

令和6年度診療報酬改定の概要

【重点分野Ⅰ（救急医療、小児・周産期医療、がん医療）】

厚生労働省保険局医療課

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

令和6年度診療報酬改定

8. 重点的分野における対応

- (1) 救急医療
- (2) 小児医療及び周産期医療
- (3) がん医療及び緩和ケア
- (4) 認知症
- (5) 精神医療
- (6) 難病患者に対する医療

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	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



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

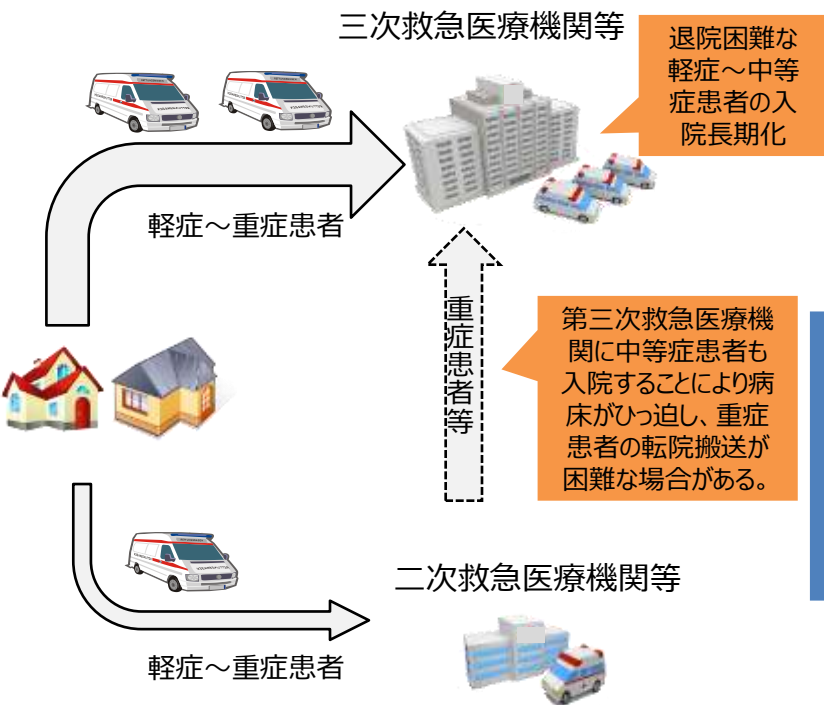
急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

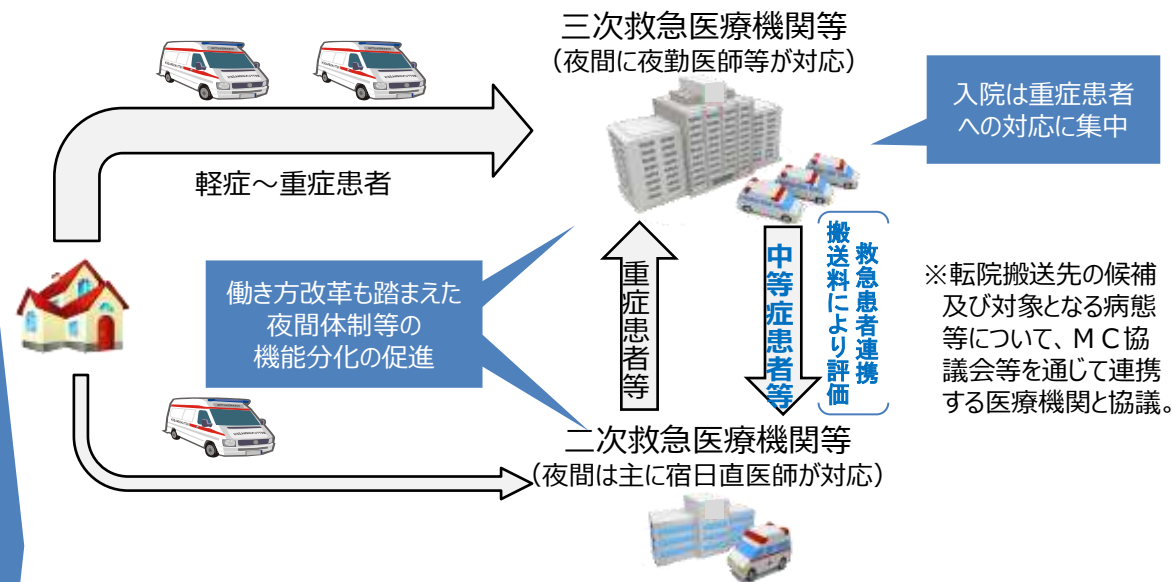
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

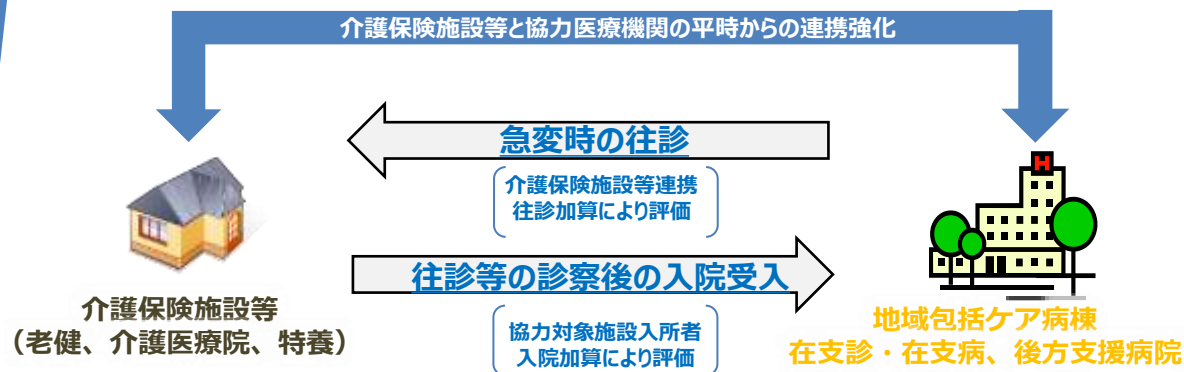


○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。



○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



救急医療管理加算の見直し

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算2を算定する場合のうち「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

現行

【救急医療管理加算】
 [算定要件]
 (略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、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。



改定後

【救急医療管理加算】
 [算定要件]
 (略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、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、救急医療管理加算2を算定する患者については、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。
[ただし書きに規定する施設基準]
救急医療管理加算2を算定する患者のうち、5割以上が「その他の重症な状態」であること。

- 「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化するとともに、患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類等について見直しを行う。

現行

【救急医療管理加算】
 [算定要件]
 ・救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
 ア、イ (略)
 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
 エ～シ (略)
 ・救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - イ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標



改定後

【救急医療管理加算】
 [算定要件]
 ・救急医療管理加算1の対象となる患者は、別表に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。
 一、二 (略)
三 呼吸不全で重篤な状態 **四 心不全で重篤な状態**
 五～十三 (略)
 ・救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 (P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。)

令和6年度診療報酬改定

8. 重点的分野における対応

- (1) 救急医療
- (2) 小児医療及び周産期医療
- (3) がん医療及び緩和ケア
- (4) 認知症
- (5) 精神医療
- (6) 難病患者に対する医療

新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設

新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設

- 医療の質と医療安全を担保する観点から、新生児特定集中治療について十分な体制と実績を有する保険医療機関における、高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制について、新たな評価を行う。

(新) 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



[対象患者]

以下のいずれかに該当する新生児

- ・体外式膜型人工肺を実施している状態
- ・腎代替療法（血液透析、腹膜透析等）を実施している状態
- ・交換輸血を実施している状態
- ・低体温療法を実施している状態
- ・人工呼吸器を使用している状態（出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。）
- ・人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態
- ・人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態
- ・開胸手術、開頭手術、開腹手術等後に人工呼吸器を使用している状態
- ・新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など嚴重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態（合併症として発生した感染症は除く。）

[算定要件]（抜粋）

- ・ 当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して7日を限度として、所定点数を算定する。

[施設基準]（概要）

- 「A302」の「1」新生児特定集中治療室管理料1又は「A303」の「2」新生児集中治療室管理料の届出を行っている治療室の病床を単位として行うものであること。
- 専任の医師が常時、当該治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、新生児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。
- 当該治療室内の当該入院料の届出を行っている病床における助産師又は看護師の数は、常時、当該病床に係る入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。
- 当該治療室が次のアからウの基準を全て満たしていること。
 - ア 直近1年間の出生体重750グラム未満の新生児の新規入院患者数が4件以上であること。
 - イ 直近1年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数が6件以上であること。
 - ウ 直近1年間経鼻的持続陽圧呼吸療法を除く人工呼吸管理を要する新規入院患者数が30件以上であること。

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の見直し

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、**小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直す**とともに、**発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。**

現行

【小児特定疾患カウンセリング料】

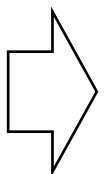
イ 医師による場合

- (1) 月の1回目 500点
- (2) 月の2回目 400点

ロ 公認心理師による場合 200点

[算定要件] (抜粋)

- 2年を限度として月2回に限り算定する。



改定後

【小児特定疾患カウンセリング料】

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

[算定要件] (抜粋)

- (1) 初回のカウンセリングを行った日から起算して、**2年以内の期間においては月2回に限り、2年を超える期間においては、4年を限度として、月1回に限り**、算定する。
- (2) 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。**



小児緩和ケア診療加算の新設

小児緩和ケア診療加算の新設

- 小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。



(新) 小児緩和ケア診療加算 700点

[算定要件] (抜粋)

- 小児緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の15歳未満の小児患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者又は家族等の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「小児緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。
- **末期心不全の患者とは、以下のアとイの基準及びウからオまでのいずれかの基準に該当するものをいう。**
 - ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
 - イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
 - ウ 左室駆出率が20%以下であること。
 - エ 医学的に終末期であると判断される状態であること。
 - オ ウ又はエに掲げる状態に準ずる場合であること。
- 小児緩和ケアチームは、必要に応じて家族等に対してもケアを行うこと。

[施設基準] (抜粋)

- 当該保険医療機関内に、以下から構成される小児緩和ケアに係るチーム（以下「小児緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師
 - イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師
 - ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
 - エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
 - オ 小児科の診療に従事した経験を3年以上有している専任の常勤医師**
 - カ 小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している専任の常勤看護師**

ア又はイの医師が小児科の診療に従事した経験を3年以上有する場合は、オの要件は満たしていることとする。ウの看護師が小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している場合は、カを満たしていることとする。なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

小児個別栄養食事管理加算の新設

(新) 小児個別栄養食事管理加算 70点

[算定要件] (概要)

小児緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。

小児かかりつけ診療料の見直し

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。

現行

【小児かかりつけ診療料】

- 小児かかりつけ診療料 1
 - イ 処方箋を交付する場合
 - (1) 初診時 641点 (2) 再診時 448点
 - ロ 処方箋を交付しない場合
 - (1) 初診時 758点 (2) 再診時 566点

- 小児かかりつけ診療料 2
 - イ 処方箋を交付する場合
 - (1) 初診時 630点 (2) 再診時 437点
 - ロ 処方箋を交付しない場合
 - (1) 初診時 747点 (2) 再診時 555点

[算定要件] (抜粋)

- 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ (略)

(新設)

(新設)

オ (略)

[施設基準]

(略)



改定後

【小児かかりつけ診療料】

- 小児かかりつけ診療料 1
 - イ 処方箋を交付する場合
 - (1) 初診時 **652点** (2) 再診時 **458点**
 - ロ 処方箋を交付しない場合
 - (1) 初診時 **769点** (2) 再診時 **576点**

- 小児かかりつけ診療料 2
 - イ 処方箋を交付する場合
 - (1) 初診時 **641点** (2) 再診時 **447点**
 - ロ 処方箋を交付しない場合
 - (1) 初診時 **758点** (2) 再診時 **565点**

[算定要件] (抜粋)

- 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ (略)

オ 発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。

カ 不適切な養育にも繋がりがうる育児不安等の相談に適切に対応すること。

キ (略)

[施設基準] (抜粋)

- 小児かかりつけ診療料 1 に関する施設基準

(1) (略)

(2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。

(3)・(4) (略)

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

- 小児かかりつけ診療料 2 に関する施設基準

(1) 1の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。

(2) (略)

小児医療の充実

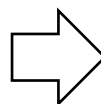
小児科外来診療料の評価の見直し

- 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。

現行

【小児科外来診療料】

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
 イ 初診時 599点 □ 再診時 406点
- 2 1以外の場合
 イ 初診時 716点 □ 再診時 524点



改定後

【小児科外来診療料】

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
 イ 初診時 **604点** □ 再診時 **410点**
- 2 1以外の場合
 イ 初診時 **721点** □ 再診時 **528点**

小児特定集中治療室管理料の見直し

- 臓器移植を行った小児の算定上限日数を延長する。

改定後

15歳未満の小児	14日
15歳未満の小児のうち、急性血液浄化（腹膜透析は除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎、心筋症 のいずれかに該当する患者	21日
15歳未満の小児のうち、臓器移植を行った（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者	30日
15歳未満の小児のうち、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者	35日
手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児 ※同一入院期間で新生児であった患者も含むものとする。	55日

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の見直し

- 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直す。

現行

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

〔算定要件〕（抜粋）

急性気道感染症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。



改定後

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

〔算定要件〕（抜粋）

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。

（参考）耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算（令和4年度診療報酬改定において新設）

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

〔算定要件〕（概要）

急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、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場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設（再掲）

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

- 医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。



（新） 医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点

[対象患者]

医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）

[算定要件]

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、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日以上のものでなく。）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。

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。**

3 区分番号A246の注7に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 直近1年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件以上であること。
- (2) 令和7年5月31日までの間に限り、(1)の基準を満たしているものとする。

一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料3の見直し

小児入院医療管理料3の見直し

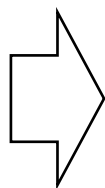
- ▶ 少子化等による入院患者の減少により1病棟を維持できない小児科病棟があることから、小児入院医療管理料3について、一般病棟（7対1に限る）との**一体的な運用を可能**とする。
- ▶ 一体的な運用を行い**成人患者との混合病棟となる場合**は、小児患者が安心して療養生活を送れるよう、**小児用の病床を集めて区域特定する**等、環境整備に配慮すること。

現行

【小児入院医療管理料】

〔施設基準〕（概要）

- 2 小児入院医療管理料1、2、3及び4の施設基準
 (1)~(5) (略)
 (新設)



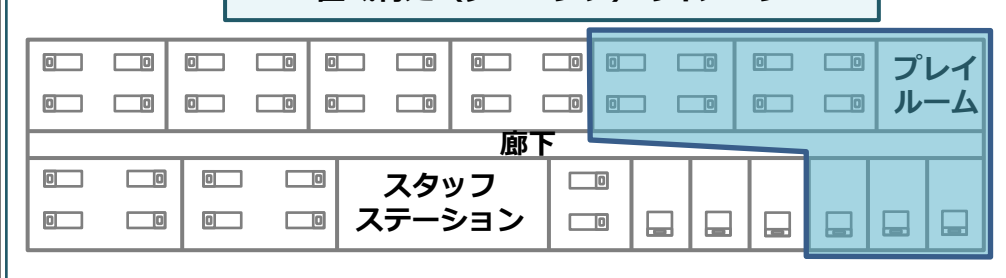
改定後

【小児入院医療管理料】

〔施設基準〕（概要）

- 2 小児入院医療管理料1、2、3及び4の施設基準
 (1)~(5) (略)
 (6) **小児入院医療管理料3**を算定しようとする保険医療機関であつて、平均入院患者数が**概ね30名程度以下の小規模な病棟を有する場合は、急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）の7対1入院基本料又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料を算定すべき病棟と当該小児病棟を併せて1看護単位とすることができる**。ただし、この場合は次の点に留意すること。
 ア 小児入院医療管理料3を算定する病床を集めて**区域特定する等により、小児患者が安心して療養生活を送れる環境を整備**すること。
 イ アの**区域特定した病床における夜勤については、看護職員を2人以上配置していることが望ましく、かつ、当該病棟における夜勤については、看護職員を3人以上配置していることが望ましい**。

区域特定（ゾーニング）のイメージ



子どもの成長・発達及び希望により付き添う家族等に配慮した小児入院医療体制の確保

小児入院医療管理料における複数名の保育士配置の評価

- 小児入院医療管理料の注2及び注4の加算について、保育士を複数名配置している場合の評価を新設する。

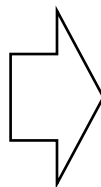
現行

【小児入院医療管理料】

[算定要件] (概要)

注2 1日につき100点を所定点数に加算する。

注4 重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。



改定後

【小児入院医療管理料】

[算定要件] (概要)

注2	ア	保育士1名の場合	100点
	イ	保育士2名以上の場合	180点
注4	ア	重症児受入体制加算1	200点
	イ	重症児受入体制加算2	280点



小児入院医療管理料における看護補助者の配置の評価

- 小児入院医療管理料に、夜間を含めて看護補助者を配置している場合の評価を新設する。

(新) 看護補助加算 (1日につき) 151点

[算定要件]

小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者にについて、入院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。

[施設基準]

- (1) 看護補助者が30:1以上配置されていること。
- (2) 夜勤を行う看護補助者が75:1以上配置されていること。
- (3) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき) 156点

[算定要件] ※看護補助加算と同様

[施設基準]

- (1) 看護補助者が30:1以上配置されていること。
- (2) 夜勤を行う看護補助者が75:1以上配置されていること。
- (3) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

付き添う環境への配慮

- 小児入院医療管理料において、小児の家族等が希望により付き添う場合は、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に配慮することを規定する。

入退院支援加算3の見直し

入退院支援加算3の見直し

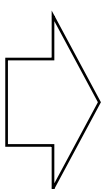
- 入退院支援加算3の算定対象について、転院搬送された児であって退院困難な要因を有する患者の場合も算定可能とする。

現行

【入退院支援加算3】

〔算定要件〕（概要）

入退院支援加算3は、当該入院期間中に区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において入退院支援加算3を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。（略）



改定後

【入退院支援加算3】

〔算定要件〕（概要）

入退院支援加算3は、当該入院期間中に区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者（他の保険医療機関において入退院支援加算3を算定していない患者を含む）又は他の保険医療機関において入退院支援加算3を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。（略）

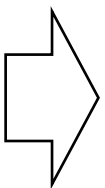
- 入退院支援加算3の施設基準で求める入退院支援部門の専任の看護師の経験について、新生児の集中治療だけでなく小児科病棟における経験も含めることとする。

現行

【入退院支援加算3】

〔施設基準〕（概要）

当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。（略）



改定後

【入退院支援加算3】

〔施設基準〕（概要）

当該入退院支援部門に入退院支援、5年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師（3年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。）又は入退院支援、5年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有する専任の看護師（3年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。）及び専従の社会福祉士が配置されていること。（略）



不適切な養育等が疑われる患者に対する支援体制の評価

精神科養育支援体制加算の新設

- 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

(新) 精神科養育支援体制加算 300点(入院初日)

[対象患者]

- ・ 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。

[算定要件]

- ・ 当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

[施設基準] (概要)

- (1) 以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者への支援を行う「精神科養育支援チーム」が設置されていること
 - ア 小児医療及び児童・思春期の精神医療に関する十分な経験を有する専任の常勤精神保健指定医
 - イ 20歳未満の精神疾患を有する患者の看護に従事する専任の常勤看護師
 - ウ 20歳未満の精神疾患を有する患者の支援に係る経験を有する専任の常勤精神保健福祉士
 - エ 20歳未満の精神疾患を有する患者の支援に係る経験を有する専任の常勤公認心理師
- (2) 養育支援チームの業務
 - ア 養育支援に関するプロトコルの整備及び定期的なプロトコルの見直し。
 - イ 虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者が発見された場合に、院内からの相談に対応。
 - ウ 主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う。
 - エ 虐待等不適切な養育が疑われた症例を把握・分析し、養育支援の体制確保のために必要な対策を推進。
 - オ 精神科養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。当該研修は精神科養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年2回程度実施されていること。
- (3) (1)のウ及びエを構成する精神保健福祉士及び公認心理師については、児童・思春期精神科入院医療管理料における専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師との兼任は可能である。
- (4) (2)のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。

周産期医療の充実

母体・胎児集中治療室管理料の見直し

- 周産期医療における集中的・効率的な提供を推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。

現行

【母体・胎児集中治療室管理料】

【施設基準】（抜粋）

ア（略）

イ 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

ウ～キ（略）

ク 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする

改定後

【母体・胎児集中治療室管理料】

【施設基準】（抜粋）

ア（略）

イ 以下のいずれかを満たすこと。

① 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。**当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。**ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。

② 専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が**常時2名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち1名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。**なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。

ウ～キ（略）

ク 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

ケ 「A234」に掲げる医療安全対策加算1の届出を行っていること。

改定後の医師の配置イメージ

①専任の医師(宿日直を行う医師ではない)が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。

②医療機関内に産科医師が2名いること(宿日直を行う医師を含む)。1名は治療室専任とする。

外来 一般病棟

別の医師が対応

MFICU

常時治療室内常駐医師(宿日直を行う医師ではない)

外来 一般病棟

院内にいる産科医が対応

MFICU

専任の医師(宿日直を行う医師を含む)

ハイリスク妊娠管理加算の見直し

- ハイリスク妊娠管理加算のうち、早産に係る対象患者について、分娩時の妊娠週数が、22週から32週未満である早産の患者であることを明確化する。

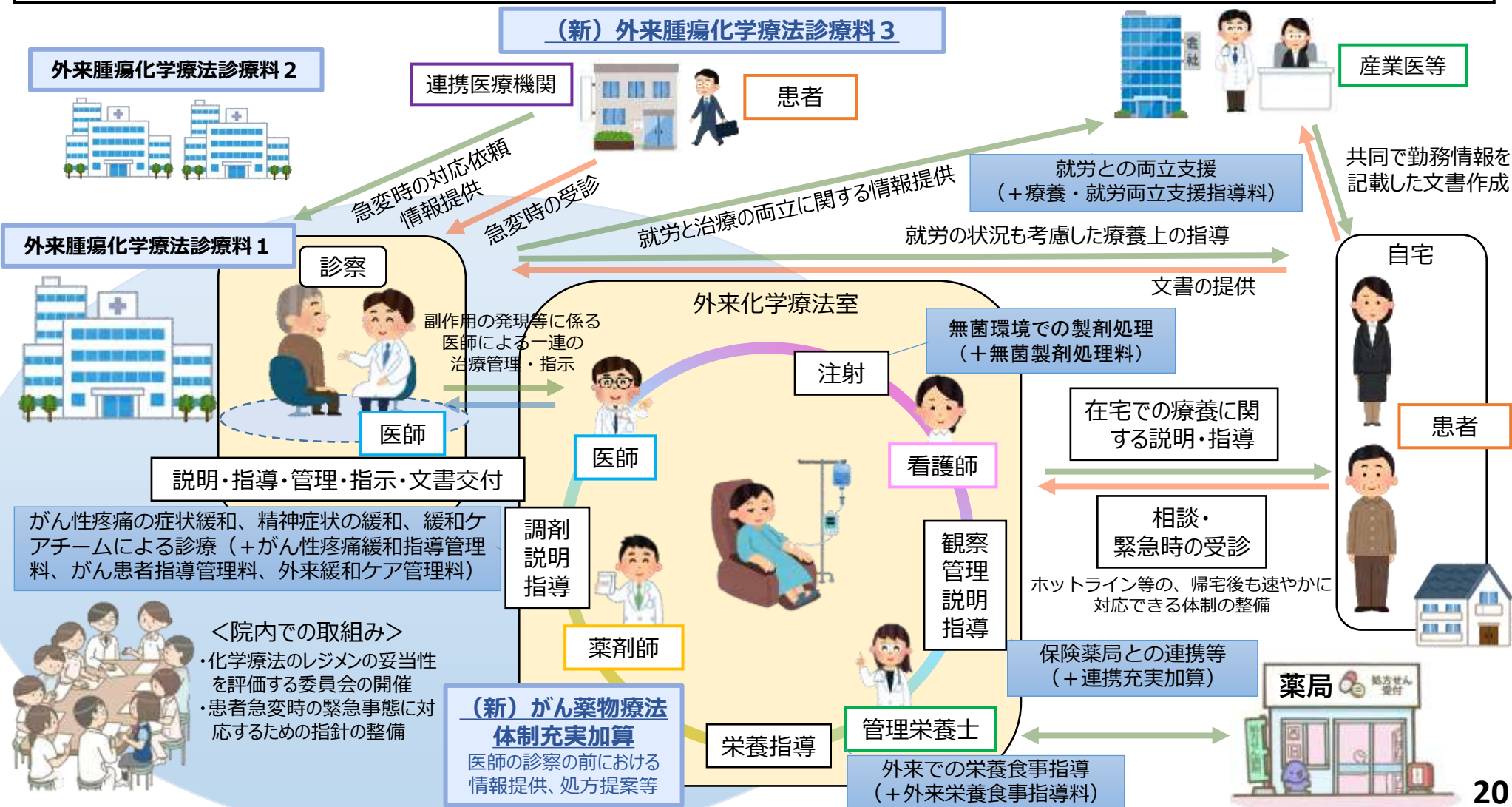
令和6年度診療報酬改定

8. 重点的分野における対応

- (1) 救急医療
- (2) 小児医療及び周産期医療
- (3) がん医療及び緩和ケア**
- (4) 認知症
- (5) 精神医療
- (6) 難病患者に対する医療

外来腫瘍化学療法の普及・推進（イメージ）（再掲）

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



外来腫瘍化学療法診療料の見直し① (再掲)

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

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

現行

【外来腫瘍化学療法診療料】

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

(新設)



改定後

【外来腫瘍化学療法】

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

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

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

外来腫瘍化学療法診療料3の新設

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

（新） 外来腫瘍化学療法診療料3

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

（1）初回から3回目まで

540点

（2）4回目以降

280点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

180点



【算定要件】

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

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

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

(4)～(7) (略)

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

(9)、(10) (略)

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

外来腫瘍化学療法診療料3の新設

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

（新） 外来腫瘍化学療法診療料3

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

（1）初回から3回目まで

540点

（2）4回目以降

280点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

180点



【施設基準】

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

<外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準（抜粋）>

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

<外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準（抜粋）>

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

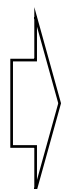
外来腫瘍化学療法診療料の見直し③ (外来腫瘍化学療法診療料1) (再掲)

外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準の見直し

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

現行

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



改定後

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

<外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準(抜粋)>

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

外来腫瘍化学療法診療料の見直し④ (がん薬物療法体制充実加算) (再掲)

がん薬物療法体制充実加算の新設

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

(新) がん薬物療法体制充実加算 100点 (月1回に限り)

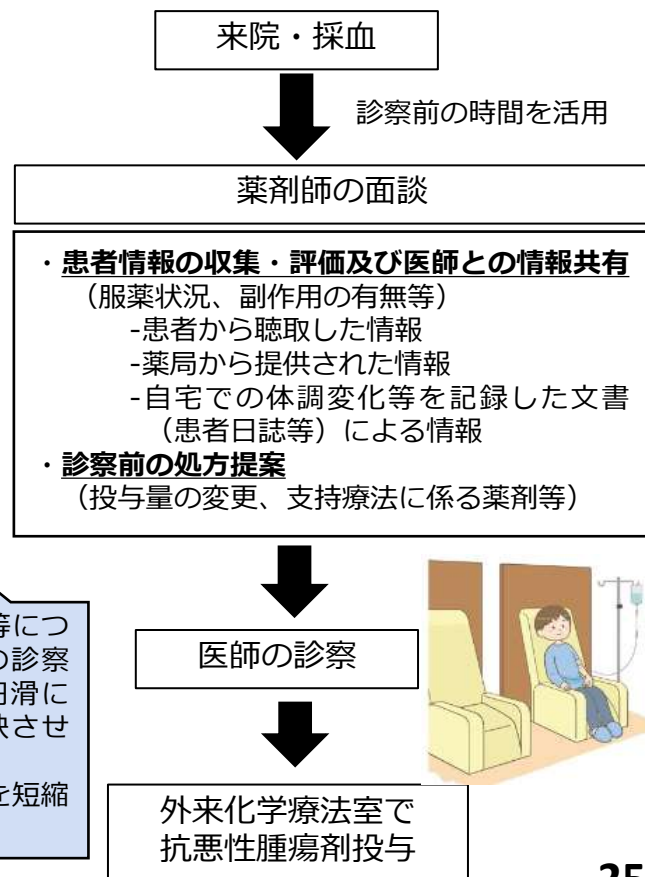
[算定要件]

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

[施設基準]

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

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



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②（再掲）

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の中で共有されている**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医師が療養上必要な指導を行った場合の評価**を新設する。

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

[算定要件]

- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、**医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合**であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に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。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、**当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点**を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

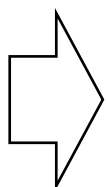
- 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

現行

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件(該当部分概要)]

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。



改定後

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件(該当部分概要)]

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。**ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。**

がん性疼痛緩和指導管理料及びがん拠点病院加算の見直し

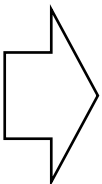
難治性がん性疼痛緩和指導管理加算の新設

- ▶ がん性疼痛緩和指導管理料において、放射線治療と神経ブロックを実施する体制及び実績を有する医療機関における、当該治療が必要な患者に対して、診療方針等について文書を用いて説明を行った場合に係る評価を新設する。

現行

【がん性疼痛緩和指導管理料】
[算定要件]
(新設)

[施設基準]
(新設)



改定後

【がん性疼痛緩和指導管理料】
[算定要件]
注2 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。

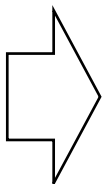
[施設基準]
次に掲げる基準を全て満たしていること。
(1) 「M001の2」高エネルギー放射線治療の届出を行っていること。
(2) 「L101」に掲げる神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）を年間合計10例以上実施していること。
(3) がん性疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックをがん患者に提供できる体制について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページに掲示していること。

がん拠点病院加算の見直し

- ▶ 都道府県がん診療連携拠点病院及び特定領域がん診療連携拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を明確化するとともに、地域がん診療拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を新設する。

現行

【がん拠点病院加算】
[算定要件]
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、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。



改定後

【がん拠点病院加算】
[算定要件]
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、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、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、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、1のイ又は口の当該加算の点数に代えて、それぞれ300点又は100点を所定点数に加算する。

[ただし書きに規定する施設基準]
都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院又は地域がん診療拠点病院の特例型に指定されている保険医療機関であること。