

● 改正マニュアル INDEX

令和 6 年度診療報酬改正の概要と対応マニュアル

● はじめに	P1
マニュアルフォルダーのご案内	P2
● 基本診療料（主な見直し等のみ記載）	P3
◆ 基本診療料項目（主な新設・変更項目のみ記載）	P4
● 医学管理等（主な見直し等のみ記載）	P8
◆ 医学管理等項目（主な新設・変更項目のみ記載）	P12
● 在宅医療（主な見直し等のみ記載）	P14
◆ 在宅医療項目（主な新設・変更項目のみ記載）	P15
● 検査（主な見直し等のみ記載）	P19
◆ 検査項目（主な新設・変更項目のみ記載）	P20
● 投薬（主な見直し等のみ記載）	P22
特定疾患処方管理加算（処方料・処方箋料とも）	P23
◆ 投薬項目（主な新設・変更項目のみ記載）	P24
◆ 注射項目（主な新設・変更項目のみ記載）	P25
◆ リハビリ項目（主な新設・変更項目のみ記載）	P25
◆ 精神科専門療法項目（主な新設・変更項目のみ記載）	P26
● 処置（主な見直し等のみ記載）	P27
◆ 手術及び麻酔項目（主な新設・変更項目のみ記載）	P27
● （新）区分〇 その他（主な新設のみ記載）	P28
● 領収証及び領収証兼明細書	P31
● 事務の簡素化・効率化	P34

【令和6年度診療報酬改正内容の概要とレセコン(CalnartX)の変更点】

● はじめに

- ・ 本マニュアルには主な見直し等のみを記載しております。
詳細な内容につきましてはユーザー様にて必ずご確認ください。
- ・ ■■■ レセコン(CalnartX)の操作方法 ■■■ と記載しております内容につきましてはすべてのユーザー様におきまして同じ手順となります。
※ 必要に応じて操作してください。
- ・ オプションでの設定方法につきましては **～オプション設定～** と記載しております。
- ・ 新設マスターを6月1日以降に使用される場合はマスターの登録が必要です。登録方法はすべてのマスターにおいて同じ操作となります。下記の **新設マスターの登録方法について** をご参照の上、マスターの新規登録を行ってください。



【算定要件】【施設基準】【経過措置】【対象患者】等の詳細につきましては、厚生労働省から発出されている告示・通知等をユーザー様にて必ずご確認ください。

新設マスターの登録方法について

すべてのマスター登録において同じ操作となります

レセコン(CalnartX)の操作方法

下記の「新設マスターの登録方法について」は、すべての新設マスターの登録において共通の方法となります

- ① メニュー画面 → **マスター保守** → **F4 処理月** →【令和6年6月】と入力しENTERを押します。
- ② 行為区分選択画面が表示されましたら、登録するマスターの区分を選択して **Enter** を押します。
- ③ 「位置番号」にマスター一覧の空いている番号を入力し **Enter** を押します。
- ④ 「辞書検索」を選択し **Enter** を押します。
- ⑤ 検索窓にキーワードを入力し **Enter** を押します。(※1)
- ⑥ 該当のマスターが表示されますので、登録したいマスターを選択して **Enter** を押します。
※ 正式名称・単位・点数などが表示されます。
- ⑦ マスターの内容を確認後、**F5 登録** を押してください。

※1 マスター検索は、ヨミガナ(前方一致 or 後方一致 or 部分一致)/正式名称/一般名称/区分/点数・薬価
診療行為コードの6パターンから検索を行うことが可能です。
フリガナはカタカナ、薬・点は数値、正式名称は文字列、診療行為コードは数値で入力してください。

点数マスター保守画面

ヨミガナ、正式名称、一般名称、区分、点数・薬価を入力してください。

F1:→マスタ **F2:部分一致** F3:中止 F4:PgUp F5:PgDn

F2を押すと検索方法の切替ができます。

- ・前方一致
- ・後方一致
- ・部分一致

※初期値は「前方一致」です。

マニュアルフォルダーのご案内



レセコン(CalnartX)を使用されているパソコンで各種資料をご確認頂けます。

C:¥CalnartX¥Manual に収納していますので、下記の手順でマニュアルフォルダーを開きご利用頂けますようお願いいたします。

- 下記は、今回、新規・追加したフォルダーです。

- 生活習慣病療養計画書>初回用_生活習慣病療養計画書.xlsx、継続用_生活習慣病療養計画書.xlsx
初回用_生活習慣病療養計画書.docx、継続用_生活習慣病療養計画書.docx

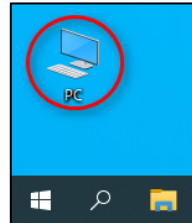
- マニュアルフォルダーを開く手順

- ① デスクトップ上の「PC」をダブルクリックします。

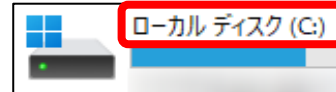
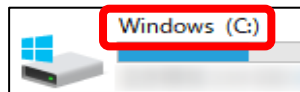
【Windows11】



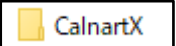
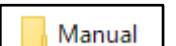
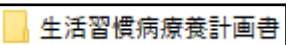
【Windows10】



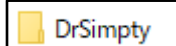
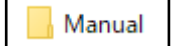
- ② 「PC」が開いたら、デバイスとドライブの(C:)ドライブをダブルクリックします。



【 レセコン(CalnartX) 】

- ③  をダブルクリックします。
- ④  をダブルクリックします。
- ⑤  のフォルダーがあります。
- ⑥ ご使用になりたい文書をダブルクリックします。

【 Dr.simply 】

- ③  をダブルクリックします。
- ④  をダブルクリックします。
- ⑤ ご使用になりたい文書をダブルクリックします。

【令和6年度診療報酬改正内容の概要とレセコン(CalnartX)の変更点】

● 基本診療料（主な見直し等のみ記載）

■ 初再診料等の評価の見直し

- 外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の質上げを実施すること等の観点から、初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点引き上げる。

■ 時間外対応加算の見直し

- 時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。
- 時間外対応加算の評価体系の見直しの趣旨を踏まえ、小児かかりつけ診療料について、要件を見直す。

■ 外来感染対策向上加算の見直し

- 外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する。
- 外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す。

■ サーベイランス強化加算等の見直し

- サーベイランス強化加算について、サーベイランスへの参加自体に対する評価と、サーベイランスにおける抗菌薬の適正使用状況のモニタリングにより、目標値を達成している又は参加医療機関の中で実績が上位である医療機関に対する評価に区分するよう見直しを行う。

■ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認の体制整備に係る評価から、診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ見直すとともに、名称を医療情報取得加算に変更する。また、点数の見直しや再診時も算定可能とする。

■ 医療 DX 推進体制整備加算の新設

- オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療 DX に対応する体制を確保している場合の評価を新設する。
 - 医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。

■ 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、要件及び評価を見直す。

※ 本書では、厚生労働省等から発出されている資料を基に、作成時点での改定の概要を一部抜粋してご案内しております。

※ 今回の改定では、[算定要件] [施設基準] [経過措置] [対象患者] 等の見直しや追加が多く示されています。詳細につきましては、厚生労働省から発出されている告示・通知等をご確認ください。

- 算定要件に「書面要件の見直しと書面掲示事項のウェブサイトへの掲載」や「院内掲示にかかる規定」等が追加されているものがございます。

◆ 基本診療料項目（主な新設・変更項目のみ記載）

➤ 今回新設されたマスターを使用される場合は、P1 記載の「新設マスターの登録方法について」をご参照頂き、ユーザー様にて辞書から登録してください。

■ 初診料

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
初診料 288 点	自動変換	⇒	初診料 291 点
初診料(情報通信機器) 251 点	自動変換	⇒	初診料(情報通信機器) 253 点
初診(同一日 2 科目) 144 点	自動変換	⇒	初診(同一日 2 科目) 146 点
初診料(同一日複数科受診時の 2 科目)(情報通信機器) 125 点	自動変換	⇒	初診料(同一日複数科受診時の 2 科目)(情報通信機器) 127 点
医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(初診) 4点	廃止	⇒	(削除)
医療情報・システム基盤整備体制充実加算2(初診) 2点	廃止	⇒	(削除)
(新設)	新規登録	⇒	医療情報取得加算1(初診) 3 点
(新設)	新規登録	⇒	医療情報取得加算2(初診) 1 点
(新設)	新規登録	⇒	医療DX推進体制整備加算(初診) 8 点
(新設)	新規登録	⇒	発熱患者等対応加算(初診) 20 点
(新設)	新規登録	⇒	抗菌薬適正使用体制加算(初診) 5 点

■ 再診料

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
再診料 73 点	自動変換	⇒	再診料 75 点
電話等再診料 73 点	自動変換	⇒	電話等再診料 75 点
同日再診料 73 点	自動変換	⇒	同日再診料 75 点
同日電話等再診料 73 点	自動変換	⇒	同日電話等再診料 75 点
再診(同一日 2 科目)37 点	自動変換	⇒	再診(同一日 2 科目)38 点
再診料(情報通信機器) 73 点	自動変換	⇒	再診料(情報通信機器) 75点
(新設)	新規登録	⇒	医療情報取得加算3(再診) 2 点
(新設)	新規登録	⇒	医療情報取得加算4(再診) 1 点
(新設)	新規登録	⇒	看護師等遠隔診療補助加算 50 点
(新設)	新規登録	⇒	時間外対応加算 2 4 点
(新設)	新規登録	⇒	時間外対応加算 3 3 点
(新設)	新規登録	⇒	時間外対応加算 4 1 点

(新 設)	新規登録	⇒	発熱患者等対応加算(再診) 20 点
(新 設)	新規登録	⇒	抗菌薬適正使用体制加算(再診) 5 点
地域包括診療加算 1 25 点	自動変換	⇒	地域包括診療加算 1 28 点
地域包括診療加算 2 18 点	自動変換	⇒	地域包括診療加算 2 21 点
認知症地域包括診療加算 1 35 点	自動変換	⇒	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 28 点	自動変換	⇒	認知症地域包括診療加算 2 31 点

＜補足＞以下のマスターは **医学管理** 区分でご登録ください。

医療情報取得加算 1(医学管理等)、医療情報取得加算2(医学管理等)、医療情報取得加算3(医学管理等)、
医療情報取得加算 4(医学管理等)、医療DX推進体制整備加算(医学管理等)
発熱患者等対応加算(医学管理等)、抗菌薬適正使用体制加算(医学管理等)

医療情報取得加算

現行	改定後
【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】 初診時 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 4 点 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2 2 点	【医療情報取得加算】 初診時 医療情報取得加算 1 3 点 医療情報取得加算 2 1 点 再診時 (3月に1回に限り算定) 医療情報取得加算 3 2 点 医療情報取得加算 4 1 点 <初診> 月 1 回 <再診> 3 月に 1 回 以下の場合を新たに評価 ・ 電子資格確認(オンライン資格確認)により当該患者に係る診療情報を取得等した場合 ・ 他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合 【施設基準】 1. 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。 2. オンライン資格確認を行う体制を有していること。 3. 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。 ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。 イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

出典: 令和6年度診療報酬改定の概要[厚生労働省保険局医療課] 令和6年3月5日版

時間外対応加算

改定後	
時間外対応加算 1	5 点
時間外対応加算 2	4 点
【施設基準】(抜粋) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなか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。	
時間外対応加算 3	3 点
時間外対応加算 4	1 点

出典: 令和6年度診療報酬改定の概要[厚生労働省保険局医療課] 令和6年3月5日版

◆ 医療情報取得加算 ～ マスター登録 及び 診療行為入力 ～

- ① P.1の「新設マスターの登録方法について」の手順で、**初診料** **再診料** 区分より、貴院で使用されるマスター「医療情報取得加算1(初診)、医療情報取得加算 2(初診)、医療情報取得加算3(再診)、医療情報取得加算 4(再診)」を辞書より登録してください。
- ② 診療行為入力時に算定確認画面を表示する等のオプション対応はいたしません。
診療行為で該当マスターを入力してください。
 - 同月内で2回以上入力はできません。医療情報取得加算(再診)は、3月に1回に限り算定ですが、メッセージ対応はしておりません。貴院で算定日の確認をお願いいたします。



医療情報取得加算(初診)の入力手順 ⇒ 診療行為入力画面で **12 他の再診** を押してください。
次に【F1:初診】を押して、医療情報取得加算 1(初診)又は医療情報取得加算 2(初診)を初診と同じ括りの中に入力してください。

◆ 時間外対応加算 ～ マスター登録 及び オプション設定 ～

- ① 従来の時間外対応加算2(3点)及び時間外対応加算3(1点)のマスターは廃止となります。貴院で使用されるマスター、「時間外対応加算2(4点)、時間外対応加算3(3点)、時間外対応加算4(1点)」を辞書より登録してご使用ください。
- ② 診療行為入力時に時間外対応加算を自動算定するオプション『50 時間外対応加算』の、設定を次頁を参照し行ってください。

患者登録	病名	診療行為	レセプト	日報/月報	カルテ印刷	処方せん	全般
50 時間外対応加算			1	0 = 手動 1 ~ 4 を自動算定する			
(時間外対応加算) 令和6年6月1日から算定する 0 = 手動 1 ~ 4 = 時間外対応加算 1 ~ 4 を自動算定する			<詳細> 1 = 時間外対応加算 1、2 = 時間外対応加算 2、 3 = 時間外対応加算 3、4 = 時間外対応加算 4				

※ 【 22 時間外対応加算の自動算定 】については令和6年5月31日まで有効となるため
6月以降に時間外対応加算を自動算定されるユーザー様は②の設定を行ってください。

◆ 発熱患者等対応加算 ～ オプション設定 ～

- ① 診療行為入力時に発熱患者等対応加算の算定確認画面を表示するオプション『発熱患者等対応加算』の設定を、次頁を参照し、行ってください。

患者登録	病名	診療行為	レセプト	日報/月報	カルテ印刷	処方せん	全般
49 発熱患者等対応加算			1	0 = しない 1 = する			
(発熱患者等対応加算) 外来感染対策向上加算を自動算定する場合に確認 0 = しない 1 = する							



0 = 手動

発熱患者等対応加算は、手動で算定してください。

1 = 確認

『外来感染対策向上加算の算定』オプションが1~4のいずれかに設定されている場合に、算定確認メッセージを表示します。**はい** 又は **いいえ** を選択してください。
月1回に限り20点を外来感染対策向上加算に加算

◆ 抗菌薬適正使用体制加算 ～ オプション設定 ～

- ① 診療行為入力時に抗菌薬適正使用体制加算を自動算定するオプション『抗菌薬適正使用体制加算』の設定を、下記を参照し、行ってください。

患者登録	病名	診療行為	レセプト	日報/月報	カルテ印刷	処方せん	全般
------	----	------	------	-------	-------	------	----

48 抗菌薬適正使用加算	1	0 = 手動	1 = 自動
--------------	---	--------	--------

【抗菌薬適正使用加算】
 0 = 手動
 1 = 自動



0 = 手動

抗菌薬適正使用体制加算は、手動で算定してください。

1 = 自動

『外来感染対策向上加算の算定』オプションが 1～4 のいずれかに設定されている場合に、自動で算定します。

(外来感染対策向上加算を算定した同日にのみ、抗菌薬適正使用体制加算が算定されます。)

※ 月1回に限り5点を外来感染対策向上加算に加算

◆ ～ 診療行為オプション設定について～

- ① メニュー画面より **F11 オプション** を押します。
- ② ユーザーオプション設定画面が表示されたら **診療行為** タブを選択します。
- ③ 画面右端のスクロールバーを一番下迄おろします。
- ④ 該当する項目のオプションを設定してください。

ユーザーオプション設定

患者登録	病名	診療行為	レセプト	日報/月報	カルテ印刷	処方せん	全般
47	医療D X 推進体制整備加算	1	0 = 手動	1 = 自動 (リハ以外)			全体
48	抗菌薬適正使用加算	1	0 = 手動	1 = 自動			全体
49	発熱患者等対応加算	1	0 = しない	1 = する			全体
50	時間外対応加算	1	0 = 手動	1 ～ 4 を自動算定する			全体
51	外来・在宅ベースアップ評価料 1	1	0 = 手動	1 = 自動 2 = 確認			全体
52	外来・在宅ベースアップ評価料 2	1	0 = 手動	1 ～ 8 を自動算定する			全体

【補足】 **全体** と表示されている場合

- 複数台でご使用の場合はいずれか1台で設定してください。
全ての端末に同じオプション設定が反映されます。

【 令和 6 年度診療報酬改正内容の概要とレセコン(CalnartX)の変更点 】

● 医学管理等 （主な見直し等のみ記載）

■ 外来感染対策向上加算の見直し

- 外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する。
- 外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す。

■ 在宅療養指導料の見直し … 対象疾患と要件の追加

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

■ 小児特定疾患カウンセリング料の見直し

- 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。
- 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。

■ 小児科外来診療料の評価の見直し

- 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、小児科外来診療料の評価を見直す。

■ 小児かかりつけ診療料の見直し

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

■ 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

- 小児抗菌薬適正使用支援加算(月 1 回)(要施設基準)
対象疾患に、急性中耳炎及び急性副鼻腔炎を追加する。

■ 特定疾患療養管理料・生活習慣病管理料の見直し

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病を除外し、療養計画書への同意や診療ガイドラインを参考にすることを要件とした出来高算定による生活習慣病管理料(Ⅱ)を新設する。

※ 本書では、厚生労働省等から発出されている資料を基に、作成時点での改定の概要を一部抜粋してご案内しております。

※ 今回の改定では、[算定要件][施設基準][経過措置][対象患者]等の見直しや追加が多く示されています。詳細につきましては、厚生労働省から発出されている告示・通知等をご確認ください。

- 算定要件に「書面要件の見直しと書面掲示事項のウェブサイトへの掲載」や「院内掲示にかかる規定」等が追加されているものがございます。

■ 特定疾患療養管理料

■ 特定疾患療養管理料・特定疾患処方管理加算対象疾患の見直し

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
 - 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。
 - 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。

■ より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

- アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

現行	改定後
【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 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 リボジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 高血圧性疾患 虚血性心疾患 （中略） 性染色体異常 （新設） （新設）	【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 <u>（削除）</u> 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 <u>（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）</u> リボジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 <u>（削除）</u> 虚血性心疾患 （中略） 性染色体異常 アナフィラキシー ギラン・バレー症候群

出典：令和6年度診療報酬改定の概要[厚生労働省保険局医療課]令和6年3月5日版

特定疾患処方管理加算（処方料・処方箋料とも）

※投薬区分に再掲

■ 特定疾患処方管理加算 1 18点 → 廃止

■ 特定疾患処方管理加算 2 66点 → 廃止 ⇒ 新設 → 特定疾患処方管理加算 56点

- 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日以上上の処方（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日以上上の処方を含む）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。

対象疾患から除外された糖尿病、脂質異常症、高血圧に対しては算定不可となる。



リフィル処方箋の複数回使用による合計処方期間の判断はしませんのでご注意ください!!

【診療行為オプション】



特定疾患処方管理加算 自動区分 の設定値をご確認ください。

（P23 参照）

■ 生活習慣病管理料

■ 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。

- 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。
- 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。

■ 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。)
 - 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。

～ Q&A ～

【生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)】

Q1. 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。

A1. 外来管理加算の算定要件を満たせば可能。

Q2. 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。

A2. 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。

Q3. 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。

A3. 不可。

「厚生労働省保険局医療課 事務連絡令和6年3月28日 疑義解釈資料の送付について(その1)」より抜粋

図1 療養計画書(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:	
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"/> 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			
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事 <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: を選 回)) <input type="checkbox"/> 間食: (減らす(種類・量: を選 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		
	<input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・)、頻度(1回/日・週 日) 強度(息がはずむが会話可能な強さ 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()		
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等		
	<input type="checkbox"/> その他 <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"/> 家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> 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 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) ※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 ()			
※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 _____			

図2 療養計画書(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) () 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めること			
【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"/> 食事 <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: を選 回)) <input type="checkbox"/> 間食: (減らす(種類・量: を選 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		
	<input type="checkbox"/> 運動 <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・)、頻度(1回/日・週 日) 強度(息がはずむが会話可能な強さ 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()		
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等		
	<input type="checkbox"/> その他 <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"/> 家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> 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 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) ※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 ()			
※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 _____ <input type="checkbox"/> 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)			

【療養計画書】



チェックボックスへの☑や文字入力ができる下記様式をマニュアルフォルダーにご用意しております。
P2の「マニュアルフォルダーを開く手順」で「生活習慣病療養計画書」を開きご利用ください。

- ☐ 初回用_生活習慣病療養計画書.xlsx、継続用_生活習慣病療養計画書.xlsx
- ☐ 初回用_生活習慣病療養計画書.docx、継続用_生活習慣病療養計画書.docx

～ Q&A ～

【療養計画書】

Q4. 「B001-3」生活習慣病管理料(Ⅰ)及び「B001-3-3」生活習慣病管理料(Ⅱ)(以下単に「生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)」という。)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とされているが、署名の取扱い如何。

A4. 初回については、療養計画書に患者の署名を受けることが必要。ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合については、患者署名を省略して差し支えない。

「厚生労働省保険局医療課 事務連絡令和6年3月28日 疑義解釈資料の送付について(その1)」より抜粋

◆ 医学管理等項目（主な新設・変更項目のみ記載）

- 今回新設されたマスターを使用される場合は、P1 記載の「新設マスターの登録方法について」をご参照頂き、ユーザー様にて辞書から登録してください。

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
（新 設）	新規登録	⇒	発熱患者等対応加算(医学管理等) 20 点
（新 設）	新規登録	⇒	抗菌薬適正使用体制加算(医学管理等) 5 点
（新 設）	新規登録	⇒	小児特定疾患カウンセリング料(医師)(初回) 800 点
（新 設）	新規登録	⇒	小児特定疾患カウンセリング料(医師)(1年以内・月の1回目) 600 点
（新 設）	新規登録	⇒	小児特定疾患カウンセリング料(医師)(1年以内・月の2回目) 500 点
小児科外来診療料(処方箋を交付)初診時 599 点	自動変換	⇒	小児科外来診療料(処方箋を交付)初診時 604 点
小児科外来診療料(処方箋を交付)再診時 406 点	自動変換	⇒	小児科外来診療料(処方箋を交付)再診時 410 点
小児科外来診療料(処方箋を交付しない)初診時 716 点	自動変換	⇒	小児科外来診療料(処方箋を交付しない)初診時 721 点
小児科外来診療料(処方箋を交付しない)再診時 524 点	自動変換	⇒	小児科外来診療料(処方箋を交付しない)再診時 528 点
小児かかりつけ診療料 1(処方箋を交付)初診時 641 点	自動変換	⇒	小児かかりつけ診療料 1(処方箋を交付)初診時 652 点
小児かかりつけ診療料 1(処方箋を交付)再診時 448 点	自動変換	⇒	小児かかりつけ診療料 1(処方箋を交付)再診時 458 点
小児かかりつけ診療料 1(処方箋を交付しない)初診時 758 点	自動変換	⇒	小児かかりつけ診療料 1(処方箋を交付しない)初診時 769 点
小児かかりつけ診療料 1(処方箋を交付しない)再診時 566 点	自動変換	⇒	小児かかりつけ診療料 1(処方箋を交付しない)再診時 576 点
小児かかりつけ診療料 2(処方箋を交付)初診時 630 点	自動変換	⇒	小児かかりつけ診療料 2(処方箋を交付)初診時 641 点
小児かかりつけ診療料 2(処方箋を交付)再診時 437 点	自動変換	⇒	小児かかりつけ診療料 2(処方箋を交付)再診時 447 点
小児かかりつけ診療料 2(処方箋を交付しない)初診時 747 点	自動変換	⇒	小児かかりつけ診療料 2(処方箋を交付しない)初診時 758 点
小児かかりつけ診療料 2(処方箋を交付しない)再診時 555 点	自動変換	⇒	小児かかりつけ診療料 2(処方箋を交付しない)再診時 565 点

改正前	改正処理		改正後
医療情報・システム基盤整備体制充実加算1 (医学管理等) 4 点	廃 止	⇒	(削 除)
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2(医学管理等) 2 点	廃 止	⇒	(削 除)
(新 設)	新規登録	⇒	医療情報取得加算1(医学管理等) 3 点
(新 設)	新規登録	⇒	医療情報取得加算2(医学管理等) 1 点
(新 設)	新規登録	⇒	医療情報取得加算3(医学管理等) 2 点
(新 設)	新規登録	⇒	医療情報取得加算4(医学管理等) 1 点
(新 設)	新規登録	⇒	医療DX推進体制整備加算(医学管理等) 8 点
(新 設)	新規登録	⇒	生活習慣病管理料2 333 点
(新 設)	新規登録	⇒	生活習慣病管理料2(情報通信機器) 290 点
生活習慣病管理料(脂質異常症を主病) 570 点	自動変換	⇒	生活習慣病管理料(脂質異常症を主病) 610 点
生活習慣病管理料(高血圧症を主病) 620 点	自動変換	⇒	生活習慣病管理料(高血圧症を主病) 660 点
生活習慣病管理料(糖尿病を主病) 720 点	自動変換	⇒	生活習慣病管理料(糖尿病を主病) 760 点

レセコン(CalnartX)の操作方法

患者病名・病名マスターから特定疾患療養管理料の指導区分を一括で外す手順

5 月更新を実行するとデスクトップに

特疾フラグ更新 のショートカットが作成されます。

特疾フラグ更新 のショートカットを起動し、操作して頂くと
指導区分『特疾』が削除されます。



操作手順につきましては別紙「特疾フラグ更新 操作マニュアル」でのご案内となります。
ご確認の上、操作してください。

【 令和 6 年度診療報酬改正内容の概要とレセコン(CalnartX)の変更点 】

● 在宅医療 （主な見直し等のみ記載）

■ 在宅医療における医療 DX の推進


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

■ 外来感染対策向上加算の見直し

- 外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する。
- 外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第 8 次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す。

■ 往診料の対象患者の見直し

- ニ 別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合
患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

 対象患者の見直しや再編された加算項目が他にも示されています。

■ 在宅時医学総管理料・施設入居時等医学総管理料及び在宅患者訪問診療料の見直し

- 在宅時医学総管理料等における単一建物診療患者の数が 10 人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が 10 人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価を見直す。
- 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、在宅時医学総管理料及び施設入居時等医学総管理料の評価を見直す。
- 在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、患者 1 人当たりの直近 3 月の訪問診療の回数が 12 回以上の場合、同一患者につき同一月において訪問診療を 5 回以上実施した場合、5 回目以降の訪問診療については、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。
- 頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

■ 訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

- 令和 6 年 6 月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

※ 本書では、厚生労働省等から発出されている資料を基に、作成時点での改定の概要を一部抜粋してご案内しております。

※ 今回の改定では、[算定要件] [施設基準] [経過措置] [対象患者] 等の見直しや追加が多く示されています。詳細につきましては、厚生労働省から発出されている告示・通知等をご確認ください。

- 算定要件に [書面要件の見直しと書面掲示事項のウェブサイトへの掲載] や [院内掲示にかかる規定] 等が追加されているものがございます。

◆ 在宅医療項目（主な新設・変更項目のみ記載）

- 今回新設されたマスターを使用される場合は、P1 記載の「新設マスターの登録方法について」をご参照頂き、ユーザー様にて辞書から登録してください。

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
(新 設)	新規登録	⇒	在宅医療DX情報活用加算(在宅患者訪問診療料(1)(2)) 10 点
(新 設)	新規登録	⇒	在宅医療DX情報活用加算(在宅がん医療総合診療料) 10 点
(新 設)	新規登録	⇒	訪問看護医療DX情報活用加算(訪問看護・訪問看護(同一)) 5 点
(新 設)	新規登録	⇒	発熱患者等対応加算(在宅医療) 20 点
(新 設)	新規登録	⇒	抗菌薬適正使用体制加算(在宅医療) 5 点
(新 設)	新規登録	⇒	緊急往診加算(定める患者以外の患者) 325 点
(新 設)	新規登録	⇒	夜間往診加算(定める患者以外の患者) 405 点
(新 設)	新規登録	⇒	休日往診加算(定める患者以外の患者) 405 点
(新 設)	新規登録	⇒	深夜往診加算(定める患者以外の患者) 485 点
(新 設)	新規登録	⇒	往診・在宅ターミナルケア加算(イ)(在支診等以外) 3500 点
(新 設)	新規登録	⇒	往診・在宅ターミナルケア加算(ロ)(在支診等以外) 3500 点
(新 設)	新規登録	⇒	酸素療法加算(往診・在宅ターミナルケア) 2000 点
(新 設)	新規登録	⇒	看取り加算(往診・在宅ターミナルケア) 3000 点
(新 設)	新規登録	⇒	往診時医療情報連携加算(往診料) 200 点
(新 設)	新規登録	⇒	介護保険施設等連携往診加算(往診料) 200 点
(新 設)	新規登録	⇒	在宅医療情報連携加算(在宅がん医療総合診療料) 100 点

改正前	改正処理		改正後
在医総管(在支診等・月1回・1人) 2300点	自動変換	⇒	在医総管(在支診等・月1回・1人) 2285点
在医総管(在支診等・月1回・2～9人) 1280点	自動変換	⇒	在医総管(在支診等・月1回・2～9人) 1265点
在医総管(在支診等以外・月1回・1人) 1760点	自動変換	⇒	在医総管(在支診等以外・月1回・1人) 1745点
在医総管(在支診等以外・月1回・2～9人) 995点	自動変換	⇒	在医総管(在支診等以外・月1回・2～9人) 980点
頻回訪問加算(在宅時医学総合管理料) 600点	廃止		(削除)
(新設)	新規登録	⇒	頻回訪問加算(在医総管・施医総管)(初回) 800点
(新設)	新規登録	⇒	頻回訪問加算(在医総管・施医総管)(2回目以降) 300点
施医総管(在支診等・月1回・1人) 1640点	自動変換	⇒	施医総管(在支診等・月1回・1人) 1625点
施医総管(在支診等・月1回・2～9人) 920点	自動変換	⇒	施医総管(在支診等・月1回・2～9人) 905点
施医総管(在支診等以外・月1回・1人) 1280点	自動変換	⇒	施医総管(在支診等以外・月1回・1人) 1265点
施医総管(在支診等以外・月1回・2～9人) 725点	自動変換	⇒	施医総管(在支診等以外・月1回・2～9人) 710点
(新設)	新規登録	⇒	在宅患者訪問診療料(1)1(同一建物居住者以外)(逡減) 444点
(新設)	新規登録	⇒	在宅患者訪問診療料(1)1(同一建物居住者)(逡減) 107点
(新設)	新規登録	⇒	在宅患者訪問診療料(2)イ(逡減) 75点
在宅がん医療総合診療料1(病床なし)(処方箋を交付) 1650点	自動変換	⇒	在宅がん医療総合診療料1(病床なし)(処方箋を交付) 1648点
在宅がん医療総合診療料2(処方箋を交付) 1495点	自動変換	⇒	在宅がん医療総合診療料2(処方箋を交付) 1493点
在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算(CPAPを使用) 1000点	自動変換	⇒	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算(CPAPを使用) 960点

往診料の評価の見直し

➤ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

往診料	以下のいずれかに該当する場合				その他の場合
	① 往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者				
	② 往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者				
	機能強化型の 在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型 以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関	
	病床有	病床無			
往診料	720点				
	+				
緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

①緊急往診加算について
保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて
夜間（深夜を除く。）とは**午後6時から午前8時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後10時から午前6時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。
休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日**をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

(参考)在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

往診料		720点
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1 （1日につき）	同一建物居住者以外の場合	888点
	同一建物居住者の場合	213点
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイ（1日につき）		150点

在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の往診、訪問診療又は退院時共同指導を実施した場合に算定	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の在支診・在支病	その他の医療機関
	有床診・在支病	無床診		
	6,500点 (6,200点)	5,500点 (5,200点)	4,500点 (4,200点)	3,500点 (3,200点)
+在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点 (7,200点)	6,500点 (6,200点)		
+在宅療養実績加算 1				
+在宅療養実績加算 2				
			5,250点 (4,950点)	
			5,000点 (4700点)	

※1 (Ⅰ)内は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイを算定しているときの点数

看取り加算	在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算	患者で死亡診断を行った場合に算定	200点

■その他の加算■
○乳幼児加算 400点
○診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算

※2 看取り加算と死亡診断加算は併算定できない

出典：令和6年度診療報酬改定の概要[厚生労働省保険局医療課]令和6年3月5日版

(参考) 在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい ◎：必ず満たす必要がある ×：要件を満たさない －：施設基準上の要件ではない			24時間要件						在支診・在支病等との定期的なカンファレンス等による情報共有
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制		
			単独	連携	単独	連携	単独	連携	
診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（＜10）		○（＜10）		○（＜10）		
	その他	○		○		◎	×		
在宅療養移行加算 1（新）			○※1		－		○※1		◎※3
在宅療養移行加算 2（旧 1）			○※1		－		○※1		－
在宅療養移行加算 3（新）			※2		－		○※1		◎※3
在宅療養移行加算 4（旧 2）			※2		－		○※1		－

※1：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）

※2：「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。

※3：ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保していることでも差し支えない。

<10：連携医療機関数が10未満であること。

現行			改定後	
(新設)			在宅療養移行加算 1	316点
在宅療養移行加算 1	216点		在宅療養移行加算 2	216点
(新設)			在宅療養移行加算 3	216点
在宅療養移行加算 2	116点		在宅療養移行加算 4	116点

訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

訪問看護指示書の見直し

- 令和6年6月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

現行			改定後													
<p>【訪問看護指示料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。</p> <p>なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。</p>			<p>【訪問看護指示料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。<u>また、当該訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。</u></p> <p>なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。</p>													
<p>訪問看護指示書 (抜粋)</p> <p>在宅患者訪問点滴注射指示書</p> <table border="1"> <tr> <td>主たる傷病名</td><td>(1)</td><td>(2)</td><td>(3)</td></tr> </table>		主たる傷病名	(1)	(2)	(3)		<p>訪問看護指示書 (抜粋)</p> <p>在宅患者訪問点滴注射指示書</p> <table border="1"> <tr> <td>主たる傷病名</td><td>(1)</td><td>(2)</td><td>(3)</td></tr> <tr> <td>傷病名コード</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>傷病名コード(7桁)の記載欄</p> <p>精神科訪問看護指示料についても同様</p>		主たる傷病名	(1)	(2)	(3)	傷病名コード			
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)													
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)													
傷病名コード																

出典：令和6年度診療報酬改定の概要[厚生労働省保険局医療課]令和6年3月5日版

【 令和 6 年度診療報酬改正内容の概要とレセコン(CalnartX)の変更点 】

● 検査（主な見直し等のみ記載）

■ 検査の見直し(削除分を含む)につきましては、項目が多く、一部のみのご案内となります。



貴院で登録されているマスターにつきましては、ユーザー様で確認をお願いいたします。

- ☐ 末梢血液像(鏡検法) 25 点(点数変更なし)
 - ・特殊染色加算 27 点 ⇒ 37 点
- ☐ 生化学的検査(Ⅰ)10 項目以上 106 点 ⇒ 103 点
- ☐ 腫瘍マーカー4 項目以上 396 点 ⇒ 385 点
- ☐ グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1 項目当たり) 206 点 ⇒ 200 点
- ☐ 血液採取 静脈 37 点 ⇒ 40 点
 - ・乳幼児加算 30 点 ⇒ 35 点
- ☐ 皮内反応検査、鼻アレルギー誘発試験、ヒナルゴンテスト、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定
 - 22 箇所以上の場合(一連につき) 350 点 ⇒ 22 箇所以上の場合(1 箇所につき) 12 点
- ☐ 細菌培養同定検査、細菌薬剤感受性検査
 - ※ 点数変更あり(省略)
- ☐ 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
 - 6歳以上の患者に対し、インフルエンザの診断の補助を目的として薬事承認された内視鏡用テレスコープを用いて、咽頭画像等の取得及び解析を行い、インフルエンザの診断を行った場合に算定する。

※ 本書では、厚生労働省等から発出されている資料を基に、作成時点での改定の概要を一部抜粋してご案内しております。

※ 今回の改定では、[算定要件][施設基準][経過措置][対象患者]等の見直しや追加が多く示されています。詳細につきましては、厚生労働省から発出されている告示・通知等をご確認ください。
➢ 算定要件に[書面要件の見直しと書面掲示事項のウェブサイトへの掲載]や[院内掲示にかかる規定]等が追加されているものがございます。

◆ 検査項目（主な新設・変更項目のみ記載）

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
B-V(静採) 37 点	自動変換	⇒	B-V(静採) 40 点
血液採取(乳幼児)加算 30 点	自動変換	⇒	乳幼児加算(血液採取) 35 点
IRI 103 点	自動変換	⇒	IRI 100 点
SARS-CoV-2 抗原検出(定性) 300 点	自動変換	⇒	SARS-CoV-2 抗原定性 150 点
SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス 抗原同時検出定性 420 点	自動変換	⇒	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス 抗原同時検出定性 225 点
インフルエンザウイルス抗原定性 136 点	自動変換	⇒	インフルエンザウイルス抗原定性 132 点
グロブリンクラス別ウイルス抗体価 206 点	自動変換	⇒	グロブリンクラス別ウイルス抗体価 200 点
スリットM(前・後眼部) 112 点	自動変換	⇒	スリットM(前・後眼部) 110 点
皮内反応(22 箇所以上) 350 点	廃止	⇒	(削除)
(新設)	新規登録	⇒	皮内反応検査(22箇所以上) 12 点
細菌顕微鏡検査(その他) 64 点	自動変換	⇒	S-M 67 点
細菌培養同定(口腔) 170 点	自動変換	⇒	細菌培養同定(口腔) 180 点
細菌培養同定(泌尿器) 180 点	自動変換	⇒	細菌培養同定(泌尿器) 190 点
細菌培養同定(消化管) 190 点	自動変換	⇒	細菌培養同定(消化管) 200 点
細菌培養同定(穿刺液) 220 点	自動変換	⇒	細菌培養同定(穿刺液) 225 点
細菌培養同定(血液) 220 点	自動変換	⇒	細菌培養同定(血液) 225 点
細菌培養同定(その他) 170 点	自動変換	⇒	細菌培養同定(その他) 180 点
細菌薬剤感受性(1菌種) 180 点	自動変換	⇒	細菌薬剤感受性(1菌種) 185 点
細菌薬剤感受性(2菌種) 230 点	自動変換	⇒	細菌薬剤感受性(2菌種) 240 点
細菌薬剤感受性(3菌種以上) 290 点	自動変換	⇒	細菌薬剤感受性(3菌種以上) 310 点

レセコン(CalnartX)の操作方法

◆ 皮内反応検査 ～ マスター登録 及び 診療行為入力 ～



皮内反応(22 箇所以上)(350 点)のマスターは廃止となります。

- 「皮内反応検査(22 箇所以上)(12 点)」を辞書より登録してください。

～ 診療行為入力 ～

(例)当該検査を25箇所実施した場合

16点×21箇所(336点)、22箇所以降については、12点×4箇所(48 点)で384点の算定となります。

検査を実施した箇所数を数量に入力してください。

No.	保険	区分	コード	後	診療内容	数量	単位	点数		回数
1	11	60	601045		皮内反応検査(21箇所以内)	21	箇所	336	x	1
2	11	60	601046		皮内反応検査(22箇所以上)	4	箇所	48	x	1

～セット登録の点数確認について～

＊ ＊ 内容を確認・編集する場合の処理月の設定方法 ＊ ＊



令和 6 年 5 月まで使用するマスター : F4 処理月を 5 月で設定します。

令和 6 年 6 月から使用するマスター : F4 処理月を 6 月で設定します。

(例:生化学検査(Ⅰ)の 10 項目以上の場合 ⇒ 106 点から 103 点に変更)

- ◆ 処理月 5 月で該当のセットを選択した場合、呼び出した画面右上の合計点数は旧点数(106 点)で表示しています。
- ◆ 処理月 6 月で該当のセットを選択した場合、呼び出した画面右上の合計点数は新点数(103 点)で表示します。

セット編集

例 :6 月以降使用するセットの編集

- ① マスター保守画面で F4:処理月を 6 月に変更します。
(処理月:5 月で編集を行った場合、5 月末まで使用するセットが編集されますのでご注意ください)
- ② 編集を行うセットを呼び出します。
- ③ ヨミガナにカーソルがある状態から Enter を 2 回押します。
セット編集の画面が開きます。
画面右上の合計点数は新点数で表示しています。
- ④ マスターを追加する場合、追加したい行を選択します。
- ⑤ 選択した行の上にマスターを追加する場合は、F2:行挿入を押して追加するマスターを入力し数量を指定し、Enter で確定します。
選択した行の下にマスターを追加する場合は、F3:行追加を押して追加するマスターを入力し数量指定し、ENTER で確定します。
- ⑥ 編集作業が終わったら F5 登録 を押します。
- ⑦ セット登録画面に戻ります。
画面右上の合計点数を確認します。

＜補足＞ セット登録画面の右上に表示している点数が旧点数(例:106 点)のままで診療行為を入力しても、診療行為入力画面では新点数(例:103 点)を表示し計算しますので、請求に問題はございません。

【 令和 6 年度診療報酬改正内容の概要とレセコン(CalnartX)の変更

● 投薬 （主な見直し等のみ記載）

■ 特定疾患処方管理加算の見直し

- 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(18 点)を廃止し、特定疾患処方管理加算2(66 点)を特定疾患処方管理加算(56 点)とし評価を見直す。
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。

■リフィル処方箋の設定について

- ① 環境設定＞印刷フォーム選択＞処方せん(院外)より【SHOH9301】を選択して F5:登録後 F12:終了を押します。
- ② F11:オプション＞処方せんタブより【6 リフィル処方せんの利用】を1=する(毎回選択)に設定し F5:登録後 F12:終了を押します。

■ 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

- 一般名処方加算について、医薬品の供給不足等の場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。
- 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。
- 医療 DX の推進による効率的な処方体系の整備が進められていること並びに一般名処方加算、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の見直しに伴い、薬剤情報提供料及び処方箋料の点数を見直す。

■ いわゆる湿布薬の処方枚数制限の規定に関して、該当品目の承認状況を踏まえ、「湿布薬」の用語を見直す

現 行	改正後
<p><通則> 10「通則5」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤(ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)をいう。</p>	<p><通則> 10「通則5」の貼付剤とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)をいう。ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない。</p>

※ 本書では、厚生労働省等から発出されている資料を基に、作成時点での改定の概要を一部抜粋してご案内しております。

- ※ 今回の改定では、[算定要件] [施設基準] [経過措置] [対象患者] 等の見直しや追加が多く示されています。詳細につきましては、厚生労働省から発出されている告示・通知等をご確認ください。
- 算定要件に [書面要件の見直しと書面掲示事項のウェブサイトへの掲載] や [院内掲示にかかる規定] 等が追加されているものがございます。

特定疾患処方管理加算（処方料・処方箋料とも）

※投薬区分に再掲

- 特定疾患処方管理加算 1 18 点 → 廃止
- 特定疾患処方管理加算 2 66 点 → 廃止 ⇒ 新設 → 特定疾患処方管理加算 56 点
 - 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 of 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 of 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。
対象疾患から除外された糖尿病、脂質異常症、高血圧に対しては算定不可となる。



リフィル処方箋の複数回使用による合計処方期間の判断はしませんのでご注意ください!!

【診療行為オプション】



特定疾患処方管理加算 自動区分 の設定値をご確認ください。

◆ 特定疾患処方管理加算 自動区分 ～ オプション設定 ～

- ① メニュー画面より **F11 オプション** を押します。
- ② ユーザーオプション画面が表示されましたら **診療行為** タブを選択します。
- ③ 【9 特定疾患処方管理加算 自動区分】 設定値を「0～2」のいずれかを入力し **F5 登録** を押します。

患者登録	病名	診療行為	レセプト	日報/月報	カルテ印刷	処方せん	全般
9 特定疾患処方管理加算 自動区分		1	0 = 確認なし 1 = 確認あり 2 = 手動				
【特定疾患処方管理加算 自動区分】 特定疾患処方管理加算を算定する場合、確認の画面を表示するかしないか設定 0 = 確認なし 確認を省略して次の処理へ進む 1 = 確認あり 毎回確認後、次の処理へ 2 = 手動 手動で算定する							



0 = 確認なし

処方日数が 28 日未満の場合、特定疾患処方管理加算は自動算定されません。
処方日数が 28 日以上の場合、特定疾患処方管理加算は自動算定されます。

1 = 確認あり

処方日数にかかわらず、算定確認メッセージが表示されます。

2 = 手動

特定疾患処方管理加算は、手動で算定してください。

- 複数台でご使用の場合は、それぞれのパソコンで設定してください。

◆ 投薬項目（主な新設・変更項目のみ記載）

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
特定疾患処方管理加算1(処方料) 18 点	廃止	⇒	(削 除)
特定疾患処方管理加算 2(処方料) 66 点	廃止	⇒	(削 除)
(新 設)	新規登録	⇒	特定疾患処方管理加算(処方料) 56 点
特定疾患処方管理加算1(処方箋料) 18 点	廃止	⇒	(削 除)
特定疾患処方管理加算 2(処方箋料) 66 点	廃止	⇒	(削 除)
(新 設)	新規登録	⇒	特定疾患処方管理加算(処方箋料) 56 点
処方箋料(その他) 68 点	自動変換	⇒	処方箋料(その他) 60 点
処方箋料(7種類以上内服薬) 40 点	自動変換	⇒	処方箋料(7種類以上内服薬) 32 点
処方箋料(リフィル処方箋・その他) 68 点	自動変換	⇒	処方箋料(リフィル処方箋・その他) 60 点
処方箋料(リフィル処方箋・7種類以上内服薬) 40 点	自動変換	⇒	処方箋料(リフィル処方箋・7種類以上内服薬) 32 点
処方箋料(向精神薬多剤投与) 28 点	自動変換	⇒	処方箋料(向精神薬多剤投与) 20 点
処方箋料(向精神薬長期処方) 40 点	自動変換	⇒	処方箋料(向精神薬長期処方) 32 点
処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬多剤投与) 28 点	自動変換	⇒	処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬多剤投与) 20 点
処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬長期処方) 40 点	自動変換	⇒	処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬長期処方) 32 点
薬剤情報提供料 10 点	自動変換		薬剤情報提供料 4 点
一般名処方加算1 7 点	自動変換	⇒	一般名処方加算1 10 点
一般名処方加算2 5 点	自動変換	⇒	一般名処方加算2 8 点
外来後発医薬品使用体制加算1 5 点	自動変換	⇒	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	自動変換	⇒	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	自動変換	⇒	外来後発医薬品使用体制加算3 5 点

【 令和 6 年度診療報酬改正内容の概要とレセコン(CalnartX)の変更点 】

◆ 注射項目 （主な変更項目のみ記載）

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
皮内、皮下及び筋肉内注射 22 点	自動変換	⇒	皮内、皮下及び筋肉内注射 25 点
静脈内注射 34 点	自動変換	⇒	静脈内注射 37 点
静脈内注射(乳幼児)加算 48 点	自動変換	⇒	静脈内注射(乳幼児)加算 52 点
点滴注射 99 点	自動変換	⇒	点滴注射 102 点
点滴注射(乳幼児) 101 点	自動変換	⇒	点滴注射(乳幼児) 105 点
点滴注射(500mL 未満) 50 点	自動変換	⇒	点滴注射(500mL 未満) 53 点
点滴注射(乳幼児)加算 46 点	自動変換	⇒	点滴注射(乳幼児)加算 48 点
結膜下注射 27 点	自動変換	⇒	結膜下注射 42 点
腱鞘内注射 27 点	自動変換	⇒	腱鞘内注射 42 点

● リハビリ （主な見直し等のみ記載）

■ 疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

- NDB・DPC データにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設する。

◆ リハビリ項目 （主な新設・変更項目のみ記載）

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
早期リハビリテーション加算 30 点	自動変換	⇒	早期リハビリテーション加算 25 点
運動器リハビリテーション料(1) 185 点	廃止	⇒	(削 除)
運動器リハビリテーション料(2) 170 点	廃止	⇒	(削 除)
運動器リハビリテーション料(3) 85 点	廃止	⇒	(削 除)
リハビリテーション計画提供料1 275 点	廃止	⇒	(削 除)
リハビリテーション計画提供料2 100 点	廃止	⇒	(削 除)
(新 設)	新規登録	⇒	運動器リハビリテーション料(3)(理学療法士による場合) 85 点
(新 設)	新規登録	⇒	運動器リハビリテーション料(3)(作業療法士による場合) 85 点
(新 設)	新規登録	⇒	運動器リハビリテーション料(3)(医師による場合) 85 点
(新 設)	新規登録	⇒	運動器リハビリテーション料(3)(イからハ以外) 85 点

【 令和 6 年度診療報酬改正内容の概要とレセコン(CalnartX)の変更点 】

◆ 精神科専門療法項目 （主な新設・変更項目のみ記載）

- 今回新設されたマスターを使用される場合は、P1 記載の「新設マスターの登録方法について」をご参照頂き、ユーザー様にて辞書から登録してください。

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
（新 設）	新規登録	⇒	心理支援加算 250 点
（新 設）	新規登録	⇒	児童思春期支援指導加算(3月以内) 1000 点
（新 設）	新規登録	⇒	児童思春期支援指導加算(1以外の場合) (2年以内) 450 点
（新 設）	新規登録	⇒	児童思春期支援指導加算(1以外の場合) ((1)以外) 250 点
（新 設）	新規登録	⇒	早期診療体制充実加算(診療所)(3年以内) 50 点
（新 設）	新規登録	⇒	早期診療体制充実加算(診療所)((1)以外 の場合) 15 点
（新 設）	新規登録	⇒	発熱患者等対応加算(精神科訪問看護・指 導料) 20 点
（新 設）	新規登録	⇒	抗菌薬適正使用体制加算(精神科訪問看 護・指導料) 5 点
（新 設）	新規登録	⇒	訪問看護医療DX情報活用加算(精神科訪 問看護・指導料) 5 点
通院精神療法(初診日に60分以上)((1)以 外) 540 点	自動変換	⇒	通院精神療法(初診日に60分以上)((1)以 外) 550 点
通院精神療法(30分未満)(1以外) 315 点	自動変換	⇒	通院精神療法(30分未満)(1以外) 290 点
在宅精神療法(60分以上)(1以外) 530 点	自動変換	⇒	在宅精神療法(60分以上)(1以外) 540 点
在宅精神療法(30分未満)(1以外) 315 点	自動変換	⇒	在宅精神療法(30分未満)(1以外) 290 点
家族通院精神療法(30分未満)(1以外) 315 点	自動変換	⇒	家族通院精神療法(30分未満)(1以外) 290 点
家族在宅精神療法(60分以上)(1以外) 530 点	自動変換	⇒	家族在宅精神療法(60分以上)(1以外) 540 点
家族在宅精神療法(30分未満)(1以外) 315 点	自動変換	⇒	家族在宅精神療法(30分未満)(1以外) 290 点

【 令和 6 年度診療報酬改正内容の概要とレセコン(CalnartX)の変更点 】

● 処置 （主な見直し等のみ記載）

■ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

- 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

■ 人工腎臓の評価の見直し

- 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。

※ 本書では、厚生労働省等から発出されている資料を基に、作成時点での改定の概要を一部抜粋してご案内しております。

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
耳垢栓塞除去(複雑)(片) 100 点	自動変換	⇒	耳垢栓塞除去(複雑)(片) 90 点
耳垢栓塞除去(複雑)(両) 180 点	自動変換	⇒	耳垢栓塞除去(複雑)(両) 160 点
鋼線等による直達牽引(2日目以降) 50 点	自動変換	⇒	鋼線等による直達牽引(2日目以降) 62 点
熱傷処置(500cm ² 以上3000cm ² 未満) 270 点	自動変換	⇒	熱傷処置(500cm ² 以上3000cm ² 未満) 337 点
爪甲除去 60 点	自動変換	⇒	爪甲除去 70 点
鼓室処置(片) 55 点	自動変換	⇒	鼓室処置(片) 62 点
人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間未満) 1885 点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間未満) 1876 点
人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間以上5時間未満) 2045 点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間以上5時間未満) 2036 点
人工腎臓(慢性維持透析1)(5時間以上) 2180 点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析1)(5時間以上) 2171 点
導入期加算2(人工腎臓) 400 点	自動変換	⇒	導入期加算2(人工腎臓) 410 点
導入期加算3(人工腎臓) 800 点	自動変換	⇒	導入期加算3(人工腎臓) 810 点
(新 設)	新規登録	⇒	ストーマ合併症加算 65 点

◆ 手術及び麻酔項目 （主な変更項目のみ記載）

点数マスター（一部抜粋）

改正前	改正処理		改正後
デブリードマン(100cm ² 未満) 1410 点	自動変換	⇒	デブリードマン(100cm ² 未満) 1620 点
骨折非観血的整復術(上腕) 1600 点	自動変換	⇒	骨折非観血的整復術(上腕) 1840 点
骨折非観血的整復術(前腕) 1780 点	自動変換	⇒	骨折非観血的整復術(前腕) 2040 点
トリガーポイント注射 80 点	自動変換	⇒	トリガーポイント注射 70 点

【 令和 6 年度診療報酬改正内容の概要とレセコン(CalnartX)の変更点 】

● (新) 区分〇 その他 (主な新設のみ記載)

■ 賃上げに向けた評価の新設

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関(医科)において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設

- 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金のさらなる改善を必要とする医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

※ 本書では、厚生労働省等から発出されている資料を基に、作成時点での改定の概要を一部抜粋してご案内しております。

● 届出の原則

- 主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く)の賃金の改善を図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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(I)(1 日につき) (要届出)

- 初診時 6 点
- 再診時等 2 点
- 訪問診療時
 - 同一建物居住者等以外の場合(要届出) 28 点
 - 上記以外の場合(要届出) 7 点

□ 外来・在宅ベースアップ評価料(II)(1 日につき) (要届出)

- 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 1
 - 初診又は訪問診療を行った場合 8 点
 - 再診時等 1 点
- 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 8
 - 初診又は訪問診療を行った場合 64 点
 - 再診時等 8 点

新設マスター (一部抜粋)

	改正処理		改正後
(新 設)	新規登録	⇒	外来・在宅ベースアップ評価料(1)1(初診時) 6 点
			外来・在宅ベースアップ評価料(1)2(再診時等) 2 点
			外来・在宅ベースアップ評価料(1)3(訪問診療時)イ 28 点
			外来・在宅ベースアップ評価料(1)3(訪問診療時)ロ 7 点
			外来・在宅ベースアップ評価料(2)1(初診又は訪問診療) 8 点
			外来・在宅ベースアップ評価料(2)1(再診時等) 1 点
			外来・在宅ベースアップ評価料(2)8(初診又は訪問診療) 64点
			外来・在宅ベースアップ評価料(2)8(再診時等) 8点

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	点 数 （イ）	点 数 （ロ）
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1	8点	1点
1.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2	16点	2点
↓			
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8	64点	8点



厚生労働省 HP (mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00248.html) にオンラインセミナーのアーカイブ動画や説明資料及びベースアップ評価料計算支援ツールを用いて下記の説明があります。

①医療従事者の賃上げの概要について ②よくあるご質問 ③ベースアップ評価料の試算

ベースアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（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を除く）について賃上げを実施していくための評価

① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

【(新) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）初診時 6点 再診時 2点 等】



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)

・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

【(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 等】

ベースアップ評価料計算支援ツール

令和6年2月15日版

本ツールでは、次の3ステップでベースアップ評価料を活用した医療従事者の賃上げ計算を支援します。

Step 1 対象職員の給与総額の計算

Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算

Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算

目 次

はじめに

Step 1 対象職員の給与総額の計算

Step 2 ベースアップ評価料の算定見込みの計算

①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】


②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】

③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】

Step 3 医療従事者の賃上げ見込みの計算

戻る

次へ

 厚生労働省



※ 今回の改定では、[算定要件] [施設基準] [経過措置] [対象患者] 等の見直しや追加が多く示されています。詳細につきましては、厚生労働省から発出されている告示・通知等をご確認ください。

➤ 算定要件に「書面要件の見直しと書面掲示事項のウェブサイトへの掲載」や「院内掲示にかかる規定」等が追加されているものがございます。

レセコン(CalnartX)の操作方法

◆ 外来・在宅ベースアップ評価料 ～ マスター登録 ～

P.1の「新設マスターの登録方法について」の手順で、リハ・精神 区分より、貴院で使用されるマスター、「外来・在宅ベースアップ評価料(1)1」～「外来・在宅ベースアップ評価料(1)3」、「外来・在宅ベースアップ評価料(2)1」～「外来・在宅ベースアップ評価料(2)8」を辞書より登録してください。

◆ 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ ～ オプション設定 ～

- ① メニュー画面より F11 オプション を押します。
- ② ユーザーオプション設定画面が表示されましたら 診療行為 タブを選択します。
- ③ 【 51 外来・在宅ベースアップ評価料1 】の項目の設定値を、「0～2」のいずれかを入力し F5 登録 を押します。
※上記の設定は、全てのパソコンに反映されます。

患者登録	病名	診療行為	レセプト	日報/月報	カルテ印刷	処方せん	全般
51 外来・在宅ベースアップ評価料 1			1	0 = 手動 1 = 自動 2 = 確認			
【外来・在宅ベースアップ評価料1】 0 = 手動 1 = 自動 2 = 確認							

◆ 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ ～ オプション設定 ～

- ① メニュー画面より F11 オプション を押します。
- ② ユーザーオプション設定画面が表示されましたら 診療行為 タブを選択します。
- ③ 【 52 外来・在宅ベースアップ評価料 2 】の項目の設定値を、「0～2」のいずれかを入力し F5 登録 を押します。
※上記の設定は、全てのパソコンに反映されます。

患者登録	病名	診療行為	レセプト	日報/月報	カルテ印刷	処方せん	全般
52 外来・在宅ベースアップ評価料 2			1	0 = 手動 1～8を自動算定する			
【外来・在宅ベースアップ評価料2】 0 = 手動 1～8 = 外来・在宅ベースアップ評価料2の1～8を自動算定する							

● 領収証及び領収証兼明細書

◆ 領収証様式の変更について

厚生労働省(保発 0305 第 11 号)より、医科診療報酬について領収証及び診療明細書に、「その他」区分が追加されましたので、新しい様式にて対応いたしました。

(使用される場合は、p.33、p.34 を参照し設定変更を行ってください。)

領収証 印字見本(RYOU6011)

領 収 証				
患者番号	1		令和	6 年 6 月 1 日
三栄 太郎 様				
<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">¥ 920</div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 60px; margin: 0 auto;">領 収 印</div>		
山科区小山镇守町14-1 電話: 075-502-0066 FAX: 075-502-0068 三栄クリニック				
本領収証の再発行は致しませんので、大切に保管してください。				
領 収 明 細 書				
患者番号	1		令和	6 年 6 月 1 日
三栄 太郎 様				
保険種別 社保本人単独		負担割合 3.0		
保 険 種 別	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療
	291 点	0 点	0 点	0 点
	画像診断	投薬	注射	リハビリ・リハビリ
	0 点	0 点	0 点	0 点
	処置	手術	麻酔	放射線治療
	0 点	0 点	0 点	0 点
其 他	その他	食事療養	生活療養	合計点数
	14 点	0 点	0 点	305 点
前回未払金		負担金額	負担金額 (食事・生活)	保険外併用療養費
0 円		920 円	0 円	0 円
合計請求額		領 収 額		未 払 金
920 円		920 円		0 円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

「外来・在宅ベースアップ評価料」等の点数が集計されます。

■ 領収書の設定方法

- 設定を変更した時点で、新しい様式で印刷されます。
- 領収書は、出力する各PCで設定が必要です。

<操作方法> (例)RYOU4011 を RYOU6011 に変更する

- ① メニュー画面より **環境設定** を開きます。
- ② 「領収書」 帳票名の右横の「v」 を押し、フォーム一覧を表示します。
- ③ フォーム一覧から、【領収書(令 06)A5 外来・入院 RYOU6011】のファイル名を選択します。

※ 領収書の新ファイル名の詳細は、次頁の[領収書のファイル名] をご覧ください。

領収書(令06) A 5 外来・入院 RYOU6011

<設定後は用紙サイズ・フォーム名が表示されます>

用紙サイズ フォーム名

A 5 白紙 RYOU6011

- ④ **F5 登録** を押します。
- ⑤ **F12 終了** を押してメニュー画面に戻ります。

■ 領収証兼明細書をお使いの場合の設定方法

- 設定を変更した時点で、新しい様式で印刷されます。
- 領収証兼明細書は、出力する各PCで設定が必要です。

<操作方法> (例)MISI4011 を MISI6011 に変更する

- ① メニュー画面 より **環境設定** を開きます。
- ② 「診療明細書」 帳票名の右横の「v」 を押し、フォーム一覧を表示します。
- ③ フォーム一覧から、【領収書(令 06)A5 外来・入院 RYOU6011】のファイル名を選択します。

※ 領収証兼明細書の新ファイル名の詳細は、次頁の[領収証兼明細書のファイル名] をご覧ください。

領収証兼明細書1枚目(令06)(A4) MISI6011

<設定後は用紙サイズ・フォーム名が表示されます>

用紙サイズ フォーム名

A 4 白紙 MISI6011

- ④ **F5 登録** を押します。
- ⑤ **F12 終了** を押してメインメニューに戻ります。

【領収書のファイル名】

サイズ	現ファイル名		新ファイル名	説 明
A5	RYOU4011	⇒	RYOU6011	白紙対応の様式です。(p.32 印字見本を参照)
B5	RYOU4012	⇒	RYOU6012	白紙対応の様式です。
ハガキ	RYOU4013	⇒	RYOU6013	白紙対応の様式です。
A5	RYOU4015	⇒	RYOU6015	白紙対応の様式です。下半分が医療機関用の控えになります。
B5	RYOU4016	⇒	RYOU6016	白紙対応の様式です。下半分が医療機関用の控えになります。

【領収証兼明細書のファイル名】

名 称 (サイズ)	現ファイル名		新ファイル名
領収証兼明細書 1 枚目(令 06)(A4)	MISI4011	⇒	MISI6011
領収証兼明細書 1 枚目(令 06)(A5)	MISI4021	⇒	MISI6021
領収証兼明細書 1 枚目(令 06)(A5)合計欄のみ文字拡大	MISI4023	⇒	MISI6023
領収証兼明細書 1 枚目(令 06)(A5)文字拡大	MISI4031	⇒	MISI6031
領収証兼明細書 1 枚目(令 06)(A5)合計欄文字拡大	MISI4033	⇒	MISI6033

■ 領収書および診療明細書の印字位置調整方法

- 印字位置調整をする場合は、出力する各PCで以下の操作を行ってください。

<操作方法>

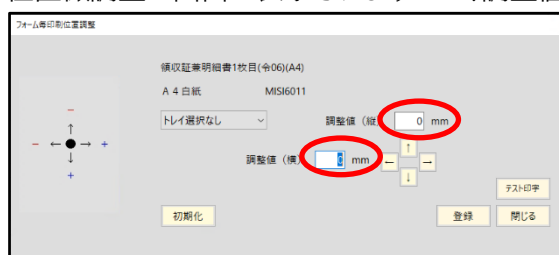
- ① メニュー画面より **環境設定** を開きます。
- ② **F1 帳票位置** キーを押します。
- ③ 印字位置調整を行いたいファイル名に、カーソルを合わせて **Enter** を押します。

調整フォーム選択

※ 改正対応の領収証・明細書のファイル名は、上記、新ファイル名を確認し選択してください。

番号	帳票名	用紙種類	ファイル名
6	領収証兼明細書1枚目(令06)(A4)	A 4 白紙	MISI6011
7	領収証兼明細書2枚目(平26)(A4)	A 4 白紙	MISI4012
8	領収証兼明細書1枚目(令06)(A5)	A 5 白紙	MISI6021
9	領収証兼明細書2枚目(平26)(A5)	A 5 白紙	MISI4022
10	領収証兼明細書1枚目(令06)(A5)合計欄のみ文字拡大	A 5 白紙	MISI6023
11	領収証兼明細書1枚目(令06)(A5)文字拡大	A 5 白紙	MISI6031
12	領収証兼明細書2枚目(平26)(A5)文字拡大	A 5 白紙	MISI4032
13	領収証兼明細書1枚目(令06)(A5)合計欄文字拡大	A 5 白紙	MISI6033
14	領収証兼明細書1枚目(令06)(A5)合計欄文字拡大JANコード	A 5 白紙	MISI6033J
15	領収証兼明細書1枚目(令06)(A5)中文字	A 5 白紙	MISI6063
16	領収証兼明細書1枚目(令06)(A5)中文字JANコード	A 5 白紙	MISI6063J

- ④ 印字位置微調整の画面が表示されますので、調整値(タテ)及び調整値(ヨコ)補正を行ってください。



- ⑤ 数値入力後、必ず **登録** を押します。その後 **テスト印字** を押すと、変更された印字位置を確認する事ができます。
- ⑥ 印字調整を終了する場合は、**閉じる** を押して、**F12 戻る** を押すと環境設定画面に戻ります。

● 事務等の簡素化・効率化

- レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行い、レセプト作成に係る事務負担軽減を図る。

別表 1_診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(医科)] <抜粋>

	現 行		改定後
区 分	マスターコード	正式名称	記載不要
再診料	820100005	月の途中まで乳幼児	診療行為で入力していると、レセプト電算のイメージ表示で名称が空白になり、正しい請求レセプトの作成ができません。入力しないでください。
在 宅	850100093	往診を行った年月日	

- いわゆる湿布薬の処方枚数制限の規定に関して、該当品目の承認状況を踏まえ、「湿布薬」の用語を見直す。

別表 1_診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(医科)]

	記載事項	マスターコード	正式名称
現 行	(<u>湿布薬</u> を投与した場合) 所定単位当たりの薬剤名、 <u>湿布薬</u> の枚数としての投与量を記載した上で、 <u>湿布薬</u> の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。	830100204	<u>湿布薬</u> の1日用量又は投与日数(薬剤料);*****
改定後	(鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する <u>貼付剤</u> を投与した場合) 所定単位当たりの薬剤名、 <u>貼付剤</u> の枚数としての投与量を記載した上で、 <u>貼付剤</u> の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。		鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する <u>貼付剤</u> の1日用量又は投与日数(薬剤料);*****