテに外来データ提出加算対応プログラム導入が必要 ◆糖尿病患者 【糖尿病合併症管理料 170点】 【糖尿病透析予防指導管理料 350点】 【慢性腎臓病透析予防指導管理料 300点/250点】 【血糖自己測定指導加算 500点】	
なるべく患者自己負担変動を減らしたい	⇒ (II) を算定	

生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)の加算

新

血糖自己測定指導加算 500点 (年1回)

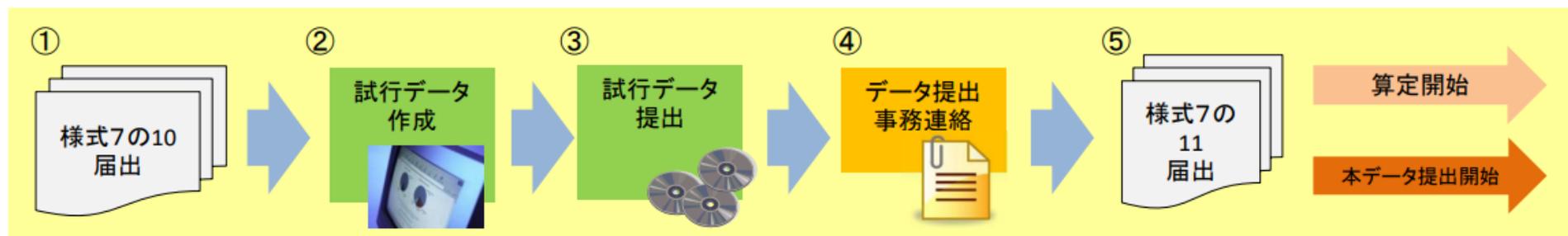
- 中等度以上の糖尿病（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）の患者が対象
- 中等度以上の糖尿病の患者とは、加算算定当月か前月にヘモグロビンA1C（HbA1C）がJDS値で8.0%以上（NGSP値で8.4%以上）の患者
- 必要な指導を行った場合に1年に1回に限り算定
- 血糖自己測定器を用いて月20回以上血糖を自己測定させ、検査値や生活状況等を報告させる
- 報告に基づく、必要な指導と療養計画への反映
- 血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与時の費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は加算点数に含まれる

新

外来データ提出加算 50点 (月1回/2か月分のデータ提出につき)

- 厚労省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出
- 生活習慣病管理料を算定している患者についてデータを提出する外来診療に限り算定
- 試行データの作成・厚労省への提出後にチェックされ、OKが出てから算定開始
- データの作成は3か月単位

外来データ提出加算等算定までの流れ



①様式7の10の届出

データ提出加算の届出を希望する医療機関は、様式7の10を地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。令和6年度における届出の期限は、令和6年5月20日、8月20日、11月20日、令和7年2月20日。

②試行データの作成、③試行データの提出

様式7の10の届出期限である月の翌月から起算して2月分(4回目のスケジュールのみ届出期限である月とその翌月の2月分)の試行データを外来医療等調査事務局が提供するチェックプログラムによりエラーチェックを実施したうえで、提出ファイルを作成し、指定する提出期限までに外来医療等調査事務局に提出する(厚生労働省が様式7の10を受領後、外来医療等調査事務局から各医療機関の連絡担当者宛てに案内メールを送信する)。

④データ提出事務連絡

試行データが適切に作成及び提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、外来医療等調査事務局から各医療機関の担当者宛てに電子メールにて事務連絡(データ提出事務連絡)を送信する。

⑤様式7の11の届出から本データ提出開始

様式7の11を用いて、地方厚生(支)局長宛て届出を行う。届出が受理された翌月の1日(月の最初の開庁日に届出を行った場合は当月1日)から加算開始となり、算定が開始される月の属する四半期(※)から本データを提出することとなる。

なお、本データ作成用のチェックプログラムは、厚生労働省が様式7の11を受領後、外来医療等調査事務局から各医療機関の連絡担当者宛てに案内メールを送信する。(※)第一四半期は、4月、5月。第二四半期は6月から9月となる点に留意。)

施行データの作成と提出

- ・年度4回試行データ提出スケジュールが設けられている。各回で定められている試行データ作成対象月分のデータを各回の提出期限までに提出すること。
(以下参照)
- ・本データと比較して、調査内容及び提出方法に違いはなく、本データの仕様の通りに作成すること。(作成対象症例のうち、抽出した数症例を試行データとする等は認められない。)
- ・作成する対象期間は試行データは2か月分となる。

提出スケジュール	様式7の10届出期限	試行データ作成対象月	試行データ提出期限(オンライン)
第1回目	5月20日(月)	6月、7月	2024年8月22日(木) 12時 (配送:2024年8月21日)
第2回目	8月20日(火)	9月、10月	2024年11月21日(木) 12時 (配送:2024年11月20日)
第3回目	11月20日(水)	12月、1月	2025年2月20日(木) 12時 (配送:2025年2月19日)
第4回目	2月20日(木)	2月、3月	2025年4月17日(木) 12時 (配送:2025年4月16日)

※ 第4回目のみ、データ作成対象月が様式7の10届出期限の月を含めた2か月分になっていることに注意すること。

届出様式ファイル（データ）の概要

様式名	内容	作成単位	入力される内容
外来様式1	患者属性や病態等の情報	患者別	性別、生年月日、病名、病期分類など
外来EF統合ファイル	入院外患者の医科点数表に基づく出来高レセプト情報	患者別	診療行為、薬剤、材料、点数など
外来様式3	医療機関情報	施設情報	施設情報、病床数、届出状況など
外来Kファイル	3情報から生成した一次共通IDに関する情報	患者別	患者の生年月日、カナ氏名及び性別から生成した一次共通ID

※上記の様式、ファイル作成方法については、外来調査実施説明資料を参照。

外来様式1の作成方法

外来様式1を作成する際は、以下の2通りのうちの1つを選択し対応すること。

- 外来様式1入力支援プログラムを利用する。

- * プログラムは、外来医療等調査事務局のホームページ上で後日公開予定

- ベンダー各社の開発プログラムを利用する。

- 電子カルテと連動した外来様式1を作成するプログラム等

CONTENTS

1. 令和6年度 診療報酬改定概要
2. 医療DXの推進
3. かかりつけ医機能・外来医療の評価
- 4. 新興感染症**
5. 長期収載品の選定療養導入

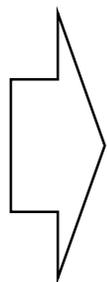
発熱外来に対する評価の新設

ポストコロナにおける感染症対策の評価④

➤ 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

現行2022年4月～

【外来感染対策向上加算】
[施設基準（抜粋）]
(新設)



改定後2024年6月～

【外来感染対策向上加算】 ※月1回6点
[施設基準（抜粋）]

- 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。
- 回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。

➤ 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算を新設する。

新

(新) 発熱患者等対応加算

20点

[算定要件]

外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる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診療を行った場合は、月1回に限り更に所定点数に加算する。

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

➤ 我が国におけるAccess 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

新

(新) 抗菌薬適正使用体制加算

5点

[施設基準]

- (1) 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ていること。
- (2) 直近6か月において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%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

➤ 新興感染症への備えに係る施設基準について、第8次医療計画における協定締結の枠組みを踏まえた要件に見直しを行う。

現行

【感染対策向上加算】〔施設基準（抜粋）〕
 加算1：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
 加算2：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
 加算3：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

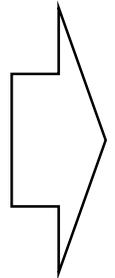
【外来感染対策向上加算】〔施設基準（抜粋）〕
 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのこと

改定後2024年6月～

【感染対策向上加算】〔施設基準（抜粋）〕
 加算1：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。
 加算2：（加算1と同様）

加算3：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。

【外来感染対策向上加算】〔施設基準（抜粋）〕
 都道府県知事の指定を受けている**第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）**であること。



発熱外来の協定締結



病床確保等の協定締結



第二種協定指定医療機関とは

第二種協定指定医療機関(外出自粛対象者に対する医療の提供)とは 通知又は医療措置協定に基づき、外出自粛対象者に対する医療※1を提供する医療機関として都道府県知事が指定した病院、診療所、薬局、指定訪問看護事業者

※1：オンライン診療その他の感染症法第44条の3の2第1項（感染症法第44条の9第1項の規定に基づく政令によって準用される場合を含む。）又は感染症法第50条の3第1項の厚生労働省令で定める医療

【協定の内容】

- 知事からの要請に基づき、自宅療養者等への医療の提供及び健康観察に係る医療措置を講ずる。

	i)病床	ii)発熱外来	iii)自宅療養者等への医療の提供	iv)後方支援	v)人材派遣	vi) 個人防護具の備蓄(※)
病院・診療所	○ (無床診療所を除く)	○	○	○ (無床診療所を除く)	○	○
薬局	—	—	○	—	—	○
訪問看護事業所	—	—	○	—	—	○

(※) 個人防護具の備蓄は任意事項ですが、協定で定める場合、備蓄量は医療機関の使用量2か月分以上とすることが推奨されています。なお、備蓄に係る費用は医療機関負担となりますが、備蓄に関する平時の支援として、国において保管設備整備の支援が検討されています。

協定書（案）：事前調査で対応可能と回答いただいた内容を記載。

協定医療機関の指定基準

(1) 発熱外来

- 当該機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染の防止その他必要な措置の実施が可能であること。
- 患者等がお互いに可能な限り接触することがなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療の提供が可能であること。
- 新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、外来医療を提供する体制が整っていると認められること。

(2) 自宅療養者等への医療の提供

- 当該機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染の防止その他必要な措置の実施が可能であること。
- 新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対してオンライン診療等の医療を提供する体制が整っていると認められること。

【経過措置】

2024年3月31日時点で外来感染対策向上加算を届出ている医療機関は、2024年12月31日まで第二種協定医療機関の基準を満たしているものとする。

千葉県基準 発熱外来の実施

(参考) 国 参 酌 基 準	ア 知事の要請があった日から起算して 7日 以内に実施すること ☞国補足： 原則 7日以内と定めることは、参酌の範囲内
	イ 1日あたり 20人以上 診療すること ☞国補足：地域の実情に応じて 一定程度下回る基準 とすることは可能 (10人が下限の目安) ☞国補足：かかりつけ患者以外も対応すること



県全域での発熱外来の確保にあたっては、病院のみでなく診療所の協力が不可欠であり、より多くの診療所において流行初期から感染症患者の診療を行っていただくため、国が示す下限の目安等を踏まえ、県基準を次のとおり設定することとしたい。

県 基 準 (案)	ア 知事の要請があった日から起算して 原則 7日以内に実施
	イ 病院は20人/日以上、診療所は10人/日以上の診療体制 を整備すること
	ウ 地域住民の外来診療を広く行うこと

病床の確保、発熱外来とともに、自院に入院している患者又は普段から自院にかかっている患者に限って対応可能な場合は、本措置の対象にはなりません。

CONTENTS

1. 令和6年度 診療報酬改定概要
2. 医療DXの推進
3. かかりつけ医機能・外来医療の評価
4. 新興感染症
5. 長期収載品の選定療養導入

10月からはじまる選定療養の考え方の整理

長期収載品と後発品との価格差の4分の1の額を「保険適応外」する**選定療養**（全額患者の特別負担）の仕組みが導入されます。

原則は患者の希望

- 同成分、効能効果で安価な後発品を使用できるにもかかわらず、自身の希望であえて高価な長期収載品の処方希望・選択します。

選定療養 = 保険適応外の自費診療

- 長期収載品薬価と後発品の最高薬価の差額の25%（4分の1）+消費税を選定療養費として窓口で自己負担をします。



- 患者の希望で長期収載品の処方 = すべて選定療養・自己負担増になるとは限りません。
- 主に、①「**医師や薬剤師が医療上の必要性があると判断した場合**」や、②「**流通等で後発医薬品を提供することが困難な場合**」は、患者の希望で長期収載品を処方しても選定療養の対象とはなりません。
- 患者ごとに医師が判断し処方できます。
- 選定療養導入の経緯は、さらなる後発医薬品の使用促進！ やみくもに『医療上の必要性がある』を選択することは望ましくありません。
- 院外処方時だけでなく、院内処方にも適用されます。（外来患者のみ）

①院内の見やすい場所に患者にわかりやすい内容で掲示をしなければならない。②原則WEB掲示※経過措置R7.5.31

選定療養とは？

- 患者が追加費用の「選定療養費」を自己負担することで「保険適用外の治療」を、「保険適用の治療」と併せて受けることができる混合診療、医療サービスの一種。
- 選定療養は健康保険法で規定されている「保険外併用療養費制度」に基づくサービス。

「保険外併用療養費」

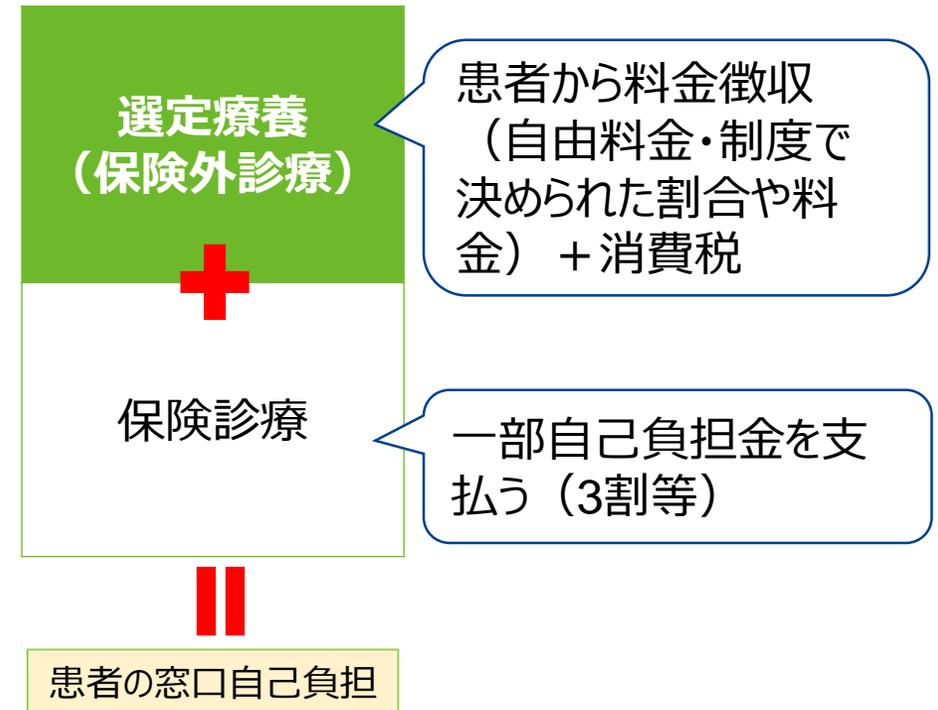
①【選定療養】（保険導入を前提としないもの）

- 法律によって認められている。
- 患者は保険対象の治療に対し、一部負担金（原則3割）のみ支払う。
例）病院の差額ベッド、歯科の金合金、大病院の紹介状なしの初診料など

②【評価療養】（保険導入のための評価を行うもの）

- 法律によって認められている。
例）先進・高度医療、医薬品・機器の治験、適応外医薬品の使用など

※①②以外は法律で認められていない混合診療となり、患者が保険適用分の治療も全額負担となる。



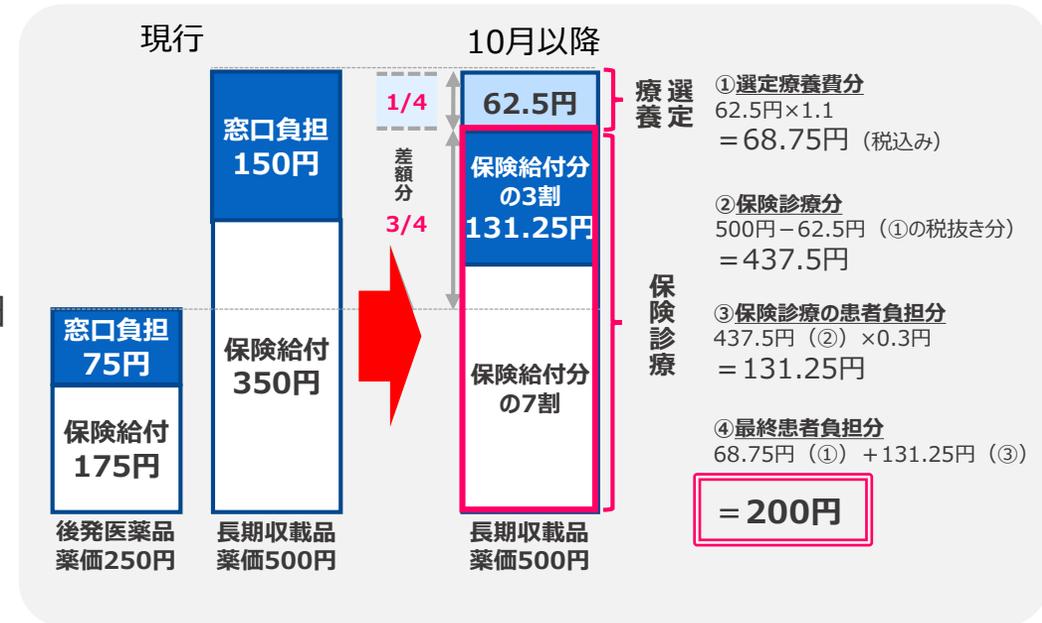
長期収載品の選定療養の対象と計算

- 令和6年10月1日より、長期収載品であって、価格差のある後発医薬品があるもの（いわゆる「準先発品」）を含む。）の処方等又は調剤について、選定療養の仕組みを導入する

選定療養の対象品目



患者の窓口自己負担の計算方法



対象となる長期品の具体的な品目の一覧は、別途作成し厚労省のサイトに掲載

対象となる長期収載品は次の①又は②の要件を満たす医薬品
※長期収載品の薬価が後発医薬品の最高薬価を超えているもの

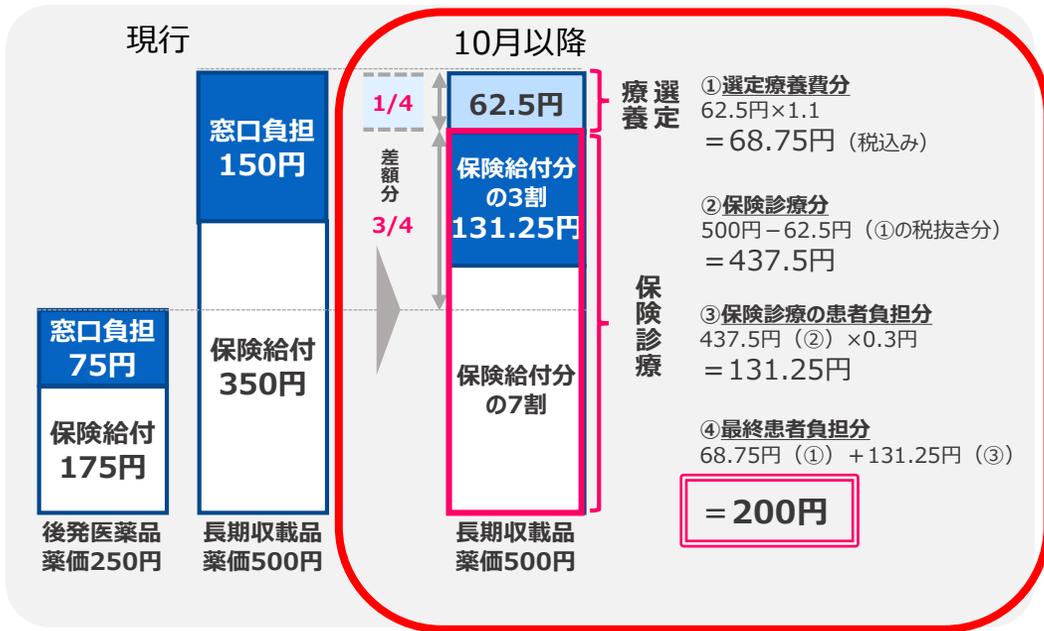
- ① 長期収載品に係る後発医薬品が初めて薬価収載されてから5年経過した品目（バイオ医薬品を除く。）
- ② 長期収載品に係る後発医薬品が初めて薬価収載されてから5年経過していない長期収載品で、後発品置換え率が50%以上の品目（バイオ医薬品を除く。）

長期収載品の選定療養の計算

現行	薬価	自己負担額 (3割)
A 長期収載品	500円	150円
B 後発品	250円	75円



10月以降	薬価	自己負担額 (3割)
A 長期収載品	500円	200円 (+50円)
B 後発品	250円	75円



窓口自己負担額 = 下記の①+② = 200円

① 保険外診療分の選定療養費 = 68.75円

- $500円 - 250円 = 250円$ (薬価の差額)
- $250円 \times 25\%$ (後発品薬価を超えた部分の1/4) = 62.5円
- $62.5円 \times 10\%$ (消費税) = 68.75円

※選定療養費62.5円は保険外診療！保険外診療は要消費税

② 保険診療分の3割自己負担額 = 131.25円

- $500円 - 62.5円$ (消費税抜き) = 437.5円
- $437.5円 \times 30\% = 131.25円$

厚生労働省 「選定療養」対象医薬品リスト



ホーム

本文へ お問合わせ窓口 よくある御質問 サイトマップ 国民参加の場

Google カスタム検索

検索

テーマ別に探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について 統計情報・白書 所管の法令等 申請・募集・情報公開

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）の選定療養について

後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）の選定療養について

後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）の選定療養に関するページです。関係通知や対象医薬品等、必要な情報を掲載します。

政策について

分野別の政策一覧

健康・医療

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品について 令和6年4月19日事務連絡

対象医薬品リストについて

以下の事務連絡で記載しているの考え方にに基づき、長期収載品の選定療養の対象医薬品についてリストを作成していますので、ご参照ください。なお、処方等又は調剤の場面における選定療養の適用にあたっては、医療上必要があると認められる場合や、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当するかどうかを考慮して、判断する必要があります。

名称	番号・日付	ダウンロード
長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品について	令和6年4月19日 事務連絡	(事務連絡) PDF [134KB] (対象医薬品リスト) PDF [1.2MB] Excel [82KB]

薬価基準収載医薬品コード	品名	成分名	規格	メーカー名	薬価	後発品最高価格
1124001F2029	ユーロジン 2 mg 錠	エスタゾラム	2 mg 1 錠	武田テバ薬品	9.2	7.3
1124003F2222	ベンザリン錠 5	ニトラゼパム	5 mg 1 錠	共和薬品工業	8.4	5.5
1124003F2230	ネルボン錠 5 mg	ニトラゼパム	5 mg 1 錠	アルフレッサファーマ	7.7	5.5
1124003F3083	ネルボン錠 10 mg	ニトラゼパム	10 mg 1 錠	アルフレッサファーマ	13.2	5.7
1124003F3121	ベンザリン錠 10	ニトラゼパム	10 mg 1 錠	共和薬品工業	13.2	5.7
1124007F1020	ハルシオン 0.125 mg 錠	トリアゾラム	0.125 mg 1 錠	ファイザー	5.9	5.7
1124007F2026	ハルシオン 0.25 mg 錠	トリアゾラム	0.25 mg 1 錠	ファイザー	8.8	5.9
1124008F1024	サイレース錠 1 mg	フルニトラゼパム	1 mg 1 錠	エーザイ	8.4	5.7
1124008F2020	サイレース錠 2 mg	フルニトラゼパム	2 mg 1 錠	エーザイ	9.6	5.9
1124009F1223	レンドルミン錠 0.25 mg	プロチゾラム	0.25 mg 1 錠	日本ベーリンガーインゲルハイム	12.5	10.1
1124009F2025	レンドルミン D 錠 0.25 mg	プロチゾラム	0.25 mg 1 錠	日本ベーリンガーインゲルハイム	12.5	10.1
1124017F2135	2 mg セルシン錠	ジアゼパム	2 mg 1 錠	武田テバ薬品	6	5.7
1124017F2151	ホリゾン錠 2 mg	ジアゼパム	2 mg 1 錠	丸石製薬	6	5.7
1124017F4049	5 mg セルシン錠	ジアゼパム	5 mg 1 錠	武田テバ薬品	9.4	5.8
1124017F4162	ホリゾン錠 5 mg	ジアゼパム	5 mg 1 錠	丸石製薬	9.4	5.8
1124017F5037	10 mg セルシン錠	ジアゼパム	10 mg 1 錠	武田テバ薬品	12.1	5.7
1124020F2030	レキソタン錠 2	プロマゼパム	2 mg 1 錠	サンドファーマ	5.9	5.7
1124020F4032	レキソタン錠 5	プロマゼパム	5 mg 1 錠	サンドファーマ	7.8	5.9
1124022F1067	ワイバックス錠 0.5	ロラゼパム	0.5 mg 1 錠	ファイザー	5.9	5.1
1124022F2071	ワイバックス錠 1.0	ロラゼパム	1 mg 1 錠	ファイザー	6.4	5.7
1124023F1029	コンスタン 0.4 mg 錠	アルブラゾラム	0.4 mg 1 錠	武田テバ薬品	5.9	5.7
1124023F1037	ソラナックス 0.4 mg 錠	アルブラゾラム	0.4 mg 1 錠	ヴィアトリス製薬	5.9	5.7
1124026F1022	グランダキシン錠 50	トフィンパム	50 mg 1 錠	持田製薬	9.1	5.9
1124029F1026	メイラックス錠 1 mg	ロフラゼパム酸エチル	1 mg 1 錠	Meiji Seika ファルマ	10.4	5.9
1124029F2022	メイラックス錠 2 mg	ロフラゼパム酸エチル	2 mg 1 錠	Meiji Seika ファルマ	16.6	9.3
1124030F1029	ドラル錠 15	クアゼパム	15 mg 1 錠	久光製薬	48.3	30.2
1124030F2025	ドラル錠 20	クアゼパム	20 mg 1 錠	久光製薬	59.8	35.7
1129007F1026	アモバン錠 7.5	ゾピクロン	7.5 mg 1 錠	サノフィ	12.3	6.5
1129007F2022	アモバン錠 10	ゾピクロン	10 mg 1 錠	サノフィ	13.7	7.3
1129008F1039	セディール錠 5 mg	タンドスピロンクエン	5 mg 1 錠	住友ファーマ	9.7	5.9
1129008F2035	セディール錠 10 mg	タンドスピロンクエン	10 mg 1 錠	住友ファーマ	17.2	10.1

選定療養 疑義解釈（その1）

【医療上の必要性について】

問1 医療上の必要があると認められるのは、どのような場合が想定されるのか。

(答)

- ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合（※）であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師等が判断する場合。
- ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師等が判断する場合、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。
- ③ 学会が作成しているガイドラインで、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師等が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。
- ④ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等をする医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。

問3 使用感など、有効成分等と直接関係のない理由で、長期収載品の医療上の必要性を認めることは可能か。

(答) 基本的には使用感などについては医療上の必要性としては想定していない。なお、医師等が問1の①～④に該当すると判断し、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合は、保険給付となる。

選定療養 疑義解釈（その1）

【院内処方その他の処方について】

問7 院内採用品に後発医薬品がない場合は、「後発医薬品を提供することが困難な場合」に該当すると考えて保険給付してよいか。

（答）患者が後発医薬品を選択することが出来ないため、従来通りの保険給付として差し支えない。

なお、後発医薬品の使用促進は重要であり、外来後発医薬品使用体制加算等を設けているところ、後発医薬品も院内処方できるようにすることが望ましい。

選定療養 疑義解釈（その1）

【薬局における医療上の必要性の判断について】

問4 ① 「処方段階では後発医薬品も使用可能としていたが、保険薬局の薬剤師において、患者が服用しにくい剤形の長期収載品と後発医薬品で効能・効果の差異がある等、後発医薬品では適切な服用等が困難で、長期収載品を服用すべきと判断した場合には、医療上必要がある場合に該当し、保険給付とすることも想定されること。」とあるが、このような場合には処方医へ疑義照会することなく、薬剤師の上記判断に基づいて、従来通りの保険給付が可能という理解でよいか。

② また、医師等が後発医薬品を銘柄名処方した場合であって、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されていない場合に、長期収載品を調剤する医療上の必要があると考えられる場合は、処方医へ疑義照会することなく、薬剤師の判断で従来通りの保険給付は可能か。

（答）○ 医師等が長期収載品を銘柄名処方し、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されていない場合に、薬剤師として長期収載品を調剤する医療上の必要があると考える場合、医療上の必要性の判断の観点から、問1において保険薬局の薬剤師について記載するとおりの取扱いとなる。

○ 医師等が後発医薬品を銘柄名処方し、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されていない場合に、薬剤師として長期収載品を調剤する医療上の必要があると考える場合、変更調剤に該当するところ、「現下の医療用医薬品の供給状況における変更調剤の取扱いについて」（令和6年3月15日厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、当面の間、疑義照会なく、変更調剤できることとしている。

・その上で、医療上の必要性の判断の観点から、問1において保険薬局の薬剤師について記載するとおりの取扱いとなる。

事前質問の回答

事前にいただいたご質問

Q 1.生活習慣病管理料 2 を算定していて、かつ癌術後の病名がついている患者に腫瘍マーカー検査を実施した場合、悪性腫瘍特異物質治療管理料が算定できないので、腫瘍マーカー検査を算定してもよいのでしょうか？何も算定できないのでしょうか？

A 1.何も算定できないと考えます。

1、通知（1）にて腫瘍マーカーは、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する。と通知されており、悪性腫瘍が確定している患者に対する腫瘍マーカーの算定は上記要件を満たさないので、同通知（1）の「ただし書き」に定める場合を除き算定できないと解釈します。

2、同通知で悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれます。

腫瘍マーカーは、原則として、区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。と通知されています。

生活習慣病管理料（Ⅱ）は悪性腫瘍特異物質治療管理料を含みますので、腫瘍マーカー検査を行ったとしても何も算定できないと解釈します。

事前にいただいたご質問

Q 2.生活習慣病疾患と特定疾患の両方が主病名でついている場合、月ごとに算定する管理料を変えてもよいのでしょうか？

(例) 6月生活習慣病管理料 2、7月特定疾患療養管理料、8月生活習慣病管理料 2 (隔月ごと)

Q 3.生活習慣病疾患と特定疾患の両方が主病名でついている場合、生活習慣病管理料を算定した月に特定疾患処方管理加算を算定してもよいのでしょうか？ (同月内)

A 2・3. 算定は可能と考えますが、主病名の考え方は下記をご一考ください。

医師が複数の疾患があると診断した場合、どの疾患を主病とするかは医師の判断に委ねられており、診療報酬明細書（レセプト）の記載要領には、「主傷病、副傷病の順に記載すること」「主傷病名は原則として一つ」などと規定がある。毎月主傷病名と副傷病名を変えることにはならないか。

生活習慣病管理料の対象疾患が主病→生活習慣病管理料を、特定疾患療養管理料の対象疾患が主病→特定疾患療養管理料を、それぞれ算定要件を満たす指導管理を行って算定することが原則と解釈します。

Q 4.外来データ提出加算の施設基準は紙カルテの医療機関も該当しますか？

A 4.紙カルテNGの明記は確認できません。

ただし、届出様式ファイル（データ）の外来様式 1（患者別の患者属性や病態等の情報・性別、生年月日、病名、病期分類など）を作成する際は、以下の 2 通りのうちの 1 つを選択し対応すること。と定められています。

1、外来様式 1 入力支援プログラムを利用する。 2、ベンダー各社の開発プログラムを利用する。（電子カルテと連動した外来様式 1 を作成するプログラム等）。



※解説は全ての法律・制度を網羅するものではありません。

※スライドのイラストはイメージであり、法律・制度の内容を厳密に反映したものではありません。