

**日本在宅療養支援病院連絡協議会
令和7年度 第7回勉強会**

2026年度診療報酬改定 在宅療養支援病院の 具体的な対策

**講師 (株)ASK梓診療報酬研究所
所長 中 林 梓**

改定に当たっての基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

【重点課題】

【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
 - ・医療従事者の処遇改善
 - ・業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進
 - ・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
 - ・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策
 - ・診療報酬上求める基準の柔軟化

等

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

等

(2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 「治し、支える医療」の実現
 - ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
 - ・円滑な入退院の実現
 - ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等

1

OTC 類似薬の保険給付の見直し【政調会長間合意（令和 7 年 12 月 19 日）】

○ 別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みの創設

趣旨： ①医療用医薬品の給付を受ける患者と O T C 医薬品で対応している患者との公平性の確保
②現役世代の保険料負担の軽減

見直し内容： 他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、長期収載品で求めているような別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和 8 年度中に実施。【法改正事項】

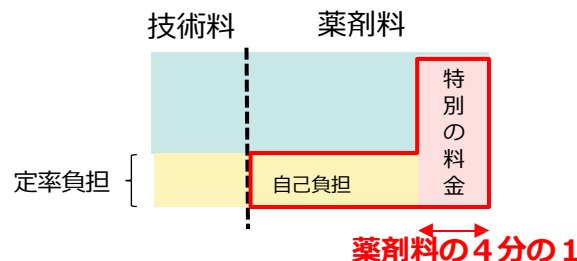
○ 特別の料金の対象となる医薬品の範囲 ・ 特別の料金の設定

対象医薬品の範囲： 77 成分（※）（約 1,100 品目）

（※） OTC 医薬品と成分・投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品を機械的に選択。

特別の料金： 対象薬剤の薬剤費の 1 / 4

セルフメディケーションに関する国民の理解や、 O T C 医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチ O T C 化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整を進めるとともに、令和 9 年度以降に対象となる医薬品の範囲の拡大や特別な料金の引き上げについて検討。



○ 配慮が必要な者（特別の料金を求めない方）

こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討。

特別の料金の対象となる医薬品の範囲について

今般の見直しで、特別の料金の対象となる医薬品は、OTC医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大容量が異なる医療用医薬品であり、下記の数字は機械的に選定したもの。

○ **成分数** 77

○ **品目数** 約1,100

○ **主な対応症状**

- ・ 鼻炎（内服・点鼻）
- ・ 胃痛・胸やけ
- ・ 便秘
- ・ 解熱・痛み止め
- ・ 風邪症状全般
- ・ 腰痛・肩こり（外用）
- ・ みずむし
- ・ 殺菌・消毒
- ・ 口内炎
- ・ おでき・ふきでもの
- ・ 皮膚のかゆみ・乾燥肌 等

特別料金の対象となる医薬品の成分一覧(案)

※ OTC医薬品と成分・投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品を機械的に選定。

No	有効成分	用途
1	アシクロビル	抗ウイルス薬
2	アシタザノラスト水和物	抗アレルギー薬
3	アスコルビン酸	ビタミン剤
4	アンモニア水	鎮痛鎮痒収斂消炎剤
5	イソコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
6	イソプロパノール	殺菌消毒剤
7	イトプリド塩酸塩	胃薬
8	イブプロフェン	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
9	イブプロフェンピコノール	非ステロイド系消炎鎮痛剤
10	インドメタシン	鎮痛消炎剤
11	エタノール	殺菌消毒剤
12	エピナスチン塩酸塩	抗アレルギー薬
13	L-カルボシステイン	去痰薬
14	塩酸テトラヒドロゾリン・プレドニゾン	点鼻用血管収縮剤
15	オキシコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
16	オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン	抗生物質・副腎皮質ホルモン配合剤

17	オキシドール	殺菌消毒剤
18	オリーブ油	皮膚保護剤
19	希ヨードチンキ	殺菌消毒剤
20	クロトリマゾール	抗真菌薬
21	クロラムフェニコール	抗生物質
22	クロラムフェニコール・フラジオマイシン硫酸塩・プレドニゾロン	抗生物質
23	クロルヘキシジングルコン酸塩	殺菌消毒剤
24	ケトチフェンフマル酸塩	抗アレルギー薬
25	サリチルアミド・アセトアミノフェン・無水カフェイン・プロメタジンメチレンジサリチル酸塩	総合感冒剤
26	サリチル酸	寄生性皮膚疾患剤
27	サリチル酸メチル・dl-カンフル・トウガラシエキス	鎮痛消炎剤
28	サリチル酸メチル・l-メントール・dl-カンフル	鎮痛消炎剤
29	サリチル酸メチル・l-メントール・dl-カンフル・グリチルレチン酸	鎮痛消炎剤
30	酸化マグネシウム	制酸・緩下剤
31	酸化亜鉛	収れん・消炎・保護剤
32	次亜塩素酸ナトリウム	殺菌消毒剤
33	ジクロフェナクナトリウム	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
34	消毒用エタノール	殺菌消毒剤

No	有効成分	用途
35	静脈血管叢工キス	痔治療薬
36	精製水	溶解剤
37	炭酸水素ナトリウム	胃腸薬
38	沈降炭酸カルシウム・コレカルシフェロール・炭酸マグネシウム	カルシウム配合剤
39	チンク油	消炎薬
40	デキサメタゾン	ステロイド
41	テルビナフィン塩酸塩	抗真菌薬
42	トコフェロール酢酸エステル	ビタミン剤
43	トリアムシノロンアセトニド	口内炎・舌炎薬
44	尿素	皮膚軟化剤
45	白色ワセリン	軟膏基剤
46	ハチミツ	矯味剤
47	ピコスルファートナトリウム水和物	緩下剤
48	ピサコジル	便秘薬
49	ビダラビン	抗ウイルス薬
50	ヒドロコルチゾン酪酸エステル	ステロイド
51	フェキソフェナジン塩酸塩	抗アレルギー薬

52	フェキソフェナジン塩酸塩・塩酸プソイドエフェドリン	抗アレルギー薬
53	フェルビナク	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
54	ブテナフィン塩酸塩	抗真菌薬
55	複方ヨード・グリセリン	口腔用殺菌消毒剤
56	ブドウ酒	滋養強壮薬
57	フラボキサート塩酸塩	頻尿・残尿感薬
58	フルチカゾンプロピオン酸エステル	ステロイド
59	プレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステル	ステロイド
60	ベタメタゾン吉草酸エステル	ステロイド
61	ベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩	ステロイド
62	ヘパリン類似物質	血行促進・皮膚保湿剤
63	ベポタスチンベシル酸塩	抗アレルギー薬
64	ベミロラストカリウム	抗アレルギー薬
65	ベルバリン塩化物水和物・ゲンノシヨウコエキス	止瀉剤
66	ベンザルコニウム塩化物	殺菌消毒剤
67	ホウ砂	眼科用剤
68	ホウ酸	眼洗浄・消毒薬
69	ポビドンヨード	殺菌消毒剤
70	ポリエーホスファチジルコリン	高脂血症薬
71	マルツエキス	乳幼児用便秘薬
72	ミコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
73	無水エタノール	殺菌消毒剤
74	モメタゾンフランカルボン酸エステル水和物	アレルギー性鼻炎治療薬
75	ヨウ素	殺菌消毒剤
76	ロキソプロフェンナトリウム水和物	解熱消炎鎮痛剤
77	ロラタジン	抗アレルギー薬

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告(医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(生育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保(実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化(目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

I 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

1. 診療報酬 +3.09%（R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%）（R8年6月施行）

※1 うち、賃上げ分 +1.70%（2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%） **令和8年、9年の2段階の引き上げ**

- ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のベアを実現するための措置
- ・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 +0.76%（2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%）

- ・特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%）
- ・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09%（入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- ・患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%

- ・配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%）

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

※6 うち、※1～5以外分 +0.25% 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価： ▲0.86%（R8年4月施行）
材料価格： ▲0.01%（R8年6月施行）
合計： ▲0.87%

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

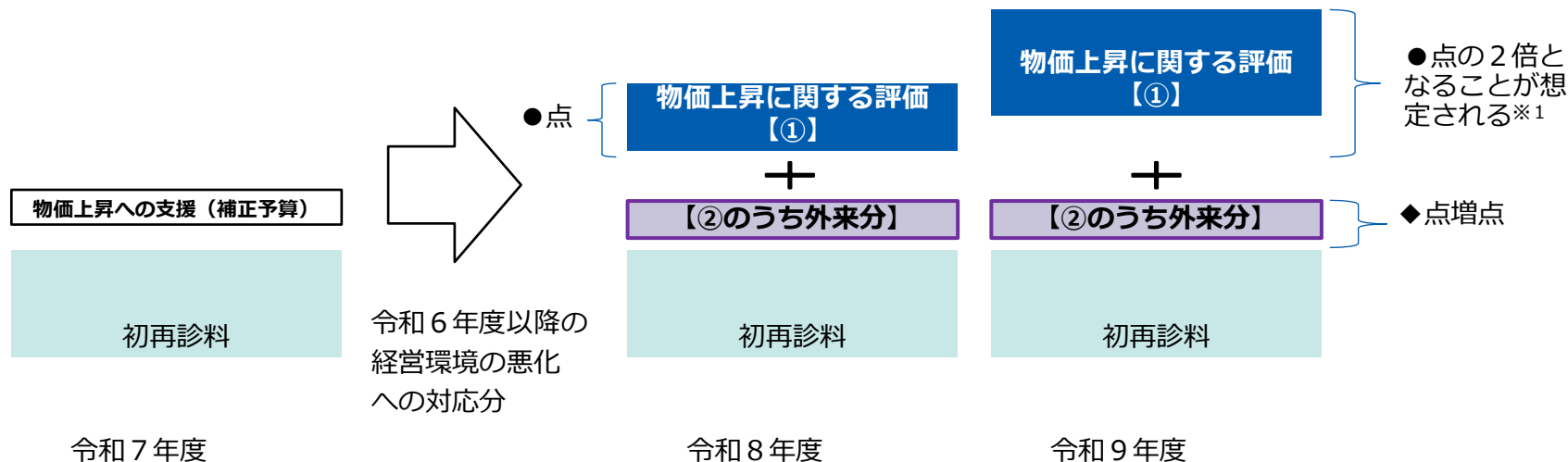
外来における物価上昇対応について（案）

中医協 総 - 1
8 . 1 . 9

- 外来診療に関する物価上昇への対応について、大臣折衝における考え方を踏まえ、以下の通りとしてはどうか。
- ・ ①令和8年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等（初・再診料に加え、訪問診療料や、初・再診料の評価が包括される診療報酬項目を含む）とは別に、初・再診時等に算定できる物価上昇に関する評価を設定する。
 - ・ ②令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、初・再診料等の評価に含める。
 - ・ こうした評価の水準については、医科診療所・歯科診療所の改定率を踏まえて設定することとする。

【大臣折衝における記載】

- ① 物価対応分 +0.76%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%）。
特に、**令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%（令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応する**
- ②③ **令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。**
配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。
- ※実際の経済・物価の動向が**令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合**には（中略）**令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。**



※1 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施
※2 薬局・訪問看護ステーションについても同様の考え方で対応

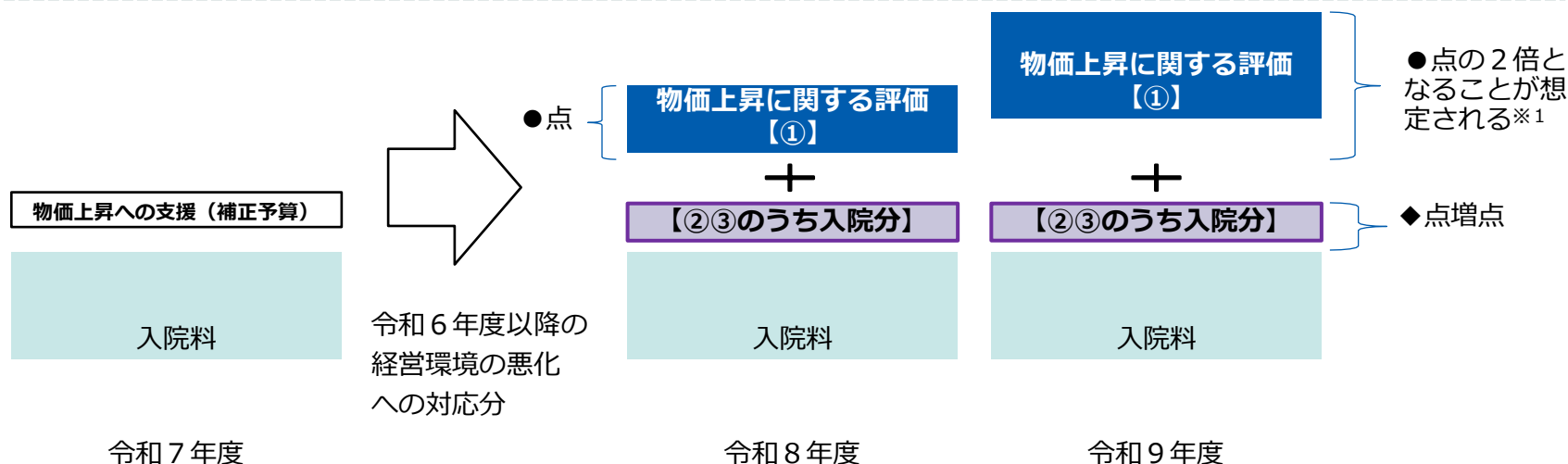
入院における物価上昇対応について（案）①

中医協 総－1
8 . 1 . 9

- 入院診療に関する物価上昇への対応について、大臣折衝における考え方を踏まえ、以下の通りとしてはどうか。
- ・ ①令和8年度以降の物価上昇への対応については、外来における物価上昇対応と同様に、段階的に対応する必要があることを踏まえ、入院料等（入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料3）とは別に、入院料等の算定時に算定可能な、物価上昇に関する評価を設定する。
 - ・ ②③令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、入院料等の評価に含める。
- ※なお、こうした評価の水準は、病院の改定率（入院・外来を含む）から、前頁による外来診療における物価上昇対応の評価を差し引いた規模となるよう調整する必要がある。

【大臣折衝における記載】

- ① 物価対応分 +0.76%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%）。
特に、**令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%（令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応する**
- ②③ **令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。**
配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、**施設類型ごとのメリハリを維持することとする。**
- ※1 実際の経済・物価の動向が**令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合**には（中略）**令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。**



※1 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施

入院における物価上昇対応について（案） ②

中医協 総－6
8．1．14改

- 入院診療に関する物価上昇への対応にあたり、まず、入院料毎の、収入に占める物件費率を見積もる必要があることから、次のように見積もってはどうか。
- ・医療機能によって物件費率に差異があることから、入院料を特定機能病院、急性期、回復期、慢性期、精神にグループ化し、「入院料グループ」毎に異なる物件費（委託費を含まない）率及び委託費率を求める。
 - ・しかし、入院料毎の物件費のデータは存在しないことから、急性期、回復期、慢性期、精神の各々の機能グループの病棟が病院の大半（例えば80%以上）を占める病院のデータを用いて病院の物件費率・委託費率を算出することとし、これをもって、当該「入院料グループ」の物件費率＜P＞・委託費率＜Q＞として用いる。

入院料グループ	対象となる入院料
特定機能病院	特定機能病院入院基本料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
急性期	一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、地域包括医療病棟入院料、小児入院医療管理料、特定一般病棟入院料
地域包括ケア	地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）
回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟入院料（入院医療管理料）
慢性期	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料（入院医療管理料） 緩和ケア病棟入院料
精神	精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料

※物件費率を入院料グループごとに算出する考え方は、令和元年の消費税補填の際の考え方と同様。

※物件費率の算出に用いる範囲としては、特定保険医療材料以外の診療材料費、食費等を除く委託費、減価償却費、光熱費等のその他の経費が含まれる。

令和7年度補正予算による支援の考え方を踏まえた入院料への配分

中医協 総-1
8.1.9改

- 令和6年度改定以降の経営状況の悪化に対する対応については、大臣折衝において維持するとされた、令和7年度補正予算の考え方を踏まえ、回復期、精神、慢性期については、入院1日あたり定額を配分する。
- 回復期と精神については、上記に加え、救急加算分を、入院1日あたり定額に上乗せする。
- 急性期については、財源を一体化した上で、補正予算の配分額に応じて特定機能病院、急性期病院、その他の急性期の3類型へ配分したうえで、①の配分の考え方と同様に、1人1日あたり入院費に応じて配分額を算出する。

【大臣折衝における記載】

②③ 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。

配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。

急性期

回復期

精神

慢性期

【補正予算における対応の考え方】

③救急加算
(救急搬送件数に応じた支援)

③救急加算

③救急加算

② 1床あたりでの支援

機能により入院料を3区分した上で、それぞれに財源を配分し、更に入院料ごとの物件費等の額に応じて配分※1

【診療報酬における考え方】

1) 特定機能病院
の急性期病床

2) 急性期病院
の急性期病床

3) その他の病院の
急性期病床

救急加算
相当分※2

救急加算
相当分※2

②入院1日あたり定額を配分

※1 配分に当たっては、回復期、精神、慢性期の1日あたり定額を下回らないように設定

※2 回復期では地域包括ケア病棟入院料、

精神では精神病棟入院基本料10対1～15対1、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料に救急加算分を上乗せすることを想定

3



① 物件費の高騰を踏まえた対応

第1 基本的な考え方

これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料等及び入院基本料等について必要な見直しを行う。また、令和8年度及び令和9年度における物件費の更なる高騰に対応する観点から、その担う医療機能も踏まえつつ、物価高騰に対応した新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医科診療報酬

(1) 診療所については、初・再診料、有床診療所入院基本料等について、所要の点数の引上げを行う。

(2) 病院については、診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料において引き上げるとともに、入院料はその機能に応じて、所要の点数を引き上げる。

初診料	改定前	改定後
初診料	291点	291点
注1 情報通信機器を用いた場合	253点	253点
注2 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等であって、紹介割合等が低い場合	216点	216点
(注2のうち、情報通信機器を用いた場合)	188点	188点
注3 400床以上の特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等であって、紹介割合等が低い場合	216点	216点
(注3のうち、情報通信機器を用いた場合)	188点	188点
注4 妥結率が低い場合	216点	216点
(注4のうち、情報通信機器を用いた場合)	188点	188点



① 物件費の高騰を踏まえた対応

初診料	改定前	改定後
注5 同一日に2科目目を初診として受診した場合	146点	146点
(注5のうち、情報通信機器を用いた場合)	127点	127点
(注5のうち、注2から注4に該当する場合)	108点	108点
(注5のうち、注2から注4に該当し、情報通信機器を用いた場合)	94点	94点

再診料	改定前	改定後
再診料	<u>75点</u>	<u>76点</u>
注2 妥結率が低い場合	<u>55点</u>	<u>56点</u>
注3 同一日に2科目目を再診として受診した場合	<u>38点</u>	<u>39点</u>
(注3のうち、注2に該当する場合)	<u>28点</u>	<u>29点</u>



① 物件費の高騰を踏まえた対応

一般病棟入院基本料	改定前	改定後
1. 急性期一般入院基本料		
イ 急性期一般入院料 1	<u>1,688点</u>	<u>1,874点</u>
ロ 急性期一般入院料 2	<u>1,644点</u>	<u>1,779点</u>
ハ 急性期一般入院料 3	<u>1,569点</u>	<u>1,704点</u>
ニ 急性期一般入院料 4	<u>1,462点</u>	<u>1,597点</u>
ホ 急性期一般入院料 5	<u>1,451点</u>	<u>1,575点</u>
ヘ 急性期一般入院料 6	<u>1,404点</u>	<u>1,523点</u>
2. 地域一般入院基本料		
イ 地域一般入院料 1	<u>1,176点</u>	<u>1,290点</u>
ロ 地域一般入院料 2	<u>1,170点</u>	<u>1,282点</u>
ハ 地域一般入院料 3	<u>1,003点</u>	<u>1,097点</u>
特別入院基本料	<u>612点</u>	<u>704点</u>

※ 初再診料が包括されるその他の点数、訪問診療料及びその他の入院料等についても同様に対応する。



① 物件費の高騰を踏まえた対応

4. 訪問看護療養費

訪問看護管理療養費を引き上げる。また、新設する包括型訪問看護療養費についても同様の対応を行う。

訪問看護管理療養費	改定前	改定後
1 月の初日の訪問の場合		
イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1	<u>13,230円</u>	<u>13,760円</u>
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2	<u>10,030円</u>	<u>10,460円</u>
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費 3	<u>8,700円</u>	<u>9,030円</u>
<u>ニ 機能強化型訪問看護管理療養費 4</u>	<u>(新設)</u>	<u>9,030円</u>
ホ イからニまで以外の場合	<u>7,670円</u>	<u>7,710円</u>
2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）		
イ 単一建物居住者が20人未満	<u>(新設)</u>	<u>3,010円</u>
ロ 単一建物居住者が20人以上49人以下	<u>(新設)</u>	<u>2,510円</u>
（1）1月当たり訪問日数が15日以下の場合		
（2）1月当たり訪問日数が16日以上24日以下の場合	<u>(新設)</u>	<u>2,310円</u>
（3）1月当たり訪問日数が25日以上の場合	<u>(新設)</u>	<u>2,210円</u>
ハ 単一建物居住者が50人以上	<u>(新設)</u>	<u>2,410円</u>
（1）1月当たり訪問日数が15日以下の場合		
（2）1月当たり訪問日数が16日以上24日以下の場合	<u>(新設)</u>	<u>2,210円</u>
（3）1月当たり訪問日数が25日以上の場合	<u>(新設)</u>	<u>2,010円</u>



① 物件費の高騰を踏まえた対応

包括型訪問看護療養費	改定前	改定後
1 単一建物居住者が20人未満の場合		
イ 訪問看護時間が30分以上60分未満	<u>(新設)</u>	<u>7,010円</u>
ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満	<u>(新設)</u>	<u>11,010円</u>
ハ (1) 訪問看護時間が90分以上	<u>(新設)</u>	<u>14,010円</u>
(2) 訪問看護時間が90分以上 (別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)	<u>(新設)</u>	<u>15,510円</u>
2 単一建物居住者が20人以上50人未満の場合		
イ 訪問看護時間が30分以上60分未満	<u>(新設)</u>	<u>6,310円</u>
ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満	<u>(新設)</u>	<u>9,910円</u>
ハ (1) 訪問看護時間が90分以上	<u>(新設)</u>	<u>13,730円</u>
(2) 訪問看護時間が90分以上 (別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)	<u>(新設)</u>	<u>15,200円</u>
3 単一建物居住者が50人以上の場合		
イ 訪問看護時間が30分以上60分未満	<u>(新設)</u>	<u>5,960円</u>
ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満	<u>(新設)</u>	<u>9,360円</u>
ハ (1) 訪問看護時間が90分以上	<u>(新設)</u>	<u>13,450円</u>
(2) 訪問看護時間が90分以上 (別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)	<u>(新設)</u>	<u>14,890円</u>

① 物件費の高騰を踏まえた対応

5. 物価対応料

令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

改定後

(新) 物価対応料 (1日につき)

1 外来・在宅物価対応料

イ 初診時 2点 ロ 再診時等 2点 ハ 訪問診療時 3点

2 入院物価対応料

イ 急性期病院 A 一般入院料を算定する場合 66点

ロ 急性期病院 B 一般入院料を算定する場合 (ハの場合を除く。) 58点

ハ 急性期病院 B 一般入院料及び看護・多職種協働加算を算定する場合 58点

ニ 急性期一般入院料 1 を算定する場合 58点 ホ 急性期一般入院料 2 を算定する場合 45点

ヘ 急性期一般入院料 3 を算定する場合 45点 ト 急性期一般入院料 4 を算定する場合 (チの場合を除く。) 45点

チ 急性期一般入院料 4 及び看護・多職種協働加算を算定する場合 58点

リ 急性期一般入院料 5 を算定する場合 36点 ヌ 急性期一般入院料 6 を算定する場合 34点

ル 地域一般入院料 1 を算定する場合 32点 ヲ 地域一般入院料 2 を算定する場合 32点

ワ 地域一般入院料 3 を算定する場合 23点 カ 特別入院基本料 (一般病棟) を算定する場合 17点

※ その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

【算定要件】

(1) 1のイについては保険医療機関において入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

(2) 1のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料 1 を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。

(3) 1のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。

(4) 2については、第1章第2部第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。) 、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料 (短期滞在手術等基本料 1 を除く。) を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

(5) 1 及び 2 の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。



① 物件費の高騰を踏まえた対応

改定後

(新) 訪問看護物価対応料 (1日につき)

1 訪問看護物価対応料 1

イ 月の初日の訪問の場合 60円

ロ 月の2日目以降の訪問の場合 20円

2 訪問看護物価対応料 2 20円

[算定要件]

(1) 1については、訪問看護ステーションが、区分番号02を算定している利用者1人につき、訪問看護物価対応料1として、区分に従い、それぞれ所定額を算定する。

(2) 2については、訪問看護ステーションが、区分番号04を算定している利用者1人につき、訪問看護物価対応料2として、所定額を算定する。

(3) 1及び2については、令和9年6月以降は、所定額の100分の200に相当する額を算定する。



② 入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し

第1 基本的な考え方

食材料費や光熱・水道費の上昇等を踏まえ、入院時の食費及び光熱水費の基準額を引き上げる。

第2 具体的な内容

1. 入院時食事療養（Ⅰ）・（Ⅱ）の費用の額及び入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち食事の提供たる療養の費用の額について、**それぞれ1食当たり40円**引き上げる。
2. 入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養の費用の額について、**1日当たり60円**引き上げる。

改定前

【食事療養及び生活療養の費用額算定表】

第一 食事療養

1 入院時食事療養(Ⅰ)（1食につき）

(1)(2)以外の食事療養を行う場合・・・**690円**

(2)流動食のみを提供する場合・・・**625円**

注（略）

2 入院時食事療養(Ⅱ)（1食につき）

(1)(2)以外の食事療養を行う場合・・・**556円**

(2)流動食のみを提供する場合・・・**510円**

注（略）

改定後

【食事療養及び生活療養の費用額算定表】

第一 食事療養

1 入院時食事療養(Ⅰ)（1食につき）

(1)(2)以外の食事療養を行う場合・・・**730円**

(2)流動食のみを提供する場合・・・**665円**

注（略）

2 入院時食事療養(Ⅱ)（1食につき）

(1)(2)以外の食事療養を行う場合・・・**596円**

(2)流動食のみを提供する場合・・・**550円**

注（略）



② 入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し

改定前	改定後
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第二 生活療養 1 入院時生活療養(Ⅰ) (1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（1食につき） イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合・・・<u>604円</u> □ 流動食のみを提供する場合・・・<u>550円</u> (2) 健康保険法第六十三条第二項第二号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号ロに掲げる療養（以下「温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養」という。）（1日につき） ・・・<u>398円</u> 注（略） 2 入院時生活療養(Ⅱ) (1) 食事の提供たる療養（1食につき）・・・<u>470円</u> (2) 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養（1日につき）・・・<u>398円</u> 注（略）院時生活療養(Ⅰ)	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第二 生活療養 1 入院時生活療養(Ⅰ) (1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（1食につき） イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合・・・<u>644円</u> □ 流動食のみを提供する場合・・・<u>590円</u> (2) 健康保険法第六十三条第二項第二号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号ロに掲げる療養（以下「温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養」という。）（1日につき） ・・・<u>458円</u> 注（略） 2 入院時生活療養(Ⅱ) (1) 食事の提供たる療養（1食につき）・・・<u>510円</u> (2) 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養（1日につき）・・・<u>458円</u> 注（略）



③ 入院時の食事療養に係る見直し

第1 基本的な考え方

入院時の食事療養の質の向上を図る観点から、おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食について新たな評価を行うとともに、多様なニーズに対応できるよう、特別料金の支払を受けることができる食事の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 入院時食事療養費に係る食事療養等の特別食加算の対象として、おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食を新たに評価する。

改定前

【算定要件】

【入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等】

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

(新設)

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

(新設)

改定後

【算定要件】

【入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等】

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

(一) 治療食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

(二) 嚥下調整食

摂食機能又は嚥下機能が低下した患者に対して、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する嚥下調整食



③ 入院時の食事療養に係る見直し

第2 具体的な内容

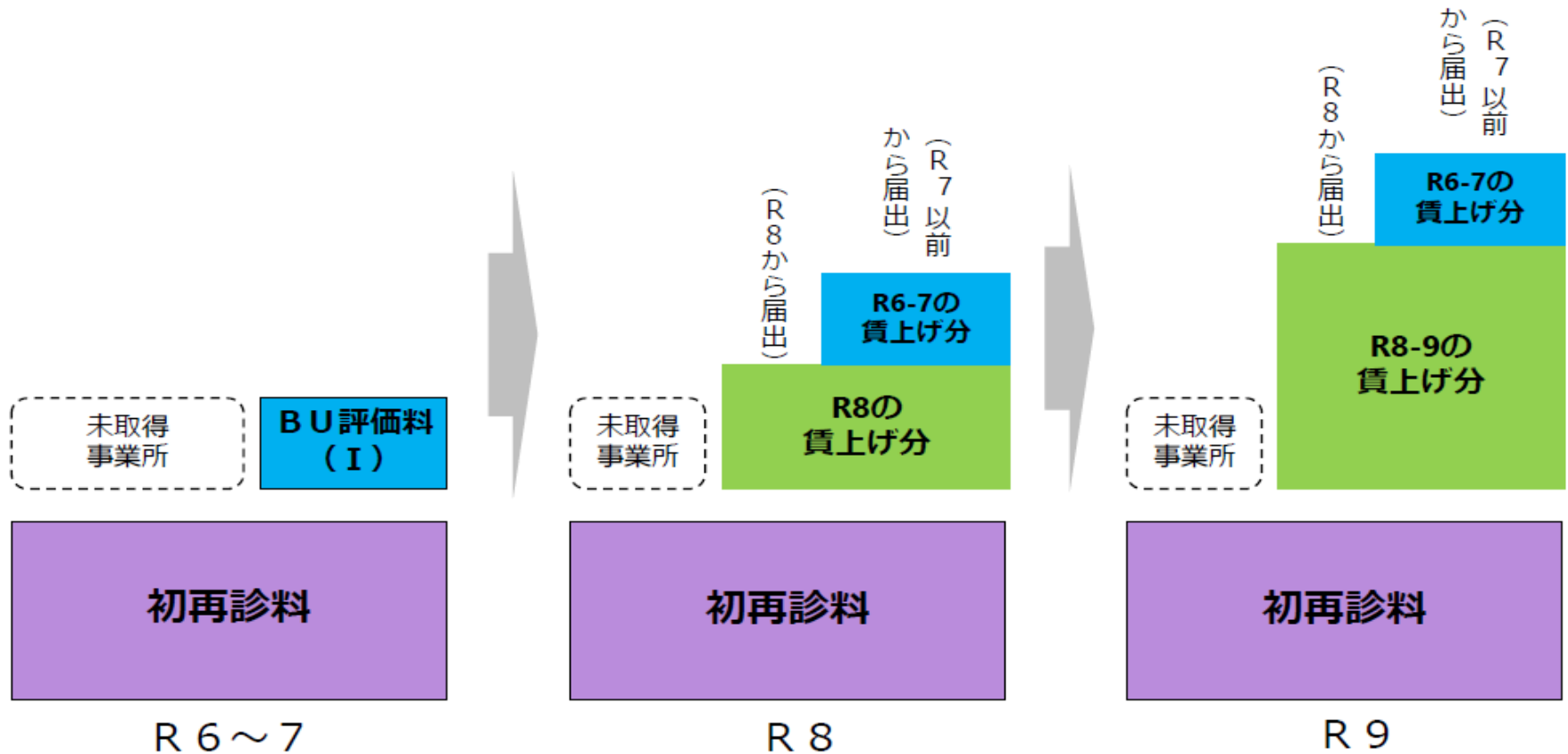
2. 入院患者の多様なニーズに対応できるよう、特別料金の支払を受けることができる食事について、以下の見直しを行う。

(1) 基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用について標準額を削除し、保険医療機関が柔軟に妥当な額を設定できることとする。

(2) 患者の自由な選択と同意に基づき、行事食やハラル食等の宗教に配慮した食事を提供した場合も、特別の料金の支払いを受けることができることを明確化する。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）に関する対応について（案）

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）については、現時点で未取得の医療機関が多いことから、令和8年度改定において同様の評価を設定する際には、令和6・7年度の算定状況に応じて、評価に差を設ける必要があるのではないか。



注：歯科・訪問看護についても同様の対応を想定



① 賃上げに向けた評価の見直し

第1 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種の確実な賃上げを更に推進するとともに、令和6年度診療報酬改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても他の職種と同様に賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する観点から、賃上げに係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、賃上げの対象となる職員に係る要件及び評価を見直す。
2. 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

【外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)】	改定前	改定後
1 初診時	6点	17点
2 再診時等	2点	4点
3 訪問診療時		
イ 同一建物居住者等以外の場合	28点	79点
ロ イ以外の場合	7点	19点

改定前	改定後
【算定要件】 注1 1については、 <u>主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）</u> 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において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。	【算定要件】 注1 1については、 <u>当該保険医療機関において勤務する職員</u> 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において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。



① 賃上げに向けた評価の見直し

改定前	改定後
2 2については、<u>主として医療に従事する職員</u>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において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。 3 3のイについては、<u>主として医療に従事する職員</u>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において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ（略） 4 3のロについては、<u>主として医療に従事する職員</u>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において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ（略）	2 2については、<u>当該保険医療機関において勤務する職員</u>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において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。 3 3のイについては、<u>当該保険医療機関において勤務する職員</u>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において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ（略） 4 3のロについては、<u>当該保険医療機関において勤務する職員</u>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において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ（略）



① 賃上げに向けた評価の見直し

改定前	改定後
<u>(新設)</u>	<u>5 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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2 並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ23点、6点、107点及び26点を算定する。</u>
<u>(新設)</u>	<u>6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</u>
<u>(新設)</u>	<u>7 注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては、1、2 並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ40点、10点、186点及び45点を算定する。</u>
【施設基準】 二 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の施設基準 （1）（略） （2） <u>主として医療に従事する職員</u> （医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）が勤務していること。 （3）（略） <u>(新設)</u>	【施設基準】 二 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の施設基準 （1）（略） （2） <u>当該保険医療機関に勤務する職員</u> （以下「対象職員」という。）がいること。 （3）（略） <u>二の二 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の注5に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u>



① 賃上げに向けた評価の見直し

改定前	改定後
【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】 1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1 イ 初診又は訪問診療を行った場合・・・8点 □ 再診時等・・・1点 2～7 （略） 8 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8 イ 初診又は訪問診療を行った場合・・・64点 □ 再診時等・・・8点 【算定要件】 注1 <u>主として医療に従事する職員</u>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において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 2 <u>1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイ</u>については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。 3 <u>1の□、2の□、3の□、4の□、5の□、6の□、7の□又は8の□</u>については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。 <u>（新設）</u>	【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】 1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1 イ 初診又は訪問診療を行った場合・・・8点 □ 再診時等・・・1点 2～23 （略） 24 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 24 イ 初診又は訪問診療を行った場合・・・192点 □ 再診時等・・・24点 【算定要件】 注1 <u>当該保険医療機関において勤務する職員</u>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において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 2 <u>各区分のイ</u>については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。 3 <u>各区分の□</u>については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。 <u>4 13から24までに規定する点数については、令和9年6月以降に算定する。</u>

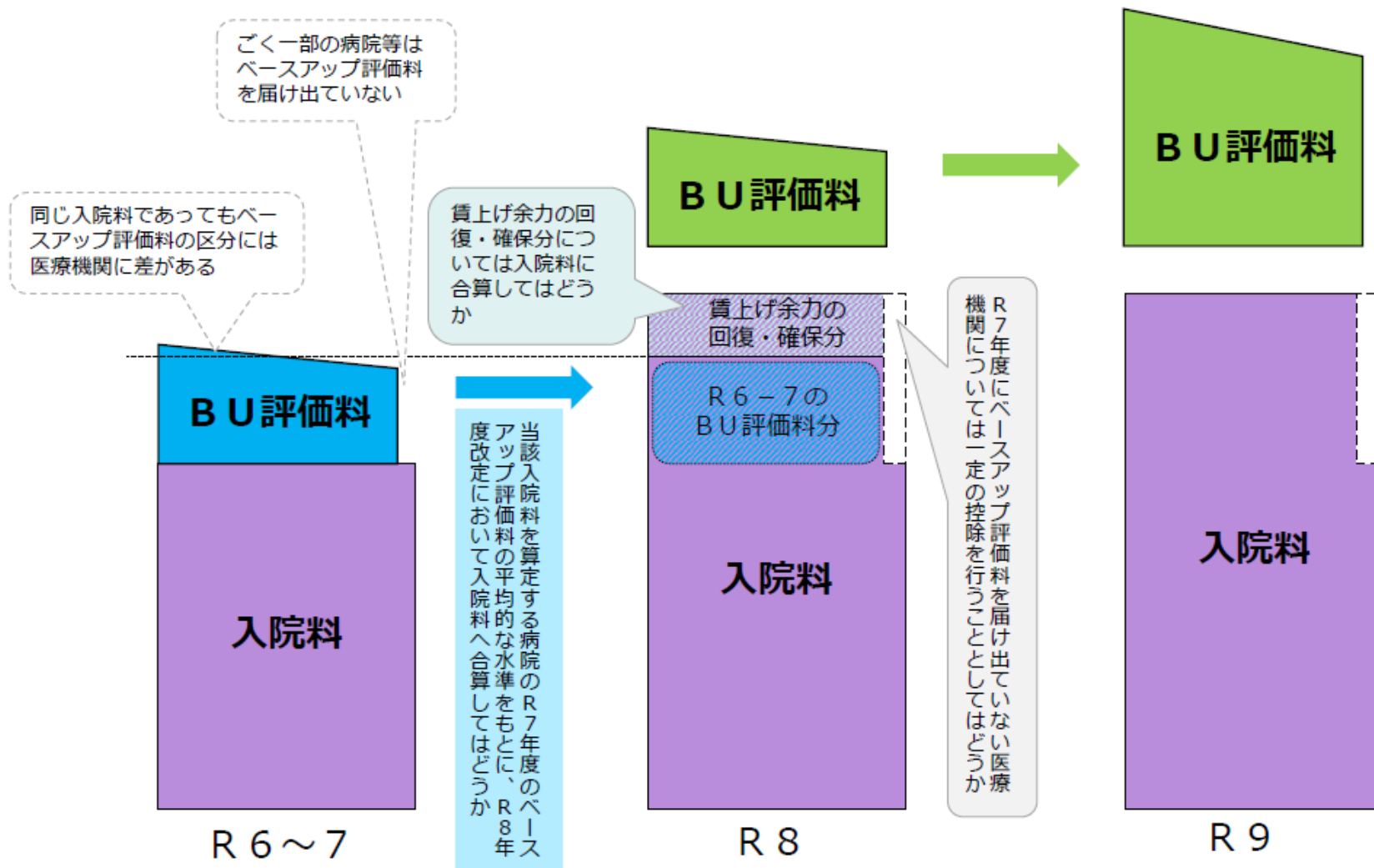


① 賃上げに向けた評価の見直し

改定前	改定後
【施設基準】 四 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準 （１）医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定していない保険医療機関であること。 （２）（略） （３）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）の給与総額の一分二厘未満</u>であること。 （４）～（６）（略） <u>（新設）</u>	【施設基準】 四 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準 （１）医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定していない<u>又は算定回数が著しく少ない</u>保険医療機関であること。 （２）（略） （３）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>当該保険医療機関に勤務する職員（この号において「対象職員」という。）の適切な賃金改善に必要な額の百分の五十未満</u>であること。 （４）～（６）（略） <u>四の二 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注５に規定する施設基準</u> <u>継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u> <u>※ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)についても同様。</u>

入院ベースアップ評価料に関する対応等について（案）

- 令和6年度分の入院ベースアップ評価料については、入院料ごとのベースアップ評価料の平均的な水準をもとに、令和8年度改定において入院基本料へ合算してはどうか。
- 令和8年度改定での賃上げ余力の回復・確保分についても入院料に合算してはどうか。





① 賃上げに向けた評価の見直し

改定前

【入院ベースアップ評価料】

1 入院ベースアップ評価料 1・・・1点

2～164 (略)

165 入院ベースアップ評価料 165・・・165点

【算定要件】

注 主として医療に従事する職員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に入院している患者であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

（新設）

【施設基準】

六 入院ベースアップ評価料の施設基準

(1)・(2) (略)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、主として医療又は歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）の給与総額の二分三厘未満であること。

（新設）

(4)・(5) (略)

改定後

【入院ベースアップ評価料】

1 入院ベースアップ評価料 1・・・1点

2～499 (略)

500 入院ベースアップ評価料 500・・・500点

【算定要件】

注 1 当該保険医療機関において勤務する職員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に入院している患者であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 251から500までに規定する点数については、令和9年6月以降において算定する。

【施設基準】

六 入院ベースアップ評価料の施設基準

(1)・(2) (略)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、当該保険医療機関に勤務する職員（この号において「対象職員」という。）の適切な賃金改善に必要な額未満であること。

(4) 当該保険医療機関における常勤の対象職員の数が、二以上であること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、この限りでない。

(5)・(6) (略)



① 賃上げに向けた評価の見直し

3. 夜勤職員の確保を行う観点から、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による収入を、夜勤手当の増額に用いることを可能とする。

改定前	改定後
【看護職員処遇改善評価料】 【施設基準】 (1)～(4) (略) (5)(3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること。 <u>ただし、令和6年度及び令和7年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合においては、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち3分の2以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする。</u> (6)～(10) (略)	【看護職員処遇改善評価料】 【施設基準】 (1)～(4) (略) (5)(3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること。 <u>なお、恒常的に夜間を含む交替勤務制をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。</u> (6)～(10) (略) <u>※ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)並びに入院ベースアップ評価料においても同様。</u>



① 賃上げに向けた評価の見直し

4. 継続的な賃上げに係る評価を行う観点から、入院基本料等の評価を見直す。

(各入院基本料等の見直しについては、「I - 1 物件費の高騰を踏まえた対応」を参照。)

5. 令和6年度及び令和7年度において賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関を区別する観点から、入院基本料等に減算規定を新設する。

改定後

【入院料等】

【算定要件】

医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等

通則 (新設)

10 継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から、1日につき次に掲げる点数を減算する。

イ 急性期病院A一般入院料、急性期一般入院料1、急性期病院B一般入院料（看護・多職種協働加算を算定する場合）、急性期一般入院料4（看護・多職種協働加算を算定する場合） 121点

ロ 急性期病院B一般入院料、急性期一般入院料2から6まで（看護・多職種協働加算を算定する場合を除く。） 85点
ハ 地域一般入院基本料、一般病棟入院基本料の特別入院基本料、特定一般病棟入院料（注7に規定する場合を除く。） 65点

ニ 療養病棟入院基本料 42点

ホ 結核病棟入院基本料 64点

ヘ 急性期病院精神病棟入院基本料、精神病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び精神病棟看護・多職種協働加算を算定する15対1入院基本料の場合） 106点

ト 急性期病院精神病棟入院基本料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料の場合）、精神病棟入院料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料及び特別入院基本料の場合） 39点

チ 特定機能病院入院基本料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 141点



① 賃上げに向けた評価の見直し

改定後

【入院料等】

【算定要件】

医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等

通則 (新設)

10 (続き)

リ 専門病院入院基本料 88点

ヌ 障害者施設等入院基本料58点

ル 有床診療所入院基本料 95点

ヲ 有床診療所療養病床入院基本料 58点

ワ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料
171点

カ 地域包括医療病棟入院料113点

コ 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患入院 53点

ク 小児入院医療管理料、児童・思春期精神科入院医療管理料) 97点

ケ 回復期リハビリテーション病棟入院料 76点

コ 地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料 (注7に規定する場合) 69点

ツ 緩和ケア病棟入院料 99点

ネ 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料42点

ナ 精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料 35点

ウ 短期滞在手術等基本料 3 189点



① 賃上げに向けた評価の見直し

8. 訪問看護ステーションに勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、訪問看護ベースアップ評価料について、評価を見直す。

また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

改定前	改定後
【訪問看護ベースアップ評価料】 1 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）・・・<u>780円</u> 2 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） イ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 1・・・<u>10円</u> ロ～<u>レ</u>（略） ソ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） <u>18</u>・・・<u>500円</u> 【算定要件】 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、<u>主として医療に従事する職員</u>の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）として、月1回に限り算定する。 2 2については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、<u>主として医療に従事する職員</u>の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）として、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り、それぞれ所定額を算定する。	【訪問看護ベースアップ評価料】 1 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）・・・<u>1,050円</u> 2 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） イ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 1・・・<u>30円</u> ロ～テ（略） <u>ア 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 36・・・1,080円</u> 【算定要件】 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、<u>当該訪問看護ステーションに勤務する職員</u>の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）として、月1回に限り算定する。 2 2については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、<u>当該訪問看護ステーションに勤務する職員</u>の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）として、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り、それぞれ所定額を算定する。



① 賃上げに向けた評価の見直し

改定前	改定後
【施設基準】 (1) 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ) 次のいずれにも該当するものであること。 イ <u>主として医療に従事する職員</u> (以下「対象職員」という。) が勤務していること。 □ (略) (2) 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 次のいずれにも該当するものであること。 イ (略) □ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定する見込みの金額が、<u>対象職員の給与総額</u>に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合を乗じた数の<u>一分二厘</u>未満であること。 ハ～ホ (略) <u>(新設)</u>	【施設基準】 (1) 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ) 次のいずれにも該当するものであること。 イ <u>当該訪問看護ステーションに勤務する職員</u> (以下「対象職員」という。) がいること。 □ (略) (2) 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 次のいずれにも該当するものであること。 イ (略) □ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定する見込みの金額が、<u>対象職員の適切な賃金改善に必要な額</u>に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合を乗じた数の<u>百分の五十</u>未満であること。 ハ～ホ (略) <u>(3) 訪問看護ベースアップ評価料の注3及び注7に規定する基準</u> <u>継続的に賃上げを行っている訪問看護ステーションであること。</u>

届出・報告時の負担軽減について

- 実際に支給される給与に係る賃上げ措置の実効性が確保される仕組みや、賃上げ実績の迅速かつ詳細な把握が求められている。
- 届出時の申請書・計画書や、報告時の報告書作成の負担を軽減するため、必要のない情報は可能な限り削減してはどうか。

区分の決定のために必要な情報

- 一定期間の在院患者延べ数、外来患者延べ数
- 対象職種の賃上げ前の給与総額
※人数を根拠に算出する職種においては人数
- 上記から算出されるベースアップ評価料の総額を全て賃上げに活用するか

実績把握のために必要な情報

- ベースアップの総額及びベースアップ率
(報告時点に在籍する職員を、年齢・職位を変えずに、賃上げ前後の給与表に当てはめた場合の、賃上げ前後の給与総額及びその比率)
- ベースアップ以外で対象に認められる給与改善(賞与への影響分、法定福利費の増加分等)の額
- ベースアップ評価料の算定総額

届出時に考えられる負担軽減策の例

- ベースアップ評価料による収入を全て給与改善に活用することを前提として、申請時の賃金改善計画の提出を不要とする。
※ただし、報告時にはベースアップの総額等の算出・報告が必要
- 対象職員の月額給与の総額を記入することにより、賞与や法定福利費等に相当する一定の係数を乗じることで、区分を決定できることとする。

算定期間中に考えられる負担軽減策の例

- 算定期間中の区分見直しを原則として行わず、患者数や職員数の大幅な変動があったとき等に行えることとする。

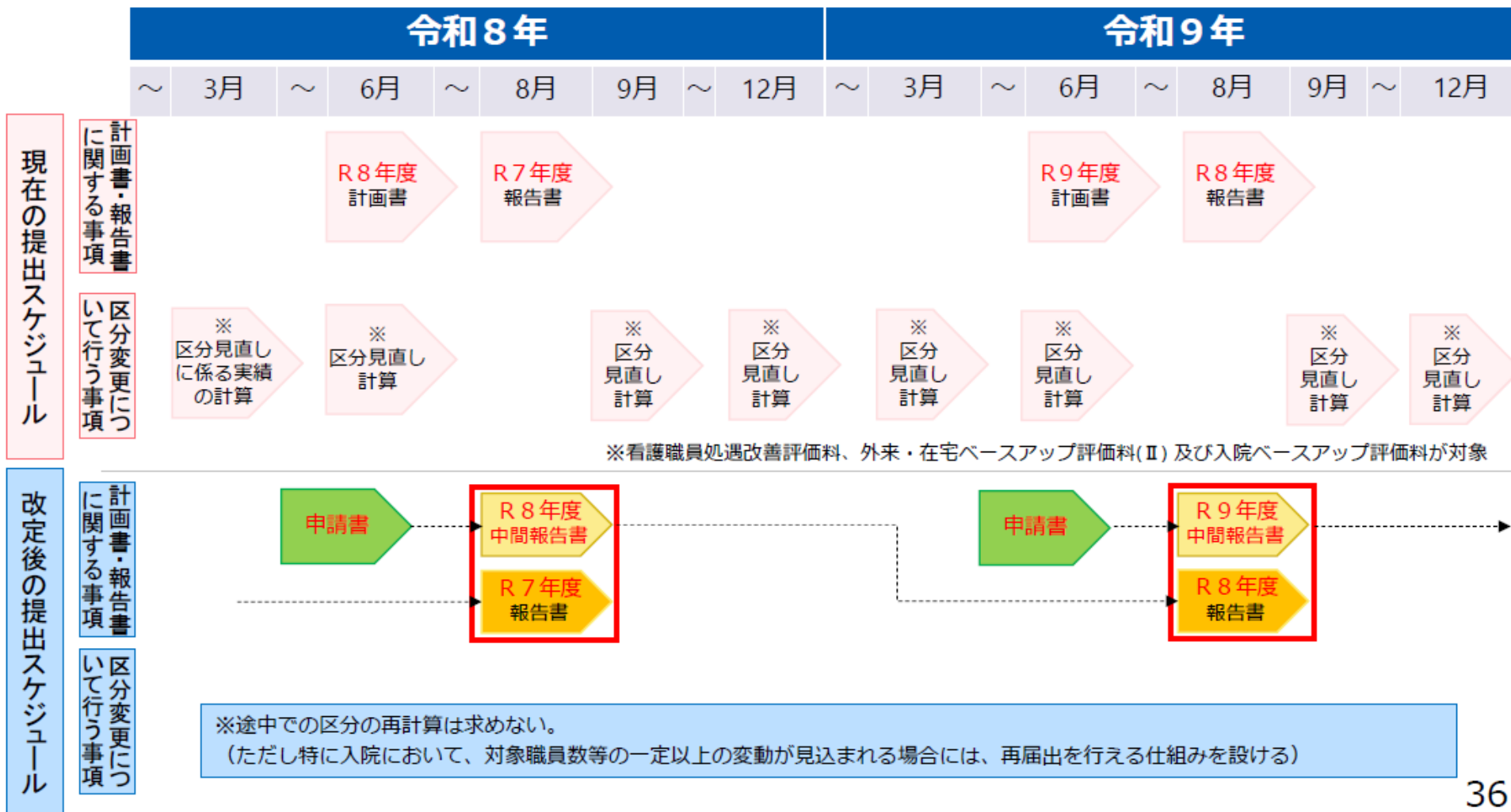
計画・報告時に考えられる負担軽減策の例

- 現在は職種ごとの定期昇給とベースアップの両方の算出を求めているが、ベースアップ分のみの算出とする。

※さらに、一法人が複数の事業所を有する場合には、給与総額・ベースアップ総額の算出を、複数事業所で合算して行い按分できる仕組みを検討。

ベースアップ評価料の届出書類と算定スケジュールについて（案）

- 医療機関の負担軽減と賃上げ実績の迅速かつ詳細な把握をする観点から、届出に必要な書類とその提出時期について、以下のようなスケジュールとしてはどうか。



一法人が複数の事業所を有する場合の対応（案）

- 一法人が複数の事業所を有する場合には、給与総額や賃金改善総額の算出を、複数事業所で合算したうえで、按分できる仕組みとしてはどうか。

現行のベースアップ評価料においては、医療機関単位で給与総額や賃金改善総額を算出することを求めているが、

- 新たに保険薬局がベースアップ評価料の仕組みに加わることになるが、給与事務等を薬局単位で行っていない。
- 法人単位で給与体系を一本化している法人において、職員の年齢構成の違い等により、医療機関毎の賃上げ率が必ずしも一定にならないため、ベースアップ評価料を十分に生かすことができない。

等の課題が指摘されている。



- 複数の保険医療機関、複数の訪問看護ステーションを、給与体系を共通とする法人が有する場合には、複数の保険医療機関、又は複数の訪問看護ステーションでまとめて給与総額や賃金改善に必要な額を計算できることとしてはどうか。その上で、各々の事業所の社会保険診療収入で按分することで、各々の事業所の給与総額や賃金改善に必要な額を算出して、入院ベースアップ評価料等の算定区分を算出できることとしてはどうか。
- 複数の保険医療機関、複数の訪問看護ステーションが、こうした方法で給与総額等を算出した場合、実績報告においても合計で評価することとし、合計で給与改善総額が算定総額以上であればよいこととしてはどうか。また、給与体系を共通とする法人内の複数の保険薬局においても、同様に、合計で評価できることとしてはどうか。

ICT機器を導入している場合の看護業務行為時間について

見守りの効率化に資する機器

		導入ありー導入なし 差分	
業務内容		構成比	24時間 1440分 (分)
C:診察・治療	観察	-1.8%	-25.8
C:診察・治療	バイタルサインの測定	-0.7%	-9.4
B:情報共有	患者等からの情報収集	-0.6%	-9.0
D:患者のケア	見守り・付き添い	0.3%	4.1

○見守りの効率化機器を導入した群は非導入群に比較して、「観察」「バイタルサインの測定」「患者等からの情報収集」の時間が短い。

○導入群の「見守り・付き添い」は長いですが、導入により、より付き添いができるとも考えられる。

※見守りの効率化機器とは、患者見守り支援システム（例、見守りカメラ、見守りセンサー、離床センサー）、通信機能付のバイタルサイン自動計測システムを導入している場合とした。

看護記録の効率化に資する機器

		導入ありー導入なし 差分	
業務内容		構成比	24時間 1440分 (分)
F:看護記録	看護計画作成・アセスメント	-0.3%	-3.9
	看護情報提供書作成	-0.1%	-1.8
	重症度・医療看護必要度の入力	0.0%	-0.0
	退院時サマリー作成	0.0%	0.1
	日々の看護実施記録	0.0%	0.2
	重症度、医療・看護必要度のチェック（記入もれや記載内容等）・修正	0.2%	2.4

○看護記録の効率化機器を導入した群は非導入群に比較して、「看護計画作成・アセスメント」「看護情報提供書作成」の時間が短い。

○導入群の重症度、医療・看護必要度に関連する項目は長いですが、看護記録の効率化に資する機器の利用との関連は薄いと考えられる。また、よりの確かな情報を記載するために、記入もれなどの確認が行われていることが考えられる。

※看護記録の効率化機器とは、音声入力記録システム、通信機能付のバイタルサイン自動計測システムを導入している場合とした。

情報共有の効率化に資する機器

		導入ありー導入なし 差分	
業務内容		構成比	24時間 1440分 (分)
B:情報共有	他の職種への報告・連絡・相談・調整	-0.2%	-2.5
	医師への報告・連絡・相談	-0.1%	-1.1
	カンファレンス	-0.1%	-1.0
	他部門への連絡・調整	0.0%	-0.3
	看護師間の申し送り	0.1%	1.0
	患者等からの情報収集	0.3%	4.5
	看護師間の報告・連絡・相談	0.3%	5.0

○情報共有の効率化機器を導入した群は非導入群に比較して、「他の職種への報告・連絡・相談・調整」「医師への報告・連絡・相談」「カンファレンス」など他職種との連携に関する項目の時間が短い。

○導入群の「看護師間の報告・連絡・相談」は長いですが、導入により、より相談等が密にできるようになったとも考えられる。

○導入群の「患者等からの情報収集」の時間が長いですが、情報共有の効率化の機器の利用との関連は無い。

※情報共有の効率化機器とは、部署間の患者情報共有システム、他機関との患者情報共有システム、スマートフォン・アイフォン・チャット機能付きデバイス、インターコミュニケーションシステム（インカム）を導入している場合とした。

出典：令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。
※タイムスタディ調査により、24時間（1440分）の勤務における、病棟看護師の業務内容別の行為時間を把握し、ICT機器の導入群と非導入群を比較した。



① ICT等の活用による看護業務効率化の推進

第1 基本的な考え方

看護業務において、ICT機器等を活用することで業務の更なる効率化や負担軽減を推進する観点から、見守り、記録及び医療従事者間の情報共有に関し、業務効率化に有用なICT機器等を組織的に活用した場合に、入院基本料等に規定する看護要員の配置基準を柔軟化する。

第2 具体的な内容

ICT機器等の活用により看護要員の業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行うことができる体制がある場合は、看護職員に対する看護師の比率等について、1割以内の減少である場合は、入院基本料等の基準を満たすものとして、所定点数を算定できるよう見直す。

改定前

【入院料等】

【算定要件】

医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等
通則

(新設)

改定後

【入院料等】

【算定要件】

医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等
通則

3 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、基本診療料の施設基準等第五、第九及び第十における1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

① ICT等の活用による看護業務効率化の推進

改定前	改定後
【施設基準（告示）】 基本診療料の施設基準等 第一～第十（略） <u>（新設）</u> 第十一（略） <u>（新設）</u>	【施設基準（告示）】 基本診療料の施設基準等 第一～第十（略） <u>第十一 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について厚生労働大臣が定める施設基準等</u> <u>一 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について、十分な体制が確保されていること。</u> <u>二 一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率が、第五、第九並びに第十に定める基準の九割以上であること。</u> <u>三 二を除き、第五、第九及び第十の規定を全て満たしていること。</u> <u>四 別表●●に定める入院料を算定する病棟であること。</u> <u>第十二（略）</u> <u>別表●●</u> <u>一 急性期一般入院料 1 二 急性期一般入院料 2 三 急性期一般入院料 3</u> <u>四 急性期一般入院料 4 五 急性期一般入院料 5 六 急性期一般入院料 6</u> <u>七 急性期病院 A 一般入院料 八 急性期病院 B 一般入院料 九 7 対 1 入院基本料</u> <u>十 10 対 1 入院基本料 十一 地域包括医療病棟入院料 1</u> <u>十二 地域包括医療病棟入院料 2 十三 小児入院医療管理料 1</u> <u>十四 小児入院医療管理料 2 十五 小児入院医療管理料 3</u> <u>十六 小児入院医療管理料 4 十七 特殊疾患病棟入院料 1</u> <u>十八 特殊疾患病棟入院料 2 十九 緩和ケア病棟入院料 1</u> <u>二十 緩和ケア病棟入院料 2</u>

① ICT等の活用による看護業務効率化の推進

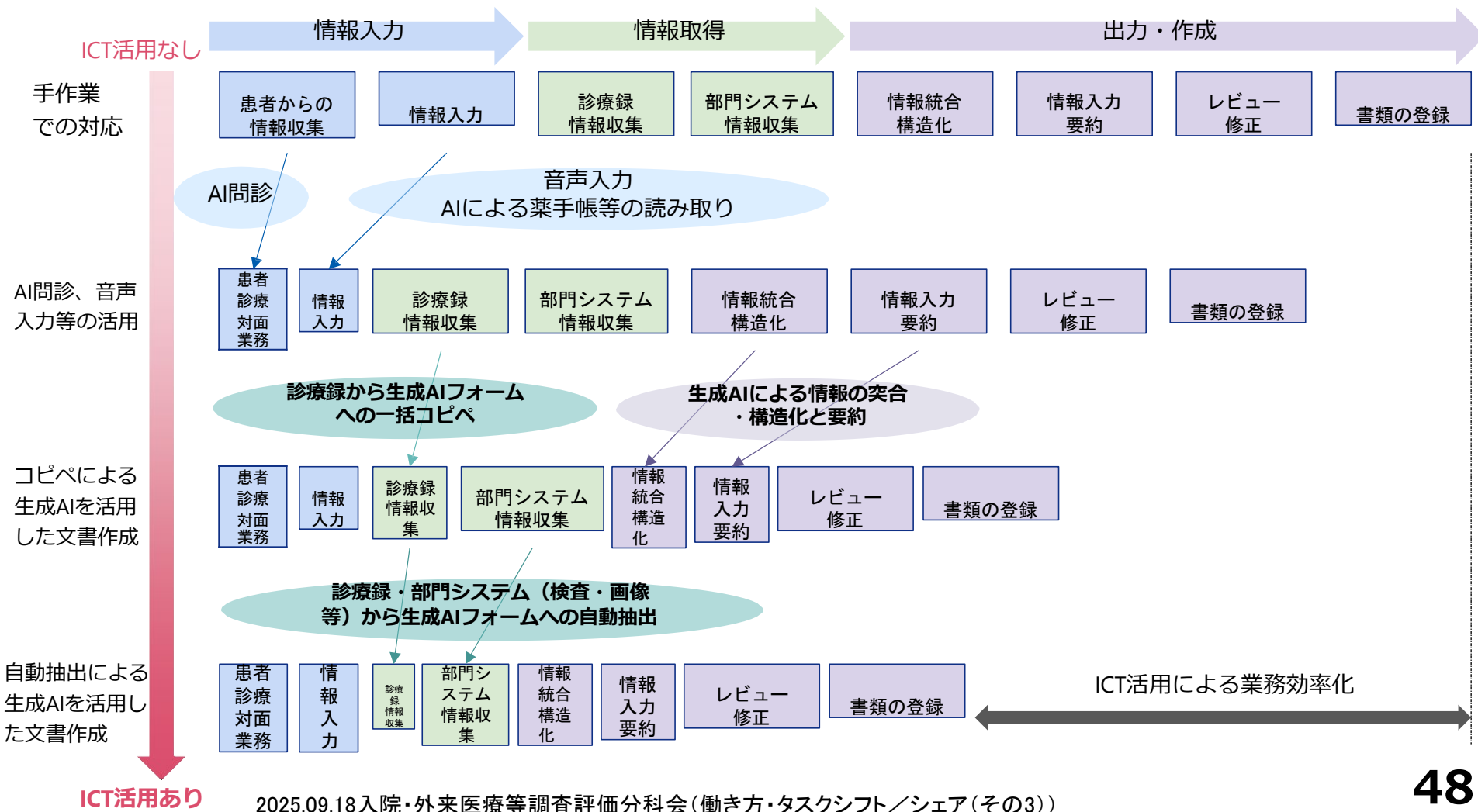
改定前	改定後
【施設基準（通知）】 別添2 入院基本料等の施設基準等 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 1～18（略） <u>（新設）</u>	【施設基準（通知）】 別添2 入院基本料等の施設基準等 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 1～18（略） 19 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化についての施設基準 <u>（1）看護及び看護補助業務の効率化等に当たって、当該病棟において、以下のアからウまでに掲げるICT、AI、IoTの機器等（以下「ICT機器等」という。）を全て導入しており、当該病棟の看護職員等が広く使用していること。</u> ア 見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等 <u>見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等とは、病室に設置されたカメラ等から送信された映像や病床に設置されたセンサー等により、看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握でき、訪室回数の減少等による業務の効率化を図りつつ、患者の転倒転落の予防、異常の早期発見、身体的拘束の最小化、医療安全その他患者の生命・身体の保護を図るものをいう。なお、当該機器を病室に設置する際には、患者等のプライバシーに配慮する観点から、患者又はその家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとする。また、患者の状態や、患者又はその家族等の意向に応じ、一部の患者に機器を使用せず個別に見守りを行うこと又は機器の使用を一時的に停止することは差し支えない。</u> イ 看護記録の作成等の効率化に資するICT機器等 <u>看護記録の作成等の効率化に資するICT機器等とは、音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報からの自動的なサマリーの生成等、看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器であって、当該機器の使用により、業務時間外の記録の作成にかかる時間が減少する等の効果があるものをいう。ただし、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る（複数の機器の連携によるものを含む。）。</u> ウ 医療従事者間の情報共有の効率化に資するICT機器等 <u>医療従事者間の情報共有の効率化に資するICT機器等とは、業務中に手に持たずに複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病院の医師が携帯しリアルタイムに情報を共有できる端末等、直接対面せずに、多人数の職員間での情報共有を効率的に実施できる機器であって、当該機器の使用により報告・連絡に要する時間や、報告・連絡に伴う移動や待機の時間が減少する等の効果があるものをいう。</u>

① ICT等の活用による看護業務効率化の推進

改定前	改定後
【施設基準（通知）】 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準 <u>（新設）</u>	【施設基準（通知）】 <u>（2）ICT機器等の導入及び使用にあたって電子カルテその他の医療情報システムと連動して医療情報を取り扱うものについては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」及び総務省・経済産業省「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン」に準拠していること。</u> <u>（3）ICT機器等を導入した病棟の看護要員（常勤職員に限る。）の 1 人 1 月当たりの超過勤務時間の状況（原則として、タイムカードやパーソナルコンピュータ等のログイン及びログアウトの時間を把握できる電子計算機の使用により把握すること。）について、平均10時間以下であるとともに、非常勤職員を含めて導入前と比較して増加する傾向にないこと。</u> <u>（4）ICT機器等の導入前後における看護要員の業務内容、業務量及び業務時間並びに看護要員の事務作業時間及び業務負担等について、年 1 回程度、定量的又は定性的な評価を実施すること。その結果を病院内の職員に周知するとともに、労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、必要に応じて適切な対策を講じること。</u> <u>（5）中央社会保険医療協議会の要請に基づき、厚生労働大臣が実施するICT機器等の活用状況や看護業務の改善に係る継続的な取組状況等に関する随時調査に適切に参加すること</u> <u>6）1 日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、基本診療料の施設基準等の第五、第九及び第十に規定する基準に対し、1 割以内の減少であること。</u> <u>（7）毎年 8 月において、（1）及び（3）について、様式●により届け出ること。</u> <u>（8）情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化についての施設基準に係る届出は、様式●を用いること。</u>

生成AIを活用した文章作成補助システム等の業務効率化のイメージ

- 生成AIによる文章作成補助システムを活用した場合、紹介状や退院サマリーの作成において、診療録からの情報収集、情報突合と構造化、要約といったプロセスが自動化される。



② 医師事務作業補助体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

ICT機器等の活用による医師事務に係る業務効率化・負担軽減等の業務改善推進の観点から、医師事務作業補助体制加算の人員配置基準を柔軟化する。

第2 具体的な内容

1. ICT機器等を活用した医師事務作業の業務効率化・負担軽減に取り組む医療機関について、医師事務作業補助者の人員配置基準を柔軟化する。
2. 医師事務業務の実態を踏まえ、医師事務作業補助者が実施可能な業務範囲を明確化する。

改定前	改定後
【医師事務作業補助体制加算】 【算定要件】 (1)～(2) (略) (3) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。	【医師事務作業補助体制加算】 【算定要件】 (1)～(2) (略) (3) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書・<u>診療情報提供書・返信・診療サマリー・診療計画書等の文書作成補助、診療記録・検査オーダー・食事オーダー・クリニカルパス・地域連携パスへの代行入力、患者・家族への説明文書の準備・作成、診療録・画像検査結果等の整理</u>、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・<u>調査・入力作業</u>、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

② 医師事務作業補助体制加算の見直し

改定前	改定後
【施設基準】 第4の2 医師事務作業補助体制加算 1 通則 (1) (略) (2) (1)のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は20床ごとに1名以上、25対1補助体制加算の場合は25床ごとに1名以上、30対1補助体制加算の場合は30床ごとに1名以上、40対1補助体制加算の場合は40床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は100床ごとに1名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。	【施設基準】 第4の2 医師事務作業補助体制加算 1 通則 (1) (略) (2) (1)のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は20床ごとに1名以上、25対1補助体制加算の場合は25床ごとに1名以上、30対1補助体制加算の場合は30床ごとに1名以上、40対1補助体制加算の場合は40床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は100床ごとに1名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週31時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。

② 医師事務作業補助体制加算の見直し

改定前	改定後
【施設基準】 第4の2 医師事務作業補助体制加算 1 通則 (1) (略) (2) なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。 (3)～(5) (略) <u>(新設)</u>	【施設基準】 第4の2 医師事務作業補助体制加算 1 通則 (1) (略) (2) なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。<u>この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。</u>ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。 (3)～(5) (略) <u>2 ICT機器を活用する医師事務作業補助者の配置人数の算入方法</u> <u>(1) 医師事務作業補助体制加算の届出を行う保険医療機関において、次のアからエまでのいずれにも該当する場合には、医師事務作業補助者の配置人数は、オ又はカに定めるところにより算入することができる。</u> <u>ア 医師事務作業補助者が行う事務業務に関して、次に掲げるもののうち、①を含むものを当該保険医療機関内で組織的に導入し、当該保険医療機関に勤務する大半の医師及び医師事務作業補助者が日常的に活用することにより、業務の効率化が顕著に図られていること。</u>

② 医師事務作業補助体制加算の見直し

改定前	改定後
第4の2 医師 事務作業 補助体制 加算 (新設)	第4の2 医師事務作業補助体制加算 <u>2 ICT機器を活用する医師事務作業補助者の配置人数の算入方法（続き）</u> <u>① 生成AIを活用し、退院時要約、診断書及び紹介状等の原案作成を自動的にを行い、当該業務を大幅に効率化する医療文書等の文書作成補助システム</u> <u>② 診療録、退院時要約、診断書及び紹介状の作成に対応する医療文書等への入力を行う医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）</u> <u>③ 救急医療情報システム等への医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）</u> <u>④ 入退院時の説明、検査・処置、麻酔・鎮静、手術、インフォームド・コンセント及び医療安全・感染対策等に関する10種類以上の患者向け説明動画</u> <u>イ アの①から④までのうち、電子カルテその他の医療情報システムと連動して医療情報を取り扱うものについては、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」及び総務省・経済産業省「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン」に準拠していること。</u> <u>ウ アの①から④までのうち、生成AIその他のAI技術を用いる製品・サービスについては、経済産業省及び総務省が公表する「AI事業者ガイドライン」が遵守されていること。</u> <u>エ アの①から④までのうち、当該保険医療機関において導入し、活用しているとして届け出たものについて、当該保険医療機関に配置される全ての医師事務作業補助者に対し、操作方法及び生成AIの適切な利用に関する研修を実施し、全ての医師事務作業補助者が、常時、当該ICT機器を用いて、医師事務業務を遂行できる体制を整備していること。</u> <u>オ アからエまでの要件を全て満たす場合には、医師事務作業補助者1人を1.2人として配置人数に算入することができる。</u> <u>カ オに加え、アの②から④までに掲げるもののうち少なくとも1種類以上を広く活用している場合には、医師事務作業補助者1人を1.3人として配置人数に算入することができる。</u> <u>（2）（1）のオ又はカの算入方法により新たに届け出る場合（オの算入方法とカの算入方法を相互に変更する場合を除く。）には、当該届出を行う直近3月以上の期間において、当該算入方法を用いず、当該配置区分又はこれを上回る配置区分について、引き続き算定していること。</u> <u>（3）（2）により届け出る保険医療機関は、ICT機器等の導入前後における医師事務作業補助者の業務内容、業務量及び業務時間並びに医師の事務作業時間及び負担感等について、年1回程度、定量的又は定性的な評価を実施するとともに、その結果を労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、必要に応じて適切な対策を講じること。</u> 3～5（略）



③ 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

第1 基本的な考え方

医療機関等における医療DXへの対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。

第2 具体的な内容

1. 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。
2. 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。
3. 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。
4. 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものを限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。
5. 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めることとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、事前承認の対象から除外する。

③ 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

改定前	改定後
○入院診療計画書の策定等に係る見直し 【施設基準（通知）】 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 1 1 入院診療計画の基準 (1)・(2)（略） <u>（新設）</u> (3)・(4)（略） (5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、<u>その写しを診療録に添付するものとする。</u> (6)（略） 別添 6 の別紙 2 ・別紙 2 の 3 <u>（本人・家族）の署名欄</u>	○入院診療計画書の策定等に係る見直し 【施設基準（通知）】 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 1 1 入院診療計画の基準 (1)・(2)（略） <u>（3）入院診療計画について、入院前に外来で文書を提供し、説明した場合も、入院後 7 日以内に行ったものと同様の取扱いとする。</u> <u>また、入院期間が 2 日以内であると見込まれる場合又は 3 日以上入院が見込まれていたものの入院期間が 2 日以内となった場合であって、診療並びに退院後の治療及び生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、総合的な入院診療計画の策定並びに患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない。この場合は、診療録にその旨を記載すること。</u> (4)・(5)（略） (6) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付し、その写しを診療録に添付するとともに、<u>説明日及び説明者を診療録に記載すること。</u> <u>なお、医師及び患者等の署名は不要であるが、署名がある場合は、説明日及び説明者を診療録に記載する必要はない。</u> (7)（略） 別添 6 の別紙 2 ・別紙 2 の 3 <u>（削除）</u>

病棟における勤務時間と様式 9

- 病院の入院基本料等の施設基準において「看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数」と規定している。
- 様式 9 に勤務時間数として算入及び除外するものは、通知や疑義解釈の様々な場所に規定されており、様式 9 の作成を煩雑にしている一因ではないか。

■ 病院の入院基本料等に関する施設基準で、看護要員の数および勤務時間として算入/除外するものの例

		算入可 (例)	算入不可/除外可 (例)
施設基準通知	別添 2	○ 病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数 ○ 病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室勤務等を兼務する場合は、勤務実績表による病棟勤務の時間 ○ 臨時職員であっても継続して勤務に服する者 ○ 職業紹介事業を行う者からの紹介又は労働者供給事業を行う者からの供給により看護要員を雇用した場合 ○ 紹介予定派遣として派遣された場合及び産前産後休業、育児休業、育児休業に準ずる休業又は介護休業中の看護職員の勤務を派遣労働者が代替する場合 ○ 小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保育に当たっている保育士の数 ○ 主として事務的業務を行う看護補助者が、当該病棟において事務的業務以外の業務を行った時間数も含めた、当該看護補助者の勤務時間数	○ 看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者）、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員の数 ○ 病棟単位で算定する特定入院料（「A317」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）に係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室、短期滞在手術等基本料 1 に 係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する看護要員の数（兼務者を除く） ○ 小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士の数 ○ 1 か月以上長期欠勤の看護要員、身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者 ○ 夜勤時間帯の中で、申し送った従事者の申し送りに要した時間は夜勤時間から除外可
	様式 9	○ （４．勤務実績表「日付別の勤務時間数」について）上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。	
疑義解釈		○ 通常の休憩時間 ○ 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間 ○ 一般病棟入院基本料の届出病棟に入院している患者に対して、当該病棟の看護師が行うがん患者カウンセリング料の算定に係る業務の時間	○ 休憩時間以外の病棟で勤務しない時間 ○ 有給休暇や残業時間 ○ 日勤時間帯の中で、申し送った従事者の申し送りに要した時間は日勤時間から除外可



④ 様式9の見直し

第1 基本的な考え方

入院基本料等の施設基準に係る届出を行うに当たって看護要員の必要数及び配置数を算出するために使用する「様式9」について、医療現場の実態を踏まえ、また、業務の簡素化の観点から、病棟における勤務時間に算入できる内容を見直すとともに、小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理する。

第2 具体的な内容

入院患者の看護に影響のない範囲で病棟における勤務時間に算入できる内容を見直すとともに、小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理する。注意事項の記載の整理や小数点以下の処理を可能な限り統一する。

改定前	改定後
【入院料等】 【施設基準】 基本診療料の施設基準等 別添2 入院基本料等の施設基準等 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。 (2) 看護要員の数については、次の点に留意する。 ア～カ (略) <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> キ・ク (略)	【入院料等】 【施設基準】 基本診療料の施設基準等 別添2 入院基本料等の施設基準等 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。 (2) 看護要員の数については、次の点に留意する。 ア～カ (略) <u>キ 保険医療機関内で生じた緊急対応等の不測の事象に対応するため、病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合は、病棟内として勤務時間数に算入してよい。</u> <u>ク 病棟内の看護要員が、当該病棟に入院中の患者に付き添い、病棟外において一時的に看護を行った場合は、勤務時間数に算入してよい。</u> ケ・コ (略)

各専門職が関与している病棟業務の状況

診調組 入-37
9.11改

- 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。

職種	関与している業務	想定されるメリット
薬剤師	- 残薬確認・処方依頼・セット - 薬剤の準備・ミキシング	薬学専門性に基づく服用薬剤情報の取扱いにより、薬物治療の精度向上、副作用や相互作用のリスクの低減、重複等を省くといった処方の効率化を実現できる。更に、病棟薬剤管理や無菌的処理により安全性が向上する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	- ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成 - 生活機能の回復支援（排泄、食事、離床） - 食事介助、口腔ケア	病棟でのADL・生活機能動作について、療法士が専門的視点に立って評価、指導を行うことで生活機能の回復を促進できる。
管理栄養士	- 栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成 - 食形態や経腸栄養剤の検討 - ミールラウンドや食事変更の調整 - 栄養指導や食事に関する相談対応	的確な食事摂取量の把握や食欲等の聞き取りにより、患者の状態に応じた速やかな食事変更や相談対応ができる。
臨床検査技師	- 検査の準備や実施 - 検査に関する患者への説明	早朝や必要時の生理検査・検体検査の実施、医師の具体的指示による検査結果の確認により、その後の処置等を遅滞なく適時に実施できる。 適切な検査手技により、検体再採取率が減少する。

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟A～D票）を基に、医療課にて作成



① 多職種が専門性を発揮して病棟において協働する体制に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が増す中でも、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、重症度、医療・看護必要度の高い高齢者等が主に入棟する病棟において、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

急性期一般入院料4及び急性期病院B一般入院料のうち、急性期一般入院料1と同等の重症度、医療・看護必要度等を満たす病棟において、当該病棟における看護配置基準を超えて看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる「看護・多職種協働加算」を新設する。

改定後

(新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

- 1 看護・多職種協働加算 1 277点
- 2 看護・多職種協働加算 2 255点

【対象患者】

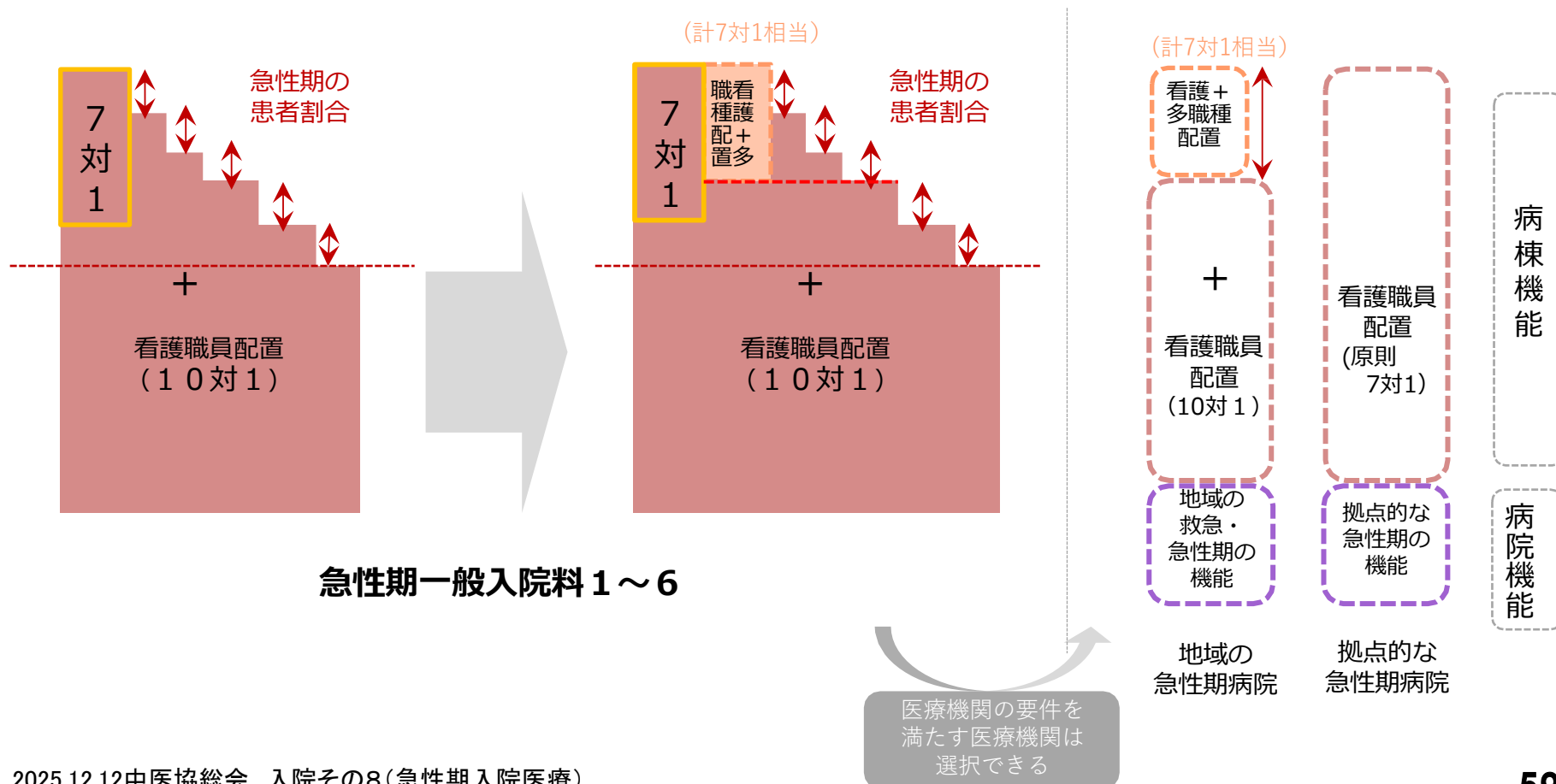
地域の急性期医療を担う保険医療機関における急性期一般入院料1と同等の基準を満たす急性期病棟のうち、看護職員を含む多職種が協働して専門的な観点から適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制を整備しているものとして届け出た病棟に入院する患者

【算定要件】

注1 看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制その他の事項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病棟に入院している患者のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。

多職種配置・病院機能の評価のイメージ

- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ等の観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないかな。
- また、拠点的な急性期病院や地域の救急・急性期機能を担う病院について、病棟機能とともに、病院としての機能を踏まえた評価とすることが考えられるのではないかな。





① 多職種が専門性を発揮して病棟において協働する体制に係る評価の新設

改定後

(新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、一日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (2) 急性期医療を担う病院であること。
- (3) 急性期一般入院料 4 又は急性期病院 B 一般入院料を算定する病棟であること。
- (4) 次のいずれかに該当すること。
 - ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が2割8分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が3割5分以上の病棟であること。
 - ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が2割7分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が3割4分以上の病棟であること。
- (5) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が16日以内であること。
- (6) 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (7) 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。
- (8) 当該病棟において各医療職種が専門性に基づいて業務を行う体制が整備されていること。
- (9) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

① 急性期病院一般入院基本料等の新設

急性期一般入院料 1
急性期一般入院料 2
急性期一般入院料 3
急性期一般入院料 4
急性期一般入院料 5
急性期一般入院料 6

急性期病院 A 一般

急性期 A (1,930点) と
急性期 1 (1,874点) の差 +56点

救命救急センター等と、一定の
要件を満たす 2 次救急医療機
関をそれぞれ A・B として、急性
期一般入院料から切り離し…

(高度)救命救急センター等
救急車 受け入れが年 2,000 件

画像診断・快且 24 時間体制
看護配置 7 対 1、平均在院日数 16 日
看護必要度は I は 28% + 35%、
II は 27% + 34%
画像診断及び検査を 24 時間実施
地ケア、地医療を持たない
老健、特養、介護からの救急搬送は、
軽症の場合、3 日以内の転院が、
救急カウントの要件に

急性期病院 B 一般

急性期 B (1,643点) と
急性期 1 (1,874点) の差 ▲231点
看護・多職種協働加算 + 255点
結果 + 24点

急性期 2 (1,779点) と
急性期 4 (1,597点) の差 ▲182点
看護・多職種協働加算 + 277点
結果 + 95点

急性期 3 (1,704点) と
急性期 4 (1,597点) の差 ▲107点
看護・多職種協働加算 + 277点
結果 + 170点

看護・多職種協働加算

算」が算定可能だと…

又は救急 500 件 & 全麻手術 500 件
(指定地域の緩和基準あり)
夜間受入が全体の 10% 以上
看護配置 10 対 1、平均在院日数 21 日
看護必要度は I は 28% + 35%、
II は 27% + 34%
地医療を持たない
老健、特養、介護からの救急搬送は、
軽症の場合、3 日以内の転院が、
救急カウントの要件に

② 重症度、医療・看護必要度の見直し

第1 基本的な考え方

救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、重症度、医療・看護必要度による評価の方法を見直す。

第2 具体的な内容

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度におけるA項目「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」並びにC項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」及び「別に定める手術」について、対象となる治療等を追加する。
2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準該当割合に、対象病棟における病床あたり救急搬送受入件数等に応じた加算を追加する。
3. B項目の測定対象日について、毎日測定するか、毎日測定しない場合には入院後4日間及び以降7日毎とし、測定日以外の評価について、直近の評価で代替可能とする。

改定前

【施設基準（告示）】

二 一般病棟入院基本料の施設基準等

(1) 一般病棟入院基本料の注1に規定する入院料の施設基準

イ 急性期一般入院基本料の施設基準

① (略)

② 急性期一般入院料1の施設基準

1 2以外の保険医療機関にあっては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者を20%以上、かつ、一定程度高い基準を満たす患者を27%以上入院させる病棟であること。

改定後

【施設基準（告示）】

二 一般病棟入院基本料の施設基準等

(1) 一般病棟入院基本料の注1に規定する入院料の施設基準

イ 急性期一般入院基本料の施設基準

① (略)

② 急性期一般入院料1の施設基準

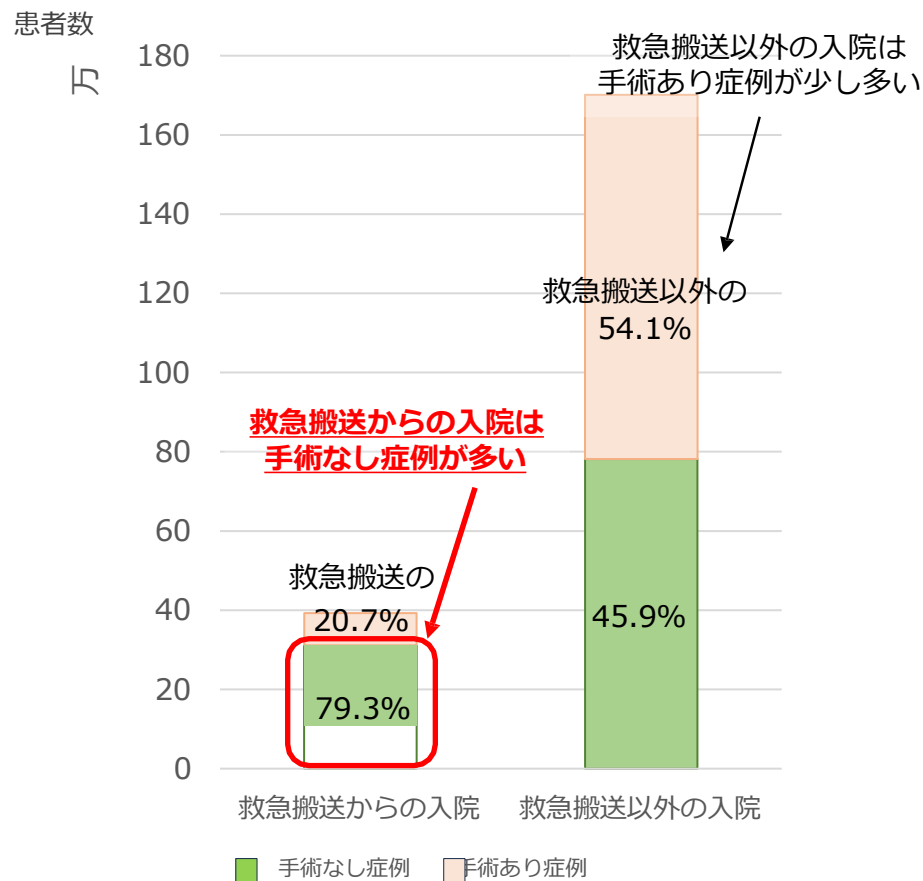
1 2以外の保険医療機関にあっては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が27%以上、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が34%以上を満たす病棟であること。

救急搬送からの入院や緊急入院に占める手術なし症例の割合

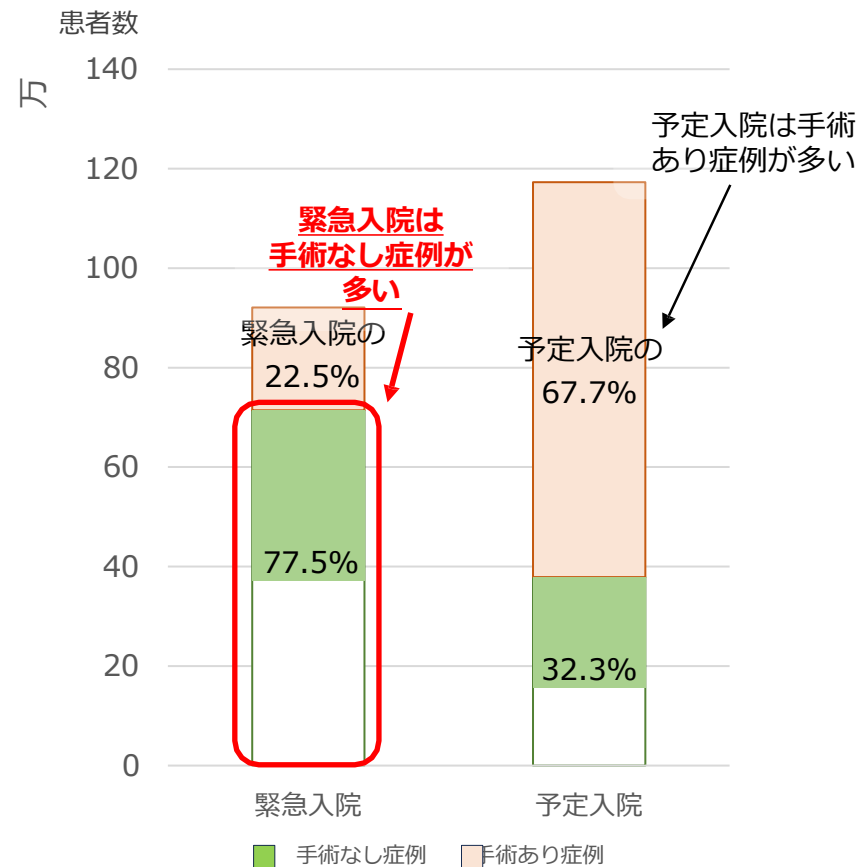
診調組 入-3
7. 9. 11改

- 救急搬送からの入院や緊急入院の約 8 割を手術なし症例が占める。

救急搬送からの入院と手術の有無



緊急入院と手術の有無



出典：2024年10月～12月DPCデータ(期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例(非転院・転棟症例)を対象として、手術に係るKコードの算定がある症例を手術あり症例、それ以外を手術なし症例と分類し、救急搬送、緊急入院におけるそれぞれの症例の割合を示した。)

内科系疾病に関連したA・C項目への追加案について

診調組 入-3
7. 9. 11

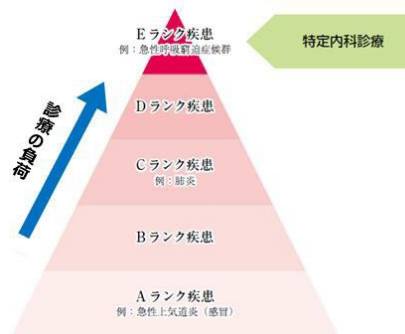
【概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系症例で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスタに追加する。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品（一部抜粋）

分類	名称（医薬品は成分名）
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム（遺伝子組換え）等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトボシド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩 等
C21：救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射（腰椎）、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法 等
C22：別に定める検査	組織試験採取、切探法（心筋）、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法 等
C23：別に定める手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）、内シャント設置術 等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した：①内保連負荷度ランク※¹におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※²こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと（内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認）、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



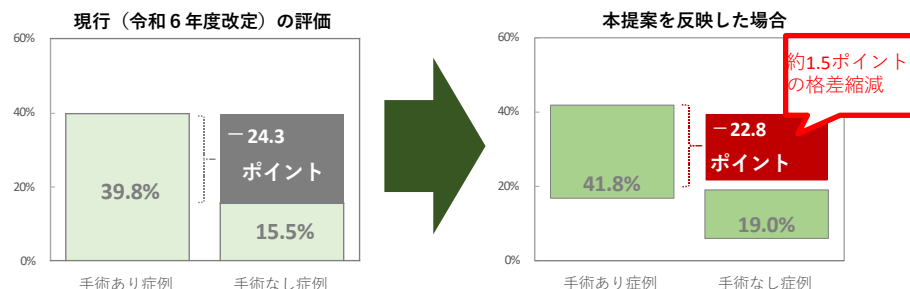
【対象疾患】

重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※²ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。（図表2 参照）

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※¹：内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。

※²：内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。（対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）。

出典：日本内科学会提供資料

A・C項目の追加項目一覧

- シミュレーションにおけるA・C項目への追加項目は、内科学会が提案するA・C項目への追加候補リストのうち、入院外で実施・処方される割合が高い薬剤等と、比較的实施が容易で診療行為に影響を与えるおそれのある処置を除外した。

診療行為				医薬品			
追加先	分類	名称（医薬品は成分名）		追加先	分類	名称（医薬品は成分名）	剤形
C21：救命等に係る内	科的治療 注射	中心静脈注射用カテーテル挿入		A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	アザシチジン	注射
C21：救命等に係る内	科的治療 注射	脳脊髄腔注射（腰椎）		A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	カルフィルゾミブ	注射
C21：救命等に係る内	科的治療 注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入		A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	シクロホスファミド水和物	注射
C21：救命等に係る内	科的治療 処置	腰椎穿刺		A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	フィルグラスチム（遺伝子組換え）	注射
C21：救命等に係る内	科的治療 処置	吸着式血液浄化法		A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホルナートカルシウム	注射
C21：救命等に係る内	科的治療 処置	カウンターショック（その他）		A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ボルテゾミブ	注射
C21：救命等に係る内	科的治療 処置	留置カテーテル設置		A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ラスブリカーゼ（遺伝子組換え）	注射
C21：救命等に係る内	科的治療 処置	皮膚科光線療法（長波・中波紫外線、290nm以上315nm以下）		A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	エトポシド	内服
C21：救命等に係る内	科的治療 処置	持続緩徐式血液濾過		A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	シクロホスファミド水和物	内服
C21：救命等に係る内	科的治療 処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法		A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	タクロリムス水和物	内服
C21：救命等に係る内	科的治療 手術	経皮経肝胆管ステント挿入術		A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ベキサロテン	内服
C21：救命等に係る内	科的治療 手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術		A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボナチニブ塩酸塩	内服
C21：救命等に係る内	科的治療 手術	経皮経肝バルーン拡張術		A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボマリドミド	内服
C22：別に定める検査	検査	トレッドミルによる負荷心肺機能検査		A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	メルカプトプリン水和物	内服
C22：別に定める検査	検査	サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査		A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	レナリドミド水和物	内服
C22：別に定める検査	検査	EF-気管支					
C22：別に定める検査	検査	経気管肺生検法					
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）					
C22：別に定める検査	検査	組織試験採取、切採法（心筋）					
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（負荷心エコー法）					
C22：別に定める検査	検査	EBUS-TBNA					
C22：別に定める検査	検査	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査					
C22：別に定める検査	画像診断	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影					
C23：別に定める手術	手術	内シャント設置術					
C23：別に定める手術	手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法					
C23：別に定める手術	手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）					
C23：別に定める手術	手術	経皮的胆管ドレナージ術					
C23：別に定める手術	手術	脾嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）					
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波胆石破碎術（一連につき）					
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法					
C23：別に定める手術	手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）					
C23：別に定める手術	手術	経皮的肝膿瘍ドレナージ術					
C23：別に定める手術	手術	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術					
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術					
C23：別に定める手術	手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）					
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄部拡張術					
C23：別に定める手術	手術	経皮経食道胃管挿入術（PTEG）					
C23：別に定める手術	手術	下部消化管ステント留置術					
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波脾石破碎術（一連につき）					
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）					
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）					
C23：別に定める手術	手術	薬剤投与用胃瘻造設術					

※グレーの背景となっている診療行為、医薬品は、内科学会が提案する候補のうち、除外したもの。

② 重症度、医療・看護必要度の見直し

改定前

2 許可病床数が二百床未満の保険医療機関（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限る。）にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者を21%以上、かつ、一定程度高い基準を満たす患者を28%以上入院させる病棟であること。

【施設基準（通知）】

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準
病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

1～4 （略）

4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

（1）（略）

（2）急性期一般入院基本料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床における直近3月において入院している患者全体（以下、「延べ患者数」という。）に占める重症度、医療・看護必要度における別表1に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者をいう。）の割合が、別表2の基準以上であること。

改定後

2 許可病床数が二百床未満の保険医療機関（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限る。）にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が28%以上、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が35%以上を満たす病棟であること。

【施設基準（通知）】

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準
病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

1～4 （略）

4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

（1）（略）

（2）急性期一般入院基本料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床における直近3月において入院している患者全体（以下、「延べ患者数」という。）に占める重症度、医療・看護必要度における別表1に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、（3）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表2の基準以上であること。

② 重症度、医療・看護必要度の見直し

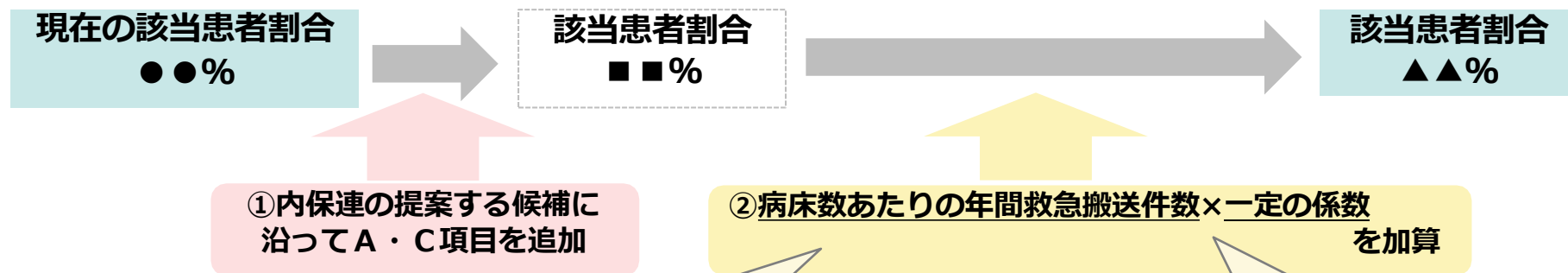
改定前	改定後
【施設基準（通知）】 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 なお、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」のB項目の患者の状況等については、基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。 <u>（新設）</u>	【施設基準（通知）】 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表3に示す一定程度高い基準（以下「基準②という。」を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表3のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、<u>（3）に規定する救急患者応需係数を加えた基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）</u>が、別表4の基準以上であること。なお、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」のB項目の患者の状況等については、基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。 <u>（3）前項に規定する救急患者応需係数は、当該病棟における病床当たり年間救急搬送受入件数に応じ、ア～ウに定めるところにより算出する。</u> <u>ア「救急搬送受入件数」は、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を受け入れた件数をいう。</u> <u>イ「病床当たり年間救急搬送受入件数」とは、当該保険医療機関全体における直近1年間の救急搬送受入件数（以下「全救急搬送受入件数」という。）に、直近1年間における救急搬送により当該保険医療機関に入院した患者（救急患者応需係数の算出対象となる病棟に入院した患者に限る。）のうち、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院した患者の割合を乗じて得た数を、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数で除して得た数をいう。</u> <u>ウ 救急患者応需係数は、イにより算出した病床当たり年間救急搬送受入件数に、0.005を乗じた数として算出し、救急患者応需係数の上限は1割とする。</u> <u>（4）B項目の測定日及び測定日以外の評価の取扱い</u> <u>別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」におけるB項目の測定及び評価については、次のとおり取り扱う。</u> <u>ア B項目の測定は、毎日測定するか、毎日測定しない場合には入院初日から入院4日目までの各日に行い、入院5日目以降については、直近の測定日から少なくとも7日ごとに1回以上測定を行うとともに、退院日については必ず測定を行うこと。ただし、患者の状態に明らかな変化が生じた場合には、直近の測定日から7日を待たず、測定を実施することが望ましい。</u> <u>イ アに基づき測定を行った測定日以外の日におけるB項目の評価については、直近の測定日におけるB項目の評価をもって代替することができる。</u>

救急搬送受入件数を活用した重症度、医療・看護必要度のシミュレーション

中医協 総 - 2
7 . 1 1 . 2 6

- 今回の試算においては、①内保連の提案する候補に沿ってA・C項目を追加するとともに、②病院の救急搬送受入件数に一定の係数を乗じた割合を重症度、医療・看護必要度に加算し、該当患者割合をシミュレーションすることとした。
- 救急搬送受入件数に乗ずる係数については、複数の案を用いてシミュレーションすることとした。

シミュレーションの方法



○救急搬送件数は、入院しなかった場合を含む病院の応需件数。



急性期一般1：100床



救急搬送受入1000件

(計算例)

急性期一般入院料**100床**で構成される病院において、
年間**1000件**の救急搬送を受け入れている場合
 $1000 \text{ (件)} \div 100 \text{ (床)} = \mathbf{10 \text{ 件/床/年}}$

○一定の係数を乗じて、基準該当割合への加算を計算する。

(計算例)

①左例で、一定の係数を例えば0.005※とすると、
 $10 \times 0.005 = \mathbf{5\%}$
が該当患者割合に加算される。

②元々の必要度該当割合が **15%** であった場合、
加算後は
 $15\% + 5\% = \mathbf{20\%}$
になる。

※このほか、係数を0.0025、0.0075とする場合も試算。

② 重症度、医療・看護必要度の見直し

	改定前		改定後	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合指数
急性期病院 A 一般入院料	<u>(新設)</u>	<u>(新設)</u>	<u>割合①：2割8分</u> <u>割合②：3割5分</u>	<u>割合①：2割7分</u> <u>割合②：3割4分</u>
急性期病院 B 一般入院料	<u>(新設)</u>	<u>(新設)</u>	<u>割合①：2割8分</u> <u>割合②：3割5分</u>	<u>割合①：2割7分</u> <u>割合②：3割4分</u>
急性期一般入院料 1	割合①：2割1分 割合②：2割8分	割合①：2割 割合②：2割7分	<u>割合①：2割8分</u> <u>割合②：3割5分</u>	<u>割合①：2割7分</u> <u>割合②：3割4分</u>
急性期一般入院料 2	2割2分	2割1分	<u>2割8分</u>	<u>2割7分</u>
急性期一般入院料 3	1割9分	1割8分	<u>2割4分</u>	<u>2割3分</u>
急性期一般入院料 4	1割6分	1割5分	<u>2割</u>	<u>1割9分</u>
急性期一般入院料 5	1割2分	1割1分	<u>1割5分</u>	<u>1割4分</u>
7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））		割合①：2割 割合②：2割7分		<u>割合①：2割7分</u> <u>割合②：3割4分</u>

② 重症度、医療・看護必要度の見直し

	改定前		改定後	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合指数
急性期総合体制加算 1	(新設)	(新設)	割合①：3割3分 割合②：4割	割合①：3割2分 割合②：3割9分
急性期総合体制加算 2	(新設)	(新設)	割合①：3割2分 割合②：3割9分	割合①：3割1分 割合②：3割8分
急性期総合体制加算 3	(新設)	(新設)	割合①：3割 割合②：3割7分	割合①：2割9分 割合②：3割6分
急性期総合体制加算 4	(新設)	(新設)	割合①：2割9分 割合②：3割6分	割合①：2割8分 割合②：3割5分
急性期総合体制加算 5	(新設)	(新設)	割合①：2割8分 割合②：3割5分	割合①：2割7分 割合②：3割4分
看護・多職種協働加算	(新設)	(新設)	割合①：2割8分 割合②：3割5分	割合①：2割7分 割合②：3割4分
地域包括医療病棟入院料	1 割 6 分	1 割 5 分	1割9分	1割8分
7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料）	0.8割	0.7割	0.8割	0.7割
7 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料）	割合①：2 割 1 分 割合②：2 割 8 分	割合①：2 割 割合②：2 割 7 分	割合①：2割2分 割合②：2割9分	割合①：2割1分 割合②：2割8分

② 重症度、医療・看護必要度の見直し

	改定前		改定後	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合指数
看護必要度加算 1	1 割 8 分	1 割 7 分	1 割 8 分	1 割 7 分
看護必要度加算 2	1 割 6 分	1 割 5 分	1 割 6 分	1 割 5 分
看護必要度加算 3	1 割 3 分	1 割 2 分	1 割 3 分	1 割 2 分
急性期看護補助体制加算	0.6割	0.5割	0.6割	0.5割
看護職員夜間配置加算	0.6割	0.5割	0.6割	0.5割
看護補助加算 1	0.4 割	0.3割	0.4 割	0.3割
地域包括ケア病棟入院料	1 割	0.8割	1 割	0.8割
特定一般病棟入院料の注 7	1 割	0.8割	1 割	0.8割

② 重症度、医療・看護必要度の見直し

【経過措置】

令和八年三月三十一日において現に次の（１）から（１７）までに掲げる診療料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、次の（１）から（１７）までに掲げる区分に応じ、当該各（１）から（１７）までに定める基準に該当するものとみなす。

- （１）急性期一般入院料 １ 第五の二の（１）のイの②の １ 又は ２
- （２）急性期一般入院料 ２ 第五の二の（１）のイの③の １
- （３）急性期一般入院料 ３ 第五の二の（１）のイの④の １
- （４）急性期一般入院料 ４ 第五の二の（１）のイの⑤
- （５）急性期一般入院料 ５ 第五の二の（１）のイの⑥
- （６）結核病棟入院基本料の七対一入院基本料 第五の四の(1)のイの③
- （７）特定機能病院入院基本料の一般病棟の七対一入院基本料 第五の五の（１）のイの①の ４
- （８）特定機能病院入院基本料の注 ５ のイ 第五の五の（４）のイの②
- （９）特定機能病院入院基本料の注 ５ のロ 第五の五の（４）のロの②
- （１０）特定機能病院入院基本料の注 ５ のハ 第五の五の（４）のハの②
- （１１）専門病院入院基本料の七対一入院基本料 第五の六の(2)のイの④
- （１２）専門病院入院基本料の注 ３ のイ 第五の六の(3)のイの②
- （１３）専門病院入院基本料の注 ３ のロ 第五の六の(3)のロの②
- （１４）専門病院入院基本料の注 ３ のハ 第五の六の(3)のハの②
- （１５）地域包括医療病棟 第九の六の四の（１）のチ
- （１６）地域包括ケア病棟入院料 第九の十一の二の(1)のハ
- （１７）特定一般病棟入院料の注 ７ 第九の十九の(5)のロの①又は②



⑮ DPC／PDPSの見直し

DPC/PDPSについて、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定、医療機関別係数の設定及び算定ルールの見直し等の所要の措置を講ずる。

１．診療報酬改定に関連した見直し

急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。

２．医療機関別係数の見直し

（１）基礎係数（医療機関群の設定等）

医療機関群の設定についての基本的な考え方は従前の設定方法を維持し、３つの医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群及びDPC標準病院群）を設定する。DPC特定病院群については、従前の設定要件及び基準値の考え方を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。また、DPC標準病院群のうち、以下のいずれかに該当する医療機関（以下「DPC標準病院群１」という。）については、それ以外の医療機関（以下「DPC標準病院群２」という。）と基礎係数の評価を区別する（令和10年度診療報酬改定以降は急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料の届出を行う医療機関とすることを念頭に、データの収集を行う。）

①救急車等による搬送により入院した患者数が年間で700人以上であること。

②救急車等による搬送により入院した患者数が年間で200人以上であり、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。

③人口20万人以下の二次医療圏に所在する保険医療機関であって、当該二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急車等による搬送により入院した患者数が最大であり、かつ、年間で400人以上であること。

④離島のみで構成されている二次医療圏に所在する保険医療機関であって、当該二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急車等による搬送により入院した患者数が最大であること。

（２）機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。



①⑥ 短期滞在手術等基本料の見直し

手術の外来移行を促すとともに、実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について、対象手術等を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

2. 短期滞在手術等基本料 3 について、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術を新たに対象に追加するとともに、既存の対象手術等について、実態を踏まえ、評価の見直しを行う。
3. 短期滞在手術等基本料 3 について、D P C 対象病院においても、短期滞在手術等基本料 3 を算定するよう、要件を見直す。
4. 短期滞在手術等基本料 3 について、対象手術等のうち外来での実施率が特に高いものについて、評価を見直すとともに、これらの手術等を外来で一定程度実施している医療機関において、医学的に入院での手術等が特に必要な患者に対して、入院でこれらの手術等を実施した場合の評価を行う。

○これまでの救急医療提供体制における課題等

※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。



② 救急患者連携搬送料の見直し

高次の救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院搬送の実施及び受入を更に推進する等の観点から、救急患者連携搬送料の要件及び評価を見直す。

- 救急患者の適切な転院搬送の実施を更に推進する観点から、救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者について、入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げるとともに、自院等の救急自動車以外を活用して搬送する場合についても評価の対象とする。
- 搬送先医療機関においても連携体制の確保や患者の受入れを更に推進する観点から、搬送先医療機関において入院医療を行うことについての評価を新設する。
- 搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間（30分以上）搬送を行う場合の評価を新設する。

改定前

【救急患者連携搬送料】

(新設)

(新設)

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

(新設)

(新設)

改定後

【救急患者連携搬送料】

1 救急患者連携搬送料 1

イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合

- (1) 入院中の患者以外の患者の場合 2,400点
- (2) 入院初日の患者の場合 1,200点
- (3) 入院2日目の患者の場合 800点
- (4) 入院3日目の患者の場合 600点

ロ その他の場合

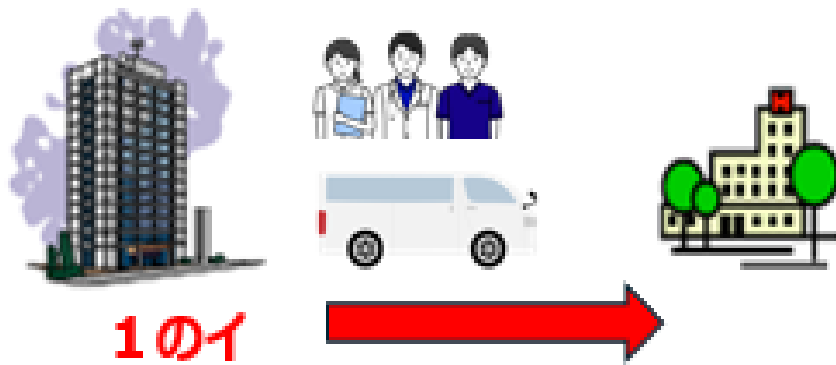
- (1) 入院中の患者以外の患者の場合 1,000点
- (2) 入院初日の患者の場合 500点
- (3) 入院2日目の患者の場合 350点
- (4) 入院3日目の患者の場合 200点

2 救急患者連携搬送料 2

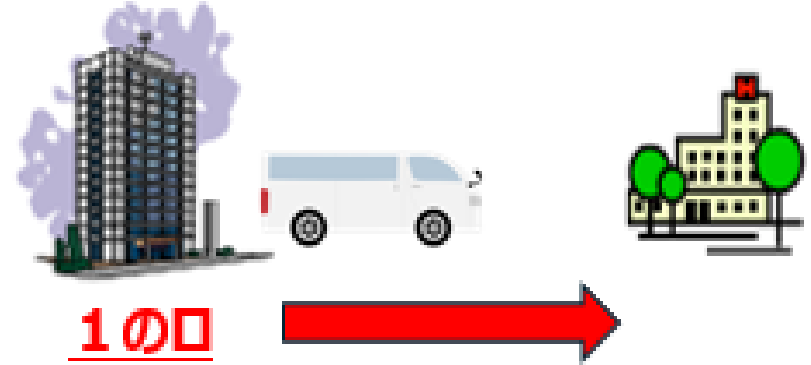
イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合 800点

ロ その他の場合 200点

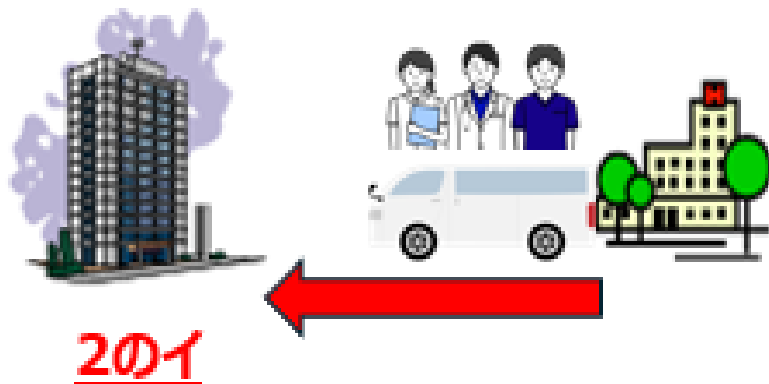
② 救急患者連携搬送料の見直し



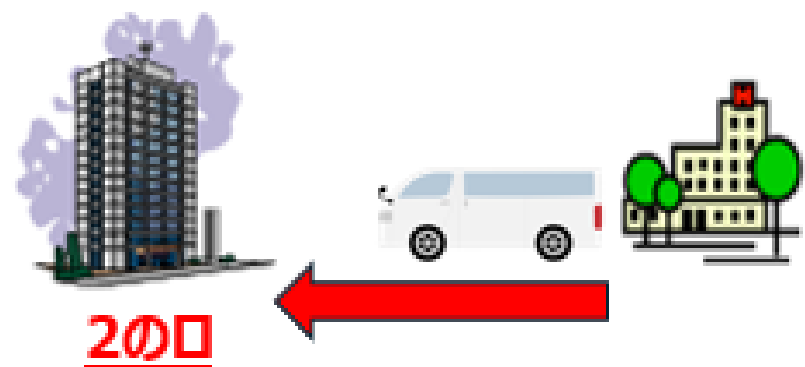
自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定



当該患者の搬送手段について調整を行い、当該患者の搬送を行った場合に算定



救急患者連携搬送料 1 のロを算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定



救急患者連携搬送料 1 のイ又はロを算定した患者を入院させた場合



② 救急患者連携搬送料の見直し

改定前	改定後
【救急患者連携搬送料】 【算定要件】 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。 (新設) (新設) (新設) (新設)	【救急患者連携搬送料】 【算定要件】 注 1 <u>1のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、自院の医師、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C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料及び1のロについては別に算定できない。</u> <u>2 1のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、当該患者の搬送手段について調整を行い、当該患者の搬送を行った場合に算定する。</u> <u>3 2のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で区分番号C 0 0 4－2に掲げる救急患者連携搬送料1のロを算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、区分番号C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料及び2のロについては別に算定できない。</u> <u>4 2のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で区分番号C 0 0 4－2に掲げる救急患者連携搬送料1のイ又はロを算定した患者を入院させた場合に、入院初日に限り算定する。</u> <u>5 1のイ又は2のイに規定する場合であって、当該搬送に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。</u>



② 救急患者連携搬送料の見直し

改定前	改定後
【救急患者連携搬送料】 【施設基準】 二の三 救急患者連携搬送料に規定する施設基準 <u>(新設)</u> <u>(1)</u> 救急搬送について、相当の実績を有していること。 <u>(2)</u> 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。 <u>(3)</u> 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の状態について、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。 <u>(4)</u> 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。 <u>(新設)</u>	【救急患者連携搬送料】 【施設基準】 二の三 救急患者連携搬送料に規定する施設基準 <u>(1) 救急患者連携搬送料 1 の施設基準</u> <u>イ</u> 救急搬送について、相当の実績を有していること。 <u>ロ</u> 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。 <u>ハ</u> 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の状態について、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。 <u>ニ</u> 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。 <u>(2) 救急患者連携搬送料 2 の施設基準</u> <u>イ</u> 特定機能病院、都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している保険医療機関及び区分番号 A 2 0 0 に掲げる急性期総合体制加算の届出を行っている保険医療機関のいずれにも該当しない保険医療機関であること。 <u>ロ</u> 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。

包括期



⑨ 地域包括医療病棟の見直し

地域包括医療病棟において、高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患を踏まえ、平均在院日数、ADL低下割合及び重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。また、医療資源投入量や急性期病棟の併設状況に応じた評価を導入する。更に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、加算の体系を見直す。

1. 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、手術や緊急入院の有無に応じて入院料を分けるとともに、包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、急性期病棟の併設がない場合の診療を更に評価する。

		改定前	改定後
地域包括医療病棟入院料（1日につき）		3,050点	（削除）
1 地域包括医療病棟入院料 1	イ 入院料 1	（新設）	3,367点
	ロ 入院料 2		3,267点
	ハ 入院料 3		3,117点
2 地域包括医療病棟入院料 2	イ 入院料 1	（新設）	3,316点
	ロ 入院料 2		3,216点
	ハ 入院料 3		3,066点

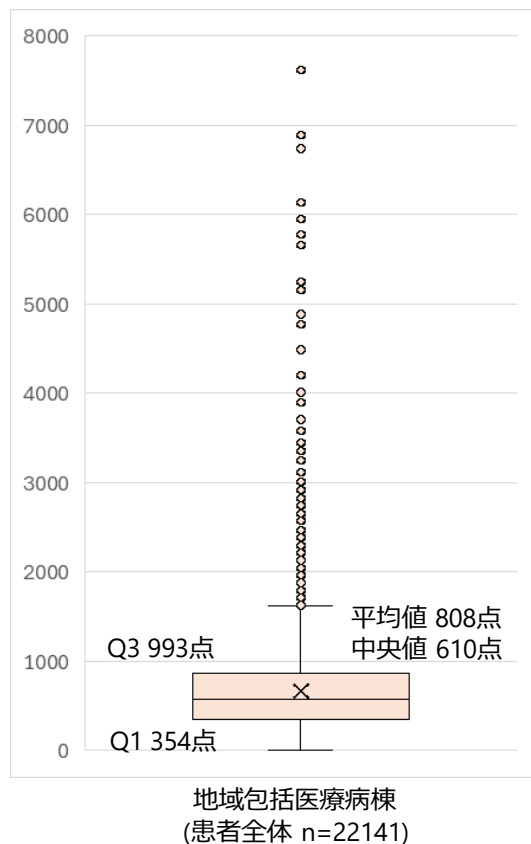
改定前	改定後
【地域包括医療病棟入院料】 【算定要件】 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、 <u>当該届出に係る病棟に入院している患者について</u> 、点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料 3 の例により、算定する。	【地域包括医療病棟入院料】 【算定要件】 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該 <u>基準に係る区分に従って、それぞれ所定</u> 点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料 3 の例により、算定する

患者ごとの包括内出来高実績点数の分布

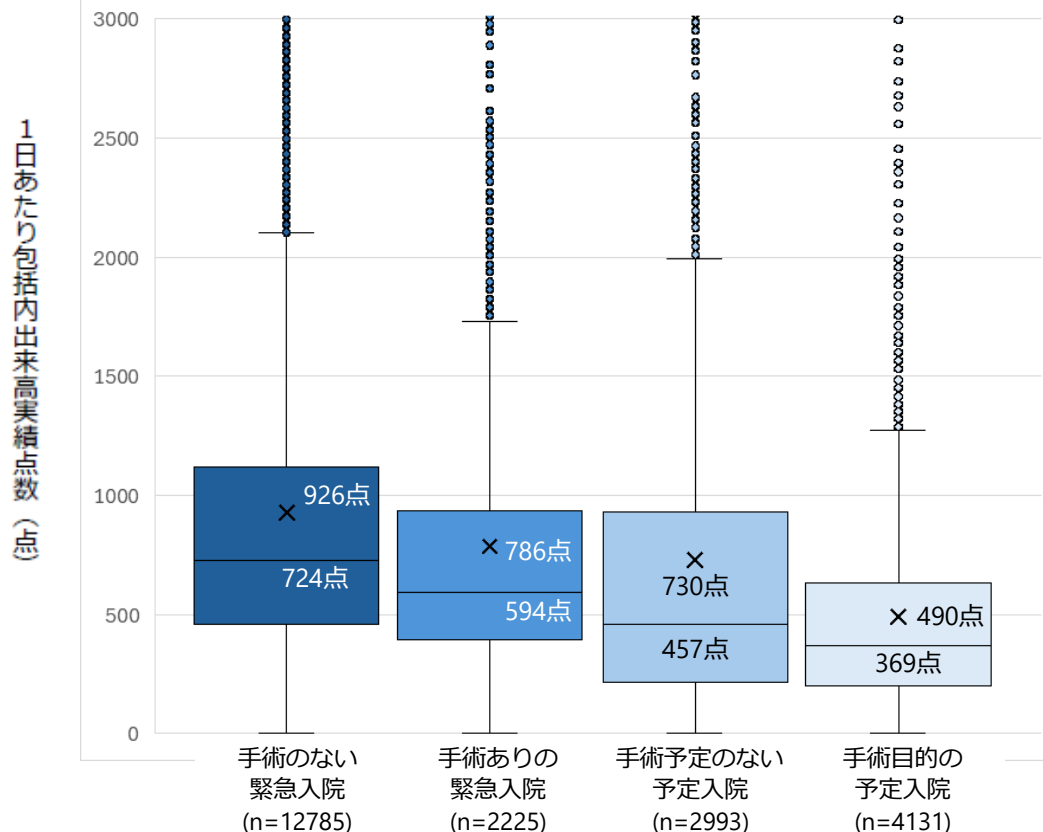
診調組 入-3
7. 9. 11改

- 患者ごとの1日あたり包括内出来高実績点数の分布は以下左図のとおりで、ばらつきがみられた。
- 緊急入院か予定入院か、手術（※）を実施したか否かにより、1日あたりの包括内の出来高実績点数の患者ごと分布を比較すると右図のとおりであり、手術を行わない緊急入院群では手術目的の予定入院群と比較し、1日あたり包括内出来高実績点数の平均値は約440点高く、群による差が大きかった。

1日あたり包括内出来高実績点数の分布



(全データを反映した後に 1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）
上端3000点として表示。)



※手術に係るKコードが算定された場合に手術実施とした（輸血に係るKコードは含まない）。

出典：DPCデータ（2024年10月～12月）



⑨ 地域包括医療病棟の見直し

地域包括医療病棟において、高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患を踏まえ、平均在院日数、ADL低下割合及び重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。また、医療資源投入量や急性期病棟の併設状況に応じた評価を導入する。更に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、加算の体系を見直す。

１．地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、手術や緊急入院の有無に応じて入院料を分けるとともに、包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、急性期病棟の併設がない場合の診療を更に評価する。

改定前	改定後
【地域包括医療病棟入院料】 【算定要件】 <u>（新設）</u>	【地域包括医療病棟入院料】 【算定要件】 <u>２ 入院料１については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術（医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）を実施しないもの、入院料２については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料３については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。</u>



⑨ 地域包括医療病棟の見直し

地域包括医療病棟において、高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患を踏まえ、平均在院日数、ADL低下割合及び重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。また、医療資源投入量や急性期病棟の併設状況に応じた評価を導入する。更に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、加算の体系を見直す。

１．地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、手術や緊急入院の有無に応じて入院料を分けるとともに、包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、急性期病棟の併設がない場合の診療を更に評価する。

改定前	改定後
【地域包括医療病棟入院料】 【施設基準】 (１) 地域包括医療病棟入院料の施設基準 イ～ネ (略) <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> (２)～(１０) (略)	【地域包括医療病棟入院料】 【施設基準】 (１) 地域包括医療病棟入院料 <u>１</u> の施設基準 イ～ネ (略) <u>ナ 当該保険医療機関内に区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料を算定する病棟を有していないこと。</u> <u>(２) 地域包括医療病棟入院料 ２ の施設基準</u> <u>(１) のイからネまでを満たすものであること。</u> <u>(３)～(１１) (略)</u>



⑨ 地域包括医療病棟の見直し

２．リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進するため、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の体系を見直す。

改定前	改定後
【地域包括医療病棟入院料】 【算定要件】 注１～９（略） １０ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して１４日を限度として<u>８０点</u>を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【地域包括医療病棟入院料】 【算定要件】 注１～９（略） １０ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、<u>当該基準に係る区分に従い</u>、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して１４日を限度として<u>次に掲げる点数をそれぞれ</u>所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。 <u>イ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 １ １１０点</u> <u>ロ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 ２ ５０点</u>



⑨ 地域包括医療病棟の見直し

３．高齢者の特性に配慮し、平均在院日数及び退院時のＡＤＬが低下したものの割合について、８５歳以上の患者の割合に応じて基準を緩和する。また、誤嚥性肺炎や尿路感染症等頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。

改定前	改定後
【地域包括医療病棟入院料】 【施設基準】 (1) 地域包括医療病棟入院料の施設基準 イ～ト（略） チ 次のいずれかに該当すること。 ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を<u>一割六分</u>以上<u>入院させる</u>病棟であること。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を<u>一割五分</u>以上<u>入院させる</u>病棟であること。 リ 患者の状態に基づき、当該病棟に入院した日に介助を特に実施している患者を五割以上入院させる病棟であること。 ヌ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。 ル～ネ（略）	【地域包括医療病棟入院料】 【施設基準】 (1) 地域包括医療病棟入院料 １ の施設基準 イ～ト（略） チ 次のいずれかに該当すること。 ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の<u>割合に係る指数が一割九分</u>以上<u>の</u>病棟であること。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の<u>割合に係る指数が一割八分</u>以上<u>の</u>病棟であること。 リ 患者の状態に基づき、当該病棟に入院した日に介助を特に実施している患者を五割以上入院させる病棟であること。 ヌ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>二十日以内を原則として、八十五歳以上の患者の割合が二割を増すごとに一を加えた日数</u>以内であること。 ル～<u>ナ</u>（略）

③ 地域包括ケア病棟における初期加算等の 評価の見直し

地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、初期加算の対象となる患者の範囲及び評価並びに退院支援に係る診療報酬項目の包括範囲を見直す。

- １．在宅患者支援病床初期加算について、①の対象を救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大するとともに、それ以外の患者に対する初期加算を急性期患者支援病床初期加算を参考に見直す。
- ２．Ｂ００５退院時共同指導料２及びＢ００５－１－２介護支援等連携指導料について、包括範囲から除外する。

改定前

【地域包括ケア病棟入院料】

【算定要件】

注６ 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ 急性期患者支援病床初期加算（略）

ロ 在宅患者支援病床初期加算

（１）介護老人保健施設から入院した患者の場合

① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ００４－２に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合
580点

② ①の患者以外の患者の場合 **480点**

改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

【算定要件】

注６ 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ 急性期患者支援病床初期加算（略）

ロ 在宅患者支援病床初期加算

（１）介護老人保健施設から入院した患者の場合

① 緊急入院した患者の場合 **590点**

② ①の患者以外の患者の場合 **410点**

③ 地域包括ケア病棟における初期加算等の 評価の見直し

地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、初期加算の対象となる患者の範囲及び評価並びに退院支援に係る診療報酬項目の包括範囲を見直す。

- １．在宅患者支援病床初期加算について、①の対象を救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大するとともに、それ以外の患者に対する初期加算を急性期患者支援病床初期加算を参考に見直す。
- ２．Ｂ００５退院時共同指導料２及びＢ００５－１－２介護支援等連携指導料について、包括範囲から除外する。

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 (２) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① <u>救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ００４－２に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合</u> <u>480点</u> ② ①の患者以外の患者の場合 <u>380点</u>	【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 (２) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① <u>緊急</u>入院した患者の場合 <u>490点</u> ② ①の患者以外の患者の場合 <u>310点</u>

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		－		○		－	
室面積	6.4平方メートル以上				－			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>10%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8 %以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	－		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85／100に減算)		－		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85／100に減算)	
自宅等から入棟した患者割合※1	2 割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか 1 つ以上 (満たさない場合90／100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2 割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか 1 つ以上 (満たさない場合90／100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3 月で9人以上				3 月で9人以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率 ※1※2	7 割 2 分 5 厘以上				7 割以上（満たさない場合90／100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の 1 ・ 2 については入退院支援加算 1 を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） (満たさない場合90／100に減算)							

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が6割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たす患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

11

（新設）リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
（見直し）退院時共同指導料2、介護支援等連携指導料2（新設）を出来高に
（見直し）初期加算の設定（救急もしくは下り搬送後⇒緊急）

③ 地域包括ケア病棟における初期加算等の 評価の見直し

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 7 診療に係る費用（注 3 から注 6 まで及び注 8 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1 のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号 B 0 0 1 の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第 2 章第 2 部在宅医療、区分番号 H 0 0 4 に掲げる摂食機能療法、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓、区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流及び区分番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料（区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料 1、地域包括ケア入院医療管理料 1、地域包括ケア病棟入院料 2、地域包括ケア入院医療管理料 2、地域包括ケア病棟入院料 3、地域包括ケア入院医療管理料 3、地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4 に含まれるものとする。	【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 7 診療に係る費用（注 3 から注 6 まで及び注 8 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1 のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号 B 0 0 1 の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、<u>区分番号 B 0 0 5 に掲げる退院時共同指導料 2、区分番号 B 0 0 5－1－2 に掲げる介護支援等連携指導料</u>、第 2 章第 2 部在宅医療、区分番号 H 0 0 4 に掲げる摂食機能療法、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓、区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流及び区分番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料（区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料 1、地域包括ケア入院医療管理料 1、地域包括ケア病棟入院料 2、地域包括ケア入院医療管理料 2、地域包括ケア病棟入院料 3、地域包括ケア入院医療管理料 3、地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4 に含まれるものとする。

包括期を担う病棟の施設基準

診療組 入-1
7.6.13改

包括期充実体制加算の新設（地医包・地ケア）

病棟ストラクチャー

病棟プロセス・アウトカム

病院ストラクチャー・プロセス

(参考) 急性期一般入院料 4		地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
看護職員	10対1	10対1	13対1	13対1
看護師割合	7割以上	7割以上	7割以上	7割以上
PT/OT/STの病棟配置	(-)	常勤2名以上	常勤1名以上	常勤1名以上
管理栄養士	(-)	専任常勤1名以上	(-)	(-)
リハ実施	出来高	出来高、専任リハ職は6単位まで	包括、必要者に2単位以上	包括、必要者に2単位以上
ADLの維持向上、 栄養管理に資する体制整備		要		
重症度、医療・看護必要度	A 2点以上かつB 3点以上、 A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 2点以上かつB 3点以上、 A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 1点以上又はC 1点以上	A 1点以上又はC 1点以上
看護必要度Ⅰ	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
看護必要度Ⅱ	15%以上	15%以上	8%以上	8%以上
入院日に特に介助を要する患者		5割以上		
同一病院一般病棟からの転棟		5%未満		65%未満
自宅等から入院			2割以上	★2割以上
自宅等からの緊急入院			前3ヶ月で9人以上	★前3ヶ月で9人以上
救急搬送		15%以上		
平均在院日数	21日以内	21日以内	72.5%以上/70%以上	72.5%以上/70%以上
在宅復帰		8割以上		
その他の プロセス・アウトカム指標	20以内を原則として、 85歳以上の患者の割合 が2割を増すごとに1を 加えた日数以内	48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が5%未満	(新設) リハビリテーション・ 栄養・口腔連携体制加算	
病床数等			200床未満	400床未満
救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
在宅医療の提供			6項目のうち2つ以上を提供	6項目のうち1つを提供 又は★のいずれか
リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか
入退院支援		入退院支援加算1の届出 (=連携機関数が25以上)	専任/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料1) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)	専任/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料2) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)
除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

1と2に別れ
1は急性期
病棟併設
なし

20以内を原則として、
85歳以上の患者の割合
が2割を増すごとに1を
加えた日数以内

急性期入院料A
急性期総合入院体制加算

急性期入院料AB
急性期総合入院体制加算

① 協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、協力医療機関に対して求めている協力対象施設との情報共有・カンファレンスの頻度を見直す。

協力対象施設入所者入院加算及び往診料の注10に掲げる介護保険施設等連携往診加算の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行うカンファレンスの頻度について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回に見直す

改定前

【協力対象施設入所者入院加算】

【施設基準】

1 協力対象施設入所者入院加算に関する施設基準

(1) (略)

(2) 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次のいずれにも該当していること。

(イ) 介護保険施設等において、診療を行う患者の診療情報及び病状急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で当該介護保険施設等から協力医療機関である保険医療機関に適切に提供されており、必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医がICTを活用して当該患者の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) 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、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。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

改定後

【協力対象施設入所者入院加算】

【施設基準】

1 協力対象施設入所者入院加算に関する施設基準

(1) (略)

(2) 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次のいずれにも該当していること。

(イ) 介護保険施設等において、診療を行う患者の診療情報及び病状急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で当該介護保険施設等から協力医療機関である保険医療機関に適切に提供されており、必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医がICTを活用して当該患者の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) 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

① 協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、協力医療機関に対して求めている協力対象施設との情報共有・カンファレンスの頻度を見直す。

協力対象施設入所者入院加算及び往診料の注10に掲げる介護保険施設等連携往診加算の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行うカンファレンスの頻度について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回に見直す

改定前	改定後
【協力対象施設入所者入院加算】 【施設基準】 1 協力対象施設入所者入院加算に関する施設基準 (1) (略) (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。 イ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、<u>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。</u><u>なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。</u> <u>(新設)</u> (3)・(4) (略)	【協力対象施設入所者入院加算】 【施設基準】 1 協力対象施設入所者入院加算に関する施設基準 (1) (略) (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。 イ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、<u>介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年に3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。</u><u>ただし、当該介護保険施設等において入院の必要性が認められた入所者の入院を、年に2件以上受け入れた場合には、カンファレンスの実施は年に1回以上の頻度であれば良いこととする。</u><u>この場合において、入退院に際して当該介護保険施設等の職員と、入所者の急変時の対応方針及び診療又は入院依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。</u> <u>(3) (2) のアの(ロ)及び(2)のイに規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。また、当該カンファレンスが別添3の第26の5の1の(4)に規定する入退院支援加算1における連携機関とのカンファレンスを兼ねることは差し支えない。</u> (4)・(5) (略)

① 協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、協力医療機関に対して求めている協力対象施設との情報共有・カンファレンスの頻度を見直す。

協力対象施設入所者入院加算及び往診料の注10に掲げる介護保険施設等連携往診加算の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行うカンファレンスの頻度について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回に見直す

改定前

【介護保険施設等連携往診加算】

1 介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準

(1) (略)

(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) 往診を行う患者の診療情報及び急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で介護保険施設等の協力医療機関として定められている保険医療機関に適切に提供され、必要に応じて往診を行う医師が所属する保険医療機関がICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。

(ロ) 往診を行う患者が入所している介護保険施設等と当該介護保険施設等の協力医療機関として定められている医療機関において、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。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

改定後

【介護保険施設等連携往診加算】

1 介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準

(1) (略)

(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) 往診を行う患者の診療情報及び急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で介護保険施設等の協力医療機関として定められている保険医療機関に適切に提供され、必要に応じて往診を行う医師が所属する保険医療機関がICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。

(ロ) 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

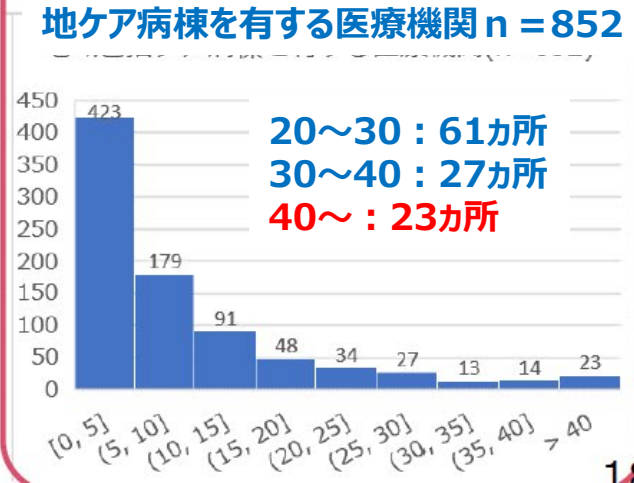
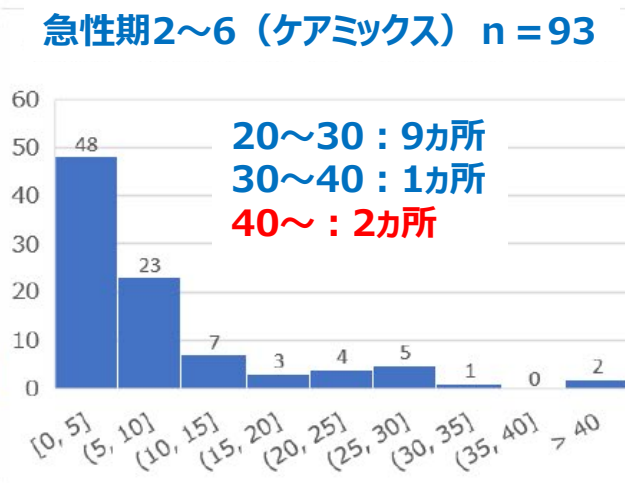
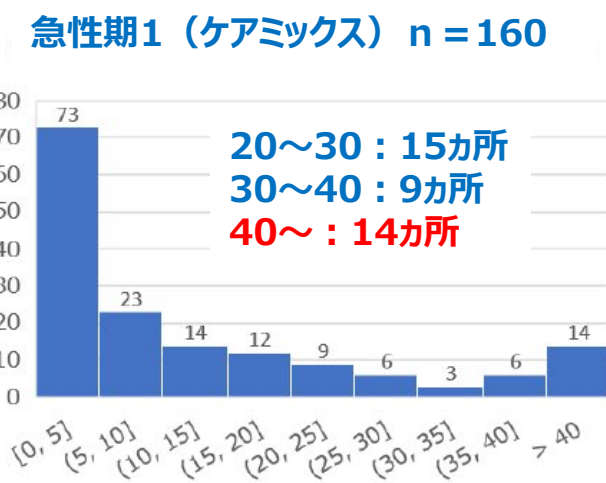
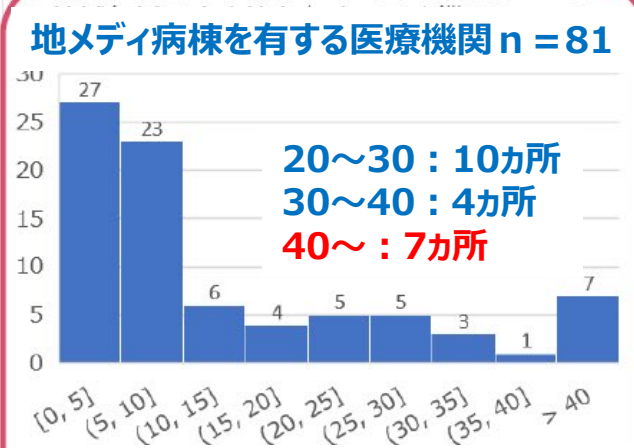
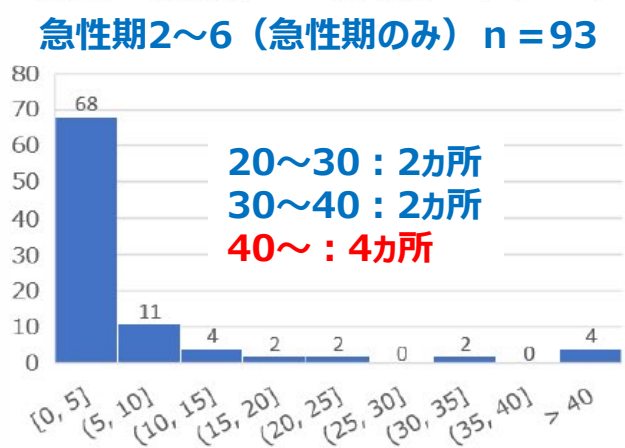
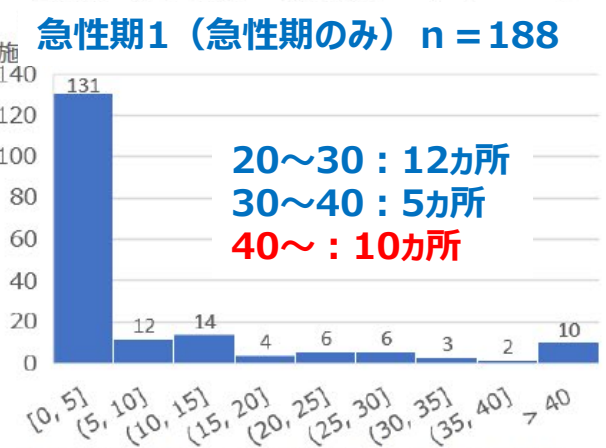
① 協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、協力医療機関に対して求めている協力対象施設との情報共有・カンファレンスの頻度を見直す。

協力対象施設入所者入院加算及び往診料の注10に掲げる介護保険施設等連携往診加算の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行うカンファレンスの頻度について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回に見直す

改定前	改定後
【介護保険施設等連携往診加算】 1 介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準 (1) (略) (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。 <u>イ 往診を行う患者が入所している介護保険施設等と当該介護保険施設等の協力医療機関として定められている医療機関において、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、月1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。</u> (新設) (3)・(4) (略)	【介護保険施設等連携往診加算】 1 介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準 (1) (略) (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。 <u>イ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年に3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。ただし、当該介護保険施設等において往診の必要性が認められた入所者の往診を、年に2件以上行った場合には、カンファレンスの実施は年に1回以上の頻度であれば良いこととする。この場合において、往診に際して当該介護保険施設等の職員と、入所者の急変時の対応方針及び往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。</u> <u>(3) (2) のアの(ロ)及び(2)のイに規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。また、当該カンファレンスが基本診療料施設基準通知の別添3の第26の5の1の(4)に規定する入退院支援加算1における連携機関とのカンファレンスを兼ねることは差し支えない。</u> (4)・(5) (略)

協力医療機関となっている施設数の分布



➡ 協力医療機関となり施設や高齢者住宅を支える仕組み＝稼働アップの源



② 包括期入院医療における充実した後方支援の評価

高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、地域包括医療病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料について、これらの体制及び一定の実績を持つ医療機関を更に評価する。

許可病床数200床未満の救急医療若しくは下り搬送を受け入れる体制を有する急性期病棟を有しない保険医療機関における地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟において、在宅医療や介護保険施設の後方支援について十分な体制と実績を有する場合の加算を新設する。

改定後

（新） 包括期充実体制加算（1日につき） 80点

【対象患者】

在宅医療や介護保険施設の後方支援を担うに当たり十分な体制及び実績を有する許可病床数200床未満の急性期病棟を有しない保険医療機関において地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟（入院医療管理料を算定する病室を含む。）に入院する患者

【算定要件】

注1 在宅医療及び介護保険施設等の後方支援を担うに当たり十分な体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第3節の特定入院料のうち、包括期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）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）保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のものであること。
- （2）区分番号A304に掲げる地域包括医療病棟入院料又は区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を有する病院であること。
- （3）区分番号A100に掲げる急性期病院一般入院料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院であること。
- （4）地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制が整備されていること。
- （5）在宅医療や介護保険施設等の後方支援に係る実績を十分有していること。
- （6）入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

② 包括期入院医療における充実した後方支援の評価

評価対象	具体的な指標	データ取得の実現性	評価観点	懸念点	在宅	施設
救急搬送受入件数	外来診察のみで帰宅した症例を含む救急応需件数	病床機能報告を利用、又は別途報告を要する	入院しなかった症例も含まれるため、入院を誘発するおそれなく、救急外来そのもののパフォーマンスを評価できる	搬送手段として救急搬送が選択されないか	○	○
下り搬送等受入件数	下り搬送を応需した件数	現存するデータでは把握不能のため、別途報告を要する	自院で活発な救急受入を行っていても、他院との連携による機能分化を評価できる	下り搬送の定義について要検討	○	○
当該病棟への緊急入院	当該病棟へ自宅又は施設等から直接緊急入院した件数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	病棟ごとのパフォーマンスを評価できるため、併設病棟の種類に影響を受けない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
後方支援に係る加算の算定件数	A206 在宅患者緊急入院診療加算、A253 協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合算	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの情報連携に基づく入院医療の提供について評価できる	同上。現状はA253は在宅病、後方支援病院、地ケアを有する病院に限られており要調整	○ A206	○ A253
自宅等からの入院件数	（地ケアのみ）A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算の算定回数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの連携は評価されない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
協力対象施設である介護施設への往診	C000の注10 介護施設等連携往診加算の算定回数	レセプトから把握、又は別途報告を要する	入院に至らない診療も評価することができる	外来受診できる状態でも往診が選択されないか。A253と同様に算定可能な施設は要調整	—	○



② 包括期入院医療における充実した後方支援の評価

区分	概要	主な要件	備考
在宅患者緊急入院診療加算（入院初日） 1. 2,500点 2. 2,000点 3. 1,000点	他医療機関（クリニック）の在宅患者の急変等の受入れを評価 診療所で在医総管等、在宅療養指導管理等（在宅酸素、在宅持続陽圧等）を算定している 患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合	1：連携強化型在支診・在支病、後方支援病院 2：連携医療機関 3：それ以外	特別な関係でも可能
協力対象施設入所者入院加算（入院初日） 1. 往診後600点 2. 1以外200点	特養、老健、介護医療院の患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、 当該施設等の従事者の求めに応じて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合	協力医療機関であること及び在支診、在支病院、後方支援病院又は地ケア病棟を有する医療機関	特別な関係不可



⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準及び要件を見直す。

1. 入院料 1 を届け出ている病棟を対象に、実績指数、排尿自立支援加算の届出及び退院前訪問指導の実施割合等を要件とする回復期リハビリテーション強化体制加算を新設する。
2. 重症の患者の基準を見直すとともに、対象に高次脳機能障害及び脊髄損傷と診断を受けた患者を追加する。また、重症患者のうち退院時に日常生活機能評価又は F I M が改善した患者の割合に係る要件を削除する。
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 まで、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料について、重症患者の新規受入割合基準及びリハビリテーション実績指数に係る基準を見直す。
4. 日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「F I M」という。）の測定を行うこととされているものについて、F I M による測定が望ましいこととする。
5. 退院前訪問指導料を出来高にて算定できることとする。また、退院前訪問指導料と「H 0 0 3－2」の注 3 に規定する入院時訪問指導加算との併算定は出来ないこととする。
6. 入院料 1 及び 3 の施設基準である F I M の測定に関する研修会を年 1 回以上開催することについて、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 までの要件とする。
7. 入院料 1 及び 2 の施設基準である地域支援事業に参加していることが望ましいことについて、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 までを対象とする。
8. 入院料 1 及び 2 の施設基準である口腔管理の体制を整備していることについて、入院料 3 及び 4 においても望ましいこととする。
9. 回復期リハビリテーション病棟 1 から 4 までについて、土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていることを要件とする。また、土曜日、休日の 1 日当たりリハビリテーション提供単位数を見直す。

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※ 1)
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上		
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ 専従常勤 1 名以上		－		
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリ テーションの 提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	2単位⇒3単位		必要		
	FIMの測定に関する 院内研修会	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	－
	リハビリ計画書への栄養項目 記載／ GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		⊖		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	－	受けていることが 望ましい	－	－
	地域貢献活動	参加することが望ましい		参加することが望ましい		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	40%⇒35%		30%⇒25%		－
	自宅等に退院する割合	7割以上				
	リハビリテーション実績指数	40%⇒42%	32%	35%⇒37%	32%	－
	入院時に重症であった患者の 退院時の日常生活機能評価 () 内はFIM総得点	3 割以上が 4 点 廃止 以上改善		3 割以上が 3 点 廃止 以上改善		－

＜追加＞ 入院料1：実績指数、排尿自立支援加算の届出及び退院前訪問指導の実施割合等を要件とする回復期リハビリテーション強化体制加算80点（実績指数48）を新設

＜追加＞ 退院前訪問リハビリが出来高（入院時訪問指導加算との併算定は不可）

⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

	改定前	改定後
1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 (生活療養を受ける場合)	<u>2,229点</u> (2,215点)	<u>2,346点</u> (2,326点)
2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 (生活療養を受ける場合)	<u>2,166点</u> (2,151点)	<u>2,274点</u> (2,253点)
3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 (生活療養を受ける場合)	<u>1,917点</u> (1,902点)	<u>2,062点</u> (2,041点)
4 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 (生活療養を受ける場合)	<u>1,859点</u> (1,845点)	<u>2,000点</u> (1,980点)
5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 (生活療養を受ける場合)	<u>1,696点</u> (1,682点)	<u>1,794点</u> (1,774点)
6 回復期リハビリテーション入院医療管理料 (生活療養を受ける場合)	<u>1,859点</u> (1,845点)	<u>1,960点</u> (1,940点)

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）】 【算定要件】 注１（略） ２ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（ <u>回復期リハビリテーション病棟入院料 3、回復期リハビリテーション病棟入院料 4、回復期リハビリテーション病棟入院料 5</u> 又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。	【回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）】 【算定要件】 注１（略） ２ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。

⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

改定前

【回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）】

【算定要件】

注1（略）

3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、区分番号B011-6に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（□に限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第14部その他、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）】

【算定要件】

注1（略）

3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料、区分番号B011-6に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（□に限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第14部その他、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。



⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）】 【算定要件】 <u>（新設）</u> <u>4</u> 5については、算定を開始した日から起算して２年（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を<u>限度として算定</u>する	【回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）】 【算定要件】 <u>4</u> 回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、回復期リハビリテーション強化体制加算として、患者１人につき１日につき８０点を所定点数に加算する。 <u>5</u> 5については、算定を開始した日から起算して２年（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を<u>超えて算定する場合、１００分の８０に相当する点数を算定</u>する。

⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

改定前

【回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）】

【算定要件】

A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料

(1)～(6) (略)

(7) 回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「F I M」という。）の測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。なお、「A 2 4 6」入退院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟に転院してきた場合には、原則として当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価又はF I Mの結果を入院時に測定された日常生活機能評価又はF I Mとみなす。

(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、定期的（2週間に1回以上）に日常生活機能評価又はF I Mの測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）】

【算定要件】

A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料

(1)～(6) (略)

(7) 回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「F I M」という。）の測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。なお、評価にあたってはF I Mを用いることが望ましい。また、「A 2 4 6」入退院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟に転院してきた場合には、原則として当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価又はF I Mの結果を入院時に測定された日常生活機能評価又はF I Mとみなす。

(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、定期的（2週間に1回以上）に日常生活機能評価又はF I Mの測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。なお、評価にあたってはF I Mを用いることが望ましい。



⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）】 【施設基準】 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （1）（略） （2）回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 イ～ホ（略） ヘ 当該病棟において、新規入院患者のうち<u>四割</u>以上が重症 の患者であること。 ト（略） <u>チ 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はF I Mが改善していること。</u> リ（略） ヌ（略） ル（略） ヲ（略） ワ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>四十</u>以上であ ること。 カ（略） （3）回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準 （2）のイ、ロ<u>及び</u>ニから<u>ヲ</u>までを満たすものであること。 <u>（新設）</u>	【回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）】 【施設基準】 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （1）（略） （2）回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 イ～ホ（略） ヘ 当該病棟において、新規入院患者のうち<u>3割5分</u>以上が 重症の患者であること。 ト（略） <u>（削除）</u> チ（略） リ（略） ヌ（略） ル（略） ヲ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>42</u>以上であ ること。 ワ（略） （3）回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準 <u>イ</u>（2）のイ、ロ、ニから<u>ル</u>まで<u>及びワ</u>を満たすものであること。 <u>ロ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が32以上であ ること。</u>

⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）】 【施設基準】 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （4）回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準 イ（略） <u>（新設）</u> □ 当該病棟において、新規入院患者のうち<u>三割</u>以上が重症の患者であること。 <u>ハ</u>（略） <u>ニ 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はFIMが改善していること。</u> ホ・ヘ（略） <u>（新設）</u> <u>ト</u> リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>三十五</u>以上であること。 チ（2）の力を満たすものであること。 （5）回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準 （4）のイから<u>へ</u>までを満たすものであること。 <u>（新設）</u> （6）（略）	【回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）】 【施設基準】 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （4）回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準 イ（略） <u>□ 休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。</u> <u>ハ</u> 当該病棟において、新規入院患者のうち<u>2割5分</u>以上が重症の患者であること。 <u>ニ</u>（略） <u>（削除）</u> ホ・ヘ（略） <u>ト 介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する地域支援事業に協力する体制を確保していること。</u> <u>チ</u> リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>37</u>以上であること。 <u>リ</u>（2）の<u>2</u>を満たすものであること。 （5）回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準 <u>イ</u>（4）のイから<u>ト</u>まで<u>及びリ</u>を満たすものであること。 <u>□ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が32以上であること。</u> （6）（略）



⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）】 【施設基準】 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （７）回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 イ（略） □ 当該病室において、新規入院患者のうち<u>三割</u>以上が重症の患者であること。 ハ・ニ（略） <u>ホ 当該病室において、重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はF I Mが改善していること。</u> （８）・（９）（略） <u>（新設）</u>	【回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）】 【施設基準】 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （７）回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 イ（略） □ 当該病室において、新規入院患者のうち<u>二割五分</u>以上が重症の患者であること。 ハ・ニ（略） <u>（削除）</u> （８）・（９）（略） <u>（１０）回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準</u> <u>イ 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準を満たしていること。</u> <u>ロ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が48以上であること。</u> <u>ハ 退院前訪問指導について、十分な実績を有していること。</u> <u>ニ 排尿自立支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u>

⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

改定前

【回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）】

【施設基準】

２ 回復期リハビリテーション病棟入院料 １ 及び ２ の施設基準

（４）当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料 １ 又は ２ を算定する場合、重症の患者（別添 ７ の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「F I M」という。）得点で 55 点以下の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち ４ 割以上 であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア・イ （略）

（６）当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の １ 日当たりリハビリテーション提供単位数も平均 ２ 単位 以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）】

【施設基準】

２ 回復期リハビリテーション病棟入院料 １ 及び ２ の施設基準

（４）重症の患者（別添 ７ の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「F I M」という。）得点で 21 点以上 55 点以下の患者（F I M の測定により適合していることが望ましい。）、高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）又は脊髄損傷と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち 3 割 5 分以上 であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア・イ （略）

（５）当該保険医療機関において、土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、土曜日、休日の １ 日当たりリハビリテーション提供単位数も平均 ３ 単位 以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。



⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

改定前	改定後
【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】 【施設基準】 二十一 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (1) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準イ～ヌ（略） ル 当該病棟において、新規入院患者のうち五割以上が重症の患者であること。 ヲ（略） ワ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が四十以上であること。 【退院前訪問指導料】 【算定要件】 注 1 入院期間が 1 月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中 1 回 <u>（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2 回）</u> に限り算定する。	【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】 【施設基準】 二十一 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (1) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準イ～ヌ（略） ル 当該病棟において、新規入院患者のうち4割5分以上が重症の患者であること。 ヲ（略） ワ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が42以上であること。 【退院前訪問指導料】 【算定要件】 注 1 入院期間が 1 月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中 1 回に限り算定する。<u>ただし、入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2 回算定することができる。この場合において、区分番号 H 0 0 3 - 2 に掲げるリハビリテーション総合計画評価料の注 3 に規定する入院時訪問指導加算は算定できない。</u>



⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

改定前	改定後
【退院前訪問指導料】 【算定要件】 B 0 0 7 退院前訪問指導料 (1) (略) (2) 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1 回の入院につき 1 回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に 2 回分を算定する。	【退院前訪問指導料】 【算定要件】 B 0 0 7 退院前訪問指導料 (1) (略) (2) 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1 回の入院につき 1 回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に 2 回分を算定する。<u>この場合において、「H 0 0 3－2」リハビリテーション総合計画評価料の注 3 に規定する入院時訪問指導加算は算定できない。</u>

【経過措置】

- ・令和 8 年 3 月 31 日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料 2 又は 4 の届出を行っている病棟については、同年 9 月 30 日までの間に限り、(3) の口及び (5) の口を満たしているものとする。
- ・令和 8 年 3 月 31 日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料 3 又は 4 の届出を行っている病棟については、同年 9 月 30 日までの間に限り、(4) の口を満たしているものとする。

- 高次脳機能障害者への支援に係る11の関係機関へのヒアリング調査においては、入院医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。

令和6年度障害者総合福祉推進事業「高次脳機能障害に関する支援の実態調査及び適切な支援を提供するためのガイドラインの作成」報告書より、関係機関へのヒアリング調査の結果を一部抜粋

(1) 入院中の診療

急性期病院の段階で認知機能の検査や高次脳機能障害の診断が行われるケースは少ないという意見が多く聞かれた。重い麻痺や運動機能障害がない場合、急性期病院から直接地域生活に移行するケースもあり、その場合には高次脳機能障害の診断を受けていないことも多いという指摘があった。回復期病院においても、身体症状への対応が優先され、認知機能面については検査・診断されないことがあるという意見も寄せられた。また、高次脳機能障害者本人の病識が低下し、自身の認知機能を過大に自覚することで、リハビリテーションの必要性を認識できず、退院を希望するケースもあるという声も聞かれた。

高次脳機能障害の診断がついていない場合でも、「高次脳機能障害を発症している可能性がある」ことだけでも患者に伝えることが、当事者がその後の支援につながる可能性を高める上で重要であるとの意見があった。さらに、どの医療機関が高次脳機能障害の診療・診断書作成に対応しているかが分かりにくい現状があり、対応可能な医療機関のリスト作成を求める要望が寄せられた。

(2) 入院中の退院支援

入院中の退院支援に関しては、急性期病院や回復期病院において、介護保険サービスや障害福祉サービス、障害者手帳、その他の支援に係る情報提供や申請手続きの支援が十分に行われていないという意見が多数把握された。特に、高齢者の患者が多い病院では、壮年期の患者への対応（障害福祉サービス等）のノウハウが蓄積されにくく、地域内の障害福祉関連機関とのネットワークも希薄になりやすいとの指摘があった。（略）

このような状況を踏まえ、退院時に「退院後に困った時に相談できる窓口」の情報を必ず伝えることが重要であり、支援拠点機関の紹介も積極的に行うべきであるという要望が寄せられた。

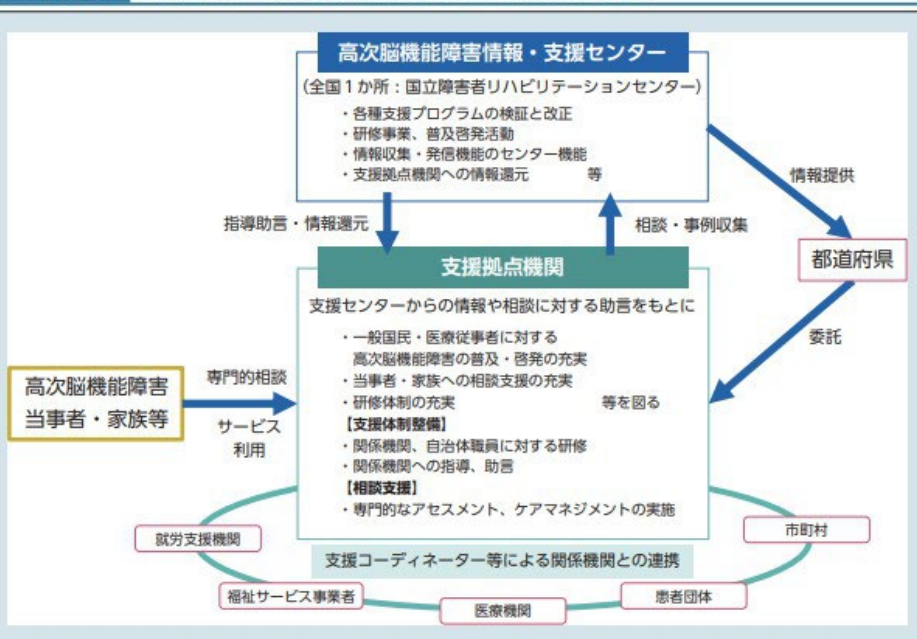
（略）

(5) 障害者手帳の取得

障害者手帳の取得に関しては、身体障害者手帳について、高次脳機能障害の原疾患の発症・受傷から一定期間経過しなければ交付申請を行えないという期間要件を設けている自治体があり、その期間が長い場合もあるという指摘があった。（略）

- 高次脳機能障害支援普及事業では、支援拠点機関として全国126カ所（令和7年4月1日現在）の医療機関等が設定されており、当事者・家族への専門的相談支援、地域の関係機関との調整等の役割を担っている。

図表 8-1-8 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業



全国の相談支援体制の整備状況

高次脳機能障害支援拠点

令和7年4月現在

- ・全国支援普及拠点センター：1か所
- ・支援拠点機関 47都道府県：126か所

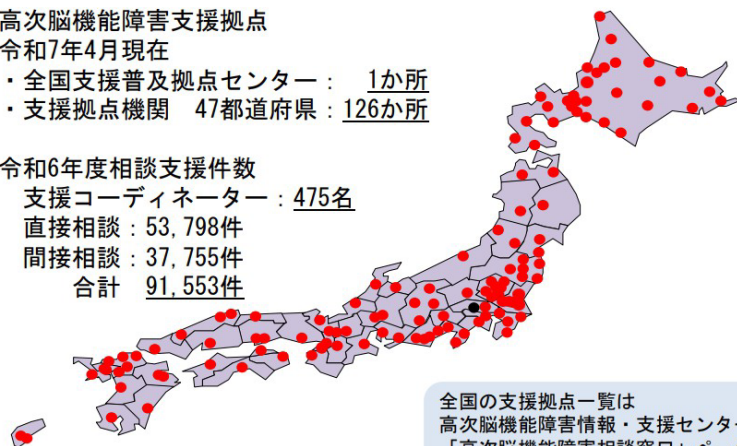
令和6年度相談支援件数

支援コーディネーター：475名

直接相談：53,798件

間接相談：37,755件

合計 91,553件



全国の支援拠点一覧は
高次脳機能障害情報・支援センターウェブサイト
「高次脳機能障害相談窓口」ページ参照
https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/soudan/

出典：全国の相談支援体制の整備状況（令和7年4月1日現在）

https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/

出典：令和7年度版厚生労働白書

③ 回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対する退院支援の推進

高次脳機能障害患者に対して退院後も必要な障害福祉サービス等を適切に提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料に高次脳機能障害患者の退院支援体制に係る要件を追加する。

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 5 まで及び回復期リハビリテーション入院医療管理料において、高次脳機能障害者支援センターや指定障害福祉サービス事業所等の情報を把握するとともに、高次脳機能障害患者の退院時に当該情報を説明し、必要に応じて対象機関に患者情報の提供を行うことを要件とする。

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 イ～ヌ（略） <u>（新設）</u> 1 通則 <u>（新設）</u>	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 イ～ヌ（略） <u>ル 高次脳機能障害患者が退院後、円滑に障害福祉サービス等を利用できるよう必要な体制が整備されていること。</u> 1 通則 <u>（14）当該保険医療機関において当該地域の高次脳機能障害者支援法（令和七年法律第九十六号）第十九条第一項に規定する高次脳機能障害者支援センター並びに他の保険医療機関、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）に基づく生活介護、自立訓練、就労継続支援、自立生活援助、共同生活援助、相談支援及び計画相談支援等の障害福祉サービス等を提供する事業所又は施設及び児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）に基づく指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設等及び指定障害児相談支援事業者であって、高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報（所在地、連絡先及び提供サービス等）を、あらかじめ把握するとともに、当該情報を、当該病棟に</u>

③ 回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対する退院支援の推進

高次脳機能障害患者に対して退院後も必要な障害福祉サービス等を適切に提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料に高次脳機能障害患者の退院支援体制に係る要件を追加する。

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 5 まで及び回復期リハビリテーション入院医療管理料において、高次脳機能障害者支援センターや指定障害福祉サービス事業所等の情報を把握するとともに、高次脳機能障害患者の退院時に当該情報を説明し、必要に応じて対象機関に患者情報の提供を行うことを要件とする。

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 1 通則 <u>(新設)</u>	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 1 通則 <u>に入院中の「基本診療料の施設基準等」の別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する患者の退院時に、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、説明の上、提供していること。また、退院後に他の保険医療機関又は障害福祉サービスによるリハビリテーションの継続を予定している患者については、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者の同意が得られた場合は、利用を予定している保険医療機関、当該生活介護等を提供する事業所若しくは施設、指定障害児通所支援事業所又は指定障害児入所施設等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。</u>

※ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料についても同様。



① リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

回復期リハビリテーション病棟において、より質の高いアウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者の基準を見直す。

1. リハビリテーション実績指数の算出方法について、F I M運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点について、入棟中又は入室中に5点以下から6点以上に上がった場合、分子のF I M運動項目利得に1点を加えることとする。
2. 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」について、リハビリテーション実績指数が2回連続して27を下回った場合から、30を下回った場合に見直す。
3. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「年齢が80歳以上のもの」を削除する。
4. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「F I M運動項目の得点が20点以下のもの」について、疾患別リハビリテーションの実施単位数が1日平均6単位を超えるものは対象から除く。
5. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「F I M認知項目の得点が24点以下のもの」を「F I M認知項目の得点が14点以下のもの」に見直す。
6. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる患者要件の変更に伴い、リハビリテーション実績指数の算出から除外できる割合について、100分の30を超えない範囲から100分の20を超えない範囲に見直す。
7. 当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開することとされている項目について、院内掲示及びウェブサイトに掲載することと明確化する。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

効果の実績の評価基準

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\sum (\text{FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差})}{\sum \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

F I M運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点について、入棟中又は入室中に5点以下から6点以上に上がった場合、分子のF I M運動項目利得に1点を加える

<実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
○ ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者 ⇒ 1日平均6単位を超えるものは対象から除く
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者 ⇒ F I M認知項目の得点が14点以下のものに見直し
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者 ⇒ 廃止
- ・ 「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後」の状態

リハビリをして効果が上がっても、**FIM運動利得という形では結果が表現されない**患者の入棟が制限されないための仕組み

⇒ ●割以下に見直し

リハビリテーション実績指数が2回連続して27を下回った場合から、●●を下回った場合に見直す。

① リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【算定要件】 (12)「注 3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。 ア (略) イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの6か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室から退棟又は退室した患者（ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（以下「リハビリテーション実績指数」という。）を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、リハビリテーション実績指数が2回連続して27を下回った場合をいう。 ① 退棟時又は退室時のF I M運動項目の得点から、入棟時又は入室時のF I M運動項目の得点を控除したもの。 ② 各患者の入棟又は入室から退棟又は退室までの日数を、「注 1」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時又は入室時の状態に応じたもので除したもの	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【算定要件】 (12)「注 3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。 ア (略) イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの6か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室から退棟又は退室した患者（ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（以下「リハビリテーション実績指数」という。）を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、リハビリテーション実績指数が2回連続して30を下回った場合をいう。 ① 退棟時又は退室時のF I M運動項目の得点から、入棟時又は入室時のF I M運動項目の得点を控除したもの。<u>ただし、F I M運動項目のうち、「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」については、得点が入棟時又は入室時に5点以下、かつ退棟時又は退室時に6点以上だった場合は、それぞれの項目の得点の当該控除したものに1点を加える。</u> ② 各患者の入棟又は入室から退棟又は退室までの日数を、「注 1」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時又は入室時の状態に応じたもので除したもの



① リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【計算例】 ① 前月までの6か月間に50人退棟し、入棟時にF I M運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にF I M運動項目が40点、退棟時に65点だったものが20人とする、$(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$ ② 前月までの6か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日）で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日）で実際には135日で退棟したとすると、$(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$ 従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①／②＝<u>33.3</u>となる。 ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【計算例】 ① 前月までの6か月間に50人退棟し、入棟時にF I M運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にF I M運動項目が40点、退棟時に65点であったものが20人とする、$(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$ <u>さらに、前記の退棟した患者のうちF I M運動項目の「歩行・車椅子」が入棟時に5点以下、退棟時に6点以上であったものが20人、「トイレ動作」が入棟時に5点以下、退棟時に6点以上だったものが30人とする、$1,400 + 1 \times 20 + 1 \times 30 = 1,450$</u> ② 前月までの6か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日）で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日）で実際には135日で退棟したとすると、$(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$ 従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①／②＝<u>34.5</u>となる。 ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。

① リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 また、入棟日又は入室日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の⑤に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るF I Mの測定を行うこと。 ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの ③ F I M認知項目の得点が24点以下のもの ④ 年齢が80歳以上のもの ⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの エ 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室を退棟又は退室した患者（在棟中又は在室中に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定した患者に限る。）の数に対する高次脳機能障害の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。）の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟又は入室した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 また、入棟日又は入室日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の20を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。<u>ただし、入棟した月に算出対象から除外した場合であっても、①のうち、退院までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位を超えたものについては、実績指数の算出対象に含める必要がある。</u>また、次の④に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るF I Mの測定を行うこと。 ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの ③ F I M認知項目の得点が14点以下のもの （削除） ④ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの エ 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室を退棟又は退室した患者（在棟中又は在室中に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定した患者に限る。）の数に対する高次脳機能障害の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。）の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟又は入室した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。

① リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30」を、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。 オ、ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月又は入室月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。 カ（略） キ ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。なお、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、アの①が10名未満、アの②が6単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が27以上となった場合、当該月以降、再び1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の20」を、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の20」と読み替えるものとする。 オ、ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月又は入室月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。<u>ただし、ウにおいて、①のうち入院中に、1日あたり平均実施単位数が6単位を超えたために、除外できる患者でなくなった場合には、一覧性のある台帳に、その経緯が分かるように記載する。</u> カ（略） キ ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。なお、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、アの①が10名未満、アの②が6単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が30以上となった場合、当該月以降、再び1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

① リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【施設基準】 1 通則 (10) 次に掲げるものを少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。 ア 前月までの3か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟又は病室から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳 イ 回復期リハビリテーション病棟又は病室における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部第3節A308（12）イに示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。） <u>（新設）</u>	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【施設基準】 1 通則 (10) 次に掲げるものを少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に掲示していること。 ア 前月までの3か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟又は病室から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳 イ 回復期リハビリテーション病棟又は病室における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部第3節A308（12）イに示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。） <u>（11）（10）の掲示事項について、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。</u>



① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件を見直す。また、地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。更に、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。

１．リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件及び施設基準を見直すとともに、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算２を新設する。あわせて、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	改定前	改定後
１ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 <u>１</u> （１日につき）	<u>120点</u>	<u>150点</u>
<u>２ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算２（１日につき）</u>	<u>（新設）</u>	<u>90点</u>

改定前	改定後
【算定要件】 注 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料（７対１入院基本料又は１０対１入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して１４日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。	【算定要件】 注 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（<u>急性期病院一般入院基本料</u>、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料（７対１入院基本料又は１０対１入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、<u>当該基準に係る区分に従い</u>、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して１４日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

改定前

【算定要件】

(1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のＡＤＬの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者１人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後３日目を起算日とする。

【施設基準】

(新設)

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対して、ＡＤＬ等の維持、向上、及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- (3) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。
- (4) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

改定後

【算定要件】

(1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 1 及び 2 は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のＡＤＬの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者１人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後３日目を起算日とする。

【施設基準】

(1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 1 の施設基準

- イ 当該病棟に入院中の患者に対して、ＡＤＬ等の維持、向上、及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
- ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- ハ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。
- ニ 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。



① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

改定前	改定後
〔施設基準〕 <u>(新設)</u> 第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する施設基準 (1)～(5) (略) (6)プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。<u>なお、ア～ウについて、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。</u> ア～エ (略) (7)～(9) (略) (10)当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。	〔施設基準〕 <u>(2) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2の施設基準</u> <u>イ 当該病棟に入院中の患者に対して、A D L 等の維持、向上、及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。</u> <u>ロ (1)のロからニまでを満たすこと。</u> 第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1に関する施設基準 (1)～(5) (略) (6)プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。 ア～エ (略) (7)～(9) (略) (10)当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。<u>なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下「F I M」という。) の測定に関する内容も含むことが望ましい。</u>



① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

改定後

【施設基準】

２ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 ２ に関する施設基準

(1) 1の(1)、(3)から(5)まで及び(7)から(10)までの基準を満たしていること。

(2) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士等が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。
 複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等（専従のものに限る。）は、「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料、「H 0 0 1」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H 0 0 1－2」廃用症候群リハビリテーション料、「H 0 0 2」運動器リハビリテーション料、「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料、「H 0 0 4」摂食機能療法、「H 0 0 5」視能訓練、「H 0 0 6」難病患者リハビリテーション料、「H 0 0 7」障害児（者）リハビリテーション料、「H 0 0 7－2」がん患者リハビリテーション料、「H 0 0 7－3」認知症患者リハビリテーション料及び「H 0 0 8」集団コミュニケーション療法料（以下「疾患別リハビリテーション等」という。）を担当する専従者との兼務はできないものであること。

ただし、当該病棟内に「A 3 0 8」回復期リハビリテーション入院医療管理料又は「A 3 0 8－3」地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれかを算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。また、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 2 における専従の理学療法士等においては、「A 2 5 1」排尿自立支援加算、「A 2 3 0－4」精神科リエゾンチーム加算及び「H 0 0 4」摂食嚥下機能回復体制加算における理学療法士等の業務についても兼務して差し支えない。

(3) プロセス・アウトカム評価として、以下のアからウまでの基準を全て満たすこと。

ア 1の(6)の*ア*及び*エ*を満たすこと。

イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日又は祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が7割以上であること。

ウ 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるA D Lが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。



① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

改定前	改定後
2 届出に関する事項 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 5 の 5 を用いること。1 の（６）のア～ウの実績については、新規に届出をする場合は、直近 3 月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度 1 年間の 1 の（６）のアからエの実績を毎年 8 月に別添 7 の様式 5 の 5 の 2 を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。	3 届出に関する事項 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 <u>1 及び 2</u> の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 5 の 5 を用いること。1 の（６）の <u>アからウまで及び 2 の（３）のアからウまで（１の（６）のエに係るものを除く。）</u> の実績については、新規に届出をする場合は、直近 3 月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度 1 年間の 1 の（６）の <u>アからエまで又は 2 の（３）のアからウまでの</u> 実績を毎年 8 月に別添 7 の様式 5 の 5 の 2 を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。 <u>※ 地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様</u>



① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

２．地域包括ケア病棟における質の高いリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。また、当該加算を算定する患者について、入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定を可能とする。

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注１～６（略） ７ 診療に係る費用（注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号Ｂ００１の３４に掲げる二次性骨折予防継続管理料（□に限る。）、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第１０部手術、	【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注１～６（略） ７ 診療に係る費用（注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、<u>区分番号Ｂ００１の１０に掲げる入院栄養食事指導料（注１４に掲げる加算を算定する患者に限る。）</u>、区分番号Ｂ０１１の６に掲げる栄養情報連携料（注１４に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号Ｂ００１の３４に掲げる二次性骨折予防継続管理料（□に限る。）、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第１０部手術、



① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 7 第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。 8～13	【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 7 第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。 8～13

改定後

【算定要件】

14 リハビリテーション、栄養管理及び口腔 管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として30点を所定点数に加算する。

改定後

【施設基準】

十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等

(1)～(24) (略)

(25) 地域包括ケア病棟入院料の注14に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

イ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

ロ 当該病棟に入院中の患者に対して、A D L等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。

ハ 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

改定後

【施設基準】 1～13 (略)

14 地域包括ケア病棟入院料の「注14」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

(1) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。

(2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。

ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。

イ 適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること。

(3) (2)の要件のうちイにおけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論及び評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。

ア～シ (略)

(4) プロセス・アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。

ア 当該病棟に入棟した患者のうち、当該病棟への入棟後3日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が直近1年間で6割以上であること。

イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が7割以上であること。

ウ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DSIGN-R2020分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日(以下この項において「調査日」という。)における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

(イ)・(ロ) (略)

(5) 当該病棟の入院患者に対し、適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等へ連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。

(6) 当該保険医療機関において、基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「B I」という。）の測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

生活機能回復に資する診療報酬②（摂食嚥下機能回復体制加算）

- 摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食嚥下支援チーム等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の届出病棟のうち、摂食嚥下機能回復体制加算 1 または 2 を届け出ている施設は約13%である。また、専従の言語聴覚士等の施設基準にハードルがあるという声がある。

イ 摂食嚥下機能回復体制加算 1 210点（週 1 回）

ロ 摂食嚥下機能回復体制加算 2 190点（週 1 回）

ハ 摂食嚥下機能回復体制加算 3 120点（週 1 回）

※療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟を有する病院

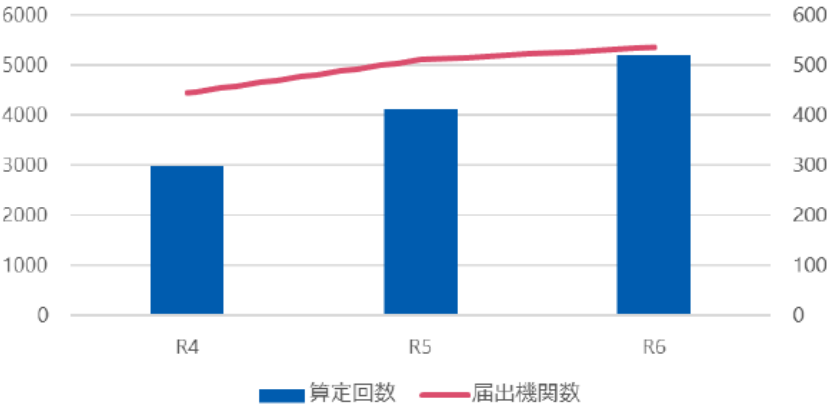
【施設基準（概要）】

- 保険医療機関内に、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種（専任の常勤医師、**専従の言語聴覚士**、専任の常勤管理栄養士等）により構成されたチームが設置されていること。
- 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週 1 回以上のカンファレンスに参加していること。

【算定要件（概要）】

- 摂食嚥下支援チーム等により**内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること**。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。
- 上記を実施した患者について、**月に 1 回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること**。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に 1 回以上行うこと。

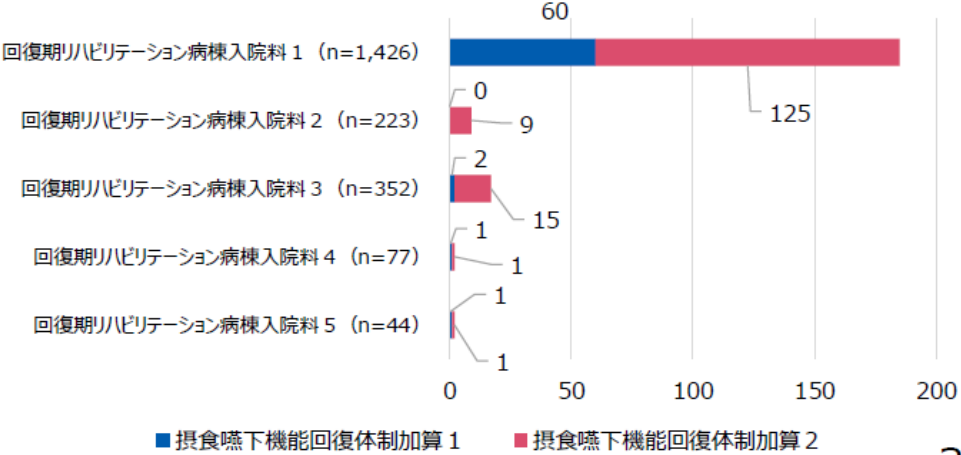
摂食嚥下機能回復体制加算の算定回数・届出機関数の推移



※現体系になった令和 4 年度以降にて加算 1, 2, 3 の総数を集計。

出典：（算定回数）社会医療診療行為別統計 6 月審査分 ※令和 6 年は 8 月審査分

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの摂食嚥下機能回復体制加算 1, 2 の届出状況



出典：各医療機関提供データ（令和 6 年 6 月 1 日時点で厚生労働省に提出済みの施設数）



④ 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

第1 基本的な考え方

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組を推進する観点から、摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準における、言語聴覚士の専従要件や実績の計算方法を見直す。また、療養病棟入院基本料における経腸栄養管理加算について、対象となる患者の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 摂食嚥下機能回復体制加算1及び2の施設基準のうち、摂食嚥下チームの言語聴覚士の専従要件を見直し、専任の従事者でも可とする。
2. 療養病棟で算定される摂食嚥下機能回復体制加算3の実績について、1及び2と同様に、経腸栄養から経口摂取へ回復した患者についても算入可能とする。

改定前

【摂食嚥下機能回復体制加算】 【施設基準】

第45の2 摂食嚥下機能回復体制加算

1 摂食嚥下機能回復体制加算1に関する施設基準

(1) 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。

ア（略）

イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士

ウ（略）

2（略）

改定後

【摂食嚥下機能回復体制加算】 【施設基準】

第45の2 摂食嚥下機能回復体制加算

1 摂食嚥下機能回復体制加算1に関する施設基準

(1) 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。

ア（略）

イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士

ウ（略）

2（略）



④ 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

改定前	改定後
3 摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準 (3) 当該保険医療機関において<u>中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2名以上であること。</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>	3 摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準 (3) 当該保険医療機関において、<u>ア及びイの前年の実績の合計数が2名以上であること。</u> <u>ア 中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者</u> <u>イ 鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した者</u>

④ 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

3. 経腸栄養管理加算について、入院前から経腸栄養を行っておらず中心静脈栄養で管理されていた患者を算定対象とする。また、経口摂取が不可となった場合に、適切なプロセスを経て中心静脈栄養ではなく経腸栄養を選択した場合についても加算の算定が可能であることを明確化する。

改定前	改定後
【経腸栄養管理加算】 【算定要件】 (19)「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。<u>ただし、入棟前の1か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。</u> ア 長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者 イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなった患者	【経腸栄養管理加算】 【算定要件】 (19)「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。 ア <u>入院前から又は入院後2週間以上</u>、中心静脈栄養による栄養管理を実施しており、<u>経腸栄養への移行を目的とするもの</u> イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなり、入棟後に経腸栄養を開始したもの



⑤ 疾患別リハビリ料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

第1 基本的な考え方

より柔軟なリハビリテーション提供体制の構築を促進するとともに、病棟内に限らず専門性を活かした指導等を推進する観点から、疾患別リハビリテーションや病棟の業務に専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が従事できる業務の範囲を広げるとともに、明確化する。

第2 具体的な内容

1. 1日18単位が標準とされている従事者1人当たりの実施単位数について、当該従事者が疾患別リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法以外の業務に従事した場合、その従事した時間20分につき1単位とみなし、当該実施単位数に加えることを算定要件に加える。
2. 疾患別リハビリテーション料に規定する専従の療法士について従事する業務を追加するとともに兼任の取扱い等を見直す。

改定前

【第7部 リハビリテーション 通則】 【算定要件】

1～4の4 略
5 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。

（新設）

改定後

【第7部 リハビリテーション 通則】 【算定要件】

1～4の4 略
5 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。ただし、リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等、患者に対して直接訓練を実施しなかった時間は、当該訓練時間には含まれない。

5の2 疾患別リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。当該実施単位数は、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。ただし、1日当たりの実施単位数として24単位を上限とする。なお、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを集団療法により実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じた短時間のADLや生活機能の維持・向上等を目的とした指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

ADL維持向上を目的とした指導

これまでの疾患別リハでは20分など時間の縛りがあり、20分に満たない活動の対応は困難であった



Activityの提案



ポジショニング



離床での体重測定



疾患別リハへの介入
(後輩指導、人材育成)



活動促進のための環境調整
(部屋の外の眺めの良いところに椅子を設置)



入浴方法の検討・指導



自主練習の個別指導

患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

⑤ 疾患別リハビリ料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

改定後

【第7部 リハビリテーション 通則】【算定要件】（続き）

5の3 疾患別リハビリテーションを担当する専従の従事者の実施単位数については、特掲診療料施設基準通知の別添1の第38の1の(2)、第40の1の(2)、第40の2の1の(2)、第41の1の(2)、第42の1の(2)及び第44の1の(2)のそれぞれに規定する業務のうち、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に実際に従事した時間を合算した時間が、20分以上の場合は20分を1単位とみなした上で、5の2に規定する実施単位数に加えて計算する。

改定前

【心大血管疾患リハビリテーション料】【施設基準】

1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準
 (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、これらの者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることが可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい

改定後

【心大血管疾患リハビリテーション料】【施設基準】

1心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準
 (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、これらの者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務並びに介護施設等への助言業務に従事することは差し支えない。ただし、当該従事者は第1章第2部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできない。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることが可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。

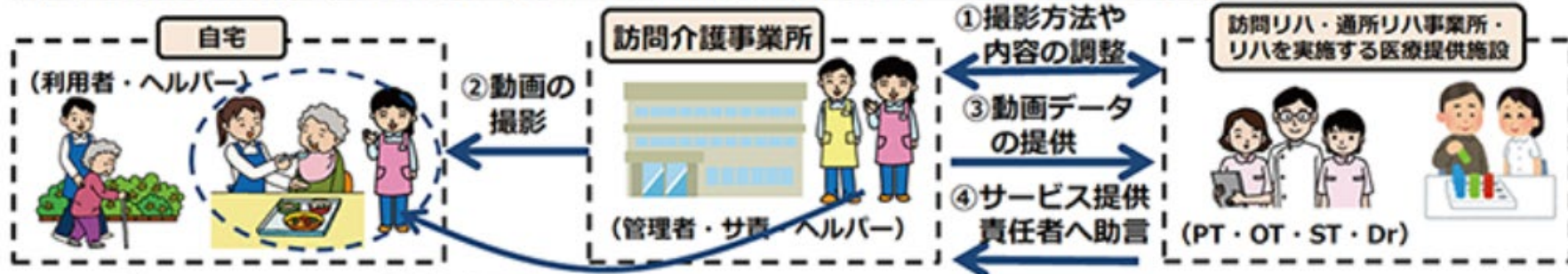
利用者のADL及びIADLを把握する事例：生活機能向上連携加算(Ⅰ)

1. ICTを活用した動画やテレビ電話を活用する場合

(1) リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を活用する場合



(2) 撮影方法及び撮影内容を調整した上で動画を撮影し、動画データを外部の理学療法士等に提供する場合



2. リハビリテーションの場を活用する場合



⑤ 疾患別リハビリ料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

改定前

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

【施設基準】

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。

ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること。ただし、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。

イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の(2)のアと同様である。

ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

改定後

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

【施設基準】

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。

ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること。ただし、第7部リハビリテーション第1節(心大血管疾患リハビリテーション料を除く。)において配置が求められている常勤理学療法士(専従の者を含む。)については、兼任が可能である。ただし、当該従事者は第1章第2部入院料等において配置が求められている従事者(専任の者を除く。)として従事することはできない。

イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の(2)のアと同様である。

ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の(2)のアと同様である。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。これらの者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務(専任として配置が求められるものを含む。)並びに介護施設等への助言業務に従事することは差し支えない。



⑤ 疾患別リハビリ料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

改定前	改定後
【施設基準】 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (2) 続き また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。 オ (略)	【施設基準】 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (2) (続き) また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。 オ (略) <u>※ 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)・(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料、難病患者リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料についても同様。</u>



⑤ 疾患別リハビリ料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

3. 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料に規定する専従の療法士等について、従事することのできる業務内容を追加する。
4. 地域包括医療病棟、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟入院料に規定する専従の療法士等は、当該病棟に入院している患者の退院に向けた指導等について、屋外など、配置された病棟以外での業務に従事可能であることを明確化する。
5. 療法士の配置を規定する病棟内に、回復期リハビリテーション入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院医療管理料がある場合、専従の療法士の兼任が可能であることを明確化する。

改定前

【地域包括医療病棟入院料】

【算定要件】

A 3 0 4 地域包括医療病棟入院料

(1)～(4) (略)

(5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するA D Lの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、A D Lの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は1日につき6単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。

改定後

【地域包括医療病棟入院料】

【算定要件】

A 3 0 4 地域包括医療病棟入院料

(1)～(4) (略)

(5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するA D Lの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、A D Lの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。当該病棟の患者に対してA D Lの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

⑤ 疾患別リハビリ料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【算定要件】 (1)～(4) (略) (5) <u>必要に応じて病棟等における</u>早期歩行、A D Lの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。 <u>(新設)</u>	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【算定要件】 (1)～(4) (略) (5) <u>当該病棟の全ての患者に対して</u>、早期歩行、A D Lの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。 <u>(6) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の療法士等」という。）は、当該病棟の全ての患者に対して、（５）に規定する業務が行われていることに留意しつつ、主として当該病棟の患者に対して、医科点数表第２章第７部第１節に掲げるリハビリテーションの提供並びにA D Lの向上及び自立等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第１章第２部第２節入院基本料等加算、第２章第１部医学管理等及び第３部第３節生体検査料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務に従事することは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。</u>

⑤ 疾患別リハビリ料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

改定前	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【施設基準】 4 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 (1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病室を有する病棟に専任の医師 1 名以上、専従の理学療法士 1 名以上及び専任の作業療法士 1 名以上の常勤配置を行うこと。ただし、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者と兼務することができる。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専任の非常勤作業療法士をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【施設基準】 4 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 (1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病室を有する病棟に専任の医師 1 名以上、専従の理学療法士 1 名以上及び専任の作業療法士 1 名以上の常勤配置を行うこと。ただし、当該理学療法士等は、<u>当該病室を有する病棟において届け出られている入院料に規定する専従者及び</u>当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者を兼務することができる。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専任の非常勤作業療法士をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。

⑤ 疾患別リハビリ料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 (1)～(3) (略) <u>(新設)</u> (4)～(13) (略) 【施設基準】 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (3) 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。(中略) また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者と兼務することはできる。	【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 (1)～(3) (略) <u>(4) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該病棟の患者に対し、ADLの維持及び向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。</u> (5)～(14) (略) 【施設基準】 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (3) 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。(中略) また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、<u>当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟において届け出られている入院料に規定する専従者及び当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者を兼務することはできる。</u> <u>※ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料についても、回復期リハビリテーション病棟入院料と同様。</u>



① 退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し

退院時リハビリテーション指導料の目的を踏まえた適切な患者への指導を推進する観点から、対象患者について要件を見直す。

退院時リハビリテーション指導料の対象患者について、当該保険医療機関での入院中に、疾患別リハビリテーション料等を算定した患者に限ると見直す。

改定前

【退院時リハビリテーション指導料】

【算定要件】

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号 B 0 0 5 に掲げる退院時共同指導料 2（注 1 の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

改定後

【退院時リハビリテーション指導料】

【算定要件】

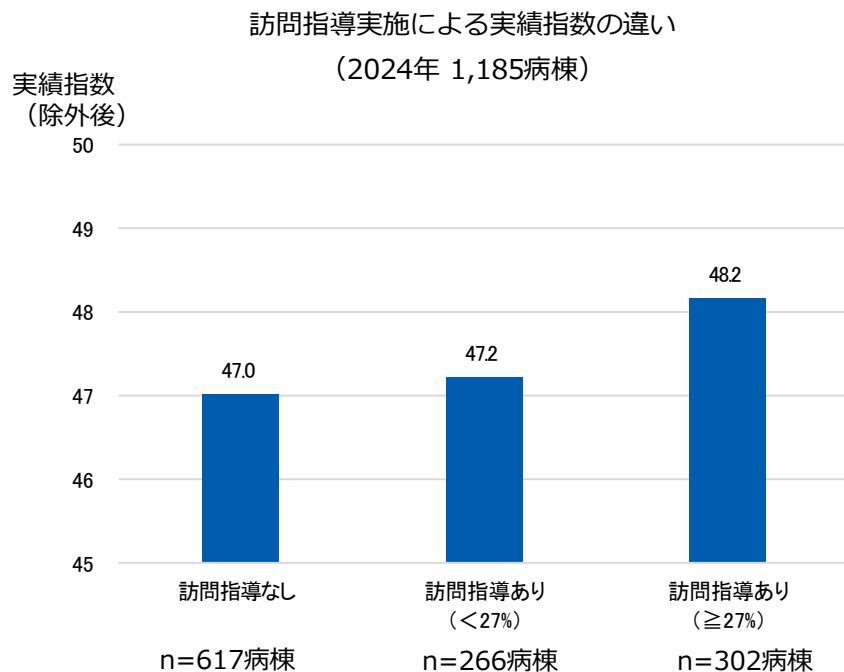
注 患者の退院時に当該患者（当該保険医療機関での入院中に、区分番号 A 2 3 3 に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、区分番号 A 3 0 1 の注 4 に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号 A 3 0 1 - 2 の注 3 に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号 A 3 0 1 - 3 の注 3 に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号 A 3 0 1 - 4 の注 3 に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号 A 3 0 4 の注 10 に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算又は第 7 部リハビリテーションの第 1 節の各区分のいずれかを算定したものに限る。）又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号 B 0 0 5 に掲げる退院時共同指導料 2（注 1 の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

退院前訪問指導の実施の有無によるアウトカムの差異

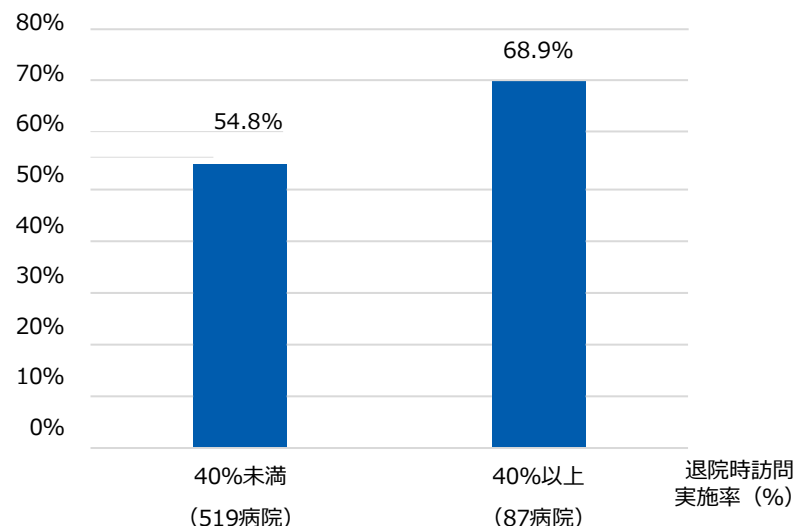
診調組 入-2
7 . 8 . 2
1

- 退院前訪問指導を一定割合以上実施している病棟・施設では、リハビリテーション実績指数や自宅復帰率が良好である。

回復期リハ病棟協会 2024実態調査より改変



退院時訪問実施率別の自宅退院率 (病院単位)
(脳血管障害患者：2024年 9,091名)



入院時や退院時の訪問指導を積極的に実施する病棟・病院は、
効率の良い入院リハ提供や高い自宅復帰を実現できている

出典：回復期リハビリテーション病棟協会 提供資料





② 医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の見直し

より質の高い生活機能回復に資する取組を促進する観点から、医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数を見直す。

1日に3単位までとされている医療機関外での疾患別リハビリテーション料の上限実施単位数について、一連の入院において、合計3単位（別に厚生労働大臣が定める患者については6単位）に限り、別に疾患別リハビリテーションとみなすことができると見直す。

改定前

【第7部 リハビリテーション（通則）】

【算定要件】

6 届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、1日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。

改定後

【第7部 リハビリテーション（通則）】

【算定要件】

6 届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、1日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができ、1日に3単位を超えて当該保険医療機関外で疾患別リハビリテーションを実施する必要がある場合、一連の入院において、合計3単位（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に掲げる患者については6単位）に限り、別に疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。



③ 疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見直し

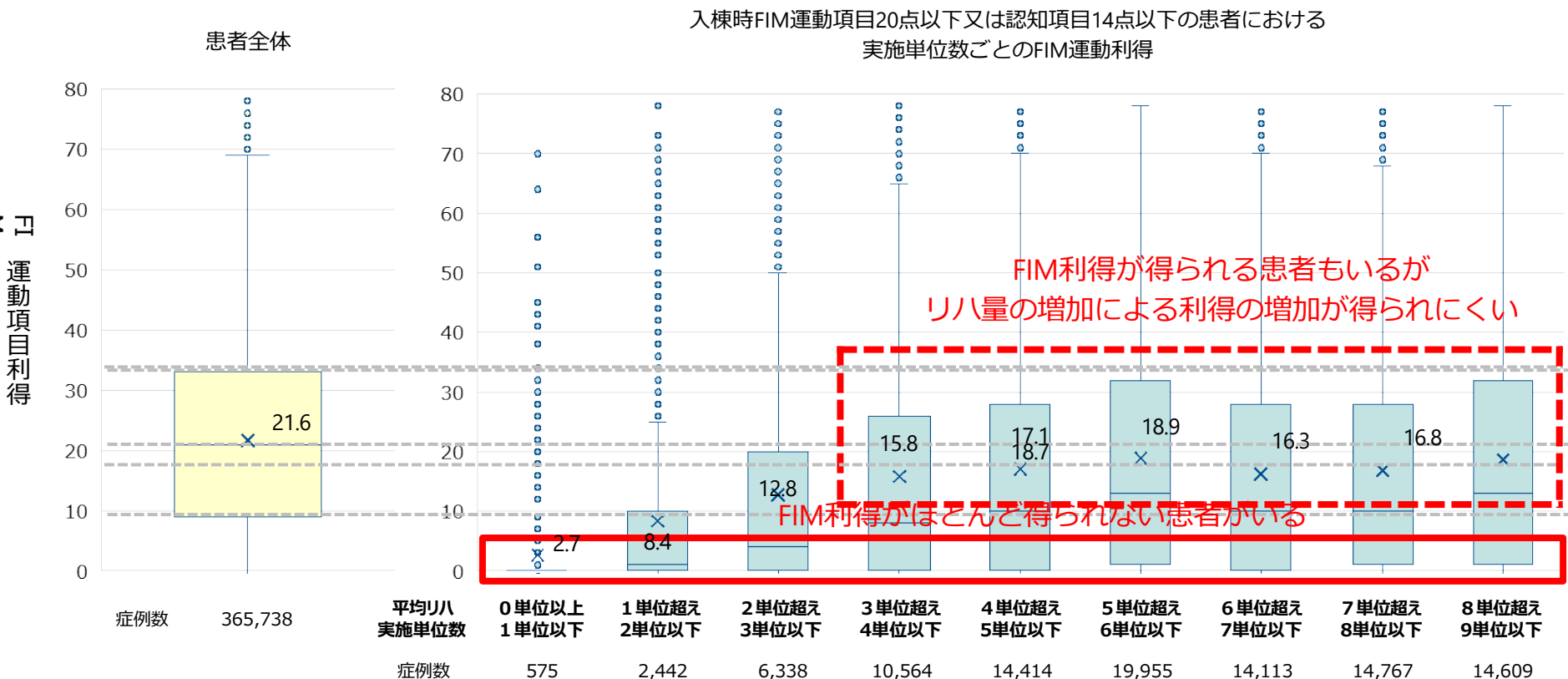
適切な疾患別リハビリテーション料の算定を推進する観点から、運動器リハビリテーション料等に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者を見直す。

疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者について、明確化するとともに見直しを行う。

改定前	改定後
【第７部 リハビリテーション】 【施設基準】 別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション 通則第４号に規定する患者 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リ ハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビ リテーション料を算定するものを除く。） 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期 歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリ テーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料 （Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リ ハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料 （Ⅰ）を算定するもの	【第７部 リハビリテーション】 【施設基準】 別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション 通則第４号に規定する患者 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リ ハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビ リテーション料を算定するものを除く。） 脳血管疾患等の患者のうち発症日、手術日又は急性増 悪の日から六十日以内のもの 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期 歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリ テーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料 （Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸 器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

入棟時FIM運動項目20点以下又は認知項目14点以下患者の実施単位数ごと運動利得

- FIM運動項目20点以下又は認知項目14点以下の患者については、リハビリテーションを行っても、FIM利得がほとんど得られない患者が存在する。
- 一方、1日当たりのリハビリ平均実施単位数が3単位を超える群については、患者全体と概ね同程度のFIM利得を得られる患者が一定程度存在したが、リハ量が増えても、単位数依存的なFIM利得の上昇はみられなかった。



※ 平均リハ実施単位数は、在棟中のリハビリテーション実施単位数の合計を回復期リハビリテーション病棟在棟日数で割って算出した。

出典：DPCデータ（令和6年6月 - 令和7年5月） ※死亡退院は除く



④ 疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し

より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について、訓練内容に応じた評価に見直す。

各疾患別リハビリテーションについて、離床を伴わずに行う場合の区分を新設する。

改定前	改定後
【心大血管疾患リハビリテーション料】 【算定要件】 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） イ 理学療法士による場合 205点 ロ 作業療法士による場合 205点 ハ 医師による場合 205点 ニ 看護師による場合 205点 ホ 集団療法による場合 205点 2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） イ 理学療法士による場合 125点 ロ 作業療法士による場合 125点 ハ 医師による場合 125点 ニ 看護師による場合 125点 ホ 集団療法による場合 125点 <u>（新設）</u>	【心大血管疾患リハビリテーション料】 【算定要件】 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） イ 理学療法士による場合 205点 ロ 作業療法士による場合 205点 ハ 医師による場合 205点 ニ 看護師による場合 205点 ホ 集団療法による場合 205点 2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） イ 理学療法士による場合 125点 ロ 作業療法士による場合 125点 ハ 医師による場合 125点 ニ 看護師による場合 125点 ホ 集団療法による場合 125点 <u>注 7 １及び２について、イからニまでにかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第４号にかかわらず、患者１人につき１日２単位まで算定する。</u> <u>（１）～（１６）（略）</u>



④ 疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し

改定前	改定後
【心大血管疾患リハビリテーション料】 【算定要件】 （新設）	【心大血管疾患リハビリテーション料】 【算定要件】 （17）「注 7」に規定する特定の患者とは、個別療法を実施する日に、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者のうち、以下のいずれにも該当しないものをいう。 ア「A 3 0 0」救命救急入院料、「A 3 0 1」特定集中治療室管理料、「A 3 0 1－2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A 3 0 1－3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A 3 0 1－4」小児特定集中治療室管理料、「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料、「A 3 0 2－2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「A 3 0 3」総合周産期特定集中治療室管理料、「A 3 0 3－2」新生児治療回復室入院医療管理料及び「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料、「H 0 0 1」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H 0 0 1－2」廃用症候群リハビリテーション料、「H 0 0 2」運動器リハビリテーション料並びに「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料の「注 2」、「注 3」及び「注 4」に規定する早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者。 イ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者。 ウ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難な患者であって、当該個別療法を3単位以上行うことが医学的に必要であると医師が特に認めたもの。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 （18）（17）に該当する患者に対して、離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。なお、患者1人につき1日2単位までに限る。 ※ 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

⑤ リハビリテーション総合実施計画評価料の 見直し

リハビリテーションに係る書類の簡素化の観点から、リハビリテーション総合実施計画評価料の評価等を見直す。

１．リハビリテーションに係る複数の計画書の様式を統一し、リハビリテーション総合実施計画料の評価を見直す。

改定前	改定後
【リハビリテーション総合実施計画評価料】 【算定要件】 １ リハビリテーション総合実施計画評価料 １ <u>300点</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> ２ リハビリテーション総合実施計画評価料 ２ <u>240点</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>	【リハビリテーション総合実施計画評価料】 【算定要件】 １ リハビリテーション総合実施計画評価料 １ <u>イ 初回の場合 300点</u> <u>ロ ２回目以降の場合 240点</u> ２ リハビリテーション総合実施計画評価料 ２ <u>イ 初回の場合 240点</u> <u>ロ ２回目以降の場合 196点</u>

２．脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料において、介護保険によるサービスの利用が必要と思われる者に対する目標設定等支援・管理料等を廃止する。

改定前	改定後
【目標設定等・支援管理料】 【算定要件】 <u>H 0 0 3－４ 目標設定等支援・管理料</u> <u>１ 初回の場合 250点</u> <u>２ ２回目以降の場合 100点</u> <u>注 区分番号 H 0 0 １ に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号 H 0 0 1－２ に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号 H 0 0 ２ に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、３月に１回に限り算定する。</u>	【目標設定等・支援管理料】 【算定要件】 <u>(削除)</u>

⑤ リハビリテーション総合実施計画評価料の 見直し

３．目標設定等支援・管理料を算定していない者に対する減算規定を廃止する。

改定前	改定後
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【算定要件】 <u>7 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003－4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</u>	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【算定要件】 <u>（削除）</u>

※ 廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料についても同様。

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進（再掲）

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

- 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて急性期リハビリテーション加算として新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

(新) 急性期リハビリテーション加算 50点（14日目まで）

(改) 早期リハビリテーション加算 30点 → 25点（30日目まで）

【急性期リハビリテーション加算の対象患者】 ※入院中の患者に限る。

ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。

イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。

ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。

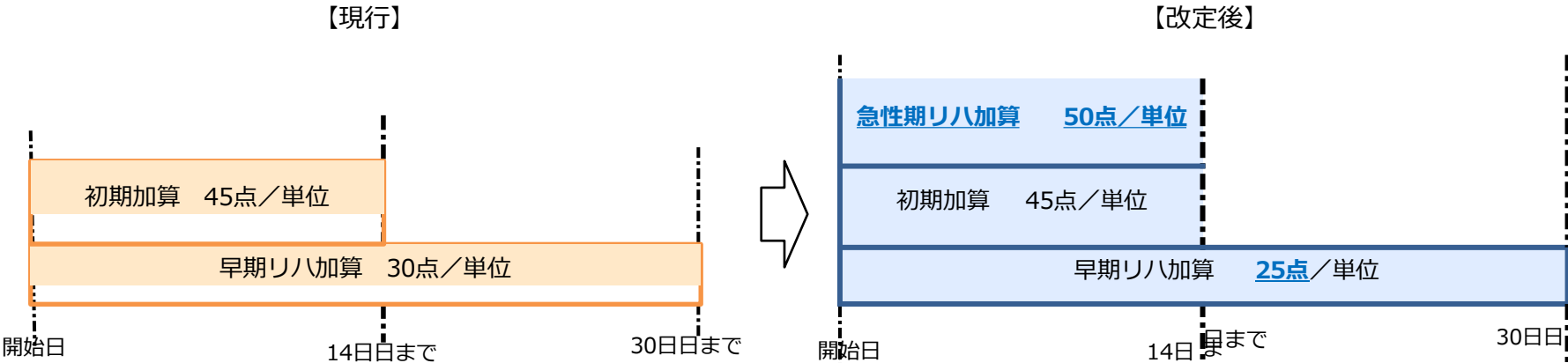
① 動脈圧測定（動脈ライン） ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定（中心静脈ライン） ④ 人工呼吸器の管理

⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

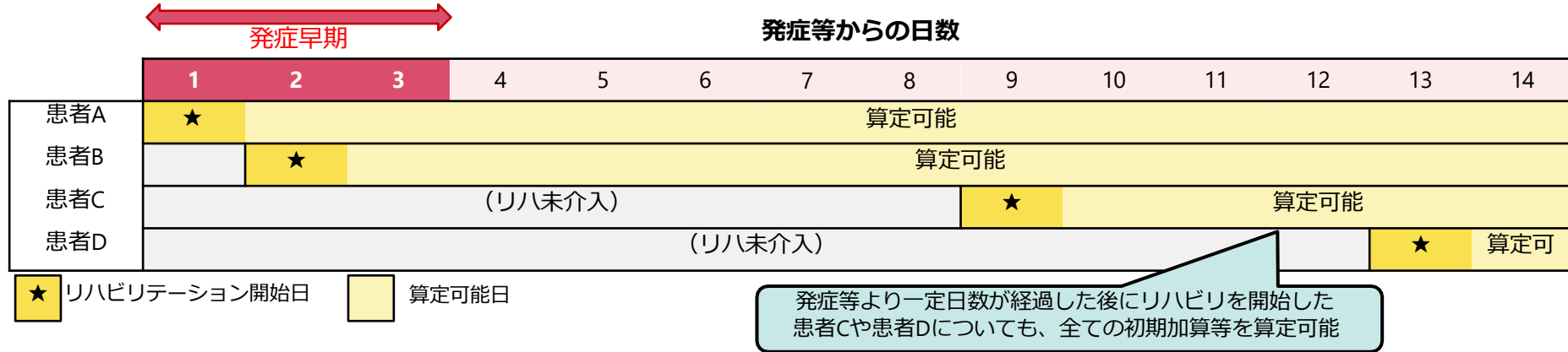
【急性期リハビリテーション加算の施設基準】
当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。



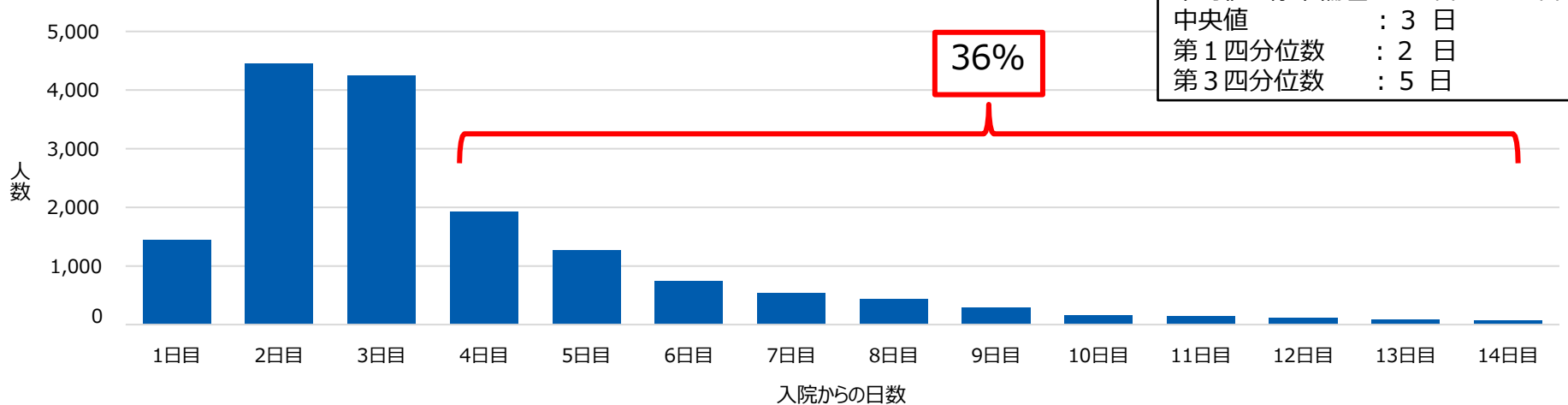
初期加算等の算定要件・算定状況

- 初期加算等では、いずれも発症日からリハビリテーション開始までの日数についての要件はなく、どのタイミングからでも算定可能である。
- 14日以内に初期加算等を算定した患者のうち、3日以内に疾患別リハビリテーションの初回介入ができていない患者の割合が36%を占めていた。

■急性期リハビリテーション加算のイメージ



初期加算または早期リハビリテーション加算の初回算定日（疾患別リハを開始した日）





① 発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価

入院直後における早期リハビリテーション介入の推進及び効果的なリハビリテーションを推進する観点から、より早期に開始するリハビリテーションを評価する。休日であっても平日と同様のリハビリテーションを推進する観点から、休日におけるリハビリテーションについて、新たな評価を行う。

早期リハビリテーション加算の評価を見直し、入院した日から起算して3日目以内は増点し、4日目以降は減点する。また、加算可能な期間を入院した日から起算して14日目までとする。土日祝のリハビリ実施を評価する観点から、休日リハビリテーション加算を新設する。

改定前

【心大血管疾患リハビリテーション料】

【算定要件】

2 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。

3・4 (略)

(新設)

改定後

【心大血管疾患リハビリテーション料】

【算定要件】

2 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき60点（入院した日から起算して4日目以降は1単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。

3・4 (略)

5 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。

※ 廃用症候群リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

① 発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価

改定前	改定後
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【算定要件】 2 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、<u>それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日</u>を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき<u>25点</u>を所定点数に加算する。 3・4（略） <u>（新設）</u>	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【算定要件】 2 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、<u>入院した日から起算して14日</u>を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき<u>60点（起算日から4日目以降は1単位につき25点）</u>を所定点数に加算する。<u>ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。また、入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日を起算日とする。</u> 3・4（略） <u>5 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。</u> <u>※ 運動器リハビリテーション料についても同様。</u>



① 発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価

改定前

急性期リハ加算 50点／単位	
初期加算 45点／単位	
早期リハ加算 25点／単位	
開始日	14日目まで 30日目まで

改定後

急性期リハ加算 50点／単位	
初期加算 45点／単位	
早期リハ加算 60点／単位	
	早期リハ加算 25点／単位
(新) 休日リハ加算25点／単位	
開始日 3日目まで	14日目まで 30日目まで

慢性期

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料を算定する患者の病態や医療資源投入量をより適切に反映させる観点から、医療区分 2 又は 3 に該当する疾患や状態、処置等の内容を見直す。あわせて、より医療の必要性が高い患者の受入れを推進する観点から、療養病棟入院料 2 における医療区分 2 及び 3 の患者の割合を引き上げる。

1. 処置に関する医療区分 2 のうち、感染症の治療に係る処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分 3 の患者として入院料を算定することとする。
また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分 2 に追加する。
さらに、医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児について、それぞれ疾患・状態に係る医療区分 3、2 に追加する。

改定前

【別表】

【施設基準】

別表第五の二 療養病棟入院基本料（疾患・状態については、入院料 1 から入院料 9 まで及び入院料 28 から入院料 30 までに限り、処置等については、入院料 1 から入院料 3 まで、入院料 10 から入院料 12 まで及び入院料 19 から入院料 21 までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料 A に限る。）に係る疾患・状態及び処置等
一 対象となる疾患・状態
スモン
医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
（新設）

改定後

【別表】

【施設基準】

別表第五の二 療養病棟入院基本料（疾患・状態については、入院料 1 から入院料 9 まで及び入院料 28 から入院料 30 までに限り、処置等については、入院料 1 から入院料 3 まで、入院料 10 から入院料 12 まで及び入院料 19 から入院料 21 までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料 A に限る。）に係る疾患・状態及び処置等
一 対象となる疾患・状態
スモン
医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
区分番号 A 2 1 2 に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注 1 に規定する超重症の状態（15 歳未満の小児患者に限る。）

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

１．処置に関する医療区分２のうち、感染症の治療に係る処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分３の患者として入院料を算定することとする。

また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分**２**に追加する。

さらに、医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児について、それぞれ疾患・状態に係る医療区分３、２に追加する。

改定前

【別表】

【施設基準】

二 対象となる処置等

中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性脾炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。）

点滴（二十四時間持続して実施しているものに限る。）

人工呼吸器の使用

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄

気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものに限る。）

酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものに限る。）

感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理

（新設）

改定後

【別表】

【施設基準】

二 対象となる処置等

中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性脾炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。）

点滴（二十四時間持続して実施しているものに限る。）

人工呼吸器の使用

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄

気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものに限る。）

酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものに限る。）

感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理

別表第五の三の二の（１）及び（２）のいずれにも該当するもの

処置の医療区分

- 処置の医療区分2には、例えば肺炎と褥瘡等、合併しうる病態が含まれている。各項目を病態や治療により分類すると以下のようなカテゴリーに分けられ、「感染症の治療」と「創傷処置」が合併した場合は、それぞれについて独立した治療が行われ、包括範囲の医療資源投入量が増加すると考えられる。

	処置等	
医療区分3	・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性脾炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理	感染症の治療+創傷処置 がある場合は、医療区分3の評価になる。
医療区分2	・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る）	感染症の治療
	・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療	創傷処置
	・中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性脾炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く） ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） ・頻回の血糖検査	その他の処置
	・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療	精神・神経症状に関する対応
	・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）	リハビリテーション

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

１．処置に関する医療区分２のうち、感染症の治療に係る処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分３の患者として入院料を算定することとする。

また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分２に追加する。

さらに、医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児について、それぞれ疾患・状態に係る医療区分３、２に追加する。

改定前

【別表】

【施設基準】

別表第五の三 療養病棟入院基本料（疾患・状態については、入院料10から入院料18まで、処置等については、入院料４から入院料６まで、入院料13から入院料15まで及び入院料22から入院料24までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料Ｂ及び入院基本料Ｃに限る。）に係る疾患・状態及び処置等

一 対象となる疾患・状態

筋ジストロフィー症

多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）

脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）

慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）

改定後

【別表】

【施設基準】

別表第五の三 療養病棟入院基本料（疾患・状態については、入院料10から入院料18まで、処置等については、入院料４から入院料６まで、入院料13から入院料15まで及び入院料22から入院料24までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料Ｂ及び入院基本料Ｃに限る。）に係る疾患・状態及び処置等

一 対象となる疾患・状態

筋ジストロフィー症

多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）

脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）

慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

１．処置に関する医療区分２のうち、感染症の治療に係る処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分３の患者として入院料を算定することとする。

また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分２に追加する。

さらに、医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児について、それぞれ疾患・状態に係る医療区分３、２に追加する。

改定前

【別表】
 【施設基準】
 一 対象となる疾患・状態
（新設）

（新設）

（新設）

改定後

【別表】
 【施設基準】
 一 対象となる疾患・状態
末期呼吸器疾患（適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当し、呼吸困難に対して医療用麻薬の投与によるコントロールが必要な状態に限る。）
末期心不全（器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にN Y H A重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。）
末期腎不全（器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であって、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。）

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

１．処置に関する医療区分２のうち、感染症の治療に係る処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分３の患者として入院料を算定することとする。

また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分２に追加する。

さらに、医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児について、それぞれ疾患・状態に係る医療区分３、２に追加する。

改定前

【別表】

【施設基準】

一 対象となる疾患・状態
 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）
 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
 他者に対する暴行が毎日認められる状態

（新設）

改定後

【別表】

【施設基準】

一 対象となる疾患・状態
 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）
 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
 他者に対する暴行が毎日認められる状態

区分番号 A 2 1 2 に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注 2 に規定する準超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

１．処置に関する医療区分２のうち、感染症の治療に係る処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分３の患者として入院料を算定することとする。

また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分２に追加する。

さらに、医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児について、それぞれ疾患・状態に係る医療区分３、２に追加する。

改定前

【別表】

【施設基準】

二 対象となる処置等

中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から三十日を超えて実施するものに限る。）

肺炎に対する治療

尿路感染症に対する治療

傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）

脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対して実施するものに限る。）

頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）

褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に実施するものに限る。）

改定後

【別表】

【施設基準】

二 対象となる処置等

（削除）

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

１．処置に関する医療区分２のうち、感染症の治療に係る処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分３の患者として入院料を算定することとする。

また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分２に追加する。

さらに、医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児について、それぞれ疾患・状態に係る医療区分３、２に追加する。

改定前

【別表】

【施設基準】

二 対象となる処置等

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療

せん妄に対する治療

うつ症状に対する治療

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法

経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対して行うものに限る。）

一日八回以上の喀痰吸引

気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。）

頻回の血糖検査

創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療

酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものを除く。）

改定後

【別表】

【施設基準】

二 対象となる処置等

（削除）

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

１．処置に関する医療区分２のうち、感染症の治療に係る処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分３の患者として入院料を算定することとする。

また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分２に追加する。

さらに、医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児について、それぞれ疾患・状態に係る医療区分３、２に追加する。

改定前	改定後
【別表】 【施設基準】 二 対象となる処置等 <u>（新設）</u>	【別表】 【施設基準】 二 対象となる処置等 <u>（１）感染症の治療に係る処置</u> <u>肺炎に対する治療</u> <u>尿路感染症に対する治療</u> <u>脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対して実施するものに限る。）</u> <u>頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）</u> <u>経鼻胃管及び胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対して行うものに限る。）</u>

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

１．処置に関する医療区分２のうち、感染症の治療に係る処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分３の患者として入院料を算定することとする。

また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分２に追加する。

さらに、医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児について、それぞれ疾患・状態に係る医療区分３、２に追加する。

改定前

【別表】
【施設基準】
二 対象となる処置等
（新設）

改定後

【別表】
【施設基準】
二 対象となる処置等
（２）創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に実施するものに限る。）
末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療
中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から三十日を超えて実施するものに限る。）
人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法
気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。）

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

１．処置に関する医療区分２のうち、感染症の治療に係る処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分３の患者として入院料を算定することとする。

また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分２に追加する。

さらに、医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児について、それぞれ疾患・状態に係る医療区分３、２に追加する。

改定前	改定後
【別表】 【施設基準】 二 対象となる処置等 <u>（新設）</u>	【別表】 【施設基準】 二 対象となる処置等 <u>（３）その他の処置</u> <u>一日八回以上の喀痰吸引</u> <u>頻回の血糖検査</u> <u>酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものを除く。）</u> <u>せん妄に対する治療</u> <u>うつ症状に対する治療</u> <u>（４）傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）</u>



⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

２．療養病棟入院基本料２において求める医療区分２・３の患者の割合を５割から６割に引き上げた上で、当該要件については、**令和８年９月３０日**までの経過措置を設ける。

改定前	改定後
【療養病棟入院基本料】 【施設基準】 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 (１) 療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ～ロ 略 八 療養病棟入院料２の施設基準 当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が 五割 以上であること。	【療養病棟入院基本料】 【施設基準】 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 (１) 療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ～ロ 略 八 療養病棟入院料２の施設基準 当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が 六割 以上であること。

【経過措置】

令和８年３月３１日において現に療養病棟入院料２を届け出ている保険医療機関については、**令和８年９月３０日**までの間に限り、基本診療料の施設基準等第５の３の（１）の八に該当するものとみなす。

障害者施設等入院基本料の算定イメージ

- 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者」を対象としており、原則出来高算定である。
- 脳卒中の後遺症である医療区分1, 2の患者や人工腎臓等を実施する慢性腎臓病の患者については、療養病棟・障害者施設等入院基本料を算定する病棟の双方に多く入院しており、患者の状態等が類似していることから、累次の改定で療養病棟に準じた評価体系への見直しが行われてきた。

患者像	90日以内	90日を超える期間
● 重度の肢体不自由児（者） （脳卒中の後遺症及び認知症を除く） ● 脊髄損傷等の重度障害者（同上） ● 重度の意識障害者 ● 筋ジストロフィー患者及び難病患者等	障害者施設等入院基本料（出来高） ※90日以降も特定患者に該当しない（＝特定除外）	
重度の意識障害者（脳卒中の後遺症）のうち医療区分1, 2（注6）	療養病棟入院基本料に準じた体系（包括） 医療区分と配置基準に応じた点数（注6）	
脳卒中又は脳卒中の後遺症（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）のうち医療区分1, 2（注13）	療養病棟に準じた体系（包括） 医療区分と配置基準に応じた点数（注13）	特定患者：特定入院基本料（包括） 特定除外：左の算定を継続（包括）
人工腎臓等を継続的に行っている慢性腎臓病の患者のうち医療区分2（注6及び注13を除く）（注14）	療養病棟に準じた体系（包括） 配置基準に応じた点数（注14）	左の算定を継続（包括） ※人工腎臓の頻度が少ない等により特定除外の項番10に該当しない場合は、特定入院基本料（包括）
上記いずれにも該当しない患者	障害者施設等入院基本料（出来高）	特定患者：特定入院基本料（包括） 特定除外：左の算定を継続（出来高）

(参考) 肢体不自由の定義

- 過去の中医協資料等において、「重度の肢体不自由児（者）」の範囲は身体障害者福祉法施行規則別表第5号に定める身体障害者障害程度等級表の1, 2級に相当する範囲と整理されている。
- なお、特殊疾患病棟入院料2における「重度の肢体不自由児（者）」は、日常生活自立度ランクB以上に限ることとされており、例えば肢体不自由二級で一上肢機能が全廃していても、寝たきりでない場合は該当しない。

身体障害者福祉法施行規則 別表第5号

肢体不自由					
	上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	
				上肢機能	移動機能
一級	1. 両上肢の機能を全廃したものの 2. 両上肢を手関節以上で欠くもの	1. 両下肢の機能を全廃したものの 2. 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	体幹の機能障害により座っていることができないもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの
二級	1. 両上肢の機能の著しい障害 2. 両上肢のすべての指を欠くもの 3. 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 4. 一上肢の機能を全廃したものの	1. 両下肢の機能の著しい障害 2. 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	1. 体幹の機能障害により坐位又は起立位を保つことが困難なもの 2. 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活機能動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

第13の1 特殊疾患病棟入院料に関する施設基準 (3) 特殊疾患病棟入院料2の施設基準

次のいずれかの基準を満たしていること。

ア 次のいずれかに該当する一般病棟又は精神病棟

(イ) 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設 (ロ) 児童福祉法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関

イ 当該病棟の入院患者数の8割以上が、重度の肢体不自由児（者）（日常生活自立度のランクB以上に限る。）等の重度の障害者であること。（略）

⑫ 障害者施設等入院基本料等の見直し

患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料等について、重度の肢体不自由児（者）に該当しない廃用症候群に係る評価を見直す。

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料における、主傷病名が廃用症候群の患者について、療養病棟に準じた評価とする（廃用症候群を発症する以前から重度の肢体不自由児（者）に該当していた患者を除く。）。

改定前

【障害者施設等入院基本料】

【算定要件】

注13 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3（1）のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3（2）のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

改定後

【障害者施設等入院基本料】

【算定要件】

注13 当該病棟に入院する脳卒中、脳卒中の後遺症又は廃用症候群の患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3（1）のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3（2）のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

⑬ 障害者施設等入院基本料における看護補助者に係る加算の見直し

障害者施設等入院基本料における看護職員及び看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点から、看護補助加算及び看護補助体制充実加算の評価を見直す。

障害者施設等入院基本料の 7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料における看護補助加算並びに看護補助体制充実加算について、評価を見直すとともに、算定可能期間を見直す。

改定前

【看護補助加算】

【算定要件】

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病棟に入院している患者（7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、注 10 に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。

イ 14 日以内の期間 146 点

ロ 15 日以上 30 日以内の期間 121 点

（新設）

改定後

【看護補助加算】

【算定要件】

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病棟に入院している患者（7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、注 10 に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。

イ 14 日以内の期間 146 点

ロ 15 日以上 30 日以内の期間 121 点

ハイ及びロ以外 50 点



⑬ 障害者施設等入院基本料における看護補助者に係る加算の見直し

障害者施設等入院基本料における看護職員及び看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点から、看護補助加算及び看護補助体制充実加算の評価を見直す。

障害者施設等入院基本料の7対1入院基本料及び10対1入院基本料における看護補助加算並びに看護補助体制充実加算について、評価を見直すとともに、算定可能期間を見直す。

改定前		改定後	
【看護補助加算】 【算定要件】 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。		【看護補助加算】 【算定要件】 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。	
		改定前	改定後
イ 14日以内の期間	(1) 看護補助体制充実加算 1	176点	176点
	(2) 看護補助体制充実加算 2	161点	161点
	(3) 看護補助体制充実加算 3	151点	151点
ロ 15日以上30日以内の期間	(1) 看護補助体制充実加算 1	151点	151点
	(2) 看護補助体制充実加算 2	136点	136点
	(3) 看護補助体制充実加算 3	126点	126点
<u>ハイ及びロ以外</u>	<u>(1) 看護補助体制充実加算 1</u>	<u>(新設)</u>	<u>60点</u>
	<u>(2) 看護補助体制充実加算 2</u>	<u>(新設)</u>	<u>55点</u>
	<u>(3) 看護補助体制充実加算 3</u>	<u>(新設)</u>	<u>51点</u>

入院関連



⑭ 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

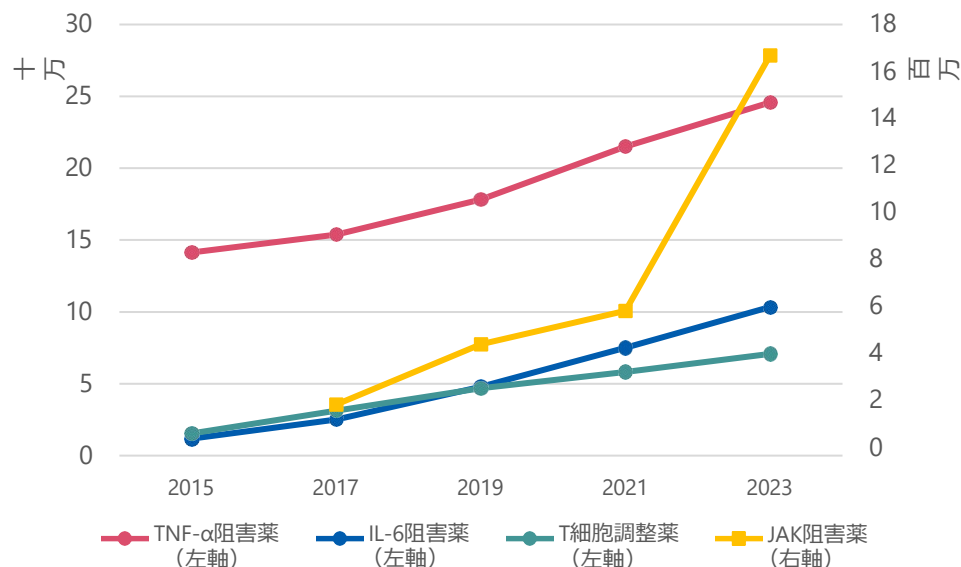
入院料ごとに医療機能を適切に評価し、医療機能に応じた患者の入棟を円滑にする観点から、入院料に薬剤料が包括されない薬剤及び注射薬について、範囲を見直す。

1. 別表第5の1の2が適用されていた入院料のうち、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬に、抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬及びエリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤を追加し、地域包括ケア病棟入院料等と包括範囲を統一する。
2. 別表第5の1の4又は別表第5の1の5が適用されていた精神病棟で算定される特定入院料における除外薬剤・注射薬に、抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬及びエリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤を追加する。
3. 各入院料共通の除外薬剤に、生物学的製剤及びJAK阻害薬（いずれも免疫・アレルギー疾患の維持期の治療に用いられ、他の治療薬で代替不能な場合に限り。）を追加する。
4. 除外薬剤のうち、血友病の患者に使用する医薬品について、血友病類縁疾患に使用する場合を含める。
5. 除外薬剤を示す別表を整理し、一つにまとめる。
6. 特掲診療料の施設基準等第16に規定する医療保険で算定する薬剤の範囲を、5で整理した別表第5の1の2と揃える。
7. 「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課事務連絡）に示された、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能又は効果を有するものに限り。）に係る取扱いについて、令和8年5月31日をもって終了する。

維持期の治療として使用される生物学的製剤等の増加

- 生物学的製剤等は、2010年台半ば頃から、新薬の登場や、様々な自己免疫疾患への適応拡大が続き、使用量が経年的に増加している。
- これらが維持期の主要な治療となる自己免疫疾患の患者についても、高齢化が進んでおり、治療中に脳卒中や骨折等の他疾患に罹患し、包括期～慢性期の治療を受ける場面が増えていると考えられる。

例) 関節リウマチ※に適応のある生物学的製剤等の外来院外処方数の推移

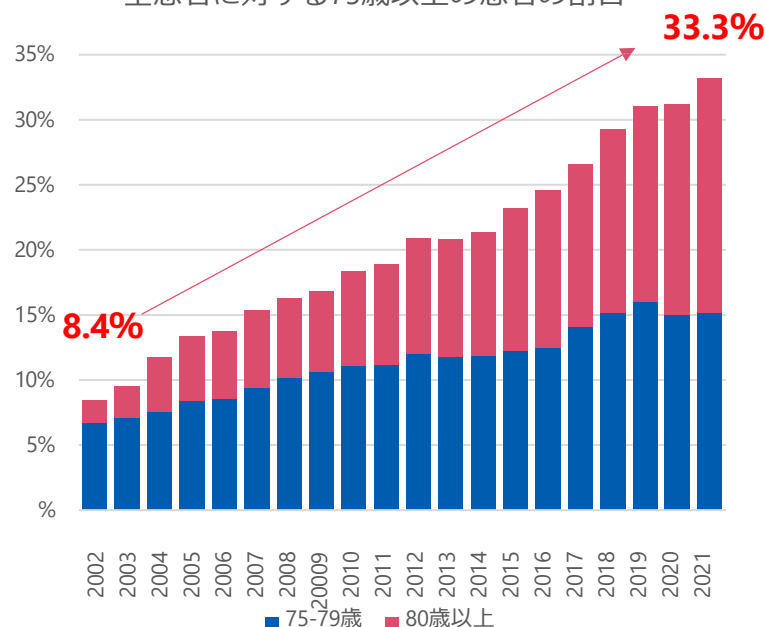


出典：第2～10回NDBオープンデータより、関節リウマチに適応のある薬剤の処方数を集計。

(第10回(2023年度分)より公表される薬剤数が増加したため、合算される項目が増え、総計に影響がある。また、他疾患に処方された場合も合算されていることに留意が必要。)

※診療ガイドライン2014において、従来型治療でコントロールがつかない患者におけるbDMARD(生物学的製剤である疾患修飾性抗リウマチ薬)の開始が推奨されるようになった。同時期にJAK阻害薬も登場した。

例) 関節リウマチ患者の高齢化
全患者に対する75歳以上の患者の割合



出典：2023年度厚生労働科学研究費補助金(免疫・アレルギー疾患政策研究事業)「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」分担研究報告書「NinJa データを用いた高齢関節リウマチ患者の診療実態の把握」より作成

受入困難となりうる高額薬剤の内容

診調組 入-1
7.9.11改

- 入院受入が困難な理由として「高額薬剤を使用している」と回答した施設に対し、特に受入困難となりやすい薬剤を調査したところ、骨粗鬆症治療薬や、生物学的製剤を含む分子標的治療薬を挙げる施設が多かった。
- 回復期リハビリテーション病棟でのみ、抗がん剤や麻薬、造血剤を回答した病棟が多かった。これらの薬剤は、地域包括ケア病棟等では除外薬剤として出来高算定することとなっている。
- その他、入院料によらず、4割を超える病棟が、トルバプタン、パーキンソン病治療薬、血友病以外の出血傾向の抑制に係る医薬品が受入困難な理由となりうる薬剤に該当すると回答していた。

カテゴリ		地ケア (n=256)	回りハ (n=283)	療養 (n=155)
自由記載	抗がん剤／抗悪性腫瘍剤	-	24.7%	-
	骨粗鬆症治療薬	10.2%	13.4%	2.6%
	リウマチ治療薬（生物学的製剤含む）	7.0%	9.5%	1.3%
	免疫抑制剤／自己免疫疾患薬	3.9%	6.4%	0.0%
	生物学的製剤	2.7%	4.6%	0.0%
	ホルモン剤／前立腺がん治療薬	2.3%	3.2%	1.3%
	麻薬（点滴含む）	-	1.8%	-
	間質性肺炎治療薬	0.0%	1.8%	0.0%
	造血剤／腎性貧血治療薬	-	1.4%	-
	抗てんかん薬	0.0%	0.0%	1.9%
	認知症治療薬	0.0%	0.0%	1.3%
	高額薬剤／薬価に言及した記述	2.7%	3.9%	7.1%
	その他（抗生剤、吸入薬等）	2.3%	2.1%	3.9%
選択式回答	トルバプタン	42.2%	47.0%	65.8%
	パーキンソン病治療薬	45.7%	49.8%	51.0%
	出血傾向の抑制効果・効能を有する医薬品※	46.5%	54.4%	32.9%

※：血友病に使用する場合、既に除外薬剤として指定されているが、類縁疾患は対象外

-：既に除外薬剤として出来高算定であるもの

入院料に包括されない除外薬剤

- 薬剤料を包括することとしている入院料においても、一部の薬剤は除外薬剤として出来高算定となっている。
- 維持期の治療として使用されるケースが増えており、受入困難な事由になりうる高額薬剤としても回答の多かった生物学的製剤等は、いずれの入院料においても除外薬剤になっていない。
- 回復期リハビリテーション病棟では、抗悪性腫瘍剤、医療用麻薬、腎性貧血に使用する薬剤等は除外薬剤に指定されていない。

薬剤カテゴリ (別表)	地域包括医療病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 短期滞在手術等基本料 (別表第5の1の3)	回復期リハビリテ ーション病棟入院 料 特殊疾患病棟入 院料緩和ケア病棟 入院料 (別表第5の1の2)	療養病棟入院基本料 障害者施設等入院基本料 の注6、注13、注14 有床診療所療養病床入院基本料 (別表第5及び第5の1の2)
抗悪性腫瘍剤 (悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。)	○	(包括)	○
疼痛コントロールのための医療用麻薬	○	(包括)	○
エリスロポエチン、ダルベポエチン、 エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害 薬 (人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性 貧血状態にあるものに対して投与された場合に限 る。)	○	(包括)	○
インターフェロン製剤 (B型肝炎またはC型肝炎に効能効果を有するもの)	○	○	○
抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有する もの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効 能若しくは効果を有するもの)	○	○	○
血友病の患者に使用する医薬品 (血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効 果を有するものに限る。)	○	○	○



⑭ 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

改定前

【療養病棟入院基本料】

【施設基準】

三 療養病棟入院基本料の施設基準等

(3) 療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤・注射薬の費用

療養病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、**別表第五及び**別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

改定後

【療養病棟入院基本料】

【施設基準】

三 療養病棟入院基本料の施設基準等

(3) 療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤・注射薬の費用

療養病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

※ 有床診療所療養病床入院基本料、地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び短期滞在手術等基本料についても同様



⑭ 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

改定前

【療養病棟入院基本料】

【基本診療料の施設基準等 別表】

【施設基準】

別表第五 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない除外薬剤・注射薬

一 (略)

二 (略)

三 これらに含まれない除外薬剤（特定入院基本料に係る場合を除く。）

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、HIF-1阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

四 これらに含まれない注射薬（特定入院基本料に係る場合を除く。）

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、エポエチンベータペグ（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

改定後

【療養病棟入院基本料】

【基本診療料の施設基準等 別表】

【施設基準】

別表第五 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置

一 (略)

二 (略)

(削除)

(削除)



⑭ 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

改定前

【療養病棟入院基本料】

【基本診療料の施設基準等 別表】

【施設基準】

別表第五の一の二 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）

抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

（新設）

改定後

【療養病棟入院基本料】

【基本診療料の施設基準等 別表】

【施設基準】

別表第五の一の二 次の一から三までに掲げる入院基本料等に含まれない除外薬剤・注射薬

一 緩和ケア病棟入院料に含まれない除外薬剤・注射薬インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）

抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）



⑭ 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

改定前	改定後
【療養病棟入院基本料】 【基本診療料の施設基準等別表】 【施設基準】 (新設)	【療養病棟入院基本料】 【基本診療料の施設基準等 別表】 【施設基準】 (続き) <u>二 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料、地域包括医療病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、認知症治療病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料に含まれない除外薬剤・注射薬</u> <u>別表第五の一の二の一に定める薬剤</u> <u>抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）</u> <u>疼痛コントロールのための医療用麻薬</u> <u>エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及びエポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）</u> <u>HIF-1α阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）</u> <u>生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）</u> <u>JAK阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）</u> <u>三 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料に含まれない除外薬剤・注射薬</u> <u>別表第五の一の二の一及び二に定める薬剤</u> <u>クロザピン(治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)</u> <u>持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）</u>

(新設)



⑭ 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

改定前

【療養病棟入院基本料】
 【基本診療料の施設基準等 別表】
 【施設基準】

別表第五の一の三 地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料の除外薬剤・注射薬
抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、H I F—P H阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）、抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）及び血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

別表第五の一の四 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料及び精神科地域包括ケア病棟入院料の除外薬剤・注射薬
インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）
抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）
血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）
クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。）
持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）

改定後

【療養病棟入院基本料】
 【基本診療料の施設基準等 別表】
 【施設基準】
 （削除）

（削除）



⑭ 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

改定前	改定後
【療養病棟入院基本料】 【基本診療料の施設基準等 別表】 【施設基準】 <u>別表第五の一の五 精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬</u> <u>インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u> <u>抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は</u> <u>ＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u> <u>血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限</u> <u>る。）</u> <u>クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。）</u> <u>持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）</u>	【療養病棟入院基本料】 【基本診療料の施設基準等 別表】 【施設基準】 <u>（削除）</u>



⑭ 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

改定前

【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 【施設基準】

三 介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用
 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用
 H I F—P H 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用
 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の費用

改定後

【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 【施設基準】

三 介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用
 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用
 H I F—P H 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用
J A K 阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の費用



⑭ 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

改定前

【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 【施設基準】

四 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用

医科点数表区分番号 B 0 0 1－2－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の 1 のイ、2 のイ又は 3 のイ（略）

疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用

インターフェロン製剤（B 型肝炎又は C 型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用

抗ウイルス剤（B 型肝炎又は C 型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は H I V 感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用

血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

改定後

【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 【施設基準】

四 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用

医科点数表区分番号 B 0 0 1－2－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の 1 のイ、2 のイ又は 3 のイ

（略）

疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用

生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）

インターフェロン製剤（B 型肝炎又は C 型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用

抗ウイルス剤（B 型肝炎又は C 型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は H I V 感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用

血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

① 身体的拘束最小化の取組の更なる推進

身体的拘束の最小化に向けた取組を更に推進する観点から、質の高い取組を行う場合の体制について新たな評価を行うとともに、身体的拘束を行った日の入院料の評価を見直す。

1. 通則に規定されている身体的拘束最小化の基準を充実させ、組織風土の重要性や研修内容に触れるとともに、実績や取組に関する要件を追加する。

改定前	改定後
【算定要件】 第2部 入院料等 通則 1～6 (略) 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。 8 (略) 9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。	【算定要件】 第2部 入院料等 通則 1～6 (略) 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。 8 (略) 9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。<u>ただし、7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準において、身体的拘束最小化の体制に係る基準を満たす保険医療機関については、当該減算の点数に代えて、所定点数から1日につき20点を減算する。</u>

① 身体的拘束最小化の取組の更なる推進

改定前	改定後
【施設基準（告示）】 八 身体的拘束最小化の基準 <u>（新設）</u> 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。 <u>（新設）</u> 【施設基準（通知）】 第1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準 1～6 （略） 7 身体的拘束最小化の基準 <u>（新設）</u> <u>（1）</u> 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。	【施設基準（告示）】 八 身体的拘束最小化の基準 <u>（1）</u> 身体的拘束最小化の体制に係る基準 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。 <u>（2） 身体的拘束最小化の実績等に係る基準</u> <u>身体的拘束の最小化につき相当の実績を有していること又は身体的拘束の最小化について適切な取組を行っていること。</u> 【施設基準（通知）】 第1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準 1～6 （略） 7 身体的拘束最小化の基準 <u>（1）身体的拘束最小化の体制に関する基準は（3）から（6）まで、身体的拘束最小化の実績等に関する基準は（7）及び（8）をいうものであること。</u> <u>（2）身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。</u> <u>（3）患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から、当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。また、こうした組織風土の醸成に努めること。</u>

① 身体的拘束最小化の取組の更なる推進

改定前	改定後
【施設基準（告示）】（続き） <u>(2)(1)</u>の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。 <u>(3) 患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から、当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。また、こうした組織風土の醸成に努めること。</u> <u>(4)</u>（略） <u>(5)</u>身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。 ア（略） イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(2)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。 ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。	【施設基準（告示）】（続き） <u>(4)(2)</u>の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。 <u>(削除)</u> <u>(5)</u>（略） <u>(6)</u>身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。 ア（略） イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(2)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むこと。 ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。<u>当該研修には、身体的拘束の代替手段に関する内容のほか、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容を含むことが望ましい。</u>

① 身体的拘束最小化の取組の更なる推進

改定前	改定後
〔施設基準（告示）〕 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	〔施設基準（告示）〕（続き） <u>（７）以下のいずれかを満たすこと。</u> <u>ア 身体的拘束の実施割合が集計されており、当該保険医療機関内で１割５分以下であること。</u> <u>イ 身体的拘束の原則廃止に向けて、（イ）から（ハ）までの全ての取組みを継続して行っていること。</u> <u>（イ）身体的拘束最小化チームにおいて、身体的拘束の実施状況を踏まえ、身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を３か月に１回以上開催していること。</u> <u>（ロ）身体的拘束が行われている病棟に対し、次の取組のいずれかが行われていること。</u> <u>① 身体的拘束最小化チームによる病棟の巡回が定期的に行われ、病棟の職員とともに身体的拘束が行われている患者の解除や代替策の導入に向けた具体的な検討が積極的に行われていること。</u> <u>② 身体的拘束が行われている患者が生じる都度、病棟の複数の職員により解除や代替策の導入に向けた具体的な検討が積極的に行われていること。</u> <u>（ハ）当該保険医療機関内で、入院患者に関わる職員を対象として、患者の尊厳の保持の重要性及び身体的拘束の最小化に向けた具体的な方策や好事例の紹介を含む内容の研修が年に２回以上実施されていること。</u> <u>（８）（７）のアに規定する身体的拘束の実施割合は、直近３か月における当該保険医療機関で入院料（「Ａ３００」救命救急入院料、「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２－２」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料、「Ａ３０３－２」新生児治療回復室入院医療管理料を除く。また、精神病床に入院する全ての患者の身体的拘束を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和２５年法律第１２３号）の規定に基づいて取り扱う場合には精神病床を除く。）を算定した日数のうち、身体的拘束を実施した日数を、当該入院料を算定した日数で除して得た割合をいう。ただし、実施した身体的拘束が以下のアからウまでのいずれかに該当する場合は、身体的拘束を実施した日数に含めない。なお、アからウまでに該当する場合であっても、常に身体的拘束の解除や代替策の導入について検討し、身体的拘束の最小化に努めること。</u>

① 身体的拘束最小化の取組の更なる推進

改定前	改定後
【施設基準（告示）】 <u>（新設）</u> <u>（６）（１）</u>から<u>（５）</u>までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律25第123号）の規定による。 <u>（７）</u> 令和<u>６年</u>３月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和<u>７年</u>５月31日までの間に限り、<u>（１）から（５）までの基準を満たしているものとする。</u> ８（略）	【施設基準（告示）】（続き） <u>ア 衣服に触れるものの、患者の動作により容易に外れ、患者の自発的な運動を制限することはない状況で用いられる、見守りや職員を呼ぶためのセンサー等のみを使用している場合</u> <u>イ 処置時や移動時に、患者本人又はその家族の同意を得た上で、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合であって、職員が介助等のために当該患者の側に付き添っており、処置や移動の終了時に確実に解除している場合</u> <u>ウ 患者が訓練のために自由に車椅子を操作することのできる状態であって、患者本人又はその家族の同意を得た上で、車椅子操作による訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルトを使用する場合（車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当しない。）</u> <u>（９）（３）から（６）まで及び（７）のイの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。精神病床に入院する全ての患者の身体的拘束を当該法律の規定に基づいて取り扱う場合は、（３）から（６）まで及び（７）のイの規定を満たすものとみなす。</u> <u>（１０） 令和８年３月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和９年５月31日までの間に限り、（６）のイ及び（７）の基準を満たしているものとする。</u> ８（略）

① 身体的拘束最小化の取組の更なる推進

2. 身体的拘束の最小化に向け、組織的に特に質の高い取組を行っている場合の体制評価を新たに設け、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料を算定する病棟で算定可能とする。

改定後

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算（１日につき） 40点

【対象患者】

身体的拘束最小化について、管理者等を中心とした質の高い取組を行う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料を算定している患者

【算定要件】

注1 身体的拘束最小化について質の高い取組を行う体制その他の事項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病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、身体的拘束最小化推進体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関において、身体的拘束の最小化に資する十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該病棟において、身体的拘束の最小化に関する十分な実績を有していること。
- (3) 身体的拘束最小化のために病院全体として取組を行っていること、原則として身体的拘束を行わない方針であること及び身体的拘束の実施状況について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (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。



② 認知症ケア加算の見直し

認知症を有する患者へのアセスメントやケアの充実を図りながら身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直す。

認知症を有する患者へのアセスメントやケアの充実を図りながら、組織で統一した取組が図られ、身体的拘束の最小化を目指した適切なケアや支援が推進されるよう、評価を見直す。

改定前

【認知症ケア加算】

1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 180点

ロ 15日以上期間 34点

2 認知症ケア加算 2

イ 14日以内の期間 112点

ロ 15日以上期間 28点

3 認知症ケア加算 3

イ 14日以内の期間 44点

ロ 15日以上期間 10点

【算定要件】

注 2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

改定後

【認知症ケア加算】

1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 186点

ロ 15日以上期間 39点

2 認知症ケア加算 2

イ 14日以内の期間 115点

ロ 15日以上期間 31点

3 認知症ケア加算 3

イ 14日以内の期間 47点

ロ 15日以上期間 13点

【算定要件】

注 2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の20に相当する点数により算定する。

機能・規模の異なる医療機関間の連携促進について

- 特定機能病院は医療安全に関する特定機能病院間のピアレビューが義務づけられている一方で、特定機能病院と中小規模の医療機関との連携が少ないことが指摘されている。
- 特定機能病院も含めた多様な規模・機能の医療機関同士が連携し、医療安全に関する取組を互いに評価し改善に繋げることや、医療安全に関する課題等の情報共有や対応困難事例に関する相談体制の整備等を行う取組を推進していくことが重要である。

医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書（案）

4. 今後の方向性（抄）

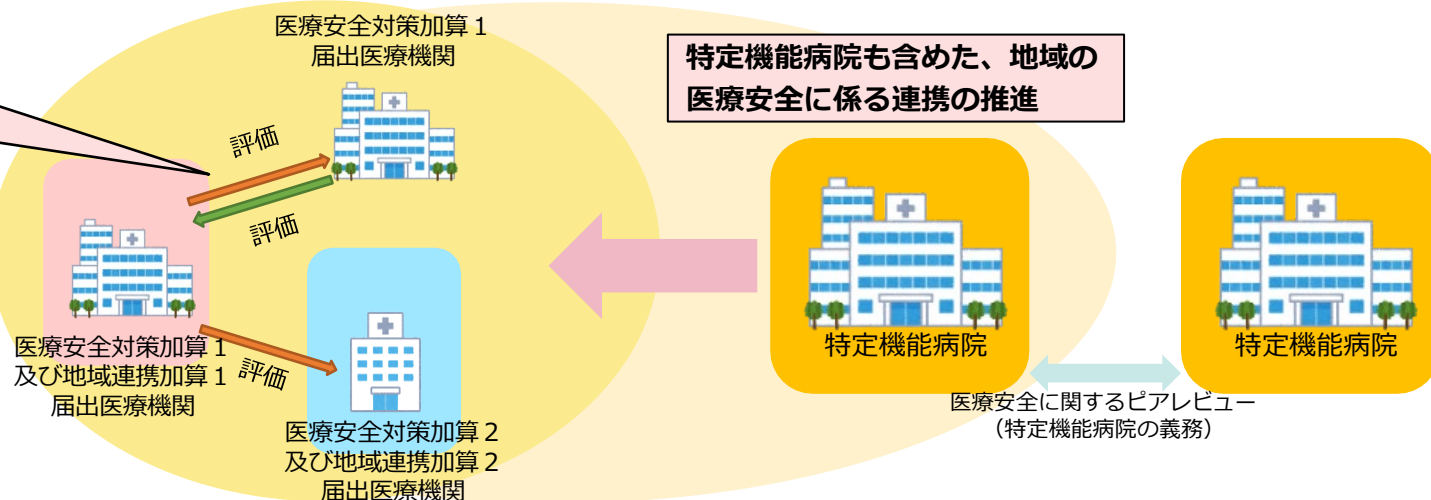
（1）医療機関における医療安全管理体制

（医療安全に係る外部からの支援の充実）

- 各医療機関の有する知見や医療安全に係る資源を有効活用する観点から、一部の医療機関で行われている医療機関同士が互いに医療安全の取組を評価し改善する取組については、**特定機能病院も含めてさらに推進することが重要である。**

加えて、一部の地域で行われている**複数の医療機関がネットワークを作り、医療安全に関する情報交換や相互支援等を行う取組**についても、地域の実情に即して推進するべきである。

相互評価に限らない、
情報共有や対応困難
事例に関する相談体
制の整備の必要性





① 医療安全対策加算の見直し

患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、医療安全対策加算の要件及び評価を見直す。

医療安全対策加算について評価を見直した上で、医療安全対策地域連携加算 1 について、特定機能病院においても算定可能とする。

改定前	改定後
【医療安全対策加算】 1 医療安全対策加算 1 <u>85点</u> 2 医療安全対策加算 2 <u>30点</u> 【算定要件】 注 1 （略） 2 医療安全対策に関する医療機関間の連携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（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ 医療安全対策地域連携加算 1 50点 ロ 医療安全対策地域連携加算 2 20点	【医療安全対策加算】 1 医療安全対策加算 1 <u>160点</u> 2 医療安全対策加算 2 <u>70点</u> 【算定要件】 注 1 （略） 2 医療安全対策に関する医療機関間の連携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（<u>ロについては</u>、特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ 医療安全対策地域連携加算 1 50点 ロ 医療安全対策地域連携加算 2 20点

退院調整に人手を要する患者への入退院支援について

- 高齢者が多く入院するような地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟では、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」等、特に人手や時間を要する患者の割合が多い。

退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者(全入院料)(n=1,647)

入退院支援加算の対象患者の内訳(入院料別)

【現行の算定要件外】

身寄りがなく同居者が不明な者

0% 20% 40% 60% 80%

急性期一般入院料

地域包括医療病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

身寄りがなく成年後見人や身元保証事業者の支援を受けている者

12.5%

1(n=255,810)

(n=6,682)

(n=90,735)

【現行の算定要件：退院困難な要因】

生活困窮者であること

41.2%

0.0%

50.0%

0.0%

50.0%

0.0%

50.0%

退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと

31.6%

6.0%

15.4%

4.8%

入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること

28.1%

15.6%

33.1%

25.0%

同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと

22.2%

要介護・要支援状態であるとの疑いがあるが要介護・要支援認定が未申請であること

21.5%

家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること

16.8%

悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

11.1%

強度行動障害の状態の者

9.3%

コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者

5.3%

入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること

4.7%

緊急入院であること

4.3%

排泄に介助を要すること

4.2%

入退院を繰り返していること

3.7%

その他患者の状況から判断して3から17までに準ずると認められる場合

3.5%

児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること

0.9%

家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること

0.5%

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票～D票））、令和6年度入院・退院患者票（A票、B票）

① 入退院支援加算等の見直し

入退院支援において、関係機関との連携、生活に配慮した支援及び入院前からの支援を強化する観点から、入退院支援加算等の評価や要件を見直す。

１．地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料における入退院支援加算１の評価を見直す。

	改定前	改定後
１ 入退院支援加算 １		
イ 一般病棟入院基本料等の場合	700点	700点
<u>ロ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合</u>	<u>(新設)</u>	<u>1,000点</u>
ハ 療養病棟入院基本料等の場合	1,300点	1,300点

２．地域連携診療計画加算に係る情報提供時に患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算を新設する。

改定前	改定後
【入退院支援加算（退院時１回）】 【算定要件】 注１～４（略） <u>(新設)</u>	【入退院支援加算（退院時１回）】 【算定要件】 注１～４（略） <u>５ 注４の加算を算定する患者について、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して情報提供を行った場合は更に200点を所定点数に加算する。</u>

地域連携診療計画加算について

- 入退院支援加算の注加算である地域連携診療計画加算を算定する場合には、情報提供時に合わせて提供する検査結果・画像情報に係る退院時診療状況添付加算及び検査・画像情報提供加算の併算定が不可となっており、検査結果・画像情報に係る加算が算定できない。
- 地域において、適切に必要な情報が連携され、質のよい診療が継続されることを促進するために、情報提供時に患者の検査・画像情報の提供が適切に提供される必要がある。

目的	診療情報提供料	地域連携診療計画加算
入退院支援	入退院支援加算 1 700点/1,300点	入退院支援加算 1 700点/1,300点
情報提供	診療情報提供料 1 250点	地域連携診療計画加算 300点
検査結果・画像情報など提供	退院時診療状況添付加算200点又は 検査・画像情報提供加算200点	加算等無し

① 入退院支援加算等の見直し

入退院支援において、関係機関との連携、生活に配慮した支援及び入院前からの支援を強化する観点から、入退院支援加算等の評価や要件を見直す。

３．入退院支援を行うにあたり、保険医療機関から退院先となる介護保険施設等への誘導を行うことによって、当該介護保険施設等から金品を収受し、誘引その他の財産上の利益を収受していないことを施設基準に規定する。

改定前	改定後
【入退院支援加算】 【施設基準】 三十五の六 入退院支援加算の施設基準等 (１) 入退院支援加算 １に関する施設基準 イ～二 (略) <u>(新設)</u> ホ (略) (２) 入退院支援加算 ２に関する施設基準 イ～ハ (略) <u>(新設)</u> 二 (略) (３) 入退院支援加算 ３に関する施設基準 イ・ロ (略) <u>(新設)</u>	【入退院支援加算】 【施設基準】 三十五の六 入退院支援加算の施設基準等 (１) 入退院支援加算 １に関する施設基準 イ～二 (略) <u>ホ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を収受していないこと。</u> ハ (略) (２) 入退院支援加算 ２に関する施設基準 イ～ハ (略) <u>二 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を収受していないこと。</u> ホ (略) (３) 入退院支援加算 ３に関する施設基準 イ・ロ (略) <u>ハ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を収受していないこと。</u>

① 入退院支援加算等の見直し

入退院支援において、関係機関との連携、生活に配慮した支援及び入院前からの支援を強化する観点から、入退院支援加算等の評価や要件を見直す。

４．入退院支援加算の算定対象となる患者における退院困難な要因について見直す。

改定前	改定後
【入退院支援加算】 【算定要件】 (１) (略) (２) 入退院支援加算 1 にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算 2 にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後 7 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア・イ (略) ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること エ～ソ (略) <u>(新設)</u>	【入退院支援加算】 【算定要件】 (１) (略) (２) 入退院支援加算 1 にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算 2 にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後 7 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア・イ (略) ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること<u>若しくは要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること又は現に認定を受けているが、認定を受けている要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていないこと</u>（介護保険法施行令第 2 条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。） エ～ソ (略) <u>タ 患者の意思決定支援及び退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族及び親族との連絡が困難であること</u>

身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドラインについて

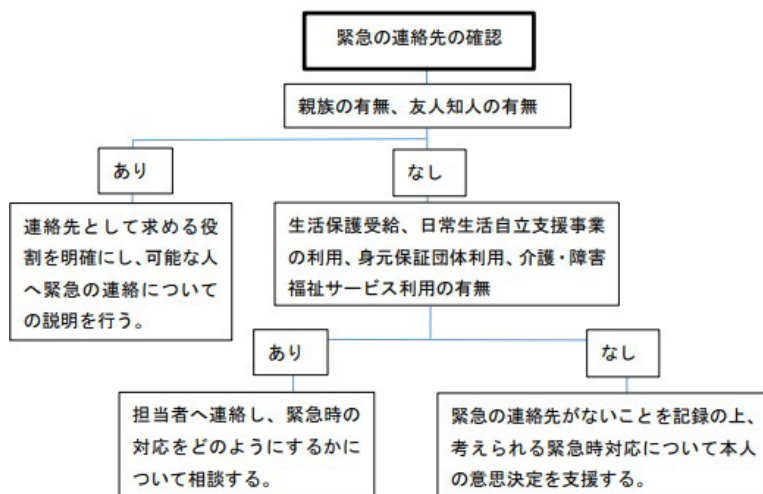
診調組 入-1
7. 8. 28

- 「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」では、患者の生活や意思決定を支援する親族がいない場合の支援について、本人の判断能力に応じた具体的な調整方法について説明しており、行政との連携についても説明している。

(1) 本人の判断能力が十分な場合

① 緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。



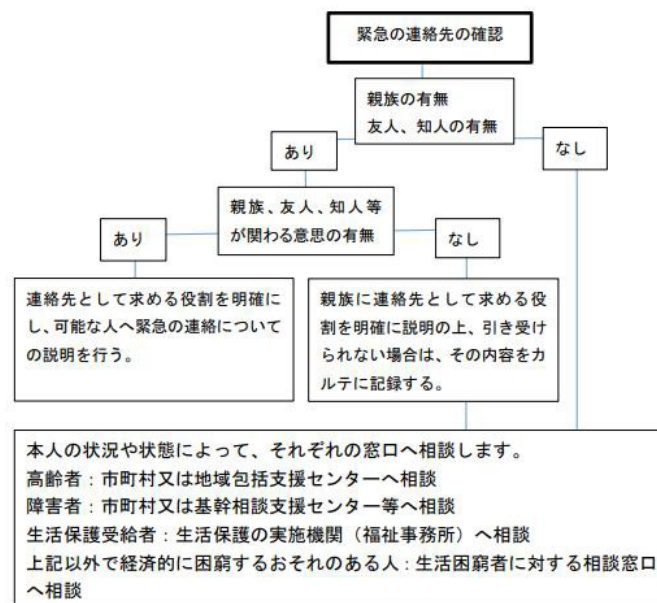
② 入院計画書に関すること

本人が理解できるようわかりやすく説明を行います。家族、ケアマネジャー、相談支援専門員や友人・知人など、本人の身の回りの人で、本人の入院診療についての説明に同席を希望する人がいる場合は本人の意向を確認した上で、情報提供を行います。¹⁸

(3) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合

① 緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。



地域包括支援センター等が介護予防の事業や民生委員等からの情報で本人の暮らしを把握していることもあります。本人と相談の上、地域包括支援センターや市町村と連絡を取ります。

本人が、緊急の連絡先やかかりつけ医などを予め記載した書類等を救急搬送時に持ってきている場合があります。救急要請から搬送までの経過を救急隊員より聞き取りをして、本人が予め記載した書類や搬送前に立ち会った人などから情報を得ます。

① 入退院支援加算等の見直し

入退院支援において、関係機関との連携、生活に配慮した支援及び入院前からの支援を強化する観点から、入退院支援加算等の評価や要件を見直す。

５． 正当な理由なく入院中の患者に対する家族等による面会を妨げないよう、入院基本料等の通則及び入退院支援加算に規定を設ける。

改定前	改定後
【入院料等】 【施設基準】 第五 病院の入院基本料の施設基準等 一 通則 (１)～(９) (略) <u>(新規)</u>	【入院料等】 【施設基準】 第五 病院の入院基本料の施設基準等 一 通則 (１)～(９) (略) <u>(10) 入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。</u> <u>※ 特定入院料の施設基準等においても同様。</u>

① 入退院支援加算等の見直し

入退院支援において、関係機関との連携、生活に配慮した支援及び入院前からの支援を強化する観点から、入退院支援加算等の評価や要件を見直す。

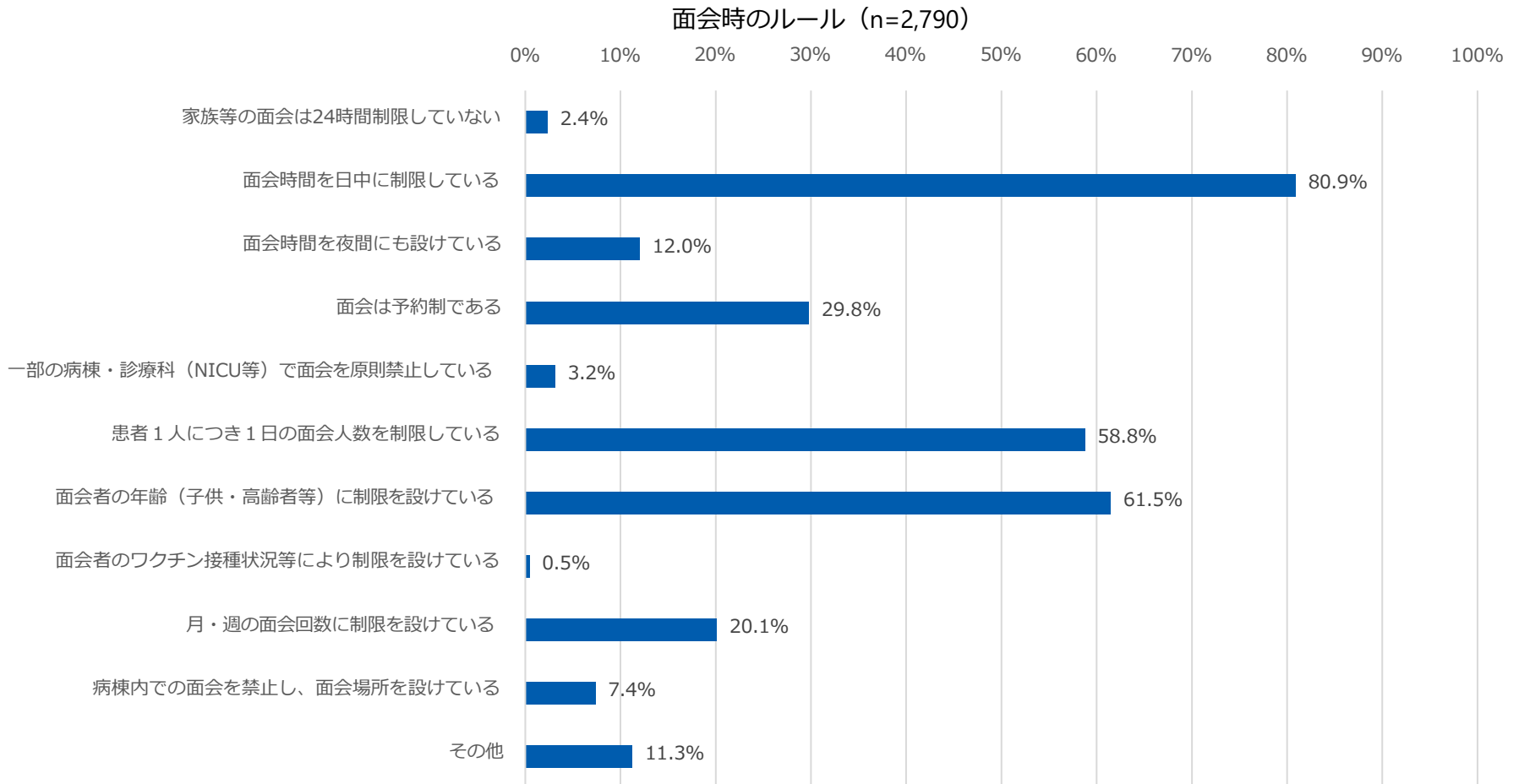
５． 正当な理由なく入院中の患者に対する家族等による面会を妨げないよう、入院基本料等の通則及び入退院支援加算に規定を設ける。

改定前	改定後
【入院料等】 【施設基準】 【入退院支援加算】 【施設基準】 第26の5 入退院支援加算 1 入退院支援加算 1 に関する施設基準 (1) (略) <u>(新規)</u>	【入院料等】 【施設基準】 【入退院支援加算】 【施設基準】 第26の5 入退院支援加算 1 入退院支援加算 1 に関する施設基準 (1) (略) <u>(2) 第35の6 (1) 木の規定について、入院中の患者とその家族等との面会は、患者の療養生活の質の向上及び尊厳の保持に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。</u> <u>なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定するとともに、当該規定について定期的に見直しを行うこと。併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。</u> <u>※ 入退院支援加算 2 及び入退院支援加算 3 においても同様。</u>

面会時のルールについて

診調組 入-1
7. 8. 28

- 面会時のルールについて、「家族等の面会は24時間制限していない」と回答したのは2.4%であった。
- 面会について、「面会時間を日中に制限している」は80.9%、「面会者の年齢（子供・高齢者等）に制限を設けている」は61.5%、「患者1人につき1日の面会人数を制限している」は58.8%、「面会は予約制である」は29.8%であった。



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（共通A～D票））

② 介護支援等連携指導料の見直し

入退院時の支援において、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等との連携及び地域の入退院支援に係る情報共有等の規定に基づいた入院前からの支援を強化する観点から、介護支援等連携指導料の要件を見直す。

入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員等と共同して、患者の状態を踏まえて導入が望ましい介護サービス等について説明及び指導を行った場合の評価を新設する。

	改定前	改定後
介護支援等連携指導料	400点	(削除)
介護支援等連携指導料 1	(新設)	400点
介護支援等連携指導料 2	(新設)	500点

改定前	改定後
【介護支援等連携指導料】 【算定要件】 注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中 2 回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号 B 0 0 5 の注 3 に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。	【介護支援等連携指導料】 【算定要件】 注 1 <u>介護支援等連携指導料 1 については、当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中 2 回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号 B 0 0 5 の注 3 に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</u> <u>また、当該入院中、介護支援等連携指導料 1 を算定した場合は、注 2 に掲げる介護支援等連携指導料 2 は算定できない。</u>

② 介護支援等連携指導料の見直し

入退院時の支援において、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等との連携及び地域の入退院支援に係る情報共有等の規定に基づいた入院前からの支援を強化する観点から、介護支援等連携指導料の要件を見直す。

入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員等と共同して、患者の状態を踏まえて導入が望ましい介護サービス等について説明及び指導を行った場合の評価を新設する。

改定前	改定後
【介護支援等連携指導料】 介護支援等連携指導料 400点 <u>(新設)</u> <u>[算定要件]</u> <u>(新設)</u>	【介護支援等連携指導料】 介護支援等連携指導料 1 400点 <u>介護支援等連携指導料 2 500点</u> <u>[算定要件]</u> <u>2 介護支援等連携指導料 2 については、当該保険医療機関に入院中の患者（ただし、入退院支援加算 1 の届出を行っている病棟に入院中の患者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して必要な患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に 2 回に限り算定する。なお、同一日に、区分番号 B 0 0 5 の注 3 に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</u>



③ 口腔状態に係る課題を抱えた患者についての 歯科医療機関との連携の推進

入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合について、新たな評価を行う。

歯科医療機関との連携体制を構築している保険医療機関において、入院中の治療が必要と判断された口腔状態の課題を抱える患者に対し、連携している歯科医療機関との間で手配を行い、患者が入院中に歯科診療を受けた場合の評価を新設する。

改定後

（新）口腔管理連携加算 600点

【対象患者】

入院中の患者であって、医師が入院中の歯科治療が必要と判断した口腔状態の課題を抱える患者

【算定要件】

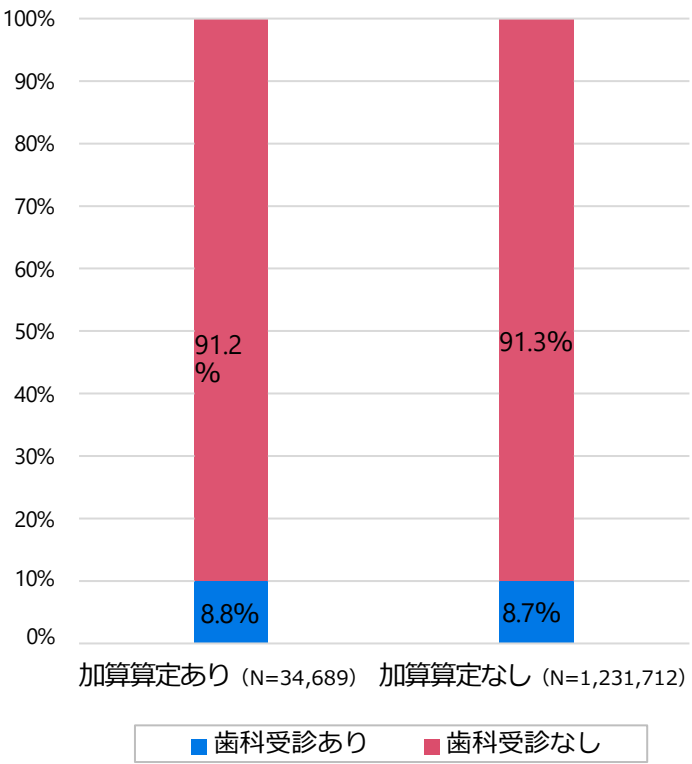
注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（歯科診療を併せて行う保険医療機関を除く。）に入院している患者のうち、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断した者について、連携体制を構築している他の歯科医療機関に対し、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合に、歯科診療が行われた日に入院中 1 回に限り算定する。この場合において、区分番号 B 0 0 9 診療情報提供料（Ⅰ）は、所定点数に含まれるものとする。

【施設基準】

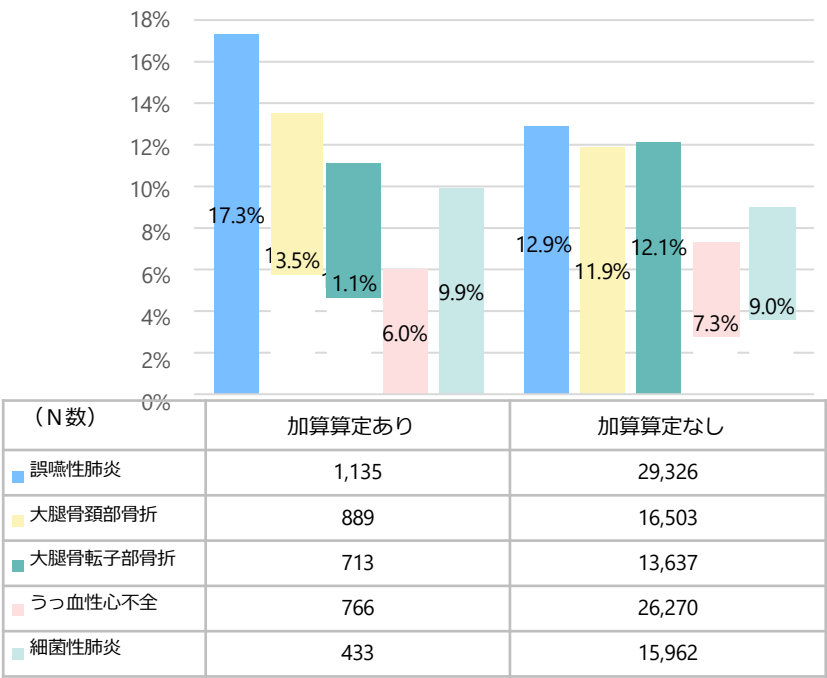
- （１）歯科診療を行わない保険医療機関であって、歯科診療を行う別の保険医療機関と入院中の患者に対する歯科訪問診療に係る連携体制を構築していること。
- （２）（１）に規定する連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- （３）（２）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
- （４）口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

○ 入院患者のうち、全体や疾患別でも、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無 による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく、歯科受診率は低い。

【入院患者（令和7年2月分）のうち、加算の算定有無による退院後の歯科受診率】



(参考) 入院患者（令和7年2月分）のうち、退院後に歯科受診した患者の入院時主傷病上位5疾患は、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折、うっ血性心不全、細菌性肺炎であった。
各疾患別の入院患者のうち、退院後の歯科受診率は以下のとおり。



算出方法：NDBデータの令和7年2月分入院レセプトにおいて、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料）のいずれかの算定がある患者のうち、入院と同月もしくは翌月に「歯科初診料」又は「歯科訪問診療料」の算定がある者を「歯科受診あり」として、件数を抽出。（病院への歯科訪問診療料は除く。）

医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度

- 法令遵守等の基準を満たす、適正な紹介事業者を認定して「見える化」を推進。
- これにより、求人施設等が、サービスの質や内容を予め把握した上で、適正な事業者を選択可能にする。

- 認定基準は、2種の基準群から構成
 - ・法令遵守等の「必須基準」と
 - ・より良いサービス提供のための「基本基準」

必須基準

法令遵守など、必ず満たさなくてはならない基準

医療、介護、保育の各分野別に定められた16～18項目のすべてをクリアする必要

- 例
- ✓ 職種別に手数料を公表している
 - ✓ 早期離職時（就職後6ヶ月以内）の返戻金制度を設けている
 - ✓ 求職者に「お祝い金」を支給していない
 - ✓ 自らの紹介により就職した者に対し、転職勧奨をしない
 - ✓ 求人者の意向に沿わない過度の営業を行わない
 - ✓ 要配慮個人情報、本人の同意を得ないで取得していない
 - ✓ 都道府県労働局から職業紹介事業に関し、職業安定法に基づく是正指導を受けていない（過去に受けた是正指導は是正済みであること）

基本基準

求職者や求人者に対してより良いサービスを提供するために満たすことが望ましい基準

各分野別に定められた11～13項目のうち概ね7割以上の項目をクリアする必要

- 例
- ✓ 求職者のキャリア、志向、希望の勤務時間や曜日・勤務場所等の制約を把握した上で、適した就業先の紹介を行っている
 - ✓ 求人者からの求人申し込みは、電話だけではなく、書面、FAX、メールで受け付けている
 - ✓ 手数料率を含むサービス提供条件は、求人者に充分説明し理解を得た上で、契約締結により事前合意している
 - ✓ 求人者の採用背景、経営方針・理念、組織・人員体制等についても求人者からの情報開示に基づき的確に把握し、求職者に伝えることによりマッチングの精度を高めている

適正認定事業者 53社※

（医療分野40社、介護分野25社、保育分野16社）

※令和7年9月12日時点

【認定マークの付与】



【特設サイトで公表】



2025.11.05 中医協総会

本認定制度は以下団体の協力により創設

医療分野

- ・（公社）全日本病院協会
- ・（公社）日本医師会
- ・（一社）日本医療法人協会
- ・（公社）日本看護協会
- ・（公社）日本歯科医師会
- ・（公社）日本精神科病院協会
- ・（一社）日本病院会

介護分野

- ・（一社）全国介護事業者連盟
- ・（社福）全国社会福祉協議会 全国社会福祉法人経営者協議会
- ・ 高齢者住まい事業者団体連合会
 - （公社）全国有料老人ホーム協会、
 - （一社）全国介護付きホーム協会、
 - （一社）高齢者住宅協会
- ・（公社）全国老人福祉施設協議会
- ・（公社）全国老人保健施設協会

保育分野

- ・（社福）全国社会福祉協議会 全国保育協議会
- ・（公社）全国私立保育連盟
- ・（社福）日本保育協会

適正認定制度の利用促進

さらなる制度の活用促進を図るため、以下の取組を進める。

- ・ 適正認定事業者のパフォーマンスに関する調査結果の公表
- ・ 認定にあたり早期離職防止のための取組の実施も考慮

入院（その4）

- 新型コロナウイルス感染症の影響により夜勤時間数や看護要員数に一時的な変動があった場合、最初の月から3か月以内に限り、施設基準の届出区分の変更を不要としている。

令和6年3月5日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡

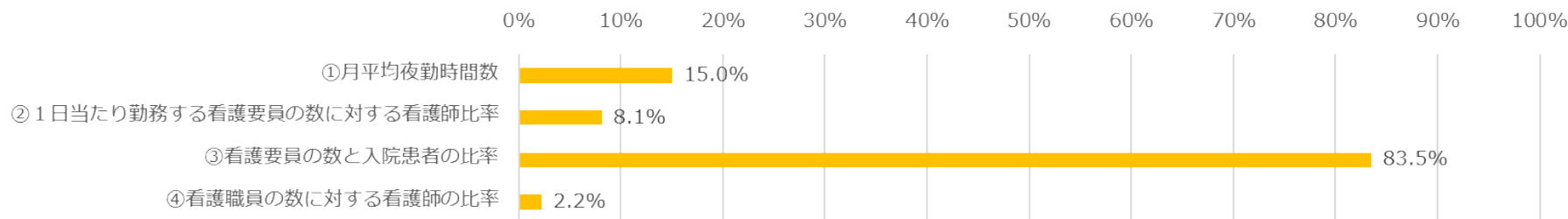
「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（抜粋） ※当該取扱いは、当初令和6年5月31日までとしていたが、その活用状況を鑑み、期限を令和8年5月31日まで延長している。

① 月平均夜勤時間数等に1割以上の変動があった場合の取扱いについて

ア 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足し、入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発 0304 第2号。以下、「基本診療料の施設基準通知」という。）の第3の1（1）の規定にかかわらず、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

イ 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準通知の第3の1（3）及び（4）の規定にかかわらず、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員という。」）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、1割以上の一時的な変動があった場合及び暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱い（複数該当あり）（n=406）





① やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

第1 基本的な考え方

医療現場を取り巻く人手不足の状況下で、質の高い医療提供体制の維持とそのための人材確保の取組の両立を図る観点から、公共職業安定所や無料職業紹介事業者、適正認定事業者を活用する等により、平時から看護職員確保の取組を行っているにもかかわらず、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合について、看護職員の配置基準を柔軟化する。

第2 具体的な内容

看護職員の確保に係る取組を行っているにもかかわらず、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数等について、暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいと新たに規定する。

改定前

【入院料等】
【施設基準】
基本診療料の
施設基準等
第3 届出受理後の
措置等
(新設)

改定後

【入院料等】
【施設基準】

基本診療料の施設基準等
第3 届出受理後の措置等

3 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える期間の1割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、本通知の第3の1（3）及び（4）の規定にかかわらず、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい（1年に1回に限る。）。この場合、看護職員の確保に係る取組及び一時的に看護職員を確保できないやむを得ない事情であることを様式●に記載し、事情が生じた日の属する月の翌月までに速やかに地方厚生局等に報告すること。なお、様式●には、報告する時点で有効な求人票を添付すること。

① やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

改定前	改定後
【入院料等】 【施設基準】 基本診療料の施設基準等 第3届出受理後の措置等 <u>(新設)</u>	【入院料等】 【施設基準】 基本診療料の施設基準等 第3届出受理後の措置等 <u>3 続き</u> <u>(1) 職業安定法（昭和22年法律第141号）第8条に定める公共職業安定所又は同法第33条に定める都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。</u> <u>(2) 看護職員の確保に係る取組にあたって民間職業紹介事業者を利用する場合においては医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。</u> <u>(3) 公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して看護職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。</u> <u>(4) やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。</u>



② 感染対策向上加算等における専従要件の見直し

第1 基本的な考え方

感染症対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行うことを促進する観点から、感染対策向上加算等の要件を見直す。また、医療現場を取り巻く人手不足の状況を踏まえ、業務効率化の観点から、医療安全対策加算、感染対策向上加算及び入院栄養管理体制加算における専従に係る基準を見直す。

第2 具体的な内容

1. 感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求める各チームの専従の者が、介護保険施設等からの求めに応じてより柔軟な対応ができるよう、助言に従事できる時間について見直す。
2. 感染対策向上加算における感染対策チームの専従者、抗菌薬適正使用支援チームの専従者及び医療安全対策加算1に規定する専従の医療安全管理者について、これらの業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えないこととする。

改定前

【感染対策向上加算】

【施設基準】

第21 感染対策向上加算

1 感染対策向上加算1の施設基準

(1) (略)

(2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ (略)

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること

改定後

【感染対策向上加算】

【施設基準】

1 感染対策向上加算1の施設基準

(1) (略)

(2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ (略)

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。

② 感染対策向上加算等における専従要件の見直し

改定前	改定後
1 感染対策向上加算 1 の施設基準（続き） なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として<u>月10時間以下</u>であること。 （略） （3）～（18）（略） （19）以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。 ア～エ（略）	1 感染対策向上加算 1 の施設基準（続き） なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として<u>月16時間以下</u>であること。<u>また、感染制御チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間から介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて助言に係る業務を行った時間を差し引いた時間を越えない範囲で、当該業務の実施時間以外に病院内の他の業務に従事することは差し支えない。</u> （略） （3）～（18）（略） （19）以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。 ア～エ（略）

感染症や災害への対応力向上

高齢者施設等における感染症対応力の向上

告示改正

- 高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。
- ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。
- イ 上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。
- ※ 新型コロナウイルス感染症を含む。
- ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること
- また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

10単位/月（新設）**高齢者施設等**

- 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保すること
- 協力医療機関等との間で、感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること

第二種協定指定医療機関等との連携

院内感染対策に関する研修又は訓練に年1回参加

3年に1回以上実地指導を受ける

医療機関等

- 第二種協定指定医療機関（新興感染症）
- 協力医療機関等（その他の感染症）

- 診療報酬における感染対策向上加算若しくは外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会

医療機関等

- 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

5単位/月（新設）**高齢者施設等**

② 感染対策向上加算等における専従要件の見直し

改定前	改定後
1 感染対策向上加算 1 の施設基準（続き） アからエのうちいずれか 1 人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。 また、アに掲げる常勤医師については、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について 3 年以上の経験を有する医師に限る。）を 2 名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該 2 名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 (20)～(23)（略）	1 感染対策向上加算 1 の施設基準（続き） アからエのうちいずれか 1 人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。<u>なお、抗菌薬適正使用支援チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月 16 時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。</u> また、アに掲げる常勤医師については、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について 3 年以上の経験を有する医師に限る。）を 2 名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該 2 名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 (20)～(23)（略）

② 感染対策向上加算等における専従要件の見直し

改定前	改定後
【緩和ケア診療加算】 【施設基準（通知）】 第14 緩和ケア診療加算 1 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)・(2) (略) (3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として<u>月10時間以下</u>であること。 ア～シ (略) (4)～(14) (略)	【緩和ケア診療加算】 【施設基準（通知）】 第14 緩和ケア診療加算 1 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)・(2) (略) (3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として<u>月16時間以下</u>であること。 ア～シ (略) (4)～(14) (略) ※ <u>小児緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料についても同様。</u>



② 感染対策向上加算等における専従要件の見直し

改定前	改定後
【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 【施設基準】 第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (1) (略) (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。 (3)～(8) (略)	【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 【施設基準】 第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (1) (略) (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。 (3)～(8) (略)

② 感染対策向上加算等における専従要件の見直し

改定前	改定後
【医療安全対策加算】 第20 医療安全対策加算 1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準 (1) 医療安全管理体制に関する基準 ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。	【医療安全対策加算】 第20 医療安全対策加算 1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準 (1) 医療安全管理体制に関する基準 ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。<u>なお、(2) に掲げる医療安全管理者の行う業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。</u>



② 感染対策向上加算等における専従要件の見直し

3. 管理栄養士の病棟への専従配置が要件となっている入院栄養管理体制加算について、病棟での業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行って差し支えないこととする。

改定前	改定後
【施設基準】 13の2 特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算の施設基準 (1) 当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。 (2) (略)	【施設基準】 13の2 特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算の施設基準 (1) 当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。 <u>ただし、当該病棟での栄養管理業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことは差し支えない。</u> (2) (略)

③ 常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

第1 基本的な考え方

一般職の職員の勤務時間、休暇等に関する法律に規定されている1日当たり勤務時間を踏まえ、常勤職員の柔軟な配置を促進する観点から、常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数を見直す。

第2 具体的な内容

常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数の基準を32時間から31時間に見直す。

改定前

【施設基準】

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

1～4の2（略）

4の3 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。

（1）（略）

（2）常勤の医師の数

ア 医師数は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

改定後

【施設基準】

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

1～4の2（略）

4の3 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。

（1）（略）

（2）常勤の医師の数

ア 医師数は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週31時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。



③ 常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

改定前	改定後
第3 診療所の入院基本料等に関する施設基準 1～8 (略) 9 医師配置加算の施設基準 (1) (略) (2) 施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が<u>週32時間以上</u>である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。	第3 診療所の入院基本料等に関する施設基準 1～8 (略) 9 医師配置加算の施設基準 (1) (略) (2) 施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が<u>週31時間以上</u>である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。 <u>この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。</u>

③ 常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

改定前	改定後
第4の2 医師事務作業補助体制加算 1 通則(1) (略) (2) (1) のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は20床ごとに1名以上、25対1補助体制加算の場合は25床ごとに1名以上、30対1補助体制加算の場合は30床ごとに1名以上、40対1補助体制加算の場合は40床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は100床ごとに1名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が<u>週32時間以上</u>である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。	第4の2 医師事務作業補助体制加算 1 通則(1) (略) (2) (1) のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は20床ごとに1名以上、25対1補助体制加算の場合は25床ごとに1名以上、30対1補助体制加算の場合は30床ごとに1名以上、40対1補助体制加算の場合は40床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は100床ごとに1名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が<u>週31時間以上</u>である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。<u>この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。</u>ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。

⑱ 看護補助者に係る加算の名称の見直し

看護補助者に係る加算等は、累次の改定で整理、追加や修正が行われていることから、名称や評価内容にばらつきがあるため、看護補助者に係る加算の名称を見直す。

看護補助者に係る加算の名称について、主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の評価については、その内容にあわせて名称を見直す。

改定前	改定後
【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 【算定要件】 13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、<u>看護補助体制充実加算3</u>の例により所定点数に加算する。 イ <u>看護補助体制充実加算1</u> 80点 □ <u>看護補助体制充実加算2</u> 65点 ハ <u>看護補助体制充実加算3</u> 55点	【看護補助・患者ケア体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 【算定要件】 13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、<u>看護補助・患者ケア体制充実加算3</u>の例により所定点数に加算する。 イ <u>看護補助・患者ケア体制充実加算1</u> 80点 □ <u>看護補助・患者ケア体制充実加算2</u> 65点 ハ <u>看護補助・患者ケア体制充実加算3</u> 55点 ※ 障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料においても同様。



② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、地域の外来・在宅医療の確保に係る支援を行い、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関について、新たな評価を行う。

1. 人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、人口20万人未満かつ人口密度が200人／平方キロメートル未満である二次医療圏及び離島等の地域において、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行うとともに、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関における入院医療の提供に係る評価を新設する。
2. 上記医療機関が情報通信機器を用いた医学管理を行った場合の評価を新設する。

改定後

（新）医療提供機能連携確保加算（入院初日） 600点

〔算定告示〕

区分番号 A 2 5 4 に掲げる医療提供機能連携確保加算の注 1 に規定する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入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、医療提供機能連携確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

（新）医療提供機能連携確保加算 50点

〔算定告示〕

区分番号 A 2 5 4 に掲げる医療提供機能連携確保加算の注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第 2 章特掲診療料第 1 部医学管理等第 1 節医学管理等に掲げる医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合は、医療提供機能連携確保加算として、月 1 回に限り 5 0 点を更に所定点数に加算する。

② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

改定後

（新）医療提供機能連携確保加算 50点

〔算定告示〕

区分番号 A 2 5 4 に掲げる医療提供機能連携確保加算の注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第 2 章特掲診療料第 1 部医学管理等第 1 節医学管理等に掲げる医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合は、医療提供機能連携確保加算として、月 1 回に限り 50 点を更に所定点数に加算する。

〔施設基準（告示）〕

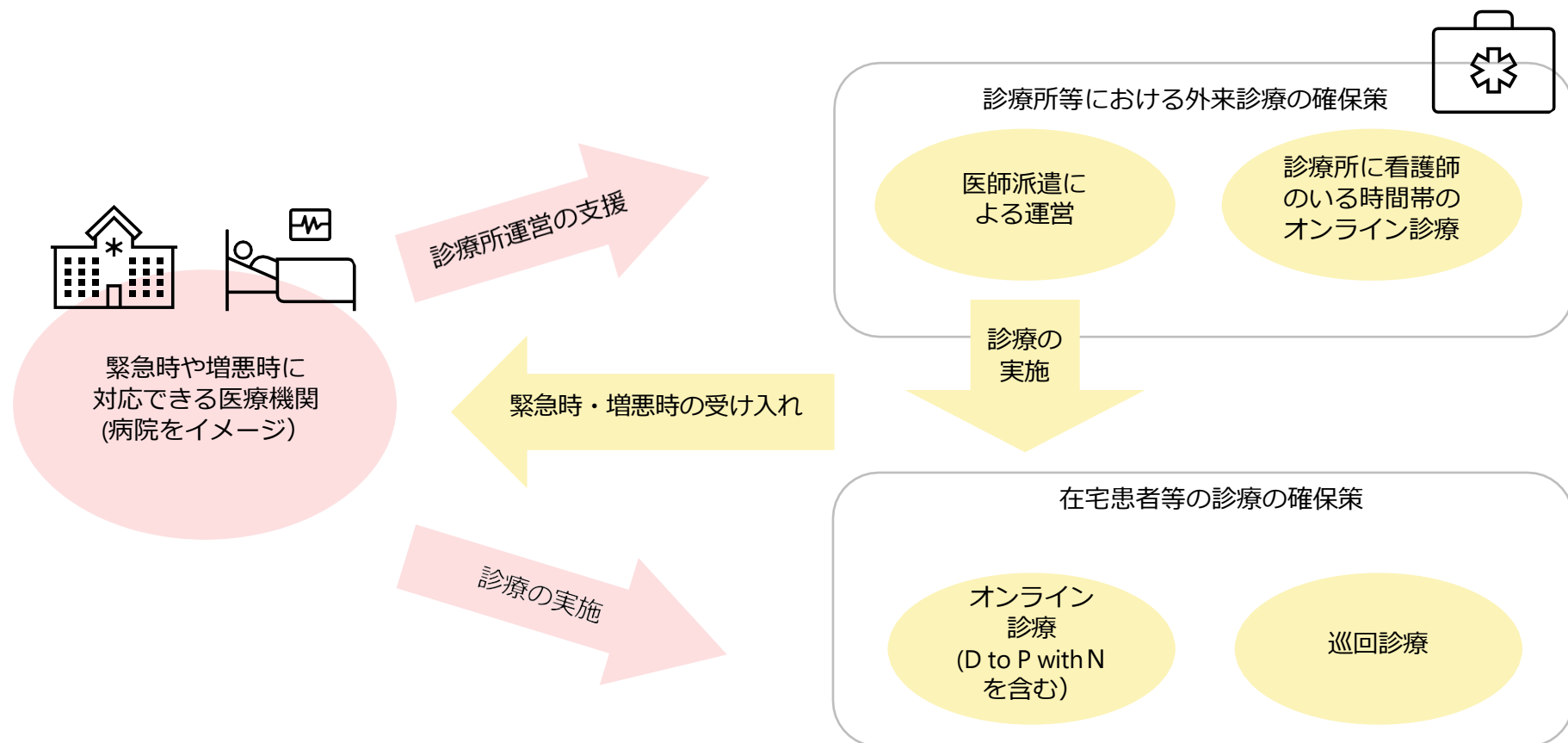
- (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、地域包括医療病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有すること。
- (2) 別表第●に掲げる地域における外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。）について、十分な実績を有していること。
- (3) 別表第●に掲げる地域における急性期患者の受入れにつき、十分な実績を有していること。

〔施設基準（通知）〕

- (1) 「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域における、外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。）の実績として、次のいずれか二つ以上を満たしていること。なお、当該実績は、同一の二次医療圏において満たす必要がある。
 - ア 当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、常勤の医師を派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近 1 年間に 40 日以上であること。
 - イ 当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、当該保険医療機関に勤務する医師の休暇時等における代替医師を臨時に派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近 1 年間に 4 日以上であること。
 - ウ 当該地域において、巡回診療を実施した日数の合計が、直近 1 年間に 20 日以上であること。
 - エ 当該地域に居住する患者に対して、情報通信機器を用いて行う診療を実施した日数の合計が、直近 1 年間に 40 日以上であること。
- (2) (1) のア若しくはイに定める他の保険医療機関から紹介を受けた患者又は (1) のウ若しくはエによる診療を受けた日から 3 か月以内の患者であって、病状の急変等により緊急で入院が必要となったものの受入れを、当該年度において 3 件以上実施していること。
- (3) 「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第二次救急医療機関又は第三次救急医療機関であること。

人口の少ない地域で外来医療を確保する仕組み（イメージ）

- 人口が減少し、診療所も減少する中で、人口の少ない地域で外来医療を守るためには、診療所運営の支援や診療支援として、医師派遣、巡回診療及び情報通信機器を用いた診療等を行う仕組みを地域の実情に応じて組み合わせていくことが求められるのではないかな。
- また、そうした仕組みは、緊急時や増悪時に対応できる医療機関と連携して機能する必要があるのではないかな。





② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

[施設基準（告示）]

別表第●に掲げる地域

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	北渡島檜山	八雲町、長万部町、今金町、せたな町
	後志	小樽市、島牧村、寿都町、黒松内町、蘭越町、ニセコ町、真狩村、留寿都村、喜茂別町、京極町、倶知安町、共和町、岩内町、泊村、神恵内村、積丹町、古平町、仁木町、余市町、赤井川村
	南空知	夕張市、岩見沢市、美唄市、三笠市、南幌町、由仁町、長沼町、栗山町、月形町
	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	北空知	深川市、妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町
	西胆振	室蘭市、登別市、伊達市、豊浦町、壮瞥町、洞爺湖町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	上川北部	士別市、名寄市、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、音威子府村、中川町
	富良野	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村
	留萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町

② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

	遠紋	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村、雄武町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鯉ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	上十三地域	十和田市、三沢市、野辺地町、七戸町、六戸町、横浜町、東北町、六ヶ所村
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	胆江	奥州市、金ヶ崎町
	両磐	一関市、平泉町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	釜石	釜石市、大槌町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
宮城県	仙南	白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	県南	白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村
	相双	相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村
栃木県	県西	鹿沼市、日光市
群馬県	藤岡	藤岡市、上野村、神流町
	富岡	富岡市、下仁田町、南牧村、甘楽町
	吾妻	中之条町、長野原町、嬬恋村、草津町、高山村、東吾妻町
	沼田	沼田市、片品村、川場村、昭和村、みなかみ町
埼玉県	秩父	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀬町、小鹿野町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
富山県	新川	魚津市、黒部市、入善町、朝日町

② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

	砺波	砺波市、小矢部市、南砺市
石川県	能登中部	七尾市、羽咋市、志賀町、宝達志水町、中能登町
	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
	丹南	鯖江市、越前市、池田町、南越前町、越前町
	嶺南	敦賀市、小浜市、美浜町、高浜町、おおい町、若狭町
山梨県	峡東	山梨市、笛吹市、甲州市
	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
	富士・東部	富士吉田市、都留市、大月市、上野原市、道志村、西桂町、忍野村、山中湖村、鳴沢村、富士河口湖町、小菅村、丹波山村
長野県	上伊那	伊那市、駒ヶ根市、辰野町、箕輪町、飯島町、南箕輪村、中川村、宮田村
	飯伊	飯田市、松川町、高森町、阿南町、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村
	木曽	上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村、木曽町
	大北	大町市、池田町、松川村、白馬村、小谷村
	北信	中野市、飯山市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村、栄村
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
静岡県	賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
三重県	東紀州	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町
滋賀県	湖北	長浜市、米原市
	湖西	高島市
京都府	丹後	宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町
	中丹	福知山市、舞鶴市、綾部市
	南丹	亀岡市、南丹市、京丹波町
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
	丹波	丹波篠山市、丹波市
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
和歌山県	橋本	橋本市、かつらぎ町、九度山町、高野町
	有田	有田市、湯浅町、広川町、有田川町

② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

	御坊	御坊市、美浜町、日高町、由良町、印南町、日高川町
	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
	新宮	新宮市、那智勝浦町、太地町、古座川町、北山村、串本町
鳥取県	中部	倉吉市、三朝町、湯梨浜町、琴浦町、北栄町
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田	大田市、川本町、美郷町、邑南町
	浜田	浜田市、江津市
	益田	益田市、津和野町、吉賀町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	高梁・新見	高梁市、新見市
	真庭	真庭市、新庄村
	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
広島県	備北	三次市、庄原市
山口県	岩国	岩国市、和木町
	柳井	柳井市、周防大島町、上関町、田布施町、平生町
	長門	長門市
	萩	萩市、阿武町
徳島県	南部	小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町、牟岐町、美波町、海陽町
	西部	美馬市、つるぎ町、三好市、東みよし町
香川県	小豆	土庄町、小豆島町
愛媛県	宇摩	四国中央市
	八幡浜・大洲	八幡浜市、大洲市、西予市、内子町、伊方町
	宇和島	宇和島市、松野町、鬼北町、愛南町
高知県	安芸	室戸市、安芸市、東洋町、奈半利町、田野町、安田町、北川村、馬路村、芸西村
	高幡	須崎市、中土佐町、橋原町、津野町、四万十町
	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市

② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

熊本県	鹿本	山鹿市
	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
	八代	八代市、氷川町
	芦北	水俣市、芦北町、津奈木町
	球磨	人吉市、錦町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村、あさぎり町
	天草	上天草市、天草市、苓北町
大分県	南部	佐伯市
	豊肥	竹田市、豊後大野市
	西部	日田市、九重町、玖珠町
	北部	中津市、豊後高田市、宇佐市
宮崎県	延岡西臼杵	延岡市、高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町
	日南串間	日南市、串間市
	西諸	小林市、えびの市、高原町
	西都児湯	西都市、高鍋町、新富町、西米良村、木城町、川南町、都農町
	日向入郷	日向市、門川町、諸塚村、椎葉村、美郷町
鹿児島県	南薩	枕崎市、指宿市、南さつま市、南九州市
	川薩	薩摩川内市、さつま町
	出水	阿久根市、出水市、長島町
	曾於	曾於市、志布志市、大崎町
	肝属	鹿屋市、垂水市、東串良町、錦江町、南大隅町、肝付町
	熊毛	西之表市、中種子町、南種子町、屋久島町
	奄美	奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町
沖縄県	北部	名護市、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町



② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

上記のほか、離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

3. 離島における入院医療の応需体制の確保をさらに推進する観点から、離島加算の評価を引き上げる

	改定前	改定後
離島加算	18点	25点

外来関連

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要）

令和6年7月31日

令和6年9月5日 第110回社会保障審議会医療部会 資料3（抜粋）

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - 診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、一次診療を行うことができる疾患
 - 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
 - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

- かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
- 報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

具体的な機能（1号機能）

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、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機能

医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- 17の診療領域※1ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること
- 一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※ 上記の1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえて、改めて検討する。

令和6年7月5日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料

（例）一次診療に関する報告できる疾患（40疾患）

傷病名	推計外来患者数（千人）	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症（関節リウマチ、脱臼）	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17. 小児
皮膚の疾患	221.6	1. 皮膚・形成外科、17. 小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17. 小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17. 小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17. 小児
うつ（気分障害、躁うつ病）	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス（神経症）	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
便秘症	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数（千人）	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17. 小児
聴神経障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17. 小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じよくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛（片頭痛）	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸椎症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「調査調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-downloads/statinfid=000032219848?fileKind=1>

【上記例の設定の考え方】

- ・ 一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・ 推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・ XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

報告を求めるかかりつけ医機能「2号機能」

- 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は以下のとおり。
- 各報告事項のうち、いずれかが「有」の場合は「当該機能有り」として報告を行う。

■ 具体的な機能（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ・通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
- （2）入退院時の支援
 - ・在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能
- （3）在宅医療の提供
 - ・在宅医療を提供する機能
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ・介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

■ その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等
- 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担当意向の有無

■ 医療機関からの報告事項（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日・夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況
- （2）入退院時の支援
 - ① 自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
 - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
 - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- （3）在宅医療の提供
 - ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
 - ④ 自院における在宅看取りの実施状況
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等）
 - ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
 - ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
 - ⑤ ACPの実施状況



① 機能強化加算の見直し

かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点から、機能強化加算の要件等を見直す。

外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する趣旨を踏まえ、機能強化加算について、要件を見直す。

改定前	改定後
【機能強化加算】 【算定要件】 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。	【機能強化加算】 【算定要件】 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。

改定後

【施設基準】

三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準

(1)～(3) (略)

(4) 健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。

(5) 以下に掲げる届出を行っていることが望ましい。

イ 区分番号 A 0 0 1 の注13に掲げる外来データ提出加算

ロ 区分番号 B 0 0 1 － 2 － 9 の注 4 に掲げる外来データ提出加算

ハ 区分番号 B 0 0 1 － 3 の注 4 に掲げる外来データ提出加算

ニ 区分番号 B 0 0 1 － 3 － 3 の注 4 に掲げる外来データ提出加算

ホ 区分番号 C 0 0 2 の注13に掲げる在宅データ提出加算

ヘ 区分番号 C 0 0 2 － 2 の注 7 に掲げる在宅データ提出加算

ト 区分番号 C 0 0 3 の注 7 に掲げる在宅データ提出加算

② 診療実績データの提出に係る評価の見直し

外来医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、データ提出に係る評価を見直す。

外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを提出した医療機関のうち、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設するとともに、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ、評価及び評価体系を見直す。

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】

【施設基準】

四の九 生活習慣病管理料(Ⅰ) 及び生活習慣病管理料(Ⅱ) の施設基準

改定前	改定後	脂質異常症	高血圧症	糖尿病症	施設基準
外来データ 提出加算	充実管理 加算1	30点	30点	30点	①各疾病の管理につき十分な実績 ②データ提出
	充実管理 加算2	20点	20点	20点	①各疾病の管理につき相当の実績 ②データ提出
50点	充実管理 加算3	10点	10点	10点	②データ提出

【経過措置】

令和8年3月31日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に係る届出を行っている保険医療機関については、令和9年3月31日までの間に限り、第三の四の九の(2)のイの①、(3)のイの①又は(4)のイの①に該当するものとみなす。

② 診療実績データの提出に係る評価の見直し

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】

【施設基準】

四の九 生活習慣病管理料(Ⅰ) 及び生活習慣病管理料(Ⅱ) の施設基準

(1) (略)

(2) 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に規定する**充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）**の施設基準

イ 充実管理加算１（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

① 脂質異常症の管理につき、十分な実績を有していること。

② 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

ロ 充実管理加算２（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

① 脂質異常症の管理につき、相当の実績を有していること。

② イの②を満たすものであること。

ハ 充実管理加算３（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

イの②を満たすものであること。

改定前	改定後	脂質異常症	高血圧症	糖尿病症	施設基準
外来データ 提出加算	充実管理 加算1	30点	30点	30点	①各疾病の管理につき 十分な 実績 ②データ提出
	充実管理 加算2	20点	20点	20点	①各疾病の管理につき 相当の 実績 ②データ提出
50点	充実管理 加算3	10点	10点	10点	②データ提出



① 機能強化加算の見直し

改定後

【施設基準（通知）】

第１の３ 機能強化加算

１ 機能強化加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

(１)～(５) (略)

(６)「医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成の手引き」等を参考に、医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

(７) 健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。

【経過措置】

令和８年３月31日において現に機能強化加算の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、１の(６)に該当するものとみなす。



② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を見直す。

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、当該治療管理の範囲を超えて必要な患者に別途行われるべき医学管理や、生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理、時間外対応・救急対応に関する医学管理、情報提供等に関連する評価については、その実施を適切に推進する観点から、当該管理料の包括範囲から除く。
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする。

改定前

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】

【算定要件】

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号 C 1 0 1 に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】

【算定要件】

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、区分番号 C 1 0 1 に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

改定前

【生活習慣病管理料（Ⅱ）】

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号 C 1 0 1 に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号 A 0 0 1 の注 8 に掲げる医学管理、第 2 章第 1 部第 1 節医学管理料等（区分番号 B 0 0 1 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号 B 0 0 1 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号 B 0 0 1 の 20 に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号 B 0 0 1 の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号 B 0 0 1 の 24 に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号 B 0 0 1 の 27 に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅱ）】

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、区分番号 C 1 0 1 に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号 A 0 0 1 の注 8 に掲げる医学管理、第 2 章第 1 部第 1 節医学管理料等（区分番号 B 0 0 1 の 2 に掲げる特定薬剤治療管理料、区分番号 B 0 0 1 の 3 に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料、区分番号 B 0 0 1 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号 B 0 0 1 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号 B 0 0 1 の 14 に掲げる高度難聴指導管理料、区分番号 B 0 0 1 の 16 に掲げる喘息治療管理料、区分番号 B 0 0 1 の 20 に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号 B 0 0 1 の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号 B 0 0 1 の 23 に掲げるがん患者指導管理料、区分番号 B 0 0 1 の 24 に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号 B 0 0 1 の 26 に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、区分番号 B 0 0 1 の 27 に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、

② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

改定前	改定後
【生活習慣病管理料（Ⅱ）】 2 区分番号B 0 0 1の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B 0 0 1－3－2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B 0 0 1－9に掲げる療養・就労両立支援指導料、区分番号B 0 0 5の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B 0 0 9－2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B 0 1 0－2に掲げる診療情報連携共有料、区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B 0 1 1－3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。	【生活習慣病管理料（Ⅱ）】 2 <u>区分番号B 0 0 1の29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料、区分番号B 0 0 1の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料、区分番号B 0 0 1の36に掲げる下肢創傷処置管理料、区分番号B 0 0 1の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B 0 0 1－2－4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、区分番号B 0 0 1－2－6に掲げる救急外来医学管理料、区分番号B 0 0 1－2－8に掲げる外来放射線照射診療料、区分番号B 0 0 1－2－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号B 0 0 1－3－2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B 0 0 1－9に掲げる療養・就労両立支援指導料、区分番号B 0 0 5－6に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B 0 0 5－6－2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B 0 0 5－7に掲げる認知症専門診断管理料、区分番号B 0 0 5－7－3に掲げる認知症サポート指導料、区分番号B 0 0 5－8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、区分番号B 0 0 5－14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B 0 0 6に掲げる救急救命管理料、区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B 0 0 9－2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B 0 1 0－2に掲げる診療情報連携共有料、区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号B 0 1 1－3に掲げる薬剤情報提供料、区分番号B 0 1 2に掲げる傷病手当金意見書交付料及び区分番号B 0 1 3に掲げる療養費同意書交付料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。</u>



② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

改定後

【施設基準】

四の九 生活習慣病管理料(Ⅰ) 及び生活習慣病管理料(Ⅱ) の施設基準
(略)

(●) 生活習慣病管理料(Ⅰ) 及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める薬剤

インスリン製剤

グルカゴン様ペプチド－1 受容体アゴニスト

インスリン・グルカゴン様ペプチド－1 受容体アゴニスト配合剤

生活習慣病管理料 (I) (II)

	生活習慣病管理料 (I) 月1回 脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点	生活習慣病管理料 (II) 月1回 333点
対象患者	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者	
対象医療機関	許可病床数が200床未満の病院又は診療所	
包括範囲 (算定月に併算定不可)	- 外来管理加算 (ただし、算定日とは別日であれば算定可) - 第1部医学管理等 (ただし、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料は併算定可能。) - 第3部検査 - 第6部注射 - 第13部病理 血液検査等を少なくとも 6月に1回以上実施	出来高項目の追加 - 外来管理加算 (ただし、算定日とは別日であれば算定可) - 第1節医学管理料等 (ただし、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、プログラム医療機器等指導管理料、診療情報提供料 (I)、電子的診療情報評価料、診療情報提供料 (II)、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料は併算定可能。)
主な算定要件	- 初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。 - 糖尿病を主病とする場合にあっては、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。 - 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと。(総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。) - 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。 - 算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意のもと必要な協力を行う。 - 糖尿病の患者について、年1回程度眼科受診を指導し、歯周病の診断と治療のため、歯科受診を促すこと。	
(療養計画書)	(初回)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る。署名は不要に (継続)療養計画書は、内容に変更があった場合又は概ね4月に1回は交付する。 - 電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を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。	
主な施設基準	- 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。 28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応が可能であること院内掲示する。	



② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

3. 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。

改定後

（新）眼科医療機関連携強化加算 60点

【算定要件】

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

改定後

（新）歯科医療機関連携強化加算 60点

【算定要件】

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

4. 生活習慣病管理料(Ⅰ)について、原則として、必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うことを要件とする。
5. 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の療養計画書について、患者及び医療機関の負担を軽減する観点から、患者の署名を受けることを不要とする。

- 生活習慣病に関連するガイドラインでは、定期的な検査の必要性や、合併症等を予防するための治療継続の重要性について言及されている。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

4.4 薬物療法のフォローアップ

BQ21 薬物療法開始後には定期的な検査が必要か？

薬物療法開始後は、効果と安全性の確認のため、定期的な検査を行うのが望ましい。投与薬剤、患者背景を考慮して、検査項目を選択する。

（エビデンスレベル：コンセンサス）

薬物療法開始後は、副作用に関連する症状に留意するとともに薬剤効果の確認と用量調節、生化学的検査による副作用確認と生活指導への活用のため、投与開始後半年間は2～3回程度、その後は3～6か月に一回程度、定期的に検査を行うのが望ましい。

4.6 アドヒアランス、Treat to Target

BQ24 服薬アドヒアランスは血清脂質レベルや動脈硬化性疾患の発症と関係するか？

スタチンの良好な服薬アドヒアランスは、血清脂質の改善や動脈硬化性疾患発症の減少と関連している。（エビデンスレベル：3）

BQ25 服薬アドヒアランスに影響する因子は何か？

服薬アドヒアランスに影響する因子として、年齢、性別、収入、心血管疾患の有無が知られている。医療従事者による継続的な働きかけや定期的な脂質検査はアドヒアランスを高める。（エビデンスレベル：2）

高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

長期治療の目的は、目標血圧レベルを長期間にわたり維持し、また血圧以外の危険因子も総合的に管理して脳心血管病や標的臓器障害を予防することである。高血圧は自覚症状に乏しく、治療は長期にわたるため、患者が途中で来院しなくなるおそれがある。降圧薬による血圧の低下が高血圧の治癒と誤解され、治療が中断されることもある。担当医師は患者と十分なコミュニケーションをとり、高血圧がどのような疾患であるか、その治療法と治療により期待される効果、起こりうる降圧薬の副作用などをよく説明し、患者参加型の治療を行うことが望ましい。そして、患者自身が生活習慣の修正を心がけ通院と服薬を継続するように努力、工夫することが重要である。

（注：長期治療における具体的な受診間隔に関する推奨はなし。）

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

慢性疾患である糖尿病において、合併症の発症、増悪を防ぐには、継続的治療が必須であり、チーム医療による糖尿病教育は糖尿病治療の根幹を成すものである。

※下線は引用時に追加

③ 特定疾患療養管理料の見直し

特定疾患療養管理料は、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、当該管理が適切に実施されるようその対象疾患の要件を見直す。

特定疾患療養管理料の対象となる疾病について、消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外する。

改定前	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及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 スフィンゴリド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。） リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 虚血性心疾患 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	【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及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 スフィンゴリド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。） リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 虚血性心疾患 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



③ 特定疾患療養管理料の見直し

改定前	改定後
【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 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 <u>十二指腸潰瘍</u> 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 アナフィラキシー ギラン・バレー症候群	【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 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 <u>胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。）</u> 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 アナフィラキシー ギラン・バレー症候群

④ 地域包括診療加算等の見直し

	地域包括診療料1 地域包括診療料2 (月1回)	1,660点 1,600点	点数の見直し 項目の見直し	地域包括診療加算1 28点 地域包括診療加算2 21点 (1回につき)
	病院	診療所		診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料・診療情報提供料(Ⅱ)・連携強化診療情報提供料 ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの			出来高
対象疾患	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。) もしくは、認知症以外の上記疾患1つ以上＋介護給付・予防給付を受けている			
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院			診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。認知症に係る研修を修了していることが望ましい。			
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。等 もしくは、緊急時に必要な解熱鎮痛剤等の薬剤の院内処方が可能な体制が整備 ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。等 ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する。 ・原則として院内処方を行う。 ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。 ・28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。			

＋地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組を患者等へ案内

④ 地域包括診療加算等の見直し

地域包括診療加算等について、対象疾患を有する要介護高齢者等への継続的かつ全人的な医療を推進する観点や、適切な服薬管理の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。

1. 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料及び認知症地域包括診療料の対象患者に、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全又は慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者を追加する。また、簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料について、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。
2. 地域包括診療加算及び地域包括診療料を算定する保険医療機関の連携薬局について、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤の院内処方が可能な体制が整備されている保険医療機関に限り、24時間対応の体制が整備されていなくてもよいものとする。
3. 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、担当医が、地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組について、患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい旨を明記する。

改定前	改定後
【地域包括診療加算】 注1～11（略） 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、 <u>脂質異常症、高血圧症、糖尿病、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。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者</u> に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 地域包括診療加算1 <u>28点</u> <u>（新設）</u> ロ 地域包括診療加算2 <u>21点</u> <u>（新設）</u>	【地域包括診療加算】 注1～11（略） 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、 <u>入院中の患者以外</u> の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 地域包括診療加算1 <u>（1）認知症を有する患者等の場合 38点</u> <u>（2）その他の慢性疾患等を有する患者の場合 28点</u> ロ 地域包括診療加算2 <u>（1）認知症を有する患者等の場合 31点</u> <u>（2）その他の慢性疾患等を有する患者の場合 21点</u>

④ 地域包括診療加算等の見直し

改定前	改定後
【地域包括診療加算】 <u>13 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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> <u>イ 認知症地域包括診療加算 1 38点</u> <u>ロ 認知症地域包括診療加算 2 31点</u> 14～20（略）	【地域包括診療加算】 <u>（削除）</u> 14～20（略）

改定前	改定後
【地域包括診療加算】 【算定要件】 (11) 地域包括診療加算 ア 地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、<u>複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。</u>なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出を行うことができる。	【地域包括診療加算】 【算定要件】 (11) 地域包括診療加算 ア 地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出を行うことができる。

④ 地域包括診療加算等の見直し

改定前	改定後
【地域包括診療加算】 【算定要件】 (11) 地域包括診療加算 <u>イ 地域包括診療加算の対象患者は、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。）及び認知症の6疾病のうち、2つ以上（疑いを除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記6疾病のうち2つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料又は認知症地域包括診療料を算定可能とする。</u> <u>（新設）</u> <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【地域包括診療加算】 【算定要件】 (11) 地域包括診療加算 <u>イ 認知症を有する患者等とは、以下のすべてを満たすものをいう。</u> <u>（イ） 認知症を有するもの又は介護給付（介護保険法第十八条に定める介護給付をいう。以下同じ。）若しくは予防給付（介護保険法第十八条に定める予防給付をいう。以下同じ。）を受けている要介護被保険者等（介護保険法第六十二条に定める要介護被保険者等をいう。以下同じ。）であるもの。</u> <u>（ロ） 認知症以外の1以上の疾病（疑いを除く。）を有するもの。</u> <u>（ハ） 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの。</u> <u>① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。</u> <u>② 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。</u> <u>なお、①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。また、②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は「F 1 0 0」処方料の1における向精神薬の種類と同様の取扱いとする。</u> <u>また、その他の慢性疾患等を有する患者とは、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、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。以下この項において同じ。）若しくは認知症の6疾病（以下この項において単に「6疾病」という。）のうち2以上（疑いを除く。）の疾患を有する患者又は脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全若しくは慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等である患者をいう。いずれの疾病にも、疑いは含まない。</u> <u>なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（6疾病のうちいずれか）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算又は地域包括診療料を算定可能とする。</u>

④ 地域包括診療加算等の見直し

改定前	改定後
【地域包括診療加算】 【算定要件】 ウ・エ（略） オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 （イ）～（ハ）（略） （二） 院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 ① 調剤について<u>24時間対応できる体制を整えている</u>薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。 ②～⑤（略） （ホ）～（ル）（略） カ～サ（略） <u>（新設）</u> <u>（12） 認知症地域包括診療加算</u>	【地域包括診療加算】 【算定要件】 ウ・エ（略） オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 （イ）～（ハ）（略） （二） 院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 ① 調剤について薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。<u>連携薬局については、24時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該保険医療機関において緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、当該連携薬局について、24時間対応できる体制が整備されていなくても差し支えない。</u> ②～⑤（略） （ホ）～（ル）（略） カ～サ（略） <u>シ 診療を担当する医師は、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員又は若年性認知症支援コーディネーターと連携し、ピアサポート活動、本人ミーティング又は一体的支援事業等の認知症患者の診断後支援に係る取組について、必要に応じて、認知症患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい。</u> <u>（削除）</u>

④ 地域包括診療加算等の見直し

改定前	改定後
【地域包括診療加算】 【施設基準】 七 地域包括診療加算の施設基準 (１) 地域包括診療加算１の施設基準 イ 当該保険医療機関（診療所に限る。）において、<u>脂質異常症、高血圧症、糖尿病、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。）又は認知症のうち二以上の疾患</u>を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 □～二（略） (２)（略）	【地域包括診療加算】 【施設基準】 七 地域包括診療加算の施設基準 (１) 地域包括診療加算１の施設基準 イ 当該保険医療機関（診療所に限る。）において、<u>慢性疾患</u>を有する患者等に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 □～二（略） (２)（略）

④ 地域包括診療加算等の見直し

	改定前	改定後
1 地域包括診療料 1	1,660点	(削除)
イ 認知症を有する患者等の場合	(新設)	1,682点
ロ その他の慢性疾患等を有する患者の場合	(新設)	1,661点
2 地域包括診療料 2	1,600点	(削除)
イ 認知症を有する患者等の場合	(新設)	1,614点
ロ その他の慢性疾患等を有する患者の場合	(新設)	1,601点

改定前	改定後
【地域包括診療料】 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、<u>脂質異常症、高血圧症、糖尿病、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。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する</u>入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。 2～3 （略） 【算定要件】 (1) 地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、<u>複数の慢性疾患を有する患者</u>に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と「A 0 0 1」再診料の「注12」地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。	【地域包括診療料】 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。 2～3 （略） 【算定要件】 (1) 地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、<u>慢性疾患を有する患者</u>に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と「A 0 0 1」再診料の「注12」地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。

④ 地域包括診療加算等の見直し

改定前	改定後
【地域包括診療料】 【算定要件】 (2) <u>地域包括診療料の対象患者は、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。）及び認知症の6疾病のうち、2つ以上（疑いを除く。）を有する者である。</u>なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記6疾病のうち2つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該診療料、「A 0 0 1」再診料の「注12」地域包括診療加算、同「注13」認知症地域包括診療加算又は「B 0 0 1－2－10」認知症地域包括診療料を算定可能である。 (3)・(4)（略） (5) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 ア～ウ（略） エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす<u>薬局に対して</u>院外処方を行うことを可能とする。 <u>（新設）</u> (イ) 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。 <u>(ロ)（略）</u> <u>(ハ) 病院において院外処方を行う場合は、以下の通りとする。</u> ①～③（略）	【地域包括診療料】 【算定要件】 (2) 「<u>認知症を有する患者等</u>」及び「<u>その他の慢性疾患等を有する患者</u>」は、「A 0 0 1」再診料の(11)の「イ」とおりである。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（6疾病のうち<u>いずれか</u>）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該診療料<u>又は</u>「A 0 0 1」再診料の「注12」地域包括診療加算を算定可能である。 (3)・(4)（略） (5) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 ア～ウ（略） エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす<u>場合に限り</u>、院外処方を行うことを可能とする。 <u>(イ) 以下の全てを満たす薬局に対して行うものであること。</u> ① 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。<u>ただし、当該病院において、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、この限りではない。</u> ②（略） <u>(ロ) 当該病院において、以下の対応を行うこと。</u> ①～③（略）

④ 地域包括診療加算等の見直し

改定前	改定後
【地域包括診療料】 【算定要件】 (５) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 (イ) 調剤について<u>24時間対応できる体制を整えている</u>薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。 (ロ)～(木) (略) カ～ス (略) (６)～(11) (略) <u>(新設)</u>	【地域包括診療料】 【算定要件】 (５) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 (イ) 調剤について薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。<u>連携薬局については、24時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該保険医療機関において緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、当該連携薬局について、24時間対応できる体制が整備されていなくても差し支えない。</u> (ロ)～(木) (略) カ～ス (略) (６)～(11) (略) <u>(12) 診療を担当する医師は、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員又は若年性認知症支援コーディネーターと連携し、ピアサポート活動、本人ミーティング又は一体的支援事業等の認知症患者の診断後支援に係る取組について、必要に応じて、認知症患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい。</u>

④ 地域包括診療加算等の見直し

改定前	改定後
【地域包括診療料】 【施設基準】 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料1の施設基準 イ 当該保険医療機関において、<u>脂質異常症、高血圧症、糖尿病、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。）又は認知症のうち二以上の疾患</u>を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 □～二 （略） 【認知症地域包括診療料】 <u>1 認知症地域包括診療料1 1,681点</u> <u>2 認知症地域包括診療料2 1,613点</u> 【算定要件】 (略)	【地域包括診療料】 【施設基準】 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料1の施設基準 イ 当該保険医療機関において、<u>慢性疾患</u>を有する患者等に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 □～二 （略） 【認知症地域包括診療料】 <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> 【算定要件】 <u>(削除)</u>

④ 地域包括診療加算等の見直し

4. 地域包括診療加算及び地域包括診療料を算定し、他の保険医療機関にも併せて通院する患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を当該他の医療機関に行い、当該患者が使用する薬剤の種類数が減少した場合においても、薬剤適正使用連携加算の算定を可能とする。

改定前

【薬剤適正使用連携加算】

注1～13（略）

14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。

【算定要件】

(13) 薬剤適正使用連携加算

「注12」に規定する地域包括診療加算又は「注13」に規定する認知症地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、

改定後

【薬剤適正使用連携加算】

注1～13（略）

14 注12の場合において、他の保険医療機関に入院した患者、介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後若しくは退所後1月以内又は当該情報提供から3月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、3月に1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。

【算定要件】

(13) 薬剤適正使用連携加算

「注12」に規定する地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院若しくは介護老人保健施設に入所していたもの又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、

④ 地域包括診療加算等の見直し

改定前

【薬剤適正使用連携加算】

【算定要件】

(13) 薬剤適正使用連携加算

以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに 1 回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。

ア 患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。

イ 入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。

ウ 退院又は退所後 1 か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。

エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。

(イ) ウで入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数

(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

改定後

【薬剤適正使用連携加算】

【算定要件】

(13) 薬剤適正使用連携加算

以下の全てを満たす場合に、3 月に 1 回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。

ア 患者の同意を得て、他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。その際、他の保険医療機関等に入院又は入所する患者については、当該情報提供を入院又は入所までに行うこと。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。

イ 他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。

ウ 他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していた患者については、退院又は退所後 1 か月以内に、他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者については、当該情報提供から 3 月以内に、ア又はイを踏まえて調整した処方内容について、他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。

エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。

(イ) ウで他の保険医療機関等から情報提供された処方内容のうち、内服薬の種類数

(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

※ 地域包括診療料についても同様。

④ 地域包括診療加算等の見直し

５．地域包括診療加算及び地域包括診療料について、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

改定後

【地域包括診療料】

【算定要件】

注１～３（略）

４ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況及び診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、月１回に限り１０点を所定点数に加算する。

【施設基準】

四の八 地域包括診療料の施設基準

（３）地域包括診療料の注４に規定する施設基準

外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

※ 地域包括診療加算についても同様。

④ 地域包括診療加算等の見直し

医
科

【2026年改定前】 薬剤適正使用連携加算について

薬剤適正使用連携加算

- 地域包括診療料・加算等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合の評価（平成30年度診療報酬改定において新設）

地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算
薬剤適正使用連携加算 80点

[算定要件]

- 地域包括診療料・加算又は認知症地域包括診療料・加算を算定する患者であって、**他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所しているもの**について、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。

ア 患者の同意を得て、**入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供**していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。

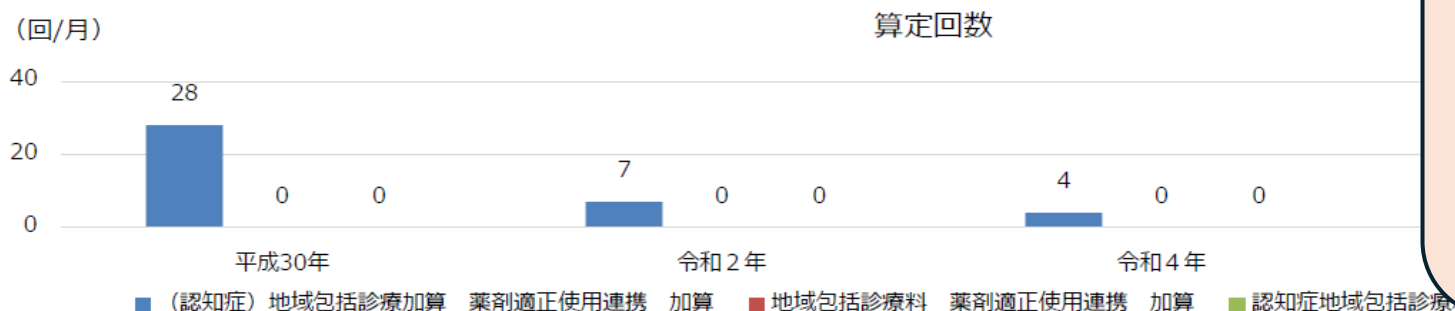
イ 入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。

ウ 退院又は退所後1か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の保険医療機関等から情報提供を受けていること。

エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服薬は算出すること。

(イ) ウで入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数

(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数



**入院・入所患者の
のみが対象**
 ※例えば、他院にも
併せて通院する
外来患者に関する
情報提供は対象外

↓
**<2026改定>
対象内になった**

④ 地域包括診療加算等の見直し

６．医療資源の少ない地域においても、慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療に係る評価を更に推進する観点から、当該地域において、地域包括診療加算及び地域包括診療料の医師配置に関する要件を緩和する。

改定前	改定後
【地域包括診療加算】 【施設基準】 第２の３ 地域包括診療加算 １ 地域包括診療加算１に関する施設基準 （１）～（８）（略） （９）以下のいずれか１つを満していること。 ア 時間外対応加算１、２、３又は４の届出を行っていること。 イ 常勤換算２名以上の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。 （１０）～（１２）（略）	【地域包括診療加算】 【施設基準】 第２の３ 地域包括診療加算 １ 地域包括診療加算１に関する施設基準 （１）～（８）（略） （９）以下のいずれか１つを満していること。 ア 時間外対応加算１、２、３又は４の届出を行っていること。 イ 常勤換算２名以上（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては<u>1.4人以上</u>）の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。 （１０）～（１２）（略） ※ <u>地域包括診療料についても同様。</u>

⑤ 時間外対応体制加算の充実

休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算の評価を見直す。

1. 患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少や、病院勤務医の負担軽減に繋がる取組を更に推進するため、時間外対応加算について、評価を引き上げ、名称を時間外対応体制加算に変更する。

改定前	改定後	
【時間外対応加算】 【算定要件】 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	【時間外対応体制加算】 【算定要件】 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	
	改定前	改定後
イ 時間外対応体制加算 1	5点	7点
ロ 時間外対応体制加算 2	4点	5点
ハ 時間外対応体制加算 3	3点	4点
ニ 時間外対応体制加算 4	1点	2点

紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算

中医協 総-3
7. 7. 16改

初診料の注2、3 **216点**

外来診療料の注2、3 **56点**

(情報通信機器を用いた初診については188点)

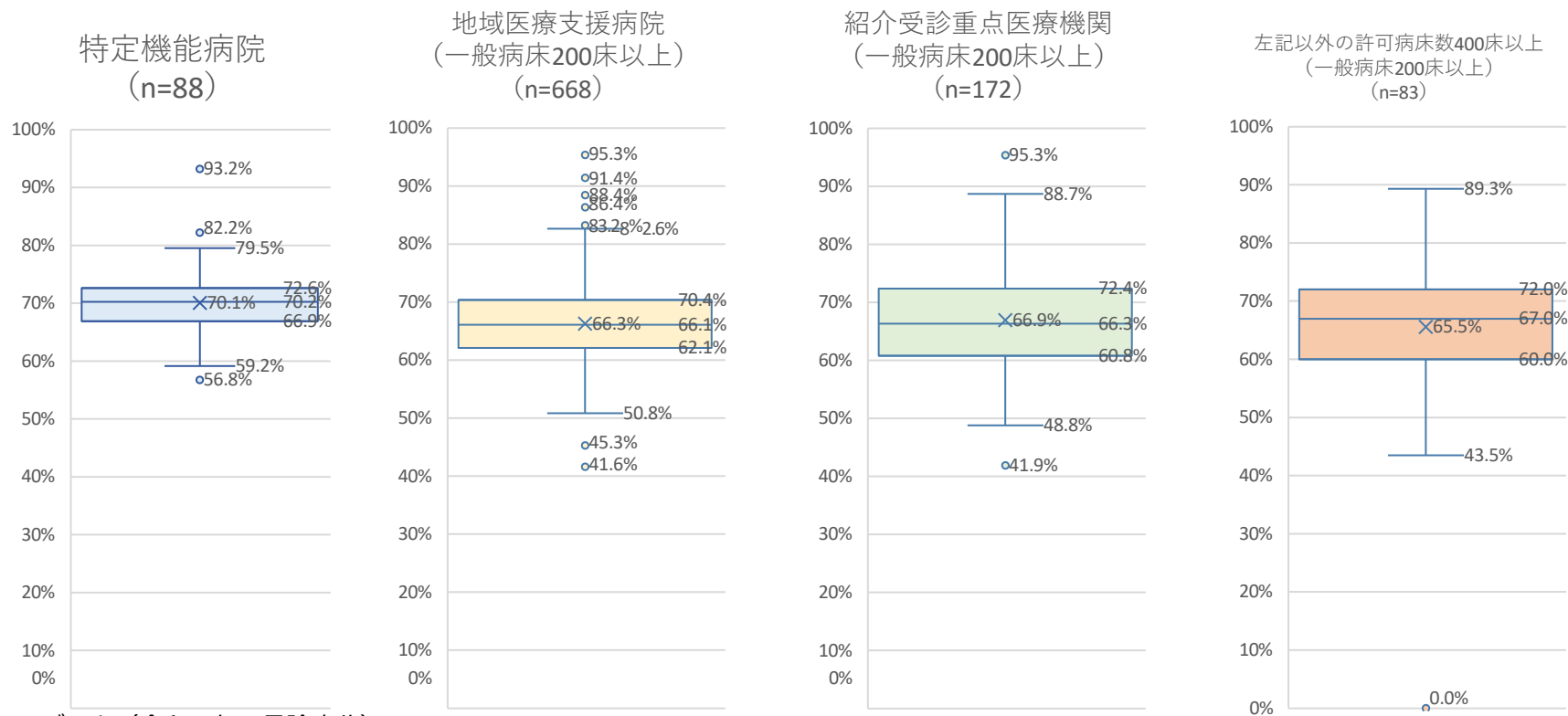
	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算の対象患者	- 初診料 他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者 - 外来診療料 当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者 ※いずれも、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。			
減算規定の基準 (前年度1年間)	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満 ⇒50%未満			紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$\frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}} \times 100$ ⇒40%未満			
逆紹介割合 (%)	$\frac{\text{逆紹介患者数}}{(\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数})} \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る)。 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 - B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 - 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急患者数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

2年以内に初診料の算定がない外来再診患者の割合

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

- 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）及びそれ以外の許可病床数400床以上の病院（一般病床200床以上）における、2年以内に初診料の算定がない外来再診患者の割合を医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 約6割以上の患者は、2年以内に初診料の算定がない再診患者であった。

2年以内に同一医療機関における初診料の算定がない外来再診患者の割合



出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

※（令和4年3月以降に初診料の算定がない患者）／（令和6年3月に外来診療料を算定した実人数）×100 を医療機関ごとに算出



② 特定機能病院等からの紹介を受けて行う初診に対する評価の新設

診療所又は許可病床数が200床未満の病院において、特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を行った場合について、新たな評価を行う。

特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

改定後

（新） 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

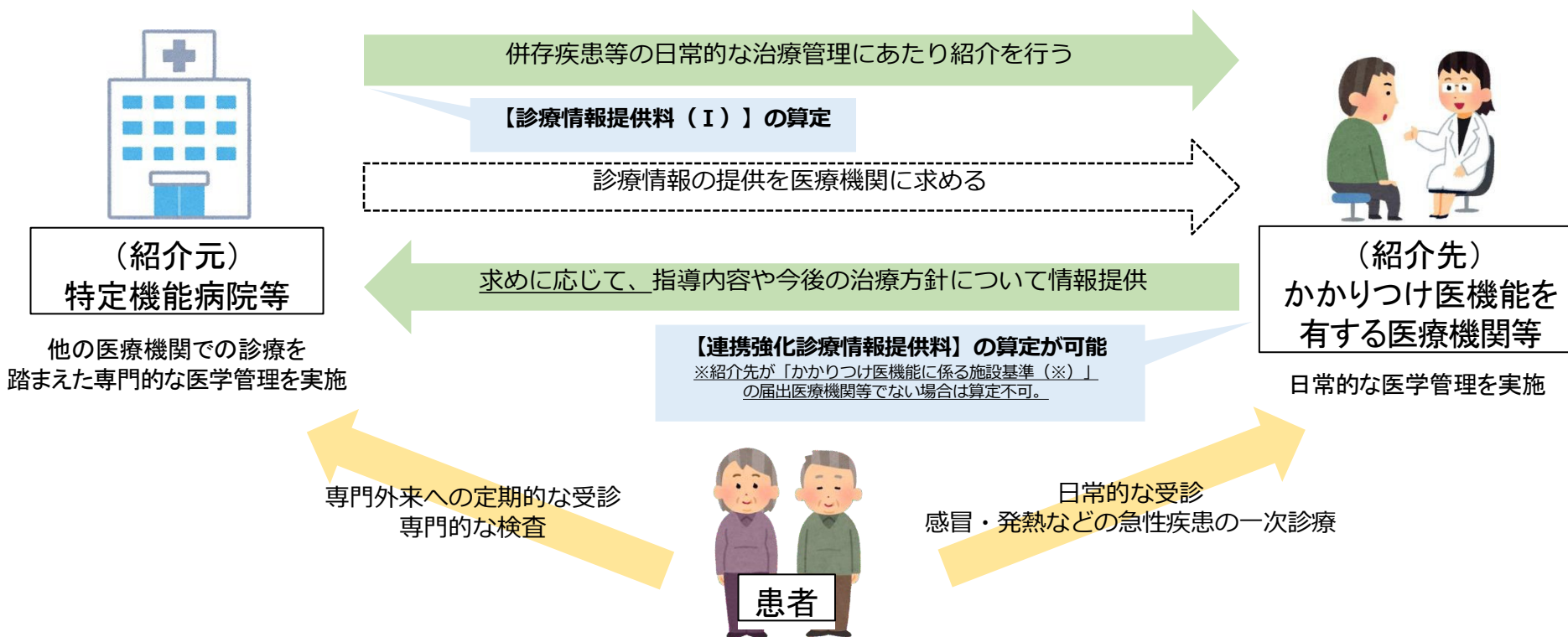
【算定要件】

保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合は、特定機能病院等紹介患者受入加算として、60点を所定点数に加算する。

外来機能に応じた医療機関連携の具体例 (2)

診調組 入-1
7. 7. 17

- 例えば、特定機能病院等に通院する患者について、かかりつけ医機能を有する医療機関等での診療の必要を認め、当該医療機関へ紹介を行う場合、診療情報提供料（Ⅰ）を算定する。
- 紹介後に、紹介先の医療機関においても日常的な医学管理を継続的に実施する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。この情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、連携強化診療情報提供料の算定が可能である。



（※）かかりつけ医機能に係る施設基準は、「地域包括診療加算」「地域包括診療料」「小児かかりつけ診療料」「在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）」「施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）」のいずれかの基準を指す。

③ 連携強化診療情報提供料の見直し

病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携しながら共同で継続的に治療管理を行う取組を推進する観点から、連携強化診療情報提供料の評価体系を見直す。

1. 算定対象医療機関を、特定機能病院等並びに許可病床数200床未満の病院及び診療所等に拡大し、紹介元及び紹介先医療機関のいずれの診療情報提供においても算定可能とする。
2. 他の医療機関からの求めに応じた情報提供を行った場合のほか、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行うことについて、医療機関との間で合意を行い、当該合意に基づいた紹介であることを確認した上で情報提供を行った場合においても算定可能とする。
3. 算定可能回数を、患者 1 人につき 3 月に 1 回と見直す。

改定前

【連携強化診療情報提供料】

【算定要件】

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

改定後

【連携強化診療情報提供料】

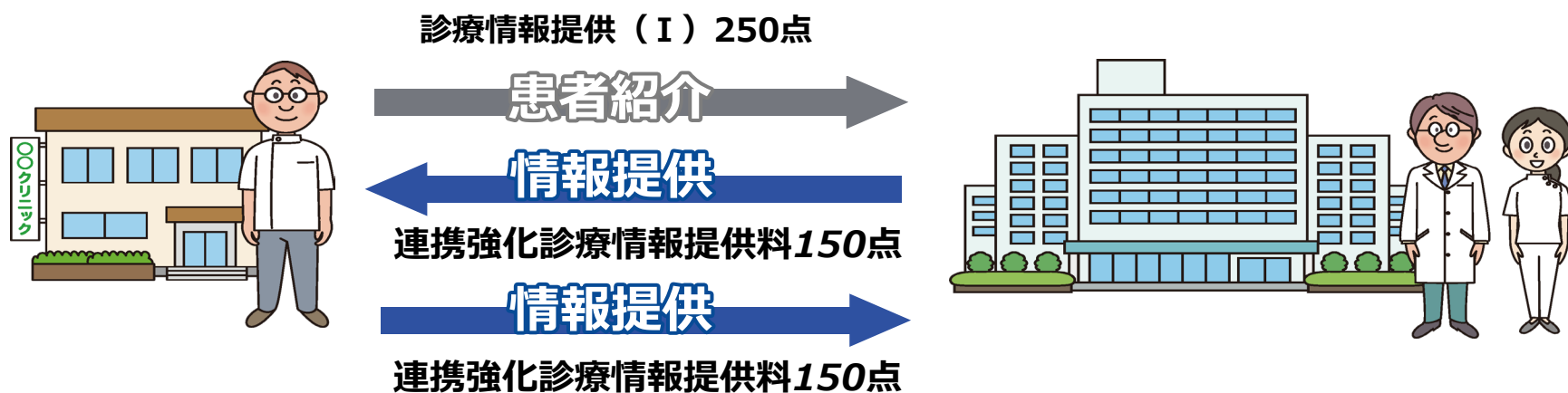
【算定要件】

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介され、又は別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関へ紹介した患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。

外来機能分化(2人主治医制・連携強化診療情報提供料)

B011 連携強化診療情報提供料 150点 (月1回)

- 他の保険医療機関から紹介された患者について、**他の保険医療機関からの求めに応じ（⇒共同で治療管理を行なうことを医療機関との間で合意に基づいた紹介であって）**、患者の同意を得て、**診療状況を示す文書を提供した場合**に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき**月1回（⇒3月に1回）**に限り算定する。



対象患者

- ~~かかりつけ医機能に係る施設基準 (※)~~を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者
- ~~かかりつけ医機能に係る施設基準 (※)~~を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

イ 診療所又は許可病床数が200床未満の病院

□ 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）
外来機能報告対象病院等

許可病床数が400床以上である病院（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

③ 連携強化診療情報提供料の見直し

改定前	改定後
【連携強化診療情報提供料】 【算定要件】 2 注 1 に該当しない場合であって、注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4 第 1 項第 2 号の規定に基づき、同法第30条の18の2 第 1 項第 1 号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 3 注 1 又は注 2 に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。	【連携強化診療情報提供料】 【算定要件】 <u>（削除）</u> <u>（削除）</u>

③ 連携強化診療情報提供料の見直し

改定前	改定後
【連携強化診療情報提供料】 【算定要件】 <u>4 注 1 から注 3 までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第 5 条第 1 項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。</u>	【連携強化診療情報提供料】 【算定要件】 <u>2 注 1 に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第 5 条第 1 項に規定する指定難病の患者（当該疾病が疑われる患者を含む。以下この項において単に「指定難病の患者」という。）又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。以下この項において同じ。）について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。</u>
<u>(新設)</u>	【算定要件】 <u>3 注 1 及び注 2 に該当しない場合であって、他の保険医療機関（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限る。以下この注において同じ。）から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した指定難病の患者又はてんかんの患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。</u>

③ 連携強化診療情報提供料の見直し

改定前

【連携強化診療情報提供料】

【算定要件】

5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回）に限り算定する。

（新設）

6 （略）

改定後

【連携強化診療情報提供料】

【算定要件】

4 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じ、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、他の保険医療機関（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限る。以下この注において同じ。）から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じ、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

6 （略）

③ 連携強化診療情報提供料の見直し

改定前

【施設基準】

十の二の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等
(1) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する施設基準
当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

(新設)

(新設)

(2) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する他の保険医療機関の基準

次のいずれかに係る届出を行っていること。

イ 区分番号A001の注12に規定する地域包括診療加算

ロ 区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料

ハ 区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料

ニ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（医科点数表区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又は在宅療養支援病院（区分番号C000に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。）

ホ 区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

改定後

【施設基準】

十の二の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等
(1) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する施設基準
次のいずれかに該当すること。

イ 診療所又は許可病床数が200床未満の病院

ロ 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）、外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）又は許可病床数が400床以上である病院（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

(2) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する他の保険医療機関の基準

イ 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が(1)のイに掲げる施設基準を満たす場合にあっては、(1)のロに掲げる施設基準を満たす保険医療機関であること。

ロ 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が(1)のロに掲げる施設基準を満たす場合にあっては、(1)のイに掲げる施設基準を満たす保険医療機関であること。

(削除)

(削除)

(削除)

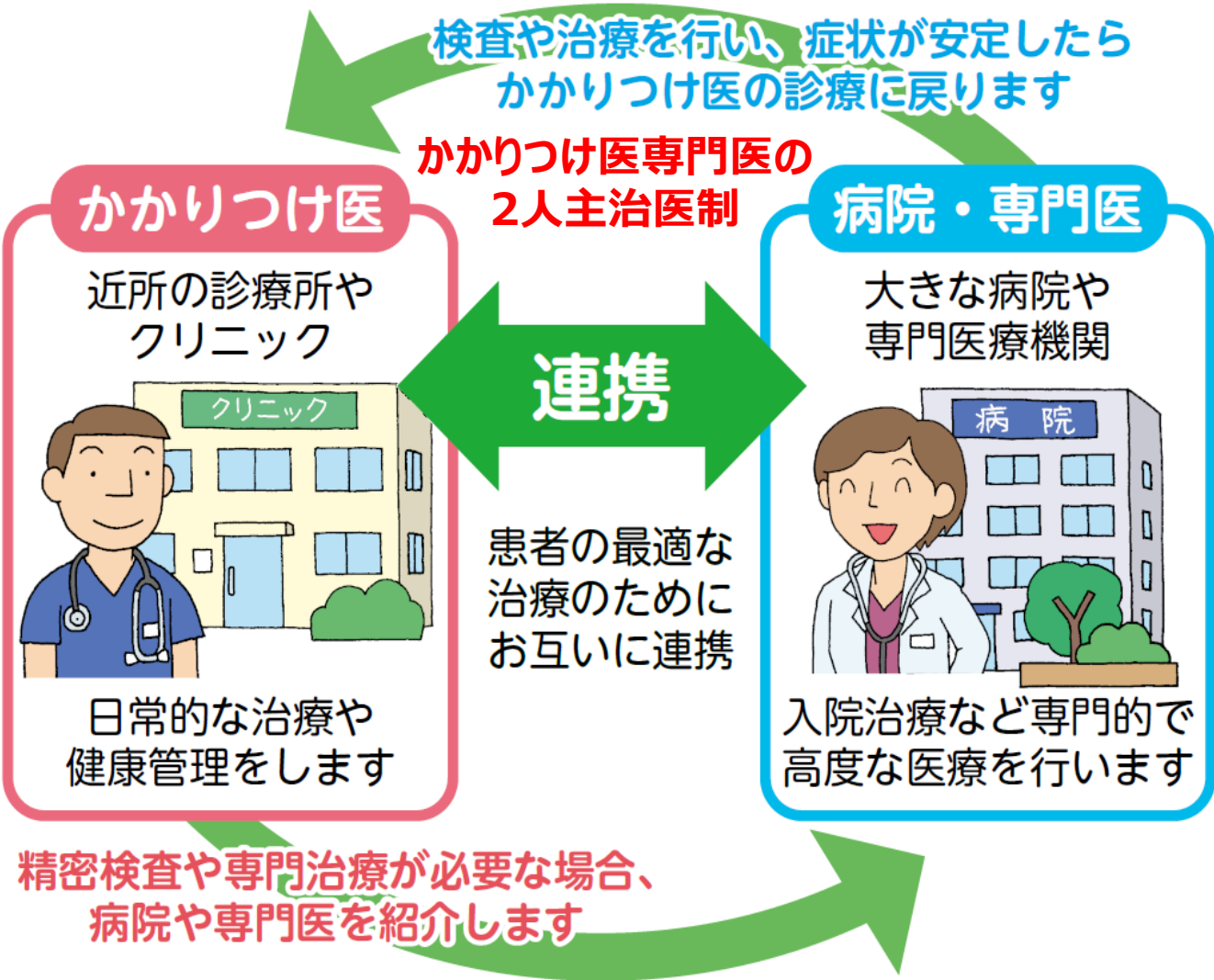
③ 連携強化診療情報提供料の見直し

改定前	改定後
〔施設基準〕 (3) 連携強化診療情報提供料の注3に規定する施設基準 <u>イ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。</u> <u>ロ 次のいずれかに係る届出を行っていること。</u> <u>① 区分番号A001の注12に規定する地域包括診療加算</u> <u>② 区分番号B001－2－9に掲げる地域包括診療料</u> <u>③ 区分番号B001－2－11に掲げる小児かかりつけ診療料</u> <u>④ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）</u> <u>⑤ 区分番号C002－2に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）</u>	〔施設基準〕 <u>(削除)</u>
(4) 連携強化診療情報提供料の注4に規定する施設基準 <u>イ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。</u> <u>ロ 次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。</u> <u>① 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。）</u> <u>② てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）</u> (5) 連携強化診療情報提供料の注5に規定する施設基準（診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）においては注3） 当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(3) 連携強化診療情報提供料の注2及び注3に規定する施設基準 <u>次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。</u> <u>イ 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。）</u> <u>ロ てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）</u> <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> (4) 連携強化診療情報提供料の注4及び注5に規定する施設基準（診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）においては注2） 当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

外来機能分化（かかりつけ医機能の強化、2人主治医制）

病院・専門医とかかりつけ医の情報共有をより強化

かかりつけ医機能（例）
服薬の一元管理
通常の診療時間外の診療
入退院時の支援
在宅医療の提供
意見書の作成
介護サービス等との連携
法定健診・検診
定期予防接種
学校医
産業医



① 医療DX推進体制整備加算等の見直し

医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。

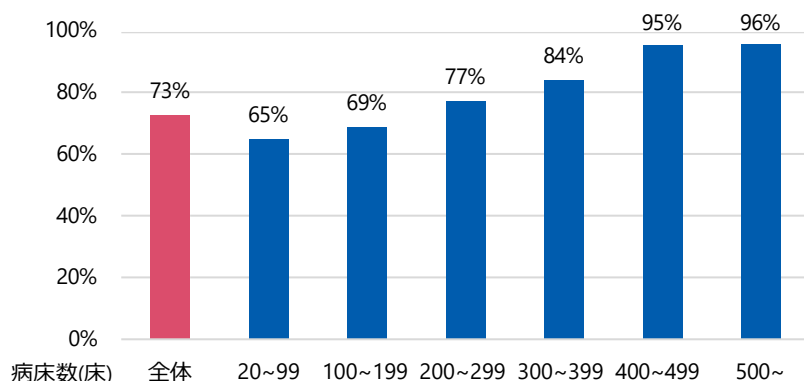
1. 医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算を廃止し、診療録管理体制加算におけるサイバーセキュリティ対策に係る要件を見直した上で、初診料、再診料、外来診療料及び入院料加算として、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

改定前	改定後
【A000 初診料】〔算定要件〕 注1～14（略） 15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> 16 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 <u>イ～ハ（略）</u>	【A000 初診料】〔算定要件〕 注1～14（略） 15 <u>医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た</u>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、<u>電子的診療情報連携体制整備加算</u>として、月1回に限り、<u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料の注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u> <u>イ 電子的診療情報連携体制整備加算 1 15点</u> <u>ロ 電子的診療情報連携体制整備加算 2 9点</u> <u>ハ 電子的診療情報連携体制整備加算 3 4点</u> <u>(削除)</u>

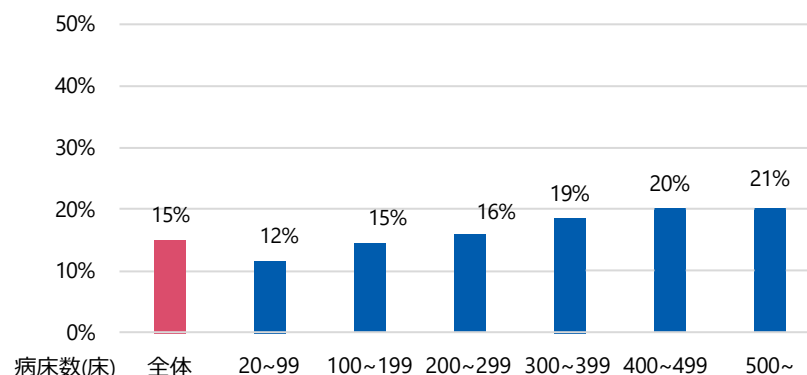
病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査

- 調査によると、情報セキュリティの統括責任者（CISO：Chief Information Security Officer）を設置している病院は73%であり、そのうち、医療情報に関連した資格を保持していた割合は15%程度であった。
- 病床数の多い病院では情報セキュリティマネジメント試験や情報処理安全確保支援士の所持者が多い傾向があった。

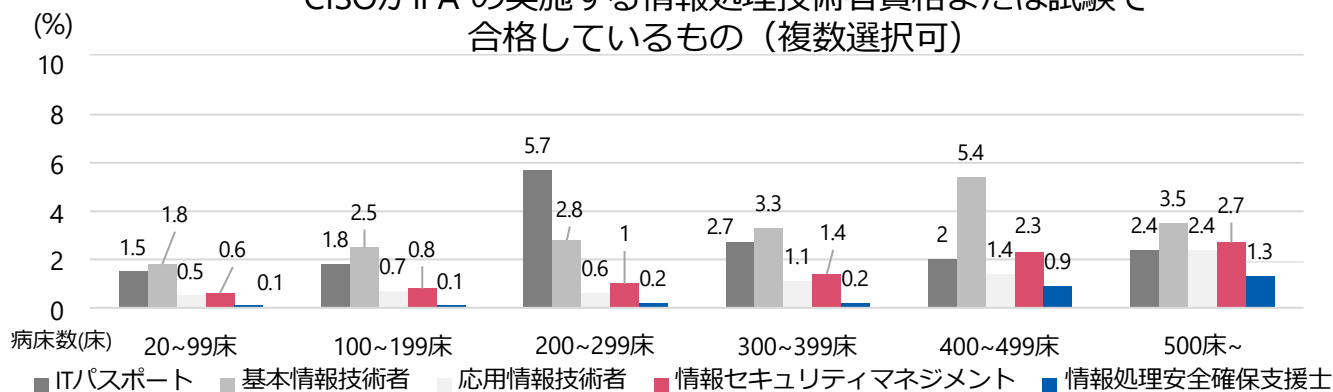
CISOを設置している



CISOが医療情報に関連した資格を保持している



CISOがIPA*の実施する情報処理技術者資格または試験で合格しているもの（複数選択可）



* IPA：情報処理推進機構（Information technology Promotion Agency）

医療DXの普及状況と診療報酬上の評価の視点（イメージ）

現時点での普及状況等

開発フェーズ

普及フェーズ

普及済み

オンライン請求・
オンライン資格確認
等システム

前回改定頃の状況

ほぼ全ての
医療機関・薬局で
導入済み

マイナ保険証

令和7年12月2日から本格移行

電子処方箋

薬局

薬局は86.5%で導入

医療機関

電子カルテ等と一体的に導入促進

令和6年度改定
で評価したもの

電子カルテ・
電子カルテ情報
共有サービス

電子カルテ

令和8年度夏に具体的な普及計画

電子カルテ情報
共有サービス

モデル地域での検証
システム改修・検証
来冬頃目途に運用開始

令和8年度改定に
向けた検討の視点

サイバー
セキュリティ対策

※病院が主な対象

いくつかの対策は広く実施さ
れているが、セキュリティ強
化のために更なる普及が必要

救急時医療情報
閲覧機能

※高次の救急医療機関が主な対象

多くの三次救急病院等で導入

① 医療DX推進体制整備加算等の見直し

改定前	改定後
【A001 再診料】 【算定要件】 注1～10（略） 11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。 12～18（略） 19 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して<u>十分な情報を取得した上で</u>再診を行った場合は、<u>医療情報取得加算</u>として、<u>3月</u>に1回に限り<u>1点</u>を所定点数に加算する。 20（略） 【A002 外来診療料】 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<u>十分な情報を取得した上で</u>再診を行った場合は、<u>医療情報取得加算</u>として、<u>3月</u>に1回に限り<u>1点</u>を所定点数に加算する。	【A001 再診料】 【算定要件】 注1～10（略） 11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。<u>この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注15及び区分番号A001に掲げる再診料の注19に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。</u> 12～18（略） 19 <u>医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た</u>保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、<u>電子的診療情報連携体制整備加算</u>として、月に1回に限り<u>2点</u>を所定点数に加算する。<u>この場合において、注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u> 20（略） 【A002 外来診療料】 注1～9（略） 10 <u>医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た</u>保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、<u>電子的診療情報連携体制整備加算</u>として、月に1回に限り<u>2点</u>を所定点数に加算する。

① 医療DX推進体制整備加算等の見直し

改定前	改定後
【施設基準】 三の七 医療情報取得加算の施設基準 （新設）	【施設基準】 （削除） 三の七 医科初診料、再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯科初診料及び再診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準 （1）電子的診療情報連携体制整備加算 1 の施設基準 イ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 ロ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十八年厚生労働省令第二十七号）附則第三条又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成二十八年厚生労働省告示第五十号）附則第二条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第五条の二の二第一項及び療担基準第五条の二の二第一項に規定する明細書を無償で交付することを要しない。 ハ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 ニ 医師又は歯科医師が、健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。 ホ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る十分な実績を有していること。 ヘ ロの体制に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 ト ヘ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。 チ マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。

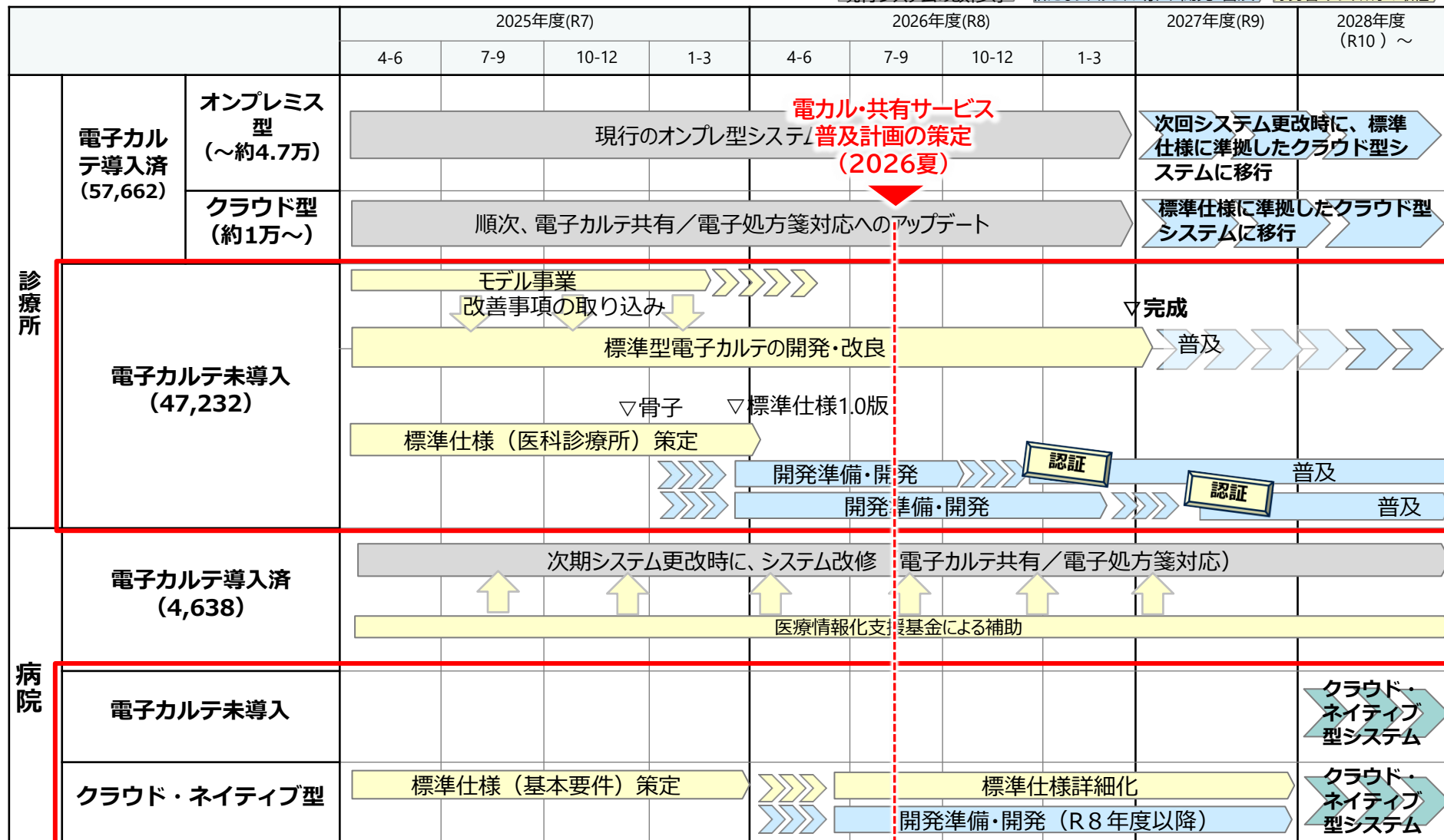
① 医療DX推進体制整備加算等の見直し

改定前	改定後
【施設基準】 三の七 医療情報取得加算の施設基準 （新設）	【施設基準】（続き） <u>リ 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。</u> <u>ヌ 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。</u> （2）電子的診療情報連携体制整備加算2及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算1の施設基準 <u>（1）のイからチまで及びリ又はヌのいずれかを満たすものであること。</u> <u>（3）医科初診料の電子的診療情報連携体制整備加算3、医科再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯科初診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算2及び歯科再診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準</u> <u>（1）のイからチまでを満たすものであること。</u>

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について

第7回「医療DX令和ビジョン2030」
厚生労働省推進チーム（R7.7.1）

現行システムの改修等 新たなシステムの導入・開発・普及 厚労省・デジタル庁の取組



電子カルテ情報共有サービスの今後の対応方針

【今後の対応方針】

- 全国での運用開始に向け、現在モデル事業で確認されている課題への対応を行う必要がある。
- モデル事業で明らかになった課題への対応を行うためには、電子カルテ情報共有サービス、対応する電子カルテ両者のシステムに一部改修を加えた上で、改めてシステムの動作確認、現場運用の検証を行うことが想定される。改修後に改めて検証にご協力いただく地域を選定し、検証を行うこととする。
- この検証を経て、致命的な課題がないことを確認の上、3文書6情報のうち臨床現場で支障なく運用が可能な文書・情報から、来年の冬頃をメドに全国で利用可能な状態にすること（運用開始）を目指す。

【スケジュール】



① 医療DX推進体制整備加算等の見直し

改定前	改定後
【A207 診療録管理体制加算】 【算定要件】 医科診療報酬点数表 1 診療録管理体制加算 1 <u>140点</u> 2 診療録管理体制加算 2 <u>100点</u> <u>3 診療録管理体制加算 3 30点</u> 【施設基準】 七 診療録管理体制加算の施設基準 (1) 診療録管理体制加算 1 イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。 ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。 ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。 ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。 <u>ヘ 非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。</u> (2) 診療録管理体制加算 2 <u>(1)のイからホまでを満たすものであること。</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(3) 診療録管理体制加算 3</u>	【A207 診療録管理体制加算】 【算定要件】 医科診療報酬点数表 1 診療録管理体制加算 1 <u>100点</u> 2 診療録管理体制加算 2 <u>30点</u> <u>(削除)</u> 【施設基準】 七 診療録管理体制加算の施設基準 (1) 診療録管理体制加算 1 イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。 ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。 ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。 ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。 <u>(削除)</u> (2) 診療録管理体制加算 2 <u>イ (1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。</u> <u>ロ 診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> <u>ハ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。</u> <u>(削除)</u>

① 医療DX推進体制整備加算等の見直し

改定前	改定後
【A207－5 電子的診療情報連携体制整備加算】 【算定要件】 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> 【施設基準】 <u>(新設)</u>	【A207－5 電子的診療情報連携体制整備加算】 【算定要件】 <u>1 電子的診療情報連携体制整備加算 1 160点 電子的診療情報連携体制整備加算 2 80点</u> <u>注 電子的診療情報連携体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、電子的診療情報連携体制整備加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該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。</u> 【施設基準】 <u>七の五 電子的診療情報連携体制整備加算</u> <u>(1) 電子的診療情報連携体制整備加算 1 の施設基準</u> <u>イ 第三の三の七の（1）のイからチまでを満たすものであること。</u> <u>ロ 非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。</u> <u>(2) 電子的診療情報連携体制整備加算 2 の施設基準</u> <u>イ 第三の三の七の（1）のイからチまでを満たすものであること。</u> <u>ロ 非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。</u>

2. 在宅医療DX情報活用加算の電子カルテ情報共有サービスに係る要件の経過措置を延長する。

改定前	改定後
【在宅医療DX情報活用加算】【施設基準（通知）】 第14の5 在宅医療DX情報活用加算 1・2 (略) 3 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(5)については令和8年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 (3) 令和8年5月31日までの間に限り、1の(6)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。	【在宅医療DX情報活用加算】【施設基準（通知）】 第14の5 在宅医療DX情報活用加算 1・2 (略) 3 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(5)については、 <u>当面</u> の間、当該基準を満たしているものとみなす。 <u>ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。</u> <u>(削除)</u>



① 処方箋料の見直し

後発医薬品の使用促進等の観点から、処方等に係る評価体系を見直す。

1. 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。
2. バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。
3. 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

改定前

【処方箋料】

注 1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算 1 **10点**

ロ 一般名処方加算 2 **8点**

7・8 (略)

(1)～(8) (略)

改定後

【処方箋料】

注 1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算 1 **8点**

ロ 一般名処方加算 2 **6点**

7・8 (略)

(1)～(8) (略)



① 処方箋料の見直し

改定前	改定後
【処方箋料】続き (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。 また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。	【処方箋料】続き (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。<u>ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F 0 0 0」調剤料及び「F 1 0 0」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F 2 0 0」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。</u>また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。



① 処方箋料の見直し

改定前	改定後
【処方箋料】続き (10)・(11) (略) (12)「注 6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（２品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算 1 を、１品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算 2 を、処方箋の交付 1 回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。 なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。 また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。 (13)～(16) (略)	【処方箋料】続き (10)・(11) (略) (12)「注 6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（２品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算 1 を、１品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算 2 を、処方箋の交付 1 回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。 なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品若しくは後発医薬品又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品といった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。 また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。 (13)～(16) (略)

② バイオ後続品使用体制加算の見直し

バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されている医療機関をより適切に評価する観点から、バイオ後続品使用体制加算の要件を見直す。

１．バイオ後続品使用体制加算は、バイオ医薬品を使用する患者について、入院初日に算定するとされているところ、入院初日以降にバイオ医薬品を患者に使用する場合は算定方法を明確化する観点から、その算定日を退院日に変更する。

改定前	改定後
【バイオ後続品使用体制加算】 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、<u>入院初日</u>に限り所定点数に加算する。	【バイオ後続品使用体制加算】 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、<u>退院の日</u>に１回に限り所定点数に加算する。

２．バイオ後続品のある先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の使用回数の合計に係る要件を廃止し、バイオ後続品のあるバイオ医薬品のうち少なくとも１つ以上の成分で、直近１年間に調剤した規格単位数の合計が５０以上であることを要件とする。

３．バイオ後続品のある先行バイオ医薬品として新たに収載された医薬品等について、その使用状況に応じて、バイオ後続品使用体制加算の要件の対象となる成分に追加する。

② バイオ後続品使用体制加算の見直し

改定前

【バイオ後続品使用体制加算】

〔施設基準〕

三十五の三の二 バイオ後続品使用体制加算

(1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。

(2) 直近一年間にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が百回を超えること。

(3) 当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、次のいずれにも該当すること。

イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が八割以上であること。ただし、直近一年間における当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。

① エポエチン ② リツキシマブ ③ トラスツズマブ ④ テリパラチド

ロ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が五割以上であること。ただし、直近一年間における当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。

① ソマトロピン ② インフリキシマブ ③ エタネルセプト

④ アガルシダーゼベータ ⑤ ベバシズマブ ⑥ インスリンリスプロ

⑦ インスリンアスパルト ⑧ アダリムマブ ⑨ ラニビズマブ

(4)・(5) (略)

改定後

【バイオ後続品使用体制加算】

〔施設基準〕

三十五の三の二 バイオ後続品使用体制加算

(1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。

(2) バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）及びバイオ後続品の使用について、十分な実績を有すること。

(削除)

(3)・(4) (略)

② バイオ後続品使用体制加算の見直し

改定前	改定後
第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算 1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準 (1) (略) <u>(2) 直近1年間におけるバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。以下「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が100回を超えること。</u> <u>(3) 当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこと。</u> ア 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上であること。<u>ただし、直近1年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。</u>	第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算 1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準 (1) (略) <u>(削除)</u> <u>(2) 当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこと。なお、ア又はイに掲げるそれぞれの成分について、直近1年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50未満の場合においては、当該成分に限り、ア又はイに定める基準未満であっても差し支えないが、ア又はイに掲げる成分のうち少なくとも1つ以上の成分については、規格単位数量の合計が50以上であること。</u> ア 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が<u>それぞれ</u>80%以上であること。

② バイオ後続品使用体制加算の見直し

改定前	改定後
第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算 1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準 (イ)～(ニ) (略) <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が50%以上であること。<u>ただし、直近1年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。</u> (イ)～(チ) (略) <u>(リ) ラニビズマブ</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(4)</u> 入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨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。 <u>(5)</u> (略)	第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算 1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準 (続き) (イ)～(ニ) (略) <u>(ホ) ラニビズマブ</u> <u>(ヘ) インスリングラルギン</u> <u>(ト) ダルベポエチン</u> <u>(チ) フィルグラスチム</u> イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が<u>それぞれ</u>50%以上であること。 (イ)～(チ) (略) <u>(リ) アフリベルセプト</u> <u>(ヌ) ウステキヌマブ</u> <u>(ル) ペグフィルグラスチム</u> <u>(ヲ) トシリズマブ</u> <u>(3)</u> 入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨 <u>及びバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に進めている旨</u>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。 <u>(4)</u> (略)

② バイオ後続品使用体制加算の見直し

〔経過措置〕

令和８年３月３１日時点で、現にバイオ後続品使用体制加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和９年５月３１日までの間に限り、１の（２）のアの（ホ）から（チ）まで及びイの（リ）から（ヲ）までに掲げる成分について、１の（２）のア又はイに定める割合の基準を満たしているものとみなす。ただし、本文の規定により基準を満たす保険医療機関にあっては、アの（イ）から（ニ）まで及びイの（イ）から（チ）までのうち少なくとも１つ以上の成分について、直近１年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が５０以上である必要がある。



③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」等の内容を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、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を廃止する。

改定後

（新） 地域支援・医薬品供給対応体制加算

地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 87点 2 82点 3 77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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、地域支援・医薬品供給対応体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

【施設基準】

（１）地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が**9割**以上であること。

ハ 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ホ ニ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。

ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。



③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

【施設基準】（続き）

（２）地域支援・医薬品供給対応体制加算２の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が8割5分以上であること。

ハ（１）の八からへまでの要件を満たしていること。

（３）地域支援・医薬品供給対応体制加算３の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が7割5分以上であること。

ハ（１）の八からへまでの要件を満たしていること。

【施設基準（通知）】

（１）病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

（２）当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・医薬品供給対応体制加算１にあっては90%以上、地域支援・医薬品供給対応体制加算２にあっては85%以上90%未満、地域支援・医薬品供給対応体制加算３にあっては75%以上85%未満であること。

（３）入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

（４）医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

（５）（４）の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（６）（３）及び（５）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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（７）個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。



③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

【施設基準（通知）】（続き）

- （８）医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- （９）厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- （１０）医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。



③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

改定後

(新) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 8点 2 7点 3 5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投薬を行った場合には、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

【施設基準】

(1) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

- イ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が9割以上であること。
- ハ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。
- ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- ホ ニ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。
- ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

(2) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2 の施設基準

- イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が8割5分以上であること。
- ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

(3) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3 の施設基準

- イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が7割5分以上であること。
- ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。



③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

【施設基準（通知）】（続き）

- (1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1にあつては90%以上、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2にあつては85%以上90%未満、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3にあつては75%以上85%未満であること。
- (3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。
- (5) (4) の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6) (3) 及び (5) 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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (7) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (8) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (9) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (10) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

⑥ 長期収載品の選定療養の更なる活用

長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

患者の希望により長期収載品を使用する場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１相当を患者負担としているが、これを価格差の２分の１相当に引き上げる。

改定前	改定後				
【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】 別表第二 <table border="1"> <tr> <td data-bbox="50 565 488 1210"> 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄において単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養 </td><td data-bbox="490 565 929 1210"> 上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>四分の一</u>を乗じて得た価格を控除 </td></tr> </table>	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄において単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>四分の一</u>を乗じて得た価格を控除	【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】 別表第二 <table border="1"> <tr> <td data-bbox="996 565 1435 1210"> 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄において単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養 </td><td data-bbox="1437 565 1875 1210"> 上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>二分の一</u>を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数 </td></tr> </table>	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄において単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>二分の一</u>を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄において単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>四分の一</u>を乗じて得た価格を控除				
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄において単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>二分の一</u>を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数				

⑥ 長期収載品の選定療養の更なる活用

改定前	改定後
【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】 別表第二（続き） 【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】 第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額 第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>四分の一</u>を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額	【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】 別表第二（続き） 【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】 第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額 第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>二分の一</u>を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額



① 実勢価格等を踏まえた 検体検査等の評価の適正化

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

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

【評価を見直す検査の例】

改定前	改定後
【アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）】 <u>179点</u> 【SARS－CoV－2 核酸検出】 <u>700点</u>	【アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）】 <u>174点</u> 【SARS－CoV－2 核酸検出】 <u>650点</u>



① 薬剤総合評価調整加算の見直し

処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことにより、ポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が促進されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す。

１．薬剤総合評価調整加算について、転院時又は退院時における施設間での文書による薬剤情報連携を要件に追加するとともに、評価を見直す。

改定前	改定後
【薬剤総合評価調整加算】 A 250 薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） 100点 【算定要件】 注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。 イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合 ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合	【薬剤総合評価調整加算】 A 250 薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） 160点 【算定要件】 注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。 イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導 及び情報連携を行った 場合 ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導 及び情報連携を行った 場合

２．１に伴い、退院時薬剤情報連携加算を廃止する。

改定前	改定後
【退院時薬剤情報連携加算】 <u>注 2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。</u>	【退院時薬剤情報連携加算】 <u>（削除）</u>

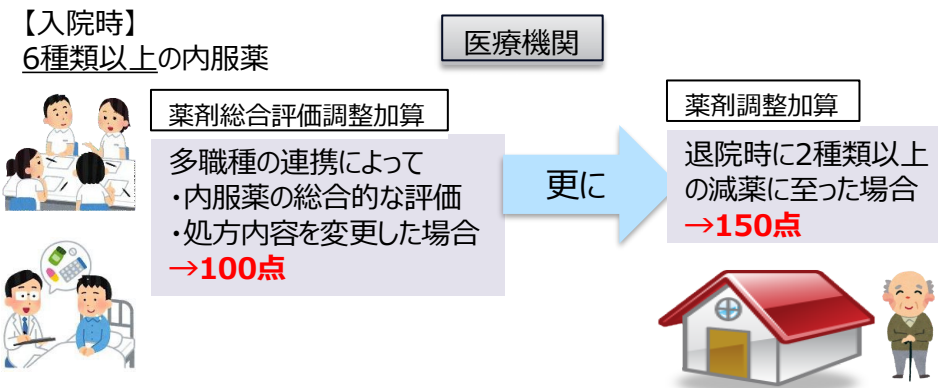
ポリファーマシーに対する取組に係る診療報酬上の評価

診 調 組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

1. 医療機関における取組の評価

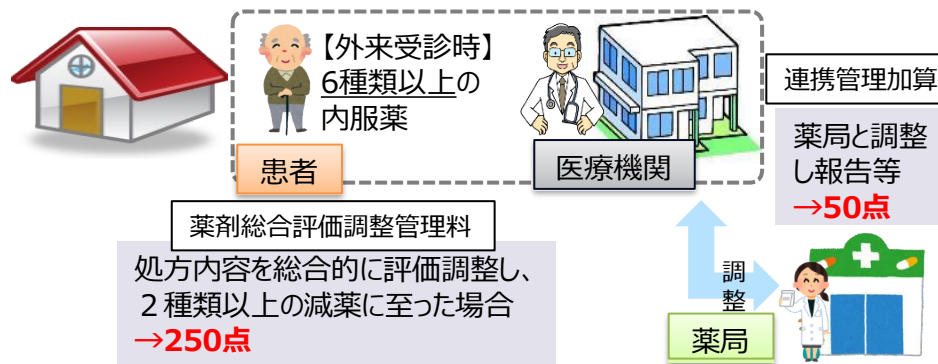
○入院患者に対するポリファーマシー解消の取組の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、入院中に内服薬の総合的な評価及び処方内容の変更の評価と、減薬に至った場合を評価



○外来/在宅患者に対する減薬の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、外来受診時に内服薬の総合的な評価調整し、減薬に至った場合を評価

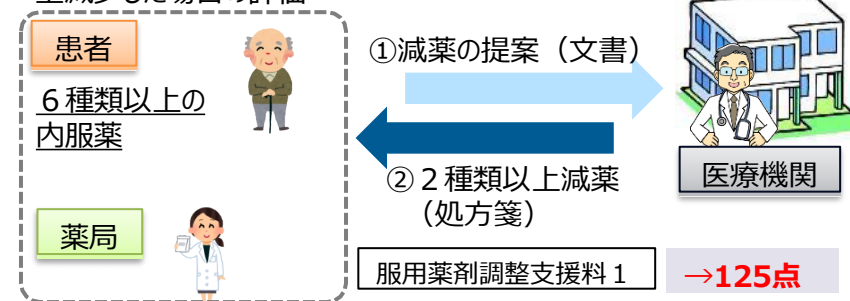


※ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（多剤服用の中でも害をなすもの＝ポリファーマシー）

2. 薬局における取組の評価

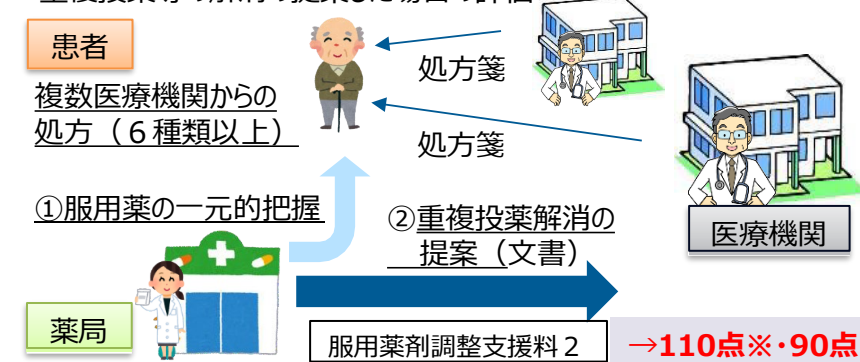
○薬局における減薬の取組の評価

- 薬局が医師に減薬の提案を行い、その結果処方される内服薬が2種類以上減少した場合の評価



○複数医療機関の処方による重複投薬解消の提案の評価

- 薬局が患者の服用薬を一元的に把握し、複数医療機関の処方による重複投薬等の解消の提案した場合の評価



※重複投薬の解消に係る実績がある薬局の場合

○重複投薬等に関する疑義照会等に関する評価

- 薬歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、薬剤師が処方医へ疑義照会等を行い、処方内容が変更された場合の評価

重複投薬・相互作用等防止加算（残薬調整以外）
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（残薬調整以外）
→40点



④ 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

保険薬局において、患家に残薬があることを確認した場合に、保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式を見直す。

1. 処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。
 2. 残薬対策に係る保険医療機関と保険薬局との連携を強化する観点から、留意事項通知の調剤報酬点数表に関する事項において、以下の内容を規定する。
- 薬局において薬剤を減量して調剤した場合は、
- ・患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量並びに患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに保険医療機関に情報提供すること。
 - ・数量を減じて調剤した旨を、手帳に記載すること。



⑤ 長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

長期処方及びリフィル処方箋による処方を適切に推進する観点から、計画的な医学管理を継続して行うこと等を評価する医学管理料の要件を見直すとともに、処方箋様式を見直す。

１．長期処方及びリフィル処方箋による処方の活用を適切に推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することについて、特定疾患療養管理料等の要件に追加する。

改定前	改定後
【特定疾患療養管理料】 注 1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月 2 回に限り算定する。 2 ～ 5 （略） 【算定要件（通知）】 (1)～(11)（略） <u>（新設）</u> <u>(12)</u>（略）	【特定疾患療養管理料】 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、<u>別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、</u>治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月 2 回に限り算定する。 2 ～ 5 （略） 【算定要件（通知）】 (1)～(11)（略） <u>(12) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応を行うこと。</u> <u>(13)</u>（略）



⑤ 長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

改定前	改定後
【施設基準】 <u>(新設)</u> 【施設基準（通知）】 第1 特定疾患療養管理料 <u>(新設)</u> <u>1</u>～<u>2</u> (略)	【施設基準】 <u>一の● 特定疾患療養管理料の注1に規定する施設基準 特定疾患療養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> 【施設基準（通知）】 第1 特定疾患療養管理料 <u>1 特定疾患療養管理料に関する施設基準 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又は リフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能である ことを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。</u> <u>2</u>～<u>3</u> (略) ※ <u>皮膚科特定疾患指導管理料、婦人科特定疾患治療 管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、二次性骨折 予防継続管理料及び小児科外来診療料についても同様。</u>

2. リフィル処方箋の患者認知度を向上する観点から、処方箋様式を見直す。

在宅

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

中医協 総-2
7. 8. 27

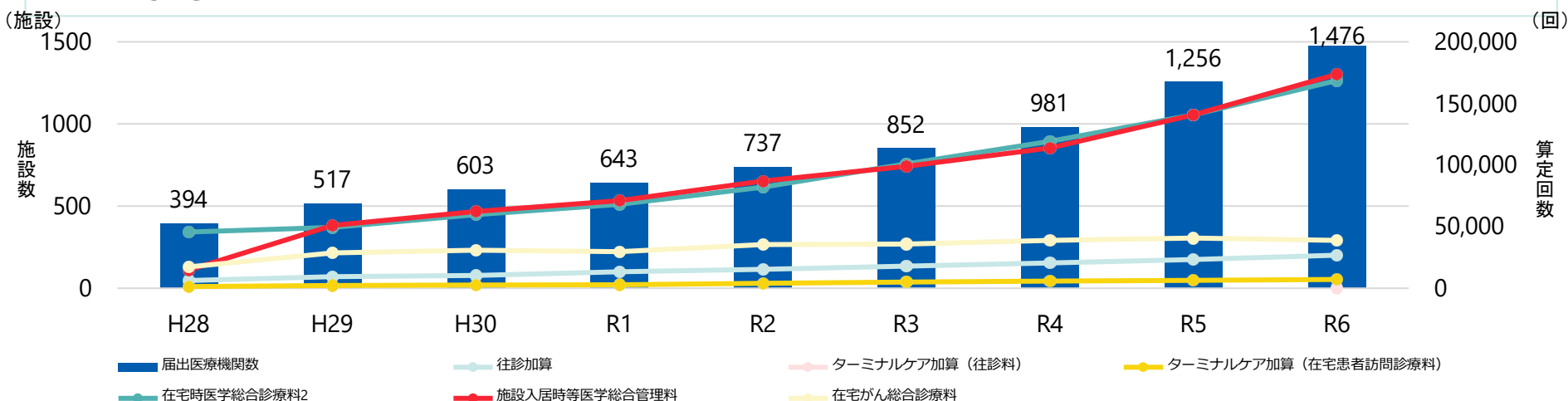
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

○機能強化型在宅療養支援診療所・病院において、
緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する医療機関に対する評価

〔施設基準〕

- ① 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- ③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- ④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- ⑤ 「がん等の診療に携わる医師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」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- ⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

加算対象	加算点数
緊急、夜間・休日又は深夜往診加算	100点
ターミナルケア加算	1,000点
在宅時医学総合診療料	75～400点
施設入居時等医学総合管理料	56～300点
在宅がん医療総合診療料	150点



出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

算定回数は社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）

2025.10.01 中医協総会 在宅その2

① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、名称を見直した上で、要件及び評価を見直す。

改定前	改定後
【往診料】 【算定要件】 注3 在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号C001の注6に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号C001－2の注5に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。	【往診料】 【算定要件】 注3 在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号C001の注6に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号C001－2の注5に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ2,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。 ※ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）についても同様。



① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し

改定前	改定後
【往診料】 【算定要件】 注 8 注 1 のイから八までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、 <u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</u> 、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、 <u>100点</u> 、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	【往診料】 【算定要件】 注 8 注 1 のイから八までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、 <u>在宅医療充実体制加算</u> 、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、 <u>200点</u> 、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
【在宅時医学総合管理料】 【算定要件】 注 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。	【在宅時医学総合管理料】 【算定要件】 注 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

	改定前	改定後
イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 / <u>新点数はイ 在宅医療充実体制加算</u>		
(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合	<u>400点</u>	<u>800点</u>
(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	<u>200点</u>	<u>400点</u>
(3) 単一建物診療患者が 10 人以上 19 人以下の場合	<u>100点</u>	<u>200点</u>
(4) 単一建物診療患者が 20 人以上 49 人以下の場合	<u>85点</u>	<u>170点</u>
(5) (1) から (4) まで以外の場合	<u>75点</u>	<u>150点</u>
ロ・ハ (略)		



① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し

改定前	改定後	
【施設入居時等医学総合管理料】 【算定要件】 注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。	【施設入居時等医学総合管理料】 【算定要件】 注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。	
	改定前	改定後
イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 / 新点数はイ 在宅医療充実体制加算		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300点	600点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点	300点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	75点	150点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	63点	128点
(5) (1)から(4)まで以外の場合	56点	113点
ロ・ハ (略)		
改定前	改定後	
【在宅がん医療総合診療料】 【算定要件】 注 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、 150点 、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	【在宅がん医療総合診療料】 【算定要件】 注 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、 在宅医療充実体制加算 、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、 300点 、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	



① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し

改定前	改定後
【在宅緩和ケア充実診療所・病院加算】 【施設基準】 一の四 往診料の注３ただし書及び注８、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料の注７及び注１２、施設入居時等医学総合管理料の注３並びに在宅がん医療総合診療料の注５に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準等 （１）<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</u>の施設基準 <u>在宅緩和ケア</u>を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。 第１４の２ 在宅療養支援病院 ２ 往診料の加算等の適用 （２）往診料の加算等に規定する在宅<u>緩和ケア充実診療所・病院加算</u>の施設基準 １の（１）又は（２）に規定する在宅療養支援病院であって、第９の２の（３）に規定する要件を満たしていること。	【在宅医療充実体制加算】 【施設基準】 一の四 往診料の注３ただし書及び注８、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料の注７及び注１２、施設入居時等医学総合管理料の注３並びに在宅がん医療総合診療料の注５に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準等 （１）<u>在宅医療充実体制加算</u>の施設基準 <u>地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療</u>を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。 第１４の２ 在宅療養支援病院 ２ 往診料の加算等の適用 （２）往診料の加算等に規定する在宅<u>医療充実体制加算</u>の施設基準 １の（１）又は（２）に規定する在宅療養支援病院であって、第９の２の（３）に規定する要件を満たしていること。

往診時医療情報連携加算について

中医協 総-2
7. 8. 27改

- 令和6年度診療報酬改定で新設された往診時医療情報連携加算においては、ICTを活用して平時からの医療情報等の共有体制が評価されているが、対象は「在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者」に対して、「在支診・在支病が往診を行った場合」に限られている。
- 算定要件及び算定回数等は以下のとおり。

往診時医療情報連携加算

- 地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在支診・在支病と連携体制を構築している**在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

往診時医療情報連携加算

200点

[算定要件]

- ・ **他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等を提供されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定**できる。この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等及び診療の要点を診療録に記録すること。

往診時医療情報連携加算の算定医療機関数等（令和6年7月診療分）

算定医療機関数	算定件数	算定回数
41	380	475

② 往診時医療情報連携加算の見直し

地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、往診時医療情報連携加算の要件を見直す。

往診時医療情報連携加算について、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外である場合においても算定可能とする。

改定前	改定後
【往診料】 【算定要件】 注 9 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。 【施設基準】 <u>（新設）</u>	【往診料】 【算定要件】 注 9 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院<u>であって別に厚生労働大臣が定めるもの</u>以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。 【施設基準】 <u>一の二の二 往診料の往診時医療情報連携加算に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>第三の六（１）及び（２）に該当する在宅療養支援診療所並びに第四の一（１）及び（２）に該当する在宅療養支援病院</u>



③ 退院直後の 訪問栄養食事指導に関する評価の新設

入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後の一定期間に入院医療機関が行う訪問栄養食事指導について、新たな評価を行う。

退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又はその家族等退院後に患者の在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設する。

改定後

（新）退院後訪問栄養食事指導料（１回につき） 530点

【対象患者】

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

別表第三 退院後訪問栄養食事指導料に規定する特別食

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル—C₂₆ A脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

【算定要件】

保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定めるものに対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して１月以内（退院日を除く。）の期間に限り、４回を限度として算定する。この場合において、区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号Ｃ００９に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

在宅療養支援診療所・病院における24時間体制に係る要件の整理

- 在宅療養支援診療所・病院について、24時間連絡体制及び往診体制を確保することが要件となっている。
- 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院は、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院同士で在宅支援連携体制を構築しており、連携医療機関が全体として24時間連絡体制及び往診体制を確保していれば、要件を満たすこととしている。

	在宅療養支援診療所			在宅療養支援病院		
	機能強化型		その他	機能強化型		その他
	単独型	連携型		単独型	連携型	
24時間連絡体制	自院で確保	連携して確保 (連携医療機関は10未満)	自院で確保	自院で確保	連携して確保 (連携医療機関は10未満)	自院で確保
24時間往診体制	自院で確保	連携して確保 (連携医療機関は10未満) (※1)	連携して確保 (※1)	自院で確保 (※2)	連携して確保 (連携医療機関は10未満) (※1、2)	自院で確保 (※2)

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院は、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院同士で在宅支援連携体制を構築することを想定。

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院における要件（抜粋）

○連絡体制に係る要件

当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。

○往診体制に係る要件

当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

※1 医療資源の少ない地域においては、DtoPwithNの体制によることでもよい。

※2 当直医とは別の医師であること

在宅療養支援診療所・病院におけるBCPの策定状況について

- 在宅療養支援病院の32%、在宅療養支援診療所の11%がBCPを策定していた。

在宅療養支援病院等におけるBCPの策定状況について

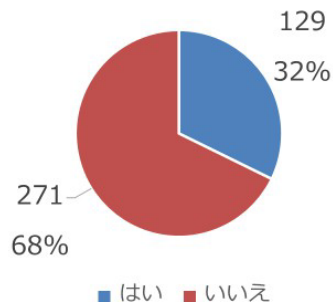
第12回第8次医療計画 等に関する検討会	資料 1
令和4年8月4日	

医療機関におけるBCP策定として求めていること

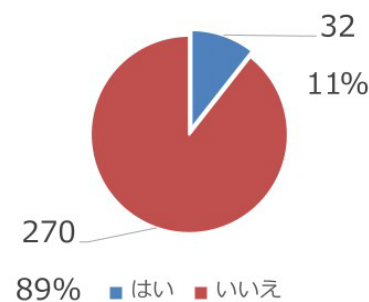
- 「在宅医療の体制構築に係る指針」（平成29年3月31日 医政地発0331第3号）において、在宅医療に係る機関は「災害時にも適切な医療を提供するための計画」の策定が求められている。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関は当該計画に加え、さらに他の医療機関等の計画策定等の支援を行うことが求められている。
- 「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日 医政発0321第2号）において全医療機関及び都道府県に対して以下のように依頼。
「医療機関は自ら被災することを想定して**災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努められたいこと。**
また、**人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関は、災害時におけるこれらの患者の搬送先等について計画を策定しておくことが望ましいこと。**なお、**都道府県はこれらの策定状況について確認を行うことが望ましいこと。**」

令和2年1月以前（新型コロナウイルス感染症拡大以前）の事業継続計画（BCP）策定状況について、在宅療養支援病院等に対し、調査を実施した結果は以下のとおりであった。

在宅療養支援病院（N=400）



在宅療養支援診療所（N=302）



※出典：「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、在宅医療・介護提供体制の強化のための研究」（令和2年度厚生労働科学特別研究事業 分担研究報告書）
令和2年12月～令和3年2月に、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所に対し、インターネット上で自記式調査票を用いた調査を実施した。

2

出典：「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、在宅医療・介護提供体制の強化のための研究」

（令和2年度厚生労働科学特別研究事業 分担研究報告書）

2025.10.01 中医協総会 在宅その2



⑤ 在宅療養支援診療所・病院の見直し

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、要件を見直す。

在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

改定前	改定後
【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (１) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～タ (略) <u>(新設)</u>	【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (１) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～タ (略) <u>レ 業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うこと。</u>

【経過措置】

令和８年３月３１日において現に在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月３１日までの間に限り、第三の六の（１）のレに該当するものとする。

※ 機能強化型（連携型）在宅療養支援診療所・病院及び機能強化型ではない在宅療養支援診療所・病院についても同様。



④ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所において、地域の24時間医療提供体制を支える医療機関を更に評価する観点から、自ら実際に医療提供体制を確保している時間に応じて評価を見直す。

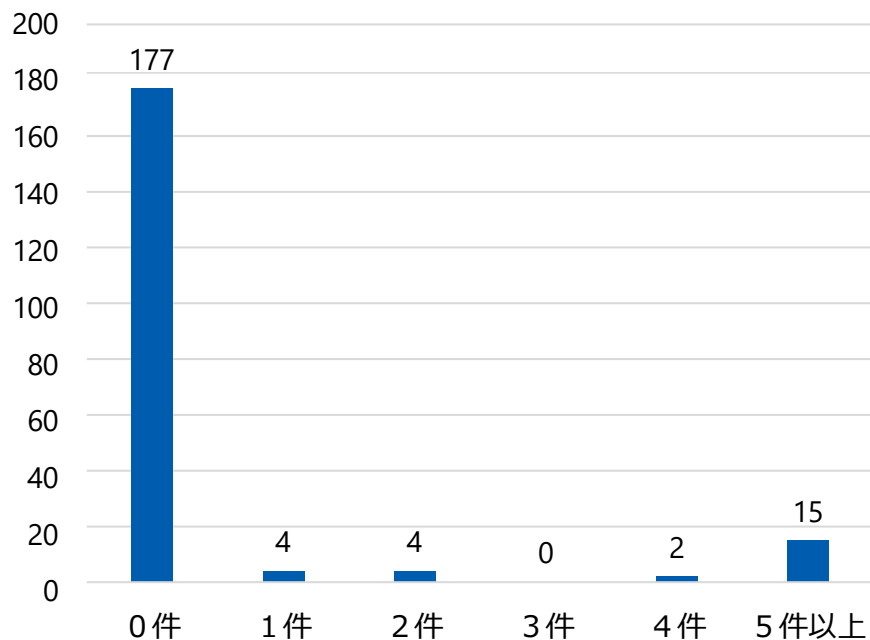
連携型の機能強化型在宅療養支援診療所について、平時から訪問診療を行っている医師により、時間外往診体制を確保している施設と、それ以外の施設に評価を分ける。

改定前	改定後
【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 一の二 往診料の注1及び往診料の在宅ターミナルケア加算、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料並びに在宅がん医療総合診療料に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの 第三の六（１）及び（２）に該当する在宅療養支援診療所及び第四の一（１）及び（２）に該当する在宅療養支援病院 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 （１）（略） （２）他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であって、次の<u>いずれ</u>の基準にも該当するものであること。	【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 一の二 往診料の注1及び往診料の在宅ターミナルケア加算、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料並びに在宅がん医療総合診療料に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの 第三の六（１）及び（２）の<u>イ</u>に該当する在宅療養支援診療所及び第四の一（１）及び（２）に該当する在宅療養支援病院 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 （１）（略） （２）他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であって、次の<u>いずれか</u>の基準に該当するものであること。

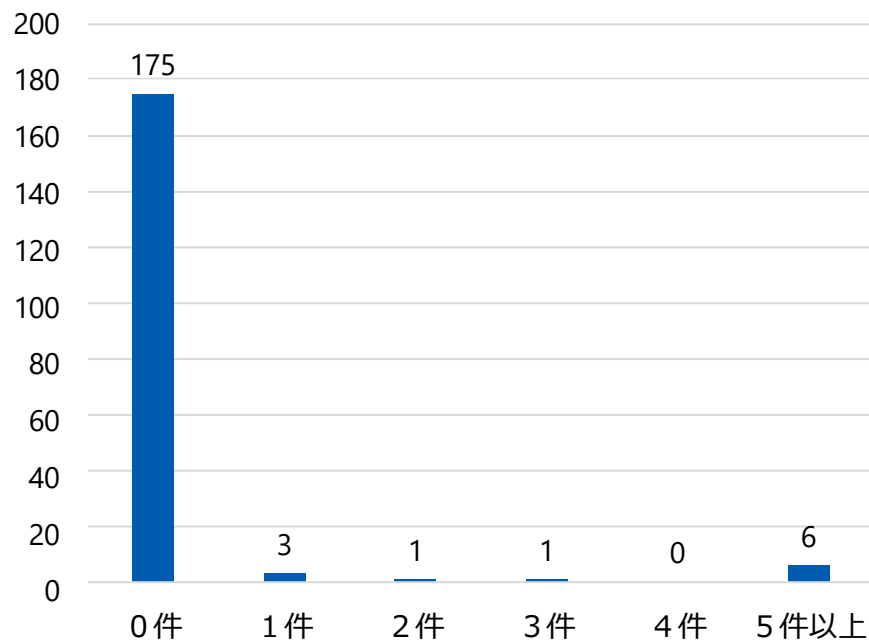
他院のかかりつけ患者に対する緊急往診・看取りの代行実績について

- 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院のうち、他院のかかりつけ患者に対して緊急往診や看取りを代行したことがある医療機関が一定程度存在する。

過去1年間における
連携型機能強化型在宅診療・病が実施した
他院かかりつけの患者への緊急往診代行実績



過去1年間における
連携型機能強化型在宅診療・病が実施した
他院かかりつけの患者への看取り代行実績





④ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

改定前

【在宅療養支援診療所】

〔施設基準〕

イ・ロ（略）

ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

二～ヨ（略）

（新設）

（３）（略）

改定後

【在宅療養支援診療所】

〔施設基準〕

イ 次のいずれの基準にも該当するものであること。

①・②（略）

③ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。また、当該保険医療機関において往診が可能な体制を一定時間確保すること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

④～⑫（略）

ロ 次のいずれの基準にも該当するものであること。

① イの①、②及び④から⑫までを満たすものであること。

② 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名及び担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名並びに担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

（３）（略）



④ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

改定前

1 在宅療養支援診療所の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

なお、(1)又は(2)のいずれかに該当するものが、「C000」往診料の注1に規定する加算、「C000」往診料の注3に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注5に規定する在宅ターミナルケア加算、「C002」在宅時医学総管理料、「C002-2」施設入居時等医学総管理料及び「C003」在宅がん医療総合診療料(以下「往診料の加算等」という。)に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

(1) (略)

(2) 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制(診療所又は許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床)未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。)を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。

改定後

1 在宅療養支援診療所の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

なお、(1)又は(2)のいずれかのいずれかに該当するものが、「C000」往診料の注1に規定する加算、「C000」往診料の注3に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注5に規定する在宅ターミナルケア加算、「C002」在宅時医学総管理料、「C002-2」施設入居時等医学総管理料及び「C003」在宅がん医療総合診療料(以下「往診料の加算等」という。)に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

(1) (略)

(2) 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制(診療所又は許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床)未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。)を構築している診療所であって、以下の要件のいずれかに該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。

④ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

改定前

1 在宅療養支援診療所の施設基準

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満のものに限る。）が、診療所にあっては以下の要件、病院にあっては第14の2の1（2）の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。

ア・イ（略）

ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

エ～ツ（略）

改定後

1 在宅療養支援診療所の施設基準

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満のものに限る。）が、診療所にあっては以下のいずれかの要件、病院にあっては第14の2の1（2）の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。

ア 以下の要件のいずれにも該当すること。

①・②（略）

③ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。また、当該機関において普段から訪問診療等を行う医師（往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む。）による、連続する24時間の往診体制等を月に4回以上確保していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

④～⑱（略）

④

1 在宅療 (新設)



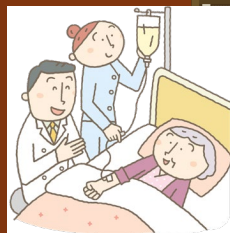
④ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

全ての在支診・在支病が満たすべき事項

24時間連絡応需体制



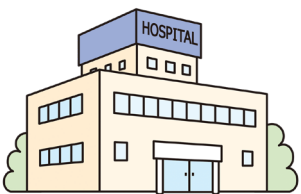
24時間往診体制



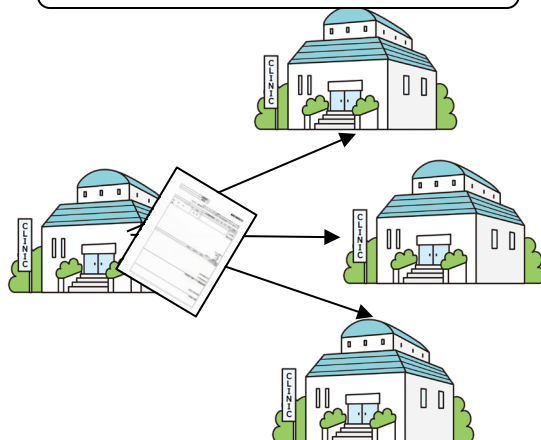
24時間訪問看護体制



緊急時の入院体制



連携医療機関への情報提供



患者への文書提供

- ・往診担当医師名
- ・訪問看護担当看護師名
- ・担当日
- ・連絡先



年1回看取り報告



厚生局



適切な意思決定支援に係る指針の作成



⑤ 在宅療養支援診療所・病院の見直し

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、要件を見直す。

在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

改定前	改定後
【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (１) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～タ (略) <u>(新設)</u>	【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (１) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～タ (略) <u>レ 業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うこと。</u>

【経過措置】

令和８年３月３１日において現に在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月３１日までの間に限り、第三の六の（１）のレに該当するものとする。

※ 機能強化型（連携型）在宅療養支援診療所・病院及び機能強化型ではない在宅療養支援診療所・病院についても同様。

⑥ 在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し

患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点及び安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。

1. 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の「月2回以上訪問診療を行っている場合（難病等を除く。）」の算定に当たって、「月2回以上の訪問診療を行う患者数」に占める「特掲診療料の施設基準等別表第8の2」と「特掲診療料の施設基準等別表第8の3」のいずれかに該当する患者割合が一定程度以上であることを要件とする。

改定後

【在宅時医学総合管理料】【算定要件】

注16 1のイの(2)、1のイの(3)、1のロの(2)、1のロの(3)、2のロ、2のハ、3のロ及び3のハについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ1のイの(4)、1のイの(4)、1のロの(4)、1のロの(4)、2のニ、2のニ、3のニ及び3のニを算定する。

改定前

【施設入居時等医学総合管理料】【算定要件】

注5 区分番号C002の注2から注5まで、注8から注10まで、注14及び注15までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

改定後

【施設入居時等医学総合管理料】【算定要件】

注5 区分番号C002の注2から注5まで、注8から注10まで、注14及び注16までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

改定後

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】【施設基準】

(11) 在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準
当該保険医療機関の月2回以上訪問診療を行う患者数が一定数未満であること又は月2回以上訪問診療を行う患者数に占める別表第八の二若しくは別表第八の三に掲げる患者数が一定割合以上であること。

⑥ 在宅時医学総合管理料等及び 在宅療養支援診療所等の見直し

①訪問診療を月2回以上行う患者数が一定数未満であるか、②別表8の2と3に該当する、特別な管理が必要な在宅療養の患者さんの割合が、一定以上である

別表第8の2 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

- 1 次に掲げる疾患に罹患している患者
末期の悪性腫瘍／スモン／難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病
後天性免疫不全症候群／脊髄損傷／真皮を越える褥瘡
- 2 次に掲げる状態の患者
在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態／在宅血液透析を行っている状態／
在宅酸素療法を行っている状態／在宅中心静脈栄養法を行っている状態／
在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態／在宅自己導尿を行っている状態／
在宅人工呼吸を行っている状態／植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
肺高血圧症であって、プロスタグランジンI2製剤を投与されている状態／気管切開を行っている状態／
気管カニューレを使用している状態
ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態／人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

別表第8の3 在宅時医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者 ※包括的支援加算の対象となる状態

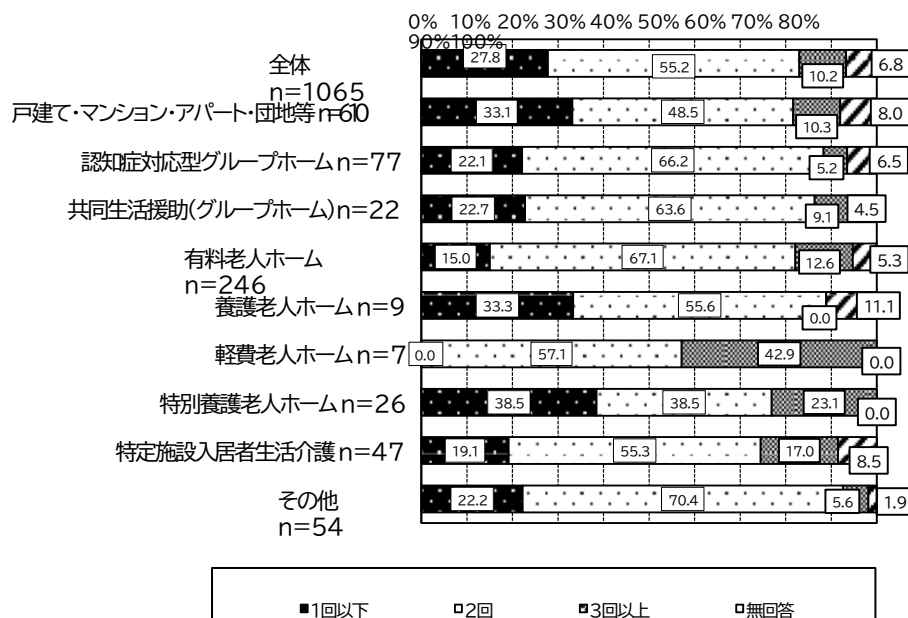
要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態
日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態
頻回の訪問看護を受けている状態
訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
麻薬の投薬を受けている状態
その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

月当たりの訪問診療回数とその理由について

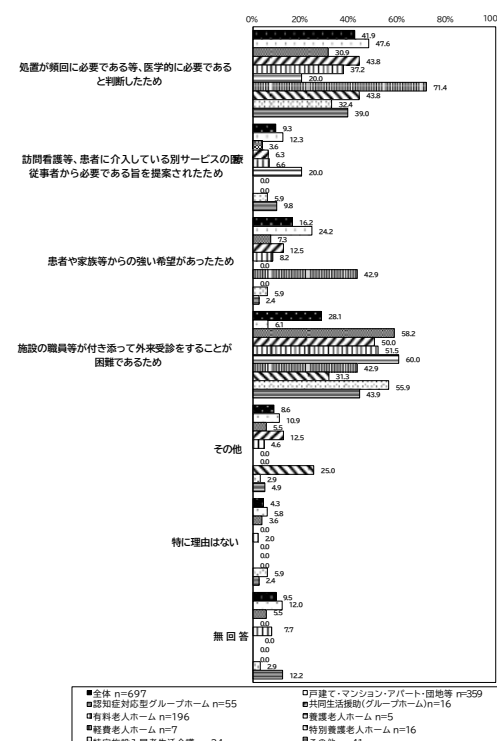
中医協 総-2
7. 8. 27

- 患者の居住場所ごとの1か月間の訪問診療回数は、戸建て・マンション・アパート・団地等では48.5%が、有料老人ホームでは67.1%が「月2回」と最多であった。
- 訪問診療実施回数が2回以上の理由について、患者の居住場所が戸建て・マンション・アパート・団地等の場合は、「処置が頻回に必要である等、医学的に必要であると判断したため」が47.6%と最も多く、有料老人ホームの場合は「施設の職員等が付き添って外来受診をすることが困難であるため」が51.5%と最も多かった。

図表 3-65 当該患者への、1か月間の訪問診療実施回数
(訪問先別)



図表 3-68 1か月間の訪問診療実施回数が2回以上の理由 (複数回答)
(訪問先別)



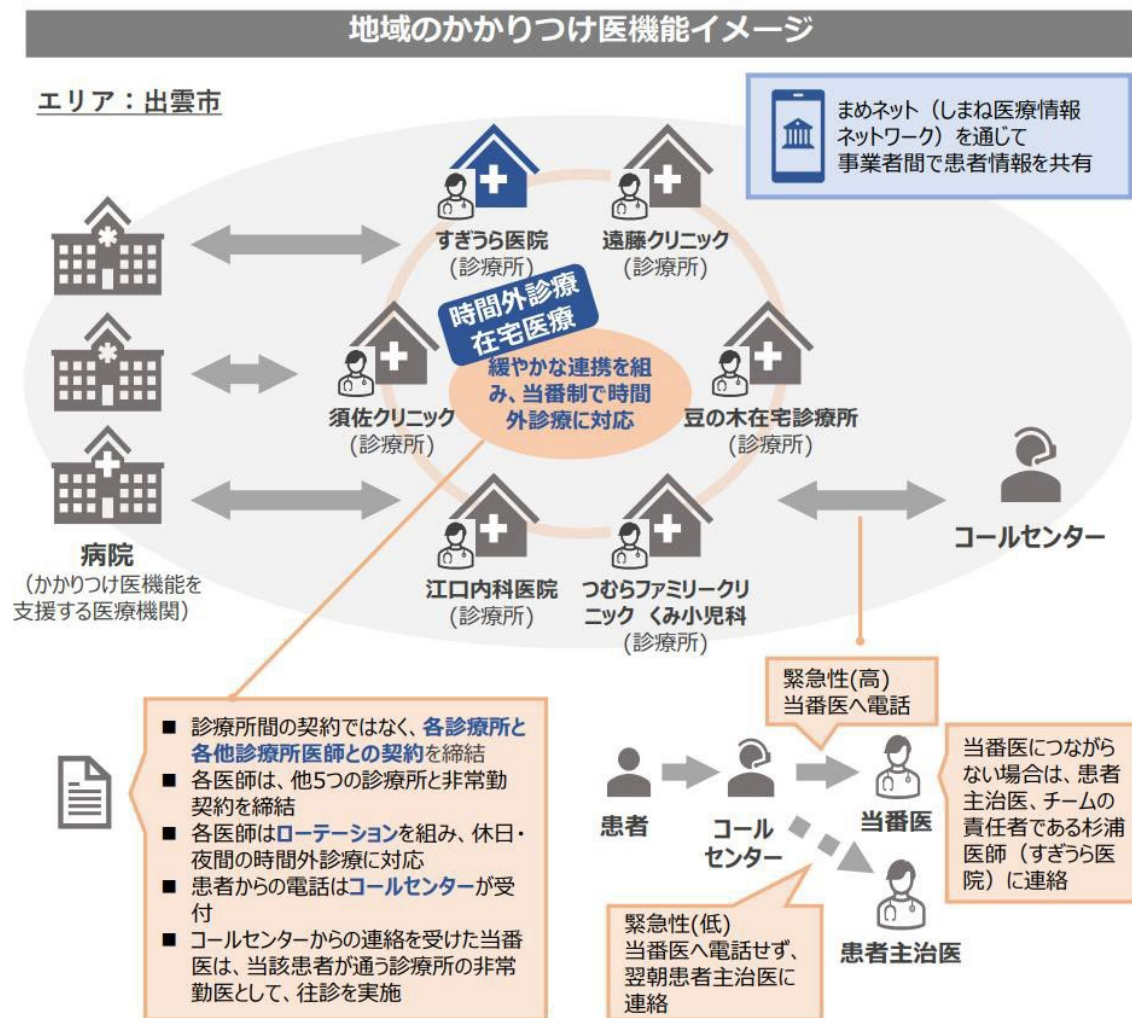
⑥ 在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し

２．在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。

改定前	改定後
【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (１) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ・ロ (略) ハ 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。 ニ 当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 ホ～タ (略)	【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (１) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ・ロ (略) ハ 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員等をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。 ニ 当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供<u>する等の対応を行っている</u>こと。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供<u>する等の対応を行っている</u>場合は、この限りでない。 ホ～タ (略)

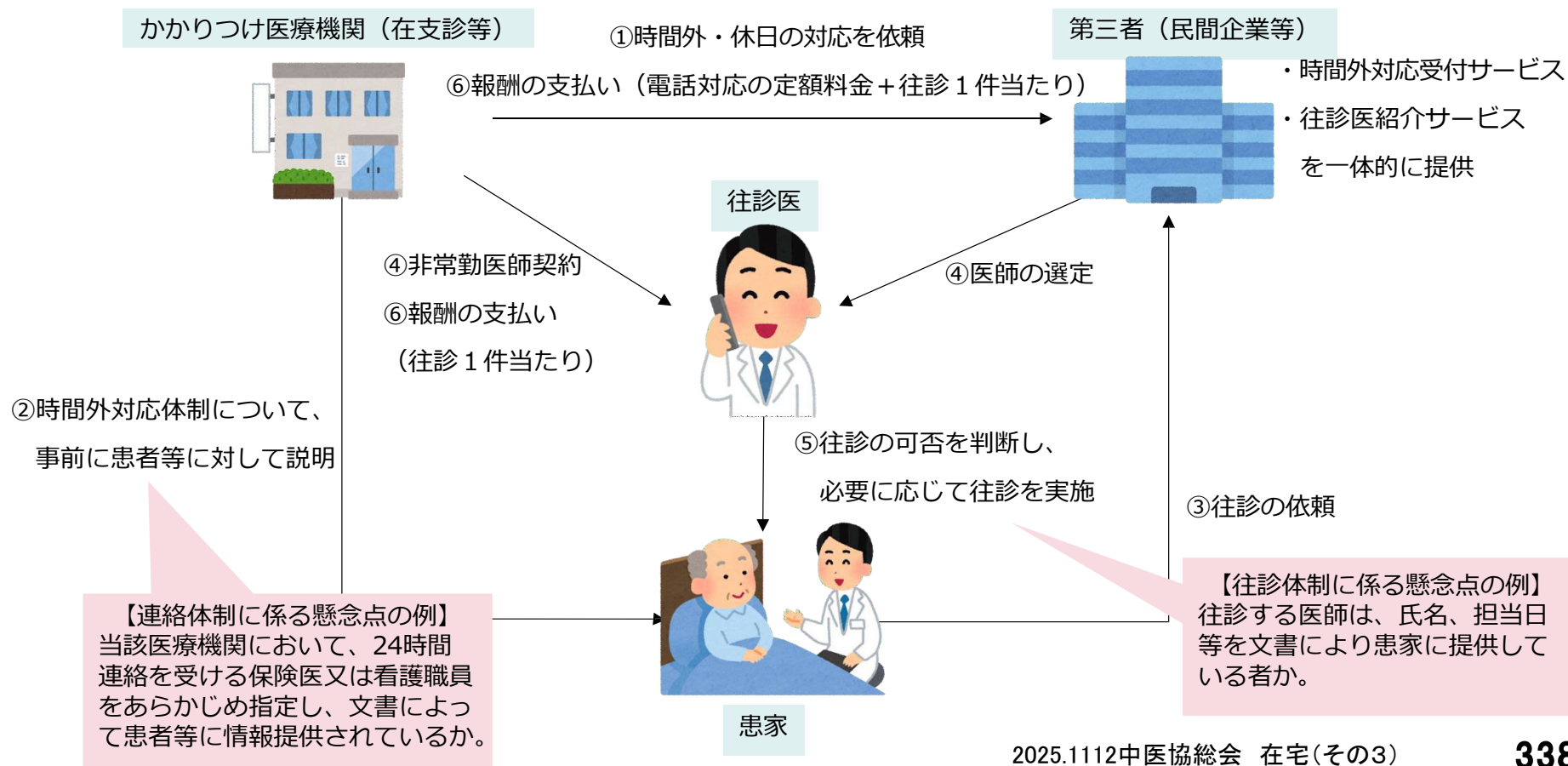
在宅医療提供診療所同士のICTを用いた平時からの情報連携事例

- 在宅医療を提供する診療所同士が医療情報ネットワークを活用することで平時からの医療情報等の共有体制を構築し、当番制で休日・時間外対応を行うなど、円滑に24時間往診体制を構築している事例がある。



時間外や夜間の連絡・往診代行サービスの流れ（イメージ）

- 24時間連絡体制の確保のため、連絡窓口（コールセンター業務）をサービス会社に委託している事例がある。さらに、24時間往診体制の確保のため、サービス会社に登録されている医師がその場でかかりつけ医療機関の非常勤医師として雇用契約を結ぶことで、当該医療機関の医師として往診が行われる事例がある。
- この場合、時間外や夜間に誰が連絡応需や往診を行うかについて、患者への事前説明が十分になされていないのではないかといった懸念が指摘されている。





⑥ 在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し

改定前	改定後
【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 なお、（１）又は（２）のいずれかに該当するものが、「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、「Ｃ０００」往診料の注３に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注５に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料及び「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。 （１）診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア（略）	
イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者とは直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者とは直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。	イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者とは直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者とは直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。<u>また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保していること。</u>



⑥ 在宅時医学総合管理料等及び 在宅療養支援診療所等の見直し

改定前	改定後
【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 エ～ツ（略） (2)・(3)（略）	【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 <u>なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合であっても、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談し、診療方針等の共有を行っている者に限られるものであり、それ以外の者が往診することは、往診が可能な体制の確保には該当しない。</u> エ～ツ（略） (2)・(3)（略） <u>※ 単独型の機能強化型在宅療養支援病院、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院及び従来型の在宅療養支援診療所・病院においても同様。</u>

⑦ 在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し

患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、在宅療養指導管理材料加算の算定要件を見直す。

全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「３月に３回」に統一する。

改定前	改定後
【在宅療養指導管理材料加算】【算定要件】 通則 １ 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第１款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、<u>月１回</u>に限り算定する。 【血糖自己測定器加算】 【算定要件】 注１ １から４までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、<u>３月に３回に限り</u>、第１款の所定点数に加算する。 イ～二（略） ２ ５及び６については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、<u>３月に３回に限り</u>、第１款の所定点数に加算する。 イ～八（略） ３ ７については、インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、<u>３月に３回に限り</u>、第１款の所定点数に加算する。	【在宅療養指導管理材料加算】【算定要件】 通則 １ 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第１款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、<u>３月に３回</u>に限り算定する。 【血糖自己測定器加算】 【算定要件】 注１ １から４までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 イ～二（略） ２ ５及び６については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 イ～八（略） ３ ７については、インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

⑦ 在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し

改定前	改定後
【血糖自己測定器加算】 【算定要件】 4 SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、<u>3月に3回に限り</u>、40点を更に第1款の所定点数に加算する。 【間歇注入シリンジポンプ加算】 【算定要件】 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、<u>2月に2回に限り</u>第1款の所定点数に加算する。	【血糖自己測定器加算】 【算定要件】 4 SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、40点を更に第1款の所定点数に加算する。 <u>※ 酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算、特殊カテーテル加算、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算、在宅酸素療法材料加算、在宅持続陽圧呼吸療法材料加算、在宅ハイフローセラピー材料加算、在宅経肛門的自己洗腸用材料加算及び在宅ハイフローセラピー装置加算についても同様。</u> 【間歇注入シリンジポンプ加算】 【算定要件】 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。 <u>※ 持続血糖測定器加算、経腸投薬用ポンプ加算、持続皮下注入シリンジポンプ加算及び注入ポンプ加算についても同様。</u>

⑧ 医師と薬剤師の同時訪問の推進

在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師が同時訪問することについて、新たな評価を行う。

1. 訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。

改定後

（新）訪問診療薬剤師同時指導料（6月に1回） 300点

【対象患者】

当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者

【算定要件】

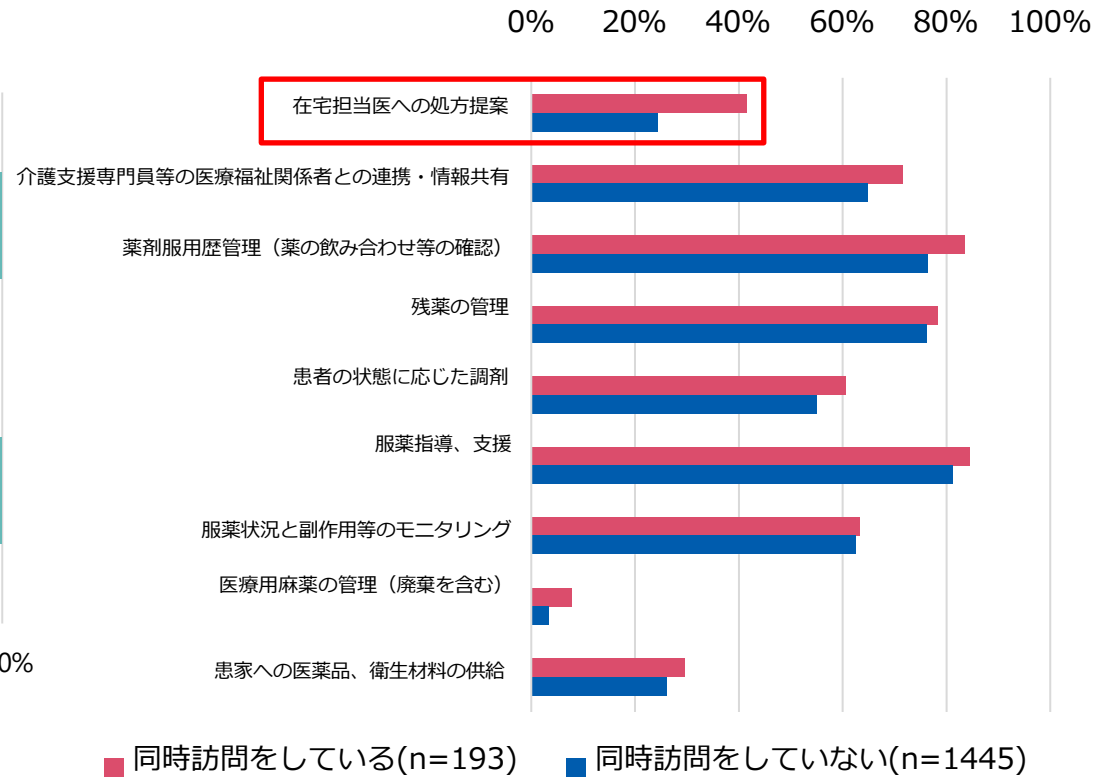
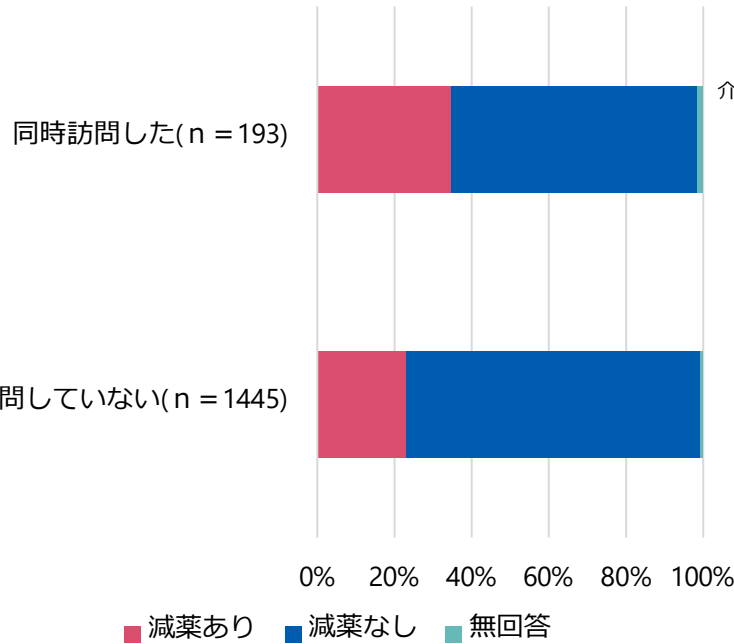
- （1） 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者（施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）であって、通院が困難なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している他の保険医療機関若しくは保険薬局又は居宅療養管理指導を実施している病院、診療所若しくは保険薬局の薬剤師と同時に訪問を行うとともに、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。
- （2） 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

医師と薬剤師の同時訪問による患者の服薬管理への効果

- 医師と薬剤師が同時に訪問する体制を取っている場合、減薬の実施に繋がることや、在宅担当医への処方提案など、充実した薬剤管理に繋がることから、より適切な処方やポリファーマシー対策に繋がる可能性がある。

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、
減薬の実施有無

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、
薬剤管理の内容別実施割合 (複数回答可)



出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」(薬局調査)

⑧ 医師と薬剤師の同時訪問の推進

２．調剤報酬において、訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、訪問診療を行う医師と同時訪問することについて、新たな評価を行う。

改定後

（新）訪問薬剤管理医師同時指導料（６月に１回） 150点

【対象患者】

区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者（単一建物診療患者が１人の場合）その他厚生労働大臣が定める患者

【算定要件】

在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に訪問を行うとともに、薬学的管理及び指導を行った場合に、６月に１回に限り算定する。ただし、区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料又は区分番号１５の８に掲げる在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合については、算定しない。

【施設基準】

訪問薬剤管理医師同時指導料に規定する患者

- （１）在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者（単一建物診療患者が一人の場合に限る。）
- （２）指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者
- （３）指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者



⑨ 残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し

患者における残薬の整理や適切な服薬指導の実施を推進する観点から、地域包括診療加算等並びに在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直すとともに、指定訪問看護の運営基準において残薬対策に係る取組を明確化する。

1. 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。
2. 地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定患者への処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化する。

改定前

【再診料】
【算定要件】
(11) 地域包括診療加算
ア～エ (略)
オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
(イ) (略)
(ロ) 他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
(ハ)～(ル) (略)
カ～サ (略)

改定後

【再診料】
【算定要件】
(11) 地域包括診療加算
ア～エ (略)
オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
(イ) (略)
(ロ) 他の保険医療機関と連携並びにオンライン資格確認及び電子処方箋システム等を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患者における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
(ハ)～(ル) (略)
カ～サ (略)
※ 地域包括診療料についても同様。



⑨ 残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し

3. 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料において、診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。

改定後

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

【算定要件】

(31) 患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

4. 指定訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを明確化する。また、服薬状況について、主治医への情報提供とともに、薬局への情報提供を行うことが望ましいことを規定する。

改定前

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（心身の状況等の把握）

第九条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者(以下「利用者」という。)の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

（５）心身の状況等の把握（基準省令第９条関係）

基準省令第９条は、適切な指定訪問看護が提供されるようにするため、利用者の病歴、病状、介護の状況、家屋の構造等の家庭環境、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるべきことを規定したものであり、これらの利用者に関する記録は、訪問看護記録書に記入し、基準省令第30条の規定に基づき保存しておかなければならないものであること。

改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（心身の状況等の把握）

第九条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者(以下「利用者」という。)の心身の状況、服薬状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

（５）心身の状況等の把握（基準省令第９条関係）

基準省令第９条は、適切な指定訪問看護が提供されるようにするため、利用者の病歴、病状、服薬状況（残薬の状況を含む。）、介護の状況、家屋の構造等の家庭環境、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるべきことを規定したものであり、これらの利用者に関する記録は、訪問看護記録書に記入し、基準省令第30条の規定に基づき保存しておかなければならないものであること。



⑨ 残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し

改定前	改定後
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 (10) 主治医との関係（基準省令第16条関係） ①～④（略） ⑤ 訪問看護の実施に当たっては、特に保険医療機関内の場合と異なり、看護師が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 (10) 主治医との関係（基準省令第16条関係） ①～④（略） ⑤ 訪問看護の実施に当たっては、特に保険医療機関内の場合と異なり、看護師が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。<u>また、主治医に対して、指定訪問看護の提供に当たり把握した利用者の心身の状況、服薬状況（残薬の状況を含む。）等に係る必要な情報の提供を行うこと。服薬状況については、必要に応じ、利用者の同意を得て利用者に対し調剤を行う保険薬局に情報を提供することが望ましい。</u>



⑩ ヘき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直す。

在宅患者の時間外対応体制について、医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定を可能とする。

改定前	改定後
【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】 【施設基準】 1 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準 (1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。 ア (略) イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。	【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】 【施設基準】 1 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準 (1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。 ア (略) イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。<u>ただし、当該保険医療機関が「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地診療所であって、在宅医療を担当する医師が、緊急時の連絡体制及び24時間診療体制の確保において当該へき地診療所と連携するへき地医療拠点病院又は医療提供機能連携確保加算を算定する別の保険医療機関においても勤務している場合においては、常勤でなくても差し支えない。</u>

① オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

1. 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示及び医療広告ガイドラインの遵守等を追加する。
2. 向精神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うことを要件とする。

情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示、医療広告ガイドラインの遵守及び向精神薬処方時の電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェック等による薬剤情報の把握を追加する。

改定前

【医科初診料、医科再診料及び外来診療料】 【施設基準】

一の三 医科初診料、医科再診料及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(新設)

【施設基準（通知）】

第1 情報通信機器を用いた診療

1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～エを満たすこと。

ア～ウ (略)

エ 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること。

改定後

【医科初診料、医科再診料及び外来診療料】 【施設基準】

一の三 医科初診料、医科再診料及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 向精神薬を適正に使用するために必要な体制が整備されていること。

【施設基準（通知）】

第1 情報通信機器を用いた診療

1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のアからエを満たすこと。

ア～ウ (略)

エ 以下について、当該保険医療機関のウェブサイトに掲示していること。



① オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

改定前	改定後
(新設)	(イ) 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないこと (ロ) 当該保険医療機関での対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト
(新設)	オ 医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン）を遵守していること。また、当該保険医療機関のウェブサイトを作成する際には、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」を参考にすること。
(新設)	カ 向精神薬を処方するに当たり、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うこと。ただし、電子処方箋システムを有していない場合には、令和10年5月31日までの間に限り、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認することとしても差し支えない。



② D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

D to P with Nによるオンライン診療の適正な推進の観点から、診療時の看護職員の訪問に関する評価、訪問看護療養費等との併算定方法や、検査及び処置等の算定方法を明確化する。

１．D to P with Nによるオンライン診療について、在宅患者訪問看護・指導料等との併算定ルールを明確化する。

改定前	改定後
【C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料、C 0 0 5－1－2 同一建物居住者訪問看護・指導料】 【算定要件（通知）】 (1)～(35)（略） <u>（新設）</u>	【C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料、C 0 0 5－1－2 同一建物居住者訪問看護・指導料】 【算定要件（通知）】 (1)～(35)（略） <u>(36) 訪問看護・指導の実施時に当該保険医療機関の保険医が情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、C 0 0 5 及びC 0 0 5－1－2 は算定できる。なお、この場合においても、訪問看護・指導の実施時間は十分に確保すること。</u>

２．訪問看護を同時に実施しない場合であって、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護師等」という。）が患家に訪問する場合の訪問及び診療の補助に係る評価を新設する。

（新）C 0 0 5－1－3 訪問看護遠隔診療補助料（１日につき）265点

【算定要件】

（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の医師が、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、情報通信機器を用いた診療を行う際に、看護師等が患者と同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、当該保険医療機関の看護師等が行う訪問看護・指導又は別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等が、訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に、患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に1回に限り算定する。



② D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

（新）C 0 0 5－１－３ 訪問看護遠隔診療補助料（１日につき） 265点

【算定要件】（続き）

（２） 訪問看護遠隔診療補助に要した交通費は、患家の負担とする。

【算定要件（通知）】

（１） 訪問看護遠隔診療補助料は、保険医療機関の医師が、情報通信機器を用いた診療に際し、当該保険医療機関の看護師等が行う指定訪問看護・指導又は訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護計画書に基づいて行う指定訪問看護以外の場面で、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に1回に限り算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定の対象としない。

（２） 訪問看護遠隔診療補助料は、看護師等が患者と同席の下で行う診療のうち以下のア又はイの場合における看護師等による訪問について評価するものである。

ア 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関自身が当該診療時に看護師等を患家に訪問させる場合

イ 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションによる訪問を併用して行われる場合（ただし、医療保険の訪問看護の対象の患者であって、訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付したものについて、訪問看護指示書の有効期間内に行う場合は、訪問看護ステーションによる訪問に要する費用は、訪問看護療養費として訪問看護ステーションに直接支払われるため、当該点数の対象とならない。）

（３） 算定に際しては、当該保険医はその指示内容を診療録に記載すること。また、当該看護師等は、医師の指示及び当該指示に基づき行った診療の補助の日時、内容の要点並びに対応状況を看護記録等に記録すること。

（４） 当該点数を算定する場合、「C 0 0 5」在宅患者訪問看護・指導料、「C 0 0 5－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、「C 0 0 7」訪問看護指示料、「I 0 1 2」精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費は別に算定できないが、「C 0 0 5－２」在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できる。



② D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

(新) C 0 0 5－１－３ 訪問看護遠隔診療補助料（１日につき） 265点

【算定要件（通知）】（続き）

（５） 当該点数については、オンライン指針に沿って診療及び診療の補助を行った場合に算定する。また、オンライン指針において、「初診からのオンライン診療を行おうとするときは、診療前相談を行う。」とされていることを踏まえ、診療前相談を実施し、情報通信機器を用いた診療を行う保険医が、看護師等による患家への訪問の必要性を認めた場合に限り算定できることとし、その必要性について診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（６） 緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに対して行う場合については、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、当該保険医療機関に対し緊急に直接診療を求め、当該保険医療機関の医師が、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断し、可及的速やかに患家に看護師等を訪問させて診療の補助を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に情報通信機器を用いた診療を行った場合には算定できない。

（７） 注１に規定する訪問看護ステーションの看護師等が訪問し診療の補助を行う場合、次の点に留意すること。

ア 患家への訪問は当該保険医療機関の依頼と患者の同意に基づき行われるものであることから、訪問にあたって訪問看護指示書を交付する必要はない。

イ 患家において行う情報通信機器を用いて行う診療の補助については、診療時に医師が情報通信機器を用いて指示を行う等の方法により、医師の指示に基づいて行うものであること。

ウ 当該点数は訪問看護ステーションからの訪問を評価したものであることから、当該診療報酬については、保険医療機関と訪問看護ステーションの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

エ 第３部検査等を含む当該診療の補助に伴う診療報酬の請求については、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（８） 注２に規定する交通費は実費とする。

（９） 同一の患家又は有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるものにおいて、看護師等が２人以上の患者の診療の補助を行った場合は、２人目以降の患者については訪問看護遠隔診療補助料を算定せず、「A 0 0 0」初診料又は「A 0 0 1」再診料若しくは「A 0 0 2」外来診療料及び第２章特掲診療料のみを算定する。この場合において、２人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が１時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、訪問看護遠隔診療補助料を算定する。

【施設基準】

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。



② D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

(新) 07 訪問看護遠隔診療補助料（1日につき） 2,650円

【算定要件】

主治医（医科点数表の区分番号C 0 0 5－1－3の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医に限る。）から交付を受けた訪問看護指示書の有効期間内の利用者について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護職員が、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、緊急に診療を要すると判断した主治医の指示を受けて訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に1回に限り算定する。

【算定要件（通知）】

（１） 訪問看護遠隔診療補助料は、主治医から訪問看護指示書を受けた利用者の訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、看護職員が訪問し、診療の補助を行うことについて評価するものであること。

（２） 当該所定額は、訪問看護ステーションの利用者に対して、看護職員が訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に1回に限り算定する。

（３） 当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護ベースアップ評価料は算定できない。

（４） 当該所定額は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。また、同一の利用者について、保険医療機関において医科点数表の区分番号C 0 0 5－1－3に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合には、算定できないこと。

（５） 当該所定額は、主治医の求めに応じて、主治医の指示により、訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合における情報通信機器を用いた診療に際し、診療の補助を行った場合に算定するものであり、主治医から交付を受けた訪問看護指示書の有効期間内にある者のみが算定できる。有効な訪問看護指示書の交付を受けていない利用者については、当該所定額を算定できず、保険医療機関において医科点数表の区分番号C 0 0 5－1－3に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定するものであること。



② D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

（新） 0 7 訪問看護遠隔診療補助料（1日につき） 2,650円

【算定要件（通知）】（続き）

（６） 診療の補助を実施した日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。なお、指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記録すること。

（７） 必要な場合は訪問看護指示の変更を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

（８） 当該補助料については、オンライン指針に沿って診療及び診療の補助を行った場合に算定する。

【施設基準】

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されている保険医療機関と連携しながら診療の補助を行う体制が整備されていること。



② D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

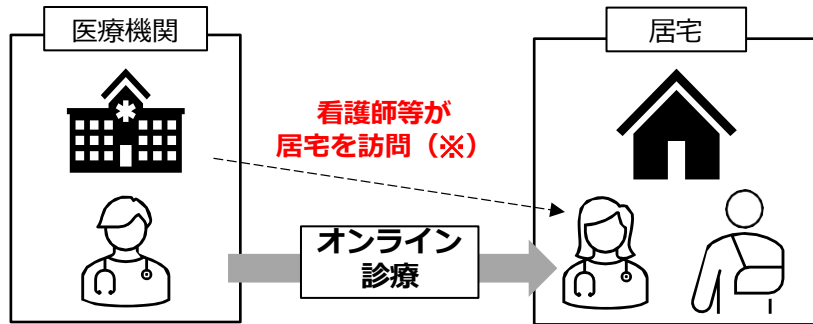
３．D to P with Nによるオンライン診療について、検査及び処置等の算定方法を明確化し、D to P with Nによる検査及び処置の評価を新設する。

改定前	改定後
【第３部 検査】 【算定要件】 １～６（略） <u>（新設）</u>	【第３部 検査】 【算定要件】 通則 １～６（略） <u>７ 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第３節又は第４節に掲げる検査を実施した場合は、看護師等遠隔診療検査実施料として、第３節又は第４節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを算定する。</u> <u>イ １種類の場合 １００点</u> <u>ロ ２種類以上の場合 １５０点</u>
【第６部 注射】 【算定要件】 通則 １～９（略） <u>（新設）</u>	【第６部 注射】 【算定要件】 通則 １～９（略） <u>１０看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第１節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第１節の各区分の所定点数に代えて、１日につき、１００点を算定する。ただし、第９部通則第９号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料のロを算定する場合は算定しない。なお、当該実施料を算定した場合には、区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅患者訪問点滴注射指導管理料は別に算定できない。</u>
【第９部 処置】 【算定要件】 通則 １～８（略） <u>（新設）</u>	【第９部 処置】 【算定要件】 通則 １～８（略） <u>９ 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第１節に掲げる処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置実施料として、第１節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを算定する。</u> <u>イ １種類の場合 １００点</u> <u>ロ ２種類以上の場合 １５０点</u>

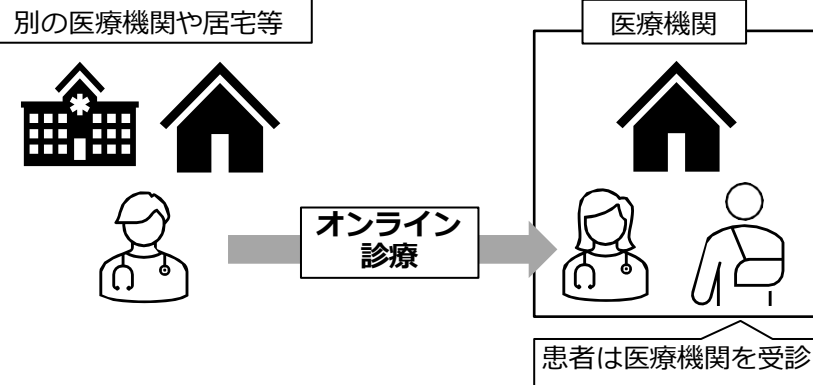
D to P with Nとして想定される診療形態

- オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿って実施した場合に想定されるD to P with Nの看護師等の所属先として、医師と同一の医療機関の場合と、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの場合が考えられる。
- また、看護師等が患者の居宅を訪問する場合については、訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問として看護師等が患者の居宅を訪問した際にオンライン診療を実施する場合と、事前に予定された訪問看護がない場合に看護師等が患者の居宅に訪問し、オンライン診療を実施する場合等が想定される。

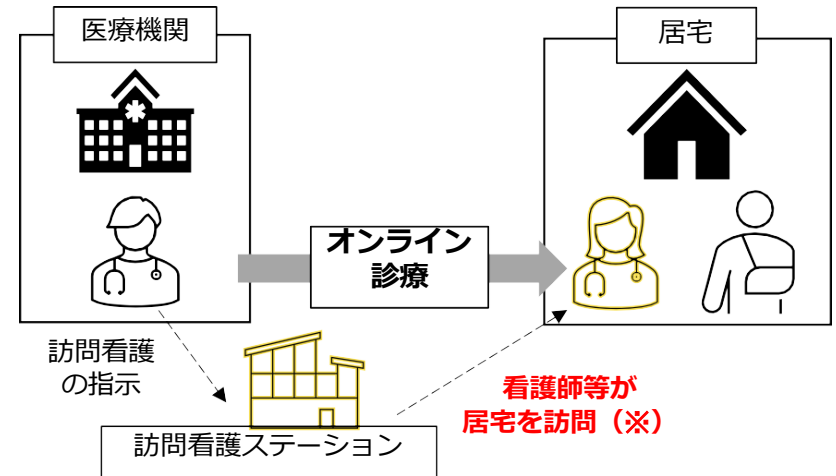
医師と同一の医療機関の看護師等の場合



(参考) 上記形態のほか、患者が医師が不在の時間帯に医療機関を受診した場合に、オンライン診療を実施することも考えられる。



訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合



(※) 看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係

状況	想定される事例
訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）	✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合 ✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合
予定された訪問看護がない場合	✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合

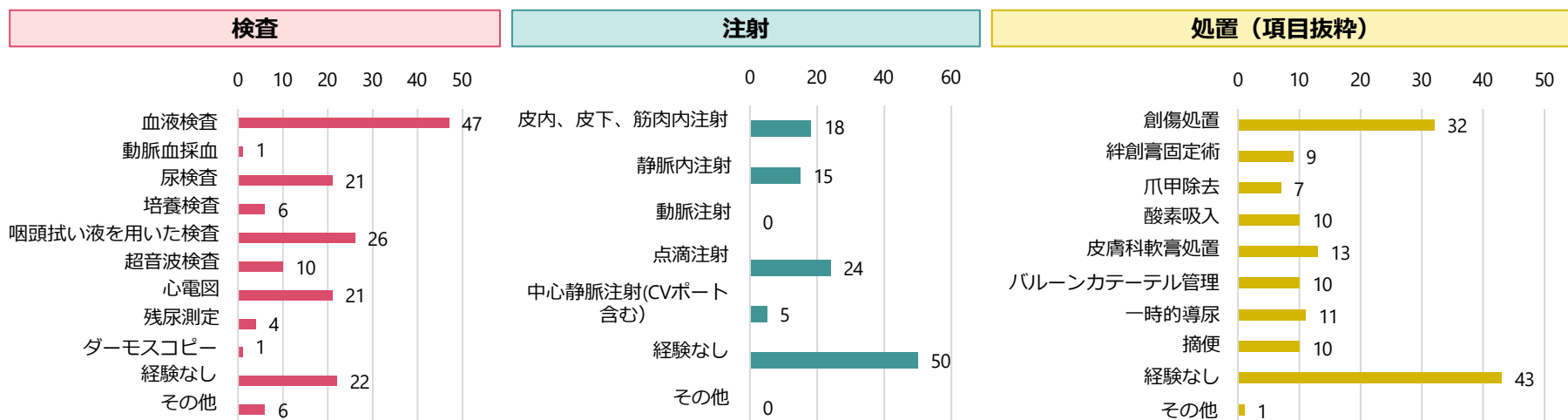
D to P with Nで実施される診療の補助行為

- 平成28年度診療報酬改定において、医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外の日に行った検体採取や、使用した特定保険医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱いが明確化された。
- 令和7年度厚生労働科学特別研究事業の調査によると、患者が看護師という場合のオンライン診療において、看護師が実際に実施したことのあった診療の補助行為として、検査としては採血、咽頭拭い液を用いた検査、尿検査、心電図等が挙げられ、処置・注射としては点滴注射、創傷処置、皮膚科軟膏処置等が挙げられた。

特定保険医療材料等の算定の明確化（平成28年度診療報酬改定）

	訪問看護等
薬剤	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、点滴又は処置等に用いた薬剤及び特定保険医療材料（患者に使用した分に限る）の費用を算定できることとする。
特定保険医療材料	
検体検査	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、検体検査実施料の費用を算定できることとする。（当該医療機関は、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給する。）

D to P with Nで実施される診療の補助行為の例（調査項目抜粋）（n=81）



出典：令和7年度厚生労働科学特別研究事業「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究（研究代表者：原田昌範）」

2025.11.07 中医協総会 外来(その3)



③ 遠隔連携診療料の評価の拡大

D to P with Dによるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

1. 遠隔連携診療料の対象疾患について、希少がん及び医療的ケア児（者）を追加し、人口の少ない地域に所在する医療機関に限り、悪性腫瘍、膠原病及び透析を追加するとともに、評価を見直す。
2. 遠隔連携診療料について、在宅医療において主治医の求めを受けて情報通信機器を用いた診療を実施する場合の評価を新設する。
3. 遠隔連携診療料について、入院患者に対する情報通信機器を用いた対診に係る評価を新設する。

改定前

【B005－11 遠隔連携診療料】

1 診断を目的とする場合 750点

2 その他の場合 500点

(新設)

【算定要件】

注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

改定後

【B005－11 遠隔連携診療料】

1 外来診療の場合 900点

2 訪問診療の場合 900点

3 入院診療の場合 900点

【算定要件】

注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断又は治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

1 診断を目的とする場合 750点 2 その他の場合 500点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

〔対象患者〕

- 注1
- ・ 指定難病の疑いがある患者
 - ・ てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者
- 注2
- ・ 指定難病の患者
 - ・ てんかんの患者（知的障害を有する者に限る。）

〔対象医療機関〕 ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院
- ・ てんかん診療拠点機関

〔算定要件〕

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。
- ・ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意



主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う（初診も可）



③ 遠隔連携診療料の評価の拡大

改定前	改定後
【B005－11 遠隔連携診療料】 【算定要件】 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、<u>対面診療</u>を行っている<u>入院中の患者以外の患者</u>であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、<u>治療</u>を行うことを目的として、患者の同意を得て、<u>当該施設基準を満たす難病又はてんかん</u>に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、<u>当該患者の来院時に</u>、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、<u>3月に1回</u>に限り算定する。 <u>(新設)</u>	【B005－11 遠隔連携診療料】 【算定要件】 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、<u>在宅で療養</u>を行っている患者であって<u>通院が困難な患者のうち</u>、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、<u>治療管理</u>を行うことを目的として、患者の同意を得て、<u>別に厚生労働大臣が定める患者</u>に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、<u>計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に</u>、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、<u>3月に1回</u>に限り算定する。 <u>3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。</u>

皮膚科領域における現状、課題、方向性

日本皮膚科学会 提供資料



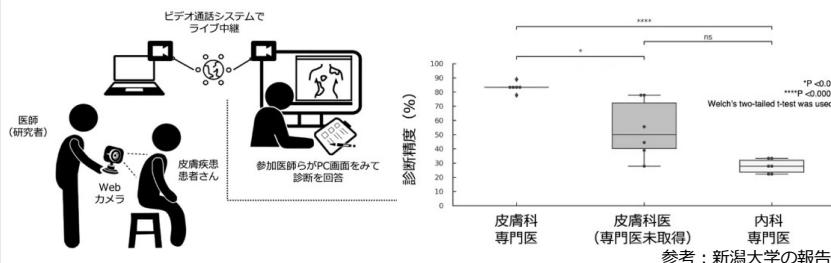
公益社団法人
日本皮膚科学会
Japanese Dermatological Association

ニーズ等

- 日本臨床皮膚科医会及び日本看護協会が実施した調査によると、訪問看護を利用する566名の**在宅療養者のうち、何らかの皮膚疾患を有していたのは399名（70.5%）**であり、代表的な疾患は皮膚真菌症222名（33.6%）、湿疹・皮膚炎群208名（31.5%）、褥瘡48名（7.3%）、爪のトラブル43名（7.3%）等がみられた。また、**皮膚疾患が未治療であったのは114（28.1%）**で、理由としては本人・家族が希望しない場合の他、**「近くに往診する皮膚科医がない」「皮膚科は往診しないと思っていた」等があった。**

取組事例

- 一般的なビデオ通話システム及びWebカメラを利用した皮膚疾患をもつ患者の遠隔での診断について、皮膚科専門医は他のグループ（内科専門医、皮膚科専攻医）と比較して診断精度が高かった。【D to P】



- 岩手医科大学、新潟大学、和歌山県立医科大学、島根大学、長崎大学では、遠隔地の地域医療機関と連携し、皮膚疾患に関する遠隔診療を支援。遠隔医療の中でも、専門医の診療を必要とする皮膚疾患の占める割合が多かった。【D to D、D to P】

<岩手医大と地域の連携>



<皮膚科の遠隔医療で必要な設備>



<和歌山県立医大の取組>



課題や今後の方向性

- 前述の在宅医療の場面をはじめとして、さまざまな**地域における皮膚科医療へのニーズは十分に存在しているものの、往診を含む地域医療機関における皮膚科診療の提供には、患者および皮膚科医それぞれのアクセス不良など様々な課題も示唆**されている。
- 在宅医療のほか、外来・入院中の患者を含め、オンライン診療の活用により、皮膚科の専門的医療へのアクセスを改善し、皮膚科専門医のリソースを効率的に活用することは有益。**そのためには、**皮膚科診療を支援するためのインフラ**（遠隔対応検査機器、高解像度対応オンライン診療システム）、**診療補助に当たる看護師の研修、ニーズがある患者・医療機関と皮膚科医療のマッチング**等も重要。

③ 遠隔連携診療料の評価の拡大

改定前	改定後
【B005－11 遠隔連携診療料】 【算定要件（通知）】 （１）注１については、<u>難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病又はてんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）</u>の診断を行うことを目的として、患者の同意を得て、<u>難病又はてんかん</u>に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、患者の診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。 <u>（新設）</u>	【B005－11 遠隔連携診療料】 【算定要件（通知）】 （１）注１については、<u>以下のアからカのいずれかに該当する患者の診断及び治療管理</u>を行うことを目的として、患者の同意を得て、<u>当該患者</u>に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。 <u>ア 難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病の患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）</u> <u>イ てんかん（外傷性のてんかん（診断を目的とした場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）</u> <u>ウ 希少がんの患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）</u> <u>エ 児童福祉法第６条の２第１項に規定する小児慢性特定疾病（同条第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）の患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）</u> <u>オ 医療的ケア児（者）</u> <u>カ 「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する保険医療機関を受診した悪性腫瘍（治療中のものに限る。）の患者、膠原病（治療中のものに限る。）の患者及び慢性維持透析の患者</u>

③ 遠隔連携診療料の評価の拡大

改定前

【B005－11 遠隔連携診療料】

(2) 注2については、指定難病又はてんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、指定難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

(新設)

改定後

【B005－11 遠隔連携診療料】

(2) 注2については、以下のアからウのいずれかに該当する患者の治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該患者の治療に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

ア 主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関が標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者

イ 医療的ケア児（者）

ウ「B001」の「24」外来緩和ケア管理料の対象患者

(3) 注3については、以下のアからエまでのいずれかに該当する患者の治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、以下のアからエまでのいずれかに該当する患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

ア 指定難病の患者

イ 希少がんの患者

ウ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者

エ 日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者

オ 当該保険医療機関が標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者

③ 遠隔連携診療料の評価の拡大

改定前	改定後
【B005－11 遠隔連携診療料】 (3)～(4) (略) (5) 当該他の保険医療機関は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」（平成29年4月14日健難発0414第3号厚生労働省健康局難病対策課長通知）に規定する難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院又は「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」（平成27年5月28日障発0528第1号）に定めるてんかん診療拠点機関であること。 (新設) (新設) (新設) (新設) (6)～(8) (略)	【B005－11 遠隔連携診療料】 (4)～(5) (略) (6) 当該他の保険医療機関は、以下のアからカまでのいずれかに該当すること。 ア (1) ア及び(3)アの患者を診療する場合は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」（平成29年4月14日付け健難発0414第3号厚生労働省健康局難病対策課長通知）に規定する難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院であること。 イ (1) イの患者を診療する場合は、「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」（平成27年5月28日障発0528第1号）に定めるてんかん診療拠点機関であること。 ウ (1) ウ、(3)イ及びエの患者を診療する場合は、特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院であること。 エ (1) エ及び(3)ウの患者を診療する場合は、特定機能病院又は「A307」の「1」小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関であること。 オ (2) ウの患者を診療する場合は、「B001」の「24」外来緩和ケア管理料の施設基準を届け出ていること。 カ (1) カ、(2)ア及び(3)オの患者を診療する場合は、当該保険医療機関と同一の都道府県内に所在する保険医療機関であること。 (7)～(9) (略)

③ 遠隔連携診療料の評価の拡大

改定前

【B005－11 遠隔連携診療料】

(新設)

【施設基準】

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

(1) 遠隔連携診療料の施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(新設)

(新設)

(2) 遠隔連携診療料の注1に規定する対象患者

イ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の疑いがある患者

ロ てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者

(新設)

改定後

【B005－11 遠隔連携診療料】

(10) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

(11) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

【施設基準】

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

(1) 遠隔連携診療料の施設基準

イ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ (2) のへからちまで及び (4) のホに該当する患者を診療する場合は、基本診療料の施設基準等別表第●の●に掲げる地域に所在する保険医療機関であること。

(2) 遠隔連携診療料の注1に規定する対象患者

イ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者 (診断を目的とする場合には疑いのものを含む。)

ロ てんかん（外傷性のてんかん (診断を目的とする場合に限る。)）及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の患者 (診断を目的とする場合には疑いのものを含む。)

ハ 希少がんの患者希少がんの患者 (診断を目的とする場合には疑いのものを含む。)

ニ 児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第六条の二第一項に規定する小児慢性特定疾病（同条第三項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）の患者（診断を目的とする場合には疑いのものを含む。)

ホ 医療的ケア児（者）

ヘ 悪性腫瘍（治療中のものに限る。）の患者

ト 膠原病（治療中のものに限る。）の患者

チ 慢性維持透析の患者



③ 遠隔連携診療料の評価の拡大

改定前	改定後
【B005－11 遠隔連携診療料】 【施設基準】 (3) 遠隔連携診療料の注2に規定する対象患者 <u>イ てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）</u> <u>ロ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条</u> <u>第一項に規定する指定難病の患者</u> <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【B005－11 遠隔連携診療料】 【施設基準】 (3) 遠隔連携診療料の注2に規定する対象患者 <u>イ 主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保</u> <u>険医療機関が標榜していない診療科であって、その診療科の医</u> <u>師でなければ困難な診療を要する者</u> <u>ロ 医療的ケア児（者）</u> <u>ハ 区分番号B001－24に掲げる外来緩和ケア管理料の対</u> <u>象患者</u> (4) 遠隔連携診療料の注3に規定する対象患者 <u>イ 指定難病の患者</u> <u>ロ 希少がんの患者</u> <u>ハ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者</u> <u>ニ 臓器の移植に関する法律（平成九年法律第百四号）第十二</u> <u>条第一項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に対して、</u> <u>臓器移植の希望を登録した患者ホ 当該保険医療機関が標榜</u> <u>していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な</u> <u>診療を要する者</u> <u>ホ 当該保険医療機関が標榜していない診療科であって、その診療</u> <u>科の医師でなければ困難な診療を要する者</u>

⑥ 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導を推進する観点から、外来栄養食事指導料について、情報通信機器又は電話による指導の評価を見直すとともに、情報通信機器による指導のみでも算定を可能とする要件の明確化を図る。

1. 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料について、2回目以降に情報通信機器又は電話により追加的な指導を行った場合の区分を新設する。
2. 情報通信機器による指導の実施に当たって、事前に対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する場合に加えて、対面又は情報通信機器のいずれかによる指導計画を作成した場合も算定可能であることを明確化する。

改定前	改定後
【外来栄養食事指導料】 【算定要件】 9 外来栄養食事指導料 イ 外来栄養食事指導料 1 (1) 初回 ① 対面で行った場合 260点 ② 情報通信機器等を用いた場合 235点 (2) 2回目以降 ① 対面で行った場合 200点 ② 情報通信機器等を用いた場合 180点 <u>(新設)</u> ロ 外来栄養食事指導料 2 (1) 初回 ① 対面で行った場合 250点 ② 情報通信機器等を用いた場合 225点 (2) 2回目以降 ① 対面で行った場合 190点 ② 情報通信機器等を用いた場合 170点 <u>(新設)</u>	【外来栄養食事指導料】 【算定要件】 9 外来栄養食事指導料 イ 外来栄養食事指導料 1 (1) 初回 ① 対面で行った場合 260点 ② 情報通信機器を用いた場合 235点 (2) 2回目以降 ① 対面で行った場合 200点 ② 情報通信機器を用いた場合 180点 ③ <u>(1)の①又は②の追加的な指導を行った場合50点</u> ロ 外来栄養食事指導料 2 (1) 初回 ① 対面で行った場合 250点 ② 情報通信機器を用いた場合 225点 (2) 2回目以降 ① 対面で行った場合 190点 ② 情報通信機器を用いた場合 170点 ③ <u>(1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 45点</u>

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の概要

B001・9 外来栄養食事指導料

入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が初回にあつては概ね30分以上、2回目以降にあつては概ね20分以上、療養のために必要な栄養の指導を行った場合に算定

【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステニン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

イ 外来栄養食事指導料1

（初回の指導を行った月は月2回、その他の月は月1回）

保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

（1）初回

① 対面で行った場合	260点
② <u>電話又は情報通信機器を用いた場合</u>	<u>235点</u>

（2）2回目以降

① 対面で行った場合	200点
② <u>電話又は情報通信機器を用いた場合</u>	<u>180点</u>

ロ 外来栄養食事指導料2

（初回の指導を行った月は月2回、その他の月は月1回）

診療所において、当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

（1）初回

① 対面で行った場合	250点
② <u>電話又は情報通信機器を用いた場合</u>	<u>225点</u>

（2）2回目以降

① 対面で行った場合	190点
② <u>電話又は情報通信機器を用いた場合</u>	<u>170点</u>

【情報通信機器等を用いる場合の要件（抜粋）】

1. 管理栄養士が患者に対し、電話又はビデオ通話が可能な情報通信機器等（以下、「情報通信機器等」という。）を活用して、指導を行うこと。
2. 外来受診した場合は必ず対面にて指導を行うこと。
3. 情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面による指導と情報通信機器等による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。
4. 当該指導において、患者の個人情報を情報通信機器等の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得ること。また、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。加えて、情報通信機器等による指導の実施に際しては、オンライン指針を参考に必要な対応を行うこと。
5. 情報通信機器等による指導は、原則として当該保険医療機関内において行うこと。なお、当該保険医療機関外で情報通信機器等による指導を実施する場合であっても上記4に沿った対応を行うとともに、指導を実施した場所については、事後的に実施状況が確認可能な場所であること。

⑥ 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

改定前	改定後
【外来栄養食事指導料】 注 1～3 （略） 4 イの（１）の②及び（２）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が<u>電話又は</u>情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月 2 回に限り、その他の月にあつては月 1 回に限り算定する。 5 （略） 6 ロの（１）の②及び（２）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が<u>電話又は</u>情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月 2 回に限り、その他の月にあつては月 1 回に限り算定する。	【外来栄養食事指導料】 注 1～3 （略） 4 イの（１）の②及び（２）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月 2 回に限り、その他の月にあつては月 1 回に限り算定する。 5 （略） 6 ロの（１）の②及び（２）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月 2 回に限り、その他の月にあつては月 1 回に限り算定する。

改定後

7 イの（２）の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってイの（１）の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、イの（２）の①又は②を算定した同一月は算定できない。

8 ロの（２）の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってロの（１）の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、ロの（２）の①又は②を算定した同一月は算定できない。

⑥ 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

改定前	改定後
【外来栄養食事指導料】 【算定要件（通知）】 (12)「注４」及び「注６」については、以下の要件を満たすこと。 ア（略） イ 外来受診した場合は必ず対面にて指導を行うこと。 ウ 情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面による指導と情報通信機器等による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。 エ・オ（略） <u>（新設）</u>	【外来栄養食事指導料】 【算定要件（通知）】 (12)「注４」及び「注６」については、以下の要件を満たすこと。 ア（略） イ 外来受診と同日に外来栄養食事指導を実施する場合は必ず対面にて指導を行うこと。 ウ 情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面若しくは情報通信機器のいずれかによる指導計画又は対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。 エ・オ（略） <u>（13）「注７」及び「注８」については、管理栄養士が（１）の患者に対し、対面又は情報通信機器による指導を実施した上で、２回目以降、情報通信機器又は電話を活用した追加的な指導を行う。必要な指導が行われれば、指導時間については問わない。</u>

⑧ 情報通信機器を用いた療養指導の見直し

情報通信機器を用いた療養指導について、対面と組み合わせた実施を適切に推進することにより、患者のセルフケア支援の充実や負担軽減を図る観点から、在宅療養指導料の算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している患者及び慢性心不全の患者に係る要件を見直す。

在宅療養指導料における算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している者及び慢性心不全の患者について、2回目以降の指導に情報通信機器を用いて行う指導を新たに評価する。

改定前

【在宅療養指導料】
13 在宅療養指導料 170点

【算定要件】

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。
2 （略）

改定後

【在宅療養指導料】
13 在宅療養指導料
イ 初回
対面で行った場合 170点
ロ 2回目以降
(1) 対面で行った場合 170点
(2) 情報通信機器を用いた場合 148点

【算定要件】

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者（ロの（2）については、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料のうちC101在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に限る。）に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、ロについては月1回（イを算定する月にあつては、イとロを合算して月2回）に限り算定する
2 （略）

食品に類似した医薬品の効能又は効果について

- 薬効分類325「たん白アミノ酸製剤」には、疾患時の栄養補給を効能効果とする医薬品が属しており、一般に手術後の栄養保持を効能効果とし、特定の疾患の定めがない医薬品も薬価収載されている。
- この中には、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に加え、通常の食事と同様に経口投与される場合がある医薬品が存在する。

品名	効能又は効果	投与方法
・ エンシュア・リキッド ・ ツインラインN F 配合経腸用液 ・ ラコールN F 配合経腸用液 ・ エネーボ配合経腸用液 ・ イノラス配合経腸用液	一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に使用する。	経管又は経口
・ エンシュア・H	一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難で、単位量当たり高カロリー（1.5kcal/mL）の経腸栄養剤を必要とする下記の患者の経管栄養補給に使用する。 ・ 水分の摂取制限が必要な患者（心不全や腎不全を合併している患者など） ・ 安静時エネルギー消費量が亢進している患者（熱傷患者、感染症を合併している患者など） ・ 経腸栄養剤の投与容量を減らしたい患者（容量依存性の腹部膨満感を訴える患者など） ・ 経腸栄養剤の投与時間の短縮が望ましい患者（口腔外科や耳鼻科の術後患者など）	経管又は経口



① 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件を見直す。

薬効分類が「たん白アミノ酸製剤」に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であり、用法及び用量に「経口投与」が含まれる栄養保持を目的とした医薬品を処方する場合については、以下の患者に対する使用に限り、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで保険給付の対象とすることを明確化する。

- ・手術後の患者
- ・経管により栄養補給を行っている患者
- ・疾病の治療のために必要であり、他の食事では代替できないなど、医師が特に医療上、栄養保持を目的とした医薬品の使用の必要があると判断した患者

改定前

【第5部 投薬】

通則

(新設)

改定後

【第5部 投薬】

通則

6 入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号 F 0 0 0 に掲げる調剤料、区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料、区分番号 F 2 0 0 に掲げる薬剤、区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 5 0 0 に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

2026年改定対応策

連携先・連携元を確認！！！！

**現在とこれからの連携可能性を可視化
自院の機能をはっきりさせる**

希望する機能より地域に求められる医療

急性期・包括期・慢性期・かかりつけ医機能

**・在宅医療 各々が連携しかつ介護との連携による
地域医療の質を向上＝患者さんの利益に**

実患者・稼働率増には

連携機能の強化重要

訪問看護



① 適正な訪問看護の推進

利用者の状態を適切に把握し、適正な訪問看護の提供を推進する観点から、訪問看護ステーションに作成を求めている指定訪問看護の実施に係る記録書の記載内容の明確化等を行う。

1. 指定訪問看護の実施にあたって利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものにならないよう看護目標及び訪問看護計画に沿って行うことを明記する。
2. 指定訪問看護の実施に係る記録書等において、指定訪問看護の内容に係る評価の記載を求めるとともに、実際の訪問開始時刻と終了時刻を記載する必要があることを明確化する。

改定前

【訪問看護基本療養費等】

【算定要件（通知）】

- 1 (略)
- 2 指定訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)については30分から1時間30分程度を標準とする。

(新設)

改定後

【訪問看護基本療養費等】

【算定要件（通知）】

- 1 (略)
- 2 指定訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)については30分から1時間30分程度を標準とする。標準の時間の訪問計画を作成し、当該計画に基づき訪問したが、訪問時の利用者側のやむを得ない事情により標準の時間を下回る指定訪問看護の実施となった場合等を除き、標準の時間を下回る指定訪問看護の実施が、同一日に、同一の利用者に複数回又は複数の利用者に行われるなど、頻繁に行われている場合には、指定訪問看護を実施したとは認められないことに留意すること。
- 3 指定訪問看護の実施にあたっては、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」(平成12年厚生省令第80号)第14条第1項に規定しているように、利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものとならないよう、看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこと。
利用者の心身の状況等を踏まえずに一律に指定訪問看護の日数、回数、実施時間及び人数(この項において「指定訪問看護の日数等」という。)を定めることや、定期的な指定訪問看護を実施していない者が指定訪問看護の日数等を定めることは認められないことに留意すること。



① 適正な訪問看護の推進

改定前	改定後
【訪問看護基本療養費等】 【算定要件（通知）】 <u>（新設）</u> <u>3</u> （略） <u>4</u> 毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護に要した時間等の概要（精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する場合は、第３の５に掲げる内容も加えて記入すること。）及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。 <u>5</u> （略）	【訪問看護基本療養費等】 【算定要件（通知）】 <u>4</u> 指定訪問看護の提供に当たっては、目標達成の程度及びその効果等について評価を行うとともに、評価に関する内容を訪問看護記録書に記録すること。また、必要に応じて訪問看護計画書の見直しを行い、指定訪問看護の改善を図る等に努めなければならないものであること。 <u>5</u> （略） <u>6</u> 毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護の<u>実施</u>に要した時間等の概要（精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する場合は、第３の５に掲げる内容も加えて記入すること。）及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（<u>実際の指定訪問看護</u>の開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。 <u>7</u> （略）

訪問看護の時間の記録に関する規定

- 訪問看護の時間の記録について、訪問看護基本療養費（精神科訪問看護基本療養費）を算定する場合には訪問時間を記録することとされているが、記載要領上では明確に示されていない。

算定留意事項（抄）

第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について

4 毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護に要した時間等の概要（精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する場合は、月の初日の指定訪問看護時におけるGAF尺度も加えて記入すること。）及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

訪問看護計画書等の記載要領等について

（3）記録書に関する事項

② 記録書Ⅰには、初回訪問年月日、訪問職種、主たる傷病名、現病歴、既往歴、療養状況、介護状況、訪問看護の依頼目的、緊急時の主治医・家族等の連絡先、指定居宅介護支援事業所等の連絡先、その他関係機関との連絡事項等を記入すること。

また、記録書Ⅱには、訪問年月日、訪問職種、病状・バイタルサイン、実施した看護・リハビリテーションの内容等（精神科訪問看護に係る記録書Ⅱには、食生活・清潔・排泄・睡眠・生活リズム・部屋の整頓等、精神状態、服薬等の状況、作業・対人関係、実施した看護内容等）の必要な事項を記入すること。精神科訪問看護に係る記録書Ⅱにおいては、月の初日の指定訪問看護時には、GAF尺度により判定した値を記入すること。

参考様式2 訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名	看護師等氏名	
	訪問職種	保健師・助産師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
訪問年月日	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
利用者の状態（病状） バイタルサイン 体温 ℃ 脈拍 /分 呼吸 /分 血圧 /		

参考様式1 訪問看護記録書Ⅰ

利用者氏名	生年月日	年 月 日 () 歳
住 所	電話番号	() -
看護師等氏名	訪問職種	保健師・助産師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
初回訪問年月日	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
主たる傷病名		
現 病 歴		

指定訪問看護の時間に関する記録に関する課題点

- ・ 訪問看護記録書の様式においては訪問時刻が示されているが、記録の記載要領上では「訪問年月日」を記入することとなっている。
- ・ 算定留意事項通知上では訪問看護記録書に記載する「指定訪問看護に要した時間等」となっている。
- ・ また、「訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。」とされているが、記録先について明らかとなっていない。
- ・ 計画された時刻ではなく、実際に訪問に開始した時刻、実際に訪問を終了した時刻を記載することは明記されていない。

② 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し

適切な訪問看護提供体制の構築や、指定訪問看護事業者の適正な手続きの確保等を推進する観点から、指定訪問看護に係る安全管理に関する内容や適正な請求等について、指定訪問看護の運営基準に新たな規定を設ける。

1. 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）を改正し、指定訪問看護事業者に対し、「適正な手続きの確保」、「健康保険事業の健全な運営の確保」、「特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止」及び「経済上の利益の提供による誘引や誘導の禁止」について義務付ける。
2. 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正し、事故発生時等の安全管理の体制確保や訪問看護記録書等の記録の整備を義務付ける。

改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（適正な手続きの確保）

第五条の二 指定訪問看護事業者は、その担当する指定訪問看護の提供に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び訪問看護療養費に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

（健康保険事業の健全な運営の確保）

第五条の三 指定訪問看護事業者は、その担当する指定訪問看護の提供に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

（経済上の利益の提供による誘引の禁止）

第五条の四 指定訪問看護事業者は、利用者に対して、第十三条の規定により受領する費用の額に応じて当該指定訪問看護事業者が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該利用者が自己の指定訪問看護事業者において指定訪問看護を受けるように誘引してはならない。

2 指定訪問看護事業者は、他の事業者又はその従業員に対して、利用者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、利用者が自己の指定訪問看護事業者において指定訪問看護を受けるように誘引してはならない。

② 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し

改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止）

第五条の五 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に関し、利用者に対して特定の医師を指定訪問看護の指示を行う主治の医師とするべき旨、又は次に掲げるサービスを提供する事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、主治の医師又は当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

一 指定居宅サービス事業者（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）

二 介護保険法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第八条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同法第八条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。）

三 介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設

四 指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）

五 介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。）

六 介護保険法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者

七 介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者

八 前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であつて、当該事業者等と特別の関係にある事業者

② 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し

改定前	改定後
（事故発生時の対応） 第二十八条 指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。 2 （略） <u>（新設）</u> （記録の整備） 第三十条 （略） 2 指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。	（事故発生時の対応等） 第二十八条 指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。 2 （略） <u>3 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための体制を確保しなければならない。</u> （記録の整備） 第三十条 （略） 2 指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供に関する<u>次に掲げる</u>記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。<u>当該記録については、正確かつ最新の内容を保つよう整備しなければならない。</u> <u>一 訪問看護記録書</u> <u>二 訪問看護指示書</u> <u>三 訪問看護計画書</u> <u>四 訪問看護報告書</u> <u>五 市町村等に対する情報提供書</u> <u>六 市町村等との連絡調整に関する記録</u>

③ 保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し

健康保険事業の健全な運営を確保する観点から、療養担当規則において、保険医療機関が、特定の訪問看護ステーション等を利用すべき旨の指示等を行うことの対償として、財産上の利益を収受することを禁止する規定を新たに設ける。

保険医療機関が、次に掲げるサービスを提供する事業者等を利用すべき旨の指示等を行うことの対償として、金品その他財産上の利益を収受することを禁止する規定を新たに設ける。

- ・指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護
- ・指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護
- ・指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護及び指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護並びに指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- ・指定居宅介護支援及び指定介護予防支援
- ・介護保険施設
- ・上記の事業者等と併せて利用する事業者であって、上記の事業者等と特別の関係にある事業者等

改定後

【保険医療機関及び保険医療養担当規則】

（財産上の利益の収受による特定の事業者等への誘導の禁止）

第二条の五の二 保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用すべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

一 指定訪問看護事業者（健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（同法第八条第四項に規定する訪問看護の事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）

二 指定居宅サービス事業者（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）

三 介護保険法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第八条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同法第八条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。）



③ 保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し

改定後

【保険医療機関及び保険医療養担当規則】

(財産上の利益の収受による特定の事業者等への誘導の禁止)

四 介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設

五 指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）

六 介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。）

七 介護保険法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者

八 介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者

九 前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であって、当該事業者等と特別の関係にある事業者

※ 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準についても同様。



⑬ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し及び複数名薬剤管理指導訪問料の新設

今後在宅で療養する患者の増加が見込まれることを踏まえ、訪問薬剤管理指導の円滑な実施及びその実効性の改善に向けて、在宅患者訪問薬剤管理指導料について、要件を見直す。

1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、算定する日の間隔を6日以上とする要件を廃止し、週1回算定可能とする。
2. 休日、夜間を含む開局時間外の調剤・訪問薬剤管理指導に対応できるようにするため、在宅協力薬局の情報を含め、夜間の連絡先を患者に知らせることを要件とする。

改定前

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

【算定要件（通知）】

- 1 在宅患者訪問薬剤管理指導料
(1)～(7) (略)
- (8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月2回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は6日以上とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料と合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。
- (9)～(12) (略)

(新設)

改定後

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

【算定要件（通知）】

- 1 在宅患者訪問薬剤管理指導料
(1)～(7) (略)
- (8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月2回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）の算定回数は、週1回を限度とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料と合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。
- (9)～(12) (略)
- (13) 当該保険薬局又は在宅協力薬局との連携により、休日及び夜間を含む開局時間外であっても調剤及び訪問薬剤管理指導に対応できるよう、原則として初回の訪問薬剤管理指導時に（変更があった場合はその都度）、当該保険薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号及び緊急時の注意事項（在宅協力薬局との連携により、休日及び夜間を含む開局時間外に調剤及び訪問薬剤管理指導に対応できる体制を整備している保険薬局においては、在宅協力薬局の所在地、名称及び連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が記載された薬袋を含む。）により交付すること。また、やむを得ない事由により、患者又はその家族等からの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は、速やかに折り返しの連絡を行うこと。

**⑬ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し及び複数名薬剤管理指導訪問料の新設**

３．行動面での運動興奮等がみられる状態にある患者に対する保険薬局の保険薬剤師による訪問薬剤管理指導において、薬剤師が薬剤管理指導のために他の者（薬剤師以外の者も含む。）と同時に複数名で患者宅に訪問する場合の評価を新設する。

改定後**（新）複数名薬剤管理指導訪問料 300点****【対象患者】**

通院が困難な患者のうち、医師が複数名訪問の必要性があると認めるもの

【算定要件】

当該患者において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の１（単一建物診療患者が１人の場合）を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対し、当該患者の訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、患者又はその家族等に同意を得て、当該保険薬局又は在宅協力薬局に勤務する職員とともに複数名で訪問した上で、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。ただし、区分番号15の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の８に掲げる在宅移行初期管理料又は区分番号15の９に掲げる訪問薬剤管理医師同時指導料に係る必要な指導等を同日に行った場合については、算定しない。

【施設基準】

複数名薬剤管理指導訪問料に規定する患者

- （１）在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者（在宅患者訪問薬剤管理指導料の１を算定している患者に限る。）
- （２）指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者
- （３）指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者

① 過疎地域等に配慮した評価の見直し

住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、過疎地域等における訪問看護について、遠方への移動負担を考慮し、特別地域訪問看護加算の対象となる訪問の要件を見直す。

特別地域訪問看護加算について、移動時間のみによる評価となっているが、移動及び訪問看護の提供の合計にかかる時間が極めて長い場合も含めて評価する。

改定前

【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

【算定要件】

注8 訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合
(新設)

(新設)

改定後

【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

【算定要件】

注8 次のいずれかに該当する指定訪問看護を行う場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。

イ 訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である利用者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合

(1) 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合

(2) 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合

① 過疎地域等に配慮した評価の見直し

改定前	改定後
【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 【算定要件】 □ 別に厚生労働大臣が定める<u>地域外</u>に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 【算定要件】 □ 別に厚生労働大臣が定める<u>地域</u>に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合であって、次のいずれにも該当する場合 <u>（1）最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が30分以上である利用者に指定訪問看護を行う場合</u> <u>（2）当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの往復及び指定訪問看護の実施に要した時間の合計が2時間30分以上である場合</u> ※ <u>在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料及び精神科訪問看護基本療養費についても同様。</u>



② 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し

手厚いケアの必要がある、重症な難治性皮膚疾患を持つ利用者に対する訪問看護の充実を図る観点から、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定する利用者について、訪問看護基本療養費等を算定できる回数を見直す。

在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている利用者について、訪問看護基本療養費等を週4日以上算定できる対象に追加する。

改定前

【施設基準】

別表第八 退院時共同指導料1の注2に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

一 (略)

二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理 又は 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三～五 (略)

改定後

【施設基準】

別表第八 退院時共同指導料1の注2に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

一 (略)

二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理 又は在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている状態にある者

三～五 (略)



③ 訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進

在宅での療養を行っている利用者に対して、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う際に、当該利用者の医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。

他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した利用者に係る診療情報等を活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合の評価を新設する。

改定後

（新）訪問看護医療情報連携加算 1,000円

【対象患者】

訪問看護管理療養費を算定する者

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難なものの同意を得て、当該訪問看護ステーションと連携する保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該利用者に関わる者が、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該利用者に係る診療情報等を活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合は、訪問看護医療情報連携加算として、月1回に限り、1,000円を所定額に加算する。ただし、注8に規定する在宅患者連携指導加算を算定している場合は、算定しない。



③ 訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進

改定後

(新) 訪問看護医療情報連携加算 1,000円

【施設基準】

- (1) 在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものの診療情報等について、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
- (2) 診療情報等を活用した上で指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) (1) に規定する連携体制を構築している訪問看護ステーションであることについて、当該訪問看護ステーション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。

※ 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。(ただし、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料の注15(区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注9にそれぞれ規定する在宅医療情報連携加算を算定した月は、訪問看護医療情報連携加算は算定できない。)

【経過措置】

- (1) 令和8年9月30日までの間に限り、(4)に該当するものと見なす。



④ 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価

精神科訪問看護の質の向上を推進する観点から、地域の関係者と連携して支援ニーズの高い利用者に対して精神科訪問看護を提供する等の役割を担う訪問看護ステーションについて、機能強化型訪問看護ステーションとして新たな評価を行う。

難病等の重症度の高い利用者を受け入れるとともに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科訪問看護に求められる機能を踏まえ、精神科訪問看護における支援ニーズの高い精神科訪問看護利用者等を受け入れ、24時間の対応を行い、地域の関係機関と連携する体制が整備されている訪問看護ステーションについて、一定の実績等を有する場合の評価を新設する。

改定後

（新）機能強化型訪問看護管理療養費 4 9,000円

【施設基準】

次のいずれにも該当するものであること。

- （１）常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が四以上であること。
 - （２）（１）の口を満たすものであること。（※）
 - （３）二十四時間対応体制加算を届け出ていること。
 - （４）特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者又は同別表第八に掲げる者に対する指定訪問看護について、及び精神障害を有する者のうち、重点的な支援を要する者に対する指定訪問看護について相当な実績を有すること。
 - （５）退院時の共同指導及び主治医の指示に係る保険医療機関との連携について相当な実績を有すること。
 - （６）地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修及び相談への対応並びに関係機関との連携について相当な実績を有すること。
- （※）機能強化型訪問看護管理療養費 1 の施設基準（１）の口をいう。
- 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準第二条第一項に規定する看護師等のうち、六割以上が同項第一号に規定する看護職員であること。

⑤ 乳幼児加算の評価の見直し

乳幼児に対する訪問看護について、状態に応じた質の高い訪問看護が提供されるよう、乳幼児加算の評価を見直す。

訪問看護基本療養費の乳幼児加算について、超重症児など別に厚生労働大臣が定める者以外の評価を見直す。

改定前	改定後
【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】 【算定要件】 注11 1 及び 2（いずれも八を除く。）については、6歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、1日につき 1,300円 （別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）を所定額に加算する。	【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】 【算定要件】 注11 1 及び 2（いずれも八を除く。）については、6歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、1日につき 1,400円 （別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）を所定額に加算する。 <u>※ 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。</u>

⑥ 訪問看護管理療養費の見直し

適切な指定訪問看護に係る管理を推進するとともに、利用者のニーズや療養環境の多様化に適切に対応するために、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

1. 月の初日の訪問看護管理療養費について評価を充実する。
2. 月の2日目以降の訪問看護管理療養費について、訪問看護管理療養費1と2を統合し施設基準の届出を不要とする
とともに、1月当たりの訪問日数及び単一建物に居住する利用者数によって評価を細分化する。

訪問看護管理療養費（月の初日の場合）

月の初日	改定前	改定後
機能強化型 1	13,230円	<u>13,730円</u>
機能強化型 2	10,030円	<u>10,430円</u>
機能強化型 3	8,700円	<u>9,000円</u>
機能強化型 4（新）		<u>9,000円</u>
その他	7,670円	<u>7,680円</u>

訪問看護管理療養費（月の2日目以降の場合）

月の2日目以降	改定前	改定後
訪問看護管理療養費 1	3,000円	イ 単一建物居住者20人未満 <u>3,000円</u>
訪問看護管理療養費 2	2,500円	ロ 単一建物居住者20人以上40人未満
		(1) 1月の訪問日数15日以下 <u>2,500円</u>
		(2) 1月の訪問日数16日～24日以下 <u>2,300円</u>
		(1) 1月の訪問日数25日以上 <u>2,200円</u>
		ハ 単一建物居住者50人以上
		(1) 1月の訪問日数15日以下 <u>2,400円</u>
		(2) 1月の訪問日数16日～24日以下 <u>2,200円</u>
		(1) 1月の訪問日数25日以上 <u>2,000円</u>

⑥ 訪問看護管理療養費の見直し

改定前	改定後
【算定要件】 注 1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1 のイ、ロ及びハ並びに <u>2 のイ及びロ</u>）については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。 2～12 （略）	【算定要件】 注 1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1 のイ、ロ、ハ及び <u>二</u>）については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合 <u>（2 については、1 月当たりの訪問日数及び単一建物居住者の人数に従う。）</u>に、訪問の都度算定する。 2～12 （略）

⑥ 訪問看護管理療養費の見直し

改定前	改定後
【施設基準】 六 訪問看護管理療養費の基準 (1)～(3) (略) <u>(4) 訪問看護管理療養費 1 の基準</u> <u>訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者(当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。)</u> <u>であるものが占める割合が七割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。</u> <u>イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。</u> <u>ロ 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が四十以下の利用者の数が月に五人以上であること。</u> <u>(5) 訪問看護管理療養費 2 の基準</u> <u>訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が七割以上であること又は当該割合が七割未満であって(4)のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。</u> <u>(6) 訪問看護管理療養費の注 2 に規定する24時間対応体制加算基準</u> イ・ロ (略) <u>(7)・(10) (略)</u>	【施設基準】 六 訪問看護管理療養費の基準 (1)～(3) (略) <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> <u>(4) 訪問看護管理療養費の注 2 に規定する24時間対応体制加算の基準</u> イ・ロ (略) <u>(5)・(8) (略)</u>



⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

訪問看護基本療養費（Ⅱ）等やその加算について、1月当たりの訪問日数や建物内の訪問看護実施人数等に応じたきめ細かな評価に見直す。

1. 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等について、1月当たりの訪問日数や同一建物に居住する利用者の人数に応じたきめ細かな評価に見直す。
2. 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する場合に、以下の規定を設ける。
 - （1）適切な時間の指定訪問看護を実施したうえでその時間を訪問看護記録書に記載すること。
 - （2）この場合の適切な指定訪問看護の時間とは、30分以上を標準とし、20分を下回るものは訪問看護基本療養費（Ⅱ）及びその加算等を算定できないこと。
 - （3）前回提供した訪問看護の終了から2時間未満の間隔で、提供時間が20分以上30分未満の指定訪問看護を行う場合（緊急に指定訪問看護を行う場合を除く。）は、それぞれの所要時間を合算して1回とする。
3. 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の算定要件における同一建物について、同一敷地内の建物も同一建物とする規定に見直しを行う。

訪問看護基本療養費（Ⅱ）正看	改定前	改定後	
同一日に2人（週3日目まで）	5,550円	同一日に2人（週3日目まで）	5,550円
（週4日目以降）	6,550円	（週4日目以降）	6,550円
同一日に3人以上（週3日目まで）	2,780円	同一日に3～9人（週3日目まで）	<u>2,780円</u>
（週4日目以降）	3,280円	（週4日目以降）	<u>3,280円</u>
		同一日に10人～19人（1月20日目まで）	<u>2,760円</u>
		（1月21日目以降）	<u>2,660円</u>
		同一日に20人～49人（1月20日目まで）	<u>2,710円</u>
		（1月21日目以降）	<u>2,610円</u>
		同一日に50人以上（1月20日目まで）	<u>2,610円</u>
		（1月21日目以降）	<u>2,510円</u>

⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

訪問看護基本療養費（Ⅱ）准看	改定前	改定後	
同一日に2人（週3日目まで）	5,050円	同一日に2人（週3日目まで）	5,050円
（週4日目以降）	6,050円	（週4日目以降）	6,050円
同一日に3人以上（週3日目まで）	2,530円	同一日に3～9人（週3日目まで）	<u>2,530円</u>
（週4日目以降）	3,030円	（週4日目以降）	<u>3,030円</u>
		同一日に10人～19人（1月20日目まで）	<u>2,520円</u>
		（1月21日目以降）	<u>2,420円</u>
		同一日に20人～49人（1月20日目まで）	<u>2,470円</u>
		（1月21日目以降）	<u>2,370円</u>
		同一日に50人以上（1月20日目まで）	<u>2,370円</u>
		（1月21日目以降）	<u>2,270円</u>

訪問看護基本療養費（Ⅱ）リハビリ	改定前	改定後	
同一日に2人	5,550円	同一日に2人	5,550円
同一日に3人以上	2,780円	同一日に3～9人	<u>2,780円</u>
		同一日に10人～19人（1月20日目まで）	<u>2,760円</u>
		（1月21日目以降）	<u>2,660円</u>
		同一日に20人～49人（1月20日目まで）	<u>2,710円</u>
		（1月21日目以降）	<u>2,610円</u>
		同一日に50人以上（1月20日目まで）	<u>2,610円</u>
		（1月21日目以降）	<u>2,510円</u>



⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

改定前	改定後
【訪問看護基本療養費（Ⅱ）】 【算定要件】 注 1・2（略） 3 2（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者 1 人につき、訪問看護基本療養費（Ⅰ）（ハを除く。）並びに区分番号 0 1 - 2 の精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する日と合わせて週 3 日を限度（注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。 4 ～ 6 （略）	【訪問看護基本療養費（Ⅱ）】 【算定要件】 注 1・2（略） 3 2（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物 <u>又は同一の敷地内の建物</u> に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者 1 人につき、訪問看護基本療養費（Ⅰ）（ハを除く。）並びに区分番号 0 1 - 2 の精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する日と合わせて週 3 日を限度（注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。<u>なお、2（ハを除く。）については、訪問看護療養費を算定するに適切な時間の指定訪問看護を実施したうえで、それを訪問看護記録書に記載し算定する。この場合の適切な時間の指定訪問看護とは、30分以上を標準とし、20分を下回らないものであること。</u> <u>また、前回提供した指定訪問看護の終了から 2 時間未満の間隔で、提供時間が 20 分以上 30 分未満の指定訪問看護を行う場合（緊急に指定訪問看護を行う場合を除く。）は、それぞれの所要時間を合算して 1 回とする。</u> 4 ～ 6 （略） <u>※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。</u>



⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

4. 難病等複数回訪問加算、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算について、頻回の訪問看護を必要とする利用者に、高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションにおいて24時間体制で対応を行う場合については別の評価を設ける（Ⅱ－５－２⑧包括型訪問看護療養費の新設を参照）とともに、その他の場合については、同一建物居住者に同一日に当該加算を算定している人数及び1月当たりの当該加算の算定日数に応じた評価に見直す。
5. 複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算について、同一建物居住者に同一日に当該加算を算定している人数に応じた評価に見直す。

改定前	改定後
【難病等複数回訪問加算】 【算定要件】 7 1 及び 2（いずれもハを除く。）については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。	【難病等複数回訪問加算】 【算定要件】 7 1 及び 2（いずれもハを除く。）については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。 <u>同一建物居住者に対し、当該加算又は精神科複数回訪問加算を算定すべき指定訪問看護を行った場合は、これらの加算を同一日に算定する利用者の合計人数に応じ、1日につき、いずれかを所定額に加算する。</u>

⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

難病等複数回訪問加算1日2回	改定前	改定後	
同一建物1人又は2人	4,500円	同一建物1人又は2人	4,500円
同一建物3人以上	4,000円	同一建物3～9人以下	<u>4,000円</u>
		同一建物10～19人以下	<u>3,700円</u>
		同一建物20～49人以下	<u>3,500円</u>
		同一建物50人以上	<u>3,300円</u>

難病等複数回訪問加算1日3回～	改定前	改定後	
同一建物1人又は2人	8,000円	同一建物1人又は2人	8,000円
同一建物3人以上	7,200円	同一建物3～9人以下（1月20日目まで）	<u>7,200円</u>
		（1月21日目以降）	<u>6,900円</u>
		同一建物10～19人以下（1月20日目まで）	<u>6,300円</u>
		（1月21日目以降）	<u>5,200円</u>
		同一建物20～49人以下（1月20日目まで）	<u>4,800円</u>
		（1月21日目以降）	<u>3,500円</u>
		同一建物50人以上（1月20日目まで）	<u>4,100円</u>
		（1月21日目以降）	<u>3,000円</u>

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科訪問看護基本療養費の精神科複数回訪問加算及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様。



⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

改定前	改定後
【複数名訪問看護加算】 【算定要件】 注12 1 及び 2（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者（以下「その他職員」という。）と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週 1 日を、ハの場合にあっては週 3 日を限度として算定する。	【複数名訪問看護加算】 【算定要件】 注12 1 及び 2（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者（以下「その他職員」という。）と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週 1 日を、ハの場合にあっては週 3 日を限度として算定する。



⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

複数名訪問看護加算（正看同士）	改定前	改定後	
同一建物1人又は2人	4,500円	同一建物1人又は2人	4,500円
同一建物3人以上	4,000円	同一建物3～9人以下	<u>4,000円</u>
		同一建物10～19人以下	<u>3,400円</u>
		同一建物20～49人以下	<u>3,000円</u>
		同一建物50人以上	<u>2,700円</u>

複数名訪問看護加算（正看准看）	改定前	改定後	
同一建物1人又は2人	3,800円	同一建物1人又は2人	3,800円
同一建物3人以上	3,400円	同一建物3～9人以下	<u>3,400円</u>
		同一建物10～19人以下	<u>2,800円</u>
		同一建物20～49人以下	<u>2,500円</u>
		同一建物50人以上	<u>2,200円</u>

複数名訪問看護加算（正看、他）	改定前	改定後	
同一建物1人又は2人	3,000円	同一建物1人又は2人	3,000円
同一建物3人以上	2,700円	同一建物3～9人以下	<u>2,700円</u>
※別に厚生労働大臣が定める場合を除く		同一建物10～19人以下	<u>2,100円</u>
		同一建物20～49人以下	<u>1,900円</u>
		同一建物50人以上	<u>1,600円</u>

⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

複数名訪問看護加算（正看、他）	改定前	改定後	
同一建物1人又は2人	3,000円	同一建物1人又は2人	3,000円
同一建物3人以上	2,700円	同一建物3～9人以下	<u>2,700円</u>
※別に厚生労働大臣が定める場合に限る。 ※1日1回の場合		同一建物10～19人以下	<u>2,100円</u>
		同一建物20～49人以下	<u>1,900円</u>
		同一建物50人以上	<u>1,600円</u>

複数名訪問看護加算（正看、他）	改定前	改定後	
同一建物1人又は2人	6,000円	同一建物1人又は2人	6,000円
同一建物3人以上	5,400円	同一建物3～9人以下	<u>5,400円</u>
※別に厚生労働大臣が定める場合に限る。 ※1日2回の場合		同一建物10～19人以下	<u>3,800円</u>
		同一建物20～49人以下	<u>3,450円</u>
		同一建物50人以上	<u>3,300円</u>

複数名訪問看護加算（正看、他）	改定前	改定後	
同一建物1人又は2人	10,000円	同一建物1人又は2人	10,000円
同一建物3人以上	9,000円	同一建物3～9人以下	<u>9,000円</u>
※別に厚生労働大臣が定める場合に限る。 ※1日3回の場合		同一建物10～19人以下	<u>5,500円</u>
		同一建物20～49人以下	<u>4,800円</u>
		同一建物50人以上	<u>4,500円</u>

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算及び精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様。

⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

改定前		改定後	
【夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算】 【算定要件】 注13 1 <u>及び2（いずれもハを除く。）</u> については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として2,100円を所定額に加算し、深夜（ <u>午後10時から午前6時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として4,200円を所定額に加算</u> する。		【夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算】 【算定要件】 注13 1（ハを除く。）については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として2,100円を所定額に加算する。 <u>2（ハを除く。）については、同一建物において、当該加算を同一日に算定する利用者の人数及び当該利用者における当該加算の1月当たりの算定日数に応じて、次に掲げる区分に従い、1日につき所定額に加算する。</u>	
夜間・早朝訪問看護加算	改定前	改定後	
夜間（18～22時）早朝（6～8時）	2,100円	イ 同一建物2人	2,100円
		ロ 同一建物3～9人以下（1月当たり15日目まで）	<u>2,100円</u>
		（1月当たり16日目以降）	<u>1,900円</u>
		ハ 同一建物10～19人以下（1月当たり15日目まで）	<u>1,800円</u>
		（1月当たり16日目以降）	<u>1,300円</u>
		ニ 同一建物20～49人以下（1月当たり15日目まで）	<u>1,200円</u>
		（1月当たり16日目以降）	<u>950円</u>
		ホ 同一建物50人以上（1月当たり15日目まで）	<u>1,000円</u>
		（1月当たり16日目以降）	<u>800円</u>

⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

改定前	改定後
【夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算】 【算定要件】 <u>（新設）</u> 14（略）	【夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算】 【算定要件】 <u>14 1（ハを除く。）については、深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として4,200円を所定額に加算する。</u> <u>2（ハを除く。）については、同一建物において、当該加算を同一日に算定する利用者の人数及び当該利用者における当該加算の1月当たり算定日数に応じて、次に掲げる区分に従い、1日につき所定額に加算する。</u>

深夜訪問看護加算	改定前	改定後	
深夜（22～翌6時）	4,200円	イ 同一建物2人	4,200円
		ロ 同一建物3～9人以下（1月当たり15日目まで）	<u>4,200円</u>
		（1月当たり16日目以降）	<u>4,000円</u>
		ハ 同一建物10～19人以下（1月当たり15日目まで）	<u>3,900円</u>
		（1月当たり16日目以降）	<u>2,300円</u>
		ニ 同一建物20～49人以下（1月当たり15日目まで）	<u>2,100円</u>
		（1月当たり16日目以降）	<u>1,500円</u>
		ホ 同一建物50人以上（1月当たり15日目まで）	<u>1,800円</u>
		（1月当たり16日目以降）	<u>1,300円</u>

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算、精神科訪問看護基本療養費の夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算についても同様。

⑧ 包括型訪問看護療養費の新設

高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションは、居住者に短時間で頻回の訪問看護を効率的に実施できることを踏まえ、訪問看護療養費に、包括で評価する体系を新設する。

高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが、当該住まいに居住する利用者（特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者、同別表第8に掲げる者に該当する利用者又は特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者に限る。）に対して、24時間体制で計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合の1日当たりで算定する包括型訪問看護療養費を新設する。

改定後

(新) 04 包括型訪問看護療養費(1日につき)

- 1 単一建物居住利用者が20人未満の場合
 - イ 訪問看護時間が30分以上60分未満 7,000円
 - ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満 11,000円
 - ハ 訪問看護時間が90分以上 14,000円
 - ニ 訪問看護時間が90分以上で別に厚生労働大臣が定める場合 15,500円
- 2 単一建物居住利用者が20人以上50人未満の場合
 - イ 訪問看護時間が30分以上60分未満 6,300円
 - ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満 9,900円
 - ハ 訪問看護時間が90分以上 13,720円
 - ニ 訪問看護時間が90分以上で別に厚生労働大臣が定める場合 15,190円
- 3 単一建物居住利用者が50人以上の場合
 - イ 訪問看護時間が30分以上60分未満 5,950円
 - ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満 9,350円
 - ハ 訪問看護時間が90分以上 13,440円
 - ニ 訪問看護時間が90分以上で別に厚生労働大臣が定める場合 14,880円

⑧ 包括型訪問看護療養費の新設

改定後

(新) 04 包括型訪問看護療養費(1日につき)

[算定要件]

- (1) 包括型訪問看護療養費については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等が、包括型訪問看護療養費を算定する建物として届出を行った建物に居住する、別に厚生労働大臣が定める者に対して、当該利用者の同意を得て、その主治医（保険医療機関の保険医又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）若しくは同条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）の医師に限る。以下この区分番号において同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、24時間の対応体制で、計画的又は随時の対応による頻回の指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、1日当たりの訪問時間及び単一建物に居住する利用者の人数に従い、いずれかを算定する。
- (2) 訪問看護時間は、1日に行った複数回の指定訪問看護において実際に看護を提供した時間を合算して算出する。
- (3) 算定に当たっては、日中及び夜間帯（午後6時から午前8時までをいう。）に少なくともそれぞれ1回ずつの指定訪問看護を行う必要があること。また、指定訪問看護の実施時間が1日当たり60分以上である場合には、1日当たり3回以上の訪問看護を実施すること。
- (4) 指定訪問看護の実施においては、1日に1回以上、看護職員(准看護師を除く。)によるものが含まれること。また、訪問看護ステーションの管理者又は包括型訪問看護療養費を算定する日の指定訪問看護に関する責任を担う看護職員(准看護師を除く。)が、訪問看護計画書について、1日に1回以上の確認を行い、必要時見直しを行うこと。
- (5) 包括型訪問看護療養費を算定すると届出を行った建物に居住する、別に厚生労働大臣が定める利用者に対して、1日に2回以上の指定訪問看護を行う場合については、包括型訪問看護療養費以外の訪問看護基本療養費等は算定できない。
- (6) 届出を行った建物に居住する別に厚生労働大臣が定める者に該当しない利用者に指定訪問看護を行った場合は、訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する。
- (7) 訪問看護計画書及び訪問看護記録書は電子的方法によって記録すること。また、実施した指定訪問看護の内容及び実施時間を訪問看護記録書に記載すること。

⑧ 包括型訪問看護療養費の新設

改定後

(新) 04 包括型訪問看護療養費(1日につき)

[算定要件]

(8) 当該所定額を算定する場合にあつては、同一日に訪問看護基本療養費（訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）の八を除く。）、精神科訪問看護基本療養費、難病等複数回訪問加算、複数名訪問看護加算、夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算、複数名精神科訪問看護加算、精神科複数回訪問加算、訪問看護管理療養費及び24時間対応体制加算は、別に算定できない。

なお、緊急訪問看護加算及び精神科緊急訪問看護加算については、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、当該所定額と別に算定することができる。

[訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等告示]

第二 指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等

三 包括型訪問看護療養費の注1、注5及び注6に規定する厚生労働大臣が定める者のいずれかに該当する者

(1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者

(2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

(3) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

四 包括型訪問看護療養費の1の二、2の二及び3の二に規定する厚生労働大臣が定める場合

包括型訪問看護療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める者に、訪問看護ステーションが緊急時において即時に適切な指定訪問看護が実施できる体制があり、かつ、当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施し、包括型訪問看護療養費を算定する利用者全員における訪問看護の実施時間の1日当たりの平均が120分以上である場合

[施設基準]

(1) 高齢者向け住まい等に併設又は隣接する訪問看護ステーションであること。

(2) 届出時に、訪問看護ステーションが併設又は隣接する高齢者向け住まい等の建物であつて、包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住する建物を訪問看護ステーションにつき1か所指定し、その建物を単位として指定訪問看護を行うものであること。

⑧ 包括型訪問看護療養費の新設

改定後

(新) 04 包括型訪問看護療養費(1日につき)

【施設基準】

- (3) 包括型訪問看護療養費の届出は訪問看護ステーションごとに行う必要があり、建物に訪問看護ステーションのサテライトのみが併設又は隣接している場合には届出を行うことはできない。ただし、包括型訪問看護療養費を届け出た訪問看護ステーションが、当該建物以外の場所にサテライトを設置し、そのサテライトから建物に居住していない他の利用者へ包括型訪問看護療養費を算定しない指定訪問看護を実施することは差し支えない。
- (4) 医療安全及び衛生管理に関する組織的な取り組みを行っていること。
- (5) 合同の研修及び事例検討会等の地域の保険医療機関又は訪問看護ステーションとの連携について相当な実績を有すること。
- (6) 厚生労働大臣が実施する次の調査に適切に参加すること。
 - ①包括型訪問看護療養費を算定する利用者の状態や指定訪問看護の実施状況等について毎年実施される調査
 - ②中央社会保険医療協議会の要請に基づき、①の調査を補完することを目的として随時実施される調査
- (7) 訪問看護に係る記録は電子的に行うこと。
- (8) 看護職員等については、包括型訪問看護療養費を算定する利用者及び同一建物に居住する他の利用者であって訪問看護基本療養費(Ⅱ)等を算定する利用者において、それぞれの算定要件を満たす訪問看護を実施するに十分な配置を行うこと。
- (9) 包括型訪問看護療養費の1、2及び3のハ又はニを算定する利用者に対しては、当該訪問看護ステーションにおいて、夜間帯(午後6時から午前8時までをいう。)の対応を行う看護職員の数、常時1名以上(ただし、当該訪問看護ステーションにおいて1、2及び3のハ又はニを算定する利用者の数の合計が31以上80以下の場合は2以上、81以上の場合50又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上)、当該建物において、計画的な指定訪問看護を実施しているか、随時の指定訪問看護に対応出来る状況で勤務していること。
- (10) 夜間の対応を行う看護職員においては、包括型訪問看護療養費を算定する利用者への指定訪問看護の実施に影響を与えない範囲であれば、建物内の包括型訪問看護療養費を算定しない他の利用者への指定訪問看護に従事することも可能であるが、建物外の利用者への指定訪問看護の実施等との兼務はできない。
- (11) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

⑧ 包括型訪問看護療養費の新設

改定後

(新) 04 包括型訪問看護療養費(1日につき)

【経過措置】

(1) 施設基準の(5)に規定する地域の保険医療機関等との連携に関する相当な実績は、令和9年5月31日までの間に限り基準に該当するものとみなす。